

**Projekt:**  
**Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und  
eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes  
zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI**

**Abschlussbericht zur Hauptphase 1:  
Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes**

# **Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit**

**– Überarbeitete, korrigierte Fassung –  
Bielefeld/Münster, 25. März 2008**

**Verfasser:**  
**K. Wingenfeld, A. Büscher und B. Gansweid**

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

---

**Institut für Pflegewissenschaft an der  
Universität Bielefeld (IPW)**

**Projektleitung:**  
Prof. Dr. Doris Schaeffer  
Dr. K. Wingenfeld  
Dr. A. Büscher

**Medizinischer Dienst der Krankenversi-  
cherung Westfalen-Lippe (MDK WL)**

**Projektleitung:**  
Dr. U. Heine  
Dr. B. Gansweid

---

**Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI  
im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen**

## Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht repräsentiert die überarbeitete Fassung des Berichts „Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“, das vom IPW und vom MDK WL zum 29. Februar 2008 vorgelegt und am 6./7. März im Steuerungskreis des Modellvorhabens sowie im Beirat des BMG zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgestellt wurde.

Die Überarbeitung umfasst vor allem einige Ergänzungen, die aufgrund von Anregungen aus diesen Gremien und zum besseren Verständnis des Berichts aufgenommen wurden. Dazu gehört u.a. ein neues Kapitel, mit dem die Bewertungssystematik des neuen Einschätzungsinstruments als Ganzes dargestellt wird. Zugleich erfolgten Textkorrekturen, mit denen einige Fehler behoben wurden, die aufgrund des Zeitdrucks in der Phase der Berichtslegung übersehen worden waren. Gleiches gilt für den Anlagenband zu diesem Bericht, der auch das neue Begutachtungsinstrument enthält. Er wurde außerdem durch zwei noch ausstehende Bausteine ergänzt.

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.

Inhalt:

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Aufgabenstellung .....</b>	<b>5</b>
2.1 Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments .....	5
2.2 Bearbeitung spezifischer Leitfragen .....	9
<b>3. Arbeitsschritte und methodisches Vorgehen .....</b>	<b>9</b>
3.1 Instrumentenentwicklung .....	9
3.2 Einbeziehung von Expertise aus anderen Ländern .....	11
Exkurs: Ergebnisse der internationalen Konsultationen .....	12
3.3 Gruppendiskussionen mit Gutachtern .....	16
3.4 Externe Beurteilung von Inhalt und Praktikabilität des neuen Instruments .....	16
3.5 Erste Praxiserprobung (Pretest) .....	16
<b>4. Das neue Begutachtungsinstrument für Erwachsene .....</b>	<b>20</b>
4.1 Die wichtigsten Eigenschaften des Instruments im Überblick .....	20
4.2 Die modulare Struktur .....	24
4.3 Messmethodische Grundsätze .....	28
4.4 Beschreibung der Module .....	34
4.4.1 Mobilität .....	35
4.4.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten .....	38
4.4.3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen .....	42
4.4.4 Selbstversorgung .....	49
4.4.5 Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen .....	54
4.4.6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte .....	61
4.4.7 Außerhäusliche Aktivitäten .....	63
4.4.8 Haushaltsführung .....	66
4.5 Vergleich mit anderen Systematisierungsansätzen .....	68
4.6 Die Bewertungssystematik zur Bestimmung von Pflegestufen .....	73
4.6.1 Hilfebedürftigkeit .....	73
4.6.2 Pflegebedürftigkeit .....	75
4.6.3 „Härtefälle“ bzw. besondere Bedarfskonstellationen .....	81
4.6.4 Die Bewertungssystematik im Überblick .....	83
4.7 Verfahren zur Abklärung des Bedarfs an Rehabilitationsmaßnahmen .....	86
4.8 Weitere Bausteine des neuen Verfahrens .....	96
4.8.1 Einschätzung der Hilfsmittelversorgung .....	96
4.8.2 Ermittlung von Risiken und Empfehlungen zur Prävention .....	96
4.8.3 Bewertung des rentenrelevanten Pflegeaufwandes der Pflegeperson/en .....	99
4.8.4 Begutachtungsmニュアル .....	100
4.8.5 Arbeitshilfe zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung .....	102
4.8.6 Qualitätssicherung .....	102
<b>5. Das Verfahren für die Kinderbegutachtung .....</b>	<b>106</b>
<b>6. Das neue Verfahren in der Außenperspektive .....</b>	<b>111</b>
6.1 Die pflegewissenschaftliche Perspektive .....	111
6.2 Die Praktikabilität des Verfahrens und die Perspektive der Gutachter .....	112
<b>7. Beantwortung der Leitfragen .....</b>	<b>115</b>
<b>8. Ausblick .....</b>	<b>129</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>130</b>

## 1. Einleitung

Im Rahmen der Vorbereitungen zur Reform der Pflegeversicherung hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im November 2006 einen Beirat mit der Aufgabe betraut, 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 oben genannten Hauptphasen konkretisierte.

Die Bewältigung dieser Aufgaben erfordert gleichermaßen die Einbeziehung unabhängiger pflegewissenschaftlicher Expertise wie die Berücksichtigung des breiten Erfahrungshintergrundes der Medizinischen Dienste. Aus diesem Grunde 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<sup>1</sup>. 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 gemeinsam durch IPW und MDK WL, dessen 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 zum Teil 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

---

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

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 mit verschiedenen Materialien. Dazu gehören das vollständige Begutachtungsformular einschließlich des neuen Begutachtungsinstruments und ein Begutachtungsmanual 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“<sup>2</sup> abzuschließen, d.h. ein in der Praxis einsatzfähiges Begutachtungsinstrument vorzulegen. Der Ausschreibungstext selbst enthält eine Reihe konkreter Anforderungen an die Instrumentenentwicklung, die sich zum Teil aus vorhergehenden Beratungen der Beteiligten, zum Teil aus sachlichen Notwendigkeiten ergeben. Weitere Anforderungen erwachsen aus den Ergebnissen der wissenschaftlichen Studie „Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten“ (Wingenfeld 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.

---

<sup>2</sup> 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“.

### 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 *Selbständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, bei der Krankheitsbewältigung sowie bei der Gestaltung von Lebensbereichen und der Teilnahme am Gemeinschaftsleben*.

### 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 zukünftigen 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 zukünftige 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 Kriterien (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, 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<sup>3</sup>. 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 Ergebnisdarstellung 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<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> 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.

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

### 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 Begutachtungsmニュアル 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 Erstellung eines Hilfeplans verwendbar sein. Eine erschöpfende Informationserfassung und Einschätzung ist im vorgesehenen zeitlichen Rahmen von maximal einer Stunde allerdings nur selten möglich. Das Begutachtungsassessment kann daher kein Ersatz für das pflegerische Assessment im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses sein, leistet hierzu allerdings 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. *Selbständigkeit 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 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 Berichtes widmet sich der Beantwortung dieser Fragen.

## 3. Arbeitsschritte und methodisches Vorgehen

Die Beratung, Abstimmung und Entscheidung über die Ausgestaltung des neuen Begutachtungsverfahrens erfolgte 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 mit Hilfe 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 Assessmentinstrumente herangezogen, insbesondere die im IPW-Gutachten zur näheren Prüfung empfohlenen Instrumente FACE, RAI 2.0, RAI HC 2.0, EASYcare 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 *Merkmale* (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, EASYcare 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 Selbständigkeit voneinander abzugrenzen. Die Instrumentenentwicklung bestand daher vor allem 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 Pflegeversicherung<sup>5</sup> sowie das im Rahmen des britischen Single Assessment Process akkreditierte Instrument FACE (Functional Assessment of Care Environments)<sup>6</sup>.

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 telefonischem und postalischem Austausch mit Dr. Paul Clifford und Hugh Reynolds von FACE Recording & Measurement Systems (London) schloss sich an.

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 einigen weiteren Aspekten gewonnen werden, die ursprünglich mit den Anstoß dazu gegeben hatten, die internationalen Kontakte zu suchen.

---

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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.

