

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P19-156

**Bedarfskonstellationen und Pflegegrade
bei demenziell erkrankten Heimbewohnern
mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten**

Klaus Wingefeld

Die Studie „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“ war ein Gemeinschaftsprojekt in Kooperation zwischen dem Deutschen Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe e.V. (DVLAB) und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Bielefeld, Dezember 2019

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Inhalt

Einleitung.....	3
1. Problemhintergrund	4
1.1 Die Versorgung von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten.....	4
1.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff und psychische Problemlagen.....	10
2. Fragestellungen und methodisches Vorgehen	17
2.1 Fragestellungen	17
2.2 Datenerhebung und Datenqualität	17
2.3 Datenbasis	19
3. Zuordnung zu Pflegestufen und Pflegegraden.....	23
3.1 Ergebnisse von Neubegutachtungen	24
3.2 Begutachtungsergebnisse im Vergleich zur Einschätzung durch die Einrichtungen.....	28
3.3 Pflegegrade bei Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten	31
4. Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen	35
4.1 Häufigkeiten	35
Exkurs: Ausgewählte verhaltensbedingte Versorgungsanforderungen	38
4.2 Charakteristische Bedarfskonstellationen.....	42
4.3 Klassifizierungsansätze in Rahmenverträgen	45
5. Klassifizierung von Bewohnergruppen anhand des Begutachtungsinstruments	49
5.1 Gruppenbildungen anhand von Häufigkeiten	50
5.2 Inhaltlich hergeleitete Klassifizierungen	53
5.3 Varianten der Gruppenbildung	57
5.4 Präsenz der Bewohner mit besonderem Bedarf in den Einrichtungen.....	67
6. Fazit.....	70
Literatur.....	78
Projektbeteiligte Pflegeeinrichtungen	80

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung bei Personennennungen verzichtet. Die verwendeten Begriffe (z.B. Bewohner, Mitarbeiter) gelten stets für alle Geschlechter.

Einleitung

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse des Projekts „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“ vor, das in den Jahren 2017 bis 2019 in Kooperation zwischen dem Deutschen Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe e.V. (DVLAB) und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) durchgeführt wurde¹.

Im Mittelpunkt des Projekts stand die Frage nach den Bedarfslagen, die für Heimbewohner mit besonders intensiven Verhaltensauffälligkeiten charakteristisch sind. Diese Personengruppe hat mit der wachsenden Zahl demenziell erkrankter Menschen in der stationären Langzeitpflege zunehmend das Interesse in der Fachdiskussion gewonnen. Es handelt sich um eine Bewohnergruppe, die auf eine besondere Art der Unterstützung angewiesen ist – eine Unterstützung, auf die die Regelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen oftmals noch nicht hinreichend ausgerichtet ist. Es gibt in Deutschland allerdings nur wenige Forschungsergebnisse, die über die Problem- und Bedarfslagen sowie über die Versorgung dieser Personengruppe differenziert Auskunft geben.

Den Anstoß zur Durchführung des Projekts ergab sich auch aus den Reformen, die mit dem zweiten Pflege-Stärkungsgesetz (PSG II) Ende des Jahres 2015 eingeleitet worden sind. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, dessen Einführung diese Reform regelte, wurden grundlegend veränderte Kriterien für die Leistungsberechtigung im Bereich der Pflegeversicherung wirksam. Insbesondere wurde die Situation der kognitiv beeinträchtigten Personen deutlich verbessert. Dennoch entstand eine Diskussion zur Frage, inwieweit der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch die Situation der Heimbewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten verbessern würde. Im Zusammenhang mit den Regeln zur Überleitung von den Pflegestufen zu den Pflegegraden, deren Effekte auf die Entgeltsituation der Einrichtungen zunächst schwer kalkulierbar erschienen, entstanden u.a. Sorgen um die zukünftige Struktur der Pflegegrade. Die mit der Reform erzielten Personalzuwächse, so die Befürchtung, könnten mittel- und langfristig ggf. neutralisiert werden oder sich sogar in ihr Gegenteil verkehren.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2017 eine empirische Studie vorbereitet, an der sich insgesamt 46 Einrichtungen beteiligten. Diese Einrichtungen haben mit großem Engagement und in sehr kurzer Zeit die Voraussetzungen für die erforderlichen Erhebungen geschaffen.

Das Ziel der Studie bestand darin, Erkenntnisse zur aktuellen Situation der Bewohner mit besonders stark ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten zu gewinnen. Entsprechend ihres Anlasses umfasst der vorliegende Bericht zu dieser Studie jedoch Ausführungen zu zwei Schwerpunkten: zum einen

¹ Das Projekt wurde u.a. unterstützt von der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (DED), der Alzheimerberatung e.V. in Holle sowie dem Deutschen Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA).

zur Frage, wie sich die Verteilung der Pflegegrade bei Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten darstellt, zum anderen zur Frage, welche Bedarfskonstellationen bei dieser Personengruppe vorfindbar sind und welche Herausforderungen sich damit für die Weiterentwicklung der stationären Langzeitpflege ergeben. Vorangestellt sind einige grundlegende Ausführungen zur Thematik.

1. Problemhintergrund

1.1 Die Versorgung von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten

Ende 2017 lebten rund 800.000 Menschen dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen (Destatis 2018). Zwar gilt seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum heutigen Tag der Grundsatz, dass die Versorgung in der häuslichen Umgebung entsprechend der gesetzlichen Vorgaben den Vorrang vor stationärer Pflege haben sollte (§ 3 SGB XI). Auch wird immer wieder darauf hingewiesen, dass das Leben in der vertrauten häuslichen Umgebung eher dem Bedürfnis alter Menschen entspricht als ein Leben in einer Pflegeeinrichtung (Zok 2015). Tatsächlich hat die stationäre Langzeitpflege in den letzten zwei Jahrzehnten jedoch stetig an Bedeutung gewonnen. Im Vergleich zum Jahr 2015 ist eine Zunahme der Bewohnerzahl um insgesamt 4,4% zu verzeichnen, in den Jahren davor bewegte sie sich zwischen 2,1% und 5,2% (Destatis 2018).

Heime für alte Menschen haben sich mehr und mehr zu Institutionen entwickelt, die nicht nur Unterstützung im Alltag, sondern auch die Versorgung Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger im fortgeschrittenen Stadium chronischer Krankheiten sicherstellen müssen. Für den Wandel der Bewohnerstruktur ist eine Zunahme von Hochaltrigkeit sowie von neurologischen und psychischen Erkrankungen charakteristisch. Die Demenz zählt inzwischen zu den häufigsten Erkrankungen von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen (Weyerer et al. 2006). Exakte Zahlen fehlen, doch kann man davon ausgehen, dass sich der Anteil der Bewohner mit kognitiven Störungen in den meisten Einrichtungen zwischen 60 und 80% bewegt – bei weiterhin steigender Tendenz.

Dies erklärt sich u.a. daraus, dass die Folgen demenzieller Erkrankungen in vielen Fällen ausschlaggebend sind für den Übergang ins Heim. Die Erkrankung geht oftmals mit massiven Unruhezuständen, Persönlichkeitsveränderungen, depressiver Stimmungslage, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus und Verhaltensauffälligkeiten einher, die eine intensive Begleitung im Lebensalltag erforderlich machen und die pflegenden Angehörigen häufig überfordern. Kognitive Einbußen werden für sich genommen nur von einem relativ geringen Teil der Angehörigen als stark belastend empfunden. Weit schwerer wiegen Verhaltensweisen wie verbale oder körperliche Aggressivität, zielloses Umhergehen, unbemerktes Verlassen der Wohnung, nächtliche Unruhe oder Abwehrreaktionen bei der alltäglichen Pflege (Höhmann et al. 2018; Schwinger et al. 2017; Kurz/Wilz 2011). Verhaltensweisen dieser Art sind häufig der maßgebliche Grund für den Entschluss, nach einem Heimplatz zu suchen. Infolge verschiedener sozialrechtlicher Verbesserungen für die häusliche Versorgung hat

sich der Zeitpunkt des Übergangs in eine stationäre Einrichtung tendenziell in die späten Krankheitsstadien verschoben, was die Problematik aus der Perspektive der stationären Einrichtungen noch einmal verschärft.

Ein Großteil der heutigen Bewohner ist dementsprechend nicht nur von körperlichen Einbußen, sondern auch von ausgeprägten psychischen Problemlagen betroffen. Die Mehrheit zeigt eine erhebliche Pflegeabhängigkeit bei alltäglichen Aktivitäten, etwa beim Duschen/Baden, bei Körperwaschungen oder auch bei Verrichtungen wie Sich-kleiden oder im Bereich Ausscheidungen. Ebenfalls eine Mehrheit ist von Inkontinenz betroffen. Hinzu kommen kognitive Einbußen wie z.B. Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses oder der zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung. Im Bereich der Kommunikation weisen ebenfalls die meisten Bewohner erhebliche Beeinträchtigungen auf. Oft treten kognitive Beeinträchtigungen in Verbindung mit psychischen Problemlagen auf, etwa mit einer depressiven Stimmungslage oder ausgeprägten Angstzuständen (vgl. Kleina et al. 2012).

Es ist leicht vorstellbar, wie sehr sich dies auf der Verhaltensebene auswirken muss. Besonders häufig treten verbale Verhaltensauffälligkeiten auf (z.B. lautes Rufen oder verbale Aggression). Auch die verschiedenen Formen motorischer Unruhe sind stark vertreten. Physisch aggressives Verhalten gegen Personen und physisch aggressives Verhalten gegen Gegenstände treten nach einer in Deutschland durchgeführten Studie bei etwa 15 bis 20% der Heimbewohner auf. Insgesamt zeigen, je nach Bewohnerstruktur, zwischen 50% und 80% der Bewohner mindestens einmal wöchentlich eine oder mehrere Verhaltensauffälligkeiten², die einen Hilfebedarf auslösen (Wingenfeld/Seidl 2008; Weyerer et al. 2006). In spezialisierten Einrichtungen, die für demenziell Erkrankte ein besonderes Versorgungsangebot vorhalten, kann sich dieser Anteil bei nahezu 100% bewegen.

Das Spektrum dieser Verhaltensweisen ist recht breit. Um es zu beschreiben, gibt es verschiedene Systematisierungsvorschläge. An dieser Stelle soll die Systematisierung aus dem neuen, seit Anfang 2017 verbindlichen Begutachtungsverfahren vorgestellt werden, weil sie im Rahmen der vorliegenden Studie in verschiedener Hinsicht wichtig war. In diesem Begutachtungsverfahren werden folgende Verhaltensweisen unterschieden:

² Für die Zwecke des vorliegenden Projekts einigten sich die Kooperationspartner darauf, von „Verhaltensauffälligkeiten“ zu sprechen. In der Fachdiskussion weit verbreitet ist der Begriff „herausforderndes Verhalten“ (vgl. BMG 2006), der aber nicht zu allen Bedarfskonstellationen passt und in der Diskussion inzwischen auch etwas kritisch gesehen wird.

1. *Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten* (scheinbar zielloses Umhergehen, die Einrichtung verlassen wollen, unzugängliche Orte aufsuchen, ständiges Aufstehen und Hinsetzen, Hin- und Herrutschen)
2. *Nächtliche Unruhe* (nächtliches Umherirren, nächtliche Unruhephasen, Umkehr Tag-/Nachtrhythmus)
3. *Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten* (Selbstverletzung durch Gegenstände, absichtliches Hinfallen lassen, Essen und Trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen, kratzen oder beißen)
4. *Beschädigung von Gegenständen* (Gegenstände wegstoßen/wegschieben, Zerstören von Dingen)
5. *Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen* (nach Personen schlagen/treten/wegstoßen, andere beißen oder kratzen)
6. *Verbale Aggression* (Beschimpfungen, Bedrohungen oder Beleidigung anderer Personen)
7. *Andere vokale Auffälligkeiten* (lautes Rufen/Schreien/Klagen ohne nachvollziehbaren Grund)
8. *Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen* (z.B. bei der Körperpflege, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z.B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.)
9. *Wahnvorstellungen* (visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, verfolgt/bedroht/bestohlen zu werden usw.)
10. *Ängste* (Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängstlichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen)
11. *Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage* (kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation, Apathie etc.)
12. *Sozial inadäquate Verhaltensweisen* (distanzloses Verhalten, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche)
13. *Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen* (Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung, planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen u.ä.).

Verhaltensweisen demenziell Erkrankter können nicht pauschal als direkte Folge der Erkrankung angesehen werden (Wingenfeld et al. 2011b; BMG 2006). Sie erwachsen vielmehr aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren, wobei personengebundene Merkmale ebenso wie die soziale und materielle Lebensumgebung zu berücksichtigen sind. Charakteristisch ist u.a., dass die betroffenen Bewohner ihre emotionalen, sozialen oder auch körperlichen Problemlagen nicht mehr autonom bewältigen, zum Teil nicht einmal kommunizieren können. Aus dem dadurch entstehenden psychischen Druck können motorische Unruhe oder auch aggressiv gefärbte Verhaltensweisen

resultieren, deren Hintergrund nicht ohne weiteres nachvollzogen werden kann. Umgebungseinflüsse, mangelnde Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, Einbußen der Orientierungsfähigkeit, allgemeiner Kontroll- bzw. Autonomieverlust und gelegentlich auch eine inadäquate Medikation stellen ebenfalls wichtige Einflussfaktoren dar. Diese Vielfalt macht es schwer, Ansatzpunkte für wirksame Hilfen zu finden. Das Verhalten selbst ist meist nur Ausdruck einer tiefergreifenden Problematik, und eben dieser Problematik auf die Spur zu kommen ist eine wichtige Aufgabe professioneller Helfer. Streng genommen kann man in diesem Kontext auch nicht von „Ursachen“ des Verhaltens sprechen, denn es existieren hier keine einfachen, monokausalen Zusammenhänge. Dementsprechend gibt es meist auch keine einfachen Antworten auf die Frage, wie die betreffenden Bewohner wirksam unterstützt werden können.

Es gab verschiedene Versuche, Verhaltensauffälligkeiten als Ausdruck eines komplexen Bedingungsgefüges zu beschreiben und damit eine Neuorientierung für die ärztliche Behandlung, pflegerische Versorgung und sonstige Unterstützung einzuleiten. Exemplarisch sei auf das schon ältere „Need-driven Dementia-compromised Behavior (NDB) Model“ (Algase et al. 1996; Kolanowski 1999; Whall 1999) hingewiesen, das Verhalten als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen psychischer Beeinträchtigung, allgemeinen Personenmerkmalen, elementaren Bedürfnissen sowie materieller und sozialer Umwelt konzeptualisiert. Grundlage des Modells ist die Annahme, dass zahlreiche Verhaltensauffälligkeiten unerfüllte Bedürfnisse bzw. psychische oder körperliche Problemlagen widerspiegeln, die vom Individuum als belastend empfunden werden, die es aber aufgrund fehlender individueller Ressourcen nicht autonom bewältigen kann. Erworbene Verhaltensmuster (auch Reaktionen auf Stressbelastungen), kognitiver Status oder körperliche Fähigkeiten werden dabei ebenso beachtet wie elementare körperliche und psychosoziale Bedürfnisse (wie beispielsweise Durst, Schmerzfreiheit, Wohlbefinden, ungestörter Schlaf, emotionales Erleben, ausreichende Unterstützung) sowie Merkmale der materiellen und der sozialen Umgebung (vgl. Kolanowski 1999). Das Modell plädiert dafür, Verhaltensweisen primär nicht als irrationales und störendes Krankheitssymptom aufzufassen, sondern als bedeutungsvollen Ausdruck unbewältigter Problemlagen und damit als wichtigen Anknüpfungspunkt für pflegerische Unterstützung.

Aus der Perspektive einer personenzentrierten Pflege löst Normabweichung allein noch keinen Unterstützungsbedarf aus. Erst wenn Verhaltensweisen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Belastungen oder Risiken für die handelnde Person verknüpft sind oder aufgrund der Reaktion der sozialen Umgebung zu einer Begrenzung von Selbstbestimmung und Bedürfnisbefriedigung gerät, entsteht ein Unterstützungsbedarf und werden Verhaltensauffälligkeiten zum Pflegeproblem. Dem neuen Pflegedürftigkeitsbegriff bzw. der Erfassung von psychischen Problemlagen mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) liegt dieses Verständnis ebenfalls zugrunde (vgl. Wingefeld et al. 2011a). Dort werden Verhaltensweisen als Ausdruck des krankheitsbedingten Verlusts der Selbststeuerungskompetenz gesehen, der dazu führt, dass das Individuum auf die Komplexität der inneren und äußeren Anforderungen und Strukturen nicht mehr so reagieren kann, wie es seinen Bedürfnissen und den allgemeinen Erfordernissen des Zusammenlebens entspricht.

Kategorien wie „Verhaltensursachen“ oder „Intention des Verhaltens“ bieten aus dieser Perspektive keinen geeigneten Zugang zur Situation von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten. Dagegen spricht beispielsweise, dass demenziell Erkrankte häufig Handlungsmuster aus früheren Lebensphasen erkennen lassen, die in keinem Zusammenhang mehr mit ihrer aktuellen Lebenssituation stehen (Arbeitsplatz aufzusuchen, die Tochter von der Schule abholen etc.). Auch die von der sozialen Umgebung als aggressiv bewerteten Verhaltensweisen entziehen sich häufig einfachen Erklärungen. Manche dieser Verhaltensweisen sind in ihrem Kern lediglich Abwehrreaktionen, also Ausdruck von Überforderung oder Angst. Deshalb sei an dieser Stelle ausdrücklich betont, dass die Begriffe, mit denen Verhaltensweisen in der vorliegenden Studie beschrieben werden, ausschließlich als deskriptive Kategorien verwendet werden. Sie charakterisieren lediglich bestimmte Formen des Verhaltens (z.B. physisch aggressives Verhalten, das gegen andere Personen gerichtet ist), nicht aber dessen Intention und vor allem nicht die Persönlichkeit des jeweiligen Bewohners.

Forschungsergebnisse zeigen Zusammenhänge mit Faktoren auf, die im Sinne des NDB-Modells als verhaltenswirksam bezeichnet werden können. Bewohner mit physisch aggressivem Verhalten gegen Personen etwa weisen deutlich stärkere Verluste der Kommunikationsfähigkeit auf als andere Bewohner. Sie sind auch häufiger von regelmäßigen nächtlichen Störungen aufgrund geplanter Pflegemaßnahmen betroffen (z.B. Inkontinenzversorgung) und seltener als andere in Gruppenangebote eingebunden (vgl. Wingenfeld et al. 2011b).

Die Versorgungspraxis in der Mehrheit der Einrichtungen ist noch immer vor allem dadurch gekennzeichnet, dass auf sich anbahnende oder schon eingetretene verhaltensbedingte Problemsituationen mit Begrenzungen reagiert wird oder im Vorfeld aktivitätsbegrenzende Maßnahmen eingeleitet werden. Es überwiegt häufig eine Sichtweise, die Verhaltensauffälligkeiten als Erschwernis für die alltägliche Pflege oder als Störung des Zusammenlebens einordnet. Verhaltensweisen werden im Rahmen der pflegerischen Einschätzung nur selten systematisch erfasst und als eigenständiges Pflegeproblem gesehen, das eine planvolle, zielgerichtete Unterstützung auslösen sollte.

Verhaltensweisen als eigenständiges Pflegeproblem zu sehen bedeutet vor allem, individuell den möglichen Hintergrund des Verhaltens aufzuklären, Einflussfaktoren zu identifizieren und Maßnahmen einzuleiten, die den Bewohner darin unterstützen, die dem Verhalten zugrunde liegende Problematik besser zu bewältigen. Damit angesprochen sind beispielsweise individuelle biografieorientierte Maßnahmen, die verstärkte Integration in geeignete Gruppenangebote, eine gezielte Unterstützung bei der Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen, angepasste Interaktionsformen, validierende, aktivierende und orientierungsfördernde Kurzinterventionen, eine Anpassung der äußeren Umgebung und anderes mehr. Auch die individuelle Versorgung sollte im Hinblick auf Faktoren reflektiert werden, die eine bestehende Verhaltensproblematik verstärken könnten (z.B. ungeeignete Tagesstrukturierung, vermeidbare Störungen oder inadäquater Umgang mit Verhaltensweisen).

Eine entsprechende Beschreibung der verschiedenen Hilfen, die auf Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zugeschnitten sind, liefert die „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer

Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld/Büscher 2017). Hier werden zwar nicht spezifische Interventionen benannt, aber die Aufgaben und Bereiche der Unterstützung definiert, in denen die betreffenden Interventionen durchgeführt werden können. Dazu gehören im stationären Setting vorrangig

- umgebungsbezogene Maßnahmen (wie die Identifizierung und Veränderung von verhaltenswirksamen Umgebungsfaktoren),
- unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen (beispielsweise entlastende Maßnahmen zur Minderung von Ängsten, Validation und Kriseninterventionen) und
- Maßnahmen im Bereich der Alltagsgestaltung (z.B. Tagesstrukturierung, Einbindung in bedürfnisgerechte Beschäftigungsangebote und andere Aktivitäten, das Hinwirken auf einen regelmäßigen Rhythmus von Wachen und Schlafen oder die individuelle Förderung positiver Emotionen).

Es gibt in anderen Ländern zum Teil sehr spezifische Interventionskonzepte, die mit beeindruckenden Ergebnissen erprobt worden sind. Zwei Aspekte sollten dabei besonders beachtet werden. Zum einen handelt es sich um anspruchsvolle Formen der Unterstützung, die von Mitarbeitern mit einer ausreichenden *pflegerischen Fachqualifikation* zum Teil durchgeführt, zum Teil geplant, begleitet und überprüft werden müssen. Zum anderen zeigt die Erfahrung, dass die größte Wirksamkeit mit sogenannten „komplexen“ oder „multimodalen“ Interventionen erreicht werden kann, also mit *Interventionen, die aus einem Bündel verschiedener Maßnahmen bestehen*, die aber nicht gleichförmig durchgeführt werden, sondern auf die individuelle Problem- und Bedarfskonstellation des Patienten oder Bewohners zugeschnitten sind (vgl. z.B. Koczy et al. 2011 und Burgener et al. 2008).

In diese Richtung zu arbeiten, fällt unter den gegebenen personellen Rahmenbedingungen schwer. Die Pflege ist in keinem anderen Versorgungsbereich mit derart vielschichtigen Bedarfslagen konfrontiert wie in der stationären Langzeitversorgung. Zugleich arbeitet sie unter sehr schwierigen Bedingungen. Abgesehen von der knappen Personaldecke besteht hier ein zunehmender Bedarf an pflegerischer Qualifikation mit gerontopsychiatrischer Ausrichtung, der zwar schon seit langem diskutiert wird, aber im Rahmen der Personalentwicklung noch nicht hinreichend berücksichtigt wurde. Altenheime gehören zu den Orten, in denen viele Menschen mit psychischen Problemlagen leben, aber nur selten psychiatrische Fachpflege vertreten ist. Hinzu kommt, dass systematische verhaltensbezogene und präventiv ausgerichtete Interventionskonzepte in deutscher Sprache kaum verfügbar sind.

Dennoch wird es angesichts der Entwicklung der Bewohnerstrukturen erforderlich sein, sich vermehrt mit der Frage auseinanderzusetzen, wie das aktuelle Spektrum der Hilfen erweitert werden kann und welche Ressourcen (insbesondere welche Qualifikationen) hierzu erforderlich sind (Bartholomeyczik et al. 2013). Hier besteht in Deutschland allerdings die nicht unerhebliche Gefahr, dass Hilfen für psychische Problemlagen im Bereich der Pflege als Betreuungsmaßnahmen auf niedrigem Qualifikationsniveau definiert werden. Tatsächlich geht es um sehr anspruchsvolle fachliche

Aufgaben, bei denen im Regelfall Assistenz-, Betreuungs- oder Hilfskraftqualifikationen nicht ausreichen. Insbesondere in der Diskussion über Personalbemessungssysteme und bei der Umsetzung besonderer Versorgungskonzepte ist dies zu beachten.

1.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff und psychische Problemlagen

Eine der Fragen, die Anlass zur vorliegenden Studie gegeben haben, war die Frage nach der Berücksichtigung der Verhaltensproblematik im Rahmen des Anfang 2017 eingeführten neuen Begutachtungsverfahrens. Dies mag auf den ersten Blick paradox erscheinen, weil ja gerade das neue Begutachtungsverfahren die Situation der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung im System der Pflegeversicherung erheblich verbessert hat. Es könnte jedoch, so eine der Überlegungen in der Diskussion, bestimmte Personengruppen geben, die eine besondere Bedarfskonstellation aufweisen, die im neuen Begutachtungsverfahren nicht ausreichend berücksichtigt wird – zumindest nicht soweit, dass der in der Praxis bestehende personelle Aufwand damit abgebildet wird.

Es ist vor dem Hintergrund dieser Diskussion wichtig, sich noch einmal die Grundsätze und die Konstruktion des neuen Begutachtungsverfahrens zu vergegenwärtigen. Denn dieses Verfahren hat explizit Abstand davon genommen, die Feststellung der Pflegebedürftigkeit analog zu den früher geltenden Maßstäben aufgrund des pflegerischen Zeitaufwands vorzunehmen.

Stattdessen ist der Grad der Selbständigkeit (Unabhängigkeit von Personenhilfe) in sechs Bereichen für die Ermittlung eines Pflegegrads relevant. Diese Lösung wurde bewusst gewählt, weil die erforderliche Pflegezeit kein geeigneter Maßstab zur einheitlichen Bemessung von Leistungsansprüchen sein kann. Maßstab zur Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit war bis zur Reform, die mit dem zweiten Pflege-Stärkungsgesetz eingeleitet wurde, der *Zeitumfang der im Einzelfall benötigten Hilfeleistungen*, genauer gesagt: *die Zeit, die eine nicht zur Pflege ausgebildete Person zur Durchführung der notwendigen Hilfeleistungen benötigt* – oder benötigen würde, wenn die Versorgung wie in stationären Pflegeeinrichtungen durch ausgebildetes Personal erfolgte. Die unterste Schwelle (Pflegestufe I, erhebliche Pflegebedürftigkeit) lag bei einem durchschnittlichen Mindestzeitaufwand von 90 Minuten täglich für die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wobei die Pflege den größeren Teil dieses Aufwands (46 Minuten) ausmachen musste. Für die Zuordnung der Pflegestufe III war neben einem Pflegeaufwand von mindestens vier Stunden und einem Gesamtbedarf (Pflege und Hauswirtschaft) von fünf Stunden zusätzlich ein regelmäßiger nächtlicher Hilfebedarf („Rund um die Uhr“) Voraussetzung.

Problematisch an dieser Lösung war zum einen, dass Leistungsansprüche aus einem verhältnismäßig schmalen Ausschnitt des Unterstützungsbedarfs abgeleitet wurden (vgl. z.B. Landtag NRW 2005). Dies führte u.a. zur Ausblendung zentraler Problem- und Bedarfslagen von Personen mit demenziellen oder anderen Erkrankungen, die mit psychischen Beeinträchtigungen einhergehen.

Sie sind meist in ihrer gesamten Lebensführung auf Unterstützung und Orientierungshilfen angewiesen. Diese Verkürzung, so wurde auch in der sozialrechtlichen Diskussion betont, sei „im Hinblick auf Eigen- oder Fremdgefährdung nicht nur sachwidrig, sie grenzt schon an Zynismus. Sie ist zudem verfassungswidrig, weil sie bei geistig Behinderten und psychisch Kranken Hilfeleistungen ausklammert, auf die diese Personengruppe zur Aufrechterhaltung ihrer Existenz angewiesen ist, während gleichzeitig bei somatisch Kranken oder Behinderten eher marginale Defizite ausgeglichen werden. Dies ist mit Art. 3 GG nicht vereinbar“ (Udsching 1997: 64f).

Im alten Pflegebedürftigkeitsbegriff blieben verschiedene Bedarfslagen ausgeblendet, beispielsweise Unterstützungsbedarf aufgrund von Selbständigkeitseinbußen im Umgang mit Schmerzen oder mit einer ausgeprägten emotionalen Belastung (Angst, depressive Stimmung etc.), außerdem die aufgrund gesundheitlicher Störungen notwendige Anpassung von Verhaltensweisen, eingeschränkte Fähigkeiten zur Kommunikation und zur bedürfnisgerechten Ausgestaltung von Lebensbereichen oder auch die mangelnde Bewältigung der Anforderungen, die aus einer medizinischen Therapie resultieren.

