



Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 2



Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit



Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

E-Mail: modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.deInternet: www.gkv-spitzenverband.de

Verfasser: Dr. Klaus Wingefeld, Dr. Andreas Büscher, Dr. Barbara Gansweid

unter Mitarbeit von: C. Büker, V. Meintrup, P. U. Menz, A. Horn, J. Weber

Projektleitung: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Dr. Klaus Wingefeld, Dr. Andreas Büscher

(Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld); Dr. Ulrich Heine,

Dr. Barbara Gansweid (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Westfalen-Lippe)

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2011

Fotonachweis: iStockphoto

CW Haarfeld GmbH

medien@cw-haarfeld.dewww.cw-haarfeld.de

ISBN: 978-3-7747-2318-4

Sehr geehrte Damen und Herren,

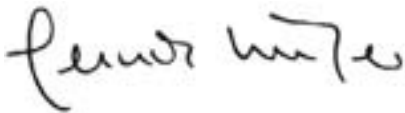
Vorwort

die Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung betrifft auch den geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff, der von Kritikern aufgrund seiner somatischen Ausrichtung häufig als zu eng bezeichnet wird. Die Kritik bezieht sich unter anderem auf den Verichtsungsbezug als auch auf die mangelnde Berücksichtigung kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte „Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hat sich der damit zusammenhängenden Fragestellungen angenommen. Zwischen 2006 und 2009 wurden ein Vorschlag für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erarbeitet, ein neues Begutachtungsverfahren entwickelt und die entwickelten Instrumente in einer umfangreichen Erprobungsphase evaluiert.

Der vorliegende Bericht beinhaltet den Vorschlag für ein neues Begutachtungsverfahren. Gleichmaßen geeignet für pflegebedürftige Erwachsene und Kinder, zeichnet sich das Instrument vor allem dadurch aus, dass nicht vorrangig Defizite fokussiert werden, sondern der Grad an Selbstständigkeit und damit auch die Ressourcen des einzelnen Menschen in den Blick genommen werden.

Angesichts dieses veränderten Blicks auf die Pflegebedürftigkeit und der vielfältigen Implikationen für inhaltliche, fachliche und rechtliche Aspekte der Pflegeversicherung sowie die angrenzenden Sozialleistungssysteme ist davon auszugehen, dass die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen längerfristig strukturierten Prozess erfordert.



Gernot Kiefer

Vorstand GKV-Spitzenverband



Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

die vorliegende Publikation beinhaltet einen der Grundlagentexte des vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzten Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2006–2009). Die hier und in zwei weiteren Bänden publizierten Texte und Empfehlungen sind aus Sicht des Beirats essentiell in Bezug auf die Nachhaltigkeit einer weiteren Reform der Pflegeversicherung.

Der Beirat, zusammengesetzt aus Vertretern verschiedener Verbände, Institutionen und der Wissenschaft, hatte den Auftrag, als eine Entscheidungsgrundlage zur Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge und Handlungsoptionen zu erarbeiten. Hierbei galt es insbesondere, die Frage der finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und/oder andere Sozialleistungsträger zu klären.

Arbeitsgrundlage für den Beirat war die im Jahr 2007 vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld durchgeführte Recherche und Analyse unterschiedlicher Pflegebedürftigkeitsbegriffe und Einschätzungsinstrumentarien.

In der Hauptphase 1 wurde (ebenfalls vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem MDK Westfalen-Lippe) im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI der Bericht „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und zuverlässigen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ vorgelegt.

Zentrales Ziel des Projekts war es, ein Begutachtungsinstrument auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu entwickeln, das zugleich den Anspruch an die praktische Umsetzbarkeit einzulösen vermag. Im Rahmen der Hauptphase 2, durchgeführt vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen, und dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, wurde dieses Instrument praktisch erprobt und auf seine Eignung sowie Ziel- und Nutzerorientierung hin überprüft. Zu Fragen der möglichen finanziellen Auswirkungen, die die Um-



setzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments betreffen, sind spezielle Expertisen eingeholt worden. Auch das neue Begutachtungsinstrument selbst ist einer externen Prüfung unterzogen worden.

Resultat der vorliegenden Berichte und Diskussionen sind die Empfehlungen des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Diese zielen im Wesentlichen auf eine Gleichstellung von psychisch-kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen, womit Engführungen und Benachteiligungen im bisherigen Leistungsrecht überwunden werden sollen (hierbei wurden folgende Aspekte besonders berücksichtigt: Verrichtungsbezug, Minutenpflege, Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Alltagskompetenz und Behinderungen sowie Kinder).

Das Hauptaugenmerk des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs richtet sich darauf, die Potenziale eines Menschen stärker in den Blick zu nehmen, seine Selbstständigkeit und Teilhabefähigkeit sowie die ihn unterstützenden Strukturen zu stärken.

Eine weitere Chance wird in der wesentlich verbesserten Möglichkeit einer individuellen Pflegeplanung gesehen. Des Weiteren würde die bisherige Versorgungslandschaft, unter Berücksichtigung der Empfehlungen, um wesentliche Aspekte erweitert und somit inklusiver als bisher gestaltet. Zusammenfassend könnte so von einem Paradigmenwechsel gesprochen werden.

Bemerkenswert innerhalb des Arbeitsprozesses war die Bereitschaft aller Beteiligten, eine einvernehmliche Lösung zu erarbeiten. Daher wurde von kostentreibenden Lösungsvorschlägen oder der etwaigen Konstruktion von „Verschiebebahnhöfen“ abgesehen. Die Frage einer sachgerechten Personalbemessung und nachhaltigen Finanzierung blieb jedoch weiterhin offen.

Der Politik steht nun ein Instrumentarium zur Verfügung, welches die Umsetzung der erforderlichen Sachentscheidungen und Festlegungen ermöglichen kann.

Unsere Gesellschaft muss sich letztlich daran messen lassen, wie sie Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderung begegnet und insbesondere deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht.

Ein besonderer Dank gilt an dieser Stelle den beteiligten Instituten und ihren Mitarbeitern, insbesondere dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (Herrn Dr. Wingefeld und Herrn Dr. Büscher), dem Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Herrn Prof. Dr. Görres), dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Herrn Prof. Dr. Windeler) und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (Frau Dr. Gansweid und Herrn Dr. Heine), aber auch dem Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen (Herrn Prof. Dr. Rothgang).

Ein Dank gebührt ebenso den Mitgliedern und Vorsitzenden des Steuerungskreises des Modellprojekts, Herrn Paul-Jürgen Schiffer und Herrn Klaus Dumeier, und den Mitgliedern des Präsidiums des Beirats, Frau Sabine Jansen, Herrn Prof. Dr. Peter Udsching und Herrn K.-Dieter Voß.

Einzuschließen in den Dank sind der GKV-Spitzenverband, der die Publikation nun im Rahmen seiner Schriftenreihe zum Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI ermöglicht und die Fachabteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die die Arbeit des Beirats in den Jahren 2006-2009 unterstützt hat.



Dr. h. c. Jürgen Gohde

Vorsitzender des Beirats für die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	3
Tabellenverzeichnis	11
Abbildungsverzeichnis	13
Vorbemerkung.....	15
1. Einleitung	17
2. Aufgabenstellung	19
2.1 Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments	19
2.2 Bearbeitung spezifischer Leitfragen	23
3. Arbeitsschritte und methodisches Vorgehen	25
3.1 Instrumentenentwicklung.....	25
3.2 Einbeziehung von Expertise aus anderen Ländern	27
3.3 Gruppendiskussionen mit Gutachtern.....	33
3.4 Externe Beurteilung von Inhalt und Praktikabilität des neuen Instruments	34
3.5 Erste Praxiserprobung (Pretest).....	34
4. Das neue Begutachtungsinstrument für Erwachsene	39
4.1 Die wichtigsten Eigenschaften des Instruments im Überblick	39
4.2 Die modulare Struktur.....	45
4.3 Messmethodische Grundsätze.....	50
4.4 Beschreibung der Module.....	59
4.4.1 Mobilität.....	59
4.4.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....	64
4.4.3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	69
4.4.4 Selbstversorgung	77
4.4.5 Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.....	84
4.4.6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.....	93
4.4.7 Außerhäusliche Aktivitäten	96
4.4.8 Haushaltsführung	100
4.5 Vergleich mit anderen Systematisierungsansätzen.....	103
4.6 Die Bewertungssystematik zur Bestimmung von Pflegestufen.....	109
4.6.1 Hilfebedürftigkeit.....	110



Inhaltsverzeichnis

4.6.2	Pflegebedürftigkeit	112
4.6.3	„Härtefälle“ bzw. besondere Bedarfskonstellationen	121
4.6.4	Die Bewertungssystematik im Überblick	123
4.7	Verfahren zur Abklärung des Bedarfs an Rehabilitationsmaßnahmen	127
4.8	Weitere Bausteine des neuen Verfahrens	141
4.8.1	Einschätzung der Hilfsmittelversorgung	141
4.8.2	Ermittlung von Risiken und Empfehlungen zur Prävention	141
4.8.3	Bewertung des rentenrelevanten Pflegeaufwands der Pflegeperson/en.....	145
4.8.4	Begutachtungsmニュアル.....	147
4.8.5	Arbeitshilfe zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung.....	149
4.8.6	Qualitätssicherung.....	150
5.	Das Verfahren für die Kinderbegutachtung	154
6.	Das neue Verfahren in der Außenperspektive.....	161
6.1	Die pflegewissenschaftliche Perspektive	161
6.2	Die Praktikabilität des Verfahrens und die Perspektive der Gutachter	163
7.	Beantwortung der Leitfragen.....	167
8.	Ausblick.....	186
	Literaturverzeichnis	187
	Anhang	193
A.	Neues Begutachtungsformular (ohne Assessment)	194
B.	Neues Begutachtungs-Assessment (Version 1.0)	206
C.	Begutachtungsmニュアル (Version 1.0).....	219
D.	Schulungskonzept für die Gutachter in der Erprobungsphase.....	277
E.	Literaturanalyse zur altersgemäßen kindlichen Entwicklung.....	286
F.	Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung	337

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Auftretenshäufigkeit der Verhaltensweisen in Modul 3 (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	76
Tab. 2: Berechnungsmodell für die Bewertungssystematik des Moduls „Selbstversorgung“	80
Tab. 3: Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (Modul 4) und Pflegestufen nach dem SGB XI (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	83
Tab. 4: Gegenüberstellung AEDL-Modell und neues Begutachtungsverfahren.....	105
Tab. 5: Vergleich funktionelle Verhaltensmuster und neues Begutachtungs- verfahren.....	106
Tab. 6: Vergleich ICF und neues Begutachtungsverfahren.....	107
Tab. 7: „Neue“ und alte Pflegestufen (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	116
Tab. 8: Pretest-Ergebnisse: Punktwerte zur Abbildung von Pflegebedürftigkeit (n = 100).....	117
Tab. 9: „Neue“ Pflegestufen und Stufen der Hilfebedürftigkeit (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	118
Tab. 10: „Neue“ Pflegestufen und Modul 1 „Mobilität“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	119
Tab. 11: „Neue“ Pflegestufen und Modul 2 „Kognitive Fähigkeiten“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	119
Tab. 12: „Neue“ Pflegestufen und Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben).....	119
Tab. 13: „Neue“ Pflegestufen und Modul 4 „Selbstversorgung“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	120
Tab. 14: „Neue“ Pflegestufen und Modul 5 „Umgang mit krankheits-/therapie- bedingten Anforderungen“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben).....	120
Tab. 15: „Neue“ Pflegestufen und Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	120
Tab. 16: „Neue“ und alte Pflegestufen nach dem SGB XI (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	122
Tab. 17: Punktbereiche und Grenzwerte der einzelnen Module	126
Tab. 18: Gewichtung und modulspezifischer Wert der Module.....	126
Tab. 19: Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit (n = 97).....	137

Tabellenverzeichnis	Tab. 20: Sonstige Empfehlungen der Gutachter zur Verbesserung der Versorgungssituation (n = 100; Mehrfachangaben)	138
	Tab. 21: „Neue“ und alte Pflegestufen nach dem SGB XI (n = 41; Fallzahlen).....	160
	Tab. 22: Autorenvergleich im Bereich „Sicheres Kopfbeugen in Bauchlage“	294
	Tab. 23: Autorenvergleich im Bereich „Drehen (von Rücken- in Bauchlage und umgekehrt)“	294
	Tab. 24: Autorenvergleich im Bereich „Freies Sitzen“	294
	Tab. 25: Autorenvergleich im Bereich „Kriechen“.....	294
	Tab. 26: Autorenvergleich im Bereich „Stehen mit Festhalten“	295
	Tab. 27: Autorenvergleich im Bereich „Gehen mit Hilfe“	295
	Tab. 28: Autorenvergleich im Bereich „Stehen ohne Hilfe“	295
	Tab. 29: Autorenvergleich im Bereich „Gehen ohne Hilfe“	295
	Tab. 30: Autorenvergleich im Bereich „Treppensteigen ohne Hilfe (aber mit Festhalten)“	296
	Tab. 31: Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 1 „Mobilität“	298
	Tab. 32: Ausgewählte Grenzsteine der kognitiven Entwicklung von Kindern	302
	Tab. 33: Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 2 „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“	306
	Tab. 34: Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 4 „Selbstversorgung“	316
	Tab. 35: Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“	326

Abb. 1: Bestimmung des Zeitaufwands für die Pflegeleistungen im Bereich „Ernährung“	30
Abb. 2: Bestimmung des Zeitaufwands für die Pflegeleistungen im Bereich „Körperpflege“	31
Abb. 3: Pretest: Verteilung der Pflegestufen (Prozentangaben)	38
Abb. 4: Pretest-Ergebnisse für das Modul 1 „Mobilität“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	63
Abb. 5: Pretest-Ergebnisse für das Modul 2 „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	69
Abb. 6: Pretest-Ergebnisse für das Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“: Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	75
Abb. 7: Pretest-Ergebnisse für das Modul 3: Verteilung der Punktwerte (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	76
Abb. 8: Einzelauswertung für das Modul 5 „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	91
Abb. 9: Gesamtergebnis für das Modul 5 „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	92
Abb. 10: Pretest-Ergebnisse für das Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	95
Abb. 11: Pretest-Ergebnisse für das Modul 4 „Selbstversorgung“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	102
Abb. 12: Pretest-Ergebnisse für das Modul 8 „Haushaltsführung“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)	103
Abb. 13: Gewichtung der einzelnen Module.....	113
Abb. 14: Pretest-Ergebnisse für die Kinderbegutachtung (n = 41; Prozentangaben)	159
Abb. 15: Durchschnittliche Gesamtschlafdauer nach Alter (Quelle: Wolfson 1996).....	323



Die vorliegende Publikation basiert auf dem im Rahmen des Projekts „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ erstellten Bericht „Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“, der im März 2008 vorgelegt wurde, und spiegelt entsprechend den Entwicklungs- und Diskussionsstand zu diesem Zeitpunkt wider. Daher ist der Hinweis wichtig, dass das Instrument bzw. die hinterlegte Bewertungssystematik im Anschluss an die Erprobung noch optimiert wurde. Insbesondere die Stufeneinteilung wurde modifiziert. Der Bericht bildet daher nicht den letzten Stand der Instrumentenentwicklung ab.

Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei der Benennung von Personen und Personengruppen darauf verzichtet, eine beide Geschlechter ausweisende Formulierung zu verwenden. Das jeweils andere Geschlecht ist jedoch stets mitgemeint.

Im Rahmen der Vorbereitungen zur Reform der Pflegeversicherung hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im November 2006 einen Beirat mit der Aufgabe beauftragt, den aktuellen sozialrechtlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit zu überprüfen und eine Empfehlung zu dessen Neufassung zu erarbeiten. Bereits im Vorfeld verständigten sich das Bundesministerium und die Spitzenverbände der Pflegekassen darauf, eine wissenschaftliche Studie zu initiieren, die in Begleitung dieses Prozesses die benötigten Beratungs- und Entscheidungsgrundlagen bereitstellen sollte. Ein entsprechender Projektauftrag erging an das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), das seinen Ergebnisbericht zum 28. Februar 2007 vorlegte (Wingenfeld et al. 2007 – im Folgenden kurz: „IPW-Studie“). Dem Projekt kam die Funktion einer Vorstudie zu, der zwei weitere Arbeitsphasen folgen sollten: In einer sich anschließenden ersten Hauptphase sollte ein neues Begutachtungsinstrument erarbeitet und in einer zweiten Hauptphase praktisch erprobt werden.

Vor diesem Hintergrund erfolgte durch die Spitzenverbände der Pflegekassen die Ausschreibung des Projekts „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“, die die Entwicklungs- und Erprobungsaufgaben für die o.g. Hauptphasen konkretisierte.

Die Bewältigung dieser Aufgaben erfordert gleichermaßen die Einbeziehung unabhängiger pflegewissenschaftlicher Expertise wie die Berücksichtigung des breiten Erfahrungshintergrunds der Medizinischen Dienste. Aus diesem Grund beschlossen das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL), der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) und das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP), als Arbeitsgemeinschaft ein gemeinsames Angebot zu dieser Ausschreibung zu unterbreiten.¹ Im Juli 2007 wurde diesem Angebot der Zuschlag erteilt.

Zur Durchführung des Auftrags hat die Arbeitsgemeinschaft folgende Aufgabenteilung vereinbart: Die Erarbeitung des neuen Begutachtungsinstruments (Hauptphase 1) erfolgt ge-

¹ Als bevollmächtigtes Mitglied für den Abschluss und die Durchführung des Vertrags nach den für das Vergabeverfahren maßgeblichen Vorschriften benannte die Arbeitsgemeinschaft den MDK Westfalen-Lippe, vertreten durch seinen Geschäftsführer Dr. Holger Berg.

meinsam durch IPW und MDK WL, seine praktische Erprobung (Hauptphase 2) durch IPP und MDS.

Entsprechend dieser Aufgabenteilung legen das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe hiermit den Endbericht über die Entwicklung des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vor (Stand: 29. Februar 2008).

Dieser Abschlussbericht stellt eine Erweiterung und z. T. auch eine Modifizierung des zum 31.12.2007 vorgelegten Zwischenberichts dar. So enthält dieser Bericht nun das vollständige Instrument nach Abschluss weiterer Entwicklungsarbeiten und der Ergebnisse des Pretests. Mit der Fertigstellung des Instruments liegt auch die im Zwischenbericht noch nicht enthaltene Bewertungssystematik vor.

Das Instrument wurde mittlerweile ergänzt um Elemente zur Ermittlung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs. Vervollständigt ist ebenfalls das Verfahren der Kinderbegutachtung. Die Instrumentenentwicklung kann damit als so weit abgeschlossen betrachtet werden, dass mit der Erprobung in der Hauptphase 2 begonnen werden kann, nachdem dieser Bericht über die Hauptphase 1 durch den Steuerungskreis für das Projekt bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen sowie durch die Spitzenverbände selbst abgenommen wurde.

Beigefügt ist dem Bericht ein Anlagenband mit verschiedenen Materialien. Dazu gehören das vollständige Begutachtungsf formular einschließlich des neuen Begutachtungsinstruments und ein Begutachtungsmニュアル zur Durchführung der Begutachtung von Kindern und Erwachsenen. Darüber hinaus enthält der Anlagenband ein Schulungskonzept zur Vorbereitung der Gutachter in der Erprobungsphase, eine Arbeitshilfe für die Nutzung von Begutachtungsergebnissen im Rahmen der Pflegeplanung und die Ergebnisse einer Literaturanalyse zur altersgemäßen kindlichen Entwicklung.

2. Aufgabenstellung

2.1 Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments

Der Ausschreibungstext definierte die Erarbeitung und erste Testung des neuen Begutachtungsinstruments als zentrale Aufgabe für die Hauptphase 1. Danach war bis zum 29. Februar 2008 die „Entwicklung eines neuen, modularen, praktikablen, standardisierten (...) Begutachtungsinstruments mit Pretest unter Berücksichtigung der gleichzeitigen Erarbeitung oder Zugrundelegung eines vom Gesetzgeber noch nicht entschiedenen alternativen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“² abzuschließen, d. h. ein in der Praxis einsatzfähiges Begutachtungsinstrument vorzulegen. Der Ausschreibungstext selbst enthält eine Reihe konkreter Anforderungen an die Instrumentenentwicklung, die sich z. T. aus vorhergehenden Beratungen der Beteiligten, z. T. aus sachlichen Notwendigkeiten ergeben. Weitere Anforderungen erwachsen aus den Ergebnissen der wissenschaftlichen Studie „Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten“ (Wingensfeld et al. 2007), die in der Ausschreibung explizit als Ausgangsbasis der Entwicklungsarbeiten bezeichnet wird.

Insofern standen bereits vor Beginn der Entwicklungsarbeiten wesentliche Merkmale, die das neue Begutachtungsinstrument haben wird, zumindest in ihren groben Konturen fest. Mit dem von MDK WL und IPW formulierten Angebot für die Hauptphase 1 wurden weitere Konkretisierungen vorgenommen. Zusammen mit diesen Konkretisierungen ergaben sich für die Instrumentenentwicklung mehrere Vorgaben und Grundsätze, die im Folgenden vorgestellt werden.

1. Grundlage der Instrumentenentwicklung: „Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs“

Die Instrumentenentwicklung baute auf den Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf, die in der IPW-Studie dargelegt sind (vgl. Kapitel 4.3). Bezugspunkt des neuen Instruments ist daher vorrangig die Selbstständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, bei der Krankheitsbewältigung sowie bei der Gestaltung von Lebensbereichen und der Teilnahme am Gemeinschaftsleben.

² Aus der Leistungsbeschreibung „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI - Hauptphase 1 und 2“.

2. Umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit und modularer Aufbau

Die Anforderung, dass das Instrument das Spektrum von Pflegebedürftigkeit umfassend abbilden soll, ergibt sich aus mehreren Sachverhalten. Zum einen handelt es sich um eine fachlich-inhaltliche Anforderung, die sich aus dem internationalen Verständnis von Pflege und Pflegebedürftigkeit ableiten lässt und zugleich den Forderungen nach einem erweiterten Begriff der Pflegebedürftigkeit Rechnung trägt, die seit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1994 erhoben werden. Zum anderen muss jedoch auch gewährleistet sein, dass das Instrument an den künftigen sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst werden kann. Ein Instrument, das Pflegebedürftigkeit nicht umfassend abbildet, liefe Gefahr, dass die sozialrechtliche Definition von Pflegebedürftigkeit Aspekte beinhaltet, die vom Instrument nicht berücksichtigt werden und daher nachträglich zu ergänzen wären. Hiermit würden streng genommen auch die Ergebnisse der für die Hauptphase 2 vorgesehenen Instrumentenerprobung obsolet (die diese Aspekte ja nicht in die Erprobung einbezogen hätte).

Dies ist einer der Gründe, weshalb das Instrument modular, d. h. aus mehreren Bausteinen bzw. Subskalen bestehend, aufgebaut ist. Die Module sollen jeweils abgrenzbare Teilbereiche der Pflegebedürftigkeit erfassen. Die Definition der Module erfolgte vorrangig anhand fachlich-inhaltlicher Kriterien, berücksichtigte aber auch noch einige weitere Anforderungen an die Instrumentenentwicklung und Besonderheiten des Verfahrens:

- Die Teilbereiche sollen so definiert bzw. voneinander abgegrenzt werden, dass eine Anpassung des Begutachtungsinstruments an die künftige sozialrechtliche Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs möglich ist, ohne seine innere Systematik zu zerstören.
- Die Definition der Teilbereiche soll prinzipiell eine Zuordnung von Leistungsansprüchen zu Leistungsträgern ermöglichen.
- Der modulare Aufbau soll es ferner ermöglichen, Hilfebedarf im Bereich der Teilnahme am Gemeinschaftsleben gesondert darzustellen.

3. Standardisierte, valide und reliable Erfassung der Abhängigkeit von Personenhilfe

Das Instrument soll die für die Einschätzung relevanten Merkmale von Pflegebedürftigkeit in vollstandardisierter Form abbilden. Bei der Ausformulierung der einzelnen Kriteri-

en (Items) waren des Weiteren Anforderungen der methodischen Güte zu berücksichtigen. Die Ausformulierung orientierte sich mit anderen Worten an dem Ziel, ein hohes Maß an Validität und Reliabilität zu gewährleisten.

4. Orientierung an Schlüsselitems

Das Begutachtungsinstrument soll sich am Grundgedanken der Schlüsselitems orientieren. Es soll, mit anderen Worten, vermieden werden, einerseits ein unnötig umfangreiches Instrument zu entwickeln, das zu viele Teile enthält, die für den Zweck der Begutachtung gar nicht benötigt werden. Im Zentrum sollen also Kriterien stehen, denen im Hinblick auf das Gesamtausmaß der Abhängigkeit von personeller Hilfe zentrale Bedeutung zukommt.³ Andererseits ist die Anforderung zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse der Begutachtung auch bei der Planung der individuellen Versorgung hinzugezogen werden können.

5. Flexible, an der modularen Struktur ausgerichtete Bewertungssystematik

Eine große Herausforderung für die Instrumentenentwicklung stellte die Erarbeitung einer Bewertungssystematik dar, die flexibel an den späteren sozialrechtlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit angepasst werden kann. Die einzelnen Module wurden daher jeweils mit einer eigenen Bewertungssystematik versehen, die unabhängig von anderen Modulen ein Einschätzungsergebnis für den betreffenden Bereich der Pflegebedürftigkeit liefert. Das Gesamtergebnis der Begutachtung ergibt sich danach aus einer Zusammenführung von Teilergebnissen der einzelnen Module. Die zur Ermittlung des Gesamtergebnisses verwendeten Berechnungsregeln lassen sich somit bei Bedarf anpassen.

6. Sicherstellung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit für den Versicherten

Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Begutachtungsergebnisses für die Versicherten gehören ebenfalls zu den Anforderungen, die die Ausschreibung an die Instrumentenentwicklung stellte. Dies betrifft sowohl die vom Instrument vorgesehene Ergebnisdarstel-

³ Anlässlich der Beratungen zum Zwischenbericht vom 31.12.2007 wurde die Frage der Schlüsselitems zwischen den Projektnehmern und dem Steuerungskreis des Modellvorhabens eingehend erörtert und im Sinne dieser Ausführungen konkretisiert.

lung als auch die Einbeziehung des Versicherten bzw. seiner Angehörigen in das Feststellungsverfahren, die letztlich durch den Gutachter gestaltet wird.

7. Bereitstellung eines Begutachtungsformulars

Die Instrumentenentwicklung erstreckte sich nicht allein auf das Einschätzungsinstrument im engeren Sinne (Module zur Erfassung der verschiedenen Aspekte der Pflegebedürftigkeit). Es sollte vielmehr ein komplettes Begutachtungsformular erstellt werden, das alle Angaben erfasst, die zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bzw. Leistungsansprüchen erforderlich sind.⁴

8. Praktikabilität und Qualitätssicherung

Das Instrument soll so ausgestaltet sein, dass die Begutachtung innerhalb eines überschaubaren Zeitrahmens erfolgen kann. Trotz einer im Vergleich zum aktuellen Begutachtungsverfahren breiter angelegten Erfassung von Pflegebedürftigkeit soll die gesamte Begutachtungsdauer für den Hausbesuch (oder den Besuch der Einrichtung) – auch unter Berücksichtigung der Belastung der Versicherten – bei maximal 60 Minuten liegen. Zur Förderung einer gleichmäßigen Begutachtungsqualität waren ein Begutachtungsmanual für den Anwender des Instruments und ein Schulungskonzept zu erarbeiten. Sie beinhalten u. a. Vorgaben zum Abgleich zwischen Befunderhebung und Angaben, die im Verlauf der Begutachtung von den Versicherten und den Pflegepersonen gemacht werden (zum Zweck der Prüfung von Plausibilität). Um eine formale und inhaltliche Qualitätsprüfung zu ermöglichen, erfolgte ferner die Definition von Qualitätsindikatoren, die für die Durchführung eines internen Qualitätssicherungsverfahrens des Medizinischen Dienstes erforderlich sind.

9. Begutachtungsergebnisse als Grundlage für einen Pflegeplan

Die mit dem Instrument erfassten Informationen und die darauf basierenden Einschätzungen sollen für die individuelle pflegerische Versorgung (Pflegeplan) oder die Erstel-

⁴ Dazu gehören beispielsweise Informationen zur aktuellen Versorgungssituation oder medizinische Befunde. In diesem Zusammenhang sollen auch rentenrelevante Angaben zur Pflegeperson aufgenommen werden.

lung eines Hilfeplans verwendbar sein. Eine erschöpfende Informationserfassung und Einschätzung ist im vorgesehenen zeitlichen Rahmen von maximal einer Stunde allerdings nur selten möglich. Das Begutachtungs-Assessment kann daher kein Ersatz für das pflegerische Assessment im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses sein, allerdings leistet es hierzu einen wichtigen Beitrag.

10. Bereitstellung eines besonderen Verfahrens für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern

Die Notwendigkeit, ein besonderes Verfahren zur Begutachtung von Kindern zu entwickeln, ist durch den altersphysiologischen Hilfebedarf begründet. Selbstständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag wird in unterschiedlichen Altersstufen mit einer teils sehr großen Variationsbreite erreicht. Unabhängigkeit bei der Krankheitsbewältigung und der Gestaltung von Lebensbereichen wird vom Heranwachsenden erst zu einem späteren Zeitpunkt erworben. Im Rahmen der Instrumentenentwicklung wurde das Verfahren daher an die Besonderheiten des Kindesalters angepasst. Damit entstand eine spezielle Variante des Assessments für den Einsatz bei Kindern.

11. Erfassung von Rehabilitations- und Präventionsbedarf

In das Instrument bzw. in die jeweiligen Module sollte auch die Erfassung des Rehabilitationsbedarfs integriert werden. Im Rahmen einer einmaligen, zeitlich auf maximal eine Stunde begrenzten Begutachtung ist es nicht immer möglich, alle Informationen zu erfassen, die für eine differenzierte Rehabilitationsempfehlung erforderlich sind. Im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments war daher zu klären, wie Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele abgeklärt werden können. Präventionsrelevante Aspekte finden in dem neuen Begutachtungsverfahren gesondert Berücksichtigung.

2.2 Bearbeitung spezifischer Leitfragen

Neben der Instrumentenentwicklung bildete die Beantwortung spezifischer Leitfragen einen zweiten Arbeitsschwerpunkt in der Hauptphase 1. Einige dieser Leitfragen beziehen

Aufgabenstellung

sich unmittelbar auf formale oder inhaltliche Eigenschaften des Instruments; sie sind zumindest in Teilen bereits mit der Beschreibung des Instruments implizit beantwortet. Andere Leitfragen berühren weiterreichende Themen. Kapitel 7 des vorliegenden Berichts widmet sich der Beantwortung dieser Fragen.

3. Arbeitsschritte und methodisches Vorgehen

Beratung, Abstimmung und Entscheidung über die Ausgestaltung des neuen Begutachtungsverfahrens erfolgten in gemeinsamen Arbeitssitzungen von Vertretern des IPW und des MDK WL.

Diese regulären Arbeitssitzungen wurden flankiert und ergänzt durch Recherchen, verschiedene Vorarbeiten und die im weiteren Verlauf dieses Kapitels beschriebenen Beratungen mit Experten aus anderen Ländern sowie die Durchführung von Fokusgruppen mit Gutachtern.

3.1 Instrumentenentwicklung

Am Beginn der Instrumentenentwicklung stand eine vorläufige thematische Gliederung, anhand derer im fortlaufenden Prozess die Erarbeitung der Inhalte und des formalen Aufbaus des Instruments erfolgte. Diese als „modulare Grundstruktur“ bezeichnete Gliederung war in Anlehnung an etablierte Einschätzungsinstrumente entwickelt worden und umfasste verschiedene Aktivitäten, Lebensbereiche und andere Aspekte, die bei der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sind. Darin wurden insgesamt zehn verschiedene Module unterschieden (z. B. „Mobilität“, „Selbstversorgung“ oder „Verhaltensweisen/Verhaltensprobleme“).

Im Verlauf der Instrumentenentwicklung wurde diese modulare Grundstruktur mithilfe verschiedener Fragen und Vergleiche mehrfach überprüft und weiterentwickelt. Dabei war u. a. zu gewährleisten, dass die Gliederung eine ausreichend trennscharfe inhaltliche sowie eine leistungsrechtliche Zuordnung der verschiedenen Aspekte der Pflegebedürftigkeit gestattet. Außerdem war darauf zu achten, dass diese Gliederung mit den Anforderungen der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern in Einklang steht. Als Referenz wurden mehrere Klassifikationssysteme und Assessment-Instrumente herangezogen, insbesondere die im IPW-Gutachten zur näheren Prüfung empfohlenen Instrumente FACE, RAI 2.0, RAI HC 2.0, EASY Care und das „alternative Begutachtungsverfahren“ der MDK-Gemeinschaft, partiell aber auch die dort nur eingeschränkt empfohlenen Instrumente CANE, RCN Assessment und RUM. Berücksichtigt wurde ebenfalls das „Pediatric Evaluation of Disability Inventory“ (PEDI).

Während dieser Arbeiten erfuhr die modulare Grundstruktur mehrfach Modifikationen, bis schließlich eine Festlegung auf acht Module erfolgte.



Die ursprünglich zehn Themenbereiche wurden nacheinander bearbeitet und jeweils mit konkreten Merkmalen (Items) und einer Skala der Merkmalsausprägungen versehen. Auch hierbei erfolgte eine Prüfung der in anderen Instrumenten vorfindbaren Ansätze. Noch einmal wurden die Instrumente FACE, RAI 2.0, RAI HC, EASY Care und alternatives Begutachtungsverfahren sowie die Instrumente CANE, RCN Assessment und RUM daraufhin befragt, wie sie die verschiedenen Aspekte der Pflegebedürftigkeit zum Zweck des Assessments operationalisieren. Darüber hinaus wurden ausgewählte Instrumente zur Einschätzung spezifischer Aspekte der Pflegebedürftigkeit hinzugezogen, insbesondere solche, die auf die Einschätzung von kognitiven Fähigkeiten, Verhaltensproblemen und präventionsrelevanten Risiken ausgerichtet sind. Eingeflossen sind auch Anregungen, die im Rahmen der Gruppendiskussionen mit Gutachtern und den Arbeitstreffen mit Experten aus anderen Ländern formuliert wurden (s. u.).

Die Entwicklung der Bewertungssystematik folgte gegen Ende der geschilderten Entwicklungsarbeiten. In einem ersten Schritt wurde eine Lösung für jedes einzelne Modul erarbeitet. Wie in Kapitel 4.3 noch näher auszuführen ist, ergab sich aus inhaltlichen Gründen die Notwendigkeit, je nach Modul eine spezifische Art der Berechnung und eine spezifische Darstellungsform der Ergebnisse zu finden. In einem zweiten Schritt wurde das Verfahren entwickelt, mit denen die Einschätzungsergebnisse aus den jeweiligen Modulen zusammengeführt und als Pflegestufe dargestellt werden (vgl. Kapitel 4.6).

Parallel zur Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens für Erwachsene wurde das daran angelehnte Verfahren zur Begutachtung von Kindern erarbeitet. Ergebnis ist ein Einschätzungsinstrument, das inhaltlich und in seinem Aufbau dem Instrument für Erwachsene weitgehend entspricht. Die besondere Herausforderung lag darin, krankheits-/behinderungsbedingte und altersbedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit voneinander abzugrenzen. Die Instrumentenentwicklung bestand daher v. a. in der Überprüfung, inwieweit:

- a) die für Erwachsene relevanten Inhalte (Module und Merkmale) auch Geltung für Kinder und Jugendliche beanspruchen können und
- b) wie die Bewertungssystematik unter Berücksichtigung des altersbedingten Unterstützungsbedarfs anzupassen ist.

Hierzu wurden zum einen empirische Studien zur kindlichen Entwicklung recherchiert und ausgewertet, wobei auch auf Vorarbeiten einer Gruppe von Kinderärzten der MDK-Gemeinschaft zurückgegriffen werden konnte. Zum anderen wurde die Unterscheidung alterstypischer Entwicklungsstufen verwendet, die das Instrument „Pediatric Evaluation of Disability Inventory“ (PEDI) beinhaltet (Haley et al. 1998). Auf diesem Weg entstand allmählich ein Bild über die Möglichkeiten und Grenzen, die Merkmale des auf Erwachsene zugeschnittenen Begutachtungsverfahrens für Kinder und Jugendliche zu übernehmen.

3.2 Einbeziehung von Expertise aus anderen Ländern

Bei der Planung des Projekts wurde davon ausgegangen, dass neben der theoretischen Beschäftigung mit Erfahrungen und Ansätzen zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit aus anderen Ländern direkte Konsultationen mit den dort verantwortlichen Personen für die Instrumentenentwicklung nutzbringend sein könnten. Diese Erwartung knüpfte sich insbesondere an die Erfahrungen bei der Entwicklung eines Begutachtungsinstruments in der japanischen Pflegeversicherung⁵ sowie das im Rahmen des britischen Single Assessment Process akkreditierte Instrument FACE (Functional Assessment of Care Environments)⁶ an.

Dementsprechend wurde ein mehrtägiges Arbeitstreffen mit Prof. Dr. Katsuaki Matsumoto (Hitotsubashi Universität, Tokio) durchgeführt, der vormals im japanischen Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales maßgeblich an der Entwicklung der japanischen Pflegeversicherung beteiligt war. Ein weiteres Arbeitstreffen mit nachfolgendem telefonischen und postalischem Austausch mit Dr. Paul Clifford und Hugh Reynolds von FACE Recording & Measurement Systems (London) schloss sich an.

⁵ Das Interesse an einer intensiven Befassung mit dem japanischen System der Begutachtung resultierte im Wesentlichen aus der Tatsache, dass es zwischen der japanischen und der deutschen Pflegeversicherung eine Reihe von Gemeinsamkeiten gibt, die Politik und Kostenträgern in Deutschland bereits zu früheren Zeitpunkten Anlass zu Konsultationen gegeben hatten. Da in Japan, ähnlich wie in Deutschland, die Entscheidung getroffen wurde, ein eigenes Begutachtungsverfahren zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit zu entwickeln, statt auf ein etabliertes Instrument zurückzugreifen, erschien ein genereller Austausch über die Entwicklung dieses Verfahrens sinnvoll. Darüber hinaus wurde erwartet, dass das japanische System fruchtbare Anregungen zum Umgang mit dem Bedarf an Behandlungspflege sowie zur Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs und -potenzials geben könnte.

⁶ Das Instrument FACE wird in Großbritannien vielfältig genutzt. Im IPW-Gutachten in der Vorphase dieses Projekts wurde FACE zur näheren Prüfung empfohlen. Dabei wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass sich die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten des Instruments aufgrund der Papierversion nur bedingt einschätzen und beurteilen ließen. Von daher bestand Interesse an einer umfassenden Einführung in den Aufbau, die Struktur und die Nutzungsmöglichkeiten von FACE.

Aus den Arbeitstreffen erwachsen mehrere Anregungen zur Lösung von Grundsatzfragen der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, beispielsweise zum Umgang mit der Einschätzung von Präventionsaspekten, zu Möglichkeiten der Itemformulierung oder zur Nutzung der erhobenen Daten im Rahmen der Hilfe- oder Pflegeplanung. Nur wenige Erkenntnisse konnten hingegen zur Frage der Einschätzung von Rehabilitationsbedürftigkeit und zu einigen weiteren Aspekten gewonnen werden, die ursprünglich mit den Anstoß dazu gegeben hatten, die internationalen Kontakte zu suchen.

Exkurs: Ergebnisse der internationalen Konsultationen

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Japan

Im japanischen System der Pflegeversicherung (vgl. Matsumoto 2007) werden ein Begriff der Pflegebedürftigkeit und ein Begriff der Hilfebedürftigkeit unterschieden. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer physischen oder psychischen Behinderung für die wesentlichen Verrichtungen des alltäglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, ständig der Hilfe bedürfen. Als hilfebedürftig gelten in Japan zwei Personenkreise: zum einen Personen, die der Hilfe bedürfen, um Pflegebedürftigkeit zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern, und zum anderen Personen, bei denen es Hindernisse für die Führung des alltäglichen Lebens aufgrund einer physischen und psychischen Behinderung gibt, aber noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Da das Verfahren der Begutachtung in der japanischen Pflegeversicherung bereits in der IPW-Studie geschildert wurde, wird hier auf weitere Details verzichtet. Von besonderem Interesse waren in diesem Rahmen auch mehr das Verfahren zur Unterscheidung von Pflegestufen und einige Detailfragen zum Begutachtungsinstrument.

Für die Einstufung in eine Pflegestufe ist in Japan der Unterstützungsbedarf in den Bereichen Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Maßnahmen gegen problematisches Verhalten, Rehabilitation und Behandlungspflege maßgeblich. Dieser Bedarf wird anhand von 73 Merkmalen ermittelt. Sie umfassen beispielsweise die Fähigkeit zu Körperbewegungen und zur Fortbewegung, die Abhängigkeit bei Alltagsverrichtungen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, die Auftretenshäufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten u. a. m. Die Ergebnisse der Einschätzung jedes Merkmals werden als Punktwert

dargestellt, der dann in einem komplizierten Verfahren in einen Zeitwert umgerechnet wird. Die Summe der so berechneten Zeitwerte gibt den Ausschlag für die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

Die Bewertungssystematik des japanischen Verfahrens und die daraus resultierenden Regeln für die Zuordnung einer Pflegestufe wurden auf der Grundlage zweier großer Studien erarbeitet. In der ersten Studie wurden in ca. 50 stationären Pflegeeinrichtungen über einen Zeitraum von 48 Stunden Daten zur physischen und psychischen Situation der Bewohner, die Art der Pflegeleistungen und der Zeitaufwand für diese Pflegeleistungen erhoben. Mittels statistischer Verfahren wurde die Anzahl von ursprünglich 358 Items, die bei der Erfassung der physischen und psychischen Situation der Bewohner verwendet wurden, auf 73 Items reduziert. Eine ergänzende Untersuchung wurde in häuslichen Pflegesituationen durchgeführt.⁷ Die 73 Items wurden in die folgenden sieben Gruppen gegliedert:

- Lähmung und Beschränkung der Bewegungsmöglichkeit von Gelenken
- Mobilität
- Komplizierte Verrichtungen
- Sonderpflege
- Alltägliche Verrichtungen
- Kommunikation
- Problematisches Verhalten

Die Ausprägungen der Items in diesen Gruppen wurden mit Punktwerten versehen und diese Punktwerte dann wiederum durch ein „Tree-regression-model“ im Hinblick auf den gemessenen Zeitaufwand für Pflegeleistungen analysiert. Auf diese Weise ergab sich der Aufwand für die sogenannte Grundpflege durch Addition der Werte für Ernährung, Darm- und Blasenentleerung, Baden, Körperpflege und Mobilität. Dazu kommt der Zeitaufwand für die hauswirtschaftliche Versorgung, für Maßnahmen bei Verhaltensproblemen und für Rehabilitation. Dass es sich dabei um ein hochkomplexes Verfahren handelt, verdeutlichen die beiden nachfolgenden Grafiken für die Bereiche Ernährung und Körperpflege. Sie zeigen, wie ausgehend von der Einschätzung durch das standardisierte Verfahren die Pfade verlaufen, die zur Bestimmung des Zeitaufwands für die Leistungen in diesem Bereich führen.

⁷ Insgesamt standen für die Modellentwicklung Daten von mehr als 160.000 älteren Menschen zur Verfügung.

Arbeitsschritte
und methodisches
Vorgehen

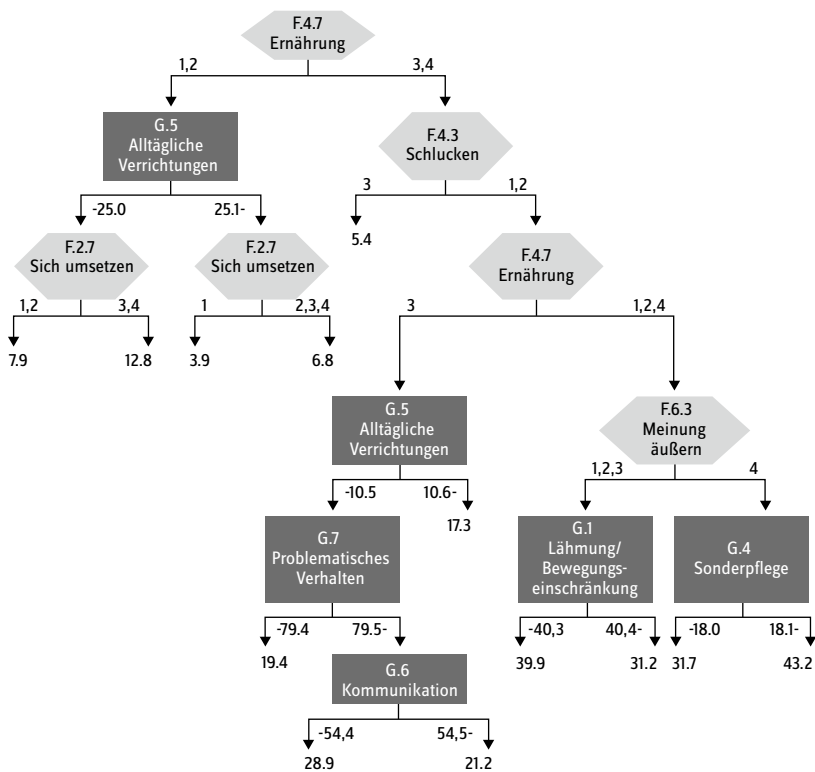


Abb. 1: Bestimmung des Zeitaufwands für die Pflegeleistungen im Bereich „Ernährung“

Die Zahlen auf den Pfeilen zeigen die vorgegebenen Merkmalsausprägungen an. Je nach Antwort verläuft dann die weitere Berechnung. Zu sehen ist hier, dass es sich bei den einzelnen Verzweigungen v.a. um statistische und nur bedingt um inhaltlich begründbare Zusammenhänge handelt.

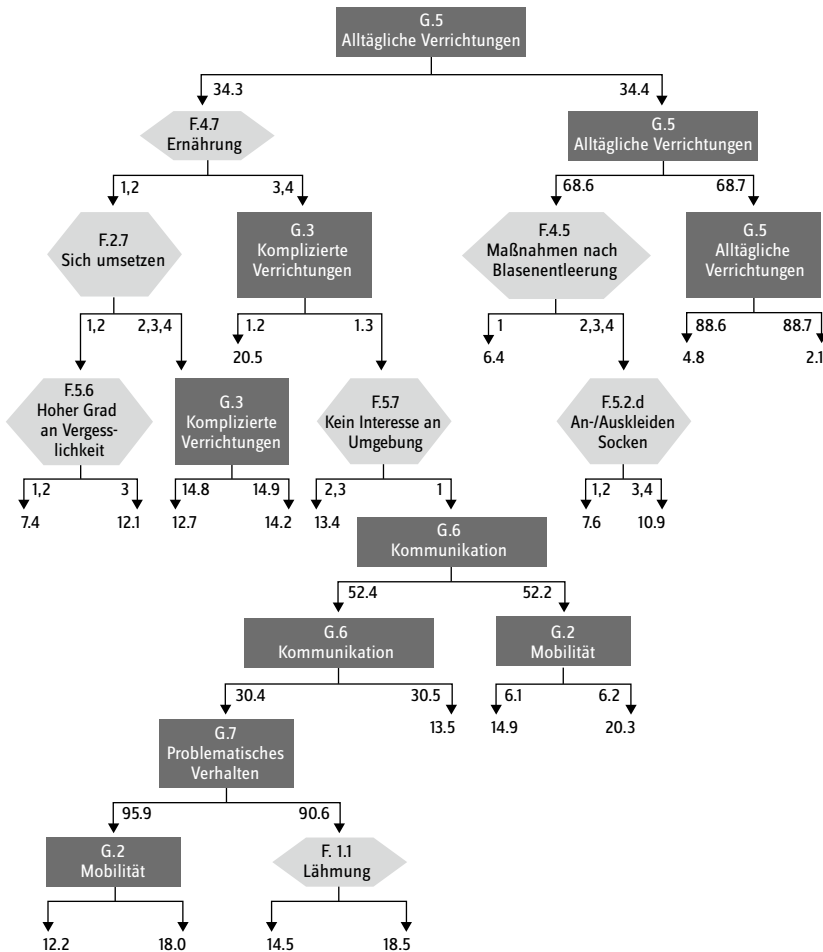


Abb. 2: Bestimmung des Zeitaufwands für die Pflegeleistungen im Bereich „Körperpflege“

Das japanische Modell basiert auf komplexen statistischen Berechnungen, die auf der Grundlage der in den Vorstudien gewonnenen umfangreichen Datenbestände durchgeführt werden konnten. Zum besseren Verständnis muss man sich vergegenwärtigen, dass die japanische Pflegeversicherung nur das Sachleistungsprinzip kennt und dieses in der Entwicklung des Begutachtungsverfahrens auch konsequent umgesetzt hat. Die Zeitwerte,

auf denen die Bewertungssystematik beruht, beziehen sich, ebenso wie die Zeitwerte, in die die ermittelten Punktwerte umgerechnet werden und die dann die Pflegestufen unterscheiden, auf Leistungen von Pflegeeinrichtungen bzw. beruflich Pflegenden.

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs erfolgt in der japanischen Pflegeversicherung auf der Grundlage der zur Begutachtung gehörenden Meinung des behandelnden Arztes, d. h. es gibt kein standardisiertes Assessment-Verfahren, sondern die Einschätzung ist an einen Experten gebunden. Für die Feststellungen des behandelnden Arztes gibt es ein Standardformular, das eine Frage nach dem vorhandenen Rehabilitationspotenzial enthält.

Möglichkeiten des Einsatzes von FACE

Während der Gespräche in London mit den Entwicklern des Instruments FACE standen andere Fragen wie z. B. Verwendungsmöglichkeiten eines Instruments mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung zur Diskussion. In einer umfassenden Einführung wurden das Prinzip und die Nutzungsmöglichkeiten von FACE dargestellt (vgl. Clifford 2007).

FACE ist kein Assessment-Verfahren, sondern ein komplexes System des Managements von Informationen, die die Anforderungen einer multiprofessionellen Versorgung, eines ganzheitlichen Assessments, der Pflege- und Versorgungsplanung, der Ergebnismessung, des Risikomanagements, der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, der fachlichen Gestaltung und der evidenzbasierten Praxis zu integrieren versucht. Dementsprechend besteht FACE aus vielfältigen Bestandteilen (Tool-Sets), die für verschiedene Populationen bzw. Versorgungs-Settings entwickelt wurden. FACE ist das am häufigsten angewandte Dokumentations- und Einschätzungsverfahren in Großbritannien. Es wird in ca. 70% der Einrichtungen angewandt.

Die einzelnen Bereiche innerhalb der verschiedenen Module in den Instrumenten sind mit verschiedenen, meist fünfstufigen standardisierten Einschätzungsskalen unterlegt. Es gibt keine vorgegebene Gesamtbewertungssystematik.

Neben den Möglichkeiten zur Erfassung von versorgungs- und pflegerelevanten Informationen ist FACE v. a. aufgrund seiner vielfältigen Berichtsfunktionen ein interessantes System. Die mittels FACE erhobenen Informationen lassen sich zu verschiedenen Zwecken

und auf verschiedenen Ebenen zusammenfassen und nach unterschiedlichen Prinzipien darstellen. Die FACE-Software enthält mehrere Berichtsoptionen. Dazu gehören:

- ein Populationsmanager, mit dem verschiedene Populationen (z. B. Bewohner eines Pflegeheims, die an Demenz erkrankt sind) definiert werden können, um ihre Versorgungsqualität oder die Entwicklung kognitiver Beeinträchtigungen über längere Zeiträume zu verfolgen;
- ein Ergebnisexplorer, mit dem Populationen mit ihren Bedürfnissen und Eigenschaften verglichen werden können;
- All-the-answers: Damit können jegliche einmal erhobenen individuums- und populationsbezogenen Daten grafisch dargestellt werden;
- ein FAQ-Reporter, mit dem managementbezogene und statistische Angaben zur Versorgung in einem Setting oder einer Einrichtung dargestellt werden können.

Während der Beratungen in London wurde offensichtlich, dass es viele Gemeinsamkeiten auf der Itemebene zwischen den Modulen des neuen deutschen Instruments und einigen Tools in FACE gibt. Vereinbart wurde daher eine Fortsetzung des inhaltlichen Austauschs, in dem beispielsweise einige nützliche Hinweise zur Itemformulierung, zur Modulstruktur und zu den Bewertungsskalen übermittelt wurden.

3.3 Gruppendiskussionen mit Gutachtern

Um die ersten Entwürfe des neuen Instruments im Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit zu prüfen, wurden Gutachter der Medizinischen Dienste zu zwei jeweils zweitägigen Gruppendiskussionen eingeladen (Fokusgruppen).⁸ Gegenstand waren die Merkmale der Module und die jeweiligen Merkmalsausprägungen. Die erste Gutachterrunde beschäftigte sich mit den Entwürfen für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen, die zweite mit dem Verfahren für die Kinderbegutachtung.⁹ Die Teilnehmer der beiden Diskussionsrunden waren dementsprechend anhand ihres Erfahrungshintergrunds ausgewählt worden.

⁸ Die Durchführung von Fokusgruppen ist ein in der Sozial- und Pflegeforschung zunehmend angewandtes Verfahren (Kean 2000; Ewers 2003), bei dem es darum geht, aus der Interaktion der Teilnehmer Einsichten in ein bestimmtes Thema zu erhalten. U. a. findet das Verfahren – wie im vorliegenden Fall – Anwendung bei der Konstruktion und Entwicklung von Instrumenten.

⁹ Zuvor, in der Anfangsphase der Instrumentenentwicklung, war eine zweitägige Arbeitssitzung mit Kinderärzten der MDK-Gemeinschaft durchgeführt worden.

Im Mittelpunkt stand die Frage nach der Praktikabilität einer Einschätzung mithilfe der Merkmale und Merkmalsausprägungen einer Entwurfsversion des Instruments, die während der Sitzungen vorgestellt wurden. Im Einzelnen drehte sich die Diskussion um folgende Aspekte:

- Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Merkmale
- Anforderungen an Definitionen und Erläuterungen im Begutachtungsmanual
- Anwendung der Bewertungsskalen
- Möglichkeiten und Grenzen der Einschätzung im Begutachtungsalltag
- Anwendbarkeit der Merkmale bei verschiedenen Personengruppen

Die beiden Fokusgruppen haben zu Modifikationen der Instrumentenentwürfe geführt und erheblich dazu beigetragen, das Instrument praxistauglich zu machen.

3.4 Externe Beurteilung von Inhalt und Praktikabilität des neuen Instruments

Für eine externe Beurteilung zur Erhöhung der Validität und Überprüfung der Praktikabilität des neuen Begutachtungsinstruments wurden Stellungnahmen pflegewissenschaftlicher Experten eingeholt und eine Fokusgruppendifkussion mit den am Pretest beteiligten Gutachtern des MDK WL durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Maßnahmen sind Gegenstand von Kapitel 6.

3.5 Erste Praxiserprobung (Pretest)

Im Januar 2008 wurde mit dem neuen Begutachtungs-Assessment bzw. der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Entwurfsversion eine erste Praxiserprobung durchgeführt. Folgende Zielsetzungen standen dabei im Vordergrund:

- Prüfung der Praktikabilität: Es war zu testen, wie gut oder wie schlecht die Gutachter mit der neuen Methode bzw. dem neuen Instrument zurechtkommen und ob die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit im vorgegebenen zeitlichen Rahmen (ca. eine Stunde) möglich ist. Insbesondere ging es um die Frage, ob die einzelnen Merkmale für die Gutachter ausreichend nachvollziehbar und trennscharf formuliert sind. Zwar wurde dies bereits im Vorfeld im Rahmen der Fokusgruppen mit erfahrenen MDK-Gutachtern erörtert, doch sind die praktischen Erfahrungen mit dem Einsatz eines Instruments

unter realen Bedingungen der Begutachtung besser geeignet, die Praktikabilität unter Beweis zu stellen. Beim praktischen Einsatz können Probleme auftreten, die auch von erfahrenen Gutachtern nicht theoretisch antizipiert werden können. Die Erfahrungen mit dieser ersten Praxiserprobung sind in die Optimierung des Einschätzungsinstrumentes eingeflossen.

- Beurteilung der Tragfähigkeit der neuen Methode zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit: Im Verlauf der Instrumentenentwicklung wurden zwar wiederholt reale Fallkonstellationen hinzugezogen, um die Tragfähigkeit der Darstellung von Pflegebedürftigkeit (und der Berechnung zur Unterscheidung von verschiedenen Pflegestufen) sicherzustellen. Gewissheit konnte letztlich jedoch nur die praktische Anwendung bei einer größeren Zahl von Pflegebedürftigen bringen. Ähnliches gilt für andere Bestandteile des neuen Verfahrens, beispielsweise die Abklärung der Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen.
- Nachjustierung der Bewertungssystematik: Die erste Version der Bewertungssystematik beruhte ausschließlich auf inhaltlichen Überlegungen. Das bedeutet beispielsweise, dass prototypisch für einzelne Fallkonstellationen festgelegt wurde, was als geringe und was als erhebliche oder schwere Beeinträchtigung gelten sollte. Analoges gilt für die Differenzierung von Stufen der Pflege- und Hilfebedürftigkeit. Auch hier lässt sich jedoch ohne empirische Daten nur bedingt abschätzen, ob die verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen so erfasst werden, wie es eigentlich beabsichtigt ist. Dementsprechend war anhand der Daten des Pretests zu überprüfen, ob die Bewertungssystematik zu einer adäquaten Abstufung führt bzw. wie sie angepasst werden muss, um tragfähige Ergebnisse zu erzielen. Hierbei spielte auch die Frage eine Rolle, wie Personen eingestuft werden, die vorrangig unter kognitiven bzw. psychischen Einbußen leiden. Außerdem war zu vermeiden, dass Personen, die ausschließlich körperliche Beeinträchtigungen aufweisen, künftig gegenüber den kognitiv beeinträchtigten Pflegebedürftigen benachteiligt werden. Die Lösung dieser und ähnlicher Probleme und die damit einhergehende Definition bzw. Anpassung von Teilen der Bewertungssystematik setzt ebenfalls empirische Daten voraus.
- Berücksichtigung der altersspezifischen Selbstständigkeit: Im Hinblick auf die Kinderbegutachtung war zusätzlich zu prüfen, ob mit der gewählten Methode eine ausreichende Differenzierung von altersspezifischer und krankheitsbedingter Begrenzung von Selbstständigkeit erreichbar ist, ob sich also für sämtliche Altersgruppen der Kinder nachvollziehbare und begründbare Ergebnisse generieren lassen.

- Klärung der Notwendigkeit einer speziellen Instrumentenversion für Kinder: Eine Besonderheit der Erprobung bei Kindern bestand außerdem in der Überprüfung der Frage, ob unter Gesichtspunkten der Praktikabilität eine eigene Version für die Kinderbegutachtung erstellt werden muss. Bei der Instrumentenentwicklung stand zunächst das Ziel im Vordergrund, ein einheitliches Verfahren für alle Altersgruppen zur Verfügung zu stellen. Im Idealfall sollte sich also nur die Methode unterscheiden, nach der die Pflegebedürftigkeit bei Kindern ermittelt wird, nicht aber das Instrument selbst.

Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzungen wurden zwei Erhebungen durchgeführt. Zum einen kam das neue Verfahren bei 100 Begutachtungen zum Einsatz, die bei Antragstellern im Alter ab 15 Jahren durchgeführt wurden (im Folgenden kurz: „Erwachsene“ bzw. „Erwachsenenbegutachtung“). Zum anderen fand es bei 41 Kinderbegutachtungen Anwendung. Neben den mit dem neuen Instrument erfassten Daten wurden einige andere Basisinformationen wie Pflegestufe, Alter des Versicherten, Diagnosen, Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz oder Dauer der Begutachtung erfasst. Über standardisierte Daten hinaus dokumentierten die Gutachter weitere charakteristische Merkmale des jeweiligen gesundheitlichen Status. Neben Aspekten der Pflegebedürftigkeit und den medizinischen Diagnosen lagen also einige weitere wichtige, qualitative Informationen zum jeweiligen Antragsteller vor. Auf diese Art und Weise ließen sich zu der überwiegenden Mehrzahl der einbezogenen Personen aussagekräftige Kurzprofile ihrer gesundheitlichen Situation und der Art ihrer Pflegebedürftigkeit formulieren. Diese Kurzprofile waren außerordentlich wichtig, um die Stimmigkeit der Bewertungssystematik des neuen Verfahrens zu überprüfen.

Beteiligt waren an den beiden Erhebungen jeweils fünf Gutachter (sowohl Ärzte als auch Pflegefachkräfte, teilweise identische Personen bei den beiden Teilstichproben). Sie erhielten im Vorfeld eine Schulung zur Anwendung des neuen Verfahrens, bei der neben dem Einschätzungsinstrument selbst (Erfassungsbogen) ein erster Entwurf des dazugehörigen Manuals zur Verfügung gestellt wurde. Aus der Schulung explizit ausgeschlossen blieb die Frage der Bewertungssystematik. Keiner der beteiligten Gutachter war also darüber informiert, wie die einzelnen, von ihm vorgenommenen Bewertungen zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt und dementsprechend die neue Pflegestufe ermittelt wurde.

Bei der Erwachsenenbegutachtung erfolgte keine besondere Auswahl der Probanden. Vielmehr wurden alle Antragsteller einbezogen, die von den betreffenden Gutachtern in einem definierten Zeitraum aufgesucht wurden und ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie erklärten. Im Falle der Kinder verhielt es sich im Grundsatz ähnlich. Zusätzlich war jedoch dafür Sorge zu tragen, dass auch sehr kleine Kinder (im Säuglingsalter) vertreten waren, was aufgrund der Seltenheit entsprechender Anträge nicht automatisch zu erwarten ist, wenn keine besondere Planung erfolgt.

Für beide Gruppen bleibt allerdings festzuhalten, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt. Für die Zielsetzungen des Pretests war es auch nicht erforderlich, eine Zufallsauswahl vorzunehmen oder noch aufwendigere Methoden der Stichprobenbestimmung anzuwenden. Bei der Auswertung der Ergebnisse mit den teilnehmenden Gutachtern und der Diskussion zeigte sich allerdings, dass eine Gruppe von erwachsenen Antragstellern erfasst worden ist, die zumindest im Hinblick auf Aspekte der Pflegebedürftigkeit durchaus charakteristische Merkmalsverteilungen aufweisen.

Die 100 erwachsenen Antragsteller waren zu knapp zwei Dritteln Frauen und im Durchschnitt 77,1 Jahre alt (Spannweite: 15 bis 103 Jahre). 51% von ihnen waren älter als 79 Jahre. Rund ein Drittel wurde vollstationär versorgt, zwei Drittel lebten in häuslicher Umgebung.¹⁰ Im Hinblick auf diese Merkmale zeigt die Stichprobe nur verhältnismäßig geringe Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (vgl. BMG 2008).

Die nachfolgende Abbildung dokumentiert die Verteilung der Pflegestufen nach dem SGB XI, die die Gutachter während ihres Besuchs ermittelten. Danach entfielen knapp über die Hälfte der Fälle auf Personen mit der Pflegestufe I oder Personen, die nicht als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gelten. Die Erfassung dieser Gruppe war besonders zur Beantwortung der Frage wichtig, wie Personen, die sich nach dem heutigen Verfahren eher in den unteren Bereichen der Pflegestufensystematik wiederfinden, mit dem neuen Instrument beurteilt werden. Insgesamt entspricht auch die Verteilung der Pflegestufen den Größenordnungen, die sich im Bundesdurchschnitt der Leistungsberechtigten bzw. der MDK-Erledigungsstatistik wiederfinden. Bei 38% der Erwachsenen handelte es sich um Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Auch diese für die Entwicklung

¹⁰ In der Stichprobe fand sich nur eine Person, die im Sinne des § 43a SGB XI leistungsberechtigt war.

eines neuen Begutachtungsverfahrens besonders wichtige Gruppe (Diskussion um den sogenannten allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf) war in der Stichprobe ausreichend vertreten.

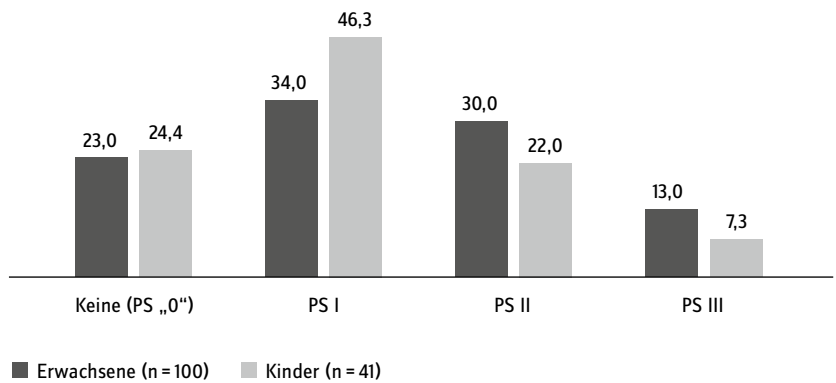


Abb. 3: Pretest: Verteilung der Pflegestufen (Prozentangaben)

Das Durchschnittsalter bei den Kindern (ausschließlich häusliche Versorgung) belief sich auf 5,8 Jahre (Spannweite: 0,2 bis 13,9 Jahre). Glücklicherweise ist es gelungen, eine dem Zweck der ersten Praxiserprobung einigermaßen genügende Altersstruktur zu erfassen. Unter den einbezogenen Kindern befanden sich fünf im Alter bis zu zwölf Monaten und weitere sieben im Alter von 13 bis 24 Monaten. Insgesamt drei Viertel der Kinder waren jünger als zehn Jahre. Der Anteil der Jungen lag mit 70% überproportional hoch.

Auf die Ergebnisse des Pretests wird im vorliegenden Bericht mehrfach Bezug genommen, um die Funktionsweise des neuen Verfahrens zu dokumentieren und z. T. auch einer ersten Beurteilung zu unterziehen.

4. Das neue Begutachtungsinstrument für Erwachsene

Mit diesem Abschnitt wird das neue Begutachtungsinstrument im Einzelnen vorgestellt. Kapitel 4.1 liefert zunächst eine zusammenfassende Übersicht seiner charakteristischen Merkmale. Die nachfolgenden Kapitel enthalten vertiefende Beschreibungen der Inhalte, der messmethodischen Grundlagen und der Bewertungssystematik, mit der eine Aussage zum Grad der Pflegebedürftigkeit getroffen wird.

4.1 Die wichtigsten Eigenschaften des Instruments im Überblick

Inhaltliche Merkmale

Das neue Instrument zielt auf eine umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit, vermeidet also die Engführung auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen, die für das heutige Begutachtungsverfahren und die geltenden Vorschriften des SGB XI charakteristisch ist. Vorgesehen ist u. a. eine explizite Einschätzung des Bedarfs an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung. Das Instrument berücksichtigt sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitive/psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen und/oder für die alltägliche Durchführung der Pflege ein erhebliches Erschwernis darstellen können. Einbezogen wird auch die Teilnahme an sozialen, kulturellen und weiteren außerhäuslichen Aktivitäten.

Im Unterschied zum jetzigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen (vgl. Wingenfeld et al. 2007: 43). Das neue Instrument folgt damit renommierten internationalen Vorbildern und basiert somit auch auf einem international anerkannten Verständnis von Pflegebedürftigkeit.

Die Ergebnisse der Begutachtung lassen sich bei der Aufstellung eines Hilfe- oder Pflegeplans nutzen. Wenngleich der Differenzierungsgrad der Einschätzung teilweise deutlich höher liegt als bei den heute üblichen Formen des pflegerischen Assessments in Pflegeeinrichtungen (z. B. kognitiver Status und Verhaltensweisen), sind einige ergänzende Einschätzungen notwendig, um eine individuelle Pflegeplanung zu formulieren. Ähnliches gilt, allerdings in geringerem Maße, für die Erstellung eines mit dem Pflegebedürftigen ab-

gestimmten Hilfeplans.¹¹ Für die Formulierung von Empfehlungen zur individuellen pflegerischen Versorgung, wie sie bereits im heutigen Begutachtungsverfahren erfolgen, bietet das neue Verfahren eine ausreichende und umfangreichere Grundlage als das aktuelle Begutachtungsinstrument.

Mit dem neuen Verfahren werden Risiken erfasst, die einen spezifischen Präventionsbedarf begründen. Dazu gehören krankheitsbedingte Risiken, Umweltfaktoren und verhaltensbedingte Risiken. Darüber hinaus sieht das Instrument eine Überprüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit und anderer Voraussetzungen zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs vor. Bei komplexeren Fragestellungen liefert das Instrument allerdings nur eine Empfehlung für die weitergehende Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit.

Das Instrument erfasst, ähnlich wie das heutige Begutachtungsverfahren, den Status der Hilfsmittelversorgung und verlangt vom Gutachter eine explizite Einschätzung, inwieweit der Hilfsmittelbedarf gedeckt ist. Dokumentiert wird darüber hinaus, ob vorhandene Hilfsmittel tatsächlich genutzt werden und ob ein Bedarf an Anleitung zur Hilfsmittelnutzung besteht.

Das Instrument sieht schließlich auch die Ermittlung von besonderen Problem- und Bedarfskonstellationen bzw. von außergewöhnlichen Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit vor. Es beinhaltet eine teilstandardisierte Erfassung spezifischer Bedarfskonstellationen (z. B. häusliche Intensivpflege schwerstkranker Kinder).

Aufbau des Instruments

Das neue Begutachtungsinstrument beinhaltet ähnlich wie das aktuelle Begutachtungsverfahren nicht nur Module, mit denen ein Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt werden

¹¹ Der Begriff Pflegeplanung wird im vorliegenden Bericht entsprechend des fachlich üblichen Sprachgebrauchs im Zusammenhang mit der individuellen pflegerischen Versorgung durch Pflegekräfte verwendet. Der Pflegeplan wird im Rahmen des Pflegeprozesses auf der Grundlage des pflegerischen Assessments und der daraus abgeleiteten Pflegeziele erstellt. Als Hilfeplanung werden alle anderen Formen der Planung von Maßnahmen der pflegerischen und/oder sozialen Unterstützung bezeichnet. Dazu gehört auch die Erstellung eines Hilfeplans im Rahmen des Case Managements oder ein Versorgungsplan, wie er vom Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehen ist. Der Begriff Hilfeplanung ist im Unterschied zur Pflegeplanung unspezifisch und wird in verschiedenen Kontexten verwendet, so etwa im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe oder der Behindertenhilfe. Außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe findet sich jedoch kein einheitlicher Sprachgebrauch (vgl. Kronenberger 2006).

soll. Darüber hinaus dient es der Erfassung von Informationen und weitergehenden Einschätzungen, die teils aus formalen, teils aus inhaltlichen Gründen benötigt werden. Das neue Instrument ist dementsprechend in vier Abschnitte untergliedert:

1. **Informationserfassung:** Die Inhalte der Informationserfassung lehnen sich stark an das gegenwärtige Begutachtungsverfahren an. Sie umfassen allgemeine Angaben zur Person des Antragstellers und zur Begutachtungssituation, Informationen zur Versorgungssituation und zur Pflegeperson bzw. zu den Pflegepersonen, Angaben zu Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und zur bisherigen Entwicklung von gesundheitlichen Problemen. Außerdem erhalten die begutachteten Personen hier die Gelegenheit, ihre Situation in ihren eigenen Worten zu schildern und die aus ihrer Sicht vorrangigen Problemstellungen und notwendigen Maßnahmen darzustellen.
2. **Befunderhebung:** Der Gutachter hat sich neben der Prüfung verfügbarer Vorbefunde oder anderer Informationsgrundlagen, die beispielsweise aus einer früheren Begutachtung oder von anderen an der Versorgung des Antragstellers beteiligten Ärzten/Einrichtungen stammen können, ein eigenes Bild von den Schädigungen und Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen zu machen. Anhand von exemplarischen Tätigkeiten hat er sich von den Fähigkeiten des Versicherten zu überzeugen. Nach dem biopsychosozialen Krankheitsmodell der ICF sind Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe plausibel auf Schädigungen der Körperstruktur bzw. Körperfunktionen zurückzuführen.
3. **Einschätzung der Pflegebedürftigkeit:** Dieser dritte Teil des neuen Instruments umfasst die nachfolgend aufgeführten acht Module, mit denen die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen ermittelt wird. Die Ergebnisse dieser Einschätzung sind die Grundlage für die Ermittlung einer Pflegestufe. Die Module stellen also den Kern des neuen Begutachtungsverfahrens dar und enthalten alle Merkmale, die in die Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit einfließen oder zur Darstellung anderer Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (Hilfebedürftigkeit) Verwendung finden. Die Inhalte der Module werden ausführlich in Kapitel 4.4 beschrieben.

Einstufungsrelevante Module des Begutachtungs-Assessments

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung

Neben den acht Modulen umfasst dieser Teil der Begutachtung auch Fragen zu besonderen pflegerischen Bedarfskonstellationen und zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs sowie einige Fragen zu präventionsrelevanten Risiken.

4. Ergebnisdarstellung und Empfehlungen: Neben der Bestimmung des Grades der Selbstständigkeitseinbußen in den einzelnen Aktivitäten und Lebensbereichen und des Grades der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe)¹² enthält dieser Teil des Begutachtungsinstruments Raum für Empfehlungen zu konkreten Maßnahmen, beispielsweise für Empfehlungen zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung.

Neben dem Instrument selbst (Begutachtungsformular) existiert ein Begutachtungsmanual, das Anweisungen zur Nutzung des Instruments und zum Ablauf der Begutachtung beinhaltet. Darüber hinaus wurde eine Arbeitshilfe für die Nutzung der Begutachtungsergebnisse bei der Hilfe- und Pflegeplanung erarbeitet, die ebenfalls ein eigenständiges Dokument darstellt.

¹² Da die Bewertungssystematik keine bloße Summierung von Punktwerten, sondern ein relativ kompliziertes Verfahren darstellt, ist das Einschätzungsergebnis in der Begutachtungssituation selbst nur dann unmittelbar verfügbar, wenn die Begutachtung (wie heute vielfach üblich) EDV-gestützt erfolgt.

Merkmalsausprägungen, Bewertungssystematik und Ermittlung der Pflegestufe

Die Einschätzung erfolgt in den genannten acht Modulen durchgängig, in den übrigen Teilen des Instruments überwiegend anhand standardisierter Merkmalsausprägungen. Sie liefert für jedes Modul ein Ergebnis, das auch für sich genommen Aussagekraft besitzt (z. B. Modul 1: Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten, die der Fortbewegung oder Lageveränderung des Körpers dienen). Die Bewertungssystematik, auf der die Generierung dieser Teilergebnisse beruht, wird in Kapitel 4.4 vorgestellt.

Anhand der Zusammenführung von Teilergebnissen wird schließlich das Gesamtergebnis der Begutachtung in Form einer Aussage über Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen von Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen ermittelt. Dabei wird zwischen Pflege- und Hilfebedürftigkeit unterschieden:

- Als „hilfebedürftig“ gelten Personen, die vorrangig im Bereich der Haushaltsführung (Modul 8) eine Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit aufweisen.
- „Pflegebedürftig“ sind hingegen Personen, die in den Modulen 1 bis 6 Beeinträchtigungen bzw. Probleme aufweisen, unabhängig davon, wie das Einschätzungsergebnis für die Module 7 und 8 ausfällt.

Einzelheiten zu diesen Definitionen sowie der Methode, mit der die Abstufungen berechnet werden, finden sich in Kapitel 4.6.

Aspekte der Praktikabilität, Transparenz und Nachvollziehbarkeit für die Versicherten

Ein wichtiges Ziel bei den Entwicklungsarbeiten bestand darin, das Instrument so anwendungsfreundlich wie möglich zu gestalten. Die einzelnen Items wie auch die Merkmalsausprägungen und die ergänzenden Codieranweisungen sollen für den Gutachter leicht nachvollziehbar und in der Praxis problemlos zu handhaben sein. Dies soll v. a. durch eine kurze und unkomplizierte Formulierung der Items sowie gleichförmige Skalen erreicht werden. So operiert das Instrument innerhalb der acht einschätzungsrelevanten Module nahezu durchgängig mit einer vierstufigen Skala der Merkmalsausprägung. Nach den Ergebnissen der Gruppendiskussionen mit Gutachtern, die die einzelnen

Merkmale und Merkmalsausprägungen zum Gegenstand hatten, ist das Ziel der leichten Handhabbarkeit und Nachvollziehbarkeit für den Anwender offenkundig erreicht worden.¹³

Die Erfahrungen mit dem Pretest zeigen, dass die Einschätzung in den meisten Fällen im vorgegebenen Rahmen eines 60 Minuten umfassenden Hausbesuchs erfolgen kann.

Es zeigte sich außerdem, dass die Inhalte und Ergebnisse der Einschätzung auf der Ebene der einzelnen Module von Antragstellern und ihren Angehörigen unproblematisch nachvollzogen werden können. Die Items sind mit Ausnahme des Moduls 5 in einer einfachen Sprache abgefasst. Eine vierstufige Skala, die die Ausprägungen „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“ unterscheidet, entspricht dem alltäglichen Denken und dürfte daher im Regelfall keine Verständnisprobleme hervorrufen. Auch Aussagen zum Gesamtergebnis in einem Modul dürften, da sie nicht allein als abstrakter Punktwert dargestellt werden, ohne Weiteres verständlich sein (z. B. „geringe Einbußen der Selbstständigkeit bei der Fortbewegung“).

Deutlich schwieriger nachzuvollziehen ist die Art und Weise, wie die neuen Pflegestufen berechnet werden, da hierbei ein vergleichsweise komplizierter Algorithmus zugrunde liegt. Antragsteller und ihre Angehörigen sind dabei auf ergänzende Erläuterungen angewiesen. Allerdings beruht der Algorithmus auf einfachen inhaltlichen Grundsätzen, wodurch zumindest nachvollziehbar ist, aus welchen Gründen (aufgrund welcher Aspekte der Pflegebedürftigkeit) eine hohe oder eine niedrige Pflegestufe ermittelt wurde.

Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern

Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen erfolgt mit dem gleichen Erfassungsbogen, allerdings sind manche Merkmale anders zu interpretieren, was im Begutachtungsmanual näher dargelegt wird. Die wesentlichen Unterschiede sind nicht äußerlich, sondern betreffen die Bewertungssystematik: Das Ergebnis der Einschät-

¹³ Ein Nebenergebnis dieser Gruppendiskussionen besteht in der Erfahrung, dass es einem Teil der Gutachter keineswegs leichtfällt, die Abkehr vom Faktor Zeit und die Hinwendung zur Ermittlung von Selbstständigkeit zu vollziehen. Die derzeit praktizierte Einschätzung des notwendigen Zeitaufwands ist im Bewusstsein vieler Gutachter fest verankert und prägt maßgeblich ihren Blickwinkel.

zung beschreibt nicht den Grad der Selbstständigkeit, sondern dessen Abweichung von der Selbstständigkeit gesunder, altersentsprechend entwickelter Kinder. Außerdem soll das Modul 8 „Haushaltsführung“ bei der Kinderbegutachtung außer Betracht bleiben. Kapitel 5 stellt die Version für die Kinderbegutachtung näher vor.

4.2 Die modulare Struktur

Der inhaltliche Aufbau des neuen Begutachtungs-Assessments ist geprägt durch seine modulare Struktur. Nach mehrfachen Modifikationen im Verlauf der Instrumentenentwicklung werden insgesamt acht Module unterschieden:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung

Gegenüber dem ersten Entwurf, der noch zehn Module umfasste, haben sich somit folgende Änderungen ergeben:

- In der ursprünglichen Fassung war noch ein Modul „Umgang mit Risiken/Sicherheit“ vorgesehen, mit dem präventionsrelevante Aspekte erfasst werden sollten. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten traten jedoch erhebliche Probleme der Abgrenzung zu anderen Modulen auf (insbesondere gegenüber den Bereichen kognitive Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen). Weitere Schwierigkeiten ergaben sich daraus, dass sich wichtige Teilaspekte des Umgangs mit Risiken nicht sinnvoll operationalisieren lassen, zumindest nicht unter der Maßgabe, dass am Ende eine Aussage zum Grad der Selbstständigkeit getroffen werden kann. Die Erfassung von Risiken wurde daher aus dem pflegestufenrelevanten Assessment ausgegliedert. Die entsprechenden Fragen zur Ausprägung von und zum Umgang mit Risiken finden sich nunmehr in einem anderen Abschnitt des Instruments, in dem auch die Einschätzung der Hilfsmittelversorgung und Rehabilitationsbedürftigkeit erfolgt.

- Das Modul 7 „Außerhäusliche Aktivitäten“ trug ursprünglich die Bezeichnung „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“, die aus dem Text der Ausschreibung des Projekts übernommen worden war.¹⁴ Die Änderung des Titels geht zwar nicht mit Veränderungen des Inhalts einher, ist aber aufgrund des Stellenwerts des Teilhabebegriffs dennoch erläuterungsbedürftig. Die Umbenennung erfolgte, weil die ursprüngliche Bezeichnung möglicherweise das Missverständnis hervorgerufen hätte, dass Teilhabe im Sinne des SGB IX gemeint sei, die schwerlich als ein Unterbereich von Pflegebedürftigkeit verstanden werden kann. Die aktuelle Bezeichnung „Außerhäusliche Aktivitäten“ verweist im Übrigen viel treffender und konkreter auf die Inhalte des Moduls.
- Ebenfalls enthalten war in der ursprünglichen Fassung ein Modul 8 „Interpersonelle Kommunikation/Pflege sozialer Kontakte“. Im Laufe der Entwicklungsarbeiten wurde entschieden, diesen Bereich nicht als eigenständiges Modul auszuweisen. Bei einem Teil der hier ursprünglich vorgesehenen Items handelt es sich um funktionsbezogene Aspekte, die zur Kommunikation erforderlich und daher im funktionsbezogenen Modul 2 „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ besser aufgehoben sind. Aufgrund der Einschätzung, dass die Pflege sozialer Kontakte fester Bestandteil des Alltagslebens ist und nur schwerlich davon losgelöst bewertet werden kann, finden sich die ursprünglich hier vorgesehenen Items zur Interaktion und Kontaktpflege mit Personen nunmehr an anderer Stelle (Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte).

Die Module 1 und 4 bis 8 umfassen entsprechend der „Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ Aktivitäten im Lebensalltag, wichtige Aspekte der Krankheitsbewältigung und die Gestaltung von Lebensbereichen. Die Module 2 und 3 berücksichtigen vorrangig kognitive Beeinträchtigungen/Ressourcen und spezifische pflegerelevante Problemlagen, die aus psychischen Störungen erwachsen. Sie haben u. a. für die Ermittlung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung eine wichtige Funktion.

Die gewählte modulare Struktur lehnt sich in vielerlei Hinsicht an etablierte Assessment-Instrumente und Klassifikationssysteme an. Der Bereich der Mobilität, in dem es um die Selbstständigkeit bei der Fortbewegung und Lageveränderungen des Körpers geht, wird in

¹⁴ Die Ausschreibung wiederum hatte an diesem Punkt Bezug genommen auf die „Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ im IPW-Gutachten, wo an einer Stelle die missverständliche Formulierung „soziale Teilhabe“ gewählt wurde, obwohl lediglich die Teilnahme an bestimmten Bereichen des sozialen Lebens gemeint war.

nahezu allen komplexeren Assessment-Instrumenten als eigenständiger Bereich berücksichtigt. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Beeinträchtigungen der Mobilität häufig auslösend für die Abhängigkeit von personeller Hilfe sind. In der Logik der auf Aktivitäten des täglichen Lebens basierenden Pflegemodelle finden sich entsprechende Items unter der Bezeichnung „Bewegung“ bzw. „sich bewegen“. Zentrale Bedeutung kommt diesem Bereich auch in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) oder der NOC-Systematik (Johnson et al. 2005) zu.

Modul 2 umfasst die für die selbstständige Lebensführung ebenfalls zentralen kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten. Streng genommen handelt es sich hier um Funktionen, nicht um eine Aktivität oder einen Lebensbereich. Als Funktionen bzw. Fähigkeiten sind sie in den vorliegenden Modellen, Klassifikationen und Instrumenten zumeist auch ausgewiesen. Das Minimum Data Set des RAI HC 2.0 beispielsweise subsummiert sie unter dem Titel „Kognitive Fähigkeiten“. In der ICF finden sie sich in der Klassifikation der Körperfunktionen (Funktionen der Orientierung, des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und des Denkens).

Die Erfassung von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Modul 3) ist obligatorischer Bestandteil eines Assessments, das auf die Erfassung aller wesentlichen Aspekte der Pflegebedürftigkeit zielt. So findet sich im RAI 2.0 ebenso wie im RAI HC 2.0 ein gesondertes Modul „Stimmungslage und Verhalten“. Innerhalb von FACE ist dem Bereich sogar ein eigenes Tool-Set gewidmet, mit dem eine vertiefende Einschätzung möglich ist. Weniger umfangreich, aber dennoch enthalten ist der Bereich auch in EASY Care. Das in der japanischen Pflegeversicherung verwendete Instrument zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit weist ebenfalls einen eigenen Abschnitt zur Einschätzung von Verhaltensproblemen auf.

Ein zentraler Bereich für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist die Selbstversorgung (Modul 4), zu der die Aktivitäten Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken sowie Ausscheidungen gehören. Die entsprechenden Aspekte finden sich in anderen Instrumenten z. T. als „Aktivitäten des täglichen Lebens“ oder „ADL“ wieder (z. B. im RAI). Häufig werden sie aber auch unter der Bezeichnung „Selbstversorgung“ ausgewiesen, etwa in FACE (self care) oder auch in der ICF. Aufgrund der häufigen Verwendung von „self care“ in vielen Instrumenten wurde für das neue Begutachtungsverfahren die Bezeich-

nung Selbstversorgung gewählt. Die Inhalte dieses Moduls stimmen mit den Inhalten verschiedener Instrumente überein und weisen auch mit der ICF eine große Schnittmenge auf. Die ausgewählten Items bilden gewissermaßen den Standard aus anderen Instrumenten ab.

Der in Modul 5 berücksichtigte Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen hat großen Einfluss auf die Entstehung und Ausprägung von Pflegebedürftigkeit. Auf den ersten Blick weisen die Items Ähnlichkeit mit verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V auf. Intendiert ist mit diesem Modul jedoch ebenfalls die Erfassung von Selbstständigkeit. Krankheitsbewältigung in den hier angesprochenen Dimensionen ist ebenso wie die in Modul 4 angesprochenen Handlungen des Alltagslebens als Aktivität anzusehen. Sie ist für die autonome Lebensführung bei chronischer Krankheit nicht minder wichtig als die regelmäßig zu vollziehenden Alltagsverrichtungen. Dies gilt etwa für die Wundversorgung oder den Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln ebenso wie für die Durchführung zeitaufwendiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung. Andere Assessment-Verfahren, die im Rahmen des Pflegeprozesses Anwendung finden, bilden in diesem Bereich in der Regel die Perspektive der professionellen Pflege ab und erfassen die einzelnen Aspekte nicht im Sinne der Selbstständigkeit einer Person, sondern als professionell anzugehende Problemlagen, z. B. als Hautprobleme oder Störungen vitaler Funktionen. In der Pflegeergebnisklassifikation NOC wird das Wissen um Krankheit und Gesundheit in den Mittelpunkt gestellt.

Die in Modul 6 enthaltenen Items thematisieren zentrale Aspekte der Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Dazu gehört v. a. die zeitliche Strukturierung des Tages (die Einteilung von Zeit), die Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, das sinnvolle Ausfüllen von verfügbarer Zeit und die Pflege sozialer Beziehungen.

Die außerhäuslichen Aktivitäten in Modul 7 sprechen die Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten an. In den Begrifflichkeiten der ICF würde man von „bedeutenden Lebensbereichen“ (z. B. Bildung oder Arbeit) sprechen, z. T. auch von Gemeinschafts-, sozialem und staatsbürgerlichem Leben. Das Modul umfasst nur wenige Items, da die Fähigkeit zur Teilnahme an oder zur Durchführung von außerhäuslichen Aktivitäten größtenteils nicht vom Charakter dieser Aktivität abhängt.

Das letzte Modul 8 (Haushaltsführung) umfasst sowohl hauswirtschaftliche Tätigkeiten als auch für die Führung eines Haushalts elementare Voraussetzungen wie die Fähigkeit, im Bedarfsfall Dienstleistungsangebote nutzen zu können. In den pflegetheoretischen Arbeiten führt dieser Aspekt, sofern überhaupt berücksichtigt, eine randständige Existenz. Tatsächlich geht es bei den Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit in diesem Bereich nicht in erster Linie um pflegerische, sondern um hauswirtschaftliche oder soziale Hilfen. Aus der Perspektive des Pflegebedürftigen handelt es sich um elementare Aspekte, weil es von der Fähigkeit zur selbstständigen Haushaltsführung in hohem Maße abhängt, ob eine Person in der Lage ist, weiterhin in der eigenen Wohnung zu verbleiben.