## **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 verhüten, 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 der 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<sup>7</sup>. Die 73 Items wurden in die folgenden sieben Gruppen gegliedert:

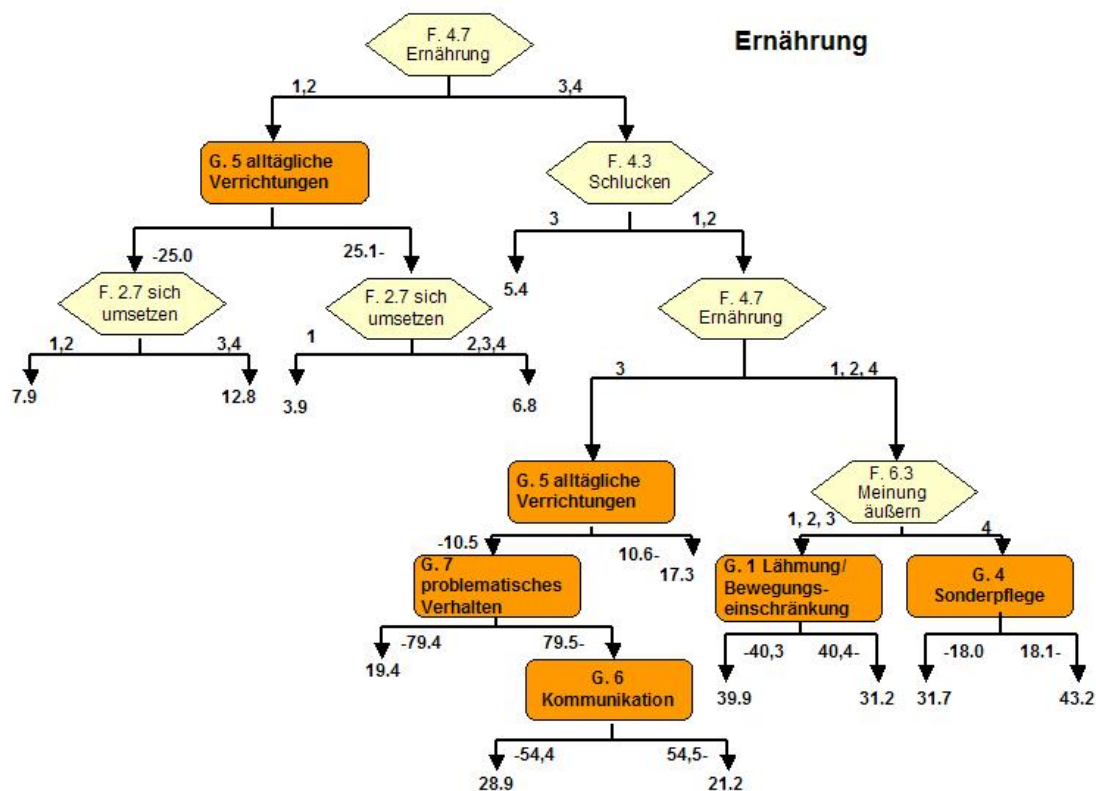
- Lähmung und Beschränkung der Bewegungsmöglichkeit von Gelenken
- Mobilität
- Komplizierte Verrichtungen
- Sonderpflege
- Alltägliche Verrichtungen

---

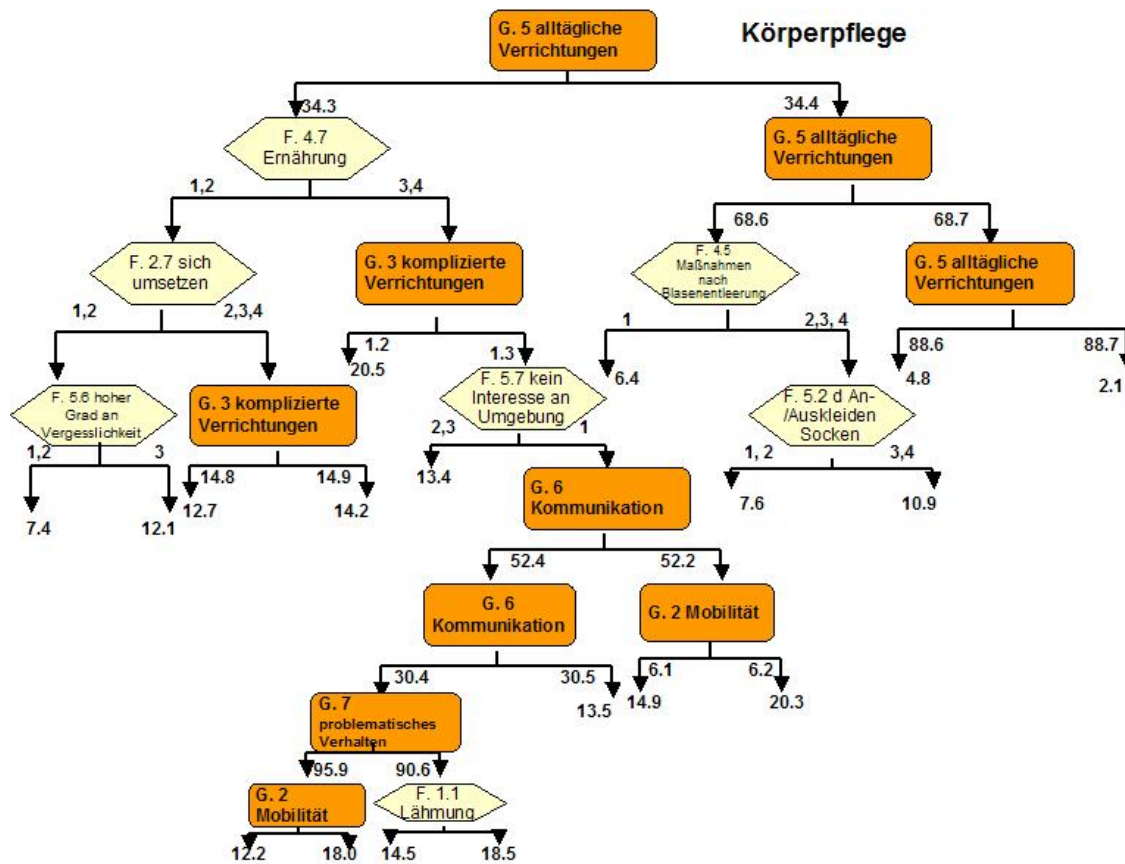
<sup>7</sup> Insgesamt standen für die Modellentwicklung Daten von mehr als 160.000 älteren Menschen zur Verfügung.

- Kommunikation
- Problematisches Verhalten.

Die Ausprägungen der Items in diesen Gruppen wurde 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 sog. 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 Zeitaufwandes für die Leistungen in diesem Bereich führen.



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 vor allem um statistische und nur bedingt um inhaltlich begründbare Zusammenhänge handelt.



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 Assessmentverfahren, sondern die Einschätzung ist an einen Experten gebunden. Für die Feststellungen des behandelnden Arztes gibt es ein Standardformular, welches eine Frage nach vorhandenem Rehabilitationspotential 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).

Es handelt sich bei FACE nicht nur um ein Assessmentverfahren, sondern um 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 (Toolsets), die für verschiedene Populationen bzw. Versorgungssettings 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 vor allem 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 graphisch 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 einiger Tools in FACE gibt. Vereinbart wurde daher eine Fortsetzung des inhaltlichen Austauschs, in dem beispielsweise einige nützliche Hinweise zur Itemformulierung, 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)<sup>8</sup>. 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<sup>9</sup>. Die Teilnehmer der beiden Diskussionsrunden waren dementsprechend anhand ihres Erfahrungshintergrundes ausgewählt worden.

Im Mittelpunkt stand die Frage nach der Praktikabilität einer Einschätzung mit Hilfe 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 Begutachtungsmニュアル
- 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 Fokusgruppendiskussion mit den am Pretest beteiligten Gutachtern des MDK WL durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Maßnahmen sind Gegenstand des Kapitels 6.

### 3.5 Erste Praxiserprobung (Pretest)

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

---

<sup>8</sup> 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. Unter anderem findet das Verfahren – wie im vorliegenden Fall – Anwendung bei der Konstruktion und Entwicklung von Instrumenten.

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



- 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 Einschätzungsinstruments 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, zukünftig 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 Selbständigkeit: Im Hinblick auf die Kinderbegutachtung war zusätzlich zu prüfen, ob mit der gewählten Methode eine ausreichende Differenzierung von altersspezifischer und krankheitsbedingter Begrenzung von Selbständigkeit 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“). Darüber hinaus 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 werden.

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 aufwändigere 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<sup>10</sup>. Im Hinblick auf diese Merkmale zeigt die Stichprobe nur verhältnismäßig geringe Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (vgl. BMG 2008).

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

**Pretest: Verteilung der Pflegestufen (Prozentangaben)**

Pflegestufe	Erwachsene (n=100)	Kinder (n=41)
Keine (PS „0“)	23,0	24,4
PS I	34,0	46,3
PS II	30,0	22,0
PS III	13,0	7,3

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 12 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 zum Teil auch einer ersten Beurteilung zu unterziehen.

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

## 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 methodischen 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 *Selbständigkeit 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 abgestimmten Hilfeplans<sup>11</sup>. Für die Formulierung von Empfehlungen zur individuellen pflegerischen Versorgung,

---

<sup>11</sup> 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).

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 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. 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 bio-psycho-sozialen 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 Selbständigkeit 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 Grads der Pflegebedürftigkeit einfließen oder zur Darstellung anderer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (Hilfebefürftigkeit) Verwendung finden. Die Inhalte der Module werden ausführlich in Kapitel 4.4 beschrieben.