Abgesehen von diesen fachlich-inhaltlichen Verkürzungen warf der alte Pflegebedürftigkeitsbegriff weitreichende methodische Probleme auf, weil *Zeit als Maßstab bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit* definiert wurde. Streng genommen wurde gar keine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen, sondern direkt der Umfang der Hilfeleistungen ermittelt, die zur Sicherstellung von bestimmten Alltagsverrichtungen als erforderlich galten, also Unterstützungsbedarf. Dieser ist jedoch, was unter anderem bei der Hilfeplanung im Bereich der Eingliederungshilfe erkennbar ist, keine feststehende Größe, sondern das Ergebnis von Beurteilungen, Entscheidungen und individuellen Präferenzen Hilfebedürftiger. In die Ermittlung des Bedarfs fließen verschiedenste Faktoren ein, darunter auch professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche *Normen*, vor allem aber auch Ziele der Versorgung (Wingenfeld 2000). Das jeweilige Pflegeziel und das angestrebte Qualitätsniveau der Versorgung gehören zu den wichtigsten Faktoren, die über Art und Umfang des Bedarfs entscheiden. Bleiben sie unbestimmt, ist der erforderliche Zeitaufwand nicht zu bestimmen.

Dies führte während der ersten 20 Jahre der Pflegeversicherung zu zahlreichen systematischen Schwierigkeiten bei der Bemessung von Leistungsansprüchen und zu mehrfachen Anpassungen des Begutachtungsverfahrens. Ein zentrales Problem betraf in diesem Zusammenhang die Frage, anhand welcher Standards bzw. Normen der zeitliche Bedarf eigentlich festgestellt werden soll. Das SGB XI in der alten Fassung erhob den Zeitaufwand zum Maßstab, den eine nicht zur Pflegekraft ausgebildete Person für die Versorgung aufbringen musste, um den individuellen Unterstützungsbedarf zu decken. Der individuell erforderliche Zeitaufwand wird jedoch durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Hierzu gehören zunächst einmal die Fähigkeiten, Geschicklichkeit, Erfahrung und körperliche Konstitution der *Pflegeperson*. Mit den Begutachtungs-Richtlinien aus der Anfangszeit wurde jedoch festgeschrieben, dass die Individualität der Pflegeperson bei der Ermittlung des Hilfebedarfs nicht berücksichtigt werden dürfe. Bei der Begutachtung war insofern von einer durch-

schnittlichen Pflegeperson auszugehen, die allerdings undefiniert blieb. Die *Verfügbarkeit von Hilfsmitteln* und die Intensität ihrer Nutzung im Versorgungsalltag können ebenfalls Auswirkungen auf den Pflegezeitaufwand haben. Gleiches gilt für *Umgebungsbedingungen*, z.B. die Lage einer Wohnung, ihren räumlichen Zuschnitt, ihre konkrete technische Ausstattung und Barrieren. Ferner wirkt sich die Entscheidung für eine bestimmte *Form der Hilfe* erheblich auf den pflegerischen Aufwand aus: „Eine negativ-passivierende Haltung (der Pflegeperson) führt tendenziell zu einer Verkürzung der Pflegedauer, eine positiv-fördernde Haltung kann zeitverlängernd wirken oder eine wesentlich größere Variabilität der Zeiten zur Folge haben“ (Bartholomeyczik et al. 2001: 138). *Kommunikation und Beziehungsqualität* sind weitere wichtige Einflussfaktoren (vgl. DNQP 2019). Insbesondere bei der Pflege demenziell Erkrankter kann es von großer Wichtigkeit sein, pflegerische Handlungsschritte in eine wertschätzende, sicherheitsstiftende Kommunikation einzubetten und Transparenz des Geschehens herzustellen, was bei dieser Personengruppe häufig mehr Zeit als bei kognitiv unbeeinträchtigten Pflegebedürftigen erfordert. Auch das Ausmaß, in dem *individuelle Bedürfnisse* berücksichtigt werden, kann zeitlich von Bedeutung sein.

Das Zusammenspiel dieser und weiterer Faktoren ergibt ein kompliziertes Bedingungsgefüge, das Konsequenzen für den tatsächlichen Pflegezeitaufwand nach sich zieht. Empirische Studien zur häuslichen Pflege dokumentieren daher erwartungsgemäß eine erhebliche Variabilität der Zeitdauer vergleichbarer Handlungen (Bartholomeyczik et al. 2001). Mit den 1997 in Kraft getretenen Begutachtungs-Richtlinien versuchte man, das Problem mit Hilfe sog. Zeitkorridore zu lösen. Die „Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege“ (MDS 1997: 68ff) waren jedoch als Anhaltsgößen gedacht und entbanden den Gutachter nicht von der Aufgabe, den individuellen Zeitaufwand unter den Bedingungen der individuellen Pflegesituation zu ermitteln.

Für die Begutachtung von Heimbewohnern, die von ausgebildeten Pflegekräften versorgt wurden, musste auf das Konstrukt der fiktiven Laienpflegezeit zurückgegriffen werden. Da die Zuordnung zu den Pflegestufen aus rechtlichen Gründen nach denselben Maßstäben zu erfolgen hatte wie bei der Versorgung in der häuslichen Umgebung, war vom realen Pflegegeschehen zu abstrahieren und der Zeitaufwand zugrunde zu legen, der unter den Bedingungen einer Laienpflege in der häuslichen Umgebung angefallen wäre. Es ist zweifelhaft, ob die Gutachter der Medizinischen Dienste unter diesen Umständen eine einheitliche Begutachtung sicherstellen konnten. Streng genommen standen sie aufgrund der bestehenden Vorgaben vor einem unlösbaren systematischen Problem.

Der Anspruch, Leistungsansprüche nach einheitlichen Maßstäben bestimmen zu können, erwies sich also auf der Grundlage des erforderlichen Zeitaufwands als nicht einlösbar. Dementsprechend schlugen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassessment (NBA) eine völlig andere Perspektive ein, indem sie nicht den Zeitaufwand für Hilfen bei Alltagsverrichtungen, sondern – analog zum Mainstream in der internationalen pflegewissenschaftlichen Diskussion – die *Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Kompensation bzw. Bewältigung funktioneller Einbußen sowie krankheits- oder behandlungsbedingter Belastungen und Anforderungen* als Maßstab

zu Grunde legten (Wingefeld et al. 2011a). Pflegebedürftigkeit ist somit seit Inkrafttreten der mit dem PSG II eingeleiteten Reform als Grad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit definiert. Die Frage nach dem notwendigen Pflegezeitaufwand spielt keine Rolle mehr.

Darüber hinaus war für die Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entscheidend, in welchen konkreten Bereichen Abhängigkeit von personeller Hilfe berücksichtigt werden sollte. Das neue Verfahren bezieht die folgenden Bereiche ein (ebd.):

1. *Mobilität*: Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Körpers.
2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*: Gedächtnis, Wahrnehmung, Denken, Kommunikation (Selbständigkeit im Bereich der Kommunikation, der Risikoerkennung etc.).
3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*: Verhaltensweisen, die mit einer Selbstgefährdung oder mit der Gefährdung anderer verbunden sein oder andere Probleme mit sich bringen können, sowie psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen (Selbständigkeit im Umgang mit eigenen Emotionen und Handlungsimpulsen).
4. *Selbstversorgung*: Körperpflege, sich Kleiden, Essen und Trinken sowie Verrichtungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen.
5. *Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*: Aktivitäten, die auf die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen infolge von Krankheit oder Therapiemaßnahmen zielen, z.B. Medikamenteneinnahme, Umgang mit Hilfsmitteln oder Durchführung zeitaufwändiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung.
6. *Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte*: Einteilung von Zeit, Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, sinnvolles (bedürfnisgerechtes) Ausfüllen von verfügbarer Zeit und Pflege sozialer Beziehungen.

Diese Bereiche sind bei der Ermittlung eines Grades der Pflegebedürftigkeit („Pflegetherad“) zu berücksichtigen. Das neue Begutachtungsinstrument ist so aufgebaut, dass zunächst für jeden der genannten Bereiche ein Einschätzungsergebnis ermittelt wird, das für sich genommen Aussagekraft besitzt (z.B. Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten der Selbstversorgung). In einem zweiten Schritt werden diese Teilergebnisse gewichtet und zu einem Gesamtergebnis in Form eines Punktwertes auf einer Skala von 0 bis 100 zusammengeführt.

Das Verfahren sieht eine Unterteilung in fünf Stufen bzw. Pflegegrade vor. Innerhalb eines Pflegegrades werden also unterschiedliche Ausprägungen der Selbständigkeit zu einer Gruppe zusammengefasst und – trotz gradueller Unterschiede – mit den gleichen Leistungsansprüchen versehen. Die Unterschiede sind allerdings nicht mehr so groß wie im System der Pflegestufen (zum Beispiel: 120 bis 240 Minuten Pflegezeitaufwand in der alten Pflegestufe II).

Die Unterteilung der Pflegegrade basiert auf verschiedenen Grundsätzen. So wird der Pflegegrad 1 pflegebedürftigen Menschen zugeordnet, die relativ geringe Beeinträchtigungen aufweisen und damit unter den Bedingungen des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht leistungsberechtigt waren.

Damit soll zum einen vermieden werden, dass Menschen als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet werden, obwohl sie auf pflegerische Hilfe angewiesen sind. Zum anderen war der Pflegegrad 1 von den Entwicklern des Systems als Bezugspunkt für besondere Bemühungen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit gedacht (Wingenfeld et al. 2011a).

„Härtefälle“ gibt es im neuen System nicht mehr. Die früher geltenden Kriterien für Härtefälle hatten immer schon methodische Probleme bei der Begutachtung aufgeworfen, was im Laufe der Jahre zu verschiedenen Anpassungen führte. Dies sollte im neuen System nach Möglichkeit vermieden werden. Vorgesehen war der Pflegegrad 5 aber immer schon für Personen, die in ungewöhnlich hohem Maße auf personelle Hilfe angewiesen sind. Die ursprüngliche Überlegung der Entwickler des neuen Begutachtungsverfahrens, besondere Bedarfskonstellationen zu definieren (Pflegegrad 5 = Pflegegrad 4 + besondere Bedarfskonstellation)³, erwies sich aufgrund methodischer Probleme und fehlender trennscharfer Kriterien letztlich nicht als tragfähige Lösung, insbesondere weil hier doch immer wieder auf den Zeitaufwand Bezug genommen werden musste, der aus den genannten Gründen keinen brauchbaren Maßstab darstellt.

Nach ausführlicher Diskussion und Prüfung anhand empirischer Daten wurde schließlich entschieden, dem Grundgedanken der Selbständigkeitseinbußen zu folgen und den Pflegegrad 5 ohne Sonderkonstellationen denjenigen Personen zuzuordnen, die aus fachlicher Sicht über keine personalen Ressourcen mehr verfügen, also zu keiner nennenswerten Eigenaktivität in der Lage sind. Durchbrochen wurde diese Lösung erst später, indem im *politischen* Prozess festgelegt wurde, dass unter den Bedingungen der Gebrauchsunfähigkeit aller Gliedmaßen automatisch der Pflegegrad 5 erreicht wird.

Geprägt ist die neue Systematik außerdem durch das Ziel, kognitive Beeinträchtigungen und psychische Störungen adäquat zu berücksichtigen, ohne die Situation für Personen mit ausschließlich körperlichen Beeinträchtigungen zu verschlechtern. Insbesondere durch die Gewichtung der relevanten sechs Bereiche ist es gelungen, eine ausgewogene Lösung zu finden (vgl. Wingenfeld et al. 2011a). Spätere Versuche, durch Änderungen der Bewertungssystematik Optimierungen vorzunehmen, führten regelmäßig zu Verwerfungen im Hinblick auf die Gleichbehandlung von körperlich und kognitiv oder psychisch beeinträchtigten Personen.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bietet daher aus pflegewissenschaftlicher Sicht große Chancen auf eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Ein anderes sozialrechtliches Verständnis von Pflegebedürftigkeit eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit, Hemmnisse für die qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung zu beseitigen. Es

³ Geprüft wurden beispielsweise: außergewöhnlich hoher Unterstützungsaufwand bei der Nahrungsaufnahme, außergewöhnlich hoher Unterstützungsaufwand wegen einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik (beispielsweise andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit) oder wegen extremer motorischer Unruhe, häusliche Intensivpflege mit der Notwendigkeit permanenter Überwachung.

bleibt aber der Evaluationsforschung überlassen, die Frage zu beantworten, welche Schieflagen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff behoben werden konnten und welche nicht.

Es sei an dieser Stelle noch einmal betont, dass es im Rahmen des Begutachtungsverfahrens und der Zuordnung von Pflegegraden ausschließlich um die Klärung von Leistungsansprüchen geht. Das neue Begutachtungsverfahren ist kein Bedarfsfeststellungsinstrument, sondern bildet die Fähigkeiten und Selbständigkeit sowie bestimmte Problemlagen von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab. Zwar ist überall dort, wo das Begutachtungsverfahren etwas ‚anzeigt‘, auch eine Abhängigkeit von Personenhilfe und damit ein Bedarf gegeben. Die Frage nach dem *individuellen* Versorgungsbedarf jedoch, die, wie oben erwähnt, die Definition von klaren Versorgungszielen, konzeptionelle Entscheidungen, eine Versorgungsplanung und andere Festlegungen voraussetzt, kann nicht anhand des Begutachtungsergebnisses allein beantwortet werden. Insofern wäre auch die Frage, ob Begutachtungsergebnisse als ‚bedarfsgerecht‘ angesehen werden können oder nicht, verfehlt und in dieser Form gar nicht zu beantworten, besonders nicht in einem System der Pflegeversicherung, in dem die gewährten Leistungen ohnehin nur als Zuschuss zur Finanzierung der im Einzelfall erforderlichen Unterstützung konzipiert sind.

Wie nun werden psychische Problemlagen und Verhaltensweisen, die einen Unterstützungsbedarf auslösen, im neuen System berücksichtigt? In welcher Verbindung stehen sie zu den sechs Modulen des Begutachtungsverfahrens? Dies stellt sich je nach Modul etwas anders dar:

1. *Mobilität*: Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität sind unabhängig von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen zu bewerten. Im Falle der Mobilität wird im neuen Begutachtungsverfahren festgestellt, inwieweit die Mobilität auf *körperlicher* Ebene eingeschränkt ist. Fehlende Motivation zur Fortbewegung oder räumliche Desorientierung gelten nicht als Beeinträchtigung der körperlichen Fähigkeit, sich über kurze Strecken fortzubewegen oder sich im Bett selbständig zu bewegen.
2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*: Diese Fähigkeiten und psychische Problemlagen bzw. Verhaltensauffälligkeiten sind eng miteinander assoziiert. Es gibt nach den vorliegenden Daten nur wenige Heimbewohner, in denen dies nicht der Fall ist. Dazu gehören beispielsweise Bewohner mit schwerwiegenden Depressionen, die im Bereich Kognition und Kommunikation weitgehend unbeeinträchtigt sein können.
3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*: Modul 3 im neuen Begutachtungsinstrument bildet die in Frage kommenden Verhaltensweisen und Problemlagen direkt ab. Hier wird erfasst, wie häufig die Problemlagen, die einen Bedarf auslösen, im Alltag auftreten. Die Module 2 und 3 sind im Rahmen der Bewertungssystematik miteinander verknüpft. Da Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie kognitive Beeinträchtigungen in aller Regel miteinander assoziiert sind und um eine zu geringe Gewichtung körperlicher Beeinträchtigungen zu vermeiden, wurde festgelegt, dass jeweils der höchste Grad der Beeinträchtigung im Modul 2 oder im Modul 3 für die Ermittlung eines Pflegegrades berücksichtigt wird.

4. *Selbstversorgung* (Nahrungsaufnahme, sich kleiden, Körperpflege, Ausscheidungen): Das Modul Selbstversorgung steht in einem engen Zusammenhang mit Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen. Menschen, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen oder durch Antriebsarmut, Agitation oder emotionale Belastungen beeinträchtigt sind, bedürfen häufig auch im Bereich der Selbstversorgung der Unterstützung, obwohl sie rein körperlich in der Lage wären, sich zu kleiden, sich zu ernähren und die anderen Aktivitäten in diesem Bereich durchzuführen. Im Unterschied zum Modul 1 gilt im Bereich der Selbstversorgung, dass auch kognitive oder psychische Beeinträchtigungen gewertet werden.
5. *Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen*: Im Modul 5 besteht ebenfalls ein enger Zusammenhang mit Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen. Menschen, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen oder psychisch stark belastet sind, sind im Regelfall auch nicht in der Lage, Anforderungen und Belastungen zu bewältigen, die mit einer ärztlich verordneten Therapie oder einem bestimmten Krankheitsbild (z.B. Diabetes) verknüpft sind. Allerdings treten Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen nicht immer bei Menschen auf, die einer intensiven ärztlichen Behandlung bedürfen.
6. *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte*: Dieses Modul steht in einem sehr engen Zusammenhang mit dem Thema Verhaltensauffälligkeiten. In aller Regel besteht auch bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte ein Bedarf, wenn die betreffende Person von einer Verhaltensproblematik oder einer psychischen Problematik betroffen ist.

Wie ersichtlich, besteht bei den meisten Modulen des Begutachtungsverfahrens eine enge Verbindung zu Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen. Häufig bewirken oder verstärken sie Beeinträchtigungen in den anderen Bereichen. Ausnahme ist das Modul 1, bei dem nur körperliche Beeinträchtigungen bewertet werden. Ansonsten ist davon auszugehen, dass die Beeinträchtigung in anderen Bereichen in der Regel wächst, wenn die Verhaltensproblematik zunimmt bzw. die psychischen Problemlagen sich verstärken. Besonders zu erwähnen ist das Modul 5. Es kommt vereinzelt vor, dass eine ärztliche Behandlung trotz bestehender psychischer Problemlagen nicht stattfindet bzw. als nicht erforderlich angesehen wird und daher keine ärztlichen Verordnungen vorliegen. Für die betreffenden Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten kann es dann schwer sein, die höheren Pflegegrade zu erreichen.

Bei der Mehrheit der Heimbewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen, das wird auch durch die vorliegende Untersuchung dokumentiert, liegt aufgrund der Verknüpfung mit anderen Problem- und Bedarfslagen der Pflegegrad 4 oder 5 vor. Wichtig ist jedoch auch die Frage, inwieweit es eine zahlenmäßig relevante Personengruppe gibt, die trotz ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten keinen hohen Pflegegrad erreicht.

2. Fragestellungen und methodisches Vorgehen

2.1 Fragestellungen

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen drei Fragen:

- a) Lässt sich abschätzen, zu welchen mittelfristigen Effekten die Überleitung von Pflegestufen in die Pflegegrade, die nach den Maßgaben des Zweiten Pflege-Stärkungsgesetzes erfolgte, in den Einrichtungen führen wird? Inwieweit und unter welchen Umständen ist in den Einrichtungen eine Absenkung des Niveaus der Pflegegrade zu erwarten, das sich durch die Überleitungsregelungen ergeben hat? Wie ist die Situation bei Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten einzuschätzen?
- b) Welche Bedarfskonstellationen sind bei Bewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten feststellbar? In welchem Verhältnis stehen diese Bedarfskonstellationen zu den Pflegegraden, die im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI den betreffenden Bewohnern zugeordnet werden?
- c) Mit welchen Größenordnungen ist zu rechnen, wenn auf der Basis von Kriterien aus dem Begutachtungsverfahren Gruppen von Bewohnern mit einer besonders stark ausgeprägten Verhaltensproblematik bestimmt werden? Welche Bewohnergruppen lassen sich sinnvoll und fachlich begründet abgrenzen?

Hintergrund dieser Fragen waren, wie schon erwähnt, unter anderem Befürchtungen, nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes könne es in stationären Pflegeeinrichtungen zu niedrigen Pflegegraden von mobilen Heimbewohnern mit psychischen Störungen und einer ausgeprägten Verhaltensproblematik kommen. Bei diesem Personenkreis könnte es, so die Befürchtung, schwer fallen, bei regulären Begutachtungen einen angemessenen Pflegegrad zu erreichen. Gleichzeitig sei aber eine besonders zeitintensive Betreuung erforderlich.

Der vorliegende Bericht beinhaltet die wichtigsten Ergebnisse zu diesen Fragenkomplexen.

2.2 Datenerhebung und Datenqualität

Grundlage für diesen Bericht sind die Daten einer empirischen Studie, die in Zusammenarbeit zwischen dem IPW und dem DVLAB durchgeführt wurde. Die Mitarbeiter der ursprünglich 46 projekt-beteiligten Einrichtungen führten bei den Bewohnern aus der stationären Langzeitpflege eine Einschätzung der Fähigkeiten und Selbständigkeit mit Hilfe des aktuellen Begutachtungsinstruments

durch. Die Erhebung umfasste sämtliche Informationen, die für die Ermittlung eines Pflegegrades benötigt wurden. Außerdem wurden Angaben zum Ausmaß und den Auswirkungen von Verhaltensauffälligkeiten und Strukturdaten über die Einrichtungen erfasst.

Das Instrumentarium zur Datenerfassung wurde vom Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft erarbeitet und zum Zweck der Durchführung der Datenerfassung zur Verfügung gestellt. Ein ähnliches, umfangreicheres Instrument wurde seit dem Jahr 2012 vom IPW in seinen Projekten zur indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung eingesetzt, um Informationen zu erfassen, die der Bewertung von Ergebnisqualität dienen.

Beim verwendeten „Erhebungsbogen zur Erfassung des Pflegegrads“ handelte sich um ein ausfüllbares PDF-Formular, das mit Hilfe eines PCs oder Laptops zu bearbeiten war. Verschiedene andere Materialien, beispielsweise ein Erhebungsbogen zur Erfassung von Strukturdaten und ein Manual, ergänzten dieses zentrale Instrument.

Zur Einweisung in das Instrumentarium wurden von Mai bis Anfang Juli 2017 eintägige zentrale Schulungsmaßnahmen durchgeführt, an denen je Einrichtung zwei bis vier Mitarbeiter teilnahmen. Die Schulungen wurden von einem am Projekt beteiligten, erfahrenen Kooperationspartner des DVLAB durchgeführt.

Die Erhebungen endeten August und September 2017. Im Oktober 2017 erhielten die teilnehmenden Einrichtungen jeweils einen Bericht, der insbesondere eine Gegenüberstellung der aktuellen Pflegegrade (die größtenteils auf der Basis der Überleitungsregelungen zugeordnet worden waren) und der Pflegegrade enthielt, die sich aufgrund der Einschätzungen ihrer Mitarbeiter ergeben würden.

Die Aufbereitung des Datenmaterials erwies sich als aufwändig. Trotz sorgfältiger Schulung kann die erworbene Qualifikation der Teilnehmer natürlich nicht verglichen werden mit der Kompetenz erfahrener Gutachter. Gewisse Unschärfen bei der Einschätzung von Fähigkeiten und Selbständigkeit sind bei Studien dieser Art unvermeidlich. Allerdings zeigten sich bei einigen Einrichtungen erhebliche Beeinträchtigungen der Datenqualität, dass sie in die Auswertung nicht einbezogen werden konnten. Die Widersprüchlichkeit und fehlende Plausibilität der Angaben zu den Bewohnern war in diesen Fällen zu stark ausgeprägt. Auch bei anderen Einrichtungen waren Unschärfen feststellbar, aber in ihrem Ausmaß überschaubar.

Die Probleme mit der Datenqualität führten dazu, dass insgesamt acht der ursprünglich 46 Einrichtungen nicht in die Auswertungen einbezogen wurden. Damit reduzierte sich auch die Zahl der berücksichtigten Bewohner noch einmal deutlich von ursprünglich 3.465 auf 2.547 Bewohner.

2.3 Datenbasis

Die nachfolgenden Darstellungen beruhen somit auf der Auswertung von Informationen über 2.547 Bewohner aus insgesamt 38 Einrichtungen. Es handelt sich durchgängig um Bewohner der stationären Langzeitpflege, Kurzzeitpflegegäste wurden nicht einbezogen. Sämtliche Daten stammen aus der Einschätzung der Bewohner durch Mitarbeiter der Einrichtungen oder sonstigen Angaben der Einrichtungen. Weitere, einrichtungsexterne Informationsquellen (wie z.B. MDK-Gutachten) standen nicht zur Verfügung.

Im erfassten Bewohnerkollektiv betrug der Frauenanteil 70,5% und entsprach damit fast exakt dem Bundesdurchschnitt der Heimbewohner im Dezember 2017 (70,4%)⁴. Das Durchschnittsalter belief sich auf 82,9 Jahre. Die mittlere Aufenthaltsdauer lag bei 3,4 Jahren⁵.

Die mittlere Größe der 38 Einrichtungen belief sich auf 82 Plätze (Spannweite: 34 bis 165). 14 von ihnen hatten ein ausschließlich segregatives Angebot, d.h. kognitiv beeinträchtigte Bewohner und Bewohner ohne kognitive Einbußen wurden in getrennten Bereichen versorgt. Über ein integratives Angebot verfügten 10 Einrichtungen, und 14 boten beide Optionen an. Fünf der beteiligten Einrichtungen gaben an, ein spezialisiertes Angebot für demenzkranke, psychisch kranke oder suchtkranke Menschen vorzuhalten, für das eine gesonderte Entgeltvereinbarung abgeschlossen wurde. Insgesamt wurde für 294 der insgesamt 2.547 Bewohner (11,5%) angegeben, dass sie in Bereichen leben, für die eine solche gesonderte Entgeltvereinbarung gilt.

Für die weiteren Analysen ist es wichtig zu klären, inwieweit die erfassten Einrichtungen in ihrer Bewohnerstruktur in etwa dem Bundesdurchschnitt entsprechen. Von der ganzen Anlage der Untersuchung her war dies eher nicht zu erwarten. Da das gesamte Projekt mit dem Fokus auf die Situation von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten ausgerichtet war, haben vorrangig Einrichtungen an dieser Untersuchung teilgenommen, die im Alltag mit diesem Thema aufgrund ihrer Bewohnerstruktur besonders intensiv befasst sind, zum Teil auch deshalb, weil sie ein gesondertes Versorgungsangebot vorhalten.

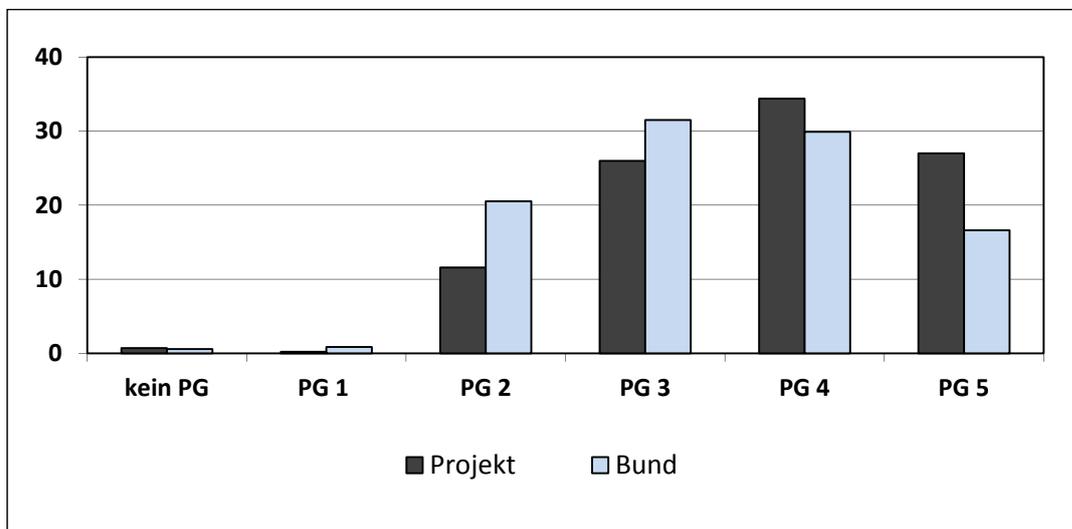
Zunächst einmal fällt auf, dass die in den Projekteinrichtungen versorgten Bewohner im Durchschnitt deutlich stärker pflegebedürftig sind als andere Bewohner. Die nachfolgende Abbildung, in

⁴ Soweit nicht anders angegeben, stützt sich der Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt hier und auch im Folgenden auf die Pflegestatistik, die sich auf die Situation im Heimbereich Ende des Jahres 2017 bezieht (Destatis 2018).