Eine der in der Ausschreibung formulierten Anforderungen an die Gestaltung des neuen Begutachtungsinstruments bestand darin, eine leistungsrechtliche Zuordnung der Einschätzungsergebnisse zu ermöglichen. Die gewählte modulare Struktur erfüllt diese Anforderung, allerdings verbleiben notwendigerweise einige Unschärfen bzw. klärungsbedürftige Punkte, die erst im Verlauf künftiger sozialrechtlicher Reformen gelöst werden können. Denn eine der wichtigsten Anforderungen an die Instrumentenentwicklung bestand darin, einen pflegewissenschaftlich fundierten, im Vergleich zum heutigen Verfahren erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde zu legen. Diese Erweiterung führt jedoch zwangsläufig zu der Frage, ob alle Maßnahmen, die zur Kompensation oder Bewältigung krankheitsbedingter Selbstständigkeitseinbußen erforderlich sind, unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen eindeutig definiert und zuzuordnen sind. Erschwerend kommt hinzu, dass unsicher ist, inwieweit diese Rahmenbedingungen künftig Bestand haben werden. Derzeit ist noch nicht abschließend geklärt, ob die Neufassung des sozialrechtlichen Begriffs der Pflegebedürftigkeit im begrenzten Rahmen des SGB XI oder in Form einer umfassenderen Neuordnung der über die Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII verstreuten pflegerelevanten Normen erfolgen soll. Kommt es zu einer umfassenderen Neuordnung, müsste auch die Frage nach der leistungsrechtlich definierten Verantwortung für die Finanzierung von Pflegeleistungen anders als im heutigen System beantwortet werden. Sie wird vermutlich ohnehin notwendig sein, wenn es tatsächlich zu einer Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommen sollte.

4.3 Messmethodische Grundsätze

Selbstständigkeit als Maßstab der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit

Dem Instrument ist ein Verständnis von Pflegebedürftigkeit hinterlegt, das im Rahmen des IPW-Gutachtens auf der Grundlage einer Recherche und Analyse der internationalen pflegewissenschaftlichen Diskussion, verschiedener Klassifikationssysteme zur Beschreibung von Pflegebedürftigkeit und von einschlägigen Assessment-Instrumenten herausgearbeitet, vom BMG-Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Grundsatz akzeptiert und schließlich der Ausschreibung für das aktuelle Projekt zugrunde gelegt wurde. Dieses Verständnis wurde von den Verfassern des IPW-Gutachtens in zusammenfassender Form als „Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ausformuliert. Danach ist eine Person „als pflegebedürftig zu bezeichnen, wenn sie:

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbstständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist“ (Wingenfeld et al. 2007: 43).

Aus diesem Verständnis ergeben sich für die Ausgestaltung des neuen Begutachtungsverfahrens zwei wesentliche Konsequenzen:

1. Pflegebedürftigkeit wird dargestellt als Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. analog dazu als Abhängigkeit von personeller Hilfe. Maßstab bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dementsprechend nicht das Ausmaß von körperlichen oder kognitiven/psychischen Funktionseinbußen oder anderen gesundheitlich bedingten Problemen und auch nicht (wie im derzeitigen Begutachtungsverfahren) der benötigte Zeitaufwand der Unterstützung durch eine nicht ausgebildete Pflegeperson. Der Gutachter ist vielmehr gehalten, nach Regeln, die im Begutachtungsmanual näher beschrieben sind, den Grad der Selbstständigkeit der betreffenden Person zu ermitteln. Unberücksichtigt bleibt dabei die Abhängigkeit von Hilfsmitteln. Eine Person, der es gelingt,

funktionelle Beeinträchtigungen durch Hilfsmittel zu kompensieren, gilt in diesem Verständnis also als selbstständig.¹⁵

2. Den Elementen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zufolge geht es um Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen. Die Festlegung, welche Aktivitäten und Lebensbereiche berücksichtigt werden, entscheidet somit darüber, wie eng oder wie weit der Pflegebedürftigkeitsbegriff gefasst ist, von dem ein Einschätzungsinstrument ausgeht.

Die meisten Aspekte von Pflegebedürftigkeit lassen sich im Rahmen dieser Grundsätze direkt einschätzen. Es gibt allerdings auch Bereiche, die nur über einen Umweg erschlossen werden können. Dies betrifft beispielsweise die aus Verhaltensauffälligkeiten erwachsenden Unterstützungserfordernisse. Verhaltensprobleme können verstanden werden als Ausdruck des Verlusts von Selbststeuerungskompetenz, der ganz im Sinne des oben angesprochenen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit durch personelle Hilfe kompensiert bzw. bewältigt werden kann. Unter methodischen Gesichtspunkten wäre jedoch sehr zu hinterfragen, ob beispielsweise die Einschätzung der Selbstständigkeit eines Pflegebedürftigen im Umgang mit seinem aggressiven Verhalten sinnvoll operationalisiert werden kann, sodass am Ende eine verlässliche Aussage getroffen werden kann. Dementsprechend werden Verhaltensauffälligkeiten von etablierten Einschätzungsinstrumenten mithilfe anderer Maßstäbe erfasst, etwa indem die Intensität des Verhaltens, die daraus resultierenden Belastungen für die Umgebung (Angehörige) oder die Auftretenshäufigkeit erhoben wird.

Ähnliches gilt für kognitive und kommunikative Fähigkeiten. Auch hier ist die Einschätzung des Grades der Selbstständigkeit schwierig und in den verfügbaren Assessment-Instrumenten unüblich.

Skalen zur Erfassung der Merkmalsausprägungen

Vor diesem Hintergrund arbeitet das neue Begutachtungsinstrument mit mehreren, allerdings sehr ähnlichen Skalen: Es handelt sich nahezu durchgängig um eine vierstufige

¹⁵ Hier ist der erste Punkt der oben aufgeführten „Elemente“ von Bedeutung: Entscheidend ist nicht das Fehlen materieller, sondern das Fehlen personaler Ressourcen, d. h. von Ressourcen, die an die Person des Pflegebedürftigen geknüpft sind.

Skala, bei der die Merkmalsausprägungen meist Werte zwischen 0 und 3 annehmen können. Diese Skalen messen:

- den Grad der Selbstständigkeit einer Person (Aktivität/Lebensbereich),
- die Intensität einer funktionalen Beeinträchtigung (kognitive/kommunikative Fähigkeiten) und
- die Häufigkeit des Auftretens (Verhaltensweisen).

Mit zunehmendem Selbstständigkeitsverlust und wachsender Beeinträchtigung oder Häufigkeit steigt auch der Punktwert. Wenn beispielsweise die Beeinträchtigung von Selbstständigkeit bei der Toilettenbenutzung erfasst werden soll, hat der Gutachter zwischen folgenden Alternativen zu wählen:

- Punktwert 0: selbstständig
- Punktwert 1: überwiegend selbstständig
- Punktwert 2: überwiegend unselbstständig
- Punktwert 3: unselbstständig

Auf diese Skala wird am häufigsten zurückgegriffen. Die Entscheidung für diese Skala ist das Ergebnis allgemeiner methodischer Überlegungen und einer nochmaligen Analyse der Skalen, die in anderen Assessment-Instrumenten Anwendung finden.

Generell ist es erstrebenswert, dass ein Einschätzungsinstrument mit einheitlichen Skalen für Merkmalsausprägungen operiert. Inhaltliche Gründe machen es mitunter notwendig, von diesem Grundsatz abzuweichen, etwa wenn ein Merkmal nur zwei Ausprägungen annehmen kann (z. B. „vorhanden“ und „nicht vorhanden“) oder wenn eine stärkere Graduierung inhaltlich nicht konkretisiert werden kann (z. B. wenn sich für die o.g. Skala nicht angeben ließe, worin bei einer Aktivität der Unterschied zwischen „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“ besteht). Abgesehen von solchen Schwierigkeiten sollte jedoch immer die Verwendung einer einheitlichen Skala angestrebt werden. Durch die Einheitlichkeit wird vermieden, dass der Anwender des Instruments unnötig häufig „umdenken“ oder sich gar anhand des Manuals vergewissern muss, ob er die Codierregeln noch richtig im Gedächtnis hat. Dies ist bei umfangreichen, komplexen Instrumenten mit zahlreichen Items mitunter sogar dann erforderlich, wenn der Anwender bereits längere Erfahrung mit dem Instrument hat. Die Konsequenz kann in einem unnötig hohen Zeitaufwand bei der Einschätzung bestehen, ggf. aber auch in einer höheren Un-

genauigkeit bzw. größeren Fehlerträchtigkeit, was dann die Reliabilität eines Instruments beeinträchtigt.

Etablierte Assessment-Instrumente haben in dieser Hinsicht unterschiedliche Lösungen entwickelt. Für die Instrumente der InterRAI-Gruppe ist die Verwendung vieler unterschiedlicher Skalen innerhalb des jeweiligen Instruments charakteristisch, was vor dem Hintergrund der oben dargelegten allgemeinen methodischen Überlegungen für die Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments sicher keine empfehlenswerte Lösung darstellt. Da die RAI-Instrumente vorrangig für das Assessment im individuellen Pflegeprozess entwickelt wurden, müssen sie der Anforderung genügen, sehr differenzierte und konkrete Informationen unterschiedlichster Art zu erfassen. Soll dies in standardisierter Form erfolgen, sind zwangsläufig diverse, in Art und Umfang voneinander abweichende Skalen zu verwenden.

Auch die Überprüfung einzelner Skalen, die in den RAI-Instrumenten Verwendung finden, führte bei der Instrumentenentwicklung nicht weiter. So lag es nahe, v. a. jene Skalen näher zu prüfen, die in irgendeiner Form den Grad der Selbstständigkeit bzw. den Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe beschreiben. Im Minimum Data Set für die häusliche Versorgung (RAI HC 2.0) beispielsweise kommt bei der Einschätzung der „ADL Leistungsfähigkeit“ eine achtstufige Skala zum Einsatz, die zwischen „Unabhängig“, „Vorbereitung reicht“, „Aufsicht“, „Begrenzte Hilfe“, „Verstärkte Hilfe“, „Maximale Hilfe“, „Totale Abhängigkeit“ und „Traf nicht zu“ unterscheidet (Garms-Homolová 2002: 26). Jede Kategorie ist dabei mit weiteren Erläuterungen versehen. So bedeutet „unabhängig“ keineswegs in jedem Fall, dass die betreffende Person eine Aktivität ohne Hilfe durchführen kann. Als unabhängig gelten im RAI HC 2.0 auch diejenigen Personen, die „Anleitung, geringe Hilfe ein- bis zweimal“ (innerhalb der letzten drei Tage) benötigten (ebd.). Ähnlich komplizierte Skalen und Codieranweisungen finden sich bei anderen Instrumenten, etwa dem „Functional Independence Measure“ (FIM).

Im Verlauf der Instrumentenentwicklung wurde entschieden, keine Skalen mit einem derart hohen Komplexitätsgrad und entsprechend ausgeprägter Itemschwierigkeit zu verwenden, um das neue Begutachtungsverfahren nicht mit den damit verknüpften Risiken und Nachteilen zu belasten.

Das Instrument FACE operiert bei vielen Merkmalen mit einer einheitlichen fünfstufigen Skala, bei der die Unabhängigkeit der Person (independence) den zentralen Maßstab bildet. Dieser Ansatz liegt deutlich näher an den Anforderungen, die aus allgemeinen methodischen Überlegungen abzuleiten sind und bei der Entwicklung eines Begutachtungsinstruments berücksichtigt werden sollten. Die Skala umfasst folgende Ausprägungen:

- 0: vollständig unabhängig (fully independent)
- 1: weitgehend unabhängig (largely independent)
- 2: eingeschränkte Unabhängigkeit (limited independence)
- 3: stark eingeschränkte Unabhängigkeit (very limited independence)
- 4: vollständig abhängig von anderen Personen (fully dependent upon others)

Wenngleich diese Skala deutlich weniger Probleme der Unterscheidung zwischen den Abhängigkeitsstufen aufwirft als die oben dargestellte achtgliedrige Skala des RAI HC 2.0, besteht ein Nachteil dieser Lösung in einer Unschärfe in den unteren Bereichen (Unterscheidung zwischen weitgehender und eingeschränkter Unabhängigkeit), die bei einem Teil der Items zu erwarten wäre. Auch hat eine fünfstufige Skala den Nachteil, die bei Einschätzungen stets zu berücksichtigende „Tendenz zur Mitte“ zu befördern, die v. a. dann auftritt, wenn sich der Rater seiner Beurteilung nicht sofort sicher ist.

Davon abgesehen kann FACE jedoch als nachahmenswertes Beispiel für die Umsetzung des Grundsatzes gelten, nach Möglichkeit immer eine Skala mit der gleichen Anzahl Merkmalsausprägungen zu verwenden. Fast immer finden sich in FACE bei standardisierbaren Merkmalsausprägungen fünfstufige Skalen, im Bereich der Alltagsaktivitäten ebenso wie bei kognitiven Fähigkeiten, Verhaltensweisen, bei der Medikamenteneinnahme oder Einschätzung von Risiken. In manchen Bereichen bietet FACE parallel dazu alternative, kürzere (z. B. dreistufige) Skalen. Die vereinfachten Skalen sind v. a. zur Verwendung außerhalb der individuellen Pflege-/Versorgungsplanung vorgesehen.

Im britischen Instrument EASY Care besteht die am häufigsten verwendete Merkmalsausprägung in einem schlichten Ja/Nein, d. h. eine bestimmte Funktion oder ein bestimmtes Problem ist vorhanden oder nicht vorhanden. Die Antwort „Ja“ zieht bei verschiedenen Items vertiefende Fragen nach der Ausprägung oder der Dauer nach sich. Darüber hinaus werden konkrete Fragen zu einzelnen Fähigkeiten gestellt. Die Antwortmöglichkeiten bestehen dann in der Regel aus den drei Optionen: „ohne Hilfe“, „mit ein wenig Hilfe“ und

„nicht selbstständig“. Zu berücksichtigen ist bei EASY Care, dass der Hauptteil der Einschätzung in einer Selbsteinschätzung besteht und die Fragen entsprechend formuliert sind. Dadurch ergibt sich zwar eine gute Verständlichkeit für die Antragsteller, für die Entwicklung einer Systematik zur standardisierten Darstellung von Pflegebedürftigkeit sind die Ansätze in EASY Care jedoch eher ungeeignet.

Auch im Falle des japanischen Instruments zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit bemühte man sich, einheitliche Skalen zu verwenden. Dennoch finden sich in den unterschiedlichen Leistungsgruppen jeweils Skalen mit zwei, drei, vier bis zu sechs Ausprägungen. Die Anzahl der Ausprägungen ist dabei von der jeweiligen Frage abhängig. So gibt es Fragen mit nur zwei Ausprägungen (ja/nein oder möglich/unmöglich), wenn es darum geht einzuschätzen, ob etwas vorkommt oder nicht. Merkmale, zu denen drei oder vier Ausprägungen angegeben werden, beziehen sich auf Verrichtungen. Dreistufige Skalen finden sich im Sinne von: etwas ist „möglich“, „möglich mit Unterstützung“ und „unmöglich“ oder „selbstständig“, „teilweise hilfebedürftig“ und „völlig hilfebedürftig“. Dort, wo es um Häufigkeiten geht, wird zwischen „nicht passiert“, „gelegentlich passiert“ und „passiert“ unterschieden. Vierstufige Skalen lassen zu diesen drei Bereichen weitere Differenzierungen zu. Zwei sechsstufige Skalen finden sich zu Fragen, bei denen es um die Lokalisation von Lähmungen und Bewegungsbeschränkungen geht.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile der in anderen Instrumenten verwendeten Skalen wurde entschieden, im neuen Begutachtungsinstrument vierstufige Skalen zu verwenden. Besonders die Auseinandersetzung mit den Lösungen, die im japanischen Instrument, in FACE und im „alternativen Begutachtungsverfahren“ der MDK-Gemeinschaft gewählt wurden, gab hierzu den Ausschlag. Im „alternativen Begutachtungsverfahren“ hatte man sich ebenfalls bemüht, eine einheitliche, vierstufige Skala zugrunde zu legen. Dort wurde stärker das Ausmaß der erforderlichen Hilfe in den Blick genommen (z. B. Erfordernis „mäßiger“ oder „beträchtlicher“ Hilfe), was allerdings keinen substantiellen Unterschied darstellt.

Die vierstufige Skala zur Abbildung des Grades der Selbstständigkeit wird in den Modulen 1, 4, 6 und 8 verwendet. Sie diene, analog zu dem in FACE gewählten Vorgehen, auch als Basis bei der Konstruktion der Skalen in den Modulen 2, 3, und 7. Modul 5 (Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen) ist als Sonderfall anzusehen. Selbststän-

digkeit wird hier auf eine andere Art, d. h. ohne Rückgriff auf eine vierstufige Skala, ermittelt. Bei der differenzierten Beschreibung der Module in Kapitel 4.4 werden Variationen der vierstufigen Skala zur Erfassung von Selbstständigkeit näher vorgestellt.

Skala zur Darstellung der Einschätzungsergebnisse je Modul

Die Ergebnisse der Einschätzung werden für jedes Modul gesondert, aber einheitlich anhand einer fünfstufigen Skala dargestellt. Je nach Inhalt des Moduls bildet diese Skala den Grad der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit, von kognitiven Fähigkeiten oder von Selbststeuerungskompetenz ab. Die Skala unterscheidet die Abstufungen:

- selbstständig,
- geringe Beeinträchtigungen,
- erhebliche Beeinträchtigungen,
- schwere Beeinträchtigungen und
- völliger/weitgehender Verlust (von Selbstständigkeit etc.).

Diese von der Skala der Merkmalsausprägungen abweichende Stufung wurde in Anlehnung an das Instrument FACE definiert. Für die Entscheidung, dass nicht vier, sondern fünf Stufen vorgesehen sind, sprechen v. a. inhaltliche Gründe. Die Unterscheidung von vier Stufen, die für die Einschätzung eines einzelnen Merkmals nicht nur ausreicht, sondern im vorliegenden Fall sogar empfehlenswert ist (s. o.), erweist sich bei der allgemeinen, d. h. zusammenfassenden Darstellung von Beeinträchtigungen von Selbstständigkeit und anderen Einbußen als unzureichend. Denn zwischen den Extremen „selbstständig“ und „Verlust von Selbstständigkeit“ verbleiben nur zwei Ausprägungen, was zu einer stark vereinfachenden Betrachtung von Pflegebedürftigkeit führen würde. Probleme entstehen dann insbesondere bei der Einordnung von vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen. Unter Verwendung einer fünfstufigen Skala hingegen lassen sich diese Probleme umgehen und eine inhaltlich und formal konsistentere Darstellung gewährleisten. Die fünfstufige Skala vermeidet im Unterschied zur aktuellen Pflegestufensystematik das Problem, dass ein geringer Grad der Pflegebedürftigkeit nicht mit missverständlichen Formulierungen wie „Pflegestufe Null“ belegt werden muss.

Dass bei der Bewertung der Gesamtergebnisse eines Moduls eine andere Skala verwendet wird als bei den einzelnen Merkmalen der Module, wirkt keine nennenswerten Pro-

bleme auf. Der Anwender des Instruments hat lediglich die Vorgaben für die vierstufige Skala zu beachten, die Generierung des Gesamtergebnisses erfolgt nach festen vorgegebenen Regeln (bei der Verwendung einer EDV-gestützten Version sogar ohne Zutun des Gutachters).

Differenzierungsgrad der Einschätzung

Das Instrument bzw. die mit ihm gewonnenen Einschätzungsergebnisse sollen vorrangig der Ermittlung von Leistungsansprüchen dienen. Dies ist die zentrale Funktion des Instruments, aus der sich bestimmte Anforderungen (z. B. quantifizierende Darstellung von Pflegebedürftigkeit) ableiten. Zusätzlich sollen die Ergebnisse des neuen Begutachtungsverfahrens im Rahmen der individuellen Hilfe- oder Pflegeplanung nutzbringend sein. Auch mit dieser Funktion sind bestimmte, z.T. anders gelagerte Anforderungen verknüpft. Schließlich war bei der Instrumentenentwicklung die Vorgabe zu beachten, dass die Dauer der Begutachtung (Dauer des Hausbesuchs) auf maximal 60 Minuten begrenzt bleiben soll.¹⁶

All diese Anforderungen haben Konsequenzen für die inhaltliche und formale Gestaltung des neuen Begutachtungsinstruments. Diese Konsequenzen sind z. T. gegenläufig. So wäre es im Hinblick auf die Nutzung der Einschätzungsergebnisse für die individuelle Hilfe-/ Pflegeplanung wünschenswert, wenn das Instrument Pflegebedürftigkeit möglichst detailliert erfassen und beschreiben würde. Dies ist im vorgegebenen Zeitrahmen von maximal 60 Minuten häufig jedoch nicht möglich. Abgesehen davon, dass der für die Einschätzung selbst tatsächlich verfügbare Zeitumfang geringer ausfällt¹⁷, hat der Gutachter die Selbstständigkeit, die Pflegeprobleme, die Ressourcen, die Versorgungsmerkmale und weitere Aspekte des Lebens einer Person zu beurteilen, die ihm fremd ist. Dabei sind auch spezifische Aspekte der Versorgungssituation zu berücksichtigen, etwa die Hilfsmittelversorgung oder ein ggf. ungedeckter Rehabilitations- oder Präventionsbedarf. Vor diesem Hintergrund würde eine Erfassung sämtlicher Details, die die individuelle Pflegebedürftigkeit kennzeichnen, den vorgegebenen Zeitrahmen sprengen.

¹⁶ Der Zeitumfang von 60 Minuten entspricht in etwa dem heutigen durchschnittlichen Zeitaufwand für eine Begutachtung in der häuslichen Umgebung.

¹⁷ Im Rahmen des Hausbesuchs erfolgt zu Beginn ein einführendes Informationsgespräch, in dem der Ablauf der Begutachtung erklärt wird. Es sind außerdem verschiedene Daten aufzunehmen (z. B. Medikamente, Personalien der Pflegepersonen). Auch werden das Wohnumfeld und die vorhandenen Hilfsmittel in Augenschein genommen, bevor die eigentliche Anamnese- und Befunderhebung beginnen kann.

Für die primäre Funktion des Begutachtungsinstruments wiederum, d. h. für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit zum Zweck der Bemessung von Leistungsansprüchen, ist eine detaillierte Erfassung nicht notwendig. Dies zeigen auch renommierte Einschätzungsinstrumente, die in anderen Ländern zu vergleichbaren Zwecken entwickelt wurden. Anders als im Falle der individuellen Pflegeplanung kommt es nicht darauf an, sämtliche Pflegeprobleme und Ressourcen einer Person zu erfassen. Von Interesse sind lediglich diejenigen Aspekte, die für den Grad der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit von wesentlicher Bedeutung sind.

In diesem Punkt ergeben sich auch Unterschiede zum gegenwärtigen Begutachtungsverfahren. Da dieses mit dem Maßstab „notwendiger Zeitaufwand bei den Alltagsverrichtungen“ operiert, ist es unbedingt erforderlich, sämtliche Aspekte der jeweiligen Alltagsverrichtung zu berücksichtigen. Blieben Teilaspekte außer Betracht, käme dies der Vernachlässigung eines bestehenden Bedarfs zum Nachteil des Antragstellers gleich, da ein für die Versorgung notwendiger Zeitaufwand unberücksichtigt bliebe.

Weil dieser Unterschied für das Verständnis des neuen Verfahrens von großer Bedeutung ist, sei er anhand eines Beispiels illustriert. Bei der Alltagsverrichtung „Waschen“ werden im derzeitigen Begutachtungsverfahren neun Teilhandlungen differenziert (Ganzkörperwäsche, Teilwäsche Oberkörper, Teilwäsche Unterkörper, Teilwäsche Hände/Gesicht, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren). Das neue Instrument beschränkt sich hingegen auf vier Merkmale, es fasst die Teilhandlungen der Aktivität „sich waschen“ stärker zusammen. So wird etwa die Selbstständigkeit beim Rasieren, Kämmen und bei der Zahnpflege oder Prothesenreinigung mit einem einzigen Merkmal erfasst. Dies ist möglich, weil die genannten Handlungen einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad aufweisen und weil es bei der Einschätzung eben nicht um die Frage nach dem notwendigen Zeitaufwand, sondern um die Frage nach der selbstständigen Ausführung dieser Handlungen geht.

Der Einschätzungsteil des neuen Begutachtungsinstruments enthält rund 90 Items. Damit wird ein Differenzierungsgrad angestrebt, der eine Kompromisslösung unter Berücksichtigung der beiden zentralen Funktionen (Feststellung von Leistungsansprüchen, Ergebnisnutzung bei der Hilfe-/Pflegeplanung) und des vorgegebenen Zeitrahmens darstellt. Dieser Zeitrahmen galt bei der Instrumentenentwicklung als feststehende Vorgabe. Der

Kompromiss geht daher zwangsläufig zulasten des Nutzens für die individuelle Hilfe-/Pflegeplanung. Das bedeutet, dass das neue Instrument zwar eine hilfreiche, aber nicht ausreichende Informationsgrundlage für die individuelle Pflegeplanung zur Verfügung stellt. Der Kompromiss beeinträchtigt hingegen nicht die zentrale Funktion des Instruments (Ermittlung des Grades der Selbstständigkeit), im Gegenteil: Es enthält noch immer einige Items mehr, als zu diesem Zweck erforderlich wäre.

4.4 Beschreibung der Module

Mit den folgenden Ausführungen werden die acht Module des neuen Begutachtungs-Assessments im Einzelnen vorgestellt. Dabei werden sowohl die Inhalte als auch die modul-spezifische Bewertungssystematik und die Bedeutung des jeweiligen Moduls für die individuelle Pflegeplanung thematisiert. Ausgewählte Ergebnisse der ersten Praxiserprobung (Pretest) fließen ebenfalls ein, allerdings begrenzt auf die Erprobung bei erwachsenen Antragstellern. Auch die Ausführungen zur Bewertungssystematik konzentrieren sich auf das Verfahren, das für diese Personengruppe vorgesehen ist. Die analogen Ergebnisse für die Gruppe der Kinder bzw. die Besonderheiten der Art und Weise, wie die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern erfolgt, werden in Kapitel 5 vorgestellt.

4.4.1 Mobilität

Das Modul 1 „Mobilität“ umfasst die Fähigkeit zur Fortbewegung sowie zur Lageveränderung des Körpers. Zum einen handelt es sich um eine Aktivität im Sinne der „Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“, zum anderen um eine Funktion und eine personale Ressource von allgemeiner (und zentraler) Bedeutung: Beeinträchtigungen der Fähigkeit, sich fortzubewegen, wirken sich in nahezu allen Lebensbereichen aus und sind in vielen Fällen ausschlaggebend für den Verlust von Selbstständigkeit bei der Durchführung anderer Aktivitäten. Dies ist einer der Gründe, weshalb die Mobilität in einem eigenständigen Modul bewertet werden soll und nicht zusammen mit anderen Aktivitäten (z. B. Körperpflege, Nahrungsaufnahme etc.) im Modul 4 aufgeführt wird.

Inhalte

Das Modul umfasst zentrale Aspekte der Mobilität im innerhäuslichen Bereich. Die im Zwischenbericht vorgestellte Zuordnung der Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich

wurde zum Abschluss der Instrumentenentwicklung noch einmal revidiert; sie findet sich jetzt im Modul 7 „Außerhäusliche Aktivitäten“. Eine Erläuterung der dafür ausschlaggebenden Gründe findet sich bei der Beschreibung des siebten Moduls.

Zur Mobilität im innerhäuslichen Bereich gehören die Items:

1. Positionswechsel im Bett
2. Stabile Sitzposition halten
3. Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen
4. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
5. Treppensteigen

Wie bei allen Modulen wird auch hier darauf verzichtet, sämtliche Handlungen zu berücksichtigen, die man als Teilaspekte der Mobilität bezeichnen könnte. Vielmehr sind diejenigen Handlungen ausgewählt worden, denen für die Selbstständigkeit im Bereich der Mobilität eine entscheidende Bedeutung zukommt. So werden das Aufstehen und das Zubettgehen nicht gesondert erfasst, da sich diese Handlungen aus dem Positionswechsel im Bett, dem Sitzen auf der Bettkante („Stabile Sitzposition halten“) und dem Aufstehen aus sitzender Position zusammensetzen. Auch werden die verschiedenen Formen des Transfers nicht gesondert bewertet. Das Instrument FACE beispielsweise berücksichtigt folgende Varianten des Transfers:

- Sich im Bett drehen
- Lageveränderung von der liegenden in die sitzende Position
- Ins Bett und aus dem Bett gelangen
- Sich auf einen Stuhl setzen und von einem Stuhl aufstehen
- Sich auf das Toilettenbecken setzen und vom Toilettenbecken aufstehen
- In die Badewanne/Dusche gelangen, aus der Badewanne/Dusche steigen

Diese Liste könnte sogar noch um mehrere Varianten erweitert werden, z.B. um den Transfer Bett-Stuhl oder Stuhl-Rollstuhl oder Rollstuhl-Toilettenbecken. Differenzierte Informationen dieser Art sind für die individuelle Pflegeplanung wichtig, weil sie darüber Auskunft geben bzw. abschätzbar machen, in welchen Situationen welche Hilfestellung erforderlich ist. Für eine allgemeine Beurteilung der Mobilität zum Zweck der Bemessung von Leistungsansprüchen ist diese Differenzierung jedoch nicht erforderlich. Hier zeigen sich noch einmal die Konsequenzen der Abwägung von Anforderungen, die aus verschie-

denen Funktionen bzw. Verwendungszwecken und einer vorgegebenen zeitlichen Begrenzung der Einschätzung erwachsen (vgl. Kapitel 4.3).

Merkmalsausprägungen

Zur Einschätzung im Modul 1 wird die vierstufige Standardskala verwendet (Merkmalsausprägungen: „selbstständig“; „überwiegend selbstständig“; „überwiegend unselbstständig“; „unselbstständig“). Der Gutachter hat also für jedes der fünf Merkmale den Grad der Selbstständigkeit der betreffenden Person anzugeben. Zu jedem Item finden sich im Begutachtungsmニュアル Erläuterungen bzw. Vorgaben, die dem Gutachter eine Orientierungshilfe bei der Einschätzung bieten. Die Einschätzung richtet sich in diesem Fall ausschließlich auf die körperliche Fähigkeit, sich fortzubewegen. In dieser Hinsicht besteht ein Unterschied gegenüber mehreren anderen Modulen, bei denen es für die Einschätzung ohne Bedeutung ist, ob die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit durch körperliche oder durch kognitive/psychische Faktoren ausgelöst wird. Dies gilt auch für die außerhäusliche Mobilität in Modul 7, in dem beispielsweise zu berücksichtigen ist, ob im außerhäuslichen Bereich eine Begleitung durch andere Personen aus Sicherheitsgründen erforderlich ist.

Zum besseren Verständnis der Funktionsweise des Instruments sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass äußere, von der Person des Antragstellers losgelöste Faktoren bei der Einschätzung nicht berücksichtigt werden. Das Item „Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs“ spricht die Fähigkeit an, sich über kurze Strecken fortbewegen zu können, sich also im Alltagsleben von einem Zimmer in ein anderes zu bewegen, unabhängig von der Größe einer Wohnung oder des Wohnbereichs in einer stationären Pflegeeinrichtung. Dies gilt analog auch für das Treppensteigen. Es ist für die Einschätzung unerheblich, ob in der Wohnung eine Treppe vorhanden ist oder nicht. Entscheidend bleibt allein die Frage, inwieweit jemand fähig ist, eine Treppe zwischen zwei Wohnnetzen hinaufzusteigen.

Ähnliches gilt für die Verwendung von Hilfsmitteln, denen im Bereich der Mobilität ein besonders hoher Stellenwert zukommt. Eine Person gilt auch dann als selbstständig, wenn sie zwar körperlich beeinträchtigt ist, die betreffende Handlung jedoch unter Nutzung eines Hilfsmittels ohne Unterstützung durch andere Personen ausführen kann, sich also beispielsweise selbstständig mit dem Rollstuhl oder mit Gehhilfen fortbewegen kann.

Bewertungssystematik

Zur Darstellung des Gesamtergebnisses der Einschätzung der innerhäuslichen Mobilität wird die in Kapitel 4.3 beschriebene fünfstufige Bewertungsskala verwendet. Es erfolgt eine einfache Summierung der Punktwerte aller Items. Der maximale Wert, der einer völligen Unselbstständigkeit bei allen aufgeführten Handlungen entspricht, beläuft sich somit auf 15 Punkte. Die Punktwerte werden entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala folgendermaßen zugeordnet:

- 0 Punkte: selbstständig
- 1 bis 3 Punkte: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die beim Steigen einer Treppe, nicht aber bei den übrigen Aktivitäten auf Personenhilfe angewiesen sind)
- 4 bis 6 Punkte: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die sich noch selbstständig aus dem Bett begeben können, aber keine Treppen steigen können und auch ansonsten bei der Fortbewegung im Wohnbereich Unterstützung benötigen)
- 7 bis 9 Punkte: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die keine Treppen steigen können, bei der Fortbewegung im Wohnbereich umfangreiche Unterstützung und zusätzlich beim Transfer aus dem Rollstuhl auf die Toilette Hilfe benötigen)
- 10 bis 15 Punkte: völliger/weitgehender Selbstständigkeitsverlust

Die Ergebnisse des Pretests ergaben keine Hinweise auf die Notwendigkeit der Modifizierung dieser Schwellenwerte, die aufgrund rein inhaltlicher Überlegungen definiert worden waren. Die folgende Abbildung dokumentiert diese Verteilung der verschiedenen Beeinträchtigungsgrade.

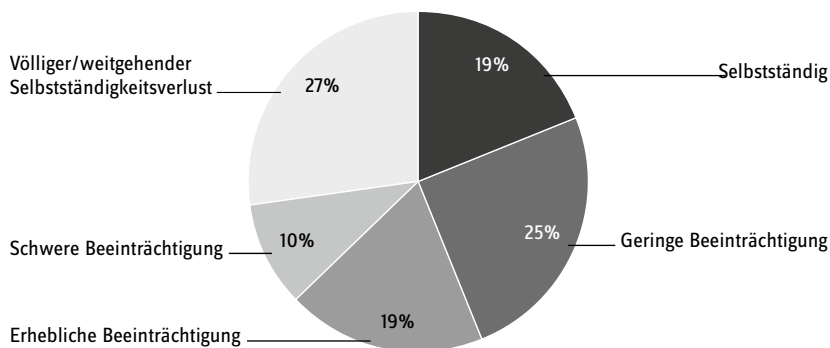


Abb. 4: Pretest-Ergebnisse für das Modul 1 „Mobilität“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung

Die Mobilität ist, wie schon mehrfach angesprochen wurde, in mancher Hinsicht von zentraler Bedeutung für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit und zugleich eine eminent wichtige Ressource zur Kompensation und Bewältigung anderer gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Sie sollte daher bei der Pflege-/Hilfeplanung besondere Aufmerksamkeit finden, nicht zuletzt auch im Hinblick auf aktivierende und mobilitätsfördernde Maßnahmen im Rahmen der täglichen Pflege.

Eine fachgerechte Pflege ist auf Informationen und Einschätzungen angewiesen, die umfangreicher und differenzierter sind als die vom Modul 1 gelieferten Ergebnisse. In welche Richtung solche Ergänzungen gehen sollten, wurde z. T. bereits oben unter Verweis auf das Instrument FACE angedeutet.¹⁸ Die Begutachtungsergebnisse geben somit einen ersten Anhaltspunkt für den Grad der Mobilitätsbeeinträchtigungen, aus dem sich auch ableiten lässt, ob und inwieweit ein weitergehendes Assessment erforderlich ist.

Unter Berücksichtigung der Qualität des pflegerischen Assessments und des Informationsprofils der Pflegedokumentation, wie sie in der heutigen Praxis der vollstationären und ambulanten Pflege üblich ist, fällt die Beurteilung der inhaltlichen Reichweite des Moduls 1 allerdings anders aus. Z. T. wird der Differenzierungsgrad des Moduls in der Routi-

¹⁸ Die im Rahmen des Projekts erarbeitete Arbeitshilfe zur Nutzung der Begutachtungsergebnisse im Rahmen der Pflegeplanung enthalten dazu konkretere Ausführungen (s. Anlagenband).

neversorgung heute nicht erreicht. Insbesondere in Einrichtungen, deren Pflegeplanung und Pflege-Assessment auf einer AEDL-Systematik beruht, finden sich nicht selten deutlich allgemeinere Formen der Beurteilung als im neuen Begutachtungsinstrument. Für solche Einrichtungen wird das Modul 1 trotz der Begrenzung auf zentrale Merkmale durchaus eine Bereicherung sein. Berücksichtigt man außerdem die in Modul 7 enthaltenen zusätzlichen Informationen zur außerhäuslichen Mobilität sowie die Ergebnisse der Informationssammlung und Befunderhebung, die im Rahmen der Begutachtung dokumentiert wird¹⁹, so kann man festhalten, dass eine recht umfangreiche Informationsgrundlage zur Verfügung steht.

4.4.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Das Modul „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ umfasst einen zweiten, für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit ebenfalls zentralen Bereich individueller Fähigkeiten. Es handelt sich nicht um eine „Aktivität“ oder einen „Lebensbereich“, sondern um basale geistige Funktionen, deren Beeinträchtigung in aller Regel weitreichende Selbstständigkeitseinbußen zur Folge hat. Betroffen sind dann nicht nur einzelne Aktivitäten. Kognitive Einbußen können einen umfangreichen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen, der die Begleitung in der gesamten Lebensführung umfasst.

Im Rahmen des Begutachtungs-Assessments sind sie insbesondere für die Berücksichtigung des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung von Bedeutung („Allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung“). Das Einschätzungsergebnis, das dieses Modul liefert, geht zusammen mit den Verhaltensauffälligkeiten in die entsprechenden Berechnungen ein (vgl. Kapitel 4.6). Darüber hinaus findet das Modul 2 im Zusammenhang mit der Einschätzung von Risiken (Prävention) und Rehabilitationsfähigkeit Verwendung.

Inhalte

Dieses Modul ist in zwei Teile untergliedert. Der erste Teil enthält folgende Items:

1. Personen aus dem näheren Umfeld erkennen: Mit „Personen aus dem näheren Umfeld“ sind Menschen gemeint, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt be-

¹⁹ Vgl. Gutachtenformular im Anlagenband. Mobilität wird bereits im heutigen Begutachtungsverfahren vergleichsweise differenziert erfasst und bewertet. Dazu gehören auch ergänzende Beurteilungen, etwa der Wohnumgebung und der Hilfsmittelversorgung.

- steht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch die Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.
2. Örtliche Orientierung: die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt aufzusuchen und zu wissen, wo man sich befindet.
 3. Zeitliche Orientierung: die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte, Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens.
 4. Gedächtnis: die Fähigkeit, Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) als auch solche aus ferner Vergangenheit (bei älteren Menschen).
 5. Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen: die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen. Gemeint sind Handlungen, die täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag vorkommen und die eine Abfolge von Teilhandlungen umfassen.
 6. Entscheidungen im Alltagsleben treffen: Auch in diesem Zusammenhang sollen nur alltägliche Entscheidungen einbezogen werden. Dazu gehören beispielsweise die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachgehen und Ähnliches.
 7. Sachverhalte und Informationen verstehen: Damit ist die Fähigkeit angesprochen, Situationen, Ereignisse oder schriftliche/mündliche Informationen aufzunehmen und richtig zu deuten.
 8. Risiken und Gefahren erkennen: Hiermit sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen. Dazu gehören beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z. B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (verkehrsreiche Straßen, Baustellen etc.).

Der zweite Teil des Moduls enthält drei weitere Items, die Aspekte der interpersonellen Kommunikation berücksichtigen:

9. Mitteilung elementarer Bedürfnisse: Hierzu gehört die Fähigkeit, Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. äußern zu können, bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln auf Bedürfnisse aufmerksam zu machen, Zustimmung oder Ablehnung auszudrücken.

10. Aufforderungen verstehen: Hierzu gehört die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z. B. Essen, Trinken, Kleiden, Beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.
11. Beteiligung an einem Gespräch: Hierzu gehört die Fähigkeit in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen und sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen. Auch hierbei sind die Auswirkungen von Hör- und Sprachstörungen zu berücksichtigen.

Das Modul beinhaltet damit nahezu alle wesentlichen Dimensionen der kognitiven Fähigkeiten, die auch in einschlägigen psychometrischen Testverfahren berücksichtigt werden. Im Vergleich zu anderen komplexen Instrumenten zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit erfolgt hier eine relativ differenzierte Erfassung des kognitiven Status. So werden z. B. mit RAI HC 2.0 lediglich das Kurzzeitgedächtnis, das prozedurale Gedächtnis (Handlungsabfolgen erinnern), das Treffen von Entscheidungen sowie einige Aspekte der Kommunikation eingeschätzt.

Merkmalsausprägungen

Im Modul 2 wird eine an die Standardskala angelehnte, ebenfalls vierstufige Skala verwendet. Sie zielt allerdings nicht auf die Erfassung von Selbstständigkeit, sondern des Ausmaßes, in dem die jeweilige Fähigkeit vorhanden ist. Um eine auch für Kinder geeignete Formulierung zu gewährleisten, wurde der in der ersten Entwurfsversion verwendete Begriff „Beeinträchtigung“ fallengelassen. Im allgemeinen Wortsinn verweist „Beeinträchtigung“ auf die Minderung einer zuvor vorhandenen Fähigkeit. Dies trifft auf Kinder, die die betreffende Fähigkeit möglicherweise noch gar nicht entwickeln konnten, nicht zu. Somit lauten die Merkmalsausprägungen im Modul 2:

- vorhanden/unbeeinträchtigt: 0 Punkte;
- größtenteils vorhanden: 1 Punkt;
- in geringem Maße vorhanden: 2 Punkte;
- nicht vorhanden: 3 Punkte.

Die Verwendung dieser Skala soll an dieser Stelle am Beispiel des Merkmals „Örtliche Orientierung“ illustriert werden:²⁰

²⁰ Die folgenden Formulierungen sind Auszüge aus dem Begutachtungsmanual.

- Bei „vorhandener“ örtlicher Orientierung kann die Frage, in welcher Stadt, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung sich die Person befindet, korrekt beantwortet werden. Außerdem werden regelmäßig genutzte Räumlichkeiten (beispielsweise eigenes Wohnzimmer, Küche etc.) stets erkannt. Ein Verirren in den Räumlichkeiten der eigenen Wohnung (oder des Wohnbereichs in einer Einrichtung) kommt nicht vor, und die Person findet sich auch in der näheren außerhäuslichen Umgebung zurecht. Sie weiß beispielsweise, wie sie zu benachbarten Geschäften, zu einer Bushaltestelle oder zu einer anderen nahe gelegenen Örtlichkeit gelangt.
- Bei „größtenteils vorhandener“ Fähigkeit bestehen Schwierigkeiten, sich in der außerhäuslichen Umgebung zu orientieren. In den eigenen Wohnräumen existieren solche Schwierigkeiten hingegen nicht.
- Eine „in geringem Maße vorhandene“ Fähigkeit bedeutet, dass die Person auch in einer gewohnten Wohnumgebung Schwierigkeiten hat, sich zurechtzufinden. Regelmäßig genutzte Räumlichkeiten und Wege in der Wohnumgebung werden nicht immer erkannt.
- Bei „nicht vorhandener“ Fähigkeit ist die Person selbst in der eigenen Wohnumgebung regelmäßig auf Unterstützung angewiesen.

Auf diese Art und Weise wird die vierstufige Skala auch für die übrigen zehn Items konkretisiert.

Bewertungssystematik

Zur Zusammenführung der Einschätzungsergebnisse wird eine leicht modifizierte, aber ebenfalls fünfstufige Fassung der in Kapitel 4.3 beschriebenen Bewertungsskala verwendet. Die Modifikation besteht lediglich darin, dass mit der Skala nicht die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, sondern die Beeinträchtigung bzw. Ausprägung einer Fähigkeit ausgedrückt wird.

Ähnlich wie im Modul 1 wird zunächst die Summe der Punktwerte der Items ermittelt. Die Berechnung beschränkt sich allerdings auf die acht Items des ersten Teils. Im Verlauf der Instrumentenentwicklung wurde geprüft, ob die drei übrigen, stärker kommunikationsbezogenen Merkmale in die Ergebnisberechnung eingehen sollen. Die Pretest-Daten zeigten jedoch erwartungsgemäß eine sehr starke Korrelation dieser Merkmale mit dem Berechnungsergebnis, das sich auf die acht Items des ersten Teils stützt. Insofern wären sie not-

falls verzichtbar. Die Entscheidung, sie dennoch beizubehalten, resultierte aus ihrer allgemeinen Bedeutung für den Lebensalltag, für die Hilfe- oder Pflegeplanung und für die Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit.

Die Bewertungssystematik sieht also vor, nur die Items 1 bis 8 einzubeziehen. Der maximale Wert – völliges/weitgehendes Fehlen aller aufgeführten kognitiven Fähigkeiten – liegt bei 24 Punkten, die folgende Graduierungen aufweisen:

- 0 Punkte: keine Beeinträchtigung
- 1 bis 4 Punkte: geringe Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten
- 5 bis 8 Punkte: erhebliche Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten
- 9 bis 13 Punkte: schwere Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten
- 14 bis 24 Punkte: völliger/weitgehender Fähigkeitsverlust

Im Unterschied zu den Merkmalsausprägungen ist hier keine Anpassung an die Besonderheiten der Kinderbegutachtung erforderlich. Denn wie an anderer Stelle bereits dargestellt, drückt der für Kinder ermittelte Punktwert weder einen Grad der Beeinträchtigung noch das Ausmaß des Vorhandenseins von Selbstständigkeit bzw. Fähigkeiten, sondern das Ausmaß der Abweichung vom Entwicklungsstand eines altersentsprechend entwickelten Kindes aus. Insofern stellt sich hier die Frage nach einer für Kinder adäquaten Formulierung nicht.

Auch im Falle des Moduls 2 ergaben sich aus den Erprobungsergebnissen keine Hinweise darauf, dass die genannten Schwellenwerte verändert werden sollten. Es ergaben sich eine ausreichend differenzierte Verteilung (vgl. Abbildung) sowie eine hohe Übereinstimmung mit anderen Daten und Informationen (Angaben zur eingeschränkten Alltagskompetenz und Kurzprofile der gesundheitlichen Situation der Probanden).

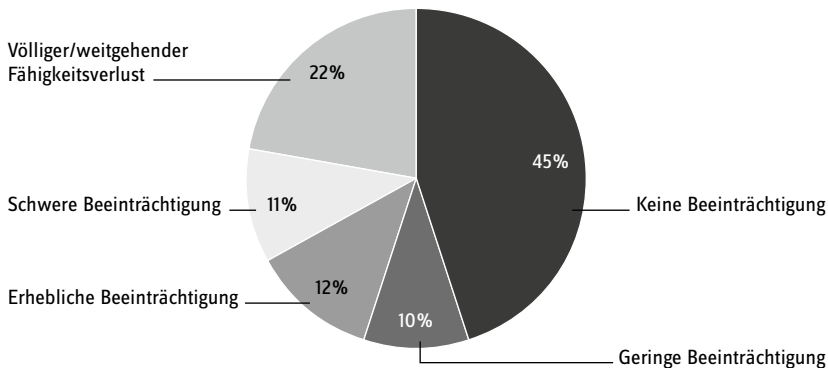


Abb. 5: Pretest-Ergebnisse für das Modul 2 „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“
(n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung

Wie am Beispiel von RAI HC 2.0 aufgezeigt wurde, weist das neue Instrument einen vergleichsweise hohen Grad der Differenzierung kognitiver Fähigkeiten auf. In der heutigen Versorgungspraxis werden diese Fähigkeiten nur von sehr wenigen Einrichtungen mit diesem Differenzierungsgrad erfasst. Für die Erstellung einer individuellen Pflegeplanung dürften nur noch wenige ergänzende Einschätzungen erforderlich sein. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Begutachtungsverfahren keine individuellen biografischen Informationen erfasst werden. Solche Informationen sind unverzichtbar, wenn dem professionellen Grundsatz einer biografieorientierten Pflege kognitiv beeinträchtigter Personen gefolgt und eine nachhaltige Verankerung psychosozialer pflegerischer Interventionen im Versorgungsalltag erreicht werden sollen. Aktivierung und Förderung der verbliebenen kognitiven Ressourcen kommen ohne solche Informationen nicht aus.

4.4.3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Problematische Verhaltensweisen (in der Fachdiskussion mitunter auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet) spielen in einigen Bereichen der Versorgung alter Menschen eine zunehmend wichtige Rolle. Hintergrund ist in erster Linie die wachsende Zahl demenziell Erkrankter. V. a. in stationären Pflegeeinrichtungen ist im Verlauf des Wandels der Bewohnerstruktur, für die heute zumeist ein Anteil demenziell Erkrankter von 50 bis 80% charakteristisch ist, ein wachsender Problemdruck zu verzeichnen.

Auch im Blick auf die Bemessung von Leistungsansprüchen verdienen Verhaltensweisen, aus ähnlichen Gründen wie kognitive Fähigkeiten, besondere Beachtung. Bedingt durch kognitive Einbußen oder psychische Probleme kann eine Person ihr Verhalten nicht mehr bzw. nur noch begrenzt autonom steuern und an Umgebungsbedingungen oder Umweltanforderungen „anpassen“. Ein modernes Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten findet sich beispielsweise im „Need-driven dementia-compromised behavior (NDB) model“ (Algase et al. 1996; Kolanowski 1999; Whall 1999), das Verhalten als Ergebnis komplexer Wechselwirkungen zwischen psychischer Beeinträchtigung, allgemeinen Personenmerkmalen, elementaren Bedürfnissen sowie physischer und sozialer Umwelt konzeptualisiert. Zahlreiche Verhaltensauffälligkeiten sind demnach Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse bzw. psychischer oder körperlicher Problemlagen, die vom Individuum als belastend empfunden werden, die es aber aufgrund fehlender individueller Ressourcen nicht selbstständig bewältigen kann. Das Modell plädiert für einen Perspektivenwechsel, wonach Verhaltensauffälligkeiten primär nicht als irrationales, destruktives oder störendes Krankheitssymptom aufgefasst werden, sondern als bedeutungsvoller Ausdruck unbewältigter Problemlagen, gewissermaßen als verschlüsselte Botschaft kognitiv beeinträchtigter Personen und damit als Anlass für Unterstützungsbedarf.

Ein Bedarf an Personenhilfe entsteht im Zusammenhang mit Verhaltensweisen aus verschiedenen Gründen. Dazu gehören v. a.:

- das Risiko von Selbstverletzung und anderer verhaltensbedingter Schädigung der Gesundheit (z. B. Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Ablehnung von notwendiger Unterstützung, Essen ungenießbarer Substanzen);
- das vermehrte Auftreten von Situationen, die Selbstgefährdungspotenzial bergen (z. B. Verlassen der Wohnung/Einrichtung bei desorientierten Personen);
- die Entstehung von Situationen, die zwar keine unmittelbare Gefährdung darstellen, aber zu anderen Problemen führen oder eine erhebliche Belastung für den Betroffenen darstellen (z. B. Sichverlaufen, Horten und Verstecken von Gegenständen, Beschädigung der materiellen Umgebung, veränderter Tag-Nacht-Rhythmus);
- Gefährdungen oder Beeinträchtigungen anderer Personen (z. B. durch aggressives Verhalten oder vokale Auffälligkeiten).

Verschiedene Verhaltensweisen sind als unmittelbarer Ausdruck von psychischen Problemlagen zu verstehen, die nicht mehr autonom bewältigt werden können, v. a.:

- Ängstlichkeit, akute Angstzustände/Panikattacken,
- visuelle/akustische Halluzinationen,
- Verwirrheitszustände und Wahnvorstellungen (etwa die Vorstellung, verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden) sowie
- Antriebslosigkeit und depressive Stimmungslage.

Die Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen, die mit Modul 3 erfasst werden, begründen ggf. einen Unterstützungsbedarf in Form von Beobachtung, Motivierung und Begrenzung, emotionaler Entlastung, Deeskalation, Deutungs- und Orientierungshilfen, Beschäftigung, Ansprache und Umgebungsgestaltung, z.T. noch in anderen Formen. Die meisten dieser Maßnahmen werden in der aktuellen Diskussion unter der nicht ganz glücklichen Bezeichnung „Allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung“ thematisiert. Das Modul 3 dient (zusammen mit Modul 2) insbesondere der Ermittlung des Bedarfs in diesem Bereich.

Inhalte

Die Merkmale des Moduls wurden vorrangig mithilfe einschlägiger, spezifischer Assessment-Instrumente definiert. Anregungen lieferten insbesondere eine modifizierte, deutschsprachige Version des Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (vgl. Wingenfeld/Seidl i. E. und Cohen-Mansfield 1991) sowie das Behave-AD (Auer/Boetsch 2003). Die Instrumente FACE, Easy Care, RAI 2.0 und RAI HC 2.0 wurden ebenfalls einbezogen. Bis auf FACE, das in diesem Bereich ein eigenes Tool-Set für das Assessment zur Verfügung stellt, boten diese komplexen Instrumente jedoch nur wenige Anregungen. Das Modul unterscheidet wie die Entwurfsversion insgesamt 13 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:²¹

1. Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten: Dazu gehören v. a. das (scheinbar) ziellose Umhergehen in der Wohnung oder Einrichtung sowie der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die Wohnung/Einrichtung zu verlassen, ebenso allgemeine Rastlosigkeit in Form von ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im Bett;
2. Nächtliche Unruhe: nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus (Wach-Sein in der Nacht, Schlafen während des Tages);

²¹ Die Erprobungserfahrungen gaben Anlass zu einigen geringfügigen Formulierungsänderungen.

3. Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten: Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, essen oder trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen;
4. Beschädigung von Gegenständen: aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder wegschieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z. B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen;
5. Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen: nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzung anderer durch Gegenstände;
6. Verbale Aggression: verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen;
7. Andere vokale Auffälligkeiten: lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hinschimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen;
8. Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen: Ablehnung von Unterstützung (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, Sinnestäuschungen: visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z. B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; 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 oder im Kontakt mit anderen Personen;
11. Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage: Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen;
12. Sozial inadäquate Verhaltensweisen: distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche;

13. Sonstige inadäquate Handlungen: Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Manierismen), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern.

Diese Merkmale weisen Verhaltensweisen ein wenig differenzierter aus als beispielsweise RAI HC 2.0. Gemessen an spezifischen Instrumenten wie dem CMAI handelt es sich hingegen um eine Zusammenfassung der relevanten Einzelhandlungen (CMAI unterscheidet in der Originalversion 29 Verhaltensweisen, die sich unter den Begriff „Agitation“ subsumieren lassen, also nicht einmal Probleme wie Antriebslosigkeit oder depressive Stimmungslage berücksichtigen). Insofern kann hier von einem mittleren Differenzierungsgrad gesprochen werden.

Merkmalsausprägungen

Wie bereits dargelegt, ist es unüblich und messmethodisch wenig empfehlenswert, Verhaltensweisen mit einer Skala zur Unterscheidung von Graden der Selbstständigkeit einzuschätzen. Vorgesehen ist daher eine vierstufige Skala zur Erfassung der Auftretenshäufigkeit mit folgenden Merkmalsausprägungen:

- nie: 0 Punkte;
- selten (ein- bis zweimal innerhalb von zwei Wochen): 1 Punkt;
- häufig (zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich): 3 Punkte;
- täglich: 5 Punkte.

Anders als in den Modulen 1 und 2 werden einzelne Items gesondert gewichtet. Das bedeutet, dass die Merkmalsausprägungen bei einigen Verhaltensweisen mit höheren Punktwerten versehen sind. Dies gilt für die Merkmale „Nächtliche Unruhe“ und „Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten“. Der Grund dafür liegt darin, dass diese Verhaltensweisen schon für sich genommen einen erheblichen Unterstützungsaufwand erforderlich machen. So ist beispielsweise das mehrmals wöchentliche Auftreten von selbstverletzendem Verhalten anders zu bewerten als vokale Auffälligkeiten, die mit der gleichen Häufigkeit auftreten. Die besondere Gewichtung führt dazu, dass tägliches Auftreten von nächtlicher Unruhe und häufiges (s. o.) Auftreten von selbstverletzendem/ autoaggressivem Verhalten automatisch, d. h. unabhängig vom Vorliegen weiterer Verhaltensauffälligkeiten, zur Zuordnung der höchsten Stufe der Gesamtbewertung von Verhaltensauffälligkeiten führt.

Die vorliegenden empirischen Daten aus Studien in stationären Pflegeeinrichtungen (n = 299 – Wingenfeld/Seidl i. E.) werfen die Frage auf, ob eine solche Sonderregel erforderlich ist. Diesen Daten zufolge ist es so gut wie ausgeschlossen, dass bei Heimbewohnern eine dieser Verhaltensweisen auftritt, ohne dass nicht gleichzeitig andere Verhaltensprobleme bestehen. Für andere Personengruppen, etwa für Kinder oder Jugendliche mit psychischen Störungen, stehen jedoch zu wenig empirisch gesicherte Erkenntnisse zur Verfügung, um diese Frage abschließend zu beurteilen.

Bewertungssystematik

Analog zu Modul 2 war zur Zusammenführung der Einschätzungsergebnisse auch in diesem Fall eine leicht modifizierte Fassung der in Kapitel 4.3 beschriebenen Bewertungsskala zu definieren. Die hier verwendete Skala interpretiert problematische Verhaltensweisen als Ausdruck einer Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz.²² Ihre Ausprägungen stellen dementsprechend eine Aussage dazu dar, in welchem Maße eine Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz auf der Verhaltensebene vorliegt.

Auch in Modul 3 erfolgt zunächst eine Summierung der Punktwerte aller 13 Items. Die Unterscheidung der fünf Schweregrade muss allerdings aus inhaltlichen Gründen anders als im Falle der Mobilität oder kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten festgelegt werden. So berechtigt unter inhaltlichen Gesichtspunkten allein der Umstand, dass eine Person täglich motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten und verbal-aggressives Verhalten aufweist, zur Feststellung „schwerste[r] Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz“, wengleich bei der Einschätzung möglicherweise nur 10 von theoretisch möglichen 75 Punkten erreicht werden.

²² Selbststeuerungskompetenz ist hier definiert als die Fähigkeit, das eigene Verhalten adäquat an äußere oder innere Anforderungen, äußere oder innere Belastungen oder Risiken anzupassen. Mit dem Verweis auf „innere“ Anforderungen und Belastungen werden auch die Steuerung der Bedürfnisbefriedigung und der Umgang mit Gefühlsregungen einbezogen (vgl. Hurrelmann 2000: 87 und 107).

Aufgrund dieser Überlegungen entstand für das Modul 3 folgende Differenzierung:

0 Punkte:	keine Beeinträchtigung
1 bis 2 Punkte:	geringe Beeinträchtigung
3 bis 4 Punkte:	erhebliche Beeinträchtigung
5 bis 6 Punkte:	schwere Beeinträchtigung
> 6 Punkte :	schwerste Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz

Der höchste Grad der Beeinträchtigung setzt beispielsweise voraus, dass eine der 13 Verhaltensweisen täglich und eine weitere mehrfach wöchentlich auftritt. Unabhängig von den 13 Verhaltensweisen wird ein Verlust der Selbststeuerungskompetenz auch bei Personen mit komatösem Bewusstseinszustand unterstellt.

Die geringen Punktzahlen werfen die Frage auf, ob angesichts dieses niedrigen Niveaus nicht ein „Deckeneffekt“ provoziert wird, d. h. Personen, die Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, überwiegend als „schwerstbeeinträchtigt“ beurteilt werden. In dem Ende 2007 vorgelegten Zwischenbericht wurde vermutet, dass nur wenige Pflegebedürftige einen Wert von 15 Punkten oder mehr erreichen. Die Pretest-Ergebnisse bestätigen diese Annahme weitgehend:

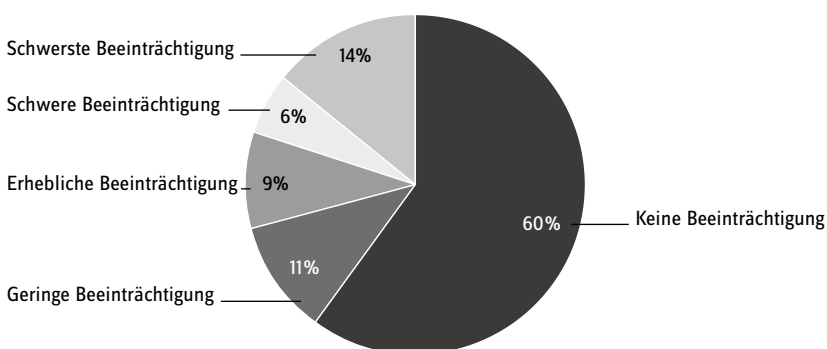


Abb. 6: Pretest-Ergebnisse für das Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“: Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Das neue
Begutachtungsinstrument
für Erwachsene

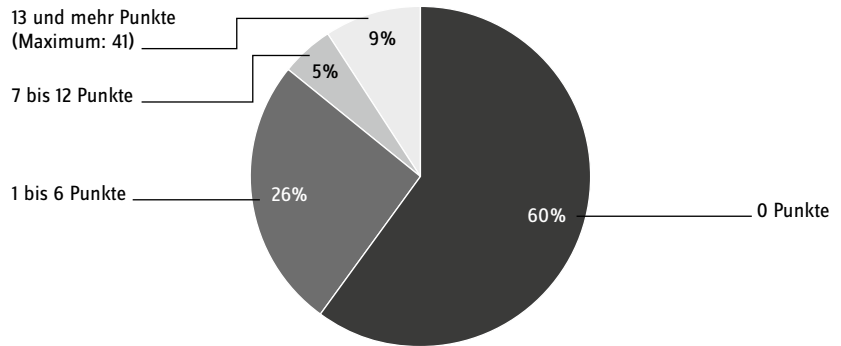


Abb. 7: Pretest-Ergebnisse für das Modul 3: Verteilung der Punktwerte
(n = 100; Fälle/Prozentangaben)

	0	1	2	3
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	90	4	1	5
Nächtliche Unruhe	87	8	3	2
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	99	-	-	1
Beschädigung von Gegenständen	99	-	1	-
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	93	2	3	2
Verbale Aggression	91	3	5	1
Andere vokale Auffälligkeiten	94	-	1	5
Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	91	2	3	4
Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	88	6	3	3
Ängste	90	2	3	5
Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	83	5	6	6
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	95	1	-	4
Sonstige inadäquate Handlungen	90	1	4	5

0 = nie; 1 = maximal 1x wöchentlich; 2 = mehrmals wöchentlich; 3 = täglich

Tab. 1: Auftretenshäufigkeit der Verhaltensweisen in Modul 3
(n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Insgesamt ergab sich auch im Hinblick auf die Bewertungssystematik für Modul 3 kein wesentliches Anpassungserfordernis. Den Ergebnissen des Pretests zufolge wäre es nicht notwendig, die Merkmale „Nächtliche Unruhe“ und „Selbstschädigendes/autoaggressives Verhalten“ in der Bewertungssystematik gesondert zu gewichten. Das hängt damit zusammen, dass selbstschädigendes Verhalten bei älteren Pflegebedürftigen sehr selten auftritt (vgl. Tabelle) und beide Verhaltensweisen fast immer in Kombination mit anderen Verhaltensauffälligkeiten anzutreffen sind. Dadurch werden die betreffenden Personen auch ohne eine besondere Gewichtung dieser Merkmale in Modul 3 adäquat bewertet. Mit anderen Worten: Bei keiner der 100 Personen, deren Verhalten mit dem neuen Instrument eingeschätzt wurde, hätte ein Verzicht auf die besondere Gewichtung zu einem anderen Ergebnis geführt. Dennoch erfolgte keine Modifizierung der Bewertungssystematik. Vielmehr wird vorgeschlagen, die Frage nach der Notwendigkeit einer besonderen Gewichtung anhand der Ergebnisse der umfangreichen Praxiserprobung in der Hauptphase 2 noch einmal zu überprüfen.

Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung

Eine systematische Einschätzung der Ausprägung von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen in den genannten Dimensionen wird durch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen derzeit äußerst selten vorgenommen. Bislang stehen auch kaum für den Versorgungsalltag geeignete Assessment-Instrumente zur Verfügung. Das Modul 3 kann insofern eine wichtige Erweiterung des Assessments im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses darstellen. Ähnlich wie im Fall der kognitiven Fähigkeiten gilt allerdings auch hier, dass bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Maßnahmen ergänzende Informationen und Einschätzungen voraussetzen. Biografische Informationen sind hier ebenso von Bedeutung wie die Einschätzung von Umgebungsfaktoren (vgl. Wingefeld/Seidl i. E. und Bartholomeyczik et al. 2006).

4.4.4 Selbstversorgung

Das Modul Selbstversorgung umfasst mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sämtliche Verrichtungsbereiche, anhand derer bei der bisherigen Begutachtung nach dem SGB XI Pflegebedürftigkeit eingeschätzt wurde. Wie schon erwähnt, wurde der Begriff „Selbstversorgung“ aus dem englischen „self care“ abgeleitet – einem Begriff, der in anderen Instrumenten und Klassifikationssystemen durchaus gängig ist, insbesonde-

re dort, wo die Mobilität gesondert erfasst wird. In den meisten Fällen sind die Inhalte jedoch deckungsgleich mit Handlungen, die mit „Aktivitäten des täglichen Lebens“ o.ä. Formulierungen angesprochen werden. Der Begriff hat aber den Vorteil, fehlerhafte Gleichsetzungen (z. B. Alltagsverrichtungen und AEDL nach Krohwinkel) von vornherein auszuschließen.

Inhalte

Zur Selbstversorgung gehören dementsprechend die Bereiche Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung sowie Ausscheiden.²³

Der Bereich Körperpflege besteht aus folgenden Items:

1. Vorderen Oberkörper waschen
2. Rasieren, Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung
3. Intimbereich waschen
4. Duschen oder Baden (einschließlich Haare waschen)

Der Bereich An- und Auskleiden ist aufgeteilt auf:

5. Oberkörper an- und auskleiden
6. Unterkörper an- und auskleiden

Der Bereich Ernährung wird abgebildet mit den Items:

7. Essen mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen
8. Essen
9. Trinken

Neben der motorischen Fähigkeit, Speisen und Getränke zum Mund zu führen, ist an dieser Stelle auch zu beurteilen, ob nach individuellen Bedürfnissen situationsgerecht und ausreichend Nahrung aufgenommen wird. Außerdem werden besondere Ernährungsformen berücksichtigt (z. B. PEG-Sonde oder parenterale Ernährung).

²³ Unterstützungsbedarf bei der Mobilität ist im heutigen Begutachtungsverfahren nur dann zu werten, wenn er zur Durchführung der anderen Alltagsverrichtungen erforderlich ist. Im neuen Begutachtungsverfahren wird diese Frage anders gelöst: Die Fortbewegung, die bei der Toilettennutzung erforderlich ist, soll auch als Teil der Aktivität „Toilettennutzung“ beurteilt werden.

Der Bereich Ausscheiden wird erfasst anhand der Items:

10. Toilette/Toilettenstuhl benutzen
11. Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma
12. Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen/Umgang mit Stoma

Ergänzend werden das Ausmaß der Inkontinenz und eine ggf. vorliegende künstliche Harnableitung bzw. ein Colo-/Ileostoma erfasst. Für diesen Bereich ist also nicht nur die Fähigkeit der selbstständigen Toilettenbenutzung relevant, sondern auch der Umgang mit den Folgen einer Inkontinenz oder mit besonderen Versorgungsformen wie suprapubischem oder transurethralem Dauerkatheter oder künstlichem Harnleiter- oder Darmausgang.

Da es in diesem Verfahren keine Bedeutung hat, wie viel Zeit für Pflegeleistungen aufgewendet wird, ist eine vollständige Erfassung aller möglicherweise vorkommenden Pflegehandlungen entbehrlich. Die Abbildung anhand weniger exemplarischer Aktivitäten lässt Rückschlüsse auf Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen auch bei anderen Aktivitäten zu. Im Gesamtbild wird der Bereich der Selbstversorgung mit diesen Merkmalen aber doch noch differenzierter erfasst als bei komplexen Instrumenten üblich. Hier zum Vergleich die entsprechenden Merkmale aus dem RAI HC 2.0 (Reihenfolge der Inhalte angepasst an die oben aufgeführte Aufstellung):

- Persönliche Körperhygiene
- Baden/Duschen
- An-/Auskleiden Oberkörper
- An-/Auskleiden Unterkörper
- Essen/Trinken (einschl. Sondenernährung)
- Toilettenbenutzung
- Blasenkontrolle
- Hilfsmittel bei Urininkontinenz
- Darmkontrolle

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass Instrumente wie RAI in erster Linie als Instrument für die pflegerische Einschätzung im Rahmen des Pflegeprozesses entwickelt wurden und daher Teilaspekte dieser Inhalte noch an anderen Stellen und mit anderer Fragestellung aufgegriffen werden.

Merkmalsausprägungen

Zur Einschätzung wird größtenteils die vierstufige Standardskala verwendet (Merkmalsausprägungen: „selbstständig“; „überwiegend selbstständig“; „überwiegend unselbstständig“; „unselbstständig“). Davon abweichend sind konkrete Antwortvorgaben für die Items zur künstlichen Ernährung, zur Ausprägung der Inkontinenz und zum Themenkreis Katheter/Stoma vorgesehen.

Bewertungssystematik

Die Bewertungssystematik im Falle des Moduls Selbstversorgung ist ein wenig komplizierter als in den anderen Bereichen, da hier eine Gewichtung der Items vorgenommen wird. Sie basiert auf folgendem Berechnungsmodell:

Bereich	Anzahl Items	Gewichtung	Max. Punktwert	Wert der Items
Körperpflege	4	25,0%	12	3 - 3 - 3 - 3
Sich kleiden	2	12,5%	6	3 - 3
Nahrungsaufnahme*	3	37,5%	18	3 - 6 - 9
Ausscheiden	3	25,0%	12	6 - 3 - 3
Zusammen	12	100,0%	48	-

* Ohne Berücksichtigung von Sondenernährung

Tab. 2: Berechnungsmodell für die Bewertungssystematik des Moduls „Selbstversorgung“

Die Definition der Gewichtungen wurde vorrangig aus inhaltlichen Überlegungen abgeleitet. So ist es evident, dass die Nahrungsaufnahme bei der Versorgung Pflegebedürftiger im Vergleich zu den anderen Hilfen den größten Unterstützungsumfang mit sich bringt. Der Umfang der Unterstützung bei der Aktivität „Sich kleiden“ liegt in aller Regel deutlich niedriger als in den anderen Bereichen. Zur Überprüfung dieser Überlegungen und der daraus abgeleiteten Gewichtungen wurden verschiedene Daten und andere Quellen bemüht. Dazu gehören beispielsweise die Ergebnisse der NRW-Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in der vollstationären Pflege“ (Wingenfeld/Schnabel 2002), die differenzierte Leistungsdaten über mehr als 700 Bewohner aus 27 Pflegeeinrichtungen liefern,²⁴

²⁴ Die Ergebnisse dieser Studie dokumentieren beispielsweise für den Bereich der Körperpflege einen mittleren Leistungsaufwand von 13,4 Minuten je Bewohner und Tag. Im Bereich Ausscheiden beläuft sich der entsprechen-

oder die Studie „Zeitrictlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs“ (Bartholomeyczik et al. 2001), aus der sich für die häusliche Versorgung zumindest Anhaltspunkte zur Gewichtung der genannten Bereiche ableiten lassen. Auch Daten und Maßstäbe aus dem Begutachtungsverfahren nach dem SGB XI wurden herangezogen, um die Plausibilität der Gewichtung zu prüfen.

Die Gewichtung hat z. B. zur Konsequenz, dass aus den drei Items zur Nahrungsaufnahme 37,5% des maximalen Punktwerts abgeleitet werden. Durch die Abstimmung von Anzahl der Items und Gewichtungsfaktor ist es möglich, eine überschaubare Struktur beizubehalten. So ist der Bereich Körperpflege mit vier Items vertreten, deren maximale Punkte-summe (12) 25% des Gesamtpunktwerts ausmachen. „Sich kleiden“ ist in zwei Items (maximal 6 Punkte) aufgeteilt und besitzt eine Gewichtung von 12,5%. Mit anderen Worten: Jedes der sechs Items in diesen beiden Bereichen kann den maximalen Punktwert 3 annehmen. Trotz unterschiedlicher Gewichtung der Bereiche geht der Großteil der Merkmale mit dem gleichen maximalen Punktwert in die Berechnung ein.

Hinzuweisen ist auf die besondere Berücksichtigung von Inkontinenz. Der Grad der Beeinträchtigung von Darm- und/oder Blasenkontrolle und eventuell vorhandene künstliche Ableitungssysteme beeinflussen den Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe. Die Items „Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma“ und „Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen/Umgang mit Stoma“ können also nur einen Wert annehmen, wenn eine entsprechende und in relevantem Maße ausgeprägte Bedarfskonstellation vorliegt. Dies wird bei der Berechnung anhand von Angaben zur Darm-/Blasenkontrolle und zu künstlichen Ableitungssystemen überprüft.

Tatsächlich ist die Bewertung in diesem Modul jedoch noch ein wenig komplizierter. Denn es muss berücksichtigt werden, dass auch Formen der künstlichen Ernährung zu einer anderen Art und zu einem anderen Ausmaß der Abhängigkeit von Personenhilfe führen. Eine weitere Besonderheit der Berechnung des Scores erwächst also aus einem zusätzlich für die Sondenernährung kalkulierten Punktwert: Je nachdem, wie hoch der

de Wert auf 12,1 Minuten, im Falle des An-/Auskleidens auf 7,5 Minuten (Wingenfeld/Schnabel 2002: 65). Dies legt es nahe, die Bereiche Körperpflege und Ausscheidungen gleichzugewichten, das An- und Auskleiden hingegen deutlich geringer. Anhand dieser und ähnlicher Überlegungen und unter Hinzuziehung einiger weiterer empirischer Daten wurden die o. g. Gewichtungen festgelegt.

Anteil der Sondenernährung bei der Nahrungsaufnahme liegt, wird zusätzlich ein Wert zwischen 0 (nur gelegentlich bzw. nicht tägliche Zufuhr von Sondennahrung) und 12 (ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung) in Anschlag gebracht. Wird ausschließlich Sondennahrung aufgenommen, entfallen allerdings die Punktwerte für die zur oralen Nahrungsaufnahme dienenden Aktivitäten. Dadurch entsteht bei Personen, bei denen dies noch möglich ist, ein Anreiz zur Vermeidung eines vorschnellen Übergangs zu ausschließlicher Sondenernährung. Die Berechnungsmethode entspricht aber auch der Bedeutung (dem „Gewicht“), die eine Kombination aus oraler Nahrungsaufnahme und Sondenernährung haben kann.²⁵

Durch die Berücksichtigung der Sondenernährung liegt der maximale Wert in diesem Modul nicht, wie in der oben aufgeführten Übersicht, bei 48, sondern bei 57 Punkten. Auf dieser Grundlage wurden für die fünfstufige Bewertungsskala folgende Schwellenwerte definiert:²⁶

- 0 Punkte: selbstständig
- 1 bis 9 Punkte: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit
- 10 bis 24 Punkte: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit
- 25 bis 39 Punkte: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit
- ab 40 Punkte: völliger/weitgehender Selbstständigkeitsverlust

Für die Definition dieser Schwellenwerte waren die Pretest-Ergebnisse ganz besonders wichtig, denn anders als im Falle der Module 1 bis 3 ist es in diesem Fall kaum möglich, eine rein inhaltlich begründete Abstufung vorzunehmen. Ein wenig erleichtert wird dies durch den Umstand, dass die in diesem Modul berücksichtigten Aktivitäten weitgehend dem heute gültigen Verrichtungskatalog des SGB XI entsprechen. Somit konnte die Tragfähigkeit einer Lösung anhand der Frage beurteilt werden, wie sich das Verhältnis zwischen der Graduierung der Selbstständigkeit und den Pflegestufen darstellt.

²⁵ Mit parenteraler Ernährung, die als dauerhafte Form der Ernährung jedoch nur selten vorkommt, wird ähnlich verfahren.

²⁶ Diese Systematik wurde im Vergleich zur Entwurfsversion, die im Dezember 2007 im Zwischenbericht vorgestellt wurde, erheblich überarbeitet.

	PS 0	PS I	PS II	PS III	Summe
Keine Beeinträchtigung	4	-	-	-	4
Geringe Beeinträchtigung	14	4	-	-	18
Erhebliche Beeinträchtigung	5	29	1	-	35
Schwere Beeinträchtigung	-	1	24	-	25
Weitgehender Selbstständigkeitsverlust	-	-	5	13	18

Tab. 3: Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (Modul 4) und Pflegestufen nach dem SGB XI (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Wie die Tabelle erkennen lässt, gelang eine sehr plausible Abstufung der Beeinträchtigung. Auch die stichprobenartige Sichtung der Fallprofile bestätigte, dass die Schwellenwerte plausibel definiert sind. Man muss an dieser Stelle allerdings betonen, dass es trotz großer inhaltlicher Übereinstimmungen natürlich keine vollständige Entsprechung zwischen Pflegestufen und Grad der Beeinträchtigung geben kann.

Nicht befriedigend geklärt werden konnte die Frage, wie gut oder wie schlecht Sondenernährung mit der neuen Systematik erfasst wird. Unter den 100 Probanden fanden sich nur drei Personen mit einer Versorgung dieser Art. Gleiches gilt für Personen mit künstlichem Darmausgang. Demgegenüber waren in der Stichprobe zehn Fälle mit Dauerkatheter vertreten. Hier lässt sich nach einer Einzelfallprüfung (Vergleich mit anderen Merkmalen der Pflegebedürftigkeit und den Fallprofilen) mit einiger Wahrscheinlichkeit feststellen, dass diese Konstellation mit dem neuen Verfahren adäquat abgebildet wird.

Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung

Die mit dem Modul berücksichtigten Aktivitäten stellen in der Praxis derzeit den umfangreichsten Teil einer individuellen Pflegeplanung dar. Die Ergebnisse des neuen Verfahrens bieten in dieser Hinsicht eine erste Einschätzung, sind aber sicherlich ergänzungsbedürftig. Wie umfangreich solche Ergänzungen ausfallen, lässt sich allerdings nicht pauschal beantworten. Dies hängt u. a. davon ab, inwieweit die Pflegeplanung dem Grundsatz folgt, sich auf fachlich wesentliche Aspekte zu konzentrieren und bürokratischen Ballast zu vermeiden (z. B. Dokumentation überflüssiger Informationen, Absicherung jeder einzelnen geplanten Pflegemaßnahme mit einem Pflegeziel oder Durchführung von Be-

urteilungen, die für die Maßnahmenplanung oder Evaluation des Pflegeprozesses irrelevant sind).

Benötigt werden u. a. weitergehende Einschätzungen des Hautzustands (Körperpflege), des Mund-/Zahn- und Ernährungsstatus, der Besonderheiten bei kombinierter Nahrungsaufnahme (oral und Sonde), eventueller Störungen im Bereich von Ausscheidungen und einige weitere Punkte mehr. Zwar erfolgen hierzu auch im Rahmen der Befunderhebung gutachterliche Feststellungen, doch sind diese größtenteils kein Ersatz für das pflegerische Assessment im Rahmen des Pflegeprozesses. Auch biografische Informationen sind in diesem Zusammenhang wichtig, v. a. zur Sicherstellung einer bedürfnisgerechten Pflege. Sie können mit dem Begutachtungsinstrument nicht erfasst werden.

Allerdings liefern die Einschätzungsergebnisse einige (grobe) Hinweise auf Ansatzpunkte für die ressourcenfördernde „aktivierende“ Pflege. Insbesondere die Merkmalsausprägungen „überwiegend selbstständig“ und „überwiegend unselbstständig“ sollten zu einer genaueren Prüfung dieses Aspekts veranlassen. Den Regeln zur Verwendung des Instruments entsprechend ist auch bei der Einschätzung „überwiegend unselbstständig“ davon auszugehen, dass bei der betreffenden Person noch Ressourcen vorhanden sind. Weitere wichtige Hinweise ergeben sich aus den Feststellungen des Gutachters zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs. Hier wären Ansatzpunkte für die Ressourcenförderung anhand der Begutachtungsergebnisse direkt ablesbar.

4.4.5 Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Die Einschätzung der Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen erfolgt mit Modul 5. Sie ist dem Themenkreis der selbstständigen Krankheitsbewältigung zuzuordnen, die in den „Elementen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ angesprochen wird. An dieser Stelle muss allerdings zwei Missverständnissen vorgebeugt werden:

1. Krankheitsbewältigung darf nicht auf die hier aufgeführten Aktivitäten reduziert werden. Nach dem weltweit bekannten Trajekt-Modell von Corbin/Strauss (1998 und 2003) umfasst Krankheitsbewältigung die drei Handlungsbereiche alltagsbezogene Arbeit (Berufsleben, familiäres Leben, alltägliche Handlungen zur Aufrechterhaltung der eigenen Existenz und zur Befriedigung von Bedürfnissen), Biografiearbeit (Integration

der Erkrankung und ihrer Folgen in die persönliche Identität) und schließlich krankheitsbezogene Arbeit, die direkt auf die Kontrolle von Erkrankungen und Symptomen sowie auf die Durchführung therapeutischer Interventionen ausgerichtet ist. Um diesen zuletzt angesprochenen Bereich – und somit streng genommen nur um einen Ausschnitt von Krankheitsbewältigung – geht es in Modul 5. Hierbei liegt ein Verständnis zugrunde, das Krankheitsbewältigung analog zum Trajekt-Modell als einen Prozess versteht, der dem Kranken bzw. Pflegebedürftigen aktives Handeln (bei Corbin/Strauss: „Arbeit“) abverlangt. Ist er hierzu nicht mehr in der Lage bzw. auf personelle Hilfe angewiesen, gilt er im Sinne des neuen Begutachtungs-Assessments als in seiner Selbstständigkeit beeinträchtigt.

2. Damit ist indirekt bereits ein zweites mögliches Missverständnis angesprochen: Wenn gleich die in Modul 5 aufgeführten Aktivitäten auf den ersten Blick wie eine Aufzählung von Maßnahmen der Behandlungspflege erscheinen, geht es ausdrücklich nicht um die Einschätzung des Bedarfs an ärztlich verordneten Pflegeleistungen nach dem SGB V. Ein Großteil der hier aufgeführten Maßnahmen und Handlungen kann von erkrankten Personen eigenständig durchgeführt werden, sofern sie über die dazu nötigen Ressourcen verfügen, d. h. über körperliche und kognitive Fähigkeiten, spezifische Fertigkeiten, Motivation, Kenntnisse u. a. m. Dies gilt auch für Maßnahmen, die nur selten von den Erkrankten selbst durchgeführt werden, wie z. B. das Absaugen von Sekret oder die regelmäßige Einmalkatheterisierung.

Inhalte

Das Modul beinhaltet verschiedenste krankheitsbezogene Aktivitäten und Maßnahmen. Im Gegensatz zu anderen Modulen können hier allerdings immer nur einige (meist wenige) und niemals alle Items zutreffen. Aus diesem Grund musste eine Methode der Einschätzung konstruiert werden, die sich von den bislang vorgestellten Modulen deutlich abhebt. Insgesamt werden innerhalb des Moduls vier Bereiche unterschieden.

Zum ersten Bereich gehören:

1. Medikation²⁷
2. Injektionen

²⁷ Der Umgang mit der Medikation bringt für die große Mehrheit der chronisch Kranken und Pflegebedürftigen erhebliche Anforderungen mit sich. Sie steht daher auch an erster Stelle.

Das neue
Begutachtungs-
instrument
für Erwachsene

3. Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
4. Absaugen oder Sauerstoffgabe
5. Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen
6. Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. BZ, RR etc.)
7. Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe)

Der zweite Bereich umfasst:

8. Verbandwechsel/Wundversorgung
9. Wundversorgung bei Stoma
10. Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abfuhrmethoden
11. Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z. B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik, Sekretelimination etc.)

Zum dritten Bereich gehören:

12. Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)
13. Arztbesuche
14. Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)
15. Zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)
- K. Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)

Der vierte Bereich schließlich fällt ein wenig aus dem Rahmen und umfasst nur die Frage nach der Selbstständigkeit bei der Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften. Vorschriften zur Ernährung dürften einer der am häufigsten vorkommenden Fälle dieser Art sein. Sollte es sich um eine andere Verhaltensvorschrift handeln, so ist diese im Begutachtungsbogen im Klartext anzugeben.

Die Bündelung der Items bzw. die Unterteilung dieser Bereiche orientiert sich größtenteils am Aufwand, den sie mit sich bringen. Die ersten sieben Items umfassen Handlungen, die für gewöhnlich innerhalb einiger weniger Minuten vollführt werden können und in der Regel mehrmals täglich durchgeführt werden müssen. Die Items 8 bis 11 beinhalten ebenfalls Maßnahmen, die in dieser Hinsicht Gemeinsamkeiten aufweisen, aber doch einen höheren Zeitaufwand mit sich bringen. Sie können zwar auch täglich vorkommen, in der Regel jedoch nicht mit der Häufigkeit der Aktivitäten des ersten Bereichs. Die Items

12 bis 15 (und das zusätzliche Item für die Kinderbegutachtung) erstrecken sich auf vergleichsweise aufwendige Handlungen, meist verbunden mit der Notwendigkeit, die Wohnung zu verlassen. Teilweise ergeben sich erhebliche Belastungen durch häufige und/oder ausgedehnte Arzt- und Therapiebesuche. Diese Belastung entsteht in besonderer Weise auch für die Angehörigen durch eine notwendige Begleitung bei diesen Besuchen. Eine Differenzierung der Besuche von medizinischen Einrichtungen ist angezeigt, weil sich beispielsweise Besuche bei Physiotherapeuten in ihrem zeitlichen Aufwand deutlich unterscheiden vom Besuch spezialisierter Einrichtungen (z. B. Dialyse oder bestimmte onkologische Behandlungen), für die z. T. noch zusätzlich erhebliche Wegstrecken zurückgelegt werden müssen.

Merkmalsausprägungen

Die Merkmalsausprägungen in diesem Modul unterscheiden sich zumeist erheblich von den Ausprägungen in anderen Modulen. Für die ersten drei Bereiche ist zunächst anzugeben, ob die Aktivität oder Maßnahme überhaupt vorkommt. Ist das nicht der Fall, wird dies über die Angabe „Entfällt“ vermerkt, wonach keine weiteren Feststellungen zu dem betreffenden Item erforderlich sind. Anderenfalls ist einzuschätzen, ob sie selbstständig durchgeführt werden kann. Abweichend von den anderen Modulen ist dabei nicht vorgehen, verschiedene Grade der Selbstständigkeit zu dokumentieren.

Da in diesem Modul in aller Regel nur wenige Items eine Rolle spielen, muss die Bewertungssystematik darauf ausgerichtet sein, die Häufigkeit des Vorkommens einer Aktivität mit einzubeziehen. Kann daher eine Aktivität oder Maßnahme nicht selbstständig durchgeführt werden, so ist die Häufigkeit der erforderlichen Hilfe durch andere Personen einzutragen (Anzahl pro Tag, Woche oder Monat). Zu beurteilen ist ferner, ob es sich bei der Aktivität um ein dauerhaftes (länger als sechs Monate) oder vorübergehendes (weniger als sechs Monate) Erfordernis handelt. Viele Erkrankungen bringen bestimmte Anforderungen und Belastungen zu bestimmten Zeiten und in wechselnder Intensität mit sich. So kann es etwa bei onkologischen Behandlungen zu häufigen, zeitaufwendigen Besuchen medizinischer Einrichtungen über einen Zeitraum von drei Monaten (vorübergehend) kommen.

