

D. Richter  
S. Lowens  
A. Liekenbrock

## Psychosozialer Pflegebedarf in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim

### Psychosocial nursing requirements in a psychogeriatric nursing home

**Zusammenfassung** Anliegen dieser Studie ist die Erfassung des Ausmaßes des psychosozialen Pflegebedarfs in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim. Neben soziodemographischen und anamnestischen Daten wird der Pflegebedarf mit der Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) gemessen. Als Vergleichsgruppe dienen Patienten, die in einer gerontopsychiatrischen Abteilung einer psychiatrischen Klinik behandelt wurden. Im Ergebnis zeigt sich, daß der Pflegebedarf der Bewohner des Pflegeheims im Durchschnitt mindestens genauso groß und in einzelnen Dimensionen der NOSGER (Gedächtnis, Sozialverhalten) sogar größer ist als bei Patienten in psychiatrischer Akutbehandlung. Legt

man die von den Entwicklern der NOSGER erarbeiteten Normwerte zugrunde, ist der Anteil der psychiatrisch pflegebedürftigen Bewohner in allen Dimensionen mindestens gleichwertig mit dem der psychiatrischen Akutpatienten. In zwei NOSGER-Dimensionen (Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Sozialverhalten) liegt der Anteil des Pflegebedarfs signifikant über dem entsprechenden Anteil der Vergleichsgruppe. Es wird gefolgert, daß die Finanzierung gerontopsychiatrischer Pflegeheime diesen nachgewiesenen psychosozialen Pflegebedarf nachvollziehen muß und eine qualifizierte psychiatrische Pflege gewährleisten sollte.

**Schlüsselwörter** Gerontopsychiatrie – Pflegeheim – psychiatrische Pflege – NOSGER – Finanzierung

**Summary** The aim of this study is to analyze the dimensions of psychosocial nursing requirements in a psychogeriatric nursing home. In addition to biographical and anamnestical data of nursing home residents, the psychosocial nursing requirements are measured with the Nurses' Observations Scale for Geriatric Patients (NOSGER). Data are compared with

patients of a psychogeriatric department of a state psychiatric hospital. Results show that psychogeriatric nursing home residents have at least as much psychosocial restrictions as acutely mentally ill patients in the psychiatric hospital. In some dimensions of the NOSGER (memory, social behavior) residents show even higher scores than the control group. By analyzing the rate of residents and psychogeriatric patients who score above the cut-off points given by the NOSGER developers, it is shown that the rate of residents with psychosocial nursing requirements is at least as high as in the control group. Concerning the NOSGER dimensions Instrumental Activities of Daily Living and Social Behavior, the rate of nursing home residents above the cut-off points is significantly greater than the rate of the acute psychogeriatric patients. It is concluded that budgets of psychogeriatric nursing homes must be able to finance qualified psychiatric personnel to meet the residents' special psychosocial requirements adequately.

**Key words** Psychogeriatrics – nursing home – psychiatric nursing – NOSGER – budgets

Eingegangen: 23. November 1998  
Akzeptiert: 4. Februar 1999

Dr. D. Richter (✉) · S. Lowens  
A. Liekenbrock  
Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster  
Postfach 86 20  
D-48046 Münster

## Einleitung

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) ist in der Bundesrepublik Deutschland die Pflege nichtbehandlungsbedürftiger Menschen auf eine neue rechtliche und finanzielle Basis gestellt worden. Die einschlägigen Regelungen betreffen sowohl den ambulanten Pflegebereich als auch die stationäre Pflege.

Unter den Bereich der stationären Pflege fallen neben primär körperlich kranken Menschen auch ältere chronisch psychisch kranke Menschen sowie ältere geistig behinderte Menschen. Diesen Personenkreis zeichnet über die körperlichen Behinderungen und Erkrankungen hinaus in erheblichem Maße psychische Störungen aus. Soweit diese Menschen nicht in einem regulären Altenpflegeheim betreut werden, finden sie daher oftmals in speziellen gerontopsychiatrischen Pflegeheimen Unterkunft.

Die rechtlichen und finanziellen Bestimmungen des PflegeVG gelten für alle Einrichtungen zur stationären Pflege gleichermaßen. Gerontopsychiatrische Pflege wird durch das Gesetz nicht eigens gefördert. Bekanntermaßen sind die Bestimmungen zur Einstufung in die Pflegestufen und die sich daran anschließende Personalbedarfsermittlung primär auf die körperliche Pflege der betroffenen Menschen ausgerichtet.