<b>Einstufungsrelevante Module des Begutachtungsassessments</b>
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, zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs und einige Fragen zu präventionsrelevanten Risiken.

4) *Ergebnisdarstellung und Empfehlungen*: Neben der Bestimmung des Grads der Selbständigkeitseinbußen in den einzelnen Aktivitäten und Lebensbereichen und des Grads der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe)<sup>12</sup> 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.

#### *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 Selbständigkeit bei Aktivitäten, die der Fortbewegung oder Lageveränderung des

---

<sup>12</sup> 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.

Körpers dienen). Die Bewertungssystematik, auf denen 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 Selbständigkeit 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 Selbständigkeit 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 vor allem 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<sup>13</sup>.

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 „selbständig“, „überwiegend selbständig“, „überwiegend unselbständig“ und „unselbständig“ 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 Selbständigkeit bei der Fortbewegung“).

---

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

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 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 Begutachtungsmニュアル näher dargelegt wird. Die wesentlichen Unterschiede sind nicht äußerlich, sondern betreffen die Bewertungssystematik: Das Ergebnis der Einschätzung beschreibt nicht den Grad der Selbständigkeit, sondern dessen *Abweichung* von der Selbständigkeit 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 Begutachtungsassessments 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 Selbständigkeit getroffen werden kann. Die Erfassung von Risiken wurde daher aus dem pflegestufenrelevanten Assessment ausgeglie-



dert. 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 Projektes übernommen worden war<sup>14</sup>. Die Änderung des Titels geht zwar nicht einher mit Veränderungen des Inhalts, ist aber aufgrund des Stellenwertes 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 vieler Hinsicht an etablierte Assessmentinstrumente und Klassifikationssysteme an. Der Bereich der *Mobilität*, in dem es um die Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Lageveränderungen des Körpers geht, wird in nahezu allen komplexeren Assessmentinstrumenten 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.

---

<sup>14</sup> 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.

Modul 2 umfasst die für die selbständige 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 gesonderter Modul „Stimmungslage und Verhalten“. Innerhalb von FACE ist dem Bereich sogar ein eigenes Toolset 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 zum Teil 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 Bezeichnung *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 Selbständigkeit. 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 zeitaufwändiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung. Andere Assessmentverfahren, 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 Selbständigkeit einer Person, sondern als professionell anzugehende Problemlagen, z.B. als Hautprobleme oder Störungen vitaler Funktionen. In der Pflegeergebnisklassifikation NOC wird das Wissens 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 vor allem 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, zum Teil 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 Haushaltes 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 Selbständigkeit 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 von der Fähigkeit zur selbständigen 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 zukünftiger 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 Selbständigkeitseinbußen erforderlich sind, unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen eindeutig definiert und zuzuordnen sind. Erschwerend kommt hinzu, dass unsicher ist, inwieweit diese Rahmenbedingungen zukünftig 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

#### *Selbständigkeit 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 Assessmentinstrumenten 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 selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger 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 Selbständigkeit* 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 Begutachtungsmニュアル näher beschrieben sind, den Grad der Selbständigkeit 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 selbständig<sup>15</sup>.
2. Den Elementen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zufolge geht es um Selbständigkeit 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.

---

<sup>15</sup> 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.

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 Verlustes 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 Selbständigkeit eines Pflegebedürftigen im Umgang mit seinem aggressiven Verhalten sinnvoll operationalisiert werden kann, so dass am Ende eine verlässliche Aussage getroffen werden kann. Dementsprechend werden Verhaltensauffälligkeiten von etablierten Einschätzungsinstrumenten mit Hilfe 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 Grads der Selbständigkeit schwierig und in den verfügbaren Assessmentinstrumenten 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 Skala, bei der die Merkmalsausprägungen meist Werte zwischen 0 und 3 annehmen können. Diese Skalen messen

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

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

- Punktwert 0: selbständig
- Punktwert 1: überwiegend selbständig
- Punktwert 2: überwiegend unselbständig
- Punktwert 3: unselbständig.

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 Assessmentinstrumenten 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 oben genannte Skala nicht angeben ließe, worin bei einer Aktivität der Unterschied zwischen „überwiegend unselbständig“ und „unselbständig“ 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 länger Erfahrung mit dem Instrument hat. Die Konsequenz kann in einem unnötig hohen Zeitaufwand bei der Einschätzung bestehen, ggf. aber auch in einer höheren Ungenauigkeit bzw. größeren Fehlerträchtigkeit, was dann die Reliabilität eines Instruments beeinträchtigt.

Etablierte Assessmentinstrumente 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, vor allem jene Skalen näher zu prüfen, die in irgendeiner Form den Grad der Selbständigkeit 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 1-2 mal“ (innerhalb der letzten 3 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 vor allem 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 vor allem 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 selbständig“. 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 „selbständig“, „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 Grads der Selbständigkeit 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. Selbständigkeit 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 Selbständigkeit 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 Selbständigkeit, von kognitiven Fähigkeiten oder von Selbststeuerungskompetenz ab. Die Skala unterscheidet die Abstufungen

- selbständig
- geringe Beeinträchtigungen
- erhebliche Beeinträchtigungen
- schwere Beeinträchtigungen
- völliger/weitgehender Verlust (von Selbständigkeit 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 vor allem 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 Selbständigkeit und anderen Einbußen als unzureichend. Denn zwischen den Extremen „selbständig“ und „Verlust von Selbständigkeit“ 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, wirft keine nennenswerten Probleme 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, zum Teil 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<sup>16</sup>.

All diese Anforderungen haben Konsequenzen für die inhaltliche und formale Gestaltung des neuen Begutachtungsinstruments. Diese Konsequenzen sind zum Teil 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 ausfällt<sup>17</sup>, hat der Gutachter die Selbständigkeit, 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.

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

---

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

<sup>17</sup> 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.

Ressourcen einer Person zu erfassen. Von Interesse sind lediglich diejenigen Aspekte, die für den Grad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit 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 Selbständigkeit 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 selbständigen 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 zu Lasten 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 Grads der Selbständigkeit), 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 Begutachtungsassessments im Einzelnen vorgestellt. Dabei werden sowohl die Inhalte als auch die modulspezifische 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 Selbständigkeit 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 Wohnbereiches
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 Selbständigkeit im Bereich der Mobilität eine entscheidende Bedeutung zukommt. So werden das Aufstehen und zu Bett gehen 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 Informatio-

nen 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 verschiedenen 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 „selbständig“ – „überwiegend selbständig“ – „überwiegend unselbständig“ – „unselbständig“). Der Gutachter hat also für jedes der fünf Merkmale den Grad der Selbständigkeit der betreffenden Person anzugeben. Zu jedem Item finden sich im Begutachtungsmanual 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 Selbständigkeit 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 Wohnebenen hinaufzusteigen.

Ähnliches gilt für die Verwendung von Hilfsmitteln, der im Bereich der Mobilität ein besonders hoher Stellenwert zukommt. Eine Person gilt auch dann als selbständig, 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 Unselbständigkeit bei allen aufgeführten Handlungen entspricht, beläuft sich somit auf 15 Punk-

te. Die Punktwerte werden entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala folgendermaßen zugeordnet:

- 0 Punkte: selbständig
- 1 bis 3 Punkte: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (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 Selbständigkeit (z.B. Personen, die sich noch selbständig 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 Selbständigkeit (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 Selbständigkeitsverlust.

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

<b>Pretest-Ergebnisse für das Modul 1 „Mobilität“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>	
Selbständig	19
Geringe Beeinträchtigung	25
Erhebliche Beeinträchtigung	19
Schwere Beeinträchtigung	10
Völliger/weitgehender Selbständigkeitsverlust	27

### *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 von anderen gesundheitlichen 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 zum Teil bereits oben unter Verweis auf

das Instrument FACE angedeutet<sup>18</sup>. Die Begutachtungsergebnisse geben somit einen ersten Anhaltspunkt zum 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. Zum Teil wird der Differenzierungsgrad des Moduls in der Routineversorgung heute *nicht* erreicht. Insbesondere in Einrichtungen, deren Pflegeplanung und Pflegeassessment 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 wird<sup>19</sup>, 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 Selbständigkeitseinbußen 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 Begutachtungsassessments 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.

---

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

<sup>19</sup> 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.

## 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 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) wie 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 gehört beispielsweise die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen 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.).

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 Selbständigkeit, 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<sup>20</sup>:

- 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

---

<sup>20</sup> Die folgenden Formulierungen sind Auszüge aus dem Begutachtungsmニュアル.



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 10 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 Selbständigkeit, 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 notfalls 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 Selbständigkeit 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 ergab sich eine ausreichend differenzierte Verteilung (vgl. Tabelle) sowie eine hohe Übereinstimmung mit anderen Daten und Informationen (Angaben zur eingeschränkten Alltagskompetenz und Kurzprofile der gesundheitlichen Situation der Probanden).