Die Merkmalsausprägungen des vierten Bereichs sind wiederum angelehnt an die aus anderen Modulen vertraute Skala zur Selbstständigkeit. Analog der Gesamtlöge des Mo-

duls wird auch hier ergänzend erfasst, ob eine Diät oder andere Verhaltensvorschriften tatsächlich vorliegen oder nicht. Dementsprechend ist eine der folgenden Möglichkeiten anzukreuzen:

- Entfällt/nicht erforderlich
- Selbstständig
- Überwiegend selbstständig (bei gelegentlicher Erinnerung/Anleitung)
- Überwiegend unselbstständig (benötigt meistens Anleitung)
- Unselbstständig (benötigt immer Anleitung)

Bewertungssystematik

In allen vier Bereichen werden die Häufigkeiten einer einheitlichen Punkteskala von 0 bis 3 zugeordnet. Im Detail gestaltet sich die Bewertung der einzelnen Teile folgendermaßen:

Bereich 1 (Items 1 bis 7):

Aktivitäten kommen seltener als einmal täglich vor:	0 Punkte
Aktivitäten kommen ein- bis dreimal täglich vor:	1 Punkt
Aktivitäten kommen vier- bis achtmal täglich vor:	2 Punkte
Aktivitäten kommen mehr als achtmal täglich vor:	3 Punkte

Bereich 2 (Items 8 bis 11):

Aktivitäten kommen seltener als einmal wöchentlich vor:	0 Punkte
Aktivitäten kommen ein- bis mehrmals wöchentlich vor:	1 Punkt
Aktivitäten kommen ein- bis zweimal täglich vor:	2 Punkte
Aktivitäten kommen mindestens dreimal täglich vor:	3 Punkte

Im dritten Teil wurden die verschiedenen sich ergebenden Möglichkeiten mit Punktwerten versehen. So werden wöchentliche Besuche bei Ärzten und medizinischen Einrichtungen mit 4,3 Punkten und monatliche Besuche mit einem Punkt bewertet (ebenso Besuche von Fördereinrichtungen bei Kindern). Wöchentliche, zeitaufwendige Besuche sowie zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung werden mit 8,6 Punkten bewertet, monatlich stattfindende Besuche/Maßnahmen mit 2 Punkten. Die so ermittelten Punktzahlen werden folgendermaßen in eine Skala von 0 bis 3 transformiert:

0 bis unter 4,3 Punkte:	0 Punkte
4,3 bis unter 8,6 Punkte:	1 Punkt
8,6 bis unter 12,9 Punkte:	2 Punkte
Ab 12,9 Punkte:	3 Punkte

Für das Item „Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften“ schließlich werden ebenfalls 0 bis 3 Punkte vergeben:

- Entfällt/nicht erforderlich oder selbstständig: 0 Punkte
- Überwiegend selbstständig: 1 Punkt
- Überwiegend unselbstständig: 2 Punkte
- Unselbstständig: 3 Punkte

Aus der Berechnung ausgeschlossen bleiben Aktivitäten und Maßnahmen, die voraussichtlich nur vorübergehend (über einen kürzeren Zeitraum als sechs Monate) erforderlich sind.

Die ermittelten Punkte aus den vier Bereichen werden addiert²⁸, womit sich eine mögliche maximale Punktzahl von 12 ergibt. Die Darstellung des Ergebnisses erfolgt wieder in Anlehnung an die fünfstufige Skala, die auch bei den anderen Modulen Anwendung findet:

0 Punkte:	selbstständig/unabhängig
1 Punkt:	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die ein- bis dreimal täglich Hilfe beim Umgang mit der Medikation benötigen, oder Personen, die mehrmals in der Woche Hilfe bei der Wundversorgung des Stomas benötigen)
2 bis 3 Punkte:	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die täglich der Unterstützung bei der Einmalkatheterisierung bedürfen, oder Personen, die mehrmals wöchentlich Begleitung beim Besuch medizinischer Einrichtungen benötigen)
4 bis 5 Punkte:	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die mehrmals wöchentlich Begleitung bei zeitaufwendigen Besuchen me-

²⁸ Im Zwischenbericht wurde darauf hingewiesen, dass es möglich wäre, eine alternative Bewertungssystematik zu verwenden, bei der die Punktwerte der einzelnen Items nur dann in die Berechnungen eingehen, wenn ein bestehender dauerhafter Bedarf nicht durch die ärztliche Verordnung ambulanter Pflege gedeckt ist. Nach näherer Prüfung wurde diese Idee jedoch wieder fallengelassen. Sie läge quer zur jüngeren Rechtsprechung, die ähnlich wie die vorgestellte Konstruktion des Moduls dazu tendiert, verschiedene Aspekte des Umgangs mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen analog zu anderen Aktivitäten zu bewerten.

dizinischer Einrichtungen benötigen, oder Personen, die zwischen vier- und achtmal täglich der Hilfe bei der Medikation und Messung von Körperzuständen und täglich der Hilfestellung bei der Wundversorgung bedürfen)

6 bis 12 Punkte: weitgehende Abhängigkeit von anderen Personen

Wie ersichtlich, war ähnlich wie im Fall der Module 2 und 3 eine leichte Anpassung an die Besonderheit des hier zur Diskussion stehenden Bereichs erforderlich. Die Besonderheit besteht v. a. darin, dass der Punktwert das Resultat aus zwei unabhängigen Größen ist dem:

- a) Ausmaß der krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und
- b) Grad der Selbstständigkeit.

Beide zusammengenommen bestimmen das Ausmaß der Abhängigkeit von Personenhilfe und damit die Einbußen der Selbstständigkeit. Insofern liegt dem Einschätzungsergebnis in diesem Modul zwangsläufig ein etwas anderes Verständnis von Selbstständigkeit zugrunde. So gilt die Selbstständigkeit einer Person mit starken kognitiven Einbußen im Umgang mit einer Erkrankung auch dann als wenig beeinträchtigt, wenn die Abhängigkeit von personeller Hilfe nur deshalb so gering ist, weil sich die spezifischen krankheitsbedingten Anforderungen auf die tägliche Einnahme eines Medikaments beschränken. In anderen Fällen kann eine Person zwar bei alltäglichen Aktivitäten wesentlich selbstständiger, wegen komplexer krankheitsbedingter Anforderungen jedoch zugleich in weit höherem Maße von der Hilfe anderer Personen abhängig sein. Aufgrund dieser Zusammenhänge ist auch keine lineare Beziehung zu den Ergebnissen der Einschätzungen in den anderen Modulen zu vermuten.

Wie zu erwarten, zeichnen die Daten aus dem Pretest ein sehr heterogenes Bild. Die folgende Tabelle gibt zunächst einen Überblick zur Häufigkeit, mit der die einzelnen Anforderungen zusammen mit Selbstständigkeitseinbußen überhaupt auftreten. Die Darstellung beschränkt sich auf dauerhaft bestehende Anforderungen. Außerdem ergeben sich einige Abweichungen von der Liste der oben aufgeführten Items, weil diese Liste bereits die optimierte Fassung des Begutachtungsinstruments darstellt.

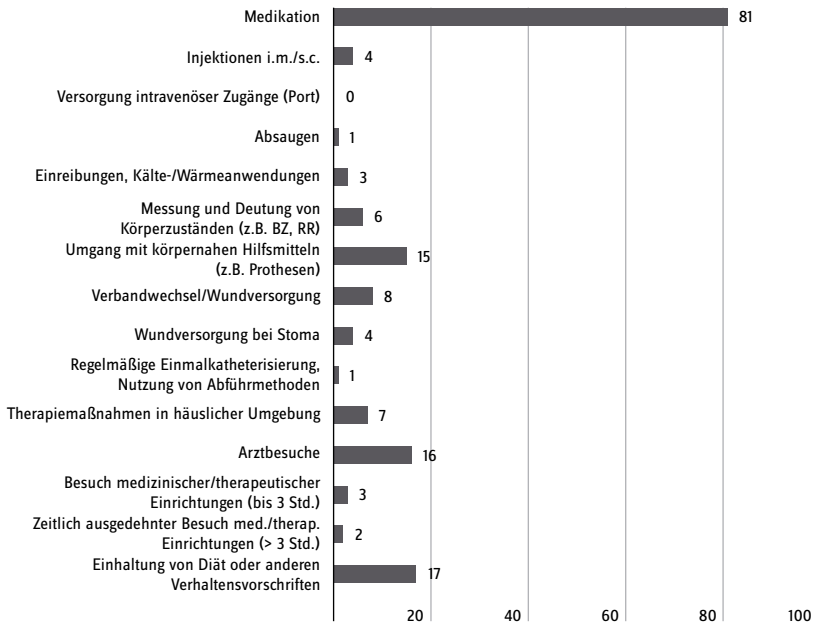


Abb. 8: Einzelauswertung für das Modul 5 „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Wie ersichtlich, sind die meisten Aktivitäten nur selten anzutreffen. Erwartungsgemäß steht die Medikamenteneinnahme im Vordergrund, mit Abstand gefolgt von Schwierigkeiten im Umgang mit Verhaltensvorschriften, bei Arztbesuchen und im Umgang mit Hilfsmitteln. Im Gesamtbild – dies dokumentiert die zweite Abbildung – weist die Einschätzung bei der Mehrheit der begutachteten Personen keine oder nur geringe Probleme aus. Bei den höheren Graden der Abhängigkeit finden sich nur noch wenige Fälle.

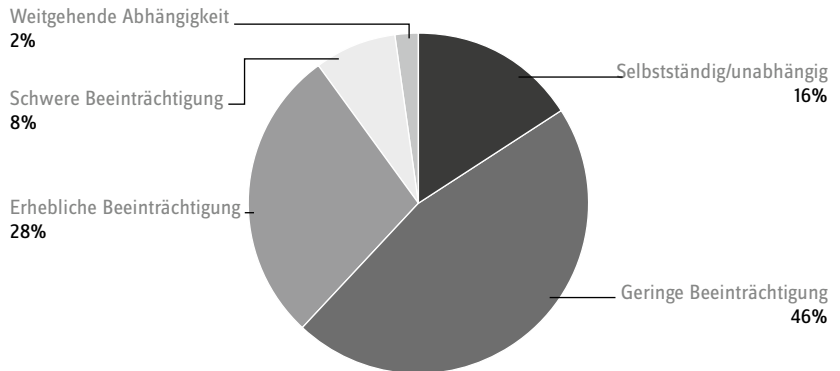


Abb. 9: Gesamtergebnis für das Modul 5 „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Auch hier führte die Prüfung mit Hilfe der Fallprofile zu einem plausiblen Bild. Die Erfahrungen mit dem Pretest gaben also keinen Anlass, die Bewertungssystematik zu verändern. Allerdings wurde an anderen Stellen (Formulierungen im Erfassungsbogen und Manual) Modifizierungsbedarf deutlich.

Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung

Die im Rahmen von Modul 5 erfassten Informationen bieten bereits eine gute Grundlage für die Erstellung einer Pflege- oder Hilfeplanung, da hier sowohl die entsprechende Aktivität als auch ihre Häufigkeit erfasst ist. Die Bedeutung der Items für den Bedarf an pflegerischer Hilfe wird durch verschiedene pflegewissenschaftliche Ansätze wie beispielsweise die Pflegetheorie von Dorothea Orem (Orem 1997; Cavanagh 1997) oder die Pflegeergebnisklassifikation NOC (Johnson et al. 2005) unterstrichen.

Diese Ansätze gehen über die hier erfassten Aktivitäten jedoch deutlich hinaus und fokussieren z. B. auch das Wissen um die Erkrankung und die damit verbundenen Anforderungen. So benennt Orem als krankheitsbedingte Selbstpflegetherfordernisse:

- das Bemühen um angemessene medizinische Unterstützung;
- die Auswirkungen und Resultate bestehender Krankheiten einschließlich ihrer Einflüsse auf die Entwicklung wahrzunehmen und ihnen entgegenzuwirken;
- die effektive Durchführung medizinisch verordneter Maßnahmen, auch im Hinblick auf die Prävention spezifischer Krankheitserscheinungen;

- Veränderung des Selbstkonzepts und Selbstbildes im Sinne einer Akzeptanz der eigenen Person und des Angewiesenseins auf fremde Hilfe;
- die Anpassung der Lebensführung an ein Leben mit den Auswirkungen von Krankheit und therapeutischen Maßnahmen.

Bei dem Hilfebedarf, der hier entsteht, handelt es sich vielfach um edukative und beratende Interventionen, die die genannten Anpassungsprozesse einer Person an das Leben mit der Krankheit und ihren Konsequenzen befördern und unterstützen sollen. Sie sind v. a. auf die Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen einer Person ausgerichtet.

Der Charakter dieser Interventionen unterscheidet sich von den häufig kompensatorischen Interventionen, die in der heutigen Pflegepraxis durchgeführt werden. Dementsprechend erlangt das Kriterium der Dauerhaftigkeit einer Beeinträchtigung bzw. Intervention hier besonderes Gewicht. Bereits im IPW-Gutachten wurde darauf hingewiesen, dass es für das Vorliegen der Abhängigkeit von personeller Hilfe aus pflegewissenschaftlicher Perspektive unerheblich ist, ob es sich um einen dauerhaften oder um einen vorübergehenden Zustand handelt. Die hier dargelegten Beeinträchtigungen benötigen vielfach Interventionen, die per definitionem einen vorübergehenden Charakter haben. Für die Erstellung einer Pflegeplanung ist es daher wichtig, in diesem Modul nicht nur für die kompensatorische Unterstützung zur Durchführung einer Aktivität Sorge zu tragen, sondern auch die Notwendigkeit beratender und edukativer Interventionen einzuschätzen.

4.4.6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Dieses Modul bildet Bereiche des Alltagslebens ab, die von der Pflegeversicherung bisher weitgehend ausgeklammert waren. Lediglich Anteile des Items „Ruhens und Schlafen“ fanden bisher Berücksichtigung. Die Hilfen, die zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte erforderlich sind, werden in der Regel unter dem Begriff der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung subsumiert.

Inhalte

Zur Gestaltung des Alltagslebens gehören die psychisch-kognitiven Fähigkeiten, nach individuellen Gewohnheiten den Tagesablauf bewusst zu gestalten, nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten, die tägliche Routine und andere Ak-

tivitäten zur Beschäftigung zu planen, aber auch über den Tag hinaus in die Zukunft zu planen. Ergänzend dazu wird in diesem Modul die Gestaltung sozialer Kontakte berücksichtigt. Sie umfasst den direkten Kontakt im Gespräch mit Angehörigen, Pflegepersonen oder Besuchern und die Kontaktpflege außerhalb des direkten Umfelds. Dies beinhaltet die Organisation von Besuchen oder Telefon-, Brief- oder Mail-Kontakte mit Freunden und Bekannten.

In diesem Modul wird dementsprechend für folgende Aktivitäten der Grad der Selbstständigkeit erfasst:

1. Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
2. Ruhen und Schlafen
3. Sich beschäftigen
4. In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
5. Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
6. Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Merkmalsausprägungen

Zur Einschätzung wird die vierstufige Standardskala verwendet (Merkmalsausprägungen: „selbstständig“; „überwiegend selbstständig“; „überwiegend unselbstständig“; „unselbstständig“). Die Einschätzung richtet sich in diesem Fall überwiegend auf die psychisch-kognitiven Fähigkeiten des Planens und Gestaltens. Es werden aber auch körperliche Beeinträchtigungen berücksichtigt, die die Selbstständigkeit bei der Umsetzung der geplanten Aktivitäten einschränken und damit personelle Hilfe erforderlich machen (z. B. Wählen einer Telefonnummer oder Bereitlegen von Materialien).

Bewertungssystematik

Zur Darstellung des Gesamtergebnisses der Einschätzung für das Modul 6 wird die in Kapitel 4.3 beschriebene fünfstufige Bewertungsskala verwendet. Es erfolgt eine einfache Summierung der Punktwerte aller Items. Trotz der besonderen Belastung durch eine Störung der Nachtruhe wurde das Item „Ruhen und Schlafen“ nicht höher gewertet, da häufige nächtliche Unruhe zusätzlich in Modul 3 Berücksichtigung findet. Der maximale Wert, der einer völligen Unselbstständigkeit bei allen aufgeführten Handlungen entspricht, beläuft sich somit auf 18 Punkte. Dabei werden folgende Schwellenwerte definiert:

- 0 Punkte: selbstständig
- 1 bis 3 Punkte: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z.B. Personen, die eine vorgegebene Tagesstrukturierung mit gelegentlichen Erinnerungshilfen benötigen, aber ansonsten nicht auf Personenhilfe angewiesen sind)
- 4 bis 6 Punkte: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z.B. Personen, die sich im vorgegebenen gewohnten Tagesablauf noch überwiegend selbstständig zurechtfinden und beschäftigen können, aber für die Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds und für in die Zukunft gerichtete Planungen überwiegend unselbstständig sind)
- 7 bis 11 Punkte: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die für fast alle Aktivitäten personelle Hilfe benötigen, aber auf Anregungen noch mitentscheiden)
- 12 bis 18 Punkte: völliger/weitgehender Selbstständigkeitsverlust

Die Verteilung des Grades der Selbstständigkeit in diesem Bereich (vgl. Abb.10) und weitergehende Datenauswertungen lassen erkennen, dass das Einschätzungsergebnis tatsächlich, wie bei der Instrumentenentwicklung angestrebt wurde, gegenüber der Ausprägung kognitiver Fähigkeiten eine gewisse Unabhängigkeit zeigt. So sind hier auch einige kognitiv völlig unbeeinträchtigte Personen in hohem Maße auf Personenhilfe angewiesen.

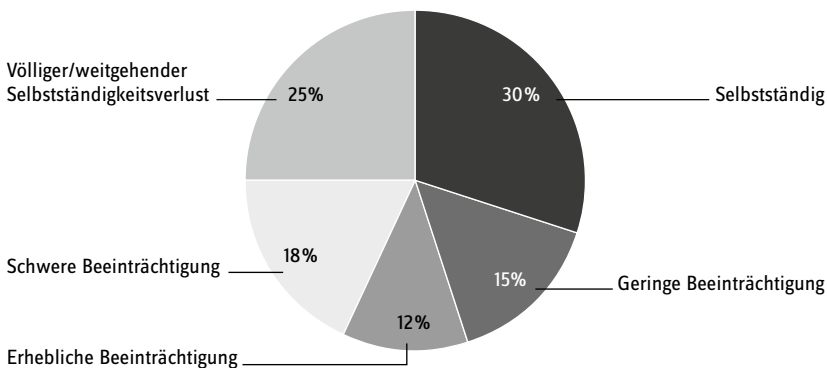


Abb. 10: Pretest-Ergebnisse für das Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung

Wie oben bereits aufgeführt, haben die für dieses Modul erforderlichen Leistungen den Charakter von allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Insbesondere in den Bereichen Tagesgestaltung, Beschäftigung und Kontaktpflege sind erheblich mehr und differenziertere Informationen über die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten erforderlich, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege planen zu können.

4.4.7 Außerhäusliche Aktivitäten

Modul 7 umfasst zwei wichtige Bereiche. Der erste beinhaltet mehrere Aspekte der außerhäuslichen Mobilität²⁹, der zweite einen Ausschnitt der Aktivitäten, die in der ICF in den Kapiteln „bedeutende Lebensbereiche“ und „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ enthalten sind. Sämtliche der berücksichtigten Aktivitäten haben eine soziale Komponente bzw. einen Bezug zu sozialen Aktivitäten (anders als etwa ein Spaziergang durch den Wald). Dabei geht es hier um die Möglichkeit der tatsächlichen Teilnahme bzw. Durchführung der Aktivität.

Inhalte

Der erste Bereich, die Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich, beinhaltet folgende Items:

1. Verlassen der Wohnung
2. Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl)
3. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr
4. Mitfahren in einem Pkw/Taxi

Der zweite zentrale Bereich, die außerhäuslichen Aktivitäten im engeren Sinne, besteht aus insgesamt drei Items, die sich auf je unterschiedliche Aktivitäten beziehen:

5. Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

²⁹ Diese Aspekte waren in der Entwurfsversion, die im Zwischenbericht dargestellt wurde, noch als ein eigenständiger Teil des Moduls 1 „Mobilität“ vorgesehen. Da sie jedoch ausschließlich für die Ermittlung des Ergebnisses im Modul 7 vorgesehen waren, erschien es konsequent, sie trotz des offensichtlichen inhaltlichen Bezugs zur innerhäuslichen Mobilität auch dort aufzuführen.

6. Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagespflegeeinrichtung
7. Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Das fünfte Item umfasst die Teilnahme an Veranstaltungen, bei denen in der Regel eine größere Anzahl an Personen versammelt ist. Dazu gehören der Besuch des Theaters oder von Konzerten, von Gottesdiensten oder anderen religiösen Veranstaltungen sowie von Sportveranstaltungen. Für die Teilnahme an Veranstaltungen ist es erforderlich, sich längere Zeit selbstständig oder in Begleitung in einer größeren Ansammlung von Menschen aufhalten zu können.

Beim sechsten Item geht es v. a. um Lebensbereiche, die durch Bildung, Arbeit und Beschäftigung gekennzeichnet sind. Für einige dieser Aktivitäten ist es charakteristisch, dass spezielles Personal die Durchführung von Aktivitäten unterstützt und ggf. steuert.

Das siebte Item schließlich bezieht sich auf soziale Aktivitäten außerhalb des engeren Familienkreises. Dazu gehören Besuche bei Freunden und Bekannten, verschiedenste Formen der Freizeitgestaltung sowie die Beteiligung an verbandlichen oder vereinseigenen Aktivitäten, zu denen auch Selbsthilfeinitiativen gezählt werden. Zu berücksichtigen sind hier die altersspezifisch unterschiedlichen Formen sozialer Aktivitäten mit anderen Menschen. Bei Kindern geht es daher auch um Begegnungen und Spiel mit anderen Kindern.

Auf eine weitere Vertiefung bzw. Differenzierung (etwa analog zur ICF) wurde in diesem Modul verzichtet, da mit den drei Items die wesentlichen Möglichkeiten einer Beeinträchtigung sozialer, außerhäuslicher Aktivitäten erfasst sind.

Merkmalsausprägungen

Die Bewertung der Selbstständigkeit bei der Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich erfolgt (mit Ausnahme des Items „Verlassen der Wohnung“) anhand von jeweils vier vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, die inhaltlich der Graduierung von Selbstständigkeit gemäß der Standardskala entsprechen. Beim Item „Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel“ beispielsweise muss der Gutachter zwischen folgenden Antwortalternativen entscheiden:

- selbstständig (ohne Begleitung),
- nur auf gewohnten Strecken selbstständig,

Das neue
Begutachtungs-
instrument
für Erwachsene

- auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich und
- auch mit personeller Hilfe nicht möglich.

Die Einschätzung zu den drei übrigen Items erfolgt auf der Grundlage einer vereinfachten Form der Standardskala zur Selbstständigkeit, mit der auf die Ausprägungen „überwiegende Selbstständigkeit“ und „überwiegende Unselbstständigkeit“ verzichtet wird. Ergänzend wird erfasst, ob die entsprechende Aktivität überhaupt vorkommt. Dabei besteht ein Unterschied, ob eine Teilnahme aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder vom Versicherten nicht (mehr) gewünscht ist.

Beim sechsten Item kommt hinzu, dass die Aktivitäten ggf. „nicht erforderlich“ sind (z. B. Schulbesuch). Dies kann etwa der Fall sein bei sehr jungen Kindern, für die all diese Aktivitäten noch nicht zutreffen, oder für Menschen in den höheren Altersgruppen, bei denen sie nicht mehr vorkommen. Zu allen drei Items muss der Gutachter zwischen den folgenden Ausprägungen unterscheiden:

- Teilnahme selbstständig möglich
- Nicht selbstständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
- Aktivität kommt nicht vor (ist nicht gewünscht und/oder nicht erforderlich)

Bewertungssystematik

Für den ersten Bereich (Mobilität) wird der Mittelwert der erreichten Punktzahl berechnet und ggf. auf eine ganze Zahl gerundet. Dieser Mittelwert kann einen Wert von 0 bis 3 annehmen und geht dann in die weiteren Berechnungen ein.

Für die übrigen drei Items erfolgt eine Bewertung mit maximal zwei Punkten pro Item. Ein Item ist mit zwei Punkten zu bewerten, wenn die Teilnahme nicht selbstständig, aber mit Unterstützung durchgeführt werden kann. Alle anderen Ausprägungen werden mit null Punkten bewertet. Die Punkte je Item werden addiert, sodass sich ein maximaler Wert von sechs Punkten ergibt.

In die Gesamtbewertung geht außerdem der gerundete Mittelwert der erreichten Punktzahl bei der außerhäuslichen Mobilität ein, sodass sich für die Gesamtbewertung maximal neun Punkte ergeben können. Dieser Wert entspricht einer Situation, in der eine völ-

lige Unselbstständigkeit in der außerhäuslichen Fortbewegung gegeben ist, aber alle in Modul 7 aufgeführten Aktivitäten im Leben der betreffenden Person von Bedeutung sind. Die Zuordnung zur fünfstufigen Bewertungsskala erfolgt folgendermaßen:

- 0 Punkte: selbstständig/unabhängig
- 1 Punkt: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z.B. Personen, die geringfügige Unterstützung bei der außerhäuslichen Fortbewegung benötigen)
- 2 bis 3 Punkte: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z.B. Personen, die der Unterstützung in einem der drei Bereiche bedürfen und leichte Beeinträchtigungen der Mobilität aufweisen)
- 4 bis 5 Punkte: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z.B. Personen, die der Unterstützung bei der außerhäuslichen Fortbewegung und der Begleitung in zwei der drei Bereiche benötigen)
- 6 bis 9 Punkte: weitgehende Abhängigkeit

Die Bedeutung dieser Skalierung weist eine wichtige Parallele zu Modul 5 auf. Hier wie dort wird bei der Einschätzung berücksichtigt, ob die jeweiligen Aktivitäten bzw. Handlungen im Leben der betreffenden Person vorkommen oder nicht.

Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung

Die Einschätzung der außerhäuslichen Aktivitäten ergibt ein relativ deutliches Bild der vorhandenen Möglichkeiten und der individuellen Situation eines Menschen in diesem Bereich. Für die Pflege- und Hilfeplanung ist es darüber hinaus wichtig, etwas über das Wissen um entsprechende Möglichkeiten, die Motivation zur Beteiligung an außerhäuslichen Aktivitäten, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Nutzung entsprechender Hilfsmittel zu erfahren. Wissen bezieht sich dabei darauf, ob der hilfebedürftige Mensch weiß, dass sich entsprechende Möglichkeiten bieten. Die Motivation ist von diesem Wissen in hohem Maße abhängig, darüber hinaus aber auch von anderen Faktoren beeinflusst. Hinsichtlich des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten sowie die Nutzung von Hilfsmitteln ist zu fragen, ob und in welcher Weise hier bereits Unterstützung erfolgt ist und sich daraus ggf. ein weiterer Unterstützungsbedarf ergibt. Hinsichtlich der möglichen Hilfen in diesem Bereich dürfte es sich in vielen Fällen um Hilfen handeln, die der persönlichen Assistenz zuzuordnen sind.

4.4.8 Haushaltsführung

Das Modul 8 „Haushaltsführung“ umfasst zum einen die typischen Hausarbeiten, die auch jetzt schon von der Pflegeversicherung berücksichtigt werden, zum anderen aber auch die Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange. Es ist in diesem Zusammenhang erneut unerheblich, ob Selbstständigkeitseinbußen aufgrund von körperlichen oder von kognitiven Beeinträchtigungen bestehen.

Einschränkungen in der Haushaltsführung sind häufig die ersten Zeichen einer sich abzeichnenden Abhängigkeit von personeller Hilfe. Im Unterschied zu den anderen Modulen sind zur Kompensation (Übernahme der Aktivitäten) keine pflegerischen Hilfen oder Betreuungsleistungen erforderlich, sondern hauswirtschaftliche Tätigkeiten und ggf. soziale Unterstützung.

Inhalte

Das Modul Haushaltsführung beinhaltet im Einzelnen die folgenden Aktivitäten:

1. Einkaufen für den täglichen Bedarf
2. Zubereitung einfacher Mahlzeiten
3. Einfache (leichte) Aufräum- und Reinigungsarbeiten
4. Aufwendige (schwere) Aufräum- und Reinigungsarbeiten
5. Nutzung von Dienstleistungen
6. Regelung finanzieller Angelegenheiten
7. Regelung von Behördenangelegenheiten

Es wurden diejenigen Aktivitäten erfasst, die besonders wichtig sind, um im eigenen Haushalt verbleiben zu können. Das Kochen von kompletten Mahlzeiten wird bewusst nicht gewertet, da die diesbezüglichen Fähigkeiten und Gewohnheiten in der Bevölkerung sehr unterschiedlich verteilt sind. Mit dem Erwärmen von vorgekochten Mahlzeiten oder Fertiggerichten ist jedoch eine weitgehend selbstständige (wenn vielleicht auch nicht eben sehr befriedigende) Ernährung möglich.

Für die alltägliche Lebensführung ist es aber ebenso erforderlich, finanzielle und geschäftliche Belange regeln zu können. So kann eine selbstbestimmte Haushaltsführung lange erhalten bleiben, wenn die Fähigkeit besteht, pflegerische oder haushalts-

nahe Dienstleistungen wie Pflegedienst, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Wäscherei, Handwerker, Friseur, Fußpflege etc. zu organisieren und zu steuern. Zur Regelung des Alltagslebens gehört auch die Fähigkeit, übliche Bankgeschäfte zu erledigen (Girokonto, Miete zahlen) oder zu entscheiden, ob z. B. genügend Bargeld im Hause ist, eine Rechnung bezahlt werden muss, und ggf. die dazu notwendigen Schritte einzuleiten oder durchzuführen. Im Umgang mit staatlichen und kommunalen Behörden sowie Sozialversicherungsträgern ist zu entscheiden, ob ein Antrag gestellt oder ein Behördenbrief beantwortet werden muss und ggf. die notwendigen Schritte einzuleiten oder durchzuführen sind.

Merkmalsausprägungen

Zur Einschätzung wird die vierstufige Standardskala verwendet (Merkmalsausprägungen: „selbstständig“; „überwiegend selbstständig“; „überwiegend unselbstständig“; „unselbstständig“).

Bewertungssystematik

Zur Darstellung des Gesamtergebnisses der Einschätzung für Modul 8 wird wieder die in Kapitel 4.3 beschriebene fünfstufige Bewertungsskala verwendet. Es erfolgt auch hier eine einfache Summierung der Punktwerte aller Items. Der maximale Wert, der einer völligen Unselbstständigkeit bei allen aufgeführten Handlungen entspricht, beläuft sich somit auf 21 Punkte. Die Punktwerte werden entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala folgendermaßen zugeordnet:

- 0 Punkte: selbstständig
- 1 bis 5 Punkte: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die bei aufwendigen Aufräum- und Reinigungsarbeiten und dem Tragen von schweren Einkäufen Hilfe benötigen, nicht aber bei den übrigen Aktivitäten auf Personenhilfe angewiesen sind)
- 6 bis 10 Punkte: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die sich noch an leichten Haushaltstätigkeiten beteiligen können, aber keine Einkäufe oder schweren Reinigungsarbeiten durchführen können und auch ansonsten bei der Regelung finanzieller und behördlicher Angelegenheiten Unterstützung benötigen)
- 11 bis 15 Punkte: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (z. B. Personen, die sich an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nicht mehr beteiligen können,

aber Dienstleistungen organisieren und finanzielle und behördliche
Angelegenheiten regeln können)

16 bis 21 Punkte: völliger/weitgehender Selbstständigkeitsverlust

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass die Beeinträchtigungen im Bereich der Haushaltsführung - ihrem Charakter nach eher als Hilfebedürftigkeit einzuordnen - im Falle der hier untersuchten Antragsteller deutlich stärker ausgeprägt sind als klassische Merkmale der Pflegebedürftigkeit. 55 der 100 Personen wurden (bei dieser keineswegs strengen Festlegung der Schwellenwerte) als völlig/weitgehend unselbstständig eingestuft. Um die von der Pflegebedürftigkeit abweichenden Strukturen zu verdeutlichen, sind in der Abbildung auch die Ergebnisse des Moduls 4 „Selbstversorgung“ (traditionelle „Alltagsaktivitäten“ nach dem SGB XI) aufgeführt.

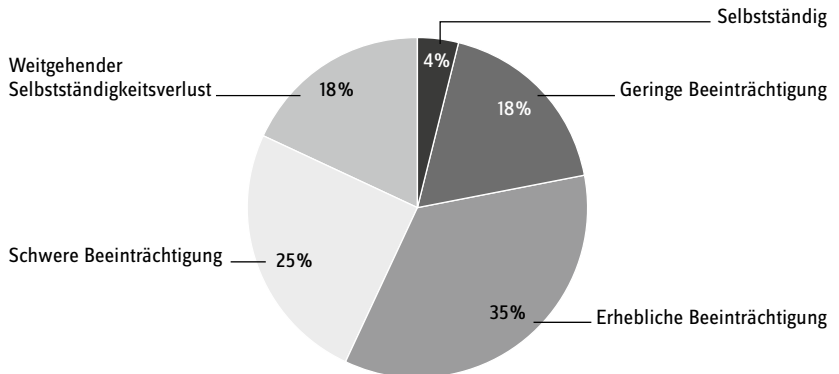


Abb. 11: Pretest-Ergebnisse für das Modul 4 „Selbstversorgung“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

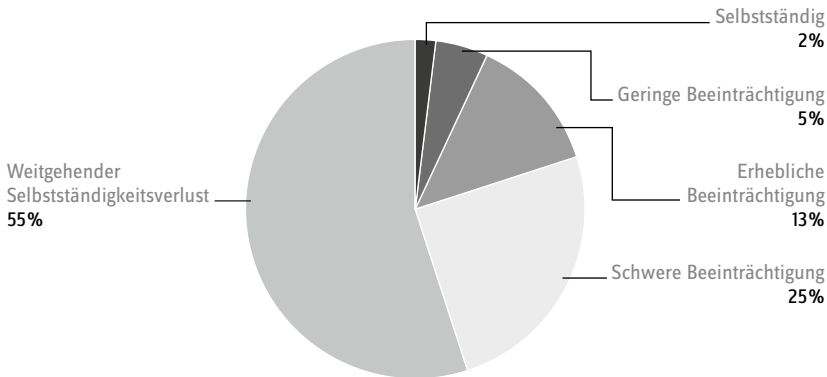


Abb. 12: Pretest-Ergebnisse für das Modul 8 „Haushaltsführung“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung

Die Haushaltsführung weist, wie schon angesprochen, in mancher Hinsicht Besonderheiten auf. V. a. ist kennzeichnend, dass die erforderlichen Leistungen zur Kompensation nicht der Pflege zuzurechnen sind. Bei der Hilfeplanung sind haushaltsnahe Dienste zu organisieren, wie Essen auf Rädern, Putzhilfe, Wäscherei etc.

Einbußen in diesem Bereich treten in der Regel sehr früh auf und können als Alarmzeichen für sich abzeichnende Pflegebedürftigkeit genutzt werden, um frühzeitig präventive Maßnahmen einzuleiten. Beispielhaft sei das frühzeitige Erkennen und Gegensteuern bei den häufigen Ernährungsproblemen älterer Menschen genannt, die über Gewichtsverlust und Mangelernährung zu Schwäche und Stürzen mit der Folge dauerhafter Pflegebedürftigkeit führen können.

4.5 Vergleich mit anderen Systematisierungsansätzen

Nach der detaillierten Betrachtung der einzelnen Module steht in diesem Kapitel die modulare Grundstruktur als Ganzes im Mittelpunkt. Der nachfolgende Vergleich zwischen der gewählten modularen Struktur und anderen Systematisierungsvorschlägen zur Abbildung von Pflegebedürftigkeit soll verdeutlichen, wie sich die inhaltliche Reichweite des neuen Begutachtungsverfahrens gemessen an national und international anerkannten Ansätzen darstellt. Er verdeutlicht außerdem, dass die einzelnen Module und die Gesamt-

heit der Module auch mit nicht pflegerischen Klassifikations- und Ordnungssystemen ein recht hohes Maß an Kompatibilität aufweisen. Vorab sei allerdings darauf hingewiesen, dass der im Folgenden wiederholt verwendete Begriff „Übereinstimmung“ eher im Sinne von inhaltlicher Gemeinsamkeit oder inhaltlicher Schnittmenge verstanden werden sollte. Ordnungsmerkmale, Differenzierungsgrad und Begrifflichkeiten weichen im Detail relativ stark voneinander ab.

Die erste Abbildung zeigt eine Gegenüberstellung des neuen Begutachtungs-Assessments und des Pflegemodells von Krohwinkel. Dieses Modell kann hier stellvertretend für verschiedene lebensaktivitätsorientierte Pflegemodelle angesehen werden (z. B. Henderson oder Roper, vgl. Wingenfeld et al. 2007: 44). Es dürfte im deutschen Sprachraum auch am bekanntesten sein. Große Übereinstimmung zeigt sich bei den Modulen 1, 4, 5 und 6. Allein das Modul 4 „Selbstversorgung“ deckt mehrere AEDL ab. Eine mäßige Übereinstimmung lässt sich für die Module 2 und 3 konstatieren, was v. a. darauf zurückzuführen ist, dass diese Module funktionelle Fähigkeiten oder spezifische Pflegeprobleme beinhalten, die sich nur schwer in eine Systematik der Lebensaktivitäten eingliedern lassen. Die Module 7 und 8 schließlich finden nur marginal Entsprechung in diesem Modell. Das Fehlen von Aspekten der außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung in einem AEDL-Modell liegt jedoch nahe, da sich die meisten dieser pflegefachlichen Ansätze auf die Anlässe und Notwendigkeiten für professionelles Pflegehandeln konzentrieren, die sich im Bereich der außerhäuslichen Aktivitäten und der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nicht unmittelbar ergeben.

Im Bereich der AEDLs „sich als Mann/Frau fühlen und verhalten“, „für eine sichere Umgebung sorgen“, „mit existenziellen Erfahrungen umgehen“ sowie „soziale Bereiche des Lebens sichern“ kann nicht mehr von einer nennenswerten Schnittmenge gesprochen werden. Manche im AEDL-Modell enthaltenen Bereiche finden sich im neuen Begutachtungsinstrument jedoch nicht in den Modulen, sondern an anderen Stellen wieder (z. B. die Erfassung präventionsrelevanter Risiken).

AEDL nach Krohwinkel	Neues Begutachtungsverfahren
Kommunizieren	2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
Sich bewegen	1. Mobilität
Vitale Funktionen aufrechterhalten	5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen
Sich pflegen	4. Selbstversorgung
Sich kleiden	
Essen und trinken	
Ausscheiden	
Ruhen und schlafen	3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
Sich beschäftigen	6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten	>>> Wenige Einzelaspekte über Module verstreut
Für eine sichere Umgebung sorgen	>>> Gesonderte Risikoermittlung
Mit existenziellen Erfahrungen umgehen	>>> Gesonderte Erfassung (auch: Modul 3)
Soziale Bereiche des Lebens sichern	>>> Gesonderte Erfassung (auch: Module 2 und 8)

Tab. 4: Gegenüberstellung AEDL-Modell und neues Begutachtungsverfahren

Im IPW-Gutachten wurde bereits darauf hingewiesen, dass in der pflegewissenschaftlichen Diskussion die Bemühungen nachgelassen haben, Pflegemodelle wie das AEDL-Modell zu entwickeln, und dass sich das Interesse gewandelt hat hin zu weitaus differenzierteren und komplexeren Ordnungssystemen. Dazu gehören z. B. die Pflegediagnosen der nordamerikanischen Pflegediagnosenvereinigung (NANDA) und die an der Universität von Iowa entwickelten Klassifikationen von Pflegeinterventionen (NIC) und Pflegeergebnissen (NOC). Auch außerhalb von Nordamerika entwickelte Klassifikationen wie die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP) sind in diesem Zusammenhang zu nennen.

In der Gegenüberstellung zeigen sich Zusammenhänge zwischen den funktionellen Verhaltensmustern, anhand derer die NANDA-Pflegediagnosen systematisiert sind (Gordon 1998), und der modularen Grundstruktur des neuen Begutachtungs-Assessments. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um vollständige Entsprechungen handelt, sondern sich verschiedene Items aus dem neuen Begutachtungs-Assessment in den einzelnen Verhaltensmustern wiederfinden.

Funktionelle Verhaltensmuster nach Gordon (1998)	Neues Begutachtungsverfahren
Wahrnehmung & Umgang mit der eigenen Gesundheit	Einzelne Aspekte im Modul 5
Ernährung und Stoffwechsel	4. Selbstversorgung 5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Wundversorgung)
Ausscheidung	4. Selbstversorgung
Aktivität und Bewegung	1. Mobilität 4. Selbstversorgung
Schlaf und Ruhe	Einzelitems in den Modulen 3 und 6
Kognition und Perzeption	2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept	Einzelne Aspekte in den Modulen 3 und 5
Rollen und Beziehungen	2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
Sexualität und Reproduktion	
Coping (Bewältigungsverhalten) und Stresstoleranz	Einzelne Aspekte im Modul 5
Werte und Überzeugungen	

Tab. 5: Vergleich funktionelle Verhaltensmuster und neues Begutachtungsverfahren

Die Darstellung zeigt die bereits hervorgehobene Bedeutung des Umgangs mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, die sich hier in verschiedenen funktionellen Verhaltensmustern abbildet. Wie auch in den auf Lebensaktivitäten basierenden Pfl-

gemodellen fehlen in den funktionellen Verhaltensmustern der NANDA-Pflegediagnosen Aspekte, die den Inhalten der Bereiche Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung zugeordnet werden könnten.

Eine breitere Perspektive als in den pflegetheoretischen Ansätzen findet sich in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF). Die Klassifikation wurde aufgrund der Einsicht entwickelt, dass medizinische Diagnosen für sich genommen keine Aussagen über den Bedarf an entsprechenden Dienstleistungen, die Dauer einer Hospitalisierung, das Niveau der pflegerischen Versorgung oder funktionelle Ergebnisse zulassen. Als ein Verwendungszweck der ICF wird ausdrücklich die Bestimmung zur Berechtigung des Leistungsbezugs innerhalb sozialer Sicherungssysteme benannt (WHO 2002).

ICF	Neues Begutachtungsverfahren
Lernen und Wissensanwendung	Einzelne Aspekte in Modul 2
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Einzelne Aspekte in Modul 6
Kommunikation	6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Mobilität	1. Mobilität
Selbstversorgung	4. Selbstversorgung 5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Häusliches Leben	8. Haushaltsführung
Interpersonelle Interaktion & Beziehungen	6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
Bedeutende Lebensbereiche (Bildung, Arbeit, wirtschaftliches Leben)	7. Außerhäusliche Aktivitäten
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	7. Außerhäusliche Aktivitäten

Tab. 6: Vergleich ICF und neues Begutachtungsverfahren

Die Abbildung zeigt, dass relativ große Gemeinsamkeiten zwischen neuem Begutachtungs-Assessment und ICF existieren. Im Falle der ICF-Bereiche „Lernen und Wissensan-

wendung“ und „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“ finden sich nur wenige Entsprechungen bzw. indirekte Bezüge zu den Modulen 2 und 6. In den anderen Bereichen hingegen ist eine recht hohe Übereinstimmung festzustellen. Auch finden sich in der ICF Entsprechungen für die Module 7 und 8: „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ sind dort anders benannt (und ausführlicher beschrieben) als im neuen Begutachtungs-Assessment. Insgesamt kann im Hinblick auf die modulare Struktur von einer an die ICF angelehnten Vorgehensweise gesprochen werden.

Dies betrifft, was noch einmal zu betonen ist, den inhaltlichen Aufbau beider Klassifikationen und die Definition der einzelnen Aktivitäten und Lebensbereiche. Bezüglich Ausführlichkeit und Differenzierungsgrad bestehen z.T. erhebliche Unterschiede. Auch finden sich in der ICF - aus naheliegenden Gründen - nur wenige Inhalte, die man im weitesten Sinne dem Thema „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ zuordnen könnte.

Abschließend wird hier noch ein Blick auf den britischen Single Assessment Process (SAP) gerichtet (Department of Health 2007).³⁰ Dabei zeigt sich, dass alle acht Module eine Entsprechung in den Domänen des SAP finden. Die Logik stellt sich jedoch ein wenig anders dar. In Großbritannien werden unter der Bezeichnung Domäne Vorgaben für die Entwicklung eines Einschätzungsinstruments gemacht. Einige dieser Vorgaben finden sich auch als Anforderungen an die Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens in Deutschland wieder.

Die Berücksichtigung der ersten Domäne, der Nutzerperspektive, ist eine generelle Anforderung an den gesamten Begutachtungsprozess.³¹ Die zweite Domäne, der klinische Hintergrund, findet sich im neuen Begutachtungsinstrument zu großen Teilen im Rahmen der allgemeinen Informationssammlung wieder, aber auch in Modul 5, dem Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen. Aspekte der Prävention (3. Domäne im SAP) und Sicherheit (8. Domäne im SAP) sind im neuen Begutachtungsinstrument nicht Gegenstand eines Moduls, sondern werden an anderer Stelle berücksichtigt.

³⁰ Nähere Ausführungen zum britischen SAP selbst finden sich in der IPW-Studie.

³¹ Sie unterstreicht, dass das Begutachtungsverfahren ein interaktives Geschehen ist, bei dem die Antragsteller (Nutzer) im Mittelpunkt stehen und eine ihrer Situation entsprechende Möglichkeit erhalten sollten, ihre Situation mit ihren eigenen Worten zu schildern und diese im weiteren Begutachtungsverlauf berücksichtigt zu finden.

Die persönliche Pflege und das physische Wohlbefinden enthalten Aspekte, die sich in den Modulen 1 (Mobilität) und 4 (Selbstversorgung) wiederfinden. Eine vorwiegend funktionsbezogene Perspektive liegt der Domäne Sinnesorgane zugrunde. Im neuen Begutachtungsinstrument sind Hören und Sehen der Befunderhebung zugeordnet.

Mit der Bezeichnung Mental Health gibt es in der englischen Sprache einen passenden Oberbegriff für die Inhalte der Module 2 und 3. Die Gestaltung von Beziehungen umfasst im SAP neben Inhalten der Module 6 und 7 auch die Stabilität von Pflegebeziehungen mit pflegenden Angehörigen. Die abschließende Domäne zum unmittelbaren Lebensumfeld und vorhandenen Ressourcen geht über das Modul 8 zur Haushaltsführung hinaus, da dort z. B. auch nach Wohnbedingungen gefragt wird. Vergleichbare Inhalte sind im neuen Begutachtungs-Assessment Teil der Risikoerfassung.

Diese Ausführungen mögen genügen, um eine erste Antwort auf die Frage zu formulieren, wie die Struktur und die inhaltliche Reichweite des neuen Begutachtungs-Assessments im Vergleich zu anderen Klassifikationssystemen einzuordnen sind. Es sollte deutlich geworden sein, dass im Grundsatz eine relativ große Übereinstimmung mit Ansätzen besteht, denen auf nationaler und internationaler Ebene ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Insofern lässt sich festhalten, dass die Begutachtung in Deutschland mit dem neuen Instrument weit näher an internationalen Standards liegen würde, als es mit dem heutigen Verfahren der Fall ist.

4.6 Die Bewertungssystematik zur Bestimmung von Pflegestufen

Bei der Beschreibung der Module in Kapitel 4.4 wurde dargelegt, wie aus den Ergebnissen der Einschätzung (Beurteilung der einzelnen Items) je Modul ein aggregiertes Ergebnis abgeleitet wird, das eine Aussage zum Grad der Beeinträchtigung beinhaltet. Diese Aussagen unterscheiden durchgängig fünf Abstufungen, die sich von „unbeeinträchtigt“ über drei Zwischenstufen bis hin zur Feststellung eines vollständigen oder weitgehenden Verlusts der Selbstständigkeit oder Fähigkeit erstrecken.

Diese Teilergebnisse werden in einem weiteren Schritt der Berechnung zu einer Gesamtaussage über die Selbstständigkeit einer Person bei der Durchführung von Aktivitäten und

bei der Gestaltung von Lebensbereichen zusammengeführt. Hierbei wird erneut eine Abstufung des Grades der Selbstständigkeit vorgenommen. Die Unterscheidung von Stufen wäre für die Erstellung eines individuellen Pflege- oder Hilfeplans verzichtbar. Für die Bemessung von Leistungsansprüchen hingegen ist sie erforderlich, und auch für die Nachvollziehbarkeit einer regelmäßigen Pflegeberichterstattung (z. B. der Auswertung der heutigen Pflegestatistik nach § 109 SGB XI) ist eine Graduierung unbedingt wünschenswert.

Die Festlegung von Pflegestufen, auf deren Grundlage Entscheidungen über Leistungsansprüche getroffen werden, kann allerdings ohne die Entscheidung darüber, wie eng oder wie weit der künftige sozialrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit (d. h.: die Leistungsvoraussetzungen) gefasst wird, immer nur vorläufig sein. Denn ohne Berücksichtigung sozialrechtlicher Maßgaben liefe eine entsprechende Pflegestufensystematik Gefahr, Bedarfslagen zu berücksichtigen, die sozialrechtlich ausgeschlossen sind (oder umgekehrt). Wie die Neufassung der betreffenden sozialrechtlichen Vorschriften ausfällt, ist derzeit nicht absehbar. Insofern kann die Definition von Pflegestufen im Rahmen der Instrumentenentwicklung nur auf der Grundlage inhaltlicher Überlegungen erfolgen.

4.6.1 Hilfebedürftigkeit

Für das neue Begutachtungsverfahren ist eine Bewertungssystematik vorgesehen, die neben den Stufen der Pflegebedürftigkeit eine Graduierung von Hilfebedürftigkeit vorsieht. Hilfebedürftigkeit ist dabei definiert als Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die personelle Hilfe bei der Haushaltsführung und/oder bei außerhäuslichen Aktivitäten notwendig macht. Die Abgrenzung zur Pflegebedürftigkeit liegt darin begründet, dass die in diesem Bereich erforderlichen Hilfen primär keinen pflegerischen Charakter haben. Es handelt sich vielmehr um Formen der hauswirtschaftlichen Unterstützung und um soziale Hilfen kompensatorischer und beratender Art. Dies findet auch in einschlägigen pflegerischen Klassifikationssystemen Ausdruck. Im vorliegenden Bericht wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Inhalte der Module 7 und 8 in Klassifikationen wie der ICF, nicht aber in spezifisch pflegerischen Klassifikationssystemen Berücksichtigung finden.

Es kommt vor, dass im Rahmen von außerhäuslichen Aktivitäten auch spezifisch pflegerische Hilfen erforderlich sind. Diese werden allerdings mit anderen Modulen erfasst. So macht es beispielsweise keinen Unterschied, an welchem Ort ein diabeteskrankes Kind

Unterstützung bei der Blutzuckerkontrolle oder der Insulininjektion benötigt. Diese Abhängigkeit von Personenhilfe wird in Modul 5 berücksichtigt. Es mag auch Grenzfälle geben. Dennoch bleibt es empfehlenswert, die Unterscheidung von Pflege- und Hilfebedürftigkeit und das genannte Abgrenzungskriterium (Charakter der im Vordergrund stehenden Hilfen) beizubehalten.

Mit diesem Verständnis von Hilfebedürftigkeit gehen die Einschätzungsergebnisse der Module 7 (Außerhäusliche Aktivitäten) und 8 (Haushaltsführung) in die Bestimmung einer Stufe der Hilfebedürftigkeit ein. Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten und Kommunikation sowie Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen sind für Selbstständigkeitseinbußen in den Bereichen Haushaltsführung und Außerhäusliche Aktivitäten zweifellos ebenfalls relevant, müssten sich aber im Einschätzungsergebnis der Module 7 und 8 unmittelbar niederschlagen.

Die Pretest-Ergebnisse bestätigten diese Annahme. Sie zeigen allerdings auch, dass die Zusammensetzung der mit dieser ersten Praxiserprobung erfassten Personengruppe keine hinreichende Basis zur Verfügung stellt, um das angesprochene Konstrukt der Hilfebedürftigkeit zu prüfen.

Zur Unterscheidung von Stufen der Hilfebedürftigkeit werden die Teilergebnisse der Module 7 und 8 summiert. Ausgehend von Punktwerten für die fünfstufige Graduierung (0 bis 4) ergibt sich dabei ein maximaler Wert von 8 Punkten (maximale Beeinträchtigung der Selbstständigkeit). In diesem Rahmen wurden folgende Schwellenwerte definiert:

Stufe H1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, Punktwert 1 bis 2

Stufe H2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, Punktwert 3 bis 4

Stufe H3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, Punktwert 5 bis 8

Auch geringe Beeinträchtigungen sollen hiermit erfasst werden. Die Stufe „geringe Hilfebedürftigkeit“ würde beispielsweise auf Personen zutreffen, die geringfügige Unterstützung bei der außerhäuslichen Fortbewegung und ansonsten lediglich Hilfe bei aufwendigen Reinigungsarbeiten benötigen. Die Stufe „schwere Hilfebedürftigkeit“ schließlich bliebe Personen mit schweren Beeinträchtigungen vorbehalten. Dazu zählen beispielsweise Personen, die der Unterstützung und Begleitung in zwei der drei erfassten außerhäuslichen Aktivitäten bedürfen und sich darüber hinaus nicht an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beteiligen kön-

nen. Das Ziel der Unterscheidung in die genannten drei Stufen lag u. a. darin, Vorstufen der Pflegebedürftigkeit zu erfassen. Auch die Identifizierung von Personen, die der Zielgruppe für präventive Maßnahmen zuzurechnen sind, war Teil der Überlegungen.

Wie schon in Kapitel 4.4.8 angedeutet, erwies sich ein Großteil der Probanden als zu stark beeinträchtigt, um die skizzierte Lösung für die Staffelung von Pflege- und Hilfebedürftigkeit zu testen. Die Ergebnisse werfen daher die Frage auf, ob das ganze Konzept als Gewinn gegenüber der im Folgenden dargestellten neuen Pflegestufensystematik anzusehen ist. Diese sieht eine Stufe 1 für Personen mit geringen pflegerelevanten Beeinträchtigungen vor; hier finden sich auch jene Personen, die mit der Kategorie Hilfebedürftigkeit gesondert erfasst werden sollten. Wie sich dies in Zahlen ausdrückt, wird im Folgenden ebenfalls aufgezeigt.

4.6.2 Pflegebedürftigkeit

In Anlehnung an die „Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ist Pflegebedürftigkeit im neuen Begutachtungs-Assessment definiert als gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die personelle Hilfe in den Bereichen:

- Mobilität,
- Bewältigung psychischer Anforderungen und Problemlagen,
- Selbstversorgung (regelmäßige Alltagsverrichtungen),
- Bewältigung krankheits-/behandlungsbedingter Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte erforderlich macht.

Damit angesprochen sind die Module 1 bis 6 des neuen Instruments (der Bereich „Bewältigung psychischer Anforderungen und Problemlagen“ spricht die in den Modulen 2 und 3 erfassten Merkmale an). Die Module 7 und 8, d. h. Beeinträchtigungen im Bereich der definierten außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung, bleiben bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und einer Differenzierung von Pflegestufen außer Betracht.

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die sechs Module nicht mit der gleichen Gewichtung in die Berechnung eingehen. So wird beispielsweise Modul 1 mit 25% des Werts von Modul 4 gewichtet. Die Gewichtung, die zugleich dem aus den Teilergebnissen der Module generierten Punktwert entspricht, gestaltet sich folgendermaßen:

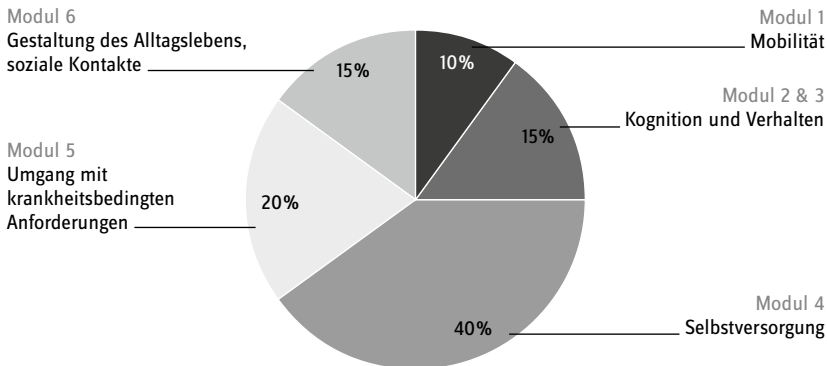


Abb. 13: Gewichtung der einzelnen Module

Mit diesen Gewichtungen werden die Teilergebnisse der Module 1 bis 6 auf einer 100-Punkte-Skala abgebildet. Das Modul 1 liefert maximal 10 Punkte, die Module 2 und 3 zusammen 15 Punkte usw. Es ist also ein maximaler Wert von 100 Punkten zu erreichen, wobei dieser Wert bei einer Person ermittelt würde, die in allen Bereichen die höchstmögliche Beeinträchtigung zeigt.

Auf die Bezeichnung „Allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung“ wurde bewusst verzichtet, da sie im spezifischen Kontext der aktuellen Vorschriften und Richtlinien zur Begutachtung nach dem SGB XI entstanden ist. Ein Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung kann im Unterschied zur Beaufsichtigung während der Durchführung der Alltagsverrichtungen, die im SGB XI aufgeführt sind, bei der Ermittlung der Pflegestufe derzeit nicht in Rechnung gestellt werden. Da mit dem neuen Begutachtungsverfahren die Notwendigkeit einer Unterscheidung von allgemeiner und spezieller Beaufsichtigung entfällt, wird auch die entsprechende Begrifflichkeit überflüssig. Die damit angesprochenen Bedarfslagen werden allerdings berücksichtigt, und zwar in erster Linie über die Module 2 und 3: Die Ausprägung kognitiver Einbußen und problematischer Verhaltensweisen begründet einen Bedarf an Beobachtung und Überwachung, aber auch einen Bedarf an spezifischen Hilfestellungen, etwa in Form von emotionaler Entlastung, Deeskalation oder schlicht: Ansprache.

Im Unterschied zum heutigen Begutachtungsverfahren kann auch auf eine gesonderte Identifizierung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz verzichtet werden. Im

neuen Assessment bildet eingeschränkte Alltagskompetenz einen genuinen Bestandteil, der über verschiedene Wege in das Gesamtergebnis einfließt.

Die oben angegebenen Gewichtungen beruhen auf folgenden Überlegungen:

- Der Bereich „Selbstversorgung“ (Modul 4) deckt in etwa die heutigen Aktivitäten ab, die im Sinne des SGB XI für die Bemessung von Leistungsansprüchen relevant sind. Es handelt sich allerdings auch unabhängig davon um einen für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit zentralen Bereich. Er sollte keinesfalls weniger als 40% zur Bestimmung der neuen Pflegestufen beitragen.
- Der Bereich „Mobilität“ (Modul 1) verdient gesonderte Berücksichtigung. Das Einschätzungsergebnis ist an diesem Punkt Ausdruck einer Problem- und Bedarfslage, die ähnlich wie der kognitive Status alle anderen Lebensbereiche durchzieht. Mobilitätseinbußen sind auch unabhängig von anderen alltäglichen Verrichtungen Auslöser für Unterstützungsbedarf. Ein Anteil von 10% ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen dem durchschnittlichen Leistungsaufwand für Unterstützung bei der Mobilität und Hilfen bei Alltagsverrichtungen analog zu Modul 4, wie es den Ergebnissen der schon erwähnten Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ über Heimbewohner entspricht (vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002). Das Verhältnis 4 : 1 ist also in dieser Größenordnung empirisch plausibel. Andere Sachverhalte und Erfahrungen stützen diese Festlegung ebenfalls.
- Den Bereichen „Kognition und Verhalten“ einerseits und „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ andererseits wird ein Anteil von zusammen immerhin 30% zugeschrieben. Eine nähere Analyse der Pretest-Ergebnisse zeigt, dass die Gewichtung hier nicht höher ausfallen sollte. Anderenfalls wäre eine Verschiebung zulasten von Personen zu erwarten, die ausschließlich unter körperlichen Einbußen leiden. Die Analyse legt es eher nahe, diese Gewichtung ein wenig nach unten zu korrigieren. Es wurde jedoch davon Abstand genommen, weil die mit dem Pretest verfügbaren Fallzahlen zu niedrig liegen, um hier zu gesicherten Schlussfolgerungen zu kommen. Die Erprobung des neuen Verfahrens in der Hauptphase 2 wird in dieser Hinsicht eine bessere Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stellen.
- Die Gewichtung der Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen schließlich beläuft sich auf 20% und damit auf die Hälfte des Punktwerts, den das Modul 4 „Selbstversorgung“ zur Ermittlung der Pflegestufe beisteuert. Sie liegt des Weiteren leicht über der Gewichtung des Moduls 6 (Alltagsleben/ soziale Kontakte). Damit dürfte die Bedeutung chronischer Krankheiten für pflegebe-

dürftige, meist ältere Menschen kaum überschätzt werden. Es wäre umgekehrt jedoch verfehlt, eine höhere Gewichtung vorzusehen – schon allein aufgrund des Umstands, dass Pflegebedürftige in diesem Bereich sehr heterogene Bedarfslagen zeigen und damit möglicherweise schwer begründbare Unterschiede speziell in den höheren Einstufungsregionen entstünden.

Es ist zu betonen, dass solche Überlegungen nur heuristischen Charakter haben, also lediglich grobe Vorstellungen über das Profil der Bewertungssystematik und etwaige Grenzziehungen liefern können. Letztlich müssen die Entscheidungen auf dem Ergebnis von Erfahrungen bzw. auf empirischen Daten aufbauen. Die Auswertung des Pretests (s. u.) war in dieser Hinsicht ein erster wichtiger Schritt. Im Übrigen ist dieser Weg das übliche Verfahren: Für Einschätzungsinstrumente wie den Barthel-Index oder auch für psychometrische Testverfahren werden Regeln zur Klassifizierung der Ergebnisse z. T. ausschließlich anhand empirischer Daten bzw. statistischer Berechnungen entwickelt. Differenzierte inhaltliche Begründungen wird man dort vergeblich suchen.

Im Rahmen der Instrumentenentwicklung erfolgte die Entscheidung über die Gewichtungen der o. g. Bereiche erst zum Abschluss der ersten Praxiserprobung. Zuvor war festgelegt worden, wie die Gliederung der neuen Stufen der Pflegebedürftigkeit aussehen sollte. Die Entscheidung fiel zugunsten einer Struktur, die fünf Pflegestufen unterscheidet:

- Stufe P1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Stufe P2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Stufe P3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Stufe P4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Stufe P5: besondere Bedarfskonstellation

Die Begrifflichkeit, mit der die Stufen unterschieden werden, erinnert an die aktuell geltenden Vorschriften des SGB XI. Die begriffliche Ähnlichkeit ist allerdings nicht mit einer inhaltlichen Entsprechung verknüpft. Sie kann es auch gar nicht sein, da die Grundlage zur Ermittlung einer Pflegestufe nach dem SGB XI eine völlig andere ist.

Die Stufe P5 war ursprünglich für Personen gedacht, die eine außergewöhnliche Bedarfs- oder Versorgungskonstellation aufweisen. Dies gilt beispielsweise für pflegebedürftige Kinder, die einer technikintensiven Versorgung und eines kontinuierlichen Monitorings in

der häuslichen Umgebung bedürfen. Die Ergebnisse des Pretests legen jedoch möglicherweise eine andere Lösung nahe (vgl. Kapitel 4.6.3).

Die Stufe P1 ist für Personen mit geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit vorgesehen. Diesem Personenkreis eine Stufe zuzuordnen hat den Vorteil, dass sachlich und fachlich problematische (oberflächlich gesehen sogar paradoxe) Aussagen vermieden werden. So werden im heutigen System der Pflegeversicherung Personen, die aus fachlicher Perspektive eindeutig als pflegebedürftig anzusehen sind, als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet. Durch eine auf niedrigem Niveau der Beeinträchtigung angesetzte Stufe lassen sich solche Probleme vermeiden. Dabei muss die Zuordnung einer solchen Stufe keineswegs automatisch mit einem Leistungsanspruch verknüpft sein. Dies bleibt eine politische Entscheidung.

Für die genannte Stufengliederung des neuen Begutachtungs-Assessments sind bei einem Maximum von 100 Punkten folgende Schwellenwerte vorgesehen:

- Stufe P1: 10-29
- Stufe P2: 30-49
- Stufe P3: 50-69
- Stufe P4: 70+
- Stufe P5: Stufe P4 mit besonderer Bedarfskonstellation

Legt man diese Abstufung zugrunde, so ergibt sich (unter Vernachlässigung besonderer Bedarfskonstellationen) auf der Basis der ersten Praxiserprobung folgende Verteilung:

Neue Stufen	Alte Stufen (SGB XI)				Summe
	PS 0	PS I	PS II	PS III	
Keine	4	-	-	-	4
P1	15	8	-	-	23
P2	4	17	3	-	24
P3	-	9	18	1	28
P4/P5	-	-	9	12	21

Tab. 7: „Neue“ und alte Pflegestufen (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Die Verteilung der „neuen“ Pflegestufen gestattet keine verallgemeinerbare Einschätzung, da die Stichprobe für den Pretest keine Repräsentativität beanspruchen kann. Interessanter sind die Bezüge zu den heutigen Pflegestufen nach dem SGB XI. Trotz der stark abweichenden Berechnungsbasis gibt es einen ausgeprägten Zusammenhang. Er fällt stärker aus als erwartet. Dies deutet darauf hin, dass das neue Begutachtungsverfahren – vorbehaltlich der noch ausstehenden sozialrechtlichen Festlegungen – nicht notwendigerweise zu weitreichenden Verschiebungen innerhalb des Kreises der Leistungsberechtigten führen würde. Für die Frage der Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten wäre entscheidend, ob und unter welchen Voraussetzungen Leistungsansprüche mit der neuen Stufe P1 verknüpft würden.

Die vorgestellte Stufengliederung ist natürlich nicht die einzige Alternative. Eine differenziertere Unterscheidung wäre ebenso denkbar. In der folgenden Tabelle wurde die 100-Punkte-Skala in zehn Abschnitte unterteilt. Es wäre theoretisch möglich, dementsprechend zehn Stufen der Pflegebedürftigkeit zu definieren.

Punktebereich	Fälle in %
0-9	4
10-19	8
20-29	15
30-39	12
40-49	12
50-59	11
60-69	17
70-79	9
80-89	5
90-100	7

Tab. 8: Pretest-Ergebnisse: Punktwerte zur Abbildung von Pflegebedürftigkeit (n = 100)

Eine solche, stärkere Differenzierung hätte allerdings den Nachteil, dass schon verhältnismäßig geringe Schwankungen in der Ausprägung von Pflegebedürftigkeit zu einem Wechsel der Pflegestufe führen könnten und eine Begutachtung somit deutlich häufiger stattfinden müsste als im heutigen System. Außerdem gäbe es zwangsläufig mehr „Grenzfälle“,

d. h. Personen, bei denen nur eine Differenz von ein oder zwei Punkten darüber entscheidet, ob ihnen die nächsthöhere oder nächstniedrigere Pflegestufe zugeordnet würde. Diese und andere Überlegungen führten dazu, mit der neuen Bewertungssystematik lediglich fünf Stufen zu unterscheiden und die o.g. Schwellenwerte zu definieren.

Die nächste Tabelle verdeutlicht, wie sich die neuen Stufen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zueinander verhalten.

Neue Pflegestufen	Stufen der Hilfebedürftigkeit				Summe
	Keine	H1	H2	H3	
Keine	2	2	-	-	4
P1	-	2	7	14	23
P2	-	-	2	22	24
P3	-	-	1	27	28
P4/P5	-	-	-	21	21
Summe	2	4	10	84	100

Tab. 9: „Neue“ Pflegestufen und Stufen der Hilfebedürftigkeit (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Es wurde bereits im vorangegangenen Kapitel angesprochen, dass die Fallzahlen in den unteren Bereichen zu gering sind, um beurteilen zu können, ob die Unterscheidung von Pflege- und Hilfebedürftigkeit einen Zugewinn an Information bietet, der für die Bemessung von Leistungsansprüchen oder für andere Zwecke relevant sein könnte. Die Zahlen in der Tabelle zeigen, dass Personen mit erheblicher Hilfebedürftigkeit (H2) in der Stichprobe immer eine mindestens geringe Pflegebedürftigkeit aufweisen (P1). Lediglich in zwei von 100 Fällen lag eine geringe Hilfebedürftigkeit (H1) und keine Pflegebedürftigkeit vor. Sollten sich diese Verteilungen auch bei den größeren Fallzahlen der Erprobung in der Hauptphase 2 bestätigen, müsste die Annahme, es ließe sich in der dargestellten Art und Weise unabhängig von Pflegebedürftigkeit eine „Vorstufe“ im Sinne von Hilfebedürftigkeit definieren, fallen gelassen werden. Auffällig ist allerdings, dass der Grad der Hilfebedürftigkeit innerhalb der Gruppe mit der neuen Stufe P1 eine relativ starke Streuung aufweist. Mit anderen Worten: Personen mit geringer Pflegebedürftigkeit sind in sehr unterschiedlichem Grad bei außerhäuslichen Aktivitäten und bei der Haushaltsführung auf Personenhilfe angewiesen.

In welcher Beziehung die Teilergebnisse der einzelnen Module zu den fünf „neuen“ Pflegestufen stehen, zeigen die folgenden Tabellen. Zur Darstellung des Grades der Beeinträchtigung kommt die nunmehr schon bekannte fünfstufige Skala (0 bis 4) zum Einsatz.

	0	1	2	3	4
Keine	3	1	-	-	-
P1	6	13	4	-	-
P2	5	4	7	5	3
P3	3	6	7	2	10
P4/P5	2	1	1	3	14

Tab. 10: „Neue“ Pflegestufen und Modul 1 „Mobilität“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

	0	1	2	3	4
Keine	4	-	-	-	-
P1	21	2	-	-	-
P2	12	5	4	3	-
P3	7	2	6	5	8
P4/P5	1	1	2	3	14

Tab. 11: „Neue“ Pflegestufen und Modul 2 „Kognitive Fähigkeiten“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

	0	1	2	3	4
Keine	4	-	-	-	-
P1	19	2	1	1	-
P2	18	3	1	2	-
P3	13	5	4	-	6
P4/P5	6	1	3	3	8

Tab. 12: „Neue“ Pflegestufen und Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Das neue
Begutachtungsinstrument
für Erwachsene

	0	1	2	3	4
Keine	4	-	-	-	-
P1	-	14	9	-	-
P2	-	4	16	4	-
P3	-	-	10	15	3
P4/P5	-	-	-	6	15

Tab. 13: „Neue“ Pflegestufen und Modul 4 „Selbstversorgung“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

	0	1	2	3	4
Keine	3	1	-	-	-
P1	10	11	2	-	-
P2	2	16	4	2	-
P3	-	13	11	4	-
P4/P5	1	5	12	1	2

Tab. 14: „Neue“ Pflegestufen und Modul 5 „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

	0	1	2	3	4
Keine	3	1	-	-	-
P1	18	4	1	-	-
P2	6	7	7	4	-
P3	2	3	4	12	7
P4/P5	1	-	-	2	18

Tab. 15: „Neue“ Pflegestufen und Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Diese Ergebnisse verweisen auf relativ konsistente Zusammenhänge, was auch durch den Abgleich mit ausgewählten Fallprofilen bestätigt wird. Wie nicht anders zu erwarten, gibt es unter den 100 einbezogenen Personen einige (wenige), deren auffällig hohe oder niedrige Einstufung Fragen aufwirft, die mit den vorliegenden Informationen nicht abschlie-

ßend geklärt werden konnten. Im Gesamtbild aber scheint das neue Einschätzungsverfahren zu recht plausiblen und gut nachvollziehbaren Ergebnissen zu führen.

4.6.3 „Härtefälle“ bzw. besondere Bedarfskonstellationen

Die Stufe P5 bleibt Personen vorbehalten, die eine außergewöhnliche Bedarfskonstellation aufweisen. Gedacht ist dabei beispielsweise an pflegebedürftige Kinder, die einer technikintensiven Versorgung und eines kontinuierlichen Monitorings bedürfen. Im Pretest wurden sechs Aspekte als besondere Bedarfskonstellationen gewertet:

- außergewöhnlich hoher Unterstützungsaufwand bei der Nahrungsaufnahme von mehr als zwei Stunden;
- außergewöhnlich hoher Unterstützungsaufwand wegen einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik (beispielsweise andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit);
- außergewöhnlich hoher Unterstützungsaufwand wegen extremer motorischer Unruhe, wodurch Pflegehandlungen nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind;
- außergewöhnlich hoher Unterstützungsaufwand wegen ausgeprägter Spastiken oder Kontrakturen;
- mehrmals tägliches Auftreten von generalisierten Krampfanfällen;
- häusliche Intensivpflege mit der Notwendigkeit permanenter Überwachung.

Die dahinterstehende Überlegung wird bereits in der Formulierung dieser Kriterien deutlich: Es gibt Pflegebedürftige, die neben schwersten Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit gesundheitliche Probleme aufweisen, die dazu führen, dass Pflegehandlungen zu meist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind bzw. einen ungewöhnlich hohen Zeitaufwand erforderlich machen. Ausschlaggebend für den Versorgungsalltag ist hier nicht allein der Verlust von Fähigkeiten, sondern das Vorliegen weiterer Umstände wie ausgeprägter Schmerzen, extremer motorischer Unruhe und vergleichbarer gesundheitlicher Probleme.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien bei der Ermittlung der „neuen“ Pflegestufen (Stufe P4 und besondere Bedarfskonstellation = Stufe P5) ergibt sich für die Erwachsenen folgendes Bild:

Neue Stufen	Alte Stufen				Summe
	PS 0	PS I	PS II	PS III	
Keine	4	-	-	-	4
P1	15	8	-	-	23
P2	4	17	3	-	24
P3	-	9	18	1	28
P4	-	-	7	7	14
P5	-	-	2	5	7

Tab. 16: „Neue“ und alte Pflegestufen nach dem SGB XI (n = 100; Fälle/Prozentangaben)

Diese Verteilung und einige weitere Sachverhalte werfen Fragen auf, die im weiteren Verlauf der Instrumentenerprobung näher untersucht werden sollten:

- Zunächst einmal ist festzustellen, dass nicht alle Personen mit besonderer Bedarfskonstellation die Stufe P4 erreichen. Bei den Erwachsenen lag nicht in sieben, sondern in zehn Fällen eine solche Konstellation vor. Bei drei Personen wurde allerdings nur die Stufe P3 errechnet, wodurch die Einstufung als „Härtefall“ nicht erfolgen konnte. Ob es angemessen sein kann, dass eine besondere Bedarfskonstellation wie hier keinerlei Konsequenzen für Leistungsansprüche haben soll, ist eher fraglich.
- Ferner lag der Anteil der Personen mit besonderer Bedarfskonstellation relativ hoch. Mit Anteilen von 7% (oder 10%, wenn auch Personen mit der Stufe P3 berücksichtigt werden) wird eine Größenordnung erreicht, die von der Häufigkeit von Härtefällen im heutigen Begutachtungsverfahren weit entfernt liegt.
- Schließlich stellt sich die Frage, ob mit den genannten sechs Kriterien tatsächlich alle Konstellationen erfasst werden, bei denen man von einem „außergewöhnlich hohen Unterstützungsaufwand“ sprechen kann. Die abschließende Benennung der Kriterien läuft insofern Gefahr, in einigen Situationen möglicherweise zu Unrecht einen besonderen Bedarf nicht anzuerkennen.

Vergleichbare Fragen stellen sich auch im Falle der Kinderbegutachtung. So lag bei elf der 41 Kinder im Pretest eine besondere Bedarfskonstellation vor. Für ein Kind wurden die Stufe P1, für drei die Stufe P2, für vier die Stufe P3 und wiederum für drei die Stufe P4 ermittelt. Es zeigt sich also, dass die besonderen Bedarfskonstellationen bei den Kindern nicht notwendigerweise mit den höheren Pflegestufen verknüpft sind. Das hängt damit

zusammen, dass bei Kindern lediglich die Differenz zwischen alters- und krankheitsbedingter Beeinträchtigung von Selbstständigkeit berücksichtigt wird. V.a. bei sehr jungen Kindern (z. B. im Alter unter zwölf Monaten) kann es daher zur Kombination von niedriger Pflegestufe und besonderer Bedarfskonstellation kommen. Hier stellt sich noch dringlicher als bei den Erwachsenen die Frage, ob die besonderen Konstellationen nur im Falle der Stufe P4 eine andere Stufenzuordnung bewirken sollen. Auch gilt für Kinder noch mehr als für Erwachsene, dass es eine Vielzahl sehr seltener Erkrankungen mit spezifischen Versorgungsanforderungen gibt. Ob alle denkbaren Konstellationen mit den wenigen oben vorgestellten Kriterien zu erfassen sind, ist nicht sicher.

Eine Alternative zur Bestimmung der Stufe P5 bestünde darin, konsequent bei der Bewertung der Selbstständigkeit und Abhängigkeit von personeller Hilfe zu bleiben, die dem neuen Begutachtungsinstrument zugrunde liegt. Dabei würde ein entsprechend hoher Punktwert in der Einschätzung des Gesamtergebnisses zum Kriterium für die Zuordnung zur höchsten Pflegestufe werden. Ab einer Grenze von 86 Punkten beispielsweise würden acht von 100 Erwachsenen die Stufe P5 zugeordnet. Nachteil dieser Berechnungsweise wäre, dass die besonderen Härten und Versorgungsanforderungen, die sich aus den genannten Bedarfskonstellationen ergeben, z. T. nicht berücksichtigt würden.

Eine weitere Alternative bestünde darin, dass eine besondere Bedarfskonstellation grundsätzlich die Zuordnung der nächsthöheren Stufe bewirkt. Damit würden beispielsweise Kinder, bei denen eigentlich die Stufe 2 vorliegt, in die Stufe 3 gelangen.

Mit den Fallzahlen des Pretests lassen sich die Fragen im Zusammenhang mit der Definition von besonderen Bedarfskonstellationen nicht befriedigend klären. Zum jetzigen Zeitpunkt wäre es daher unangebracht, eine abschließende Empfehlung zur Definition von „Härtefällen“ abzugeben. Es wird daher vorgeschlagen, in der Hauptphase 2 neben der gewählten Lösung die beiden Alternativen zum Umgang mit besonderen Bedarfskonstellationen zu erproben bzw. in ihren Folgen abzuschätzen.

4.6.4 Die Bewertungssystematik im Überblick

Der Algorithmus, mit dem auf der Grundlage der Einschätzungsergebnisse ein Grad der Pflege- und Hilfebedürftigkeit ermittelt wird, ist in den vorangegangenen Ausführungen

bereits mehrfach angesprochen worden. Er sei an dieser Stelle noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Zum Verständnis der Berechnung muss man sich zunächst vergegenwärtigen, dass die meisten Items in den Modulen je nach Einschätzungsergebnis (Merkmalsausprägung) einen Wert von 0 bis 3 annehmen können. Einigen Merkmalen sind allerdings andere Werte zugewiesen. Dies soll noch einmal für die einzelnen Module erläutert werden.

Modul 1 Mobilität: Keine Besonderheiten, d. h. jedes Merkmal wird mit 0 bis 3 Punkten berücksichtigt.

Modul 2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Hier gibt es ebenfalls keine Besonderheiten. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass nur die Werte der ersten acht Merkmale in die Berechnung einfließen.

Modul 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Abweichend vom ersten und zweiten Modul sind die Merkmalsausprägungen mit den Werten 0, 1, 3 und 5 versehen.

Modul 4 Selbstversorgung: Die meisten, aber nicht alle Merkmale werden mit 0 bis 3 Punkten berücksichtigt. Die Merkmale „Trinken“ und „Toilette/Toilettenstuhl benutzen“ werden doppelt gewichtet (0, 2, 4, 6 Punkte), das Merkmal „Essen“ dreifach. Die Werte der Items „Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma“ und „Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen/Umgang mit Stoma“ gehen in die Berechnungen nur ein, wenn „überwiegend inkontinent“ oder „komplett inkontinent“ angegeben ist oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt (Items B.3 bis B.6). Bei Sondernahrung wird in Abhängigkeit vom Anteil der Sondennahrung an der Nahrungsaufnahme der Wert 0 (nur gelegentliche bzw. nicht tägliche Zufuhr von Sondennahrung), 5 (1 bis 3 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung), 9 (mindestens 4 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung) oder 12 (ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung) berücksichtigt. Wird ausschließlich Sondennahrung aufgenommen, entfallen die Punktwerte für die zur oralen Nahrungsaufnahme dienenden Aktivitäten (Items 4.7 bis

4.9). Ist bei der Sondenernährung keine Beeinträchtigung von Selbstständigkeit feststellbar (was allerdings nur äußerst selten vorkommt), wird keiner dieser Punktwerte berücksichtigt. Analoges gilt für parenterale Ernährung. Hier wird allerdings nur zwischen „komplett“ (12 Punkte) und „teilweise“ (5 Punkte) differenziert.

Modul 5 Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Die Berechnung weicht hier stark von den anderen Modulen ab und wurde bereits ausführlich in Kapitel 4.4.5 dargelegt.

Modul 6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte: keine Besonderheiten, d. h. jedes Merkmal wird mit 0 bis 3 Punkten berücksichtigt.

Modul 7 Außerhäusliche Aktivitäten: Die Berechnung weicht hier ebenfalls stark von den anderen Modulen ab und wurde in Kapitel 4.4.7 erläutert.

Modul 8 Haushaltsführung: Keine Besonderheiten, jedes Merkmal wird mit 0 bis 3 Punkten berücksichtigt.

Entsprechend dieser Regeln wird dann je Modul ein Summenwert ermittelt und als Teilergebnis in eine fünfstufige Skala transformiert (Werte zwischen 0 und 4). Die dabei verwendeten Grenzwerte wurden in den Kapiteln 4.4.1 bis 4.4.8 dargestellt. Hier finden sie sich noch einmal als Übersicht:

Module	Zuordnung der Punktbereiche				
	0	1	2	3	4
1. Mobilität	0	1-3	4-6	7-9	10-15
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0	1-4	5-8	9-13	14-24
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0	1-2	3-4	5-6	>6
4. Selbstversorgung	0	1-9	10-24	25-39	>39
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	0	1	2-3	4-5	6-12

Module	Zuordnung der Punktbereiche				
	0	1	2	3	4
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	0	1-3	4-6	7-11	12-18
7. Außerhäusliche Aktivitäten	0	1	2-3	4-5	6-9
8. Haushaltsführung	0	1-5	6-10	11-15	16-21

Tab. 17: Punktbereiche und Grenzwerte der einzelnen Module

Im Falle des Moduls 3 gibt es einige Besonderheiten. Die höchste Stufe (4) wird unabhängig von anderen Einschätzungsergebnissen auch dann zugeordnet, wenn

- es sich um Personen in komatösem Bewusstseinszustand handelt,
- „Nächtliche Unruhe“ täglich auftritt oder
- „Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten“ mehrmals wöchentlich auftritt.

Nach dieser Transformation werden die Ergebnisse der Module 1 bis 6 zusammengeführt. Hierzu wird der jeweilige Wert auf der genannten fünfstufigen Skala wie folgt gewichtet und damit in einen neuen Punktwert überführt. Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Module 2 und 3, sondern nur der höchste der beiden Werte in die Berechnung eingeht.

Module	Gewichtung	Modulspezifischer Wert				
		0	1	2	3	4
1.	10%	0	2,5	5	7,5	10
2. & 3.	15%	0	3,75	7,5	11,25	15
4.	40%	0	10	20	30	40
5.	20%	0	5	10	15	20
6.	15%	0	3,75	7,5	11,25	15

Tab. 18: Gewichtung und modulspezifischer Wert der Module

Der Punktwert, nach dem die Pflegestufe ermittelt wird, ergibt sich aus der Summe der nach dieser Tabelle gewichteten modulspezifischen Werte. Der (ggf. gerundete) Punktwert wird anhand der nachfolgenden Schwellenwerte als Pflegestufe dargestellt:

Keine Stufe:	0–9
Stufe P1:	10–29
Stufe P2:	30–49
Stufe P3:	50–69
Stufe P4:	70–100
Stufe P5:	Besondere Bedarfskonstellation

4.7 Verfahren zur Abklärung des Bedarfs an Rehabilitationsmaßnahmen

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs³² ist eine sehr wichtige, allerdings mit weitreichenden Fragestellungen und einigen ungelösten Problemen verknüpfte Funktion der Begutachtung nach dem SGB XI. Der Umfang, in dem Rehabilitationsmaßnahmen bei manifester oder drohender Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden, ist seit den Anfängen der Pflegeversicherung hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Die hierfür maßgeblichen Gründe sind nach wie vor nicht abschließend geklärt. Verantwortlich gemacht werden u. a. das Fehlen von Anreizen zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten, die Zurückhaltung von Gutachtern bei der Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen, ein ebenfalls verhaltenes Agieren der niedergelassenen Ärzte, ein mangelhafter Ausbau wohnortnaher, auf pflegebedürftige ältere Menschen zugeschnittener Leistungsangebote sowie unzureichend gelöste Schnittstellenprobleme (vgl. z. B. Dunkelberg et al. 2002; Schweizer 2001; Deck et al. 2000; Wolf/Matthesius 1998; Neubauer 1997). Sowohl die Gesundheitsreform im Jahr 2007 als auch die vorliegenden Entwürfe zur Reform der Pflegeversicherung haben die Thematik aufgegriffen mit dem Ziel, Hürden für die Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen abzubauen und dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ stärker zur Durchsetzung zu verhelfen.

³² Der Begriff des Rehabilitationsbedarfs wurde der Projektausschreibung entnommen. Die in diesem Kapitel angeführten Referenzen sprechen einheitlich von Rehabilitationsbedürftigkeit.

Mit einem Einschätzungsinstrument kann zweifellos die Methode optimiert werden, mit der die Gutachter Feststellungen treffen, um ggf. eine Empfehlung zur Rehabilitation abzugeben. Die angedeuteten strukturellen Probleme können auf diesem Weg allerdings nicht gelöst werden. Die Optimierung des Verfahrens stößt außerdem auf einige sachliche und von fachlichen Normen definierte Grenzen. So ist es nicht möglich, wie im Falle der Feststellung von Pflegebedürftigkeit eine Methode zu entwickeln, die auf abschließend definierten Kriterien aufbaut und mit eindeutig operationalisierten Regeln eine verlässliche Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit gestattet.³³ Während dort im Grundsatz auf Erfassungs- und Klassifikationsmethoden der empirischen Forschung zurückgegriffen werden kann, entzieht sich die Rehabilitationsbedürftigkeit dieser Vorgehensweise. Die hierfür maßgeblichen Gründe werden, da sie zum Verständnis der Einschätzung mit dem neuen Verfahren erforderlich sind, im Folgenden näher dargelegt.

Rahmenbedingungen für die Entwicklung einer Methode zur Einschätzung des Bedarfs an Rehabilitationsmaßnahmen

Bereits die IPW-Studie hat aufgezeigt, dass etablierte Assessment-Instrumente z. T. zwar zahlreiche Informationen berücksichtigen, die zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit einen nützlichen Beitrag leisten. Eine explizite, formalisierte Methode der Einschätzung, die auch nur annähernd dem in diesem Bericht dargestellten Verfahren zur Ermittlung einer Pflegestufe gleichkäme, fand sich hingegen an keiner Stelle. Auch die Beratungen mit Partnern aus Japan und England erbrachten keinerlei Hinweise in diese Richtung. In Japan beispielsweise erfolgt die Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs durch den behandelnden Arzt, der auf einem Standardformular das Vorliegen eines Bedarfs zu dokumentieren hat.

Im Rahmen der Instrumentenentwicklung wurden daher zunächst die in Deutschland gängigen Empfehlungen und Richtlinien zu Fragen der Rehabilitation herangezogen. Dazu gehören die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (2006), die Gemeinsame Empfehlung Begutachtung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2004a), der Entwurf für eine

³³ Berechnungsmethoden wie im Falle der Ermittlung des Grades der Selbstständigkeit o. ä., wie sie von dem Instrument bei der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit vorgesehen sind, können in diesem Zusammenhang also nicht zur Anwendung kommen.

Gemeinsame Empfehlung gem. § 13 Abs. 2 Nr.2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (BAR 2004b) und die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS 2005).

Rehabilitation dient nach den aktuell geltenden Rechtsvorschriften der Sicherung oder Herstellung der selbstbestimmten Teilhabe von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen am gesellschaftlichen Leben. Sie ist eine Leistung zur Teilhabe nach § 4 SGB IX, die gewährt wird, um unabhängig von der Ursache der Behinderung:

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Verfahren zur Feststellung der Notwendigkeit und Zielsetzung einer Leistung zur Teilhabe sollen sich am bio-psycho-sozialen Ansatz der ICF orientieren und haben trägerübergreifend die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose zu prüfen (BAR 2004a):

- Der Begriff „Rehabilitationsbedürftigkeit“ verweist „auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht“ (BAR 2004a: 4).
- Die „Rehabilitationsfähigkeit“ bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung eines behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer geeigneten Leistung.
- Bei der „Rehabilitationsprognose“ handelt es sich um „eine sozialmedizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur Teilhabe“ (BAR 2004a: 4). Diese Wahrscheinlichkeitsaussage beruht auf dem bisherigen Krankheits-

verlauf, dem Kompensations- und/oder Rückbildungspotenzial unter Beachtung und Förderung individueller, positiver Kontextfaktoren, der Erreichbarkeit des Teilhabeziels, einer geeigneten Teilhabeleistung und der Berücksichtigung eines dafür notwendigen Zeitraums.

Erst die Gesamtbetrachtung dieser Aspekte gestattet eine Einschätzung dazu, inwieweit eine Rehabilitationsmaßnahme im Einzelfall angezeigt ist. Dabei schließt v.a. das angeführte Verständnis der Rehabilitationsprognose eine standardisierte Beurteilung von vornherein aus. Hier ist vielmehr die individuelle Betrachtung erforderlich, mit der Ziele, Kontextfaktoren, Krankheitsverlauf, die in Frage stehende Maßnahme, Reversibilität der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und weitere Aspekte zusammen und in Beziehung zueinander abgewogen werden. Eine entsprechende Einschätzung und Feststellung stellt hohe fachliche Anforderungen. Deshalb wird in der Regel davon ausgegangen, dass die Beurteilung durch Ärzte mit einer speziellen Qualifikation erfolgt. Dieser Umstand stellt die Medizinischen Dienste auch im aktuellen Begutachtungsverfahren vor die Notwendigkeit, geeignete Formen der Kooperation zwischen den als Gutachtern tätigen Pflegefachkräften und Ärzten mit entsprechender Zusatzqualifikation zu gewährleisten.