⁵ Stichtagsbetrachtungen führen regelmäßig zu einer Überschätzung der Aufenthaltsdauer, da die Bewohner, die im Verlauf eines Jahres einziehen und kurzfristig versterben, nicht erfasst werden können. Dennoch lässt sich – dies ist eher ein Nebenbefund der vorliegenden Studie – feststellen, dass die Verweilzeiten von Heimbewohnern im Durchschnitt nicht so niedrig liegen wie zum Teil angenommen wird (vgl. z.B. Techtmann 2010).

der der Anteil der einzelnen Pflegegrade in den Projekteinrichtungen mit den Zahlen der aktuellen Pflegestatistik (Bundesdurchschnitt – vgl. Destatis 2018) verglichen wird, verdeutlicht dies.

Abb. 1: Verteilung der Pflegegrade in den Projekteinrichtungen (Mitte 2017) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Ende 2017)



Der Anteil der Bewohner mit dem Pflegegrad 5 lag in den Projekteinrichtungen mit 27,0% mehr als 10% höher als der Bundesdurchschnitt (16,6%). Auch Bewohner mit dem Pflegegrad 4 waren etwas überrepräsentiert (34,4% gegenüber 29,9%). Die anderen Pflegegrade lagen entsprechend niedriger. 61,4% der Bewohner in den Projekteinrichtungen hatten den Pflegegrad 4 oder 5 (Bundesdurchschnitt: 46,5%).

Diese Unterschiede dürften zum Teil damit zusammenhängen, dass in den Projekteinrichtungen ein hoher Anteil an Menschen mit stark ausgeprägten kognitiven Einbußen und anderen neurologischen Beeinträchtigungen vorzufinden war. Vergleichsdaten sind der Pflegestatistik in diesem Fall nicht zu entnehmen, daher ist ein Vergleich mit anderen Forschungsergebnissen erforderlich. Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse aus den 38 Projekteinrichtungen den Ergebnissen aus anderen Projekten des IPW gegenüber, in denen Teile des neuen Begutachtungsassessments ebenfalls zur Anwendung kamen (Projekte EQMS und EQiA zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege)⁶.

⁶ Es handelt sich um die Gemeinschaftsprojekte „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (EQiA, 2012-2016, mit dem Caritasverband für das Bistum Köln e. V.) und „Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster“ (EQMS, 2012-2019, mit dem Caritasverband für die Diözese Münster e. V.). Die an diesen Projekten beteiligten Einrichtungen erhoben im halbjährlichen Abstand bestimmte Informationen, mit deren Hilfe sich die Ergebnisqualität der jeweiligen Einrichtung darstellen und beurteilen ließ. Zu diesen Vorgaben gehörte auch die Einschätzung der Bewohner mit den NBA-Modulen 1, 2, 3, 4 und 6.

**Tab. 1: Kognitive Beeinträchtigungen in den Projekteinrichtungen (Mitte 2017)
im Vergleich zu Einrichtungen aus den Projekten EQMS und EQisA (März 2016)**

Beeinträchtigung der Kognition und Kommunikation	Aktuelles Projekt (n=2.547)	Projekte EQMS und EQisA (n=22.868)
Keine...	9,3	27,2
Geringe...	8,8	13,6
Erhebliche...	12,3	13,7
Schwere...	14,4	13,2
Schwerste Beeinträchtigungen	55,2	32,3

Wie die Daten zeigen, waren die Bewohner in den 38 Projekteinrichtungen im Durchschnitt deutlich stärker von kognitiven Beeinträchtigungen betroffen als Bewohner in anderen Einrichtungen. Während lediglich bei 9,3% keine kognitiven Beeinträchtigungen feststellbar waren, lag der entsprechende Anteil in den Projekte EQMS und EQisA bei 27,1% und damit drei Mal so hoch. Analog dazu fiel der Anteil der Bewohner mit schwersten kognitiven Beeinträchtigungen erheblich höher aus (55,2% gegenüber 32,3%).

Da in den Projekten EQMS und EQisA überwiegend Einrichtungen in Trägerschaft einer Organisation der Caritas mitwirkten und die meisten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen angesiedelt waren, kann auch für diese Einrichtungen nicht ohne Einschränkung Repräsentativität im statistischen Sinne unterstellt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass diese Einrichtungen eher dem Bundesdurchschnitt entsprechen als die 38 Einrichtungen aus dem aktuellen Projekt. Die Struktur der Pflegestufen und einige andere Merkmale der Einrichtungen sprechen sehr dafür.

Wie später noch aufzuzeigen sein wird, führt die besondere Bewohnerstruktur auch dazu, dass Menschen mit einer ausgeprägten Verhaltensproblematik einen größeren Anteil der Bewohner in diesen Einrichtungen ausmachten als in anderen. Dies wird bei der Interpretation der Auswertungsergebnisse zu berücksichtigen sein.

Die Situation in den projektbeteiligten Einrichtungen war durch erhebliche Unterschiede gekennzeichnet. Die beiden folgenden Abbildungen verdeutlichen dies. Sie weisen zum einen den Anteil der Bewohner mit dem Pflegegrad 5, zum anderen den Anteil der Bewohner mit schwersten Beeinträchtigungen im Bereich der Kognition aus. Jede Säule repräsentiert das Ergebnis für eine Einrichtung.

Abb. 2: Anteil der Bewohner mit dem Pflegegrad 5 in den 38 Projekteinrichtungen (in Prozent)

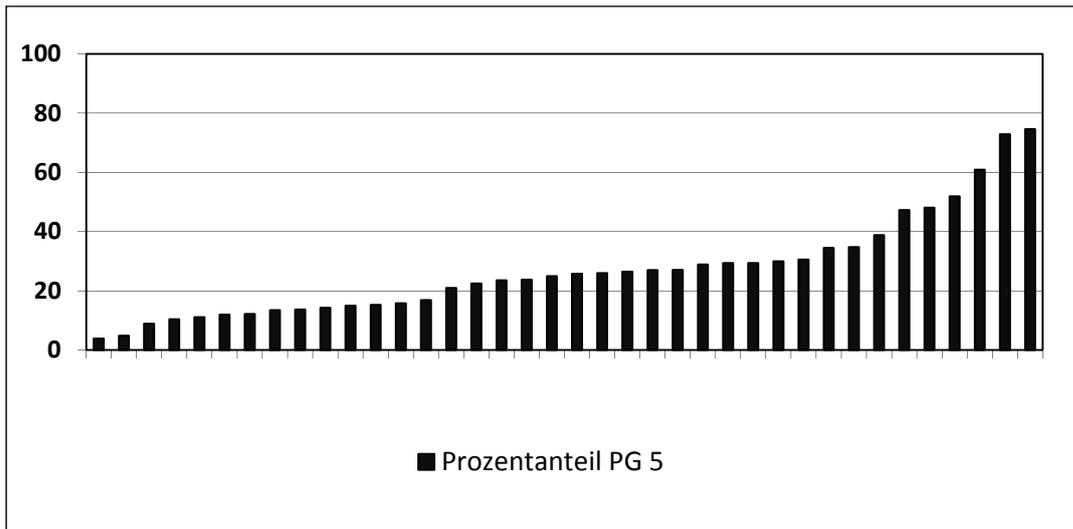
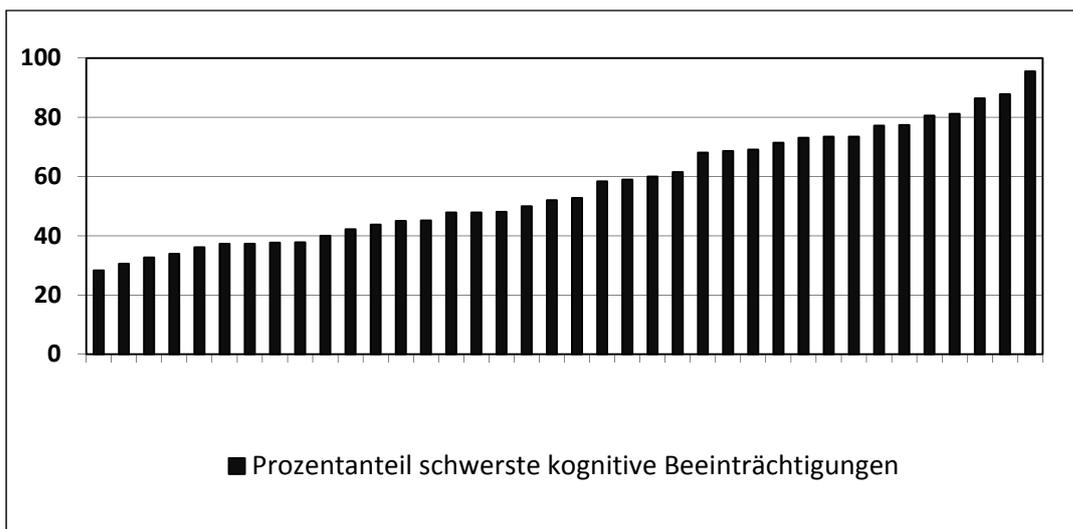


Abb. 3: Anteil der Bewohner mit schwersten kognitiven Beeinträchtigungen in den 38 Projekteinrichtungen (in Prozent)



Wie die nähere statistische Analyse zeigt, existiert erwartungsgemäß eine sehr hohe Korrelation zwischen dem Anteil des Pflegegrades 5 und dem vorliegen schwerster kognitiver Beeinträchtigungen ($r=0,766$ bei $p<0,01$). Je höher der Anteil der Bewohner mit schwersten kognitiven Beeinträchtigungen, desto höher der Anteil der Bewohner mit dem Pflegegrad 5.

Es zeigt sich also, dass die Projekteinrichtungen im Durchschnitt ungewöhnlich viele Bewohner mit dem Pflegegrad 5 und schwersten kognitiven Einbußen versorgen. Außerdem gibt es unter den beteiligten Einrichtungen eine auffällige Heterogenität. Beides wird bei der Interpretation der Auswertungsergebnisse zu berücksichtigen sein.

3. Zuordnung zu Pflegestufen und Pflegegraden

Zur Gewährleistung eines möglichst unkomplizierten Übergangs der alten Pflegestufensystematik in das neue Pflegegradsystem wurden mit dem PSG II verschiedene Regeln definiert, nach denen eine automatische Überleitung alter Pflegestufen in neue Pflegegrade stattfinden sollte. Diese Überleitung erfolgte ohne Neubegutachtung.

Danach ergab sich für Personen *ohne eingeschränkte Alltagskompetenz* ein sog. einfacher Stufensprung: Personen mit der Pflegestufe (PS) I erhielten den Pflegegrad 2, Personen mit der PS II den Pflegegrad 3 usw. Personen *mit eingeschränkter Alltagskompetenz* kamen in den Genuss des sog. doppelten Stufensprungs: Personen mit der Pflegestufe (PS) I erhielten den Pflegegrad 3, Personen mit der PS II den Pflegegrad 4 usw. Gekoppelt waren diese Regelungen mit einem weitreichenden lebenslangen Bestandsschutz. Danach kann der übergeleitete Leistungsanspruch nur dann erlöschen, wenn keine Pflegebedürftigkeit mehr feststellbar ist.

Aus der Perspektive der Leistungsberechtigten handelte es sich um eine eher ‚großzügige‘ Übergangsregelung. Denn alle vorhergehenden Studien und die zum neuen Begutachtungsinstrument vorliegenden wissenschaftlichen Gutachten hatten darauf hingewiesen, dass es zwischen Pflegestufen und Pflegegraden keine lineare Ableitungsbeziehung gibt und nicht zu erwarten sein würde, dass beispielsweise Menschen mit der Pflegestufe II und eingeschränkter Alltagskompetenz im Falle einer Neubegutachtung durchgängig oder auch nur überwiegend den Pflegegrad 4 erhalten würden. Die Überleitungsregelung wies Pflegegrade zu, die im Durchschnitt höher lagen als die Pflegegrade, die im Falle einer neuen Begutachtung zu erwarten gewesen wären. Dies führte zu einem aus der Perspektive der Anspruchsberechtigten (besonders der Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz) positiven Effekt, da sie in vielen Fällen höhere Ansprüche geltend machen konnten als unter den Bedingungen einer realistischen Zuordnung von Pflegegraden zu erwarten gewesen wäre. Insgesamt floss mehr Geld in das System, u.a. im Falle der ambulanten Pflege, was in verschiedenen Regionen dazu beigetragen hat, die Leistungsnachfrage zu stimulieren. In der ambulanten Pflege (Sachleistungen) lagen die Ausgaben der Pflegeversicherung im Jahr 2018 um rund 1 Mrd. Euro höher als im Jahr 2016. Die Ausgaben für die vollstationäre Pflege stiegen im Jahr 2017 gegenüber dem Jahr 2016 um 2 Mrd. Euro (blieben dann aber im Jahr 2018 nahezu unverändert)⁷. Diese und andere Ausgabenzuwächse führten dazu, dass nach der Umsetzung der Reform der Beitragssatz für die Pflegeversicherung deutlich erhöht werden musste.

Auch für Heimbewohner verbesserte sich die Situation. Es entstand mit der Überleitungsregelung jedoch zugleich eine strukturelle Unsicherheit für die stationären Pflegeeinrichtungen. Vor dem

⁷ Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums, das auf seiner Homepage regelmäßig Daten zur finanziellen Entwicklung der Pflegeversicherung bereitstellt.

Hintergrund der in den meisten Einrichtungen hohen Bewohnerfluktuation entstand die Befürchtung, dass das überschätzte Niveau der Pflegegrade in einer Einrichtung schnell abschmelzen könnte, weil es mit der Aufnahme neuer Bewohner tendenziell häufiger zu Neubegutachtungen kommt und das Pflegegradniveau damit auf ein niedrigeres Niveau absinkt. Wird dieser Prozess nicht durch eine entsprechende Anpassung der Pflegesätze kompensiert, kann dies zu sinkenden Erlösen führen.

Ob ein solcher Effekt in einer Einrichtung eintritt oder nicht, hängt von vielen Faktoren ab, die je nach Einrichtung unterschiedlich ausgeprägt sind. Wie schon angesprochen, bestand eine Zielsetzung des vorliegenden Projekts darin, den beteiligten Einrichtungen eine Informationsgrundlage zur Verfügung zu stellen, mit denen sie ihre individuelle Situation in dieser Hinsicht besser abschätzen können. Die hierbei gewonnenen Auswertungsergebnisse ermöglichen keine vollständige Aufklärung der Problematik, wohl aber einige Tendenzaussagen.

3.1 Ergebnisse von Neubegutachtungen

Besonders wichtige Hinweise zur Beurteilung der Stabilität der übergeleiteten Pflegegradstruktur ergeben sich aus den Ergebnissen der Begutachtungen, die mit dem neuen Begutachtungsinstrument nach dem 1. Januar 2017 stattfanden. Bei 218 der insgesamt 2.547 Bewohner, für die Daten aus den projektbeteiligten Einrichtungen vorliegen, fand eine solche Neubegutachtung nach dem Heimeinzug statt⁸. Das Ergebnis zeigt die folgende Tabelle: Mehr als der Hälfte der Bewohner erhielten den Pflegegrad 4 oder 5, weitere 31% den Pflegegrad 3. Ein geringerer Pflegegrad als 3 zeigte sich bei rund 12% der Fälle.

Tab. 2: Verteilung der Pflegegrade aus 218 Neubegutachtungen (Prozentanteile)

Pflegegrad	Absolut	Prozent (n=218)	Bestandszahlen in Prozent (n=2.002)*
/	1	0,5	0,7
1	4	1,8	0,0
2	22	10,1	10,0
3	67	30,7	22,8
4	81	37,2	35,6
5	43	19,7	30,8
Gesamt	218	100,0	100,0

*Nur Bewohner, bei denen im Jahr 2017 keine Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsverfahren stattgefunden hat und die vor dem 1.1.2017 eingezogen sind

⁸ Bei einigen weiteren Bewohnern, die im Jahr 2017 in die Projekteinrichtungen eingezogen sind, fand in diesem Jahr ebenfalls eine Begutachtung statt, allerdings vor dem Heimeinzug.

Zum Vergleich werden in der Tabelle die Bestandszahlen Ende des Jahres 2016 ausgewiesen. Das bedeutet, dass Bewohner, die nach dem 31.12.2016 eingezogen sind, hier nicht berücksichtigt sind. Dementsprechend gibt die Tabelle eine Antwort auf die Frage, in welche Richtung sich die Pflegegradstruktur aufgrund der neuen Begutachtungen entwickeln. Das Ergebnis ist recht eindeutig: Verschiebungen sind vorrangig beim Pflegegrad 5 festzustellen. Der Anteil dieses Pflegegrades lag zwar mit rund 20% noch über dem Anteil dieses Pflegegrades im Bundesdurchschnitt, aber dennoch um rund 10% niedriger als der entsprechende Anteil in den Einrichtungen am Jahresende 2016, der das Ergebnis der Überleitung der Pflegestufen darstellt. Der Vergleich ist zwar mit einigen Einschränkungen versehen (z.B. durch die Unmöglichkeit, die Pflegegrade der nach dem 1.1.2017 verstorbenen Bewohner zu berücksichtigen), aber das dürfte an der Entwicklungstendenz nichts ändern. Diese deutet auf ein Abschmelzen des hohen Anteils der Personen mit dem Pflegegrad 5 hin, der in den projektbeteiligten Einrichtungen ungewöhnlich hoch ausfiel.

Tabelle 3 stellt die Entwicklung noch etwas genauer dar. Dort werden drei Bewohnergruppen unterschieden⁹:

- A) die in der vorherigen Tabelle bereits ausgewiesenen Bewohner, bei denen im Jahr 2017 keine Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsverfahren stattgefunden hat und die vor dem 1.1.2017 eingezogen sind
- B) Bewohner, die vor dem 1.1.2017 eingezogen sind, aber im Jahr 2017 einen Pflegegrad aufgrund einer Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsverfahren erhalten haben
- C) Bewohner, die am oder nach dem 1.1.2017 eingezogen sind.

In der Tabelle ausgewiesen wird auch die Verteilung der Pflegegrade zum Erhebungszeitpunkt.

Tab. 3: Pflegegradstruktur für unterschiedliche Bewohnergruppen (in Prozent)

Pflegegrad	Gruppe A (n=2.002)	Gruppe B (n=118)	Gruppe C (n=419)	Alle* (n=2.547)
/	0,7	0,0	1,0	0,7
1	0,0	1,7	0,7	0,2
2	10,0	4,2	21,7	11,6
3	22,8	26,3	40,1	26,0
4	35,6	43,2	26,7	34,5
5	30,8	24,6	9,8	27,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

*Verteilung der Pflegegrade zum Erhebungszeitpunkt für alle Bewohner. Die Fallzahl der Gruppen A bis C liegt unter der Gesamtzahl, weil bei einigen Bewohnern aufgrund fehlender Angaben eine Gruppenzuordnung nicht möglich war.

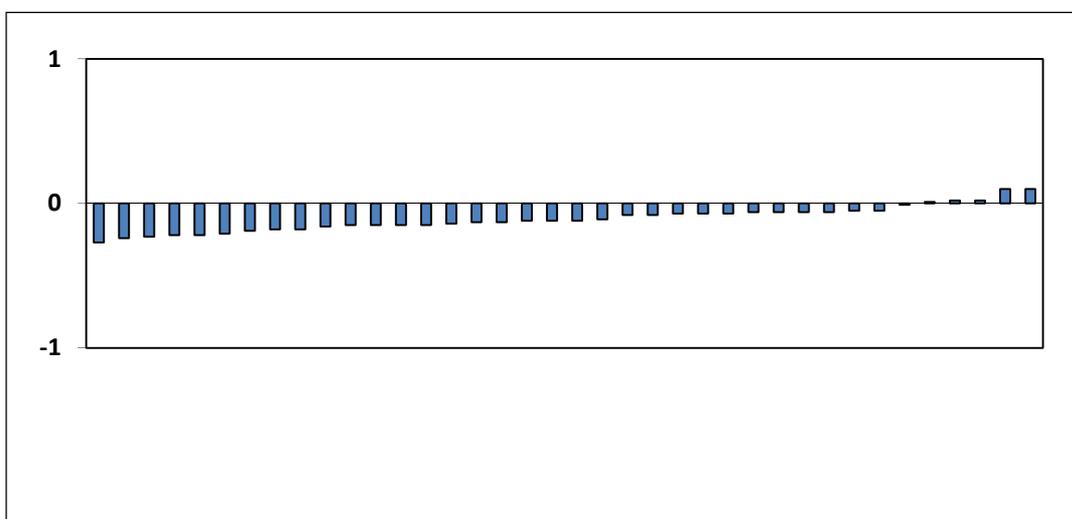
⁹ Acht Bewohner ließen sich aufgrund unklarer Angaben keiner dieser drei Gruppen zuordnen lassen.

Wie ersichtlich, ergibt sich die Verschiebung der Pflegegradstruktur vorrangig aus den Pflegegraden der neu eingezogenen Bewohner. Bei den Bewohnern, die bereits Ende des Jahres 2016 in der Einrichtung lebten und im Verlauf des Jahres 2017 begutachtet wurden, liegt das Ergebnis auf einem sehr hohen Niveau. Fast 70% von ihnen erreichten den Pflegegrad 4 oder 5. Mit den vorliegenden Daten lässt sich leider nicht verlässlich ermitteln, wie sich die Pflegegrade durch die Begutachtung verändert haben. Der Umstand jedoch, dass bei Bewohnern mit dem Pflegegrad 5 sicherlich kein Antrag auf Begutachtung gestellt wurde (wg. des lebenslangen Bestandsschutzes), unterstreicht die Feststellung, dass bei Begutachtungen der schon in der Einrichtung lebenden Bewohner ein hohes Niveau der Pflegegrade erreicht wird. Es sei noch darauf hingewiesen, dass nach den Angaben der Einrichtungen nur 14 dieser 118 Bewohner nach dem 1.1.2017 ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt hatten, durch das sich der Pflegebedarf erheblich veränderte.

Im Gesamtbild fallen die Abweichungen zwischen dem Niveau der übergeleiteten Pflegegrade und dem Niveau zum Erhebungszeitpunkt damit verhältnismäßig gering aus. Der Anteil der Personen mit den Pflegegraden 2 und 3 liegen bei den Neubegutachtungen um ca. 5% höher, der Anteil der Personen mit den Pflegegraden 4 und 5 um ca. 5% niedriger.

In einem weiteren Analyseschritt wurde überprüft, inwieweit die projektbeteiligten Einrichtungen gleichmäßig von der leichten Senkung des Pflegegradniveaus betroffen sind. Hierzu wurde ein Index definiert, indem der Mittelwert aller Pflegegrade in den Einrichtungen errechnet wurde. Dies ergibt zwar nur einen ungefähren Anhaltspunkt, aber eine übersichtliche Form, Veränderungen darzustellen. Dieser Index lag zum Erhebungszeitpunkt bei einem Wert von 3,74. Für die Bewohner der Gruppe A (übergeleitete Pflegegrade zum Jahresbeginn 2017) lautet der entsprechende Index 3,85. In der Differenz wird die leichte Absenkung des Pflegegradniveaus um 0,11 deutlich. Diese Differenz wird in der folgenden Abbildung für alle 38 Einrichtungen dargestellt.

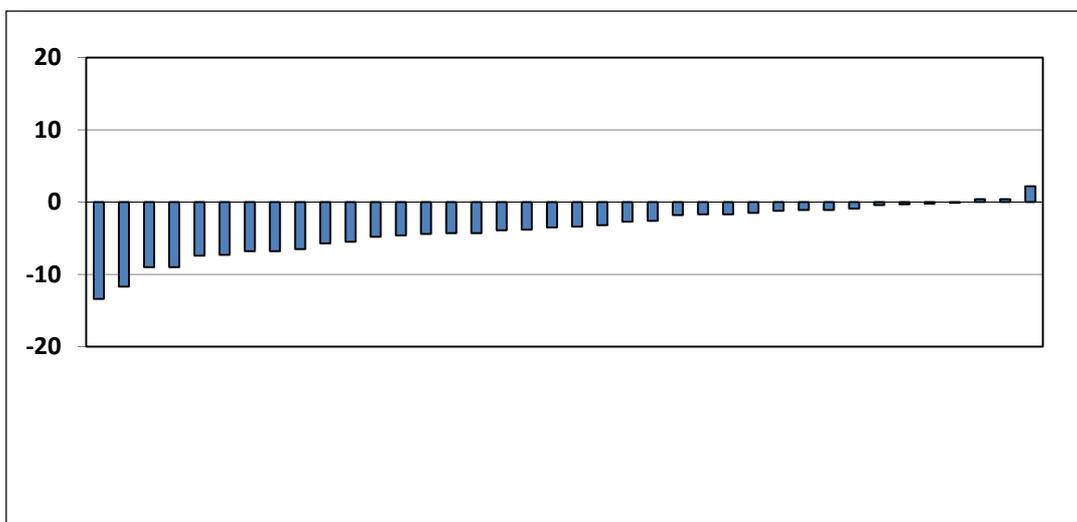
Abb. 4: Veränderung des Pflegegradniveaus in den 38 Projekteinrichtungen (Index)



Wie ersichtlich, gibt es nur wenige Einrichtungen, bei denen das Niveau steigt. Bei den meisten Einrichtungen ist eine leichte Absenkung zu verzeichnen. Sie bewegt sich in einem Bereich bis maximal 0,27 Punkte. Bei diesem Extremwert handelt es sich um eine Einrichtung, bei der das Niveau von 3,62 auf 3,35 absinkt. Insgesamt wird deutlich, dass das Pflegegradniveau in den Einrichtungen stark voneinander abweicht. Die Spannweite bewegt sich bei den 38 Einrichtungen zwischen 2,87 und 4,84.

In Ergänzung dazu wird dargestellt, wie sich der Anteil der Bewohner mit dem Pflegegrad 5 in den Einrichtungen jeweils veränderte:

Abb. 5: Veränderung des Anteils des Pflegegrads 5 in den 38 Projekteinrichtungen (in Prozent)



In zwei Einrichtungen sank der Anteil um etwas mehr als 10%, und es gibt nur wenige Einrichtungen, in denen ein minimaler, eigentlich nicht relevanter Anstieg des Prozentanteils festzustellen ist. Auch hier sollte berücksichtigt werden, dass der Anteil der Bewohner mit dem Pflegegrad 5 in den Einrichtungen erheblich voneinander abweicht. Die Spannweite zu Beginn des Jahres 2017 lag zwischen 4,5% und 83,6%. Dies und die Spannweite des Pflegegradniveaus verdeutlicht, dass sich an dem Projekt einige Einrichtungen mit einer eher untypischen Bewohnerstruktur beteiligten.

Im Gesamtbild bestätigt der Index für das Pflegegradniveau ebenso wie der Anteil des Pflegegrades 5, dass sich die Veränderungen der Pflegegradstruktur in den meisten Einrichtungen in einem moderaten Rahmen bewegten. Auch in Einrichtungen mit einem ungewöhnlich hohen Anteil an Bewohnern mit dem Pflegegrad 5 ist im betrachteten Zeitraum noch keine weitreichende Veränderung des Pflegegradniveaus festzustellen. Eine Absenkung des Niveaus hat zwar stattgefunden, jedoch nicht in dem zu erwartenden hohen Ausmaß.