<b>Pretest-Ergebnisse für das Modul 2 „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>	
Keine Beeinträchtigung	45
Geringe Beeinträchtigung	10
Erhebliche Beeinträchtigung	12
Schwere Beeinträchtigung	11
Völliger/weitgehender Fähigkeitsverlust	22

#### *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 soll. Die Aktivierung und Förderung der verbliebenen kognitiven Ressourcen kommt 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. Vor allem in stationären Pflegeeinrichtungen ist im Verlauf des Wandels der Be-

wohnerstruktur, 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, 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 selbständig bewältigen* kann. Das Modell plädiert für einen Perspektivwechsel, 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 vor allem

- 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. sich verlaufen, 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, vor allem:

- Ängstlichkeit, akute Angstzustände/Panikattacken,
- visuelle/akustische Halluzinationen,
- Verwirrheitszustände und Wahnvorstellungen (etwa die Vorstellung, verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden),
- 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, zum Teil 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 mit Hilfe einschlägiger, spezifischer Assessmentinstrumente definiert. Anregungen lieferten insbesondere eine modifizierte, deutschsprachige Version des Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (vgl. Wingefeld/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 Toolset 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<sup>21</sup>:

1. *Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten*: Dazu gehören vor allem 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-/Nachtrhythmus (Wach sein 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 hin schimpfen/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, Medikamen-

---

<sup>21</sup> Die Erprobungserfahrungen gaben Anlass zu einigen geringfügigen Formulierungsänderungen.

teneinnahme 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 Angstatacken, 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 etwas 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 Selbständigkeit 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 zum 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<sup>22</sup>. 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 Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz“, wenngleich bei der Einschätzung möglicherweise nur 10 von theoretisch möglichen 75 Punkten erreicht werden.

Aufgrund dieser Überlegungen entstand für das Modul 3 folgende Differenzierung:

---

<sup>22</sup> 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).

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:

<b>Pretest-Ergebnisse für das Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“: Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>	
Keine Beeinträchtigung	60
Geringe Beeinträchtigung	11
Erhebliche Beeinträchtigung	9
Schwere Beeinträchtigung	6
Schwerste Beeinträchtigung	14

<b>Pretest-Ergebnisse für das Modul 3: Verteilung der Punktwerte (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>	
0 Punkte	60
1 bis 6 Punkte	26
7 bis 12 Punkte	5
13 und mehr Punkte (Maximum: 41)	9

<b>Auftretenshäufigkeit der Verhaltensweisen in Modul 3 (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>				
	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

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 im 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 Assessmentinstrumente zur Verfügung. Das Modul 3 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. Wingenfeld/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, insbesondere 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, Ausscheiden<sup>23</sup>.

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).

---

<sup>23</sup> 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 selbständigen 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 „selbständig“ – „überwiegend selbständig“ – „überwiegend unselbständig“ – „unselbständig“). 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 etwas 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

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<sup>24</sup>, oder die Studie „Zeitrichtlinien 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 Punktwertes 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 Punktesumme (12) 25% des Gesamtpunktwertes 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.

<sup>24</sup> Die Ergebnisse dieser Studie dokumentieren beispielsweise für den Bereich der Körperpflege einen mittleren Leistungsaufwand von 13,4 Minuten je Bewohner und Tag. Im Bereich Ausscheidungen beläuft sich der entsprechende 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 gleich zu gewichten, das An- und Auskleiden hingegen deutlich geringer. Anhand dieser und ähnlicher Überlegungen und unter Hinzuziehung einiger weiterer empirischer Daten wurden die oben genannten Gewichtungen festgelegt.

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 künstlichen Ableitungssysteme überprüft.

Tatsächlich ist die Bewertung in diesem Modul jedoch noch etwas 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 Anteil der Sondenernährung bei der Nahrungsaufnahme liegt, wird zusätzlich ein Wert zwischen 0 (nur gelegentlich bzw. nicht täglich 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<sup>25</sup>.

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<sup>26</sup>:

- 0 Punkte: selbständig
- 1 bis 9 Punkte: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit
- 10 bis 24 Punkte: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit
- 25 bis 39 Punkte: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit
- ab 40 Punkte: völliger/weitgehender Selbständigkeitsverlust.

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. Etwas 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 Selbständigkeit und den Pflegestufen darstellt.

---

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

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

<b>Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (Modul 4) und Pflegestufen nach dem SGB XI (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
	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

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

Benötigt werden u.a. weitergehende Einschätzungen des Hautzustandes (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, vor allem 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 selbständig“ und „überwiegend unselbständig“ sollten zu einer genaueren Prüfung dieses Aspekts veranlassen. Den Regeln zur Verwendung des Instruments entsprechend ist auch bei der Einschätzung „überwiegend unselbständig“ 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 Selbständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen erfolgt mit Modul 5. Sie ist dem Themenkreis der selbständigen *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 im 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 persönliche Hilfe angewiesen, gilt er im Sinne des neuen Begutachtungsassessments als in seiner Selbständigkeit beeinträchtigt.

2. Damit ist indirekt bereits ein zweites mögliches Missverständnis angesprochen: Wenn gleich die im 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. Medikation<sup>27</sup>
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).

Der zweite Bereich umfasst:

8. Verbandwechsel/Wundversorgung
9. Wundversorgung bei Stoma
10. Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden
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 medizinisch/therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)
- K. Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern).

Der vierte Bereich schließlich fällt etwas aus dem Rahmen und umfasst nur die Frage nach der Selbständigkeit 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

---

<sup>27</sup> 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.

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 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 aufwändige 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 zum Teil 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 selbständig durchgeführt werden kann. Abweichend von den anderen Modulen ist dabei nicht vorgesehen, verschiedene Grade der Selbständigkeit 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 selbständig 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, zeitaufwändigen 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 Selbständigkeit. Analog der Gesamtlogik des Moduls 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
- Selbständig
- Überwiegend selbständig (bei gelegentlicher Erinnerung/Anleitung)
- Überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung)
- Unselbständig (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 1mal 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, zeitaufwändige Besuche sowie zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung werden mit 8,6 Punkten und monatlich stattfindende Besuche/Maßnahmen mit 2 Punkten bewertet. 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 selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	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 addiert<sup>28</sup>, 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:	selbständig/unabhängig
1 Punkt:	geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (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 Selbständigkeit (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 Selbständigkeit (z.B. Personen, die mehrmals wöchentlich Begleitung bei zeitaufwändigen Besuchen medizinischer Einrichtungen benötigen oder Personen, die zwischen vier und achtmal täglich der Hilfe bei der Medikation <i>und</i> Messung von Körperzuständen <i>und</i> täglich der Hilfestellung bei der Wundversorgung bedürfen).
6 bis 12 Punkte:	Weitgehende Abhängigkeit von anderen Personen.

Wie ersichtlich, war ähnlich wie im Falle der Module 2 und 3 eine leichte Anpassung an die Besonderheit des hier zur Diskussion stehenden Bereichs erforderlich. Die Besonderheit besteht vor allem darin, dass der Punktwert das Resultat aus zwei unabhängigen Größen ist: a) dem Ausmaß der krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und b) dem Grad der Selbständigkeit. Beide zusammengenommen bestimmen das Ausmaß der Abhängigkeit von Personenhilfe und damit die Einbußen der Selbständigkeit. Insofern liegt dem Einschätzungsergebnis in diesem Modul zwangsläufig ein etwas anderes Verständnis von Selbständigkeit zugrunde. So gilt die Selbständigkeit 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 selbständiger, 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

---

<sup>28</sup> 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 abgedeckt ist. Nach näherer Prüfung wurde diese Idee jedoch wieder fallen gelassen. 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.

zusammen mit Selbständigkeitseinbußen überhaupt auftreten. Die Darstellung beschränkt sich auf dauerhaft bestehende Anforderungen. Außerdem ergeben sich einige Abweichungen zur Liste der oben aufgeführten Items, weil diese Liste bereits die optimierte Fassung des Begutachtungsinstruments darstellt.

<b>Einzelauswertung für das Modul 5 „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>	
Medikation	81
Injektionen i.m./s.c.	4
Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	-
Absaugen	1
Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	3
Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ, RR)	6
Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Prothesen)	15
Verbandwechsel/Wundversorgung	8
Wundversorgung bei Stoma	4
Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden	1
Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	7
Arztbesuche	16
Besuch medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis 3 Std.)	3
Zeitlich ausgedehnter Besuch med./therap. Einrichtungen (> 3 Std.)	2
Einhaltung von Diät oder anderen Verhaltensvorschriften	17

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 Tabelle – 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.