Assessment-Verfahren sind also bei der Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs aufgrund der besonderen Qualifikationsanforderungen und der mangelnden Möglichkeiten der Standardisierung als Hilfsmittel anzusehen; sie können jedoch die Fachexpertise nicht ersetzen. Anzahl und Aufbau der verfügbaren Instrumente für die Rehabilitation stellen sich im Übrigen ähnlich heterogen dar wie im Bereich der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit.³⁴ Dementsprechend stellte sich im Rahmen des Projekts die Aufgabe, eine Vorgehensweise zu entwickeln, durch die der Gutachter bei der Abklärung der Frage nach dem Bedarf möglichst effektiv unterstützt werden kann.

³⁴ In einer Übersicht differenzieren Biefang et al. (1999) die folgenden Instrumententypen: a) übergreifende Instrumente zur Beurteilung des Gesundheitszustands und intervenierender Merkmale (Instrumente zur Erfassung von Funktionszustand und Wohlbefinden, Behandlungszufriedenheit, Gesundheitsverhalten und Rehabilitationsmotivation, soziale Unterstützung und Krankheitsbewältigung sowie Schmerz), b) spezifische Instrumente zur Beurteilung des Gesundheitszustands und intervenierender Merkmale (Instrumente, die sich auf bestimmte Organsysteme oder Funktionen beziehen), c) pädiatrische Assessment-Verfahren, d) geriatrische Assessment-Verfahren und e) Verfahren für die sozialmedizinische Begutachtung.

Die im Instrument vorgesehene Methode zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs

Verschiedene Ansatzpunkte zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs ergeben sich bereits aus der gemeinsamen Empfehlung zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe der BAR (2004b). Zu den in der Empfehlung genannten Aktivitäten und Teilhabebereichen, die Anhaltspunkte für einen Bedarf geben, gehören u. a. die Bereiche:

- Mobilität/Fortbewegung (Module 1 und 7)
- Kommunikation (Module 2 und 6)
- Verhalten (Modul 3)
- Selbstversorgung (Modul 4)
- Tagesgestaltung (Modul 6)
- Haushaltsführung (Modul 8)

Damit bietet der modulare Aufbau des neuen Instruments einen strukturierten Rahmen für die Erfassung von Anhaltspunkten für einen Bedarf an Teilhabeleistungen. Übertragen auf die Begutachtung beinhaltet somit die Feststellung von Abhängigkeit von personeller Hilfe in einem der genannten Module den Hinweis, dass möglicherweise ein Bedarf vorliegen könnte. Dies gilt insbesondere dann, wenn nach den Ergebnissen der Einschätzung trotz Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit noch Ressourcen feststellbar sind (die zweite und dritte Ausprägung auf der vierstufigen Standardskala).

Auch die Angaben aus der über die Module hinausgehenden Informationssammlung und Befunderhebung muss der Gutachter bei seiner Einschätzung nutzen. Dazu gehören insbesondere frühere und aktuell bestehende Erkrankungen, akute Beschwerden, Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen, die Beteiligung an therapeutischen Maßnahmen und Angaben aus der Sozialanamnese. Art, Umfang, Entstehung und Dauer gesundheitlicher Schädigungen und Beeinträchtigungen sind also ebenso wie bisherige Therapieansätze zu berücksichtigen.

Auf Grundlage dieser Informationen gilt es dann, eine gutachterliche Einschätzung zu Fragen der Erreichbarkeit möglicher Rehabilitationsziele vorzunehmen. Als mögliche Ziele der Rehabilitation werden beispielsweise von der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS 2005: 17) genannt:

Das neue
Begutachtungs-
instrument
für Erwachsene

- vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten/Teilhabe (Restitutio ad integrum),
- größtmögliche Wiederherstellung des Ausgangsniveaus der Aktivitäten/Teilhabe (Restitutio ad optimum),
- Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen und Aktivitäten (Kompensation) und
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe des/der Versicherten (Adaption).

Insofern bedarf es je Modul einer gutachterlichen Einschätzung, ob individuell Möglichkeiten bestehen, eines der genannten Ziele zu erreichen.

Im Rahmen des Assessments wird der Gutachter daher jeweils im Anschluss an die Bewertung der Module 1 „Mobilität“, 2 „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, 4 „Selbstversorgung“ und 5 „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ aufgefordert, auf der Grundlage der bisherigen Erhebungen in einem ersten Schritt die Entwicklungstendenz in diesem Bereich einzuschätzen. Er soll erfassen, ob es innerhalb der zurückliegenden Wochen/Monate eine deutliche Verbesserung, deutliche Verschlechterung oder keine Veränderung gegeben hat (z. B. der Mobilität). Damit ergibt sich ein erster Hinweis, ob sich durch (weitere) therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen ein positiver Entwicklungsverlauf verstärken oder eine eingetretene Verschlechterung aufhalten lässt. Es ist dabei zu prüfen, ob ein höherer Grad an Selbstständigkeit wiedererlangt werden kann bzw. ob es Möglichkeiten gibt, einer Verschlechterung der Situation entgegenzuwirken.

Danach soll der Gutachter in einem zweiten Schritt angeben, ob er für diesen Bereich realistische Möglichkeiten der Verbesserung sieht und wodurch diese Verbesserung ggf. erreicht werden kann - z. B. durch eine Veränderung der räumlichen Bedingungen, eine Optimierung der Hilfsmittelversorgung, durch Beratung oder spezifische Therapieangebote.

Für die übrigen Module wurde auf eine gesonderte Einschätzung dieser Art verzichtet, da ein Rehabilitationsansatz bereits bei den o.g. Modulen mitgeprüft wird. Im Hinblick auf den Rehabilitationsbedarf sind Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3) sowie Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (Modul 6) in aller Regel eng mit

Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten (Modul 2) verknüpft, sodass eine wiederholte Abfrage entbehrlich ist. Beeinträchtigungen bei außerhäuslichen Aktivitäten (Modul 7) und bei der Haushaltsführung (Modul 8) ergeben sich vorrangig aus Beeinträchtigungen bei der Mobilität (Modul 1) und/oder der kognitiven Fähigkeiten (Modul 2).

Über diese auf die einzelnen Module bezogenen Abklärungsschritte hinaus wird der Gutachter dazu aufgefordert, nach Beendigung seiner Feststellungen eine zusammenfassende Einschätzung vorzunehmen und entsprechende Empfehlungen zu formulieren.

Er soll hierbei zunächst Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit dokumentieren. Dazu gehören:

- Erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2)³⁵
- Problematische Verhaltensweisen (Modul 3)³⁶
- Geringe körperliche Belastbarkeit
- Fehlende Motivation und
- Ggf. andere Faktoren (z. B. anstehende Operation)

Diese Hinweise können gegen eine Rehabilitation sprechen, jedoch ist keiner der genannten Gründe ein generelles Kriterium, das eine Rehabilitationsleistung ausschließt. Erst aus einer Gesamtbetrachtung kann der Gutachter Empfehlungen ableiten. Auf der Grundlage der Einschätzungsergebnisse ist zu beurteilen, ob ein Verbesserungspotenzial und ggf. ein Rehabilitationsbedarf besteht, ob das individuelle Zustands- und Verhaltensprofil der Rehabilitationsfähigkeit entgegensteht und welche Sachverhalte für die Rehabilitationsprognose zu beachten sind. Umgekehrt führt auch die Feststellung von Verbesserungsmöglichkeiten, die für die vier Module vorgenommen wird, nicht automatisch zur Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme. Die Fortführung oder ggf. Optimierung der vertragsärztlichen Behandlung einschließlich der Heil- und Hilfsmittelversorgung kann ausreichend sein, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Werden über die bisherige Versorgung hinaus weitere Heil- oder Hilfsmittel empfohlen, so sind diese konkret zu benennen. Nur wenn darüber hinaus der multidimensionale interdisziplinäre Ansatz der Rehabilitation erfor-

³⁵ Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen können sowohl auf einen bestehenden Rehabilitationsbedarf als auch auf eine begrenzte Rehabilitationsfähigkeit hinweisen. In der Betrachtung der Gesamtsituation sind Entstehung und Dauer der Schädigungen und Beeinträchtigungen sowie bisherige Therapieansätze zu berücksichtigen.

³⁶ Auf der Grundlage der Einschätzungsergebnisse ist zu beurteilen, ob ein Verbesserungspotenzial und ggf. ein Rehabilitationsbedarf besteht oder ob das individuelle Verhaltensprofil der Rehabilitationsfähigkeit entgegensteht.

derlich und erfolgversprechend ist, sind nach den heute geltenden Normen Rehabilitationsmaßnahmen zu empfehlen. Das neue Einschätzungsverfahren folgt diesem Grundsatz.

Im nächsten Schritt wird der Gutachter zur Formulierung einer expliziten Empfehlung aufgefordert. Er kann sich hierbei für eine der drei folgenden Optionen entscheiden:

- Es wird keine Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ausgesprochen.
- Es wird eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfohlen, da z. B. wichtige Unterlagen fehlen oder Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erforderlich ist.
- Es wird eine Empfehlung für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen.

Zur Entscheidung für diese Lösung hat u. a. die Überlegung beigetragen, dass die Möglichkeiten zur verlässlichen Abklärung, die sich im Rahmen der Begutachtung bieten, angesichts der besonderen Anforderungen an die Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs ggf. begrenzt bleiben. Das bedeutet, dass die Formulierung einer definitiven Empfehlung bei einem Teil, aber keineswegs bei allen Begutachtungen möglich ist. Mehrere Faktoren können hierbei eine Rolle spielen:

- Zunächst ist nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass mit der fachlichen Qualifikation der Gutachter zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit stets auch die fachlichen Voraussetzungen zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs gegeben sind.
- Darüber hinaus sind einem vertiefenden Assessment im Sinne der Gemeinsamen Empfehlung Begutachtung der BAR durch eine Begutachtungsdauer von ca. einer Stunde Grenzen gesetzt.
- V. a. aber können die Gutachter, wie auch bei der Auswertung des Pretests von den beteiligten Mitarbeitern des MDK Westfalen-Lippe mehrfach betont wurde, häufig nicht auf die Fremdbefunde bzw. Unterlagen zurückgreifen, die zu einer verlässlichen Abklärung erforderlich wären.

Vor diesem Hintergrund wurde bei der Instrumentenentwicklung die Grundsatzentscheidung getroffen, den Gutachter anders als im heutigen Begutachtungsverfahren zu einer expliziten Aussage zum Rehabilitationsbedarf zu zwingen, ihn allerdings nicht zu nötigen, bei ggf. bestehender fachlicher Unsicherheit oder trotz fehlender Informationen eine de-

definitive Empfehlung im Sinne eines Ja oder Nein abzugeben. Das Instrument eröffnet vielmehr die Möglichkeit, eine nähere Abklärung zu empfehlen, wenn es Hinweise auf einen Rehabilitationsbedarf gibt, eine hinreichend verlässliche Einschätzung aus den angeführten Gründen jedoch nicht möglich ist. Auch nach den Erprobungserfahrungen im Rahmen des Pretests erscheint es angebracht, diese Option zu eröffnen. Würde man auf sie verzichten, so wäre die wahrscheinliche Folge, dass sich die Gutachter aufgrund der mangelnden Möglichkeit, Zweifel auszuräumen, auch in fraglichen Fällen mehrheitlich gegen eine Rehabilitationsempfehlung entscheiden. Damit aber käme man dem Ziel einer besseren Ausschöpfung eines Rehabilitationspotenzials nicht näher.

Wird die Einleitung von Rehabilitationsleistungen empfohlen, soll der Gutachter auch angeben, ob eine ambulante oder stationäre, eine geriatrische oder eine indikationspezifische Rehabilitation angezeigt ist.

Wird die Einleitung von Maßnahmen nicht empfohlen, so ist dies vom Gutachter ausdrücklich zu begründen. Er soll angeben, ob bzw. inwieweit:

- keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar waren,
- er die Fortführung laufender Therapiemaßnahmen für ausreichend hält,
- die Wirkung einer abgeschlossenen Rehabilitationsleistung abgewartet werden sollte und/oder
- andere Gründe ihn dazu bewegen haben, keine Rehabilitationsempfehlung auszusprechen.

Ist es (bei Pflegefachkräften ggf. auch unter Einbeziehung eines Arztes im MDK) nicht möglich, eine klare Empfehlung in die eine oder andere Richtung abzugeben, ist also die Rehabilitationsindikation trotz vorliegender Hinweise nicht abschließend zu beurteilen, ist eine weitere Abklärung des Rehabilitationsbedarfs zu empfehlen. Dabei sind auch die erforderlichen Abklärungsschritte anzugeben, z. B.:

- die Abklärung des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs,
- die Abklärung der Motivation bzw. der Möglichkeiten zur Förderung von Motivation,
- die Anforderung fehlender medizinischer Unterlagen oder
- die Einschaltung des Hausarztes zur Einholung einer ergänzenden Beurteilung.

Zusammenfassend ist für die Abklärung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation also folgendes Verfahren vorgesehen:

1. Feststellung, ob es in den vergangenen Wochen und Monaten eine Verbesserung, Verschlechterung oder keine Veränderung in den Bereichen Mobilität, kognitive/kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung und Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen gegeben hat;
2. Feststellung, ob in diesen Bereichen ein Verbesserungspotenzial existiert, wobei auch eingeschätzt werden soll, wodurch diese Verbesserung erreicht werden könnte;
3. Erfassung wesentlicher Beeinträchtigungen der Rehabilitationsfähigkeit;
4. Gesamtabwägung dieser Feststellungen (und ggf. ergänzender Befunde);
5. Entscheidung, ob eine Empfehlung für oder gegen die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen werden kann oder ob eine weitere Abklärung erforderlich ist;
6. Begründung dieser Entscheidung.

Ergebnisse des Pretests

Erwartungsgemäß waren die Gutachter auch im Rahmen des Pretests mit der Formulierung von Empfehlungen zur Rehabilitation eher zurückhaltend. Insgesamt wurden lediglich zwei Empfehlungen ausgesprochen.³⁷ Das Ergebnis liegt damit im Bundesdurchschnitt des Anteils der Erstbegutachtungen, bei denen im Jahr 2006 Empfehlungen ausgesprochen wurden (BMG 2008: 91). In 13 der 100 Fälle empfahlen die Gutachter außerdem eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit. Wie diese Zahlen zu bewerten sind, zeigt die folgende nähere Aufschlüsselung des Datenmaterials.

Wie oben ausgeführt, verlangt das neue Begutachtungsverfahren vom Anwender eine definitive Stellungnahme zu der Frage, ob realistische Möglichkeiten der Verbesserung der Selbstständigkeit bestehen (in den Modulen 1, 2, 4 und 5). Wird dies bejaht, so ist dies als ein erster Hinweis auf ein mögliches Rehabilitationspotenzial zu werten, dem dann unter Nutzung zusätzlicher Informationen (insbesondere zu möglichen Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit) weiter nachgegangen werden soll. In insgesamt 32% der Fälle wur-

³⁷ Eine davon vorbehaltlich der Ergebnisse einer weitergehenden neurologischen Diagnostik. Die betreffende Person litt unter einer Muskeldystrophie mit chronisch progredientem Verlauf und zunehmenden Bewegungs- und Gangstörungen.

den solche Verbesserungsmöglichkeiten von den Gutachtern identifiziert, bei 21% sogar in mehr als nur einem der vier angesprochenen Bereiche.

Zugleich dokumentierten die Gutachter für 74 Personen Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit. Die folgende Tabelle zeigt, dass es sich vorrangig um Beeinträchtigungen der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten und eine geringe körperliche Belastbarkeit handelte. Problematische Verhaltensweisen (Modul 3) spielten in diesem Zusammenhang nur eine geringe Rolle. Unter „Andere Gründe“ subsumierten die Gutachter u. a. die Beatmungspflichtigkeit, eine infauste Prognose oder eine hochgradige Immobilität. Die Einschätzung der Gutachter wurde mit den vorliegenden Informationen zur gesundheitlichen Situation der hier identifizierten Personen mit Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit abgeglichen. Soweit auf dieser Grundlage zu beurteilen, kann von einer insgesamt hohen Plausibilität der gutachterlichen Einschätzung gesprochen werden.

Beeinträchtigung kognitiver/kommunikativer Fähigkeiten (Modul 2)	36
Andauernde geringe körperliche Belastbarkeit	35
Fehlende Motivation	15
Problematische Verhaltensweisen (Modul 3)	4
Andere Gründe	7

Tab. 19: Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit (n = 97)

Fasst man beide Einschätzungen zusammen, so erhält man einen ersten Hinweis auf die Personengruppe, bei der Rehabilitationsbedarf vorliegen könnte: Mit einiger Wahrscheinlichkeit ist von einem Bedarf auszugehen, wenn Verbesserungsmöglichkeiten, aber keine Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit existieren. Unter den 100 Personen der Stichprobe befanden sich elf, auf die dies zutraf.

Allerdings wurde bei neun dieser Personen von einer Rehabilitationsempfehlung explizit Abstand genommen. Die Begründungen hierfür lauteten (Mehrfachnennungen):

- Die Fortführung laufender Therapiemaßnahmen sei ausreichend (drei Fälle).
- Die Wirkung einer kürzlich abgeschlossenen Rehabilitation solle abgewartet werden (vier Fälle).

Das neue
Begutachtungsinstrument
für Erwachsene

- Andere Maßnahmen wie die Optimierung der Hilfsmittelversorgung oder der Pflege seien ausreichend (zwei Fälle).
- In drei Fällen schließlich wurde auf andere Gründe verwiesen, die aus Sicht des Gutachters einer Rehabilitationsempfehlung entgegenstanden (z. B. Abwarten der Wirkung einer abgeschlossenen geriatrischen Behandlung, anstehende Operation).

Zu den beiden verbleibenden der elf Fälle, bei denen eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfohlen wurde, fanden sich folgende Angaben:

- Person A litt unter einer multifaktoriell bedingten Gangstörung in Verbindung mit einem degenerativen Wirbelsäulensyndrom, das u. a. mit erheblichen Bewegungseinschränkungen im Schulterbereich verbunden war.
- Bei Person B handelte es sich um eine an Morbus Parkinson erkrankte Person, die zusätzlich unter Bandscheibenproblemen litt.

In diesen zwei Fällen gibt es nach den vorliegenden Daten also Hinweise, dass ein Rehabilitationsbedarf vorgelegen hat, ohne dass die Gutachter eine abschließende Empfehlung ausgesprochen haben.

Abgesehen von den Rehabilitationsempfehlungen ist es nützlich, auch die anderen von den Gutachtern empfohlenen Maßnahmen zu berücksichtigen:

Einzelne Heilmittel	16
Hilfsmittelversorgung	7
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds	5
Verbesserung der Pflegesituation	7
Insgesamt	35

Tab. 20: Sonstige Empfehlungen der Gutachter zur Verbesserung der Versorgungssituation (n = 100; Mehrfachangaben)

Hier zeigt sich, dass immerhin in jedem vierten Fall eine Empfehlung (oder mehrere) zu spezifischen Maßnahmen erfolgte, d. h. weit häufiger als im Falle der Rehabilitation. Zusammen mit anderen Erhebungsergebnissen wirft dies u. a. die Frage auf, ob die aktuelle Diskussion um die Seltenheit von Rehabilitationsmaßnahmen im Zusammenhang

mit Pflegebedürftigkeit nicht zu einseitig auf die medizinische Rehabilitation im Sinne des mehrdimensionalen und multidisziplinären Ansatzes ausgerichtet ist. Möglicherweise verdienen die „kleinen“ Maßnahmen, die im Empfehlungsverhalten des Gutachters einen deutlich höheren Stellenwert einnehmen, mehr Aufmerksamkeit, als ihnen bislang zuteil wird. Es fehlt an Untersuchungen, die der Bedeutung der verschiedenen Maßnahmen zur Förderung von Selbstständigkeit vergleichend nachgehen. Noch einmal sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Diskussion um die geringe Nutzung von Rehabilitationsangeboten durch Pflegebedürftige mit einer recht schwachen Datenbasis zu recht kommen muss.

Im Gesamtbild zeigen die Erprobungsergebnisse, dass die Methode, mit der der Gutachter bei der Einschätzung eines Rehabilitationsbedarfs geleitet wird, in der großen Mehrheit der Fälle zu plausiblen Einschätzungen führt. Zur Klärung der Frage, inwieweit sich die gutachterliche Zurückhaltung bei Rehabilitationsempfehlungen auch mit dem neuen Verfahren fortsetzt, reichen die vorliegenden Daten allerdings nicht aus. Um zu beurteilen, wie hoch der Anteil der Antragsteller ist, bei denen es Hinweise auf ein realistisches Rehabilitationspotenzial gibt, ohne dass sich der Gutachter zu einer definitiven Empfehlung entschließen kann, wären größere Fallzahlen erforderlich.

Schwer einzuschätzen bleibt außerdem, inwieweit eine im Hinblick auf das Rehabilitationspotenzial aussagekräftige Zusammensetzung der Stichprobe erreicht werden konnte. Der Anteil der Personen, bei denen ein solcher Bedarf nach den vorliegenden Daten zumindest fraglich erschien, war auffällig gering. Da bislang größere Untersuchungen fehlen, mit denen der Frage nach dem Rehabilitationspotenzial unter Pflegebedürftigen systematisch nachgegangen wurde, lässt sich das Ergebnis schwer einordnen.

Noch schwieriger ist die Beurteilung im Falle der Kinder. Abgesehen davon, dass in diesem Fall eine (zumindest am Alter gemessen) nicht typische Personengruppe bei der ersten Praxiserprobung erfasst wurde, existieren in diesem Zusammenhang einige Besonderheiten, die die Abklärung von Rehabilitationsbedarf noch komplexer erscheinen lassen als im Falle der Erwachsenen. Häufig steht die Frage nach Rehabilitationsmaßnahmen im Mittelpunkt, die die Kinder gemeinsam mit ihren Eltern bzw. einem Elternteil durchführen. Für gewöhnlich absolvieren nur Kinder bzw. Jugendliche in höherem Alter eine Rehabilitationsmaßnahme allein, d. h. ohne die ständige Anwesenheit ihrer Eltern. Hin-

zu kommt, dass die Grenzen zwischen komplexen Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Frühförderung sowie anderen Fördermaßnahmen für Kinder fließend sind. Schließlich - dies wurde insbesondere in der Nachbesprechung des Pretests mit den einbezogenen Gutachtern deutlich - bestehen bei Kindern erhebliche Unsicherheiten im Hinblick auf die Einschätzung der Rehabilitationsprognose. Diese Unsicherheiten hängen insbesondere mit der Frage zusammen, welche Fortschritte durch den „natürlichen“ Verlauf der kindlichen Entwicklung zu erwarten sind.

Die erhobenen Daten zeigen ansonsten ein ähnliches Bild wie im Fall der Erwachsenenbegutachtung. Auch hier scheint das mit dem neuen Begutachtungs-Assessment gewählte Verfahren geeignet zu sein, den Gutachter bei der Formulierung einer plausiblen Einschätzung bzw. Empfehlung zu unterstützen. Bei den insgesamt 41 Kindern gab es allerdings nur eine explizite Rehabilitationsempfehlung. Die Empfehlung einer weiteren Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit hingegen war mit einem Anteil von 20% deutlich stärker vertreten als bei den Erwachsenen.

Fazit

Nach den bislang vorliegenden Erfahrungen konnte das Ziel erreicht werden, mit dem neuen Begutachtungsverfahren eine praktikable Methode zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs zur Verfügung zu stellen. Eine weitergehende Beurteilung setzt allerdings mehr praktische Erfahrungen voraus.

Vor dem Hintergrund der eingangs angesprochenen, komplexen Problematik dürfen die Veränderungen, die von dem neuen Begutachtungsinstrument im Zusammenhang mit der Nutzung von Rehabilitationsleistungen ausgehen können, nicht überschätzt werden. Dies gilt auch für die (tatsächliche oder vermeintliche) Zurückhaltung von Gutachtern mit der Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen. Um die Probleme zu lösen, sind aus Sicht der Verfasser ergänzende komplementäre Maßnahmen erforderlich. Aufgrund der Besonderheiten bzw. des hohen Stellenwerts der gutachterlichen Expertise bei der Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs sollten durch eine Weiterqualifizierung der Gutachter (insbesondere der als Gutachter tätigen Pflegefachkräfte) und entsprechende Verfahrensregeln zur Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegefachkräften mögliche Hemmnisse aus dem Weg geräumt werden. Die Notwendigkeit, in eine solche Richtung verstärkt zu arbei-

ten und der Frage der Abklärung von Rehabilitationsbedarf mehr Aufmerksamkeit zu widmen, wird im Falle der Umsetzung der aktuellen Reformüberlegungen ohnehin größere Dringlichkeit gewinnen.

4.8 Weitere Bausteine des neuen Verfahrens

4.8.1 Einschätzung der Hilfsmittelversorgung

Auch die Frage der Hilfsmittelversorgung wird über das Begutachtungsformular erfasst. Dazu gehören Angaben zu aktuell wie auch in der Vergangenheit verwendeten Hilfsmitteln. Die bloße Erfassung der Hilfsmittelversorgung reicht allerdings nicht aus, um die Frage des tatsächlichen Hilfsmittelbedarfs zu beantworten und Aussagen zu einer adäquaten Hilfsmittelversorgung zu machen.³⁸ Hierzu ist im neuen Begutachtungsformular die Einschätzung von drei Aspekten vorgesehen:

- Zunächst wird im Rahmen der Informationssammlung zur Versorgungssituation allgemein erfasst, ob und welche Hilfsmittel verwendet werden oder in der Vergangenheit verwendet wurden. Bei vorhandenen Hilfsmitteln ist einzuschätzen, ob sie tatsächlich und sachgerecht zur Anwendung kommen.
- In den Modulen 1, 2, 4 und 5 ist der Gutachter aufgefordert, zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs auch eine Einschätzung vorzunehmen, ob eine Verbesserung der Situation durch den Einsatz von Hilfsmitteln oder die Optimierung des Hilfsmiteleinsatzes zu erwarten ist.
- Im Ergebnis- und Empfehlungsteil soll der Gutachter anhand sämtlicher erhobener Informationen abschließend Stellung beziehen, ob und falls ja, welches Hilfs- oder Pflegehilfsmittel zum Einsatz kommen soll und ob sich der Einsatz vorhandener Hilfsmittel beispielsweise durch edukative oder beratende Maßnahmen optimieren lässt.

4.8.2 Ermittlung von Risiken und Empfehlungen zur Prävention

Die Ermittlung eines Bedarfs an Präventionsmöglichkeiten und -notwendigkeiten geht über die Erfassung personenbezogener Merkmale hinaus und benötigt Informationen

³⁸ Aufgrund der Vielzahl an Hilfsmitteln sowie der laufenden Neuentwicklung entsprechender Produkte benötigen die Gutachter jedoch spezifische Kenntnisse über verfügbare Hilfsmittel, um eine entsprechende individuelle Indikation stellen zu können.

über verschiedene Kontextfaktoren. Das RAI beispielsweise enthält einen eigenen Bereich zum Gesundheitszustand und zur Prävention, über den verschiedene relevante Aspekte ermittelt werden können. In FACE geschieht dies über Risikoprofile, mit denen eine detaillierte Erfassung von personenbezogenen, physischen, psychischen und verhaltensbezogenen sowie behandlungs- und/oder pflegebezogenen Aspekten erfolgt.

Das neue Begutachtungsverfahren folgt dem Ansatz, bei jeder Begutachtung anhand einiger ausgewählter Aspekte Risiken bzw. Veränderungen eines bestehenden Risikos zu ermitteln. Dies geschieht über eine zusammenfassende Beurteilung am Ende der Begutachtung. In die Beurteilung fließen neben sieben explizit benannten Bereichen auch Einschätzungen aus dem Begutachtungsinstrument und der Befunderhebung ein. So werden beispielsweise Risiken, die durch Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten oder Verhaltensweisen der zu beurteilenden Person entstehen, im Wesentlichen bereits mit den Modulen 2 und 3 erfasst. Dies gilt insbesondere für selbst- und fremdgefährdendes Verhalten sowie die kognitive Fähigkeit zum Erkennen von Risiken und Gefahren.

Die Erfassung risikobehafteter Aspekte der häuslichen Situation ist Bestandteil der Informationserfassung zur Wohn- und Lebenssituation. Darin wird gefragt nach Risiken in der häuslichen Umgebung durch den Umgang mit Elektrizität oder Gas wie auch nach Risiken, die sich durch den Verlust nahestehender Angehöriger für die häusliche Pflegesituation und die soziale Inklusion ergeben. Darüber hinaus gehören die folgenden risikorelevanten Bereiche zur Informationssammlung:

- Sensorische und motorische Funktionseinschränkungen
- Erkrankungen, die mit Risiken für andere einhergehen können (z. B. Infektionen)
- Impfstatus, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Eine standardisierte Erfassung erfolgt zu den folgenden sieben Bereichen, wobei anhand einer dreistufigen Skala eingeschätzt wird, ob ein Risiko im jeweiligen Bereich besteht, und falls ja, ob dieses Risiko einen unmittelbaren Interventionsbedarf nach sich zieht:

- Dekubitusrisiko
- Sturzrisiko
- Dehydrationsrisiko
- Anzeichen für Mangelernährung

- Anzeichen für Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Probleme in der Medikamentenversorgung
- Krankheitsbezogene Risiken, die näher spezifiziert werden müssen

Ähnlich wie bei der Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs sollen die Gutachter auch hier zu ausgewählten Bereichen explizit Stellung beziehen. Anders als bei der Rehabilitation ist jedoch zu beachten, dass es derzeit keine leistungsrechtlich klar festgelegten Leistungen für Risiken in den angeführten Bereichen gibt. Die Einschätzung dient daher der Information der Pflegekasse und zugleich als wichtiger Indikator für die Pflege-, Hilfe- und Versorgungsplanung.

Die Auswahl der sieben dargestellten Bereiche erfolgte ähnlich wie die Entwicklung der Inhalte für die einzelnen Module. Durch vergleichende Betrachtungen mit anderen Instrumenten wurden verschiedene Aspekte identifiziert, von denen einige bereits in das Begutachtungsverfahren integriert waren. Entscheidend bei der Auswahl der risikorelevanten Bereiche war insbesondere, dass es sich dabei um durch die Gutachter unmittelbar zu beobachtende und einzuschätzende Sachverhalte handeln soll.

Die Risiken, einen Dekubitus zu erleiden oder zu stürzen, hängen eng mit Beeinträchtigungen der Mobilität zusammen. Zur Prävention beider Risiken liegen durch die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2004, 2006) umfangreiche Erkenntnisse und konkrete Maßgaben vor.

Im Rahmen der Begutachtung soll das Risiko für die Entstehung eines Dekubitus ohne Nutzung eines weiteren Einschätzungsinstrumentes³⁹, sondern allein aufgrund der bekannten Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus eingeschätzt werden. Ein Dekubitus entsteht durch das Zusammenspiel von Druck, der auf eine Körperstelle ausgeübt wird, und der Zeitspanne, über die der Druck ausgeübt wird. Hauptrisikofaktor ist daher die beeinträchtigte Mobilität, die dazu führt, dass ein Mensch nicht aus eigener Kraft für eine Druckentlastung sorgen kann. Als weitere Risikofaktoren wurden identifiziert: Einschränk-

³⁹ Der Forschungsstand zum Nutzen spezifischer Risikoerhebungsskalen zeigt bislang keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Reduzierung von Dekubital-Ulcera oder der Sturzhäufigkeit und der Verwendung entsprechender Skalen. Dennoch wird zur Verhinderung eines Dekubitus die Durchführung eines formalen Risiko-Assessments empfohlen, in denen die verwendete Skala als Hilfsmittel verstanden wird, um die Aufmerksamkeit der Pflegenden auf die bekannten Risikofaktoren zu lenken.

kungen des Körperempfindens, durch die die Entstehung eines Dekubitus nicht wahrgenommen werden kann, der Ernährungs- und Hautzustand sowie das Wirken von Reibungs- und Scherkräften, bei denen Teile der Haut in jeweils unterschiedliche Richtungen bewegt werden.

Risikofaktoren für Stürze werden unterteilt in intrinsische Faktoren, zu denen Funktionseinbußen und -beeinträchtigungen, Sehbeeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Kognition und Stimmung, Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen, Ausscheidungsverhalten, Angst vor Stürzen und Sturzvorgeschichte gehören, und extrinsische Risikofaktoren wie die Verwendung von Hilfsmitteln, Schuhen, Medikamenten, umgebungsbezogene Gefahren wie Beleuchtung, Bodenbeschaffenheit, Stolperfallen und mangelnde Haltemöglichkeiten (DNQP 2006). Auch diese Sachverhalte werden mit dem Begutachtungsverfahren an verschiedenen Stellen erfasst.

Für die Einschätzung des Risikos der Dehydration und der Mangelernährung sind im Rahmen der Begutachtung, ähnlich wie bei der Einschätzung des Dekubitus- oder Sturzrisikos, das Vorliegen von Risikofaktoren zu prüfen und ggf. der Bedarf für eine vertiefende Abklärung festzustellen. Für eine Grobeinschätzung der Ernährungssituation werden üblicherweise der Body-Mass-Index (BMI), Veränderungen des Körpergewichts sowie Veränderungen der Nahrungsmenge und des Nahrungsbedarfs ermittelt (BUKO-QS 2008). Weitere Risiken für eine adäquate Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sind gesundheitliche oder funktionelle Beeinträchtigungen wie Schluckstörungen, Kaustörungen, Funktionseinschränkungen der Hände und Arme sowie kognitive Beeinträchtigungen, die größtenteils in der Anamnese- und Befunderhebung erfragt werden.

Die Einschätzung des Risikos eines Alkohol- oder Drogenmissbrauchs bezieht sich auf das offensichtliche Vorhandensein eines solchen Missbrauchs. Die Gutachter sollen dabei keine Mutmaßungen über den eventuellen Konsum anstellen, sondern das Risiko anhand offensichtlicher Faktoren (Alkoholgeruch, alkoholisierte Zustand der zu begutachtenden Person oder der Pflegepersonen, offensichtliches Vorhandensein von Drogen) einschätzen.

Probleme in der Medikamentenversorgung gehen mit verschiedenen Risiken einher. So kann es zur Beeinträchtigung therapeutischer Ziele beitragen, wenn verschriebene Medi-

kamente nicht in der richtigen Dosierung zur richtigen Zeit eingenommen werden. Ebenso bestehen Gefahren bei der Einnahme von Medikamenten in zu hoher Dosierung, und letztlich kann es auch durch die Interaktion verschiedener Medikamente zu Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand kommen.

Der letztgenannte Bereich umfasst das Vorhandensein bereits aufgetretener oder latent vorhandener Komplikationen bei bestimmten Erkrankungen. Das Vorliegen einer Erkrankung wird in der Befunderhebung festgestellt. Hier geht es darum, ob damit einhergehende Probleme für die begutachtete Person ein Risiko mit sich bringen. Ein Beispiel ist die Hyper- oder Hypoglykämie bei vorliegendem Diabetes mellitus. Auch eine ausgeprägte Anfalls- oder Krampfeigung wäre hier zu berücksichtigen. Die Einschätzung soll Hinweise auf notwendige Interventionen geben, die edukativer, unterstützender oder kompensatorischer Natur sein können.

4.8.3 Bewertung des rentenrelevanten Pflegeaufwands der Pflegeperson/en

Im Rahmen der Pflegebegutachtung hat der Gutachter festzustellen, für welche Pflegeperson/en eine soziale Absicherung in der Renten- und Unfallversicherung erfolgen soll (§ 44 SGB XI). Anspruchsberechtigt sind „beitragsfähige“ Pflegepersonen, die wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen. Der Beitragsbemessung in der Rentenversicherung liegen dabei zeitliche Abstufungen des wöchentlichen Pflegeaufwands (14, 21, 28 Stunden) zugrunde, die den Pflegestufen I bis III zugeordnet sind.

Mit dem neuen Begutachtungsverfahren werden keine Pflegeleistungen erfasst und keine Pflegezeiten bemessen, aus denen sich der wöchentliche Pflegeaufwand der Pflegepersonen direkt ablesen ließe. Im Mittelpunkt steht vielmehr die Einschätzung von Selbstständigkeit in zentralen Lebensbereichen. Damit stellt sich die Frage, nach welchen Maßstäben künftig Rentenansprüche der Pflegepersonen ermittelt werden könnten. Auch die oben angegebenen zeitlichen Abstufungen stünden zur Diskussion, da bei der Berechnung des versicherungsrelevanten Pflegeaufwands vom Gutachter bislang nur die Pflegezeiten zu berücksichtigen sind, die eine Pflegeperson im Rahmen der gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringt, nicht aber die Zeiten, die für andere Unterstützungsleistungen anfallen. Hinzu kämen mit dem neuen Verfahren die Unterstützung im Umgang mit krank-

heits- und therapiebedingten Anforderungen, personelle Hilfe bei der Alltagsgestaltung, die Beaufsichtigung zur Abwendung von Risiken und Gefahren sowie die psychosoziale Unterstützung.

Durch diese Veränderungen entsteht jedoch nicht zwangsläufig das Erfordernis, grundlegend neue Regelungen bzw. Methoden zur Ermittlung des Anspruchs auf soziale Absicherung der Pflegeperson zu entwickeln. Zwar entfällt die direkte Verknüpfung von notwendigem Pflegezeitaufwand und Pflegestufe, doch kann grundsätzlich auch im Rahmen des neuen Verfahrens vom Gutachter bei der Begutachtung geprüft werden, ob eine Pflegeperson Unterstützungsleistungen im geforderten zeitlichen Umfang erbringt. Eine entsprechende Vorgehensweise ist daher auch im neuen Begutachtungsverfahren vorgesehen. Der Gutachter soll also unabhängig von den Feststellungen, die er zur Bestimmung der Pflegestufe trifft, die durch die Pflegebedürftigkeit begründete zeitliche Bindung der beteiligten Pflegepersonen ermitteln und dokumentieren.⁴⁰ Werden die erforderlichen Pflegeleistungen von mehreren Personen erbracht oder teilweise von einem ambulanten Pflegedienst übernommen, so soll für jede benannte Pflegeperson eine gutachterliche Aussage dazu getroffen werden, welchen Anteil der Unterstützungsleistungen für den Pflegebedürftigen sie erbringt, um so den jeweils zustehenden relativen Anteil des Rentenbeitrags berechnen bzw. zuordnen zu können.

Allerdings stellt sich die Frage, ob die Art der zeitlichen Bindung der Pflegeperson dazu berechtigt, Unterschiede zu machen. Diese Frage stellt sich v. a. im Zusammenhang mit dem Erfordernis der sogenannten „Allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung“, bei der die zeitliche Bindung nicht aufgrund konkreter Hilfestellungen, sondern durch das Erfordernis der Bereitschaft entsteht, im Bedarfsfall Unterstützung zu leisten. Insbesondere der Unterstützungsbedarf, der sich aus Beeinträchtigungen der kognitiven oder kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2) oder aus Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Modul 3) ergibt, lässt sich nicht einzelnen Handlungen zuordnen, die in Minuten gemessen werden könnten. Das Ausmaß, in dem die Pflegeperson örtlich (in Rufnähe des Pflegebedürftigen) gebunden ist, kann jedoch als gleichwertig angesehen werden, da der Zeitpunkt, zu dem Unterstützung notwendig wird, in großen Teilen nicht vorhersehbar

⁴⁰ Dabei ist es methodisch unerheblich bzw. Sache der politischen Entscheidung, ob künftig die aktuell geltenden oder andere Stundengrenzen festgelegt werden.

ist und/oder ein Beaufsichtigungsbedarf aus Sicherheitsgründen ständig besteht. Auch wenn die konkreten Pflegehandlungen bei Pflegekonstellationen dieser Art weniger als wöchentlich 14 Stunden Zeit in Anspruch nehmen sollten, ist die Pflegeperson durch die erforderliche Unterstützungsbereitschaft gebunden. Sie kann keiner außerhäuslichen Erwerbstätigkeit mehr nachgehen und ist deshalb ebenso wie andere Pflegepersonen darauf angewiesen, einen Anspruch auf soziale Absicherung aufgrund ihrer Verpflichtungen im Rahmen der häuslichen Pflege geltend machen zu können.

Es ist daher zu empfehlen, von Differenzierungen der Qualität von zeitlicher bzw. örtlicher Bindung der Pflegeperson abzusehen. Sie sind sachlich nicht zu rechtfertigen. Somit bleibt festzuhalten, dass die Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens keine grundlegend neuen Formen der Ermittlung des Anspruchs auf Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegeperson, wie er im heutigen § 44 SGB XI formuliert ist, erforderlich macht.

4.8.4 Begutachtungsmanual

Das Begutachtungsmanual richtet sich in erster Linie an die Gutachter, die im Rahmen der Erprobungsstudie das neue Begutachtungsinstrument anwenden sollen. Es dient zur Konkretisierung der einzelnen Items und ihrer Merkmalsausprägungen. Die Ausführungen sollen es den Gutachtern ermöglichen, ihre Einschätzungen auf einer einheitlichen Grundlage vorzunehmen und somit die Reliabilität des gesamten Begutachtungsverfahrens sicherzustellen. Bei der möglichen regelhaften Einführung des neuen Begutachtungsinstruments in der Zukunft könnte dieses Manual als Grundlage für die Entwicklung einer Begutachtungsrichtlinie dienen.

Das Manual umfasst zunächst allgemeine Ausführungen zu den Verfahrensschritten während der Begutachtung und zum Aufbau des Instruments. Die beurteilungsrelevanten Aktivitäten und Lebensbereiche in den einzelnen Modulen werden inhaltlich definiert. Der Gutachter wird in den Umgang mit dem neuen Einschätzungsverfahren eingeführt und mit den Bewertungsskalen vertraut gemacht. Hinweise auf die Durchführung des Hausbesuchs, die Informationssammlung und die Befunderhebung beim Antragsteller sind knapp gehalten, da die Vorgehensweise in diesen Punkten weitgehend der jetzigen Begutachtung entspricht.

Ein Abschnitt „Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Einschätzungsverfahren“ erläutert den neuen inhaltlichen Ansatz des Instruments. Hier wird auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, sich von der derzeitigen Bemessung von Zeiten zu lösen.

Das Kapitel „Beurteilung von Selbstständigkeit“ dient der Erläuterung der Bewertungsskala und Definition der Ausprägungsmerkmale. Der Gutachter wird in den Umgang mit der Bewertungsskala eingeführt. Er wird insbesondere darauf aufmerksam gemacht, dass alle Beispiele und Hinweise zu Art und Ausmaß erforderlicher Hilfen und ihrem Zusammenhang mit dem Grad der Selbstständigkeit als Orientierungshilfen zu verstehen sind. Der Gutachter sollte immer zunächst anhand der Frage urteilen, ob:

- die gesamte (oder nahezu gesamte) Aktivität,
- der größte Teil einer Aktivität,
- der geringere Teil einer Aktivität oder
- kein nennenswerter Anteil der Aktivität

selbstständig ausgeführt werden kann. Nur wenn die Beurteilung dieser Frage mit Unsicherheit verbunden ist, sollte die Einschätzung in einem zweiten Schritt anhand der erforderlichen Formen der Unterstützung oder von Beispielen erfolgen. Diese Hinweise sind besonders wichtig, da von der Einhaltung der Anweisungen zum Vorgehen bei der Einschätzung die Reliabilität des Verfahrens maßgeblich abhängt.

In den „Erläuterungen zu den einzelnen Modulen“ wird für jedes Item definiert, welche Aktivitäten, Handlungen, Fähigkeiten bzw. anderen Inhalte es umfasst. Zu den Abstufungen der Selbstständigkeit finden sich Beispiele für die Anwendung. Bei der Vielzahl möglicher pflegerischer Konstellationen können und sollen diese Hinweise keine abschließende, vollständige Definition ergeben, sondern lediglich als beispielhafte Erläuterungen dienen.

Für die Anwendung des Instruments bei Kindern finden sich gesonderte Hinweise. Die Definitionen der meisten Items gelten gleichermaßen für Erwachsene und Kinder. Bei wenigen Items sind die Definitionen für Kinder angepasst worden. Häufiger werden dem Gutachter Hinweise gegeben, wie er die Selbstständigkeit bzw. Fähigkeit eines Kindes anhand altersgerechter Alltagshandlungen ableiten kann.

An verschiedenen Stellen des Begutachtungsinstruments wird der Gutachter angeleitet, Entwicklungstendenzen aufzuzeigen, Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und kon-

krete Empfehlungen zu weiteren Therapiemaßnahmen zu benennen. Im Abschnitt „Zusammenfassende Einschätzung der Verbesserungsmöglichkeiten und Empfehlungen“ wird dargestellt, wie diese Feststellungen zum Abschluss der Begutachtung zu Einschätzungen und Empfehlungen verdichtet werden sollen. Auf der Grundlage der Einschätzungsergebnisse ist zu beurteilen, ob ein Verbesserungspotenzial und ggf. ein Rehabilitationsbedarf besteht, ob das individuelle Zustands- und Verhaltensprofil der Rehabilitationsfähigkeit entgegensteht und welche Sachverhalte für die Rehabilitationsprognose zu beachten sind. Soweit möglich, sind konkrete Empfehlungen auszusprechen, die im Einzelnen aufgeführt sind, ebenso wie die Erläuterung von Gründen, die gegen weitere Maßnahmen sprechen.

Die Ausführungen im Manual beschränken sich auf Fragen der Einschätzung. Informationen über die Bewertungssystematik und den Algorithmus zur Ermittlung der neuen Pflegestufen sind nicht enthalten.

4.8.5 Arbeitshilfe zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

Mit dem neuen Instrument werden Informationen gewonnen und Einschätzungen vorgenommen, die auch für die Erstellung einer Pflegeplanung hohe Relevanz besitzen. Allerdings besteht ein Unterschied in der notwendigen Differenziertheit und Ausführlichkeit der Informationserfassung für den Zweck der Begutachtung und den der Pflegeplanung. In der Instrumentenentwicklung lag der Schwerpunkt auf der Erhebung charakteristischer Merkmale für das Vorliegen von und der darauf aufbauenden Einteilung in verschiedene Stufen der Pflegebedürftigkeit.

Für die Erarbeitung einer Pflegeplanung werden ergänzende und differenziertere Einschätzungen benötigt, als sie mit dem Begutachtungsinstrument erhoben werden. Um die Begutachtungsergebnisse in den Pflegeeinrichtungen zur Erstellung einer Pflegeplanung einbeziehen zu können, wurde eine Arbeitshilfe entwickelt (siehe Anlagenband). Sie soll auch dazu beitragen, Doppelerhebungen und -erfassungen, die aus Nutzersicht häufig als problematisch und überflüssig erlebt werden, zu vermeiden.

Der Aufbau der Arbeitshilfe orientiert sich an der modularen Grundstruktur des Begutachtungsinstruments. Je Modul erfolgt eine kurze Einführung zur Bedeutung des jeweiligen Lebensbereichs für die Pflegeplanung. Zu den einzelnen Items erfolgen inhaltliche Erläu-

terungen, Hinweise auf vertiefende Fragestellungen sowie weitergehende Informations- und Einschätzungserfordernisse.

Zur Erhebung der über das Begutachtungsinstrument hinausgehenden Informationserfordernisse werden Hinweise auf verfügbare Materialien gegeben, die berücksichtigt und hinzugezogen werden sollten, um ein umfassenderes Bild von der betroffenen Person zu erhalten. Dazu gehören u. a. die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

4.8.6 Qualitätssicherung

Für eine formale und inhaltliche Qualitätsprüfung der Begutachtung auf der Grundlage des neuen Instruments ist die Festlegung von Qualitätsindikatoren für interne Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung erforderlich. Die interne und externe Qualitätsprüfung dient der Sicherung und Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Pflegebegutachtung entsprechend den gesetzlichen Anforderungen und Vorgaben des SGB XI. Die Medizinischen Dienste sind bereits heute verpflichtet, durch entsprechende Personalführungs- und -qualifizierungsmaßnahmen eine Pflegebegutachtung auf hohem Qualitätsniveau durchzuführen, um eine einheitliche Begutachtung nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) sicherzustellen. Hierzu führen sie seit Jahren verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen durch und berichten über die jeweiligen Ergebnisse und Erkenntnisse.

Das neue Begutachtungsinstrument ist so konzipiert, dass es vielfältige Optionen für eine systematische interne und externe Qualitätssicherung bietet. Darüber hinaus kann es mit nur wenigen Anpassungen in das langjährig praxiserprobte und mehrfach evaluierte Verfahren der bundesweiten externen Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung im Bereich des SGB XI integriert werden. Erforderlich ist dazu lediglich eine geringfügige Adaptation der Prüfanleitung und Prüfsystematik.

Maßnahmen der Qualitätssicherung können auf verschiedenen Ebenen der Begutachtung durchgeführt werden. Zum jetzigen Stand bieten sich die Ebene der Einschätzung in den einzelnen Modulen und die des gesamten Begutachtungsverfahrens an, das anhand des

Begutachtungsformulars durchgeführt wird. Dabei ergeben sich Möglichkeiten sowohl für Plausibilitäts- als auch für formal inhaltliche Prüfungen, die nachfolgend konkretisiert werden. In der Zukunft bietet sich bei Vorliegen einer EDV-gestützten Erfassung die Möglichkeit einer routinemäßigen Qualitätskontrolle während der Gutachtenerstellung im Sinne einer Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung an.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Implementierung

Bereits bei der Implementierung des neuen Begutachtungsinstruments können effektive Maßnahmen zur dauerhaften Qualitätssicherung ergriffen werden. In diesem Kontext sind exemplarisch folgende Maßnahmen zu nennen:

- Anwendung eines bundesweit einheitlichen Schulungskonzepts (siehe Anhang) inklusive typischer Musterfälle
- Verbindliche Überprüfung des Schulungserfolgs und Erteilung eines Zertifikats
- Benennung bzw. Beauftragung einer zentralen Schulungsinstitution
- Durchführung der Begutachtung nur durch Gutachter, die in der Anwendung des Instruments nachweislich erfolgreich geschult wurden
- Entwicklung und Einführung einer bundesweit einheitlichen EDV-Version des Begutachtungsinstruments mit definierten Pflichtfeldern und Datensätzen zur Erstellung der Pflegegutachten mit integrierter Plausibilitätsprüfung und statistischer Auswertung

Qualitätssicherung auf Modulebene

Zwischen den Einschätzungen einzelner Module bestehen inhaltliche Zusammenhänge, die für eine „innere“ Qualitätssicherung verwendet werden können. So führt beispielsweise eine starke Einschränkung der Kognition (Modul 2) in der Regel auch zu erheblichen Einschränkungen bei Items im Modul 4 (Selbstversorgung) und v. a. im Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte). Dieser Sachverhalt kann sowohl für eine inhaltliche Analyse als auch für ein EDV-basiertes Screening als Hinweis auf Qualitätsmängel oder als Aufgreifkriterium für eine gezielte Qualitätsprüfung genutzt werden, da ein hoher Punktwert im Modul 2 bei gleichzeitig geringen Punktwerten in den Modulen 4 und 6 primär nicht plausibel erscheint und somit auf einen Qualitätsmangel hinweisen kann.

Darüber hinaus sind Zusammenhänge zu erwarten zwischen Selbstständigkeit in der Mobilität (Modul 1) und Selbstständigkeit in der Selbstversorgung (Modul 4) und der außer-

häuslichen Mobilität (Modul 7). Wie bereits an anderer Stelle erläutert, ist auch ein enger Zusammenhang zwischen kognitiven Fähigkeiten (Modul 2) und Verhaltensweisen/psychischen Problemlagen (Modul 3) einerseits und der Rehabilitationsfähigkeit andererseits zu erwarten.

Qualitätssicherung auf der Ebene des Pflegegutachtens

Die Struktur des Erhebungsbogens erlaubt auch eine Qualitätssicherung anhand der Angaben des Gutachters im Pflegegutachten. Die in den Modulen dokumentierten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit müssen eine Korrelation mit dem beschriebenen Befund und der hierzu dargestellten Anamnese, Erkrankung und pflegerischen Versorgung aufweisen. Dieser Bereich der Qualitätsprüfung erfordert eine inhaltliche Analyse, die sowohl im Rahmen interner als auch externer Qualitätsprüfungen erfolgen kann.

Prüfkriterien des bundesweiten Qualitätssicherungsverfahrens

Die beschriebene Prüfkonzption legt ihren Schwerpunkt auf die inhaltlichen Aspekte der Pflegebegutachtung. Hierbei erfolgt eine Qualitätsbewertung hinsichtlich der folgenden Parameter:

- Transparenz der Darstellung
- Kompetenz der Bewertung
- Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit

Die genannten Prüfbereiche und deren Unterpunkte werden hierbei dem folgenden vierstufigen Bewertungsschema unterzogen:

A = Qualitätsanforderungen umfassend erfüllt

B = Qualitätsanforderungen noch erfüllt, Verbesserungsmöglichkeiten bestehen hinsichtlich des jeweiligen Parameters

C = Qualitätsanforderungen nicht ausreichend erfüllt, es bestehen Unklarheiten oder Defizite

D = Qualitätsanforderungen nicht erfüllt, es bestehen grundsätzliche und/oder gravierende Mängel

Diese Prüfkriterien wurden 2003 wissenschaftlich evaluiert. Dabei zeigte sich, dass das beschriebene Prüfverfahren trennscharf zwischen Pflegegutachten mit guter Qualität (Qualitätsanforderung erfüllt) und schlechter Qualität (Qualitätsanforderungen nicht bzw.

nicht ausreichend erfüllt) differenziert. Die Qualitätsbewertung in den genannten Bereichen (Transparenz, Kompetenz, Nachvollziehbarkeit) erfolgt mittels weiterer Prüfitems, die dem neuen Verfahren angepasst werden müssten.

Dazu wird im Bereich Transparenz die gutachterliche Darstellung der Versorgungssituation, der Wohnsituation, der pflegerischen Vorgeschichte, der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen sowie der Ressourcen des Antragstellers bezüglich ihrer Anschaulichkeit und Vollständigkeit gemäß der aktuellen Prüfanleitung medizinisch-pflegerisch bewertet.

Im Prüfbereich Kompetenz erfolgt eine Beurteilung der Unterpunkte Verständlichkeit der Sprache, Sachkunde, Empfehlungen und Prognose. Hierzu gehört auch die sachgerechte und nachvollziehbare Entscheidung zu Verbesserungsmöglichkeiten und Empfehlungen z. B. zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Abschließend erfolgte im Prüfbereich Nachvollziehbarkeit bisher eine abgestufte Bewertung der gutachterlichen Ausführungen zur Notwendigkeit und zum Umfang des Hilfebedarfs bei den definierten Verrichtungen der Grundpflege und der hieraus resultierenden Pflegeeinstufung im Sinne des SGB XI. Im neuen Verfahren wird diese insbesondere unter dem Aspekt geprüft werden müssen, ob die Selbstständigkeitseinbußen oder die Beeinträchtigungen der Fähigkeiten in den Modulen vom Gutachter jeweils richtig erkannt, bewertet und dokumentiert wurden.

5. Das Verfahren für die Kinderbegutachtung

Für die Begutachtung von Kindern wurde auf die Entwicklung einer eigenen, modifizierten Version des Begutachtungsinstruments verzichtet. Im Verlauf der Entwicklungsarbeiten kristallisierte sich heraus, dass die meisten Items aus der Version für Erwachsene übernommen werden konnten, da die für Erwachsene relevanten Inhalte mit nur wenigen inhaltlichen Veränderungen auch Geltung für Kinder und Jugendliche beanspruchen können. Lediglich das Modul 8 „Haushaltsführung“ wurde bei der Einschätzung von Kindern ausgespart, da es für das Leben von Kindern keine Bedeutung hat.

Statt einer modifizierten Version des Instruments wurde das Begutachtungsmanual genutzt, um an verschiedenen Stellen spezifische Hinweise für die Begutachtung von Kindern zu geben. Die Rückmeldungen der Gutachter aus dem Pretest lassen die Annahme zu, dass diese Vorgehensweise ohne größere Einschränkungen praktikabel erscheint.

Der wesentliche Unterschied zwischen der Begutachtung bei Erwachsenen und der bei Kindern besteht demnach in der Bewertung der Einschätzungsergebnisse. Da das Ergebnis der Einschätzung bei Kindern nicht den Grad der Selbstständigkeit beschreibt, sondern dessen Abweichung von der Selbstständigkeit gesunder, altersentsprechend entwickelter Kinder, bezieht sich die Bewertung nur auf die Aktivitäten, die von Kindern im jeweiligen Alter ausgeführt werden können.

Bei jedem Item wurde, gestützt auf eine Literaturanalyse⁴¹, das Alter bestimmt, ab dem die entsprechende Fähigkeit ausgebildet bzw. Selbstständigkeit gegeben ist. Im Fortgang der Entwicklung durchlaufen Kinder bei den einzelnen Aktivitäten verschiedene Stufen der Abhängigkeit: Sie sind zunächst bei allen Aktivitäten altersgemäß „unselbstständig“. Allmählich beginnen sie, sich an einer Aktivität zu beteiligen, sie benötigen zunächst jedoch noch viel Hilfe, sind also „überwiegend unselbstständig“. Im weiteren Verlauf erlernen sie zunehmend die Aktivität und kommen mit wenig Hilfe aus, sodass sie „überwiegend selbstständig“ und schließlich gänzlich „selbstständig“ werden. Es ist für jedes Einzelkriterium des Erhebungsbogens festgelegt, in welchem Alter diese Stufen der Selbstständigkeit erreicht werden.

⁴¹ Die Literaturanalyse zur altersgemäßen kindlichen Entwicklung zielte darauf ab, für jedes Item eine (möglichst durch Forschungsergebnisse belegte) Antwort auf die Frage zu finden, von welchem Alter an die Mehrheit (je nach Studienlage 75% oder 90%) aller gesunden Kinder den betreffenden Grad der Selbstständigkeit bei einer Aktivität beherrscht.

Analog der Bewertungsskala für Erwachsene wird im Erhebungsbogen der tatsächlich vorhandene Abhängigkeitsgrad (bzw. das Ausmaß, in dem Fähigkeiten vorhanden sind) dokumentiert, unabhängig davon, ob dieser als altersgemäß oder als Folge gesundheitlicher Störungen einzustufen ist. Maßgebend ist dann allein die Abweichung der Selbstständigkeit im Vergleich zur alterstypischen Abhängigkeit. Dieses Vorgehen soll am Beispiel von Modul 1 „Mobilität“ erläutert werden.⁴²

Merkmal 1 „Positionswechsel im Bett“

Analog zum Positionswechsel im Bett beim Erwachsenen ist bei Kindern die Fähigkeit zum selbstständigen Drehen von der Rücken- in die Bauchlage und zurück zu betrachten. Eine wichtige Voraussetzung zum aktiven Umdrehen ist die weitgehende Beherrschung der Kopfkontrolle, die für gewöhnlich als Erstes erlernt wird. Danach erwirbt das Kind die Fähigkeit zum Umdrehen von einer Seite auf die andere und anschließend das Drehen von der Rücken- in die Bauchlage (und umgekehrt). Im ersten Lebensmonat zeigt ein Säugling noch keine Aktivitäten in Richtung eines aktiven Umdrehens und kann in dieser Hinsicht daher als altersgemäß unselbstständig betrachtet werden. Am Ende des ersten Monats kann ein Säugling seinen Kopf in Bauchlage kurzzeitig von der Unterlage abheben (überwiegend unselbstständig, 1. Altersgrenze). Mit drei Monaten ist sicheres Kopfhieven in Bauchlage mit Abstützen auf die Unterarme möglich (2. Altersgrenze), bis unter neun Monaten ist es jedoch nicht in der Lage, sich selbstständig vom Bauch- in die Rückenlage und umgekehrt zu drehen (überwiegend selbstständig, 3. Altersgrenze). Mit neun Monaten beherrscht ein Kind diese Drehung (selbstständig, 4. Altersgrenze).

Merkmal 2 „Stabile Sitzposition halten“

Beim Kind ist hier die Entwicklung der Kopf- und Rumpfstabilität zu betrachten. Im Entwicklungsverlauf zeigt sich zunächst die Fähigkeit zum kontinuierlichen Aufrechterhalten des Kopfes. Später sitzt das Kind, indem es sich abstützt. Die Fähigkeit ist voll entwickelt, wenn ein Abstützen nicht mehr erforderlich ist und das Kind frei sitzt (ab neun Monate). Da erst mit sechs Monaten eine hinreichende Stabilität der Kopfkontrolle erreicht wird,

⁴² Die im Folgenden verwendeten Angaben zu den Entwicklungsschritten bei Aktivitäten wurden v. a. aus den folgenden Quellen entnommen: Brandt/Sticker 2001, Flehmig 2007, Hellbrügge et al. 1994, Largo 2005, Largo et al. 1985, Michaelis 2003, Michaelis/Niemann 2004 und WHO 2006.

Das Verfahren
für die
Kinderbegutachtung

gilt ein Kind bis zu diesem Zeitpunkt als altersbedingt unselbstständig bei diesem Item. Mit sechs Monaten kann es langsam, an zwei Händen gehalten, zum Sitzen hochgezogen werden. Der Kopf wird dabei in der Rumpfebene gehalten. Beim Sitzen muss das Kind noch gehalten oder abgestützt werden (überwiegend unselbstständig). Mit acht Monaten beugt ein Kind beim Hochziehen an zwei Händen den Kopf und die Schultern. Das Kind sitzt allein, stützt sich dabei zur Seite und nach vorne mit guter Rotation ab (überwiegend selbstständig). Mit neun Monaten kann ein Kind sich ohne Hilfe aufsetzen und sitzt mit stabiler Kopf- und Rumpfkontrolle (selbstständig).

Merkmal 3 „Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen“

Beim Kind geht es bei diesem Merkmal um die Fähigkeit, aus dem Sitzen zum sicheren Stand zu kommen und sich an Gegenständen (z. B. Möbel) entlang zumindest für einige wenige Schritte fortbewegen zu können. Umsetzen im eigentlichen Sinne ist für Kleinkinder nicht relevant, da sie sich für gewöhnlich fallen lassen. Da ein Kind unter acht Monaten noch nicht sitzen kann, kann es bis dahin als unselbstständig in diesem Item betrachtet werden. Mit acht Monaten kann ein Kind sitzen und stützt sich dabei zur Seite und nach vorne ab (überwiegend unselbstständig). Mit neun Monaten kann ein Kind sich ohne Hilfe aufsetzen und mit stabiler Rumpf- und Kopfkontrolle sitzen (überwiegend selbstständig). Mit elf Monaten zieht ein Kind sich allein hoch zum Stehen und steht mit Festhalten (selbstständig).

Merkmal 4 „Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs“

Hier ist die Entwicklung zum selbstständigen und sicheren Laufen ausschlaggebend. Im Entwicklungsverlauf zeigen sich zunächst erste Laufreaktionen beim Festhalten in aufrechter Stellung, danach erlernt das Kind das Gehen an der Hand, schließlich beherrscht es das freie Laufen.

Ein Kind zeigt erst mit zwölf Monaten erste Laufreaktionen und kann bis dahin als unselbstständig betrachtet werden. Mit zwölf Monaten zeigt es erste Laufreaktionen, indem es in aufrechter Stellung an den Händen gehalten einen Fuß vor den anderen setzt; das Gewicht ruht dabei auf den Füßen. Es kann einige Schritte gehen, wenn es sich an Gegenständen (z. B. Möbel) festhält (überwiegend unselbstständig). Mit 13 Monaten kann ein

Kind sich krabbelnderweise durch die Wohnung bewegen (überwiegend selbstständig). Mit 18 Monaten beherrscht ein Kind das freie Laufen (selbstständig).

Merkmal 5 „Treppensteigen“

Im Entwicklungsverlauf kann das Kind zunächst niedrige Stufen oder Schwellen überwinden, danach Stufen auf Händen und Knien hinaufklettern. Später kann dann eine Treppe im aufrechten Gang mit Festhalten hinauf- und hinabgestiegen werden. Kinder zeigen zu meist erst mit 15 Monaten erste Versuche zum Überwinden von Stufen. Bis dahin sind sie als altersbedingt unselbstständig anzusehen. Mit 15 Monaten kann ein Kind eine niedrige Stufe oder Schwelle überwinden, z. B. kriechend oder mit Festhalten (überwiegend unselbstständig). Mit 18 Monaten kann ein Kind auf Händen und Knien eine Treppe hinaufklettern (überwiegend selbstständig). Mit zweieinhalb Jahren kann ein Kind eine Treppe motorisch sicher allein und aufrecht mit Festhalten am Geländer sowohl hinauf- als auch hinuntergehen (selbstständig).

Die Beispiele aus dem Bereich der Mobilität verdeutlichen, dass es sich zwischen den einzelnen Items um teils sehr unterschiedliche Altersspannen handelt, die zwischen zwei Entwicklungsstufen liegen. Beim Item „Stabile Sitzposition halten“ ging es jeweils nur um wenige Monate, beim Treppensteigen sind die Abstände zwischen den Alterstufen ein wenig größer. In der Gesamtbetrachtung zeigt sich, dass die meisten kindlichen Entwicklungsschritte bis zum Alter von sechs Jahren vollzogen sind. Die höchste Altersgrenze, die in einem Item festgelegt wurde, liegt bei elf Jahren. Damit ist keinesfalls gesagt, dass mit elf Jahren die kindliche Entwicklung vollständig abgeschlossen ist. Allerdings bedeutet diese Aussage, dass für die Items innerhalb des neuen Begutachtungsinstruments ab dem Alter von elf Jahren keine Berücksichtigung des altersbedingten Unterstützungsbedarfs mehr erfolgt.

So wie für das Modul 1 aufgezeigt, wurden zu sämtlichen Items in den Modulen 1, 2, 4 und 6 Altersgrenzen festgelegt. Die Darlegung und Begründung für die jeweils festgelegten Alterstufen finden sich in den Ergebnissen der Literaturanalyse zur altersgemäßen kindlichen Entwicklung (Anlagenband).

Anders stellt sich die Situation in den Modulen 3 und 5 dar. Im Modul 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sind Störungen von Geburt an zu berücksichtigen. Bis

Das Verfahren
für die
Kinderbegutachtung

auf Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen kommen alle Formen auch im Kindesalter vor. Abgrenzungsprobleme zum alterstypischen Verhalten gibt es lediglich bei „Nächtliche Unruhe“ in den ersten Lebensmonaten.

Zum Modul 5 Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sind bei Kindern unabhängig vom Alter alle erforderlichen Maßnahmen zu werten. Sie sollten zwar mit zunehmendem Alter nach und nach selbst (in Teilen) die Verantwortung im Umgang mit krankheits- und/oder therapiebedingten Anforderungen übernehmen. Allerdings sind die damit verbundenen Anforderungen extrem unterschiedlich ausgeprägt, ebenso wie die individuellen personalen Ressourcen, auf die das jeweilige Kind zurückgreifen kann. Es lässt sich beispielsweise nicht begründet festlegen, in welchem Alter ein Kind in der Lage sein muss, sich Insulin zu spritzen oder sich zu katheterisieren.

Zum besseren Verständnis sei der Umgang mit den Altersstufen in der Bewertungssystematik anhand eines Fallbeispiels erläutert:

Ein zwölf Monate altes Kind mit einer schweren körperlichen und geistigen Behinderung kann sich aus eigener Kraft kaum bewegen, es kann lediglich in Bauchlage den Kopf von der Unterlage anheben und muss ansonsten komplett gelagert, gehoben und getragen werden. Es ist beim Positionswechsel im Bett daher „überwiegend unselbstständig“ und bei allen anderen Items „unselbstständig“. Dies würde bei einem Erwachsenen mit 14 von maximal 15 erreichbaren Punkten bewertet.

Altersgemäß müsste das Kind bereits in der Lage sein, den Positionswechsel im Bett, das Halten der Sitzposition und das Aufstehen aus sitzender Position „selbstständig“ zu bewerkstelligen. Bei den Items „Stabile Sitzposition halten“ und „Aufstehen aus sitzender Position“ wird die Unselbstständigkeit wie beim Erwachsenen mit je drei Punkten bewertet. Beim Positionswechsel im Bett kann das Kind schon geringfügig mithelfen, mit überwiegender Unselbstständigkeit weicht sein Selbstständigkeitsgrad um zwei Stufen vom altersüblichen Maß ab, es werden zwei Punkte gewertet. Bei der Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs wäre „überwiegende Unselbstständigkeit“ altersgemäß; da dieses Kind aber „unselbstständig“ ist, weicht sein Abhängigkeitsgrad nur um eine Stufe vom altersgemäßen Level ab, es erhält bei diesem Item einen Punkt. Beim Treppensteigen sind alle Kinder unter 15 Monaten unselbstständig; hier gibt es keine Abweichung in der Selbst-

ständigkeit und demnach keinen Punkt. Insgesamt erhält dieses Kind neun Punkte, womit auf der fünfstufigen Bewertung der Mobilität das Ergebnis „schwerwiegende Beeinträchtigung“ vorläge.

So kompliziert die Ermittlung des Punktwerts erscheint, so einfach ist die Verwendung des Instruments für den Gutachter. Denn dieser hat hier lediglich seine Beobachtungen und sonstige Feststellungen zur Beeinträchtigung von Selbstständigkeit im Bereich der Mobilität zu dokumentieren (nach den Vorgaben des Begutachtungsmanuals). Überlegungen, ob das Kind altergemäß entwickelt ist oder nicht, braucht er nicht anzustellen; diese Beurteilung wird ihm gewissermaßen vom Instrument abgenommen.

Neben der eingangs erwähnten Praktikabilität, die dem Verfahren durch die Pretest-Gutachter bescheinigt wurde, interessiert v. a., zu welchem Ergebnis die Kinderbegutachtung gekommen ist. Die Verteilung auf die neuen Pflegestufen stellt sich für die 41 begutachteten Kinder folgendermaßen dar:

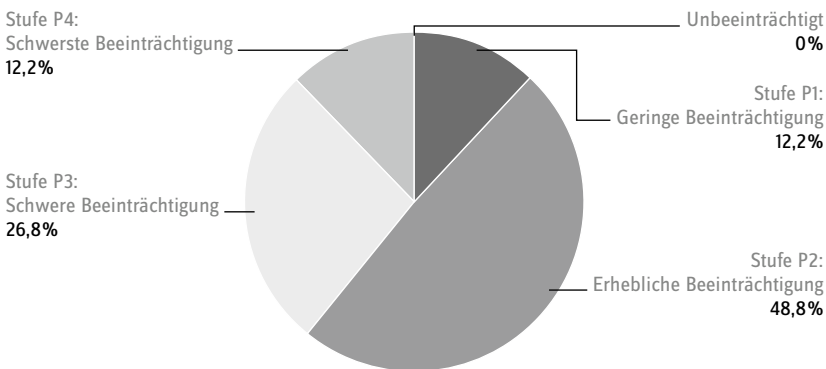


Abb. 14: Pretest-Ergebnisse für die Kinderbegutachtung (n = 41; Prozentangaben)

Es zeigt sich, dass keines der Kinder als unbeeinträchtigt bewertet wurde. Eine Einzelfallprüfung lässt dieses Ergebnis plausibel erscheinen. Auch die Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen ist den Fallprofilen zufolge plausibel. Die Mehrzahl der Kinder hat die Stufen P2 und P3 zugesprochen bekommen, was als Anzeichen gewertet werden kann, dass durch das neue Verfahren keine Überbewertung der oberen oder unteren Pflegestufen

Das Verfahren
für die
Kinderbegutachtung

fen stattfindet. Da die Zahlen für sich ohne Bezugsgröße jedoch nur schwer zu bewerten sind, zeigt die folgende Tabelle die Gegenüberstellung der alten und neuen Pflegestufen:

Neue Stufen	Alte Stufen				Summe
	PS 0	PS I	PS II	PS III	
Keine	-	-	-	-	-
P1	3	2	-	-	5
P2	6	12	2	-	20
P3	1	5	4	1	11
P4/P5	-	-	3	2	5

Tab. 21: „Neue“ und alte Pflegestufen nach dem SGB XI (n = 41; Fallzahlen)

Ähnlich wie bei den Erwachsenen wurden Fälle, bei denen es auffällige Abweichungen im Vergleich zum heutigen Begutachtungsverfahren gab (Sprung um zwei Stufen), näher betrachtet. Es zeigte sich auch hier in aller Regel eine nachvollziehbare Fallkonstellation. Den Ergebnissen des Pretests zufolge ist mit der gewählten Methode eine ausreichende Unterscheidung von altersspezifischer und krankheitsbedingter Begrenzung von Selbstständigkeit möglich. Es lassen sich also für sämtliche Altersgruppen der Kinder nachvollziehbare und begründbare Ergebnisse generieren. Diese Aussagen beruhen allerdings auf sehr geringen Fallzahlen und müssen in der praktischen Erprobung weiter geprüft werden.

Fraglich bleibt allerdings, ob das Verfahren auch für Kinder im Alter bis zu zwölf Monaten empfehlenswert ist. Die Erprobung zeigte zwar, dass die Berechnungen auch in diesen Fällen überwiegend plausible Ergebnisse hervorbringen. Allerdings gab es nur fünf Kinder in dieser Altersgruppe. Zudem sind die Abstände zwischen den Übergängen der Entwicklungsstadien, die der Bewertungssystematik zugrunde liegen, sehr gering, sodass sich das Verhältnis zwischen alters- und krankheitsbedingter Abhängigkeit von Personenhilfe innerhalb weniger Wochen verschieben kann. Es wird abzuwägen sein, ob man die daraus resultierenden Unschärfen in Kauf nimmt oder eine abweichende, nur für diese Altersgruppe vorgesehene Methode der Prüfung von Leistungsansprüchen definiert.

6. Das neue Verfahren in der Außenperspektive

6.1 Die pflegewissenschaftliche Perspektive

Das neue
Verfahren in der
Außenperspektive

Für eine externe Beurteilung des neuen Instruments aus pflegewissenschaftlicher Perspektive wurden ausgewiesene Expertinnen und Experten gebeten, eine Stellungnahme zum neuen Begutachtungsinstrument abzugeben. Mit dem Hinweis darauf, dass die Entwicklungsarbeiten von einem Verständnis der Pflegebedürftigkeit ausgegangen sind, das sich an den Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem IPW-Gutachten orientiert, erhielten die Experten den Erhebungsbogen des neuen Instruments, das Begutachtungsmニュアル sowie den Bericht über die Zwischenergebnisse der Instrumentenentwicklung vom 31.12.2007 zugesandt. Die Stellungnahme sollte sich auf die Fragen beziehen,

- ob die in den acht Modulen erfassten Aktivitäten und Lebensbereiche geeignet sind, das den Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs zugrunde liegende Konstrukt (Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und die Abhängigkeit von personeller Hilfe) abzubilden und ob weitere Aktivitäten und Lebensbereiche fehlen und
- ob die je Modul ausgewählten Items geeignet sind, innerhalb dieser Aktivitäten und Lebensbereiche die Abhängigkeit von personeller Hilfe bzw. den Grad der Beeinträchtigung darzustellen.

Als Experten konnten gewonnen werden: Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke), Prof. Dr. Stefan Görres (Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen), Prof. Dr. Doris Schiemann (Fachhochschule Osnabrück/Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), Franz Wagner (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) und Prof. Dr. Frank Weidner (Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar/Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln). Alle Experten haben in sehr kurzer Zeit eine Rückmeldung zum neuen Instrument gegeben.

Alle Stellungnahmen enthielten große Zustimmung zum neuen Begutachtungsverfahren. Der inhaltliche Ansatz und die konkrete Ausgestaltung erschienen klar und aus fachwissenschaftlicher Sicht einwandfrei. Kritisch angemerkt wurde, dass die Orientierung an der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit eine defizitorientierte Betrachtungsweise bedeutet, die jedoch nachvollziehbar erscheint, da das Ergebnis der Begutachtung der Gewährung von Leistungen dient, durch die eine Unterstützung für eben diese Beeinträchtigung geleistet werden soll.



Die modulare Grundstruktur erscheint in ihrer Herleitung, ihrem Aufbau und ihrer Zusammensetzung nachvollziehbar und sachgerecht. Hervorgehoben wurde dabei, dass die Überprüfung und Berücksichtigung internationaler Ansätze ein sinnvolles Verfahren darstellt, um ein Instrument in einem kurzen Zeitrahmen zu entwickeln. Die modulare Grundstruktur wird für geeignet gehalten, die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und die Abhängigkeit von personeller Hilfe zu bestimmen. Ergänzungen dazu wurden nicht angemahnt.

Vielfältige Hinweise gab es dagegen auf der Ebene der Items in den einzelnen Modulen. Neben der grundsätzlichen Anmerkung, dass sich in der Auswahl der einzelnen Items die fachliche Kompetenz der Entwickler widerspiegelt, gab es Kritik daran, dass die Itemauswahl weder durch Literatur noch durch, wie allgemein bei der Instrumentenentwicklung üblich, statistische Verfahren gestützt wird. Ähnliche Anmerkungen gab es zur Bewertungssystematik. Hier wird eindrücklich darauf hingewiesen, dass die Instrumentenentwicklung tatsächlich erst nach der empirischen Erprobung beendet ist. Trotz dieser kritischen Anmerkungen wurde der inhaltlichen Ausgestaltung des Instruments eine hohe Plausibilität und Fachlichkeit bescheinigt. Eine große Zahl von Hinweisen bezog sich auf verschiedene Aspekte der Itemformulierung oder -zusammensetzung. Diese Anmerkungen wurden gesammelt bei der abschließenden Überarbeitung des Instruments diskutiert und entsprechend eingearbeitet.

Ergänzende Anmerkungen gab es zu potenziellen Problemen bei der Vermittelbarkeit und Akzeptanz des Instruments. Ein Problem der Vermittelbarkeit könne darin bestehen, dass der Unterschied zwischen einer zeitorientierten Begutachtung und einer, die auf die individuelle Selbstständigkeit ausgerichtet ist, nicht unmittelbar verstanden wird. Akzeptanzprobleme könnten sich dort ergeben, wo Pflegebedürftigkeit als Abhängigkeit von personeller Hilfe definiert wird und die Abhängigkeit von technischen Hilfsmitteln nicht berücksichtigt wird.

Als Fazit ihrer Beurteilung sind die Experten der Meinung, dass das neue Begutachtungsinstrument aktuellen pflegewissenschaftlichen Anforderungen entspricht und keine wesentlichen Aspekte außer Acht gelassen wurden. Damit sei ein wesentlicher Fortschritt gegenüber dem jetzigen Begriff der Pflegebedürftigkeit und Begutachtungsverfahren erzielt.

6.2 Die Praktikabilität des Verfahrens und die Perspektive der Gutachter

Neben der konzeptionellen und inhaltlichen Auseinandersetzung durch die Pflegewissenschaft sollten auch sehr praktische Fragen in der Anwendung des Instruments im Vorfeld der Erprobungsphase diskutiert werden. Daher fand im Anschluss an die zweiwöchige Pretest-Phase eine Fokusgruppendifkussion mit den am Pretest beteiligten Gutachtern des MDK WL statt. Neben Schilderungen von individuellen Erfahrungen in der Anwendung des neuen Instruments und Reaktionen der Antragsteller und ihrer Angehörigen ging es in dieser Diskussion um die Fragen,

- ob das neue Instrument unter realen Begutachtungsbedingungen anwendbar und praktikabel erscheint und welche Schwierigkeiten bei der Anwendung auftreten,
- ob die Durchführung der Begutachtung im vorgesehenen Zeitrahmen von maximal 60 Minuten möglich erscheint und
- ob die Fragen (Items) aus der Sicht der Gutachter nachvollziehbar und trennscharf formuliert sind.

Aus Sicht der Gutachter sind die ersten Erfahrungen mit dem neuen Begutachtungsverfahren als überwiegend positiv zu bewerten. Offensichtlich ist das Verfahren in hohem Maße praktikabel. Ernsthafte Schwierigkeiten in der Anwendung wurden von den Gutachtern nicht berichtet. Im Gegenteil erschien die Einschätzung der Beeinträchtigungen der individuellen Selbstständigkeit vielfach einfacher zu sein als die derzeit erforderliche Bestimmung des notwendigen Zeitaufwands. Dies gilt insbesondere für die Items zu Aspekten der Selbstversorgung. Darüber hinaus erscheint die Art der Fragen, die zur Gewinnung von Informationen im neuen Verfahren gestellt werden, auch aufseiten der Versicherten und ihrer Angehörigen dazu angetan, ein tatsächliches Gespräch über die Pflegesituation zu initiieren und weniger Anlass zur Konfrontation zu geben, da sie nicht, wie einige Fragen in der derzeitigen Begutachtung, „unter die Gürtellinie“ gehen. So berichteten die Gutachter von Gesprächen mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, die aus der bisherigen Begutachtungspraxis unbekannt waren.

Nennenswerte Probleme sind während des Pretests nicht aufgetreten. Stattdessen berichteten die Gutachter von einem insgesamt sehr positiven Verlauf, bei dem es seitens der Versicherten und ihrer Angehörigen eine hohe Teilnahmebereitschaft gab. Nur in insge-

samt vier Fällen wurde die Zustimmung zur Teilnahme am Pretest verweigert. Hinzuweisen ist auf die Erfahrung, dass die Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens mit der Erwartung einer Leistungserweiterung in der Pflegeversicherung einhergehen kann.

Hinsichtlich des Zeitaufwands erscheint eine Begutachtung innerhalb von 60 Minuten möglich zu sein. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es sich beim Zeitaufwand für die Begutachtung im Rahmen des Pretests um einen Schätzwert handelt, da das neue Verfahren im Anschluss an die bisherige Begutachtung angewandt wurde und keine getrennte Zeitbestimmung vorgenommen werden konnte. Probleme bei der Einhaltung einer 60-minütigen Begutachtung können v. a. durch die erforderliche Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs entstehen. Insbesondere die Einschätzung dieses Bedarfs bei Kindern scheint innerhalb von 60 Minuten nur bedingt durchführbar zu sein, da bereits die eigentliche Begutachtung erfahrungsgemäß länger dauert als bei Erwachsenen. Einfluss auf die Dauer hat darüber hinaus die Verfügbarkeit notwendiger Unterlagen über den Versicherten.

Bereits heute besteht das Problem, dass für die Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs notwendige Unterlagen häufig nicht zur Verfügung stehen. Dabei handelt es sich um Patientenunterlagen der behandelnden Ärzte, die wichtige und für die Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs notwendige Informationen über die individuelle Situation des Versicherten enthalten. Die Problematik unzureichender Informationsübermittlung sollte entsprechend aufgegriffen werden, um angemessene Verfahrensweisen für die Übermittlung personenbezogener Informationen zu entwickeln. Ohne die Verfügbarkeit dieser Informationen werden erhebliche Probleme für eine qualifizierte Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs gesehen. Weitere Einflussfaktoren bei der für die Begutachtung notwendigen Zeit entstehen, wenn auch noch die Einschätzung des Präventionsbedarfs hinzukommt, die im Pretest noch nicht vorgenommen wurde.

Es wurde jedoch auch auf Gefahren im Zusammenhang mit dem neuen Verfahren hingewiesen. Unterscheiden lassen sich dabei kurzfristige Gefahren, die es bei der Umstellung auf das neue Verfahren zu berücksichtigen gilt, und langfristige Gefahren, die im Rahmen der begleitenden Qualitätssicherung der Begutachtung bedacht werden sollten. Zu den kurzfristigen Gefahren gehört, dass die „alte Begutachtungsphilosophie“, also die Berücksichtigung von Zeitaufwand und Verrichtungen, noch zu sehr die Begutachtung leitet. Dieser Hinweis wurde bei der Entwicklung des Schulungskonzepts aufgenommen und inte-

griert. Die Gutachter vertraten die Einschätzung, dass die Umstellung an diesem Punkt nicht ganz einfach sein wird, jedoch nicht allzu lange dauern würde, zumal die praktische Anwendung des neuen Verfahrens weitestgehend als problemlos beurteilt wurde.

Als mittel- und langfristig problematisch könne sich aus Sicht der beteiligten Gutachter die Gefahr erweisen, dass der Erhebungsbogen sehr schnell und ohne angemessenes Nachfragen ausgefüllt wird. Viele der notwendigen Informationen ergeben sich aus der allgemeinen Befunderhebung. Die Gutachter machten darauf aufmerksam, dass der Bogen sehr zum schnellen Ausfüllen verleitet. Da der Bogen jedoch nur ein Teil des gesamten Begutachtungsverfahrens ist, wird dieses Risiko als beherrschbar angesehen. Dieser Aspekt ist auch für mittel- und langfristige Überlegungen relevant. Da von einer zunehmenden Routine in der Anwendung des neuen Verfahrens auszugehen ist, erhöht sich die Gefahr von oberflächlichen Eintragungen in das Begutachtungsformular. Im Rahmen der Qualitätssicherung des Begutachtungsverfahrens ist diesem Aspekt daher besondere Beachtung zu schenken.

Als im Wesentlichen ebenfalls problemlos haben die Gutachter das Verfahren der Kinderbegutachtung bewertet. Allerdings gab es deutlich mehr Anmerkungen zu einzelnen Itemformulierungen sowie zu notwendigen sprachlichen Anpassungen an die Situation von Kindern im Begutachtungsformular. Die größten Probleme bestanden auch in der Kinderbegutachtung bei der Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs. Hier wurde darauf hingewiesen, dass eine prognostische Einschätzung vielfach schwierig sei. Grundsätzlich sei für die Bestimmung der Rehabilitationsfähigkeit bei Kindern auch die Motivation der Eltern zu berücksichtigen, ohne die Rehabilitationsmaßnahmen nur schwerlich erfolgversprechend sein werden.

Der Bereich Rehabilitation wurde je nach Erfahrungshintergrund der Gutachter unterschiedlich beurteilt. Die vorgesehene Einschätzung von Rehabilitationsprognose und -fähigkeit stellt aus Sicht der Gutachter mit einem pflegeschichtlichen Hintergrund erhöhte Anforderungen, wohingegen für sozialmedizinisch ausgewiesene Mediziner das vorgeschlagene Verfahren einfach nachvollziehbar und umsetzbar erscheint. Geringfügige Bedenken gab es dahingehend, ob das Verfahren differenziert genug ist. Trotz dieser Bedenken scheint das vorgeschlagene Verfahren ein gangbarer Kompromiss zwischen unterschiedlichen Herangehensweisen und Anforderungen zu sein. Als positiv wurde die Op-

tion zur weiteren Abklärung des Rehabilitationsbedarfs benannt. In Fällen, in denen notwendige Unterlagen nicht vorliegen oder komplexere Problemlagen bestehen, für deren Bewertung die Gutachter gerne auf zusätzliche Fachexpertise zurückgreifen würden, biete sich dadurch eine gute Möglichkeit.

Auf der Ebene der einzelnen Module wurden vielfältige Hinweise zu Formulierungen von Items und zur Ausgestaltung des Begutachtungsmanuals gegeben. Diese wurden einzeln geprüft und in die Überarbeitungen des Instruments und Manuals einbezogen.

Bei aller Vorsicht, die sich durch die begrenzte Anzahl von Begutachtungen im Pretest und durch die Unvollständigkeit und Vorläufigkeit der durch die pflegewissenschaftlichen Experten geprüften Unterlagen ergibt, lässt sich nach der ersten Einschätzung ein positives Fazit der Instrumentenentwicklung ziehen. Das Instrument insgesamt hat eine hohe Zustimmung sowohl hinsichtlich seiner fachlich-inhaltlichen Ausgestaltung als auch hinsichtlich seiner praktischen Umsetzung erhalten. Darüber hinaus hat eine Vielzahl konstruktiver Hinweise zur Optimierung des Instruments vor der eigentlichen Erprobung in der Hauptphase 2 beigetragen.

7. Beantwortung der Leitfragen

Dieses Kapitel beinhaltet die Beantwortung der Leitfragen, die parallel zur Instrumentenentwicklung zu bearbeiten waren. Einige dieser Fragen sind an anderer Stelle des Berichts bereits implizit beantwortet. In diesen Fällen erfolgt nur eine kurze Erläuterung mit einem entsprechenden Verweis.

Ausdrücklich ist darauf hinzuweisen, dass die Beantwortung einiger Leitfragen nicht auf der Grundlage der fachlich-inhaltlichen Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments erfolgen kann. Dementsprechend sind manche Ausführungen als Annäherung an eine Antwort zu verstehen.

1. In welcher Weise und wie weitreichend werden durch das neue Begutachtungsinstrument und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Lücken in der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen geschlossen? Welche Hilfebedarfe, die die bisherige Definition und das bisherige Begutachtungsverfahren nicht berücksichtigt haben, werden vom neuen Begriff und Verfahren erfasst? Welche Hilfebedarfe bleiben unberücksichtigt?