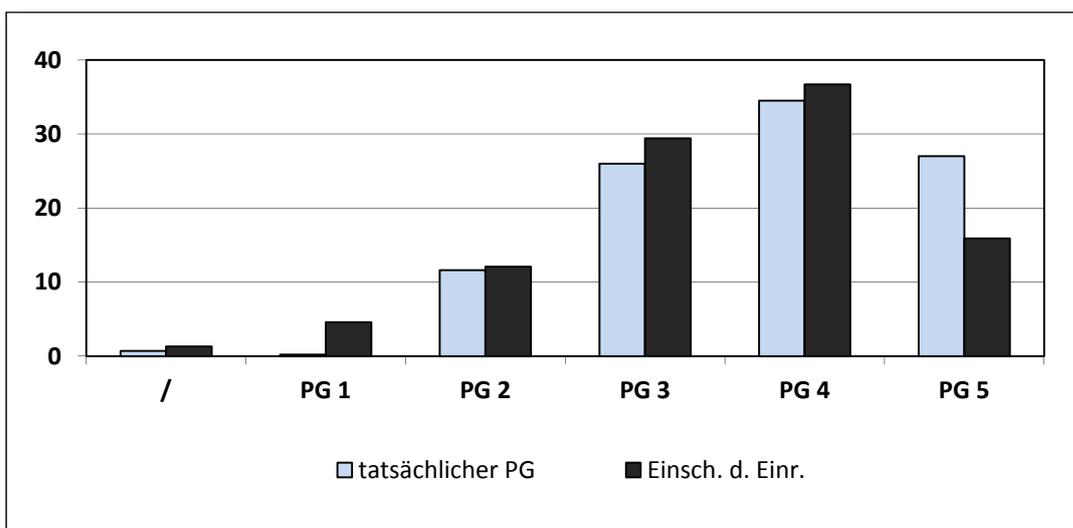
Gleichzeitig müssen folgende Punkte beachtet werden:

- Die Geschwindigkeit etwaiger Veränderungen der Pflegegradstruktur hängt u.a. von der Bewohnerfluktuation bzw. von der Sterblichkeit in den Einrichtungen ab. Diese wies in den projektbeteiligten Einrichtungen ein großes Gefälle auf. Die Sterblichkeit lag zwischen 8 und 95 Verstorbenen je 100 Plätze (Bezugsjahr: 2016).
- Das Ausgangsniveau in den beteiligten Einrichtungen ist, wie die oben präsentierten Zahlen erkennen lassen, sehr unterschiedlich. In Einrichtungen, die sich vor der Umstellung auf die Pflegegrade sehr darum bemüht haben, hohe Pflegestufen für ihre Bewohner zu erwirken, und die gleichzeitig eine hohe Fluktuation aufweisen, ist eher ein rasches Abfallen des Pflegegradniveaus zu erwarten, während es in anderen Einrichtungen über Jahre hinweg stabil bleiben kann.

3.2 Begutachtungsergebnisse im Vergleich zur Einschätzung durch die Einrichtungen

Weitere Hinweise zu der Frage, inwieweit mit einem Absinken des Pflegegradniveaus zu rechnen sein könnte, sollte die Gegenüberstellung zwischen tatsächlichen Pflegegraden und der Neueinschätzung durch die Einrichtungen ergeben, wobei mit der Kategorie „tatsächliche Pflegegrade“ *alle* Fälle eingeschlossen sind, die zum Zeitpunkt der Datenerfassung eine gültige Angabe zum Pflegegrad aufwiesen (also sowohl übergeleitete als auch neu begutachtete Fälle). Das Ergebnis zeigt die folgende Abbildung.

Abb. 6: Pflegegradverteilung - Tatsächlicher Pflegegrad und Einschätzung der Mitarbeiter (n=2.547, in Prozent)

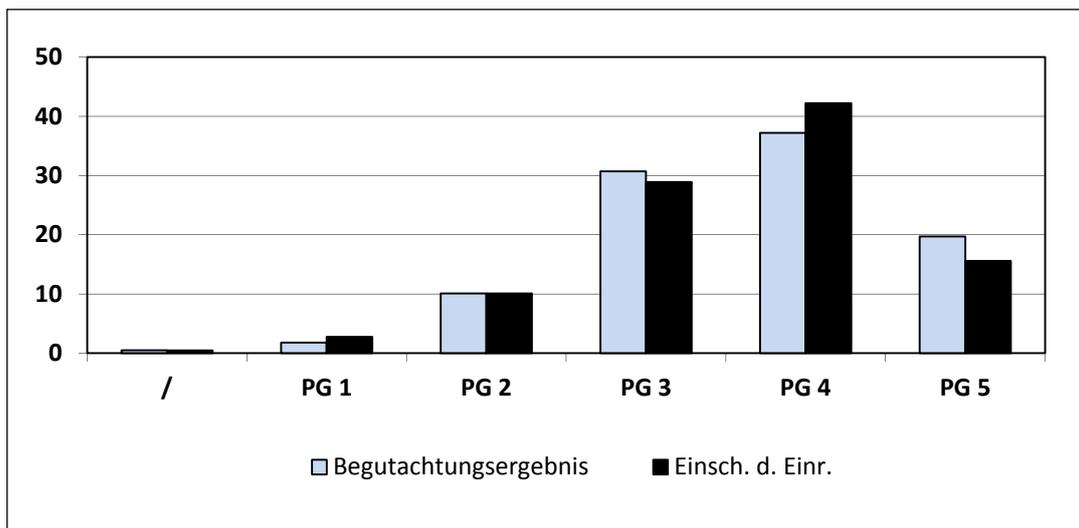


Nach Einschätzung der Mitarbeiter liegt der Anteil der Pflegegrade 1 bis 4 jeweils leicht höher als der tatsächlich zugewiesene Pflegegrad. Umgekehrt schätzen die Mitarbeiter ein, dass der Anteil der Bewohner mit dem Pflegegrad 5 deutlich unterhalb des tatsächlich zugewiesenen Pflegegrades liegt (15,9% gegenüber 27,0%). Auffällig sind auch die Zahlen zum Pflegegrad 1. Hier ist nach den Einschätzungen der Mitarbeiter davon auszugehen, dass knapp 5% der Bewohner einen solchen Pflegegrad haben müssten. Tatsächlich liegt der Anteil der Bewohner mit dem Pflegegrad 1 jedoch bei 0,2%.

Auch hier ist wieder festzustellen, dass die Ergebnisse je nach Einrichtung erheblich voneinander abweichen. In einigen Einrichtungen lagen tatsächlicher Pflegegrad und die Einschätzung der Mitarbeiter nahe beieinander. In anderen würde das Pflegegradniveau um mehr als 0,5 Pflegegrade absinken, wenn Neubegutachtungen zu den Ergebnissen führen würden, die auf der Grundlage der Angaben der Mitarbeiter ermittelt wurden.

Die Einschätzungen der Mitarbeiter weisen allerdings eine Tendenz zur Unterschätzung des Pflegegrades auf. Dies lässt sich anhand der 218 Fälle mit einer Neubegutachtung überprüfen. In diesen Fällen ist es möglich, die Treffsicherheit der Einschätzungen, die die beteiligten Mitarbeiter im Rahmen des Projektes durchführten, etwas näher zu beurteilen. Zu diesem Zweck wurde überprüft, inwieweit die Einschätzung der Mitarbeiter vom tatsächlichen Begutachtungsergebnis abwich. Die Resultate zeigt die nachfolgende Abbildung.

Abb. 7: Pflegegradverteilung - Ergebnis der Begutachtung und Einschätzung der Mitarbeiter (n=218, in Prozent)



Im Gesamtbild liegen die Ergebnisse nicht weit auseinander, doch eine genauere Aufschlüsselung der Daten lässt erkennen, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit im Falle der Bewohner, die zum Zeitpunkt der Einschätzung den Pflegegrad 4 oder 5 hatten, von den Mitarbeitern tendenziell unterschätzt wurde:

Tab. 4: Begutachtungsergebnis und Einschätzung der Mitarbeiter (n=218, Fallzahlen)

Begutachtungsergebnis	Einschätzung der Mitarbeiter						Gesamt
	Kein PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	
Kein PG	0	0	0	1	0	0	1
PG 1	1	0	0	2	0	1	4
PG 2	0	3	8	8	3	0	22
PG 3	0	3	12	32	20	0	67
PG 4	0	0	2	18	54	7	81
PG 5	0	0	0	2	15	26	43

Bei den 43 Bewohnern, bei denen die Gutachter den Pflegegrad 5 feststellten, wichen die Mitarbeiter in 17 Fällen bzw. rund 40% nach unten ab. Ihren Angaben zufolge wäre in diesen Fällen meist nur der Pflegegrad 4 und in zwei Fällen sogar nur der Pflegegrad 3 erreicht worden. Beim Pflegegrad 4 zeigt sich eine ähnliche Tendenz. Hier wichen die Mitarbeiter in 20 von 81 Fällen bzw. rund 25% nach unten ab. Bei den übrigen Pflegegraden sind ebenfalls Abweichungen feststellbar, allerdings mit einer Tendenz in die andere Richtung.

Es ist also davon auszugehen, dass Mitarbeiter bei den stärker pflegebedürftigen Heimbewohnern den Pflegegrad (im Vergleich zur tatsächlichen Einstufung durch einen MDK) nicht selten unterschätzen – nicht nur bei den Neubegutachtungen, sondern auch in den anderen Fällen. Eine nähere Auswertung lässt vermuten, dass in den meisten Fällen die Selbstständigkeitsverluste in den Modulen 4 (Selbstversorgung) und 5 (Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) von den Mitarbeitern wohl nicht vollständig berücksichtigt wurden. In den niedrigen Punktwerten in diesen Bereichen lag größtenteils die Ursache dafür, dass der von den Gutachtern ermittelte Pflegegrad bei der Einschätzung durch die Mitarbeiter nicht erreicht wurde.

Insofern kann aus den Einschätzungen der Mitarbeiter nicht unmittelbar auf die Pflegegradstruktur geschlossen werden, die zu erwarten wäre, wenn alle Bewohner neu begutachtet worden wären. Die Größenordnungen stimmen zwar überein, aber es zeigt sich besonders bei den höheren Pflegegraden eine deutliche Abweichung mit der Tendenz zum jeweils niedrigeren Pflegegrad.

3.3 Pflegegrade bei Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten

Wie in der stationären Langzeitpflege generell, so zeigte die Mehrheit der Bewohner auch im vorliegenden Projekt ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten. Je nach Häufigkeit des Auftretens bestimmter Verhaltensweisen werden mit dem Modul 3 des Begutachtungsverfahrens fünf verschiedene Grade der Beeinträchtigung im Bereich Verhaltensweisen unterschieden. Wie die folgende Tabelle zeigt, wies ca. die Hälfte der Bewohner im vorliegenden Projekt eine „schwerste“ Beeinträchtigung in diesem Bereich auf:

Tab. 5: Beeinträchtigungen im Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“

	Anzahl Bewohner	Prozent
Keine	452	17,7
Geringe	255	10,0
Erhebliche	215	8,4
Schwere	267	10,5
Schwerste	1.358	53,3
Gesamt	2.547	100,0

Im Folgenden soll die Frage beantwortet werden, welche Pflegegrade diese Bewohner mit „schwersten“ Beeinträchtigungen im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen aufweisen und inwieweit sie beim Übergang von den Pflegestufen zu den Pflegegraden eine besonders zu beachtende Gruppe darstellen.

Die folgende Tabelle zeigt zunächst, wie sich die Pflegegrade der Bewohner im Verhältnis zu den Beeinträchtigung im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen verteilen und inwieweit die Verteilung jeweils von der Struktur der Pflegegrade für die gesamte Stichprobe abweicht.

Tab. 6: Pflegegrade und Beeinträchtigungen im Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“

Grad der Beeinträchtigung	Pflegegrade zum Zeitpunkt der Erhebung (Zeilenprozente)						n
	PG 0	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	
Keine	2,4	0,2	26,5	32,7	19,7	18,4	452
Geringe	0,8	0,4	22,0	36,9	22,7	17,3	255
Erhebliche	0,5	0,0	12,6	35,3	32,6	19,1	215
Schwere	0,7	0,0	9,7	25,8	30,0	33,7	267
Schwerste	0,1	0,3	4,9	20,2	42,8	31,7	1.358
Gesamt	0,7	0,2	11,6	26,0	34,5	27,0	2.547

Es wird deutlich, dass die Pflegegrade 4 und 5 im Falle der Bewohner mit den schweren und schwersten Beeinträchtigungen am stärksten vertreten sind. Diese Pflegegrade machen bei den Bewohnern mit den *schwersten* Beeinträchtigungen zusammengenommen fast 75% der Fälle aus. Die Verteilung bei den Bewohnern mit der zweithöchsten Beeinträchtigung („schwere Beeinträchtigung“) sieht recht ähnlich aus. Die Pflegegrade 4 und 5 erreichten rund 64% in dieser Teilgruppe.

Ähnlich wie im Kapitel 3.1 soll überprüft werden, wie sich die Pflegegradstruktur bei Neubegutachtungen darstellt, wobei die Bewohner mit der am stärksten ausgeprägten Beeinträchtigung im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Gruppe A) mit den übrigen Bewohnern verglichen werden (Gruppe B). Damit lässt sich einschätzen, inwieweit es bei diesen Teilgruppen zu abweichenden Entwicklungstendenzen kommt.

Tab. 7: Verteilung der Pflegegrade aus 218 Begutachtungen nach Grad der Beeinträchtigung im Bereich Verhalten/Psychie (in Prozent)

Pflegegrad	Gruppe A* (n=134)	Gruppe B** (n=84)
/	/	1,2
1	2,2	1,2
2	6,7	15,5
3	24,6	40,5
4	47,0	21,4
5	19,4	20,2

*Bewohner mit der am stärksten ausgeprägten Beeinträchtigung im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen

** Andere Bewohner

Das Ergebnis zeigt, dass die Bewohner mit den besonders stark ausgeprägten Beeinträchtigungen im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen auch bei den neuen Begutachtungen relativ hohe Anteile in den Pflegegraden 4 und 5 erreichen. Bei den anderen Bewohnern ist zwar der Anteil im Falle des Pflegegrades 5 ähnlich hoch, der Pflegegrad 4 hingegen ist deutlich seltener vertreten.

Welche Beeinträchtigungen sind für jene Bewohner charakteristisch, die nach den Angaben der Mitarbeiter ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychische Problemlagen aufweisen, bei erneuten Begutachtungen aber nicht den Pflegegrad 5 erreichen? Wie hoch ist der Anteil dieser Bewohner, und wie unterscheidet sich dieser Anteil in den Einrichtungen?

Unter den insgesamt 218 Bewohnern mit einer Begutachtung nach dem neuen Begutachtungsverfahren gibt es insgesamt 108 Personen, die ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten zeigten, aber nicht den Pflegegrad 5 erreichten. Der Anteil dieser Bewohner an allen Bewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten schwankte in den Einrichtungen zwischen 0 bis 37%. In mehr als zwei Dritteln der Einrichtungen lag der Anteil unter 10%, was bedeutet, dass zwischen einem und vier Bewohner betroffen sind. Anteile von mehr als 20% finden sich nur in vier der 38 Einrichtungen.

Ein Vergleich der Merkmale der Pflegebedürftigkeit ergibt bis auf einige Ausnahmefälle keine Hinweise auf besondere Auffälligkeiten bei den 108 Bewohnern. Es fällt lediglich auf, dass sie im Bereich der Mobilität und im Bereich der Selbstversorgung (Hilfe bei Alltagsverrichtungen) weniger stark beeinträchtigt waren als der Durchschnitt aller Bewohner. Die verbliebene Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung war entscheidend dafür, dass in diesen Fällen nicht der höchste Pflegegrad erreicht wird. Weist ein Bewohner in diesem Bereich nicht den höchsten Grad der Beeinträchtigung auf, so ist es häufig nicht möglich, den Pflegegrad 5 zu erhalten¹⁰. Das Begutachtungsverfahren wurde bewusst so aufgebaut: Eine zumindest in Teilen erhaltene Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung ist ein Hinweis darauf, dass es sich nicht um komplett hilflose Menschen handelt. Es sind noch Ressourcen vorhanden.

Bei der Ausprägung der Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychischen Problemlagen findet sich keine abweichende Verteilung im Vergleich zu anderen Bewohnern. Lediglich im Bereich der motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten zeigt sich ein etwas höherer Anteil schwerster Beeinträchtigungen. Insgesamt gibt es jedoch auch hier keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die Bewohner aufgrund einer besonderen Merkmalskonstellation nicht den Pflegegrad 5 erreichten. Die verbliebene Selbständigkeit im Bereich der Alltagsverrichtungen blieb letztlich ausschlaggebend.

¹⁰ Dies würde voraussetzen, dass der Bewohner in allen anderen Bereichen maximale Beeinträchtigungen aufweist.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die vorliegenden Daten keine Hinweise auf eine systematische Benachteiligung von Personen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten geben. Das Begutachtungsverfahren ist bewusst nicht so konstruiert worden, dass der höchste Grad der Beeinträchtigung im Bereich der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen automatisch zum Pflegegrad 5 führt. Die Gesamtheit der Beeinträchtigungen ist maßgebend. Dabei muss, wie in den einleitenden Ausführungen bereits festgestellt wurde, stets beachtet werden, dass das Begutachtungsverfahren keinen pflegerischen Zeitaufwand abbilden soll, sondern eben den Grad der Beeinträchtigung.

Zu berücksichtigen ist bei den Personen mit einer neuen Begutachtung übrigens auch, dass sie zuvor nicht den höchsten Grad der Pflegebedürftigkeit aufwiesen. Zwar geben die Daten keine direkte Auskunft darüber, welcher Pflegegrad (entsprechend der Überleitungsregelung) vor der neuen Begutachtung vorlag, doch ist davon auszugehen, dass es nicht der Pflegegrad 5 war, da in diesem Fall eine neue Begutachtung keinerlei Sinn ergeben hätte (aufgrund des lebenslangen Bestandsschutzes). Dementsprechend handelt es sich bei den Personen mit neuer Begutachtung auch nicht um Bewohner, die vor 2017 als Härtefall eingestuft waren oder die Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufwiesen. Insofern wäre gar nicht zu erwarten, dass sich in der Personengruppe der neu begutachteten Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten ausschließlich Menschen mit dem höchsten Pflegegrad, also mit schwersten Beeinträchtigungen in allen Bereichen wiederfinden.

Zu berücksichtigen ist allerdings auch, dass in einem Pflegegrad eine Gruppe von Bewohnern mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen zusammengefasst werden. Ähnliches gilt für die sogenannten Modulwertungen, also den Grad der Beeinträchtigung in einem bestimmten Bereich (wie z.B. kognitive Beeinträchtigungen oder eben Verhaltensweisen und psychische Problemlagen). Gerade im Falle der Verhaltensweisen ist eine genauere Aufschlüsselung der Beeinträchtigungen lohnenswert, weil im Modul 3 des neuen Begutachtungsverfahrens sehr unterschiedliche Verhaltensweisen berücksichtigt, aber nicht unterschiedlich gewichtet werden. Es handelt sich etwa um agitiertes Verhalten, das im sozialen Umfeld sehr stark auffällig ist, zu sozialen Problemen führt und zum Teil auch Gefährdungspotenzial mit sich bringt. Genauso werden jedoch Verhaltensweisen erfasst (und nach den gleichen Regeln bewertet), die eher durch Antriebslosigkeit und Passivität geprägt zu sein scheinen. Welche Art der Hilfe dann als bedarfsgerecht bezeichnet werden kann, wird im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nicht näher erfasst. Für die Feststellung von Leistungsansprüchen wäre dies nachrangig. Aus der Perspektive der Pflegepraxis ist die Art des Verhaltens jedoch sehr wichtig, wenn bedarfsgerechte Interventionen eingesetzt werden sollen.

Auch wird im Unterschied zu anderen Einschätzungsinstrumenten die Häufigkeit bei täglich auftretenden Verhaltensauffälligkeiten nicht weiter differenziert. Um den höchsten Grad der Beeinträchtigungen bei der Begutachtung zu erreichen, ist es nicht erforderlich, dass eine bestimmte Verhaltensweise mehrfach täglich auftritt. Die Häufigkeit „täglich“ genügt und muss nicht näher spezifi-

ziert werden. Im Versorgungsalltag kann es jedoch relevant sein, ob z.B. Verhalten mit Gefährdungspotenzial ein oder zweimal täglich oder ständig, vielleicht sogar stündlich auftritt. Dies bildet sich im neuen Begutachtungsverfahren nicht ab. Will man also Personen identifizieren, die man im Bereich von Verhalten und psychischen Problemlagen als besonders stark hilfebedürftig klassifizieren will, müssten feinere Unterscheidungen vorgenommen werden.

Wie dies geschehen könnte, wird im Kapitel 5 näher dargestellt.

4. Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen

4.1 Häufigkeiten

Mehr als die Hälfte der Bewohner in der Stichprobe wiesen nach den Klassifizierungsregeln des Begutachtungsverfahrens schwerste Beeinträchtigungen im Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ auf. Dies ist ein ungewöhnliches Ergebnis. Wie bereits in Kapitel 2.3 erwähnt, war die Bewohnerstruktur der am Projekt beteiligten Einrichtungen durch eine überdurchschnittliche Häufigkeit kognitiver Beeinträchtigungen und ebenfalls überdurchschnittlich häufig auftretende Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet.

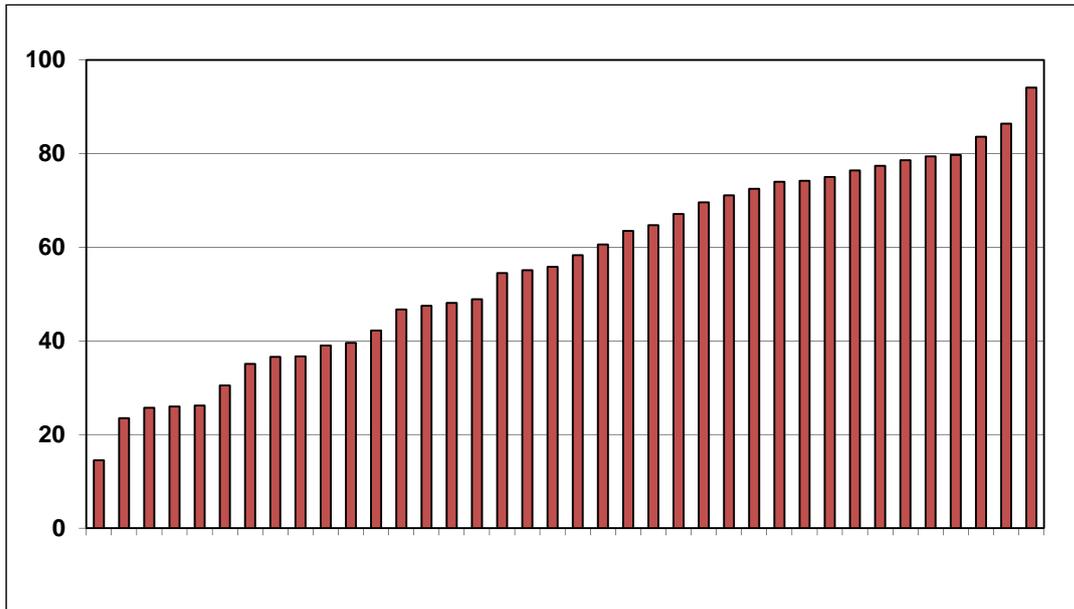
Ein Vergleich mit Daten aus anderen Projekten verdeutlicht dies noch einmal anhand konkreter Zahlen. Wie die nachfolgende Tabelle erkennen lässt, sind in den einbezogenen Einrichtungen über die Hälfte der Bewohner von schwersten Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen betroffen, während es bei den anderen Projekten, die dem Durchschnitt in der stationären Langzeitpflege in Deutschland eher nahekommen, lediglich 26,7% sind. Die Gründe hierfür liegen, wie ebenfalls schon erwähnt wurde, in der Motivation der Einrichtungen, sich an dem Projekt zu beteiligen. Es haben sich vor allen Dingen solche Einrichtungen beteiligt, in denen Verhaltensauffälligkeiten eine besondere Problematik darstellen.

Tab. 8: Beeinträchtigungen im Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ im Vergleich (Angaben in Prozent)

Beeinträchtigung	Projekt (n=2.547)	EQMS und EQisA (n=22.868)
Keine	17,7	36,5
Geringe	10,0	15,5
Erhebliche	8,4	11,5
Schwere	10,5	9,8
Schwerste	53,3	26,7

Dabei lässt sich, wie die folgende Abbildung verdeutlicht, für die projektbeteiligten Einrichtungen eine erhebliche Spannweite beim Anteil der Bewohner mit schwersten Beeinträchtigungen im Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ feststellen. Er bewegt sich im Bereich zwischen 14 und 94%.

Abb. 8: Bewohner mit schwersten Beeinträchtigungen im Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ je Einrichtung (in Prozent)



Eine differenzierte Auswertung der Daten zeigt, dass motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, vokale Auffälligkeiten (einschl. verbaler Aggression) sowie die Abwehr von unterstützenden Maßnahmen zu den am häufigsten beobachteten Verhaltensweisen in den Projekteinrichtungen gehören. Diese Struktur stimmt mit anderen Forschungsergebnissen überein (Wingenfeld/Seidl 2008). Dabei ist zu bedenken, dass motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten auch bestimmte Verhaltensweisen von Bewohnern umfassen, die nicht mehr in der Lage sind, sich fortzubewegen (motorische Unruhe in sitzender Position). Rund 25% der Bewohner zeigen motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, die mindestens einmal täglich auftreten:

Tab. 9: Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensweisen (Anteil der Bewohner in Prozent)

	nie	selten*	häufig**	1-3x täglich	> 3x täglich	Gesamt
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	59,9	9,8	5,9	7,8	16,6	100,0
Nächtliche Unruhe	59,9	16,4	13,4	6,6	3,6	100,0
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	88,7	5,0	3,0	2,0	1,4	100,0
Beschädigen von Gegenständen	93,0	3,4	1,7	1,2	0,8	100,0
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	80,6	8,3	5,9	3,4	1,8	100,0
Verbale Aggression	67,1	12,6	9,5	6,0	4,7	100,0
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	71,9	7,6	5,5	5,3	9,7	100,0
Abwehr pflegerischer/anderer unterstützender Maßnahmen	57,7	12,2	11,7	10,3	8,1	100,0
Wahnvorstellungen	84,7	7,1	4,3	2,4	1,5	100,0
Ängste	70,3	13,5	8,2	4,8	3,2	100,0
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	64,0	14,5	11,7	5,6	4,1	100,0
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	76,6	7,7	5,3	5,3	5,2	100,0
Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	68,7	9,1	7,6	7,7	6,8	100,0

* selten: ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wochen

** häufig: zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich

Bei der *Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen* beläuft sich der Anteil der Bewohner, bei denen diese Abwehr täglich beobachtet wurde, auf knapp unter 20%. Relativ häufig genannt wurde auch *nächtliche Unruhe*. Auch dies ist kein unerwartetes Ergebnis, da nächtliche Unruhe bzw. das Auftreten von Problemen während der Nacht, die vom Bewohner nicht ohne Unterstützung anderer Personen bewältigt werden können, zu einem der häufigsten Begleitsymptome

kognitiver Beeinträchtigungen gehören und diese in der hier betrachteten Bewohnergruppe besonders stark ausgeprägt waren. Hinzuweisen ist aber auch auf Problemlagen, die eher durch Passivität geprägt sind. *Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage* etwa trat ebenfalls in dieser Größenordnung auf.

Generell sollte berücksichtigt werden, dass die verwendeten Kategorien zum Teil sehr unterschiedliche Verhaltensweisen ansprechen. So umfasst die *Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen* sowohl aktives abwehrendes Verhalten als auch die passive Verweigerung der Kooperation (z.B. den Mund geschlossen halten während des Versuchs, Nahrung oder Flüssigkeit zuzuführen, oder die Verweigerung, eine Körperhaltung einzunehmen, die zur Durchführung der Körperpflege erforderlich wäre).

Es ist darüber hinaus wichtig zu berücksichtigen, dass nicht das gesamte Verhaltensspektrum eines Bewohners in diesen Zahlen gespiegelt wird. Das hängt damit zusammen, dass es im neuen Begutachtungsverfahren den Grundsatz gibt, Situationen, in denen mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig auftreten (beispielsweise ausgeprägte Ängste, Wahnvorstellungen und anhaltendes lautes Rufen), nicht doppelt oder dreifach gezählt werden. Das bedeutet, dass die Gutachter jeweils nur diejenige Verhaltensweise zu erfassen haben, die die Situation prägt. Die Häufigkeiten geben also vor allem an, wie oft es zu Situationen kommt, in denen ein verhaltensbedingter Unterstützungsbedarf entsteht. Exakte Häufigkeiten zu den einzelnen Verhaltensweisen kann man aus den Angaben des entsprechenden Moduls im neuen Begutachtungsverfahren und damit auch aus den Daten, die im Rahmen des Projektes erhoben wurden, hingegen nicht entnehmen.