Die Pflege von Bewohnern in gerontopsychiatrischen Pflegeheimen muß sich jedoch über die körperliche Pflege hinaus auch auf die psychischen Störungen und Behinderungen richten, die diese Menschen durchgängig haben. Bewohner regulärer Alten- und Pflegeheime leiden zweifelsohne auch unter psychischen Erkrankungen. Mit zunehmendem Alter steigen nach epidemiologischen Befunden auch die psychischen Auffälligkeiten der Betroffenen an. In erster Linie sind bei den Betroffenen dementielle und depressive Erkrankungen anzufinden (13).

Was Bewohner gerontopsychiatrischer Einrichtungen von Bewohnern regulärer Alten- und Pflegeheime unterscheidet, ist die psychiatrische Grundstörung, die zusätzlich zu anderen altersbedingten Störungen vorliegen kann. In diesem Zusammenhang sind in erster Linie chronische schizophrene und schizoaffektive Psychosen, Residualzustände schizophrener Psychosen sowie geistige Behinderungen zu nennen. Darüber hinaus stellen die psychischen Störungen der Bewohner potentielle Behinderungen auch für die körperliche Pflege dar. Wie leicht vorstellbar ist, kann die körperliche Pflege von Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Störung unkooperativ bis aggressiv reagieren, nicht so leicht vonstatten gehen, wie dies bei Menschen ohne psychische Störungen der Fall ist.

Als weiteres gewichtiges Merkmal ist bei den gerontopsychiatrischen Pflegeheimbewohnern die lange Hospitalisierungsdauer in Rechnung zu stellen. Die meisten der im gerontopsychiatrischen Pflegeheim wohnenden Menschen haben mehrere Jahrzehnte als Patienten in psychiatrischen Kliniken gelebt, manche von ihnen sogar einen überwiegen-

den Teil ihres Lebens. Aufgrund dieser langen Hospitalisierungsdauer wird man bei diesen Menschen davon ausgehen können, daß die eigenständige Handhabung sozialer und Alltagsfertigkeiten nicht vorhanden ist. Da die Institution der psychiatrischen Klinik, vor allem in der Vergangenheit, die Eigenständigkeit der Patienten nicht gerade gefördert hat, haben die Pflegeheim-Bewohner auch unter den Langzeitfolgen ihres Klinikaufenthaltes zu leiden.

Darüber hinaus fehlt bei den meisten dieser Menschen ein funktionierendes soziales Unterstützungssystem außerhalb des Klinikbereichs. Dies liegt zum einen an der heimatfernen psychiatrischen Behandlung, wie sie in früheren Jahrzehnten üblich war. Während heute die Gemeindenähe der psychiatrischen Klinik ein zentrales Qualitätskriterium darstellt, waren die Kliniken zu den Aufnahmezeitpunkten der heutigen Bewohner des Pflegeheims so ausgerichtet, daß es große zentralisierte Einrichtungen gab und die Heimnähe außerdem als der psychischen Gesundheit abträglich angesehen wurde. Zum anderen haben die meisten der Bewohner keine eigenen Familien gründen können. Daher fehlen in der Regel auch eigene Kinder, die für viele Bewohnerinnen und Bewohner regulärer Altenheime das soziale Unterstützungssystem darstellen.

Die Einrichtung des Pflegeheims auf dem Klinikgelände ist u. a. auch damit begründet, daß diesen Menschen ein Heimatrecht dort zugestanden wird, wo sie die meiste Zeit ihres Lebens verbracht haben. Ein „heimatnaher“ Wohnort würde hier der Zufriedenheit der Bewohner eher abträglich sein, da zumeist mehrere Jahrzehnte seit der Aufnahme aus dem Heimatort in die Klinik vergangen sind und in der Regel keine stabilen sozialen Kontakte dorthin vorliegen. Dagegen verfügen einige der Bewohner über soziale Kontakte am Klinikstandort.

Die „pflegebedingten Aufwendungen“, die das PflegeVG (§ 43 SGB XI) vorsieht, sind somit bei den Bewohnern gerontopsychiatrischer Pflegeheime erwartbar höher als bei regulären Altenpflegeheimen einzuschätzen. Zwar stehen Pflegebedarf und tatsächlicher Pflegeaufwand nicht in einem linearen Verhältnis zueinander, man wird aber davon ausgehen können, daß dem speziellen psychosozialen Pflegebedarf in diesen Einrichtungen besonders Rechnung getragen wird. Aus Sicht der Pflegeheime müssen diese Aufwendungen auch finanziell honoriert werden. Mit dem für Alten- und Pflegeheime üblichen Budget sind nach Ansicht der Mitarbeiter diese Leistungen nicht zu erbringen. Der Aufwand dieses zusätzlichen Pflegebedarfs und seine Berücksichtigung im Budget des Pflegeheims sind daher kontroverse Punkte im Rahmen der Verhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Einrichtungen. Der Umfang des zusätzlichen psychosozialen Pflegebedarfs spielt dabei eine entscheidende Rolle, da diesem Pflegebedarf nach Ansicht der Mitarbeiter mit speziellen psychiatrischen Pflegemethoden begegnet werden muß.