Eine zentrale Kritik am bestehenden Begriff der Pflegebedürftigkeit des SGB XI ist die Benachteiligung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Problemlagen. Die Einführung von Leistungen für Pflegebedürftige mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI stellt einen Ansatz dar, auf diese Kritik und die dahinterstehende Versorgungsproblematik zu reagieren. Ein direkter Vergleich der für das Vorliegen dieses erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs definierten Schädigungen und Fähigkeitsstörungen mit dem neuen Begutachtungs-Assessment (NBA) zeigt, dass diese nahezu vollständig über die Items des NBA abgebildet werden können. Somit bietet das NBA die Möglichkeit, auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Problemlagen in den Leistungsbereich der Pflegeversicherung einzubeziehen.

Sowohl bei der Erfassung der Personen mit einem erheblichen Betreuungsbedarf als auch derjenigen mit Hilfebedarf handelt es sich in erster Linie um die Ermittlung einer bestehenden Bedarfslage. Eine Versorgungslücke schließt sich dadurch nur insofern, als in standardisierter Form Aussagen über diese Personenkreise vorliegen würden und auf Basis dieser Informationen eine Planung der Versorgungsgestaltung erfolgen könnte. Neben der reinen Erfassung wäre dann politisch die Frage zu beantworten, ob und wel-

che Leistungen diesen Personenkreisen gewährt werden sollen. Hinzuweisen ist zudem nochmals darauf, dass das NBA keinen Pflege- oder Hilfebedarf, sondern die Bedürftigkeit im Sinne des Grades der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Abhängigkeit von personeller Hilfe erfasst. Für die Bestimmung des konkreten Bedarfs sind weitere Erhebungen notwendig, wie sie beispielsweise in der Arbeitshilfe zur Pflegeplanung formuliert sind.

Im Unterschied zum jetzigen Verfahren geht das neue Begutachtungsinstrument von einem deutlich umfassenderen Verständnis von Pflegebedürftigkeit aus. Die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2), die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Modul 3), der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Modul 5) sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Modul 6) hatten bislang nur indirekten oder gar keinen Einfluss auf die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Es kann also von einer Ausweitung der erfassten Bedarfslagen durch das NBA ausgegangen werden. Die für die Bestimmung der Hilfebedürftigkeit entscheidenden Bereiche der außerhäuslichen Aktivitäten (Modul 7) und Haushaltsführung (Modul 8) sind darüber hinaus als differenzierter gegenüber der bisherigen Erhebung der hauswirtschaftlichen Versorgung zu betrachten. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Items zur Nutzung von Dienstleistungen, Regelung finanzieller Angelegenheiten und Regelung von Behördenangelegenheiten.

Die Ausweitung der erfassten Bedarfslagen bietet daneben die Möglichkeit, zu einer qualitativen Weiterentwicklung der Leistungsgestaltung durch professionelle Leistungserbringer beizutragen. Das derzeitige Leistungsspektrum ist in hohem Maße an den alltäglichen Verrichtungen orientiert. Die Berücksichtigung von krankheits- und therapiebedingte Anforderungen im Modul 5 oder auch der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte im Modul 6 verweisen auf die Notwendigkeit der Entwicklung von edukativen und beratenden pflegerischen Leistungen, um der in diesen Bereichen festgestellten Bedürftigkeit entsprechen zu können. Fragen der Zugänglichkeit und Inanspruchnahme solcher pflegerischen Angebote lassen sich wiederum durch das neue Begutachtungsinstrument nicht lösen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Nachfrage nach entsprechenden Angeboten durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen steigen wird, wenn diese Bereiche in die Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit einbezogen werden.

Hinsichtlich der Frage nach unberücksichtigtem Hilfebedarf ist auszuführen, dass das neue Begutachtungsinstrument so aufgebaut ist, dass keine für die Erfassung eines sehr umfassenden Verständnisses von Pflegebedürftigkeit relevanten Bereiche unberücksichtigt bleiben. Diese Einschätzung wird auch durch die externe pflegewissenschaftliche Beurteilung gestützt (Kapitel 6.1). Ob allerdings die festgestellte Pflegebedürftigkeit zu einer mehr oder weniger umfassenden Deckung des vorliegenden Bedarfs beiträgt, hängt u.a. von der Frage ab, wie die neue Stufe der Pflegebedürftigkeit P1 leistungsrechtlich bewertet würde. Gleiches gilt übrigens auch für die Zuschreibung von Leistungshöhen oder -mengen zu anderen Stufen der Pflege- oder Hilfebedürftigkeit.

2. Wie wird in dem neuen Begutachtungsinstrument die Begutachtung pflegebedürftiger Kinder geregelt? Wie erfolgt die Feststellung des krankheits- oder behinderungsbedingten Mehrbedarfs gegenüber einem gesunden Kind gleichen Alters?

Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern erfolgt ebenfalls auf der Grundlage des neuen Begutachtungsinstruments. Dort, wo es erforderlich ist, erfolgen im Begutachtungsmニュアル zu einzelnen Items Hinweise auf spezifische Aspekte der Kinderbegutachtung. Das Verfahren der Kinderbegutachtung unterscheidet sich vom Verfahren der Erwachsenenbegutachtung im Wesentlichen durch die Bewertungssystematik. Im Gegensatz zum Verfahren bei Erwachsenen sind den Items in der Kinderbegutachtung Aussagen zum normalen kindlichen Entwicklungsverlauf hinterlegt, d. h. dass durch das Instrument vorgegeben ist, welche Einschränkungen in der Selbstständigkeit als normal im Rahmen der kindlichen Entwicklung anzusehen sind und welche nicht. Die Gutachter sind entsprechend gehalten, nur die Selbstständigkeit oder Unselbstständigkeit der Kinder einzuschätzen. Durch die Bewertungssystematik ist vorgegeben, ob die Einschätzung als altersgemäße Beeinträchtigung der Selbstständigkeit zu werten ist oder ob es sich um eine von der normalen kindlichen Entwicklung abweichende Beeinträchtigung handelt. Die Bewertungssystematik beruht auf einer umfangreichen Recherche von Verfahren und Studien zur Identifikation der altersgemäßen kindlichen Entwicklung. Die Ergebnisse dieser Recherche sind diesem Bericht als Anlage beigefügt.

3. Welche Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich aus einem modulhaft gestalteten Begutachtungsinstrument?

Der modulare Aufbau des neuen Begutachtungsinstruments begründet sich durch grundsätzliche konzeptionelle Überlegungen einerseits und Fragen der praktischen Umsetzbarkeit der durch die Leistungsbeschreibung der Hauptphase 1 für die „Erarbeitung eines Begutachtungsinstruments“ gestellten Anforderungen andererseits.

Auf der konzeptionellen Ebene stellt die modulare Struktur die Umsetzung der im IPW-Gutachten ausgeführten „Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ dar, die sich auf die selbstständige Durchführung von Aktivitäten und die selbstständige Gestaltung von Lebensbereichen beziehen. Die modulare Struktur des neuen Instruments bildet die für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit relevanten Aktivitäten und Lebensbereiche ab und ermöglicht eine inhaltlich abgrenzbare Einschätzung. Sie dient also der Erfassung klar abgrenzbarer Teilbereiche der Pflegebedürftigkeit.

Der modulare Aufbau des Instruments war jedoch v. a. aus praktischen Erwägungen heraus die einzige Möglichkeit zur Entwicklung einer Bewertungssystematik, die flexibel an den noch zu formulierenden neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit angepasst werden kann. So wurden die einzelnen Module jeweils mit einer eigenen Bewertungssystematik versehen, die unabhängig von anderen Modulen ein Einschätzungsergebnis des jeweiligen Teilbereichs der Pflegebedürftigkeit liefert. Das Gesamtergebnis der Begutachtung ergibt sich danach aus einer Zusammenführung der Teilergebnisse für jedes Modul. Die zur Ermittlung des Gesamtergebnisses verwendeten Berechnungsregeln lassen sich somit bei Bedarf anpassen, was insbesondere in folgenden Punkten unerlässlich erscheint:

- Wenn spätere Entscheidungen einen Begriff der Pflegebedürftigkeit festschreiben, der enger gefasst ist als das mit dem Instrument abgebildete Spektrum der Pflegebedürftigkeit (z. B. Nichtberücksichtigung einzelner Module), ändert sich lediglich die Berechnungsweise bei der Zusammenführung der Teilergebnisse. Damit wird vermieden, dass die Bewertungssystematik infolge inhaltlicher Modifikationen dieser Art nicht mehr verwendbar ist.
- Durch die Möglichkeit einer veränderten Gewichtung der einzelnen Module bzw. der Teilergebnisse für die einzelnen Module eröffnet sich Spielraum für Adjustierungen

des Begutachtungsinstruments, durch die einer unkontrollierten Ausweitung von Leistungsberechtigten der Pflegeversicherung entgegengewirkt werden kann.

- Die Bewertungssystematik weist genügend Flexibilität auf, um aufgrund von Erkenntnissen aus der Instrumentenerprobung (Hauptphase 2) unproblematisch optimiert werden zu können.

Neben der inhaltlich abgrenzbaren Erfassung von Teilbereichen kann die modulare Struktur auch hilfreich bei der Zuordnung von Leistungsansprüchen sein. Die hier entwickelte modulare Struktur bietet Ansatzpunkte für eine solche Zuordnung. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass es mehrere Ansätze einer leistungsrechtlichen Zuordnung geben könnte. Eine Möglichkeit besteht in der eindeutigen Zuordnung einzelner Module zu einzelnen Leistungsträgern. Ein solches Verfahren wäre aus verwaltungspraktischer Sicht sicherlich vorteilhaft und würde eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten einzelner Leistungsträger ermöglichen. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass die klare Abgrenzung der Zuständigkeiten der Leistungsträger in der Vergangenheit vielfach zu einer hohen Fragmentierung der Leistungen für die Leistungsempfänger geführt hat. Die Einführung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets im SGB IX ist eine Maßnahme, die dazu dient, diese Fragmentierung im Sinne einer Nutzerorientierung zu überwinden und ein Leistungspaket zu schnüren, das der individuellen Bedarfslage der Leistungsempfänger gerecht wird.

Aus diesem Grund erscheint Zurückhaltung gegenüber einer allzu schnellen Zuteilung einzelner Module zu einzelnen Leistungsträgern angebracht.

4. Wie und in welchem Rahmen werden die unbestimmten Begriffe „Lebensbereiche“ und „soziale Teilhabe“ in das modulhaft gestaltete Begutachtungsinstrument integriert?

Die acht Module des neuen Begutachtungsinstruments spiegeln überwiegend Lebensbereiche und Aktivitäten wider, die zu einem breit gefassten Verständnis von Pflegebedürftigkeit gehören. Sie stellen eine Konkretisierung der „Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ aus dem IPW-Gutachten dar. In einem Vergleich mit anderen Systematisierungsansätzen zur Abbildung von Pflegebedürftigkeit (siehe Kapitel 4.5) konnte verdeutlicht werden, dass diesen Aktivitäten und Lebensbereichen auch in anderen Verfahren eine wichtige Bedeutung zukommt.

Der Begriff der sozialen Teilhabe wird in dem Instrument nicht mehr als Titel für ein Modul verwendet. Die ursprüngliche Modulbezeichnung „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ wurde verworfen, und stattdessen wurden die für dieses Modul vorgesehenen Inhalte unter der Modulbezeichnung „Außerhäusliche Aktivitäten“ aufgenommen, wodurch treffender ausgedrückt ist, worum es in dem Modul tatsächlich geht. Die Umbenennung erfolgte, weil die ursprüngliche Bezeichnung möglicherweise das Missverständnis hervorgerufen hätte, dass Teilhabe im Sinne des SGB IX gemeint sei, die nur schwerlich als ein Teilbereich von Pflegebedürftigkeit verstanden werden kann.

5. Wie berücksichtigt das Begutachtungsinstrument die Strukturen und Anforderungen unterschiedlicher Leistungsträger? Leistet bzw. unterstützt das Begutachtungsinstrument eine leistungsbereichsübergreifende Bedarfserstellung, etwa als Grundlage für ein persönliches Budget?

Handlungsleitend bei der Entwicklung des neuen Begutachtungsinstruments waren Anforderungen, die sich bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit ergeben und die aus einem weit gefassten Begriff der Pflegebedürftigkeit resultieren. Daher orientierte sich die Entwicklung des Instruments nicht primär an den Strukturen und Anforderungen unterschiedlicher Leistungsträger. Die nachfolgenden Ausführungen werden jedoch verdeutlichen, dass das neue Instrument in Ergänzung oder Kombination mit anderen Verfahren für trägerübergreifende Zwecke wie das Persönliche Budget nach § 17 Abs. 4 SGB IX verwendet werden kann.

In der Erprobungsphase zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget hat sich offensichtlich nicht ein spezielles Verfahren zur trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung als adäquat und konsensfähig herausgebildet, sondern es werden verschiedene Verfahren angewandt, die sich an der International Classification of Functioning (ICF) der Weltgesundheitsorganisation orientieren. Dazu gehören:

- das Metzler-Verfahren (Metzler 2001a, 2001b): Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung (HMB). Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich Wohnen/Individuelle Lebensgestaltung (H.M.B.-W/Version 5/2001);
- die Individuelle Hilfe- und Perspektivplanung (IPP) der Alsterdorfer Behindertenhilfe gGmbH für Menschen mit geistiger Behinderung (Schröder/Wunder 2006);
- die Individuelle Hilfeplanung der Behindertenhilfe Hamburg gGmbH (BHH 2007);

- der Leitfaden für die individuelle Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen in der ambulanten Betreuung der Fachstelle für Eingliederungshilfe im Landkreis Osnabrück (2005);
- der Hilfeplan des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL 2003);
- der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) (Aktion Psychisch Kranke 2005);
- das Individuelle Hilfeverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland (Rheinisches Sozialamt 2005);
- die Individuelle Hilfeplanung Rheinland-Pfalz (MASGFF Rheinland-Pfalz 2005).

Diese Verfahren finden trotz ihrer unterschiedlichen Ausrichtung als Assessment-Instrumente oder als Instrumente der Hilfeplanung sowohl für die Bedarfsfeststellung im Rahmen des SGB IX als auch im Bereich der Hilfeplanung nach dem SGB XII Anwendung. Die Planung von Hilfen ist also eng an die Erhebung individueller Bedürfnisse und Präferenzen gebunden. Unabhängig davon, ob die Leistungsträger von Hilfeplanverfahren, Hilfeplanung, individueller Hilfeplanung oder Hilfebedarfserhebung sprechen, verfolgen sie das Ziel, die Bedürfnisse des Leistungsempfängers zu ermitteln und gleichzeitig eine Grundlage für die Einschätzung notwendiger Hilfen zur Umsetzung seiner individuellen Wünsche zu schaffen (Kronenberger 2006; Engel/Schmitt-Schäfer 2004).

Eine Betrachtung der den genannten Verfahren zugrunde liegenden inhaltlichen Dimensionen verdeutlicht viele Gemeinsamkeiten. Dabei orientieren sich die meisten Instrumente am Metzler-Verfahren (HMB) und den darin benannten sieben Aspekten im Lebensbereich Wohnen:

- Alltägliche Lebensführung
- Individuelle Basisversorgung
- Gestaltung sozialer Beziehungen
- Teilnahme am kulturellen/gesellschaftlichen Leben
- Kommunikation und Orientierung
- Emotionale und psychische Entwicklung
- Gesundheitsförderung

Stellt man nun diese Gliederung der Hilfeplanverfahren dem NBA gegenüber, so ergibt sich eine relativ große Schnittmenge in den Lebensbereichen, die durch die jeweiligen

Verfahren erfasst werden. Es besteht jedoch auch ein bedeutsamer Unterschied dahingehend, dass das neue Begutachtungsinstrument die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit erfasst, von der ausgehend eine Hilfe-, Pflege- oder Versorgungsplanung durchgeführt werden kann. Es enthält noch keine Aussagen zum tatsächlichen Bedarf. In den Hilfeplanverfahren stehen die tatsächlich zu leistenden Hilfen und persönlichen Präferenzen im Vordergrund. Aufgrund der großen, auf der Itemebene sogar fast vollständigen Übereinstimmung der erfassten Aktivitäten und Lebensbereiche erscheint das neue Begutachtungsinstrument also durchaus geeignet, in Kombination mit oder in Ergänzung zu anderen Verfahren einen Beitrag zur trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung leisten zu können.

6. In welcher Form sollen bzw. werden tatsächlich im Begutachtungsverfahren die Bereiche Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit unterschieden? Wird durch den modulhaften Aufbau des Begutachtungsinstruments eine klare Zuordnung von Leistungsverantwortung an unterschiedliche Leistungsträger ermöglicht?

Zum letzten Teil der Frage wird auf die Ausführungen zu den Leitfragen 3 und 5 verwiesen.

Bei einem Vergleich des geltenden Begriffs der Behinderung im § 2 SGB IX mit den „Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ aus dem IPW-Gutachten ergeben sich einige Gemeinsamkeiten. Menschen gelten im Sinne des SGB IX als behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. In diesem an der ICF orientierten Begriff werden die Beeinträchtigungen in den Körperfunktionen und -strukturen in einen Wirkungszusammenhang zu der daraus folgenden Beeinträchtigung in den Aktivitäten gesetzt (Bihl et al. 2006). Wie in Kapitel 4.5 dargelegt, weisen die Aktivitäten und Lebensbereiche, die im neuen Begutachtungsinstrument enthalten sind, große Gemeinsamkeiten mit der ICF auf, die sich jedoch vorwiegend auf den inhaltlichen Aufbau und weniger auf die Ausführlichkeit und den Differenzierungsgrad der ICF beziehen, zu dem es erhebliche Unterschiede gibt.

Im Unterschied zum Begriff der Behinderung beziehen sich die Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Abhängigkeit von Personenhilfe in bestimmten Aktivitäten und

Lebensbereichen. Dieses Kriterium ist für das Vorliegen von Behinderung nicht relevant. Ein weiterer Unterschied besteht in der Betonung des Abweichens vom typischen Zustand des Lebensalters bei der Behinderung einerseits und der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei der Pflegebedürftigkeit andererseits, wobei im Ergebnis das Abweichen vom typischen Zustand häufig, aber nicht immer, mit der Abhängigkeit von personeller Hilfe einhergehen dürfte.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass trotz deutlicher, v. a. konzeptioneller Unterschiede die wesentlichen Elemente der Pflegebedürftigkeit auch unter das weite Verständnis von Behinderung subsumiert werden können, das im SGB IX niedergelegt ist. Anders ausgedrückt wäre danach jeder pflegebedürftige Mensch auch ein behinderter Mensch. Abgesehen davon, dass diese Schlussfolgerung bereits an anderer Stelle getroffen wurde (AK Teilhabeorientierte Pflege 2006), so gibt es auch im internationalen Kontext Anzeichen, dass aufgrund des Fehlens eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs Aspekte der Behinderung herangezogen werden, um Kriterien für den Zugang zu Leistungen der Langzeitpflege zu definieren. Die inhaltliche Nähe zwischen dem Behinderungsbegriff und dem Begriff der Pflegebedürftigkeit erscheint also keineswegs ungewöhnlich. Dennoch ist es auch wichtig zu betonen, dass Behinderung und Pflegebedürftigkeit nicht ein und dasselbe sind und dass der Umkehrschluss, demzufolge jeder behinderte Mensch auch gleichzeitig pflegebedürftig ist, ausdrücklich nicht gilt. Zu den körperlichen Funktionen im Begriff der Behinderung gehören mit Störungen der Sinne und Empfindungen ausdrücklich Bereiche, die nicht Gegenstand des Begriffs der Pflegebedürftigkeit sind. Auch die geistigen Fähigkeiten und die seelische Gesundheit des Behinderungsbegriffs umfassen nach Bhir et al. (2006) Aspekte, die über die Pflegebedürftigkeit hinausgehen.

Die Abgrenzung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist zu unterscheiden zwischen einem Gesundheitsproblem, das auch als Krankheit bezeichnet werden kann, und der Reaktion eines Menschen darauf (Evers 1997), über die sich Pflegebedürftigkeit konstituieren und ein Pflegeproblem entstehen kann. So stellt ein Myokardinfarkt beispielsweise für sich genommen noch kein Pflegeproblem dar, wohl aber die daraus hervorgehenden Konsequenzen wie Belastungsintoleranz und Schmerzen. Hier kann also von einer deutlichen Trennung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit gesprochen werden. Diese Trennung spiegelt sich auch im neuen Begutachtungsinstrument wider, in dem nicht das Vor-

liegen einer Krankheit, sondern ihre Auswirkungen, beispielsweise in Form kognitiver Beeinträchtigung oder krankheitsbedingter Anforderungen und Belastungen, in die Feststellung der Pflegebedürftigkeit einfließen.

Innerhalb der Sozialgesetzgebung existiert kein eigener Begriff der Krankheit, von dem es den Begriff der Pflegebedürftigkeit abzugrenzen gälte. Stattdessen basiert das Vorliegen einer Krankheit auf einer ärztlichen Diagnosestellung, für die mit der International Classification of Diagnoses (ICD) ein international etablierter und anerkannter Rahmen vorliegt, der eine präzise Benennung dieser Krankheiten ermöglicht. Während der Entwicklung des neuen Begutachtungsinstruments wurde daher kein Anlass gesehen, eine explizite Unterscheidung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit vorzunehmen. Vielmehr wird, wie im Beispiel geschildert, Krankheit als eine von mehreren Ursachen angesehen, aufgrund derer Pflegebedürftigkeit entstehen kann.

Ein mittlerweile konstruierter Zusammenhang zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit wurde durch die „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA 2007b) geschaffen. Die Richtlinie nimmt bei der Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit explizit Bezug auf den existierenden Pflegebedürftigkeitsbegriff. Eine schwerwiegende chronische Krankheit liegt danach vor, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal im Jahr ärztlich behandelt wurde und zusätzlich eines von verschiedenen Merkmalen vorliegt, zu denen u. a. auch die Einstufung in die Pflegestufen I oder II gehört. Die Einführung eines neuen Begriffs und neuer Stufen der Pflegebedürftigkeit würde entsprechende Anpassungen in der „Chroniker-Richtlinie“ erfordern.

7. Welche weiteren sozialrechtlichen und fiskalischen Zusammenhänge, Entwicklungen und Konsequenzen ergeben sich aus einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff für das SGB V, IX, XI und XII?

Aus einer sozialrechtlichen Perspektive wurde im Zusammenhang mit den Diskussionen um die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch die Verortung eines solchen erweiterten Begriffs diskutiert. Dabei wurde die Frage aufgeworfen, ob ein erweiterter Begriff Eingang in das SGB XI finden und dort den derzeitigen Begriff in §14 ablösen soll oder ob ein Begriff der Pflegebedürftigkeit in das SGB I aufgenommen und damit übergreifend Gültigkeit erlangen soll. Bei einer Entscheidung für Letzteres wäre es erforderlich, in-

nerhalb des SGB XI Kriterien aufzustellen, nach denen Leistungen gewährt werden. Dies könnte beispielsweise geschehen, indem die Zuständigkeit der Pflegeversicherung erst ab einer bestimmten Stufe der Pflegebedürftigkeit greifen würde.

Die rechtssystematischen Implikationen einer solchen Entscheidung reichen über den Auftrag dieses Gutachtens hinaus und liegen außerhalb des Kompetenzbereichs der Autoren dieses Berichts. Allerdings soll im Folgenden kurz dazu Stellung genommen werden, ob ein übergreifender Begriff der Pflegebedürftigkeit inhaltlich angebracht und gerechtfertigt wäre. Eine Betrachtung der geltenden Bestimmungen des Sozialrechts zu leistungsauslösenden Faktoren bei Pflegebedürftigkeit verdeutlicht, dass die den „Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ zugrunde liegende Auffassung von Pflegebedürftigkeit mit keiner dieser Bestimmungen kollidiert und in gewissem Sinne auch als eine übergreifende Klammer zu den einzelnen Bestimmungen verstanden werden könnte.

Das SGB V enthält keinen eigenen Pflegebedürftigkeitsbegriff, sondern lediglich Richtlinien über die Verordnungen von Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Diese Leistungen beziehen sich auf einen ausdrücklich krankheitsbezogenen Pflegebedarf, der ärztlich festzustellen und zu verordnen ist. Die Verordnung von Leistungen geschieht mit dem Ziel, den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen und die ärztliche Behandlung sicherzustellen (G-BA 2007a). Die Selbstständigkeit bzw. die Abhängigkeit von personeller Hilfe bei der Durchführung von krankheitsbezogenen Maßnahmen ist teilweise Gegenstand der Erhebung von Modul 5. Allerdings gehen die inhaltlichen Überlegungen in diesem Modul weit darüber hinaus. Sie umfassen wichtige Aktivitäten für die autonome Lebensführung bei chronischer Krankheit, von denen ein Großteil von vielen Betroffenen eigenständig durchgeführt wird und für die sich ein Unterstützungsbedarf beispielsweise aufgrund von Wissensdefiziten im Umgang mit den krankheitsbedingten Anforderungen ergeben kann.

In § 44 SGB VII wird Bezug genommen auf die Hilflosigkeit, mit anderen Worten die Abhängigkeit von personeller Hilfe, für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Diese Bestimmung ist eng an die Formulierung in § 14 SGB XI angelehnt, sodass hier davon ausgegangen werden kann, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff diese Inhalte bereits umfasst.

Weitgehender als der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI sind die Regelungen zur Leistungsberechtigung und zu den Leistungen in § 61 SGB XII. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XII geht insofern über den des SGB XI hinaus, als auch die Bedürftigkeit für weniger als sechs Monate für die Gewährung von Hilfe zur Pflege ausreichen kann. Außerdem erhalten auch die Personen Hilfe zur Pflege, die der Hilfe für andere als die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung bedürfen. Trotz des weiterreichenden Charakters des § 61 SGB XII werden auch die dort enthaltenen Bestimmungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff abgedeckt. Einschränkungen könnten sich ergeben, wenn am Kriterium der Dauerhaftigkeit von sechs Monaten für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit festgehalten wird. Dabei handelt es sich, wie im IPW-Gutachten dargestellt, nicht um eine Grundsatzfrage der Definition von Pflegebedürftigkeit, sondern letztlich um eine sozialpolitische Frage, deren Beantwortung über den Zugang zu Leistungen entscheidet.

Aus dieser kurzen Übersicht lassen sich aus inhaltlichen Gründen zwei Schlussfolgerungen ziehen. Zum einen würde ein an den „Elementen“ ausgerichteter neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit keiner der existierenden Regelungen der Sozialgesetzbücher zur Pflege kollidieren, und es stünde einer Neufassung des § 14 SGB XI nichts entgegen. Zum anderen erscheint es aus inhaltlichen Gründen durchaus angebracht, einen die Regelungen in einzelnen Sozialgesetzbüchern übergreifenden Begriff der Pflegebedürftigkeit in das SGB I aufzunehmen, der dann durch Bestimmungen zur Leistungsgewährung in den einzelnen Sozialgesetzbüchern auszugestalten wäre. Aus fachinhaltlicher Perspektive vorteilhaft wäre eine solche Regelung zudem deshalb, weil damit auch in der Leistungserbringung und der Gestaltung von Pflegesituationen und -beziehungen der starke Verrichtungsbezug überwunden werden könnte und sich die entsprechenden Angebote zielgenauer auf die individuellen Bedarfslagen zuschneiden ließen.

Hinsichtlich der möglichen finanziellen Auswirkungen ist zu konstatieren, dass es keinerlei Automatismen durch die vorgeschlagenen fünf Stufen der Pflegebedürftigkeit geben würde. Anhand der Ergebnisse des Pretests, die keinesfalls ausreichend für prognostische Zwecke sind, lassen sich Wege aufzeigen, wie mittelfristig tragfähige Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen gemacht werden könnten.

Es gibt einige Kriterien, die für die Prognose finanzieller Auswirkungen benötigt werden:

- das Verhältnis von Antragstellern zu als pflegebedürftig eingestuften Personen,
- die Festlegung von Pflegestufen,
- die Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Pflegestufen und letztlich
- die Zuordnung einer Leistungshöhe in Geld zu den einzelnen Stufen.

Durch das neue Begutachtungsinstrument wird ein Vorschlag für eines dieser vier Kriterien vorgelegt: die Anzahl der Pflegestufen. Anhaltspunkte ergeben sich für zwei weitere Kriterien: Für das Verhältnis von Antragstellern zu als pflegebedürftig eingestuften Personen kann aufgrund des erweiterten Begriffs der Pflegebedürftigkeit davon ausgegangen werden, dass einige Personen, die nach dem derzeitigen Verfahren keiner Pflegestufe zugeordnet würden, in Zukunft als pflegebedürftig gelten. Dies erscheint sachgerecht und aufgrund der bestehenden Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff durchaus wünschenswert. Diese Vermutung wird gestützt durch die Ergebnisse des Pretests, wonach sich die Anzahl der Antragsteller, die als pflegebedürftig eingestuft werden, gegenüber der derzeitigen Situation erhöht hat.

Ein weiterer Anhaltspunkt ergibt sich hinsichtlich der Verteilung der Pflegebedürftigen auf die einzelnen Stufen der Pflegebedürftigkeit (vgl. Kapitel 4.6). Um davon ausgehend zu einer Abschätzung möglicher finanzieller Folgewirkungen zu kommen, wäre es erforderlich, den fünf Stufen der Pflegebedürftigkeit eine Leistung im Sinne einer Geldmenge zuzuordnen, mit der dann modellhaft Prognosen über den künftigen Finanzbedarf angestellt werden könnten.

Für entsprechende Berechnungen sollten die Ergebnisse der Erprobung des neuen Begutachtungsinstruments in der Hauptphase 2 abgewartet werden, da bei der dort einbezogenen Stichprobe von einer sehr viel höheren Repräsentativität ausgegangen werden kann. Für mittel- und langfristige Prognosen wären Annahmen über die künftige demografische Entwicklung ebenso zu berücksichtigen wie über die künftige Pflegewahrscheinlichkeit.

8. Welche Möglichkeiten und Grenzen zur Ermittlung des Umfangs von Hilfebedarf ergeben sich, wenn auf die zeitliche Bemessung verzichtet wird?

Der Verzicht auf den Bezug zu Zeitwerten als Maßstab für Pflegebedürftigkeit hat den Vorteil, dass die damit verbundenen methodischen Probleme konsequent vermieden

werden. Eine Problematik der derzeitigen Regelungen der Pflegeversicherung liegt darin begründet, dass die aus fachlicher Sicht notwendige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf nicht vorgenommen, sondern stattdessen im Rahmen der Begutachtung aus der Ermittlung des Umfangs an Hilfeleistungen eine Stufe der Pflegebedürftigkeit abgeleitet wird. Pflegebedürftigkeit ist jedoch in erster Linie ein personenbezogenes Merkmal, das ausdrückt, dass ein Mensch infolge einer Krankheit oder gesundheitlichen Beeinträchtigung auf personelle Hilfe angewiesen ist. Der Pflegebedarf ist demgegenüber das Ergebnis eines Entscheidungs- und Beurteilungsprozesses darüber, welche pflegerischen Hilfen geeignet und erforderlich sind, pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen. Der Pflegebedarf ist also korrekterweise aus der Pflegebedürftigkeit abzuleiten und nicht, wie es derzeit geschieht, der Ausgangspunkt für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument ist darauf ausgerichtet, den aus fachlicher Sicht notwendigen Weg umzusetzen, nach dem zuerst die Pflegebedürftigkeit einer Person zu bestimmen ist und in einem zweiten Schritt der Pflege- und Hilfebedarf ermittelt wird (Wingenfeld 2007).

Dabei begründet sich der Verzicht auf die Bemessung des Zeitaufwands für bestimmte Verrichtungen durch zwei wesentliche inhaltliche und systematische Schwächen, die dem jetzigen Verfahren zugrunde liegen. Der notwendige Zeitaufwand für die Durchführung von Verrichtungen ist in hohem Maße abhängig von vielfältigen individuellen und situationsbezogenen Faktoren. Dazu gehören individuelle Fähigkeiten der Pflegeperson, individuelle Bedürfnisse und Präferenzen der pflegebedürftigen Person, die Ausstattung und der Umgang mit Hilfsmitteln, die räumlichen Bedingungen am Wohnort der pflegebedürftigen Person sowie die kommunikative Aushandlung und Ausgestaltung einer Pflegesituation durch Pflegebedürftige und Pflegeperson. Wird angesichts dieser vielfältigen Einflussfaktoren vom realen Zeitaufwand ausgegangen, so ist eine Ungleichbehandlung der einzelnen Pflegebedürftigen kaum zu vermeiden. Diese Ungleichbehandlung kann darüber hinaus problematische Anreizstrukturen schaffen, nach denen Pflegebedürftige in Haushalten, in denen es durch persönliches Engagement und Kreativität zu einer weitgehend reibungslosen Bewältigung der pflegerischen Notwendigkeiten kommt, gegenüber Haushalten, in denen sich Engagement und Kreativität in Grenzen halten, weniger Leistungen bei gleicher individueller Abhängigkeit von personeller Hilfe erhalten. Der Verzicht auf die Bemessung von Zeiten bietet demzufolge einen Weg zu einer stärkeren Gleichbehandlung der Antragsteller und zur Vermeidung problematischer Anreizstrukturen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bestimmung von Zeit mit Schwierigkeiten sowohl bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit als auch bei der Bestimmung des Pflegebedarfs einhergeht. Im neuen Begutachtungsinstrument wird deshalb vollständig auf Zeit als Kriterium zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit verzichtet.

9. Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen hinsichtlich dieses Instruments für die Pflegeplanung?

Zusammen mit dem neuen Begutachtungsinstrument wird mit diesem Abschlussbericht eine Arbeitshilfe zur Pflegeplanung vorgelegt. Die Arbeitshilfe zeigt die Nutzbarkeit der Einschätzungsergebnisse auf, indem sie modulbezogen die Bedeutung der erfassten Informationen für die Maßnahmenplanungen im Rahmen des Pflegeprozesses herausarbeitet und Hinweise auf darüber hinaus notwendige Informationen gibt. Außerdem werden Hilfestellungen zur Erhebung dieser weiterführenden Informationen gegeben. In Zusammenhang mit dieser Arbeitshilfe steht mit dem Instrument eine gute Grundlage für die Pflegeplanung zur Verfügung.

Voraussetzung für die Nutzung innerhalb der Pflegeplanung ist allerdings, dass die Einschätzungsergebnisse den Pflegefachkräften in den Pflegeeinrichtungen und -diensten auch zur Verfügung stehen. Als mögliches Verfahren empfiehlt es sich dazu, dass die Antragsteller das Ergebnis der Begutachtung in geeigneter Form zusammen mit der Information über die Gewährung einer Pflegestufe durch die Pflegekasse übermittelt bekommen. Durch ein solches Verfahren wäre sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen einerseits sowie Kostenträger und Leistungserbringer andererseits auf einem gleichen Informationsstand sind und die gesamte Pflegesituation auf der Grundlage der gleichen Informationen beurteilt, geplant und gestaltet werden kann.

Die Informationen, die durch das neue Begutachtungsinstrument und die damit zusammenhängende Befunderhebung zur Verfügung stehen, bedürfen sicherlich der Erweiterung, wenn es um die Erfassung individueller Bedarfslagen geht. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das damit verfügbare Informationsprofil deutlich über das hinausgeht, was derzeit in vielen Einrichtungen und Diensten der pflegerischen Versorgung verfügbar ist.

Neben der Verwendung für die Pflegeplanung bietet das neue Begutachtungsinstrument auch Anknüpfungspunkte zu Verfahren der Hilfeplanung, wie unter Leitfrage 5 ausgeführt. In ähnlicher Art und Weise sind die Ergebnisse der Begutachtung auch für die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz angelegte Versorgungsplanung durch Pflegeberater in zu etablierenden Pflegestützpunkten geeignet. Auch für die Verwendung der Erkenntnisse aus der Begutachtung in der Hilfe- und Versorgungsplanung besteht die Notwendigkeit einer Vereinbarung über die Weitergabe der Begutachtungsergebnisse. Dazu sind geeignete Regelungen über die Weitergabe personenbezogener Daten zwischen unterschiedlichen Akteuren zu treffen. Sinnvoll erscheint eine Lösung im o. g. Sinne, nach der die Antragsteller die Begutachtungsergebnisse in verständlicher Form erhalten und diese dann an weitere Instanzen der Versorgung weitergeben können.

10. Welcher Aufwand (Begutachtungsdauer, Schulung) ist für das neue Begutachtungsverfahren erforderlich?

Hinsichtlich der Begutachtungsdauer wurde bei der Entwicklung des neuen Instruments angestrebt, eine Begutachtung innerhalb von 60 Minuten zu ermöglichen. Die Erfahrungen des Pretests zeigen, dass dies weitgehend gelungen ist. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs, auch bereits im derzeitigen Verfahren, vielfach einen größeren Zeitaufwand erfordert. Hinzu kommen noch die Erfassung von Risiken und daraus abgeleitete Überlegungen für die Pflege-, Hilfe- und Versorgungsplanung. Hier bleibt abzuwarten, welche Aussagen zum Zeitaufwand sich in der Hauptphase 2 ergeben, wo dann auf der Basis einer größeren Anzahl durchgeführter Begutachtungen zu sehen sein wird, ob eine Begutachtungsdauer von 60 Minuten auch bei breiter Anwendung realistisch erscheint.

Der Aufwand für die Schulung der Gutachter zum Umgang mit dem neuen Verfahren wird realistischerweise in einer sechs- bis achtstündigen Fortbildungsveranstaltung bestehen. Für die erfahrenen Gutachter wird dabei v. a. die neue Philosophie des Verfahrens, d. h. die Abkehr vom Zeit- und Verrichtungsbezug und die Hinwendung zu Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, im Mittelpunkt stehen müssen. Die Gutachter aus dem MDK Westfalen-Lippe, die den Pretest durchgeführt haben, sahen hier das Hauptproblem in der Umstellung, insbesondere beim Verfahren der Kinderbegutachtung. Für neue Gutachter liegt der Schulungsaufwand sicherlich höher, da die grund-

legenden Aspekte der Anamnese und Befunderhebung vermittelt werden müssen. Es erscheint allerdings ohne Weiteres möglich, die Arbeit mit dem neuen Begutachtungsinstrument innerhalb der derzeit üblichen Einarbeitungszeit und auf Basis der jetzigen Vorgehensweise innerhalb der MDK-Gemeinschaft zu erlernen, sodass hier kein zusätzlicher Schulungsaufwand gegenüber der derzeitigen Situation zu erwarten ist. Ein Schulungskonzept für die Vorbereitung der Gutachter zur Arbeit mit dem neuen Begutachtungsinstrument findet sich im Anhang.

Welchen Professionen sollen die Gutachter angehören, und welche Kompetenzen sollen sie erhalten?

Für die Durchführung der Begutachtung mit dem neuen Instrument ist eine fachliche Vorbildung erforderlich, die in der Regel aus einer abgeschlossenen pflegerischen Ausbildung oder einem pflegebezogenen oder Medizinstudium besteht. Neben dieser Formalqualifikation ist eine ausreichende Berufserfahrung erforderlich.

11. Wie berücksichtigt das neue Begutachtungsinstrument das Selbstbestimmungsrecht der zu begutachtenden Menschen? Wie werden ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt? Wie wird in jeder Verfahrensstufe Transparenz für die Betroffenen hergestellt?

Die Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts ist in erster Linie eine Frage der interaktiven Gestaltung des Begutachtungsprozesses und kann nicht durch ein neues Instrument allein gewährleistet werden. Entscheidend dabei ist, dass die Begutachtungssituation von Respekt für die Lebenssituation des Antragstellers gekennzeichnet ist und dieser sich in seiner Individualität ernst genommen fühlt. Im NBA wurde Wert darauf gelegt, dass die zu stellenden Fragen diese Anforderungen berücksichtigen. Entsprechend wird die individuelle Situation der Antragsteller zum Ausgangspunkt der Begutachtung gemacht. Nach den Erfahrungen der Gutachter im Pretest ist es offensichtlich gelungen, das Instrument so aufzubauen, dass es einen Dialog zwischen Antragsteller und Gutachter über die Pflegesituation ermöglicht.

Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Begutachtungsergebnisses für die Antragsteller hängen im Wesentlichen von zwei Faktoren ab: a) der vom Instrument vorgesehenen Er-

gebnisdarstellung und b) der Einbeziehung des Versicherten bzw. seiner Angehörigen in das Begutachtungsverfahren.

Für Letzteres orientiert sich das neue Instrument an Maßgaben des britischen Single Assessment Process, die durch das britische Department of Health definiert wurden. Danach sollen die Antragsteller:

- die Gelegenheit erhalten, ihre Situation in ihren eigenen Worten darzustellen,
- in vollem Umfang darüber informiert werden, welche Daten zu welchem Zweck erhoben werden,
- eine Kopie bzw. einen Durchschlag der im Rahmen der Begutachtung erhobenen Daten und der entsprechenden Information erhalten,
- darin unterstützt werden, ihre vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zu erkennen,
- mit ihren Präferenzen und Fragen im Zentrum der Begutachtung stehen und
- in relevante Entscheidungen zu ihrer Versorgung einbezogen werden.

Die Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse ist im neuen Begutachtungsformular angelegt. Die Antragsteller werden zum einen danach gefragt, welches aus ihrer Sicht das schwerwiegendste Problem ihrer individuellen Situation ist, und zum anderen, welche Maßnahmen sie als zentral und vorrangig betrachten. Die Frage der Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse spielt auch im internationalen Rahmen eine wichtige Rolle. Ein Akkreditierungskriterium im britischen Single Assessment Process ist die Frage danach, wie die älteren Menschen ihre Situation mit ihren eigenen Worten beschreiben würden und welches sie für die prioritären Fragen halten. Diesem Ansatz wird im neuen Begutachtungsinstrument gefolgt, und die entsprechenden Fragen sind aufgenommen. Darüber hinaus gibt es weitere Fragen, die entweder vom Antragsteller selbst oder von den Angehörigen zu beantworten sind und die ebenfalls ihre Sichtweise berücksichtigen.

Die subjektive Problemsicht der Antragsteller soll den Blickwinkel der Gutachter auf möglicherweise relevante Bereiche erweitern. Sie wird jedoch nicht in die Bewertung einfließen. Allerdings hat eine entsprechende Information eine hohe Bedeutung und Aussagekraft für die Erstellung eines bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege-, Hilfe- oder Versorgungsplans.

Die Information der Antragsteller über Umfang und Verwendung der erhobenen Daten wird durch einen insgesamt transparenten Begutachtungsprozess sichergestellt. Dazu ge-

hören die Information zum neuen Verfahren und der Umgang mit den Ergebnissen der Begutachtung. Insbesondere in der Übergangsphase vom alten zum neuen Begutachtungsverfahren ist bei allen Beteiligten von einem erhöhten Informationsbedarf auszugehen. Die derzeit verfügbaren Informationsmaterialien zur Pflegeversicherung wie z. B. Pflgegebücher zur Vorbereitung auf die Begutachtung sind auf die Erfassung notwendiger Zeiten ausgerichtet. Auch sämtliche anderen Informationsmaterialien zur Pflegeversicherung sind darauf ausgerichtet, und es bedarf sicherlich einiger Anstrengungen, um hier den Übergang zu einem anderen Prinzip der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit zu vermitteln. Hier ist die Entwicklung von neuen Materialien durch die Pflegekassen, aber auch durch andere Akteure, wie beispielsweise die verschiedenen Träger von Beratungsangeboten, erforderlich und auch zu erwarten.

Problematisch erscheint die Herstellung von Transparenz, bezogen auf die Bewertungssystematik. Die starke Komplexität, die sich bei der Kinderbegutachtung noch erhöht, ist nicht unmittelbar eingängig und ersichtlich. Hinsichtlich der Gewichtung der einzelnen Module ist die Transparenz noch sehr einfach herzustellen. Wie es dann aber zum letztendlichen Punktwert kommt, der darüber entscheidet, ob und in welche Pflegestufe jemand eingruppiert wird, dürfte nicht ohne Weiteres einleuchten.

Ein Schritt zur Herstellung von Transparenz ist die Einsicht in den dem Verfahren zugrunde liegenden Algorithmus, und es obliegt den zuständigen Stellen, diesen auch zur Veröffentlichung in Informationsmaterialien freizugeben. Allerdings wird darüber hinaus empfohlen, dass die Antragsteller nach der Begutachtung durch die Pflegekassen eine detaillierte Information zum Begutachtungsergebnis erhalten, aus der in verständlicher Form hervorgeht, wie ihre Situation im Einzelnen eingeschätzt wurde und welche Aktivitäten und Lebensbereiche ausschlaggebend für die Zuordnung zu einer Pflegestufe waren. Wie bereits bei anderen Leitfragen angesprochen, sollte eine solche Information auch dazu beitragen, dass die Begutachtungsergebnisse allen an der Versorgung Beteiligten zugänglich gemacht werden können. Eine solche Information sollte enthalten:

- die Grundlagen der Bewertungssystematik,
- eine Darstellung der Ergebnisse je Modul,
- eine Darstellung des Gesamtergebnisses einschließlich der Zuordnung zu einer Pflegestufe und
- Angaben zu den ausgesprochenen Empfehlungen.

8. Ausblick

Mit diesem Bericht, mit dem zugleich ein neues Instrument zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit vorgelegt wird, endet formell die Hauptphase 1 der „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“. Der Bericht enthält Aussagen zu sämtlichen im Ausschreibungstext für die Hauptphase 1 formulierten Aufgabenstellungen.

Das wichtigste Ergebnis ist das neue Begutachtungsinstrument selbst. Dieses Instrument ist nach den bisherigen Erfahrungen geeignet, verschiedenen Anforderungen, die sich im laufenden Prozess der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben, Rechnung zu tragen. V.a. liegt ein ausgearbeitetes Verfahren vor, das nach einigen durch den Pretest ausgelösten Modifikationen nun für eine breite Erprobung und Testung seiner methodischen Güte bereit ist. Im Rahmen des Pretests konnten einige mögliche Problembereiche identifiziert und angepasst werden. Dennoch bedarf das Instrument der weiteren Erprobung. An einigen Stellen des Berichts wurden Hinweise formuliert, denen in der Hauptphase 2 besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Dazu gehören z. B. Fragen im Zusammenhang mit den Kriterien für die Pflegestufe 5 und der Prüfung, ob sich die bislang plausiblen Ergebnisse bei Erwachsenen und Kindern bei einer größeren Stichprobe bestätigen oder ob und in welcher Form eine Bestimmung von Stufen der Hilfebedürftigkeit zielführend sein kann.

Neben diesen, direkt auf das Instrument bezogenen Fragen gilt es auch, die in der Beantwortung der Leitfragen nur angedeuteten Implikationen des neuen Verfahrens in den Blick zu nehmen und diese, sobald sich stabilere Ergebnisse zeigen, zu kommunizieren.

- Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (2005): Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Algase, D. L./Beck, C./Kolanowski, A. M./Whall, A./Berent, S./Richards, K./Beattie, E. (1996): Needdriven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease* 11, Nr. 6, 10-19
- Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2006): Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege. http://www.behindertenbeauftragter.de/pdfs/1166001061_pdf.pdf (26.02.2008)
- Auer, S./Boetsch, T. (2003): Erfassung von Verhaltensstörungen. In: Hampel, H./Auer, S. (Hg.): *Alzheimer-Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 149-173
- BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004a): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung Begutachtung vom 22. März 2004). Frankfurt am Main: BAR
- BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004b): Entwurf für eine Gemeinsame Empfehlung gem. § 13 Abs. 2 Nr.2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (Gemeinsame Empfehlung Frühzeitige Bedarfserkennung vom 16.12.2004). Frankfurt am Main: BAR
- Bartholomeyczik, S./Halek, M./Sowinski, C. et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Witten
- 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
- BHH - Behindertenhilfe Hamburg gGmbH (2007): Materialsammlung. Die individuelle Hilfeplanung. Hamburg
- Biefang, S./Potthoff, P./Schliehe, F. (1999): *Assessmentverfahren für die Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe
- Bihl, D./Fuchs, H./Krauskopf, D./Ritz, H.-G. (Hg.) (2006): *SGB IX. Kommentar und Praxis-handbuch*. Sankt Augustin: Asgard

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung
- Brandt, I./Sticker, E. J. (2001): GES Griffiths Entwicklungsskalen zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Göttingen: Beltz Test GmbH
- BUKO-QS – Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (Hg.) (2008): Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege. Qualitätsniveau II – Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung. Heidelberg: Economica
- Cavanagh, S. J. (1997): Pflege nach Orem. Nursing Models in Action Series. Band 1. Freiburg: Lambertus
- Clifford, P. (2007): What is FACE? An Introduction to the FACE Recording & Measurement System. Document Version 1.2. London: Intermtion Ltd.
- Cohen-Mansfield, J. (1991): Instruction Manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington
- Corbin, J./Strauss, A. (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheit. In: Woog, P. (Hg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Modell. Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1-30
- Corbin, J./Strauss, A. (2003): Weiterleben lernen. Bern: Huber
- Deck, R./Heinrichs, K./Koch, H./Kohlmann, T./Mittag, O./Peschel, U./Ratschko, K. H./Welk, H./Zimmermann, M. (2000): „Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. Gesundheitswesen 62, Nr. 8/9, 431-436
- Department of Health (2007): Single Assessment Process. <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/SingleAssessmentProcess/fs/en> (21.12.2007)
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP

- Dunkelberg, S./Lachmann, A./van den Bussche, H./Müller, K. (2002): Was denken Hausärzte aus den neuen und alten Bundesländern über Rehabilitation? *Gesundheitswesen* 64, Nr. 6, 369-374
- Engel, H./Schmitt-Schäfer, T. (2004): Hilfeplanverfahren als Grundlage für eine prospektive Vergütung in der Eingliederungshilfe. *NDV* 1, 9-12
- Evers, G. (1997): *Theorien und Prinzipien der Pflegekunde*. Berlin: Ullstein Mosby
- Ewers, M. (2003): *High-Tech Home Care. Optionen für die Pflege*. Bern: Huber
- Fachstelle für Eingliederungshilfe im Landkreis Osnabrück (2005): *Leitfaden für die individuelle Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderung in der ambulanten Betreuung. Hilfeplan - ein strukturierter Dialog*. http://www.behindertenbeauftragter-niedersachsen.de/budget_bblni/pics/Leitfaden_zur_Bedarfsfeststellung_sv15_03_2005.pdf (10.12.2007)
- Flehmig, I. (2007): *Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung*. Stuttgart: Georg Thieme
- Garms-Homolová (Hg.) (2002): *Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument - Home Care (RAI HC 2.0)*. Bern: Huber
- G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2006): *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) vom 16. März 2004, zuletzt geändert am 21. Februar 2006*. *Bundesanzeiger* 2006: 2.219
- G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2007a): *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V, zuletzt geändert am 15. März 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007; Nr. 115, 6395*. <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-139/RL-Haesusliche-2007-03-15.pdf> (26.02.2008)
- G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2007b): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“), zuletzt geändert am 19. Juli 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007; Nr. 198, 7821*. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-140/RL_Chroniker-2007-07-19.pdf (24.02.2008)
- Gordon, M. (1998): *Handbuch Pflegediagnosen*. Berlin: Ullstein Medical
- Haley, S. M./Coster, W. J./Ludlow, L. H./Haltiwanger, J. T./Andrellos, P. J. (1998): *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Development, Standardization and Administration Manual*. Boston: Boston University

- Hellbrügge, T./Lajosi, F./Menara, D./Schamberger, R./Rautenstrauch, T. (1994): Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Erstes Lebensjahr. Lübeck: Hansisches Verlagskontor
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Weinheim: Juventa
- Johnson, M./Maas, M.L./Moorhead, S. (Hg.) (2005): Pflegeergebnisklassifikation NOC. Bern: Huber
- Kean, S. (2000): Focus Group Interviews: Ein qualitativer Forschungsansatz in der Pflege. Pflege 13, Nr. 3, 145-151
- Kolanowski, A. M. (1999): An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. Journal of Gerontological Nursing 25, Nr. 9, 7-9
- Kronenberger, G. (2006): Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 37, Nr. 3, 34-48
- LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2003): Individuelles Hilfeplanverfahren des LWL. [http://www.lwl.org/LWL/Soziales/Sozialhilfe/start/ambu_betreu_wohnen/hilfeplanverfahren/\(26.02.2008\)](http://www.lwl.org/LWL/Soziales/Sozialhilfe/start/ambu_betreu_wohnen/hilfeplanverfahren/(26.02.2008))
- Largo, R. H. (2005): Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht. München: Piper
- Largo, R. H./Molinari, L./Weber, M./Comenale Pinto, L./Duc, G. (1985): Early development of locomotion: significance of prematurity, cerebral palsy and sex. Developmental Medicine & Child Neurology 27, Nr. 2, 183-191
- MASGFF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2005): Individuelle Hilfeplanung Rheinland-Pfalz. http://www.masfg.rlp.de/Soziales/Individuelle_Teilhabepaltung.asp (26.02.2008)
- Matsumoto, K. (2007): Reformen der sozialen Sicherungssysteme in Japan und Deutschland angesichts der alternden Gesellschaft. Studien aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht 39. Baden-Baden: Nomos
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Oktober 2005. Essen: MDS
- Metzler, H. (2001a): Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung (HMB). Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich „Wohnen“/Individuelle Lebensgestaltung (H.M.B.-W/Version 5/2001)

- Metzler, H. (2001b): Hinweise zum Verständnis des Fragebogens zum Hilfebedarf (H.M.B.-W/Version 5/2001)
- Michaelis, R. (2003): Validierte Grenzsteine der Entwicklung. http://www.brandenburg.de/media/1234/val_grenz.pdf (17.09.2007)
- Michaelis, R./Niemann, G. W. (2004): Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. Stuttgart: Georg Thieme
- Neubauer, G. (1997): Geriatrische Rehabilitation aus ökonomischer Sicht. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, Nr. 6, 439-442
- Orem, D.E. (1997): Eine Theorie der Pflegepraxis. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.): Pflgetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber, 85-96
- Rheinisches Sozialamt (2005): Individuelles Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln
- Schröder, L.-C./Wunder, M. (Hg.) (2006): Arbeitsbuch zur Individuellen Hilfe- und Perspektivplanung. Ein Leitfaden für Praktiker. Hamburg: Alsterdorf Verlag
- Schweizer, C. (2001): Mobile Rehabilitation – Ein Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft
- 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, 33-51
- WHO – World Health Organization (2002): Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. WHO/EIP/GPE/CAS/01.3. Genf: WHO
- WHO – World Health Organization (2006): WHO Motor Developmental Study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. Multicentre Growth Reference Study Group. Acta Paediatrica 450, 86-95
- Wingenfeld, K. (2007): Der Begriff der Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 38, Nr. 2, 6-18
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Projektbericht. Bielefeld
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Wingenfeld, K./Seidl, N. (i. E.): Verhaltensweisen psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S.

(Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse der Pflegeforschungsverbände. Weinheim: Juventa

Wolf, N./Matthesius, G. (1998): Empfehlung von rehabilitativen Maßnahmen bei älteren pflegebedürftigen Menschen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Berlin und Brandenburg. Gesundheitswesen 60, Nr. 2, 65-74

Vorbemerkung

Anhang

Dieser Anlagenband enthält neben dem neuen Begutachtungs-Assessment weitere Materialien, die im Rahmen der Hauptphase 1 des Projekts „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ erarbeitet wurden.

Zur besseren Übersicht wird das neue Begutachtungs-Assessment getrennt vom kompletten neuen Begutachtungsformular dargestellt. Der Anlagenband ist dementsprechend in folgende Abschnitte unterteilt:

- A. Neues Begutachtungsformular (ohne Assessment)
- B. Neues Begutachtungs-Assessment (Version 1.0)
- C. Begutachtungsmanual (Version 1.0)
- D. Schulungskonzept für die Gutachter in der Erprobungsphase
- E. Literaturanalyse zur altersgemäßen kindlichen Entwicklung
- F. Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

A. Neues Begutachtungsformular (ohne Assessment)

194

Neues
Begutachtungs-
formular
(ohne Assessment)

Das hier vorgestellte Begutachtungsformular ist als ein Entwurf zu verstehen, wie in Zukunft ein entsprechendes Formular nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens aussehen könnte. Aus diesem Grund ist es ausdrücklich als Rahmen zu verstehen, der weiterentwickelt werden sollte. In geringem Umfang kann eine erste Erprobung im Rahmen der Reliabilitätsstudie der Hauptphase 2 erfolgen, in der die Gutachter nur auf der Grundlage des neuen Verfahrens eine Einschätzung vornehmen.

Es empfiehlt sich, auf der Grundlage dieses Entwurfs perspektivisch an einer EDV-gestützten Version dieses Begutachtungsformulars zu arbeiten. Dadurch ließen sich die im derzeitigen Entwurf notwendigen Freitextangaben deutlich reduzieren. Darüber hinaus wird die Umsetzung des neuen Assessments zur Ermittlung einer Pflegestufe ohnehin eine elektronische Lösung erfordern.

Das vollständige Begutachtungsformular enthält sieben voneinander abgrenzbare Bereiche, über die sämtliche im Rahmen einer Begutachtung benötigten Informationen erhoben werden können:

- Angaben zur Person und zur Begutachtungssituation
- Anamnese
- Wohn- und Lebenssituation
- Versorgungssituation
- Befunderhebung zu Schädigungen und Beeinträchtigungen
- Erhebungsbogen des neuen Begutachtungs-Assessments zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit
- Ergebnisse und Empfehlungen

Die beiden zuletzt genannten Bereiche werden gesondert in Abschnitt B ausgewiesen. Es handelt sich dabei um das Assessment-Instrument, auf das sich der Abschlussbericht zur Hauptphase des Projekts bezieht.

1. Angaben zur Person und zur Begutachtungssituation

Name, Vorname:	Geschlecht:
Wohnort: Straße:	Geburtsdatum:
Wohnort: PLZ/Ort:	Telefon:
Pflegekasse:	
Behandelnder Arzt:	
Datum und Zeit der Begutachtung:	Gutachter:
Ort der Begutachtung: <input type="checkbox"/> Privatwohnung <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus	Untersuchung durch: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft mit abgeschl. Pflegestudium
Antrag auf: <input type="checkbox"/> Ambulante Leistungen <input type="checkbox"/> Stationäre Leistungen <input type="checkbox"/> Stationäre Leistungen nach §43a SGB XI	Anlass der Begutachtung: <input type="checkbox"/> Erstgutachten <input type="checkbox"/> Wiederholungsgutachten <input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag <input type="checkbox"/> Widerspruchsgutachten
Bisherige Pflegestufe: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III <input type="checkbox"/> Härtefall	Angaben von: <input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Pflegeperson/en: <input type="checkbox"/> Angehörige/r: <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in einer Pflegeeinrichtung: <input type="checkbox"/> Sonstige:
Vorliegende Unterlagen: <input type="checkbox"/> Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation <input type="checkbox"/> Bericht aus dem Krankenhaus/einer Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> Arztbericht <input type="checkbox"/> Sonstige	

2. Anamnese

Aus der Sicht des Antragstellers: Was ist das derzeit schwerwiegendste Problem?

Was müsste als Erstes angegangen/verändert werden?

Bestehen aktuelle Erkrankungen und Beschwerden?

- Ja, welche:
 - Nein
-

Sind Vorerkrankungen bekannt?

- Ja, welche:
 - Nein
-

Hat es Verletzungen mit Auswirkungen auf körperliche Funktionen gegeben?

- Ja, welche:
 - Nein
-

Hat in den letzten vergangenen zwölf Monaten eine ärztliche und/oder stationäre Behandlung stattgefunden?

- Ja, welche:
 - Nein
-

Hat in den vergangenen vier Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme stattgefunden?

Falls ja, welche und mit welchem Erfolg?

- Ambulante indikationsspezifische Rehabilitation
 - Stationäre indikationsspezifische Rehabilitation
 - Ambulante geriatrische Rehabilitation
 - Stationäre geriatrische Rehabilitation
-

Bestehen Allergien?

- Ja, welche:
 - Nein
-

Wie wird die eigene körperliche Situation eingeschätzt? (Freitext)

Wie wird die eigene psychische Situation eingeschätzt? (Freitext)

Gibt es eine familiäre gesundheitliche Vorbelastung?

- Ja, welche:
 - Nein
-

Gibt es biografisch relevante Aspekte für die derzeitige Situation? (Freitext)

Gibt es relevante Aspekte aus der Sozialanamnese?

- Ja, welche:
 Nein

Bei Kleinkindern:

- Schwangerschaft: unauffällig - auffällig
 Geburt: unauffällig - auffällig
 APGAR:
 Geburtsgewicht:
 Geburtsgröße:

Bei Kindern:

- Das Kind wurde erstmals auffällig:
 Weitere Besonderheiten:

Vegetative Anamnese Verdauungsorgane/Stoffwechsel/Nieren und ableitende Harnwege

Harn- und Stuhlkontinenz sind erhalten:

- Ja
 Nein, es besteht eine:

Obstipation:

- Ja
 Nein

Appetit:

- Gut
 Reduziert

Gewichtsabnahme in den vergangenen drei Monaten:

- Ja, _____kg
 Nein
-

3. Wohn- und Lebenssituation

Haushaltsgröße:

- Antragsteller lebt allein
- Antragsteller lebt mit:

Wohnform (Haus/Wohnung; Etage) :

Merkmale der Wohnausstattung:

- Barrierefreie Zugangswege für das Verlassen und Aufsuchen der Wohnung
- Einschränkungen der Mobilität innerhalb der Wohnung/des Hauses durch:
 - Badezimmersausstattung (Badewanne, Dusche, ebenerdiger Zugang):
 - Möglichkeiten, über Telefon oder Notrufsysteme Hilfe zu rufen
 - Weitere Merkmale/Besonderheiten

Hinweise auf Probleme in der häuslichen Umgebung (z. B. Umgang mit Gas und Elektrizität, Heizung, Beleuchtung, Belüftung, Anzeichen von Vernachlässigung und/oder Verwahrlosung)

Stationäre Einrichtung

- Der/die Antragsteller/in wohnt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
- Besondere Merkmale der Wohnsituation (welche?):

Einrichtung der Behindertenhilfe

- Der/die Antragsteller/in wohnt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe
 - Der/die Antragsteller/in wohnt teilweise zu Hause, und zwar (Umfang):
 - Der/die Antragsteller/in besucht tagsüber die Behindertenwerkstatt/Schule
 - Weitere Merkmale/Besonderheiten (welche?)
-

4. Versorgungssituation

Sind in den vergangenen sechs Monaten nahestehende Angehörige verstorben?

- Ja (ggf.: wer):
 - Nein
-

Kam es in letzter Zeit zum Verlust der Unterstützung durch Angehörige oder andere Bezugspersonen (z. B. bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieser Personen)?

- Ja (in welcher Form):
 - Nein
-

Ärztliche und medikamentöse Versorgung:

- Regelmäßige Arztkontakte
 - Medikamente (welche?)
-

Werden Versorgungsleistungen in Anspruch genommen? (z. B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, regelmäßige Untersuchungen bei bestehender Krankheit) Welche?**Verordnungsfähige Heilmittel und -therapien:**

- Krankengymnastik
 - Ergotherapie
 - Logopädie
 - Sonstiges
-

Hilfsmittel und Hilfsmittelnutzung:

- Pflegebett
 - Hilfsmittel zur Erleichterung/Unterstützung der Lagerung im Bett (welche):
 - Hilfsmittel zur Unterstützung der Ausscheidung (welche):
 - Hilfsmittel zur Unterstützung der Körperpflege (welche):
 - Hilfsmittel zur Erleichterung/Unterstützung der Mobilität (welche):
 - Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme (welche):
 - Körpernahe Hilfsmittel (welche):
 - Sonstige Hilfsmittel (welche):
-

Umfang der personellen Hilfe durch andere Personen (Häufigkeit täglich/wöchentlich):

- Pflege durch Angehörige/Bekannte
 - Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen
 - Pflege durch ambulante Pflegeeinrichtung
 - Verordnete Leistungen
 - Pflege durch teilstationäre oder stationäre Pflegeeinrichtung
 - Verordnete Leistungen
 - Nächtlicher Hilfebedarf
-

Neues
Begutachtungs-
formular
(ohne Assessment)

Hauptpflegeperson:
Name, Adresse, Telefon:

Weitere Pflegeperson(en):
Name, Adresse, Telefon:

Angehöriger (Ja/Nein):

Angehöriger (Ja/Nein):

Umfang der Pflegeleistung/Woche:

Umfang der Pflegeleistung/Woche:

Sind noch weitere Personen in die Pflegesituation involviert? (Wer?)

Sind minderjährige Personen in die alltäglichen Hilfe- und Pflegeleistungen involviert? (Wer?)

Äußert der/die pflegende Angehörige den Wunsch nach Entlastung? (In welcher Form?)

Besteht ein Beratungsbedarf der pflegenden Angehörigen? (Zu welchem Thema?)

In die Versorgung einbezogene Pflegedienste oder -einrichtungen:

Name:

Adresse:

Telefon:

5. Befunderhebung zu Schädigungen und Beeinträchtigungen

Größe:	Gewicht:
Allgemeinzustand: <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Reduziert	Ernährungszustand: <input type="checkbox"/> Regelgerecht <input type="checkbox"/> Übergewichtig <input type="checkbox"/> Adipös <input type="checkbox"/> Reduziert <input type="checkbox"/> Kachektisch
Pflegezustand: <input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig aufgrund von:	
Verbale Kommunikation mit dem Antragsteller ist: <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Nicht möglich <input type="checkbox"/> Zu einfachen Sachverhalten möglich	Der Antragsteller kann die Begutachtungssituation: <input type="checkbox"/> Vollständig einordnen und adäquat antworten <input type="checkbox"/> Teilweise einordnen und auf einfache Fragen antworten <input type="checkbox"/> Nicht einordnen und nicht adäquat antworten

Stütz- und Bewegungsapparat

- Obere Extremitäten:**
- Keine Beeinträchtigungen
 - Keine Bewegung nach Aufforderung
 - Parese (schlaff/spastisch)
 - Spastische Handstellung
 - Degenerative Veränderungen der Fingergelenke
 - Amputation:

Mobilitätseinschränkungen im Bereich:

- Schultergelenk
- Ellbogengelenk
- Handgelenk
- Fingergelenke

Hantieren ist möglich:

- Bis zum Hinterkopf
- Bis zur Stirn
- Bis zu den Ohren

Freie Beweglichkeit der Hände

- Pinzettengriff durchführbar**

Neues
Begutachtungs-
formular
(ohne Assessment)

Händedruck:

- Beidseits
- Rechts
- Links

Faustschluss:

- Beidseits
- Rechts
- Links

Störungen der Feinmotorik:

- Beidseits
- Rechts
- Links

 Sonstige Einschränkungen:**Untere Extremitäten:**

- Keine Beeinträchtigungen
- Keine Bewegung nach Aufforderung
- Parese (schlaff/spastisch)
- Amputation:

Mobilitätseinschränkungen im Bereich:

- Hüftgelenk
- Kniegelenk
- Sprunggelenk

- Gehunfähigkeit
- Stehunfähigkeit

 Auffälligkeiten im Gangbild**Wirbelsäule** **Rundrücken****Hantieren ist möglich:**

- Im Sitzen/im Stehen
- Bis zu den Knien
- Bis zur Mitte der Oberschenkel
- Bis zu den Sprunggelenken
- Bis zum Boden

 Rotationseinschränkung im Bereich der Halswirbelsäule **Sonstige Einschränkungen**

Innere Organe

Atmungsorgan/Herz/Kreislauf/Gefäßsystem:

- Atemnot
- Zyanose (Lippen oder Akren)
- RR: _____
- Puls
- Herzschrittmacher
- Ödematöse Schwellungen (Lokalisation)
- Varikosis

Hautveränderungen:

- Hautzustand (trocken, feucht, schuppig)
 - Intertrigo (Lokalisation)
 - Pergamenthaut
 - Hautschädigungen im Sinne von Dekubitalulzerationen (Lokalisation und Größe)
 - Hautschädigungen am Unterschenkel
 - Hautkolorit
 - Kratzspuren
 - Hämatome
 - Sonstiges
-

Sinnesorgane

Augen:

- Bei Prüfung des Sehvermögens keine Reaktion
- Blindheit
- Lesen (Benutzung von Brille und Lupe)

Die Person kann:

- Finger zählen
 - Konturen erkennen
 - Farben sehen
 - Hell und dunkel unterscheiden
 - Innerhalb der Wohnung ausreichend sehen
-

Ohren:

- Keine Reaktion auf Ansprache oder Geräusche
 - Laute Sprache wird verstanden/nicht verstanden
 - Schwerhörigkeit (leicht, mittel, ausgeprägt)
 - Mit Hörgerät kompensiert
 - Gehörlosigkeit
-

Neues
Begutachtungs-
formular
(ohne Assessment)

Nervensystem

Schädigungen des Nervensystems:

- Gleichgewichtsstörungen mit Sturzgefahr bzw. Stürzen in der Vergangenheit
 - Sprachstörung:
 - Stottern
 - Verwaschene Aussprache
 - Motorische Aphasie
 - Globale Aphasie
 - Wortfindungsstörungen
 - Koordinierte Bewegung der Extremitäten
 - Tremor
 - Rigor
 - Akinese
 - Vermehrter Speichelfluss
 - Angabe von Gefühls- und Sensibilitätsstörungen im Bereich Taubheit
 - Angabe von chronischen Schmerzen
 - Sonstiges
-

Psyche

Stimmung:

- Ausgeglichen/freundlich
 - Traurig/depressiv
 - Missgestimmt/dysphorisch
-

Örtliche Orientierung gegeben:

- Im Wohnbereich
 - In der Umgebung
 - Keine Orientierung
-

Zeitliche Orientierung (Antragsteller/in kennt):

- Wochentag
 - Datum
 - Jahreszeit
 - Uhrzeit
 - Tageszeit
 - Keine Orientierung
-

Orientierung zur Person (Antragsteller/in kennt):

- Namen
 - Alter
 - Geburtsdatum
-

Gedächtnis:

- Kurzzeitgedächtnis (z. B. Erinnern der letzten Mahlzeit)
 - Langzeitgedächtnis (z. B. Schulbesuch oder Berufsausbildung)
-

Probleme in der Wahrnehmung:

Sonstiges:

Pflegebegründende Diagnosen:

ICD:	Diagnose:
ICD:	Diagnose:
Weitere Diagnosen:	

B. Neues Begutachtungs-Assessment (Version 1.0)

206

Neues
Begutachtungs-
Assessment
(Version 1.0)

A.1 Kann die Person tagsüber die meiste Zeit (mehr als 6 Std.) außerhalb des Bettes in aufrechter Körperhaltung verbringen (gehend, stehend oder sitzend)? Ja Nein

A.2 Schätzen Sie auf Grundlage der Befunderhebung und anderer Feststellungen ein, ob die Person über die körperlichen Fähigkeiten verfügt, folgende Handlungen durchzuführen:

a) Knöpfe und Reißverschlüsse öffnen/schließen Ja Nein

b) Mit einem Löffel Nahrung (z. B. Joghurt) aufnehmen und zum Mund führen Ja Nein

c) Fester Händedruck (mindestens einseitig) Ja Nein

d) Nackengriff (mindestens einseitig) Ja Nein

A.3 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme (Zeitaufwand mehr als zwei Stunden täglich)? Ja Nein

Wenn ja: Wie hoch liegt der tägliche, durchschnittliche Zeitaufwand? Std.

Grund für den hohen Aufwand:

A.4 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf ...

a) wegen einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik (z. B. andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit)? Ja Nein

b) wegen extremer motorischer Unruhe (persistierende motorische Unruhe, die dazu führt, dass Pflegehandlungen zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind) Ja Nein

c) wegen ausgeprägter Spastiken/Kontrakturen (mehrere Gelenke der Extremitäten, Pflegehandlungen sind zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar) Ja Nein

d) wegen häuslicher Intensivpflege mit Notwendigkeit permanenter Überwachung Ja Nein

e) aus anderen Gründen? Bitte angeben: Ja Nein

.....

A.5 Besondere Bedarfs- und Versorgungskonstellationen

a) Komplexe palliative Schmerz-/Symptomproblematik bei stark begrenzter Lebenserwartung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) Respiratorische Insuffizienz (Person ist beatmungspflichtig, intermittierend oder dauerhaft)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) Wachkoma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
d) Tetraplegie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
e) Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung (Visus auf besserem Auge max. 1/50)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
f) Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit (auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

A.6 Bewusstseinszustand

Wach Somnolent Komatös

A.7 Erfordernis nächtlicher Unterstützung

Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich Täglich Mehrmals täglich

A.8 Verschlucken bei der Nahrungsaufnahme mit Aspirationsgefahr

Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich Täglich Mehrmals täglich

A.9 Auftreten von generalisierten Krampfanfällen

Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich Täglich Mehrmals täglich

1. Mobilität

0 = selbstständig
1 = überwiegend selbstständig
2 = überwiegend unselbstständig
3 = unselbstständig

1.1 Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.2 Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.3 Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

1.6 Veränderungen der Mobilität innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung
 Verschlechterung
 Keine Veränderung
 Nicht zu beurteilen

1.7 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- Nein
 Ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
 Ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z. B. Anbringen von Griffen und Halterungen)
 Ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
 Ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
 Ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die Fähigkeit ist:
0 = vorhanden/unbeeinträchtigt
1 = größtenteils vorhanden
2 = in geringem Maße vorhanden
3 = nicht vorhanden

2.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.2 Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.3 Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.4 Gedächtnis	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.7 Sachverhalte und Informationen verstehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.8 Risiken und Gefahren erkennen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.10 Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.11 Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2.12 Veränderungen der Fähigkeiten innerhalb der letzten Wochen/Monate:

- Verbesserung
- Verschlechterung
- Keine Veränderung
- Nicht zu beurteilen

2.13 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- Nein
- Ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- Ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z. B. zur Erleichterung örtlicher Orientierung)
- Ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
- Ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
- Ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

0 = nie
1 = maximal 1x wöchentlich
2 = mehrmals wöchentlich
3 = täglich

3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.2 Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.4 Beschädigung von Gegenständen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.6 Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.7 Andere vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.9 Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.10 Ängste	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.11 Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.13 Sonstige inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4. Selbstversorgung

B.1 Sondenernährung Entfällt (keine Sondenernährung)

B.1a Die Person erhält ...

- zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung, aber nur gelegentlich (nicht täglich).
- 1 bis 3 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung.
- mindestens 4 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen).
- ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung.

B.1b Art der Sondenernährung:

- Pumpe
- Schwerkraft
- Bolusgabe

B.1c Selbstständigkeit:

- Bedienung selbstständig
- Bedienung mit Fremdhilfe

B.2 Parenterale Ernährung Entfällt (keine parenterale Ernährung)

B.2a Art der parenteralen Ernährung:

- Komplett
- Teilweise

B.2b Selbstständigkeit:

- Bedienung selbstständig
- Bedienung mit Fremdhilfe

B.3 Blasenkontrolle/Harnkontinenz:

- Entfällt (Dauerkatheter oder Urostoma)
- Ständig kontinent
- Überwiegend kontinent
- Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz
- Überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent
- Komplett inkontinent

B.4 Darmkontrolle/Stuhlkontinenz:

- Entfällt (Colo-/Ileostoma)
- Ständig kontinent
- Überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent
- Überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
- Komplett inkontinent

B.5 Künstliche Harnableitung:

- Entfällt (keine künstliche Harnableitung)
- Suprapubischer Dauerkatheter
- Transurethraler Dauerkatheter
- Urostoma

B.6 Colo-/Ileostoma:

- Entfällt (nicht vorhanden)
- Ja

0 = selbstständig
1 = überwiegend selbstständig
2 = überwiegend unselbstständig
3 = unselbstständig

4.1 Vorderen Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.3 Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.4 Duschen oder Baden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.5 Oberkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.6 Unterkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.7 Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.8 Essen	<input type="checkbox"/> Nur Sonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.9 Trinken	<input type="checkbox"/> Nur Sonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma	<input type="checkbox"/> Entfällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> Entfällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4.13 Veränderungen der Fähigkeit zur Selbstversorgung innerhalb der vergangenen Wochen/Monate:

- Verbesserung
 Verschlechterung
 Keine Veränderung
 Nicht zu beurteilen

4.14 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- Nein
 Ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
 Ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z B. Badezimmer)
 Ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
 Ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
 Ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

	Ent- fällt	Selbst- ständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)			Nur vorüber- gehend (< 6 Mon.)
			Tgl.	Wö.	Mon.	
5.1 Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.2 Injektionen (s. c./i. m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. BZ, RR etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.9 Wundversorgung bei Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z. B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.13 Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5. K Besuch einer Einrichtung zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften, und zwar:

-
- Entfällt/nicht erforderlich
 - Selbstständig
 - Überwiegend selbstständig (bei gelegentlicher Erinnerung/Anleitung)
 - Überwiegend unselbstständig (benötigt meistens Anleitung)
 - Unselbstständig (benötigt immer Anleitung)

5.17 Veränderungen im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen innerhalb der letzten Wochen/Monate: (Mehrfachangaben möglich)

- Verbesserung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
- Verschlechterung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
- Zunahme der Anforderungen oder Belastungen
- Keine Veränderung
- Nicht zu beurteilen

5.18 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung der Fähigkeit, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen zu bewältigen? (Mehrfachangaben möglich)

- Nein
 - Ja, durch Information oder Beratung zur Verbesserung des Wissens um die bestehenden Erkrankungen und damit zusammenhängende Anforderungen (z. B. Krankheits Symptome und adäquate Reaktionen auf eine veränderte Symptomatik)
 - Ja, durch edukative Maßnahmen/Beratung zum Umgang mit therapiebedingten Anforderungen (z. B. Medikamenteneinnahme, Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften)
 - Ja, durch Anleitung bzw. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln und medizinischen Geräten
-

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

0 = selbstständig
1 = überwiegend selbstständig
2 = überwiegend unselbstständig
3 = unselbstständig

6.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.2 Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.3 Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7. Außerhäusliche Aktivitäten

Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich

7.1 Verlassen der Wohnung/des Wohnbereichs:

- Selbstständig (ohne Begleitung)
- Überwiegend selbstständig (mit Unterstützung, aber auch mit Eigenaktivität der Person)
- Überwiegend/völlig unselbstständig, Hilfe durch eine Person reicht jedoch aus
- Überwiegend/völlig unselbstständig, Hilfe durch zwei Personen erforderlich

7.2 Fortbewegung außerhalb der Wohnung oder Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl):

- Selbstständig (ohne Begleitung)
- Nur auf gewohnten Wegen selbstständig
- Auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich
- Auch mit personeller Hilfe nicht möglich

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Nahverkehr):

- Selbstständig (ohne Begleitung)
- Nur auf gewohnten Strecken selbstständig
- Auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich
- Auch mit personeller Hilfe nicht möglich

7.4 Mitfahren in einem Pkw/Taxi:

- Selbstständig
- Benötigt nur Hilfe beim Ein-/Aussteigen (Hilfsperson während der Fahrt ist nicht erforderlich)
- Benötigt Hilfe (auch) während der Fahrt mit dem Pkw/Taxi (zusätzlich zum Fahrer)
- Nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig

Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)

7.5 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen:

- Teilnahme selbstständig möglich
- Nicht selbstständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
- Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht)

7.6 Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt, Tagespflegeeinrichtung:

- Teilnahme selbstständig möglich
- Nicht selbstständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
- Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht bzw. nicht erforderlich)

7.7 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen:

- (Besuche, organisierte Freizeitaktivitäten, Selbsthilfegruppen, Vereine etc.)
- Teilnahme selbstständig möglich
 - Nicht selbstständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
 - Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
 - Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht)

8. Haushaltsführung

0 = selbstständig
1 = überwiegend selbstständig
2 = überwiegend unselbstständig
3 = unselbstständig

8.1 Einkaufen für den täglichen Bedarf	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.2 Zubereitung einfacher Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.3 Einfache (leichte) Aufräum- und Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.4 Aufwendige (schwere) Aufräum- und Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.5 Nutzung von Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.6 Regelung finanzieller Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.7 Regelung von Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Präventionsbedarf

0 = Risiko besteht nicht bzw. ist noch nicht aufgetreten
1 = Risiko besteht
2 = Risiko besteht und erfordert umgehende Maßnahmen

C.1 Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.2 Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.3 Dehydrationsrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.4 Anzeichen für Mangelernährung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.5 Anzeichen für Alkohol-/Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.6 Probleme bei der Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.7 Krankheitsbezogene Risiken bei:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation

D.1 Präventive Maßnahmen:

- Keine Empfehlung
- Empfehlung einer vertiefenden Abklärung bestehender Risiken durch:
- Einleitung von Maßnahmen aufgrund bestehender Risiken:

D.2 Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit:

- Erhebliche Beeinträchtigung der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2)
- Problematische Verhaltensweisen (Modul 3)
- Dauerhaft geringe körperliche Belastbarkeit
- Fehlende Motivation
- Andere Faktoren, und zwar:
- Keine wesentliche Einschränkung der Rehabilitationsfähigkeit feststellbar

D.3 Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation:

- Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, und zwar:
 - Ambulante indikationsspezifische Rehabilitation
 - Stationäre indikationsspezifische Rehabilitation
 - Ambulante geriatrische Rehabilitation
 - Stationäre geriatrische Rehabilitation
 Erläuterungen zur empfohlenen Maßnahme
- Weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit wird empfohlen. Begründung:
- Einleitung von Maßnahmen wird nicht empfohlen. Begründung:
 - Keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar
 - Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ist ausreichend
 - Wirkung einer gerade abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme ist abzuwarten
 - Andere Maßnahmen sind ausreichend (bitte unter D.4-D.7 erläutern)
 - Andere Gründe, und zwar:

D.4 Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung:

- Keine weitere Empfehlung
- Empfehlung zum Einsatz des folgenden Hilfsmittels:
- Empfehlung zur Optimierung des Hilfsmiteleinsatzes durch:
- Das Hilfsmittel dient:

D.5 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen im Wohnumfeld:

- Keine Empfehlung
- Empfehlung von:

Neues
Begutachtungs-
Assessment
(Version 1.0)

D.6 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation:

- Keine Empfehlung
- Empfehlung zu Art und Umfang der Pflegeleistungen:
.....
.....
- Empfehlung zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen:
.....
.....
- Empfehlung zu Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeperson:
.....
.....

D.7 Sonstige Empfehlungen:

.....
.....
.....

C. Begutachtungsmanual (Version 1.0)

Übersicht

Einführung.....	220
Befunderhebung.....	221
Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Einschätzungs- verfahren	223
Zur Beurteilung von Selbstständigkeit	224
Erfassung besonderer Bedarfsaspekte	227
Erläuterungen zu den Modulen.....	229
1. Mobilität.....	229
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....	233
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	243
4. Selbstversorgung.....	246
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.....	256
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	261
7. Außerhäusliche Aktivitäten.....	265
8. Haushaltsführung.....	268
Ergebnisse und Empfehlungen.....	274

Einführung

Dieses Begutachtungsmanual richtet sich in erster Linie an die Gutachter, die im Rahmen der Erprobungsstudie in der Hauptphase 2 das neue Begutachtungsverfahren anwenden sollen.

Ziel des Manuals ist es, im Rahmen der Erprobung bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten. Entsprechend werden die Verfahrensschritte der Begutachtung beschrieben und der Aufbau des Instruments erläutert. Die beurteilungsrelevanten Aktivitäten und Lebensbereiche in den einzelnen Modulen des Assessments werden definiert. Der Gutachter wird in den Umgang mit dem neuen Einschätzungsverfahren eingeführt und mit den Bewertungsskalen vertraut gemacht.

Die Durchführung des Hausbesuchs, die Informationssammlung und die Befunderhebung beim Antragsteller entsprechen weitgehend dem Vorgehen in der bisherigen Pflegebegutachtung. Die Erfassung erfolgt anhand eines Erhebungsbogens, der überwiegend vorstrukturierte Antwortoptionen vorgibt. Jede Frage erfordert eine Antwort überwiegend durch Ankreuzen. Möglichkeiten zu Mehrfachantworten sind gekennzeichnet. Bei der Informationssammlung und der Befunderhebung sind individuelle Beschreibungen als Freitext gefordert.

Das Begutachtungsformular enthält sieben voneinander abgrenzbare Bereiche, über die sämtliche im Rahmen einer Begutachtung benötigten Informationen erhoben werden können:

1. Angaben zur Person und Begutachtungssituation: Dazu gehören die Erhebung persönlicher Daten, Anlass und Ort der Begutachtung sowie bisherige Leistungen der Pflegeversicherung. Der Gutachter hat ggf. vorliegende Unterlagen wie Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Arztberichte, Pflegedokumentationen, Berichte anderer Therapeuten oder bereits vorliegende sozialmedizinische Gutachten zu prüfen.
2. Anamnese: Im Gespräch mit dem Antragsteller und den Pflegepersonen sind Angaben zur Krankheitsanamnese und zu den pflegerischen Problemen, auch zur Tagesgestaltung und zu sozialen Kontakten aus Sicht der Betroffenen aufzunehmen. Die Informationssammlung wird durch konkrete, im Begutachtungsformular vorgegebene Fragen strukturiert.

3. Wohn- und Lebenssituation: Hier geht es um die Beschreibung und Begehung der ambulanten Wohnsituation (im Hinblick auf eventuelle Empfehlungen zur Verbesserung des Wohnumfelds) bzw. Aussagen zur Wohnsituation in vollstationären Einrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe.
4. Versorgungssituation: Die Versorgungssituation umfasst die ärztliche und medikamentöse Versorgung, verordnete Heilmittel, Hilfsmittelversorgung, den Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung sowie Angaben zu beteiligten Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen.
5. Befunderhebung zu Schädigungen und Beeinträchtigungen: Der Gutachter wird mit strukturierten Fragen durch die Befunderhebung geleitet.
6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Einschätzungsverfahren.
7. Ergebnisse und Empfehlungen.

Die Ausführungen in diesem Manual konzentrieren sich auf die Abschnitte 5 bis 7 des neuen Formulars.

Befunderhebung

Eine individuelle plastische Beschreibung der erhobenen Befunde ist unerlässlich, auch wenn z. T. Ankreuzoptionen genutzt werden können.

Der Gutachter soll offensichtliche Elementarbefunde wiedergeben, die durch einfache Untersuchung und Inaugenscheinnahme des Antragstellers mit den „fünf Sinnen“ ohne apparativen Aufwand erhalten werden können, um ein nachvollziehbares Bild des Antragstellers und seines Pflegezustands und nicht nur eine Summe von Einzelbefunden zu erhalten. Aussagen zum Ernährungs- (Größe, Gewicht), Kräfte- und Pflegezustand sind zu dokumentieren.

Die Angaben des Antragstellers und/oder seiner Bezugsperson zum Hilfebedarf, die Vorgeschichte sowie Art und Ausmaß der Krankheit/Behinderung bestimmen den notwendigen Untersuchungsumfang. Vorliegende Befundberichte sind zu berücksichtigen. Der Gutachter muss sich über die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen des Antragstellers selbst ein Bild machen. Dabei sind die im Rahmen der Begutachtung feststellbaren Schädigungen in den einzelnen Organsystemen prägnant nach Art, Lokalisation und Grad ihrer Ausprägung zu dokumentieren.

Die Beschreibung der Beeinträchtigung der Aktivitäten soll auf einer Prüfung der vorhandenen Funktionen basieren; dabei sollte der zu untersuchende Antragsteller alle geeigneten zur Verfügung stehenden Hilfsmittel nutzen können. Ihre Verwendung ist durch den Gutachter bei der jeweiligen Funktionsprüfung in ihrer Auswirkung mit zu beschreiben. Sollten zusätzlich personelle Hilfen erforderlich sein, so ist dies gleichfalls zu vermerken. Ebenso sind die in diesem Zusammenhang festgestellten Ressourcen zu dokumentieren.

Wenn Untersuchungen nicht durchgeführt werden können, z.B. bei ausgeprägten Schmerzzuständen oder bei schweren psychischen Störungen, hat der Gutachter dies zu dokumentieren und ggf. zu begründen.

Bei Wiederholungsbegutachtungen müssen diese Befunde die Beurteilung des Erfolgs von Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen ermöglichen. Falls sich hieraus ein veränderter tatsächlicher Hilfebedarf ergibt, dienen diese Befunde als Beleg für die Begründung einer veränderten Pflegeeinstufung.

Es sind alle pflegerelevanten Schädigungen unabhängig von ihrer Ursache zu beschreiben, die Auswirkungen auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche haben. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen beziehen sich immer auf den ganzen Menschen. Durch eine genaue Befunderhebung sind die sich aus den Schädigungen ergebenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens aufzuzeigen. Es ist zu prüfen, inwieweit der Antragsteller selber Angaben machen kann, ob er sich in seiner Wohnung zurechtfindet und ob er Aufforderungen erfassen und umsetzen kann. Hilfreich ist es, den Antragsteller den Tagesablauf schildern und sich einzelne Verrichtungen exemplarisch demonstrieren zu lassen.

Um Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen im Einzelnen abzubilden, hat der Gutachter z. B. Bewegungsmöglichkeiten der Arme und Beine (grobe Kraft, Nacken- und Schürzengriff, Pinzettengriff, Greiffunktion), Hals- und Rumpfbewegungen (Vorbeugen im Stehen, im Sitzen), Umlagerung, Gehen, Stehen und Treppensteigen darzustellen. Insbesondere ist auszuführen, ob und inwieweit durch Hilfs-/Pflegehilfsmittel (z. B. Einsatz von Greif- und Gehhilfen, Rollator, Rollstuhl, Prothese) die Beeinträchtigung einer Aktivität vollständig oder teilweise ausgeglichen wird.