Exkurs: Ausgewählte verhaltensbedingte Versorgungsanforderungen

Ungeachtet dieser Einschränkungen lassen die Zahlen erahnen, welche fachlichen Herausforderungen und auch welche Belastungen im Arbeitsalltag für die Mitarbeiter der Einrichtungen mit der Verhaltensproblematik verbunden sind. Die Situation unterscheidet sich je nach Einrichtung, was noch im weiteren Verlauf der Darstellung deutlich werden wird. In vielen Einrichtungen gehört jedoch der Umgang mit Verhaltensweisen, die einen Bedarf auslösen und zum Teil auch mit Risiken und starken Belastungen für die Umgebung oder den betreffenden Pflegebedürftigen selbst verbunden sind, zum Alltag der Mitarbeiter.

Im Rahmen der Datenerfassungen wurden neben den im Begutachtungsverfahren berücksichtigten Verhaltensweisen verschiedene weitere Merkmale erfasst, mit denen u.a. die Konsequenzen der Verhaltensweisen beschrieben werden können. Dazu gehören auch Unterbrechungen während der geleisteten Unterstützung, Beobachtung und Kriseninterventionen.

Bei diesen Ergebnissen muss allerdings berücksichtigt werden, dass es nicht gelungen ist, unmissverständlich zu erläutern, was im Einzelnen mit den Fragen angesprochen werden sollte. Abbruch

von Hilfe, „Krisenintervention“ und andere Begriffe wurden beim Ausfüllen der Erhebungsbögen unterschiedlich interpretiert, so dass die Ergebnisse nicht eindeutig sind.

Gefragt wurde unter anderem, wie häufig es vorkommt, dass die geleistete Hilfe bei bestimmten Aktivitäten (Essen, Körperpflege, An- und Auskleiden) unterbrochen werden muss, weil der Bewohner die Hilfe abwehrt. Bei knapp 15% der Bewohner wurde angegeben, dass dies mindestens einmal täglich erfolgt, bei weiteren knapp 20% traten solche Situationen einmal oder mehrmals wöchentlich auf.

Tab. 10: Häufigkeit verhaltensbedingter Unterbrechung von Hilfen

Unterbrechung von Hilfe beim Essen, bei der Körperpflege oder beim An-/Auskleiden	Anzahl Bewohner	Prozent
Nie	1.690	66,4
1-2x wöchentlich	302	11,9
3-6x wöchentlich	172	6,8
1-3x täglich	214	8,4
Öfter als 3x täglich	153	6,0
k.A.	16	0,6
Gesamt	2.547	100,0

Die Abwehr von Hilfeleistungen ist ein besonders wichtiges Problem im Versorgungsalltag, da bei Bewohnern, bei denen sie regelmäßig auftritt, eine besondere Sorgfalt bei der Beobachtung erforderlich ist. Anderenfalls träte schnell eine Situation ein, in der der individuelle Bedarf nicht mehr gedeckt werden kann und ggf. erhebliche gesundheitliche Risiken entstehen. Dies betrifft beispielsweise die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder den Hautzustand (Dekubitusrisiko). Darüber hinaus besteht bei den betreffenden Bewohnern das Erfordernis, durch Ansprache oder andere kommunikative Mittel Akzeptanz der Hilfen zu fördern.

Wenngleich die Ergebnisse aus den genannten Gründen nur sehr vorsichtig interpretiert werden dürfen, so deutet sich doch an, dass es eine Größenordnung von etwa 20% der Bewohner gibt, bei denen nicht nur gelegentlich, sondern mindestens dreimal wöchentlich mit einem erhöhten Aufwand bei den genannten Hilfen zu rechnen ist, weil in der betreffenden Situation abgebrochen und zu einem späteren Zeitpunkt ein neuer Anlauf unternommen werden muss.

Eine weitere Frage bezog sich auf das Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial. Die Mitarbeiter wurden um die Angabe gebeten, wie intensiv Bewohner unter Beobachtung stehen, weil mit dem Auftreten von Selbst- oder Fremdgefährdung gerechnet werden muss. Bei gut 30% der Bewohner, so

das Ergebnis, ist eine Beobachtung einmal wöchentlich oder häufiger erforderlich (Tabelle 11). Für immerhin 25% der Bewohner wurde angegeben, dass eine Beobachtung täglich erforderlich ist. In rund 11% der Fälle findet sich sogar der Hinweis auf eine permanente Beobachtung.

Tab. 11: Beobachtung der Bewohner aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung

	Anzahl Bewohner	Prozent
Nie	1.734	68,1
1x wöchentlich	71	2,8
Mehrmals wöchentlich	109	4,3
Bis zu 1 Std. täglich	127	5,0
Mehrere Std. täglich	208	8,2
Permanent	285	11,2
k.A.	13	0,5
Gesamt	2.547	100,0

Diese Zahlen stehen allerdings nicht in Einklang mit der Beschreibung der Verhaltensweisen der betreffenden Bewohner. Es ist davon auszugehen, dass sie den Grad der Selbst- oder Fremdgefährdung in der untersuchten Bewohnergruppe überschätzen. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass in einigen Einrichtungen hier irrtümlich auch eine Sturzgefährdung als Selbstgefährdung eingestuft wurde, während andere Einrichtungen (im Sinne der Definitionen des Erhebungsbogens) nur die explizit genannten „Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen“ berücksichtigten. Die Daten werden an dieser Stelle veröffentlicht, um das Bild abzurunden, doch sei an dieser Stelle betont, dass sie keine valide Aussagen zulassen.

Bedauerlicherweise sind auch die Ergebnisse zur Frage nach Kriseninterventionen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht valide. Hierbei ging es um die Feststellung, wie häufig gravierende Problemsituationen auftreten, auf die mit Kriseninterventionen reagiert werden muss:

Tab. 12: Häufigkeit verhaltensbedingter Kriseninterventionen

	Anzahl Bewohner	Prozent
Nie	1718	67,5
1x wöchentlich	147	5,8
Mehrmals wöchentlich	200	7,9
Bis zu 1 Std. täglich	155	6,1
Mehrere Std. täglich	111	4,4
Ständig tagsüber	87	3,4
Ständig, auch nachts	121	4,8
k.A.	8	0,3
Gesamt	2.547	100,0

Die an dieser Stelle gewählten Antwortkategorien erschweren eine Interpretation des Ergebnisses. So ist beispielsweise schwer vorstellbar, was es bedeutet, dass ständig, auch nachts, Kriseninterventionen erforderlich sind, um Problemsituationen abzuwenden. Dies würde bedeuten, dass hier eine 1:1-Betreuung erfolgt, und zwar auch in der Nacht. Möglicherweise haben die Mitarbeiter bei der Bearbeitung dieser Frage generell die Bedarfssituation des Bewohners im Auge gehabt, nicht aber unbedingt problematische Situationen, die durch die im Fragebogen aufgeführten Verhaltensweisen entstehen (wie es die Frage eigentlich intendierte).

Ursprünglich wurden diese ergänzenden Fragen in den Erhebungsbogen einbezogen, um eine stärkere Differenzierung zwischen den Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten vornehmen zu können. Im Hintergrund stand dabei die Frage, inwieweit mit Hilfe dieser Aspekte eine Bewohnergruppe identifiziert werden kann, bei denen von einem ungewöhnlich hohen Unterstützungsbedarf auszugehen ist. Es muss jedoch festgestellt werden, dass dieser Versuch nicht zum angestrebten Ergebnis geführt hat.

4.2 Charakteristische Bedarfskonstellationen

Das neue Begutachtungsinstrument und die darin enthaltenen Module sind nicht darauf ausgerichtet, Art und Umfang der erforderlichen Leistungen, also den individuellen Bedarf zu erfassen. Rückschlüsse auf den Bedarf sind aber in gewissen Grenzen möglich, weil jede der Beeinträchtigungen, die mit dieser Einschätzung erfasst wird, letztlich auch mit einem Bedarf an personeller Hilfe verknüpft ist. Das Instrument zeigt also an, *an welchen Stellen* ein Bedarf auftritt. Es lässt auch erkennen, ob es sich um einen eher *geringen oder umfangreichen, komplexen* Bedarf handelt¹¹.

Von Interesse ist im vorliegenden Zusammenhang, inwieweit bestimmte Verhaltensauffälligkeiten und andere Beeinträchtigungen gleichzeitig auftreten. Diese Kombination ist letztlich für die individuelle Risikosituation und den Leistungsaufwand, der im Einzelfall zu erwarten ist, von großer Bedeutung. Besteht beispielsweise ein Hilfebedarf im Bereich der Ernährung, so ist bei regelmäßig auftretenden Abwehrverhalten des Bewohners mit erheblichen gesundheitlichen Risiken zu rechnen. Auch die Kombination von Mobilitätsbeeinträchtigungen und bestimmten Verhaltensweisen kann zu einer individuellen Problemkumulation führen. Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden verschiedene Zusammenhänge zwischen Verhaltensweisen und anderen Beeinträchtigungen betrachtet werden.

Tabelle 13 gibt zunächst einen Überblick über die Merkmalskombinationen, in diesem Fall auf der Ebene der Module des Begutachtungsverfahrens. Sie verdeutlicht also, inwieweit schwerste Beeinträchtigungen im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen mit weiteren Merkmalen der Pflegebedürftigkeit gemeinsam auftraten. Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, werden analoge Anteilswerte für die übrigen Bewohner ausgewiesen, die zum Teil ebenfalls Verhaltensauffälligkeiten zeigten, aber nicht in dem hohen Umfang wie Bewohner mit „schwersten“ Beeinträchtigungen in diesem Bereich.

¹¹ Allerdings sagen die Einschätzungsergebnisse nichts über den *konkreten* Umfang und insbesondere nichts über die *Art* der erforderlichen Leistungen aus, die im Einzelfall erforderlich wären. Dies ist nur im Rahmen der individuellen Maßnahmenplanung möglich und setzt die Festlegung von Versorgungszielen voraus, während das Begutachtungsinstrument fast durchgängig nur die Beeinträchtigungen, die Ressourcen und die individuellen Problemlagen des Bewohners abbildet. Ausnahme ist lediglich das Modul 5, mit dem indirekt auch der Bedarf an ärztlich verordneten Maßnahmen abgebildet wird.

Tab. 13: Kombination schwerster Beeinträchtigungen im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen mit Beeinträchtigungen in anderen Bereichen (Prozentangaben, n=1.358)

Bereich	Grad der Beeinträchtigung*					
	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste	Gesamt
Mobilität	25,0	18,7	12,1	15,3	28,9	100,0
	23,4	22,5	11,9	13,9	28,3	100,0
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	1,7	3,2	8,3	15,8	71,0	100,0
	18,0	15,1	16,8	12,9	37,2	100,0
Selbstversorgung	1,3	3,7	22,8	36,7	35,6	100,0
	8,6	13,9	28,6	22,6	26,3	100,0
Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	1,2	22,9	64,4	8,2	3,2	100,0
	1,9	26,9	62,3	6,8	2,0	100,0
Selbständigkeit im Alltagsleben/soziale Kontakte	0,5	1,6	5,1	22,2	70,5	100,0
	6,7	16,2	15,9	23,0	38,1	100,0

*Kursiv: Anteilswerte für die übrigen Bewohner (keine *schwersten* Beeinträchtigungen im Bereich Verhalten und psychische Problemlagen; n=1.189)

Im Bereich der *Mobilität* zeigen sich bei den Bewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychischen Problemlagen im Vergleich zu anderen Bewohnergruppen keine besonderen Ergebnisse. Bei der Fortbewegung und bei Bewegungen in liegender Position waren Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten genauso stark beeinträchtigt oder unbeeinträchtigt wie andere Bewohner.

Anders im Falle der *kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten*: Hier zeigt sich erwartungsgemäß, dass Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten deutlich häufiger von schwersten kognitiven Beeinträchtigungen betroffen waren als andere Bewohner. Es ist eher bemerkenswert, dass es einige Bewohner gab, die keinerlei Beeinträchtigungen dieser Art aufwiesen. Hierbei handelte es sich vermutlich um Personen mit psychischen Erkrankungen, die unabhängig von einer Demenz auftreten, also um Krankheitsbilder, die für die Mehrheit der Heimbewohner eher untypisch sind.

Im Bereich der *Selbstversorgung* zeigt sich eine ähnliche, allerdings weniger stark ausgeprägte Tendenz. Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten waren hier im Durchschnitt etwas stärker beeinträchtigt als andere Bewohner. Auch hier ist bemerkenswert, dass es einige Bewohner gab, die nach Angaben der Mitarbeiter bei der Selbstversorgung ohne Unterstützung durch andere Personen auskamen.

Im Bereich *Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen* sind, ähnlich wie im Falle der Mobilität, keine besonderen Unterschiede zwischen den beiden Bewohnergruppen erkennbar. Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten waren ebenso wie andere Bewohner eher selten von schweren oder schwersten Beeinträchtigungen im Umgang mit diesen Anforderungen oder Belastungen betroffen. Am häufigsten findet sich in beiden Gruppen das Ergebnis „erhebliche Beeinträchtigung“.

Im Falle der *Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte* schließlich zeigt sich eine Verteilung, die vor dem Hintergrund der Verteilung bei den kognitiven Beeinträchtigungen ebenfalls nicht ganz unerwartet ist. Selbständigkeit im Alltagsleben steht in einem engen Zusammenhang mit Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten und der Kommunikation.

Ergänzend wurde analysiert, welche Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen besonders häufig miteinander verknüpft sind. Dabei zeichneten sich allerdings keine klaren Zusammenhänge ab. Es ist also nicht so, dass beispielsweise motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten besonders häufig mit einer bestimmten anderen Verhaltensweise verknüpft sind. Vielmehr gibt es verschiedenste Konstellationen, mit denen die Verhaltensweisen auftreten, ohne dass eine Struktur erkennbar wäre. Zwei generelle Feststellungen sind an diesem Punkt möglich:

- Zum einen nimmt mit der Ausprägung einer allgemeinen psychischen Problematik auch die Häufigkeit der Verhaltensauffälligkeiten zu. Das bedeutet, dass die Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten oder Problemlagen in einem bestimmten Bereich in der Regel auch mit der Zunahme anderer Verhaltensweisen oder Problemlagen verbunden ist.
- Zum anderen ist darauf hinzuweisen, dass es zum Teil negative Korrelationen gibt, dass also bestimmte Verhaltensweisen umso seltener feststellbar sind, je häufiger bestimmte andere Verhaltensweisen auftreten. Der Grund hierfür liegt darin, dass das Begutachtungsverfahren bzw. das im Projekt genutzte Erhebungsinstrument Verhaltensweisen von sehr unterschiedlicher Natur berücksichtigt. Zum Teil handelt es sich um eher agitiertes Verhalten, also Verhaltensweisen, die durch ein starkes Maß an Aktivität und äußerlicher Unruhe gekennzeichnet sind. Demgegenüber stehen Verhaltensweisen, die im Gegensatz dazu eher durch äußerliche Passivität geprägt sind. Dazu zählen insbesondere Ängste und Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage. Wie eine differenzierte Datenauswertung erkennen lässt, tritt z.B. das Merkmal Antriebslosigkeit eher selten mit Verhaltensweisen wie motorische Unruhe oder aggressiv gefärbten Verhaltensweisen zusammen.

Weitreichende Erkenntnisse lassen sich daraus nicht ableiten. Wichtig ist allerdings, dass die im Folgenden beschriebenen Versuche, Bewohnergruppen mit einem besonders umfangreichen Bedarf anhand von bestimmten Merkmalen zu identifizieren, stets mit dieser Unterschiedlichkeit konfrontiert werden. Das bedeutet, dass Ansätze zur Klassifizierung von Verhaltensauffälligkeiten, die durch ein hohes Maß an Aktivität geprägt sind und ggf. auch ein hohes Risiko- oder Störungspotenzial beinhalten, mit Kriterien operieren müssen, deren Anwendung bei Bewohnern mit eher passiv geprägten Verhaltensweisen nicht möglich oder sinnvoll erscheint. Einfache Lösungen sind bei Nutzung von Daten, die durch den Einsatz des neuen Begutachtungsverfahrens gewonnen werden, also nicht zu erwarten.

4.3 Klassifizierungsansätze in Rahmenverträgen

Ein schon älterer Ansatz, die Gruppe der Bewohner mit einem besonders intensiven, verhaltensbedingten Unterstützungsbedarf zu bestimmen, findet sich in einigen Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Einrichtungen auf der Landesebene. Aufgrund der Problematik, die durch die wachsende Zahl der Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten in der stationären Langzeitpflege entstanden ist, gibt es in einigen Bundesländern zum Teil schon seit vielen Jahren Vereinbarungen, die eine sogenannte besondere Betreuung von Menschen mit Demenz vorsehen. Öffentlich bekannt wurden vor allem die Vereinbarungen, die im Stadtstaat Hamburg abgeschlossen worden sind¹². Aber auch in einigen weiteren Bundesländern (z.B. Hessen und Baden-Württemberg) gibt es vergleichbare Vereinbarungen.

Die Grundidee dieser Vereinbarungen besteht darin, dass Bewohner mit bestimmten Verhaltensweisen eine besondere Betreuung benötigen und hierzu Ressourcen erforderlich sind, die unter den üblichen vertraglichen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen nicht bereitgestellt werden können. Je nach Bundesland werden dabei unterschiedliche Akzente gesetzt. Den folgenden Ausführungen liegt die Vereinbarung aus Hamburg zugrunde, die im Vergleich zu anderen anderen Bundesländern schon recht früh abgeschlossen wurde.

Die Hamburger Vereinbarungen definiert diejenigen *Verhaltensweisen*, die Voraussetzung dafür sind, dass eine Sonderfinanzierung bewilligt wird. Darüber hinaus müssen diese Verhaltensweisen in einer bestimmten *Häufigkeit* auftreten. Neben den Verhaltensweisen selbst werden auch die *Mobilität* und die *Gruppenfähigkeit* der Bewohner als Voraussetzungen thematisiert.

¹² „Vereinbarung über die besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen in Hamburg“ (in der Fassung von 2016) – verfügbar unter: www.hamburg.de/pflege/veroeffentlichungen/116610/dementenbetreuung (Zugriff am 20.12.2019).

Ein wichtiges Merkmal der Hamburger Vereinbarung besteht darin, dass auf das sog. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield 1999) Bezug genommen wird. Mit diesem Instrument sollen Verhaltensweisen erfasst und eingeordnet werden. Es bildet Verhaltensweisen von Heimbewohnern und die Häufigkeit ihres Auftretens differenzierter ab als die meisten anderen Instrumente, die es vor dem CMAI gab.

Mit Hilfe der in der Vereinbarung definierten Kriterien ist es möglich, den Anteil der Bewohner zu schätzen, die in der vorliegenden Studie den dort formulierten Voraussetzungen für eine besondere Betreuung entsprechen könnten. Denn alle in den Vereinbarungen bzw. mit dem CMAI angesprochenen Verhaltensweisen werden auch vom neuen Begutachtungsverfahren und damit auch vom Erhebungsinstrument im vorliegenden Projekt berücksichtigt. Bei der Entwicklung des Begutachtungsverfahrens im Jahr 2007 wurden verschiedene Instrumente zur Erfassung von Verhaltensweisen von Heimbewohnern analysiert und im Hinblick auf ihre Systematik näher bewertet (Wingefeld et al. 2011a). Das CMAI war – aufgrund der Breite des berücksichtigten Verhaltensspektrums – in diesem Zusammenhang eines der wichtigsten Instrumente.

Das Modul 3 des Begutachtungsinstruments, das die Skala zur Beurteilung von Verhaltensweisen enthält (damit auch die im Projekt genutzte Klassifizierung) ist allerdings etwas anders strukturiert als das Instrument von Cohen-Mansfield:

- Das Begutachtungsinstrument fasst Verhaltensweisen in vielen Fällen stärker zusammen als das CMAI. So sind z.B. alle Handlungen, die sich gegen andere Personen richten, in einer einzigen Kategorie vereint („Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen“), während das CMAI Handlungen wie Schlagen, Treten, Stoßen oder Kratzen anderer Personen als jeweils eigene Kategorie definiert.
- Das CMAI unterscheidet häufig nicht zwischen Selbst- und Fremdgefährdung. Situationen beispielsweise, in denen der Bewohner sich selbst schlägt, werden mit Situationen, in denen er andere schlägt, in einer einzigen Kategorie zusammengefasst. Am Einschätzungsergebnis selbst ist daher nicht erkennbar, ob eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Im neuen Begutachtungsinstrument wird diese Vermischung grundsätzlich vermieden.
- Eine weitere Abweichung betrifft die Definition der Häufigkeiten, mit denen Verhaltensweisen erfasst werden. Das Begutachtungsinstrument differenziert nicht weiter, wenn ein Verhalten täglich auftritt, während das CMAI unterscheidet, ob ein Verhalten ein- bis zweimal täglich, mehrmals täglich oder sogar mehrmals stündlich auftritt.
- Anders als das auf agitiertes Verhalten ausgerichtete CMAI berücksichtigt das Begutachtungsinstrument auch psychische Problemlagen wie z.B. Panikzustände oder Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage.
- Schließlich ist daran zu erinnern, dass das Begutachtungsinstrument Situationen, in denen mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig auftreten, nicht doppelt zählt.

Diese Unterschiede sind der Grund dafür, dass der Anteil der Bewohner mit einem besonderen Bedarf im Sinne der genannten Vereinbarungen mit Hilfe von Daten aus dem neuen Begutachtungsverfahren nur näherungsweise bestimmt werden könnte. Hinzu kommt, dass in den Landesvereinbarungen die individuelle Begründung der Notwendigkeit einer besonderen Betreuung sowie die Feststellung einer ausgeprägten Antriebsstörung verlangt werden. Mit dem Begutachtungsverfahren nicht abgebildet werden kann das Kriterium „Nahrungsverweigerung“, da dies im Erhebungsinstrument nicht losgelöst von der Abwehr anderer Hilfen darstellbar ist. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Hamburger Vereinbarung auch mit Merkmalskombinationen anhand von definierten Häufigkeiten operiert, die aufgrund der stärker zusammenfassenden Betrachtung im Begutachtungsverfahren nicht nachgebildet werden können.

Die nachfolgenden Auswertungsergebnisse sollten dementsprechend auch nur als Annäherung verstanden werden – als ein Versuch, auf der Grundlage der Logik in den Landesvereinbarungen die Kompatibilität mit dem Begutachtungsinstrument und ggf. Größenordnungen bei der Unterscheidung von Bewohnergruppen zu bestimmen, die mit einer analogen Kriterienliste zu erwarten wäre.

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der Bewohner mit verschiedenen Verhaltensweisen, die von ihrer Häufigkeit her die Voraussetzungen für eine besondere Betreuung im Sinne des Hamburger Modells erfüllen könnten. Ein Problem besteht darin, dass das CMAI an vielen Punkten eine Grenze bei einer Häufigkeit setzt, bei der das Verhalten mehrfach täglich, das heißt mindestens dreimal täglich auftritt. Zeigt sich beispielsweise bei einem Bewohner, dass er mehrmals täglich sich selbst oder andere schlägt, so ist eine wichtige Voraussetzung für die Anerkennung eines besonderen Bedarfs erfüllt. Tritt das Verhalten seltener auf, das heißt nur ein- oder zweimal täglich oder mindestens dreimal wöchentlich, so müssen weitere Kriterien erfüllt sein, um den Bedarf geltend zu machen. Das im Projekt verwendete Erhebungsinstrument unterscheidet, ob ein Verhalten ein- bis dreimal täglich oder häufiger als dreimal täglich auftritt. Die Häufigkeitsdefinitionen des CMAI und die des Erhebungsinstruments weichen also voneinander ab.

Wichtig ist des Weiteren, dass ein Bedarf ggf. erst dann anerkannt wird, wenn eine Teilnahme des Bewohners an Gruppenaktivitäten möglich ist. Aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen, aber auch aufgrund einer emotionalen Überforderung, der prinzipiellen Weigerung der Teilnahme an Gruppenaktivitäten oder auch eines Verhaltens, das die Teilnahme unmöglich macht, kann diese Voraussetzung ggf. nicht erfüllt sein. Auch dies ist in der Tabelle abgebildet.

Tab. 14: Auftretenshäufigkeit ausgewählter Verhaltensweisen und Fähigkeit zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten (in Prozent*, n=2.547 – alle Bewohner)

	1-3x täglich	> 3x täglich	zusammen: mind. 1x täglich	darunter: keine Teilnahme an Gruppen möglich	Verbleibender Anteil
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	3,4	1,8	5,2	2,2	3,0
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	2,0	1,4	3,3	1,7	1,6
Pflegerelevante vokale Auffälligkeiten einschl. verbaler Aggression**		12,2	12,2	4,6	7,6
Sozial inadäquate Verhaltensweisen***	5,3	5,2	10,4	3,7	6,7
Mindestens eine dieser Verhaltensweisen			21,8	8,0	13,8

*Unstimmigkeiten bei Summenbildungen erklären sich aus Rundungsfehlern.

**ohne Bewohner mit der Häufigkeit „1-3x täglich“, da das Kriterium in den Vereinbarungen „mehrmals in der Stunde“ lautet.

***distanzloses Verhalten, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.

Es zeigt sich, dass die meisten Personen, denen nach dem vorliegenden Modell (vermutlich) ein besonderer Betreuungsbedarf zugesprochen würde, im weitesten Sinne aus sozialen Gründen diesen besonderen Bedarf aufweisen. Entweder zeigen die Bewohner Verhaltensweisen, die gegenüber anderen Personen Grenzüberschreitungen darstellen, oder sie machen sich durch vokale Äußerungen auf eine Art und Weise bemerkbar, die von der Umgebung schlecht toleriert werden kann oder – so die Definitionen im Begutachtungsinstrument – die als Ausdruck einer emotionalen Problemsituation zu interpretieren ist und damit Anlass für Unterstützung sein sollte. Bewohner mit aggressiv gefärbten Verhaltensweisen hingegen machen einen geringen Anteil aus. Unter ihnen gibt es besonders viele Personen, die nicht an Gruppenaktivitäten teilnehmen können.

Es ist nicht ganz klar, inwieweit die angeführten, sozial belastenden Verhaltensweisen tatsächlich als Voraussetzung für die Anerkennung eines Bedarfs an besonderer Versorgung akzeptiert worden wären. Wie schon angemerkt, haben im Rahmen der Hamburger Vereinbarung Einzelfallbegründungen einen wichtigen Stellenwert. Es muss noch einmal betont werden, dass es sich hier nicht um valide Anteilswerte handelt, sondern um grobe Schätzwerte, die Größenordnungen und Strukturen verdeutlichen sollen. Sie geben aber Anregungen, wie mit Hilfe der Kriterien aus dem Begutachtungsverfahren und der dortigen Klassifikation von Verhaltensweisen eventuell analoge Modelle der Gruppenbildung definiert werden könnten.

5. Klassifizierung von Bewohnergruppen anhand des Begutachtungsinstruments

Welche weiteren Möglichkeiten gibt es, unter den Bewohnern, die Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, eine Gruppe zu definieren, die einen besonderen Bedarf an Unterstützung infolge der Verhaltensproblematik aufweisen? Im Folgenden werden verschiedene Modelle vorgestellt, mit denen eine solche Differenzierung möglich ist.

Dabei soll von Ansätzen, die bislang existieren und vorrangig mit dem CMAI operieren, abstrahiert werden. Die konkrete Ausgestaltung der Vereinbarungen und die Definition der Voraussetzungen für eine besondere Betreuung demenziell Erkrankter hatte sicherlich nachvollziehbare Gründe, die allerdings mit bestimmten, durchaus diskussionswürdigen Versorgungszielen verknüpft waren. Inzwischen haben sich die Bewohnerstrukturen verändert, und auch das Begutachtungsinstrumentarium, die Pflegestufensystematik und das in der Langzeitversorgung zugrunde liegende Pflegeverständnis haben sich weiterentwickelt. Verschiedene Instrumente, die in der Praxis zur Anwendung kommen oder derzeit diskutiert werden, orientieren sich am neuen Begutachtungsverfahren. Das gilt sowohl für die Definition von Personalanzahlzahlen in den Rahmenverträgen auf Landesebene, neue Konzepte der Personalbemessung, die individuelle Pflegedokumentation (Einführung der strukturierten Informationssammlung SIS), die Einführung von Qualitätsindikatoren, die Weiterentwicklung externer Qualitätsprüfungen und verschiedene andere Prozesse. Stets gibt es hier Bezugnahmen auf den sogenannten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit verbundene, erweiterte Verständnis von Pflege. Es liegt daher nahe, auf der Basis des Begutachtungsinstruments nach standardisierbaren Merkmalen oder Merkmalskombinationen zu suchen, mit denen sich Bewohner mit besonders hohem Unterstützungsbedarf identifizieren lassen.