Diese Untersuchung hat sich vorrangig zwei Ziele gesetzt. Zunächst geht es im explorativen Sinne um eine exakte Be-

schreibung der Bewohner des Pflegeheims mittels deskriptiver Statistik. Vergleichbare Untersuchungen über Populationen gerontopsychiatrischer Pflegeheime sind den Autoren nicht bekannt. Aus der Ermittlung soziodemographischer und aufenthaltsbezogener Daten soll deutlich werden, welcher biographische und soziale Hintergrund vorliegt, der die spezielle Pflege in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim mit seinen besonderen Aufwendungen rechtfertigt.

Das zweite Ziel der Untersuchung liegt darin, den Umfang des psychosozialen Pflegebedarfs von Bewohnern eines gerontopsychiatrischen Pflegeheims zu ermitteln. Die hier zu überprüfende Verdachtshypothese lautet, daß die Bewohner des gerontopsychiatrischen Pflegeheims einen höheren psychosozialen Pflegebedarf haben als Menschen gleichen Alters, die nicht diesen biographischen und sozialen Hintergrund mit den genannten Beeinträchtigungen haben.

## Methoden

Die Studie erstreckt sich auf die gerontopsychiatrischen Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheims („Haus der Pflege“) der Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster (N = 53). Für die Erfassung der soziodemographischen und aufenthaltsbezogenen Merkmale wurde von den Autoren ein eigener Fragebogen entwickelt. Neben Alter und Geschlecht sollten mit diesem Fragebogen Merkmale erfaßt werden, die sich auf die Krankheitsgeschichte der Bewohner des Pflegeheims erstreckten. Erfragt wurden die Anzahl der Jahre, die der Bewohner oder die Bewohnerin in der Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster (früher: Westf. Landeskrankenhaus Münster) verbracht hat. Dieser Zeitraum umfaßt die Dauer der eigentlichen Krankenhausbehandlung, die Zeiten als sog. „Nichtbehandlungsfälle“, in denen die Krankenhausbehandlung nicht im Vordergrund stand, und den Aufenthalt im Pflegeheim der Klinik.

Eingeschlossen in diesen Zeitraum waren interkurrente somatische Krankenhausbehandlungen sowie kurzfristig gescheiterte Enthospitalisierungsversuche. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik hatten in der Vergangenheit immer wieder versucht, die jetzigen Bewohner in andere Wohnumfelder zu enthospitalisieren. Die Anzahl der Enthospitalisierungsversuche in den zehn Jahren vor der Erhebung wurden ebenfalls abgefragt. Als Indikator für das Ausmaß der psychiatrischen Erkrankung wurde erhoben, wie oft die Bewohner in den letzten zwei Jahren vor dem Erhebungszeitpunkt im Krankenhausbereich der Klinik stationär behandelt werden mußten.

Um den Pflegeaufwand schätzungsweise bestimmen zu können, ist es erforderlich, den Pflegebedarf für die Bewohner des Pflegeheims exakt zu beschreiben. Die Wahl eines standardisierten Instruments ist hier zielführender als qualitative Verfahren. Qualitative Vorgehensweisen sind zwar

„näher“ an der Sichtweise derer, um die es in der Untersuchung geht, und auch näher an der Sichtweise der Pflegekräfte. In der pflegewissenschaftlichen Forschung zur Altenpflege überwiegen daher auch qualitative Verfahren (3).

Qualitative Methoden sind aber vergleichsweise sehr zeitaufwendig oder lassen nur Erhebungen einer kleinen Anzahl zu, deren Ergebnisse kaum zu generalisieren sind (7). Nicht zuletzt leiden qualitative Verfahren auch unter einer mangelnden Akzeptanz bei nichtpflegerischen Akteuren der Scientific Community und des Gesundheitswesens. Wenn es schließlich um die Bestimmung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit geht, kommt man an quantitativen standardisierten Verfahren nicht mehr vorbei (2). Die Nutzung standardisierter Instrumente bietet sich daher in solchen Fällen an, in denen ausreichend validierte Instrumente vorliegen. Viele Instrumente der geriatrischen bzw. der psychogeriatrischen Forschung lassen sich auch für pflegerische Fragestellungen nutzen.

Seit geraumer Zeit gibt es, insbesondere im angelsächsischen Raum, standardisierte Erhebungsinstrumente wie das Resident Assessment Instrument (RAI) (4, 5), die den Pflegebedarf für Pflegeheime zu bestimmen helfen. Über die körperliche Pflege hinaus werden dort u. a. kommunikative und kognitive Fertigkeiten, die Affektlage und andere psychosoziale Determinanten des Pflegebedarfs erhoben.

Dieses Instrument dient der Erhebung der umfassenden Pflegebedürftigkeit. Für die Bestimmung psychosozialer Faktoren geht dieses Instrument zu weit. In dieser Studie haben wir uns daher für ein standardisiertes Instrument entschieden, das primär auf die psychischen und sozialen Funktionen der Bewohner und ihre Fertigkeiten abhebt. Als standardisiertes Instrument zum Assessment pflegerelevanter psychosozialer Merkmale wurde die Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) ausgewählt (1, 8, 9, 10, 11, 12). Die NOSGER ist ein Verfahren, das ursprünglich für die klinische Wirkungsprüfung psychopharmakologischer Präparate entwickelt wurde. Mit Hilfe dieses Instruments sollten klinisch relevante Verhaltensänderungen unter der Pharmakobehandlung erfaßt werden.

Bei der NOSGER handelt es sich um einen Fremdbeurteilungsbogen, der in alltagsverständlicher Sprache Verhaltensweisen der Bewohner einschätzen läßt. Die Datenerhebung dieser Studie geschah – wie in der Anleitung für die Skala vorgeschrieben – durch die mit den Bewohnern vertrauten Pflegekräfte. Die Vertrautheit mit den Bewohnern ist eine zentrale Voraussetzung zur Anwendung dieser Skala. Der Beurteilungszeitraum, den die Pflegekräfte für ihre Einschätzung berücksichtigen sollten, umfaßte die letzten zwei Wochen vor dem Erhebungszeitpunkt. Auf diese Weise können auch die Schwankungen im Pflegebedarf berücksichtigt werden.

Die NOSGER umfaßt 30 leichtverständliche Items, die zu den sechs folgenden Dimensionen zusammengefaßt werden: Gedächtnis, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

(IADL), Körperpflege (Aktivitäten des täglichen Lebens, ADL), Stimmung, Soziales Verhalten, Störendes Verhalten. Die Validität der Skala wurde in mehreren Untersuchungen von dem Entwickler-Team bestätigt (1, 10, 12). Da verschiedene einschätzende Personen mit dem Fragebogen arbeiten, muß die Skala darüber hinaus eine gute Interrater-Reliabilität aufweisen. Auch dieses wurde bestätigt.

Um das Ausmaß des Pflegebedarfs abschätzen zu können, ist eine Vergleichsgruppe notwendig. Daher wurde zeitgleich zur Erhebung im Haus der Pflege eine Datenerhebung bei den in Behandlung befindlichen gerontopsychiatrischen Patienten des Krankenhausbereichs der Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster vorgenommen (N = 39). Das Ziel des Vergleichs war die Ermittlung relevanter Unterschiede zwischen chronisch psychisch kranken alten Menschen aus dem Pflegeheim und akut gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen, die in der Regel in ihrer häuslichen Umgebung oder aber in regulären Altenheimen leben. Ein Vergleich mit einer Bewohnerpopulation eines regulären Alten- und Pflegeheims war den Untersuchern leider nicht möglich.

Durch den Vergleich von gesunden, in der eigenen häuslichen Umgebung lebenden alten Menschen mit Personen, die in Alten- oder Pflegeheimen lebten, haben die Entwickler der NOSGER Normdaten identifiziert, mit deren Hilfe das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in den beschriebenen Dimensionen bestimmt werden kann. So erreichen beispielsweise gesunde, in der eigenen Wohnung lebende ältere Menschen bei der Subskala „Gedächtnis“ in der Regel nicht mehr als 10 Punkte. Die Entwickler der NOSGER sehen daher bei Werten von mehr als 10 Punkten in dieser Subdimension einen Hinweis auf eine zunehmende schwere Gedächtnisstörung. Das gleiche Verfahren gilt für die weiteren Subskalen, deren Normwerte die folgenden sind: IADL > 14; ADL > 10; Stimmung > 10; Sozialverhalten > 15 (9). Lediglich für die Dimension Störendes Verhalten liegt bis heute kein Cut-off-Wert vor.

Diese Normdaten wurden ebenfalls auf unsere Untersuchungsstichprobe und auf die Vergleichsgruppe aus der Klinik angewendet. Mittels der angegebenen Cut-off-Werte wurde der Anteil der Bewohner bzw. Patienten mit erheblicher Pflegebedürftigkeit identifiziert.

Da die erhobenen Daten in keinem Fall normalverteilt waren, erfolgten die Unterschiedsberechnungen der intervallskalierten Daten mit dem nonparametrischen Mann-Whitney-U-Test aus dem statistischen Programmpaket SPSS. Die kategorischen Daten wurden mit dem Chi-Quadrat-Test untersucht.

## Ergebnisse

Das Lebensalter der Bewohner des Pflegeheimes betrug im Durchschnitt 72,6 Jahre (Median 73, Standardabweichung 10,3). In der gerontopsychiatrischen Abteilung der Klinik waren die Patienten im Mittel etwas älter. Hier betrug der Durch-

schnitt 74,6 Jahre (Median 75, Standardabweichung 8,0). Aus der Tabelle 1 geht die Verteilung der Altersgruppen hervor. Im Pflegeheim findet man eine breitere Streuung des Lebensalters als im Krankenhausbereich. So ist ein kleiner Teil der Bewohner jünger als 60 Jahre. Der Anteil der über 80 Jahre alten Bewohner bzw. Patienten ist ähnlich groß, wenngleich im Pflegeheim Bewohnerinnen über 90 Jahre alt sind, während dies im Krankenhaus nicht der Fall ist.

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung ist der große Anteil der weiblichen Bewohnerinnen im Pflegeheim bemerkenswert. Aus Tabelle 2 geht hervor, daß sie im Pflegeheim knapp drei Viertel der Plätze innehaben, während die Frauen im Krankenhausbereich nur mit 43 % vertreten sind.

Aus Tabelle 3 ist die lange Aufenthaltsdauer der Bewohner in der Westf. Klinik Münster ersichtlich. Während die Bewohner im Durchschnitt 24,0 Jahre – nur durch somatische interkurrente Behandlungen und durch Enthospitalisierungsversuche unterbrochen – in der Klinik verbracht haben, sind darunter auch zwei Bewohnerinnen, die insgesamt 59 bzw. 64 Jahre in der Klinik gewohnt haben. Nur ein knappes Viertel

**Tab. 1** Altersverteilung im Haus der Pflege und in der gerontopsychiatrischen Abteilung

Altersgruppen	Haus der Pflege % (n = 53)	Klinik % (n = 39)
unter 60	15,1	–
60–69	22,6	30,8
70–79	32,1	41,0
80–89	26,4	28,2
90 und älter	3,8	–

**Tab. 2** Geschlechtsverteilung im Haus der Pflege und in der gerontopsychiatrischen Abteilung

Geschlecht	Haus der Pflege % (n = 53)	Klinik % (n = 39)
weiblich	73,6	43,6
männlich	26,4	56,4

**Tab. 3** Aufenthaltsdauer der Pflegeheimbewohner in der Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster

Aufenthaltsdauer	Haus der Pflege % (n = 53)
unter 10 J.	22,6
10–19 J.	15,1
20–29 J.	20,8
30–39 J.	24,5
40–49 J.	13,2
50–59 J.	1,9
60 und mehr J.	1,9

**Tab. 4** Anzahl der vergeblichen Enthospitalisierungsversuche in den letzten zehn Jahren vor dem Erhebungszeitpunkt

Anzahl der Enthospitalisierungsversuche	Haus der Pflege % (n = 53)
0	28,3
1	39,6
2	26,4
3	5,7

der Bewohner (22,6 %) ist weniger als 10 Jahre in der Klinik hospitalisiert gewesen. Der größte Anteil liegt mit 24,5 % der Bewohner in der Gruppe von 30 bis 40 Jahren Aufenthaltsdauer.

Trotz des langen Aufenthaltes auf dem Klinikgelände ist von der Klinik aus immer wieder versucht worden, die damaligen Patienten und jetzigen Bewohner des Pflegeheims zu enthospitalisieren. Wie Tabelle 4 anzeigt, ist nur bei einem knappen Drittel der Bewohner (28,3 %) in den letzten 10 Jahren nicht versucht worden, einen anderen Lebens- und Wohnort zu finden. Bei knapp einem Drittel der Bewohner ist dies sogar mehrfach versucht worden (2 Versuche hatten 26,4 %, 3 Versuche hatten 5,7 % der Bewohner). In der Regel scheiterten die Enthospitalisierungen an der psychischen Auffälligkeit der Betroffenen und den damit einhergehenden psychosozialen Kompetenzdefiziten, so daß die Bewohner für die betreuenden Institutionen nicht tragfähig erschienen. Bei den Bewohnern, bei denen keine Enthospitalisierung durchgeführt wurde, wurde nach Aussage der betreuenden Mitarbeiter des Pflegeheims keine Chance auf Erfolg gesehen.

Wie groß das Ausmaß der psychischen Störungen der Bewohner ist, wird auch aus Tabelle 5 deutlich. Diese zeigt, wie oft die Bewohner in den letzten zwei Jahren vor der Erhebung in der psychiatrischen Klinik stationär als Behandlungsfall behandelt werden mußten. Nur ein gutes Viertel der Bewohner (26,4 %) mußte gar nicht stationär behandelt werden. 43 Prozent der Bewohner waren einmal in der Klinik, und ein gutes Viertel der Bewohner mußte zweimal oder öfter dort behandelt werden.

Hinsichtlich des Kernanliegens dieser Studie, der Bestimmung des psychosozialen Pflegebedarfs in einem geronto-

**Tab. 5** Anzahl der psychiatrischen Krankenhausbehandlungen in den letzten zwei Jahren vor dem Erhebungszeitpunkt

Anzahl der psychiatr. Krankenhausbehandlungen	Haus der Pflege % (n = 53)
0	26,4
1	43,4
2	20,8
3	3,8
4	5,7

**Tab. 6** Vergleich der NOSGER-Dimensionen zwischen den Bewohnern des Hauses der Pflege und den Patienten der gerontopsychiatrischen Abteilung (Mann-Whitney-U-Test; ns = nicht signifikant)

NOSGER-Dimension	Haus der Pflege (n = 53) Mittelwert (Median)	Klinik (n = 39) Mittelwert (Median)
ADL (ns)	12,7 (13)	11,4 (10)
Gedächtnis (p = 0,009)	15,2 (15)	12,4 (11)
IADL (ns)	19,9 (20)	17,3 (18)
Sozialverhalten (p = 0,008)	18,0 (19)	14,8 (15)
Stimmung (ns)	11,9 (12)	11,4 (12)
Störendes Verhalten (ns)	9,9 (9)	10,6 (11)

psychiatrischen Pflegeheim, wird aus der Tabelle 6 deutlich, daß die Pflegeheim-Bewohner in vier Dimensionen der fünf NOSGER-Subskalen höhere Mittelwerte erreichen als die Vergleichsgruppe aus der gerontopsychiatrischen Abteilung. Lediglich beim Störenden Verhalten ist bei den akut kranken Patienten ein größerer Wert zu verzeichnen. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied in den Dimensionen Gedächtnis (Mittelwert 15,2 vs. 12,4) und Sozialverhalten (Mittelwert 18,0 vs. 14,8), wo sich signifikante Differenzen zugunsten der Pflegeheimbewohner ergeben. Nichtsignifikante Unterschiede zugunsten der Pflegeheim-Bewohner zeigen die Subskalen Aktivitäten des täglichen Lebens, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens und Stimmung.

Aus Tabelle 7 geht abschließend hervor, wie groß der jeweilige Anteil der Bewohner bzw. Patienten über dem Cut-off-Wert der NOSGER-Subskala ist. Für alle fünf der Subskalen kann festgestellt werden, daß der Anteil der Bewohner im Pflegeheim mit ausgeprägten pflegebedürftigen Störungen größer ist als die Anteile der Klinikpatienten. Die signifikanten Unterschiede der Verteilung der Werte aus Tabelle 6 spiegeln sich auch in dieser Fragestellung wider. Für die Skalen Gedächtnis und Sozialverhalten sind die Differenzen wiederum signifikant.

**Tab. 7** Vergleich des Anteils der Personen über dem Cut-off-Wert der NOSGER-Dimension zwischen den Bewohnern des Hauses der Pflege und den Patienten der gerontopsychiatrischen Abteilung (Chi-Quadrat nach Pearson; ns = nicht signifikant)

NOSGER-Dimension	Haus der Pflege (n = 53), Anteil der Personen über Cut-off-Wert, %	Klinik (n = 39), Anteil der Personen über Cut-off-Wert, %
ADL (ns)	60,4	48,7
Gedächtnis (ns)	54,7	37,8
IADL (p = 0,002)	90,6	64,1
Sozialverhalten (p = 0,02)	75,5	51,4
Stimmung (ns)	71,7	64,9

## Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen den eingangs formulierten Verdacht, daß Bewohnerinnen und Bewohner eines gerontopsychiatrischen Pflegeheims über einen erheblichen psychosozialen Pflegebedarf verfügen. Die Untersuchungsgruppe aus dem Pflegeheim ist gekennzeichnet durch eine nach wie vor ausgeprägte psychiatrische Grundstörung, die für den überwiegenden Teil der Bewohner immer wieder zu Aufenthalt im Krankenhausbereich der Klinik führt. Im Vergleich zu Bewohnern regulärer Alten- und Pflegeheime liegt die Prävalenz der psychiatrischen Störung hier weitaus höher. Zimmer und Mitarbeiter (13) etwa fanden in einer Studie über Verhaltensauffälligkeiten von Bewohnern Mannheimer Altenheime ca. 10% der Bewohner mit affektiven Störungen und ca. 8% mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis als Hauptdiagnose. Kliebsch und Mitarbeiter (6) fanden in einer Studie in Münchener Altenheimen 22,5% der Bewohner mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose. Demgegenüber mußten in unserer Pflegeheimpopulation nur ein Viertel der Bewohner innerhalb von zwei Jahren nicht stationär psychiatrisch behandelt werden.

Hinsichtlich der Verlegung in den Krankenhausbereich ist in Rechnung zu stellen, daß das Pflegeheim keinen ökonomischen Anreiz hat, die Bewohner interkurrent als Behandlungsfall zu verlegen. Im Gegenteil, jeder Tag, den der Bewohner nicht im Pflegeheim verbringt, führt hier zu finanziellen Verlusten, da das Bett aufgrund der zu erwartenden Rückverlegung des Bewohners nicht anderweitig belegt werden kann. Das hat zur Konsequenz, daß eine Verlegung in den Krankenhausbereich nur im Extremfall stattfindet, nämlich dann, wenn die psychiatrische Störung so ausgeprägt ist, daß sie im Pflegeheim nicht mehr adäquat behandelt werden kann.

Die untersuchte Bewohnergruppe des Pflegeheims zeigt weiterhin eine im Durchschnitt mit 24 Jahren extrem lange Hospitalisierungsdauer. Neben der psychiatrischen Basisstörung ist diese Hospitalisierungsdauer als Grund für die psychosozialen Kompetenzdefizite der Bewohner anzuführen. Diese Defizite zeigen sich nicht nur in den weiter unten noch zu diskutierenden Ergebnissen der NOSGER-Skala, sondern auch in den vergeblichen Enthospitalisierungsversuchen. In diesem Zusammenhang ist auf den in der Vergangenheit erheblichen Druck des Trägerverbandes der Klinik und des Pflegeheims (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL) hinzuweisen, der die Enthospitalisierung der ehemaligen Klinikpatienten nachdrücklich gefordert und mit großen finanziellen Anstrengungen unterstützt hat. Bei den Bewohnern, bei denen die Enthospitalisierung nicht gelungen ist, handelt es sich deshalb um eine kleine Gruppe mit schwersten Störungen, die extramural nicht zu versorgen und zu betreuen sind.

Die psychosoziale Problemlage der Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheims wird durch die Analyse der NOS-

GER-Daten gestützt und einer differenzierteren Betrachtung zugänglich. Insgesamt überrascht zunächst, daß das Ausmaß der Störungen der Pflegeheimbewohner (mit Ausnahme der Dimension „Störendes Verhalten“) genauso bzw. in einzelnen Dimensionen sogar stärker ausgeprägt ist als bei den in stationärer Krankenhausbehandlung befindlichen gerontopsychiatrischen Patienten. Man hätte erwarten können, daß sich die akute Symptomatik der Krankenhauspatienten auch in der NOSGER-Skala stärker als für die Pflegeheimbewohner niederschlägt.

Daß dem nicht so ist, ist vermutlich auf einen sozialrechtlichen Tatbestand zurückzuführen. Krankenhausbehandlung nach dem Sozialgesetzbuch V setzt bekanntermaßen die Perspektive einer möglichen Besserung oder Linderung des Leidens voraus. Dies ist offenbar bei den Krankenhauspatienten noch gegeben, während dieser sozialrechtliche Umstand für die Pflegeheimbewohner nur bei akuten Rezidiven der Erkrankung zum Tragen kommt. Die extrem ausgeprägte chronische Basissymptomatik kann jedoch aufgrund der fehlenden Besserungsperspektive nicht mehr Gegenstand einer Krankenhausbehandlung sein.

Die signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen der Dimensionen „Gedächtnis“ und „Sozialverhalten“ sind vermutlich auf unterschiedliche Sachverhalte zurückzuführen. Die stärkere Ausprägung der Dimension „Gedächtnis“ für die Pflegeheimbewohner hängt wahrscheinlich mit der in dieser Gruppe verbreiteteren dementiellen Störung zusammen; diese wurde allerdings nicht gesondert gemessen. Für die stärkere Ausprägung hinsichtlich des Sozialverhaltens sind zusätzlich die psychiatrische Basisstörung und die geringen Sozialkompetenzen durch die Hospitalisierung der Pflegeheimbewohner in Rechnung zu stellen.

Die große Belastung für die Mitarbeiter des Pflegeheims ergibt sich aber nicht nur durch die im Schnitt stark ausgeprägten psychosozialen Defizite der Bewohner. Die Belastung ergibt sich auch durch den großen Anteil der Bewohner, welche die genannten Defizite aufweisen. In allen fünf NOSGER-Dimensionen ist der Anteil der psychosozialen Beeinträchtigungen der Pflegeheimbewohner höher als der Anteil der Krankenhauspatienten. Dabei weichen die Pflegeheimbewohner in den Dimensionen „Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens“ und „Sozialverhalten“ besonders ausgeprägt von den Krankenhauspatienten ab. Auch bei der Betrachtung des Anteils der psychosozial Pflegebedürftigen liegen die Bewohner des gerontopsychiatrischen Pflegeheims erheblich über regulären Alten- und Pflegeheimen. Zimmer und Mitarbeiter (13) haben etwa in ihrer Mannheimer Untersuchung (allerdings mit anderen Instrumenten) einen Anteil von depressiven Bewohnern gefunden, der bei ca. 50% lag. Nach der Dimension „Stimmung“ der NOSGER-Skala, die Depressivität abbildet, waren es im Haus der Pflege über 70% der Bewohner. Die ähnlichen hohen Raten für die anderen Be-

einträchtigungen lassen ebenfalls vermuten, daß im gerontopsychiatrischen Pflegeheim insgesamt pflegeaufwendigere Bewohner im psychiatrischen Sinne zu finden sind.

---

### Schlußfolgerung

Aus diesem empirischen Befund läßt sich eine eindeutige Schlußfolgerung hinsichtlich der Finanzierung von gerontopsychiatrischen Pflegeheimen ziehen. Die pflegerelevanten psychosozialen Beeinträchtigungen der Bewohner des Pflegeheims sind nach unserer Studie noch höher anzusehen als bei akut psychisch kranken alten Menschen, die – mindestens in der Zeit der akuten Erkrankung – in ihrer Wohnung, aber auch in regulären Alten- oder Pflegeheimen nicht mehr tragbar sind.

Der Umgang mit diesen schwer kranken, aber nicht mehr behandlungsbedürftigen Menschen in gerontopsychiatrischen Pflegeheimen erfordert ein spezielles psychiatrisches Pflegeverständnis sowie entsprechende Fachkenntnisse, die im Grunde nur von psychiatrieerfahrem Pflegepersonal erbracht werden können. Dem Einsatz von weniger gut ausgebildetem Personal sind in diesen Einrichtungen enge Grenzen gesetzt. Diesem Sachverhalt muß auch von den Kostenträgern der Pflege in gerontopsychiatrischen Pflegeheimen Rechnung getragen werden.

**Danksagung** Die Autoren bedanken sich bei den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhausbereichs und des Hauses der Pflege der Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

---

### Literatur

1. Brunner C, Spiegel R (1990) Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observations Scale for Geriatric Patients). *Z Klin Psychol* 19:211–229
2. Cappell E (1996) Die Bestimmung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz im interdisziplinären Vergleich. *Z Gerontol Geriat* 29: 418–425
3. Flügel K (1996) Pflegeforschung in der Altenpflege. Eine Literaturstudie auf der Grundlage von zwei wissenschaftlichen Fachzeitschriften. *Z Gerontol Geriat* 29: 397–403
4. Gilgen R (1997) Assessment der Pflegebedürftigkeit. *Ther Umsch* 54:351–355
5. Gilgen R, Garms-Homolová V (1995) Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege – eine Übersicht. *Z Gerontol Geriat* 28:25–28
6. Kliebsch U, Reiser K, Brenner H (1997) Reliabilitätsstudie zum Begutachtungsverfahren der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung. *Gesundheitswesen* 59, Sonderheft 1:34–41
7. Richter D (1995) Pflegewissenschaft und Soziologie: Wo kann soziologische Expertise die Pflegeforschung unterstützen? *Pflege* 8:339–345
8. Spiegel R (1992) Erfassung des Verhaltens psychogeriatrischer Patienten im Alltag mit der NOSGER. In: Jovic NI, Uchtenhagen A (Hrsg) *Ambulante Psychogeriatric: Neue Wege und Hinweise für die Praxis*. Asanger, Heidelberg, S 28–42
9. Spiegel R (1997) Die Bedeutung der Fremdbeurteilung bei Alters-Hirnkrankheiten. *Ther Umsch* 54:314–319
10. Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D, et al (1991) A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observations Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc* 39:339–347
11. Tremmel L, Spiegel R (1993) Clinical experience with the NOSGER (Nurses' Observations Scale for Geriatric Patients): Tentative normative data and sensitivity to change. *Int J Ger Psychiatr* 8:311–317
12. Wahle M, Häller S, Spiegel R (1996) Validation of the NOSGER (Nurses' Observations Scale for Geriatric Patients): Reliability and validity of a caregiver rating instrument. *Int Psychogeriatr* 8:525–547
13. Zimmer A, Schäufele M, Weyerer S (1998) Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagsbeschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu. *Gesundheitswesen* 60:239–246