Obwohl als Hinweis für das Vorliegen einer Stuhl- und/oder Harninkontinenz zum Zeitpunkt der Untersuchung oft nur indirekte Anzeichen festzustellen sind, ist hierauf wegen der großen Bedeutung besonders einzugehen.

Ebenso sind Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen beim Sprechen, Lesen, Erkennen von Personen, Umrissen oder kleinen Gegenständen, bei der Orientierung in der Wohnung, der Reaktion auf Geräusche und der Verständigung im Gespräch aufzuzeigen (z. B. Einsatz von Brille, Hörgerät, Kommunikationshilfen). Die Beschreibung der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Ressourcen hat sich auch auf die psychischen/kognitiven Bereiche zu erstrecken, wie Orientierung, Stimmung, Antrieb, Wahrnehmen und Denken sowie Umgang mit Emotionen.

Pflegebegründende Diagnose(n)

Es sind die Diagnosen anzugeben, die im Wesentlichen die Pflegebedürftigkeit begründen, und nach ICD 10 zu verschlüsseln. Es sollten auch Diagnosen angegeben werden, die keinen Pflegebedarf begründen, jedoch bei eventuellen Therapie- oder Rehabilitationsleistungen von Bedeutung sind.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Einschätzungsverfahren

Nach der strukturierten Anamnese- und Befunderhebung muss der Gutachter bei der Anwendung des Begutachtungsinstruments sowohl eigene Befunde als auch (fremd-)anamnestische Angaben von Betroffenen, Angehörigen, professionell Pflegenden oder anderen Stellen (z. B. niedergelassene Ärzte) bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigen.

Im Mittelpunkt der Beurteilung stehen Aktivitäten und Lebensbereiche, die in der Regel für jeden Menschen relevant sind. Die Beeinträchtigung der Person bei der Ausführung der Aktivität wird unter der Annahme bewertet, dass die Person diese ausführen möchte. Es ist unerheblich, welche Hilfeleistungen tatsächlich erbracht werden. Die Beurteilung erfolgt auch dann, wenn die Person die betreffende Aktivität in ihrem Lebensalltag nicht (mehr) durchführt. So ist beispielsweise die Fähigkeit, Treppen zu steigen, auch dann zu

beurteilen, wenn die Wohnung im Erdgeschoss liegt und in der Wohnung gar keine Treppen vorhanden sind.

Vom Gutachter ist in den meisten Modulen zu beurteilen, inwieweit die Person wesentliche Aktivitäten aus dem jeweiligen Lebensbereich selbstständig durchführen kann. Lediglich die Beurteilungen in den Modulen 2 (Fähigkeiten) und 3 (Häufigkeit des Auftretens) beziehen sich auf andere Sachverhalte.

Zur Beurteilung von Selbstständigkeit

Im Rahmen des neuen Einschätzungsverfahrens ist Selbstständigkeit definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen, durchzuführen. Demnach ist es ohne Bedeutung, ob Hilfsmittel verwendet werden müssen. Als selbstständig gilt eine Person also auch dann, wenn sie die jeweilige Handlung bzw. Aktivität unter Nutzung von Hilfsmitteln ohne Hilfe durch andere Personen durchführen kann.

Dementsprechend liegt eine Beeinträchtigung von Selbstständigkeit vor, wenn personelle Hilfe erforderlich ist. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen. Ob personelle Hilfe durch Laienpersonen oder Professionelle erbracht wird, ist für die Bewertung nicht relevant. Diese Frage spielt allerdings für die Pflege- und Hilfeplanung eine Rolle.

Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. In der Regel sind dazu nicht nur motorische Funktionen, sondern auch kognitive Fähigkeiten erforderlich.

Auch bei Kindern wird der tatsächlich vorhandene Abhängigkeitsgrad dokumentiert, unabhängig davon, ob dieser als altersgemäß oder als Folge gesundheitlicher Störungen einzustufen ist.

Selbstständigkeit wird in mehreren Modulen mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Ausprägungen:

-
- 0 = selbstständig
1 = überwiegend selbstständig
2 = überwiegend unselbstständig
3 = unselbstständig

Das Einschätzungsinstrument beinhaltet an mehreren Stellen abgewandelte Formen dieser Skala, die an den entsprechenden Stellen erläutert werden. Durchgängig gilt bei diesen Skalen, dass der Grad der Beeinträchtigung mit dem jeweiligen Punktwert steigt. „0“ bedeutet also stets, dass keine Beeinträchtigungen bzw. sonstige Probleme bestehen. Im Folgenden wird die Anwendung der vierstufigen Skala näher erläutert.

0 = selbstständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel selbstständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1 = überwiegend selbstständig

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität. Überwiegend selbstständig ist eine Person also dann, wenn lediglich folgende Hilfestellungen erforderlich sind:

- „Unmittelbares Zurechtlegen/Richten von Gegenständen“ meint die Vorbereitung einer Aktivität durch Bereitstellung sächlicher Hilfen, damit die Person die Aktivität dann selbstständig durchführen kann. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Umgebung des Antragstellers so eingerichtet wird, dass die Person so weit wie möglich selbstständig an alle notwendigen Utensilien herankommt und diese nicht jedes Mal angereicht werden müssen. Wenn dies aber nicht ausreicht (z. B. die Seife nicht von der Ablage am Waschbecken genommen werden kann, sondern direkt in die Hand gegeben werden muss), führt diese Beeinträchtigung zur Bewertung überwiegend selbstständig.

- „Impulsgebung/Aufforderung“ bedeutet, dass die Pflegeperson (ggf. auch mehrfach) einen Anstoß geben muss, damit der Betroffene die jeweilige Tätigkeit allein durchführt.
- Auch wenn nur „einzelne Handreichungen“ erforderlich sind, ist die Person als überwiegend selbstständig zu beurteilen (punktuelle Hilfebedarf, der lediglich an einzelnen Stellen des Handlungsablaufs auftritt).
- „Einzelne Hinweise“ zur Abfolge der Einzelschritte meint, dass zwischenzeitlich immer wieder ein Anstoß gegeben werden muss, dann aber Teilverrichtungen selbst ausgeführt werden können.
- „Unterstützung bei der Entscheidungsfindung“ bedeutet, dass z. B. verschiedene Optionen zur Auswahl angeboten werden, die Person danach aber selbstständig handelt.
- „Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle“ meint die Überprüfung, ob die Abfolge einer Handlung eingehalten wird (ggf. unter Hinleitung zu weiteren Teilschritten oder Aufforderung zur Vervollständigung) sowie die Kontrolle der korrekten und sicheren Durchführung. Hierzu gehört auch die Überprüfung, ob Absprachen eingehalten werden. Auch wenn eine Person eine Aktivität ausführen kann, aber aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen die Anwesenheit einer anderen Person benötigt, trifft die Bewertung „überwiegend selbstständig“ zu.

2 = überwiegend unselbstständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, sodass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwendige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

Alle der o.g. Hilfformen können auch hier von Bedeutung sein, reichen allerdings allein nicht aus. Weitergehende Unterstützung umfasst v. a.:

- „Motivation“ im Sinne der motivierenden Begleitung einer Aktivität (notwendig v. a. bei psychischen Erkrankungen mit Antriebsminderung).
- „Anleitung“ bedeutet, dass die Pflegeperson den Handlungsablauf nicht nur anstoßen, sondern die Handlung demonstrieren und/oder lenkend begleiten muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn der Betroffene trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Aktivität nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann.

- „Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle“ unterscheidet sich von der o.g. „partiellen Beaufsichtigung und Kontrolle“ nur durch das Ausmaß der erforderlichen Hilfe. Es ist ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft erforderlich.
- „Übernahme“ eines erheblichen Teils der Handlungsschritte durch die Pflegeperson.

3 = unselbstständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung und ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

Wichtig: Die vorangegangenen Hinweise zu Art und Ausmaß erforderlicher Hilfen und ihrem Zusammenhang mit dem Grad der Selbstständigkeit sind als Orientierungshilfen zu verstehen.

Der Gutachter sollte immer zunächst anhand der Frage urteilen, ob:

- die gesamte (oder nahezu gesamte) Aktivität,
- der größte Teil einer Aktivität,
- der geringere Teil einer Aktivität oder
- kein nennenswerter Anteil der Aktivität

selbstständig ausgeführt werden kann. Nur wenn die Beurteilung dieser Frage mit Unsicherheit verbunden ist, sollte die Einschätzung in einem zweiten Schritt anhand der erforderlichen Formen der Unterstützung erfolgen.

Erfassung besonderer Bedarfsaspekte

Zunächst soll der Gutachter besondere Bedarfslagen erfassen, die mit einem qualitativ oder quantitativ gesteigerten personellen Unterstützungsbedarf einhergehen. Die dabei zu beantwortenden Fragen sind selbsterklärend. Überwiegend sind dichotome Antwortoptionen mit Ja oder Nein oder Häufigkeitsangaben vorgegeben.

A.1 Kann die Person tagsüber die meiste Zeit (mehr als 6 Std.) außerhalb des Bettes in aufrechter Körperhaltung verbringen (gehend, stehend oder sitzend)?

A.2 Schätzen Sie auf Grundlage der Befunderhebung und anderer Feststellungen ein, ob die Person über die körperlichen Fähigkeiten verfügt, folgende Handlungen durchzuführen:

- a) Knöpfe und Reißverschlüsse öffnen/schließen
- b) Mit einem Löffel Nahrung (z. B. Joghurt) aufnehmen und zum Mund führen
- c) Fester Händedruck (mindestens einseitig)
- d) Nackengriff (mindestens einseitig)

A.3 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme (Zeitaufwand mehr als 2 Std. täglich)?

Wenn ja: Wie hoch ist der tägliche durchschnittliche Zeitaufwand? Grund für den hohen Aufwand:

A.4 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf:

- a) wegen einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik (z.B. andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit)?
- b) wegen extremer motorischer Unruhe (persistierende motorische Unruhe, die dazu führt, dass Pflegehandlungen zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind)?
- c) wegen ausgeprägter Spastiken/Kontrakturen (mehrere Gelenke der Extremitäten, durch die Pflegehandlungen zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind)?
- d) wegen häuslicher Intensivpflege mit Notwendigkeit permanenter Überwachung?
- e) aus anderen Gründen? Bitte angeben:

A.5 Besondere Bedarfs- und Versorgungskonstellationen:

- a) Komplexe palliative Schmerz-/Symptomproblematik bei stark begrenzter Lebenserwartung
- b) Respiratorische Insuffizienz (Person ist beatmungspflichtig, intermittierend oder dauerhaft)
- c) Wachkoma

- d) Tetraplegie
- e) Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung (Visus auf besserem Auge max. 1/50)
- f) Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit (auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis)

A.6 Bewusstseinszustand:

- wach;
- somnolent;
- komatös.

Zu den Fragen A.7 bis A.9 sind folgende Ausprägungsmerkmale zu verwenden:

- nie oder max. 1x wöchentlich;
- mehrmals wöchentlich;
- täglich;
- mehrmals täglich.

A.7 Nächtlicher Unterstützungsbedarf

A.8 Verschlucken bei der Nahrungsaufnahme mit Aspirationsgefahr

A.9 Auftreten von generalisierten Krampfanfällen

Erläuterungen zu den Modulen

Anmerkung: Zu den Abstufungen der Selbstständigkeit finden sich nur dann Hinweise, wenn bei der Bewertung Besonderheiten zu berücksichtigen sind. Diese Hinweise geben niemals eine abschließende, vollständige Definition, sondern beispielhafte Erläuterungen.

1. Mobilität

Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 1.1 bis 1.5 ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung. In dieser Hinsicht bilden diese fünf Merkmale eine Ausnahme; in den anderen Modulen ist anders zu verfahren. Die Beurteilung im Kindesalter ist eng an die altersgerechte motorische Entwicklung gekoppelt.

1.1 Positionswechsel im Bett

Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen.

Selbstständig: Selbstständig ist auch eine Person, die ihre Position unter Nutzung von Hilfsmitteln (Aufrichter, Bettgitter, Strickleiter, elektrisch verstellbares Bett) allein verändern kann.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann beispielsweise nach Anreichen eines Hilfsmittels oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Bei einem Kind entspräche dies der Fähigkeit des sicheren Kopfhebens in der Bauchlage mit Abstützen auf die Unterarme.

Überwiegend unselbstständig: Eine Person, die beim Positionswechsel nur wenig mithelfen kann (z. B. auf den Rücken rollen, am Bettgestell festhalten, Aufforderungen folgen wie z. B. Arme vor der Brust verschränken, Kopf auf die Brust legen).

Bei einem Kind entspräche dies der Fähigkeit, den Kopf in Bauchlage kurzzeitig von der Unterlage abheben zu können.

Unselbstständig: Personen, die auch hierzu nicht in der Lage sind.

1.2 Stabile Sitzposition halten

Auf einem Bett oder Stuhl frei, d. h. ohne Rücken- oder Seitenstütze sitzen.

Selbstständig: Selbstständig ist eine Person auch dann, wenn sie sich mit den Händen abstützen muss, um die aufrechte Sitzposition zu halten.

Überwiegend selbstständig: Eine Person, die sich ohne Seitenstütze nicht oder nur kurz selbstständig in der Sitzposition halten kann, aber auf einem Sessel mit Armlehnen längere Zeit sitzen kann.

Überwiegend unselbstständig: Person mit eingeschränkter Rumpfkontrolle, die aber in einem Sessel oder Lagerungsstuhl mit entsprechenden Rücken- und Seitenstützen gesichert längere Zeit aufrecht sitzen kann.

Bei einem Kind entspräche dies der Fähigkeit einer sicheren Kopfkontrolle und der Möglichkeit, sich, an zwei Händen gehalten, zum Sitz hochzuziehen.

Unselbstständig: Die Person kann sich auch mit Lagerungshilfsmitteln nicht in Sitzposition halten. Bei fehlender Rumpf- und Kopfkontrolle kann die Person nur im Bett oder Lagerungsstuhl liegend gelagert werden.

1.3 Aufstehen aus sitzender Position, Umsetzen

Von einer erhöhten Sitzfläche (Bettkante, Stuhl/Sessel, Bank, Toilette etc.) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl/Toilettenstuhl, Sessel o. ä. umsetzen.

Bei Kleinkindern ist Umsetzen noch nicht relevant, da sie sich für gewöhnlich fallen lassen. Aufstehen erfolgt häufig vom Boden.

Selbstständig: Selbstständig ist jemand auch dann, wenn er keine Personenhilfe benötigt, aber ein Hilfsmittel oder einen anderen Gegenstand zum Festhalten oder Hochziehen (z. B. Griffstangen) benutzt oder sich auf Tisch/Armlehnen oder sonstigen Gegenständen abstützen muss, um aufzustehen. Als selbstständig ist auch zu bewerten, wer zwar nicht stehen, aber sich mit Armkraft ohne personelle Hilfe umsetzen kann (z. B. Bett - Rollstuhl, Rollstuhl - Toilette).

Überwiegend selbstständig: Die Person kann aus eigener Kraft aufstehen oder sich umsetzen, wenn sie eine Hand oder einen Arm gereicht bekommt.

Überwiegend unselbstständig: Die Pflegeperson muss beim Aufstehen/Umsetzen (erheblichen) Kraftaufwand aufbringen (hochziehen, halten, stützen, heben). Die beeinträchtigte Person hilft jedoch in geringem Maße mit, kann z. B. kurzzeitig stehen.

Unselbstständig: Die Person muss gehoben oder getragen werden, Mithilfe ist nicht möglich.

1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Stock, Rollator, Rollstuhl, Gegenstand). Als Anhaltsgröße für übliche Gehstrecken innerhalb einer Wohnung werden mindestens 8 m festgelegt. Die Fähigkeiten zur räumlichen Orientierung und zum Treppensteigen sind an anderer Stelle zu berücksichtigen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbstständig durchführen. Personelle Hilfe ist beispielsweise erforderlich im Sinne von Bereitstellen von Hilfsmitteln (Rollator, Gehstock, Rollstuhl), Beobachtung aus Sicherheitsgründen oder gelegentlichem Stützen/Unterhaken.

Überwiegend unselbstständig: Gehen in der Wohnung ist nur mit Stützung oder Festhalten der Person möglich.

Unselbstständig: Die Person muss getragen oder im Rollstuhl geschoben werden.

1.5 Treppensteigen

Die Überwindung von Treppen zwischen zwei Etagen. Treppensteigen ist unabhängig davon zu bewerten, ob in der Wohnumgebung Treppen vorhanden sind.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die eine Treppe allein steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos.

Überwiegend unselbstständig: Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.

Unselbstständig: Person muss getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden, keine Eigenbeteiligung.

1.6 Veränderungen der Mobilität innerhalb der vergangenen Wochen und Monate

Es ist anzugeben, ob die Entwicklungstendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung zeigt oder ob keine Veränderung stattgefunden hat oder diese Frage nicht zu beurteilen ist.

1.7 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?

Wenn Möglichkeiten gesehen werden, sind Mehrfachangaben möglich, z. B.:

- Durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- Durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z. B. Anbringen von Griffen und Halterungen)
- Durch Hilfsmiteleinsatz bzw. dessen Optimierung
- Durch andere Maßnahmen, und zwar: ...
- Auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Für diesen Bereich gilt eine ähnliche Graduierung wie im Falle der Selbstständigkeit (vierstufige Skala). Der Unterschied liegt darin, dass hier keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt wird. Für die Bewertung ist unerheblich, ob ein zuvor selbstständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder bei einem Kind eine Fähigkeit (noch) nicht ausgebildet ist. Die Bewertungsskala umfasst folgende Ausprägungen:

Die Fähigkeit ist:

0 = vorhanden/unbeeinträchtigt

1 = größtenteils vorhanden

2 = in geringem Maße vorhanden

3 = nicht vorhanden

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt:

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden:

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

2.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

Die Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, d. h. Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.

Bei einem Kind sind die Entwicklung der Fähigkeit des Beziehungsaufbaus und erste Interaktionen zu beurteilen.

Die „Fähigkeit ist größtenteils vorhanden“, wenn diese Personen beispielsweise erst nach einer längeren Zeit des Kontakts in einem Gespräch erkannt werden oder wenn nicht täglich, aber doch in regelmäßigen Abständen Schwierigkeiten bestehen, vertraute Personen zu erkennen.

Ein Kind zeigt z. B. eine „Fremdelreaktion“.

Von einer in „geringem Maße vorhandenen Fähigkeit“ ist auszugehen, wenn die aus dem näheren Umfeld stammenden Personen nur selten erkannt werden oder wenn die Fähigkeit ggf. von der Tagesform abhängt, d. h. im Zeitverlauf erheblichen Schwankungen unterliegt.

Ein Kind zeigt das erste „soziale Lächeln“.

Bei „nicht vorhandener Fähigkeit“ werden auch Familienmitglieder nicht oder nur ausnahmsweise erkannt.

2.2 Örtliche Orientierung

Die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzusteuern und zu wissen, wo man sich befindet.

Bei „vorhandener“ örtlicher Orientierung kann die Frage, in welcher Stadt, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung die Person sich befindet, korrekt beantwortet

werden. Außerdem werden regelmäßig genutzte Räumlichkeiten (beispielsweise eigenes Wohnzimmer, Küche etc.) stets erkannt. Ein Verirren in den Räumlichkeiten der eigenen Wohnung (oder des Wohnbereichs in einer Einrichtung) kommt nicht vor, und die Person findet sich auch in der näheren außerhäuslichen Umgebung zurecht. Sie weiß beispielsweise, wie sie zu benachbarten Geschäften, zu einer Bushaltestelle oder zu einer anderen nahe gelegenen Örtlichkeit gelangt.

Bei „größtenteils vorhandener Fähigkeit“ bestehen Schwierigkeiten, sich in der außerhäuslichen Umgebung zu orientieren (beispielsweise nach Verlassen des Hauses wieder den Weg zurück zu finden). In den eigenen Wohnräumen existieren solche Schwierigkeiten hingegen nicht.

Ein Kind kann z. B. ein Spielzeug aus einem anderen Zimmer holen oder dem Gutachter das Badezimmer zeigen.

Eine „in geringem Maße vorhandene Fähigkeit“ bedeutet, dass die Person auch in einer gewohnten Wohnumgebung Schwierigkeiten hat, sich zurechtzufinden. Regelmäßig genutzte Räumlichkeiten und Wege in der Wohnumgebung werden nicht immer erkannt.

Bei „nicht vorhandener Fähigkeit“ ist die Person selbst in der eigenen Wohnumgebung regelmäßig auf Unterstützung angewiesen.

2.3 Zeitliche Orientierung

Die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend etc.), Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.

Fähigkeit vorhanden: Die zeitliche Orientierung ist ohne nennenswerte Beeinträchtigungen vorhanden.

Ein Kind kann die Uhr lesen und Jahreszeiten und Monate in der richtigen Reihenfolge aufzählen.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person ist die meiste Zeit über zeitlich orientiert, aber nicht durchgängig. Sie hat auch Schwierigkeiten, ohne äußere Orientierungshilfen (Uhr, Dunkelheit etc.) den Tagesabschnitt zu bestimmen.

Ein Kind verbindet eine bestimmte Zeit mit speziellen Routinen oder Ereignissen (z. B. kennt es die Uhrzeit einer Kindersendung im Fernsehen), kann die Wochentage benennen, wenn auch nicht unbedingt in der richtigen Reihenfolge.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die zeitliche Orientierung ist die meiste Zeit nur in Ansätzen vorhanden. Die Person ist auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zumeist nicht in der Lage, Tageszeiten zu erkennen, zu denen regelmäßig bestimmte Ereignisse stattfinden (z. B. Mittagessen).

Ein Kind versteht nur einfache Zeitkonzepte (z. B. am Morgen, am Abend, in ein paar Minuten).

Fähigkeit nicht vorhanden: Das Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ist kaum oder noch nicht vorhanden.

2.4 Gedächtnis

Die Fähigkeit, sich an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) wie auch länger zurückliegende (mehrere Tage oder Wochen bei Kindern bzw. aus fernerer Vergangenheit bei Erwachsenen). Möglichkeiten, unabhängig von der Fremdanamnese Aufschluss über die Fähigkeit des Erinnerns an kurz zurückliegende Ereignisse zu erhalten, bestehen beispielsweise in der Frage danach, was zum Frühstück gegessen wurde oder mit welchen Tätigkeiten man den Vormittag verbracht hat. Im Hinblick auf das Langzeitgedächtnis kommt beispielsweise bei Erwachsenen die Frage nach Geburtsjahr, Geburtsort oder wichtigen Bestandteilen des Lebensverlaufs wie Eheschließung, Berufstätigkeit etc. in Betracht.

Ein Kind kann man nach Ereignissen in Schule/Kindergarten in den vergangenen Wochen, dem letzten Geburtstagsgeschenk oder nach Name und Adresse fragen.

Eine „größtenteils vorhandene Fähigkeit“ liegt vor, wenn die Person Schwierigkeiten hat, sich an manche kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und/oder hierzu länger nachdenken muss, aber keine nennenswerten Probleme hat, Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

Ein Kind sollte in logischer und zeitlicher Reihenfolge erzählen können, was es am Tag erlebt hat, seinen Vor- und Zunamen sagen, aber noch nicht seine komplette Adresse angeben können.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Kurz zurückliegende Ereignisse werden häufig vergessen. Nicht alle, aber wichtige Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte sind dem Erwachsenen noch präsent.

Ein Kind findet Objekte wieder, die vor seinen Augen versteckt worden sind. Es versucht, Erlebnisse zu erzählen.

Fähigkeit nicht vorhanden: Person ist nicht (oder nur selten) in der Lage, sich an Ereignisse, Dinge oder Personen aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

Ein Kind beherrscht keine der o.g. Fähigkeiten.

2.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

Die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge und bis zum Abschluss ausführen bzw. steuern zu können. Die Betonung liegt in diesem Fall auch auf dem Begriff Alltagshandlungen. Gemeint sind zielgerichtete Handlungen, die diese Person täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag durchführt oder durchgeführt hat und die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, wie das komplette Ankleiden.

Bei Kleinkindern kann man beispielsweise prüfen, ob sie einen Turm aus mindestens zwei Klötzen bauen können.

Fähigkeit vorhanden: Die Person ist in der Lage, die erforderlichen Handlungsschritte selbstständig in der richtigen Reihenfolge auszuführen oder zu steuern, sodass das angestrebte Ergebnis der Handlung erreicht wird.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person verliert manchmal den Faden und vergisst, welcher Handlungsschritt der nächste ist. Erhält sie dabei eine Erinnerungshilfe, kann sie die Handlung aber selbstständig fortsetzen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person hat erhebliche Schwierigkeiten. Sie verwechselt regelmäßig die Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte oder vergisst einzelne, notwendige Handlungsschritte.

Fähigkeit nicht vorhanden: Mehrschrittige Alltagshandlungen werden erst gar nicht begonnen oder nach den ersten Versuchen aufgegeben.

2.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen

Auch in diesem Zusammenhang sollen nur alltägliche Entscheidungen einbezogen werden. Dazu gehört beispielsweise beim Erwachsenen die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen oder einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen.

Bei Kindern sind die Entscheidung für ein bestimmtes Nahrungsmittel bei Tisch, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Spielen oder Freunde-Besuchen und Ähnliches zu beurteilen.

Zu klären ist hier die Frage, ob die Entscheidungen folgerichtig, d. h. geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen und/oder ein gewisses Maß an Sicherheit und Wohlbefinden oder Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten (z. B. warme Kleidung).

Als „vorhandene Fähigkeit“ gilt, wenn Personen auch in unbekanntem Situationen folgerichtige Entscheidungen treffen können (beispielsweise der Umgang mit unbekanntem Personen, die an der Haustür klingeln).

Eine „größtenteils vorhandene Fähigkeit“ liegt vor, wenn im Rahmen der Alltagsroutinen oder zuvor besprochenen Situationen Entscheidungen getroffen werden können, die Person aber Schwierigkeiten hat, sich in unbekanntem Situationen zurechtzufinden.

Eine „in geringem Maße vorhandene Fähigkeit“ liegt vor, wenn die Person zwar Entscheidungen trifft, diese Entscheidungen jedoch in der Regel nicht geeignet sind, ein bestimmtes Ziel zu erreichen bzw. Sicherheit und Wohlbefinden (Bedürfnisbefriedigung) zu gewährleisten. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Person mit nur leichter Bekleidung bei winterlichen Temperaturen im Freien spazieren gehen will. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn Sicherheitsaspekte nicht berücksichtigt werden können (Beispiel: Person möchte das Haus verlassen, obwohl sie sich im außerhäuslichen Bereich nicht orientieren kann und sich ohne Unterstützung verlaufen würde) oder nur einfache Gebote/Verbote mehr oder weniger umgesetzt werden. Weiterhin liegt eine schwere Beeinträchtigung vor, wenn die Person ohne Unterstützung (in Form von Anleitung, Aufforderung, Aufzeigen von Handlungsalternativen) nicht in der Lage ist, zu Entscheidungen zu gelangen.

Von „einer nicht vorhandenen Fähigkeit“ ist auszugehen, wenn Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten getroffen werden (keine deutbare Reaktion auf das Angebot mehrerer Entscheidungsalternativen).

2.7 Sachverhalte und Informationen verstehen

Die Fähigkeit, Situationen, Ereignisse oder schriftliche/mündliche Informationen aufzunehmen und richtig zu deuten. Erneut geht es in diesem Zusammenhang um Ereignisse und Inhalte, die Bestandteil des Alltagslebens der meisten Menschen sind. Gemeint sind etwa die Fähigkeit, zu erkennen, dass man sich in einer bestimmten Situation befindet (gemeinschaftliche Aktivitäten mit anderen Menschen, Versorgung durch eine Pflegekraft, MDK-Begutachtung), sowie die Fähigkeit, Informationen zum Tagesgeschehen aus den Medien (z. B. Fernsehgerät, Tageszeitung) aufzunehmen und inhaltlich zu verstehen. Gleiches gilt für mündlich von anderen Personen übermittelte Informationen.

Bei Kindern ist die Fähigkeit, sich in einer bestimmten Situation zurechtzufinden (z. B. das gemeinsame Spiel mit anderen Kindern, Kindergarten- oder Schulbesuch) zu beurteilen sowie die Fähigkeit, z. B. Spielregeln zu verstehen und sie einzuhalten.

Die „Fähigkeit gilt als vorhanden“, wenn Personen die Sachverhalte und Informationen aus dem Alltagsleben ohne nennenswerte Probleme verstehen können.

Dies entspricht bei Kindern dem Reifegrad der Regelschulfähigkeit.

Eine „größtenteils vorhandene Fähigkeit“ liegt bei Personen vor, die einfache Sachverhalte und Informationen nachvollziehen können, bei komplizierteren jedoch Schwierigkeiten haben.

Beim Kind kann man sich z. B. am Regelverständnis für Spiele oder an der Fähigkeit zu komplizierteren Konstruktionen von Bauelementen mit und ohne Vorlage orientieren.

Eine „in geringem Maße vorhandene Fähigkeit“ liegt vor, wenn die Person auch einfache Informationen häufig nur nachvollziehen kann, wenn sie noch einmal erklärt werden. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch dann vor, wenn das Verständnis sehr stark von der Tagesform abhängt.

Bei Kindern, wenn auch einfache Spielregeln nicht immer verstanden werden.

Von einer „nicht vorhandenen Fähigkeit“ ist auszugehen, wenn die Person weder verbal noch nonverbal zu erkennen gibt, dass sie Situationen und übermittelte Informationen verstehen kann.

2.8 Risiken und Gefahren erkennen

Hiermit sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen. Dazu gehören beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z. B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (verkehrsreiche Straßen, Baustellen etc.).

Als „vorhanden“ gilt die Fähigkeit bei Personen, die solche Risiken und Gefahrenquellen im Alltagsleben ohne Weiteres erkennen können.

Von einer „größtenteils vorhandenen Fähigkeit“ ist auszugehen, wenn die Person meist nur solche Risiken und Gefahren erkennt, die sich in der vertrauten innerhäuslichen Wohnumgebung wiederfinden. Es bestehen aber beispielsweise Schwierigkeiten, Risiken im Straßenverkehr adäquat einzuschätzen oder Gefährdungen in ungewohnter Umgebung zu erkennen.

Eine „in geringem Maße vorhandene Fähigkeit“ liegt vor, wenn Risiken und Gefahren, denen die Person häufiger begegnet (insbesondere in der Wohnumgebung), häufig nicht als solche erkannt werden.

Von einer „nicht vorhandenen Fähigkeit“ ist auszugehen, wenn Risiken und Gefahren so gut wie gar nicht erkannt werden.

2.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse

Die Fähigkeit, Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. zu äußern, bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Eine gezielte Frage nach elementaren Bedürfnissen kann beantwortet werden. Die Person äußert sich aber nicht immer von sich aus.

Ein Kind kann Wünsche bereits ohne Schreien deutlich machen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Elementare Bedürfnisse sind nur aus nonverbalen Reaktionen (Mimik, Gestik, Lautäußerungen) ableitbar, ggf. nach oder durch entsprechende(r) Stimulation. Oder die Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse, muss dazu ständig angeleitet werden, kann aber Zustimmung oder Ablehnung deutlich machen.

Fähigkeit nicht vorhanden: Die Person äußert nicht oder nur sehr selten Bedürfnisse, auch nicht in nonverbaler Form. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen. Keine deutbaren Reaktionen.

2.10 Verstehen von Aufforderungen

Die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z. B. essen, trinken, kleiden und beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.

Fähigkeit vorhanden: Beispielsweise werden verbal formulierte Aufforderungen des Gutachters verstanden und nach den individuellen Möglichkeiten umgesetzt.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Einfache Bitten und Aufforderungen (wie z. B. „Setz dich bitte an den Tisch“, „Zieh dir die Jacke über“, „Komm zum Essen“, „Prosit“) werden verstanden, Aufforderungen in nicht alltäglichen Situationen müssen erklärt werden. Ggf. sind laute Ansprache, Wiederholungen, Zeichensprache oder Schrift erforderlich, um Aufforderungen verständlich zu machen.

Ein Kind versteht einfache Gebote/Verbote und Nein, beachtet dies mehr oder weniger.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person kann Aufforderungen/Bitten meist nicht verstehen, wenn diese nicht wiederholt geäußert und erläutert werden. Das Verständnis ist sehr von der Tagesform abhängig. Sie zeigt aber Zustimmung oder Ablehnung gegenüber nonverbalen Aufforderungen (z. B. Berührungen oder Geleiten an den Esstisch).

Fähigkeit nicht vorhanden: Die Person kann Anleitungen und Aufforderungen nicht verstehen.

2.11 Beteiligung an einem Gespräch

Die Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen. Hierbei sind auch die Auswirkungen von Hör- und Sprechstörungen zu berücksichtigen.

Im Kindesalter ist die Beteiligung an altersgemäßen Gesprächsgruppen und -inhalten zu bewerten.

Fähigkeit vorhanden: Die Person kommt sowohl in Einzel- als auch in Gesprächen kleiner Gruppen gut zurecht. Sie zeigt im Gespräch Eigeninitiative, Interesse und beteiligt sich, wenn vielleicht auch nur auf direkte Ansprache hin. Ihre Äußerungen passen zu den Inhalten des Gesprächs.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person kommt in Gesprächen mit einer Person gut zurecht, in Gruppen ist sie jedoch meist überfordert und verliert den Faden. Wortfindungsstörungen treten ggf. regelmäßig auf. Die Person ist häufig auf laute Ansprache oder Wiederholung von Worten/Sätzen angewiesen.

Ein Kind spricht zwei bis drei Wort-Sätze. Es kann eigene Gefühle und Gedanken äußern.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person zeigt nur wenig Eigeninitiative, reagiert aber auf Ansprache/Fragen mit wenigen Worten (z. B. mit Ja oder Nein). Oder sie beteiligt sich am Gespräch, weicht aber in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab (führt mehr ein Selbstgespräch). Leichte Ablenkbarkeit durch Umgebungseinflüsse.

Ein Kind kann bereits gezielt und in sinngemäßer Bedeutung „Mama“ oder „Papa“ sagen.

Fähigkeit nicht vorhanden: Ein Gespräch mit der Person, das über einfache Mitteilungen hinausgeht, ist auch unter Einsatz nonverbaler Kommunikation nicht möglich. Sie zeigt allenfalls Wohlbefinden.

2.12 Veränderungen kognitiver/kommunikativer Fähigkeiten innerhalb der vergangenen Wochen und Monate

Es ist anzugeben, ob die Entwicklungstendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung zeigt oder ob keine Veränderung stattgefunden hat.

2.13 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?

Wenn Möglichkeiten gesehen werden, sind Mehrfachangaben möglich, z. B.:

- Durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- Durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z. B. zur Erleichterung örtlicher Orientierung)
- Durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
- Durch andere Maßnahmen, und zwar: ...
- Durch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul ist eine inhaltlich abweichende, aber ebenfalls vierstufige Skala zu verwenden. Erfasst wird die Häufigkeit, mit der ein Verhalten oder Problem derzeit auftritt, auch wenn der Gutachter den Eindruck hat, dass das Verhalten durch äußere Einflüsse verursacht wird. Er soll in einem solchen Fall Maßnahmen zur Verbesserung der Situation und eine Nachuntersuchung empfehlen. Es werden folgende Merkmalsausprägungen erfasst:

- 0 = nie
1 = selten, d. h. maximal zweimal wöchentlich
2 = häufig, d. h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
3 = täglich

3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten

Diese Kategorie fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen. Dazu gehören v. a. das (scheinbar) ziellose Umhergehen in der Wohnung oder der Einrichtung, bei Kindern das selbstgefährdende Klettern auf Möbelstücke sowie der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die Wohnung/Einrichtung zu verlassen oder Orte aufzusuchen, die für diese Person unzugänglich sein sollten (z. B. Treppenhaus, Zimmer anderer Bewohner etc.). Ebenso zu berücksichtigen ist allgemeine Rastlosigkeit in Form von ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im und aus dem Bett. Für die Einschätzung ist es ohne Bedeutung, dass sich die betreffende Person ggf. nur mit Hilfsmitteln fortbewegen kann. Das Fahren mit einem Rollstuhl ist insofern mit dem Gehen gleichzusetzen.

3.2 Nächtliche Unruhe

Nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus (Wachsein in der Nacht, Schlafen während des Tages). Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind nicht zu werten.

Bei Kindern sind die üblichen Einschlafrituale oder das bis ins Schulalter vorkommende nächtliche Aufwachen nicht zu werten, wenn nur kurzes Beruhigen und/oder Gabe von Getränken erforderlich ist.

3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten

Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, essen oder trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen.

3.4 Beschädigung von Gegenständen

Aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder weg-schieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z. B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen.

3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen

Nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, an-dere stoßen oder wegdrängen, Verletzungsversuche gegenüber anderen Personen mit Ge-genständen.

3.6 Verbale Aggression

Verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen.

3.7 Andere vokale Auffälligkeiten

Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen/ fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen.

Dazu gehört bei Säuglingen und Kleinkindern z.B. anhaltendes Schreien oder cerebra-les Schreien.

3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen

Abwehr von Unterstützung (z. B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsauf-nahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z. B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.

3.9 Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen

Visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder ima-ginären Personen (z. B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; Vor-stellung, verfolgt/bedroht/bestohlen zu werden, usw.

3.10 Ängste

Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängst-lichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen oder im Kontakt mit anderen Per-sonen.

3.11 Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage

Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen.

3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen

Distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.

3.13 Sonstige inadäquate Handlungen

Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Stereotypien), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern, Urinieren in die Wohnung.

4. Selbstversorgung

Besonderheiten des Bedarfs

Zu diesem Modul werden unter B.1 bis B.6 zunächst besondere Bedarfsaspekte erfasst. Dazu gehören die künstliche Ernährung über einen enteralen Zugang (Nasen-, Magen- oder Dünndarmsonde) oder einen parenteralen Zugang, die künstliche Harn- oder Stuhlableitung sowie Störungen der Blasen- und Darmkontrolle in ihren Ausprägungsgraden.

B.1 Sondenernährung

Erfolgt keine Sondenernährung über einen enteralen Zugang, ist das Feld „Entfällt“ anzukreuzen und mit dem Punkt B.4 fortzufahren. Mit dem Begriff „Sondenernährung“ ist stets Nahrung gemeint, die nicht oral, sondern über eine Sonde aufgenommen wird.

B.1a Die Person erhält (...)

Zunächst ist zu dokumentieren, in welchem Maße die Person Sondenernährung aufnimmt. Dabei ist eine der vier folgenden Antwortvorgaben anzukreuzen:

- Die Person erhält zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondenernährung, aber nur gelegentlich (nicht täglich): Die Person kann Nahrung und Flüssigkeit oral aufnehmen, muss aber zur Nahrungsergänzung bzw. zum Vermeiden von Mangelernährung zusätz-

- lich über eine Sonde ernährt werden. Sondenkost wird je nach Bedarf verabreicht, aber nicht täglich.
- Die Person erhält ein- bis dreimal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung: Sie wird z. T., aber nicht ausreichend über die orale Nahrungsaufnahme ernährt und benötigt zur Nahrungsergänzung bzw. zur Vermeidung von Mangelernährung täglich Sondenkost, für gewöhnlich maximal dreimal täglich.
 - Die Person erhält mindestens viermal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen): Die enteral aufgenommene Nahrung sichert eine ausreichende Nahrungsaufnahme, die Person nimmt aber noch täglich geringe Mengen Nahrung oral auf.
 - Die Person erhält ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung: Eine orale Nahrungsaufnahme erfolgt nicht oder nur sporadisch (Förderung der Sinneswahrnehmung).

B.1b Art der Sondenernährung

Es ist anzukreuzen, ob die Sondennahrung über eine Pumpe, per Schwerkraft oder als Bolusgabe erfolgt.

B.1c Selbstständigkeit bei der Sondenernährung

Bei der Nahrungsaufnahme über eine Sonde wird nur zwischen „selbstständig“ und „mit Fremdhilfe“ unterschieden.

B.2 Parenterale Ernährung

Erfolgt keine parenterale Ernährung, ist das Feld „Entfällt“ anzukreuzen und mit dem Punkt B.6 fortzufahren.

B.2a Art der parenteralen Ernährung

Die Unterscheidung, ob die parenterale Ernährung die einzige Form der Nahrungsaufnahme oder eine Ergänzung zur oralen Nahrungsaufnahme darstellt.

B.2b Selbstständigkeit bei der parenteralen Ernährung

Auch bei der parenteralen Ernährung wird nur zwischen „selbstständig“ und „mit Fremdhilfe“ unterschieden.

B.3 Blasenkontrolle/Harnkontinenz

Harndrang verspüren und ggf. so rechtzeitig äußern, dass die Blasenentleerung geregelt werden kann. Jegliche Art von Harninkontinenz ist zu berücksichtigen, unabhängig von der Ursache und der Art der Versorgung. Ggf. ist eine urologische Abklärung der Inkontinenz zu empfehlen. Zu erfassen sind hier vorrangig die Kontrolle der Blasenentleerung, die willentliche Steuerung der Blasenentleerung und die Vermeidung unwillkürlicher Harnabgänge.

Im Kindesalter entwickelt sich die sichere Blasenkontrolle zunächst tagsüber, dann auch in der Nacht. Eine nicht altersgemäße Sauberkeitsentwicklung bedarf ggf. der urologischen Abklärung. Der Begriff Inkontinenz ist bei Kindern analog zum Einnässen/Einkonten zu verstehen.

Es sind folgende Merkmalsausprägungen vorgesehen:

Ständig kontinent: Die Blasenkontrolle ist unbeeinträchtigt.

Überwiegend kontinent: Maximal einmal täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz.

Überwiegend inkontinent: Mehrmals täglich inkontinent. Gesteuerte Blasenentleerung ist möglich.

Komplett inkontinent: Die Person ist komplett harninkontinent. Gesteuerte Blasenentleerung nicht möglich.

B.4 Darmkontrolle/Stuhlkontinenz

Stuhldrang verspüren und ggf. so rechtzeitig äußern, dass die Darmentleerung geregelt werden kann. Zu bewerten ist hier die Kontrolle der Darmentleerung. Es sind folgende Merkmalsausprägungen vorgesehen:

Ständig kontinent: Die Kontinenz ist unbeeinträchtigt.

Gelegentlich inkontinent: Die Person ist überwiegend stuhlkontinent, gelegentlich inkontinent oder mäßig inkontinent (Stuhlschmierer).

Überwiegend inkontinent: Die Person ist überwiegend stuhlinkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung möglich.

Komplett inkontinent: Die Person ist komplett stuhlinkontinent, gesteuerte Darmentleerung ist nicht möglich.

B.5 Künstliche Harnableitung

Suprapubischer oder transurethraler Dauerkatheter oder Urostoma. Einmalkatheterisieren ist im Modul 5 abgebildet.

B.6 Colo-/Ileostoma

Hier ist lediglich die Information „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ zu dokumentieren.

Bewertung der Selbstständigkeit

Bei älteren Kindern sind gerade in diesem Bereich krankheits- oder behinderungsbedingte pflegerisch unterstützende Maßnahmen wie Impulsgebung, Aufsicht und ggf. einzelne Handreichungen abzugrenzen von Maßnahmen der erzieherischen Fürsorge. Ein Kind ist als selbstständig zu bewerten, wenn es erlernt hat, eine der folgenden Tätigkeiten auch ohne Anleitung durchzuführen, auch wenn es von den Erziehungspersonen manchmal erinnert werden muss.

4.1 Vorderen Oberkörper waschen

Sich Hände, Gesicht, den Hals, die Arme, Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität selbstständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen, z. B. Waschen unter den Achseln oder der Brust, erhält.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann sich z. B. nur Hände oder Gesicht waschen.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren

Die tägliche Körperpflege im Bereich des Kopfes.

Im Kindesalter kommt dem Erlernen des Zähneputzens eine entscheidende Bedeutung zu und ist aufgrund dessen hier maßgeblich zu beurteilen. Das Rasieren ist in der Regel erst ab der Pubertät von Bedeutung.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebenen Aktivitäten ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivitäten selbstständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände bereitgelegt und/oder gerichtet werden (Aufdrehen der Zahnpastatube, Auftragen der Zahnpasta auf die Bürste, Aufbringen von Haftcreme auf die Prothese, Anreichen und/oder Säubern des Rasierapparats etc.). Alternativ sind punktuelle Teilhilfen erforderlich wie Korrektur nach dem Kämmen oder nur das Kämmen des Hinterkopfes, Zahn-/Mundpflege bzw. selbstständiges Rasieren.

Überwiegend unselbstständig: Die Person beginnt z. B. mit dem Zähneputzen oder der Rasur, ohne die Aktivität zu Ende zu führen.

Unselbstständig: Die Person kann sich an den Aktivitäten nicht beteiligen.

4.3 Intimbereich waschen

Den Intimbereich waschen und abtrocknen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität selbstständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen erhält.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann sich z.B. nur den vorderen Intimbereich waschen.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.4 Duschen oder Baden

Bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbads sind neben der Fähigkeit, den Körper waschen zu können, auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. (Teil-)Hilfen beim Waschen in der Wanne/Dusche sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder eine notwendige Überwachung während des Bades. Dazu gehören auch das Haarewaschen, Abtrocknen und Föhnen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität selbstständig durchführen, wenn Utensilien vorbereitet bzw. bereitgestellt werden, einzelne Handreichungen geleistet werden, z. B. Stützen beim Ein-/Aussteigen, Bedienung eines Badewannenlifters, Hilfe beim Haarewaschen und/oder Föhnen, beim Abtrocknen oder wenn während des (Dusch-)Bades aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen Anwesenheit erforderlich ist.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann nur einen stark begrenzten Teil der Aktivität selbstständig durchführen, z. B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.5 Oberkörper an- und auskleiden

Bereitliegende Kleidungsstücke (z. B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd) an- und ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist hier nicht zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist im Modul 5 zu berücksichtigen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbstständig durchführen, wenn Kleidungsstücke passend angereicht oder gehalten werden (Einstiegs-

hilfe beim Anziehen eines Hemdes etc.). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen erforderlich ist, trifft die Bewertung „überwiegend selbstständig“ zu, ebenso wenn nur Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.6 Unterkörper an- und auskleiden

Unterwäsche, Hose/Rock, Strümpfe und Schuhe an-/ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist hier nicht zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist im Modul 5 zu berücksichtigen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbstständig durchführen, wenn ihr Schuhe bereitgestellt bzw. Kleidungsstücke angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen (z. B. Schnürsenkel binden) oder Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind, trifft die Bewertung „überwiegend selbstständig“ zu.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbstständig durchführen. Beispielsweise gelingt das Hochziehen von Hose/Rock zur Taille selbstständig, zuvor muss das Kleidungsstück jedoch von der Pflegeperson über die Füße gezogen werden.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.7 Nahrung mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen

Belegte Brotscheiben, Obst oder andere Speisen in mundgerechte Stücke zerteilen, Kleinschneiden von Fleisch, Zerdrücken von Kartoffeln, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke ohne ständiges Verschütten aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen. Ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Anti-Rutschbrett, Einhänderbesteck, Spezialbesteck.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Es ist punktuelle Hilfe erforderlich, z. B. beim Öffnen einer Flasche oder beim Schneiden von sehr harten Nahrungsmitteln.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.8 Essen

Bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden (z. B. Brot, Kekse, Obst), aufnehmen, zum Mund führen, ggf. abbeißen, kauen und schlucken. Mundgerecht zubereitete Speisen mit Gabel oder Löffel aufnehmen, zum Mund führen und essen. Ggf. mit speziellen Hilfsmitteln wie adaptiertem Besteck. Zu beurteilen ist hier insbesondere auch die Selbstständigkeit bei der Steuerung der Nahrungsaufnahme, d. h. die Frage, ob ausreichend Nahrung aufgenommen wird.

Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn die Nahrungsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Bei Nahrungsaufnahme ausschließlich über eine Sonde bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Nahrungsaufnahme ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann überwiegend selbstständig essen, benötigt aber punktuelle Anleitung, muss beispielsweise aufgefordert werden, mit dem Essen zu beginnen oder weiterzuessen. Es sind punktuelle Hilfen erforderlich (wie z. B. Zurücklegen aus der Hand gerutschter Speisen oder Besteck in die Hand geben).

Überwiegend unselbstständig: Es ist ständige Anwesenheit der Pflegeperson erforderlich, beispielsweise aufgrund von Aspirationsgefahr oder weil ständig zur Nahrungsaufnahme motiviert werden oder die Nahrung größtenteils gereicht werden muss.

Unselbstständig: Die Nahrung muss komplett gereicht werden.

4.9 Trinken

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Hilfsmitteln wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene/geübte Menge tatsächlich getrunken wird.

Die Beurteilung der Selbstständigkeit ist wie im Fall von Punkt 4.8 auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Erfolgt sie hingegen ausschließlich über eine Sonde bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Flüssigkeitsaufnahme, ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann selbstständig trinken, wenn ein Glas/eine Tasse entsprechend dem Aktionsradius der Person positioniert oder diese ans Trinken erinnert wird.

Überwiegend unselbstständig: Das Trinkgefäß muss beispielsweise in die Hand gegeben werden, das Trinken erfolgt jedoch selbstständig, oder die Person muss zu fast jedem Schluck motiviert werden.

Unselbstständig: Getränke müssen komplett gereicht werden.

4.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen

Umfasst das Gehen zur Toilette, das Hinsetzen/Aufstehen, das Sitzen während der Blasen-/Darmentleerung, die Intimhygiene und das Richten der Kleidung. Die Fähigkeit zur Toilettenbenutzung ist auch bei Versorgung mit Hilfsmitteln (Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma, Ileo-/Colostoma) zu bewerten.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbstständig durchführen. Personelle Hilfe kann sich beispielsweise beschränken auf:

- Bereitstellen und Leeren des Toilettenstuhls (alternativ Urinflasche oder anderer Behälter)

- Orientierungshinweise zum Auffinden der Toilette, Begleitung auf dem Weg zur Toilette
- Anreichen von Toilettenpapier oder Waschlappen, Intimhygiene nur nach Stuhlgang
- Unterstützung beim Hinsetzen/Aufstehen von der Toilette
- Hilfe beim Richten der Bekleidung

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann nur einzelne Handlungen selbst ausführen, z. B. Richten der Bekleidung oder Intimhygiene nach Wasserlassen.

4.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma

Umgang mit einer bestehenden Harninkontinenz, z. B. Inkontinenzsysteme (kleine Vorlagen, große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhose mit Klebestreifen oder Pants) sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch das Entleeren eines Urinbeutels bei Dauerkatheter oder Urostoma. Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Harninkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „Entfällt“ anzukreuzen.

Selbstständig: Die Person kann Hilfsmittel selbstständig benutzen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbstständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereitgelegt oder entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen.

Unselbstständig: Beteiligung ist nicht möglich.

4.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma

Inkontinenzsysteme, Analtampons, Stomabeutel sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Stuhlinkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „Entfällt“ anzukreuzen.

Selbstständig: Die Person kann Hilfsmittel selbstständig benutzen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbstständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereitgelegt und entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen, z. B. Mithilfe beim Wechsel eines Stomabeutels. Bei Vorliegen einer Stuhlinkontinenz sind Ressourcen beim Wechsel des Inkontinenzmaterials eher selten.

Unselbstständig: Beteiligung ist nicht möglich.

4.13 Veränderungen der Fähigkeit zur Selbstversorgung innerhalb der vergangenen Wochen und Monate

Es ist anzugeben, ob die Entwicklungstendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung zeigt oder ob keine Veränderung stattgefunden hat.

4.14 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?

Wenn Möglichkeiten gesehen werden, sind Mehrfachangaben möglich, z. B.:

- Durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- Durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z. B. Badezimmer)
- Durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
- Durch andere Maßnahmen, und zwar: ...
- Auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul geht es vorrangig um die Einschätzung, ob die zu beurteilende Person spezifische krankheitsbedingte Anforderungen selbstständig bewältigen kann. Dazu gehört insbesondere die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet sind. Die meisten der folgenden Behandlungsmaßnahmen können grundsätzlich von den betroffenen Personen selbstständig durchgeführt werden (z. B. Einnehmen von Medikamenten, Arzt- oder Therapiebesuche oder Insulininjektionen). Auch aufwendigere Behandlungsmaßnahmen, die Fachwissen erfordern, wie die Versorgung eines Stomas oder das Einmalkatheterisieren, selbst das Absaugen, werden von einzelnen Betroffenen selbstständig durchgeführt. Auch in diesem Kapitel ist also vorrangig zu prüfen, ob die Person diese Maßnahmen selbstständig durchführen kann.

Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der Hilfe durch andere Personen dokumentiert (oftmals identisch mit der ärztlich angeordneten Häufigkeit). Wenn Hilfen seltener als einmal monatlich erforderlich sind, ist eine „0“ unter Monat einzutragen.

Unabhängig von allen anderen Angaben ist anzugeben, ob die einzelnen Aktivitäten nur vorübergehend (z. B. aufgrund einer akuten, möglicherweise auch länger anhaltenden Erkrankung) oder dauerhaft, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate, erforderlich sind.

Auch Kinder sollten mit zunehmendem Alter nach und nach selbst (in Teilen) die Verantwortung im Umgang mit krankheits- und/oder therapiebedingten Anforderungen übernehmen. Allerdings sind die damit verbundenen Anforderungen extrem unterschiedlich ausgeprägt, ebenso wie die individuellen personalen Ressourcen, auf die das jeweilige Kind zurückgreifen kann. Es lässt sich beispielsweise nicht begründet festlegen, in welchem Alter ein Kind in der Lage sein muss, sich Insulin zu spritzen oder sich zu katheterisieren.

Zu erfassen ist der derzeitige Umfang der Hilfeleistungen, ggf. sind Schulungsmaßnahmen unter 5.18 zu empfehlen.

5.1 Medikation

Orale Medikation, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen und Medikamentenpflaster. Das Ausmaß der Hilfestellung kann von einmal wöchentlichem Stellen der Medikamente im Wochendispenser bis zu mehrfach täglicher Einzelgabe differieren.

5.2 Injektionen s. c./i. m.

Hier fallen vorrangig subkutane Injektionen Insulin/Heparin etc. an. Zu bewerten ist auch die Versorgung mit Medikamentenpumpen über einen subkutanen Zugang.

5.3 Versorgung intravenöser Zugänge

Hauptsächlich Port-Versorgung, meist fachpflegerisch erforderlich. In Bezug auf den Umgang mit intravenösen Zugängen ist auch die Kontrolle zur Vermeidung von Komplikationen wie Verstopfung des Katheters zu berücksichtigen. Analog ist auch die Versorgung intrathekaler Zugänge hier zu erfassen.

5.4 Absaugen oder Sauerstoffgaben

Absaugen kann bei beatmeten und/oder tracheostomierten Patienten in sehr unterschiedlicher und wechselnder Häufigkeit notwendig sein. Es ist der durchschnittliche Bedarf anzugeben. Hier ist auch das An-/Ablegen von Sauerstoffbrillen oder analog auch von Atemmasken zur nächtlichen Druckbeatmung zu erfassen, einschließlich des Einstellens der Geräte.

5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen

Hier sind alle externen Anwendungen mit ärztlich verordneten Salben, Cremes, Emulsionen etc. abzubilden, außerdem Kälte- und Wärmeanwendungen, die z. B. bei rheumatischen Erkrankungen verordnet werden.

5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen

Umfasst Messungen wie z. B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Flüssigkeitshaushalt, soweit diese auf ärztliche Anordnung erfolgen. Es geht nicht nur darum, die Messung durchzuführen, sondern auch darum, notwendige Schlüsse zu ziehen, etwa zur Festlegung der Insulindosis oder zur Notwendigkeit anderer Maßnahmen wie das Umstellen der Ernährung oder Aufsuchen eines Arztes. Dies gilt beispielsweise auch für Menschen mit erhöhtem Blutdruck, die zur Ergänzung der medikamentösen Therapie und einer Umstellung ihres Lebensstils regelmäßig Blutdruck und Puls kontrollieren.

5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln

Hierunter versteht man beispielsweise das An- und Ablegen von Prothesen, Orthesen, Brille, Hörgerät, orthopädischen Schuhen oder Kompressionsstrümpfen. Der Umgang mit Zahnprothesen bleibt außer Betracht, dieser ist in Modul 4 erfasst.

5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung

Beinhaltet die Versorgung sämtlicher Wunden, z. B. chronische Wunden wie Ulcus cruris oder Dekubitus.

5.9 Wundversorgung bei Stoma

Die Pflege künstlicher Öffnungen, wie Tracheostoma, PEG, suprapubischer Blasenkatheter, Urostoma, Kolo- oder Ileostoma. Nach ärztlicher Verordnung werden die Stomata in unterschiedlichen Intervallen gereinigt, falls nötig mit einem Verband versorgt, beim Kolo-

oder Ileostoma ist der Wechsel der Basisplatte, aber nicht der Beutelwechsel zu berücksichtigen.

5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung/Nutzung von Abführmethoden

Regelmäßige Einmalkatheterisierungen kommen insbesondere bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen vor. Mit Abführmethoden sind Anwendungen von Klistier, Einlauf und digitale Ausräumung gemeint.

5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

Bei vielen Erkrankungen werden aus einer Heilmitteltherapie heraus Anweisungen zu einem Eigenübungsprogramm gegeben, das dauerhaft und regelmäßig durchgeführt werden soll, z. B. krankengymnastische Übungen, Atemübungen oder logopädische Übungen. Des Weiteren sind Maßnahmen zur Sekretelemination zu nennen oder (v. a. bei Kindern mit zentralen Bewegungsstörungen) die Durchführung spezifischer Therapien nach Bobath oder Vojta oder die Durchführung ambulanter Peritonealdialyse (CAPD).

5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung

Gemeint sind hier spezielle Therapiemaßnahmen wie Hämodialyse oder Beatmung, die im häuslichen Umfeld durchgeführt werden können, wenn ständige Überwachung während der Maßnahme durch geschulte Pflegepersonen gewährleistet ist (Sitzwache).

5.13 Arztbesuche

Besuche beim niedergelassenen Hausarzt, Kinderarzt oder beim Facharzt zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken. Wenn Unterstützung auf dem Weg und/oder bei Arztbesuchen erforderlich ist, ist diese in durchschnittlicher Häufigkeit zu erfassen.

5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen

Hier ist das Aufsuchen anderer Therapeuten (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten etc.), von Krankenhäusern (ambulante Behandlung oder Diagnostik) oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu berücksichtigen. Sollte der Zeitaufwand bei der Nutzung dieser Einrichtungen (einschl. Fahrtzeiten) höher als drei Stunden liegen, so ist dies unter Punkt 5.14 zu berücksichtigen.

5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer/therapeutischer Einrichtungen

Bei manchen Erkrankungen kann es notwendig sein, spezialisierte Einrichtungen aufzusuchen, wodurch erhebliche Fahrtzeiten anfallen können. Auch kann es erforderlich sein, sich zeitaufwendiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen zu unterziehen (z. B. onkologische Behandlung bei Kindern oder Dialyse). Sollte der Zeitaufwand bei der Nutzung dieser Einrichtungen (einschl. Fahrtzeiten) unter drei Stunden liegen, so ist dies unter Punkt 5.13 zu berücksichtigen.

5.K Besuch einer Einrichtung zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)**5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften**

Bei manchen Erkrankungen werden bestimmte Diäten verordnet oder andere Verhaltensvorschriften vom Arzt oder Therapeuten vorgegeben. Diese Vorschriften sind im Einzelnen zu benennen. Im Weiteren ist der Grad der Selbstständigkeit bei der Umsetzung zu beurteilen.

5.17 Veränderungen im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen innerhalb der vergangenen drei Monate

Folgende Antworten sind möglich:

- Verbesserung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
- Verschlechterung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
- Zunahme der Anforderungen oder Belastungen
- Keine Veränderung
- Nicht zu beurteilen

5.18 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung der Fähigkeit, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen zu bewältigen?

Wenn Möglichkeiten gesehen werden, sind Mehrfachangaben möglich, z. B.:

- durch Information oder Beratung zur Verbesserung des Wissens um die bestehenden Erkrankungen und damit zusammenhängende Anforderungen (z. B. Krankheitssymptome und adäquate Reaktionen auf eine veränderte Symptomatik);
- durch edukative Maßnahmen/Beratung zum Umgang mit therapiebedingten Anforderungen (z. B. Medikamenteneinnahme, Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften);

- durch Anleitung bzw. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln und medizinischen Geräten.

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

6.1 Den Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen

Nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben den Tagesablauf einteilen und bewusst gestalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten planen und ggf. an äußere Veränderungen anpassen. Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Zu beurteilen ist, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten sie im Laufe des Tages durchführen möchte, z. B. wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist. Der Gutachter kann dies prüfen, indem er sich z. B. den bisherigen oder künftigen Tagesablauf schildern lässt.

Kinder sind in einen Tagesablauf eingebunden, der in erheblichem Maße durch die Eltern und (je nach Alter) durch feste Kindergarten- oder Schulzeiten vorgegeben wird. Eine vollständig eigenständige Gestaltung des Tagesablaufs ist in der Regel nicht gegeben. Geprüft wird das Bewusstsein für Tagesstrukturen und -routinen, das bereits im Kleinkind- und Vorschulalter ausgebildet wird.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann sich bei vorgegebener Tagesstruktur an Zeiten halten, es reichen Erinnerungshilfen an einzelne vereinbarte Termine oder Orientierungshilfen, z. B. durch Anstellen von Radio oder Fernsehapparat zu regelmäßigen Sendungen, z. B. Tagesschau oder Kindersendungen. Die Routineabläufe können weitgehend selbstständig gestaltet werden, bei ungewohnten Veränderungen ist Unterstützung notwendig.

Überwiegend unselbstständig: Die Person benötigt Hilfe beim Planen des Tagesablaufs. Sie ist aber in der Lage, Zustimmung oder Ablehnung zu Strukturierungsangeboten zu signalisieren. Sie kann eigene Planungen häufig nicht einhalten, da diese wieder verges-

sen werden. Deshalb ist über den ganzen Tag hinweg eine Erinnerung bzw. Aufforderung erforderlich.

Unselbstständig: Mitwirkung an der Tagesstrukturierung oder Orientierung an vorgegebenen Strukturen ist nicht möglich.

6.2 Ruhen und Schlafen

Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen, die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, sich ausruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person benötigt ggf. zeitliche Orientierungshilfen beim Wecken oder Aufforderung, schlafen zu gehen, einzelne Hilfen wie z. B. Abdunkeln des Schlafraums oder Hilfe beim Aufstehen oder Zu-Bett-Gehen. Die Nachtruhe ist meist ungestört, nur gelegentlich entsteht nachts ein Hilfebedarf.

Überwiegend unselbstständig: Es treten regelmäßig Einschlafprobleme und/oder nächtliche Unruhe auf, die die Person größtenteils nicht allein bewältigen kann. Deshalb sind regelmäßige Einschlafrituale und beruhigende Ansprache des Nachts erforderlich.

Unselbstständig: Die Person verfügt über keinen oder einen verkehrten Schlaf-Wach-Rhythmus. Dies gilt u. a. für mobile gerontopsychiatrisch erkrankte Personen und auch für Menschen, die keinerlei Aktivitäten ausüben, z. B. im Wachkoma.

6.3 Sich beschäftigen

Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. „Verfügbare Zeit“ ist in diesem Zusammenhang definiert als Zeit, die nicht durch Notwendigkeiten wie Ruhen/Schlafen, Essen, Mahlzeitenzubereitung, Körperpflege, Schule, Arbeit etc. gebunden ist („freie“ Zeit). Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen und/oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung

auszuwählen und durchzuführen (z.B. auch Spielen allein oder mit anderen Kindern, Handarbeiten, Basteln, Bücher, Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer).

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Es ist nur in geringem Maße Hilfe erforderlich, z.B. Erinnerung an gewohnte Aktivitäten, Motivation, Zurechtlegen und Richten von Gegenständen (z.B.: Utensilien wie Bastelmaterial, Fernbedienung, Kopfhörer o. ä.) oder Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (Vorschläge unterbreiten).

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann sich unter Anleitung geringfügig an der Entscheidungsfindung beteiligen, z.B. durch Zustimmung oder Ablehnung. Sie beteiligt sich an angebotenen Beschäftigungen, kann diese aber in der Regel nicht ohne kontinuierliche Begleitung beibehalten.


Unselbstständig: Die Person kann an der Entscheidung nicht nennenswert mitwirken. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen, beteiligt sich nicht nennenswert an angebotenen Beschäftigungen.

6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Längere Zeitabschnitte überschauen und über den Tag hinaus planen. Dies kann beispielsweise anhand der Frage beurteilt werden, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfeste bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, z.B. vorgegebene Strukturen wie Wochen- oder Monatspläne nachvollzogen werden können.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person nimmt sich etwas vor, muss aber erinnert werden, dies auch durchzuführen.



Überwiegend unselbstständig: Die Person plant von sich aus nicht, entscheidet aber mit Unterstützung durch andere Personen. Sie muss an die Umsetzung der eigenen Entscheidungen erinnert werden.

Unselbstständig: Die Person verfügt nicht über Zeitvorstellungen für Planungen über den Tag hinaus, auch bei Vorgabe von Auswahloptionen wird weder Zustimmung noch Ablehnung signalisiert.

6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

Überwiegend selbstständig: Umgang mit bekannten Personen erfolgt selbstständig, zur Kontaktaufnahme mit Fremden ist Anstoß erforderlich z. B. Anregung, zu einem neuen Mitbewohner Kontakt aufzunehmen.

Überwiegend unselbstständig: Die Person ergreift von sich aus kaum Initiative, reagiert aber auf Ansprache. Sie nimmt dabei nicht verbal Kontakt auf, aber deutlich erkennbar durch andere Formen der Kommunikation (Blickkontakt, Mimik/Gestik).

Unselbstständig: Person reagiert kaum auf Ansprache. Auch nonverbale Kontaktversuche (z. B. Berührungen) führen zu keiner nennenswerten Reaktion.

6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn gestalten (aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen). Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit einfachen technischen Kommunikationsmitteln wie dem Telefon umgehen zu können (Besuche verabreden oder Telefon-, Brief- oder Mail-Kontakte).

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann planen, braucht aber Hilfe beim Umsetzen wie z. B. Erinnerungszettel bereitlegen oder Telefonnummern mit Namen (ggf. mit Bild) versehen, Erinnern und Nachfragen, ob Kontakt hergestellt wurde, oder Erinnern an Terminabsprachen. Pflegeperson wählt die Telefonnummer, die Person führt dann das Gespräch. Oder die Person beauftragt die Pflegeperson, ein Treffen mit Freunden/Bekannteten zu verabreden.

Überwiegend unselbstständig: Die Kontaktgestaltung der Person ist eher reaktiv. Sie sucht von sich aus kaum Kontakt, wirkt aber mit, wenn beispielsweise die Pflegeperson die Initiative ergreift. Ein Kind freut sich über Kontakt zu anderen Kindern, Spiele finden allerdings noch nicht gemeinsam, sondern nebeneinander her statt.

Unselbstständig: Die Person nimmt keinen Kontakt auf und reagiert nicht auf Anregungen zur Kontaktaufnahme.

7. Außerhäusliche Aktivitäten

Fortbewegen im außerhäuslichen Bereich

Hier sind sowohl die motorischen Fähigkeiten als auch die örtliche Orientierungsfähigkeit sowie Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen.

7.1 Verlassen der Wohnung/des Wohnbereichs

Die Fähigkeit, den konkreten individuellen Wohnbereich verlassen zu können, also von den Wohnräumen bis vor das Haus gelangen zu können. Unterschieden werden die Ausprägungsgrade:

- selbstständig (ohne Begleitung);
- überwiegend selbstständig - punktuelle personelle Hilfe erforderlich, z. B. beim Überwinden von Treppenstufen, Bereitstellen eines Rollstuhls, Öffnen der Türe, Bedienen eines Fahrstuhls oder Treppenlifts erforderlich;
- (überwiegend) unselbstständig, aber mit Unterstützung einer Person möglich;
- (überwiegend) unselbstständig, nur mit Unterstützung von mindestens zwei Personen möglich.

7.2 Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl)

Die Fähigkeit, sich in einem Bewegungsradius von ca. 500 Metern sicher und zielgerichtet zu bewegen. Gemeint ist der Umkreis, der von den meisten Menschen üblicherweise zu Fuß bewältigt wird, z. B. für kurze Spaziergänge an der frischen Luft oder um Nachbarn, Bäcker etc. aufzusuchen. Die Person kann dabei ein Hilfsmittel (z. B. Stock, Rollator, Rollstuhl) benutzen. Unterschieden werden die Ausprägungen:

- selbstständig (ohne Begleitung);
- nur auf gewohnten Wegen selbstständig;
- auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich;
- auch mit personeller Hilfe nicht möglich.

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Nahverkehr)

In einen Bus oder eine Straßenbahn einsteigen und an der richtigen Haltestelle wieder aussteigen (Nahverkehr). Vorgegeben sind die Ausprägungen:

- selbstständig (ohne Begleitung);
- auf nur gewohnten Strecken selbstständig;
- auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich;
- auch mit personeller Hilfe nicht möglich.

7.4 Mitfahren in einem Pkw/Taxi

Ein- und Aussteigen in einen Pkw und Selbstständigkeit während der Fahrt. Die Beaufsichtigung während der Fahrt ist aus Sicherheitsgründen zu berücksichtigen. Schließt die Benutzung eines Taxis ein, allerdings soll die Frage, ob jemand telefonisch ein Taxi ordern kann oder nicht, bei der Bewertung unberücksichtigt bleiben. Ausprägungen:

- selbstständig;
- benötigt nur Hilfe beim Ein- und Aussteigen (Hilfsperson zusätzlich zum Fahrer während der Fahrt ist nicht erforderlich);
- benötigt Hilfsperson (auch) während der Fahrt mit dem Pkw/Taxi (zusätzlich zum Fahrer);
- Fahren in einem Pkw/Taxi ist nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig.

Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)

Hier ist nur die selbstständige Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten zu berücksichtigen. Zur Einschätzung wird eine modifizierte und vereinfachte Fassung der Selbstständigkeitsskala verwendet:

Teilnahme selbstständig möglich: Die Person kann ohne Begleitung an außerhäuslichen Aktivitäten teilnehmen.

Nicht selbstständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich: Die Person benötigt zur Teilnahme an einer Aktivität und ggf. auch während der Aktivität eine Begleitperson.

Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich.

Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht bzw. nicht erforderlich): Wenn außerhäusliche Aktivitäten nicht stattfinden, aber gewünscht werden, ist zu bewerten, ob eine solche Aktivität mit personeller Hilfe möglich wäre.

7.5 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

Hier geht es um die Teilnahme an Veranstaltungen, bei denen in der Regel eine größere Anzahl an Personen versammelt ist. Dazu gehören beispielsweise Veranstaltungen wie Theater, Konzert, Gottesdienst oder Sportveranstaltungen. Zur Teilnahme gehört die Fähigkeit, sich längere Zeit selbstständig oder in Begleitung in einer größeren Ansammlung von Menschen aufhalten zu können.

7.6 Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagespflege

Hierbei geht es um Lebensbereiche, die der Bildung, Arbeit und Beschäftigung dienen. Bei einigen dieser Aktivitäten übernehmen in der Regel andere Betreuungspersonen in den entsprechenden Einrichtungen beaufsichtigende und ggf. steuernde Funktionen.

Solche Aktivitäten kommen nur bei bestimmten Personen vor, daher ist die vierte Ausprägung ergänzt um „nicht erforderlich“.

Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht bzw. nicht erforderlich).

7.7 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Damit sind soziale Aktivitäten außerhalb des engeren Familienkreises gemeint. Hierunter fallen Besuche bei Freunden oder Verwandten, Treffen mit anderen Kindern auf dem Spielplatz sowie die Teilnahme an Sitzungen in Vereinen, politischen Parteien oder Selbsthilfegruppen.

8. Haushaltsführung

Das Modul Haushaltsführung entfällt bei Kindern.

8.1 Einkaufen für den täglichen Bedarf

Einkäufe für den täglichen Bedarf (z. B. Lebensmittel, Hygieneartikel, Zeitung) tätigen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität noch überwiegend selbstständig durchführen, wenn z. B. ein Einkaufszettel erstellt oder bei der Erstellung geholfen wird. Überwiegend selbstständig ist auch eine Person, die lediglich Hilfe beim Tragen schwerer Einkäufe in die Wohnung benötigt.

Überwiegend unselbstständig: Es sind beispielsweise Begleitung und Beratung bei Einkäufen erforderlich, oder größere Einkäufe müssen übernommen werden, Brötchen/Zeitung kann noch selbst besorgt werden. Oder die Person kann zwar selber nichts aus den Regalen nehmen, gibt aber Anweisungen, was eingekauft werden soll.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.2 Zubereitung einfacher Mahlzeiten

Vorbereitete Speisen erwärmen können, je nach individuellen Gegebenheiten auf dem Herd, im Backofen oder im Mikrowellengerät, oder nach individuellen Gewohnheiten einfache Mahlzeiten zubereiten. Dies umfasst die Zubereitung eines Heißgetränks oder kleiner Speisen wie z. B. eines Spiegeleis. Ebenso sind das Entnehmen der Speisen aus dem

Aufbewahrungsort und -behälter sowie das Belegen von Brotscheiben oder Brötchen, Zerkleinern von Obst, Öffnen von Joghurtbechern und Konserven zu berücksichtigen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität noch überwiegend selbstständig durchführen, wenn zeitliche Orientierungshilfen oder schriftliche Anweisungen gegeben werden oder aus Sicherheitsgründen beobachtet wird, ob der Herd wieder ausgeschaltet oder korrekt mit der Kaffeemaschine umgegangen wird.

Überwiegend unselbstständig: Personelle Hilfe ist z. B. erforderlich bei der Zubereitung aller heißen Speisen und Getränke, die Person kann aber noch ein Brot belegen.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.3 Einfache (leichte) Aufräum- und Reinigungsarbeiten

Einfache und körperlich leichte Haushaltstätigkeiten, wie z. B. Tisch decken/abräumen, Spülen, Spülmaschine nutzen, Wäsche falten, Staub wischen. Für die Bewertung ist unerheblich, ob diese Tätigkeiten von Pflegepersonen oder Einrichtungen übernommen werden.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person muss z. B. erinnert werden bzw. es muss kontrolliert werden, ob die genannten Tätigkeiten auch wirklich durchgeführt wurden und ggf. muss eine Aufforderung zur Vervollständigung gegeben werden.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann sich beteiligen. Einzelne Aspekte wie beispielsweise Tisch decken oder das Ausräumen der Spülmaschine können unter ständiger Anleitung noch durchgeführt werden

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.4 Aufwendige (schwere) Aufräum- und Reinigungsarbeiten

Aufwendige Haushaltstätigkeiten, wie z. B. Böden wischen, Staubsaugen, Fenster putzen, Wäsche waschen, Bett beziehen, Müll entsorgen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person muss z. B. erinnert werden bzw. es muss kontrolliert werden, ob die genannten Tätigkeiten auch wirklich durchgeführt wurden und ggf. muss eine Aufforderung zur Vervollständigung gegeben werden.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann sich bei einzelnen Aspekten wie beispielsweise der Entsorgung von Mülltüten beteiligen, benötigt dafür aber ständige Anleitung.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.5 Nutzung von Dienstleistungen

Pflegerische oder haushaltsnahe Dienstleistungen (wie Pflegedienst, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Wäscherei, Handwerker, Friseur oder Fußpflege) organisieren und steuern.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person kann die Aktivität noch überwiegend selbstständig durchführen, muss aber gelegentlich erinnert werden bzw. es muss kontrolliert werden, ob geplante Telefonate auch durchgeführt wurden.

Überwiegend unselbstständig: Die Person kann sich beispielsweise an Entscheidungen beteiligen, die Umsetzung aber nicht mehr selbst organisieren.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.6 Regelung finanzieller Angelegenheiten

Alltägliche finanzielle Angelegenheiten erledigen (z. B. Führen eines Girokontos, Mietzahlungen vornehmen) oder entscheiden, ob z. B. genügend Bargeld im Haus ist, eine Rechnung bezahlt werden muss und ggf. die dazu notwendigen Schritte einleiten oder durchführen.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person ist in der Lage, über finanzielle Angelegenheiten zu entscheiden, muss aber andere mit der Ausführung beauftragen, oder sie benötigt vermehrt Erklärungen, entscheidet danach aber selbst.

Überwiegend unselbstständig: Die Person entscheidet nur noch selten selbstständig.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.7 Regelung von Behördenangelegenheiten

Gemeint ist der Umgang mit staatlichen und kommunalen Behörden sowie Sozialversicherungsträgern. Hierzu gehört z. B. auch die Entscheidung, ob ein Antrag gestellt oder ein Behördenbrief beantwortet werden muss, und ggf. die Einleitung notwendiger Schritte.

Selbstständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbstständig: Die Person ist in der Lage, über Behördenangelegenheiten zu entscheiden, benötigt aber Hilfe z. B. beim Ausfüllen von Dokumenten, oder sie benötigt vermehrt Erklärungen, entscheidet danach aber selbst.

Überwiegend unselbstständig: Die Person entscheidet nur noch selten selbstständig.

Unselbstständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

Präventionsbedarf

Eine standardisierte Erfassung erfolgt hier mit einer dreistufigen Skala:

0 = Risiko besteht nicht bzw. ist noch nicht aufgetreten

1 = Risiko besteht

2 = Risiko besteht und erfordert umgehende Maßnahmen

Es werden die folgenden sieben Bereiche erfasst:

C.1 Sturzrisiko

Die Risikofaktoren für Stürze werden unterteilt in intrinsische Faktoren, zu denen Funktionseinbußen und -beeinträchtigungen, Sehbeeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Kognition und Stimmung, Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen, Ausscheidungsverhalten, Angst vor Stürzen und Sturzvorgeschichte gehören, und extrinsische Risikofaktoren wie die Verwendung von Hilfsmitteln, Schuhe, Medikamente, umgebungsbezogene Gefahren wie Beleuchtung, Bodenbeschaffenheit, Stolperfallen und mangelnde Haltemöglichkeiten.

C.2 Dekubitusrisiko

Im Rahmen der Begutachtung soll das Risiko für die Entstehung eines Dekubitus ohne eine entsprechende Skala, sondern allein aufgrund der bekannten Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus eingeschätzt werden. Ein Dekubitus entsteht durch den Zusammenhang von Druck, der auf eine Körperstelle ausgeübt wird, und Zeitspanne, über die der Druck ausgeübt wird. Hauptrisikofaktor ist daher die beeinträchtigte Mobilität, die dazu führt, dass ein Mensch nicht aus eigener Kraft für eine Druckentlastung sorgen kann. Als weitere Risikofaktoren wurden identifiziert: Einschränkungen des Körperempfindens, durch die die Entstehung eines Dekubitus nicht wahrgenommen werden kann, der Ernährungs- und Hautzustand sowie das Wirken von Reibungs- und Scherkräften, bei denen Teile der Haut in jeweils unterschiedliche Richtungen bewegt werden (wenn z. B. jemand im Bett hochgezogen wird).

C.3 Dehydrationsrisiko

Für die Einschätzung des Dehydrationsrisikos sind das Durstempfinden, die Trinkgewohnheiten, vermehrte Flüssigkeitsausscheidung über Blase und Darm oder vermehrtes

Schwitzen zu beachten. Zudem sind Anzeichen wie trockene Schleimhäute und verminderter Hautturgor zu beachten.

C.4 Anzeichen für Mangelernährung

Für eine Grobeinschätzung der Ernährungssituation werden üblicherweise der Body-Mass-Index (BMI), Veränderungen des Körpergewichts sowie Veränderungen der Nahrungsmenge und des Nahrungsbedarfs ermittelt. Weitere Risiken für eine adäquate Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sind gesundheitliche oder funktionelle Beeinträchtigungen wie Schluckstörungen, Kaustörungen, Funktionseinschränkungen der Hände und Arme sowie kognitive Beeinträchtigungen, die größtenteils in der Anamnese- und Befunderhebung erfragt werden.

C.5 Anzeichen für Alkohol-/Drogenmissbrauch

Die Einschätzung des Risikos eines Alkohol- oder Drogenmissbrauchs bezieht sich auf das offensichtliche Vorhandensein eines solchen Missbrauchs. Die Gutachter sollen dabei keine Mutmaßungen über den eventuellen Konsum anstellen, sondern das Risiko anhand offensichtlicher Faktoren (Alkoholgeruch, alkoholisierte Zustand der zu begutachtenden Person oder der Pflegepersonen, offensichtliches Vorhandensein von Drogen) einschätzen.

C.6 Probleme in der Medikamentenversorgung

Probleme in der Medikamentenversorgung gehen mit verschiedenen Risiken einher. So kann es zur Beeinträchtigung therapeutischer Ziele beitragen, wenn verschriebene Medikamente nicht in der richtigen Dosierung zur richtigen Zeit eingenommen werden. Ebenso bestehen Gefahren bei der Einnahme von Medikamenten in zu hoher Dosierung, und letztlich kann es auch in der Interaktion verschiedener Medikamente zu chemischen Reaktionen mit Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand kommen.

C.7 Krankheitsbezogene Risiken, die näher spezifiziert werden müssen

Dieser Bereich bezieht sich auf das Vorhandensein bereits aufgetretener oder latent vorhandener Komplikationen bei bestimmten Erkrankungen. Das Vorliegen einer Erkrankung wird in der Befunderhebung festgestellt. Hier geht es darum, ob damit einhergehende Probleme für die begutachtete Person ein Risiko mit sich bringen. Ein Beispiel ist die Hyper- oder Hypoglykämie bei vorliegendem Diabetes mellitus. Auch eine ausgeprägte Anfalls- oder Krampfeigung wäre hier zu erfassen. Die Einschätzung soll Hinweise auf

notwendige Interventionen geben, die edukativer, unterstützender oder auch kompensatorischer Art sein können.

Ergebnisse und Empfehlungen

Über die auf die einzelnen Module bezogenen Abklärungsschritte hinaus wird der Gutachter dazu aufgefordert, nach Beendigung seiner Feststellungen eine zusammenfassende Einschätzung vorzunehmen und entsprechende Empfehlungen zu formulieren.

D.1 Präventive Maßnahmen

Aus den Ergebnissen des Punktes C können sich Hinweise auf präventive Maßnahmen ergeben, die hier näher zu erläutern sind.

D.2 Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit

Dazu gehören:

- erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2),
- problematische Verhaltensweisen (Modul 3),
- geringe körperliche Belastbarkeit,
- fehlende Motivation und
- ggf. andere Faktoren (z. B. anstehende Operation).

Diese Hinweise können gegen eine Rehabilitation sprechen, jedoch ist keiner der genannten Gründe ein generelles Kriterium, das eine Rehabilitationsleistung ausschließt.

D.3 Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

Erst aus einer Gesamtbetrachtung kann der Gutachter Empfehlungen ableiten. Auf der Grundlage der Einschätzungsergebnisse ist zu beurteilen, ob ein Verbesserungspotenzial und ggf. ein Rehabilitationsbedarf besteht, ob das individuelle Zustands- und Verhaltenprofil der Rehabilitationsfähigkeit entgegensteht und welche Sachverhalte für die Rehabilitationsprognose zu beachten sind. Umgekehrt führt auch die Feststellung von Verbesserungsmöglichkeiten, die für die vier Module vorgenommen wird, nicht automatisch zur Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme. Nur wenn über die kurative Behandlung hinaus der multidimensionale interdisziplinäre Ansatz der Rehabilitation erforderlich und erfolgversprechend ist, sind Rehabilitationsmaßnahmen zu empfehlen.

Kann eine Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen werden, so sind diese zu konkretisieren und zu erläutern. Es sind Empfehlungen möglich für eine:

- ambulante indikationsspezifische Rehabilitation,
- stationäre indikationsspezifische Rehabilitation,
- ambulante geriatrische Rehabilitation oder
- stationäre geriatrische Rehabilitation.

Weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit wird empfohlen:

Kann auch im Konsil zwischen pflegfachlichen und ärztlichen Gutachtern nicht abschließend über die Rehabilitationsbedürftigkeit entschieden werden, so ist anzugeben, welche Schritte zur weiteren Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit einzuleiten sind, z. B. Anforderung fehlender Unterlagen oder Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.

Einleitung von Maßnahmen wird nicht empfohlen:

Folgende Begründungen können vorliegen:

- Keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar
- Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ist ausreichend
- Wirkung einer gerade abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme sollte abgewartet werden
- Andere Maßnahmen sind ausreichend, diese sind unter D.4-D.7 zu erläutern
- Andere Gründe

D.4-D.7 Andere Empfehlungen

In diesem Abschnitt sollen bei Bedarf Empfehlungen zu folgenden Punkten formuliert werden:

- Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung
- Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen im Wohnumfeld
- Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation
- Sonstige Empfehlungen

Ergänzend ist auf folgende Punkte hinzuweisen, die dem bisherigen Begutachtungsverfahren entsprechen und nach der derzeit gültigen Begutachtungsrichtlinie zu bearbeiten sind:

Begutachtungs-
manual
(Version 1.0)

- Pflegeaufwand der Pflegepersonen (wöchentlich)
- Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?
- Ist vollstationäre Pflege erforderlich?
- Prognose/Wiederholungsbegutachtung

D. Schulungskonzept für die Gutachter in der Erprobungsphase

Gliederung der Schulung

1. Selbststudium im Vorfeld übersandter Unterlagen (s. Materialien)
2. Eine halb- oder ganztägige Schulung in Gruppen
3. „Zertifikatserwerb“ nach korrekter Bewertung von drei Musterfällen

Schulungsmaterialien

Begutachtungsmニュアル, Erhebungsbogen, drei Musterfälle

Notwendige Qualifikation

Die Konzeption des Begutachtungsinstruments erfordert es, dass die Teilnehmer über eine Qualifikation als anerkannte Pflegefachkraft oder Arzt und eine mehrjährige praktische Berufserfahrung sowie über nachgewiesene sozialmedizinische Kenntnisse verfügen. Zusätzlich ist eine ausreichende Kenntnis der aktuellen Regelungen des Pflegegesetzes erforderlich.

Allgemeine Konzeption

Die Schulung beginnt mit einem Selbststudium der Schulungsunterlagen (Teil 1). Hieran schließt sich eine praktische halb- oder ganztägige Gruppenschulung für das Begutachtungsinstrument mit allgemeinen sowie speziellen Erläuterungen und der Erörterung zahlreicher Fallbeispiele an. Da eine sachgerechte und qualifizierte Anwendung des Instruments das zuvor skizzierte Qualifikationsprofil erfordert, muss im Rahmen der Erprobungsstudie bei der Gruppenschulung (Teil 2A) davon ausgegangen werden, dass alle Teilnehmer bereits mit den Modalitäten und der praktischen Durchführung und Erhebung einer Krankheits- und Pflegeanamnese bzw. einer pflegebezogenen Informationssammlung und Befunderhebung im Sinne des Pflegegesetzes hinreichend vertraut sind. Für Gutachter, die bereits regelmäßig selbstständig Pflegegutachten erstellen, ist eine halbtägige Schulung ausreichend.

Für Teilnehmer, die noch keine Pflegebegutachtung durchgeführt haben, ist zur Einführung eine ganztägige Schulung erforderlich. Sie unterscheidet sich von Teil 2A dadurch,

dass hier Punkt 3 der nachfolgend dargelegten Schulungsinhalte nicht nur „synoptisch/wiederholend“, sondern ausführlich und intensiv inklusive aktueller Fallbeispiele geschult wird. Im Anschluss an den Schulungstag sind die ersten Begutachtungen unter Anleitung eines Tutors durchzuführen. (Die Einarbeitungskonzepte für neue Pflegegutachter umfassen eine Lernphase von mehreren Monaten.)

Teil 2 umfasst die folgenden Schulungsinhalte:

1. Vorstellung der Begutachtungsphilosophie
2. Konzeption des Begutachtungsverfahrens und des Instruments
3. Informationssammlung und Befunderhebung in der Pflegebegutachtung
4. Grundsätzliche Unterschiede zwischen altem und neuen Verfahren
5. Vorstellung des neuen Gutachtenformulars
6. Spezielle Erläuterung des Erhebungsbogens und der Module sowie des Manuals anhand von vielfältigen konkreten Beispielen aus der Begutachtungspraxis, ggf. auch anhand von Beispielen in Kleingruppen
7. Klärung und Beantwortung verbliebener Fragen

Die Schulung endet (Teil 3) durch die praktische Bearbeitung von drei Musterfällen, anhand derer die korrekte Anwendung des Instruments durch den jeweiligen Teilnehmer geprüft wird. Dies kann „klassisch“ (Papierversion) oder via Internet (z. B. Homepage einer der Projektpartner) erfolgen. Durch den individuellen Nachweis einer korrekten Anwendung des Begutachtungsinstruments im Rahmen der drei Fallbeispiele erwerben die Teilnehmer ein Zertifikat.