<b>Gesamtergebnis für das Modul 5 „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>	
Selbständig/unabhängig	16
Geringe Beeinträchtigung	46
Erhebliche Beeinträchtigung	28
Schwere Beeinträchtigung	8
Weitgehende Abhängigkeit	2

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 des Moduls 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 Selbstpfleegerfordernisse:

- 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 vor allem auf 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 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 Schlafens“ fanden bisher Berücksichtigung. Die Hilfen, die zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte erforderlich sind, werden in der Regel unter den 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 Aktivitäten 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 Selbständigkeit erfasst:

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

##### *Merkmalsausprägungen*

Zur Einschätzung wird die vierstufige Standardskala verwendet (Merkmalsausprägungen „selbständig“ – „überwiegend selbständig“ – „überwiegend unselbständig“ – „unselbständig“). 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 Selbständigkeit 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 Störung der Nachtruhe wurde das Item „Ruhens und Schlafens“ nicht höher gewertet, da häufige nächtliche

Unruhe zusätzlich im Modul 3 Berücksichtigung findet. Der maximale Wert, der einer völligen Unselbständigkeit bei allen aufgeführten Handlungen entspricht, beläuft sich somit auf 18 Punkte. Dabei werden folgende Schwellenwerte definiert:

- 0 Punkte: selbständig
- 1 bis 3 Punkte: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (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 Selbständigkeit (z.B. Personen, die sich im vorgegebenen gewohnten Tagesablauf noch überwiegend selbstständig zurecht finden und beschäftigen können, aber für die Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds und für in die Zukunft gerichtete Planungen überwiegend unselbständig sind)
- 7 bis 11 Punkte: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (z.B. Personen, die für fast alle Aktivitäten personelle Hilfe benötigen, aber auf Anregungen noch mitentscheiden)
- 12 bis 18 Punkte: völliger/weitgehender Selbständigkeitsverlust.

Die Verteilung des Grades der Selbständigkeit in diesem Bereich (vgl. Tabelle) 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.

<b>Pretest-Ergebnisse für das Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>	
Selbständig	30
Geringe Beeinträchtigung	15
Erhebliche Beeinträchtigung	12
Schwere Beeinträchtigung	18
Völliger/weitgehender Selbständigkeitsverlust	25

#### *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

Das Modul 7 umfasst zwei wichtige Bereiche. Der erste beinhaltet mehrere Aspekte der außerhäuslichen Mobilität<sup>29</sup>, 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 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, die sich auf je unterschiedliche Aktivitäten beziehen:

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.

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 vor allem 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, die Beteiligung an verbandlichen oder vereinseigenen Aktivitäten, zu denen auch Selbsthilfeinitiativen gezählt werden. Zu berücksichtigen sind hier die altersspe-

---

<sup>29</sup> 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 Bezuges zur innerhäuslichen Mobilität auch dort aufzuführen.

zifisch 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 Selbständigkeit 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 Selbständigkeit gemäß der Standardskala entsprechen. Beim Item „Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel“ beispielsweise muss der Gutachter zwischen folgenden Antwortalternativen entscheiden:

- selbständig (ohne Begleitung)
- nur auf gewohnten Strecken selbständig
- auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich
- auch mit personeller Hilfe nicht möglich.

Die Einschätzung zu den drei übrigen Items erfolgt auf der Grundlage einer vereinfachten Form der Standardskala zur Selbständigkeit, mit der auf die Ausprägungen „überwiegende Selbständigkeit“ und „überwiegende Unselbständigkeit“ 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 selbständig möglich
- Nicht selbständig, 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 2 Punkten zu bewerten, wenn die Teilnahme nicht selbständig, aber mit Unter-



stützung durchgeführt werden kann. Alle anderen Ausprägungen werden mit 0 Punkten bewertet. Die Punkte je Item werden addiert, so dass sich ein maximaler Wert von 6 Punkten ergibt.

In die Gesamtbewertung geht außerdem der gerundete Mittelwert der erreichten Punktzahl bei der außerhäuslichen Mobilität ein, so dass sich für die Gesamtbewertung maximal 9 Punkte ergeben können. Dieser Wert entspricht einer Situation, in der eine völlige Unselbstständigkeit in der außerhäuslichen Fortbewegung gegeben ist, aber alle im Modul 7 aufgeführten Aktivitäten im Leben der betreffenden Person von Bedeutung sind. Die Zuordnung zur fünfstufigen Bewertungsskala erfolgt folgendermaßen:

- 0 Punkte: selbständig/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 Parallelität zum 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 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 darum 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 Selbständigkeitseinbußen aufgrund von körperlichen oder 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. Aufwändige (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 selbständige (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 haushaltsnahe 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 und 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 „selbständig“ – „überwiegend selbständig“ – „überwiegend unselbständig“ – „unselbständig“).

### *Bewertungssystematik*

Zur Darstellung des Gesamtergebnisses der Einschätzung für das 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 Unselbständigkeit bei allen aufgeführten Handlungen entspricht, beläuft sich somit auf 21 Punkte. Die Punktwerte werden entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala folgendermaßen zugeordnet:

- 0 Punkte: selbständig
- 1 bis 5 Punkte: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (z.B. Personen, die bei aufwändigen 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 Selbständigkeit (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 Selbständigkeit (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 Selbständigkeitsverlust.

Die nachfolgende Tabelle 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 unselbständig eingestuft. Um die zur Pflegebedürftigkeit abweichenden Strukturen zu verdeutlichen, sind in der Tabelle auch die Ergebnisse des Moduls 4 „Selbstversorgung“ (traditionelle „Alltagsaktivitäten“ nach dem SGB XI) aufgeführt.

<b>Pretest-Ergebnisse für die Module 4 „Selbstversorgung“ und 8 „Haushaltsführung“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>		
	Mod. 4	Mod. 8
Selbständig	4	2
Geringe Beeinträchtigung	18	5
Erhebliche Beeinträchtigung	35	13
Schwere Beeinträchtigung	25	25
Weitgehender Selbständigkeitsverlust	18	55

### *Verwendbarkeit im Rahmen der Pflege-/Hilfeplanung*

Die Haushaltsführung weist, wie schon angesprochen, in mancher Hinsicht Besonderheiten auf. Vor allem 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 Gesamtheit der Module auch mit nichtpflegerischen 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 Begutachtungsassessments 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 bekann-

testen 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 vor allem 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)

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 Begutachtungsassessments. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um vollständige Entsprechungen handelt, son-

dem sich verschiedene Items aus dem neuen Begutachtungsassessment in den einzelnen Verhaltensmustern wiederfinden.

<b>Funktionelle Verhaltensmuster nach Gordon (1998)</b>	<b>Neues Begutachtungsverfahren</b>
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	

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 Pflegemodellen 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).

<b>ICF</b>	<b>Neues Begutachtungsverfahren</b>
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

Die Abbildung zeigt, dass relativ große Gemeinsamkeiten zwischen neuem Begutachtungsassessment und ICF existieren. Im Falle der ICF-Bereiche ‚Lernen und Wissensanwendung‘ 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 Begutachtungsassessment. 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 zum Teil 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)<sup>30</sup>. 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<sup>31</sup>. 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.

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*

---

<sup>30</sup> Nähere Ausführungen zum britischen SAP selbst finden sich in der IPW-Studie (S. 53ff).

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

*vorhandenen Ressourcen* geht über das Modul 8 zur Haushaltsführung hinaus, da dort z.B. auch nach Wohnbedingungen gefragt wird. Vergleichbare Inhalte sind im neuen Begutachtungsassessments 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 Begutachtungsassessments 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 wichtiger Stellenwert beigemessen wird. Insofern lässt sich festhalten, dass die Begutachtung in Deutschland mit dem neuen Instrument weit näher bei 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 im 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 Verlustes der Selbständigkeit oder Fähigkeit erstrecken.

Diese Teilergebnisse werden in einem weiteren Schritt der Berechnung zu einer Gesamtaussage über die Selbständigkeit einer Person bei der Durchführung von Aktivitäten und bei der Gestaltung von Lebensbereichen zusammengeführt. Hierbei wird erneut eine Abstufung des Grads der Selbständigkeit 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 Selbständigkeit, 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 Selbständigkeitseinbußen 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 Selbständigkeit). In diesem Rahmen wurden folgende Schwellenwerte definiert:

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

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

Stufe H3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit, Punktwert 5 bis 8.

