

# Der Barthel-Index - eine kritische Übersicht

## 1. Unzureichende ICF – Orientierung

Der Barthel-Index wurde 1965 (!) entwickelt und demnach nicht an den Anforderungen der ICF ausgerichtet. Er bildet mit den Bereichen der Selbstversorgung und Mobilität lediglich zwei Domänen der ICF ab. Wesentliche reharelevante Bereiche, z.B. die Kommunikation, die Kognition und das soziale Verhalten werden nicht erfasst.

## 2. Deckeneffekte des Barthel-Index

Da der Barthel-Index wesentliche reharelevante Bereiche nicht abbildet, wird beim Erreichen der vollen Punktzahl von 100 im Barthel-Index der falsche Eindruck erweckt, dass der Pat. keine reharelevanten Beeinträchtigungen mehr zeigt, also "an der Decke" angekommen ist.

## 3. Fehlende Eignung zur Reha-verlaufsdarstellung und -beurteilung

Der Barthel Index zeigt eine unzureichende Veränderungssensitivität und kann somit den Reha-verlauf nicht sinnvoll abbilden. Aufgrund der Zwei- bzw. Dreistufigkeit pro Item können nur 1 bis 2 "Verbesserungen" erreicht werden. Wesentliche und alltagsrelevante Verbesserungen im Reha-verlauf werden nicht erfasst.

z.B. Baden/Duschen/Waschen: Ist ein Pat. vollständig fremdhilfeabhängig, so erreicht er im Barthel-Index 0 Punkte. Ist er in der Lage den Oberkörper allein zu waschen, dann erreicht er weiterhin 0 Punkte, obwohl der Reha-verlauf dtl. positiv ist.

## 4. Zur Rehazi-elplanung ist der Barthel-Index ungeeignet

Aufgrund der unzureichenden Veränderungssensitivität des Barthel-Index wird dieser nicht zur Rehazi-elplanung eingesetzt.

z.B. Baden/Duschen/Waschen: Ist der Pat. bei Aufnahme in die Rehaklinik vollständig fremdhilfeabhängig (0 Punkte), wäre das nächste mit dem Barthel-Index formulierbare Rehazi-el das Erreichen von 5 Punkten, d.h. die vollständige Fremdhilfeunabhängigkeit beim Waschen. Dies ist jedoch kein realistisches Rehazi-el bei einem primär vollständig fremdhilfeabhängigen Patienten.

Die Folge ist, dass der Barthel-Index nicht, wie von Assessmentverfahren gefordert, im Zentrum der Rehabilitation steht, sondern "nebenbei" erhoben und nicht zur Formulierung alltagsrelevanter und nachprüfbarer Rehazi-else eingesetzt wird.

## **5. Nachbesserungen am Barthel-Index**

Es gibt einige Versuche, durch Ergänzungen / Erweiterungen des Barthel-Index, dessen Schwächen zumindest teilweise auszugleichen.

So bietet der Erweiterte Barthel-Index (EBI) die 10 „klassischen“ Barthel-Items mit zumeist drei Leistungsstufen pro Item ab. Auch damit dürfte keine hinreichende Veränderungssensitivität bezüglich der Abbildung des Rehaerlaufes gegeben sein.

Zusätzlich werden 6 Items aus den Bereichen Kommunikation, Kognition, Problemlösen und Sozialer Interaktion eingeführt. Drei dieser Items bieten lediglich zwei Leistungsstufen und sind damit nicht hinreichend veränderungssensitiv, um Rehaerläufe wirklich abbilden zu können. Zur Rehaziplanng sind sie daher ebenso ungeeignet. Die restlichen drei Items bilden mit drei Leistungsstufen den Rehaerlauf immer noch recht grob ab. Die beiden Items zur Kommunikation trennen leider nicht zwischen Sprechen bzw. Schreiben und ebenso nicht zwischen Verstehen und Lesen.

Von daher verwundert es nicht, wenn sich der EBI in der rehabilitativen Praxis nicht durchgesetzt hat.