Schulungsschwerpunkte

In Bezug auf die Bewertungssystematik des neuen Begutachtungsinstruments ist es besonders wichtig, den Gutachtern im Rahmen der Schulung ein grundlegendes Verständnis für die dem Assessment zugrunde liegende Begutachtungsphilosophie zu vermitteln. Ebenso ist es notwendig, nicht nur innerhalb der Studie der Hauptphase 2 des Modellprojekts den Gutachtern bei einer Einführung in dieses Begutachtungsverfahren die wesentlichen Unterschiede zum bisherigen Verfahren aufzuzeigen. Die wichtigsten Veränderungen betreffen hier das „eigentliche“ Assessment zur Erfassung der individuellen Pflegebedürftigkeit.

Es ist allerdings ebenso erforderlich, den Gutachtern zu vermitteln, dass grundlegende Bereiche des bisherigen Verfahrens weiterhin unverzichtbar sind, wie die Informationssammlung und Anamneseerhebung, die Begehung des Wohnumfelds, die Sichtung und Auswertung vorliegender medizinischer Unterlagen und der Pflegedokumentation sowie die Untersuchung des Antragstellers durch den Gutachter und der abschließende Empfehlungsteil. Insbesondere für die erfahrenen Pflegegutachter wird in dieser Schulung der Schwerpunkt auf die korrekte und einheitliche Durchführung des neuen Bewertungsinstrumentes gelegt werden.

Unterschiede zum bisherigen Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Das neue Instrument erlaubt eine umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit. Die gutachterliche Erhebung mit dem neuen Instrument geht somit über den Hilfebedarf bei den bislang abschließend definierten Alltagsverrichtungen deutlich hinaus. Der bisher ausgeklammerte persönliche Hilfebedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung wird einbezogen. Deshalb ist es wichtig, in der Schulung v. a. die folgenden Inhalte ebenso wie Unterschiede zum bisherigen Verfahren zu vermitteln:

Das neue Begutachtungsinstrument erfasst sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitive/psychische Einbußen sowie Verhaltensauffälligkeiten, aus denen ein spezifischer individueller Unterstützungsbedarf resultiert und/oder die für die alltägliche Durchführung der Pflege ein erhebliches Erschwernis darstellen können. Hierbei ist nun auch die Teilnahme an sozialen, kulturellen und weiteren außerhäuslichen Aktivitäten zu berücksichtigen, sodass diese Aktivitäten bei der Anamneseerhebung und Informationssammlung mit einzu beziehen sind. Es soll deshalb bereits am Anfang der Schulung aufgezeigt werden, dass im Unterschied zum bisherigen Begutachtungsverfahren der Bemessungsmaßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nun nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern allein der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen ist und dass die Gutachter sich somit künftig davon lösen müssen, Hilfeleistungen nach Häufigkeit und Zeitumfang zu bemessen.

Ebenso ist es wichtig, den Gutachtern bereits zu diesem Zeitpunkt zu vermitteln, dass es hierbei unerheblich ist, ob einzelne Aktivitäten tatsächlich vorkommen und dass allein bewertet werden soll, ob oder in welchem Umfang eine Person eine Aktivität selbststän-

dig durchführen könnte. Es ist aufzuzeigen, dass die Begutachtung auf die Erkennung von Selbstständigkeitseinbußen hinzielt und dass Kontextfaktoren, beispielsweise besondere individuelle Wohnumfeldbedingungen oder Lebensgewohnheiten, hierbei in den Hintergrund treten.

Die Gutachter sollen lernen, dass Selbstständigkeit hier definiert ist als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen, durchzuführen und dass es ohne Bedeutung ist, ob hierzu Hilfsmittel verwendet werden müssen. Als selbstständig gilt eine Person somit auch, wenn sie die jeweilige Handlung bzw. Aktivität unter Nutzung von Hilfsmitteln ohne eine Hilfe durch andere Personen durchführen kann. Zu bewerten ist also, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. In der Regel sind dazu nicht nur motorische Funktionen, sondern auch kognitive Fähigkeiten erforderlich.

Bewertungssystematik

Im praktischen Schulungsteil soll den Teilnehmern insbesondere aufgezeigt werden, wie mit dem neuen Verfahren die Selbstständigkeit in mehreren Modulen mittels der folgenden vierstufigen Skala bewertet wird. Sie umfasst die Ausprägungen:

- 0 - selbstständig
- 1 - überwiegend selbstständig
- 2 - überwiegend unselbstständig
- 3 - unselbstständig

Bei der Anwendung dieser Skala soll der Gutachter lernen, immer erst auf der Grundlage seiner anamnestischen Erhebungen und seiner persönlichen Untersuchungen anhand der konkreten Frage zu beurteilen, ob die begutachtete Person:

- 0 - die gesamte Aktivität selbstständig
- 1 - den größten Teil der Aktivität durchführen kann
- 2 - ob sie sich nur noch mit einem geringen Anteil an der Aktivität beteiligen kann
- 3 - keinen nennenswerten Anteil mehr an der Aktivität einbringen kann

Er soll vermittelt bekommen, dass nur, wenn die Beurteilung dieser Frage mit Unsicherheit verbunden ist, d. h., die Fähigkeiten der begutachteten Person primär keiner der ge-

nannten Graduierungen eindeutig zugeordnet werden können, diese Einschätzung in einem zweiten Schritt anhand der im Einzelfall erforderlichen Form der Unterstützung oder durch einen Abgleich mit den beispielhaften Erläuterungen im Begutachtungsmanual vorgenommen werden soll. In Bezug auf diese Systematik ist es wichtig, dass die Gutachter ebenfalls ein Verständnis dafür entwickeln, dass in allen Fällen, in denen auch dann keine eindeutige Zuordnung möglich ist, die Graduierung mit dem geringeren Selbstständigkeitsniveau bzw. dem höheren Hilfebedarf zu wählen ist.

Module und Lebensbereiche

In diesem Teil der Schulung werden anhand des Begutachtungsmanuals und des Erhebungsbogens die Module und ihre Items näher erläutert. Hierbei soll insbesondere vermittelt werden, dass für die einzelnen Module nur exemplarische elementare Aktivitäten ausgewählt wurden, denen für den jeweiligen Bereich eine besondere Bedeutung im Hinblick auf die individuelle Selbstständigkeit zukommt und dass eine Erfassung sämtlicher hier vorkommender Aktivitäten nicht gewollt und entbehrlich ist, da eine Aufsummierung von Pflegezeiten zur Bemessung der Pflegestufe entfällt. Hierzu findet sich im Begutachtungsmanual für jedes Item eine allgemeine Definition, anhand derer der Gutachter seine Bewertung vorzunehmen hat. Die angefügten Erläuterungen zu den jeweiligen Ausprägungsgraden sind hierbei sämtlich nur Beispiele, die nicht in jedem Einzelfall Anwendung finden können. Im Rahmen der Schulung werden hierzu verschiedene Fallkonstellationen erarbeitet.

In Bezug auf das Verständnis der Bewertungssystematik ist es wichtig, dass die Gutachter im Rahmen der Schulung insbesondere für die folgenden Besonderheiten der einzelnen Module sensibilisiert werden:

1. Mobilität

Bei diesem Modul ist im Gegensatz zu den meisten anderen Modulen bei der innerhäuslichen Mobilität nur die motorische Funktionsfähigkeit bei der Bemessung der Selbstständigkeit zu berücksichtigen.

Demgegenüber müssen bei der außerhäuslichen Mobilität in Modul 7 auch Sicherheitsaspekte und die räumliche Orientierung vom Gutachter berücksichtigt werden.

Schulungskonzept
für die Gutachter
in der
Erprobungsphase

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul werden keine Aktivitäten, sondern geistige Funktionen beurteilt, weshalb eine andere Bewertungsskala genutzt wird. Diese misst ebenfalls vierstufig die Ausprägung der Beeinträchtigung der jeweils genannten Funktion:

Die Fähigkeit ist:

- 0 - vorhanden/unbeeinträchtigt
- 1 - größtenteils vorhanden
- 2 - in geringem Maße vorhanden
- 3 - nicht vorhanden

Da es unmöglich ist, zu allen kognitiven Fähigkeiten allgemein gültige Beispiele für alle Merkmalsausprägungen zu finden, hat sich der Gutachter hier in seiner Beurteilung an der Lebenswelt der begutachteten Person zu orientieren und hierbei die Handlungen, Entscheidungen oder Informationen zugrunde zu legen, die Bestandteil des Alltagslebens der jeweiligen Person sind oder waren. Dies wird anhand von Fallbeispielen erläutert.

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Die Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen wird in diesem Modul mit einer weiteren vierstufigen Skala erfasst. Sie besitzt die nachfolgenden Merkmalsausprägungen, deren Anwendung an Beispielen eingeübt wird:

- 0 - nie
- 1 - selten, d. h. maximal einmal wöchentlich
- 2 - häufig, d. h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
- 3 - täglich

4. Selbstversorgung

Dieses Modul ist den Gutachtern aus dem bisherigen Verfahren bereits vertraut. Es ergeben sich hier im Vergleich aber dennoch gravierende Unterschiede, da nicht mehr Pflegezeiten, sondern nur noch exemplarische Aktivitäten und außerdem nun nicht mehr alle pflegerischen Handlungen erfasst werden. Einzelne Aktivitäten sind zusammengefasst worden, da anhand des Kämmens, Rasierens und Zähneputzens gleiche Fähigkeiten geprüft werden und es nicht mehr darauf ankommt, ob und in welchem Umfang diese Aktivitäten real vorkommen (Rasieren bei Frauen) oder welchen zeitlichen Umfang sie erfordern (Kämmen je nach individueller Frisur).

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen

In diesem Modul geht es vorrangig um die Einschätzung, ob eine Person spezifische krankheitsbedingte Anforderung selbstständig bewältigen kann. Dazu ist zunächst zu prüfen, ob die jeweilige Maßnahme ärztlich verordnet ist. Nur wenn eine Person diese Maßnahmen nicht selbstständig durchführen kann, ist die Häufigkeit der hierfür notwendigen Hilfe anzugeben. Die Liste dieser Maßnahmen ist nicht abschließend. Eventuell nicht aufgeführte Maßnahmen soll der Gutachter einem inhaltlich passenden Bereich zuordnen.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Dieses Modul bezieht sich bis auf das Item 6.2 „Ruhen und Schlafen“ auf Lebensbereiche, die bei der bisherigen Begutachtung weitgehend ausgeklammert waren. Wie in Modul 2 soll sich der Gutachter bei seiner Beurteilung hier an der Lebenswelt des Einzelnen orientieren. Es soll deshalb hierbei im Bereich der Tages- und Lebensgestaltung, der Beschäftigung und der sozialen Kontakte nur diejenigen Aktivitäten zugrunde legen, die auch bisher schon zu den biografiebedingten Bestandteilen des Alltagslebens der jeweiligen Person gehören. Dies wird im Rahmen der Schulung ebenfalls anhand von Beispielen eingeübt.

7. Fortbewegen im außerhäuslichen Bereich und damit verbundene Aktivitäten

In diesem Bereich sind für die Items 7.1 bis 7.4 sowohl die motorischen Fähigkeiten als auch die örtliche Orientierungsfähigkeit sowie die hiermit verbundenen Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. Demgegenüber erfolgt in den weiteren Items dieses Moduls eine Beurteilung ohne weitere Berücksichtigung der hiermit eventuell verbundenen Wegstrecken. Wie in Modul 2 und 6 hat der Gutachter sich bei der Beurteilung der im Modul genannten außerhäuslichen Aktivitäten an der bisherigen Lebenswelt des Einzelnen zu orientieren. Dies wird gleichfalls anhand von Fallbeispielen erläutert.

8. Haushaltsführung

Dieser Bereich geht über die bisher berücksichtigte „Hauswirtschaftliche Versorgung“ hinaus. Es werden zusätzlich die Bereiche „Regelung von Dienstleistungen“, „finanziellen und behördlichen Angelegenheiten“ erfasst. Besonders zu schulen sind hier die Auswirkungen, die sich für die genannten Aktivitäten aus dem Zusammenspiel von motorischen und kognitiven Fähigkeiten bzw. aus festgestellten hierbei konkret bestehenden Beeinträchtigungen ergeben können. Auch in diesem Modul geht es um die Fähigkeit des Be-

troffenen, diese Aktivitäten grundsätzlich durchführen zu können, unabhängig davon, ob ihm diese Handlungen, beispielsweise durch die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung, real bereits abgenommen werden.

Erfassung des Risikoprofils

Die in diesem Modul erfassten Items wurden direkt oder indirekt im bisherigen Verfahren von den Gutachtern zwar bereits an unterschiedlichen Stellen bei ihrer Informationssammlung und Befunderhebung erfasst und bei Bedarf auch bewertet, wenn sie für die Pflege- und Versorgungssituation relevant waren, bislang aber noch nicht regelhaft immer alle bewertet. Anhand von Fallbeispielen soll die Anwendung der neuen dreistufigen Skala zur systematischen Dokumentation präventionsrelevanter Aspekte und hieraus eventuell resultierender Empfehlungen oder Maßnahmen eingeübt werden.

Erfassung des Rehabilitationsbedarfs

Die positive Beurteilung bzw. Empfehlungen zum Rehabilitationsbedarf waren bereits Bestandteil des alten Verfahrens. Das neue Instrument ermöglicht zu dieser Fragestellung nicht nur eine differenziertere Beurteilung und Bewertung, sondern verlangt in Modul 1 (Mobilität), Modul 2 (Kognition), Modul 4 (Selbstversorgung) und Modul 5 (Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) unter diesem Aspekt immer eine konkrete Stellungnahme des Gutachters zu möglichen Verbesserungen. Darüber hinaus ist der Gutachter in Modul 9 (Zusammenfassende Einschätzung der Verbesserungsmöglichkeiten und Empfehlungen) gezwungen, eine explizite begründete Stellungnahme zur Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsbedürftigkeit sowie zu anderen Empfehlungen abzugeben. Die Möglichkeiten und Grenzen einer sachgerechten Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs im Rahmen der Pflegebegutachtung soll den Gutachtern sowohl allgemein als auch anhand konkreter Fallbeispiele vermittelt werden.

Besonderheiten bei Kindern

Die vorherigen Ausführungen zum Schulungskonzept gelten grundsätzlich auch für den Bereich der Pflegebegutachtung bei Kindern. Dennoch ist eine separate Schulung für die pädiatrisch geschulten Gutachter vorgesehen, um hierbei ausschließlich Fall- und An-

wendungsbeispiele aus der Kinderbegutachtung erörtern zu können. Insbesondere ist zu schulen, dass auch bei Kindern der tatsächlich vorhandene Abhängigkeitsgrad dokumentiert wird, unabhängig davon, ob dieser als altersgemäß oder als Folge gesundheitlicher Störungen einzustufen ist.

Schulungskonzept
für die Gutachter
in der
Erprobungsphase

E. Literaturanalyse zur altersgemäßen kindlichen Entwicklung

286

Literaturanalyse zur
altersgemäßen
kindlichen
Entwicklung

Einleitung

Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern folgt den Prinzipien, die im neuen Begutachtungsinstrument für Erwachsene angelegt sind. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei Kindern nicht der Grad der Selbstständigkeit eingeschätzt wird, sondern dessen Abweichung von der Selbstständigkeit gesunder, altersentsprechend entwickelter Kinder.

Zur Bewertung der Frage, welche der im Begutachtungsinstrument enthaltenen Aktivitäten und Lebensbereiche in welchem Alter selbstständig durchgeführt werden, wurde die einschlägige nationale und internationale Literatur analysiert. Zurückgegriffen wurde dabei auf Literatur aus der Gesundheits-, Pflege- und Sozialwissenschaft sowie der Medizin, Psychologie und Pädagogik. Ergänzt wurde die Literaturrecherche durch die Fachexpertise einiger Kinderärzte aus verschiedenen MDK innerhalb einer Fokusgruppendifkussion zum neuen Instrument für die Kinderbegutachtung.

Die Analyse zielte darauf ab, zu jedem der im neuen Begutachtungs-Assessment (NBA) verwendeten Items eine auf empirischen Untersuchungen basierende Aussage zu treffen, wann die entsprechende Aktivität üblicherweise selbstständig von einem Kind durchgeführt wird bzw. die entsprechende Fähigkeit ausgebildet ist. Nach der Darstellung einiger grundsätzlicher Aspekte der kindlichen Entwicklung und der Beschreibung der angewandten Kriterien für die Festlegung der jeweiligen Altersgrenzen werden die der Bewertungssystematik des NBA für Kinder zugrunde liegenden Entscheidungen im Einzelnen je Modul dargestellt und erläutert.

Eine Ausnahme bilden die Einschätzungen in den Modulen 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und 5 (Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen). In beiden Modulen geht es nicht um Phasen der kindlichen Entwicklung, sondern um tatsächliche Problemlagen, die in der Regel einen Bedarf an personeller Hilfe mit sich bringen. Entsprechend wird in der Bewertungssystematik hier auch nicht auf den altersentsprechenden Hilfebedarf Bezug genommen, sondern wie bei Erwachsenen ein krankheitsbedingter Hilfebedarf angenommen. Die Festlegung von Altersgrenzen ist für diese beiden Module daher nicht relevant.

Grundsätzliche Aspekte der kindlichen Entwicklung

Ein wesentlicher Aspekt der kindlichen Entwicklung ist, dass diese von einer hohen Variabilität gekennzeichnet ist, die die Festlegung von altersgemäßen Norm- oder Schwellenwerten erheblich erschwert. Die Variabilität differenziert sich nach Michaelis et al. (1993) aus in:

- interindividuelle Variabilität, nach der jedes Kind einen individuellen Verlauf der Entwicklung zeigt, der sich nicht vorhersagen lässt;
- intraindividuelle Variabilität, wonach sich nicht das Kind langsam oder schnell entwickelt, sondern einzelne Funktionen und Entwicklungsaufgaben zu unterschiedlichen Zeitpunkten herausgebildet werden (z. B. rasche motorische, aber langsame sprachliche Entwicklung);
- Inkonsistenzen, bei denen Entwicklungsschritte von den Kindern übersprungen (so krabbeln beispielsweise nicht alle Kinder) oder bereits erlernte Entwicklungsschritte wieder aufgegeben werden und das Kind für eine gewisse Zeit wieder in eine frühere Entwicklungsstufe (Regression) zurückfällt;
- interkulturelle Variabilität, wonach sich Unterschiede in der Entwicklung von Kindern in unterschiedlichen Kulturkreisen zeigen.

Diese Variabilitäten sind für die Festlegung altersentsprechender Fähig- und Selbstständigkeits insofern von Bedeutung, als sie auf die Probleme hinweisen, die bei der Festlegung von Durchschnittswerten entstehen können. So besteht die Gefahr, Kinder, die sich ein wenig später in bestimmten Bereichen entwickeln, als „auffällig“ zu bezeichnen und somit eventuell unnötige diagnostische, therapeutische oder pädagogische Maßnahmen zu initiieren.

Aus diesem Grund richtete sich die Suche nach Kriterien zur Festlegung altersentsprechender Grenzen nicht nach Durchschnittswerten. Stattdessen wurde als Kriterium zugrunde gelegt, wann die Mehrheit aller gesunden Kinder Selbstständigkeit in dem jeweiligen Item erlangt. In Übereinstimmung mit den aktuellen Erkenntnissen der Entwicklungspädiatrie zur „normalen“ Entwicklung von Kindern (u. a. Haug-Schnabel 2007; Largo 2004a; Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004; Schlack 2004) wurde diese Mehrheit mit mindestens 90% der altersentsprechend entwickelten Kinder definiert.

Eine auf diesen Überlegungen beruhende Methode zur Darstellung des altersgemäßen Entwicklungsverlaufs ist das Konzept der Grenzsteine. Als Grenzsteine der Entwicklung werden Entwicklungsziele bezeichnet, die von etwa 90 bis 95% einer definierten Population gesunder Kinder bis zu einem gewissen Alter erreicht worden sind (Michaelis 2003). Grenzsteine sind somit „Knotenpunkte“ von Entwicklungssträngen, die jedes Kind durchläuft (Haug-Schnabel 2007: 20). Mit ihrer Hilfe kann das bereits angesprochene Problem vermieden werden, sogenannte Spätentwickler als auffällig zu definieren. Erst wenn bestimmte Entwicklungsschritte – und dazu gehört auch die Qualität einer bestimmten Fähigkeit – nicht bis zu einem bestimmten Alter erreicht werden, gilt der Verdacht einer Entwicklungsstörung mit der Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung.

Empirisch belegte Grenzsteine der Entwicklung liegen vor für insgesamt elf Altersgruppen zwischen drei Monaten und sechs Jahren (3, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36, 48, 60, 72 Monate) in den Bereichen: Körpermotorik, Hand-Finger-Motorik, Sprachentwicklung, kognitive Entwicklung, soziale Kompetenzen und emotionale Kompetenzen (Michaelis 2004a; Michaelis/Niemann 2004). Die Bereiche decken sich in einigen Punkten mit den Modulen des neuen Begutachtungsinstruments, sind jedoch keineswegs deckungsgleich. Hinsichtlich der Altersspanne zwischen drei Monaten und sechs Jahren zeigt sich allerdings eine hohe Entsprechung. Auch im neuen Begutachtungsinstrument liegt die Mehrzahl der Grenzziehungen für die einzelnen Aktivitäten in dieser Altersspanne.

Neben dem Konzept der Grenzsteine wurden weitere etablierte Entwicklungstests in die Analyse einbezogen, aus denen sich ebenfalls Hinweise darauf ergeben, wann 90% der Kinder in unterschiedlichen Altersgruppen und bezogen auf unterschiedliche Entwicklungsbereiche als selbstständig zu bezeichnen sind bzw. eine bestimmte Fähigkeit beherrschen. Dazu gehörten:

- Denver Entwicklungsskala zur Einschätzung der Entwicklung von Null- bis Sechsjährigen (Flehmig 2007) in den Bereichen: Grobmotorik, Feinmotorik, Sprache und sozialer Kontakt;
- Entwicklungstest ET 6-6 für Kinder im Alter von sechs Monaten bis zu sechs Jahren (Petermann et al. 2006) für die Bereiche: Körpermotorik, Handmotorik, kognitive Entwicklung, Sprache, Sozialentwicklung und emotionale Entwicklung;

- Griffith Entwicklungsskalen für die Entwicklung von Null- bis Zweijährigen (Brandt/Sticker 2001) in den Bereichen: Motorik, persönlich-sozial, Hören und Sprechen, Auge und Hand und Leistungen.

Über diese Quellen allein konnten nicht zu allen Items des neuen Begutachtungsinstrumentes empirische Belege identifiziert werden, nach denen 90% der Kinder die jeweilige Fähigkeit beherrschten. Daher wurde auf weitere Instrumente und Verfahren wie den Wiener Entwicklungstest (Kastner-Koller/Deimann 2002), die Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (Hellbrügge et al. 1994) oder die Entwicklungstabellen von Straßmeier (1979) zurückgegriffen. Als wichtiges und sehr umfassendes Assessment-Verfahren mit engem Bezug zu kindlichen Alltagssituationen wurde das Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) (Haley et al. 1998) herangezogen, das auch bereits im IPW-Gutachten analysiert wurde. Darin werden Fähigkeiten und Entwicklungen von Kindern im Alter von sechs Monaten bis siebeneinhalb Jahren in den Bereichen Selbstpflege, Mobilität und soziale Funktionen erhoben. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass die für die jeweiligen Altersbereiche hinterlegten empirischen Daten sich nicht auf den Zeitpunkt beziehen, an dem 90%, sondern lediglich drei Viertel (75%) aller gesunden Kinder die jeweilige Fähigkeit beherrschen. Gleichwohl handelt es sich dabei immer noch um eine deutliche Mehrzahl der Kinder, sodass eine Verwendung gerechtfertigt erscheint.

Neben den genannten Verfahren, in denen jeweils mehrere Aspekte der kindlichen Entwicklung erfasst werden, stützte sich die Analyse auch auf Studien, die zu einzelnen kindlichen Fähigkeiten durchgeführt wurden. Auch dabei galt die Maßgabe, dass die Aussagen sich nicht auf Durchschnittswerte, sondern auf die Mehrheit (d. h. 90%) der Kinder bezogen. Dort, wo zu einem Item keine geeigneten Studien identifiziert werden konnten, musste auf Aussagen aus einschlägigen Lehrbüchern zurückgegriffen werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Aussagen zur kindlichen Entwicklung, die im neuen Begutachtungsinstrument für Kinder maßgeblich für die Festlegung der jeweiligen Altersgrenzen waren, mit nur wenigen Ausnahmen auf Aussagen beziehen, nach denen mindestens 75% der gesunden Kinder, die jeweilige Fähigkeit erworben und den entsprechenden Entwicklungsschritt vollzogen haben.

Kriterien für die Festlegung der Altersgrenzen

Um zu einer differenzierten Einschätzung des altersentsprechenden Hilfebedarfs von Kindern in unterschiedlichen Altersstufen zu gelangen, war es erforderlich, zu jedem Item eine Differenzierung vorzunehmen. Wie auch im NBA für Erwachsene wird die Selbstständigkeit bei Kindern anhand der vierstufigen Skala mit den Ausprägungen bewertet:

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

Die Beurteilung von Fähigkeiten oder Funktionen erfolgt anhand der Ausprägungen:

- 0 = vorhanden (unbeeinträchtigt)
- 1 = größtenteils vorhanden
- 2 = in geringem Maße vorhanden
- 3 = nicht vorhanden

Für die differenzierte Analyse der kindlichen Entwicklung und der darauf aufbauenden Entscheidung zur Festlegung der Altersgrenzen waren die folgenden Fragen maßgebend:

- Zu welchem Zeitpunkt hat ein Kind volle Selbstständigkeit erreicht bzw. ist die jeweilige Fähigkeit vorhanden? (Merkmalsausprägung = 0)
- Innerhalb welcher Altersspanne ist ein Kind überwiegend selbstständig bzw. ist eine Fähigkeit größtenteils vorhanden? (Merkmalsausprägung = 1)
- Innerhalb welcher Altersspanne ist ein Kind überwiegend unselbstständig bzw. ist die Fähigkeit nur in geringem Maße vorhanden? (Merkmalsausprägung = 2)
- Bis zu welchem Alter ist ein Kind unselbstständig bzw. ist eine Fähigkeit noch nicht vorhanden? (Merkmalsausprägung = 3)

Die Beantwortung der Fragen erfolgte anhand einer dreischrittigen Vorgehensweise, bei der zuerst der „normale“ kindliche Entwicklungsverlauf herausgearbeitet und anschließend bedeutsame Altersstufen und Entwicklungsschritte identifiziert wurden. Diese wurden dann den vier Ausprägungsmerkmalen zugeordnet. Dieses Vorgehen wird nachfolgend anhand von Beispielen verdeutlicht.

Entwicklungsverlauf

Für jedes Item des neuen Begutachtungsinstruments wurde der alterstypische Entwicklungsverlauf analysiert. Für das Item „Stabile Sitzposition halten“ stellt sich der Entwicklungsverlauf folgendermaßen dar: Als Voraussetzung für stabiles Sitzen muss zunächst die Fähigkeit zum kontinuierlichen Aufrechterhalten des Kopfes entwickelt sein (erste Entwicklungsstufe). Das Kind sitzt, indem es von einer Pflegeperson gestützt oder gehalten wird (zweite Entwicklungsstufe). Später sitzt das Kind schon relativ stabil, indem es sich selbst abstützt (dritte Entwicklungsstufe). Die Fähigkeit ist voll entwickelt, wenn das Kind sich ohne Hilfe aufsetzen kann und selbstständig mit stabiler Kopf- und Rumpfkontrolle sitzt (vierte Entwicklungsstufe).

Altersstufen im Entwicklungsverlauf

Der nachfolgende Schritt bestand darin, das Alter zu ermitteln, mit dem 90% (bzw. 75%) der Kinder die jeweiligen Entwicklungsstufen erreicht haben. Für das Beispiel „Stabile Sitzposition halten“ stellt sich die Situation wie folgt dar: Eine stabile Kopfkontrolle wird mit sechs Monaten beherrscht. Das Kind muss noch beim Sitzen gehalten oder abgestützt werden. Mit acht Monaten kann das Kind relativ stabil sitzen, indem es sich selbst abstützt. Mit neun Monaten beherrscht ein Kind die stabile Kopf- und Rumpfkontrolle, es kann sich ohne Hilfestellung aufsetzen und selbstständig sitzen.

Altersstufenzuordnung nach Grad der Selbstständigkeit

Abschließend erfolgte die Zuordnung der Altersstufen zu den vier Merkmalsausprägungen der jeweiligen Items. Ausschlaggebend dafür waren die Definitionen der Merkmalsausprägungen im Begutachtungsmニュアル. Wiederum illustriert am Beispiel „Stabile Sitzposition halten“ wurde die Altersstufenzuordnung folgendermaßen konkretisiert:

- Unter sechs Monaten kann ein Kind keinerlei Aktivitäten oder Teilhandlungen im Hinblick auf das Sitzen ausüben. Es befindet sich noch in einem Stadium völliger Abhängigkeit von personeller Hilfe und gilt damit als unselbstständig.
- Mit sechs Monaten zeigt ein Kind mit dem Erlernen der Kopfkontrolle erste Aktivitäten im Entwicklungsverlauf zum Sitzen. Es sind nun geringe Ressourcen vorhanden, mit denen es sich beteiligen kann. Ein erheblicher Teil der Handlungsschritte muss jedoch

noch durch eine Pflegeperson¹ geleistet werden, indem das Kind beim Sitzen gestützt oder gehalten werden muss. Somit bedarf es noch in erheblichem Maße der personellen Hilfe. Der nächste Entwicklungsschritt vollzieht sich mit acht Monaten. Das Kind ist demzufolge von sechs Monaten bis unter acht Monaten als überwiegend unselbstständig zu betrachten.

- Mit acht Monaten kann das Kind relativ stabil sitzen, indem es sich selbst abstützt. Es benötigt lediglich noch Hilfe beim Aufsetzen sowie gelegentliche Hilfe beim Aufrechterhalten der Stabilität im Sitzen. Damit kann es den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Für die Pflegeperson entsteht nur ein geringer Aufwand. Der nächste Entwicklungsschritt vollzieht sich mit neun Monaten. Das Kind ist demzufolge von acht Monaten bis unter neun Monaten überwiegend selbstständig.
- Mit neun Monaten beherrscht ein Kind die stabile Kopf- und Rumpfkontrolle, es kann sich ohne Hilfestellung aufsetzen und selbstständig sitzen. Es benötigt keinerlei personelle Hilfe mehr und gilt nun als selbstständig.

Das Beispiel der stabilen Sitzposition verdeutlicht die kurzen Zeitspannen, die zwischen bedeutsamen kindlichen Entwicklungsschritten liegen können. Wie sich in der weiteren Darstellung zeigen wird, sind die Zeitspannen jedoch nicht immer so kurz. Insgesamt zeigt sich jedoch, wie bereits angedeutet, dass die meisten kindlichen Entwicklungsschritte bis zum Alter von sechs Jahren vollzogen sind. Die höchste Altersgrenze, die in einem Item festgelegt wurde, liegt bei elf Jahren. Damit ist keinesfalls gesagt, dass mit elf Jahren die kindliche Entwicklung vollständig abgeschlossen ist. Allerdings bedeutet diese Aussage, dass für die Items innerhalb des neuen Begutachtungsinstruments ab dem Alter von elf Jahren keine Unterschiede mehr zwischen dem altersbedingten und dem krankheitsbedingten Hilfebedarf mehr bestehen.

Die nächsten Kapitel sind einer differenzierten Darstellung des hier dargestellten Prozesses für die einzelnen Module gewidmet, aus der sich ersehen lässt, auf welcher Grundlage die Bewertungssystematik für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern vorgenommen wurde.

¹ Hierbei geht es nicht um den Begriff „Pflegeperson“, sondern darum, dass neben dem Kind eine weitere Person erforderlich ist. In der Regel dürfte es sich dabei um die Eltern handeln. Im Folgenden ist daher sowohl von Eltern als auch von Pflegepersonen und Bezugspersonen die Rede.

Modul 1: Mobilität

Allgemeine Grundlagen

Bei der motorischen Entwicklung handelt es sich – wie in anderen Entwicklungsbereichen auch – um ein Zusammenspiel von Reifungs- und Lernprozessen. Insbesondere die ersten 18 Lebensmonate eines Kindes sind geprägt von vielfältigen und rasch aufeinanderfolgenden Entwicklungsschritten hin zu zielgerichteten motorischen Aktivitäten (Largo 2005).

Wie bereits aufgezeigt, verläuft die Entwicklung in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Gleichwohl lassen sich Zeitpunkte identifizieren, in denen eine Mehrheit der Kinder bestimmte motorische Fertigkeiten spätestens erlernt hat. Im Folgenden soll ein Überblick über die Ergebnisse verschiedener diesbezüglicher Studien gegeben werden, was zugleich verdeutlicht, dass es durchaus leichte Abweichungen in den Ergebnissen gibt. Eine Ursache für Abweichungen liegt darin, dass als Mehrheit der in die Studien einbezogenen Kinder je nach Autor nicht immer 90% aller Kinder, sondern auch mal 95% oder sogar 99% definiert werden. Eine weitere mögliche Ursache kann in abweichenden Auffassungen im Hinblick auf die Qualität des Beherrschens einer Aufgabe liegen. Die nachfolgenden Tabellen verdeutlichen die unterschiedlichen Ergebnisse bei verschiedenen Autoren zu bedeutsamen, mit der kindlichen Mobilität im Zusammenhang stehenden Bereiche.

In der Entscheidung für die Festlegung einer Altersgrenze im neuen Begutachtungsinstrument erfolgte in der Regel eine pragmatische Orientierung an den Erkenntnissen einer Mehrheit der Autoren.

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
Michaelis/Niemann (2004)		3 Monate
Brandt/Sticker (2001)	2 Monate	3 Monate
Flehmig (2007)		4 Monate

Tab. 22: Autorenvergleich im Bereich „Sicheres Kopfhieven in Bauchlage“

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
Brandt/Sticker (2001)	6,1 Monate	9 Monate
Largo et al. (1985)	6 Monate	8,7 Monate
Flehmig (2007)		6 Monate

Tab. 23: Autorenvergleich im Bereich „Drehen (von Rücken- in Bauchlage und umgekehrt)“

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
WHO (2006)	5,9 Monate	9,2 Monate
Michaelis/Niemann (2004)		9 Monate
Brandt/Sticker (2001)	7,3 Monate	10 Monate
Largo et al. (1985)	8,9 Monate	11,5 Monate
Flehmig (2007)		9 Monate

Tab. 24: Autorenvergleich im Bereich „Freies Sitzen“

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
WHO (2006)	8,3 Monate	13,5 Monate
Brandt/Sticker (2001)	9,7 Monate	13 Monate
Largo et al. (1985)	8,3 Monate	10,4 Monate

Tab. 25: Autorenvergleich im Bereich „Kriechen“

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
WHO (2006)	7,4 Monate	11,4 Monate
Michaelis/Niemann (2004)		12 Monate
Brandt/Sticker (2001)	9,2 Monate	14 Monate
Largo et al. (1985)	8,4 Monate	9,8 Monate
Flehmig (2007)		10,5 Monate

Tab. 26: Autorenvergleich im Bereich „Stehen mit Festhalten“

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
WHO (2006)	9 Monate	13,7 Monate
Michaelis/Niemann (2004)		15 Monate
Brandt/Sticker (2001)	10,6 Monate	14 Monate
Largo et al. (1985)	11,5 Monate	13,0 Monate

Tab. 27: Autorenvergleich im Bereich „Gehen mit Hilfe“

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
WHO (2006)	10,8 Monate	16,9 Monate
Brandt/Sticker (2001)	12,9 Monate	17 Monate
Flehmig (2007)		16 Monate

Tab. 28: Autorenvergleich im Bereich „Stehen ohne Hilfe“

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
WHO (2006)	12 Monate	17,6 Monate
Michaelis/Niemann (2004)		18 Monate
Brandt/Sticker (2001)	13 Monate	17 Monate
Largo et al. (1985)	13 Monate	15,7 Monate
Flehmig (2007)		16 Monate

Tab. 29: Autorenvergleich im Bereich „Gehen ohne Hilfe“

	50% der Kinder	90-99% der Kinder
Michaelis/Niemann (2004)		24 Monate
Brandt/Sticker (2001)	20,9 Monate	30 Monate
Largo et al. (1985)	18,9 Monate	23,7 Monate

Tab. 30: Autorenvergleich im Bereich „Treppensteigen ohne Hilfe (aber mit Festhalten)“

Daten für ältere Kinder

Während für das Kleinkindalter zahlreiche Befunde zur motorischen Entwicklung vorliegen, beschäftigen sich deutlich weniger Untersuchungen mit Kindern im höheren Lebensalter. Die Münchener Längsschnittstudie LOGIK untersucht die Entwicklung verschiedener motorischer Fähigkeiten (Koordination, Kraft, Schnelligkeit) an 152 Mädchen und Jungen im Alter von vier, fünf, sechs, acht, zehn, zwölf und 23 Jahren (Ahnert et al. 2003; Ahnert/Schneider 2007). Erkennbar wird, dass die motorischen Fähigkeiten im Alter von vier bis zwölf Jahren stetig zunehmen und eine relativ hohe Stabilität aufweisen. Während sich für das Kindesalter kaum geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen, kommt es im Jugendalter zu einem deutlichen Leistungsvorsprung der Jungen.

Entwicklungsverlauf in den jeweiligen Items

Im Folgenden soll zunächst ein grober Überblick über den Entwicklungsverlauf in den einzelnen Items gegeben werden. Anschließend erfolgt eine Zuordnung der Altersstufen nach dem Grad der Selbstständigkeit mit nachfolgender Begründung.

Positionswechsel im Bett

Eine wichtige Voraussetzung für das aktive Umdrehen ist die weitgehende Beherrschung der Kopfkontrolle, die für gewöhnlich als Erstes erlernt wird. Danach werden das Umdrehen von einer Seite auf die andere und anschließend das Drehen von der Rücken- in die Bauchlage und umgekehrt erlernt.

Stabile Sitzposition halten

Beim Kind ist die Entwicklung der Kopf- und Rumpfstabilität zu betrachten. Im Entwicklungsverlauf zeigt sich zunächst die Fähigkeit zum kontinuierlichen Aufrechterhalten des Kopfes. Später sitzt das Kind schon relativ stabil, indem es sich abstützt. Die Fähigkeit ist voll entwickelt, wenn das Kind mit stabiler Kopf- und Rumpfkontrolle sitzt.

Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen

Im Entwicklungsverlauf muss ein Kind zunächst sicher sitzen können. Anschließend zieht es sich zum Stehen hoch und steht mit Festhalten. Das Umsetzen ist bei Kleinkindern eher noch nicht relevant, da sie sich für gewöhnlich fallen lassen und das Aufstehen häufig vom Boden aus erfolgt.

Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Im Entwicklungsverlauf zeigen sich zunächst erste Laufreaktionen beim Festhalten in aufrechter Stellung, in der Folge erlernt das Kind das Krabbeln, das Gehen an der Hand, schließlich beherrscht es das freie Laufen.

Treppensteigen

Im Entwicklungsverlauf können zunächst niedrige Stufen oder Schwellen überwunden werden, anschließend werden Stufen auf Händen und Knien hinaufgeklettert. Später kann dann eine Treppe im aufrechten Gang mit Festhalten hinauf- und hinabgestiegen werden.

Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 1: Mobilität

Die nachfolgende Darstellung bietet einen Gesamtüberblick aller Altersgrenzen zu den Items in Modul 1. Die dazugehörigen Erläuterungen finden sich im Anschluss.

0 - selbstständig
1 - überwiegend selbstständig
2 - überwiegend unselbstständig
3 - unselbstständig

Nr.	Item	0	1	2	3
1.1	Positionswechsel im Bett	ab 9 M.	von 3 M. bis unter 9 M.	von 1 M. bis unter 3 M.	jünger als 1 M.
1.2	Stabile Sitzposition halten	ab 9 M.	von 8 M. bis unter 9 M.	von 6 M. bis unter 8 M.	jünger als 6 M.
1.3	Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen	ab 11 M.	von 9 M. bis unter 11 M.	von 8 M. bis unter 9 M.	jünger als 8 M.
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	ab 18 M.	von 13 M. bis unter 18 M.	von 12 M. bis unter 13 M.	jünger als 12 M.
1.5	Treppensteigen	ab 2 J. 6 M.	von 18 M. bis unter 2 J. 6 M.	von 15 M. bis unter 18 M.	jünger als 15 M.

Tab. 31: Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 1: „Mobilität“

Begründung der Altersstufenzuordnung

1.1 Positionswechsel im Bett

Analog zum Positionswechsel im Bett beim Erwachsenen ist bei Kindern die Fähigkeit zum selbstständigen Drehen von der Bauch- in die Rückenlage und zurück zu betrachten.

- Im ersten Lebensmonat zeigt ein Säugling noch keinerlei Aktivitäten im Hinblick auf ein aktives Umdrehen und kann daher als altersbedingt unselbstständig betrachtet werden.
- Am Ende des ersten Monats kann ein Säugling seinen Kopf in Bauchlage kurzzeitig von der Unterlage abheben (Flehmig 2007; Hellbrügge et al. 1994). Ein sicheres Kopfbeugen ist bis unter drei Monaten nicht möglich (überwiegend unselbstständig).
- Mit drei Monaten ist sicheres Kopfbeugen in der Bauchlage mit Abstützen auf die Unterarme möglich (Brandt/Sticker 2001; Michaelis/Niemann 2004). Mit sieben Mona-

ten kann ein Kind sich bereits von einer Seite auf die andere drehen (Flehmig 2007; Brandt/Sticker 2001; Largo 2005). Bis unter neun Monaten ist es jedoch noch nicht in der Lage, sich selbstständig vom Bauch- in die Rückenlage und umgekehrt zu drehen (überwiegend selbstständig).

- Mit neun Monaten beherrscht ein Kind das Drehen aus Rückenlage in Bauchlage und umgekehrt (Largo et al. 1985; Brandt-Sticker 2001) (selbstständig).

1.2 Stabile Sitzposition halten

Zu prüfen ist, ob ein Kind frei sitzen kann, ohne Rücken- oder Seitenstütze:

- Unter sechs Monaten besteht noch keine hinreichende Stabilität der Kopfkontrolle. Das Kind kann als unselbstständig betrachtet werden.
- Mit sechs Monaten kann ein Kind langsam, an zwei Händen gehalten, zum Sitzen hochgezogen werden, der Kopf wird dabei in der Rumpfebene gehalten (Brandt/Sticker 2001; Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004). Bis unter acht Monaten muss das Kind beim Sitzen noch gehalten oder abgestützt werden (Flehmig 2007) (überwiegend unselbstständig).
- Mit acht Monaten beugt ein Kind beim Hochziehen an zwei Händen den Kopf und die Schultern (Brandt/Sticker 2001). Das Kind sitzt, stützt sich dabei zur Seite und nach vorne mit guter Rotation ab (Flehmig 2007) (überwiegend selbstständig).
- Mit neun Monaten kann sich ein Kind ohne Hilfe aufsetzen und sitzt ohne Hilfe mit stabiler Rumpf- und Kopfkontrolle (Flehmig 2007; Michaelis/Niemann 2004; WHO 2006) (selbstständig).

1.3 Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen

Beim Kind ist die Fähigkeit zu betrachten, aus dem Sitzen zum sicheren Stand zu kommen:

- Unter acht Monaten kann ein Kind als unselbstständig betrachtet werden, da es noch nicht sitzen kann.
- Mit acht Monaten kann ein Kind sitzen, stützt sich dabei zur Seite und nach vorne mit guter Rotation ab (Flehmig 2007) (überwiegend unselbstständig).
- Mit neun Monaten kann ein Kind sich aufsetzen und ohne Hilfe mit stabiler Rumpf- und Kopfkontrolle sitzen (Flehmig 2007; Michaelis/Niemann 2004; WHO 2006). Bis unter elf Monaten kann es sich jedoch noch nicht allein zum Stehen hochziehen (überwiegend selbstständig).

- Mit elf Monaten zieht sich ein Kind zum Stehen allein hoch und steht mit Festhalten (Flehmig 2007; WHO 2006) (selbstständig).

1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Zu beurteilen ist die zunehmende Fähigkeit des selbstständigen und sicheren Fortbewegens:

- Unter zwölf Monaten gilt ein Kind als unselbstständig, da sich noch keine Laufreaktionen zeigen.
- Mit zwölf Monaten zeigt ein Kind erste Laufreaktionen, indem es an den Hände, in aufrechter Stellung gehalten, einen Fuß vor den anderen setzt; dabei ruht das Gewicht auf den Füßen (Brandt/Sticker 2001). Es kann zudem einige Schritte gehen, wenn es sich an Gegenständen (z. B. Möbel) festhält (Flehmig 2007) (überwiegend unselbstständig).
- Mit 13 Monaten können sich Kinder krabbelnderweise durch die Wohnung bewegen (Brandt/Sticker 2001; Flehmig 2007). Allerdings krabbeln nicht alle Kinder; bei etwa 15% ist diese Fortbewegungsart nicht zu beobachten (Largo et al. 1985; Largo 2004a) (überwiegend selbstständig).
- Das freie Laufen wird mit 18 Monaten beherrscht (Michaelis/Niemann 2004; WHO 2006) (selbstständig).

1.5 Treppensteigen

Beim Kind ist die Entwicklung der Fähigkeit zum selbstständigen Treppensteigen zu betrachten:

- Unter 15 Monaten zeigen sich noch keine Aktivitäten im Überwinden von Stufen. Das Kind ist bis dahin unselbstständig.
- Mit 15 Monaten kann eine niedrige Stufe oder Schwelle überwunden werden, z. B. kriechend oder mit Festhalten (Brandt/Sticker 2001) (überwiegend unselbstständig).
- Mit 18 Monaten kann ein Kind auf Händen und Knien eine Treppe hinaufklettern (Brandt/Sticker 2001). Mit zwei Jahren gelingt das aufrechte Treppensteigen nach oben im Nachstellschritt mit Festhalten am Geländer oder an der Hand (Brandt/Sticker 2001; Michaelis 2003). Bis unter zweieinhalb Jahren kann es jedoch eine Treppe noch nicht sicher hinauf- und hinuntergehen (überwiegend selbstständig).
- Mit zweieinhalb Jahren kann ein Kind motorisch sicher die Treppe allein und aufrecht sowohl hinauf- als auch hinuntergehen; dabei darf es sich am Geländer festhalten (Brandt/Sticker 2001) (selbstständig).

Modul 2: Kognitive Fähigkeiten und Kommunikation

Allgemeine Grundlagen

Zur kognitiven Entwicklung gehört die Herausbildung verschiedener Funktionen wie Denken, Wahrnehmen, Sprechen, Sich-Erinnern und Problemlösen. Kognition ist Neuhäuser (2004: 35) zufolge „mit Intelligenz gleichzusetzen und kennzeichnet die Fähigkeit, sich in der gegebenen Umwelt zu behaupten, Informationen miteinander zu verknüpfen, aufgrund von Gedächtnisleistungen Erfahrungen zu sammeln, Handlungen zu planen und Entscheidungen zu treffen sowie diese dann auszuführen“. Die nachfolgende Tabelle stellt anhand ausgewählter Grenzsteine Erkenntnisse zur kognitiven Entwicklung von Kindern vor. Die Fähigkeiten werden von mindestens 90% der Kinder in dem jeweils ausgewiesenen Alter beherrscht.

Grenzstein	Alter
Ein langsam vor den Augen hin- und herbewegtes, attraktives Objekt wird mit den Augen verfolgt	3 Monate
Objekte/Spielzeug werden in den Mund gesteckt, mit beiden Händen ergriffen, benagt, jedoch kaum schon gezielt betrachtet	6 Monate
Intensive, taktile, visuelle, orale Exploration der Struktur und Textur von Objekten	9 Monate
Spielzeug, Objekte, vor den Augen des Kindes mit Papierblatt oder Tuch bedeckt, werden vom Kind durch Wegnehmen des Blattes, des Tuches wieder sichtbar	12 Monate
Objekte werden manipuliert, auf ihre einfachste Verwendbarkeit geprüft (Gegeneinanderklopfen, Schütteln, Versuch, an andere Objekte zu adaptieren)	15 Monate
Rollenspiele mit sich selbst, Nachahmen täglicher Gewohnheiten, wie Trinken aus Spielzeugtasse, Versuch, sich zu kämmen, Telefonhörer an das Ohr zu halten; Kind kann sich für 10 bis 20 Minuten selbst beschäftigen (Rein-Raus-Holspiele, noch keine strukturierten Spielabläufe)	18 Monate

Literaturanalyse zur
altersgemäßen
kindlichen
Entwicklung

Grenzstein	Alter
Bauklötzchen o. Ä. werden gestapelt (mind. drei); konzentriertes Betrachten, Betasten, Einräumen, Ausräumen von Spielzeug/Gegenständen in und aus Behältern, Schubladen über etwa 15 Minuten	24 Monate
Malen und Kritzeln. Wenn auch oft noch wenig gestaltend gemalt wird, kommentiert das Kind oft, wen und/oder was es gemalt hat; konzentrierte, intensive „Als-ob-Spiele“, Spiele mit Puppen, Autos, Bausteinen, Lego, Playmobil u. ä.	36 Monate
W-Fragen (Warum? Wieso? Wo? Wann? Woher?); gleiche Gegenstände verschiedener Größe können unterschieden und benannt werden (z. B. große und kleine Äpfel)	48 Monate
Grundfarben werden erkannt und benannt (Blau, Grün, Rot, Gelb, Schwarz, Weiß); intensive Rollenspiele, Verkleidungen, Verwandlungen in Tiere, „Helden“, Vorbilder, auch mit anderen Kindern	60 Monate

Tab. 32: Ausgewählte Grenzsteine der kognitiven Entwicklung von Kindern
Quelle: Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004

Entwicklungsverlauf in den jeweiligen Items

Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

Im Entwicklungsverlauf zeigt ein Säugling nach wenigen Wochen das „soziale Lächeln“ und reagiert auf freundlichen Zuspruch. Später kann ein Kind zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden und den Eltern gegenüber Zuneigung zeigen. Mit Einsetzen der Sprachentwicklung kann es die Eltern zielgerichtet mit „Mama“ und „Papa“ ansprechen.

Örtliche Orientierung

Die örtliche Orientierung beginnt mit der Möglichkeit des Kindes zur eigenständigen Fortbewegung. Zunächst wird krabbelnderweise, später im aufrechten Gang die Umgebung erkundet. Während die Fähigkeit zur Orientierung innerhalb des Wohnbereichs relativ früh entwickelt ist, wird eine sichere Orientierung im außerhäuslichen Bereich erst im Verlauf des Vorschulalters herausgebildet.

Zeitliche Orientierung

Ein erstes Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ergibt sich durch die Erfahrungen des Tagesablaufs. Später werden bestimmte Zeiten mit speziellen Ereignissen verbunden. Im weiteren Verlauf lernt das Kind die Wochentage in der richtigen Reihenfolge aufzuzählen, und schließlich kann es die Uhr lesen.

Gedächtnis

Die Fähigkeit, sich zu erinnern, entwickelt sich bereits im ersten Lebensjahr und erweitert sich immer mehr. Während in den ersten Lebensmonaten Gegenstände, die aus dem Gesichtsfeld verschwinden, für das Kind nicht mehr existent sind, entwickelt sich allmählich das Kurzzeitgedächtnis, und das Kind weiß, dass es diese Gegenstände noch gibt (Objektpermanenz). Im weiteren Verlauf reagiert es auf seinen Namen, wenn es angesprochen wird. Später wird Erlebtes in der richtigen zeitlichen Reihenfolge erzählt. Das Kind kann seinen Vor- und Nachnamen und schließlich die komplette Adresse sagen.

Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

Voraussetzung für die Durchführung mehrschrittiger Alltagshandlungen ist eine entwickelte Hand- und Fingermotorik sowie die Herausbildung des Verständnisses für die Funktion von Gegenständen. Im Entwicklungsverlauf ergreift ein Kind zunächst Gegenstände und führt diese zum Mund, später hantiert es eher ungeschickt und wenig zielgerichtet damit. Schließlich erweitert es seine Fähigkeiten und spielt konstruktiv mit Gegenständen und zeigt damit, dass es ihre Funktion erkennt. Eine mehrschrittige Alltagshandlung liegt vor, sobald ein Kind einen Turm aus zwei Klötzchen bauen und diesen koordiniert loslassen kann, sodass er stehen bleibt.

Entscheidungen im Alltagsleben treffen

Das Treffen folgerichtiger Entscheidungen kann als ein Lernprozess betrachtet werden, der u. a. auch mit dem Erziehungsprozess zusammenhängt und teilweise über Ge- und Verbote oder Belehrungen entwickelt wird. Ein Kleinkind reagiert zunächst auf einfache Verbote und beachtet diese mehr oder weniger. Später trifft es eigene Entscheidungen, indem es z. B. bei Tisch gezielt um ein bestimmtes Nahrungsmittel bittet. In unbekanntem Situationen kann es allerdings zunächst noch keine folgerichtigen Entscheidungen treffen. So weiß es erst nach entsprechender Belehrung, dass es z. B. nicht in fremde Autos steigen oder nichts von Fremden annehmen darf.

Sachverhalte und Informationen verstehen

Die Fähigkeit, Sachverhalte und Informationen mit Bezug zum Alltagsleben zu verstehen und richtig zu deuten, kann bei Kindern u. a. anhand ihres Verständnisses für Spielregeln nachvollzogen werden. Zunächst bevorzugt ein Kind Spielaktivitäten ohne Regeln. Allmählich beteiligt es sich an ersten Regelspielen, z. B. einfache Kartenspiele. Typisch für diese Phase ist auch, dass ein Kind versucht, Dinge zu verstehen, indem es häufig W-Fragen (Warum? Wieso? usw.) stellt. Im weiteren Verlauf lernt es, im Umgang mit anderen Kindern allgemeine Regeln einzuhalten (z. B. warten, bis es an der Reihe ist). Nun ist es auch in der Lage, komplexe Konstruktionen mit Bauelementen zu erstellen. Mit Erreichen des Schulalters ist ein weitgehendes Verständnis für Sachverhalte und Informationen herausgebildet.

Risiken und Gefahren erkennen

In der häuslichen Umgebung lernt ein Kleinkind zunächst die erforderliche Vorsicht bei heißen oder scharfen Objekten sowie bei Treppen. Während es im Haus nun nicht mehr unbedingt der ständigen direkten Beaufsichtigung bedarf, muss es beim Spielen außerhalb noch regelmäßig kontrolliert und auf Wegen begleitet werden. Mit Erreichen des Schulalters kann es sich in der Regel im vertrauten Wohnumfeld ohne Überwachung bewegen. Bei unbekanntem Strecken bedarf es jedoch noch für längere Zeit der Begleitung, da noch Schwierigkeiten im Erkennen von Risiken und Gefahren im Straßenverkehr bestehen.

Mitteilung elementarer Bedürfnisse

Bereits mit der Geburt ist ein Kind in der Lage, elementare Bedürfnisse durch Schreien deutlich zu machen. Bereits nach wenigen Monaten lässt sich ein differenziertes Schreien erkennen. Im weiteren Verlauf wird Mimik und Gestik zur Unterstützung der Kommunikation eingesetzt. Mit Einsetzen der Sprachentwicklung können Bedürfnisse artikuliert und schließlich ich-bezogen geäußert werden.

Aufforderungen verstehen

Im Entwicklungsprozess reagiert ein Kleinkind zunächst auf einfache Bitten, indem es z. B. auf Aufforderung hin ein Spielzeug abgibt. Später versteht es die Bedeutung von Nein und beachtet einfache Ge- und Verbote mehr oder weniger. Im weiteren Verlauf werden dann komplexere Aufforderungen verstanden.

Beteiligung an einem Gespräch

Mit Einsetzen der Sprachentwicklung kann ein Kind die Eltern gezielt mit „Mama“ und „Papa“ ansprechen. Zunächst entwickeln sich die Ein-Wort- und die Zwei-Wort-Sprache, dann spricht ein Kind Drei-Wort-Sätze. Es lernt, eigene Gefühle zu äußern und Erlebtes zu erzählen, sodass es nun Inhalte in ein Gespräch mit einbringen kann.

- 0 - Fähigkeit vorhanden
- 1 - Fähigkeit größtenteils vorhanden
- 2 - Fähigkeit in geringem Maße vorhanden
- 3 - Fähigkeit nicht vorhanden

Nr.	Item	0	1	2	3
2.1	Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	ab 15 M.	von 9 M. bis unter 15 M.	von 6 Wo. bis unter 9 M.	jünger als 6 Wo.
2.2	Örtliche Orientierung	ab 6 J.	von 18 M. bis unter 6 J.	von 13 M. bis unter 18 M.	jünger als 13 M.
2.3	Zeitliche Orientierung	ab 7 J.	von 5 J. bis unter 7 J.	von 2 J. 6 M. bis unter 5 J.	jünger als 2 J. 6 M.
2.4	Gedächtnis	ab 5 J. 6 M.	von 3 J. bis unter 5 J. 6 M.	von 9 M. bis unter 3 J.	jünger als 9 M.
2.5	Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	ab 15 M.	von 12 M. bis unter 15 M.	von 5 M. bis unter 12 M.	jünger als 5 M.
2.6	Entscheidungen im Alltagsleben treffen	ab 4 J. 6 M.	von 2 J. 6 M. bis unter 4 J. 6 M.	von 18 M. bis unter 2 J. 6 M.	jünger als 18 M.
2.7	Sachverhalte und Informationen verstehen	ab 6 J.	von 5 J. bis unter 6 J.	von 4 J. bis unter 5 J.	jünger als 4 J.

0 - Fähigkeit vorhanden
 1 - Fähigkeit größtenteils vorhanden
 2 - Fähigkeit in geringem Maße vorhanden
 3 - Fähigkeit nicht vorhanden

Nr.	Item	0	1	2	3
2.8	Risiken und Gefahren erkennen	ab 10 J.	von 6 J. 6 M. bis unter 10 J.	von 2 J. 6 M. bis unter 6 J. 6 M.	jünger als 2 J. 6 M.
2.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	ab 4 J.	von 13 M. bis unter 4 J.	von 3 M. bis unter 13 M.	jünger als 3 M.
2.10	Aufforderungen verstehen	ab 2 J. 6 M.	von 18 M. bis unter 2 J. 6 M.	von 16 M. bis unter 18 M.	jünger als 16 M.
2.11	Beteiligung an einem Gespräch	ab 4 J.	von 2 J. bis unter 4 J.	von 15 M. bis unter 2 J.	jünger als 15 M.

Tab. 33: Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 2 „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“

Begründung der Altersstufenzuordnung

2.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

Zu beurteilen ist die zunehmende Fähigkeit des Beziehungsaufbaus und erster Interaktion:

- Unter sechs Wochen ist ein Kind noch nicht in der Lage, Personen aus dem näheren Umfeld zu erkennen (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit sechs Wochen zeigt ein Kind im Kontakt mit Personen das „soziale Lächeln“ (Flehmig 2007). Bis unter neun Monaten ist es jedoch nicht in der Lage, sicher zwischen bekannten und fremden Personen zu unterscheiden (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Mit neun Monaten unterscheidet ein Kind sicher zwischen bekannten und fremden Personen; von Kind zu Kind unterschiedlich ausgeprägt ist das Fremdeln (Michaelis/Niemann 2004). Mit zwölf Monaten zeigt ein Kind den Eltern Zuneigung (Brandt/Sticker 2001). Aufgrund der noch ausstehenden Sprachentwicklung kann es sie bis unter 15 Monaten noch nicht zielgerichtet mit Namen ansprechen (Fähigkeit größtenteils vorhanden).

- Mit 15 Monaten kann das Kind „Mama“ und „Papa“ in sinngemäßer Bedeutung sagen (Flehmig 2007; Michaelis 2003) (Fähigkeit vorhanden).

2.2 Örtliche Orientierung

Zu beurteilen sind die räumliche Orientierung innerhalb der Wohnung sowie die Orientierung im vertrauten Wohnumfeld:

- Unter 13 Monaten kann ein Kind sich noch nicht innerhalb der Wohnung bewegen. Somit kann es keine Orientierungsversuche unternehmen (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit 13 Monaten können Kinder sich krabbelnderweise durch die Wohnung bewegen (Brandt/Sticker 2001). Nun können erste Orientierungsversuche unternommen werden. Bis unter 18 Monaten sind diese jedoch nur begrenzt möglich, da Kinder bis dahin noch nicht das sichere Laufen beherrschen (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Mit 18 Monaten holt ein Kind nach Aufforderung einen Gegenstand aus einem anderen Zimmer (z. B. Spielzeug aus seinem Kinderzimmer) (Petermann et al. 2006) und bewegt sich ohne Schwierigkeiten zwischen den Räumen (Haley et al. 1998). Die Fähigkeit zur Orientierung in der außerhäuslichen Umgebung ist jedoch bis unter sechs Jahren noch nicht hinreichend entwickelt (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Mit sechs Jahren besteht eine Orientierung im vertrauten Wohnumfeld, es können z. B. Wege zum Freund oder zu einem Geschäft in der Nähe selbstständig bewältigt werden (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006) (Fähigkeit vorhanden).

2.3 Zeitliche Orientierung

Zu beurteilen ist die zunehmende Entwicklung des Verständnisses für zeitliche Strukturen und Abläufe:

- Unter zweieinhalb Jahren bestehen bei einem Kind noch keine Zeitvorstellungen (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit zweieinhalb Jahren kann ein Kind aus den Erfahrungen des Tagesrhythmus alltägliche Abläufe zeitlich zuordnen (Mahlzeiten und Tagesroutinen) (Haley et al. 1998). Im Alter von vier Jahren hat es ein Bewusstsein für die Abläufe von bekannten Ereignissen in der Woche entwickelt; es kennt zwar noch nicht die Wochentage, weiß aber bereits, dass an verschiedenen Tagen unterschiedliche Aktivitäten stattfinden (Haley et al. 1998). In diesem Alter versteht ein Kind auch einfache Zeitkonzepte wie in ein paar Minuten, am Morgen, am Abend (ebd.) (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).

- Mit fünf Jahren wird eine bestimmte Zeit mit speziellen Routinen oder Ereignissen verbunden (z. B. kennt das Kind die Uhrzeit einer Kindersendung im Fernsehen) (Haley et al. 1998). Ebenfalls mit fünf Jahren werden die Wochentage benannt, aber noch nicht unbedingt in der richtigen Reihenfolge (Schenk-Danzinger 1988). Bis unter sieben Jahren kann in der Regel auch noch nicht die Uhr gelesen werden (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Mit sieben Jahren kann ein Kind die Uhr lesen sowie Jahreszeiten und Monate in der richtigen Reihenfolge aufzählen (Schenk-Danzinger 1988; Haley et al. 1998) (Fähigkeit vorhanden).

2.4 Gedächtnis

Zu beurteilen ist die Entwicklung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses:

- Die Fähigkeit, sich zu erinnern, beginnt sich bereits im ersten Lebensjahr zu entwickeln (Kail 1989), ist jedoch bis unter neun Monaten eher geringfügig vorhanden (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit neun Monaten lässt sich die Entwicklung des Kurzzeitgedächtnisses erkennen. Das Kind weiß, dass ein vorgehaltener Ball nicht völlig verschwunden ist, sondern noch existiert, auch wenn es ihn nicht sieht (Largo 2004c). Mit zwölf Monaten werden Objekte, die vor den Augen des Kindes mit einem Tuch bedeckt werden, durch Entfernen des Tuchs wiedergefunden (Michaelis 2003). Mit 15 Monaten erkennt ein Kind den eigenen Namen und gibt zu erkennen, dass es sich angesprochen fühlt, indem es aufmerksam wird und zum Rufenden hinsieht (Brandt/Sticker 2001). Mit zweieinhalb Jahren versucht ein Kind, Erlebtes zu erzählen (Brandt/Sticker 2001). Es kann auch bereits seinen Vornamen nennen (Haley et al. 1998) (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Mit drei Jahren kann ein Kind seinen Vor- und Nachnamen nennen (Flehmig 2007; Haley et al. 1998). Vierjährige Kinder können bereits erfolgreich Memory spielen (Schumann-Hengsteler 1995). Ein fünfjähriges Kind erzählt in richtiger logischer und zeitlicher Reihenfolge, was es erlebt hat (Michaelis/Niemann 2004) (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Ein fünf- bis sechsjähriges Kind hat seine volle Adresse behalten und kann diese benennen (Haley et al. 1998) (Fähigkeit vorhanden).

2.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

Zu beurteilen ist die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen:

- Unter fünf Monaten kann ein Kind noch nicht willkürlich die Hand öffnen, um einen Gegenstand zu ergreifen. Es verfügt lediglich über einen Greifreflex (Brandt/Sticker 2001). Somit kann es noch keine Handlung, wie eigenständiges Spielen mit einem Gegenstand, durchführen (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit fünf Monaten kann ein Kind willkürlich die Hand öffnen, einen Gegenstand (z. B. einen Ring) ergreifen und festhalten. Mit sechs Monaten führt es Objekte zum Mund, um sie mit den Lippen zu erkunden und zu benagen (Michaelis 2003; Brandt/Sticker 2001). Mit acht Monaten hantiert es mit Gegenständen, wie Tasse oder Löffel, ohne unbedingt den Sinn dieser Gegenstände zu verstehen (Brandt/Sticker 2001) (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Mit zwölf Monaten kann ein Kind mit zwei Gegenständen gleichzeitig hantieren. Es hält z. B. jeweils ein Spielzeug in seiner rechten und linken Hand und spielt mit ihnen (Brandt/Sticker 2001). Mit 13 Monaten schlägt es zwei Klötze auf Aufforderung aneinander (Brandt/Sticker 2001). Es kann jedoch noch nicht konstruktiv (d. h. mit Verständnis für ihre Funktion und in der richtigen Reihenfolge) mit Gegenständen spielen (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Mit 15 Monaten kann ein Kind einen Turm aus zwei Klötzchen bauen und diesen koordiniert loslassen, sodass er stehen bleibt (Brandt/Sticker 2001; Largo 2004c). Es kann nun auch konstruktiv mit Gegenständen spielen und dabei zeigen, dass es ihre Funktion erkennt (z. B. einen Löffel auf einen Teller legen und ihn anschließend zum Mund führen) (Fähigkeit vorhanden).

2.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen

Zu beurteilen ist die Fähigkeit, folgerichtige Entscheidungen im Alltagsleben treffen zu können. Die Entwicklung dieser Fähigkeit hängt u. a. auch mit dem Erziehungsprozess zusammen und erfolgt teilweise über Ge- und Verbote oder Belehrungen:

- Unter 18 Monaten kann ein Kind zwar bereits Wünsche in irgendeiner Weise artikulieren (Flehmig 2007), dies ist jedoch nicht gleichbedeutend mit dem Treffen folgerichtiger Entscheidungen im Alltag (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit 18 Monaten werden einfache Ge- und Verbote verstanden. Das Kind entscheidet sich dafür, diese mehr oder weniger zu beachten (Michaelis/Niemann 2004) (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Mit zweieinhalb Jahren kann sich ein Kind bei Tisch für ein Nahrungsmittel entscheiden und dieses exakt benennen (z. B. Saft, Brot, Kuchen o. Ä.) (Brandt/Sticker 2001).

In unbekanntem Situationen kann das Kind bis unter viereinhalb Jahren noch keine angemessenen Entscheidungen treffen (z. B. Umgang mit Fremden) (Fähigkeit größtenteils vorhanden).

- Mit viereinhalb Jahren weiß ein Kind, dass es im Umgang mit Fremden bestimmte Sicherheitsregeln beachten sollte, z. B. nichts von Fremden annehmen oder nicht in fremde Autos steigen (Haley et al. 1998) (Fähigkeit vorhanden).

2.7 Sachverhalte und Informationen verstehen

Zu beurteilen ist die Fähigkeit, Sachverhalte und Informationen mit Bezug zum Alltagsleben zu verstehen und richtig zu deuten. Zur Prüfung bei Kindern kann z. B. das Verständnis für Spielregeln herangezogen werden:

- Unter vier Jahren werden einfache Spielaktivitäten noch ohne Regeln bevorzugt (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Ein vierjähriges Kind kann sich bereits an ersten Regelspielen, z. B. einfache Kartenspiele, beteiligen (Michaelis 2003). Es hört genau zu beim Vorlesen oder bei Erklärungen und stellt häufig W-Fragen (Michaelis/Niemann 2004) (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Mit fünf Jahren kann ein Kind mit und ohne Vorlagen Konstruktionen mit Bauelementen erstellen (Michaelis/Niemann 2004; Largo 2004a). Es versteht spezielle und allgemeine Spielregeln und versucht, diese einzuhalten (Haley et al. 1998) (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Mit sechs Jahren ist ein Kind regelschulfähig. Ein Verständnis für Sachverhalte und Informationen ist in der Regel zu diesem Zeitpunkt herausgebildet (Fähigkeit vorhanden).

2.8 Risiken und Gefahren erkennen

Zu beurteilen ist die Fähigkeit, Risiken und Gefahren im häuslichen sowie auch außerhäuslichen Umfeld zu erkennen und adäquat zu reagieren:

- Unter zweieinhalb Jahren werden Risiken und Gefahren vielfach noch nicht erkannt (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit zweieinhalb Jahren zeigt ein Kind die erforderliche Vorsicht bei Treppen sowie mit heißen und scharfen Objekten (Haley et al. 1998). Mit dreieinhalb Jahren kann es sich zeitweise allein in der Nähe des Hauses aufhalten, bedarf jedoch der regelmäßigen Kontrolle (Haley et al. 1998). Bis unter sechseinhalb Jahren bedarf es der Begleitung bei Wegen im vertrauten Umfeld (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).

- Ein sechseinhalbjähriges Kind bewegt sich im vertrauten Umfeld ohne Notwendigkeit einer Überwachung (Haley et al. 1998). Anders ist dies bei unbekanntem Wegen im Straßenverkehr. Mit dem Erreichen des Schulalters können die meisten Kinder bei sich selbst rechts und links unterscheiden (Petermann et al. 2006), haben aber noch deutliche Schwierigkeiten bei der spiegelbildlichen Übertragung auf den Raum, z. B. im Straßenverkehr (Schriever 2004) oder auf andere Personen (Petermann et al. 2006). Diese Fähigkeit ist oft erst nach dem zehnten Lebensjahr entwickelt (Schriever 2004) (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Mit zehn Jahren kann ein Kind sich sicher im Straßenverkehr fortbewegen. Entfernungen und Geschwindigkeiten können nun richtig eingeschätzt werden (Limbourg 1995). Zu diesem Zeitpunkt ist auch das Präventionsverhalten bereits ausgebildet, und es werden nun gezielt vorbeugende Verhaltensweisen angewandt (Beispiel: das Kind trägt bewusst einen Fahrradhelm) (Heimstra/Martin 1973; Limbourg 1995; Coppens 1986) (Fähigkeit vorhanden).

2.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse

Zu beurteilen ist hier die Fähigkeit zur Bedürfnisäußerung:

- Unter drei Monaten lässt sich das Schreien eines Säuglings noch nicht differenzieren (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit drei Monaten zeigt ein Säugling differenziertes, absichtsvolles Schreien zwecks Äußerung elementarer Grundbedürfnisse wie Hunger, Unbehagen oder Schmerz (Michaelis 2003). Im ersten Lebensjahr erweitern sich die Ausdrucksmöglichkeiten. Das Kind nutzt Mimik und Gestik, um zu kommunizieren (Jaswal/Fernald 2007) (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Ein Kind im Alter von 13 Monaten kann Wünsche auch ohne Schreien deutlich machen (Flehmig 2007). Verbale Interaktionen kommen schrittweise im Kleinkindalter hinzu.
- Mit ca. zwei Jahren versteht ein Kind den Begriff „mehr“, z. B. möchte es mehr von etwas haben (Straßmeier 1979). Eigene Gedanken und Gefühle, wie z. B. Hunger, können mit dreieinhalb Jahren ausgedrückt werden (Haley et al. 1998) (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Mit vier Jahren verwendet das Kind „Ich“ zur Selbstbezeichnung (Michaelis 2003) und kann damit Bedürfnisse ich-bezogen äußern. Es kann die Frage beantworten: „Was machst Du, wenn Du hungrig bist?“ (Straßmeier 1979) (Fähigkeit vorhanden).

2.10 Aufforderungen verstehen

Zu beurteilen ist hier das Verständnis von Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen:

- Unter 16 Monaten werden Aufforderungen noch nicht unbedingt verstanden (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Mit 16 Monaten befolgt ein Kind einfache Bitten, indem es z. B. auf Aufforderung hin ein Spielzeug abgibt (Brandt/Sticker 2001). Die Aufforderungen müssen unter Umständen mehrmals wiederholt werden (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Mit 18 Monaten werden einfache Gebote bzw. Verbote verstanden und mehr oder weniger beachtet (Michaelis/Niemann 2004). Das Kind versteht die Bedeutung von Nein und hält zumindest kurz inne (Michaelis 2003) (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Im Alter von zweieinhalb Jahren versteht und befolgt ein Kind komplexere Aufforderungen, z. B. „Bring die Buntstifte weg und dann hole Dir etwas zu trinken“ (Straßmeier 1979; Haley et al. 1998) (Fähigkeit vorhanden).

2.11 Beteiligung am Gespräch

Bei Kindern ist an dieser Stelle aufgrund der noch ausstehenden Sprachentwicklung die zunehmende altersgemäße Fähigkeit zur Aufnahme und Weiterführung eines Gesprächs zu beurteilen:

- Unter 15 Monaten kann ein Kind sich noch nicht in adäquater Weise an einem Gespräch beteiligen (Fähigkeit nicht vorhanden).
- Im Alter von 15 Monaten kann ein Kind gezielt und in sinnvoller Bedeutung „Mama“ oder „Papa“ sagen (Flehmig 2007; Michaelis 2003; Brandt/Sticker 2001) (Fähigkeit in geringem Maße vorhanden).
- Mit zwei Jahren wird die (Ein- bis) Zwei-Wort-Sprache zur Kommunikation eingesetzt (Michaelis 2003; Brandt/Sticker 2001). Mit drei Jahren spricht ein Kind Drei-Wort-Sätze (Michaelis 2003; Brandt/Sticker 2001). In diesem Alter hört es beim Geschichtenerzählen zu (Brandt/Sticker 2001). Mit dreieinhalb Jahren kann es eigene Gefühle/Gedanken äußern (Haley et al. 1998) (Fähigkeit größtenteils vorhanden).
- Mit vier Jahren werden W-Fragen (Warum? Wieso?) gestellt (Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004). Das Kind erzählt Erlebtes (ebd.) und kann so Inhalte in ein Gespräch einbringen (Fähigkeit vorhanden).

Modul 4: Selbstversorgung

Allgemeine Grundlagen

Auch in der Entwicklung von Fähigkeiten zur Selbstversorgung zeigt sich in der kindlichen Entwicklung eine erhebliche Spannbreite. Dabei hat auch das Verhalten der Eltern einen Einfluss darauf, zu welchem Zeitpunkt entsprechende Entwicklungsschritte vollzogen werden. Zudem benötigen Kinder selbst nach dem Erlangen einer Fähigkeit unter Umständen noch für längere Zeit eine Anleitung oder Beaufsichtigung, um Körperpflegemaßnahmen als dauerhafte Bestandteile in den Alltag zu integrieren.

Erläuterungsbedürftig in diesem Modul sind die Items zum Bereich Inkontinenz. Genau wie bei Erwachsenen ist es für die Einschätzung nur relevant, ob die Folgen einer Inkontinenz selbstständig bewältigt werden können oder ob dafür personelle Hilfe erforderlich ist. Es wird nicht bewertet, ob eine Inkontinenz vorliegt oder, bei Kindern, ob sich bereits eine vollständige Blasen- oder Darmkontrolle entwickelt hat. Diese liegt mehrheitlich ab dem fünften Lebensjahr bzw. für die Darmkontrolle bereits mit dreieinhalb Jahren vor.

Entwicklungsverlauf in den jeweiligen Items

Vorderen Oberkörper waschen

Ein Kleinkind versucht, sich am Waschen zu beteiligen, hat häufig jedoch noch Schwierigkeiten im Hinblick auf Beweglichkeit und Koordination. Es beginnt zunächst, Teile zu waschen (z. B. Hände, Arme) und lernt dann im Laufe der Zeit das gründliche Waschen und zum Schluss das gründliche Abtrocknen.

Zahnpflege, Kämmen

Das Erlernen der selbstständigen Zahnpflege ist ein Prozess, der aus mehreren Schritten besteht. Kleinkinder können zwar eine Zahnbürste halten und sie im Mund hin- und herbewegen, dies geschieht jedoch noch nicht zielgerichtet. Im Laufe der Zeit sind sie dann in der Lage, spezielle Putztechniken zu erlernen und immer mehr Bereiche der Mundhöhle zu erreichen, um nun alle Zähne gründlich putzen zu können. Das Erlernen des Kämmens hängt von der Länge der Haare und der Art der Frisur ab. Erste Kämmversuche sind bereits im Kleinkindalter in Form des Rollenspiels erkennbar.

Intimbereich waschen

Hier gilt Ähnliches wie für das Waschen des Oberkörpers. Zunächst wird versucht, Teile des Körpers (z. B. Beine) zu waschen. Dann werden das gründliche Waschen und zum Schluss das gründliche Abtrocknen erlernt.

Duschen oder Baden

Für das Erlernen des Duschens oder Badens gilt Ähnliches wie für das Waschen von Ober- und Unterkörper. Voraussetzung ist, dass ein Kind sich in der Badewanne oder Dusche ohne Schwierigkeiten bewegen und hinein- bzw. hinaussteigen kann. Später lernt es, die Temperatur des Badewassers zu regulieren. Üblicherweise bedarf ein Kind beim Duschen oder Baden noch für längere Zeit der Beaufsichtigung und Anleitung.

Oberkörper an- und auskleiden

Im Entwicklungsverlauf beteiligt sich ein Kind zunächst beim Auskleiden. Später lernt es, auch Kleidungsstücke anzuziehen und Knöpfe zu schließen. Abschließend wird die Fähigkeit zum Ein- und Aushaken von Reißverschlüssen herausgebildet.

Unterkörper an- und auskleiden

Hier zeigt sich ein ähnlicher Verlauf wie beim Ankleiden des Oberkörpers. Die Fähigkeit ist voll entwickelt, wenn ein Kind gelernt hat, Schnürbänder zu binden.

Essen mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen

Im Entwicklungsverlauf lernt ein Kind zunächst, ein Getränk einzugießen, wobei es am Anfang durchaus noch etwas verschüttet. Der Umgang mit dem Messer wird erst später erlernt (z. B. Brot streichen und schneiden, weiche Nahrung schneiden). Hilfe beim Schneiden harter Nahrung oder beim Öffnen von Flaschen kann noch bis weit in das Schulalter hinein erforderlich sein.

Essen

Das Erlernen der selbstständigen Nahrungsaufnahme ist ein komplexes Geschehen, das vielfältige Fähigkeiten voraussetzt, wie die Beherrschung der Kopf- und Rumpfkontrolle und des Körpergleichgewichts, die Fähigkeit zum Sitzen ohne Unterstützung sowie eine entwickelte Fingerkoordination (Greifbewegungen). Im Entwicklungsverlauf kann ein Kind zunächst Esswaren (z. B. einen Keks oder Brot) in der Hand halten. In

der Folge erlernt es das selbstständige Essen mit einem Löffel, anschließend auch mit einer Gabel.

Trinken

Im Entwicklungsverlauf trinkt ein Kind zunächst aus einer Flasche, dann aus einer hingehaltenen Tasse. Später hält es selbstständig einen Becher und trinkt allein, allerdings zunächst noch mit Verschütten. Schließlich kann es sicher mit einem Becher oder einer Tasse umgehen.

Toilette/Toilettenstuhl benutzen

Mit Einsetzen des Toilettentrainings benötigt ein Kind zunächst noch Beaufsichtigung und Hilfestellung. Im Verlauf kommt es dann selbst mit dem Toilettensitz/-deckel zurecht, kann sich Toilettenpapier nehmen und die Spülung betätigen. Es erlernt zuerst die selbstständige Intimhygiene nach dem Wasserlassen, später dann auch nach der Darmentleerung.

Folgen einer Harn-/Stuhlinkontinenz bewältigen; Umgang mit Stoma

Bis zur Ausbildung vollständiger Blasen- und Darmkontrolle, die im Alter von fünf Jahren erreicht wird, sind Kinder nicht in der Lage, die Folgen der fehlenden Harn- und Stuhlregulierung selbstständig bewältigen zu können. Ab dem Alter von fünf Jahren kann entsprechend davon ausgegangen werden, dass es keinen altersentsprechenden Hilfebedarf, sondern nur noch einen krankheitsbedingten Bedarf gibt. Daher ist der Grad der Selbstständigkeit erst ab diesem Alter zu ermitteln.

- 0 - selbstständig
- 1 - überwiegend selbstständig
- 2 - überwiegend unselbstständig
- 3 - unselbstständig

Nr.	Item	0	1	2	3
4.1	Vorderen Oberkörper waschen	ab 6 J.	von 4 J. bis unter 6 J.	von 2 J. bis unter 4 J.	jünger als 2 J.
4.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	ab 5 J.	von 3 J. 6 M. bis unter 5 J.	von 18 M. bis unter 3 J. 6 M.	jünger als 18 M.

Literaturanalyse zur
altersgemäßen
kindlichen
Entwicklung

0 - selbstständig
1 - überwiegend selbstständig
2 - überwiegend unselbstständig
3 - unselbstständig

Nr.	Item	0	1	2	3
4.3	Intimbereich waschen	ab 6 J.	von 4 J. bis unter 6 J.	von 2 J. bis unter 4 J.	jünger als 2 J.
4.4	Duschen oder Baden	ab 8 J.	von 4 J. bis unter 8 J.	von 3 J. 6 M. bis unter 4 J.	jünger als 3 J. 6 M.
4.5	Oberkörper an- und auskleiden	ab 6 J.	von 3 J. 6 M. bis unter 6 J.	von 18 M. bis unter 3 J. 6 M.	jünger als 18 M.
4.6	Unterkörper an- und auskleiden	ab 6 J.	Von 3 J. 6 M. bis unter 6 J.	von 18 M. bis unter 3 J. 6 M.	jünger als 18 M.
4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	ab 8 J.	von 5 J. 6 M. bis unter 8 J.	von 2 J. bis unter 5 J. 6 M.	jünger als 2 J.
4.8	Essen	ab 2 J. 6 M.	von 20 M. bis unter 2 J. 6 M.	von 7 M. bis unter 20 M.	jünger als 7 M.
4.9	Trinken	ab 2 J.	von 11 M. bis unter 2 J.	von 8 M. bis unter 11 M.	jünger als 8 M.
4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	ab 6 J.	von 3 J. 6 M. bis unter 6 J.	von 18 M. bis unter 3 J. 6 M.	jünger als 18 M.
4.11. 4.12.	Folgen einer Harn-/Stuhlinkontinenz bewältigen			ab 5 J.	

Tab. 34: Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 4 „Selbstversorgung“

Begründung der Altersstufenzuordnung

4.1 Vorderen Oberkörper waschen

Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit der eigenständigen Oberkörperwäsche einschließlich der Hände:

- Unter zwei Jahren zeigt ein Kind noch keine Aktivitäten, sich selbst zu waschen (unselbstständig).
- Mit zwei Jahren versucht ein Kind bereits, Teile des Körpers (z. B. Hände, Arme) zu waschen, hat aber noch Schwierigkeiten im Hinblick auf Beweglichkeit und Koordination (Haley et al. 1998) (überwiegend unselbstständig).
- Mit vier Jahren benutzt ein Kind Seife und Waschlappen; es wäscht die Hände gründlich sowie den kompletten Körper bis auf das Gesicht, benötigt noch Hilfe beim Abtrocknen (Haley et al. 1998). Mit fünfeinhalb Jahren wäscht und trocknet ein Kind den Körper ab, muss aber noch unter Umständen an das Abtrocknen bestimmter Körperteile erinnert werden (Haley et al. 1998) (überwiegend selbstständig).
- Mit sechs Jahren kann ein Kind sich selbstständig waschen und abtrocknen, wäscht auch das Gesicht gründlich (Haley et al. 1998) (selbstständig).

4.2 Zahnpflege, Kämmen

Zu betrachten ist schwerpunktmäßig das Erlernen des Zähneputzens, da diesem ein höherer Komplexitätsgrad zukommt als dem Kämmen:

- Kinder von eineinhalb Jahren können zwar eine Zahnbürste halten, sie in den Mund nehmen und dort hin- und herbewegen, dies geschieht allerdings noch nicht zielgerichtet (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995) (unselbstständig).
- Im Alter von 18 Monaten ist Zahnpflege mit Hilfe möglich. (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995). Bis unter dreieinhalb Jahren ist allerdings noch viel Unterstützung nötig, da Zahnpasta meist geschluckt wird und sauberes Putzen noch nicht gelingt (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995) (überwiegend unselbstständig).
- Mit dreieinhalb Jahren beginnen die Kinder spezielle Putztechniken zu erlernen (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995). Zunächst können nur die vorderen Zähne geputzt werden, in der Folge werden immer mehr Bereiche in der Mundhöhle erreicht (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995). Bis unter fünf Jahren können die Zähne noch nicht komplett selbstständig geputzt werden (überwiegend selbstständig).

- Mit fünf Jahren beherrscht ein Kind das selbstständige Zähneputzen (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995) (selbstständig).
- Ein weiterer Beaufsichtigungsbedarf bis in die Schulzeit hinein ist bei Kindern nicht ungewöhnlich, um das Zähneputzen als festen Bestandteil der Körperhygiene in den Alltag zu integrieren (Osawara et al. 1992).

4.3 Intimbereich waschen

Bei Kindern erfolgt in der Literatur keine Unterscheidung zwischen dem Waschen des Oberkörpers und des Intimbereichs. Es gelten die gleichen Altersgrenzen wie bei 4.1.

4.4 Duschen oder Baden

Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit, ein Wannenbad oder das Duschen durchzuführen:

- Unter dreieinhalb Jahren kann ein Kind nicht allein in eine Erwachsenenbadewanne hinein- und wieder hinausklettern (unselbstständig).
- Mit dreieinhalb Jahren beherrscht ein Kind das sichere Hinein- und Heraussteigen aus einer Badewanne (Haley et al. 1998) (überwiegend unselbstständig).
- Mit vier Jahren benutzt ein Kind Seife und Waschlappen; es wäscht den kompletten Körper, benötigt noch Hilfe beim Abtrocknen (Haley et al. 1998). Mit sechs Jahren kann es sich selbstständig waschen, wäscht auch das Gesicht gründlich (Haley et al. 1998). In diesem Alter kann ein Kind auch die Temperatur des Badewassers selbstständig regulieren (Holle 1996). Bis unter acht Jahren bedarf es häufig noch der Anleitung und Beaufsichtigung (Gesell et al. 1971). Je nach Frisur und Haarlänge kann auch ein Hilfebedarf bei der Haarwäsche erforderlich sein (überwiegend selbstständig).
- Mit acht Jahren kann ein Kind erfahrungsgemäß allein ein Bad nehmen (selbstständig).

4.5 Oberkörper an- und auskleiden

Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit, den Oberkörper an- und auszukleiden (inkl. Verschlüsse):

- Unter eineinhalb Jahren zeigt ein Kind keine Beteiligung beim An- und Auskleiden des Oberkörpers (unselbstständig).
- Ein eineinhalbjähriges Kind beginnt sich beim An- und Auskleiden zu beteiligen, indem es z. B. die Arme beim Anziehen hebt (Haley et al. 1998; Brandt/Sticker 2001). Mit zwei-

einhalb Jahren kann ein Kind einen Reißverschluss am Oberkörper hoch- und runterziehen (Haley et al. 1998). Mit 3 Jahren kann es ein T-Shirt ausziehen (Haley et al. 1998), allerdings noch keine Kleidungsstücke anziehen (überwiegend unselbstständig).

- Mit dreieinhalb Jahren zieht ein Kind einen Pullover oder ein T-Shirt allein an (Haley et al. 1998). Im Alter von vier Jahren können Druckknöpfe geschlossen und geöffnet werden (Haley et al. 1998), mit 4 bis viereinhalb Jahren normale Knöpfe (Flehmig 2007; Haley et al. 1998). Mit vierdreiviertel Jahren kann ein Kind sich ohne Anleitung aus- und ankleiden (Flehmig 2007). Bis unter sechs Jahren können aber noch keine Reißverschlüsse geschlossen werden (überwiegend selbstständig).
- Mit sechs Jahren können Reißverschlüsse ein- und ausgehakt werden (Haley et al. 1998) (selbstständig).
- Im Weiteren benötigt ein Kind noch ggf. Impulsgebung, Aufsicht und einzelne Handreichungen bei vorhandener motorischer Fähigkeit zum An-/Auskleiden.