Auch geringe Beeinträchtigungen sollen hiermit erfasst werden. Die Stufe „geringe Hilfebedürftigkeit“ würde beispielsweise für Personen zutreffen, die geringfügige Unterstützung bei der außerhäuslichen Fortbewegung und ansonsten lediglich Hilfe bei aufwändigen 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 können. 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 Begutachtungsassessment definiert als *gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit, 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 das Modul 1 mit 25% des Wertes von Modul 4 gewichtet. Die Gewichtung, die zugleich dem aus den Teilergebnissen der Module generierten Punktwert entspricht, gestaltet sich folgendermaßen:

<b>Modul 1</b>	<b>Mobilität</b>	<b>10%</b>
<b>Module 2 &amp; 3</b>	<b>Kognition und Verhalten</b>	<b>15%</b>
<b>Modul 4</b>	<b>Selbstversorgung</b>	<b>40%</b>
<b>Modul 5</b>	<b>Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen</b>	<b>20%</b>
<b>Modul 6</b>	<b>Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte</b>	<b>15%</b>

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 höchst mögliche 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. 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 Beo-

bachtung 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 zum 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 zu Lasten von Personen zu erwarten, die ausschließlich unter körperlichen Einbußen leiden. Die Analyse legt es eher nahe, diese Gewichtung etwas 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 Selbständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen schließlich beläuft sich auf 20% und damit auf die Hälfte des Punktwertes, 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 pflegebedürftige, meist ältere Menschen kaum überschätzt werden. Es wäre umgekehrt jedoch verfehlt, eine höhere Gewichtung vorzusehen – schon allein aufgrund des Umstandes, 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 nur 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 zum Teil 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 Selbständigkeit
- Stufe P2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Stufe P3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Stufe P4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- 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 Selbständigkeit vorgesehen. Diesem Personenkreis eine Stufe zuzuordnen hat zum einen 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 Begutachtungsassessments 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:

<b>„Neue“ und alte Pflegestufen (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
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

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 10 Abschnitte unterteilt. Es wäre theoretisch möglich, dementsprechend 10 Stufen der Pflegebedürftigkeit zu definieren.

<b>Pretest-Ergebnisse: Punktwerte zur Abbildung von Pflegebedürftigkeit (n=100)</b>	
Punktebereich	Fälle/%
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

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 nächst höhere oder niedrigere 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.

<b>„Neue“ Pflegestufen und Stufen der Hilfebedürftigkeit (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
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

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. Personen mit geringer Pflegebedürftigkeit sind mit anderen Worten 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 Grads der Beeinträchtigung kommt die nunmehr schon bekannte fünfstufige Skala (0 bis 4) zum Einsatz.

<b>„Neue“ Pflegestufen und Modul 1 „Mobilität“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
	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

<b>„Neue“ Pflegestufen und Modul 2 „Kognitive Fähigkeiten“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
	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

<b>„Neue“ Pflegestufen und Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
	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

<b>„Neue“ Pflegestufen und Modul 4 „Selbstversorgung“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
	0	1	2	3	4
Keine	4	-	-	-	-
P1	-	14	9	-	-
P2	-	4	16	4	-
P3	-	-	10	15	3
P4/P5	-	-	-	6	15



<b>„Neue“ Pflegestufen und Modul 5 „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
	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

<b>„Neue“ Pflegestufen und Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
	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

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 abschließend 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 technintensiven 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 Selbständigkeit gesundheitliche Probleme aufweisen, die dazu führen, dass Pflegehandlungen zumeist 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 & besondere Bedarfskonstellation = Stufe P5) ergibt sich für die Erwachsenen folgendes Bild:

<b>„Neue“ und alte Pflegestufen nach dem SGB XI (n=100; Fälle/Prozentangaben)</b>					
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

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 11 der 41 Kinder im Pretest eine besondere Bedarfskonstellation vor. Für ein Kind wurde 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 Selbständigkeit berücksichtigt wird. Vor allem 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 Selbständigkeit 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 8 von 100 Erwachsenen die Stufe P5 zugeordnet. Nachteil dieser Berechnungsweise wäre, dass die besonderen Härten und Versorgungsanforderungen, die sich aus den genannten Bedarfskonstellationen ergeben, zum Teil nicht berücksichtigt würden.

Eine weitere Alternative bestünde darin, dass eine besondere Bedarfskonstellation grundsätzlich die Zuordnung der nächst höheren 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 8 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 Sondenernährung wird in Abhängigkeit vom Anteil der Sondenernährung an der Nahrungsaufnahme der Wert 0 (nur gelegentlich bzw. nicht täglich 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 Selbständigkeit feststellbar (was allerdings nur äußerst selten vorkommt), wird keiner dieser Punktwerte berücksichtigt. Analoges gilt für parenterale Ernährung. Hier wird allerdings nur differenziert zwischen „komplett“ (12 Punkte) und „teilweise“ (5 Punkte).

Modul 5 *Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*: Die Berechnung weicht hier stark ab von den anderen Modulen 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 ab von den anderen Modulen 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 & psych. Problemlagen	0	1-2	3-4	5-6	>6
4. Selbstversorgung	0	1-9	10-24	25-39	>39
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anf. ...	0	1	2-3	4-5	6-12
6. Gestaltung des Alltagslebens & 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

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

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 Rehabilitationsbedarfs<sup>32</sup> 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 zurück geblieben. 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.

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<sup>33</sup>. 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 Assessmentinstrumente zum Teil 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 gleich käme, fand sich hingegen an keiner Stelle. Auch die Beratungen mit Partnern aus Japan und England erbrachten keinerlei Hinweise in diese Richtung. In Japan bei-

---

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

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

spielsweise 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 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 selbständige 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 Krankheitsverlauf, 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 vor allem das angeführ-

te 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.

Assessmentverfahren 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<sup>34</sup>. Dementsprechend stellte sich im Rahmen des Projektes die Aufgabe, eine Vorgehensweise zu entwickeln, durch die der Gutachter bei der Abklärung der Frage nach dem Bedarf möglichst effektiv unterstützt werden kann.

#### *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 Beein-

---

<sup>34</sup> In einer Übersicht differenzieren Biefang et al. (1999) die folgenden Instrumententypen: a) übergreifende Instrumente zur Beurteilung des Gesundheitszustandes 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 Gesundheitszustandes und intervenierender Merkmale (Instrumente, die sich auf bestimmte Organsysteme oder Funktionen beziehen), c) pädiatrische Assessmentverfahren, d) geriatrische Assessmentverfahren und e) Verfahren für die sozialmedizinische Begutachtung.



trüchtigungen der Selbständigkeit 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:

- 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)
- 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 letzten 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 Selbständigkeit wieder erlangt 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 oben genannten Modulen mit geprüft wird. Im Hinblick auf Rehabilitationsbedarf sind Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3)

und Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (Modul 6) in aller Regel eng mit Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten (Modul 2) verknüpft, so dass 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)<sup>35</sup>,
- problematische Verhaltensweisen (Modul 3)<sup>36</sup>,
- 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, welches 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 erforderlich 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.

---

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

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

- 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.
- Vor allem 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 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 von Rehabilitationspotenzial nicht näher.

Wird die Einleitung von Rehabilitationsleistungen empfohlen, soll der Gutachter auch angeben, ob eine ambulante oder stationäre, eine geriatrische oder eine indikationsspezifische 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 bewogen 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<sup>37</sup>. 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 Selbst-

---

<sup>37</sup> 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.

ständigkeit bestehen (in den Modulen 1, 2, 4 und 5). Wird dies bejaht, so ist dies als ein erster Hinweis auf 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 wurden 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. 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.

<b>Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit (n=100)</b>	
Beeinträchtigung kognitiver/kommunikativer Fähigkeiten (Modul 2)	36
Andauernde geringe körperliche Belastbarkeit	35
Fehlende Motivation	15
Problematische Verhaltensweisen (Modul 3)	4
Andere Gründe	7

Fasst man beide Einschätzungen zusammen, so erhält man einen ersten Hinweis auf die Personengruppe, bei der Rehabilitationsbedarf vorliegen könnte: Mit gewisser 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 zutrifft.

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 abgeschlossene Rehabilitation solle abgewartet werden (vier Fälle).
- 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:

<b>Sonstige Empfehlungen der Gutachter zur Verbesserung der Versorgungssituation (n=100; Mehrfachangaben)</b>	
Einzelne Heilmittel	16
Hilfsmittelversorgung	7
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	5
Verbesserung der Pflegesituation	7
Insgesamt	26

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 Selbständigkeit 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 zurecht 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 liegt, 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. Es kommt hinzu, 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 Falle der Erwachsenenbegutachtung. Auch hier scheint das mit dem neuen Begutachtungsassessments 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 lag mit einem Anteil von 20% deutlich höher 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 Stellenwertes 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 arbeiten und der Fra-

ge 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<sup>38</sup>. 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 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 Risi-

---

<sup>38</sup> 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.



ken, 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 zur Erkennung 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 Einschätzungsinstruments<sup>39</sup>, 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: 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.

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 (DNQP 2006). Auch diese Sachverhalte werden mit dem Begutachtungsverfahren an verschiedenen Stellen erfasst.

Für die Einschätzung des Risikos der Dehydratation und der Mangelernährung ist 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, 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 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

---

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

auch durch die Interaktion verschiedener Medikamente zu Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand kommen.

Der letzte 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 Krampfneigung 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 Pflegeaufwandes 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 Pflegeaufwandes (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 Selbständigkeit in zentralen Lebensbereichen. Damit stellt sich die Frage, nach welchen Maßstäben zukünftig Rentenansprüche der Pflegepersonen ermittelt werden könnten. Auch die oben angegebenen zeitlichen Abstufungen stünden zur Diskussion, da bei der Berechnung des versicherungsrelevanten Pflegeaufwandes 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 krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, personelle Hilfe bei der Alltagsgestaltung, die Beaufsichtigung zur Abwendung von Risiken und Gefahren und 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<sup>40</sup>. 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 Rentenbeitrages berechnen beziehungsweise 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 vor allem im Zusammenhang mit dem Erfordernis der sog. 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 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 Begutachtungsmニュアル

Das Begutachtungsmニュアル 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.

---

<sup>40</sup> Dabei ist es methodisch unerheblich bzw. eine Sache der politischen Entscheidung, ob zukünftig die aktuell geltenden oder andere Stundengrenzen festgelegt werden.

Das Manual umfasst zunächst allgemeine Ausführungen zu den Verfahrensschritten während der Begutachtung und zum Aufbau des Instrumentes. 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 Instrumentes. Hier wird auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, sich von der derzeitigen Bemessung von Zeiten zu lösen.

Das Kapitel „Beurteilung von Selbständigkeit“ dient der Erläuterung der Bewertungsskalen 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 Selbständigkeit 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

selbständig 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 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 Selbständigkeit 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 Instrumentes bei Kindern finden sich gesonderte Hinweise. Die Definitionen der meisten Items gilt gleichermaßen für Erwachsene und Kinder. Bei wenigen Items sind die Definitionen für Kinder angepasst worden. Häufiger werden dem Gutachter Hinweise gegeben, wie er die Selbständigkeit bzw. Fähigkeit eines Kindes anhand von altersgerechten Alltagshandlungen ableiten kann.

An verschiedenen Stellen des Begutachtungsinstrumentes wird der Gutachter angeleitet, Entwicklungstendenzen aufzuzeigen, Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und konkrete 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 Erläuterungen, Hinweise auf vertiefende Fragestellungen sowie weitergehende Informations- und Einschätzungserfordernisse.

Zur Erhebung der über das Begutachtungsinstrument hinaus gehenden Informationserfordernisse werden Hinweise auf verfügbare Materialien gegeben, die berücksichtigt und hinzugezogen werden sollten, um ein umfassenderes Bild über die betroffene 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 Anforderun-

gen 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 (§ 53 a 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, welches anhand des Begutachtungsformulars durchgeführt wird. Dabei ergeben sich Möglichkeiten sowohl für Plausibilitäts- als auch formal inhaltliche Prüfungen, die nachfolgend konkretisiert werden. In der Zukunft bietet sich bei Vorliegen einer EDV-gestützten Fassung 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 einheitliches 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 Begutachtungsinstrumentes 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 Einschrän-

kungen bei Items im Modul 4 (Selbstversorgung) und vor allem im Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte). Dieser Sachverhalt kann sowohl für eine inhaltliche Analyse als auch 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 stehen Zusammenhänge zu erwarten zwischen Selbständigkeit in der Mobilität (Modul 1) und Selbständigkeit in der Selbstversorgung (Modul 4) und der außerhäuslichen Mobilität (Modul 7). Wie bereits an anderer Stelle erläutert steht 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 Selbständigkeit 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 Prüfkonzeption 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 (Transpa-



renz, Kompetenz, Nachvollziehbarkeit) erfolgt mittels weiterer Prüfitems, die dem neuen Verfahren angepasst werden müssten.

Dazu werden 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 Selbständigkeitseinbußen 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. Es kristallisierte sich im Verlauf der Entwicklungsarbeiten 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 Begutachtungsmニュアル 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 Kindern besteht demnach in der Bewertung der Einschätzungsergebnisse. Da das Ergebnis der Einschätzung bei Kindern nicht den Grad der Selbständigkeit beschreibt, sondern dessen *Abweichung* von der Selbständigkeit 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 Literaturanalyse<sup>41</sup>, das Alter bestimmt, ab dem die entsprechende Fähigkeit ausgebildet bzw. Selbständigkeit gegeben ist. Im Verlauf der Entwicklung durchlaufen Kinder bei den einzelnen Aktivitäten verschiedene Stufen der Abhängigkeit: Sie sind zunächst bei allen Aktivitäten altersgemäß „unselbständig“. Allmählich beginnen sie, sich an einer Aktivität zu beteiligen, sie benötigen zunächst jedoch noch viel Hilfe, sind also „überwiegend unselbständig“. Im weiteren Verlauf erlernen sie zunehmend die Aktivität und kommen mit wenig Hilfe aus, so dass sie „überwiegend selbständig“ und schließlich gänzlich „selbständig“ werden. Es ist für jedes Einzelkriterium des Erhebungsbogens festgelegt, in welchem Alter diese Stufen der Selbständigkeit erreicht werden.

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 Selbständigkeit im Vergleich zur alterstypischen Abhängigkeit. Dieses Vorgehen soll am Beispiel von Modul 1 „Mobilität“ erläutert werden<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> 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 Selbständigkeit bei einer Aktivität beherrschen.

<sup>42</sup> Die im Folgenden verwendeten Angaben zu den Entwicklungsschritten bei Aktivitäten wurden vor allem 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, WHO 2006.

### *Merkmal 1 „Positionswechsel im Bett“*

Analog zum Positionswechsel im Bett beim Erwachsenen ist bei Kindern die Fähigkeit zum selbständigen 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 unselbständig betrachtet werden. Am Ende des ersten Monats kann ein Säugling seinen Kopf in Bauchlage kurzzeitig von der Unterlage abheben (überwiegend unselbständig, 1. Altersgrenze). Mit 3 Monaten ist sicheres Kopfheben in Bauchlage mit Abstützen auf die Unterarme möglich (2. Altersgrenze), bis unter 9 Monaten ist es jedoch nicht in der Lage, sich selbständig vom Bauch- in die Rückenlage und umgekehrt zu drehen (überwiegend selbständig, 3. Altersgrenze). Mit 9 Monaten beherrscht ein Kind diese Drehung (selbständig, 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 zur kontinuierlichen Aufrechthaltung 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 9 Monate).

Da erst mit 6 Monaten eine hinreichende Stabilität der Kopfkontrolle erreicht wird, gilt ein Kind bis zu diesem Zeitpunkt als altersbedingt unselbständig bei diesem Item. Mit 6 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 unselbständig). Mit 8 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 selbständig). Mit 9 Monaten kann ein Kind sich ohne Hilfe aufsetzen und sitzt mit stabiler Kopf- und Rumpfkontrolle (selbständig).

### *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 8 Monaten noch nicht sitzen kann, kann es bis dahin als unselbständig in diesem Item betrachtet werden. Mit 8 Monaten kann ein Kind sitzen und stützt sich dabei zur Seite und nach vorne ab (überwiegend unselbständig). Mit 9 Monaten kann ein Kind sich ohne Hilfe aufsetzen und mit stabiler Rumpf- und Kopfkontrolle sitzen (überwiegend selbständig). Mit 11 Monaten zieht ein Kind sich alleine hoch zum Stehen und steht mit Festhalten (selbständig).

### *Merkmal 4 „Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs“*

Hier ist die Entwicklung zum selbständigen 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 12 Monaten erste Laufreaktionen und kann bis dahin als unselbständig betrachtet werden. Mit 12 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 unselbständig). Mit 13 Monaten kann ein Kind sich krabbelnderweise durch die Wohnung bewegen (überwiegend selbständig). Mit 18 Monaten beherrscht ein Kind das freie Laufen (selbständig).

#### *Merkmale 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 zumeist erst mit 15 Monaten erste Versuche zum Überwinden von Stufen. Bis dahin sind sie als altersbedingt unselbständig anzusehen. Mit 15 Monaten kann ein Kind eine niedrige Stufe oder Schwelle überwinden, z.B. kriechend oder mit Festhalten (überwiegend unselbständig). Mit 18 Monaten kann ein Kind auf Händen und Knien eine Treppe *hinaufklettern* (überwiegend selbständig). Mit 2 ½ Jahren kann ein Kind eine Treppe motorisch sicher allein und aufrecht mit Festhalten am Geländer sowohl *hinauf-* als auch *hinuntergehen* (selbständig).

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 6 Jahren vollzogen sind. Die höchste Altersgrenze, die in einem Item festgelegt wurde, liegt bei 11 Jahren. Damit ist keinesfalls gesagt, dass mit 11 Jahren die kindliche Entwicklung vollständig abgeschlossen ist. Allerdings bedeutet diese Aussage, dass für die Items innerhalb des neuen Begutachtungsinstruments ab dem Alter von 11 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 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 indi-

viduellen 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 12 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, muss ansonsten komplett gelagert, gehoben und getragen werden. Es ist beim Positionswechsel im Bett daher „überwiegend unselbständig“ und bei allen anderen Items „unselbständig“. Dies würde bei einem Erwachsenen mit 14 von maximal 15 erreichbaren Punkten bewertet.

Altersgemäß müsste das Kind schon in der Lage sein, den Positionswechsel im Bett, das Halten der Sitzposition und das Aufstehen aus sitzender Position „selbständig“ zu bewerkstelligen. Bei den Items „Stabile Sitzposition halten“ und „Aufstehen aus sitzender Position“ wird die Unselbständigkeit wie beim Erwachsenen mit je 3 Punkten bewertet. Beim Positionswechsel im Bett kann das Kind schon geringfügig mithelfen, mit überwiegender Unselbständigkeit weicht sein Selbständigkeitsgrad um 2 Stufen vom altersüblichen Maß ab, es werden 2 Punkte gewertet. Bei der Fortbewegung innerhalb des Wohnbereiches wäre „überwiegende Unselbständigkeit“ altersgemäß; da dieses Kind aber „unselbständig“ ist, weicht sein Abhängigkeitsgrad nur um eine Stufe vom altersgemäßen Level ab, es erhält bei diesem Item 1 Punkt. Beim Treppensteigen sind alle Kinder unter 15 Monaten unselbständig, hier gibt es keine Abweichung in der Selbständigkeit und demnach keinen Punkt. Insgesamt erhält dieses Kind 9 Punkte, womit auf der fünfstufigen Bewertung der Mobilität das Ergebnis „schwerwiegende Beeinträchtigung“ vorläge.

So kompliziert die Ermittlung des Punktwertes erscheint, so einfach ist die Verwendung des Instruments für den Gutachter. Denn dieser hat hier lediglich seine Beobachtungen und sonstige Feststellungen zur Beeinträchtigung von Selbständigkeit 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 vor allem, zu welchem Ergebnis die Kinderbegutachtung gekommen ist. Die Verteilung auf die neuen Pflegestufen stellt sich für die 41 begutachteten Kinder folgendermaßen dar:

<b>Pretest-Ergebnisse für die Kinderbegutachtung (n=41; Prozentangaben)</b>	
Unbeeinträchtigt	-
Stufe P1: Geringe Beeinträchtigung	12,2
Stufe P2: Erhebliche Beeinträchtigung	48,8
Stufe P3: Schwere Beeinträchtigung	26,8
Stufe P4: Schwerste Beeinträchtigung	12,2

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 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:

<b>„Neue“ und alte Pflegestufen nach dem SGB XI (n=41; Fallzahlen)</b>					
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

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 Selbständigkeit 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 12 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, so dass sich das Verhältnis zwischen alters- und krankheitsbedingter Abhängigkeit von Personenhilfe innerhalb weniger Wochen verschieben kann. Es wird abzuwägen sein, ob man die daraus resultierenden Un-

schärfen 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

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 Selbständigkeit und die Abhängigkeit von personeller Hilfe) abzubilden und ob weitere Aktivitäten und Lebensbereiche fehlen,
- 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: Frau Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke), Herr 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), Herr Franz Wagner (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) und Herr 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 Selbständigkeit 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 Selbständigkeit 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 in 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 Selbständigkeit 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 Pretestphase 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 Selbständigkeit 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 auf Seiten 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 insgesamt 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 Zeitaufwandes erscheint eine Begutachtung innerhalb von 60 Minuten möglich zu sein. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es sich bei dem 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 60minütigen Begutachtung können vor allem 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 auf die für die Begutachtung notwendige Zeit entstehen, wenn auch noch die Einschätzung des Präventionsbedarfs hinzu kommt, 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 integriert. 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 pflegfachlichen 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 Option 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, bietet 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 weit reichend 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 dahinter stehende Versorgungsproblematik zu reagieren. Ein direkter Vergleich der für das Vorliegen dieses erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs definierten Schädigungen und Fähigkeitsstörungen mit dem neuen Begutachtungsassessment (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 wie auch derjenigen mit Hilfebedarf handelt es sich in erster Linie um die *Ermittlung* einer bestehenden Bedarfslage. Eine Versorgungslücke schließt sich dadurch nur insofern, als dass 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 welche 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 Selbständigkeit 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 Vorrichtungen 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 unter anderem 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 im Wesentlichen durch die Bewertungssystematik vom Verfahren der Erwachsenenbegutachtung. 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 Selbständigkeit als normal im Rahmen der kindlichen Entwicklung anzusehen sind und welche nicht. Die Gutachter sind entsprechend gehalten, nur die Selbständigkeit oder Unselbständigkeit der Kinder einzuschätzen. Durch die Bewertungssystematik ist vorgegeben, ob die Einschätzung als altersgemäße Beeinträchtigung der Selbständigkeit 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.

Auf der konzeptionellen Ebene stellt die modulare Struktur die Umsetzung der im IPW-Gutachten ausgeführten ‚Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs‘ dar, die sich auf die selbständige Durchführung von Aktivitäten und die selbständige 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 vor allem 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 Leistungsbechtigten 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, um diese Fragmentierung im Sinne einer Nutzerorientierung zu überwinden und ein Leistungspaket zu schnüren, welches 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, um was 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 BehindertenhilfegGmbH für Menschen mit geistiger Behinderung (Schröder/Wunder 2006)
- die Individuelle Hilfeplanung der Behindertenhilfe Hamburg gGmbH (BHH 2007)
- Leitfaden für die individuelle Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen in der ambulanten Betreuung der Fachstelle für Eingliederungshilfe im Landkreis Osnabrück (2005)
- Hilfeplan des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL 2003)
- der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) (Aktion Psychisch Kranke 2005)
- Individuelles Hilfeverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland (Rheinisches Sozialamt 2005)
- Individuelle Hilfeplanung Rheinland-Pfalz (MASGFF Rheinland-Pfalz 2005).

Diese Verfahren finden trotz ihrer unterschiedlichen Ausrichtung als Assessmentinstrumente 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 gemeinsame 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 Selbständigkeit erfasst, von der ausgehend eine Hilfe-, Pflege- oder Versorgungsplanung durchgeführt werden kann. Es enthält noch keine Aussagen über den 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 im 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 Selbständigkeit 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, vor allem 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 Zugangskriterien 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, dass 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 Bihl 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 Vorliegen 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 Diseases (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 der 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, innerhalb 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 sicher zu stellen (G-BA 2007a). Die Selbständigkeit bzw. die Abhängigkeit von personeller Hilfe bei der Durchführung von krankheitsbezogenen Maßnahmen ist teilweise Gegenstand der Erhebung des Moduls 5. Allerdings gehen die inhaltlichen Überlegungen im Modul 5 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.

Im § 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, so dass 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 den Leistungen in § 61 SGB XII. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XII geht insofern über den des SGB XI hinaus, als das 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 weiter reichenden 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 dargelegt, 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 auch deshalb, weil damit auch in der Leistungserbringung und der Gestaltung von Pflegesituationen und -beziehungen der starke Verrichtungsbezug überwunden werden könnte und die entsprechenden Angebote zielgenauer auf die individuellen Bedarfslagen zugeschnitten werden könnten.

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 gelangt werden könnte.

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

- das Verhältnis von Antragstellern zu als pflegebedürftig eingestuftem 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 eingestuftem 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 zukünftigen 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 zukünftige demografische Entwicklung ebenso zu berücksichtigen wie über die zukünftige Pflegewahrscheinlichkeit.

### **8. Welche Möglichkeiten und Grenzen zur Ermittlung des Umfangs an 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 wird, 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 Zeitaufwandes 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 realistisch in einer sechs- bis achtstündigen Fortbildungsveranstaltung bestehen. Für die erfahrenen Gutachter wird dabei vor allem die neue Philosophie des Verfahrens, d.h. die Abkehr vom Zeit- und Verrichtungsbezug und die Hinwendung zu Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 grundlegenden 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, so dass 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 scheint es offensichtlich gelungen zu sein, 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 Ergebnisdarstellung 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 Begutachtungsinstrument angelegt. Die Antragsteller werden zum einen danach gefragt, welches aus ihrer Sicht das schwerwiegendste Problem ihrer individuellen Situation darstellt 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 in 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 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 den Umfang und die Verwendung der erhobenen Daten wird durch einen insgesamt transparenten Begutachtungsprozess sichergestellt. Dazu gehören 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. Pfl egetagebücher zur Vorbereitung auf die Begutachtung sind ausgerichtet auf die Erfassung notwendiger Zeiten. Auch sämtliche andere 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 hohe 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
- 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. Vor allem 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, die 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.

## Literaturverzeichnis

- 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): Need-driven 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](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
- Bihr, D./Fuchs, H./Krauskopf, D./Ritz, H.-G. (Hg.) (2006): SGB IX. Kommentar und Praxishandbuch. 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: Intermation 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](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-Haeusliche-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](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 Verlagkontor
- 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/](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\\_Teilhabplanung.asp](http://www.masfg.rlp.de/Soziales/Individuelle_Teilhabplanung.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](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.): *Pflege-theorien. 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