Bei allen Modellen muss die grundsätzliche Frage geklärt werden, inwieweit Beeinträchtigungen der Mobilität auf die Definition des Bedarfs Einfluss haben sollen. Wir bereits angesprochen, sieht die Hamburger Vereinbarung zur besonderen Betreuung Demenzkranker vor, eine zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten ausreichende Mobilität zur Voraussetzung für die Anerkennung des besonderen Bedarfs zu machen. Inwieweit dies eine sinnvolle Lösung sein kann, ist allerdings zu diskutieren. Denn die Verhaltensproblematik bzw. die psychische Problematik verschwindet ja nicht, nur weil die Mobilität unbeeinträchtigt oder zumindest keine Bettlägerigkeit gegeben ist.

Diese Verbindung zwischen der Anerkennung von Hilfebedarf und Mobilität spielte in der Diskussion um die Versorgung von demenziell erkrankten Heimbewohnern schon immer eine wichtige Rolle. Mobilität, so der Grundgedanke, führt in Verbindung mit Verhaltensauffälligkeiten vermehrt zu Störungen und Risikosituationen im Heimalltag. Diese Annahme ist zweifellos richtig, doch darf darüber nicht ausgeblendet werden, dass die psychische Problematik unabhängig von ihrem besonderen Risikopotenzial einen Hilfebedarf auslöst. Die Notwendigkeit von Unterstützung infolge psychischer Problemlagen, die der Bewohner nicht selbständig bewältigen kann, darf aus fachlicher

Sicht nicht davon abhängig gemacht werden, wie viele Störungen der Bewohner im Lebensalltag der Einrichtungen verursachen kann. Die emotionale oder psychische Problematik würde also nicht ausreichend berücksichtigt, wenn erst aufgrund von Mobilität, das heißt durch die Möglichkeit, Risikosituationen herzustellen oder Störungen zu verursachen, ein Bedarf anerkannt würde¹³.

Frühere Studien haben darauf hingewiesen, dass dies im Gegenteil ein Merkmal unzureichender Qualität ist. Der Bedarf aufgrund psychischer Erkrankungen und ihrer Folgeprobleme, die den Lebensalltag in den Heimen stark prägen, wird zu wenig mit einer planvollen, individuellen pflegerischen Unterstützung beantwortet. Vielmehr wird auf psychische bzw. verhaltensbezogene Probleme vorrangig spontan reagiert, vor allem in Situationen, in denen sich eine Gefährdung, Störung oder andere problematische Situation abzeichnet oder schon eingetreten ist. Die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter konzentriert sich dementsprechend auf mobile Bewohner, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich wird. Je weniger mobil die Bewohner sind, umso seltener erhalten sie außerhalb von körperbezogenen Pflegehandlungen Unterstützung (Wingenfeld/Schnabel 2002). Das Fehlen von Störpotenzial sollte aber nicht dazu führen, dass ein bestehender Bedarf unbeachtet bleibt.

Aus diesem Grunde wird im Folgenden weitgehend darauf verzichtet, Differenzierungen anhand der Ausprägung von Mobilitätseinbußen vorzunehmen. Ein aufgrund von Verhaltensweisen oder psychischen Problemlagen entstehender Bedarf sollte immer eine pflegerische Intervention auslösen.

5.1 Gruppenbildungen anhand von Häufigkeiten

Eine Möglichkeit zur Unterscheidung von Bewohnergruppen bietet die Häufigkeit, mit der ein verhaltensbedingter Unterstützungsbedarf (unabhängig von der Art des Verhaltens) auftritt. Wie bereits dargestellt, wiesen zum Zeitpunkt der Erhebung 53,3% der Bewohner aus den projektbeteiligten Einrichtungen – nach den Kriterien des neuen Begutachtungsverfahrens – schwerste Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen auf. Die Kategorie „schwerste Beeinträchtigung“ beruht jedoch auf der Bewertungssystematik des Begutachtungsinstrumentes und zeigt die Auftretenshäufigkeit nicht unmittelbar an. Hierzu müssen die zugrunde liegenden Angaben in anderer Form zusammengeführt werden. Die nachfolgende Tabelle lässt erkennen, wie hoch der Anteil der Bewohner ist, die täglich mindestens eine der 13 im Begutachtungsinstrument vorgesehenen Verhaltensweisen oder psychischen Problemlagen zeigen. Dargestellt

¹³ Angstzustände beispielsweise, die der Bewohner nicht mehr selbstständig bewältigen kann, stellen für ihn immer eine Notlage dar, unabhängig davon, ob er infolge einer erhaltenen Mobilität motorische Unruhe zeigt oder ob er, oftmals unbemerkt von den Mitarbeitern im Wohnbereich, an das Bett gebunden ist und dort seine Notlage allein durchleben muss.

wird außerdem, wie viele verschiedene Verhaltensweisen pro Tag angegeben wurden und welche Bedeutung das mehrfach tägliche Auftreten von Verhaltensweisen oder psychischen Problemlagen hat.

Tab. 15: Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen (n=2.547)

	Anzahl	Anteil (%)
Bewohner, die eine oder mehrere Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Problemlagen täglich erkennen lassen	1.287	50,5
davon täglich:		
- eine Verhaltensauffälligkeit/psychische Problemlage	460	18,1
- zwei Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	293	11,5
- drei Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	199	7,8
- vier Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	135	5,3
- fünf Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	75	2,9
- mehr als fünf Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	125	2,0
Bewohner, die eine oder mehrere Verhaltensauffälligkeit/psychische Problemlagen jeweils häufiger als 3x täglich erkennen lassen	840	33,0
davon täglich:		
- eine Verhaltensauffälligkeit/psychische Problemlage	416	16,3
- zwei Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	218	8,6
- drei Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	93	3,7
- vier Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	50	2,0
- fünf Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	30	1,2
- mehr als fünf Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen	33	1,3

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass auf die Gruppe der Bewohner, deren Verhaltensprofil von *einer* täglich vorkommenden Verhaltensweise geprägt ist, ein Anteil von 18,1% aller Bewohner entfällt. Es handelt sich also um die wichtigste Teilgruppe. Dass zwei verschiedene Verhaltensweisen oder psychische Problemlagen täglich beobachtet werden, trifft auf 11,5% der Bewohner zu. Für immerhin rund 20% ergibt die Berechnung, dass täglich drei oder mehr verschiedene Verhaltensweisen auftreten.

Der zweite Teil der Tabelle gibt Antwort auf die Frage, bei wie vielen Bewohnern eine oder mehrere Verhaltensweisen/Problemlagen jeweils *häufiger als drei Mal täglich* vorkommen. Hier ist die Gruppe der Bewohner, bei denen es sich um *eine* Verhaltensauffälligkeit oder Problemlage handelt, ebenfalls am stärksten vertreten (16,3%). Bei weiteren rund 16% der gesamten Stichprobe ergaben sich mindestens acht Mal täglich verhaltensbedingt Situationen, die einen Unterstützungsbedarf beinhalten¹⁴.

Bei rund 8% der Bewohner treten solche Situationen mindestens zwölf Mal täglich auf (drei Verhaltensauffälligkeiten, die jeweils häufiger als drei Mal täglich zu beobachten sind). Bei dieser Häufigkeit ist sicherlich von einem außergewöhnlich hohen Unterstützungsbedarf auf der psychosozialen Ebene auszugehen.

Die Häufigkeitsverteilung ähnelt der Verteilung in der ersten Tabellenhälfte. Es fällt außerdem auf, dass die Differenz der Fallzahlen zwischen den beiden Auswertungen nicht besonders groß ist. Mit anderen Worten: Bei der Mehrheit der Bewohner, bei denen eine Verhaltensweise/Problemlage *täglich* auftritt, geschieht dies mit einer Häufigkeit von *mehr als drei Mal* täglich¹⁵.

Es existieren allerdings keine Standards, nach denen aufgrund der Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensweisen oder anderen psychischen Problemen eine Klassifizierung und Gruppenzuordnung möglich wäre. Auch ist zu berücksichtigen, dass Unterscheidungen anhand von Häufigkeiten nur eine Annäherung an die Unterscheidung von Bedarfskonstellationen sein können. Bestimmte Verhaltensweisen, beispielsweise selbstverletzendes Verhalten, führen, wenn sie ständig auftreten, schon für sich genommen zu einem sehr hohen Unterstützungsbedarf. Er kann im Einzelfall höher sein als der Unterstützungsbedarf, der von zwei oder drei anderen Verhaltensweisen herrührt.

¹⁴ Treten zwei Verhaltensweisen unabhängig voneinander jeweils mehr als drei Mal (=mindestens vier Mal) täglich auf, ergeben mindestens sich $2 \times 4 = 8$ Problemsituationen täglich.

¹⁵ Dies ist nicht weiter verwunderlich. Wenn Verhaltensweisen oder psychische Problemlagen täglich auftreten, so ist das ein Hinweis auf eine generelle Problematik, die die betreffenden Bewohner immer wieder – daher mehrfach täglich – zu einem bestimmten Handeln veranlasst.

5.2 Inhaltlich hergeleitete Klassifizierungen

Eine andere Möglichkeit der Unterscheidung von Gruppen besteht darin, die hierzu erforderlichen Kriterien mit Hilfe von inhaltlichen Überlegungen herzuleiten. Das bedeutet, nicht alle Verhaltensweisen, die einen Bedarf auslösen, gleich zu gewichten, sondern (analog zu den in Kapitel 4.3 erwähnten Landesvereinbarungen) diejenigen in den Vordergrund zu stellen, die regelmäßig eine akute Risiko- oder Problemsituation auslösen und damit eine intensivere Begleitung erforderlich machen.

Es muss hier noch einmal betont werden, dass alle im Begutachtungsinstrument berücksichtigten und nicht nur die im Folgenden gesondert betrachteten Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen einen Bedarf an Unterstützung auslösen. Art und Umfang der erforderlichen Unterstützung unterscheiden sich aber. Zum Teil hängen diese Unterschiede von der Art des Verhaltens ab. Tendieren Bewohner beispielsweise zu physischer Aggressivität, so entsteht ein hoher Bedarf an situativen, ungeplanten Hilfen. Bei Bewohnern hingegen, die unter Antriebslosigkeit in Verbindung mit einer depressiven Stimmungslage leiden, stehen eher geplante, individuell auf die Bedürfnisse und Ressourcen der betreffenden Person zugeschnittene Hilfen im Vordergrund.

Hiervon ausgehend sollen im Folgenden diejenigen Verhaltensweisen näher analysiert werden, die ein hohes Belastungs- oder Risikopotenzial für den Bewohner selbst oder seine soziale Umgebung mit sich bringen. Dazu zählen:

- A) selbstschädigendes/autoaggressives Verhalten
- B) physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- C) sozial inadäquate Verhaltensweisen
- D) die Abwehr pflegerischer bzw. anderer unterstützender Maßnahmen.

Besonders bei Personengruppen mit diesen Verhaltensweisen könnte eine zeitintensive, individuelle Betreuung erforderlich sein, die ggf. auch mit einem außergewöhnlich hohen Personalbedarf verbunden ist.

Gruppe A: Bewohner, die täglich selbstschädigendes Verhalten zeigen

Angesprochen sind in diesem Fall Bewohner, die sich durch bestimmte Handlungen unmittelbar selbst verletzen bzw. körperlich schädigen, beispielsweise dadurch, dass sie sich selbst schlagen, mit den Fingernägeln oder den Zähnen verletzen, sich durch Gegenstände zu verletzen versuchen, oder sich auf den Boden fallen lassen. Angesprochen sind also aktiv auf die Selbstverletzung gerichtete Handlungen (auch dann, wenn die Selbstschädigung nicht als Handlungsmotiv gelten kann). Nicht dazu gehört beispielsweise motorische Unruhe, die ggf. dazu führen kann, zu stürzen oder sich am Mobiliar zu stoßen, und die damit ebenfalls einen Hilfebedarf auslöst. Motorische Unruhe ist einer anderen Verhaltenskategorie zugeordnet.

Selbstschädigendes Verhalten umfasst aber auch Handlungen wie das Essen und Trinken ungenießbarer Substanzen, also Handlungen, die ebenfalls zu einer Selbstschädigung führen, aber das Muster gewöhnlicher Alltagshandlungen (Essen und Trinken) aufweisen, die (meist aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen) nicht mehr kontrolliert und ausgeführt werden können und deren Gefährdungspotenzial auch nicht mehr bewusst ist.

Bewohner, die nach den Angaben der Mitarbeiter *mehr als dreimal täglich* selbstschädigendes Verhalten zeigten, waren im Bewohnerkollektiv mit insgesamt 35 Personen vertreten (1,4%). Fast alle wiesen schwerste kognitive Beeinträchtigungen auf. Rund die Hälfte war in der Mobilität so weit eingeschränkt, dass ein Verlassen des Bettes ohne Hilfe nicht möglich war. In 75% der Fälle war kaum noch Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung gegeben, allerdings wies die Gruppe bis auf einige wenige Ausnahmen keinen außergewöhnlich hohen Bedarf im Bereich der sog. Behandlungspflege auf. Nach den Angaben in den Erfassungsbögen wären knapp 90% der Gruppe dem Pflegegrad 4 oder 5 zuzuordnen. Rund zwei Drittel erhielten regelmäßig Psychopharmaka.

Würde man die Gruppe um diejenigen Bewohner erweitern, die nicht viermal oder häufiger, sondern die ein- bis dreimal täglich das Verhalten zeigen, so kämen weitere 50 Personen hinzu. Der Anteil der Bewohnergruppe würde damit auf 3,3% in der Stichprobe steigen. Da die hier betrachtete Verhaltensweise ein hohes Schädigungspotenzial aufweist, ist allerdings davon auszugehen, dass auch bei diesen zusätzlichen 50 Personen im Regelfall ein erhöhter Versorgungsbedarf vorliegt.

Gruppe B:

Bewohner, die täglich physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen zeigen

Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen stellt eine Sammelkategorie für alle Handlungen dar, die die körperliche Unversehrtheit anderer Personen in Mitleidenschaft ziehen. Dazu zählt das Schlagen und Treten nach anderen Personen, das Stoßen, die Verletzung mit Fingernägeln oder Zähnen, das Kneifen der Haut und die Verletzung anderer durch Gegenstände (Gegenstände werfen oder mit Gegenständen schlagen). Ausgeklammert und einer eigenen Kategorie zugeordnet werden verbale Aggressionen, d.h. die Beschimpfung oder verbale Bedrohung anderer Personen.

Für 45 Personen bzw. 1,8% der Stichprobe wurde angegeben, dass dieses Verhalten *mehr als dreimal täglich* auftritt. Diese Bewohner weisen überwiegend ähnliche Charakteristika auf wie die Gruppe A: im Regelfall schwerste kognitive Beeinträchtigungen, aber in 40% der Fälle auch weitreichende Einschränkungen in der Mobilität. Eine nähere Analyse der Daten zeigt, dass im Falle der körperlichen Aggression vermutlich besonders das Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal ange-

sprochen war. Bei zwei Dritteln der Bewohner war kaum noch Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung gegeben, und in der Regel lag auch hier kein hoher Behandlungspflegebedarf vor. Nach den Angaben in den Erfassungsbögen wären 80% der Gruppe dem Pflegegrad 4 oder 5 zuzuordnen. Rund 82% der Bewohner in dieser Gruppe erhielten Psychopharmaka.

Es gibt nicht unerhebliche Überschneidungen zwischen den Gruppen A und B. Bei knapp einem Drittel der Bewohner, die besonders häufig selbstverletzendes Verhalten zeigen (10 von 35 Personen), ist auch besonders häufig ein physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen zu beobachten. Diese Überschneidungen, die auch bei den im Folgenden betrachteten Verhaltensweisen auftreten, werden später noch einmal im Detail aufgezeigt.

Durch eine Erweiterung der Gruppe um diejenigen Personen, die *ein- bis maximal dreimal täglich* physisch aggressives Verhalten zeigen, würde die Stärke dieser Gruppe um weitere 87 Personen anwachsen und einen Anteil von 5,2% erreichen. Ähnlich wie im Falle des selbstverletzenden Verhaltens wäre auch an dieser Stelle zu berücksichtigen, dass physisch aggressives Verhalten ein hohes Risikopotenzial aufweist und daher auch dann, wenn es täglich, aber seltener als vier Mal täglich auftritt, im Versorgungsalltag besondere Anforderungen mit sich bringt.

Gruppe C:

Bewohner, die täglich sozial inadäquates Verhalten zeigen

Dort, wo wie in vielen stationären Pflegeeinrichtungen Menschen mit starken psychischen Beeinträchtigungen versorgt werden, gelten für das soziale Leben notwendigerweise etwas andere Regeln als außerhalb von Einrichtungen. Was unter anderen Umständen als Grenzüberschreitung gilt, ist in Pflegeeinrichtungen vielfach ein tolerierter Bestandteil des Alltagslebens. Dennoch stellt auch eine Pflegeeinrichtung eine soziale Gemeinschaft dar, in der ein Leben in Würde und auch eine gewisse Lebensqualität nicht ohne Einhaltung grundlegender sozialer Normen möglich ist. Mitarbeiter einer Einrichtung sind mit zahlreichen Verhaltensweisen von Heimbewohnern vertraut und bewerten diese anders als es im Alltagsleben der Fall wäre. Aber auch hier gibt es Grenzen, bei deren Überschreiten ein soziales Verhalten zu einer Beeinträchtigung führt, die auf Dauer nicht toleriert wird¹⁶.

In diesem Sinne fasst die Kategorie *sozial inadäquate Verhaltensweisen* Handlungen zusammen, die zu einer erheblichen Belastung anderer Menschen führen, auch wenn diese Handlungen nicht zu einer unmittelbaren körperlichen Konsequenz führen. Angesprochen ist damit beispielsweise ein

¹⁶ Diese Eigenschaft von Verhaltensauffälligkeiten, die soziale Umgebung zu beeinträchtigen, ist übrigens einer der Gründe, weshalb im englischsprachigen Raum häufig der Ausdruck „disruptive behavior“ verwendet wird, was in der wörtlichen Übersetzung – nicht ganz passend – soviel bedeutet wie „störendes“ und „zerstörerisches“ Verhalten.

übermäßig distanzloses Verhalten, das unangemessene Greifen nach Personen (das zwar andere nicht verletzt, aber doch als Übergriff und ggf. auch als Aggression erlebt wird), körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche, das Sich-Auskleiden zu unpassenden Gelegenheiten oder ähnliche Verhaltensweisen. Hier entstehen zwar in der Regel nicht unmittelbar Risikosituationen, doch löst dieses Verhalten sowohl für den betreffenden Bewohner als auch für seine Umgebung negative Folgen aus. Die Konsequenz für den Bewohner selbst ist möglicherweise soziale Isolation, weil andere die Begegnungen mit ihm vermeiden.

Es handelt sich um ein vergleichsweise häufiges Verhalten, das bei 131 Personen aus der Stichprobe (5,1%) *mehr als dreimal täglich* auftritt. Die betreffenden Bewohner sind im Regelfall kognitiv sehr schwer beeinträchtigt. Dementsprechend weisen knapp 80% von ihnen schwere oder schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich Selbstversorgung auf. In den meisten Fällen lag kein außergewöhnlich hoher Behandlungs- und Pflegebedarf vor. Nach den Angaben in den Erhebungsbögen wären 70% der Gruppe dem Pflegegrad 4 oder 5 zuzuordnen. 80% von ihnen erhielten regelmäßig Psychopharmaka.

Für 134 weitere Bewohner bzw. weitere 5,3% wurde angegeben, dass sozial inadäquate Verhaltensweisen *ein- bis dreimal täglich* vorkommen. Ähnlich wie im Falle der Abwehr unterstützender Maßnahmen (s.u.) stellt sich auch hier die Frage, ob bei ihnen durchgängig mit einem besonders hohen Unterstützungsbedarf zu rechnen ist. Die Häufung von Verhaltensproblemen ist bei dieser Gruppe allerdings deutlich sichtbar: Von den genannten 134 Bewohnern wiesen 93% mindestens eine weitere, täglich auftretende Verhaltensweise und 83% sogar mindestens zwei weitere auf. Das Auftreten von sozial inadäquaten Verhaltensweisen scheint ein Indikator für eine besonders stark ausgeprägte Verhaltensproblematik zu sein.

Gruppe D:

Bewohner, die täglich notwendige unterstützende Maßnahmen ablehnen

Auch diese Gruppe vereinigt Bewohner mit zum Teil sehr unterschiedlichen Verhaltensweisen. Gemeinsam ist ihnen, dass *notwendige* Unterstützungsmaßnahmen abgewehrt werden bzw. die Kooperation bei der Durchführung verweigert wird. Dies betrifft alle unterstützenden Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit bzw. zur Deckung des individuellen Bedarfs erforderlich sind. Dazu gehört die Verweigerung der Nahrungsaufnahme, indem sich der Bewohner beispielsweise weigert, selbstständig zu essen, und auch nicht den Mund öffnet, wenn ihm Essen angereicht wird. Ähnliches gilt für die Flüssigkeitsaufnahme. Auch die Medikamenteneinnahme ist angesprochen, aber auch Bereiche wie die Körperpflege, die zur Aufrechterhaltung eines Mindestmaßes an Körperhygiene erforderlich ist. Das Hantieren an künstlichen Zu- und Abgängen wie z.B. einem Katheter gehört ebenfalls dazu.

Besonders häufige Verhaltensweisen dieser Art (*mehr als dreimal täglich*) zeigte in der Stichprobe eine relativ große Gruppe von 206 Personen (8,1%). Auch hier finden sich ähnliche Charakteristika wie bei den bisher betrachteten Gruppen. Zum Teil handelt es sich um die gleichen Personen, die bereits in den Gruppen A und B auftauchten. Nach den Angaben in den Erfassungsbögen wären rund 80% dem Pflegegrad 4 oder 5 zuzuordnen. Psychopharmaka kamen bei knapp 75% zur Anwendung.

Für weitere 262 Personen wurde angegeben, dass sie notwendige unterstützende Maßnahmen *ein- bis dreimal täglich* verweigern. Zählt man sie hinzu, ergibt sich ein Anteil von 18,4% an allen Bewohnern. Die Beantwortung der Frage, ob bei diesen 262 Personen ebenfalls grundsätzlich ein außergewöhnlicher Unterstützungsbedarf unterstellt werden kann, stößt allerdings auf Schwierigkeiten. Denn in dieser Gruppe finden sich auch Bewohner, die lediglich einmal täglich Hilfe verweigern. Unter diesen Umständen wäre nicht unbedingt von einer dauerhaft problematischen Versorgungssituation auszugehen. Bedauerlicherweise lassen die im Rahmen des Projekts erhobenen Daten keine weitere Differenzierung innerhalb dieser Verhaltenskategorie zu. Aufzeigen lässt sich allerdings, dass rund 85% der Personen in dieser Gruppe mindestens eine weitere und 64% mindestens zwei weitere Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Problemlagen aufweisen, die *täglich* einen Bedarf auslösen. Unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen Beeinträchtigungen dürfte hier mehrheitlich ein besonderer verhaltensbedingter Unterstützungsbedarf gegeben sein.

5.3 Varianten der Gruppenbildung

Die nachfolgenden Tabellen fassen die Ergebnisse der vorangegangenen Berechnungen noch einmal zusammen. Zunächst werden hierbei zwei Varianten unterschieden:

- die eher konservative Variante 1, bei der die Zuordnung zu den Gruppen A-D davon abhängig gemacht wird, dass die betreffende Verhaltensweise *mindestens viermal täglich* auftritt
- die Variante 2, bei der die Voraussetzung für die Gruppenzuordnung bereits dann erfüllt ist, wenn das Verhalten *mindestens einmal täglich* auftritt.

In Ergänzung dazu wird dargestellt, welche Merkmale die mit den Gruppen A bis D identifizierten Bewohner aufweisen. Zweck der Gegenüberstellung der beiden Varianten ist die Beantwortung der Frage, welche von ihnen besser geeignet ist, ausgeprägte verhaltensbedingte Problemlagen und Bedarfskonstellationen von anderen abzugrenzen.

Tabelle 16 zeigt zunächst, wie viele Bewohner letztendlich durch die vier mit der Variante 1 definierten Gruppen erfasst werden, wenn man die Gruppen um diejenigen Personen bereinigt, die bereits durch Einschluss in eine andere Gruppe berücksichtigt wurden. Dies sind insgesamt 104 Fälle. Nach der Bereinigung um diese Doppelzählungen verbleiben noch 313 Bewohner, was einem Anteil von 12,3% an der Gesamtstichprobe entspricht.

Tab. 16: Anzahl der Bewohner mit verhaltensbedingt hohem Unterstützungsbedarf – Variante 1

	> 3x täglich	bereits in einer vorhergehenden Gruppe enthalten*	bereinigt
Gruppe A: Selbstschädigendes Verhalten	35	/	35
Gruppe B: Physisch aggressives Verhalten	45	10	35
Gruppe C: Sozial inadäquates Verhalten	131	23	108
Gruppe D: Abwehr von Unterstützung	206	71	135
Summe	417	104	313

* Diese Angabe bezieht sich auf die jeweils vorhergehenden Tabellenzeilen.

Wie bereits dargestellt, weist die Stichprobe der vorliegenden Studie im Vergleich zu der im Bundesdurchschnitt zu erwartenden Bewohnerstruktur in Pflegeeinrichtungen einige Besonderheiten auf, die insbesondere durch einen ungewöhnlich hohen Anteil von kognitiv beeinträchtigten Bewohnern und von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet sind. Deshalb darf der angegebene Prozentanteil nicht als Anteil verstanden werden, der im Bundesdurchschnitt zu erwarten wäre. Der Bundesdurchschnitt dürfte deutlich niedriger liegen.

Welche Kennzeichen weist nun die Gruppe dieser 313 Bewohner auf? Die folgende Tabelle gibt zu dieser Frage einige zentrale Ergebnisse wieder.

Tab. 17: Charakteristika der Bewohner mit einem verhaltensbedingt hohen Unterstützungsbedarf – Variante 1

	Bewohner der Gruppen A-D (n=313)	Andere Bewohner (n=2.234)
Schwerste kognitive Einbußen	85,0	51,0
Schwerste Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	93,0	47,8
Bewohner mit mindestens drei verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Problemlagen am Tag	78,6	12,9
Bewohner, die täglich selbstschädigendes Verhalten zeigen	15,3	1,7
Bewohner, die täglich physisch aggressives Verhalten zeigen	26,2	2,2
Bewohner, die täglich motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten zeigen	60,1	19,4
Bewohner, die täglich Ängste zeigen	16,9	6,9
Bewohner, die täglich Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage zeigen	14,7	9,0

Vergleicht man diese Gruppe mit den anderen Bewohnern der Stichprobe, so fällt insbesondere folgendes auf:

- Bewohner mit schwersten kognitiven Einbußen sind deutlich häufiger vertreten als in der übrigen Stichprobe (85,0 gegenüber 51,0%).
- Bewohner, die schwerste Beeinträchtigungen im Bereich *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen* aufweisen (entsprechend der Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments), machen insgesamt 93,0% der 313 Bewohner aus. In der übrigen Stichprobe liegt dieser Anteil mit 47,8% deutlich geringer.
- Eine große Mehrheit der Bewohner in den Gruppen A-D (78,6%) weist mindestens drei verschiedene Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Problemlagen auf, die täglich auftreten. In der übrigen Stichprobe beträgt dieser Anteil lediglich 12,9%.

- Entsprechend der Gruppenbildungskriterien sind Bewohner, die täglich selbstschädigendes Verhalten oder physisch aggressives Verhalten zeigen, deutlich stärker vertreten als in der übrigen Stichprobe. Das gleiche gilt für Bewohner, bei denen täglich motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten auftreten.
- Bewohner, die unter Angstzuständen oder unter Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage leiden, sind zwar in den Gruppen A-D ebenfalls stärker vertreten als in der übrigen Stichprobe, allerdings ist der Unterschied hier weit weniger augenfällig als bei den anderen Aspekten.

Insgesamt scheint also die angestrebte Gruppenbildung mit der Variante 1 zu gelingen. Wie die Auswertungsergebnisse erkennen lassen, sind hier überwiegend Bewohner mit besonders ausgeprägten Verhaltensproblemen und entsprechenden Bedarfskonstellationen zugeordnet.

Mit der Variante 2 werden annähernd doppelt so viele Bewohner erfasst wie mit der Variante 1. In diesem Fall sind es 636 Bewohner, was einem Anteil von 25,0% aller Bewohner in der Stichprobe entspricht.

Tab. 18: Anzahl der Bewohner mit verhaltensbedingt hohem Unterstützungsbedarf – Variante 2

	Mindestens 1x täglich	bereits in einer anderen Gruppe enthalten*	bereinigt
Gruppe A: Selbstschädigendes Verhalten	85	/	85
Gruppe B: Physisch aggressives Verhalten	132	26	106
Gruppe C: Sozial inadäquates Verhalten	265	80	185
Gruppe D: Abwehr von Unterstützung	468	208	260
Summe	950	314	636

* Diese Angabe bezieht sich auf die jeweils vorhergehenden Tabellenzeilen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Charakteristika der Bewohnergruppe analog zur Variante 1. Es wird deutlich, dass die Struktur nicht wesentlich von der Gruppe abweicht, die mit der Variante 1 definiert wurde. Das gilt für Aspekte wie kognitive Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, aber auch für andere Merkmale.

Tab. 19: Charakteristika der Bewohner mit einem verhaltensbedingt hohen Unterstützungsbedarf im Vergleich – Variante 2

	Bewohner der Gruppen A-D (n=636)	Andere Bewohner (n=1.911)
Schwerste kognitive Einbußen	79,2	47,2
Schwerste Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	94,2	39,7
Bewohner mit mindestens drei verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Problemlagen am Tag	69,0	5,0
Bewohner, die täglich selbstschädigendes Verhalten zeigen	13,4	0,0
Bewohner, die täglich physisch aggressives Verhalten zeigen	20,8	0,0
Bewohner, die täglich motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten zeigen	51,6	15,3
Bewohner, die täglich Ängste zeigen	15,4	5,5
Bewohner, die täglich Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage zeigen	16,5	7,5

Aus dieser Gegenüberstellung lassen sich noch keine Hinweise auf die Stärken und Schwächen bzw. die Überlegenheit der einen oder anderen Variante ableiten. In einem weiteren Schritt soll daher der Unterschied zwischen den beiden Varianten konkreter herausgearbeitet werden, indem die Merkmale der Bewohner, die nicht in beiden Varianten vertreten sind, analysiert werden. Sollte sich bei diesen Bewohnern eine ausgeprägte Verhaltensproblematik äußern, so wäre die Variante 2 vorzuziehen. Sollten hingegen die Kriterien der Variante 2 dazu führen, dass Bewohner in die Gruppe einbezogen werden, bei denen die verhaltensbedingte Problematik weniger deutlich hervorsteht, so erschiene die Variante 1 als die bessere Lösung.

Es gibt eine Teilgruppe von insgesamt 323 Bewohnern, die durch die Variante 2, aber nicht durch die Variante 1 erfasst werden. Diese Teilgruppe ist durch Merkmale gekennzeichnet, die in der Tabelle 20 dargestellt und dabei mit den Merkmalen der anderen mit der Variante 1 definierten Teilgruppe verglichen werden.

Tab. 20: Charakteristika der Bewohner mit einem verhaltensbedingt hohen Unterstützungsbedarf – Teilgruppe der Variante 2 im Vergleich

	Teilgruppe der Variante 2 (n=323)	Variante 1 (n=313)
Bewohner mit schwersten kognitiven Einbußen (Anteil)	73,7	85,0
Bewohner mit schwersten Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Anteil)	95,4	93,0
Bewohner mit mindestens zwei verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Problemlagen am Tag (Anteil)	82,7	89,1
Bewohner mit mindestens drei verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Problemlagen am Tag (Anteil)	59,8	78,6
Durchschnittliche Anzahl der täglich auftretenden Verhaltensauffälligkeiten/Problemlagen	3,2	4,3
Personen mit dem Pflegegrad 4 oder 5 (Anteil)	67,8	75,7
Personen mit regelmäßiger Einnahme von Psychopharmaka (Anteil)	74,2	74,9

Der Eindruck, der aufgrund der vorangegangenen Auswertungen entstanden ist, wird von dieser Tabelle bestätigt. In wichtigen Merkmalen gibt es keinen gravierenden Unterschied zwischen den Strukturen, die für die Teilgruppe der Variante 2 bzw. die Gruppen A bis D der Variante 1 charakteristisch sind. Der deutlichste Unterschied betrifft die Frage nach der Häufigkeit, in der Verhaltensweisen auftreten. So ist der Anteil der Bewohner, die mindestens drei verschiedene Verhaltensprobleme täglich zeigen, in der Teilgruppe der Variante 2 deutlich geringer ist als in der Variante 1.

Es ist daher sinnvoll, die Grenzfälle in der Variante 2 näher zu betrachten. Es handelt sich um jene Gruppe der Bewohner, die in die Gruppe D allein deshalb aufgenommen wurden, weil sie ein- bis dreimal täglich unterstützende Maßnahmen ablehnen. Sie erfüllen also kein weiteres Kriterium für die Aufnahme. Dabei steht die Frage zur Diskussion, ob es sich bei diesen Bewohnern tatsächlich immer um Personen handelt, die in besonderer Weise einer besonders intensiven Begleitung bedürfen. Festgemacht wird dies an der Anzahl der Verhaltensweisen, die neben dem Abwehrverhalten täglich beobachtet werden; betrachtet werden sollen die Bewohner, die darüber hinaus keine oder nur eine weitere Verhaltensweise oder psychische Problemlage aufweisen.

Nach den Ergebnissen der zu diesem Zweck durchgeführten Datenauswertungen handelt es sich um 84 (der insgesamt 636) Bewohner in der Variante 2:

Tab. 21: Grenzfälle der Gruppenzuordnung nach der Variante 2 – Verhaltensweisen, die neben der täglichen Abwehr von Unterstützung ebenfalls täglich auftreten (n=84)

	Anzahl der Bewohner, bei denen das Verhalten mindestens 1x täglich auftritt
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	12
Nächtliche Unruhe	4
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0
Beschädigen von Gegenständen	0
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0
Verbale Aggression	6
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	7
Wahnvorstellungen	1
Ängste	0
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	10
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0
Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	3

41 der 84 Bewohner zeigten neben der Abwehr von unterstützenden Maßnahmen keinerlei weitere Verhaltensauffälligkeiten, die täglich auftreten¹⁷. Bei den anderen 43 Grenzfällen handelte es sich bei den Verhaltensweisen, die zusätzlich zur Ablehnung von Unterstützung täglich auftraten, am häufigsten um motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten (12 Bewohner) oder um Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (10). Personen mit täglich auftretender verbaler Aggression sind mit 6 und Bewohner mit täglich auftretenden anderen vokalen Auffälligkeiten mit 7 Fällen vertreten. Andere Verhaltensweisen waren nur sehr vereinzelt täglich zu beobachten. So gab es nur eine Person mit täglichen Wahnvorstellungen; Personen, die täglich Ängste zeigen, waren gar nicht vertreten.

¹⁷ Es sei noch einmal daran erinnert, dass dies nicht ausschließt, dass die betreffenden Verhaltensweisen nicht täglich, aber z.B. mehrfach wöchentlich auftreten.

Es ist fraglich, ob es angemessen wäre, diese Bewohner in die Gruppenbildung einzubeziehen. Dass sich eine verhältnismäßig starke Gruppe aus Personen mit Antriebslosigkeit unter den Grenzfällen findet, ist wenig erstaunlich und erklärt sich daraus, dass die Kriterien der Gruppenbildung eher auf agitiertes Verhalten ausgerichtet sind. Auch die vokalen Auffälligkeiten sind kein Indikator für einen außergewöhnlich hohen Hilfebedarf. Unsicherheiten bestehen lediglich bei den Bewohnern, die täglich motorisch geprägte Verhaltensweisen entwickeln. Im Gesamtbild fällt die Bedeutung dieser Personengruppe mit 12 Fällen allerdings wenig ins Gewicht.

Vor diesem Hintergrund kann eine dritte Variante definiert werden, die eine optimierte Version der Variante 2 darstellt. Der Unterschied zur Variante 2 besteht darin, dass Personen, die täglich eine Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen aufweisen, nur dann in die Gruppenbildung einbezogen werden, wenn sie mindestens zwei weitere Verhaltensweisen aufweisen, die täglich auftreten. Damit verringert sich die Zahl der von der Gruppenbildung erfassten Bewohner um die angesprochenen 84 Grenzfälle, der Anteil der Bewohner in der Stichprobe sinkt dementsprechend auf 21,7%.

Somit ergeben sich drei Varianten, deren wesentliche Charakteristika noch einmal kurz angesprochen werden sollen. Alle Varianten berücksichtigen vier Verhaltensweisen und die Häufigkeit ihres Auftretens für die Gruppenbildung: 1) selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, 2) physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, 3) sozial inadäquate Verhaltensweisen sowie 4) Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen. Sie unterscheiden sich aber in der Frage, wie häufig diese Verhaltensweisen auftreten müssen, um zur Berücksichtigung eines Bewohners bei der Gruppenbildung zu führen:

- Variante 1 setzt voraus, dass mindestens eine der angesprochenen Verhaltensweisen *mindestens viermal täglich* vorkommt.
- Variante 2 setzt für die Aufnahme in den Prozess der Gruppenbildung lediglich voraus, dass eine der Verhaltensweisen *mindestens einmal täglich* vorkommt.
- Variante 3 stellt eine leicht modifizierte Variante der Variante 2 dar: Bewohner, die selbstschädigendes, physisch aggressives oder sozial inadäquates Verhalten täglich zeigen, werden auf jeden Fall in die Gruppenbildung aufgenommen. Bewohner hingegen, die täglich Abwehrverhalten gegenüber notwendigen Hilfeleistungen zeigen, werden nur dann in die Gruppenbildung aufgenommen, wenn mindestens zwei weitere Verhaltensweisen täglich auftreten.

Die nachfolgende Tabelle 22 lässt erkennen, wie gut oder wie schlecht Bewohner mit einem täglichen Auftreten der jeweiligen Verhaltensweise von den drei Varianten der Gruppenbildung erfasst werden. Die in der Tabelle ausgewiesenen Prozentwerte sagen also etwas darüber aus, wie gut oder wie schlecht es gelingt, die besonders betroffenen Bewohner mit der jeweiligen Variante zu berücksichtigen. Sie ist wichtig für die Beurteilung, wie gut das jeweilige Modell die Verhaltensproblematik erfasst und welche Verhaltensweisen bzw. psychischen Problemlagen ggf. weniger gut abgebildet werden.

Tab. 22: Ergebnisse der Gruppenbildung mit den Varianten 1-3 – Grad der Erfassung von Verhaltensweisen, die mindestens 1x täglich auftreten (in Prozent vom jeweiligen n)

	Variante 1	Variante 2	Variante 3	nicht erfasst*	n**
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	30,3	52,8	50,9	47,2	621
Nächtliche Unruhe	31,2	59,2	57,7	40,8	260
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	56,5	100,0	100,0	0,0	85
Beschädigen von Gegenständen	62,0	88,0	88,0	12,0	50
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	62,1	100,0	100,0	0,0	132
Verbale Aggression	44,5	77,0	74,8	23,0	274
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	36,0	59,6	57,7	40,4	381
Abwehr pflegerischer/anderer unterstützender Maßnahmen	51,5	100,0	82,1	0,0	468
Wahnvorstellungen	33,3	55,6	54,5	44,4	99
Ängste	26,1	48,3	48,3	51,7	203
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	18,5	42,3	38,3	57,7	248
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	57,4	100,0	100,0	0,0	265
Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	35,9	61,9	61,1	38,1	370

*Bewohner, die von keiner der Varianten in die Gruppenbildung einbezogen werden

** Anzahl der Bewohner in der Stichprobe, bei denen das betreffende Verhalten mind. 1x täglich vorkommt

Am Beispiel der motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten soll zunächst kurz erläutert werden, wie diese etwas komplexe Tabelle zu interpretieren ist. In der gesamten Stichprobe gab es 621 Bewohner (Spalte „n“), die täglich motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. 30,3% dieser 621 Bewohner werden durch die Gruppenbildung nach den Regeln der eher konservativen Variante 1 als Bewohner klassifiziert, die einen besonderen Bedarf an Unterstützung aufweisen. In der Variante 2 beläuft sich der entsprechende Anteil auf 52,8%, in der Variante 3 schließlich auf 50,9%.

47,2% der Bewohner mit täglich auftretenden motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten werden von *keiner* der drei Varianten erfasst.

Wie die Tabelle erkennen lässt, werden mit den drei Varianten vor allen Dingen solche Verhaltensweisen abgebildet, die durch ein hohes Störungs- und Risikopotenzial gekennzeichnet sind. Es fällt insbesondere ins Auge, dass selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, die Beschädigung von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegen Personen, verbale Aggression, die Abwehr pflegerischer unterstützender Maßnahmen und natürlich sozial inadäquate Verhaltensweisen in hohem Maße repräsentiert sind. Weniger gut erfasst werden andere Verhaltensweisen, was allerdings an den Voraussetzungen liegt, die für die Gruppenbildung zur Anwendung kamen. Auf passiv geprägte psychische Problemlagen, zu denen Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage und auch Ängste gehören, die der Bewohner nicht selbständig bewältigen kann, sind sie nicht zugeschnitten. Ähnlich verhält es sich mit dem Auftreten von Wahnvorstellungen und den anderen pflegerelevanten vokalen Auffälligkeiten (vokale Auffälligkeiten ohne verbale Aggression).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es mit den hier diskutierten Möglichkeiten der Gruppenbildung durchaus möglich ist, Gruppen zu unterscheiden, die einen unterschiedlich dimensionierten, durch Verhalten bedingten Unterstützungsbedarf erwarten lassen:

Die Variante 1 repräsentiert eine eher konservative Vorgehensweise und legt relativ enge Kriterien an die Gruppenzuordnung an. Das führt dazu, dass ein relevanter Teil von Bewohnern mit ausgeprägten Problemlagen, das heißt Problemlagen mit einem gewissen Risikopotenzial, nicht erfasst werden. So schließt diese Variante nur gut die Hälfte der Bewohner ein, die täglich selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten zeigen. Auch Bewohner, die physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen zeigen, sind mit etwas mehr als 60% nicht besonders gut repräsentiert. Diese Variante 1 identifiziert sicherlich Versorgungssituationen, in denen ein besonders ausgeprägter und umfangreicher Bedarf zu erwarten ist.

Die Variante 2 vermeidet einige dieser Engführungen, mit ihr sind definitionsgemäß alle Bewohner erfasst, die täglich selbstschädigendes Verhalten, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen und auch sozial inadäquates Verhalten zeigen. Ebenso sind diejenigen Bewohner pauschal eingeschlossen, die pflegerische oder andere unterstützende Maßnahmen täglich ablehnen, wobei sich gerade bei dieser Personengruppe eine sehr heterogene Struktur gezeigt hat. Hier finden sich auch Bewohner mit einem Unterstützungsbedarf, der sich in anderen Dimensionen bewegen dürfte als bei den meisten anderen Bewohnern, weil die durch andere Verhaltensweisen oder psychische Problemlagen bedingten Bedarfskonstellationen fehlen oder eher schwach ausgeprägt sind. Variante 2 hat allerdings den Vorteil, dass sie unmittelbar mit den Informationen arbeiten kann, die das neue Begutachtungsverfahren liefert. Für die Klassifizierung anhand der Kriterien der Variante 1 sind zusätzliche Feststellungen bzw. Datenerfassungen erforderlich.

Variante 3 vermeidet einige Nachteile der Variante 2, indem sie Grenzfälle, die eine weniger komplexe Verhaltensproblematik aufzuweisen scheinen, ausschließt. Komplexe Versorgungssituationen werden damit offenbar nicht in größerer Zahl ausgegrenzt. So werden rund 80% der Bewohner, die täglich Abwehrreaktionen gegenüber pflegerischen und anderen unterstützenden Maßnahmen zeigen, trotz der strengeren Kriterien bei der Gruppenbildung berücksichtigt.

5.4 Präsenz der Bewohner mit besonderem Bedarf in den Einrichtungen

Bei den bisherigen Analysen wurde der Umstand ausgeblendet, dass sich aus den Anteilswerten, die innerhalb der Stichprobe festgestellt worden sind, keine Aussagen für die Versorgung in Pflegeeinrichtungen generell ableiten lassen. Das bedeutet, dass sich die Wirkung der vorgestellten Modelle zur Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfs ohne Hinzuziehung weiterer Daten nicht konkret abschätzen lässt.

Es ist aber möglich, dies auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen zu illustrieren. Im Folgenden soll daher aufgezeigt werden, zu welchen Ergebnissen die einzelnen Gruppenbildungsvarianten in den projektbeteiligten Einrichtungen führen würden. Hierzu werden die drei Varianten der Gruppenbildung auf die jeweilige Bewohnerstruktur der Einrichtungen angewendet. Ergebnis ist dann ein Anteilswert, der besagt, wie viele der Bewohner der jeweiligen Einrichtung nach dem hier diskutierten Varianten ein besonderer Bedarf aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen zugeschrieben worden wäre.

Das Ergebnis zeigen die drei folgenden Abbildungen, die jeweils auf einer der drei Varianten aufbauen.

Abb. 9: Anteil der Bewohner mit besonderem Bedarf gemäß Variante 1 in 38 projektbeteiligten Einrichtungen (in Prozent)

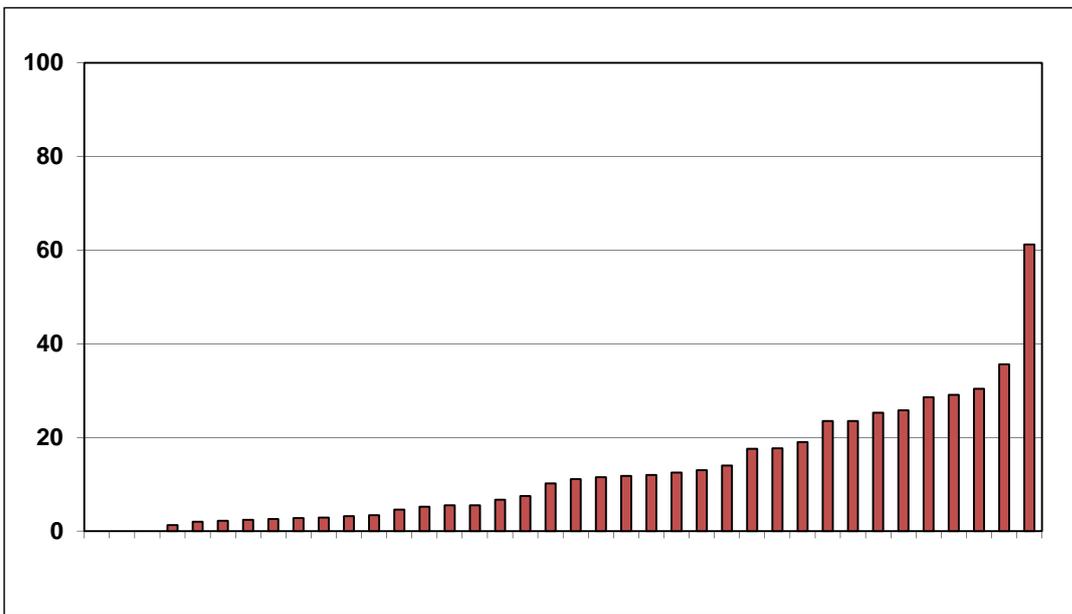


Abb. 10: Anteil der Bewohner mit besonderem Bedarf gemäß Variante 2 in 38 projektbeteiligten Einrichtungen (in Prozent)

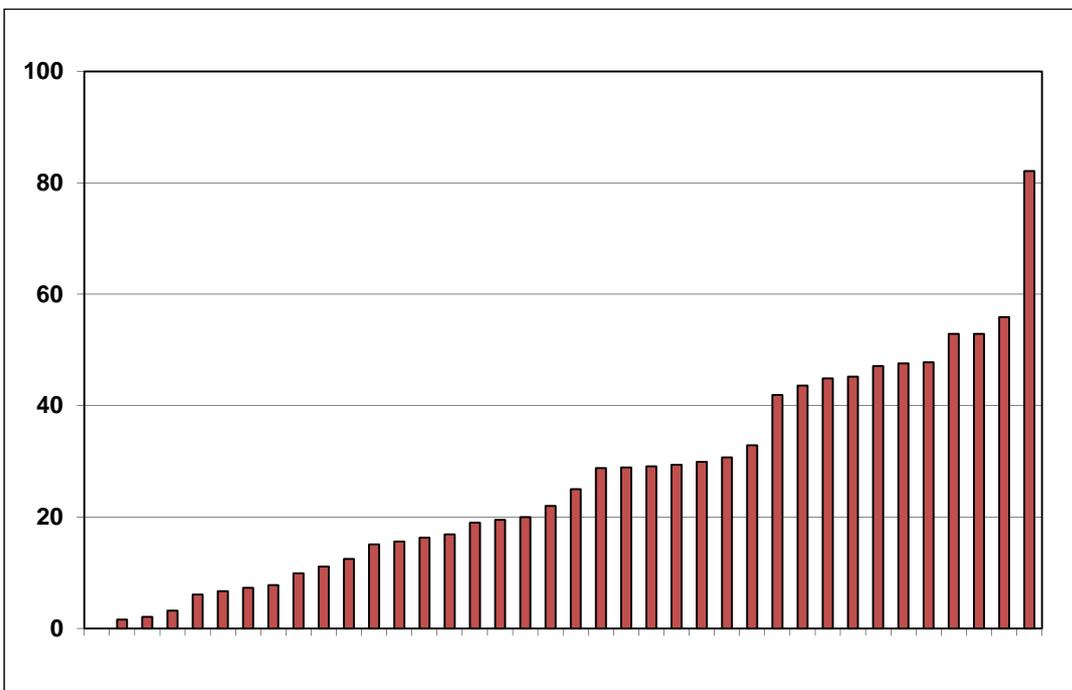
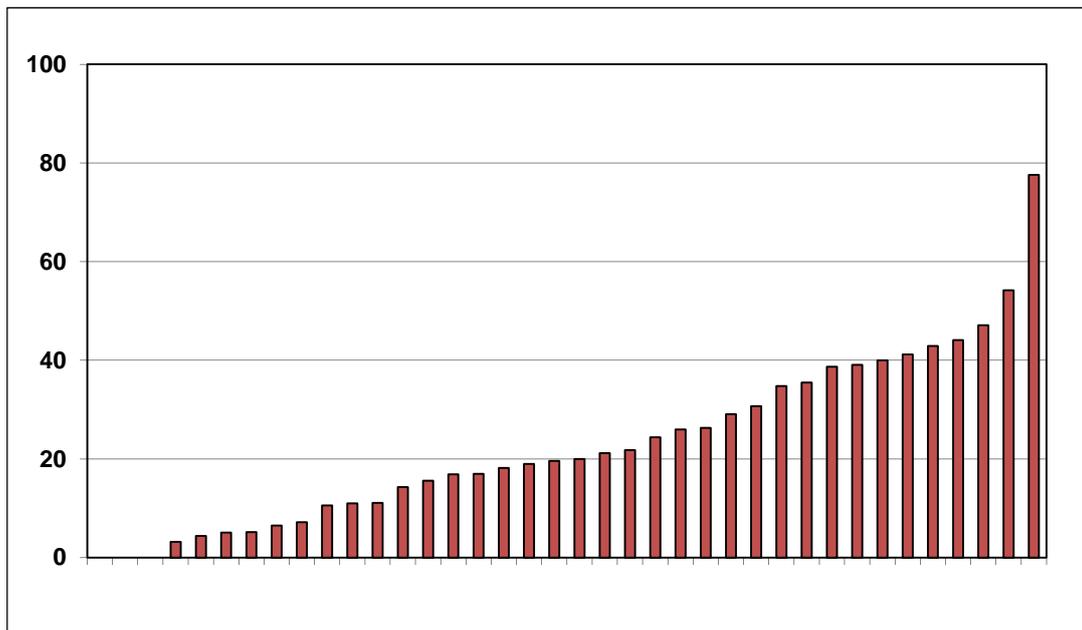


Abb. 11: Anteil der Bewohner mit besonderem Bedarf gemäß Variante 3 in 38 projektbeteiligten Einrichtungen (in Prozent)



Wie ersichtlich, fallen die Ergebnisse für die einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich aus. Es gibt mehrere Einrichtungen, bei denen nach den angewendeten Kriterien nur einzelne Bewohner verhaltensbedingt als Bewohner mit einem besonderen Bedarf eingestuft würden. Am anderen Ende findet sich eine Einrichtung, die ausgesprochen hohe Anteilswerte aufweist, die von anderen Einrichtungen nicht annähernd erreicht werden. Diese Einrichtung ist bekannt und weist tatsächlich eine höchst ungewöhnliche Bewohnerstruktur auf, die selbst bei Einrichtungen mit einem besonderen Versorgungsvertrag eine seltene Ausnahme darstellt. Abgesehen von dieser Ausnahmeeinrichtung bewegt sich die Spannweite je nach Variante von 0 bis 35% (Variante 1) und 0 bis 55% (Variante 2).

Von Repräsentativität kann, wie gesagt, bei der vorliegenden Stichprobe nicht gesprochen werden. Die Ergebnisse für die einzelnen projektbeteiligten Einrichtungen vermitteln aber den Eindruck, dass in Einrichtungen, die einen hohen Anteil an Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen aufweisen, die Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfs für eine vergleichsweise große Bewohnergruppe zutreffen würde. Ebenso gibt es Einrichtungen, für die eine Anwendung der vorgestellten Modelle keinerlei Konsequenzen hätte.

6. Fazit

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse des Projekts „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“ vor, das in den Jahren 2017 bis 2019 in Kooperation zwischen dem Deutschen Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe e.V. (DVLAB) und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) durchgeführt wurde. Die Studie ging der Frage nach den Bedarfslagen nach, die für Heimbewohner mit Verhaltensauffälligkeiten charakteristisch sind. Darüber hinaus hatte die Analyse das Verhältnis zwischen Pflegegraden und den Beeinträchtigungen infolge von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen zum Gegenstand.

Empirische Basis der Studie waren Daten über 2.547 Bewohner aus insgesamt 38 Einrichtungen. Es handelt sich durchgängig um Bewohner der stationären Langzeitpflege. Sämtliche Daten wurden, nach Sicherstellung der Beachtung von Datenschutzanforderungen, durch Mitarbeiter der Einrichtungen in vollständig anonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Verhaltensauffälligkeiten und Pflegegrade

Die Einschätzung der Konsequenzen des Übergangs von den Pflegestufen zu den Pflegegraden für die Einrichtungen bildete den ersten Schwerpunkt der Analyse. Ähnlich wie bei anderen pflegebedürftigen Menschen führte die sog. Überleitungsregelung auch bei Heimbewohnern mit starken psychischen Beeinträchtigungen zu einem im Durchschnitt unrealistisch hohen Pflegegradniveau. Vor diesem Hintergrund gab und gibt es Befürchtungen, dass es im Laufe der Jahre nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu tendenziell niedrigeren Pflegegraden in stationären Pflegeeinrichtungen kommen könnte. Mobile Heimbewohner mit psychischen Störungen und einem ausgeprägten herausfordernden Verhalten, so eine weitere Befürchtung, könnten hiervon besonders betroffen sein, was aufgrund der besonders zeitintensiven Betreuung dieser Personengruppe zu erheblichen Problemen führen würde.

Den Auswertungsergebnissen zufolge erreichen Heimbewohner mit besonders stark ausgeprägten Beeinträchtigungen im Bereich von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen bei den neuen Begutachtungen jedoch relativ hohe Anteile in den Pflegegraden 4 und 5. Zwar wird der hohe Anteil des Pflegegrades 5, der durch die Überleitungsregelung entstanden ist, erwartungsgemäß nicht mehr erreicht, doch kann die These eines problematischen Abfalls des Pflegegradniveaus für diese Personengruppe (und ebenso für andere Bewohner) nicht bestätigt werden. Auch die bislang vorliegenden Ergebnisse der Begutachtungen im Bundesgebiet seit der Systemumstellung Anfang 2017 stützen dieses Ergebnis. Bislang halten sich die befürchteten Veränderungen des Pflegegradniveaus offenbar in Grenzen.

Dies gilt zumindest für den Durchschnitt der Versorgung. Dies schließt nicht aus, dass einzelne Einrichtungen ein erhebliches Abrutschen des Pflegegradniveaus erleben. Offenkundig ist dies vorrangig in Einrichtungen zu befürchten, die in den Jahren vor der Umstellung auf die Pflegegrade mit Erfolg auf möglichst hohe Pflegestufen ihrer Bewohner hingewirkt haben. Gibt es in diesen Einrichtungen eine hohe Bewohnerfluktuation, ist eher ein rasches Abfallen des Pflegegradniveaus zu erwarten, während es in anderen Einrichtungen über lange Zeit hinweg stabil bleiben kann.

Es gibt Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, die nicht den Pflegegrad 5 erreichen, weil ihre Selbständigkeit in verschiedenen Bereichen relativ gut erhalten blieb. Es sind nach den Ergebnissen des Projekts zum Teil Bewohner, die im Bereich der Mobilität und im Bereich der Selbstversorgung (Hilfe bei Alltagsverrichtungen) weniger stark beeinträchtigt sind. Meist ist die verbliebene Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung entscheidend dafür, dass sie bei einer neuen Begutachtung nicht den höchsten Pflegegrad erreichen. Weist ein Bewohner in diesem Bereich nicht den höchsten Grad der Beeinträchtigung auf, so ist es nur in Ausnahmefällen möglich, den Pflegegrad 5 zu erhalten.

Die vorliegenden Daten geben jedoch keine Hinweise auf eine systematische Benachteiligung von Bewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten im neuen Begutachtungsverfahren. Dieses Verfahren ist bewusst so konstruiert worden, dass der höchste Grad der Beeinträchtigung im Bereich der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen nicht automatisch zum Pflegegrad 5 führt. Vielmehr ist die Gesamtheit der Beeinträchtigungen einschließlich der körperlichen Beeinträchtigungen maßgebend. Auch muss beachtet werden, dass das Begutachtungsverfahren keinen pflegerischen Zeitaufwand abbilden soll, sondern den Grad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit im Umgang mit den Folgen von Krankheit bzw. funktionalen Beeinträchtigungen. Die Bezugnahme auf den Pflegeaufwand ist mit dem Systemübergang Anfang 2017 bewusst beendet worden, da es in mehr als 20 Jahren nicht gelungen ist, Pflegezeiten fachlich zu begründen und auf der Grundlage von Pflegezeitaufwand eine einheitliche Begutachtung von körperlich und kognitiv/psychisch beeinträchtigten Menschen zu gewährleisten.

Versorgungsperspektive: Notwendigkeit der Differenzierung von Bedarfskonstellationen

Allerdings ist im Falle der Verhaltensweisen eine genauere Aufschlüsselung der im Einzelfall vorliegenden Beeinträchtigungen wichtig, weil im Modul 3 des neuen Begutachtungsverfahrens sehr unterschiedliche Verhaltensweisen berücksichtigt werden, ohne sie unterschiedlich zu gewichten. Damit ist der zweite Schwerpunkt der Studie angesprochen, nämlich die Frage nach unterschiedlichen Bedarfskonstellationen in der Gruppe der psychisch beeinträchtigten Heimbewohner und den Möglichkeiten einer Unterscheidung von Bewohnergruppen auf der Grundlage der Kriterien, die das Begutachtungsverfahren bereitstellt.

Die Bewertungssystematik des Begutachtungsverfahrens allein führt nur zu wenig Differenzierungen innerhalb dieser Personengruppe. Agitiertes Verhalten, das im sozialen Umfeld sehr stark auffällig ist, zu sozialen Problemen führt und zum Teil auch Gefährdungspotenzial mit sich bringt, wird nicht anders bewertet als Verhaltensweisen, die zwar ebenfalls Hilfebedarf auslösen, aber eher durch Antriebslosigkeit und Passivität geprägt sind. Für die Feststellung von Leistungsansprüchen ist dies nachrangig. Aus der Perspektive der Pflegepraxis bzw. für die individuelle Pflege- und Versorgungsplanung sowie für die Nutzung oder Entwicklung von Versorgungskonzepten ist die Frage nach der Art des Verhaltens jedoch sehr wichtig, wenn bedarfsgerechte Interventionen eingesetzt werden sollen. Auch wird mit dem Begutachtungsverfahren die Häufigkeit von Problemsituationen bei täglich auftretenden Verhaltensauffälligkeiten nicht weiter differenziert. Tritt das Verhalten „täglich“ auf, wird es bereits maximal gewichtet und nicht näher spezifiziert. Im Versorgungsalltag kann es jedoch relevant sein, ob z.B. Verhalten mit Gefährdungspotenzial ein oder zweimal täglich oder ständig, vielleicht sogar stündlich auftritt. Dies bildet sich im Begutachtungsverfahren nicht ab.

Ansätze in Landesvereinbarungen

Ein schon älterer Ansatz, die Gruppe der Bewohner mit einem besonders intensiven, verhaltensbedingten Unterstützungsbedarf zu bestimmen, liegt den Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Einrichtungen zugrunde, die es in einigen Bundesländer gibt. Sie sehen eine Anpassung der Personalausstattung für eine sog. besondere Betreuung von Menschen mit Demenz vor. Vereinbarungen dieser Art gab bzw. gibt es u.a. in Hamburg, Hessen und Baden-Württemberg. Zugrunde liegt der Anerkennung eines besonderen Versorgungsbedarfs beispielsweise eine Klassifizierung mit dem Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), mit dem sich agitiertes Verhalten differenziert beschreiben lässt. Zwischen dem CMAI und dem Begutachtungsverfahren gibt es zahlreiche inhaltliche Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede. So werden mit dem Begutachtungsverfahren auch Problemlagen wie Antriebslosigkeit erfasst, die vom dem CMAI nicht berücksichtigt werden.

Optionen zu Klassifizierung von ausgeprägten verhaltensbedingten Bedarfskonstellationen

Auf der Grundlage der im Projekt erhobenen Daten wurden mehrere Möglichkeiten geprüft, eine Differenzierung von Bewohnergruppen anhand der mit den Skalen des Begutachtungsverfahrens abgebildeten Beeinträchtigungen vorzunehmen (oder anhand einer erweiterten Version dieser Skalen). Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung und Überprüfung muss berücksichtigt werden, dass bislang keine empirisch bzw. wissenschaftlich begründeten Standards existieren, nach denen aus der Art und Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensweisen oder anderen psychischen Problemen eine Klassifizierung und Gruppenzuordnung abzuleiten wäre.

Geprüft wurden Modelle, die eine Klassifizierung der Bedarfskonstellation allein an der Häufigkeit des Auftretens der 13 verschiedenen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen festmachen, sowie Modelle, mit denen eine fachlich-inhaltlich abgeleitete Differenzierung vorgenommen werden kann.

Modelle, die eine rein quantifizierende Betrachtung der Auftretenshäufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen vornehmen, können sich auf den Grundsatz berufen, dass bei der Erfassung der Auftretenshäufigkeit mit dem Modul 3 keinerlei „Doppelzählungen“ vorgenommen werden. Treten mehrere Verhaltensweisen zeitgleich auf, so ist bei der Beurteilung nur eine dieser Verhaltensweisen zu dokumentieren. Gleichzeitig dürfen nur Verhaltensweisen berücksichtigt werden, die einen Hilfebedarf auslösen. Dementsprechend bildet das Begutachtungsverfahren letztlich die Häufigkeit der Situationen ab, die die betreffenden Bewohner nicht mehr selbstständig bewältigen können und die daher immer mit einem Hilfebedarf verbunden sind.

Vor diesem Hintergrund wurden drei verschiedene Kriterien geprüft:

- Die einfachste Form der Abgrenzung einer Personengruppe mit einem hohen Unterstützungsbedarf bildet die Nutzung der Bewertung „Schwerste Beeinträchtigung im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, die das Modul 3 des Begutachtungsverfahrens zur Verfügung stellt. In der Stichprobe waren diese schwersten Beeinträchtigungen bei etwas mehr als 50% der Bewohner feststellbar. Allerdings gibt es eine erhebliche Spannweite bei den projektbeteiligten Einrichtungen. Die Anteilswerte lagen zwischen 14% und 94%. Betont werden muss an dieser Stelle außerdem, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt. Nach umfangreichen Datenbeständen, die aus anderen Forschungsprojekten stammen, dürfte der Anteil der Bewohner mit „Schwersten Beeinträchtigung im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ im Bundesdurchschnitt eher in einer Größenordnung von 25% liegen.
- Eine weitere Möglichkeit der Abgrenzung einer Personengruppe mit einem hohen Unterstützungsbedarf besteht darin, die Gruppenbildung anhand der Frage vorzunehmen, wie viele unterschiedliche Verhaltensweisen bzw. psychische Problemlagen täglich auftreten und einen Bedarf auslösen. So ergab sich für rund 20% der Bewohner in der Stichprobe, dass täglich drei oder mehr verschiedene Verhaltensweisen auftreten.
- Eine Eingrenzung lässt sich auch vornehmen, wenn als Voraussetzung definiert wird, dass drei Verhaltensauffälligkeiten jeweils häufiger als drei Mal täglich zu beobachten sind. Damit wären Bewohner angesprochen, bei denen verhaltensbedingter Unterstützungsbedarf mindestens zwölf Mal täglich auftritt. Bei rund 8% der Personen aus der Stichprobe war dies der Fall. Beim Verhaltensprofil dieser Personen ist vielfach eine außergewöhnliche Intensität der Unterstützung erforderlich. Die angesprochene Häufigkeit ließe sich allerdings nur mit einer erweiterten Version der betreffenden Skala aus dem Begutachtungsverfahren erfassen.

Der Nachteil dieser rein quantifizierenden Betrachtungsweise besteht darin, dass die unterschiedliche Qualität von Verhaltensweisen unberücksichtigt bleibt. Wie schon angesprochen, werden agitiertes Verhalten und Verhalten, das eher durch Passivität geprägt ist und möglicherweise nicht im gleichen Umfang ein Risikopotenzial mit sich bringt, gleich gewichtet. Auch muss berücksichtigt werden, dass allein der Blick auf die Häufigkeit wenig darüber aussagt, welche Bedeutung eine bestimmte Verhaltensweise im Alltagsleben des betreffenden Heimbewohners und damit auch der Einrichtung hat. Aus fachlicher Sicht besteht zwar durchaus ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und dem Umfang des Unterstützungsbedarfs, aber dies ist sicherlich kein linearer Zusammenhang. Vereinfachende, quantifizierende Vorgehensweisen führen mit anderen Worten zu einer recht oberflächlichen Betrachtung.

Eine andere Möglichkeit der Klassifizierung von Bedarfskonstellationen besteht darin, die hierzu erforderlichen Kriterien mit Hilfe von inhaltlichen Überlegungen herzuleiten. In der Konsequenz werden, ähnlich wie im Falle der erwähnten Landesvereinbarungen, bestimmte Verhaltensweisen, die einen Bedarf auslösen, besonders gewichtet. Die drei vorgestellten Varianten stellen die Frage in den Mittelpunkt, welche Verhaltensweisen akute Risiko- oder Problemsituationen mit sich bringen. Sie berücksichtigen vier Verhaltensweisen und die Häufigkeit ihres Auftretens bei der Gruppenbildung:

- selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten,
- physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen,
- sozial inadäquate Verhaltensweisen sowie
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen.

Die Varianten unterscheiden sich aber in der Frage, wie häufig diese Verhaltensweisen auftreten müssen, um zur Berücksichtigung eines Bewohners bei der Gruppenbildung zu führen:

- Variante 1 setzt voraus, dass in mindestens eine der angesprochenen Verhaltensweisen *mindestens viermal täglich* vorkommt. Rund 12% der Bewohner in der Stichprobe erfüllen dieses Kriterium. Zur Erfassung dieser Verhaltenshäufigkeit ist allerdings eine erweiterte Version des Moduls 3 des Begutachtungsinstruments erforderlich.
- Variante 2 setzt für die Aufnahme in den Prozess der Gruppenbildung lediglich voraus, dass eine der Verhaltensweisen *mindestens einmal täglich* vorkommt. Dies trifft auf 25,0% der Bewohner in der Stichprobe zu. Die Erfassung der erforderlichen Daten erfolgt mit dem Modul 3 des Begutachtungsverfahrens, eine Erweiterung ist nicht erforderlich.
- Variante 3 stellt eine *optimierte Version der Variante 2* dar: Bewohner, die selbstschädigendes, physisch aggressives oder sozial inadäquates Verhalten täglich zeigen, werden grundsätzlich in die Gruppenbildung aufgenommen. Bewohner hingegen, die täglich Abwehrverhalten gegenüber notwendigen Hilfeleistungen zeigen, werden nur dann berücksichtigt, wenn mindestens zwei weitere Verhaltensweisen täglich auftreten. Der Anteil der Bewohner an der Stichprobe der vorliegenden Studie liegt bei rund 22%. Auch hierbei wäre keine Erweiterung der Skala aus dem Begutachtungsverfahren notwendig.

Die Prozentwerte, die bei den Modellrechnungen ermittelt wurden, repräsentieren nicht die Größenordnungen, die bei der Anwendung im Bundesdurchschnitt zu erwarten wären. Eine solche Übertragung ist aufgrund des erwähnten Mangels an Repräsentativität der Daten nicht möglich. Im Bundesdurchschnitt dürften die Zahlen – analog zum geringeren Anteil der Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten – deutlich niedriger liegen.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Klassifizierungen selbstverständlich auch mit mehrstufigen Systemen arbeiten können. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Eingrenzung eines Bewohnerkreises mit *besonders* ausgeprägter Verhaltensproblematik nicht zu der Schlussfolgerung führen darf, dass für andere Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten eine Versorgung ausreicht, wie sie auch für Bewohner mit rein somatischen Beeinträchtigungen angezeigt wäre. Treten Verhaltensauffälligkeiten regelmäßig auf, so ist grundsätzlich von einem Bedarf an Unterstützung auszugehen, die eine spezifische Kompetenz und spezifische Handlungskonzepte vorsehen. Insofern wäre es aus fachlicher Sicht prinzipiell sinnvoll, neben einem Bewohnerkreis mit *besonders* ausgeprägter Verhaltensproblematik eine weitere Bewohnergruppe zu definieren, die verhaltensbedingt einen spezifischen Bedarf an Unterstützung aufweist. Eine solche Lösung hätte den Vorteil, dass einseitige Lösungen, die die Frage nach agitiertem Verhalten in den Vordergrund stellen, vermieden und auch die eher passiv geprägten psychischen Problemlagen berücksichtigt werden können. Ein dreistufiges System könnte beispielsweise einige der oben beschriebenen Modelle miteinander kombinieren und sowohl einen besonders komplexen Bedarf sowie einen erhöhten, spezifischen Bedarf berücksichtigen, indem die folgenden Komponenten definiert werden:

- A) Bewohner mit besonders komplexem verhaltensbedingtem Bedarf (Variante 3)
- B) Bewohner mit einem erhöhten, spezifischen verhaltensbedingten Bedarf (andere Bewohner mit „schwerster Beeinträchtigung im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ nach den Definitionen des Begutachtungsverfahrens)
- C) Sonstige Bewohner, die keine oder zumindest keine „schwerste Beeinträchtigung im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ aufweisen.

Inwieweit es sinnvoll wäre, Bewohnergruppen mehr oder weniger stark einzugrenzen, hängt von den Zielen ab, die mit den betreffenden Modellen verfolgt werden. Besteht das Ziel darin, eine Gruppe der Bewohner zu identifizieren, die eine besonders intensive Begleitung, vielleicht sogar eine Einzelbetreuung benötigen, so wird man eine Klassifizierung wählen, die wie die Variante 1 einen relativ kleinen Bewohnerkreis mit besonders komplexer Verhaltensproblematik eingrenzt.

Damit ist die generelle Frage angesprochen, in welchem Kontext Klassifizierungen dieser Art Verwendung finden könnten und inwieweit im Rahmen der aktuellen Entwicklungen Raum für solche Überlegungen besteht.

Zunächst einmal liegt der Gedanke nahe, die Identifizierung von Bewohnern mit einer komplexen Verhaltensproblematik im Rahmen der Personalbemessung für stationäre Pflegeeinrichtungen einzusetzen. Solange man dabei Kriterien voraussetzt, die mit dem Begutachtungsverfahren generiert werden können, ist dies unter Praktikabilitäts Gesichtspunkten sicher auch eine realistische Option.

Eine Klassifizierung der vorgestellten Art sagt allerdings noch nichts über den notwendigen Umfang der Versorgung. Dieser Umfang kann nicht allein aus Beeinträchtigungen der Bewohner abgeleitet werden, sondern setzt eine definierte *fachliche Konzeption* und ein definiertes *Organisationskonzept* für die Versorgung voraus. Es fällt beispielsweise auf, dass in der bisherigen Diskussion der Versorgung von Bewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten häufig von „Betreuungsangeboten“ die Rede ist (das gilt übrigens auch für die erwähnten Rahmenvereinbarungen auf Länderebene). Inzwischen ist jedoch in der Fachdiskussion hinlänglich festgestellt worden, dass es bei der Versorgung von Bewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten vorrangig nicht um die Frage zusätzlicher Gruppenangebote gehen kann, die von Betreuungskräften ohne Fachqualifikation abgesichert werden. Das Ziel muss vielmehr darin bestehen, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherzustellen, die den aktuellen Stand von Wissenschaft und internationaler Forschung berücksichtigt und Interventionen mit nachgewiesener Wirksamkeit integriert. Das bedeutet u.a., milieutherapeutische Grundlagen, Interdisziplinarität, Erfahrungen aus der gerontopsychiatrischen Pflege und multimodale Interventionskonzepte zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 1.1). Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist bereits darauf hingewiesen worden, dass die Versorgung von Menschen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen auf Hilfen angewiesen ist, die bislang im System der Pflegeversicherung in Deutschland schlecht abgesichert sind. Hier besteht in allen Versorgungsbereichen konzeptioneller Entwicklungsbedarf.

Eine solche Versorgung ist mit hohen fachlichen Anforderungen verknüpft und setzt auf Seiten der Mitarbeiter zwingend eine dreijährige Fachqualifikation als Basis voraus, zum Teil sogar Zusatzqualifikationen, die im Rahmen der herkömmlichen Pflegeausbildung bislang nicht regelhaft vermittelt werden. Es ist eine wichtige Anforderung im Rahmen der aktuellen Bemühungen um die Weiterentwicklung der Versorgung, den Blick auf die hier angesprochenen fachlichen Anforderungen nicht dadurch zu verstellen, dass psychosoziale Unterstützung in der Pflege mit geringen Qualifikationsanforderungen, niedrighwelligen Betreuungsangeboten und Assistenzaufgaben gleichgesetzt wird. Die Versorgung von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten ist eine fachlich höchst anspruchsvolle Aufgabe, die von einjährig ausgebildeten Mitarbeitern und allgemein von Assistenz-

kräften unterstützt, aber nicht fachlich gewährleistet werden kann. Trotz der allgegenwärtigen Personalknappheit im Bereich der Fachkräfte muss dies berücksichtigt werden. Anderenfalls ist die erforderliche Weiterentwicklung der Versorgung von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten nicht zu erreichen.

Will man also Klassifizierungssysteme der vorliegenden Art im Rahmen der Personalbemessung nutzen, so müssen auch die angesprochenen Fragen der Qualifikationsanforderungen und der konzeptionellen Grundlagen geklärt sein.

Gleiches gilt auch für die Frage, inwieweit zukünftig und unter den Bedingungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Rahmenvereinbarungen nach dem Muster von Vereinbarungen in Hamburg, Hessen oder Baden-Württemberg genutzt werden können, um die Versorgungsangebote weiterzuentwickeln. Die Erfahrungen mit diesen Angeboten stellen hierfür sicherlich eine gute Grundlage dar. Auch in diesem Zusammenhang wäre allerdings danach zu fragen, welches Pflegeverständnis und welches Verständnis von Betreuung bislang angesprochen wurde und mit welchen Konzepten die Versorgung von Menschen mit einer komplexen Verhaltensproblematik fachgerecht sichergestellt werden kann.

Schließlich sei an dieser Stelle auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, Organisationskonzepte der Pflege weiterzuentwickeln. Dazu gehört auch eine Schärfung der Rolle der Fachkräfte. Um bessere Bedingungen für die Versorgung von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten zu schaffen, genügt es nicht, nur den Personalbestand zu erhöhen und vielleicht noch das eine oder andere zusätzliche Angebot zu etablieren. Gerade aufgrund des Fachkräftemangels ist es erforderlich, neue Organisationskonzepte zu entwickeln die gewährleisten, dass die Steuerung der Versorgung von Bewohnern mit komplexer Verhaltensproblematik durch qualifizierte Mitarbeiter erfolgt und Assistenz- oder Betreuungskräfte unter ihrer Anleitung und mit klar abgegrenzten Aufgaben tätig werden. Dies ist, nebenbei bemerkt, eine generelle Anforderung, die nicht nur die Weiterentwicklung der Versorgung von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten betrifft.

Die Versorgung von Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten erfordert eine insgesamt bessere Personalausstattung, besonders aber eine ausreichende gerontopsychiatrische Pflegekompetenz, eine funktionale, reflektierte Pflegeprozesssteuerung und die Integration moderner Interventionskonzepte. Einige Einrichtungen bemühen sich schon seit längerer Zeit, diesen Anforderungen zu genügen. Durch die demographische Entwicklung ist allerdings ein Problemdruck entstanden, der über Einzelinitiativen hinaus eine systematische Förderung solcher anspruchsvollen Versorgungskonzepte erfordert.

Literatur

- Algase, D.L./Beck, C./Kolanowski, A. (1996): Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease* 11, Nr. 6, 10-19
- Bartholomeyczik, S./Halek, M./Holle, D. (2013): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Bartholomeyczik, S./Hunstein, D./Koch, V./Zegelin-Abt, A. (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt am Main: Mabuse
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe (o.O.)
- Burgener, S. C./Yang, Y./Gilbert, R. et al (2008): The Effects of a Multimodal Intervention on Outcomes of Persons With Early-Stage Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 23, Nr. 4, 382-394
- Cohen-Mansfield, J. (1999): Measurement of inappropriate behavior associated with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 2, 42-51
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschland-ergebnisse. Statistisches Bundesamt (o.O.)
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- Höhm, U./Pöschel, K./Spannhorst, S./Lautenschläger, M. (2018): Komplexe Einweisungsgründe für Menschen mit Demenz in eine Geronto-Psychiatrie - Ergebnisse einer explorativen Dokumentenanalyse in den Jahren 2015-2016. *Pflege & Gesellschaft* 23, Nr. 2, 144–159
- Kleina, T./Brause, M./Horn, A./Wingenfeld, K./Schaeffer, D. (2012): Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe - Eine empirische Bestandsaufnahme. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P12-147. Bielefeld: IPW. Online verfügbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_147.pdf (3.3.2019)
- Koczy, P./Becker, C./Rapp, K. et al. (2011): Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 59, Nr. 2, 333-339
- Kolanowski, A. (1999): An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 9, 7-9
- Kurz, A./Wilz, G. (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz: Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Der Nervenarzt* 82, Nr. 3, 336–342
- Landtag NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Landtag NRW
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsätze_zur_qualitätsicherung/MDS_Dritter_Pflege_Qualitätsbericht_04-2012.pdf (3.3.2019)
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (1997) (Hg.): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS
- Schwinger, A./Tsiasioti, C./Klauber, J. (2017): Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*, Bd. 12. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 131–152
- Teichmann, G. (2010): Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 61, Nr. 5, 346-353
- Udsching, P. (1997): Rechtsfragen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. In: Ärztekammer Westfalen-Lippe; Akademie für Sozialmedizin Bochum (Hg.): 4. Sozialmediziner-Tag in Bad Salzuflen am 13./14. September 1996: *Pflegeversicherung - neue Herausforderung für die Sozialmedizin*. Münster, 59-72
- Weyerer, S./Schäufele, M./Hendlmeier, I./Kofahl, C./Sattel, H. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer
- Whall, A.L. (1999): The measurement of Need-Driven Dementia-Compromised Behavior: achieving higher levels of interrater reliability. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 9, 33-37

- Windeler, J./Görres, S./Thomas, S. et al. (2008): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 3. Berlin: GKV Spitzenverband
- Wingefeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa, 339-361
- Wingefeld, K. (2012): Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege. In: Günster, C./Klose, J./Schmacke, N. (Hg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, 99-109.
- Wingefeld, K./Büscher, A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bielefeld/Osnabrück, November 2017
- Wingefeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2011a): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 2. Berlin: GKV Spitzenverband
- Wingefeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Herausgegeben vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Wingefeld, K./Seidl, N. (2008): Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa, 56-79
- Wingefeld, K./Seidl, N./Ammann, A. (2011b): Präventive Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44, Nr. 1, 27-32
- Zok, K. (2015): Wahrnehmungen zur eigenen Pflegebedürftigkeit. Wido-Monitor Ausgabe 2/2015. Verfügbar unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2015_2_pflegebeduerftigkeit.pdf (3.3.2019)

Projektbeteiligte Pflegeeinrichtungen

Am Projekt beteiligt waren u.a. folgende Einrichtungen:

Alten- und Pflegeheim der Inneren Mission Northeim e.V. (Northeim, Niedersachsen)
Alten- und Pflegeheim Julius Töneböen Stiftung (Hameln, Niedersachsen)
Altenheim Herrmann von der Becke (Hemer, Nordrhein-Westfalen)
Altenheim Rheindahlen (Mönchengladbach, Nordrhein-Westfalen)
Arbeiter-Samariter-Bund Seniorenheim Frankfurt/Oder gGmbH (Frankfurt/Oder, Brandenburg)
ASB Senioren- und Pflegeheim „Am Lindenplatz“ (Bad Klosterlausnitz, Thüringen)
ASB Seniorenzentrum „Erhard Wermter“ (Boizenburg, Mecklenburg-Vorpommern)
Cultus gGmbH Haus Löbtau (Dresden, Sachsen)
Diakonie-Hamburg „Haus St. Johannis“ (Hamburg)
Evangelisch-Reformierte Stiftung Altenhof (Hamburg)
Meta-Bimberg-Haus (Iserlohn, Nordrhein-Westfalen)
ProSeniS GmbH „Alten- und Pflegezentrum Haus Wümmetal“ (Lauenbrück, Niedersachsen)
ProSeniS GmbH „Haus am Julianenpark und Haus Loga“ (Leer, Niedersachsen)
ProSeniS GmbH „Senioren-domizil am Klüt“ (Hameln, Niedersachsen)
ProSeniS GmbH „Senioren-domizil im Meerbachbogen“ (Nienburg, Niedersachsen)
ProSeniS GmbH „Senioren-sitz Parkhaus“ (Nienburg, Niedersachsen)
Seniorenzentrum „Emmaus“ Haus Elisabeth (Saalburg-Ebersdorf, Thüringen)
Schmallenbach-Haus (Frönden-berg, Nordrhein-Westfalen)
Senioren-pflegezentrum Bovenden GmbH (Bovenden, Niedersachsen)
Senioren-stift Haus Berge (Essen, Nordrhein-Westfalen)
Seniorenzentrum Bethanien „Haus Eiche“ (Solingen, Nordrhein-Westfalen)
Seniorenzentrum Holle (Holle, Niedersachsen)
Seniorenzentrum Holle, Haus Silberkamp (Holle, Niedersachsen)
Seniorenzentrum St. Josef (Dernbach, Rheinland-Pfalz)
St. Johannisstift Paderborn „Sophie Cammann Haus“ (Paderborn, Nordrhein-Westfalen)
Wohnpark Zippendorf GmbH & Co. KG (Schwerin, Mecklenburg-Vorpommern)