4.6 Unterkörper an- und auskleiden

Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit, den Unterkörper an- und auszukleiden (inkl. Verschlüsse):

- Unter eineinhalb Jahren zeigt ein Kind keine Beteiligung beim An- und Auskleiden des Unterkörpers (unselbstständig).
- Ein eineinhalbjähriges Kind beginnt sich am An- und Auskleiden zu beteiligen (Haley et al. 1998; Brandt/Sticker 2001). Ein zweijähriges Kind kann die Beine durch die Hose stecken und eine Hose hoch- bzw. herunterziehen (Haley et al. 1998; Brandt/Sticker 2001). Mit zweieinhalb Jahren kann eine Hose mit Taillengummi ausgezogen werden (Haley et al. 1998), aber noch nicht unbedingt allein angezogen werden (überwiegend unselbstständig).
- Mit dreieinhalb Jahren kann eine Hose mit Taillengummi selbstständig angezogen werden; des Weiteren können Socken angezogen werden (Haley et al. 1998). Ein vierjähriges Kind kann einen Reißverschluss an der Hose öffnen und die Hose ausziehen (Haley et al. 1998). Mit fünf Jahren kann ein Kind eine Hose anziehen und den Reißverschluss schließen; Schuhe werden auf den richtigen Fuß gezogen (Haley et al. 1998). Bis unter sechs Jahren können noch keine Schuhbänder verschnürt werden (überwiegend selbstständig).
- Mit sechs Jahren können Schuhbänder verschnürt werden, zu Beginn oft noch locker (Haley et al. 1998; Michaelis 2003) (selbstständig).

- Im Weiteren benötigt ein Kind ggf. noch Impulsgabe, Aufsicht und einzelne Handreichungen bei vorhandener motorischer Fähigkeit zum An-/Auskleiden.

4.7 Nahrung mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen

Zu beurteilen ist hier die Fähigkeit zum Eingießen von Flüssigkeiten (inkl. Verschlüsse) und Zerkleinern von Nahrung mittels Besteck:

- Unter zwei Jahren beherrscht ein Kind noch keine diesbezüglichen Fertigkeiten (unselbstständig).
- Mit zwei Jahren kann ein Kind Wasser aus einem Becher in einen anderen gießen (Brandt/Sticker 2001). Mit drei Jahren ist die Fingerfertigkeit so weit entwickelt, dass der Deckel eines zusammengeschrubten Spielzeugs aufgeschraubt werden kann (Brandt/Sticker 2001). Mit viereinhalb Jahren kann ein Kind ein Getränk eingießen, verschüttet nur minimal (Haley et al. 1998). Nahrung mit einem Messer zu schneiden gelingt noch nicht (überwiegend unselbstständig).
- Mit fünfeinhalb Jahren kann ein Kind Brot mit einem Messer streichen und schneiden oder andere weiche Nahrung schneiden (Haley et al. 1998). Mit sechs Jahren kann ein Kind selbstständig Brot, Müsli und Getränke richten (Michaelis 2003). Unter acht Jahren beherrscht ein Kind erfahrungsgemäß noch nicht das selbstständige Öffnen von Flaschen mit einem Flaschenöffner oder das Schneiden harter Nahrungsmittel (z. B. Fleisch, harte Krusten) (überwiegend selbstständig).
- Mit acht Jahren kann ein Kind als selbstständig in diesem Item betrachtet werden.

4.8 Essen

Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit zur selbstständigen Nahrungsaufnahme (inkl. Löffelnutzung):

- Unter sieben Monaten zeigt ein Kind keine Aktivitäten zur selbstständigen Nahrungsaufnahme (unselbstständig).
- Mit etwa sieben Monaten kann ein Kind Esswaren in die Hand nehmen (Carruth/Skinner 2002). Mit acht bis neun Monaten isst es einen Keks allein (Flehmgig 2007). Mit etwa zwölf Monaten setzt der Wechsel von der Eingabe der Nahrung zur selbstständigen Nahrungsaufnahme ein (Young/Drewett 2000). Mit 18 Monaten isst ein Kind ein Brot allein (Flehmgig 2007). Der Umgang mit einem Löffel zur Nahrungsaufnahme wird noch nicht beherrscht (überwiegend unselbstständig).

- Mit 20 Monaten benutzt ein Kind einen Löffel (Flehmg 2007), kann jedoch bis unter zweieinhalb Jahren noch nicht unbedingt sauber essen (überwiegend selbstständig).
- Mit zweieinhalb Jahren kann ein Kind geschickt mit dem Löffel umgehen und sauber essen (Brandt/Sticker 2001). Mit einer Gabel kann Nahrung aufgespießt werden, wobei nur wenig wieder herunterfällt (Haley et al. 1998) (selbstständig).

4.9 Trinken

Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit der eigenständigen Flüssigkeitsaufnahme:

- Unter acht Monaten zeigt ein Kind keine Aktivitäten der eigenständigen Flüssigkeitsaufnahme (unselbstständig).
- Im Alter von acht Monaten kann ein Kind seine Flasche allein halten und trinkt daraus, wenn sie ihm in den Mund gesteckt worden ist (Hurlock 1972) (überwiegend unselbstständig).
- Mit elf Monaten trinkt ein Kind aus einer an den Mund gehaltenen Tasse und hilft mit, die Tasse zu halten (Brandt/Sticker 2001). Mit 18 Monaten hält es selbstständig einen Becher und trinkt allein, verschüttet unter Umständen aber noch etwas (Brandt/Sticker 2001) (überwiegend selbstständig).
- Mit zwei Jahren kann ein Kind sicher mit einem Becher oder einer Tasse umgehen (Haley et al. 1998; Brandt/Sticker 2001) (selbstständig).

4.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen

Zu beurteilen ist hier die Fähigkeit der eigenständigen Toilettennutzung und Intimhygiene:

- Unter 18 Monaten zeigen sich bei Kindern keine diesbezüglichen Aktivitäten (unselbstständig).
- Zwischen 18 und 30 Monaten beginnt in der Regel das Toilettentraining, die Kinder werden auf den Topf oder die Toilette gesetzt (Largo et al. 1978). Bis unter dreieinhalb Jahren kommen sie aber noch nicht allein mit der Toilette zurecht (überwiegend unselbstständig).
- Im Alter von dreieinhalb Jahren kommt ein Kind mit dem Toilettensitz/-deckel zurecht, nimmt sich Toilettenpapier und kann die Spülung betätigen (Haley et al. 1998). Es kann sich nach dem Wasserlassen weitgehend selbstständig abputzen und kommt mit der Kleidung zurecht (Haley et al. 1998). Bei der Darmentleerung ist noch bis unter sechs Jahren Hilfe beim Abputzen erforderlich (Holle 1996) (überwiegend selbstständig).

- Mit sechs Jahren kann die Säuberung auch nach der Darmentleerung selbstständig vorgenommen werden (Haley et al. 1998) (selbstständig).

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Allgemeine Grundlagen

Eine altersgemäße Form der Gestaltung des Alltagslebens ist im Kindesalter das Spielen. Im Spiel vollzieht sich zu einem großen Teil die Entwicklung von Kindern (Hetzer 1990). Je nach Entwicklungsperiode gibt es bestimmte charakteristische Formen des Spiels. Nach Largo (2004c) erlernen Kinder verschiedene Spielformen in etwa folgender Reihenfolge: Spiel mit Erkundungscharakter, Spiel mit Mittel-zum-Zweck-Charakter, Spiel mit Objektpermanenz, Spielverhalten mit räumlichen Charakteristika, Spielverhalten mit Symbolcharakter sowie Spiel mit Kategorisieren. Lutz-Dellinger/Lutz-Dellinger (1985) nehmen eine Unterscheidung nach Spielinhalten vor und unterscheiden soziale Interaktionsspiele, Spiele mit Sinneseindrücken, Funktionsspiele, Rollenspiele, Regelspiele, Wettbewerbsspiele. Die Übersicht zu Modul 2 verdeutlicht alterstypische Spielaktivitäten.

Neben dem Spielen als Form der Alltagsgestaltung bei Kindern ist das kindliche Schlafverhalten von Interesse, das in zahlreichen Untersuchungen, bevorzugt bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter, beleuchtet wurde. Im Mittelpunkt standen dabei die Gesamtschlafdauer, die Dauer des Nacht- und Tagschlafs sowie Schlafstörungen.

Zentraler Faktor für Schlafquantität und Schlafqualität ist das Alter eines Kindes. Ein Neugeborenes schläft 16 bis 17 Stunden am Tag. Mit ca. 15 Wochen hat sich vielfach ein beständiger Schlaf-Wach-Rhythmus herausgebildet (Largo 2005). Mit sechs Monaten haben die meisten Kinder die Fähigkeit zum Durchschlafen entwickelt (Ferber 1987). Die Gesamtschlafdauer beträgt mit sechs bis acht Monaten etwa 13 bis 14 Stunden (Wolfson 1996). Basler et al. (1980) ermitteln eine Gesamtschlafdauer bei Kindern zwischen sechs und 18 Monaten von 15 Stunden pro Tag sowie eine Verringerung bei Kindern zwischen einhalb und fünf Jahren auf zwölf Stunden pro Tag.

Hinsichtlich der Schlafdauer zeigen die vorliegenden Befunde eine große individuelle Variabilität. Einer Untersuchung von Basler et al. (1980) zum Schlafverhalten in den ersten fünf Lebensjahren zufolge schlafen einzelne Kinder nur acht Stunden, andere bis zu 15 Stunden pro Nacht. Der Tagesschlaf, der in den ersten zwei Lebensjahren von 96% der Kinder absolviert wird, hört bei 80% der Kinder zwischen zwei und fünf Jahren auf. Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die durchschnittliche Schlafdauer bei Kindern:

Schlafdauer in Std.

20

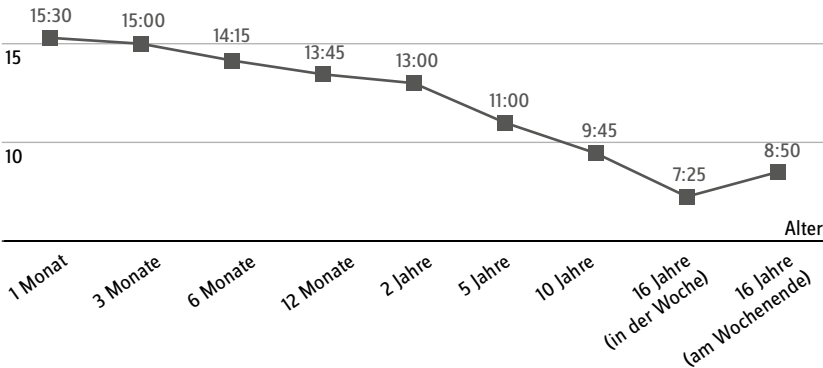


Abb. 15: Durchschnittliche Gesamtschlafdauer nach Alter

Quelle: Wolfson 1996

Mindestens 20% aller Kinder leiden in den ersten fünf Lebensjahren an Schlafstörungen unterschiedlicher Art wie beispielsweise Einschlafschwierigkeiten, nächtliches Erwachen, Angstträume, Pavor nocturnus und Schlafwandeln (Basler et al. 1980; Bühler/Largo 1981; Polock 1994; Largo 2005). Die Störungen können über mehrere Monate oder auch ein Jahr und länger anhalten.

Am häufigsten treten Einschlafschwierigkeiten und nächtliches Erwachen auf (Bühler/Largo 1981). Etwa jedes fünfte Kind zwischen zwei und sieben Jahren weist Einschlafschwierigkeiten auf, die sich beim Kleinkind v.a. durch Rufen und Aus-dem-Zimmer-Kommen äußern. Mit Erreichen des Kindergarten- und Schulalters zeigt sich eine deutliche Zunahme der Einschlafschwierigkeiten (Bühler/Largo 1981; Beltramini/Hertzog 1983). Im Alter von zehn Jahren haben etwa 40% der Kinder gelegentliche Probleme mit dem Einschlafen.

Zwischen eineinhalb und drei Jahren wachen rund 20% der Kinder jede Nacht ein- oder mehrmals auf, mit vier und fünf Jahren sind es etwa 16% (Basler et al. 1980). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Jenkins et al. (1980) sowie Wolke et al. (1994). Pollock (1994) berichtet sogar von 25% der Fünfjährigen mit Schlafstörungen irgendwelcher Art. Largo (2005) zufolge gehört ein mehrmaliges Aufwachen pro Nacht zum normalen Schlafverhalten von Säuglingen und Kleinkindern. Inwieweit nächtliches Erwachen als Problem empfunden wird, hängt von der Häufigkeit des Auftretens und vor allen Dingen davon ab, wie das Kind und die Eltern darauf reagieren (Ferber 1987; Largo 2005).

Mit zunehmendem Alter eines Kindes kommt es zum Widerstand gegen das Zubettgehen. Während rund 8% der zwei- bis vierjährigen Kinder sich dem Zubettgehen widersetzen, sind es zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr 27% und bei den Zehnjährigen 35%, die sich gelegentlich gegen das Zubettgehen sträuben (Bühler/Largo 1981).

Entwicklungsverlauf in den jeweiligen Items

Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen

Um den Tagesablauf gestalten zu können, muss sich zunächst ein Bewusstsein für Tagesstrukturen und -routinen herausbilden, z. B. anhand von Essenszeiten. Daran anschließend entwickelt ein Kind einfache Zeitkonzepte (morgens, mittags, abends) und verbindet bestimmte Zeiten mit spezifischen Ereignissen oder Handlungen. Der Tagesablauf kann kontrolliert werden, wenn ein Kind die Uhr lesen kann. Eine vollständig eigenständige Gestaltung des Tagesablaufs ist in der Regel bei Kindern nicht gegeben. Sie sind in einen Tagesablauf eingebunden, der in erheblichem Maße durch die Eltern und (je nach Alter) durch feste Kindergarten-/oder Schulzeiten vorgegeben wird.

Ruhen und Schlafen

Ein Kind entwickelt in der Regel bereits im Säuglingsalter einen festen Tag-/Nacht-Rhythmus sowie die Fähigkeit zum Durchschlafen (s. o.). In den ersten Jahren benötigt es noch den Tagesschlaf, gibt diesen jedoch vor Erreichen des Schulalters auf. Ein Teil der Kinder zeigt gelegentlich Widerstand gegen das Zubettgehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass etliche Kinder noch bis weit in das Schulalter hinein die Aufforderung durch die Eltern zum Schlafengehen benötigen.

Sich beschäftigen

Im Entwicklungsverlauf zeigt ein Kind alterstypische Spielaktivitäten (s. o.). Es spielt zunehmend gern mit anderen Kindern, kann sich aber auch für eine immer längere Zeitspanne allein beschäftigen.

In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Erste Planungen können vorgenommen werden, wenn ein Kind über Zeitvorstellungen verfügt. Im Vorschulalter können somit bereits Planungen erfolgen, wie beispielsweise andere Kinder einzuladen.

Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Im Entwicklungsverlauf nimmt ein Säugling bereits zu einem frühen Zeitpunkt über Lächeln Kontakt mit seinen Bezugspersonen auf. Später lernt es, fremde und bekannte Personen sicher zu unterscheiden. Im weiteren Verlauf kann es den Eltern gegenüber von sich aus Zuneigung zeigen und Interaktionen initiieren.

Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Mit der Fähigkeit zur Initiierung sozialer Interaktionen wird das Kind in die Lage versetzt, Kontakte zu anderen Personen aufzunehmen. Es freut sich über den Kontakt zu anderen Kindern. Zunächst finden Spiele eher nebeneinander her statt, allmählich wird die Fähigkeit zum kooperativen und ausdauernden Spiel herausgebildet. Das Kind kann schließlich gezielte Kontakte zu bestimmten Kindern suchen und Freundschaften schließen.

- 0 - selbstständig
- 1 - überwiegend selbstständig
- 2 - überwiegend unselbstständig
- 3 - unselbstständig

Nr.	Item	0	1	2	3
6.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	ab 7J.	von 5J. bis unter 7J.	von 2J. 6M. bis unter 5J.	jünger als 2J. 6M
6.2	Ruhen und Schlafen	ab 11J.	von 5J. bis unter 11J.	von 6M. bis unter 5J.	unter 6M.

0 - selbstständig
1 - überwiegend selbstständig
2 - überwiegend unselbstständig
3 - unselbstständig

Nr.	Item	0	1	2	3
6.3	Sich beschäftigen	ab 5J.	von 3J. bis unter 5J.	von 6M. bis unter 3J.	jünger als 6M.
6.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	ab 5J.	von 2,5J. bis unter 5J.		unter 2,5J.
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	ab 12M.	von 9M. bis unter 12M.	von 6 Wo. bis unter 9M.	jünger als 6 Wo.
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	ab 5J.	von 3J. bis unter 5J.	von 12M. bis unter 3J.	jünger als 12M.

Tab. 35: Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“

Begründung der Altersstufenzuordnung

6.1 Den Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen

Zu beurteilen ist das Bewusstsein für Tagesstrukturen und -routinen, das im Kleinkindalter herausgebildet wird:

- Unter zweieinhalb Jahren besteht noch kein Bewusstsein für Tagesstrukturen und -routinen (unselbstständig).
- Mit zweieinhalb Jahren hat das Kind ein Bewusstsein entwickelt für Essenszeiten und Routinen während des Tages (Haley et al. 1998). Mit vier Jahren besitzt es sehr einfache Zeitkonzepte (z. B. morgens, mittags, abends) und ein Bewusstsein für die Abläufe von bekannten Ereignissen in der Woche (Haley et al. 1998). Es kann sagen, was am Tag und in der Nacht gemacht wird (Straßmeier 1979) (überwiegend unselbstständig).
- Mit fünf Jahren verbindet es eine bestimmte Zeit mit spezifischen Ereignissen oder Handlungen (kennt z. B. die Uhrzeit einer Kindersendung im Fernsehen) (Haley et al.

1998). Der Tagesablauf kann bis unter sieben Jahren noch nicht anhand der Uhr kontrolliert werden (überwiegend selbstständig).

- Mit sieben Jahren fragt das Kind nach der Zeit oder liest die Uhr, um den Tagesablauf zu kontrollieren (Haley et al. 1998) (selbstständig).

6.2 Ruhen und Schlafen

Zu beurteilen ist, ob das Kind über einen Tag-Nacht-Rhythmus verfügt, für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen und die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen sowie mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen kann:

- Unter sechs Monaten hat ein Säugling häufig noch keinen festen Tag-Nacht-Rhythmus und noch nicht die Fähigkeit zum Durchschlafen entwickelt (unselbstständig).
- Mit sechs Monaten schlafen 90% der Säuglinge nachts durch und haben einen festen Rhythmus mit verlässlichen Durchschlafperioden entwickelt (Ferber 1987). Durchschlafen bedeutet, sechs bis acht Stunden hintereinander zu schlafen. Ein mehrmaliges Aufwachen pro Nacht gehört allerdings zum normalen Schlafverhalten von Säuglingen und Kleinkindern (Largo 2005). Bis zum Alter von fünf Jahren wird unter Umständen noch Tagesschlaf gehalten (Basler et al. 1980) (überwiegend un-selbstständig).
- Mit fünf Jahren halten 80% der Kinder keinen Tagesschlaf mehr (Basler et al. 1980). Mit zunehmendem Alter eines Kindes kommt es zum Widerstand gegen das Zubettgehen. Mit fünf Jahren sind es 27% der Kinder und bei den Zehnjährigen 35%, die sich gelegentlich gegen das Zubettgehen sträuben (Bühler/Largo 1981) (überwiegend selbstständig).
- Mit ca. elf Jahren kann ein Kind als selbstständig in diesem Bereich angesehen werden. Gleichwohl kann es auch in diesem Alter und darüber hinaus notwendig werden, dass es eine Aufforderung zum Schlafengehen von den Eltern benötigt oder morgens geweckt werden muss (selbstständig).

6.3 Sich beschäftigen

Zu beurteilen ist hier die Selbstständigkeit bei kindgerechten Aktivitäten, z.B. Spielen mit und ohne anderen Kindern oder Erwachsenen, Bilderbuch ansehen, Fernsehen, Lesen, Computer:

- Unter sechs Monaten lassen sich keine diesbezüglichen Aktivitäten feststellen (un-selbstständig).

- Mit sechs Monaten werden Objekte und Spielzeug in den Mund gesteckt (Michaelis 2003). Typisches Spiel mit zwölf Monaten ist das Versteckspiel (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006). In diesem Alter beginnt kooperatives soziales Spiel, indem das Kind einer Bezugsperson einen Gegenstand, den es in der Hand hält, reicht, wenn es dazu aufgefordert wird (Hellbrügge et al. 1994). Mit 18 Monaten kann ein Kind sich für ca. 10 bis 20 Minuten selbst beschäftigen (z. B. erste Rollenspiele mit sich selbst: Trinken aus einer Spielzeugtasse) (Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004). Mit zwei Jahren kann für 15 bis 30 Minuten allein gespielt werden (z. B. Gegenstände aus Schublade ein- und ausräumen) (Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004). Mit zweieinhalb Jahren müssen gemeinsame Spielaktivitäten mit einem Erwachsenen noch durch diesen angeleitet und strukturiert werden (Haley et al. 1998) (weitgehend unselbstständig).
- Im Alter von drei Jahren kann ein Kind sich für mindestens eine halbe Stunde allein beschäftigen (Petermann et al. 2006). Mit vier Jahren kann es sich an einfachen Regelspielen beteiligen (Michaelis 2003) und sich im Spiel mit anderen für die Ausgestaltung eines Spiels entscheiden (Haley et al. 1998) (überwiegend selbstständig).
- Mit fünf Jahren spielt ein Kind gerne intensive Rollenspiele, Verkleidungen und Verwandlungen (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006). Es sucht gezielt den Kontakt zu bestimmten Kindern, mit denen es gerne spielen möchte. Das Kind versteht, dass beim Spielen allgemeine und spezielle Regeln zu beachten sind (z. B. warten, bis man an der Reihe ist; Beachtung der Regeln von Kartenspielen) (selbstständig).

6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Zu beurteilen ist, ob ein Kind längere Zeitabschnitte überschauen und über den Tag hinweg planen kann:

- Unter zweieinhalb Jahren bestehen bei einem Kind noch keine Zeitvorstellungen (unselbstständig).
- Mit zweieinhalb Jahren kann ein Kind aus den Erfahrungen des Tagesrhythmus alltägliche Abläufe zeitlich zuordnen (Haley et al. 1998). Damit können erstmalig Planungen vorgenommen werden. Bis unter fünf Jahren benötigt es dazu jedoch die Unterstützung anderer Personen (überwiegend unselbstständig bis überwiegend selbstständig).
- Mit fünf Jahren sucht sich ein Kind selbst gezielt Kontakte zu bestimmten Kindern, schließt Freundschaften und lädt andere Kinder zu sich ein (Michaelis 2003; Peter-

mann et al. 2006). Damit ist es in der Lage, in die Zukunft gerichtete Planungen vorzunehmen (selbstständig).

6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Zu beurteilen ist hier die Selbstständigkeitsentwicklung bei sozialen Interaktionen im familiären Umfeld:

- Unter sechs Wochen kann ein Kind von sich aus keine Interaktionen initiieren (unselbstständig).
- Mit sechs Wochen entwickeln sich erste Kontakte zu Bezugspersonen (soziales Lächeln) (Flehmig 2007). Bis unter neun Monaten kann noch kein sicheres Unterscheiden zwischen fremden und vertrauten Personen vorgenommen werden (überwiegend unselbstständig).
- Mit neun Monaten ist ein sicheres Unterscheiden bekannter und fremder Personen möglich (Michaelis/Niemann 2004). Im Umgang mit vertrauten Personen hält das Kind Blickkontakt, lacht oder zeigt freudige Bewegungen (Petermann et al. 2006). Weitere eigenständige Äußerungen von Zuneigung können eher noch nicht vorgenommen werden (überwiegend selbstständig).
- Mit zwölf Monaten kann den Eltern gegenüber Zuneigung gezeigt werden, z. B. Arme um sie legen, Küsschen geben oder schmusen (Brandt/Sticker 2001). Das Kind ist nun dazu in der Lage, selbst soziale Interaktionen zu beginnen, fortzuführen, zu variieren und zu beenden (Michaelis/Niemann 2004) (selbstständig).

6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Zu beurteilen ist hier die Selbstständigkeitsentwicklung bei sozialen Interaktionen außerhalb der Familie, z. B. zu anderen Kindern oder im Kindergarten:

- Unter zwölf Monaten ist ein Kind nicht dazu in der Lage, selbst soziale Interaktionen zu initiieren (unselbstständig).
- Mit zwölf Monaten kann es selbst soziale Interaktionen steuern (Michaelis/Niemann 2004). Mit zwei Jahren freut sich ein Kind über Kontakt zu anderen Kindern (Michaelis/Niemann 2004; Haley et al. 1998). Spiele finden allerdings bis unter drei Jahren noch nicht gemeinsam, sondern zunächst eher nebeneinander her (Parallelspiel) statt (überwiegend unselbstständig).
- Mit drei Jahren kann ein Kind über mindestens fünf Minuten mit anderen Kindern spielen (Michaelis/Niemann 2004; Petermann et al. 2006). Mit viereinhalb Jahren fin-

den kooperative und andauernde Spiele mit anderen Kindern statt (Haley et al. 1998) (überwiegend selbstständig).

- Mit fünf Jahren sucht sich ein Kind selbst gezielte Kontakte zu bestimmten Kindern und schließt Freundschaften. Es ist dazu in der Lage, andere Kinder einzuladen, und wird selbst eingeladen (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006) (selbstständig).

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Die außerhäuslichen Aktivitäten finden bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit keine Berücksichtigung. Im Unterschied zur Begutachtung bei Erwachsenen fließen die Einschätzungsergebnisse aus diesem Modul auch nicht in die Ermittlung der Hilfebedürftigkeit ein, da bei Kindern keine Informationen zu Modul 8 erhoben werden. Die Informationen aus Modul 7 sind daher vorwiegend im Rahmen der Pflege- oder Hilfeplanung zu verwenden.

Begründung der Altersstufenzuordnung

7.1 Verlassen der Wohnung

Zu beurteilen ist die motorische Fähigkeit, den individuellen Wohnbereich verlassen zu können:

- Unter 18 Monaten beherrscht ein Kind noch nicht das freie Laufen, sodass es den Wohnbereich nicht selbstständig verlassen kann (unselbstständig).
- Mit 18 Monaten wird das freie Laufen beherrscht (Michaelis/Niemann 2004; WHO 2006). Das Kind beherrscht allerdings noch nicht das Treppensteigen (überwiegend unselbstständig).
- Mit zweieinhalb Jahren kann ein Kind motorisch sicher eine Treppe allein und aufrecht sowohl hinauf- als auch hinuntergehen (Brandt/Sticker 2001) (überwiegend selbstständig).
- Mit dreieinhalb Jahren hält es sich in der Nähe des Hauses auf, ohne ständig überwacht werden zu müssen (Haley et al. 1998). Damit hat es nun volle Selbstständigkeit erreicht (selbstständig).

7.2 Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung

Zu beurteilen ist die zunehmende Fähigkeit der motorisch sicheren und zielgerichteten Fortbewegung außer Haus:

- Mit zwei Jahren kann ein Kind 50 Meter und mehr motorisch sicher und ohne Probleme zurücklegen. Allerdings benötigt ein Kind im Kleinkind- und Vorschulalter die ständige Nähe einer Bezugs- bzw. Aufsichtsperson. Mit dreieinhalb Jahren kann es sich zeitweise ohne Aufsicht in direkter Nähe des Hauses aufhalten, bedarf aber der periodischen Überwachung (Haley et al. 1998). Auf Wegen im weiteren Wohnumfeld kann es noch nicht allein gelassen werden (auf allen Wegen personelle Hilfe).
- Mit sechseinhalb Jahren bewegt sich ein Kind im vertrauten Umfeld, z. B. Nachbarschaft oder Schulweg, ohne Überwachung (Haley et al. 1998) (nur auf gewohnten Wegen selbstständig).
- Mit ca. zehn Jahren kann sich ein Kind im Straßenverkehr sicher fortbewegen. Entfernungen und Geschwindigkeiten können in diesem Alter richtig eingeschätzt werden (Limbourg 1995). Zu diesem Zeitpunkt ist auch das Präventionsverhalten bereits ausgebildet, und es werden nun gezielt vorbeugende Verhaltensweisen angewandt (Beispiel: Das Kind trägt bewusst einen Fahrradhelm) (Heimstra/Martin 1973; Limbourg 1995; Coppens 1986) (selbstständig).

7.3 Öffentliche Verkehrsmittel nutzen

Ein Kind im schulpflichtigen Alter ist in der Regel nach kurzer Eingewöhnungszeit in der Lage, einen Schulbus zu benutzen.

7.4 Mitfahren in einem Pkw/Taxi

Zu beurteilen ist, ob ein Kind ohne Hilfe in ein Auto einsteigen und selbstständig die Autotür öffnen und schließen kann. Ein altersgemäß entwickeltes Kind benötigt im Pkw neben dem Fahrer keine zusätzliche Hilfe:

- Mit dreieinhalb Jahren kann ein Kind selbstständig in ein Auto hineinklettern und wieder hinaussteigen (Haley et al. 1998).
- Mit viereinhalb Jahren kann es den Sicherheitsgurt selbstständig anlegen (Haley et al. 1998).
- Bis unter sechs Jahren kann ein Kind noch keine Autotüren öffnen und schließen (benötigt nur Hilfe beim Ein- und Aussteigen).
- Mit sechs Jahren können Autotüren von innen und außen geöffnet und geschlossen werden (Haley et al. 1998).

7.5 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

7.6 Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagespflege

7.7 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Im Kleinkind- und Vorschulalter ist bei außerhäuslichen Aktivitäten der ständige Kontakt zu einer Bezugsperson erforderlich; sowohl auf dem Weg zu Aktivitäten als auch bei allen Aktivitäten ist eine Beaufsichtigung und Unterstützung notwendig. In Einrichtungen, wie beispielsweise Kindertagesstätten oder Kindergärten, ist die Beaufsichtigung und Betreuung in der Regel durch das vorhandene Personal sichergestellt und ausreichend.

Auch im Schulalter ist es neben dem Lehrpersonal nicht erforderlich, dass speziell eine Person zur Betreuung des Kindes bereitsteht (Haley et al. 1998).

Eine Beaufsichtigung bei anderen Aktivitäten außerhalb eines geschützten Rahmens ist primär abhängig von Umgebung und Anlass.

Literatur

- Ahnert, J./Schneider, W. (2007): Entwicklung und Stabilität motorischer Fähigkeiten vom Vorschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. Befunde der Münchner Längsschnittstudie LOGIK. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 39(1), 12-24
- Ahnert, J./Bös, K./Schneider, W. (2003): Motorische und kognitive Entwicklung im Vorschul- und Schulalter: Befunde der Münchener Längsschnittstudie LOGIK. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 35(4), 185-199
- Anderson, B. J./Svoren, B./Laffel, L. (2007): Initiatives to promote effective self-care skills in children and adolescents with diabetes mellitus. Disease management & Health Outcomes 15 (2): 101-108
- Basler, K./Largo, R. H./Molinari, L. (1980): Die Entwicklung des Schlafverhaltens in den ersten fünf Lebensjahren. Helvetica paediatrica acta 35, 211-223
- Beltrami, A. U./Hertzog, M. E. (1983): Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. Pediatrics 71(29), 153-158

- Brandt, I./Sticker, E. J. (2001): GES Griffiths Entwicklungsskalen zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Bühler, M./Largo, R. H. (1981): Aspekte des Schlafverhaltens zwischen 2 und 18 Jahren. Longitudinale Studie. *Helvetica paediatrica acta* 36, 533-541
- Carruth, B. R./Skinner, J. D. (2002): Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 months). *Journal of the American College of Nutrition* 21(2), 88-96
- Coppens, N. M. (1986): Cognitive characteristics as predictors of children's understanding of safety and prevention. *Journal of pediatric psychology* 11 (2): 189-202
- Denham, S. A. (1998): Emotional development in young children. New York: Guilford Press
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (Hg.) (2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028028.htm> [Download: 16.04.2007]
- Ferber, R. (1987): Sleeplessness, night awakening, and night crying in the infant and toddler. *Pediatrics in Review* 9(3), 69-82
- Flehmig, I. (2007): Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung. Stuttgart: Georg Thieme
- Gesell, A./Ilg, F. L./Ames, L. B./Bullies, G. (1971): Das Kind von fünf bis zehn. Bad Nauheim: Christian-Verlag
- Haley, S. M./Coster, W. J./Ludlow, L. H./Haltiwanger, J. T./Andrellos, P. J. (1998): Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Development, Standardization and Administration Manual. Boston: Boston University
- Haug-Schnabel, G. (2007): Was ist normal? Das Spektrum einer normalen Entwicklung. *Theorie und Praxis der Sozialpädagogik*, 2, 18-22
- Heimstra, N. W./Martin, G. L. (1973): The perception of hazard by children. *Journal of Safety Research* 5(4), 338-346
- Hellbrügge, T./Lajosi, F./Menara, D./Schamberger, R./Rautenstrauch, T. (1994): Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Erstes Lebensjahr. Lübeck: Hansisches Verlagskontor
- Hetzer, H. (1990): Entwicklung des Spielens. In: Hetzer, H./Todt, E./Seiffge-Krenke, I./Arbinger, R. (Hg.): *Angewandte Entwicklungspsychologie*. Heidelberg: Quelle & Meyer, 77-103

- Holle, B. (1996): Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes. Weinheim: Beltz
- Hurlock, E. B. (1972): Die Entwicklung des Kindes. Weinheim: Beltz
- Jaswal, V.K./Fernald, A. (2007): Learning to communicate. In: Slater, A./Lewis, M. (Hg.): Introduction to infant development. New York: Oxford University Press, 270-287
- Jenkins, S./Bax, M./Hart, H. (1980): Behaviour problems in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 21(5), 5-17
- Kail, R. (1989): Gedächtnisentwicklung bei Kindern. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Kastner-Koller, U./Deimann, P. (2002): Wiener Entwicklungstest (WET). Göttingen: Hogrefe
- Largo, R. H. (2004a): Entwicklung der Motorik. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille, 23-33
- Largo, R. H. (2004b): Entwicklung des Sozialverhaltens. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille, 85-93
- Largo, R. H. (2004c): Entwicklung des Spielverhaltens. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille, 45-56
- Largo, R. H. (2005): Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht. München: Piper
- Largo, R. H./Gianciarusio, M./Prader, A. (1978): Die Entwicklung der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Longitudinale Studie. *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 108(5), 155-160
- Largo, R. H./Molinari, L./Weber, M./Comenale Pinto, L./Duc, G. (1985): Early development of locomotion: significance of prematurity, cerebral palsy and sex. *Developmental Medicine & Child Neurology* 27(2), 183-191
- Lehnung, M./Leplow, B./Friege, L./Herzog, A./Ferstl, R. (1998): Development of spatial memory and spatial orientation in preschoolers and primary school children. *British Journal of Psychology* 89(3), 463-480
- Limbourg, M./Gerber, D. (1978): Das Verhalten von 3-7-jährigen Kindern unter Ablenkungsbedingungen. *Zeitschrift für Verkehrserziehung*, 2: 10-13
- Lutz-Dellinger, U./Lutz-Dellinger, E. (1985): Normale Entwicklung und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Paderborn: Ferdinand Schöningh
- Michaelis, R. (2003): Validierte Grenzsteine der Entwicklung. www.brandenburg.de/media/1234/val_grenz.pdf [Download: 17.09.2007]

- Michaelis, R. (2004a): Das „Grenzsteinprinzip“ als Orientierungshilfe für die pädiatrische Entwicklungsbeurteilung. In: Schlack, H. G. (Hg.): *Entwicklungspädiatrie*. München: Hans Marseille, 123-129
- Michaelis, R. (2004b): Entwicklung der emotionalen Kompetenz. In: Schlack, H. G. (Hg.): *Entwicklungspädiatrie*. München: Hans Marseille, 71-84
- Michaelis, R./Niemann, G. W. (2004): *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme
- Michaelis, R./Kahle, H./Michaelis, U. S. (1993): Variabilität in der frühen motorischen Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung* 2(4), 215-221
- Myschker, N. (2005): *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen - Ursachen - Hilfreiche Maßnahmen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Neuhäuser, G. (2004): Motorisches Lernen und kognitive Entwicklung. In: Schlack, H. G. (Hg.): *Entwicklungspädiatrie*. München: Hans Marseille
- Osawara, T./Watanabe, T./Kasahara, H. (1992): Readiness for toothbrushing of young children. *Journal of Dentistry for Children* 59(5), 353-359
- Petermann, F./Stein, I. A./Macha, T. (2006): *Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6*. Frankfurt am Main: Harcourt
- Petermann, F./Wiedebusch, S. (2001): Entwicklung emotionaler Kompetenz in den ersten sechs Lebensjahren. *Kindheit und Entwicklung* 10(3), 189-200
- Pollock, J. I. (1994): Night-waking at five years of age: Predictors and prognosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35(4), 699-708
- Schenk-Danzinger, L. (1988): *Entwicklungspsychologie*. Wien: Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst
- Schlack, H. G. (Hg.) (2004): *Entwicklungspädiatrie*. München: Hans Marseille
- Schriever, J. (2004): Kinderunfälle und altersspezifisches Gefahrenbewusstsein. *Kinderkrankenschwester* 23(2), 69-72
- Schumann-Hengsteler, R. (1995): *Die Entwicklung des visuell-räumlichen Gedächtnisses*. Göttingen: Hogrefe
- Straßmeier, W. (1979): *Frühförderprogramme für behinderte und entwicklungsverzögerte Kinder. Evaluation eines kombinierten Diagnose/Förder-Ansatzes*. Landsberg a. Lech: Weizsaecker
- Unkel, J. H./Fenton, S. J./Hobbs, G./Frere, C. L. (1995): Toothbrushing ability is related to age in children. *Journal of Dentistry for Children* 5, 346-348

Literaturanalyse zur
altersgemäßen
kindlichen
Entwicklung

- WHO (2006): WHO Motor Developmental Study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. Multicentre Growth Reference Study Group. *Acta Paediatrica* 450, 86-95
- Wolfson, A.R. (1996): Sleeping patterns of children and adolescents. Developmental trends, disruptions, and adaptations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 5(3), 549-568
- Wolke, D./Meyer, R./Ohr, B./Riegel, K. (1994): Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafproblemen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 43(9), 331-339
- Young, B./Drewett, R. (2000): Eating behaviour and its variability in 1-year-old children. *Appetite* 35(2), 171-177

F. Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

Bearbeitung:

A. Horn, K. Wingenfeld, B. Gansweid und A. Büscher

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

Übersicht

Einführung.....	338
1. Merkmale des neuen Begutachtungs-Assessments (NBA)	339
2. Informationsquelle für das pflegerische Assessment	341
3. Aussagen zur Selbstständigkeit.....	342
4. Identifizierung von Ansätzen der Ressourcenförderung.....	344
5. Die Kernbereiche der Einschätzung.....	346
Modul 1: Mobilität.....	346
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....	348
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	350
Modul 4: Selbstversorgung.....	353
Modul 5: Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	355
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	356
Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten.....	358
Modul 8: Haushaltsführung.....	359
Fazit.....	361
Literaturverzeichnis.....	362

Einführung

Im Rahmen einer Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit werden zahlreiche Informationen erfasst und Einschätzungen vorgenommen, die für die individuelle Pflegeplanung nutzbar gemacht werden können. Dies gilt besonders für das neue Begutachtungs-Assessment (NBA). Denn das neue Verfahren geht von einem Verständnis von Pflegebedürftigkeit aus, das im Vergleich zum bisherigen sozialrechtlichen Verständnis deutlich breiter ausgelegt ist. Es werden mit anderen Worten weit mehr Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst als im bisherigen Begutachtungsverfahren. Dazu gehören beispielsweise psychische Problemlagen, kognitive Fähigkeiten, Kommunikation oder verschiedene Aspekte der Krankheitsbewältigung.

Die vorliegenden Hinweise sollen helfen, den möglichen Stellenwert des neuen Begutachtungs-Assessments für die individuelle Pflegeplanung zu beurteilen. Einerseits liefert es zahlreiche nützliche Informationen für den Pflegeprozess. Andererseits ist eine erschöpfende Informationserfassung und Einschätzung im Rahmen der Begutachtung selten möglich, d. h. eine Begutachtung kann die fachgerechte pflegerische Einschätzung nicht ersetzen. Zum einen erstreckt sich der Besuch der Gutachter selten über mehr als eine Stunde. Zum anderen kennen die Gutachter die Versicherten meist nicht und sind daher mit den Besonderheiten ihrer Versorgungssituation nicht vertraut. Im Hinblick auf die individuelle Pflegeplanung sollte man daher wissen, was von den Einschätzungsergebnissen zu erwarten ist und was nicht.

Analog dieser Zielsetzung ist der Text aufgebaut. In den Kapiteln 1 bis 4 finden sich generelle Hinweise zur Art und Weise, wie mit dem neuen Assessment eine Einschätzung vorgenommen wird. Dazu gehört beispielsweise auch die Beantwortung der Frage, ob und wie sich aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf die Gestaltung der Pflege nach dem Grundsatz der Ressourcenförderung (aktivierende Pflege) ziehen lassen. Die weiteren Ausführungen (Kapitel 5) gehen auf die konkreten Inhalte des Assessments ein, d. h. auf die acht sogenannten Module, die jeweils bestimmte Aspekte der Pflegebedürftigkeit umfassen (z. B. Mobilität).

Diese „Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung“ sind kein Leitfaden für die Ausgestaltung der individuellen Pflege. Dementsprechend erhebt sie

keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Darstellung. Viele für die Pflegepraxis wichtige Fragen können nur angerissen, manche gar nicht berücksichtigt werden. Wir hoffen dennoch, dass Pflegefachkräfte einen Gewinn aus der Lektüre ziehen können.

Das Begutachtungs-Assessment wird auch bei Kindern eingesetzt. In diesem Fall sind die Ergebnisse allerdings ganz anders und unter größeren Schwierigkeiten zu interpretieren als bei Erwachsenen. Die Nutzungsmöglichkeit bei der Pflege von Kindern bleibt daher im Folgenden außer Betracht.

1. Merkmale des neuen Begutachtungs-Assessments (NBA)

Gegenüber dem bisherigen Begutachtungsverfahren gibt es drei wesentliche Neuerungen, die für den individuellen Pflegeprozess relevant sein können:

1. Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist nicht die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen. Das neue Instrument liegt damit näher an der Perspektive der Pflegepraxis: Die meisten Einschätzungsverfahren und Dokumentationsinstrumente, die heute in der Praxis verwendet werden, erfassen die Selbstständigkeit und Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit des Patienten bzw. Pflegebedürftigen, wobei man sich zumeist an einem ATL- oder AEDL-Schema orientiert. Kurz: Die Ergebnisse des NBA haben eine Form, die den Pflegekräften vertraut ist und die sich zur Nutzung in der Pflegepraxis besser eignet.
2. Das neue Verfahren zielt auf eine umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit, vermeidet also die Engführung auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen, die für das bisherige Begutachtungsverfahren charakteristisch ist. Es berücksichtigt sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitive/psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen und/oder für die alltägliche Durchführung der Pflege ein erhebliches Erschwernis darstellen. Einbezogen wird auch die Teilnahme an sozialen, kulturellen und weiteren außerhäuslichen Aktivitäten.
3. Das Assessment liefert wichtige, konkrete Hinweise zur Optimierung der individuellen Pflege. Dazu gehören auch Einschätzungen zu den Ressourcen des Pflegebedürftigen, die bei der Entwicklung einer Maßnahmenplanung mit dem Ziel der Ressourcenförde-

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

rung hilfreich sein können. Außerdem erfolgt eine explizite Einschätzung zentraler, präventionsrelevanter Risiken, aus der sich ebenfalls Rückschlüsse bei der Maßnahmenplanung ziehen lassen.

Der Erfassungsbogen, mit dem die Einschätzung erfolgt, ist in acht Abschnitte (Module) gegliedert:

Module des neuen Begutachtungs-Assessments

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten (soziale Aktivitäten)
8. Haushaltsführung

Jedes dieser Module enthält mehrere Unterpunkte (im Folgenden als „Items“ oder „Merkmale“ bezeichnet), zu denen eine Einschätzung erfolgen soll. So findet sich in Modul 1 Mobilität beispielsweise das Item 1.4 „Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs“, bei dem zu beurteilen ist, wie selbstständig eine Person bei dieser Handlung ist. Die Einschätzungsergebnisse zu diesen Items sind für den Pflegeprozess von zentralem Interesse. Zwar wird für jedes Modul auch ein Gesamtergebnis berechnet (z. B. Grad der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit im Bereich der Mobilität), doch hat dies für den Pflegeprozess weit weniger Bedeutung als die Beurteilung der Einzelheiten.

Im Anschluss an die Module gibt es zwei weitere wichtige Abschnitte: zum einen die erwähnte Risikoerfassung, zum anderen einen Empfehlungsteil, in dem der Gutachter seine Einschätzungen zum Erfordernis von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen formuliert. Dazu gehören auch Fragen der Hilfsmittelversorgung und der Wohnumfeldverbesserung sowie direkt auf die pflegerische Versorgung bezogene Empfehlungen.

2. Informationsquelle für das pflegerische Assessment

Zur Klärung der Frage, an welcher Stelle die Ergebnisse des NBA in die Pflege einfließen können, sollte man sich noch einmal den Aufbau des Pflegeprozesses vergegenwärtigen. Er wird je nach Ansatz in vier, fünf oder sechs Schritte unterteilt. Er beinhaltet aber stets eine Informationssammlung, eine Einschätzung von Pflegeproblemen und Ressourcen, die Formulierung von Pflegezielen, eine Maßnahmenplanung, die Durchführung von Maßnahmen und die Beurteilung (Evaluation) der Ergebnisse bzw. Wirkung dieser Maßnahmen (Grad der Zielerreichung).

Die Begutachtungsergebnisse sind in den Schritten „Informationssammlung“ und „Einschätzung“ unmittelbar relevant. D. h.: Sie liefern Informationen und Einschätzungen, auf denen die Formulierung von Pflegezielen und die Maßnahmenplanung aufbauen kann. Kurz: Sie lassen sich als Informationsquelle im Rahmen des pflegerischen Assessments nutzen.

Pflegerisches Assessment (assessment heißt übersetzt: „Einschätzung“, „Beurteilung“) ist in vielen Bereichen der pflegerischen Versorgung in Deutschland bislang eher schwach entwickelt. Häufig werden darunter nur Dokumentationstätigkeiten verstanden, während es sich im Kern um einen gedanklichen Prozess handelt (nur dessen Ergebnisse werden dokumentiert). Ein pflegerisches Assessment ist auch nicht nur eine Informationssammlung, vielmehr umfasst es zwei Arbeitsschritte (nach Korte-Pötters et al. 2007):

- Erster Arbeitsschritt: Systematisches Zusammentragen umfassender Informationen: Hierzu zählen u.a. der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Daneben werden Probleme, Fähigkeiten, Funktionsstörungen und Bedürfnisse erfasst sowie die körperlichen, psychischen, sozialen und kulturellen Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Ebenso wichtig sind biografische Informationen.
- Zweiter Arbeitsschritt: Feststellung und Einschätzung von Pflegeproblemen, individuellen Bedürfnissen und Ressourcen auf der Basis der zuvor zusammengetragenen Informationen: Hiermit ist ein Prozess des Identifizierens, Beschreibens und Interpretierens angesprochen. Dabei ist die Einschätzung von großer Bedeutung, welche Aspekte aus fachlicher Perspektive und/oder aus Sicht des Pflegebedürftigen wesentlich sind und damit differenzierte Zielformulierungen und Maßnahmenplanung erforderlich machen.

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

In diesem Zusammenhang bieten die Ergebnisse des NBA wichtige Informationen, die ebenso wie andere Informationsquellen kritisch gesichtet und ausgewertet werden sollten. V. a. wenn die pflegerische Versorgung gerade beginnt und noch wenig Informationen verfügbar sind, gestatten sie eine erste Einschätzung wesentlicher Problem- und Bedarfslagen.

In bereits länger andauernden Pflegebeziehungen hingegen werden sie der zuständigen Pflegefachkraft wenig liefern, was sie nicht bereits durch längere Erfahrung und eigene, direkte Beobachtung bzw. die Aktualisierung ihres eigenen pflegerischen Assessments selbst festgestellt hat.

3. Aussagen zur Selbstständigkeit

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit stehen ebenso wie in der praktischen Pflege im Mittelpunkt des neuen Begutachtungs-Assessments. Um die Ergebnisse nutzen zu können, muss man allerdings nachvollziehen, was sie aussagen:

Selbstständigkeit ist im neuen Einschätzungsverfahren definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen, durchzuführen. Demnach ist es ohne Bedeutung, ob Hilfsmittel verwendet werden müssen. Als selbstständig gilt eine Person auch dann, wenn sie die jeweilige Handlung bzw. Aktivität nur unter Nutzung von Hilfsmitteln, aber ohne Hilfe durch andere Personen durchführen kann.

Beeinträchtigung von Selbstständigkeit ist also gleichbedeutend mit Abhängigkeit von personeller Hilfe. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen. Ob Hilfe durch Laienpersonen oder Professionelle erbracht wird bzw. werden kann, ist für die Begutachtung nicht relevant. Die Einschätzungsergebnisse machen also beispielsweise keine Aussage dazu, inwieweit der Bedarf, der aus einem Pflegeproblem erwächst, durch Angehörige gedeckt wird oder gedeckt werden könnte. Dies muss ggf. im Rahmen des pflegerischen Assessments beurteilt werden.

Die Einschätzung von Selbstständigkeit bezieht sich auf die praktische Durchführung einer Aktivität. Ob Beeinträchtigungen aus Störungen motorische Funktionen oder kognitiver Fähigkeiten resultieren, ist für das Ergebnis (mit Ausnahme von Modul 1) unerheblich.

Selbstständigkeit wird mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Antwortmöglichkeiten (Ausprägungen):

- 0 = selbstständig
- 1 = überwiegend selbstständig
- 2 = überwiegend unselbstständig
- 3 = unselbstständig

In einigen Modulen gibt es abgewandelte Formen dieser Skala, die noch erläutert werden. Durchgängig gilt jedoch, dass der Grad der Beeinträchtigung mit dem jeweiligen Punktwert steigt. „0“ bedeutet also stets, dass keine Beeinträchtigungen bzw. keine Probleme bestehen.

Als „selbstständig“ gilt eine Person, wenn sie die jeweilige Aktivität in der Regel ohne Hilfe anderer Personen durchführen kann. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch nur, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen werden bei der Einschätzung nicht berücksichtigt.

„Überwiegend selbstständig“ bedeutet, dass die Person den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen kann. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilleistungen der Aktivität.

„Überwiegend unselbstständig“ heißt, dass die Person die Aktivität nur zu einem geringen Anteil ohne Hilfe durchführen kann. Es sind aber Ressourcen vorhanden, sodass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwendige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützung reichen nicht aus.

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

Als „unselbstständig“ schließlich gelten Personen, die die jeweilige Aktivität in der Regel auch nicht in Teilen selbstständig durchführen können. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung und ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

Wie aus diesen Definitionen hervorgeht, bieten die Aussagen zum Grad der Selbstständigkeit bereits wichtige Hinweise für die Pflegeplanung. Sowohl der notwendige Umfang der Hilfen als auch die erforderlichen Hilfeformen lassen sich auf dieser Grundlage (allerdings nur sehr grob) abschätzen. Bei den beiden mittleren Ausprägungen (überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig) beinhaltet die Aussage stets, dass der Pflegebedürftige noch über eigene Ressourcen verfügt, sodass hier Ansatzpunkte für eine ressourcenfördernde oder -erhaltende Pflege bestehen.

4. Identifizierung von Ansätzen der Ressourcenförderung

Ressourcenförderung bzw. Ressourcenerhalt stellen einen unverzichtbaren Grundsatz für die Ausgestaltung der Pflege dar. Sie sollte also nicht nur darauf ausgerichtet sein, einen gesundheitlich bedingten Selbstständigkeitsverlust auszugleichen. Vielmehr sollte der Pflegebedürftige auch bewusst darin unterstützt werden, Selbstständigkeit so weit wie möglich wiederzuerlangen oder zumindest zu erhalten. Dabei geht es nicht nur um körperliche Fähigkeiten, sondern auch um geistig-psychische und soziale Aspekte des Lebens.

Die mit dem NBA gewonnenen Ergebnisse bieten hier nützliche Orientierungshilfen. Das gilt insbesondere für die Feststellungen, die der Gutachter zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs trifft:

Im Rahmen des Assessments schätzt der Gutachter jeweils im Anschluss an die Bewertung der Module 1 „Mobilität“, 2 „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, 4 „Selbstversorgung“ und 5 „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ die Entwicklungstendenz der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten ein. Er beantwortet genauer gesagt die Frage, ob es innerhalb der vergangenen Wochen/Monate eine Verbesserung, Verschlechterung oder keine Veränderung gegeben hat (z. B. der Mobilität). Es ist dabei

auch zu prüfen, ob ein höherer Grad an Selbstständigkeit wiedererlangt werden kann bzw. ob es Möglichkeiten gibt, einer Verschlechterung der Situation entgegenzuwirken.

Dies sind nicht nur für etwaige therapeutische bzw. rehabilitative Maßnahmen wichtige Informationen, sondern auch für die Pflege. Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation bzw. ein Verlust an Selbstständigkeit oder bestimmten Fähigkeiten sollte stets Anlass für eine pflegerische Abklärung und die Überprüfung der Eignung des Maßnahmenplans sein. In solchen Phasen, in denen zunehmend Fähigkeiten verloren gehen, bestehen häufig noch die relativ günstigsten Chancen auf Erfolg gegensteuernder Maßnahmen. Haben sich Einbußen erst einmal in Form eines niedrigen Niveaus der Eigenaktivität manifestiert, bestehen meist wesentlich schlechtere Aussichten.

Umgekehrt sollte auch die Feststellung, dass sich die Situation des Pflegebedürftigen verbessert, Anstoß zur Überprüfung der Situation geben – etwa anhand der Frage, wie sich die günstige Entwicklung fördern lässt.

Die weiteren Angaben des Gutachters geben noch konkretere Auskunft. Er schätzt ein, welche Möglichkeiten der Verbesserung existieren, z. B. durch:

- die Optimierung therapeutischer Maßnahmen,
- die Optimierung der räumlichen Umgebung,
- Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung oder
- durch andere Maßnahmen (die er näher zu beschreiben hat).

Ggf. findet sich aber auch der Hinweis, dass eine Verbesserung auch ohne besondere Maßnahmen durch fortschreitende Rekonvaleszenz oder den „natürlichen“ Verlauf einer Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Darüber hinaus nimmt der Gutachter nach Beendigung seiner Feststellungen eine zusammenfassende Einschätzung vor und formuliert auf dieser Grundlage Empfehlungen. Er soll hierbei zunächst Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit dokumentieren, z. B. geringe körperliche Belastbarkeit, fehlende Motivation oder erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten. Außerdem soll er eine explizite Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen formulieren. Bei negativer Entscheidung finden sich im Gutachten entsprechende Begründungen.

All diese Informationen helfen auch der Pflegefachkraft, sich im Hinblick auf einen Bedarf an Ressourcenförderung ein genaueres Bild vom Verbesserungspotenzial und von etwaigen negativen Faktoren zu machen. Mit dem NBA wird allerdings keinerlei Entscheidung oder Vorentscheidung über die Einleitung und Ausgestaltung pflegerischer Maßnahmen vollzogen. Dies bleibt der Expertise der Pflegefachkraft und dem Gespräch zwischen ihr und dem Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen überlassen.

5. Die Kernbereiche der Einschätzung

Modul 1: Mobilität

Mobilität hat zentrale Bedeutung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Einzelnen und beeinflusst fast alle Aktivitäten und sozialen sowie geistigen Fähigkeiten eines Menschen (Bourret et al. 2002; Stemper 2002). Deshalb sind die Förderung und der Erhalt von Mobilität eines der wichtigsten Ziele in der Pflegeplanung. Mobilitätseinbußen ziehen möglicherweise weitreichende Probleme nach sich. Mit dem Bewegungsmangel nimmt z. B. auch das Risiko der Entstehung von Druckgeschwüren, Pneumonien, Kontrakturen oder Venenthrombosen zu. Hinzu kommen Gewichtsprobleme oder Probleme mit der Verdauung (z. B. Obstipation). Ferner verursacht Immobilität eine eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Daher kann sie auch psychische Veränderungen und Erkrankungen wie Depressionen fördern.

Das Modul 1 „Mobilität“ des NBA umfasst die Fähigkeit zur Fortbewegung über kurze Strecken sowie zur Lageveränderung des Körpers (Einschätzungen zur Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich finden sich in Modul 7 „Außerhäusliche Aktivitäten“). Dazu gehören die Items:

1. Positionswechsel im Bett: Hier wird eingeschätzt, inwieweit sich die pflegebedürftige Person selbstständig im Bett von einer Seite auf die andere drehen oder aufsetzen kann. Dies steht beispielsweise in engem Zusammenhang mit dem individuellen Lagerungsbedarf.
2. Stabile Sitzposition halten: Mit diesem Item wird eingeschätzt, wie selbstständig die Person auf dem Bett oder Stuhl frei (ohne Rücken- oder Seitenstütze) sitzen kann. Die Einschätzung informiert u. a. über die Fähigkeiten einer Person, bei ihrer Mobilisierung mitzuwirken. Je stabiler eine Person allein sitzen kann, umso mehr

Ressourcen sind bei ihr vorhanden, Mobilisierungsmaßnahmen außerhalb des Bettes mitzugestalten (z. B. vom Bett in den Stuhl an den Tisch zum Essen). Personen, die geringe bis keine Rumpf- und Kopfkontrolle haben, sind vollkommen auf Lagerungshilfsmittel angewiesen, die die sitzende Lagerung im Bett oder Rollstuhl unterstützen.

3. Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen: Hier wird die Fähigkeit eingeschätzt, sich von einer Sitzgelegenheit auf die nächste (z. B. vom Bett in den Rollstuhl oder aus dem Rollstuhl auf die Toilette) über den Stand umzusetzen. Personen, die sich vom Rollstuhl in einen anderen Stuhl umsetzen können, ohne dabei aufzustehen (z. B. bei Querschnittlähmung), werden auch dann als selbstständig eingeschätzt, wenn sie dabei keine personelle Hilfe benötigen. Die Daten informieren nicht über den erforderlichen Transfer (z. B. hoher oder tiefer, mit einer Person oder zu zweit, mit anderen Hilfsmitteln) oder Mobilisierungen, die nicht mehr möglich sind (z. B. in die Badewanne zum Duschen aus Angst vorm Stürzen).
4. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs: Hiermit angesprochen ist die Fähigkeit, sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher zu bewegen, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Stock, Rollator, Rollstuhl, Gegenstand). Für die individuelle Pflege ist es wichtig zu wissen, dass etwaige kognitive Probleme hier nicht berücksichtigt werden. Die Einschätzung bezieht sich lediglich auf die körperliche Fähigkeit.
5. Treppensteigen: die Überwindung von Treppen zwischen zwei Etagen.

Die Einschätzungen zu diesen Merkmalen tragen zur Klärung einiger zentraler Fragen des pflegerischen Assessments bei. Die Bestimmung individueller Pflegeziele und die Maßnahmenplanung setzt allerdings weitergehende Assessment-Schritte voraus, beispielsweise entlang folgender Fragestellungen:

- Wie kann die Person darin unterstützt werden, ihre Position im Bett selbstständig anzupassen/zu verändern (z. B. Beine anwinkeln, sich selbst auf die Seite drehen, Hilfsmittel)?
- Wie viele Pflegepersonen werden für einen Transfer benötigt?
- Hat die Person Schmerzen bei der Bewegung?
- Wie können Faktoren beeinflusst werden, die sich negativ auf die Mobilität auswirken?

Zum letzten Punkt noch einige ergänzende Anmerkungen: Die näheren Ursachen für Mobilitätseinbußen lassen sich dem NBA nicht entnehmen. Gründe können beispielsweise der körperliche Gesamtzustand oder eine generelle Belastungsintoleranz sein. Chronische Schmerzen können bewirken, dass die pflegebedürftige Person eine Bewegung vermeidet, obwohl sie über die Beweglichkeit verfügt. Angst vor Stürzen bzw. eine Sturzvorgeschichte schränken die Mobilität einer Person ebenfalls ein, weil sie aus Selbstschutz Bewegungen vermeidet. Die Veränderung der vertrauten Umgebung kann – auch und besonders bei demenziell Erkrankten – erhebliche Unsicherheit beim Gehen auslösen, weil plötzlich wichtige Orientierungspunkte fehlen. Die Abklärung dieser und anderer Faktoren, die für Mobilitätseinschränkungen im Einzelfall möglicherweise einen Stellenwert haben, bleibt also ebenfalls dem pflegerischen Assessment überlassen. Sie ist erforderlich, um angemessene Pflegeziele und erfolgversprechende Maßnahmen festzulegen.

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Liegen Beeinträchtigungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten vor, kann von Einbußen der Selbstständigkeit in fast allen Lebensbereichen ausgegangen werden. Zu den wichtigsten Aufgaben der Pflege zählen daher auch der Erhalt und die Förderung der geistigen Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen.

Das Modul berücksichtigt alle wesentlichen Dimensionen der kognitiven Fähigkeiten, wobei jeweils eingeschätzt wird, inwieweit die betreffende Fähigkeit vorhanden ist:

1. Personen aus dem näheren Umfeld erkennen: Mit „Personen aus dem näheren Umfeld“ sind Menschen gemeint, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch die Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.
2. Örtliche Orientierung: die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt aufzusuchen und zu wissen, wo man sich befindet.
3. Zeitliche Orientierung: die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte, Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens.
4. Gedächtnis: die Fähigkeit, Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) als auch solche aus ferner Vergangenheit (bei älteren Menschen).

5. Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen: die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen. Gemeint sind Handlungen, die täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag vorkommen und eine Abfolge von Teilhandlungen umfassen.
6. Entscheidungen im Alltagsleben treffen: Auch in diesem Zusammenhang sollen nur alltägliche Entscheidungen einbezogen werden. Dazu gehört beispielsweise die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachgehen und Ähnliches.
7. Sachverhalte und Informationen verstehen: Damit ist die Fähigkeit angesprochen, Situationen, Ereignisse oder schriftliche/mündliche Information aufzunehmen und richtig zu deuten.
8. Risiken und Gefahren erkennen: Hiermit sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen. Dazu gehören beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z. B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (verkehrsreiche Straßen, Baustellen etc.).
9. Mitteilung elementarer Bedürfnisse: Hierzu gehört die Fähigkeit, Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. äußern zu können, bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik, bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln auf Bedürfnisse aufmerksam zu machen, Zustimmung oder Ablehnung auszudrücken.
10. Aufforderungen verstehen: Hierzu gehört die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z. B. essen, trinken, kleiden, beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.
11. Beteiligung an einem Gespräch: Hierzu gehört die Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen und sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen. Auch hierbei sind die Auswirkungen von Hör- und Sprachstörungen zu berücksichtigen.

In der heutigen Versorgungspraxis werden kognitive und kommunikative Fähigkeiten nur von sehr wenigen Einrichtungen mit diesem Differenzierungsgrad erfasst. Im Rahmen der individuellen Pflegeplanung sind daher nur noch wenige ergänzende Einschätzungen er-

forderlich. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Begutachtungsverfahren keine individuellen biografischen Informationen erfasst werden. Solche Informationen sind unverzichtbar, wenn dem professionellen Grundsatz einer biografieorientierten Pflege kognitiv beeinträchtigter Personen gefolgt und eine nachhaltige Verankerung psychosozialer pflegerischer Interventionen im Versorgungsalltag erreicht werden soll. Die Aktivierung und Förderung der verbliebenen kognitiven Ressourcen kommen ohne solche Informationen nicht aus.

Weitergehende Einschätzungen können beispielsweise anhand folgender Fragen erfolgen:

- Wie kann Vertrautheit und Orientierung gefördert werden (z. B. Aufstellen von Bildern, Kontakte zu Bezugspersonen fördern, Tür- und Wegmarkierungen, wiederholtes gemeinschaftliches Abgehen von Wegen, Anbringen von Wanduhr oder Kalender, Zeitung vorlesen)?
- Sind kognitive Einbußen situationsabhängig (z. B. akute Stresszustände) oder spielen andere, vielleicht sogar beeinflussbare Faktoren (soziale Kontakte, Umgebungsfaktoren) eine Rolle?
- Können somatische Faktoren (z. B. nicht ausreichende Flüssigkeitsaufnahme) ausgeschlossen werden?
- Teilt die Person ihre Bedürfnisse nur bestimmten Personen mit?
- Sind ausreichend Gelegenheiten zur Kommunikation vorhanden? Wenn nicht, welche Maßnahmen sind einzuleiten/anzubieten?

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Verhaltensprobleme, die in Verbindung mit kognitiven Einbußen (z. B. Demenz) oder anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Schizophrenie) auftreten können, sind von den betroffenen Personen nicht oder nur noch begrenzt steuerbar. Ihr Verhalten ist auffällig, weil sie sich schlecht an die Umgebung anpassen und Anforderungen nicht mehr bewältigen können. Neben Angstzuständen, Halluzinationen oder Verfolgungswahn können Verhaltensstörungen mit Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial auftreten.

Verhaltensauffälligkeiten belasten zwangsläufig das Alltags- und Sozialleben der betroffenen Personen und ihrer sozialen Umgebung und stellen eine erhebliche psychische Belastung auch für ihre Angehörigen dar. Hier ist eine geplante, wirksame Unterstützung

dringend notwendig. Im Verlauf einer Demenzerkrankung etwa kann sich das Verhalten (Antriebsarmut, unruhiges Umherlaufen und Aggressionen) der betroffenen Person so stark verändern, dass eine Betreuung zu Hause nicht mehr oder nur unter großen Schwierigkeiten gewährleistet werden kann. Verhaltensauffälligkeiten führen häufig zur Übersiedlung demenziell erkrankter Personen in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen werden mit dem NBA entsprechend der Häufigkeit ihres Auftretens eingeschätzt (nie; maximal einmal wöchentlich; mehrmals wöchentlich; täglich). Das Modul unterscheidet insgesamt 13 Verhaltensweisen und Problemlagen:

1. Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten: Dazu gehören v. a. das (scheinbar) ziellose Umhergehen in der Wohnung oder Einrichtung sowie der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die Wohnung/Einrichtung zu verlassen, ebenso allgemeine Rastlosigkeit in Form von ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im Bett;
2. Nächtliche Unruhe: nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-/Nacht-Rhythmus (Wachsein in der Nacht, Schlafen während des Tages);
3. Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten: Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, essen oder trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen;
4. Beschädigung von Gegenständen: aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder wegschieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z. B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen;
5. Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen: nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzung anderer durch Gegenstände;
6. Verbale Aggression: verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen;
7. Andere vokale Auffälligkeiten: lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hinschimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen;
8. Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen: Ablehnung von Unterstützung (z. B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medi-

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

- kamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z. B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.;
9. Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen: visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z. B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; 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 oder im Kontakt mit anderen Personen;
 11. Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage: Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen;
 12. Sozial inadäquate Verhaltensweisen: distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche;
 13. Sonstige inadäquate Handlungen: Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Manierismen), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern.

Eine systematische Einschätzung in den genannten Dimensionen wird durch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen derzeit äußerst selten vorgenommen. Bislang stehen auch kaum für den Versorgungsalltag geeignete Assessment-Instrumente zur Verfügung. Das NBA kann insofern eine wichtige Erweiterung des Assessments im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses darstellen.

Ähnlich wie im Falle der kognitiven Fähigkeiten gilt allerdings auch hier, dass bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Maßnahmen ergänzende Informationen und Einschätzungen voraussetzen. Biografische Informationen sind hier ebenso von Bedeutung wie die Einschätzung von Umgebungsfaktoren (vgl. Wingefeld/Seidl i. E. und Bartholomeyczik et al. 2006). Denn Hinweise auf Faktoren, die das Verhalten negativ beeinflussen, liefert das NBA nicht. Hier gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten. Dazu gehören körperliche Krankheiten, Flüssigkeitsmangel, ein besonderes emotionales Ereignis (Trennung,

Verlust), Schmerzen oder eine unvermittelte Veränderung der Lebensumgebung. Zur Unterstützung der betroffenen Person müssen daher neben biografischen Daten weitere Informationen erhoben werden, wobei auch die näheren Umstände des Verhaltens berücksichtigt werden sollten (Abklärung der Situation, Feststellung des Ortes, der Tageszeit, die Anwesenheit bestimmter Personen etc.).

Modul 4: Selbstversorgung

Der Begriff Selbstversorgung wurde aus dem englischen „self care“ abgeleitet - einem Begriff, der in der Pflege in anderen Ländern gängig ist. In den meisten Fällen sind die Inhalte jedoch deckungsgleich mit Handlungen, die mit „Aktivitäten des täglichen Lebens“ oder ähnlichen Formulierungen angesprochen werden. Hierzu zählen Aktivitäten der Körperpflege, des An- und Auskleidens, der Ernährung und der Ausscheidung.

Die Items des Moduls geben zunächst Hinweise auf etwaige Besonderheiten in den Bereichen Ernährung (Informationen zu Sondenernährung bzw. parenteraler Ernährung), Kontinenz und künstlicher Harnableiter bzw. Stomata. Im Anschluss finden sich die Merkmale, anhand derer die Selbstständigkeit eingeschätzt wird.

Der Bereich Körperpflege besteht aus folgenden Items:

1. Vorderen Oberkörper waschen
2. Rasieren, Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung
3. Intimbereich waschen
4. Duschen oder Baden (einschließlich Haarewaschen)

Der Bereich An- und Auskleiden ist aufgeteilt auf:

5. Oberkörper an- und auskleiden
6. Unterkörper an- und auskleiden

Der Bereich Ernährung wird abgebildet mit den Items:

7. Essen mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen
8. Essen
9. Trinken

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

Der Bereich Ausscheiden wird erfasst anhand der Items:

10. Toilette/Toilettenstuhl benutzen
11. Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma
12. Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen/Umgang mit Stoma

Die mit dem Modul berücksichtigten Aktivitäten stellen in der Praxis derzeit den umfangreichsten Teil der individuellen Pflegeplanung dar. Die Ergebnisse des neuen Verfahrens bieten in dieser Hinsicht eine erste Einschätzung, sind aber sicherlich ergänzungsbedürftig. Benötigt werden u. a. weitergehende Einschätzungen des Hautzustands (Körperpflege), des Mund-/Zahn- und Ernährungsstatus, der Besonderheiten bei kombinierter Nahrungsaufnahme (oral und Sonde), eventueller Störungen im Bereich von Ausscheidungen und einiger weiterer Aspekte. Auch biografische Informationen sind in diesem Zusammenhang wichtig, v. a. zur Sicherstellung einer bedürfnisgerechten Pflege. Sie können mit einem Begutachtungsinstrument nicht erfasst werden.

Wie schon bei den anderen Modulen angesprochen, gilt es außerdem auch hier, die näheren Umstände des jeweiligen Pflegeproblems zu erfassen. Zu Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit können beispielsweise eine bestehende Unbeweglichkeit (z. B. aufgrund von Arthrose in den Fingergelenken und chronischen Schmerzen), kognitive Einbußen oder Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z. B. Angstzustände aufgrund einer Sturzgeschichte, Desorientierung, Antriebslosigkeit) beitragen. Diese und andere Faktoren sollten im Vorfeld der Maßnahmenplanung ergänzend erfasst werden. Edukative Maßnahmen sind ggf. erforderlich, wenn beispielsweise eine Arthrose in den Fingergelenken vorliegt und dadurch bedingt Schmerzen sowie der Verlust von Feinmotorik auftreten. Hier stehen dann eventuell die Hilfsmittelversorgung und -anleitung im Vordergrund der Pflegeplanung (wie z. B. Knopfhilfen bei Unfähigkeit, Knöpfe und Reißverschlüsse zu öffnen bzw. zu schließen, oder Strumpfanzieher bei erforderlichen Kompressionsstrümpfen).

Weitere Einschätzungen können beispielsweise mit Fragen wie den folgenden getroffen werden:

- Gibt es Anzeichen, die auf einen mit der Inkontinenzversorgung verbundenen Edukationsbedarf der Person hinweisen?
- Welche Maßnahmen können dazu beitragen, vorhandene Selbstversorgungsfähigkeiten zu erhalten, zu verbessern oder wiederzuerlangen?

- Sind kognitive oder motorische Einbußen für den Verlust der Fähigkeit verantwortlich?
- Welche weitergehenden Folgen verbinden sich mit dem Verlust einer bestimmten Selbstversorgungsfähigkeit?
- Welche baulich-technischen Veränderungen sind notwendig, um die (selbstständige) Benutzung eines Toilettenstuhls zu ermöglichen?

Modul 5: Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen müssen sich mit vielfältigen krankheitsbezogenen Anforderungen und Maßnahmen auseinandersetzen, die an ihre Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und den Alltag zu gestalten, hohe Ansprüche stellen. Sie müssen lernen, sich alltäglich mit den krankheits- und therapiebedingten Anforderungen auseinanderzusetzen und sie in ihr Leben zu integrieren. Neben physischen können in diesem Prozess auch emotionale Belastungen entstehen, die die Krankheitsbewältigung und den Therapieverlauf negativ beeinflussen. Ziel der pflegerischen Versorgung ist es, die betroffenen Personen zu befähigen bzw. zu begleiten, mit diesen Anforderungen umzugehen. Pflegemaßnahmen umfassen dabei die Anleitung, Beratung, Schulung und Begleitung der Personen und die teilweise bzw. vollständige Übernahme der Aktivitäten.

Die Ergebnisse des NBA informieren über die Fähigkeit der Person, krankheits-/therapiebedingte Anforderungen und Belastungen selbstständig zu bewältigen. Ist die erkrankte Person auf personelle Hilfe angewiesen, wird zugleich eingeschätzt, wie häufig diese täglich, wöchentlich oder monatlich anfällt und ob es sich um einen dauerhaften oder um einen vorübergehenden Bedarf handelt. Die Beurteilung erfolgt bei folgenden Items:

1. Medikation
2. Injektionen
3. Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
4. Absaugen oder Sauerstoffgabe
5. Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen
6. Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. BZ, RR etc.)
7. Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe)
8. Verbandwechsel/Wundversorgung
9. Wundversorgung bei Stoma

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

10. Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden
11. Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z. B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik, Sekretelimination etc.).
12. Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)
13. Arztbesuche
14. Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)
15. Zeitlich ausgedehnter Besuch medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)
- K. Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)
16. Selbstständigkeit bei der Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften

Die Informationen zu diesen Aspekten sollten im Zusammenhang mit den anderen Modulen des NBA betrachtet werden. Kognitive und kommunikative Fähigkeitseinbußen, bestimmte Verhaltensweisen sowie eine Einschränkung in der Bewegungsfähigkeit beeinflussen den Umgang der betroffenen Person mit den krankheits- und therapiebedingten Anforderungen erheblich. Je nachdem, wie beweglich eine Person ist oder wie groß ihr Verständnis für die Notwendigkeit einer regelmäßigen Medikamentengabe ist, entscheidet sich, ob sie die Anordnungen selbstständig oder mit personeller Hilfe durchführen kann.

Werden die Voraussetzungen von der betroffenen Person erfüllt, sollten Pflegefachkräfte sie darin unterstützen, die Aktivitäten selbstständig durchzuführen und darüber Autonomie zu erlangen. Viele Kranke können auch komplexere Handlungen (wie z. B. eine Einmalkatheterisierung) selbstständig durchführen. Die zu planenden Pflegemaßnahmen konzentrieren sich dann auf die Schulung und Anleitung der Person, die Unterstützung bei der Durchführung (im Sinne von Richtigkeit der Handlung und Hygiene) sowie eine regelmäßig stattfindende (abgesprochene) Überprüfung.

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Die Bewältigung der mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundenen Anforderungen und Konsequenzen verändert die Gestaltung des Alltags und die sozialen Bezüge. Die Pflege von sozialen Kontakten beispielsweise kann nicht nur durch kognitive Einbußen, sondern auch durch Störungen des Selbstbildes (z. B. aufgrund einer Inkontinenz), Kom-

munikationsbarrieren (z. B. nach Schlaganfall) oder beeinträchtigter körperlicher Mobilität beeinflusst werden.

Die Ergebnisse des NBA informieren über die Fähigkeit der Person, ihren Alltag und ihre sozialen Kontakte selbstständig zu gestalten. Die einzelnen Items werden wieder anhand der Bewertung „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“ eingeschätzt. Das Modul umfasst sechs Items:

1. Den Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen: Nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben den Tagesablauf einteilen und bewusst gestalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten planen und ggf. an äußere Veränderungen anpassen. Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Beurteilt wird, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten sie im Laufe des Tages durchführen möchte, z. B. wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist.
2. Ruhen und Schlafen: Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen, die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, sich ausruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen.
3. Sich beschäftigen: Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen und/oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und durchzuführen.
4. In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen: Längere Zeitabschnitte überschauen und über den Tag hinaus planen. Dies zeigt sich beispielsweise daran, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfesten bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, z. B. vorgegebene Strukturen wie Wochen- oder Monatspläne nachvollzogen werden können.
5. Interaktion mit Personen im direkten Kontakt: Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.
6. Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds: Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn gestalten (aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen). Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit einfachen technischen Kommunikati-

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

onsmitteln wie dem Telefon umgehen zu können (Besuche verabreden oder Telefon-, Brief- oder Mail-Kontakte).

Neben den Einschätzungsergebnissen werden weitere Informationen benötigt, die beispielsweise mit folgenden Fragen erfasst werden könnten:

- Welche Faktoren beeinflussen/behindern die Fähigkeit der Person zur selbstständigen Anpassung des Tagesablaufs?
- Durch welche Maßnahmen kann ein geregelter Schlaf-Wach-Rhythmus unterstützt werden?
- Welche Sozialkontakte stehen der Person zur Verfügung, und wie können diese ausgeweitet und/oder gefördert werden?

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

In diesem Modul werden sowohl die Fähigkeit, sich im außerhäuslichen Bereich fortzubewegen, als auch die Fähigkeit zur Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten erfasst. Die Aktivitäten werden auch hinsichtlich ihrer Erwünschtheit oder Erforderlichkeit eingeschätzt.

Der erste Bereich, die Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich, beinhaltet die Items:

1. Verlassen der Wohnung
2. Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl)
3. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr
4. Mitfahren in einem Pkw/Taxi

Der zweite, zentrale Bereich, die außerhäuslichen Aktivitäten im engeren Sinne, besteht aus insgesamt drei Items:

5. Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen
6. Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagespflegeeinrichtung
7. Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Die Items 5 bis 7 werden anhand folgender Ausprägungen eingeschätzt:

- Teilnahme selbstständig möglich
- Nicht selbstständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich

- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
- Aktivität kommt nicht vor (ist nicht gewünscht und/oder nicht erforderlich)

Kulturelle, religiöse oder sportliche Veranstaltungen beispielsweise finden zumeist in Menschengruppen statt. Daher erfordert der Besuch eines Theaters, von sportlichen Wettkämpfen, Konzerten oder Gottesdiensten die Fähigkeit, sich unter mehreren Menschen aufhalten, ggf. über einen längeren Zeitraum sitzen und sich dem Veranstaltungsrahmen entsprechend verhalten zu können. Die Einschätzung berücksichtigt dabei, ob die Person generell an solchen Veranstaltungen teilnehmen möchte, sich aber die Aktivität aufgrund ihres körperlichen Zustands (z. B. Inkontinenz oder Körperbildstörung durch Behinderung) nicht zutraut.

Die Einschätzungsergebnisse liefern grobe Informationen über die außerhäuslichen Aktivitäten und vorhandenen Möglichkeiten der betroffenen Person. Für die Planung von Hilfen empfiehlt es sich, ergänzend abzuklären, wie motiviert die Person ist, ihre Situation zu verändern, wie viel Vertrauen sie in ihre eigenen Fähigkeiten setzt und welche Hilfsmittel sie (sinnvoll) einsetzt/nutzt. Die Pflegefachkraft sollte darüber hinaus abklären, ob die Person weiß, welche Möglichkeiten sich in ihrer Situation anbieten. Die Maßnahmen sollten edukativen und motivierenden Charakter haben, weil der langfristige Verzicht gewohnter außerhäuslicher Aktivitäten Auswirkungen auf den Umgang mit der Krankheits-/Pflegebedürftigkeitssituation und ihrer Bewältigung haben kann.

Modul 8: Haushaltsführung

Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Haushaltsführung können von Personen mit zunehmendem Alter oder mit bestehender Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung häufig nicht mehr allein durchgeführt werden, weil ihnen z. B. die Kraft für Reinigungsarbeiten fehlt oder sie nicht mehr so mobil sind, dass sie allein einkaufen gehen können. Erneut wird hier der Grad der Selbstständigkeit eingeschätzt. Die Ergebnisse der Einschätzung verweisen auf Hilfebedürftigkeit, nicht zwangsläufig auf eine bestehende Pflegebedürftigkeit. Berücksichtigt werden folgende Aspekte:

1. Einkaufen für den täglichen Bedarf (z. B. Lebensmittel, Hygieneartikel, Zeitung);
2. Zubereitung einfacher Mahlzeiten: vorbereitete Speisen erwärmen können, je nach individuellen Gegebenheiten auf dem Herd, im Backofen oder in der Mikrowelle oder nach individuellen Gewohnheiten einfache Mahlzeiten zubereiten;

Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

3. Einfache (leichte) Aufräum- und Reinigungsarbeiten: einfache und körperlich leichte Haushaltstätigkeiten, wie z. B. Tisch decken/abräumen, Spülen, Spülmaschine nutzen, Wäsche falten, Staub wischen;
4. Aufwendige (schwere) Aufräum- und Reinigungsarbeiten: aufwendige Haushaltstätigkeiten, wie Böden wischen, Staubsaugen, Fenster putzen, Wäsche waschen, Bett beziehen, Müll entsorgen;
5. Nutzung von Dienstleistungen: pflegerische oder haushaltsnahe Dienstleistungen (wie Pflegedienst, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Wäscherei, Handwerker, Friseur oder Fußpflege) organisieren und steuern;
6. Regelung finanzieller Angelegenheiten: alltägliche finanzielle Angelegenheiten erledigen (z. B. Führen eines Girokontos, Mietzahlungen vornehmen) oder entscheiden, ob z. B. genügend Bargeld im Haus ist, eine Rechnung bezahlt werden muss und ggf. die dazu notwendigen Schritte einzuleiten oder durchzuführen;
7. Regelung von Behördenangelegenheiten: Umgang mit staatlichen und kommunalen Behörden sowie Sozialversicherungsträgern. Hierzu gehört z. B. auch die Entscheidung, ob ein Antrag gestellt oder ein Behördenbrief beantwortet werden muss, und ggf. die Einleitung notwendiger Schritte.

Einbußen in diesem Bereich treten in der Regel sehr früh auf und können als Alarmzeichen verstanden werden. Es ist ein vordringliches Ziel, die Person darin zu unterstützen, in ihrem gewohnten Wohnumfeld wohnen bleiben zu können. Die zu planenden Tätigkeiten erfordern die Initiative unterschiedlicher Berufsgruppen bzw. Personen, die möglichst von einer Person (der betroffenen Person, Angehörigen oder anderen vertrauten Personen, dem Case Manager, dem gesetzlichen Betreuer etc.) koordiniert werden.

Für eine wirksame Unterstützung sind weitere Detailinformationen notwendig, z. B.:

- Kann die Person das Telefon bedienen?
- Welche Dienste nimmt die Person in Anspruch? Müssen verschiedene Dienste miteinander koordiniert werden?
- Wie wählt die Person ihre Einkäufe aus?
- Auf welche Art bezahlt die Person in der Regel ihre Einkäufe?

Fazit

Das neue Begutachtungs-Assessment kann zahlreiche wichtige Informationen und Einschätzungen zur Verfügung stellen, denen ein hoher Stellenwert für die individuelle Pflegeplanung zukommt. Trotz der in manchen Modulen recht ausführlichen und differenzierten Erfassung von Sachverhalten kann das Verfahren jedoch das pflegerische Assessment nicht ersetzen. Dieses muss vielmehr, will es dem Anspruch einer an modernen Grundsätzen orientierten Pflege gerecht werden, mehr Detailinformationen berücksichtigen und den individuellen Problemhintergrund stärker aufklären. Auch klassische Bereiche der pflegerischen Einschätzung (Hautzustand, Mundstatus etc.) werden vom Begutachtungs-Assessment nicht direkt erfasst.

Diese Aussage muss allerdings ein wenig relativiert werden, wenn man das Begutachtungsverfahren als Ganzes sieht, d. h. auch die Informationserfassung und Befunderhebung berücksichtigt, die im Vorfeld der Einschätzung stattfindet und deren Ergebnisse ebenfalls dokumentiert werden. Betrachtet man also das neue Begutachtungsverfahren als Ganzes (Informationssammlung plus Befunderhebung plus Assessment plus Empfehlungsteil), so liegt eine Informationsstruktur vor, die eine sehr gute Grundlage für das pflegerische Assessment bietet. Die oben angesprochenen „klassischen“ Bereiche der pflegerischen Einschätzung werden hierbei ebenfalls berücksichtigt.

Es sind v. a. Informationen zu individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten, zur Biografie, zu den allgemeinen Lebensbedingungen sowie zu den Faktoren, die Pflegebedürftigkeit beeinflussen, und zu ihrem individuellen Wechselspiel, die vom neuen Begutachtungsinstrument nicht erfasst werden. Denn die Begutachtung verfolgt ein anderes Ziel als die individuelle Pflege: die Feststellung, ob und in welchem Maße einer Person Leistungen der Sozialversicherung zustehen.

Nutzen für die Pflegepraxis brächte das neue Verfahren v. a. zu Beginn der Zusammenarbeit zwischen Pflegebedürftigem und beruflich Pflegendem, d. h. in einer Situation, in der noch wenig Informationen für die Entwicklung einer ersten Pflegeplanung zur Verfügung stehen. Wären den zuständigen Pflegefachkräften die Ergebnisse des neuen Verfahrens in dieser Situation zugänglich, würde das den Einstieg in eine fach- und bedarfsgerechte Pflege erheblich erleichtern.

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S./Halek, M./Sowinski, C. et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Hg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Witten
- Bourret, E. M./Bernick, L. G./Cott, C. A./Kontos, P. C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in longterm care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 37:4:338-345
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007): Pflegedokumentation stationär. Handbuch für die Pflegeleitungen. [www.dokument] URL: <http://www.gendermainstreaming.net/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/handbuchpflegedokumentation,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf> (20.01.2008)
- Chapmann, A. et al. (2004): Wenn Verhalten uns herausfordert. Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Mabuse Verlag
- Danuser, C. (2005): Schmerz erfassung bei verwirrten und dementen Menschen. Abschlussarbeit Schwerpunkt Palliative Care. Bildungszentrum SBK Zürich. URL Dokument [http://static.twoday.net/palliativpflege/files/c-danuser_abschlussarbeit_hoefa1.pdf], eingesehen am 02.01.2008
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. u. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) (2006): Essen und Trinken bei Demenz
- Doenges, M. E./Moorhouse, M. F./Geissler-Murr, A. C. (2003): Pflegediagnosen und Maßnahmen. Hg. von Christoph Abderhalden und Regula Ricka. Bern: Hans Huber
- Ewers, M. (1998): Pflegequalität - Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei AIDS. Hg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. Hannover: Schlütersche
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung, 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie 1999-2002
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2005): Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2006): Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2007): Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (i. E.): Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung
- Fiechter, V./Meier, M. (1993): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel: Recom
- Hafner, M./Meier, A. (2005): Geriatrische Krankheitslehre Teil 1: Psychiatrische und neurologische Syndrome. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hans Huber Verlag Bern
- Höhmann, U./Weinrich, H./Gätschenberger, G. (1996): Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsbericht hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.): Referenzmodelle 5. Kapitel 4, S. 1-18
- Lind, S. (2000): Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Ergebnisse einer Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker. [www.dokument] URL: <http://freenet-homepage.de/Sven.Lind/>, eingesehen am 20.01.2008
- Marquardt, G. (2006): Kriterienkatalog Demenzfreundlicher Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Dissertation an der Fakultät der Technischen Universität Dresden. URL Dokument [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=985850043&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=985850043.pdf], eingesehen am 02.01.2008
- Messer, B. (2004): Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover
- Needham, I. (1991): Pflegeplanung in der Psychiatrie. Basel: Recom
- Stemper, T. (2002): Alter, Altern, Alterssport. Zur Bedeutung des körperlichen Trainings für Ältere aus sportwissenschaftlicher Sicht. In: Rösch, H. E./Yaldai, S. (Hg.): Spek

Hinweise zur
Nutzung von
Begutachtungsergebnissen bei
der Pflegeplanung

- trum der Sportwissenschaft Heft 14 der Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 38-60
- Thiemes Pflege Band 1 (2000) hg. v. Edith Kellnhauser. Stuttgart: Thieme
- Wingefeld, K./Seidl, N. (i. E.): Verhaltensweisen psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse der Pflegeforschungsverbände. Weinheim: Juventa
- Wingefeld, K./Heitmann, D./Korte-Pötters, U. (2007): Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussbericht der beteiligten Institute. 2004-2006. (Hg.): Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen