

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

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

– Ergänzte und korrigierte Fassung vom 25. März 2008 –

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

Projektleitung:

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Dr. K. Wingefeld
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

Dieser Anlagenband enthält neben dem neuen Begutachtungsassessment weitere Materialien, die im Rahmen der Hauptphase 1 des Projekts „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ erarbeitet wurden.

Zur besseren Übersicht wird das neue Begutachtungsassessment getrennt vom kompletten neuen Begutachtungsformular dargestellt. Der Anlagenband ist dementsprechend in folgende Abschnitte unterteilt:

A. Neues Begutachtungsformular (ohne Assessment)

B. Neues Begutachtungsassessment (Version 1.0)

C. Begutachtungsmanual (Version 1.0)

D. Schulungskonzept für die Gutachter in der Erprobungsphase

E. Literaturanalyse zur altersgemäßen kindlichen Entwicklung

F. Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

A. Neues Begutachtungsformular

Das hier vorgestellte Begutachtungsformular ist als ein Entwurf zu verstehen, wie in Zukunft ein entsprechendes Formular nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens aussehen könnte. Aus diesem Grund ist es ausdrücklich als Rahmen zu verstehen, der weiterentwickelt werden sollte. In geringem Umfang kann eine erste Erprobung im Rahmen der Reliabilitätsstudie der Hauptphase 2 erfolgen, in der die Gutachter nur auf der Grundlage des neuen Verfahrens eine Einschätzung vornehmen.

Es empfiehlt sich, auf der Grundlage dieses Entwurfs perspektivisch an einer EDV-gestützten Version dieses Begutachtungsformulars zu arbeiten. Dadurch ließen sich die im derzeitigen Entwurf notwendigen Freitextangaben deutlich reduzieren. Darüber hinaus wird die Umsetzung des neuen Assessments zur Ermittlung einer Pflegestufe ohnehin eine elektronische Lösung erfordern.

Das vollständige Begutachtungsformular enthält sieben voneinander abgrenzbare Bereiche, über die sämtliche im Rahmen einer Begutachtung benötigten Informationen erhoben werden können:

- Angaben zur Person und Begutachtungssituation
- Anamnese
- Wohn- und Lebenssituation
- Versorgungssituation
- Befunderhebung zu Schädigungen und Beeinträchtigungen
- Erhebungsbogen des neuen Begutachtungsassessments zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit
- Ergebnisse und Empfehlungen.

Die beiden zuletzt genannten Bereiche werden gesondert im Abschnitt B ausgewiesen. Es handelt sich dabei um das Assessmentinstrument, auf das sich der Abschlussbericht zur Hauptphase des Projektes bezieht.

1. Angaben zur Person und Begutachtungssituation

Name, Vorname:	Geschlecht:
Wohnort: Straße:	Geburtsdatum:
Wohnort: PLZ/Ort:	Telefon:
Pflegekasse:	
Behandelnder Arzt:	
Datum und Zeit der Begutachtung:	Gutachter:
Ort der Begutachtung: <input type="checkbox"/> Privatwohnung <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus	Untersuchung durch: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft mit abgeschl. Pflegestudium
Antrag auf: <input type="checkbox"/> Ambulante Leistungen <input type="checkbox"/> Stationäre Leistungen <input type="checkbox"/> Stationäre Leistungen nach §43a SGB XI	Anlass der Begutachtung: <input type="checkbox"/> Erstgutachten <input type="checkbox"/> Wiederholungsgutachten <input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag <input type="checkbox"/> Widerspruchsgutachten
Bisherige Pflegestufe: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III <input type="checkbox"/> Härtefall	Angaben von: <input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Pflegeperson/en: <input type="checkbox"/> Angehörige/r: <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in einer Pflegeeinrichtung: <input type="checkbox"/> Sonstige:
Vorliegende Unterlagen: <input type="checkbox"/> Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation <input type="checkbox"/> Bericht aus dem Krankenhaus/einer Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> Arztbericht <input type="checkbox"/> Sonstige	

2. Anamnese

Aus der Sicht des Antragstellers: Was ist das derzeit schwerwiegendste Problem?

Was müsste als erstes angegangen/verändert werden?

Bestehen aktuelle Erkrankungen und Beschwerden?

- Ja, welche:
 Nein

Sind Vorerkrankungen bekannt?

- Ja, welche:
 Nein

Hat es Verletzungen mit Auswirkung auf körperliche Funktionen gegeben?

- Ja, welche:
 Nein

Hat in den letzten 12 Monaten eine ärztliche und/oder stationäre Behandlung stattgefunden?

- Ja, welche:
 Nein

Hat in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme stattgefunden? Falls ja, welche und mit welchem Erfolg?

- ambulante indikationsspezifische Rehabilitation
 stationäre indikationsspezifische Rehabilitation
 ambulante geriatrische Rehabilitation
 stationäre geriatrische Rehabilitation

Bestehen Allergien?

- Ja, welche:
 Nein

Wie wird die eigene körperliche Situation eingeschätzt? (Freitext)

Wie wird die eigene psychische Situation eingeschätzt? (Freitext)

Gibt es eine familiäre gesundheitliche Vorbelastung?

- Ja, welche:
 Nein

Gibt es biografisch relevante Aspekte für die derzeitige Situation? (Freitext)**Gibt es relevante Aspekte aus der Sozialanamnese?**

- Ja, welche:
 Nein

Bei Kleinkindern:

- Schwangerschaft: unauffällig – auffällig
 Geburt: unauffällig – auffällig
 APGAR:
 Geburtsgewicht:
 Geburtsgröße:

Bei Kindern:

- Das Kind wurde erstmals auffällig:
 Weitere Besonderheiten:

Vegetative Anamnese Verdauungsorgane/Stoffwechsel/Nieren und ableitende Harnwege**Harn- und Stuhlkontinenz sind erhalten:**

- Ja
 Nein, es besteht eine:

Obstipation:

- Ja
 Nein

Appetit:

- Gut
 reduziert

Gewichtsabnahme in den letzten 3 Monaten:

- Ja, _____ kg
 Nein

3. Wohn- und Lebenssituation

Haushaltsgröße: <input type="checkbox"/> Antragsteller lebt allein <input type="checkbox"/> Antragsteller lebt mit:	Wohnform (Haus/Wohnung; Etage)
Merkmale der Wohnausstattung: <input type="checkbox"/> Barrierefreie Zugangswege für das Verlassen und Aufsuchen der Wohnung <input type="checkbox"/> Einschränkungen der Mobilität innerhalb der Wohnung/des Hauses durch: <input type="checkbox"/> Badezimmerausstattung (Badewanne, Dusche, ebenerdiger Zugang): <input type="checkbox"/> Möglichkeiten, über Telefon oder Notrufsysteme Hilfe zu rufen <input type="checkbox"/> weitere Merkmale/Besonderheiten	
Hinweise auf Probleme in der häuslichen Umgebung (z.B. Umgang mit Gas und Elektrizität, Heizung, Beleuchtung, Belüftung, Anzeichen von Vernachlässigung und/oder Verwahrlosung)	

Stationäre Einrichtung
<input type="checkbox"/> Der/die Antragsteller/in wohnt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> besondere Merkmale der Wohnsituation (welche?):

Einrichtung der Behindertenhilfe
<input type="checkbox"/> Der/die Antragsteller/in wohnt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe <input type="checkbox"/> Der/die Antragsteller/in wohnt teilweise zuhause und zwar (Umfang): <input type="checkbox"/> Der/die Antragsteller/in besucht tagsüber die Behindertenwerkstatt/Schule <input type="checkbox"/> weitere Merkmale/Besonderheiten (welche?)

4. Versorgungssituation

Sind in den letzten sechs Monaten nahestehende Angehörige verstorben?

- Ja (ggf.: wer):
 Nein

Kam es in der letzten Zeit zum Verlust der Unterstützung durch Angehörige oder andere Bezugspersonen (z.B. bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieser Personen)?

- Ja (in welcher Form):
 Nein

Ärztliche und medikamentöse Versorgung:

- Regelmäßige Arztkontakte
 Medikamente (welche?)

Werden Versorgungsleistungen in Anspruch genommen? (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, regelmäßige Untersuchungen bei bestehender Krankheit) Welche?

Verordnungsfähige Heilmittel und -therapien:

- Krankengymnastik
 Ergotherapie
 Logopädie
 Sonstiges:

Hilfsmittel und Hilfsmittelnutzung:

- Pflegebett
 Hilfsmittel zur Erleichterung/Unterstützung der Lagerung im Bett (welche):
 Hilfsmittel zur Unterstützung der Ausscheidung (welche):
 Hilfsmittel zur Unterstützung der Körperpflege (welche):
 Hilfsmittel zur Erleichterung/Unterstützung der Mobilität (welche):
 Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme (welche):
 Körpernahe Hilfsmittel (welche):
 Sonstige Hilfsmittel (welche):

Umfang der personellen Hilfe durch andere Personen (Häufigkeit täglich/wöchentlich):

- Pflege durch Angehörige/Bekannte
 Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen
 Pflege durch ambulante Pflegeeinrichtung
 Verordnete Leistungen
 Pflege durch teilstationäre oder stationäre Pflegeeinrichtung
 Verordnete Leistungen
 Nächtlicher Hilfebedarf

Hauptpflegeperson:

Name, Adresse, Telefon

Angehöriger (Ja/Nein):

Umfang der Pflegeleistung/Woche:

Weitere Pflegeperson(en):

Name, Adresse, Telefon

Angehöriger (Ja/Nein):

Umfang der Pflegeleistung/Woche:

Sind noch weitere Personen in die Pflegesituation involviert? (Wer?)

Sind minderjährige Personen in die alltäglichen Hilfe- und Pflegeleistungen involviert?
(Wer?)

Äußert der/die pflegende Angehörige den Wunsch nach Entlastung? (In welcher Form?)

Besteht ein Beratungsbedarf der pflegenden Angehörigen? (zu welchem Thema?)

In die Versorgung einbezogene Pflegedienste oder -einrichtungen:

Name

Adresse

Telefon

5. Befunderhebung zu Schädigungen und Beeinträchtigungen

Größe:	Gewicht:
Allgemeinzustand: <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Reduziert	Ernährungszustand: <input type="checkbox"/> Regelgerecht <input type="checkbox"/> Übergewichtig <input type="checkbox"/> Adipös <input type="checkbox"/> Reduziert <input type="checkbox"/> Kachektisch
Pflegezustand: <input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig aufgrund von:	
Verbale Kommunikation mit dem Antragsteller ist: <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Nicht möglich <input type="checkbox"/> Zu einfachen Sachverhalten möglich	Der Antragsteller kann die Begutachtungssituation: <input type="checkbox"/> Vollständig einordnen und adäquat antworten <input type="checkbox"/> Teilweise einordnen und auf einfache Fragen antworten <input type="checkbox"/> Nicht einordnen und nicht adäquat antworten

Stütz- und Bewegungsapparat
Obere Extremitäten: <input type="checkbox"/> Keine Beeinträchtigungen <input type="checkbox"/> Keine Bewegung nach Aufforderung <input type="checkbox"/> Parese (Schlaff/spastisch) <input type="checkbox"/> Spastische Handstellung <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen der Fingergelenke <input type="checkbox"/> Amputation:
Mobilitätseinschränkungen im Bereich: <input type="checkbox"/> Schultergelenk <input type="checkbox"/> Ellbogengelenk <input type="checkbox"/> Handgelenk <input type="checkbox"/> Fingergelenke
Hantieren ist möglich: <input type="checkbox"/> bis zum Hinterkopf <input type="checkbox"/> bis zur Stirn <input type="checkbox"/> bis zu den Ohren
<input type="checkbox"/> Freie Beweglichkeit der Hände
<input type="checkbox"/> Pinzettengriff durchführbar
Händedruck <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Faustschluss <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Störungen der Feinmotorik

- beidseits
- rechts
- links

Sonstige Einschränkungen:

Untere Extremitäten:

- Keine Beeinträchtigungen
- Keine Bewegung nach Aufforderung
- Parese (Schlaff/spastisch)
- Amputation:

Mobilitätseinschränkungen im Bereich:

- Hüftgelenk
- Kniegelenk
- Sprunggelenk

- Gehunfähigkeit
- Stehunfähigkeit

Auffälligkeiten im Gangbild

Wirbelsäule

Rundrücken

Hantieren ist möglich:

- Im Sitzen/im Stehen
- Bis zu den Knien
- Bis zur Mitte der Oberschenkel
- Bis zu den Sprunggelenken
- Bis zum Boden

Rotationseinschränkung im Bereich der Halswirbelsäule

Sonstige Einschränkungen

Innere Organe**Atmungsorgan/Herz/Kreislauf/Gefäßsystem**

- Atemnot
- Zyanose (Lippen oder Akren)
- RR: _____
- Puls
- Herzschrittmacher
- Ödematöse Schwellungen (Lokalisation)
- Varikosis

Hautveränderungen

- Hautzustand (trocken, feucht, schuppig)
- Intertrigo (Lokalisation)
- Pergamenthaut
- Hautschädigungen im Sinne von Dekubitalulzerationen (Lokalisation und Größe)
- Hautschädigungen am Unterschenkel
- Hautkolorit
- Kratzspuren
- Hämatome
- Sonstiges

Sinnesorgane**Augen:**

- Bei Prüfung des Sehvermögens keine Reaktion
 - Blindheit
 - Lesen (Benutzung von Brille und Lupe)
- Die Person kann:
- Finger zählen
 - Konturen erkennen
 - Farben sehen
 - Hell und dunkel unterscheiden
 - Innerhalb der Wohnung ausreichend sehen

Ohren:

- Keine Reaktion auf Ansprache oder Geräusche
- Laute Sprache wird verstanden/nicht verstanden
- Schwerhörigkeit (leicht, mittel, ausgeprägt)
- Mit Hörgerät kompensiert
- Gehörlosigkeit

Nervensystem**Schädigungen des Nervensystems**

- Gleichgewichtsstörungen mit Sturzgefahr bzw. Stürzen in der Vergangenheit
- Sprachstörung:
- Stottern
 - Verwaschene Aussprache
 - Motorische Aphasie
 - Globale Aphasie
 - Wortfindungsstörungen
- Koordinierte Bewegung der Extremitäten
 - Tremor
 - Rigor
 - Akinese
 - Vermehrter Speichelfluss
 - Angabe von Gefühls- und Sensibilitätsstörungen im Bereich Taubheit
 - Angabe von chronischen Schmerzen
 - Sonstiges

Psyche**Stimmung**

- ausgeglichen/freundlich
- traurig/depressiv
- missgestimmt/dysphorisch

Örtliche Orientierung gegeben:

- im Wohnbereich
- in der Umgebung
- keine Orientierung

Zeitliche Orientierung (Antragsteller/in kennt):

- Wochentag
- Datum
- Jahreszeit
- Uhrzeit
- Tageszeit
- keine Orientierung

Orientierung zur Person (Antragsteller/in kennt): <input type="checkbox"/> Namen <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Geburtsdatum
Gedächtnis: <input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis (z.B. Erinnern der letzten Mahlzeit) <input type="checkbox"/> Langzeitgedächtnis (z.B. Schulbesuch oder Berufsausbildung)
Probleme in der Wahrnehmung:
Sonstiges:

Pflegebegründende Diagnosen:	
ICD:	Diagnose
ICD:	Diagnose
Weitere Diagnosen:	

B. Neues Begutachtungsassessment (Version 1.0)

A.1 Kann die Person tagsüber die meiste Zeit (mehr als 6 Std.) außerhalb des Bettes in aufrechter Körperhaltung verbringen (gehend, stehend oder sitzend)? Ja Nein

A.2 Schätzen Sie auf Grundlage der Befunderhebung und anderer Feststellungen ein, ob die Person über die körperlichen Fähigkeiten verfügt, folgende Handlungen durchzuführen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Knöpfe und Reißverschlüsse öffnen/schließen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Mit einem Löffel Nahrung (z.B. Joghurt) aufnehmen und zum Mund führen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Fester Händedruck (mindestens einseitig) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Nackengriff (mindestens einseitig) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

A.3 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme (Zeitaufwand mehr als zwei Stunden täglich)? Ja Nein

Wenn ja: Wie hoch liegt der tägliche, durchschnittliche Zeitaufwand? Std.

Grund für den hohen Aufwand:

A.4 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) wegen einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik (z.B. andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) wegen extremer motorischer Unruhe (persistierende motorische Unruhe, die dazu führt, dass Pflegehandlungen zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) wegen ausgeprägter Spastiken/Kontrakturen (mehrere Gelenke der Extremitäten, Pflegehandlungen sind zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) wegen häuslicher Intensivpflege mit Notwendigkeit permanenter Überwachung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) aus anderen Gründen? Bitte angeben: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

A.5 Besondere Bedarfs- und Versorgungskonstellationen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Komplexe palliative Schmerz-/Symptomproblematik bei stark begrenzter Lebenserwartung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Respiratorische Insuffizienz (Person ist beatmungspflichtig, intermittierend oder dauerhaft) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Wachkoma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Tetraplegie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung (Visus auf besserem Auge max. 1/50) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit (auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

A.6 Bewusstseinszustand

wach somnolent komatös

A.7 Erfordernis nächtlicher Unterstützung

nie oder max. 1x wöchentlich mehrmals wöchentlich täglich mehrmals täglich

A.8 Verschlucken bei der Nahrungsaufnahme mit Aspirationsgefahr

nie oder max. 1x wöchentlich mehrmals wöchentlich täglich mehrmals täglich

A.9 Auftreten von generalisierten Krampfanfällen

nie oder max. 1x wöchentlich mehrmals wöchentlich täglich mehrmals täglich

1. Mobilität

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.2 Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

1.6 Veränderungen der Mobilität innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung
 Verschlechterung
 keine Veränderung
 nicht zu beurteilen.

1.7 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
 ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
 ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. Anbringen von Griffen und Halterungen)
 ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
 ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
 ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die Fähigkeit ist:
 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt
 1 = größtenteils vorhanden
 2 = in geringem Maße vorhanden
 3 = nicht vorhanden

2.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.2 Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.3 Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.4 Gedächtnis	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.7 Sachverhalte und Informationen verstehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.8 Risiken und Gefahren erkennen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.10 Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.11 Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2.12 Veränderungen der Fähigkeiten innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung
 Verschlechterung
 keine Veränderung
 nicht zu beurteilen.

2.13 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
 ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
 ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. zur Erleichterung örtlicher Orientierung)
 ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
 ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
 ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.4	Beschädigung von Gegenständen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.6	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.7	Andere vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.10	Ängste	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3.13	Sonstige inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4. Selbstversorgung

B.1 Sondenernährung		<input type="checkbox"/> entfällt (keine Sondenernährung)
B.1a Die Person erhält		
<input type="checkbox"/> zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondenernährung, aber nur gelegentlich (nicht täglich)		
<input type="checkbox"/> 1 bis 3 x täglich Sondenernährung <u>und</u> täglich oral Nahrung		
<input type="checkbox"/> mindestens 4 x täglich Sondenernährung <u>und</u> täglich oral Nahrung (geringe Mengen)		
<input type="checkbox"/> ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondenernährung		
B.1b Art der Sondenernährung		B.1c Selbständigkeit
<input type="checkbox"/> Pumpe		<input type="checkbox"/> Bedienung selbständig
<input type="checkbox"/> Schwerkraft		<input type="checkbox"/> Bedienung mit Fremdhilfe
<input type="checkbox"/> Bolusgabe		

B.2 Parenterale Ernährung		<input type="checkbox"/> entfällt (keine parenterale Ernährung)
B.2a Art der parenteralen Ernährung		
<input type="checkbox"/> komplett		
<input type="checkbox"/> teilweise		
B.2b Selbständigkeit		
<input type="checkbox"/> Bedienung selbständig		
<input type="checkbox"/> Bedienung mit Fremdhilfe		

B.3 Blasenkontrolle/Harnkontinenz	
<input type="checkbox"/> entfällt (Dauerkatheter oder Urostoma)	
<input type="checkbox"/> ständig kontinent	
<input type="checkbox"/> überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz	
<input type="checkbox"/> überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent	
<input type="checkbox"/> komplett inkontinent	
B.4 Darmkontrolle/Stuhlkontinenz	
<input type="checkbox"/> entfällt (Colo-/Ileostoma)	
<input type="checkbox"/> ständig kontinent	
<input type="checkbox"/> überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent	
<input type="checkbox"/> überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung	
<input type="checkbox"/> komplett inkontinent	
B.5 Künstliche Harnableitung	
<input type="checkbox"/> entfällt (keine künstliche Harnableitung)	
<input type="checkbox"/> suprapubischer Dauerkatheter	
<input type="checkbox"/> transurethraler Dauerkatheter	
<input type="checkbox"/> Urostoma	
B.6 Colo-/Ileostoma	
<input type="checkbox"/> entfällt (nicht vorhanden)	
<input type="checkbox"/> ja	

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

4.1	Vorderen Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.3	Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.4	Duschen oder Baden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.5	Oberkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.6	Unterkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.8	Essen	<input type="checkbox"/> _{nur Sonde}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> _{nur Sonde}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma	<input type="checkbox"/> _{entfällt}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> _{entfällt}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4.13 Veränderungen der Fähigkeit zur Selbstversorgung innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung
 Verschlechterung
 keine Veränderung
 nicht zu beurteilen.

4.14 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
 ja, durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
 ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. Badezimmer)
 ja, durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
 ja, durch andere Maßnahmen, und zwar:
 ja, auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

	ent-fällt	selb-ständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)			Nur vorübergehend (< 6 Mon.)
			tgl.	wö.	mon.	
5.1 Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.2 Injektionen (s.c./i.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ, RR etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.9 Wundversorgung bei Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z.B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.13 Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch med./therap. Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5. K Besuch einer Einrichtung zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften, und zwar:

-
- entfällt/nicht erforderlich
 - selbständig
 - überwiegend selbständig (bei gelegentlicher Erinnerung/Anleitung)
 - überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung)
 - unselbständig (benötigt immer Anleitung)

5.17 Veränderungen im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen innerhalb der letzten Wochen/Monate (Mehrfachangaben möglich)

- Verbesserung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
- Verschlechterung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
- Zunahme der Anforderungen oder Belastungen
- keine Veränderung
- nicht zu beurteilen.

5.18 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung der Fähigkeit, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen zu bewältigen? (Mehrfachangaben möglich)

- nein
- ja, durch Information oder Beratung zur Verbesserung des *Wissens* um die bestehenden Erkrankungen und damit zusammenhängende Anforderungen (z.B. Krankheitssymptome und adäquate Reaktionen auf eine veränderte Symptomatik)
- ja, durch edukative Maßnahmen/Beratung zum *Umgang mit therapiebedingten Anforderungen* (z.B. Medikamenteneinnahme, Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften)
- ja, durch Anleitung bzw. Vermittlung von *Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln* und medizinischen Geräten.

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

6.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.2	Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.3	Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7. Außerhäusliche Aktivitäten

Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich

7.1 Verlassen der Wohnung/des Wohnbereichs

- selbständig (ohne Begleitung)
- überwiegend selbständig (mit Unterstützung, aber auch mit Eigenaktivität der Person)
- überwiegend/völlig unselbständig, Hilfe durch eine Person reicht jedoch aus
- überwiegend/völlig unselbständig, Hilfe durch zwei Personen erforderlich.

7.2 Fortbewegung außerhalb der Wohnung oder Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl)

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

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Nahverkehr)

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

7.4 Mitfahren in einem PKW/Taxi

- selbständig
- benötigt nur Hilfe beim Ein-/Aussteigen (Hilfsperson während der Fahrt ist nicht erforderlich)
- benötigt Hilfe (auch) während der Fahrt mit dem PKW/Taxi (zusätzlich zum Fahrer)
- nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig.

Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)

7.5 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

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

7.6 Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt, Tagespflegeeinrichtung

- Teilnahme selbständig möglich
- Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich
- Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht bzw. nicht erforderlich)

7.7 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

(Besuche, organisierte Freizeitaktivitäten, Selbsthilfegruppen, Vereine etc.)

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

8. Haushaltsführung

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

8.1	Einkaufen für den täglichen Bedarf	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.2	Zubereitung einfacher Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.3	Einfache (leichte) Aufräum- und Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.4	Aufwändige (schwere) Aufräum- und Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.5	Nutzung von Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.6	Regelung finanzieller Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8.7	Regelung von Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Präventionsbedarf

0 = Risiko besteht nicht bzw. ist noch nicht aufgetreten
 1 = Risiko besteht
 2 = Risiko besteht und erfordert umgehende Maßnahmen

C.1	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.2	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.3	Dehydrationsrisiko	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.4	Anzeichen für Mangelernährung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.5	Anzeichen für Alkohol-/Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.6	Probleme bei der Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C.7	Krankheitsbezogene Risiken bei:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation

D.1 Präventive Maßnahmen

- Keine Empfehlung
 Empfehlung einer vertiefenden Abklärung bestehender Risiken durch:

.....

- Einleitung von Maßnahmen aufgrund bestehender Risiken:

.....

D.2 Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit

- erhebliche Beeinträchtigung der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2)
 problematische Verhaltensweisen (Modul 3)
 dauerhaft geringe körperliche Belastbarkeit
 fehlende Motivation
 andere Faktoren, und zwar:
 keine wesentliche Einschränkung der Rehabilitationsfähigkeit feststellbar.

D.3 Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

- Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, und zwar:
- ambulante indikationsspezifische Rehabilitation
 - stationäre indikationsspezifische Rehabilitation
 - ambulante geriatrische Rehabilitation
 - stationäre geriatrische Rehabilitation
- Erläuterungen zur empfohlenen Maßnahme:

.....

- Weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit wird empfohlen. Begründung:

.....

.....

.....

- Einleitung von Maßnahmen wird nicht empfohlen. Begründung:
- keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar
 - Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ist ausreichend
 - Wirkung einer gerade abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme ist abzuwarten
 - andere Maßnahmen sind ausreichend (bitte unter D.4 – D.7 erläutern)
 - andere Gründe, und zwar:

.....

.....

D.4 Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung

- keine weitere Empfehlung
- Empfehlung zum Einsatz des folgenden Hilfsmittels:
.....
- Empfehlung zur Optimierung des Hilfsmiteleinsatzes durch:
.....
- Das Hilfsmittel dient:

D.5 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen im Wohnumfeld

- Keine Empfehlung
- Empfehlung von:

D.6 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation:

- Keine Empfehlung
- Empfehlung zu Art und Umfang der Pflegeleistungen:
.....
.....
- Empfehlung zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen:
.....
.....
- Empfehlung zu Maßnahmen zur Entlastung der Pflegeperson:
.....
.....

D.7 Sonstige Empfehlungen:

-
.....
.....

C. Begutachtungsmanual Version 1.0

Übersicht:

Einführung	2
Befunderhebung	3
Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Einschätzungsverfahren.....	4
Zur Beurteilung von Selbständigkeit	5
Erfassung besonderer Bedarfsaspekte	8
Erläuterungen zu den Modulen.....	10
1. Mobilität.....	10
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	13
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	21
4. Selbstversorgung	23
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.....	31
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	34
7. Außerhäusliche Aktivitäten.....	38
8. Haushaltsführung	40
Ergebnisse und Empfehlungen	45

Einführung

Dieses Begutachtungsmanual richtet sich in erster Linie an die Gutachter, die im Rahmen der Erprobungsstudie in der Hauptphase 2 das neue Begutachtungsverfahren anwenden sollen.

Ziel des Manuals ist es, im Rahmen der Erprobung bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten. Entsprechend werden die Verfahrensschritte der Begutachtung beschrieben und der Aufbau des Instrumentes erläutert. Die beurteilungsrelevanten Aktivitäten und Lebensbereiche in den einzelnen Modulen des Assessments werden definiert. Der Gutachter wird in den Umgang mit dem neuen Einschätzungsverfahren eingeführt und mit den Bewertungsskalen vertraut gemacht.

Die Durchführung des Hausbesuchs, die Informationssammlung und die Befunderhebung beim Antragsteller entsprechen weitgehend dem Vorgehen in der bisherigen Pflegebegutachtung. Die Erfassung erfolgt anhand eines Erhebungsbogens, der überwiegend vorstrukturierte Antwortoptionen vorgibt. Jede Frage erfordert eine Antwort überwiegend durch Ankreuzen. Möglichkeiten zu Mehrfachantworten sind gekennzeichnet. Bei der Informationssammlung und der Befunderhebung sind individuelle Beschreibungen als Freitext gefordert.

Das Begutachtungsformular enthält sieben voneinander abgrenzbare Bereiche, über die sämtliche im Rahmen einer Begutachtung benötigten Informationen erhoben werden können:

1. Angaben zur Person und Begutachtungssituation: Dazu gehören die Erhebung persönlicher Daten, Anlass und Ort der Begutachtung sowie bisherige Leistungen der Pflegeversicherung. Der Gutachter hat ggf. vorliegende Unterlagen wie Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Arztberichte, Pflegedokumentationen, Berichte anderer Therapeuten oder bereits vorliegende sozialmedizinische Gutachten zu prüfen.
2. Anamnese: Im Gespräch mit dem Antragsteller und den Pflegepersonen sind Angaben zur Krankheitsanamnese und zu den pflegerischen Problemen, auch zur Tagesgestaltung und zu sozialen Kontakten aus Sicht der Betroffenen aufzunehmen. Die Informationssammlung wird durch konkrete, im Begutachtungsformular vorgegebene Fragen strukturiert.
3. Wohn- und Lebenssituation: Hier geht es um die Beschreibung und Begehung der ambulanten Wohnsituation (im Hinblick auf evt. Empfehlungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes), beziehungsweise Aussagen zur Wohnsituation in vollstationären Einrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe.
4. Versorgungssituation: Die Versorgungssituation umfasst die ärztliche und medikamentöse Versorgung, verordnete Heilmittel, Hilfsmittelversorgung, den Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung sowie Angaben zu beteiligten Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen.

5. Befunderhebung zu Schädigungen und Beeinträchtigungen: Der Gutachter wird mit strukturierten Fragen durch die Befunderhebung geleitet.

6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Einschätzungsverfahren.

7. Ergebnisse und Empfehlungen.

Die Ausführungen in diesem Manual konzentrieren sich auf die Abschnitte 5 bis 7 des neuen Formulars.

Befunderhebung

Eine individuelle plastische Beschreibung der erhobenen Befunde ist unerlässlich, auch wenn zum Teil Ankreuzoptionen genutzt werden können.

Der Gutachter soll offensichtliche Elementarbefunde wiedergeben, die durch einfache Untersuchung und Inaugenscheinnahme des Antragstellers mit "den fünf Sinnen" ohne apparativen Aufwand erhalten werden können, um ein nachvollziehbares Bild des Antragstellers und seines Pflegezustandes und nicht nur eine Summe von Einzelbefunden zu erhalten. Aussagen zum Ernährungs- (Größe, Gewicht), Kräfte- und Pflegezustand sind zu dokumentieren.

Die Angaben des Antragstellers und/oder seiner Bezugsperson zum Hilfebedarf, die Vorgeschichte sowie Art und Ausmaß der Krankheit/Behinderung bestimmen den notwendigen Untersuchungsumfang. Vorliegende Befundberichte sind zu berücksichtigen. Der Gutachter muss sich über die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen des Antragstellers selbst ein Bild machen. Dabei sind die im Rahmen der Begutachtung feststellbaren Schädigungen in den einzelnen Organsystemen prägnant nach Art, Lokalisation und Grad ihrer Ausprägung zu dokumentieren.

Die Beschreibung der Beeinträchtigung der Aktivitäten soll auf einer Prüfung der vorhandenen Funktionen basieren, dabei sollte der zu untersuchende Antragsteller alle geeigneten zur Verfügung stehenden Hilfsmittel nutzen können. Ihre Verwendung ist durch den Gutachter bei der jeweiligen Funktionsprüfung in ihrer Auswirkung mit zu beschreiben. Sollten zusätzlich personelle Hilfen erforderlich sein, so ist dies gleichfalls zu vermerken. Ebenso sind die in diesem Zusammenhang festgestellten Ressourcen zu dokumentieren.

Wenn Untersuchungen nicht durchgeführt werden können, z.B. bei ausgeprägten Schmerzzuständen oder bei schweren psychischen Störungen, hat der Gutachter dies zu dokumentieren und ggf. zu begründen.

Bei Wiederholungsbegutachtungen müssen diese Befunde die Beurteilung des Erfolgs von Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen ermöglichen. Falls sich hieraus ein veränderter tatsächlicher Hilfebedarf ergibt, dienen diese Befunde als Beleg für die Begründung einer veränderten Pflegeeinstufung.

Es sind alle pflegerelevanten Schädigungen unabhängig von ihrer Ursache zu beschreiben, die Auswirkungen auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche haben. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen beziehen sich immer auf den ganzen Menschen. Durch eine genaue Befunderhebung sind die sich aus den Schädigungen ergebenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens aufzuzeigen. Es ist zu prüfen, inwieweit der Antragsteller selber Angaben machen kann, ob er sich in seiner Wohnung zurecht findet, ob er Aufforderungen erfassen und umsetzen kann. Hilfreich ist es, den Antragsteller den Tagesablauf schildern zu lassen und sich einzelne Verrichtungen exemplarisch demonstrieren zu lassen.

Um Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen im Einzelnen abzubilden, hat der Gutachter z.B. Bewegungsmöglichkeiten der Arme und Beine (grobe Kraft, Nacken- und Schürzengriff, Pinzettengriff, Greiffunktion), Hals- und Rumpfbewegungen (Vorbeugen im Stehen, im Sitzen), Umlagerung, Gehen, Stehen, Treppensteigen darzustellen. Insbesondere ist auszuführen, ob und inwieweit durch Hilfs-/Pflegehilfsmittel (z.B. Einsatz von Greif- und Gehhilfen, Rollator, Rollstuhl, Prothese) die Beeinträchtigung einer Aktivität vollständig oder teilweise ausgeglichen wird.

Obwohl als Hinweis für das Vorliegen einer Stuhl- und/oder Harninkontinenz zum Zeitpunkt der Untersuchung oft nur indirekte Anzeichen festzustellen sind, ist hierauf wegen der großen Bedeutung besonders einzugehen.

Ebenso sind Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen beim Sprechen, Lesen, Erkennen von Personen, Umrissen oder kleinen Gegenständen, bei der Orientierung in der Wohnung, der Reaktion auf Geräusche und der Verständigung im Gespräch aufzuzeigen (z.B. Einsatz von Brille, Hörgerät, Kommunikationshilfen). Die Beschreibung der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Ressourcen hat sich auch auf die psychisch/kognitiven Bereiche zu erstrecken, wie Orientierung, Stimmung, Antrieb, Wahrnehmen und Denken, Umgang mit Emotionen.

Pflegebegründende Diagnose(n)

Es sind die Diagnosen anzugeben, die im Wesentlichen die Pflegebedürftigkeit begründen, und nach ICD 10 zu verschlüsseln. Es sollten auch Diagnosen angegeben werden, die keinen Pflegebedarf begründen, jedoch bei eventuellen Therapie- oder Rehabilitationsleistungen von Bedeutung sind.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Einschätzungsverfahren

Nach der strukturierten Anamnese- und Befunderhebung muss der Gutachter bei der Anwendung des Begutachtungsinstruments sowohl eigene Befunde als auch (fremd-) anamnestische Angaben von Betroffenen, Angehörigen, professionell Pflegenden oder anderen Stellen (z.B. niedergelassene Ärzte) bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigen.

Im Mittelpunkt der Beurteilung stehen Aktivitäten und Lebensbereiche, die in der Regel für jeden Menschen relevant sind. Die Beeinträchtigung der Person bei der Ausführung der Aktivität wird unter der Annahme bewertet, dass die Person diese ausführen möchte. Es ist unerheblich, welche Hilfeleistungen tatsächlich erbracht werden. Die Beurteilung erfolgt auch dann, wenn die Person die betreffende Aktivität in ihrem Lebensalltag nicht (mehr) durchführt. So ist beispielsweise die Fähigkeit, Treppen zu steigen, auch dann zu beurteilen, wenn die Wohnung im Erdgeschoss liegt und in der Wohnung gar keine Treppen vorhanden sind.

Vom Gutachter ist in den meisten Modulen zu beurteilen, inwieweit die Person wesentliche Aktivitäten aus dem jeweiligen Lebensbereich selbständig durchführen kann. Lediglich die Beurteilung in den Modulen 2 (Fähigkeiten) und 3 (Häufigkeit des Auftretens) bezieht sich auf andere Sachverhalte.

Zur Beurteilung von Selbständigkeit

Im Rahmen des neuen Einschätzungsverfahrens ist *Selbständigkeit* definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung durch andere *Personen* durchzuführen. Demnach ist es ohne Bedeutung, ob Hilfsmittel verwendet werden müssen. Als selbständig gilt eine Person also auch dann, wenn sie die jeweilige Handlung bzw. Aktivität unter Nutzung von Hilfsmitteln ohne Hilfe durch andere Personen durchführen kann.

Dementsprechend liegt eine Beeinträchtigung von Selbständigkeit vor, wenn personelle Hilfe erforderlich ist. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen. Ob personelle Hilfe durch Laienpersonen oder Professionelle erbracht wird, ist für die Bewertung nicht relevant. Diese Frage spielt allerdings für die Pflege- und Hilfeplanung eine Rolle.

Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität *praktisch* durchführen kann. In der Regel sind dazu nicht nur motorische Funktionen, sondern auch kognitive Fähigkeiten erforderlich.

Auch bei Kindern wird der tatsächlich vorhandene Abhängigkeitsgrad dokumentiert, unabhängig davon, ob dieser als altersgemäß oder als Folge gesundheitlicher Störungen einzustufen ist.

Selbständigkeit wird in mehreren Modulen mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Ausprägungen:

- 0 = selbständig
- 1 = überwiegend selbständig
- 2 = überwiegend unselbständig
- 3 = unselbständig.

Das Einschätzungsinstrument beinhaltet an mehreren Stellen abgewandelte Formen dieser Skala, die an den entsprechenden Stellen erläutert werden. Durchgängig gilt bei diesen Skalen, dass der Grad der Beeinträchtigung mit dem jeweiligen Punktwert steigt. „0“ bedeutet

also stets, dass keine Beeinträchtigungen bzw. sonstige Probleme bestehen. Im Folgenden wird die Anwendung der vierstufigen Skala näher erläutert.

0 = selbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel selbständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1= überwiegend selbständig

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität. Überwiegend selbständig ist eine Person also dann, wenn lediglich folgende Hilfestellungen erforderlich sind:

- *Unmittelbares Zurechtlegen/Richten von Gegenständen* meint die Vorbereitung einer Aktivität durch Bereitstellung sächlicher Hilfen, damit die Person die Aktivität dann selbständig durchführen kann. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Umgebung des Antragstellers so eingerichtet wird, dass die Person so weit wie möglich selbständig an alle notwendigen Utensilien herankommt und diese nicht jedes Mal angereicht werden müssen. Wenn dies aber nicht ausreicht (z.B. die Seife nicht von der Ablage am Waschbecken genommen werden kann, sondern direkt in die Hand gegeben werden muss), führt diese Beeinträchtigung zur Bewertung *überwiegend selbständig*.
- *Impulsgebung/Aufforderung* bedeutet, dass die Pflegeperson (ggf. auch mehrfach) einen Anstoß geben muss, damit der Betroffene die jeweilige Tätigkeit allein durchführt.
- Auch wenn nur *einzelne Handreichungen* erforderlich sind, ist die Person als überwiegend selbständig zu beurteilen (punktueller Hilfebedarf, der lediglich an einzelnen Stellen des Handlungsablaufs auftritt).
- *Einzelne Hinweise* zur Abfolge der Einzelschritte meint, dass zwischenzeitlich immer wieder ein Anstoß gegeben werden muss, dann aber Teilverrichtungen selbst ausgeführt werden können.
- *Unterstützung bei der Entscheidungsfindung* bedeutet, dass z.B. verschiedene Optionen zur Auswahl angeboten werden, die Person danach aber selbständig handelt.
- *Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle* meint die Überprüfung, ob die Abfolge einer Handlung eingehalten wird (ggf. unter Hinleitung zu weiteren Teilschritten oder Aufforderung zur Vervollständigung) sowie die Kontrolle der korrekten und sicheren Durchführung. Hierzu gehört auch die Überprüfung, ob Absprachen eingehalten werden. Auch wenn eine Person eine Aktivität ausführen kann, aber aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen die Anwesenheit einer anderen Person benötigt, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu.

2 = überwiegend unselbständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

Alle der oben genannten Hilfeformen können auch hier von Bedeutung sein, reichen allerdings alleine nicht aus. Weitergehende Unterstützung umfasst vor allem:

- *Motivation* im Sinne der motivierenden Begleitung einer Aktivität (notwendig vor allem bei psychischen Erkrankungen mit Antriebsminderung).
- *Anleitung* bedeutet, dass die Pflegeperson den Handlungsablauf nicht nur anstoßen, sondern die Handlung demonstrieren und/oder lenkend begleiten muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn der Betroffene trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Aktivität nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann.
- *Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle* unterscheidet sich von der oben genannten „partiellen Beaufsichtigung und Kontrolle“ nur durch das Ausmaß der erforderlichen Hilfe. Es ist ständige und unmittelbare Eingriffsbereitschaft erforderlich.
- *Übernahme* eines erheblichen Teils der Handlungsschritte durch die Pflegeperson.

3 = unselbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

Wichtig: Die vorangegangenen Hinweise zu Art und Ausmaß erforderlicher Hilfen und ihrem Zusammenhang mit dem Grad der Selbständigkeit sind als Orientierungshilfen zu verstehen. Der Gutachter sollte immer zunächst anhand der Frage urteilen, ob

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

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 erfolgen.

Erfassung besonderer Bedarfsaspekte

Zunächst soll der Gutachter besondere Bedarfslagen erfassen, die mit einem qualitativ oder quantitativ gesteigerten personellen Unterstützungsbedarf einhergehen. Die dabei zu beantwortenden Fragen sind selbsterklärend. Überwiegend sind dichotome Antwortoptionen mit ja oder nein oder Häufigkeitsangaben vorgegeben.

A.1 Kann die Person tagsüber die meiste Zeit (mehr als 6 Std.) außerhalb des Bettes in aufrechter Körperhaltung verbringen (gehend, stehend oder sitzend)?

A.2 Schätzen Sie auf Grundlage der Befunderhebung und anderer Feststellungen ein, ob die Person über die körperlichen Fähigkeiten verfügt, folgende Handlungen durchzuführen:

- a) Knöpfe und Reißverschlüsse öffnen/schließen
- b) Mit einem Löffel Nahrung (z.B. Joghurt) aufnehmen und zum Mund führen
- c) Fester Händedruck (mindestens einseitig)
- d) Nackengriff (mindestens einseitig)

A.3 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme (Zeitaufwand mehr als zwei Stunden täglich)?

Wenn ja: Wie hoch liegt der tägliche, durchschnittliche Zeitaufwand? Grund für den hohen Aufwand:

A.4 Besteht ein außergewöhnlich hoher Unterstützungsbedarf

- a) wegen einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik (z.B. andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit)?
- b) wegen extremer motorischer Unruhe (persistierende motorische Unruhe, die dazu führt, dass Pflegehandlungen zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind)
- c) wegen ausgeprägter Spastiken/Kontrakturen (mehrere Gelenke der Extremitäten, durch die Pflegehandlungen zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar sind)
- d) wegen häuslicher Intensivpflege mit Notwendigkeit permanenter Überwachung
- e) aus anderen Gründen? Bitte angeben:

A.5 Besondere Bedarfs- und Versorgungskonstellationen

- a) Komplexe palliative Schmerz-/Symptomproblematik bei stark begrenzter Lebenserwartung
- b) Respiratorische Insuffizienz (Person ist beatmungspflichtig, intermittierend oder dauerhaft)
- c) Wachkoma
- d) Tetraplegie
- e) Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung (Visus auf besserem Auge max. 1/50)
- f) Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit (auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis)

A.6 Bewusstseinszustand

wach somnolent komatös

Zu den Fragen A.7 bis A.9 sind folgende Ausprägungsmerkmale zu verwenden:

- nie oder max. 1x wöchentlich

- mehrmals wöchentlich
- täglich
- mehrmals täglich

A.7 Nächtlicher Unterstützungsbedarf

A.8 Verschlucken bei der Nahrungsaufnahme mit Aspirationsgefahr

A.9 Auftreten von generalisierten Krampfanfällen

Erläuterungen zu den Modulen

Anmerkung: Zu den Abstufungen der Selbständigkeit finden sich nur dann Hinweise, wenn bei der Bewertung Besonderheiten zu berücksichtigen sind. Diese Hinweise geben niemals eine abschließende, vollständige Definition, sondern beispielhafte Erläuterungen.

1. Mobilität

Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 1.1 bis 1.5 ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung. *In dieser Hinsicht bilden diese fünf Merkmale eine Ausnahme; in den anderen Modulen ist anders zu verfahren.*
Die Beurteilung im Kindesalter ist eng an die altersgerechte motorische Entwicklung gekoppelt.

1.1 Positionswechsel im Bett

Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen.

Selbständig: Selbständig ist auch eine Person, die ihre Position unter Nutzung von Hilfsmitteln (Aufrichter, Bettgitter, Strickleiter, elektrisch verstellbares Bett) allein verändern kann.

Überwiegend selbständig: Die Person kann beispielsweise nach Anreichen eines Hilfsmittels oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.
Bei einem Kind entspräche dies der Fähigkeit des sicheren Kopfhobens in der Bauchlage mit Abstützen auf die Unterarme.

Überwiegend unselbständig: Eine Person, die beim Positionswechsel nur wenig mithelfen kann (z.B. auf den Rücken rollen, am Bettgestell festhalten, Aufforderungen folgen wie z.B. Arme vor der Brust verschränken, Kopf auf die Brust legen).
Bei einem Kind entspräche dies der Fähigkeit, den Kopf in Bauchlage kurzzeitig von der Unterlage abheben zu können.

Unselbständig: Personen, die auch hierzu nicht in der Lage sind.

1.2 Stabile Sitzposition halten

Auf einem Bett oder Stuhl frei, d.h. ohne Rücken- oder Seitenstütze sitzen.

Selbständig: Selbständig ist eine Person auch dann, wenn sie sich mit den Händen abstützen muss, um die aufrechte Sitzposition zu halten.

Überwiegend selbständig: Eine Person, die sich ohne Seitenstütze nicht oder nur kurz selbständig in der Sitzposition halten kann, aber auf einem Sessel mit Armlehnen längere Zeit sitzen kann.

Überwiegend unselbständig: Person mit eingeschränkter Rumpfkontrolle, die aber in einem Sessel oder Lagerungsstuhl mit entsprechenden Rücken- und Seitenstützen gesichert längere Zeit aufrecht sitzen kann.

Bei einem Kind entspräche dies der Fähigkeit einer sicheren Kopfkontrolle und der Möglichkeit sich an zwei Händen gehalten zum Sitz hochzuziehen.

Unselbständig: Die Person kann sich auch mit Lagerungshilfsmitteln nicht in Sitzposition halten. Bei fehlender Rumpf- und Kopfkontrolle kann die Person nur im Bett oder Lagerungsstuhl liegend gelagert werden.

1.3 Aufstehen aus sitzender Position, Umsetzen

Von einer erhöhten Sitzfläche (Bettkante, Stuhl/Sessel, Bank, Toilette etc.) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl/Toilettenstuhl, Sessel o.ä. umsetzen.

Bei Kleinkindern ist Umsetzen noch nicht relevant, da sie sich für gewöhnlich fallen lassen. Aufstehen erfolgt häufig vom Boden.

Selbständig: Selbständig ist jemand auch dann, wenn er keine Personenhilfe benötigt, aber ein Hilfsmittel oder einen anderen Gegenstand zum Festhalten oder Hochziehen (z.B. Griffstangen) benutzt oder sich auf Tisch/Armlehnen oder sonstigen Gegenständen abstützen muss, um aufzustehen. *Als selbständig ist auch zu bewerten, wer zwar nicht stehen kann, aber sich mit Armkraft ohne personelle Hilfe umsetzen kann (z.B. Bett – Rollstuhl, Rollstuhl – Toilette).*

Überwiegend selbständig: Die Person kann aus eigener Kraft aufstehen oder sich umsetzen, wenn sie eine Hand oder einen Arm gereicht bekommt.

Überwiegend unselbständig: Die Pflegeperson muss beim Aufstehen/Umsetzen (erheblichen) Kraftaufwand aufbringen (hochziehen, halten, stützen, heben). Die beeinträchtigte Person hilft jedoch in geringem Maße mit, kann z.B. kurzzeitig stehen.

Unselbständig: Die Person muss gehoben oder getragen werden, Mithilfe ist nicht möglich.

1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Stock, Rollator, Rollstuhl, Gegenstand). Als Anhaltsgröße für übliche Gehstrecken innerhalb einer Wohnung werden mindestens 8 m festgelegt. Die Fähigkeiten zur räumlichen Orientierung und zum Treppensteigen sind an anderer Stelle zu berücksichtigen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe ist beispielsweise erforderlich im Sinne von Bereitstellen von Hilfsmitteln (Rollator, Gehstock, Rollstuhl), Beobachtung aus Sicherheitsgründen oder gelegentlichem Stützen/Unterhaken.

Überwiegend unselbständig: Gehen in der Wohnung ist nur mit Stützung oder Festhalten der Person möglich.

Unselbständig: Die Person muss getragen oder im Rollstuhl geschoben werden.

1.5 Treppensteigen

Die Überwindung von Treppen zwischen zwei Etagen. Treppensteigen ist unabhängig davon zu bewerten, ob in der Wohnumgebung Treppen vorhanden sind.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die eine Treppe alleine steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos.

Überwiegend unselbständig: Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.

Unselbständig: Person muss getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden, keine Eigenbeteiligung.

1.6 Veränderungen der Mobilität innerhalb der letzten Wochen und Monate

Es ist anzugeben, ob die Entwicklungstendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung zeigt oder ob keine Veränderung stattgefunden hat oder diese Frage nicht zu beurteilen ist.

1.7 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?

Wenn Möglichkeiten gesehen werden, sind Mehrfachangaben möglich, z.B.

- durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. Anbringen von Griffen und Halterungen)
- durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
- durch andere Maßnahmen, und zwar:
- auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf).

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Für diesen Bereich gilt eine ähnliche Graduierung wie im Falle der Selbständigkeit (vierstufige Skala). Der Unterschied liegt darin, dass hier keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt wird. Für die Bewertung ist unerheblich, ob ein zuvor selbständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder bei einem Kind eine Fähigkeit (noch) nicht ausgebildet ist. Die Bewertungsskala umfasst folgende Ausprägungen:

Die Fähigkeit ist

0 = vorhanden/unbeeinträchtigt

1 = größtenteils vorhanden

2 = in geringem Maße vorhanden

3 = nicht vorhanden

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

2.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

Die Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, d.h. Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.

Bei einem Kind sind die Entwicklung der Fähigkeit des Beziehungsaufbaus und erste Interaktionen zu beurteilen.

Die Fähigkeit ist größtenteils vorhanden, wenn diese Personen beispielsweise erst nach einer längeren Zeit des Kontaktes in einem Gespräch erkannt werden oder wenn nicht täglich, aber doch in regelmäßigen Abständen Schwierigkeiten bestehen, vertraute Personen zu erkennen.

Ein Kind zeigt z.B. eine „Fremdelreaktion“.

Von einer in geringem Maße vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die aus dem näheren Umfeld stammenden Personen nur selten erkannt werden oder wenn die Fähigkeit ggf. von der Tagesform abhängt, d. h. im Zeitverlauf erheblichen Schwankungen unterliegt.
Ein Kind zeigt das erste „soziale Lächeln“.

Bei nicht vorhandener Fähigkeit werden auch Familienmitglieder nicht oder nur ausnahmsweise erkannt.

2.2 Örtliche Orientierung

Die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzu- steuern und zu wissen, wo man sich befindet.

Bei vorhandener örtlicher Orientierung kann die Frage, in welcher Stadt, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung die Person sich befindet, korrekt beantwortet werden. Außerdem werden regelmäßig genutzte Räumlichkeiten (beispielsweise eigenes Wohnzimmer, Küche etc.) stets erkannt.

Ein Verirren in den Räumlichkeiten der eigenen Wohnung (oder des Wohnbereichs in einer Einrichtung) kommt nicht vor und die Person findet sich auch in der näheren außerhäuslichen Umgebung zurecht. Sie weiß beispielsweise, wie sie zu benachbarten Geschäften, zu einer Bushaltestelle oder zu einer anderen nahe gelegenen Örtlichkeit gelangt.

Bei größtenteils vorhandener Fähigkeit bestehen Schwierigkeiten, sich in der außerhäuslichen Umgebung zu orientieren (beispielsweise nach Verlassen des Hauses wieder den Weg zurück zu finden). In den eigenen Wohnräumen existieren solche Schwierigkeiten hingegen nicht.

Ein Kind kann z.B. ein Spielzeug aus einem anderen Zimmer holen oder dem Gutachter das Badezimmer zeigen.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit bedeutet, dass die Person auch in einer gewohnten Wohnumgebung Schwierigkeiten hat, sich zurechtzufinden. Regelmäßig genutzte Räumlichkeiten und Wege in der Wohnumgebung werden nicht immer erkannt.

Bei nicht vorhandener Fähigkeit ist die Person selbst in der eigenen Wohnumgebung regelmäßig auf Unterstützung angewiesen.

2.3 Zeitliche Orientierung

Die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend etc.), Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.

Fähigkeit vorhanden: Die zeitliche Orientierung ist ohne nennenswerte Beeinträchtigungen vorhanden.

Ein Kind kann die Uhr lesen und Jahreszeiten und Monate in der richtigen Reihenfolge aufzählen.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person ist die meiste Zeit über zeitlich orientiert, aber nicht durchgängig. Sie hat auch Schwierigkeiten, ohne äußere Orientierungshilfen (Uhr, Dunkelheit etc.) den Tagesabschnitt zu bestimmen

Ein Kind verbindet eine bestimmte Zeit mit speziellen Routinen oder Ereignissen (z.B. kennt es die Uhrzeit einer Kindersendung im Fernsehen), kann die Wochentage benennen, wenn auch nicht unbedingt in der richtigen Reihenfolge.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die zeitliche Orientierung ist die meiste Zeit nur in Ansätzen vorhanden. Die Person ist auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zumeist nicht in der Lage, Tageszeiten zu erkennen, zu denen regelmäßig bestimmte Ereignisse stattfinden (z.B. Mittagessen).

Ein Kind versteht nur einfache Zeitkonzepte (z.B. am Morgen, am Abend, in ein paar Minuten).

Fähigkeit nicht vorhanden: Das Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ist kaum oder noch nicht vorhanden.

2.4 Gedächtnis

Die Fähigkeit, wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) wie auch länger zurückliegende (mehrere Tage oder Wochen bei Kindern bzw. aus fernerer Vergangenheit bei Erwachsenen). Möglichkeiten, unabhängig von der Fremdanamnese Aufschluss über die Fähigkeit des Erinnerns an kurz zurückliegende Ereignisse zu erhalten, bestehen beispielsweise in der Frage danach, was zum Frühstück gegessen wurde oder mit welchen Tätigkeiten man den Vormittag verbracht hat. Im Hinblick auf das Langzeitgedächtnis kommt beispielsweise bei Erwachsenen die Frage nach Geburtsjahr, Geburtsort oder wichtigen Bestandteilen des Lebensverlaufs wie Eheschließung, Berufstätigkeit etc. in Betracht.

Ein Kind kann man nach Ereignissen in Schule/Kindergarten in den letzten Wochen, dem letzten Geburtstagsgeschenk oder nach Name und Adresse fragen.

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person Schwierigkeiten hat, sich an manche kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und/oder hierzu länger nachdenken muss, aber keine nennenswerten Probleme hat, Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

Ein Kind sollte in logischer und zeitlicher Reihenfolge erzählen können, was es am Tag erlebt hat, seinen Vor- und Zunamen sagen, aber noch nicht seine komplette Adresse angeben können.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Kurz zurückliegende Ereignisse werden häufig vergessen. Nicht alle, aber wichtige Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte sind dem Erwachsenen noch präsent.

Ein Kind findet Objekte wieder, die vor seinen Augen versteckt worden sind. Es versucht, Erlebnisse zu erzählen.

Fähigkeit nicht vorhanden: Person ist nicht (oder nur selten) in der Lage, sich an Ereignisse, Dinge oder Personen aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

Ein Kind beherrscht keine der oben genannten Fähigkeiten.

2.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

Die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen *in der richtigen Reihenfolge und bis zum Abschluss* ausführen bzw. steuern zu können. Die Betonung liegt in diesem Fall auch auf dem Begriff *Alltagshandlungen*. Gemeint sind *zielgerichtete* Handlungen, die diese Person täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag durchführt oder durchgeführt hat und die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, wie das komplette Ankleiden.

Bei Kleinkindern kann man beispielsweise prüfen, ob sie einen Turm aus mindestens 2 Klötzen bauen können.

Fähigkeit vorhanden: Die Person ist in der Lage, die erforderlichen Handlungsschritte selbstständig in der richtigen Reihenfolge auszuführen oder zu steuern, so dass das angestrebte Ergebnis der Handlung erreicht wird.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person verliert manchmal den Faden und vergisst, welcher Handlungsschritt der nächste ist. Erhält sie dabei eine Erinnerungshilfe, kann sie die Handlung aber selbstständig fortsetzen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person hat erhebliche Schwierigkeiten. Sie wechselt regelmäßig die Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte oder vergisst einzelne, notwendige Handlungsschritte.

Fähigkeit nicht vorhanden: Mehrschrittige Alltagshandlungen werden erst gar nicht begonnen oder nach den ersten Versuchen aufgegeben.

2.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen

Auch in diesem Zusammenhang sollen nur *alltägliche* Entscheidungen einbezogen werden. Dazu gehört beispielsweise beim Erwachsenen die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen.

Bei Kindern ist die Entscheidung für ein bestimmtes Nahrungsmittel bei Tisch, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Spielen oder Freunde besuchen und ähnliches zu beurteilen.

Zu klären ist hier die Frage, ob die Entscheidungen folgerichtig sind, d. h. geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen und/oder ein gewisses Maß an Sicherheit und Wohlbefinden oder Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten (z.B. warme Kleidung).

Als vorhandene Fähigkeit gilt, wenn Personen auch in unbekanntem Situationen folgerichtige Entscheidungen treffen können (beispielsweise der Umgang mit unbekanntem Personen, die an der Haustür klingeln).

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn im Rahmen der Alltagsroutinen oder zuvor besprochenen Situationen Entscheidungen getroffen werden können, die Person aber Schwierigkeiten hat, sich in unbekanntem Situationen zurechtzufinden.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person zwar Entscheidungen trifft, diese Entscheidungen jedoch in der Regel nicht geeignet sind, ein bestimmtes Ziel zu erreichen bzw. Sicherheit und Wohlbefinden (Bedürfnisbefriedigung) zu gewährleisten. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Person mit nur leichter Bekleidung bei winterlichen Temperaturen im Freien spazieren gehen will. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn Sicherheitsaspekte nicht berücksichtigt werden können (Beispiel: Person möchte das Haus verlassen, obwohl sie sich im außerhäuslichen Bereich nicht orientieren kann und ohne Unterstützung verlaufen würde) oder nur einfache Gebote/Verbote mehr oder weniger umgesetzt werden. Weiterhin liegt eine schwere Beeinträchtigung vor, wenn die Person ohne Unterstützung (in Form von Anleitung, Aufforderung, Aufzeigen von Handlungsalternativen) nicht in der Lage ist, zu Entscheidungen zu gelangen.

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten getroffen werden (keine deutbare Reaktion auf das Angebot mehrerer Entscheidungsalternativen).

2.7 Sachverhalte und Informationen verstehen

Die Fähigkeit, Situationen, Ereignisse oder schriftliche/mündliche Information aufzunehmen und richtig zu deuten. Erneut geht es in diesem Zusammenhang um Ereignisse und Inhalte, die Bestandteil des Alltagslebens der meisten Menschen sind. Gemeint ist etwa die Fähigkeit, zu erkennen, dass man sich in einer bestimmten Situation befindet (gemeinschaftliche Aktivitäten mit anderen Menschen, Versorgung durch eine Pflegekraft, MDK-Begutachtung) sowie die Fähigkeit, Informationen zum Tagesgeschehen aus den Medien (z.B. Fernsehgerät, Tageszeitung) aufzunehmen und inhaltlich zu verstehen. Gleiches gilt für mündlich von anderen Personen übermittelte Informationen.

Bei Kindern ist die Fähigkeit, sich in einer bestimmten Situation zurecht zu finden (z.B. das gemeinsame Spiel mit anderen Kindern, Kindergarten- oder Schulbesuch) zu beurteilen sowie die Fähigkeit, z.B. Spielregeln zu verstehen und sie einzuhalten,

Die Fähigkeit gilt als vorhanden, wenn Personen die Sachverhalte und Informationen aus dem Alltagsleben ohne nennenswerte Probleme verstehen können. Dies entspricht bei Kindern dem Reifegrad der Regelschulfähigkeit.

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor bei Personen, die einfache Sachverhalte und Informationen nachvollziehen können, bei komplizierteren jedoch Schwierigkeiten haben.

Beim Kind kann man sich z.B. am Regelverständnis für Spiele oder an der Fähigkeit zu komplizierteren Konstruktionen von Bauelementen mit und ohne Vorlage orientieren.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person auch einfache Informationen häufig nur nachvollziehen kann, wenn sie noch einmal erklärt werden. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch dann vor, wenn das Verständnis sehr stark von der Tagesform abhängt.

Bei Kindern, wenn auch einfache Spielregeln nicht immer verstanden werden.

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die Person weder verbal noch nonverbal zu erkennen gibt, dass sie Situationen und übermittelte Informationen verstehen kann.

2.8 Risiken und Gefahren erkennen

Hiermit sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen. Dazu gehören beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z.B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (verkehrsreiche Straßen, Baustellen etc.).

Als vorhanden gilt die Fähigkeit bei Personen, die solche Risiken und Gefahrenquellen im Alltagsleben ohne weiteres erkennen können.

Von einer größtenteils vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die Person meist nur solche Risiken und Gefahren erkennt, die sich in der vertrauten innerhäuslichen Wohnumgebung wiederfinden. Es bestehen aber beispielsweise Schwierigkeiten, Risiken im Straßenverkehr adäquat einzuschätzen oder Gefährdungen in ungewohnter Umgebung zu erkennen.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn Risiken und Gefahren, denen die Person häufiger begegnet (insbesondere in der Wohnumgebung), häufig nicht als solche erkannt werden.

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn Risiken und Gefahren so gut wie gar nicht erkannt werden.

2.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse

Die Fähigkeit, Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. zu äußern, bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Eine gezielte Frage nach elementaren Bedürfnissen kann beantwortet werden. Die Person äußert sich aber nicht immer von sich aus.

Ein Kind kann Wünsche bereits ohne Schreien deutlich machen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Elementare Bedürfnisse sind nur aus nonverbalen Reaktionen (Mimik, Gestik, Lautäußerungen) ableitbar, ggf. nach oder durch entsprechende(r) Stimulation. Oder die Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse, muss dazu ständig angeleitet werden, kann aber Zustimmung oder Ablehnung deutlich machen.

Fähigkeit nicht vorhanden: Die Person äußert nicht oder nur sehr selten Bedürfnisse, auch nicht in nonverbaler Form. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen. Keine deutbaren Reaktionen.

2.10 Verstehen von Aufforderungen

Die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z.B. essen, trinken, kleiden, beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.

Fähigkeit vorhanden: Beispielsweise werden verbal formulierte Aufforderungen des Gutachters verstanden und nach den individuellen Möglichkeiten umgesetzt.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Einfache Bitten und Aufforderungen (wie z.B. „setz dich bitte an den Tisch“, „zieh dir die Jacke über“, „komm zum Essen“, „prosit“) werden verstanden, Aufforderungen in nicht alltäglichen Situationen müssen erklärt werden. Ggf. sind laute Ansprache, Wiederholungen, Zeichensprache oder Schrift erforderlich, um Aufforderungen verständlich zu machen.

Ein Kind versteht einfache Gebote/Verbote und „Nein“, beachtet dies mehr oder weniger.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person kann Aufforderungen/Bitten meist nicht verstehen, wenn diese nicht wiederholt geäußert und erläutert werden. Das Verständnis ist sehr von der Tagesform abhängig. Sie zeigt aber Zustimmung oder Ablehnung gegenüber nonverbalen Aufforderungen (z.B. Berührungen oder Geleiten an den Esstisch).

Fähigkeit nicht vorhanden: Die Person kann Anleitung und Aufforderungen nicht verstehen.

2.11 Beteiligung an einem Gespräch

Die Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen. Hierbei sind auch die Auswirkungen von Hör- und Sprechstörungen zu berücksichtigen.

Im Kindesalter ist die Beteiligung an altersgemäßen Gesprächsgruppen und -inhalten zu bewerten.

Fähigkeit vorhanden: Die Person kommt sowohl in Einzel- als auch in Gesprächen kleiner Gruppen gut zurecht. Sie zeigt im Gespräch Eigeninitiative, Interesse und beteiligt sich, wenn vielleicht auch nur auf direkte Ansprache hin. Ihre Äußerungen passen zu den Inhalten des Gesprächs.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person kommt in Gesprächen mit einer Person gut zurecht, in Gruppen ist sie jedoch meist überfordert und verliert den Faden. Wortfindungsstörungen treten ggf. regelmäßig auf. Die Person ist häufig auf laute Ansprache oder Wiederholung von Worten/Sätzen angewiesen.

Ein Kind spricht 2-3 –Wort-Sätze. Es kann eigene Gefühle und Gedanken äußern.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person zeigt nur wenig Eigeninitiative, reagiert aber auf Ansprache/Fragen mit wenigen Worten (z.B. mit ja oder nein). Oder sie beteiligt sich am Gespräch, weicht aber in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab (führt mehr ein Selbstgespräch). Leichte Ablenkbarkeit durch Umgebungseinflüsse.

Ein Kind kann bereits gezielt und in sinngemäßer Bedeutung „Mama“ oder „Papa“ sagen.

Fähigkeit nicht vorhanden: Ein Gespräch mit der Person, das über einfache Mitteilungen hinausgeht, ist auch unter Einsatz nonverbaler Kommunikation nicht möglich. Sie zeigt allenfalls Wohlbefinden.

2.12 Veränderungen kognitiver/kommunikativer Fähigkeiten innerhalb der letzten Wochen und Monate

Es ist anzugeben, ob die Entwicklungstendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung zeigt oder ob keine Veränderung stattgefunden hat.

2.13 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?

Wenn Möglichkeiten gesehen werden, sind Mehrfachangaben möglich, z. B.

- durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. zur Erleichterung örtlicher Orientierung)
- durch Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung
- durch andere Maßnahmen, und zwar:
- auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf)

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul ist eine inhaltlich abweichende, aber ebenfalls vierstufige Skala zu verwenden. Erfasst wird die Häufigkeit, mit der ein Verhalten oder Problem *derzeit* auftritt, auch wenn der Gutachter den Eindruck hat, dass das Verhalten durch äußere Einflüsse verursacht wird. Er soll in einem solchen Fall Maßnahmen zur Verbesserung der Situation und eine Nachuntersuchung empfehlen. Es werden folgende Merkmalsausprägungen erfasst:

0 = nie

1 = selten, d.h. maximal 1x wöchentlich

2 = häufig, d.h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich

3 = täglich.

3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten

Diese Kategorie fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen. Dazu gehören vor allem das (scheinbar) ziellose *Umhergehen* in der Wohnung oder der Einrichtung, bei Kindern das selbstgefährdende Klettern auf Möbelstücke sowie der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die *Wohnung/Einrichtung zu verlassen* oder Orte aufzusuchen, die für diese Person unzugänglich sein sollten (z.B. Treppenhaus, Zimmer anderer Bewohner etc.). Ebenso zu berücksichtigen ist allgemeine Rastlosigkeit in Form von *ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen* auf dem Sitzplatz oder im und aus dem Bett. Für die Einschätzung ist es ohne Bedeutung, dass sich die betreffende Person ggf. nur mit Hilfsmitteln fortbewegen kann. Das Fahren mit einem Rollstuhl ist insofern mit dem Gehen gleichzusetzen.

3.2 Nächtliche Unruhe

Nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-/Nachtrhythmus (Wach sein in der Nacht, Schlafen während des Tages). Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind *nicht* zu werten.

Bei Kindern sind die üblichen Einschlafrituale oder das bis ins Schulalter vorkommende nächtliche Aufwachen nicht zu werten, wenn nur kurzes Beruhigen und/oder Gabe von Getränken erforderlich ist.

3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten

Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, Essen oder Trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen.

3.4 Beschädigung von Gegenständen

Aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder weg-schieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z.B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen.

3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen

Nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzungsversuche gegenüber anderen Personen mit Gegenständen.

3.6 Verbale Aggression

Verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen.

3.7 Andere vokale Auffälligkeiten

Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen.

Dazu gehört bei Säuglingen und Kleinkindern z.B. anhaltendes Schreien oder cerebrales Schreien.

3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen

Abwehr von Unterstützung (z.B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z.B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.

3.9 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.

3.10 Ängste

Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängstlichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen oder im Kontakt mit anderen Personen.

3.11 Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage

Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen.

3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen

Distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.

3.13 Sonstige inadäquate Handlungen

Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Stereotypien), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern, Urinieren in die Wohnung.

4. Selbstversorgung

Besonderheiten des Bedarfs

Zu diesem Modul werden unter B.1 bis B.6 zunächst besondere Bedarfsaspekte erfasst. Dazu gehören die künstliche Ernährung über einen enteralen Zugang (Nasen-, Magen- oder Dünndarmsonde) oder einen parenteralen Zugang, die künstliche Harn- oder Stuhlableitung, sowie Störungen der Blasen- und Darmkontrolle in ihren Ausprägungsgraden.

B.1 Sondenernährung

Erfolgt keine Sondenernährung über einen enteralen Zugang, ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen und mit dem Punkt B.4 fortzufahren. Mit dem Begriff „Sondennahrung“ ist stets Nahrung gemeint, die nicht oral, sondern über eine Sonde aufgenommen wird.

B.1a Die Person erhält (...)

Zunächst ist zu dokumentieren, in welchem Maße die Person Sondennahrung aufnimmt. Dabei ist eine der vier folgenden Antwortvorgaben anzukreuzen:

- *Die Person erhält zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung, aber nur gelegentlich (nicht täglich):* Die Person kann Nahrung und Flüssigkeit oral aufnehmen, muss aber zur Nahrungsergänzung bzw. zum Vermeiden von Mangelernährung zusätzlich über eine Sonde ernährt werden. Sondenkost wird je nach Bedarf verabreicht, aber nicht täglich.
- *Die Person erhält 1 bis 3x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:* Sie wird zum Teil, aber nicht ausreichend über die orale Nahrungsaufnahme ernährt und benötigt zur Nahrungsergänzung bzw. zur Vermeidung von Mangelernährung täglich Sondenkost, für gewöhnlich maximal dreimal täglich.
- *Die Person erhält mindestens 4x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen):* Die enteral aufgenommene Nahrung sichert eine ausreichende Nahrungsaufnahme, die Person nimmt aber noch täglich geringe Mengen Nahrung oral auf.
- *Die Person erhält ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung:* Eine orale Nahrungsaufnahme erfolgt nicht oder nur sporadisch (Förderung der Sinneswahrnehmung).

B.1b Art der Sondenernährung

Es ist anzukreuzen, ob die Sondennahrung über eine Pumpe, per Schwerkraft oder als Bolusgabe erfolgt.

B.1c Selbständigkeit bei der Sondenernährung

Bei der Nahrungsaufnahme über eine Sonde wird nur zwischen *selbständig* und *mit Fremdhilfe* unterschieden.

B.2 Parenterale Ernährung

Erfolgt keine parenterale Ernährung, ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen und mit dem Punkt B.6 fortzufahren.

B.2a Art der parenteralen Ernährung

Die Unterscheidung, ob die parenterale Ernährung die einzige Form der Nahrungsaufnahme oder eine Ergänzung zur oralen Nahrungsaufnahme darstellt.

B.2b Selbständigkeit bei der parenteralen Ernährung

Auch bei der parenteralen Ernährung wird nur zwischen *selbständig* und *mit Fremdhilfe* unterschieden.

B.3 Blasenkontrolle/Harnkontinenz

Harnrang verspüren und ggf. so rechtzeitig äußern, dass die Blasenentleerung geregelt werden kann. Jegliche Art von Harninkontinenz ist zu berücksichtigen, unabhängig von der Ursache und der Art der Versorgung. Ggf. ist eine urologische Abklärung der Inkontinenz zu empfehlen. Zu erfassen ist hier vorrangig die Kontrolle der Blasenentleerung, die willentliche Steuerung der Blasenentleerung, die Vermeidung unwillkürlicher Harnabgänge.

Im Kindesalter entwickelt sich die sichere Blasenkontrolle zunächst tagsüber, dann auch in der Nacht. Eine nicht altersgemäße Sauberkeitsentwicklung bedarf ggf. der urologischen Abklärung. Der Begriff Inkontinenz ist bei Kindern analog zum Einnässen/Einkoten zu verstehen.

Es sind folgende Merkmalsausprägungen vorgesehen:

Ständig kontinent: Die Blasenkontrolle ist unbeeinträchtigt.

Überwiegend kontinent: Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz.

Überwiegend inkontinent: Mehrmals täglich inkontinent. Gesteuerte Blasenentleerung ist möglich.

Komplett inkontinent: Die Person ist komplett harninkontinent. Gesteuerte Blasenentleerung nicht möglich.

B.4 Darmkontrolle/Stuhlkontinenz

Stuhldrang verspüren und ggf. so rechtzeitig äußern, dass die Darmentleerung geregelt werden kann. Zu bewerten ist hier die Kontrolle der Darmentleerung. Es sind folgende Merkmalsausprägungen vorgesehen:

Ständig kontinent: Die Kontinenz ist unbeeinträchtigt.

Gelegentlich inkontinent: Die Person ist überwiegend stuhlkontinent, gelegentlich inkontinent oder mäßige Inkontinenz (Stuhlschmierer).

Überwiegend inkontinent: Die Person ist überwiegend stuhlinkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung möglich.

Komplett inkontinent: Die Person ist komplett stuhlinkontinent, gesteuerte Darmentleerung ist nicht möglich.

B.5 Künstliche Harnableitung

Suprapubischer oder transurethraler Dauerkatheter oder Urostoma. Einmalkatherisieren ist im Modul 5 abgebildet.

B.6 Colo-/Ileostoma

Hier ist lediglich die Information „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ zu dokumentieren.

Bewertung der Selbständigkeit

Bei älteren Kindern sind gerade in diesem Bereich krankheits- oder behinderungsbedingte pflegerisch unterstützende Maßnahmen wie Impulsgabe, Aufsicht und ggf. einzelne Handreichungen abzugrenzen von Maßnahmen der erzieherischen Fürsorge. Ein Kind ist als selbständig zu bewerten, wenn es erlernt hat, eine der folgenden Tätigkeiten auch ohne Anleitung durchzuführen, auch wenn es von den Erziehungspersonen manchmal erinnert werden muss.

4.1 Vorderen Oberkörper waschen

Sich Hände, Gesicht, den Hals, die Arme, Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen, z.B. Waschen unter den Achseln oder der Brust erhält.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich z.B. nur Hände oder Gesicht waschen.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren

Die tägliche Körperpflege im Bereich des Kopfes.

Im Kindesalter kommt dem Erlernen des Zähneputzens eine entscheidende Bedeutung zu und ist aufgrund dessen hier maßgeblich zu beurteilen. Das Rasieren ist in der Regel erst ab der Pubertät von Bedeutung.

Selbständig: Die Person kann die beschriebenen Aktivitäten ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivitäten selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände bereitgelegt und/oder gerichtet werden (Aufdrehen der Zahnpastatube, Auftragen der Zahnpasta auf die Bürste, Aufbringen von Haftcreme auf die Prothese, Anreichen und/oder Säubern des Rasierapparates etc.). Alternativ sind punktuelle Teilhilfen erforderlich wie Korrektur nach dem Kämmen oder nur das Kämmen des Hinterkopfes, Zahn-/Mundpflege bzw. selbständigem Rasieren.

Überwiegend unselbständig: Die Person beginnt z.B. mit dem Zähneputzen oder der Rasur, ohne die Aktivität zu Ende zu führen.

Unselbständig: Die Person kann sich an den Aktivitäten nicht beteiligen.

4.3 Intimbereich waschen

Den Intimbereich waschen und abtrocknen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen erhält.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich z.B. nur den vorderen Intimbereich waschen.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.4 Duschen oder Baden

Bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades sind neben der Fähigkeit, den Körper waschen zu können, auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. (Teil-)Hilfen beim Waschen in der Wanne/Dusche sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder eine notwendige Überwachung während des Bades. Dazu gehören auch das Haare waschen, Abtrocknen und Föhnen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn Utensilien vorbereitet bzw. bereitgestellt werden, einzelne Handreichungen geleistet werden, z.B. Stützen beim Ein-/Aussteigen, Bedienung eines Badewannenlifters, Hilfe beim Haare Waschen und/oder Föhnen, beim Abtrocknen oder wenn während des (Dusch-)Bades aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen Anwesenheit erforderlich ist.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einen stark begrenzten Teil der Aktivität selbständig durchführen, z.B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.5 Oberkörper an- und auskleiden

Bereitliegende Kleidungsstücke (z.B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd) an- und ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist hier *nicht* zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist im Modul 5 zu berücksichtigen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn Kleidungsstücke passend angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe beim Anziehen eines Hemdes etc.). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen erforderlich ist, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu, ebenso wenn nur Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.6 Unterkörper an- und auskleiden

Unterwäsche Hose/Rock, Strümpfe und Schuhe an-/ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist hier *nicht* zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist im Modul 5 zu berücksichtigen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn ihr Schuhe bereitgestellt bzw. Kleidungsstücke angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen (z.B. Schnürsenkel binden) oder Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen. Beispielsweise gelingt das Hochziehen von Hose/Rock zur Taille selbständig, zuvor muss das Kleidungsstück jedoch von der Pflegeperson über die Füße gezogen werden.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.7 Nahrung mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen

Belegte Brotscheiben, Obst oder andere Speisen in mundgerechte Stücke zerteilen, Kleinschneiden von Fleisch, Zerdrücken von Kartoffeln, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke ohne ständiges Verschütten aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen. Ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Anti-Rutschbrett, Einhänderbesteck, Spezialbesteck.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Es ist punktuelle Hilfe erforderlich, z.B. beim Öffnen einer Flasche oder beim Schneiden von sehr harten Nahrungsmitteln.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

4.8 Essen

Bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden (z.B. Brot, Kekse, Obst) aufnehmen, zum Mund führen, ggf. abbeißen, kauen und schlucken. Mundgerecht zubereitete Speisen mit Gabel oder Löffel aufnehmen, zum Mund führen und essen. Ggf. mit speziellen Hilfsmitteln wie adaptiertem Besteck. *Zu beurteilen ist hier insbesondere auch die Selbständigkeit bei der Steuerung der Nahrungsaufnahme, d.h. die Frage, ob ausreichend Nahrung aufgenommen wird.*

Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn die Nahrungsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Bei Nahrungsaufnahme *ausschließlich* über eine Sonde bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Nahrungsaufnahme, ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann überwiegend selbständig essen, benötigt aber punktuelle Anleitung, muss beispielsweise aufgefordert werden, mit dem Essen zu beginnen oder weiter zu essen. Es sind punktuelle Hilfen erforderlich (wie z.B. Zurücklegen aus der Hand gerutschter Speisen oder Besteck in die Hand geben).

Überwiegend unselbständig: Es ist ständige Anwesenheit der Pflegeperson erforderlich, beispielsweise aufgrund von Aspirationsgefahr oder weil ständig zur Nahrungsaufnahme motiviert werden oder die Nahrung größtenteils gereicht werden muss.

Unselbständig: Die Nahrung muss komplett gereicht werden.

4.9 Trinken

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Hilfsmitteln wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsauf-

nahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene/gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird.

Die Beurteilung der Selbständigkeit ist wie im Fall von Punkt 4.8 auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Erfolgt sie hingegen *ausschließlich* über eine Sonde bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Flüssigkeitsaufnahme ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann selbständig trinken, wenn ein Glas/eine Tasse entsprechend dem Aktionsradius der Person positioniert oder sie ans Trinken erinnert wird.

Überwiegend unselbständig: Das Trinkgefäß muss beispielsweise in die Hand gegeben werden, das Trinken erfolgt jedoch selbständig oder die Person muss zu fast jedem Schluck motiviert werden.

Unselbständig: Getränke müssen komplett gereicht werden.

4.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen

Umfasst das Gehen zur Toilette, das Hinsetzen/Aufstehen, das Sitzen während der Blasen-/Darmentleerung, die Intimhygiene und das Richten der Kleidung. Die Fähigkeit zur Toilettenbenutzung ist auch bei Versorgung mit Hilfsmitteln (Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma, Ileo-/Colostoma) zu bewerten.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe kann sich beispielsweise beschränken auf:

- Bereitstellen und Leeren des Toilettenstuhls (alternativ Urinflasche oder anderer Behälter)
- Orientierungshinweise zum Auffinden der Toilette, Begleitung auf dem Weg zur Toilette
- Anreichen von Toilettenpapier oder Waschlappen, Intimhygiene nur nach Stuhlgang
- Unterstützung beim Hinsetzen/Aufstehen von der Toilette
- Hilfe beim Richten der Bekleidung.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einzelne Handlungen selbst ausführen, z.B. Richten der Bekleidung oder Intimhygiene nach Wasserlassen.

4.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma

Umgang mit einer bestehenden Harninkontinenz, z.B. Inkontinenzsysteme (kleine Vorlagen, große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhose mit Klebestreifen oder Pants) sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch das Entleeren eines

Urinbeutels bei Dauerkatheter oder Urostoma. *Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Harninkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen.*

Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereit gelegt oder entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen.

Unselbständig: Beteiligung ist nicht möglich.

4.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma

Inkontinenzsysteme, Analtampons, Stomabeutel sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. *Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Stuhlinkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen.*

Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereit gelegt und entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen, z.B. Mithilfe beim Wechsel eines Stomabeutels. Bei Vorliegen einer Stuhlinkontinenz sind Ressourcen beim Wechsel des Inkontinenzmaterials eher selten.

Unselbständig: Beteiligung ist nicht möglich.

4.13 Veränderungen der Fähigkeit zur Selbstversorgung innerhalb der letzten Wochen und Monate

Es ist anzugeben, ob die Entwicklungstendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung zeigt oder ob keine Veränderung stattgefunden hat.

4.14 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?

Wenn Möglichkeiten gesehen werden, sind Mehrfachangaben möglich, z. B.

- durch Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- durch Optimierung der räumlichen Umgebung (z.B. Badezimmer)
- durch Hilfsmiteileinsatz bzw. dessen Optimierung
- durch andere Maßnahmen, und zwar:
- auch ohne Maßnahmen (Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf).

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul geht es vorrangig um die Einschätzung, ob die zu beurteilende Person spezifische krankheitsbedingte Anforderungen selbständig bewältigen kann. Dazu gehört insbesondere die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet sind. Die meisten der folgenden Behandlungsmaßnahmen können grundsätzlich von den betroffenen Personen selbständig durchgeführt werden (z.B. Einnehmen von Medikamenten, Arzt- oder Therapiebesuche oder Insulininjektionen). Auch aufwändigere Behandlungsmaßnahmen, die Fachwissen erfordern, wie die Versorgung eines Stomas oder das Einmalkatheterisieren, selbst das Absaugen, werden von einzelnen Betroffenen selbständig durchgeführt. Auch in diesem Kapitel ist also vorrangig zu prüfen, ob die Person diese Maßnahmen selbständig durchführen kann.

Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der Hilfe durch andere Personen dokumentiert (oftmals identisch mit der ärztlich angeordneten Häufigkeit). Wenn Hilfen seltener als einmal monatlich erforderlich sind, ist eine „0“ unter Monat einzutragen.

Unabhängig von allen anderen Angaben ist anzugeben, ob die einzelnen Aktivitäten nur vorübergehend (z.B. aufgrund einer akuten, möglicherweise auch länger anhaltenden Erkrankung) oder dauerhaft, d.h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate, erforderlich sind.

Auch Kinder sollten mit zunehmendem Alter nach und nach selbst (in Teilen) die Verantwortung im Umgang mit krankheits- und/oder therapiebedingten Anforderungen übernehmen. Allerdings sind die damit verbundenen Anforderungen extrem unterschiedlich ausgeprägt, ebenso wie die individuellen personalen Ressourcen, auf die das jeweilige Kind zurückgreifen kann. Es lässt sich beispielsweise nicht begründet festlegen, in welchem Alter ein Kind in der Lage sein muss, sich Insulin zu spritzen oder sich zu katheterisieren.

Zu erfassen ist der derzeitige Umfang der Hilfeleistungen, ggf. sind Schulungsmaßnahmen unter 5.18 zu empfehlen.

5.1 Medikation

Orale Medikation, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen und Medikamentenpflaster. Das Ausmaß der Hilfestellung kann von 1x wöchentlichen Stellen der Medikamente im Wochen dispenser bis zu mehrfach täglicher Einzelgabe differieren.

5.2 Injektionen s.c./i.m

Hier fallen vorrangig subkutane Injektionen Insulin/Heparin etc. an. Zu bewerten ist auch die Versorgung mit Medikamentenpumpen über einen subkutanen Zugang.

5.3 Versorgung intravenöser Zugänge

Hauptsächlich Port-Versorgung, meist fachpflegerisch erforderlich. In Bezug auf den Umgang mit intravenösen Zugängen ist auch die Kontrolle zur Vermeidung von Komplikationen

wie Verstopfung des Katheters zu berücksichtigen. Analog ist auch die Versorgung intrathekalen Zugänge hier zu erfassen.

5.4 Absaugen oder Sauerstoffgaben

Absaugen kann bei beatmeten und/oder tracheostomierten Patienten in sehr unterschiedlicher und wechselnder Häufigkeit notwendig sein. Es ist der durchschnittliche Bedarf anzugeben. Hier ist auch das An-/Ablegen von Sauerstoffbrillen oder analog auch von Atemmasken zur nächtlichen Druckbeatmung zu erfassen, einschließlich des Einstellens der Geräte.

5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen

Hier sind alle externen Anwendungen mit *ärztlich verordneten* Salben, Cremes, Emulsionen etc. abzubilden, außerdem Kälte- und Wärmeanwendungen, die z.B. bei rheumatischen Erkrankungen verordnet werden.

5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen

Umfasst Messungen wie z.B. Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Körpergewicht, Flüssigkeitshaushalt, soweit diese auf ärztliche Anordnung erfolgen. Es geht nicht nur darum, die Messung durchzuführen, sondern auch notwendige Schlüsse zu ziehen, etwa zur Festlegung der Insulindosis oder zur Notwendigkeit anderer Maßnahmen wie das Umstellen der Ernährung oder Aufsuchen eines Arztes. Dies gilt beispielsweise auch für Menschen mit erhöhtem Blutdruck, die zur Ergänzung der medikamentösen Therapie und einer Umstellung ihres Lebensstils regelmäßig Blutdruck und Puls kontrollieren.

5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln

Hierunter versteht man beispielsweise das An- und Ablegen von Prothesen, Orthesen, Brille, Hörgerät, orthopädischen Schuhen oder Kompressionsstrümpfen. Der Umgang mit Zahnprothesen bleibt außer Betracht, er ist in Modul 4 erfasst.

5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung

Beinhaltet die Versorgung sämtlicher Wunden, z.B. chronische Wunden wie Ulcus cruris oder Dekubitus.

5.9 Wundversorgung bei Stoma

Die Pflege künstlicher Öffnungen, wie Tracheostoma, PEG, suprapubischer Blasenkateter, Urostoma, Kolo- oder Ileostoma. Nach ärztlicher Verordnung werden die Stomata in unterschiedlichen Intervallen gereinigt, falls nötig mit einem Verband versorgt, beim Kolo- oder Ileostoma ist der Wechsel der Basisplatte, aber nicht der Beutelwechsel zu berücksichtigen.

5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung/Nutzung von Abführmethoden

Regelmäßige Einmalkatheterisierungen kommen insbesondere bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen vor. Mit Abführmethoden sind Anwendungen von Klistier, Einlauf, digitale Ausräumung gemeint.

5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

Bei vielen Erkrankungen werden aus einer Heilmitteltherapie heraus Anweisungen zu einem Eigenübungsprogramm gegeben, welches dauerhaft und regelmäßig durchgeführt werden soll, z.B. krankengymnastische Übungen, Atemübungen oder logopädische Übungen. Des Weiteren sind Maßnahmen zur Sekretelemination zu nennen oder (vor allem bei Kindern mit zentralen Bewegungsstörungen) die Durchführung spezifischer Therapien nach Bobath oder Vojta oder die Durchführung ambulanter Peritonealdialyse (CAPD).

5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung

Gemeint sind hier spezielle Therapiemaßnahmen wie Hämodialyse oder Beatmung, die im häuslichen Umfeld durchgeführt werden können, wenn ständige Überwachung während der Maßnahme durch geschulte Pflegepersonen gewährleistet ist. (Sitzwache)

5.13 Arztbesuche

Besuche beim niedergelassenen Hausarzt, Kinderarzt oder beim Facharzt zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken. Wenn Unterstützung auf dem Weg und/oder bei Arztbesuchen erforderlich ist, ist diese in durchschnittlicher Häufigkeit zu erfassen.

5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen

Hier ist das Aufsuchen anderer Therapeuten (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten etc.), von Krankenhäusern (ambulante Behandlung oder Diagnostik) oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu berücksichtigen. Sollte der Zeitaufwand bei der Nutzung dieser Einrichtungen (einschl. Fahrtzeiten) höher als drei Stunden liegen, so ist dies unter Punkt 5.14 zu berücksichtigen.

5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer/therapeutischer Einrichtungen

Bei manchen Erkrankungen kann es notwendig sein, spezialisierte Einrichtungen aufzusuchen, wodurch erhebliche Fahrtzeiten anfallen können. Auch kann es erforderlich sein, sich zeitaufwändiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen zu unterziehen (z.B. onkologische Behandlung bei Kindern oder Dialyse). Sollte der Zeitaufwand bei der Nutzung dieser Einrichtungen (einschl. Fahrtzeiten) unter drei Stunden liegen, so ist dies unter Punkt 5.13 zu berücksichtigen.

5.K Besuch einer Einrichtung zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)

5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften

Bei manchen Erkrankungen werden bestimmte Diäten verordnet oder andere Verhaltensvorschriften vom Arzt oder Therapeuten vorgegeben. Diese Vorschriften sind im Einzelnen zu benennen. Im Weiteren ist der Grad der Selbständigkeit bei der Umsetzung zu beurteilen.

5.17 Veränderungen im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen innerhalb der letzten 3 Monate

Folgende Antworten sind möglich:

- Verbesserung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen
- Verschlechterung der Bewältigung von Anforderungen/Belastungen

- Zunahme der Anforderungen oder Belastungen
- keine Veränderung
- nicht zu beurteilen.

5.18 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung der Fähigkeit, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen zu bewältigen?

Wenn Möglichkeiten gesehen werden, sind Mehrfachangaben möglich, z. B

- durch Information oder Beratung zur Verbesserung des *Wissens* um die bestehenden Erkrankungen und damit zusammenhängende Anforderungen (z.B. Krankheitssymptome und adäquate Reaktionen auf eine veränderte Symptomatik)
- durch edukative Maßnahmen/Beratung zum *Umgang mit therapiebedingten Anforderungen* (z.B. Medikamenteneinnahme, Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften)
- durch Anleitung bzw. Vermittlung von *Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln* und medizinischen Geräten.

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

6.1 Den Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen

Nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben den Tagesablauf einteilen und bewusst gestalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten planen und ggf. an äußere Veränderungen anpassen. Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Zu beurteilen ist, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten sie im Laufe des Tages durchführen möchte, z.B. wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist. Der Gutachter kann dies prüfen, indem er sich z.B. den bisherigen oder künftigen Tagesablauf schildern lässt.

Kinder sind in einen Tagesablauf eingebunden, der in erheblichem Maße durch die Eltern und (je nach Alter) durch feste Kindergarten-/oder Schulzeiten vorgegeben wird. Eine vollständig eigenständige Gestaltung des Tagesablaufes ist in der Regel nicht gegeben. Geprüft wird das Bewusstsein für Tagesstrukturen und -routinen, das bereits im Kleinkind- und Vorschulalter ausgebildet wird.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann sich bei vorgegebener Tagesstruktur an Zeiten halten, es reichen Erinnerungshilfen an einzelne vereinbarte Termine oder Orientierungshilfen, z.B. durch Anstellen von Radio oder Fernsehapparat zu regelmäßigen Sendungen, z.B. Tagesschau oder Kindersendungen. Die Routineabläufe können weitgehend selbständig gestaltet werden, bei ungewohnten Veränderungen ist Unterstützung notwendig.

Überwiegend unselbständig: Die Person benötigt Hilfe beim Planen des Tagesablaufs. Sie ist aber in der Lage, Zustimmung oder Ablehnung zu Strukturierungsangeboten zu signalisieren. Sie kann eigene Planungen häufig nicht einhalten, da diese wieder vergessen werden. Deshalb ist über den ganzen Tag hinweg eine Erinnerung bzw. Aufforderung erforderlich.

Unselbständig: Mitwirkung an der Tagesstrukturierung oder Orientierung an vorgegebenen Strukturen ist nicht möglich,

6.2 Ruhen und Schlafen

Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen, die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, sich ausruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person benötigt ggf. zeitliche Orientierungshilfen beim Wecken oder Aufforderung schlafen zu gehen, einzelne Hilfen wie z.B. Abdunkeln des Schlafraumes oder Hilfe beim Aufstehen oder Zu-Bett-Gehen. Die Nachtruhe ist meist ungestört, nur gelegentlich entsteht nachts ein Hilfebedarf.

Überwiegend unselbständig: Es treten *regelmäßig* Einschlafprobleme und/oder nächtliche Unruhe auf, die die Person größtenteils nicht allein bewältigen kann. Deshalb sind regelmäßige Einschlafrituale und beruhigende Ansprache des Nachts erforderlich.

Unselbständig: Die Person verfügt über keinen oder einen verkehrten Schlaf-Wach-Rhythmus. Dies gilt u.a. für mobile gerontopsychiatrisch erkrankte Personen und auch für Menschen, die keinerlei Aktivitäten ausüben, z.B. im Wachkoma.

6.3 Sich beschäftigen

Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. „Verfügbare Zeit“ ist in diesem Zusammenhang definiert als Zeit, die nicht durch Notwendigkeiten wie Ruhen/Schlafen, Essen, Mahlzeitenzubereitung, Körperpflege, Schule, Arbeit etc. gebunden ist („freie“ Zeit).

Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen und/oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und durchzuführen (z.B. *auch Spielen allein oder mit anderen Kindern*, Handarbeiten, Basteln, Bücher, Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer).

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Es ist nur in geringem Maße Hilfe erforderlich, z.B. Erinnerung an gewohnte Aktivitäten, Motivation, Zurechtlegen und Richten von Gegenständen (z.B.: Utensi-

lien wie Bastelmaterial, Fernbedienung, Kopfhörer o.ä.) oder Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (Vorschläge unterbreiten).

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich unter Anleitung geringfügig an der Entscheidungsfindung beteiligen, z.B. durch Zustimmung oder Ablehnung. Sie beteiligt sich an angebotenen Beschäftigungen, kann diese aber in der Regel nicht ohne kontinuierliche Begleitung beibehalten.

Unselbständig: Die Person kann an der Entscheidung nicht nennenswert mitwirken. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen, beteiligt sich nicht nennenswert an angebotenen Beschäftigungen.

6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Längere Zeitabschnitte überschauen und über den Tag hinaus planen. Dies kann beispielsweise anhand der Frage beurteilt werden, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfeste bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, z. B. vorgegebene Strukturen wie Wochen- oder Monatspläne nachvollzogen werden können.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person nimmt sich etwas vor, muss aber erinnert werden, dies auch durchzuführen.

Überwiegend unselbständig: Die Person plant von sich aus nicht, entscheidet aber mit Unterstützung durch andere Personen. Sie muss an die Umsetzung der eigenen Entscheidungen erinnert werden.

Unselbständig: Die Person verfügt nicht über Zeitvorstellungen für Planungen über den Tag hinaus, auch bei Vorgabe von Auswahloptionen wird weder Zustimmung noch Ablehnung signalisiert.

6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

Überwiegend selbständig: Umgang mit bekannten Personen erfolgt selbständig, zur Kontaktaufnahme mit Fremden ist Anstoß erforderlich. Z.B. Anregung, zu einem neuen Mitbewohner Kontakt aufzunehmen.

Überwiegend unselbständig: Die Person ergreift von sich aus kaum Initiative, reagiert aber auf Ansprache. Sie nimmt dabei nicht verbal Kontakt auf, aber deutlich erkennbar durch andere Formen der Kommunikation (Blickkontakt, Mimik/Gestik).

Unselbständig: Person reagiert kaum auf Ansprache. Auch nonverbale Kontaktversuche (z.B. Berührungen) führen zu keiner nennenswerten Reaktion.

6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn gestalten (aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen). Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit einfachen technischen Kommunikationsmitteln wie Telefon umgehen zu können (Besuche verabreden oder Telefon- oder Brief- oder Mail-Kontakte).

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann planen, braucht aber Hilfe beim Umsetzen wie z.B. Erinnerungszettel bereitlegen oder Telefonnummern mit Namen (ggf. mit Bild) versehen, Erinnern und Nachfragen, ob Kontakt hergestellt wurde, oder Erinnern an Terminabsprachen. Pflegeperson wählt die Telefonnummer, die Person führt dann das Gespräch. Oder die Person beauftragt die Pflegeperson, ein Treffen mit Freunden/Bekanntem zu verabreden.

Überwiegend unselbständig: Die Kontaktgestaltung der Person ist eher reaktiv. Sie sucht von sich aus kaum Kontakt, wirkt aber mit, wenn beispielsweise die Pflegeperson die Initiative ergreift. Ein Kind freut sich über Kontakt zu anderen Kindern, Spiele finden allerdings noch nicht gemeinsam sondern nebeneinander her statt.

Unselbständig: Die Person nimmt keinen Kontakt auf und reagiert nicht auf Anregungen zur Kontaktaufnahme.

7. Außerhäusliche Aktivitäten

Fortbewegen im außerhäuslichen Bereich

Hier sind sowohl die motorischen Fähigkeiten als auch die örtliche Orientierungsfähigkeit sowie Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen.

7.1 Verlassen der Wohnung/des Wohnbereichs

Die Fähigkeit, den konkreten individuellen Wohnbereich verlassen zu können, also von den Wohnräumen bis vor das Haus gelangen zu können. Unterschieden werden die Ausprägungsgrade

- selbständig (ohne Begleitung)
- überwiegend selbständig - punktuelle personelle Hilfe erforderlich z.B. beim Überwinden von Treppenstufen, Bereitstellen eines Rollstuhls, Öffnen der Türe, Bedienen eines Fahrstuhles oder Treppenliftes erforderlich.
- (überwiegend) unselbständig, aber mit Unterstützung *einer* Person möglich
- (überwiegend) unselbständig, nur mit Unterstützung von *mindestens zwei Personen* möglich

7.2 Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl)

Die Fähigkeit, sich in einem Bewegungsradius von ca. 500 m sicher und zielgerichtet zu bewegen. Gemeint ist der Umkreis der von den meisten Menschen üblicherweise zu Fuß bewältigt wird, z.B. für kurze Spaziergänge an der frischen Luft oder um Nachbarn, Bäcker etc. aufzusuchen. Die Person kann dabei ein Hilfsmittel (z.B. Stock, Rollator, Rollstuhl) benutzen. Unterschieden werden die Ausprägungen:

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

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Nahverkehr)

In einen Bus oder eine Straßenbahn einsteigen und an der richtigen Haltestelle wieder aussteigen (Nahverkehr). Vorgegeben sind die Ausprägungen:

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

7.4 Mitfahren in einem PKW/Taxi

Ein- und Aussteigen in einen PKW und Selbständigkeit während der Fahrt. Die Beaufsichtigung während der Fahrt aus Sicherheitsgründen ist zu berücksichtigen. Schließt die Benutzung eines Taxis ein, allerdings soll die Frage, ob jemand telefonisch ein Taxi ordern kann oder nicht, bei der Bewertung unberücksichtigt bleiben. Ausprägungen:

- selbständig
- benötigt nur Hilfe beim Ein- und Aussteigen (Hilfsperson zusätzlich zum Fahrer während der Fahrt ist nicht erforderlich)
- benötigt Hilfsperson (auch) während der Fahrt mit dem PKW/Taxi (zusätzlich zum Fahrer)
- Fahren in einem PKW/Taxi ist nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig.

Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)

Hier ist nur die selbständige *Teilnahme* an außerhäuslichen Aktivitäten zu berücksichtigen. Zur Einschätzung wird eine modifizierte und vereinfachte Fassung der Selbständigkeitsskala verwendet:

Teilnahme selbständig möglich: Die Person kann ohne Begleitung an außerhäuslichen Aktivitäten teilnehmen.

Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich: Die Person benötigt zur Teilnahme an einer Aktivität und ggf. auch während der Aktivität eine Begleitperson.

Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich.

Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht bzw. nicht erforderlich): Wenn außerhäusliche Aktivitäten nicht stattfinden, aber gewünscht werden, ist zu bewerten, ob eine solche Aktivität mit personeller Hilfe möglich wäre.

7.5 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

Hier geht es um die Teilnahme an Veranstaltungen, bei denen in der Regel eine größere Anzahl an Personen versammelt ist. Dazu gehören beispielsweise Veranstaltungen wie Theater, Konzert, Gottesdienst oder Sportveranstaltungen. Zur Teilnahme gehört die Fähigkeit, sich längere Zeit selbständig oder in Begleitung in einer größeren Ansammlung von Menschen aufhalten zu können.

7.6 Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagespflege

Hierbei geht es um Lebensbereiche, die der Bildung, Arbeit und Beschäftigung dienen. Bei einigen dieser Aktivitäten übernehmen in der Regel andere Betreuungspersonen in den entsprechenden Einrichtungen beaufsichtigende und ggf. steuernde Funktionen.

Solche Aktivitäten kommen nur bei bestimmten Personen vor, daher ist die 4. Ausprägung ergänzt um „nicht erforderlich“.

Aktivität kommt nicht vor (nicht gewünscht bzw. nicht erforderlich).

7.7 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Damit sind soziale Aktivitäten außerhalb des engeren Familienkreises gemeint. Hierunter fallen Besuche bei Freunden oder Verwandten, Treffen mit anderen Kindern auf dem Spielplatz sowie die Teilnahme an Sitzungen in Vereinen, politischen Parteien oder Selbsthilfegruppen.

8. Haushaltsführung

Das Modul Haushaltsführung entfällt bei Kindern.

8.1 Einkaufen für den täglichen Bedarf

Einkäufe für den täglichen Bedarf (z.B. Lebensmittel, Hygieneartikel, Zeitung) tätigen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität noch überwiegend selbständig durchführen, wenn z.B. ein Einkaufszettel erstellt oder bei der Erstellung geholfen wird. Überwiegend selbständig ist auch eine Person, die lediglich Hilfe beim Tragen schwerer Einkäufe in die Wohnung benötigt.

Überwiegend unselbständig: Es ist beispielsweise Begleitung und Beratung bei Einkäufen erforderlich oder größere Einkäufe müssen übernommen werden, Brötchen/Zeitung kann noch selbst besorgt werden. Oder die Person kann zwar selber nichts aus den Regalen nehmen, gibt aber Anweisungen, was eingekauft werden soll.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.2 Zubereitung einfacher Mahlzeiten

Vorbereitete Speisen erwärmen können, je nach individuellen Gegebenheiten auf dem Herd, im Backofen oder in der Mikrowelle oder nach individuellen Gewohnheiten einfache Mahlzeiten zubereiten. Dies umfasst die Zubereitung eines Heißgetränkes oder kleiner Speisen wie z.B. eines Spiegeleies. Ebenso sind das Entnehmen der Speisen aus Aufbewahrungsort und -behältnis sowie das Belegen von Brotscheiben oder Brötchen, Zerkleinern von Obst, Öffnen von Joghurtbechern und Konserven zu berücksichtigen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität noch überwiegend selbständig durchführen, wenn zeitliche Orientierungshilfen oder schriftliche Anweisungen gegeben werden oder aus Sicherheitsgründen beobachtet wird, ob der Herd wieder ausgeschaltet oder korrekt mit der Kaffeemaschine umgegangen wird.

Überwiegend unselbständig: Personelle Hilfe ist z.B. erforderlich bei der Zubereitung aller heißen Speisen und Getränke, die Person kann aber noch ein Brot belegen.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.3 Einfache (leichte) Aufräum- und Reinigungsarbeiten

Einfache und körperlich leichte Haushaltstätigkeiten, wie z.B. Tisch decken/abräumen, spülen, Spülmaschine nutzen, Wäsche falten, Staub wischen. Für die Bewertung ist unerheblich, ob diese Tätigkeiten von Pflegepersonen oder Einrichtungen übernommen werden.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person muss z.B. erinnert werden, bzw. es muss kontrolliert werden, ob die genannten Tätigkeiten auch wirklich durchgeführt wurden und ggf. muss eine Aufforderung zur Vervollständigung gegeben werden.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich beteiligen. Einzelne Aspekte wie beispielsweise Tisch decken oder das Ausräumen der Spülmaschine können unter ständiger Anleitung noch durchgeführt werden

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.4 Aufwändige (schwere) Aufräum- und Reinigungsarbeiten

Aufwändige Haushaltstätigkeiten, wie z.B. Böden wischen, Staubsaugen, Fenster putzen, Wäsche waschen, Bett beziehen, Müll entsorgen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person muss z.B. erinnert werden, bzw. es muss kontrolliert werden, ob die genannten Tätigkeiten auch wirklich durchgeführt wurden und ggf. muss eine Aufforderung zur Vervollständigung gegeben werden.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich bei einzelnen Aspekten wie beispielsweise der Entsorgung von Mülltüten beteiligen, benötigt dafür aber ständiger Anleitung.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.5 Nutzung von Dienstleistungen

Pflegerische oder haushaltsnahe Dienstleistungen (wie Pflegedienst, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Wäscherei, Handwerker, Friseur oder Fußpflege) organisieren und zu steuern.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität noch überwiegend selbständig durchführen, sie muss aber gelegentlich erinnert werden, bzw. es muss kontrolliert werden, ob geplante Telefonate auch durchgeführt wurden.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich beispielsweise an Entscheidungen beteiligen, die Umsetzung aber nicht mehr selbst organisieren.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.6 Regelung finanzieller Angelegenheiten

Alltägliche finanzielle Angelegenheiten erledigen (z.B. Führen eines Girokontos, Mietzahlungen vornehmen) oder entscheiden, ob z.B. genügend Bargeld im Hause ist, eine Rechnung bezahlt werden muss und ggf. die dazu notwendigen Schritte einzuleiten oder durchzuführen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person ist in der Lage, über finanzielle Angelegenheiten zu entscheiden, muss aber andere mit der Ausführung beauftragen oder sie benötigt vermehrt Erklärungen, entscheidet danach aber selbst.

Überwiegend unselbständig: Die Person entscheidet nur noch selten selbständig.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

8.7 Regelung von Behördenangelegenheiten

Gemeint ist der Umgang mit staatlichen und kommunalen Behörden sowie Sozialversicherungsträgern. Hierzu gehört z.B. auch die Entscheidung, ob ein Antrag gestellt oder ein Behördenbrief beantwortet werden muss, und ggf. die Einleitung notwendiger Schritte.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person ist in der Lage, über Behördenangelegenheiten zu entscheiden, benötigt aber Hilfe z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten oder sie benötigt vermehrt Erklärungen, entscheidet danach aber selbst.

Überwiegend unselbständig: Die Person entscheidet nur noch selten selbständig.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

Präventionsbedarf

Eine standardisierte Erfassung erfolgt hier mit einer dreistufigen Skala:

0 = Risiko besteht nicht bzw. ist noch nicht aufgetreten

1 = Risiko besteht

2 = Risiko besteht und erfordert umgehende Maßnahmen

Es werden die folgenden sieben Bereiche erfasst:

C.1 Sturzrisiko

Die Risikofaktoren für Stürze werden unterteilt in intrinsische Faktoren, zu denen Funktionseinbußen und –beeinträchtigungen, Sehbeeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Kognition und Stimmung, Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen, Ausscheidungsverhalten, Angst vor Stürzen und Sturzvorgeschichte gehören und extrinsische Risikofaktoren wie die Verwendung von Hilfsmitteln, Schuhen, Medikamenten, umgebungsbezogene Gefahren wie Beleuchtung, Bodenbeschaffenheit, Stolperfallen und mangelnde Haltemöglichkeiten.

C.2 Dekubitusrisiko

Im Rahmen der Begutachtung soll das Risiko für die Entstehung eines Dekubitus ohne eine entsprechende Skala, sondern allein aufgrund der bekannten Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus eingeschätzt werden. Ein Dekubitus entsteht durch den Zusammenhang von Druck, der auf eine Körperstelle ausgeübt wird, und Zeitspanne, über die der Druck ausgeübt wird. Hauptrisikofaktor ist daher die beeinträchtigte Mobilität, die dazu führt, dass ein Mensch nicht aus eigener Kraft für eine Druckentlastung sorgen kann. Als weitere Risikofaktoren wurden identifiziert: Einschränkungen des Körperempfindens, durch die die Entstehung eines Dekubitus nicht wahrgenommen werden kann, der Ernährungs- und Hautzustand sowie das Wirken von Reibungs- und Scherkräften, bei denen Teile der Haut in jeweils unterschiedliche Richtungen bewegt werden (wie z.B. wenn jemand im Bett hochgezogen wird).

C.3 Dehydrationsrisiko

Für die Einschätzung des Dehydrationsrisikos sind das Durstempfinden, die Trinkgewohnheiten, vermehrte Flüssigkeitsausscheidung über Blase, Darm oder vermehrtes Schwitzen zu beachten. Zudem sind Anzeichen wie trockene Schleimhäute und verminderter Hautturgor zu beachten.

C.4 Anzeichen für Mangelernährung

Für eine Grobeinschätzung der Ernährungssituation werden üblicherweise der Body-Mass-Index (BMI), Veränderungen des Körpergewichts, Veränderungen der Nahrungsmenge und des Nahrungsbedarfs ermittelt. Weitere Risiken für eine adäquate Nahrungs- und Flüssig-

keitsaufnahme sind gesundheitliche oder funktionelle Beeinträchtigungen wie Schluckstörungen, Kaustörungen, Funktionseinschränkungen der Hände und Arme sowie kognitive Beeinträchtigungen, die größtenteils in der Anamnese- und Befunderhebung erfragt werden.

C.5 Anzeichen für Alkohol-/Drogenmissbrauch

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

C.6 Probleme in der Medikamentenversorgung

Probleme in der Medikamentenversorgung gehen mit verschiedenen Risiken einher. So kann es zur Beeinträchtigung therapeutischer Ziele beitragen, wenn verschriebene Medikamente nicht in der richtigen Dosierung zur richtigen Zeit eingenommen werden. Ebenso bestehen Gefahren bei der Einnahme von Medikamenten in zu hoher Dosierung und letztlich kann es auch in der Interaktion verschiedener Medikamente zu chemischen Reaktionen mit Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand kommen.

C.7 Krankheitsbezogene Risiken, die näher spezifiziert werden müssen

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

Ergebnisse und Empfehlungen

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

D.1 Präventive Maßnahmen

Aus den Ergebnissen des Punktes C können sich Hinweise auf präventive Maßnahmen ergeben, die hier näher zu erläutern sind.

D.2 Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit

Dazu gehören:

- erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2),
- problematische Verhaltensweisen (Modul 3),
- geringe körperliche Belastbarkeit,
- fehlende Motivation und
- ggf. andere Faktoren (z.B. anstehende Operation).

Diese Hinweise können gegen eine Rehabilitation sprechen, jedoch ist keiner der genannten Gründe ein generelles Kriterium, welches eine Rehabilitationsleistung ausschließt.

D.3 Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

Erst aus einer Gesamtbetrachtung kann der Gutachter Empfehlungen ableiten. Auf der Grundlage der Einschätzungsergebnisse ist zu beurteilen, ob ein Verbesserungspotenzial und ggf. ein Rehabilitationsbedarf besteht, ob das individuelle Zustands- und 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. Nur wenn über die kurative Behandlung hinaus der multidimensionale interdisziplinäre Ansatz der Rehabilitation erforderlich und erfolgversprechend ist, sind Rehabilitationsmaßnahmen zu empfehlen.

Kann eine Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen werden, so sind diese zu konkretisieren und zu erläutern. Es sind folgende Empfehlungen möglich für eine:

- ambulante indikationsspezifische Rehabilitation
- stationäre indikationsspezifische Rehabilitation
- ambulante geriatrische Rehabilitation
- stationäre geriatrische Rehabilitation

Weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit wird empfohlen:

Kann auch im Konsil zwischen pflegefachlichen und ärztlichen Gutachtern nicht abschließend über die Rehabilitationsbedürftigkeit entschieden werden, so ist anzugeben, welche Schritte zur weiteren Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit einzuleiten sind, z.B. Anforderung fehlender Unterlagen oder Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.

Einleitung von Maßnahmen wird nicht empfohlen:

Folgende Begründungen können vorliegen:

- keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar
- Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ist ausreichend
- Wirkung einer gerade abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme sollte abgewartet werden
- andere Maßnahmen sind ausreichend, diese sind unter D.4 – D.7 zu erläutern
- andere Gründe

D.4 – D.7 Andere Empfehlungen

In diesem Abschnitt sollen bei Bedarf Empfehlungen zu folgenden Punkten formuliert werden:

- Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung
- Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen im Wohnumfeld
- Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation
- Sonstige Empfehlungen

Ergänzend ist auf folgende Punkte hinzuweisen, die dem bisherigen Begutachtungsverfahren entsprechen und nach der derzeit gültigen Begutachtungs-Richtlinie zu bearbeiten sind:

- Pflegeaufwand der Pflegepersonen (wöchentlich)
- Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?
- Ist vollstationäre Pflege erforderlich?
- Prognose/Wiederholungsbegutachtung

D. Schulungskonzept für die Gutachter in der Erprobungsphase

Gliederung der Schulung:

1. Selbststudium im Vorfeld übersandter Unterlagen (s. Materialien)
2. eine halb- oder ganztägige Schulung in Gruppen
3. „Zertifikatserwerb“ nach korrekter Bewertung von 3 Musterfällen.

Schulungsmaterialien:

Begutachtungsmanual, Erhebungsbogen, 3 Musterfälle

Notwendige Qualifikation

Die Konzeption des Begutachtungsinstrumentes erfordert es, dass die Teilnehmer über eine Qualifikation als anerkannte Pflegefachkraft oder Arzt und eine mehrjährige praktische Berufserfahrung sowie über nachgewiesene sozialmedizinische Kenntnisse verfügen. Zusätzlich ist eine ausreichende Kenntnis der aktuellen Regelungen des Pflegegesetzes erforderlich.

Allgemeine Konzeption:

Die Schulung beginnt mit einem Selbststudium der Schulungsunterlagen (**Teil 1**). Hieran schließt sich eine praktische halb- oder ganztägige Gruppenschulung für das Begutachtungsinstrument mit allgemeinen sowie speziellen Erläuterungen und der Erörterung zahlreicher Fallbeispiele an. Da eine sachgerechte und qualifizierte Anwendung des Instrumentes das zuvor skizzierte Qualifikationsprofil erfordert, muss im Rahmen der Erprobungsstudie bei der Gruppenschulung (**Teil 2A**) davon ausgegangen werden, dass alle Teilnehmer bereits mit den Modalitäten und der praktischen Durchführung und Erhebung einer Krankheits- und Pflegeanamnese beziehungsweise einer pflegebezogenen Informationssammlung und Befunderhebung im Sinne des Pflegegesetzes hinreichend vertraut sind. Für Gutachter, die bereits regelmäßig selbständig Pflegegutachten erstellen, ist eine halbtägige Schulung ausreichend.

Für Teilnehmer, die noch keine Pflegebegutachtung durchgeführt haben, ist zur Einführung eine ganztägige Schulung erforderlich. Sie unterscheidet sich vom Teil 2A dadurch, dass hier der Punkt 3 der nachfolgend dargelegten Schulungsinhalte nicht nur „synoptisch/wiederholend“ sondern ausführlich und intensiv inklusive aktueller Fallbeispiele geschult wird. Im Anschluss an den Schulungstag sind die ersten Begutachtungen unter Anleitung eines Tutors durchzuführen. (*Die Einarbeitungskonzepte für neue Pflegegutachter umfassen eine Lernphase von mehreren Monaten.*)

Teil 2 umfasst die folgenden Schulungsinhalte:

1. Vorstellung der Begutachtungsphilosophie
2. Konzeption des Begutachtungsverfahrens und des Instrumentes
3. Informationssammlung und Befunderhebung in der Pflegebegutachtung,
4. Grundsätzliche Unterschiede zwischen altem und neuen Verfahren

5. Vorstellung des neuen Gutachtenformulars
6. Spezielle Erläuterung des Erhebungsbogens und der Module sowie des Manuals anhand von vielfältigen konkreten Beispielen aus der Begutachtungspraxis, ggf. auch anhand von Beispielen in Kleingruppen
7. Klärung und Beantwortung verbliebener Fragen

Die Schulung endet (**Teil 3**) durch die praktische Bearbeitung von **3 Musterfällen**, anhand derer die korrekte Anwendung des Instrumentes durch den jeweiligen Teilnehmer geprüft wird. Dies kann „klassisch“ (Papierversion) oder via Internet (z. B. Homepage einer der Projektpartner) erfolgen. Durch den individuellen Nachweis einer korrekten Anwendung des Begutachtungsinstrumentes im Rahmen der drei Fallbeispiele erwerben die Teilnehmer ein Zertifikat.

Schulungsschwerpunkte

In Bezug auf die Bewertungssystematik des neuen Begutachtungsinstrumentes ist es besonders wichtig, den Gutachtern im Rahmen der Schulung ein grundlegendes Verständnis für die dem Assessment zugrunde liegende Begutachtungsphilosophie zu vermitteln. Ebenso ist es notwendig, nicht nur innerhalb der Studie der Hauptphase 2 des Modellprojektes, den Gutachtern bei einer Einführung in dieses Begutachtungsverfahren die wesentlichen Unterschiede zum bisherigen Verfahren aufzuzeigen. Die wichtigsten Veränderungen betreffen hier das „eigentliche“ Assessment zur Erfassung der individuellen Pflegebedürftigkeit.

Es ist allerdings ebenso erforderlich den Gutachtern zu vermitteln, dass grundlegende Bereiche des bisherigen Verfahrens weiterhin unverzichtbar sind, wie die Informationssammlung und Anamneseerhebung, die Begehung des Wohnumfeldes, die Sichtung und Auswertung vorliegender medizinischer Unterlagen und der Pflegedokumentation sowie die Untersuchung des Antragstellers durch den Gutachter und der abschließende Empfehlungsteil. Insbesondere für die erfahrenen Pflegegutachter wird in dieser Schulung der Schwerpunkt auf die korrekte und einheitliche Durchführung des neuen Bewertungsinstrumentes gelegt werden.

Unterschiede zum bisherigen Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Das neue Instrument erlaubt eine *umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit*. Die gutachterliche Erhebung mit dem neuen Instrument geht somit über den Hilfebedarf bei den bislang abschließend definierten Alltagsverrichtungen deutlich hinaus. Der bisher ausgeklammerte persönliche Hilfebedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung wird einbezogen. Deshalb ist es wichtig in der Schulung vor allem die folgenden Inhalte ebenso wie Unterschiede zum bisherigen Verfahren zu vermitteln:

Das neue Begutachtungsinstrument erfasst sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitive/psychische Einbußen sowie Verhaltensauffälligkeiten, aus denen ein spezifischer individueller Unterstützungsbedarf resultiert und/oder die für die alltägliche Durchführung der Pflege ein erhebliches Erschwernis darstellen können. Hierbei ist nun auch die Teilnahme an

sozialen, kulturellen und weiteren außerhäuslichen Aktivitäten zu berücksichtigen, sodass diese Aktivitäten bei der Anamneseerhebung und Informationssammlung mit einzubeziehen sind. Es soll deshalb bereits am Anfang der Schulung aufgezeigt werden, dass im Unterschied zum bisherigen Begutachtungsverfahren der Bemessungsmaßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nun nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern allein **der Grad der Selbständigkeit** bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen ist und dass die Gutachter sich somit zukünftig davon lösen müssen, Hilfeleistungen nach Häufigkeit und Zeitumfang zu bemessen.

Ebenso ist es wichtig den Gutachtern bereits zu diesem Zeitpunkt zu vermitteln, dass es hierbei unerheblich ist, ob einzelne Aktivitäten tatsächlich vorkommen und dass allein bewertet werden soll, ob oder in welchem Umfang eine Person eine Aktivität selbständig durchführen könnte. Es ist aufzuzeigen, dass die Begutachtung auf die Erkennung von Selbständigkeitseinbußen hinzielt und dass Kontextfaktoren, beispielsweise besondere individuelle Wohnumfeldbedingungen oder Lebensgewohnheiten, hierbei in den Hintergrund treten.

Die Gutachter sollen lernen, dass Selbständigkeit hier definiert ist als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung durch andere *Personen*, durchzuführen und dass es ohne Bedeutung ist, ob hierzu Hilfsmittel verwendet werden müssen. Als selbständig gilt eine Person somit auch, wenn sie die jeweilige Handlung bzw. Aktivität unter Nutzung von Hilfsmitteln ohne eine Hilfe durch andere Personen durchführen kann. Zu bewerten ist also, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität *praktisch* durchführen kann. In der Regel sind dazu nicht nur motorische Funktionen, sondern auch kognitive Fähigkeiten erforderlich.

Bewertungssystematik

Im praktischen Schulungsteil soll den Teilnehmern insbesondere aufgezeigt werden, wie mit dem neuen Verfahren die Selbständigkeit in mehreren Modulen mittels der folgenden vierstufigen Skalen bewertet wird. Die erste Skala umfasst die Ausprägungen:

- 0** – selbständig
- 1** – überwiegend selbständig
- 2** – überwiegend unselbständig
- 3** – unselbständig.

Bei der Anwendung dieser Skala soll der Gutachter lernen, immer erst auf der Grundlage seiner anamnestischen Erhebungen und seiner persönlichen Untersuchungen anhand der konkreten Frage zu beurteilen, ob die begutachtete Person

- 0** - die gesamte Aktivität selbständig
- 1** - den größten Teil der Aktivität durchführen kann
- 2** - ob sie sich nur noch mit einem geringen Anteil an der Aktivität beteiligen kann
- 3** - keinen nennenswerten Anteil mehr an der Aktivität einbringen kann.

Er soll vermittelt bekommen, dass nur, wenn die Beurteilung dieser Frage mit Unsicherheit verbunden ist, das heißt, die Fähigkeiten der begutachteten Person primär keiner der genannten Graduierungen eindeutig zugeordnet werden können, diese Einschätzung in einem

zweiten Schritt anhand der im Einzelfall erforderlichen Form der Unterstützung oder durch einen Abgleich mit den beispielhaften Erläuterungen im Begutachtungsmニュアル vorgenommen werden soll. In Bezug auf diese Systematik ist es wichtig, dass die Gutachter ebenfalls ein Verständnis dafür entwickeln, dass in allen Fällen, in denen auch dann keine eindeutige Zuordnung möglich ist, die Graduierung mit dem geringeren Selbständigkeitsniveau beziehungsweise dem höheren Hilfebedarf zu wählen ist.

Module und Lebensbereiche

In diesem Teil der Schulung werden anhand des Begutachtungsmニュアル und des Erhebungsbogens die Module und ihre Items näher erläutert. Hierbei soll insbesondere vermittelt werden, dass für die einzelnen Module nur exemplarische elementare Aktivitäten ausgewählt wurden, denen für den jeweiligen Bereich eine besondere Bedeutung im Hinblick auf die individuelle Selbständigkeit zukommt und dass eine Erfassung sämtlicher hier vorkommender Aktivitäten nicht gewollt und entbehrlich ist, da eine Aufsummierung von Pflegezeiten zur Bemessung der Pflegestufe entfällt. Hierzu findet sich im Begutachtungsmニュアル für jedes Item eine allgemeine Definition, anhand derer der Gutachter seine Bewertung vorzunehmen hat. Die angefügten Erläuterungen zu den jeweiligen Ausprägungsgraden sind hierbei sämtlich nur Beispiele, die nicht in jedem Einzelfall Anwendung finden können. Im Rahmen der Schulung werden hierzu verschiedene Fallkonstellationen erarbeitet.

In Bezug auf das Verständnis der Bewertungssystematik ist es wichtig, dass die Gutachter im Rahmen der Schulung insbesondere für die folgenden Besonderheiten der einzelnen Module sensibilisiert werden:

1. Mobilität

Bei diesem Modul ist im Gegensatz zu den meisten anderen Modulen bei der *innerhäuslichen Mobilität* **nur die motorische Funktionsfähigkeit** bei der Bemessung der Selbständigkeit zu berücksichtigen.

Demgegenüber müssen bei der außerhäuslichen Mobilität im Modul 7 **auch Sicherheitsaspekte** und die **räumliche Orientierung** vom Gutachter berücksichtigt werden.

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul werden keine Aktivitäten sondern geistige Funktionen beurteilt, weshalb eine andere Bewertungsskala genutzt wird. Diese misst ebenfalls vierstufig die Ausprägung der Beeinträchtigung der jeweils genannten Funktion:

Die Fähigkeit ist

- 0** – vorhanden/unbeeinträchtigt
- 1** – größtenteils vorhanden
- 2** – in geringem Maße vorhanden
- 3** – nicht vorhanden

Da es unmöglich ist zu allen kognitiven Fähigkeiten allgemein gültige Beispiele für alle Merkmalsausprägungen zu finden, hat sich der Gutachter hier in seiner Beurteilung an der Lebenswelt der begutachteten Person zu orientieren und hierbei dieser die Handlungen,

Entscheidungen oder Informationen zugrunde legen, die Bestandteil des Alltagslebens der jeweiligen Person sind oder waren. Dies wird anhand von Fallbeispielen erläutert.

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Die Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen wird in diesem Modul mit einer weiteren vierstufigen Skala erfasst. Sie besitzt die nachfolgenden Merkmalsausprägungen, deren Anwendung an Beispielen eingeübt wird:

0 – nie

1 – selten, d.h. maximal 1x wöchentlich

2 – häufig, d.h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich

3 – täglich.

4. Selbstversorgung

Dieses Modul ist den Gutachtern aus dem bisherigen Verfahren bereits vertraut. Es ergeben sich hier im Vergleich aber dennoch gravierende Unterschiede, da nicht mehr Pflegezeiten, sondern nur noch *exemplarische Aktivitäten* und außerdem nun nicht mehr alle pflegerischen Handlungen erfasst werden. Einzelne Aktivitäten sind zusammengefasst worden, da anhand des Kämmens, Rasierens und Zähneputzens gleiche Fähigkeiten geprüft werden und es nicht mehr darauf ankommt, ob und in welchem Umfang diese Aktivitäten real vorkommen (Rasieren bei Frauen) oder welchen zeitlichen Umfang sie erfordern (Kämmen je nach individueller Frisur).

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen

In diesem Modul geht es vorrangig um die Einschätzung, ob eine Person spezifische krankheitsbedingte Anforderung selbständig bewältigen kann. Dazu ist zunächst zu prüfen, ob die jeweilige Maßnahme ärztlich verordnet ist. Nur wenn eine Person diese Maßnahmen nicht selbständig durchführen kann, ist die Häufigkeit der hierfür notwendigen Hilfe anzugeben. Die Liste dieser Maßnahmen ist nicht abschließend. Eventuell nicht aufgeführte Maßnahmen soll der Gutachter einem inhaltlich passenden Bereich zuordnen.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Dieses Modul bezieht sich bis auf das Item 6.2 „Ruhens und Schlafen“ auf Lebensbereiche, die bei der bisherigen Begutachtung weitgehend ausgeklammert waren. Wie im Modul 2 soll sich der Gutachter bei seiner Beurteilung hier an der Lebenswelt des Einzelnen orientieren. Es soll deshalb hierbei im Bereich der Tages- und Lebensgestaltung, der Beschäftigung und sozialen Kontakte nur diejenigen Aktivitäten zugrunde legen, die auch bisher schon zu den biografiebedingten Bestandteilen des Alltagslebens der jeweiligen Person gehören. Dies wird im Rahmen der Schulung ebenfalls anhand von Beispielen eingeübt.

7. Fortbewegen im außerhäuslichen Bereich und damit verbundene Aktivitäten

In diesem Bereich sind für die **Items 7.1 bis 7.4** sowohl die motorischen Fähigkeiten als auch die örtliche Orientierungsfähigkeit sowie die hiermit verbundenen Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen.

Demgegenüber erfolgt **in den weiteren Items** dieses Moduls eine Beurteilung ohne weitere Berücksichtigung der hiermit eventuell verbundenen Wegstrecken. Wie im Modul 2 und 6 hat der Gutachter sich bei der Beurteilung der im Modul genannten außerhäuslichen Aktivitäten

an der bisherigen Lebenswelt des Einzelnen zu orientieren. Dies wird gleichfalls anhand von Fallbeispielen erläutert.

8. Haushaltsführung

Dieser Bereich geht über die bisher berücksichtigte „Hauswirtschaftliche Versorgung“ hinaus. Es werden zusätzlich die Bereiche „Regelung von Dienstleistungen“, „finanziellen und behördlichen Angelegenheiten“ erfasst. Besonders zu schulen sind hier die Auswirkungen, die sich für die genannten Aktivitäten aus dem Zusammenspiel von motorischen und kognitiven Fähigkeiten beziehungsweise aus festgestellten hierbei konkret bestehenden Beeinträchtigungen ergeben können. Auch in diesem Modul geht es um die Fähigkeit des Betroffenen diese Aktivitäten grundsätzlich durchführen zu können, unabhängig davon, ob ihm diese Handlungen, beispielsweise durch die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung, real bereits abgenommen werden.

Erfassung des Risikoprofils

Die in diesem Modul erfassten Items wurden direkt oder indirekt im bisherigen Verfahren von den Gutachtern zwar bereits an unterschiedlichen Stellen bei ihrer Informationssammlung und Befunderhebung erfasst und bei Bedarf auch bewertet, wenn Sie für die Pflege- und Versorgungssituation relevant waren, bislang aber noch nicht regelhaft immer alle bewertet. Anhand von Fallbeispielen soll die Anwendung der neuen dreistufigen Skala zur systematischen Dokumentation präventionsrelevanter Aspekte und hieraus eventuell resultierender Empfehlungen oder Maßnahmen eingeübt werden.

Erfassung des Rehabilitationsbedarfs

Die positive Beurteilung beziehungsweise Empfehlungen zum Rehabilitationsbedarf waren bereits Bestandteil des alten Verfahrens. Das neue Instrument ermöglicht zu dieser Fragestellung nicht nur eine differenziertere Beurteilung und Bewertung, sondern verlangt im Modul 1 (Mobilität), Modul 2 (Kognition), Modul 4 (Selbstversorgung) und Modul 5 (Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) unter diesem Aspekt immer eine konkrete Stellungnahme des Gutachters zu möglichen Verbesserungen. Darüber hinaus ist der Gutachter im Modul 9 (Zusammenfassende Einschätzung der Verbesserungsmöglichkeiten und Empfehlungen) gezwungen eine explizite begründete Stellungnahme zur Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsbedürftigkeit sowie zu anderen Empfehlungen abzugeben. Die Möglichkeiten und Grenzen für eine sachgerechte Beurteilung des Rehabilitationsbedarfes im Rahmen der Pflegebegutachtung soll den Gutachtern sowohl allgemein als auch anhand konkreter Fallbeispiele vermittelt werden.

Besonderheiten bei Kindern

Die vorherigen Ausführungen zum Schulungskonzept gelten grundsätzlich auch für den Bereich der Pflegebegutachtung bei Kindern. Dennoch ist eine separate Schulung für die pädiatrisch geschulten Gutachter vorgesehen, um hierbei ausschließlich Fall- und Anwendungsbeispiele aus der Kinderbegutachtung erörtern zu können. Insbesondere ist zu schulen, dass auch bei Kindern der tatsächlich vorhandene Abhängigkeitsgrad dokumentiert wird, unabhängig davon, ob dieser als altersgemäß oder als Folge gesundheitlicher Störungen einzuordnen ist.

E. Literaturanalyse zur altersgemäßen kindlichen Entwicklung

Verfasser: C. Büker, V. Meintrup

Einleitung

Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern folgt den Prinzipien, die im neuen Begutachtungsinstrument für Erwachsene angelegt sind. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei Kindern nicht der Grad der Selbständigkeit eingeschätzt wird, sondern dessen Abweichung von der Selbständigkeit gesunder, altersentsprechend entwickelter Kinder.

Zur Bewertung der Frage, welche der im Begutachtungsinstrument enthaltenen Aktivitäten und Lebensbereiche in welchem Alter selbständig durchgeführt werden, wurde die einschlägige nationale und internationale Literatur analysiert. Zurückgegriffen wurde dabei auf Literatur aus der Gesundheits-, Pflege- und Sozialwissenschaft sowie der Medizin, Psychologie und Pädagogik. Ergänzt wurde die Literaturrecherche durch die Fachexpertise einiger Kinderärzte aus verschiedenen MDK innerhalb einer Fokusgruppendifkussion zum neuen Instrument für die Kinderbegutachtung.

Die Analyse zielte darauf ab, zu jedem der im neuen Begutachtungssystem (NBA) verwendeten Items eine auf empirischen Untersuchungen basierende Aussage zu treffen, wann die entsprechende Aktivität üblicherweise selbständig von einem Kind durchgeführt wird bzw. die entsprechende Fähigkeit ausgebildet ist. Nach der Darstellung einiger grundsätzlicher Aspekte der kindlichen Entwicklung und der Beschreibung der angewandten Kriterien für die Festlegung der jeweiligen Altersgrenzen, werden die der Bewertungssystematik des NBA für Kinder zugrunde liegenden Entscheidungen im Einzelnen je Modul dargestellt und erläutert.

Eine Ausnahme bilden die Einschätzungen in den Modulen 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und 5 (Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen). In beiden Modulen geht es nicht um Phasen der kindlichen Entwicklung, sondern um tatsächliche Problemlagen, die in der Regel einen Bedarf an personeller Hilfe mit sich bringen. Entsprechend wird in der Bewertungssystematik hier auch nicht auf den altersentsprechenden Hilfebedarf Bezug genommen, sondern wie bei Erwachsenen ein krankheitsbedingter Hilfebedarf angenommen. Die Festlegung von Altersgrenzen ist für diese beiden Module daher nicht relevant.

Grundsätzliche Aspekte der kindlichen Entwicklung

Ein wesentlicher Aspekt der kindlichen Entwicklung ist, dass diese von einer hohen Variabilität gekennzeichnet ist, die die Festlegung von altersgemäßen Norm- oder Schwellenwerten erheblich erschwert. Die Variabilität differenziert sich nach Michaelis et al. (1993) aus in:

- Interindividuelle Variabilität, nach der jedes Kind einen individuellen Verlauf der Entwicklung zeigt, der sich nicht vorhersagen lässt.
- Intraindividuelle Variabilität, wonach sich nicht das Kind langsam oder schnell entwickelt, sondern einzelne Funktionen und Entwicklungsaufgaben zu unterschiedlichen Zeitpunkten herausgebildet werden (z.B. rasche motorische, aber langsame sprachliche Entwicklung).
- Inkonsistenzen, bei denen Entwicklungsschritte von den Kindern übersprungen (so krabbeln beispielsweise nicht alle Kinder) oder bereits erlernte Entwicklungsschritte wieder aufgegeben werden und das Kind für eine gewisse Zeit wieder zurückfällt in eine frühere Entwicklungsstufe (Regression).
- Interkulturelle Variabilität, wonach sich Unterschiede in der Entwicklung von Kindern in unterschiedlichen Kulturkreisen zeigen.

Diese Variabilitäten sind für die Festlegung altersentsprechender Fähig- und Selbständigkeiten insofern von Bedeutung als dass sie auf die Probleme hinweisen, die bei der Festlegung von Durchschnittswerten entstehen können. So besteht die Gefahr, Kinder, die sich ein wenig später in bestimmten Bereichen entwickeln, als „auffällig“ zu bezeichnen und somit eventuell unnötige diagnostische, therapeutische oder pädagogische Maßnahmen zu initiieren.

Aus diesem Grund richtete sich die Suche nach Kriterien zur Festlegung altersentsprechender Grenzen nicht nach Durchschnittswerten. Stattdessen wurde als Kriterium zugrunde gelegt, wann die Mehrheit aller gesunden Kinder Selbständigkeit in dem jeweiligen Item erlangt. In Übereinstimmung mit den aktuellen Erkenntnissen der Entwicklungspädiatrie zur „normalen“ Entwicklung von Kindern (u.a. Haug-Schnabel 2007; Largo 2004a; Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004; Schlack 2004) wurde diese Mehrheit definiert mit mindestens 90% der altersentsprechend entwickelten Kinder.

Eine auf diesen Überlegungen beruhende Methode zur Darstellung des altersgemäßen Entwicklungsverlaufes ist das Konzept der Grenzsteine. Als Grenzsteine der Entwicklung werden Entwicklungsziele bezeichnet, die von etwa 90-95% einer definierten Population gesunder Kinder bis zu einem gewissen Alter erreicht worden sind (Michaelis 2003). Grenzsteine sind somit „Knotenpunkte“ von Entwicklungssträngen, die jedes Kind durchläuft (Haug-Schnabel 2007: 20). Mit ihrer Hilfe kann das bereits angesprochene Problem vermieden werden, so genannte „Spätentwickler“ als auffällig zu definieren. Erst wenn bestimmte Entwicklungsschritte, und dazu gehört auch die Qualität einer bestimmten Fähigkeit, nicht bis zu einem bestimmten Alter erreicht werden, gilt der Verdacht einer Entwicklungsstörung mit der Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung.

Empirisch belegte Grenzsteine der Entwicklung liegen vor für insgesamt elf Altersgruppen zwischen 3 Monaten und 6 Jahren (3, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36, 48, 60, 72 Monate) in den Bereichen: Körpermotorik, Hand-Fingermotorik, Sprachentwicklung, kognitive Entwicklung, so-

ziale Kompetenzen und emotionale Kompetenzen (Michaelis 2004a; Michaelis/Niemann 2004). Die Bereiche decken sich in einigen Punkten mit den Modulen des neuen Begutachtungsinstruments, sind jedoch keineswegs deckungsgleich. Hinsichtlich der Altersspanne zwischen drei Monaten und sechs Jahren zeigt sich allerdings eine hohe Entsprechung. Auch im neuen Begutachtungsinstrument liegt die Mehrzahl der Grenzziehungen für die einzelnen Aktivitäten in dieser Altersspanne.

Neben dem Konzept der Grenzsteine wurden weitere etablierte Entwicklungstests in die Analyse einbezogen, aus denen sich ebenfalls Hinweise darauf ergeben, wann 90% der Kinder in unterschiedlichen Altersgruppen und bezogen auf unterschiedliche Entwicklungsbereiche als selbständig zu bezeichnen sind bzw. eine bestimmte Fähigkeit beherrschen. Dazu gehörten:

- *Denver Entwicklungsskala* zur Einschätzung der Entwicklung von 0- bis 6-Jährigen (Flehmig 2007) in den Bereichen: Grobmotorik, Feinmotorik, Sprache und sozialer Kontakt.
- *Entwicklungstest ET 6-6* für Kinder im Alter von 6 Monaten bis zu 6 Jahren (Petermann et al. 2006) für die Bereiche: Körpermotorik, Handmotorik, kognitive Entwicklung, Sprache, Sozialentwicklung und emotionale Entwicklung.
- *Griffith Entwicklungsskalen* für die Entwicklung von 0- bis 2-Jährigen (Brandt/Sticker 2001) in den Bereichen: Motorik, persönlich-sozial, Hören und Sprechen, Auge und Hand und Leistungen.

Über diese Quellen allein konnten nicht zu allen Items des neuen Begutachtungsinstruments empirische Belege identifiziert werden, nach denen 90% der Kinder die jeweilige Fähigkeit beherrschten. Daher wurde auf weitere Instrumente und Verfahren wie den Wiener Entwicklungstest (Kastner-Koller/Deimann 2002), die Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (Hellbrügge et al. 1994) oder die Entwicklungstabellen von Straßmeier (1979) zurückgegriffen. Als wichtiges und sehr umfassendes Assessmentverfahren mit engem Bezug zu kindlichen Alltagssituationen wurde das *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)* (Haley et al. 1998) herangezogen, welches auch bereits im IPW-Gutachten analysiert wurde. Darin werden Fähigkeiten und Entwicklungen von Kindern im Alter von 6 Monaten bis 7 ½ Jahren in den Bereichen Selbstpflege, Mobilität und soziale Funktionen erhoben. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass die für die jeweiligen Altersbereiche hinterlegten empirischen Daten sich nicht auf den Zeitpunkt beziehen, an dem 90%, sondern lediglich drei Viertel (75 Prozent) aller gesunden Kinder die jeweilige Fähigkeit beherrschen. Gleichwohl handelt es sich dabei immer noch um eine deutliche Mehrzahl der Kinder, so dass eine Verwendung gerechtfertigt erscheint.

Neben den genannten Verfahren, in denen jeweils mehrere Aspekte der kindlichen Entwicklung erfasst werden, stützte sich die Analyse auch auf Studien, die zu einzelnen kindlichen Fähigkeiten durchgeführt wurden. Auch dabei galt die Maßgabe, dass die Aussagen sich nicht auf Durchschnittswerte, sondern auf die Mehrheit (d.h. 90%) der Kinder bezogen. Dort, wo zu einem Item keine geeigneten Studien identifiziert werden konnten, musste auf Aussagen aus einschlägigen Lehrbüchern zurückgegriffen werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Aussagen zur kindlichen Entwicklung, die im neuen Begutachtungsinstrument für Kinder maßgeblich für die Festlegung

der jeweiligen Altersgrenzen waren, mit nur wenigen Ausnahmen auf Aussagen beziehen, nach denen mindestens 75% der gesunden Kinder, die jeweilige Fähigkeit erworben und den entsprechenden Entwicklungsschritt vollzogen haben.

Kriterien für die Festlegung der Altersgrenzen

Um zu einer differenzierten Einschätzung des altersentsprechenden Hilfebedarfs von Kindern in unterschiedlichen Altersstufen zu gelangen, war es erforderlich, zu jedem Item eine Differenzierung vorzunehmen. Wie auch im NBA für Erwachsene wird die Selbständigkeit bei Kindern bewertet anhand der vierstufigen Skala mit den Ausprägungen:

0 = selbständig

1 = überwiegend selbständig

2 = überwiegend unselbständig

3 = unselbständig.

Die Beurteilung von Fähigkeiten oder Funktionen erfolgt anhand der Ausprägungen:

0 = vorhanden (unbeeinträchtigt)

1 = größtenteils vorhanden

2 = in geringem Maße vorhanden

3 = nicht vorhanden.

Für die differenzierte Analyse der kindlichen Entwicklung und der darauf aufbauenden Entscheidung zur Festlegung der Altersgrenzen waren die folgenden Fragen maßgebend:

- Zu welchem Zeitpunkt hat ein Kind volle Selbständigkeit erreicht bzw. ist die jeweilige Fähigkeit vorhanden? (Merkmalsausprägung = 0)
- Innerhalb welcher Altersspanne ist ein Kind überwiegend selbständig bzw. ist eine Fähigkeit größtenteils vorhanden? (Merkmalsausprägung = 1)
- Innerhalb welcher Altersspanne ist ein Kind überwiegend unselbständig bzw. ist die Fähigkeit nur in geringem Maße vorhanden? (Merkmalsausprägung = 2)
- Bis zu welchem Alter ist ein Kind unselbständig bzw. ist eine Fähigkeit noch nicht vorhanden? (Merkmalsausprägung = 3)

Die Beantwortung der Fragen erfolgte anhand einer dreischrittigen Vorgehensweise, bei der zuerst der „normale“ kindliche Entwicklungsverlauf herausgearbeitet und anschließend bedeutsame Altersstufen und Entwicklungsschritte identifiziert wurden. Diese wurden dann den vier Ausprägungsmerkmalen zugeordnet. Dieses Vorgehen wird nachfolgend anhand von Beispielen verdeutlicht.

Entwicklungsverlauf

Für jedes Item des neuen Begutachtungsinstruments wurde der alterstypische Entwicklungsverlauf analysiert. Für das Item „stabile Sitzposition halten“ stellt sich der Entwicklungsverlauf folgendermaßen dar: Als Voraussetzung für stabiles Sitzen muss zunächst die Fähigkeit zur kontinuierlichen Aufrechterhaltung des Kopfes entwickelt sein (erste Entwicklungsstufe). Das Kind sitzt, indem es von einer Pflegeperson gestützt oder gehalten wird (zweite Entwicklungsstufe). Später sitzt das Kind schon relativ stabil, indem es sich selbst abstützt (dritte

Entwicklungsstufe). Die Fähigkeit ist voll entwickelt, wenn das Kind sich ohne Hilfe aufsetzen kann und selbständig mit stabiler Kopf- und Rumpfkontrolle sitzt (vierte Entwicklungsstufe).

Altersstufen im Entwicklungsverlauf

Der nachfolgende Schritt bestand darin, das Alter zu ermitteln, mit dem 90% (bzw. 75%) der Kinder die jeweiligen Entwicklungsstufen erreicht haben. Für das Beispiel: „stabile Sitzposition halten“ stellt sich die Situation wie folgt dar: Eine stabile Kopfkontrolle wird mit 6 Monaten beherrscht. Das Kind muss noch beim Sitzen gehalten oder abgestützt werden. Mit 8 Monaten kann das Kind relativ stabil sitzen, indem es sich selbst abstützt. Mit 9 Monaten beherrscht ein Kind die stabile Kopf- und Rumpfkontrolle, es kann sich ohne Hilfestellung aufsetzen und selbständig sitzen.

Altersstufenzuordnung nach Grad der Selbständigkeit

Abschließend erfolgte die Zuordnung der Altersstufen zu den vier Merkmalsausprägungen der jeweiligen Items. Ausschlaggebend dafür waren die Definitionen der Merkmalsausprägungen im Begutachtungsmanual. Wiederum illustriert am Beispiel: „stabile Sitzposition halten“ wurde die Altersstufenzuordnung folgendermaßen konkretisiert:

- Unter 6 Monaten kann ein Kind keinerlei Aktivitäten oder Teilhandlungen im Hinblick auf das Sitzen ausüben. Es befindet sich noch in einem Stadium völliger Abhängigkeit von personeller Hilfe und gilt damit als *unselbständig*.
- Mit 6 Monaten zeigt ein Kind mit dem Erlernen der Kopfkontrolle erste Aktivitäten im Entwicklungsverlauf zum Sitzen. Es sind nun geringe Ressourcen vorhanden, mit denen es sich beteiligen kann. Ein erheblicher Teil der Handlungsschritte muss jedoch noch durch eine Pflegeperson¹ geleistet werden, indem das Kind beim Sitzen gestützt oder gehalten werden muss. Somit bedarf es noch in erheblichem Maße der personellen Hilfe. Der nächste Entwicklungsschritt vollzieht sich mit 8 Monaten. Das Kind ist demzufolge von 6 Monaten bis unter 8 Monaten als *überwiegend unselbständig* zu betrachten.
- Mit 8 Monaten kann das Kind relativ stabil sitzen, indem es sich selbst abstützt. Es benötigt lediglich noch Hilfe beim Aufsetzen sowie gelegentliche Hilfe beim Aufrechterhalten der Stabilität im Sitzen. Damit kann es den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Für die Pflegeperson entsteht nur ein geringer Aufwand. Der nächste Entwicklungsschritt vollzieht sich mit 9 Monaten. Das Kind ist demzufolge von 8 Monaten bis unter 9 Monaten *überwiegend selbständig*.
- Mit 9 Monaten beherrscht ein Kind die stabile Kopf- und Rumpfkontrolle, es kann sich ohne Hilfestellung aufsetzen und selbständig sitzen. Es benötigt keinerlei personelle Hilfe mehr und gilt nun als *selbständig*.

Das Beispiel der stabilen Sitzposition verdeutlicht die kurzen Zeitspannen, die zwischen bedeutsamen kindlichen Entwicklungsschritten liegen können. Wie sich in der weiteren Darstellung zeigen wird, sind die Zeitspannen jedoch nicht immer so kurz. Insgesamt zeigt sich jedoch, wie bereits angedeutet, dass die meisten kindlichen Entwicklungsschritte bis zum Alter von 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 Entwick-

¹ Hierbei geht es nicht um den Begriff ‚Pflegeperson‘, sondern darum, dass neben dem Kind eine weitere Person erforderlich ist. In der Regel dürfte es sich dabei um die Eltern handeln. Im Folgenden ist daher sowohl von Eltern, Pflegepersonen und Bezugspersonen die Rede.

lung vollständig abgeschlossen ist. Allerdings bedeutet diese Aussage, dass für die Items innerhalb des neuen Begutachtungsinstruments ab dem Alter von 11 Jahren keine Unterschiede mehr zwischen dem altersbedingten und krankheitsbedingten Hilfebedarf mehr bestehen.

Die nächsten Kapitel sind einer differenzierten Darstellung des hier dargestellten Prozesses für die einzelnen Module gewidmet, aus der sich ersehen lässt, auf welcher Grundlage die Bewertungssystematik für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern vorgenommen wurde.

Modul 1: Mobilität

Allgemeine Grundlagen

Bei der motorischen Entwicklung handelt es sich – wie in anderen Entwicklungsbereichen auch – um ein Zusammenspiel von Reifungs- und Lernprozessen. Insbesondere die ersten 18 Lebensmonate eines Kindes sind geprägt von vielfältigen und rasch aufeinanderfolgenden Entwicklungsschritten hin zu zielgerichteten motorischen Aktivitäten (Largo 2005).

Wie bereits aufgezeigt, verläuft die Entwicklung in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Gleichwohl lassen sich Zeitpunkte identifizieren, in denen eine Mehrheit der Kinder bestimmte motorische Fertigkeiten spätestens erlernt hat. Im Folgenden soll ein Überblick über die Ergebnisse verschiedener diesbezüglicher Studien gegeben werden, welches zugleich verdeutlicht, dass es durchaus leichte Abweichungen in den Ergebnissen gibt. Eine Ursache für Abweichungen liegt darin, dass als Mehrheit der in die Studien einbezogenen Kinder je nach Autor nicht immer 90% aller Kinder, sondern mal auch 95% oder sogar 99% definiert werden. Eine weitere mögliche Ursache kann in abweichenden Auffassungen im Hinblick auf die Qualität des Beherrschens einer Aufgabe liegen. Die nachfolgenden Tabellen verdeutlichen die unterschiedlichen Ergebnisse bei verschiedenen Autoren zu bedeutsamen, mit der kindlichen Mobilität im Zusammenhang stehenden, Bereichen.

In der Entscheidung für die Festlegung einer Altersgrenze im neuen Begutachtungsinstrument erfolgte in der Regel eine pragmatische Orientierung an den Erkenntnissen einer Mehrheit der Autoren.

Sicheres Kopfeheben in Bauchlage

	50 % der Kinder	90 – 99 % der Kinder
Michaelis/Niemann (2004)		3 Monate
Brandt/Sticker (2001)	2 Monate	3 Monate
Flehmig (2007)		4 Monate

Drehen (von Rücken- in Bauchlage und umgekehrt)

	50 % der Kinder	90 – 99% der Kinder
Brandt/Sticker (2001)	6,1 Monate	9 Monate
Largo et al. (1985)	6 Monate	8,7 Monate
Flehmig (2007)		6 Monate

Freies Sitzen

	50 % der Kinder	90 – 99 % der Kinder
WHO (2006)	5,9 Monate	9,2 Monate
Michaelis/Niemann (2004)		9 Monate
Brandt/Sticker (2001)	7,3 Monate	10 Monate
Largo et al. (1985)	8,9 Monate	11,5 Monate
Flehmig (2007)		9 Monate

Kriechen

	50 % der Kinder	90 – 99 % der Kinder
WHO (2006)	8,3 Monate	13,5 Monate
Brandt/Sticker (2001)	9,7 Monate	13 Monate
Largo et al. (1985)	8,3 Monate	10,4 Monate

Stehen mit Festhalten

	50 % der Kinder	90 – 99 % der Kinder
WHO (2006)	7,4 Monate	11,4 Monate
Michaelis/Niemann (2004)		12 Monate
Brandt/Sticker (2001)	9,2 Monate	14 Monate
Largo et al. (1985)	8,4 Monate	9,8 Monate
Flehmig (2007)		10,5 Monate

Gehen mit Hilfe

	50 % der Kinder	90 – 99 % der Kinder
WHO (2006)	9 Monate	13,7 Monate
Michaelis/Niemann (2004)		15 Monate
Brandt/Sticker (2001)	10,6 Monate	14 Monate
Largo et al. (1985)	11,5 Monate	13,0 Monate

Stehen ohne Hilfe

	50 % der Kinder	90 – 99 % der Kinder
WHO (2006)	10,8 Monate	16,9 Monate
Brandt/Sticker (2001)	12,9 Monate	17 Monate
Flehmig (2007)		16 Monate

Gehen ohne Hilfe

	50 % der Kinder	90 – 99 % der Kinder
WHO (2006)	12 Monate	17,6 Monate
Michaelis/Niemann (2004)		18 Monate
Brandt/Sticker (2001)	13 Monate	17 Monate
Largo et al. (1985)	13 Monate	15,7 Monate
Flehmig (2007)		16 Monate

Treppensteigen ohne Hilfe (aber mit Festhalten)

	50 % der Kinder	90 – 99 % der Kinder
Michaelis/Niemann (2004)		24 Monate
Brandt/Sticker (2001)	20,9 Monate	30 Monate
Largo et al. (1985)	18,9 Monate	23,7 Monate

Daten für ältere Kinder

Während für das Kleinkindalter zahlreiche Befunde zur motorischen Entwicklung vorliegen, beschäftigen sich deutlich weniger Untersuchungen mit Kindern im höheren Lebensalter. Die Münchener Längsschnittstudie LOGIK untersucht die Entwicklung verschiedener motorischer Fähigkeiten (Koordination, Kraft, Schnelligkeit) an 152 Mädchen und Jungen im Alter von 4, 5, 6, 8, 10, 12 und 23 Jahren (Ahnert et al. 2003; Ahnert/Schneider 2007). Erkennbar wird, dass die motorischen Fähigkeiten im Alter von 4 bis 12 Jahren stetig zunehmen und eine relativ hohe Stabilität aufweisen. Während sich für das Kindesalter kaum geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen, kommt es im Jugendalter zu einem deutlichen Leistungsvorsprung der Jungen.

Entwicklungsverlauf in den jeweiligen Items

Im Folgenden soll zunächst ein grober Überblick über den Entwicklungsverlauf in den einzelnen Items gegeben werden. In tabellarischer Übersicht erfolgt anschließend eine Zuordnung der Altersstufen nach dem Grad der Selbständigkeit mit nachfolgender Begründung.

Positionswechsel im Bett

Eine wichtige Voraussetzung zum aktiven Umdrehen ist die weitgehende Beherrschung der Kopfkontrolle, die für gewöhnlich als Erstes erlernt wird. Danach wird das Umdrehen von einer Seite auf die andere und anschließend das Drehen von der Rücken- in die Bauchlage und umgekehrt erlernt.

Stabile Sitzposition halten

Beim Kind ist die Entwicklung der Kopf- und Rumpfstabilität zu betrachten. Im Entwicklungsverlauf zeigt sich zunächst die Fähigkeit zur kontinuierlichen Aufrechterhaltung des Kopfes. Später sitzt das Kind schon relativ stabil, indem es sich abstützt. Die Fähigkeit ist voll entwickelt, wenn das Kind mit stabiler Kopf- und Rumpfkontrolle sitzt.

Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen

Im Entwicklungsverlauf muss ein Kind zunächst sicher sitzen können. Anschließend zieht es sich zum Stehen hoch und steht mit Festhalten. Das Umsetzen ist bei Kleinkindern eher noch nicht relevant, da sie sich für gewöhnlich fallen lassen und das Aufstehen häufig vom Boden aus erfolgt.

Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Im Entwicklungsverlauf zeigen sich zunächst erste Laufreaktionen beim Festhalten in aufrechter Stellung, in Folge erlernt das Kind das Krabbeln, das Gehen an der Hand, schließlich beherrscht es das freie Laufen.

Treppensteigen

Im Entwicklungsverlauf können zunächst niedrige Stufen oder Schwellen überwunden werden, anschließend werden Stufen auf Händen und Knien hinaufgeklettert. Später kann dann eine Treppe im aufrechten Gang mit Festhalten hinauf- und hinabgestiegen werden.

Übersicht über die Altersgrenzen im Modul 1: Mobilität

Die nachfolgende Darstellung bietet einen Gesamtüberblick aller Altergrenzen zu den Items im Modul 1. Die dazugehörigen Erläuterungen finden sich anschließend in tabellarischer Auflistung.

Nr.	Item	0	1	2	3
1.1	Positionswechsel im Bett	ab 9 M.	von 3 M. bis unter 9 M.	von 1 M. bis unter 3 M.	jünger als 1 M.
1.2	Stabile Sitzposition halten	ab 9 M.	von 8 M. bis unter 9 M.	von 6 M. bis unter 8 M.	jünger als 6 M.
1.3	Aufstehen aus sitzender Position /Umsetzen	ab 11 M.	von 9 M. bis unter 11 M.	von 8 M. bis unter 9 M.	jünger als 8 M.
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	ab 18 M.	von 13 M. bis unter 18 M.	von 12 M. bis unter 13 M.	jünger als 12 M.
1.5	Treppensteigen	ab 2 J.6 M.	von 18 M. bis unter 2 J. 6 M.	von 15 M. bis unter 18 M.	jünger als 15 M.

0 – selbständig

1 – überwiegend selbständig

2 – überwiegend unselbständig

3 – unselbständig

Begründung der Altersstufenzuordnung

1.1	Positionswechsel im Bett	<p>Analog zum Positionswechsel im Bett beim Erwachsenen ist bei Kindern die Fähigkeit zum selbständigen Drehen von der Bauch- in die Rückenlage und zurück zu betrachten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im ersten Lebensmonat zeigt ein Säugling noch keinerlei Aktivitäten im Hinblick auf ein aktives Umdrehen und kann daher als altersbedingt <i>unselbständig</i> betrachtet werden. - Ende des ersten Monats kann ein Säugling seinen Kopf in Bauchlage kurzzeitig von der Unterlage abheben (Flehmig 2007; Hellbrügge et al. 1994). Ein sicheres Kopfbeheben ist bis unter 3 Monaten nicht möglich (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 3 Monaten ist sicheres Kopfbeheben in der Bauchlage mit Abstützen auf die Unterarme möglich (Brandt/Sticker 2001; Michaelis/Niemann 2004). Mit 7 Monaten kann ein Kind sich bereits von einer Seite auf die andere drehen (Flehmig 2007; Brandt/Sticker 2001; Largo 2005). Bis unter 9 Monaten ist es jedoch noch nicht in der Lage, sich selbständig vom Bauch- in die Rückenlage und umgekehrt zu drehen (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 9 Monaten beherrscht ein Kind das Drehen aus Rückenlage in Bauchlage und umgekehrt (Largo et al. 1985; Brandt-Sticker 2001) (<i>selbständig</i>).
1.2	Stabile Sitzposition halten	<p>Zu prüfen ist, ob ein Kind frei sitzen kann, ohne Rücken- oder Seitenstütze.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 6 Monaten besteht noch keine hinreichende Stabilität der Kopfkontrolle. Das Kind kann als <i>unselbständig</i> betrachtet werden. - Mit 6 Monaten kann ein Kind langsam an zwei Händen gehalten zum Sitzen hochgezogen werden, der Kopf wird dabei in der Rumpfebene gehalten (Brandt/Sticker 2001; Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004). Bis unter 8 Monaten muss das Kind beim Sitzen noch gehalten oder abgestützt werden (Flehmig 2007) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 8 Monaten beugt ein Kind beim Hochziehen an zwei Händen den Kopf und die Schultern (Brandt/Sticker 2001). Das Kind sitzt, stützt sich dabei zur Seite und nach vorne mit guter Rotation ab (Flehmig 2007) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 9 Monaten kann ein Kind sich ohne Hilfe aufsetzen und sitzt ohne Hilfe mit stabiler Rumpf- und Kopfkontrolle (Flehmig 2007; Michaelis/Niemann 2004; WHO 2006) (<i>selbständig</i>).
1.3	Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen	<p>Beim Kind ist die Fähigkeit zu betrachten, aus dem Sitzen zum sicheren Stand zu kommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 8 Monaten kann ein Kind als <i>unselbständig</i> betrachtet werden, da es noch nicht sitzen kann. - Mit 8 Monaten kann ein Kind sitzen, stützt sich dabei zur Seite und nach vorne mit guter Rotation ab (Flehmig 2007) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 9 Monaten kann ein Kind sich aufsetzen und ohne Hilfe mit stabiler Rumpf- und Kopfkontrolle sitzen (Flehmig 2007; Michaelis/Niemann 2004; WHO 2006). Bis unter 11 Monaten kann es sich jedoch noch nicht allein zum Stehen hochziehen (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 11 Monaten zieht ein Kind sich zum Stehen alleine

		hoch und steht mit Festhalten (Flehmig 2007; WHO 2006) (<i>selbständig</i>).
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<p>Zu beurteilen ist die zunehmende Fähigkeit des selbständigen und sicheren Fortbewegens.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 12 Monaten gilt ein Kind als <i>unselbständig</i>, da sich noch keine Laufreaktionen zeigen. - Mit 12 Monaten zeigt ein Kind erste Laufreaktionen, indem es an den Händen in aufrechter Stellung gehalten einen Fuß vor den anderen setzt; dabei ruht das Gewicht auf den Füßen (Brandt/Sticker 2001). Es kann zudem einige Schritte gehen, wenn es sich an Gegenständen (z.B. Möbel) festhält (Flehmig 2007) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 13 Monaten können Kinder sich krabbelnderweise durch die Wohnung bewegen (Brandt/Sticker 2001; Flehmig 2007). Allerdings krabbeln nicht alle Kinder; bei etwa 15% ist diese Fortbewegungsart nicht zu beobachten (Largo et al. 1985; Largo 2004a) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Das freie Laufen wird mit 18 Monaten beherrscht (Michaelis/Niemann 2004; WHO 2006) (<i>selbständig</i>).
1.5	Treppensteigen	<p>Beim Kind ist die Entwicklung der Fähigkeit zum selbständigen Treppensteigen zu betrachten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 15 Monaten zeigen sich noch keine Aktivitäten im Überwinden von Stufen. Das Kind ist bis dahin <i>unselbständig</i>. - Mit 15 Monaten kann eine niedrige Stufe oder Schwelle überwunden werden, z.B. kriechend oder mit Festhalten (Brandt/Sticker 2001) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 18 Monaten kann ein Kind auf Händen und Knien eine Treppe <i>hinaufklettern</i> (Brandt/Sticker 2001). Mit 2 Jahren gelingt das aufrechte Treppensteigen <i>nach oben</i> im Nachstellschritt mit Festhalten am Geländer oder an der Hand (Brandt/Sticker 2001; Michaelis 2003). Bis unter 2 ½ Jahren kann es jedoch eine Treppe noch nicht sicher hinauf und hinuntergehen (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 2 ½ Jahren kann ein Kind motorisch sicher die Treppe allein und aufrecht sowohl hinauf als auch hinuntergehen, dabei darf es sich am Geländer festhalten (Brandt/Sticker 2001) (<i>selbständig</i>).

Modul 2: „Kognitive Fähigkeiten und Kommunikation“

Allgemeine Grundlagen

Zur kognitiven Entwicklung gehört die Herausbildung verschiedener Funktionen wie Denken, Wahrnehmen, Sprechen, Sich erinnern und Problemlösen. Kognition ist Neuhäuser (2004: 35) zufolge „mit Intelligenz gleichzusetzen und kennzeichnet die Fähigkeit, sich in der gegebenen Umwelt zu behaupten, Informationen miteinander zu verknüpfen, aufgrund von Gedächtnisleistungen Erfahrungen zu sammeln, Handlungen zu planen und Entscheidungen zu treffen sowie diese dann auszuführen“. Die nachfolgende Tabelle stellt anhand ausgewählter Grenzsteine Erkenntnisse zur kognitiven Entwicklung von Kindern vor. Die Fähigkeiten werden von mindestens 90% der Kinder in dem jeweils ausgewiesenen Alter beherrscht.

Ausgewählte Grenzsteine der kognitiven Entwicklung von Kindern
(Quelle: Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004)

Grenzstein	Alter
Ein langsam vor den Augen hin und her bewegtes, attraktives Objekt wird mit den Augen verfolgt	3 Monate
Objekte/Spielzeug werden in den Mund gesteckt, mit beiden Händen ergriffen, benagt, jedoch kaum schon gezielt betrachtet	6 Monate
Intensive, taktile, visuelle, orale Exploration der Struktur und Textur von Objekten	9 Monate
Spielzeug, Objekte, vor den Augen des Kindes mit Papierblatt oder Tuch bedeckt, werden vom Kind durch Wegnehmen des Blattes, des Tuches wieder sichtbar	12 Monate
Objekte werden manipuliert, auf ihre einfachste Verwendbarkeit geprüft (Gegeneinanderklopfen, Schütteln, Versuch an andere Objekte zu adaptieren)	15 Monate
Rollenspiele mit sich selbst, Nachahmen täglicher Gewohnheiten, wie Trinken aus Spielzeugtasse, Versuch sich zu kämmen, Telefonhörer an das Ohr zu halten; Kind kann sich für 10 – 20 Minuten selbst beschäftigen (Rein-Raus-Holspiele, noch keine strukturierten Spielabläufe)	18 Monate
Bauklötzchen o.ä. werden gestapelt (mind. 3); Konzentriertes Betrachten, Betasten, Einräumen, Ausräumen von Spielzeug/Gegenständen in und aus Behältern, Schubladen über etwa 15 Minuten	24 Monate
Malen und Kritzeln. Wenn auch oft noch wenig gestaltend gemalt wird, kommentiert das Kind oft, wen und/oder was es gemalt hat; Konzentrierte, intensive „Als ob Spiele“, Spiele mit Puppen, Autos, Bausteinen, Lego, Playmobil, u.ä.	36 Monate
W-Fragen (Warum, wieso, wo wann, woher?); Gleiche Gegenstände verschiedener Größe können unterschieden und benannt werden (z.B. große und kleine Äpfel)	48 Monate
Grundfarben werden erkannt und benannt (blau, grün, rot, gelb, schwarz, weiß); Intensive Rollenspiele, Verkleidungen, Verwandlungen in Tiere, „Helden“, Vorbilder, auch mit anderen Kindern	60 Monate

Entwicklungsverlauf in den jeweiligen Items

Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

Im Entwicklungsverlauf zeigt ein Säugling nach wenigen Wochen das „soziale Lächeln“ und reagiert auf freundlichen Zuspruch. Später kann ein Kind zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden und den Eltern gegenüber Zuneigung zeigen. Mit Einsetzen der Sprachentwicklung kann es die Eltern zielgerichtet mit „Mama“ und „Papa“ ansprechen.

Örtliche Orientierung

Die örtliche Orientierung beginnt mit der Möglichkeit des Kindes zur eigenständigen Fortbewegung. Zunächst wird krabbelnderweise, später im aufrechten Gang die Umgebung erkundet. Während die Fähigkeit zur Orientierung innerhalb des Wohnbereichs relativ früh entwickelt ist, wird eine sichere Orientierung im außerhäuslichen Bereich erst im Verlauf des Vorschulalters herausgebildet.

Zeitliche Orientierung

Ein erstes Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ergibt sich durch die Erfahrungen des Tagesablaufes. Später werden bestimmte Zeiten mit speziellen Ereignissen verbunden. Im weiteren Verlauf lernt das Kind die Wochentage in der richtigen Reihenfolge aufzuzählen und schließlich kann es die Uhr lesen.

Gedächtnis

Die Fähigkeit sich zu erinnern, entwickelt sich bereits im ersten Lebensjahr und erweitert sich immer mehr. Während in den ersten Lebensmonaten Gegenstände, die aus dem Gesichtsfeld verschwinden, für das Kind nicht mehr existent sind, entwickelt sich allmählich das Kurzzeitgedächtnis und das Kind weiß, dass es diese Gegenstände noch gibt („Objektpermanenz“). Im weiteren Verlauf reagiert es auf seinen Namen, wenn es angesprochen wird. Später wird Erlebtes in der richtigen zeitlichen Reihenfolge erzählt. Das Kind kann seinen Vor- und Nachnamen und schließlich die komplette Adresse sagen.

Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

Voraussetzung für die Durchführung mehrschrittiger Alltagshandlungen ist eine entwickelte Hand- und Fingermotorik sowie die Herausbildung des Verständnisses für die Funktion von Gegenständen. Im Entwicklungsverlauf ergreift ein Kind zunächst Gegenstände und führt diese zum Mund, später hantiert es eher ungeschickt und wenig zielgerichtet damit. Schließlich erweitert es seine Fähigkeiten und spielt konstruktiv mit Gegenständen und zeigt damit, dass es ihre Funktion erkennt. Eine mehrschrittige Alltagshandlung liegt vor, sobald ein Kind einen Turm aus zwei Klötzchen bauen und diesen koordiniert loslassen kann, so dass er stehen bleibt.

Entscheidungen im Alltagsleben treffen

Das Treffen folgerichtiger Entscheidungen kann als ein Lernprozess betrachtet werden, der u.a. auch mit dem Erziehungsprozess zusammenhängt und teilweise über Ge- und Verbote oder Belehrungen entwickelt wird. Ein Kleinkind reagiert zunächst auf einfache Verbote und beachtet diese mehr oder weniger. Später trifft es eigene Entscheidungen, indem es z.B. bei Tisch gezielt um ein bestimmtes Nahrungsmittel bittet. In unbekanntem Situationen kann es allerdings zunächst noch keine folgerichtigen Entscheidungen treffen. So weiß es erst nach entsprechender Belehrung, dass es z.B. nicht in fremde Autos steigen darf oder nichts von Fremden annehmen darf.

Sachverhalte und Informationen verstehen

Die Fähigkeit, Sachverhalte und Informationen mit Bezug zum Alltagsleben zu verstehen und richtig zu deuten, kann bei Kindern u.a. anhand ihres Verständnisses für Spielregeln nachvollzogen werden. Zunächst bevorzugt ein Kind Spielaktivitäten ohne Regeln. Allmählich beteiligt es sich an ersten Regelspielen, z.B. einfache Kartenspiele. Typisch für diese Phase ist auch, dass ein Kind versucht, Dinge zu verstehen, indem es häufig W-Fragen (warum? wieso? usw.) stellt. Im weiteren Verlauf lernt es, im Umgang mit anderen Kindern allgemeine Regeln einzuhalten (z.B. warten, bis es an der Reihe ist). Nun ist es auch in der Lage, komplexe Konstruktionen mit Bauelementen zu erstellen. Mit Erreichen des Schulalters ist ein weitgehendes Verständnis für Sachverhalte und Informationen herausgebildet.

Risiken und Gefahren erkennen

In der häuslichen Umgebung lernt ein Kleinkind zunächst die erforderliche Vorsicht bei heißen oder scharfen Objekten sowie bei Treppen. Während es im Haus nun nicht mehr unbedingt der ständigen direkten Beaufsichtigung bedarf, muss es beim Spielen außerhalb noch regelmäßig kontrolliert und auf Wegen begleitet werden. Mit Erreichen des Schulalters kann es sich in der Regel im vertrauten Wohnumfeld ohne Überwachung bewegen. Bei unbekanntem Strecken bedarf es jedoch noch für längere Zeit der Begleitung, da noch Schwierigkeiten im Erkennen von Risiken und Gefahren im Straßenverkehr bestehen.

Mitteilung elementarer Bedürfnisse

Bereits mit der Geburt ist ein Kind in der Lage, elementare Bedürfnisse durch Schreien deutlich zu machen. Bereits nach wenigen Monaten lässt sich ein differenziertes Schreien erkennen. Im weiteren Verlauf wird Mimik und Gestik zur Unterstützung der Kommunikation eingesetzt. Mit Einsetzen der Sprachentwicklung können Bedürfnisse artikuliert werden und schließlich ich-bezogen geäußert werden.

Aufforderungen verstehen

Im Entwicklungsprozess reagiert ein Kleinkind zunächst auf einfache Bitten, indem es z.B. auf Aufforderung hin ein Spielzeug abgibt. Später versteht es die Bedeutung von „Nein“ und beachtet einfache Ge- und Verbote mehr oder weniger. Im weiteren Verlauf werden dann komplexere Aufforderungen verstanden.

Beteiligung an einem Gespräch

Mit Einsetzen der Sprachentwicklung kann ein Kind die Eltern gezielt mit „Mama“ und „Papa“ ansprechen. Zunächst entwickeln sich die Ein-Wort- und die Zwei-Wortsprache, dann spricht ein Kind Drei-Wort-Sätze. Es lernt, eigene Gefühle zu äußern und Erlebtes zu erzählen, so dass es nun Inhalte in ein Gespräch mit einbringen kann.

Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 2: Kognitive & kommunikative Fähigkeiten

Nr.	Item	0	1	2	3
2.1	Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	ab 15 M.	von 9 M. bis unter 15 M.	von 6 Wo. bis unter 9 M.	jünger als 6 Wo.
2.2	Örtliche Orientierung	ab 6 J.	von 18 M. bis unter 6 J.	von 13 M. bis unter 18 M.	jünger als 13 M.
2.3	Zeitliche Orientierung	ab 7 J.	von 5 J. bis unter 7 J.	von 2 J. 6 M. bis unter 5 J.	jünger als 2 J. 6 M.
2.4	Gedächtnis	ab 5 J. 6 M.	von 3 J. bis unter 5 J. 6 M.	von 9 M. bis unter 3 J.	jünger als 9 M.
2.5	Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	ab 15 M.	von 12 M. bis unter 15 M.	von 5 M. bis unter 12 M.	jünger als 5 M.
2.6	Entscheidungen im Alltagsleben treffen	ab 4 J. 6 M.	von 2 J. 6 M. bis unter 4 J. 6 M.	von 18 M. bis unter 2 J. 6 M.	jünger als 18 M.
2.7	Sachverhalte und Informationen verstehen	ab 6 J.	von 5 J. bis unter 6 J.	von 4 J. bis unter 5 J.	jünger als 4 J.
2.8	Risiken und Gefahren erkennen	ab 10 J.	von 6 J. 6 M. bis unter 10 J.	von 2 J. 6 M. bis unter 6 J. 6 M.	jünger als 2 J. 6 M.
2.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	ab 4 J.	von 13 M. bis unter 4 J.	von 3 M. bis unter 13 M.	jünger als 3 M.
2.10	Aufforderungen verstehen	ab 2 J. 6 M.	von 18 M. bis unter 2 J. 6 M.	von 16 M. bis unter 18 M.	jünger als 16 M.
2.11	Beteiligung an einem Gespräch	ab 4 J.	von 2 J. bis unter 4 J.	von 15 M. bis unter 2 J.	jünger als 15 M.

0 = Fähigkeit vorhanden

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Begründung der Altersstufenzuordnung

2.1	Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<p>Zu beurteilen ist die zunehmende Fähigkeit des Beziehungsaufbaus und erster Interaktion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 6 Wochen ist ein Kind noch nicht in der Lage, Personen aus dem näheren Umfeld zu erkennen (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - mit 6 Wochen zeigt ein Kind im Kontakt mit Personen das „soziale Lächeln“ (Flehmgig 2007). Bis unter 9 Monaten ist es jedoch nicht in der Lage, sicher zwischen bekannten und fremden Personen zu unterscheiden (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Mit 9 Monaten unterscheidet ein Kind sicher zwischen bekannten und fremden Personen; von Kind zu Kind unterschiedlich ausgeprägt ist das Fremdeln (Michaelis/Niemann 2004). Mit 12 Monaten zeigt ein Kind den Eltern Zuneigung (Brandt/Sticker 2001). Aufgrund der noch ausstehenden Sprachentwicklung kann es sie bis unter 15 Monaten noch nicht zielgerichtet mit Namen ansprechen (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Mit 15 Monaten kann das Kind „Mama“ und „Papa“ in sinngemäßer Bedeutung sagen (Flehmgig 2007; Michaelis 2003) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.2	Örtliche Orientierung	<p>Zu beurteilen ist die räumliche Orientierung innerhalb der Wohnung sowie die Orientierung im vertrauten Wohnumfeld.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 13 Monaten kann ein Kind sich noch nicht innerhalb der Wohnung bewegen. Somit kann es keine Orientierungsversuche unternehmen (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Mit 13 Monaten können Kinder sich krabbelnderweise durch die Wohnung bewegen (Brandt/Sticker 2001). Nun können erste Orientierungsversuche unternommen werden. Bis unter 18 Monaten sind diese jedoch nur begrenzt möglich, da Kinder bis dahin noch nicht das sichere Laufen beherrschen (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Mit 18 Monaten holt ein Kind nach Aufforderung einen Gegenstand aus einem anderen Zimmer (z.B. Spielzeug aus seinem Kinderzimmer) (Petermann et al. 2006) und bewegt sich ohne Schwierigkeiten zwischen den Räumen (Haley et al. 1998). Die Fähigkeit zur Orientierung in der <i>außerhäuslichen Umgebung</i> ist jedoch bis unter 6 Jahren noch nicht hinreichend entwickelt (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Mit 6 Jahren besteht eine Orientierung im vertrauten Wohnumfeld, es können z.B. Wege zum Freund oder zu einem Geschäft in der Nähe selbstständig bewältigt werden (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.3	Zeitliche Orientierung	<p>Zu beurteilen ist die zunehmende Entwicklung des Verständnisses für zeitliche Strukturen und Abläufe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 2 ½ Jahren bestehen bei einem Kind noch keine Zeitvorstellungen (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Mit 2 ½ Jahren kann ein Kind aus den Erfahrungen des Tagesrhythmus alltägliche Abläufe zeitlich zuordnen (Mahlzeiten und Tagesroutinen) (Haley et al. 1998). Im Alter von 4 Jahren hat es ein Bewusstsein für die Abläufe von bekannten Ereignissen in der Woche entwickelt; es kennt zwar noch nicht die Wochentage, weiß aber bereits, dass an verschiedenen Tagen

		<p>unterschiedliche Aktivitäten stattfinden (Haley et al. 1998). In diesem Alter versteht ein Kind auch einfache Zeitkonzepte wie in ein paar Minuten, am Morgen, am Abend (ebd.) (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 5 Jahren wird eine bestimmte Zeit mit speziellen Routinen oder Ereignissen verbunden (z.B. kennt das Kind die Uhrzeit einer Kindersendung im Fernsehen) (Haley et al. 1998). Ebenfalls mit 5 Jahren werden die Wochentage benannt, aber noch nicht unbedingt in der richtigen Reihenfolge (Schenk-Danzinger 1988). Bis unter 7 Jahren kann in der Regel auch noch nicht die Uhr gelesen werden (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Mit 7 Jahren kann ein Kind die Uhr lesen sowie Jahreszeiten und Monate in der richtigen Reihenfolge aufzählen (Schenk-Danzinger 1988; Haley et al. 1998) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.4	Gedächtnis	<p>Zu beurteilen ist die Entwicklung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Fähigkeit sich zu erinnern, beginnt sich bereits im ersten Lebensjahr zu entwickeln (Kail 1989), ist jedoch bis unter 9 Monaten eher geringfügig vorhanden (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Mit 9 Monaten lässt sich die Entwicklung des Kurzzeitgedächtnisses erkennen. Das Kind weiß, dass ein vorgehaltener Ball nicht völlig verschwunden ist, sondern noch existiert, auch wenn es ihn nicht sieht (Largo 2004c). Mit 12 Monaten werden Objekte, die vor den Augen des Kindes mit einem Tuch bedeckt werden, durch Entfernen des Tuches wieder gefunden (Michaelis 2003). Mit 15 Monaten erkennt ein Kind den eigenen Namen und gibt zu erkennen, dass es sich angesprochen fühlt, indem es aufmerksam wird und zum Rufenden hinsieht (Brandt/Sticker 2001). Mit 2 ½ Jahren versucht ein Kind, Erlebtes zu erzählen (Brandt/Sticker 2001). Es kann auch bereits seinen Vornamen nennen (Haley et al. 1998) (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Mit 3 Jahren kann ein Kind seinen Vor- und Nachnamen nennen (Flehmig 2007; Haley et al. 1998). 4-jährige Kinder können bereits erfolgreich Memory spielen (Schumann-Hengsteler 1995). Ein 5-jähriges Kind erzählt in richtiger logischer und zeitlicher Reihenfolge, was es erlebt hat (Michaelis/Niemann 2004) (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Ein 5 ½ jähriges Kind hat seine volle Adresse behalten und kann diese benennen (Haley et al. 1998) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.5	Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	<p>Zu beurteilen ist die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 5 Monaten kann ein Kind noch nicht willkürlich die Hand öffnen, um einen Gegenstand zu ergreifen. Es verfügt lediglich über einen Greifreflex (Brandt/Sticker 2001). Somit kann es noch keine Handlung, wie eigenständiges Spielen mit einem Gegenstand, durchführen (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Mit 5 Monaten kann ein Kind willkürlich die Hand öffnen, einen Gegenstand (z.B. einen Ring) ergreifen und festhalten. Mit 6 Monaten führt es Objekte zum Mund, um sie mit den Lippen zu erkunden und zu be-

		<p>nagen (Michaelis 2003; Brandt/Sticker 2001). Mit 8 Monaten hantiert es mit Gegenständen, wie Tasse oder Löffel, ohne unbedingt den Sinn dieser Gegenstände zu verstehen (Brandt/Sticker 2001) (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 12 Monaten kann ein Kind mit zwei Gegenständen gleichzeitig hantieren. Es hält z.B. jeweils ein Spielzeug in seiner rechten und linken Hand und spielt mit ihnen (Brandt/Sticker 2001). Mit 13 Monaten schlägt es zwei Klötze auf Aufforderung aneinander (Brandt/Sticker 2001). Es kann jedoch noch nicht konstruktiv (d.h. mit Verständnis für ihre Funktion und in der richtigen Reihenfolge) mit Gegenständen spielen (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Mit 15 Monaten kann ein Kind einen Turm aus zwei Klötzchen bauen und diesen koordiniert loslassen, so dass er stehen bleibt (Brandt/Sticker 2001; Largo 2004c). Es kann nun auch konstruktiv mit Gegenständen spielen und dabei zeigen, dass es ihre Funktion erkennt (z.B. einen Löffel auf einen Teller legen und ihn anschließend zum Mund führen) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.6	Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<p>Zu beurteilen ist die Fähigkeit, folgerichtige Entscheidungen im Alltagsleben treffen zu können. Die Entwicklung dieser Fähigkeit hängt u.a. auch mit dem Erziehungsprozess zusammen und erfolgt teilweise über Ge- und Verbote oder Belehrungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 18 Monaten kann ein Kind zwar bereits Wünsche in irgendeiner Weise artikulieren (Flehmgig 2007), dies ist jedoch nicht gleichbedeutend mit dem Treffen folgerichtiger Entscheidungen im Alltag (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Mit 18 Monaten werden einfache Ge- und Verbote verstanden. Das Kind entscheidet sich dafür, diese mehr oder weniger zu beachten (Michaelis/Niemann 2004) (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Mit 2 ½ Jahren kann sich ein Kind bei Tisch für ein Nahrungsmittel entscheiden und dieses exakt benennen (z.B. Saft, Brot, Kuchen, o.ä.) (Brandt/Sticker 2001). In unbekanntem Situationen kann das Kind bis unter 4 ½ Jahren noch keine angemessenen Entscheidungen treffen (z.B. Umgang mit Fremden) (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Mit 4 ½ Jahren weiß ein Kind, dass es im Umgang mit Fremden gewisse Sicherheitsregeln beachten sollte, z.B. nichts von Fremden annehmen oder nicht in fremde Autos steigen (Haley et al. 1998) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.7	Sachverhalte und Informationen verstehen	<p>Zu beurteilen ist die Fähigkeit, Sachverhalte und Informationen mit Bezug zum Alltagsleben zu verstehen und richtig zu deuten. Zur Prüfung bei Kindern kann z.B. das Verständnis für Spielregeln herangezogen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 4 Jahren werden einfache Spielaktivitäten noch ohne Regeln bevorzugt (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Ein 4-jähriges Kind kann sich bereits an ersten Regelspielen, z.B. einfache Kartenspiele, beteiligen (Michaelis 2003). Es hört genau zu beim Vorlesen oder bei Erklärungen und stellt häufig W-Fragen (Michaelis/Niemann 2004) (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Mit 5 Jahren kann ein Kind mit und ohne Vorlagen

		<p>Konstruktionen mit Bauelementen erstellen (Michaelis/Niemann 2004; Largo 2004a). Es versteht spezielle und allgemeine Spielregeln und versucht, diese einzuhalten (Haley et al. 1998) (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 6 Jahren ist ein Kind regelschulfähig. Ein Verständnis für Sachverhalte und Informationen ist in der Regel zu diesem Zeitpunkt herausgebildet (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.8	Risiken und Gefahren erkennen	<p>Zu beurteilen ist die Fähigkeit, Risiken und Gefahren im häuslichen sowie auch außerhäuslichen Umfeld zu erkennen und adäquat zu reagieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 2 ½ Jahren werden Risiken und Gefahren vielfach noch nicht erkannt (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Mit 2 ½ Jahren zeigt ein Kind die erforderliche Vorsicht bei Treppen, sowie mit heißen und scharfen Objekten (Haley et al. 1998). Mit 3 ½ Jahren kann es sich zeitweise allein in der Nähe des Hauses aufhalten, bedarf jedoch der regelmäßigen Kontrolle (Haley et al. 1998). Bis unter 6 ½ Jahren bedarf es der Begleitung bei Wegen im vertrauten Umfeld (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Ein 6 ½ jähriges Kind bewegt sich im vertrauten Umfeld ohne Notwendigkeit einer Überwachung (Haley et al. 1998). Anders ist dies bei unbekanntem Wegen im Straßenverkehr. Mit dem Erreichen des Schulalters können die meisten Kinder bei sich selbst rechts und links unterscheiden (Petermann et al. 2006), haben aber noch deutliche Schwierigkeiten bei der spiegelbildlichen Übertragung auf den Raum, z.B. im Straßenverkehr (Schriever 2004) oder auf andere Personen (Petermann et al. 2006). Diese Fähigkeit ist oft erst nach dem 10. Lebensjahr entwickelt (Schriever 2004) (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Mit 10 Jahren kann ein Kind sich sicher im Straßenverkehr fortbewegen. Entfernungen und Geschwindigkeiten können nun richtig eingeschätzt werden (Limbourg 1995). Zu diesem Zeitpunkt ist auch das Präventionsverhalten bereits ausgebildet und es werden nun gezielt vorbeugende Verhaltensweisen angewandt (Beispiel: das Kind trägt bewusst einen Fahrradhelm) (Heimstra/Martin 1973; Limbourg 1995; Coppens 1986) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<p>Zu beurteilen ist hier die Fähigkeit zur Bedürfnisäußerung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 3 Monaten lässt sich das Schreien eines Säuglings noch nicht differenzieren (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Mit 3 Monaten zeigt ein Säugling differenziertes, absichtsvolles Schreien zwecks Äußerung elementarer Grundbedürfnisse wie Hunger, Unbehagen oder Schmerz (Michaelis 2003). Im ersten Lebensjahr erweitern sich die Ausdrucksmöglichkeiten. Das Kind nutzt Mimik und Gestik, um zu kommunizieren (Jaswal/Fernald 2007) (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Ein Kind im Alter von 13 Monaten kann Wünsche auch ohne Schreien deutlich machen (Flehmig 2007). Verbale Interaktionen kommen schrittweise im Kleinkindalter hinzu. - Mit ca. 2 Jahren versteht ein Kind den Begriff „mehr“, z.B. möchte es mehr von etwas haben (Straßmeier

		<p>1979). Eigene Gedanken und Gefühle, wie z.B. Hunger, können mit 3 ½ Jahren ausgedrückt werden (Haley et al. 1998) (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 4 Jahren verwendet das Kind „Ich“ zur Selbstbezeichnung (Michaelis 2003) und kann damit Bedürfnisse ich-bezogen äußern. Es kann die Frage beantworten: „Was machst Du, wenn Du hungrig bist?“ (Straßmeier 1979) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.10	Aufforderungen verstehen	<p>Zu beurteilen ist hier das Verständnis von Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 16 Monaten werden Aufforderungen noch nicht unbedingt verstanden (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Mit 16 Monaten befolgt ein Kind einfache Bitten, indem es z.B. auf Aufforderung hin ein Spielzeug abgibt (Brandt/Sticker 2001). Die Aufforderungen müssen unter Umständen mehrmals wiederholt werden (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Mit 18 Monaten werden einfache Gebote bzw. Verbote verstanden und mehr oder weniger beachtet (Michaelis/Niemann 2004). Das Kind versteht die Bedeutung von „Nein“ und hält zumindest kurz inne (Michaelis 2003) (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Im Alter von 2 ½ Jahren versteht und befolgt ein Kind komplexere Aufforderungen, z.B. „Bring die Buntstifte weg und dann hole Dir etwas zu trinken“ (Straßmeier 1979; Haley et al. 1998) (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).
2.11	Beteiligung am Gespräch	<p>Bei Kindern ist an dieser Stelle aufgrund der noch ausstehenden Sprachentwicklung die zunehmende altersgemäße Fähigkeit zur Aufnahme und Weiterführung eines Gespräches zu beurteilen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 15 Monaten kann ein Kind sich noch nicht in adäquater Weise an einem Gespräch beteiligen (<i>Fähigkeit nicht vorhanden</i>). - Im Alter von 15 Monaten kann ein Kind gezielt und in sinngemäßer Bedeutung „Mama“ oder „Papa“ sagen (Flehmig 2007; Michaelis 2003; Brandt/Sticker 2001) (<i>Fähigkeit in geringem Maße vorhanden</i>). - Mit 2 Jahren wird die (Ein- bis) Zwei-Wortsprache zur Kommunikation eingesetzt (Michaelis 2003; Brandt/Sticker 2001). Mit 3 Jahren spricht ein Kind 3-Wort-Sätze (Michaelis 2003; Brandt/Sticker 2001). In diesem Alter hört es beim Geschichtenerzählen zu (Brandt/Sticker 2001). Mit 3 ½ Jahren kann es eigene Gefühle/Gedanken äußern (Haley et al. 1998) (<i>Fähigkeit größtenteils vorhanden</i>). - Mit 4 Jahren werden „W-Fragen“ („Warum? Wieso?“) gestellt (Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004). Das Kind erzählt Erlebtes (ebd.) und kann so Inhalte in ein Gespräch einbringen (<i>Fähigkeit vorhanden</i>).

Modul 4: Selbstversorgung

Allgemeine Grundlagen

Auch in der Entwicklung von Fähigkeiten zur Selbstversorgung zeigt sich in der kindlichen Entwicklung eine erhebliche Spannweite. Dabei hat auch das Verhalten der Eltern einen Einfluss darauf, zu welchem Zeitpunkt entsprechende Entwicklungsschritte vollzogen werden. Zudem benötigen Kinder selbst nach dem Erlangen einer Fähigkeit unter Umständen noch für längere Zeit eine Anleitung oder Beaufsichtigung, um Körperpflegemaßnahmen als dauerhafte Bestandteile in den Alltag zu integrieren.

Erläuterungsbedürftig in diesem Modul sind die Items zum Bereich Inkontinenz. Genau wie bei Erwachsenen ist es für die Einschätzung nur relevant, ob die Folgen einer Inkontinenz selbständig bewältigt werden können oder ob dafür personelle Hilfe erforderlich ist. Es wird nicht bewertet, ob eine Inkontinenz vorliegt oder, bei Kindern, ob sich bereits eine vollständige Blasen- oder Darmkontrolle entwickelt hat. Diese liegt mehrheitlich ab dem 5. Lebensjahr bzw. für die Darmkontrolle bereits mit 3,5 Jahren vor.

Entwicklungsverlauf in den jeweiligen Items

Vorderen Oberkörper waschen

Ein Kleinkind versucht sich am Waschen zu beteiligen, hat häufig jedoch noch Schwierigkeiten im Hinblick auf Beweglichkeit und Koordination. Es beginnt zunächst, Teile zu waschen (z.B. Hände, Arme) und lernt dann im Laufe der Zeit das gründliche Waschen und zum Schluss das gründliche Abtrocknen.

Zahnpflege, Kämmen

Das Erlernen der selbständigen Zahnpflege ist ein Prozess, der aus mehreren Schritten besteht. Kleinkinder können zwar eine Zahnbürste halten und sie im Mund hin und her bewegen, dies geschieht jedoch noch nicht zielgerichtet. Im Laufe der Zeit sind sie dann in der Lage, spezielle Putztechniken zu erlernen und immer mehr Bereiche der Mundhöhle zu erreichen, um nun alle Zähne gründlich putzen zu können. Das Erlernen des Kämmens hängt von der Länge der Haare und der Art der Frisur ab. Erste Kämmversuche sind bereits im Kleinkindalter in Form des Rollenspiels erkennbar.

Intimbereich waschen

Hier gilt ähnliches wie für das Waschen des Oberkörpers. Zunächst werden Teile des Körpers (z.B. Beine) versucht zu waschen. Dann wird das gründliche Waschen und zum Schluss das gründliche Abtrocknen erlernt.

Duschen oder Baden

Für das Erlernen des Duschens oder Badens gilt ähnliches wie für das Waschen von Ober- und Unterkörper. Voraussetzung ist, dass ein Kind sich in der Badewanne oder Dusche ohne Schwierigkeiten bewegen und hinein- bzw. hinaussteigen kann. Später lernt es, die Temperatur des Badewassers zu regulieren. Üblicherweise bedarf ein Kind beim Duschen oder Baden noch für längere Zeit der Beaufsichtigung und Anleitung.

Oberkörper an- und auskleiden

Im Entwicklungsverlauf beteiligt sich ein Kind zunächst beim Auskleiden. Später lernt es, auch Kleidungsstücke anzuziehen und Knöpfe zu schließen. Abschließend wird die Fähigkeit zum Ein- und Ausziehen von Reißverschlüssen herausgebildet.

Unterkörper an- und auskleiden

Hier zeigt sich ein ähnlicher Verlauf wie beim Ankleiden des Oberkörpers. Die Fähigkeit ist voll entwickelt, wenn ein Kind gelernt hat, Schnürbänder zu binden.

Essen mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen

Im Entwicklungsverlauf lernt ein Kind zunächst, ein Getränk einzugießen, wobei es am Anfang durchaus noch etwas verschüttet. Der Umgang mit dem Messer wird erst später erlernt (z.B. Brot streichen und schneiden, weiche Nahrung schneiden). Hilfe beim Schneiden harter Nahrung oder beim Öffnen von Flaschen kann noch bis weit in das Schulalter hinein erforderlich sein.

Essen

Das Erlernen der selbständigen Nahrungsaufnahme ist ein komplexes Geschehen, welches vielfältige Fähigkeiten voraussetzt, wie die Beherrschung der Kopf- und Rumpfkontrolle und des Körpergleichgewichts, die Fähigkeit zum Sitzen ohne Unterstützung sowie eine entwickelte Fingerkoordination (Greifbewegungen). Im Entwicklungsverlauf kann ein Kind zunächst Esswaren (z.B. einen Keks oder Brot) in der Hand halten. In Folge erlernt es das selbständige Essen mit einem Löffel, anschließend auch mit einer Gabel.

Trinken

Im Entwicklungsverlauf trinkt ein Kind zunächst aus einer Flasche, dann aus einer hingehaltenen Tasse. Später hält es selbständig einen Becher und trinkt allein, allerdings zunächst noch mit Verschütten. Schließlich kann es sicher mit einem Becher oder einer Tasse umgehen.

Toilette/Toilettenstuhl benutzen

Mit Einsetzen des Toilettentrainings benötigt ein Kind zunächst noch Beaufsichtigung und Hilfestellung. Im Verlauf kommt es dann selbst mit dem Toilettensitz/-deckel zurecht, kann sich Toilettenpapier nehmen und die Spülung betätigen. Es erlernt zuerst die selbständige Intimhygiene nach dem Wasserlassen, später dann auch nach der Darmentleerung.

Folgen einer Harn-/Stuhlinkontinenz bewältigen; Umgang mit Stoma

Bis zur Ausbildung vollständiger Blasen- und Darmkontrolle, die im Alter von 5 Jahren erreicht wird, sind Kinder nicht in der Lage, die Folgen der fehlenden Harn- und Stuhlregulierung selbständig bewältigen zu können. Ab dem Alter von 5 Jahren kann entsprechend davon ausgegangen werden, dass es keinen altersentsprechenden Hilfebedarf, sondern nur noch einen krankheitsbedingten Bedarf gibt. Daher ist der Grad der Selbständigkeit erst ab diesem Alter zu ermitteln.

Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 4: Selbstversorgung

Nr.	Item	0	1	2	3
4.1	Vorderen Oberkörper waschen	<i>ab</i> 6 J.	<i>von</i> 4 J. <i>bis unter</i> 6 J.	<i>von</i> 2 J. <i>bis unter</i> 4 J.	<i>jünger als</i> 2 J.
4.2	Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren	<i>ab</i> 5 J.	<i>von</i> 3 J. 6 M. <i>bis unter</i> 5 J.	<i>von</i> 18 M. <i>bis unter</i> 3 J. 6 M.	<i>jünger als</i> 18 M.
4.3	Intimbereich waschen	<i>ab</i> 6 J.	<i>von</i> 4 J. <i>bis unter</i> 6 J.	<i>von</i> 2 J. <i>bis unter</i> 4 J.	<i>jünger als</i> 2 J.
4.4	Duschen oder Baden	<i>ab</i> 8 J.	<i>von</i> 4 J. <i>bis unter</i> 8 J.	<i>von</i> 3 J. 6 M. <i>bis unter</i> 4 J.	<i>jünger als</i> 3 J. 6 M.
4.5	Oberkörper an- und auskleiden	<i>ab</i> 6 J.	<i>von</i> 3 J. 6 M. <i>bis unter</i> 6 J.	<i>von</i> 18 M. <i>bis unter</i> 3 J. 6 M.	<i>jünger als</i> 18 M.
4.6	Unterkörper an- und auskleiden	<i>ab</i> 6 J.	<i>Von</i> 3 J. 6 M. <i>bis unter</i> 6 J.	<i>von</i> 18 M. <i>bis unter</i> 3 J. 6 M.	<i>jünger als</i> 18 M.
4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<i>ab</i> 8 J.	<i>von</i> 5 J. 6 M. <i>bis unter</i> 8 J.	<i>von</i> 2 J. <i>bis unter</i> 5 J. 6 M.	<i>jünger als</i> 2 J.
4.8	Essen	<i>ab</i> 2 J. 6 M.	<i>von</i> 20 M. <i>bis unter</i> 2 J. 6 M.	<i>von</i> 7 M. <i>bis unter</i> 20 M.	<i>jünger als</i> 7 M.
4.9	Trinken	<i>ab</i> 2 J.	<i>von</i> 11 M. <i>bis unter</i> 2 J.	<i>von</i> 8 M. <i>bis unter</i> 11 M.	<i>jünger als</i> 8 M.
4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<i>ab</i> 6 J.	<i>von</i> 3 J. 6 M. <i>bis unter</i> 6 J.	<i>von</i> 18 M. <i>bis unter</i> 3 J. 6 M.	<i>jünger als</i> 18 M.
4.11. 4.12.	Folgen einer Harn- /Stuhlinkontinenz bewältigen	<i>ab 5 J.</i>			

0 – selbständig

1 – überwiegend selbständig

2 – überwiegend unselbständig

3 – unselbständig

Begründung der Altersstufenzuordnung

4.1	Vorderen Oberkörper waschen	<p>Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit der eigenständigen Oberkörperwäsche einschließlich der Hände.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 2 Jahren zeigt ein Kind noch keine Aktivitäten, sich selbst zu waschen (<i>unselbständig</i>). - Mit 2 Jahren versucht ein Kind bereits, Teile des Körpers (z.B. Hände, Arme) zu waschen, hat aber noch Schwierigkeiten im Hinblick auf Beweglichkeit und Koordination (Haley et al. 1998) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 4 Jahren benutzt ein Kind Seife und Waschlappen; es wäscht die Hände gründlich sowie den kompletten Körper bis auf das Gesicht, benötigt noch Hilfe beim Abtrocknen (Haley et al. 1998). Mit 5 ½ Jahren wäscht und trocknet ein Kind den Körper ab, muss aber noch unter Umständen an das Abtrocknen bestimmter Körperteile erinnert werden (Haley et al. 1998) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 6 Jahren kann ein Kind sich selbständig waschen und abtrocknen, wäscht auch das Gesicht gründlich (Haley et al. 1998) (<i>selbständig</i>).
4.2	Zahnpflege, Kämmen	<p>Zu betrachten ist schwerpunktmäßig das Erlernen des Zähneputzens, da diesem ein höherer Komplexitätsgrad zukommt als dem Kämmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder von 1 ½ Jahren können zwar eine Zahnbürste halten, sie in den Mund nehmen und dort hin und her bewegen, dies geschieht allerdings noch nicht zielgerichtet (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995) (<i>unselbständig</i>). - Im Alter von 18 Monaten ist Zahnpflege mit Hilfe möglich. (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995). Bis unter 3 ½ Jahren ist allerdings noch viel Unterstützung nötig, da Zahnpasta meist geschluckt wird und sauberes Putzen noch nicht gelingt (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 3 ½ Jahren beginnen die Kinder spezielle Putztechniken zu erlernen (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995). Zunächst können nur die vorderen Zähne geputzt werden, in Folge werden immer mehr Bereiche in der Mundhöhle erreicht (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995). Bis unter 5 Jahren können die Zähne noch nicht komplett selbständig geputzt werden (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 5 Jahren beherrscht ein Kind das selbständige Zähneputzen (Osawara et al. 1992; Unkel et al. 1995) (<i>selbständig</i>). - Ein weiterer Beaufsichtigungsbedarf bis in die Schulzeit hinein ist bei Kindern nicht ungewöhnlich, um das Zähneputzen als festen Bestandteil der Körperhygiene in den Alltag zu integrieren (Osawara et al. 1992).
4.3	Intimbereich waschen	<p>Bei Kindern erfolgt in der Literatur keine Unterscheidung zwischen dem Waschen des Oberkörpers und des Intimbereichs. Es gelten die gleichen Altersgrenzen wie bei 4.1.</p>
4.4	Duschen oder Baden	<p>Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit, ein Wannenbad oder das Duschen durchzuführen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 3 ½ Jahren kann ein Kind nicht allein in eine

		<p>Erwachsenenbadewanne hinein- und wieder hinausklettern (<i>unselbständig</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 3 ½ Jahren beherrscht ein Kind das sichere Hinein- und Hinaussteigen aus einer Badewanne (Haley et al. 1998) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 4 Jahren benutzt ein Kind Seife und Waschlappen; es wäscht den kompletten Körper, benötigt noch Hilfe beim Abtrocknen (Haley et al. 1998). Mit 6 Jahren kann es sich selbständig waschen, wäscht auch das Gesicht gründlich (Haley et al. 1998). In diesem Alter kann ein Kind auch die Temperatur des Badewassers selbständig regulieren (Holle 1996). Bis unter 8 Jahren bedarf es häufig noch der Anleitung und Beaufsichtigung (Gesell et al. 1971). Je nach Frisur und Haarlänge kann auch ein Hilfebedarf bei der Haarwäsche erforderlich sein (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 8 Jahren kann ein Kind erfahrungsgemäß allein ein Bad nehmen (<i>selbständig</i>).
4.5	Oberkörper an- und auskleiden	<p>Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit, den Oberkörper an- und auszukleiden (incl. Verschlüsse).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 1 ½ Jahren zeigt ein Kind keine Beteiligung beim An- und Auskleiden des Oberkörpers (<i>unselbständig</i>). - Ein 1 ½ jähriges Kind beginnt sich beim An- und Auskleiden zu beteiligen, indem es z.B. die Arme beim Anziehen hebt (Haley et al. 1998; Brandt/Sticker 2001). Mit 2 ½ Jahren kann ein Kind einen Reißverschluss am Oberkörper hoch- und runterziehen (Haley et al. 1998). Mit 3 Jahren kann es ein T-Shirt ausziehen (Haley et al. 1998), allerdings noch keine Kleidungsstücke anziehen (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 3 ½ Jahren zieht ein Kind einen Pullover oder ein T-Shirt alleine an (Haley et al. 1998). Im Alter von 4 Jahren können Druckknöpfe geschlossen und geöffnet werden (Haley et al. 1998), mit 4 bis 4 ½ Jahren normale Knöpfe (Flehmig 2007; Haley et al. 1998). Mit 4 ¾ Jahren kann ein Kind sich ohne Anleitung aus- und ankleiden (Flehmig 2007). Bis unter 6 Jahren können aber noch keine Reißverschlüsse geschlossen werden (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 6 Jahren können Reißverschlüsse ein- und ausgehakt werden (Haley et al. 1998) (<i>selbständig</i>). - Im Weiteren benötigt ein Kind noch ggf. Impulsgebung, Aufsicht und einzelne Handreichungen bei vorhandener motorischer Fähigkeit zum An-/Auskleiden.
4.6	Unterkörper an- und auskleiden	<p>Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit, den Unterkörper an- und auszukleiden (incl. Verschlüsse).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 1 ½ Jahren zeigt ein Kind keine Beteiligung beim An- und Auskleiden des Unterkörpers (<i>unselbständig</i>). - Ein 1 ½-jähriges Kind beginnt sich beim An- und Auskleiden zu beteiligen (Haley et al. 1998; Brandt/Sticker 2001). Ein 2-jähriges Kind kann die Beine durch die Hose stecken und eine Hose hoch- bzw. herunterziehen (Haley et al. 1998; Brandt/Sticker 2001). Mit 2 ½ Jahren kann eine Hose mit Taillengummi ausgezogen werden (Haley et al. 1998), aber noch nicht unbedingt allein angezogen werden (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 3 ½ Jahren kann eine Hose mit Taillengummi

		<p>selbständig <i>angezogen</i> werden; des Weiteren können Socken angezogen werden (Haley et al. 1998). Ein 4-jähriges Kind kann einen Reißverschluss an der Hose öffnen und die Hose ausziehen (Haley et al. 1998). Mit 5 Jahren kann ein Kind eine Hose anziehen und den Reißverschluss schließen; Schuhe werden auf den richtigen Fuß gezogen (Haley et al. 1998). Bis unter 6 Jahren können noch keine Schuhbänder verschnürt werden (<i>überwiegend selbständig</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 6 Jahren können Schuhbänder verschnürt werden, zu Beginn oft noch locker (Haley et al. 1998; Michaelis 2003) (<i>selbständig</i>). - Im Weiteren benötigt ein Kind ggf. noch Impulsgabe, Aufsicht und einzelne Handreichungen bei vorhandener motorischer Fähigkeit zum An-/Auskleiden.
4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten/ Getränk eingießen	<p>Zu beurteilen ist hier die Fähigkeit zum Eingießen von Flüssigkeiten (inkl. Verschlüsse) und Zerkleinern von Nahrung mittels Besteck.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 2 Jahren beherrscht ein Kind noch keine diesbezüglichen Fertigkeiten (<i>unselbständig</i>). - Mit 2 Jahren kann ein Kind Wasser aus einem Becher in einen anderen gießen (Brandt/Sticker 2001). Mit 3 Jahren ist die Fingerfertigkeit soweit entwickelt, dass der Deckel eines zusammen geschraubten Spielzeugs aufgeschraubt werden kann (Brandt/Sticker 2001). Mit 4 ½ Jahren kann ein Kind ein Getränk eingießen, verschüttet nur minimal (Haley et al. 1998). Nahrung mit einem Messer schneiden gelingt noch nicht (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 5 ½ Jahren kann ein Kind Brot mit einem Messer streichen und schneiden oder andere weiche Nahrung schneiden (Haley et al. 1998). Mit 6 Jahren kann ein Kind selbständig Brot, Müsli und Getränke richten (Michaelis 2003). Unter 8 Jahren beherrscht ein Kind erfahrungsgemäß noch nicht das selbständige Öffnen von Flaschen mit einem Flaschenöffner oder das Schneiden harter Nahrungsmittel (z.B. Fleisch, harte Krusten) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 8 Jahren kann ein Kind als <i>selbständig</i> in diesem Item betrachtet werden.
4.8	Essen	<p>Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme (inkl. Löffelnutzung).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 7 Monaten zeigt ein Kind keine Aktivitäten zur selbständigen Nahrungsaufnahme (<i>unselbständig</i>). - Mit etwa 7 Monaten kann ein Kind Esswaren in die Hand nehmen (Carruth/Skinner 2002). Mit 8 bis 9 Monaten isst es einen Keks allein (Flehmig 2007). Mit etwa 12 Monaten setzt der Wechsel von der Eingabe der Nahrung zur selbständigen Nahrungsaufnahme ein (Young/Drewett 2000). Mit 18 Monaten isst ein Kind ein Brot allein (Flehmig 2007). Der Umgang mit einem Löffel zur Nahrungsaufnahme wird noch nicht beherrscht (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 20 Monaten benutzt ein Kind einen Löffel (Flehmig 2007), kann jedoch bis unter 2 ½ Jahren noch nicht unbedingt sauber essen (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 2 ½ Jahren kann ein Kind geschickt mit dem Löffel umgehen und sauber essen (Brandt/Sticker 2001). Mit einer Gabel kann Nahrung aufgespießt werden, wobei nur wenig wieder herunterfällt (Haley et al. 1998) (<i>selbständig</i>).

4.9	Trinken	<p>Zu beurteilen ist hier die zunehmende Fähigkeit der eigenständigen Flüssigkeitsaufnahme.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 8 Monaten zeigt ein Kind keine Aktivitäten der eigenständigen Flüssigkeitsaufnahme (<i>unselbständig</i>). - Im Alter von 8 Monaten kann ein Kind seine Flasche alleine halten und trinkt daraus, wenn sie ihm in den Mund gesteckt worden ist (Hurlock 1972) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 11 Monaten trinkt ein Kind aus einer an den Mund gehaltenen Tasse und hilft mit, die Tasse zu halten (Brandt/Sticker 2001). Mit 18 Monaten hält es selbständig einen Becher und trinkt allein, verschüttet unter Umständen aber noch etwas (Brandt/Sticker 2001) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 2 Jahren kann ein Kind sicher mit einem Becher oder einer Tasse umgehen (Haley et al. 1998; Brandt/Sticker 2001) (<i>selbständig</i>).
4.10	Toilette / Toilettenstuhl benutzen	<p>Zu beurteilen ist hier die Fähigkeit der eigenständigen Toilettennutzung und Intimhygiene.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 18 Monaten zeigen sich bei Kindern keine diesbezüglichen Aktivitäten (<i>unselbständig</i>). - Zwischen 18 Monaten und 30 Monaten beginnt in der Regel das Toiletentraining, die Kinder werden auf den Topf oder die Toilette gesetzt (Largo et al. 1978). Bis unter 3 ½ Jahren kommen sie aber noch nicht allein mit der Toilette zurecht (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Im Alter von 3 ½ Jahren kommt ein Kind mit dem Toilettensitz/-deckel zurecht, nimmt sich Toilettenpapier und kann die Spülung betätigen (Haley et al. 1998). Es kann sich nach dem Wasserlassen weitgehend selbständig abputzen und kommt mit der Kleidung zurecht (Haley et al. 1998). Bei der Darmentleerung ist noch bis unter 6 Jahren Hilfe beim Abputzen erforderlich (Holle 1996) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 6 Jahren kann die Säuberung auch nach der Darmentleerung selbständig vorgenommen werden (Haley et al. 1998) (<i>selbständig</i>).

Modul 6: „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“

Allgemeine Grundlagen

Eine altersgemäße Form der Gestaltung des Alltagslebens ist im Kindesalter das *Spielen*. Im Spiel vollzieht sich zu einem großen Teil die Entwicklung von Kindern (Hetzler 1990). Je nach Entwicklungsperiode gibt es bestimmte charakteristische Formen des Spiels. Nach Largo (2004c) erlernen Kinder verschiedene Spielformen in etwa folgender Reihenfolge: Spiel mit Erkundungscharakter, Spiel mit Mittel-zum-Zweck-Charakter, Spiel mit Objektpermanenz, Spielverhalten mit räumlichen Charakteristika, Spielverhalten mit Symbolcharakter sowie Spiel mit Kategorisieren. Lutz-Dellinger/Lutz-Dellinger (1985) nehmen eine Unterscheidung nach Spielinhalten vor und unterscheiden: Soziale Interaktionsspiele, Spiele mit Sinneseindrücken, Funktionsspiele, Rollenspiele, Regelspiele, Wettbewerbsspiele. Die Übersicht zum Modul 2 verdeutlicht alterstypische Spielaktivitäten.

Neben dem Spielen als Form der Alltagsgestaltung bei Kindern ist das kindliche *Schlafverhalten* von Interesse, das in zahlreichen Untersuchungen, bevorzugt bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter, beleuchtet wurde. Im Mittelpunkt standen dabei die Gesamtschlafdauer, die Dauer des Nacht- und Tagschlafes sowie Schlafstörungen.

Zentraler Faktor für Schlafquantität und Schlafqualität ist das Alter eines Kindes. Ein Neugeborenes schläft 16 bis 17 Stunden am Tag. Mit ca. 15 Wochen hat sich vielfach ein beständiger Schlaf-Wach-Rhythmus herausgebildet (Largo 2005). Mit 6 Monaten haben die meisten Kinder die Fähigkeit zum Durchschlafen entwickelt (Ferber 1987). Die Gesamtschlafdauer beträgt mit 6 bis 8 Monaten etwa 13 bis 14 Stunden (Wolfson 1996). Basler et al. (1980) ermitteln eine Gesamtschlafdauer bei Kindern zwischen 6 und 18 Monaten von 15 Stunden pro Tag sowie eine Verringerung bei Kindern zwischen eineinhalb und fünf Jahren auf 12 Stunden pro Tag.

Hinsichtlich der Schlafdauer zeigen die vorliegenden Befunde eine große individuelle Variabilität. Einer Untersuchung von Basler et al. (1980) zum Schlafverhalten in den ersten fünf Lebensjahren zufolge schlafen einzelne Kinder nur 8 Stunden, andere bis zu 15 Stunden pro Nacht. Der Tagesschlaf, der in den ersten zwei Lebensjahren von 96% der Kinder absolviert wird, hört bei 80% der Kinder zwischen 2 und 5 Jahren auf. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die durchschnittliche Schlafdauer bei Kindern:

Durchschnittliche Gesamtschlafdauer nach Alter
(Quelle: Wolfson 1996)

Alter	Schlafdauer in Std.
1 Monat	15:30 Std.
3 Monate	15:00 Std.
6 Monate	14:15 Std.
12 Monate	13:45 Std.
2 Jahre	13:00 Std.
5 Jahre	11:00 Std.
10 Jahre	9:45 Std.
16 Jahre (in der Woche)	7:25 Std.
16 Jahre (am Wochenende)	8:50 Std.

Mindestens 20% aller Kinder leiden in den ersten fünf Lebensjahren an Schlafstörungen unterschiedlicher Art wie beispielsweise Einschlafschwierigkeiten, nächtliches Erwachen, Angstträume, Pavor nocturnus, Schlafwandeln (Basler et al. 1980; Bühler/Largo 1981; Pollock 1994; Largo 2005). Die Störungen können über mehrere Monate oder auch ein Jahr und länger anhalten.

Am häufigsten treten Einschlafschwierigkeiten und nächtliches Erwachen auf (Bühler/Largo 1981). Etwa jedes fünfte Kind zwischen 2 und 7 Jahren weist Einschlafschwierigkeiten auf, die sich beim Kleinkind vor allem durch Rufen und Aus-dem-Zimmer-Kommen äußern. Mit Erreichen des Kindergarten- und Schulalters zeigt sich eine deutliche Zunahme der Einschlafschwierigkeiten (Bühler/Largo 1981; Beltramini/Hertzog 1983). Im Alter von 10 Jahren haben etwa 40% der Kinder gelegentliche Probleme mit dem Einschlafen.

Zwischen 1 ½ und 3 Jahren wachen rund 20% der Kinder jede Nacht ein- oder mehrmals auf, mit 4 und 5 Jahren sind es etwa 16% (Basler et al. 1980). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Jenkins et al. (1980) sowie Wolke et al. (1994). Pollock (1994) berichtet sogar von 25% der 5-Jährigen mit Schlafstörungen irgendwelcher Art. Largo (2005) zufolge gehört ein mehrmaliges Aufwachen pro Nacht zum normalen Schlafverhalten von Säuglingen und Kleinkindern. Inwieweit nächtliches Erwachen als Problem empfunden wird, hängt von der Häufigkeit des Auftretens und vor allen Dingen davon ab, wie das Kind und die Eltern darauf reagieren (Ferber 1987; Largo 2005).

Mit zunehmendem Alter eines Kindes kommt es zum Widerstand gegen das Zubettgehen. Während rund 8% der 2- bis 4-jährigen Kinder sich dem Zubettgehen widersetzen, sind es zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr 27% und bei den 10-Jährigen 35%, die sich gelegentlich gegen das Zubettgehen sträuben (Bühler/Largo 1981).

Entwicklungsverlauf in den jeweiligen Items

Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen

Um den Tagesablauf gestalten zu können, muss sich zunächst ein Bewusstsein für Tagesstrukturen und -routinen herausbilden, z.B. anhand von Essenszeiten. Daran anschließend entwickelt ein Kind einfache Zeitkonzepte (morgens, mittags, abends) und verbindet bestimmte Zeiten mit spezifischen Ereignissen oder Handlungen. Der Tagesablauf kann kontrolliert werden, wenn ein Kind die Uhr lesen kann. Eine vollständig eigenständige Gestaltung des Tagesablaufes ist in der Regel bei Kindern nicht gegeben. Sie sind in einen Tagesablauf eingebunden, der in erheblichem Maße durch die Eltern und (je nach Alter) durch feste Kindergarten-/oder Schulzeiten vorgegeben wird.

Ruhen und Schlafen

Ein Kind entwickelt in der Regel bereits im Säuglingsalter einen festen Tag-/Nachtrhythmus sowie die Fähigkeit zum Durchschlafen (s.o.). In den ersten Jahren benötigt es noch den Tagesschlaf, gibt diesen jedoch vor Erreichen des Schulalters auf. Ein Teil der Kinder zeigt gelegentlich Widerstand gegen das Zubettgehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass etliche Kinder noch bis weit in das Schulalter hinein die Aufforderung durch die Eltern zum Schlafengehen benötigen.

Sich beschäftigen

Im Entwicklungsverlauf zeigt ein Kind alterstypische Spielaktivitäten (s.o.). Es spielt zunehmend gern mit anderen Kindern, kann sich aber auch für eine immer längere Zeitspanne allein beschäftigen.

In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Erste Planungen können vorgenommen werden, wenn ein Kind über Zeitvorstellungen verfügt. Im Vorschulalter können somit bereits Planungen erfolgen, wie beispielsweise andere Kinder einzuladen.

Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Im Entwicklungsverlauf nimmt ein Säugling bereits zu einem frühen Zeitpunkt über Lächeln Kontakt mit seinen Bezugspersonen auf. Später lernt es, fremde und bekannte Personen sicher zu unterscheiden. Im weiteren Verlauf kann es den Eltern gegenüber von sich aus Zuneigung zeigen und Interaktionen initiieren.

Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Mit der Fähigkeit zur Initiierung sozialer Interaktionen wird das Kind in die Lage versetzt, Kontakte zu anderen Personen aufzunehmen. Es freut sich über den Kontakt zu anderen Kindern. Zunächst finden Spiele eher nebeneinander her statt, allmählich wird die Fähigkeit zum kooperativen und ausdauernden Spiel herausgebildet. Das Kind kann schließlich gezielte Kontakte zu bestimmten Kindern suchen und Freundschaften schließen.

Übersicht über die Altersgrenzen in Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Nr.	Item	0	1	2	3
6.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	ab 7 J.	von 5 J. bis unter 7 J.	von 2 J. 6 M. bis unter 5 J.	jünger als 2 J. 6 M
6.2	Ruhen und Schlafen	ab 11 J.	von 5 J. bis unter 11 J.	von 6 M. bis unter 5 J.	unter 6 M.
6.3	Sich beschäftigen	ab 5 J.	von 3 J. bis unter 5 J.	von 6 M. bis unter 3 J.	jünger als 6 M.
6.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	ab 5 J.	von 2,5 J. bis unter 5 J.		unter 2,5 J.
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	ab 12 M.	von 9 M. bis unter 12 M.	von 6 Wo. bis unter 9 M.	jünger als 6 Wo.
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	ab 5 J.	von 3 J. bis unter 5 J.	von 12 M. bis unter 3 J.	jünger als 12 M.

0 – selbständig

1 – überwiegend selbständig

2 – überwiegend unselbständig

3 – unselbständig

Begründung der Altersstufenzuordnung

6.1	Den Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen	<p>Zu beurteilen ist das Bewusstsein für Tagesstrukturen und -routinen, welches im Kleinkindalter herausgebildet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 2 ½ Jahren besteht noch kein Bewusstsein für Tagesstrukturen und -routinen (<i>unselbständig</i>). - Mit 2 ½ Jahren hat das Kind ein Bewusstsein entwickelt für Essenszeiten und Routinen während des Tages (Haley et al. 1998). Mit 4 Jahren besitzt es sehr einfache Zeitkonzepte (z.B. morgens, mittags, abends) und ein Bewusstsein für die Abläufe von bekannten Ereignissen in der Woche (Haley et al. 1998). Es kann sagen, was am Tag und in der Nacht gemacht wird (Straßmeier 1979) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 5 Jahren verbindet es eine bestimmte Zeit mit spezifischen Ereignissen oder Handlungen (kennt z.B. die Uhrzeit einer Kindersendung im Fernsehen) (Haley et al. 1998). Der Tagesablauf kann bis unter 7 Jahren noch nicht anhand der Uhr kontrolliert werden (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 7 Jahren fragt das Kind nach der Zeit oder liest die Uhr um den Tagesablauf zu kontrollieren (Haley et al. 1998) (<i>selbständig</i>).
6.2	Ruhen und Schlafen	<p>Zu beurteilen ist, ob das Kind über einen Tag-Nacht-Rhythmus verfügt, für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen und die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen sowie mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 6 Monaten hat ein Säugling häufig noch keinen festen Tag-/Nachtrhythmus und noch nicht die Fähigkeit zum Durchschlafen entwickelt (<i>unselbständig</i>). - Mit 6 Monaten schlafen 90% der Säuglinge nachts durch und haben einen festen Rhythmus mit verlässlichen Durchschlafperioden entwickelt (Ferber 1987). Durchschlafen bedeutet, 6 bis 8 Stunden hintereinander zu schlafen. Ein mehrmaliges Aufwachen pro Nacht gehört allerdings zum normalen Schlafverhalten von Säuglingen und Kleinkindern (Largo 2005). Bis zum Alter von 5 Jahren wird unter Umständen noch Tagesschlaf gehalten (Basler et al. 1980) (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 5 Jahren halten 80% der Kinder keinen Tagesschlaf mehr (Basler et al. 1980). Mit zunehmendem Alter eines Kindes kommt es zum Widerstand gegen das Zubettgehen. Mit 5 Jahren sind es 27% der Kinder und bei den 10-Jährigen 35%, die sich gelegentlich gegen das Zubettgehen sträuben (Bühler/Largo 1981) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit ca. 11 Jahren kann ein Kind als selbständig in diesem Bereich angesehen werden. Gleichwohl kann es auch in diesem Alter und darüber hinaus notwendig werden, dass es eine Aufforderung zum Schlafengehen von den Eltern benötigt oder morgens geweckt werden muss (<i>selbständig</i>).
6.3	Sich beschäftigen	<p>Zu beurteilen ist hier die Selbständigkeit bei kindgerechten Aktivitäten, z.B. Spielen mit und ohne anderen Kindern oder Erwachsenen, Bilderbuch ansehen, Fernsehen, Lesen, Computer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 6 Monaten lassen sich keine diesbezüglichen

		<p>Aktivitäten feststellen (<i>unselbständig</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 6 Monaten werden Objekte und Spielzeug in den Mund gesteckt (Michaelis 2003). Typisches Spiel mit 12 Monaten ist das Versteckspiel (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006). In diesem Alter beginnt kooperatives soziales Spiel, indem das Kind einer Bezugsperson einen Gegenstand, den es in der Hand hält, reicht, wenn es dazu aufgefordert wird (Hellbrügge et al. 1994). Mit 18 Monaten kann ein Kind sich für ca. 10-20 Min. selbst beschäftigen (z.B. erste Rollenspiele mit sich selbst: Trinken aus einer Spielzeugtasse) (Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004). Mit 2 Jahren kann für 15-30 Minuten allein gespielt werden (z.B. Gegenstände aus Schublade ein- und ausräumen) (Michaelis 2003; Michaelis/Niemann 2004). Mit 2 ½ Jahren müssen gemeinsame Spielaktivitäten mit einem Erwachsenen noch durch diesen angeleitet und strukturiert werden (Haley et al. 1998) (<i>weitgehend unselbständig</i>). - Im Alter von 3 Jahren kann ein Kind sich für <i>mindestens</i> eine halbe Stunde alleine beschäftigen (Petermann et al. 2006). Mit 4 Jahren kann es sich an einfachen Regelspielen beteiligen (Michaelis 2003) und sich im Spiel mit anderen für die Ausgestaltung eines Spiels entscheiden (Haley et al. 1998) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 5 Jahren spielt ein Kind gerne intensive Rollenspiele, Verkleidungen und Verwandlungen (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006). Es sucht gezielt den Kontakt zu bestimmten Kindern, mit denen es gerne spielen möchte. Das Kind versteht, dass beim Spielen allgemeine und spezielle Regeln zu beachten sind (z.B. warten, bis man an der Reihe ist; Beachtung der Regeln von Kartenspielen) (<i>selbständig</i>).
6.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<p>Zu beurteilen ist, ob ein Kind längere Zeitabschnitte überschauen und über den Tag hinaus planen kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 2 ½ Jahren bestehen bei einem Kind noch keine Zeitvorstellungen (<i>unselbständig</i>). - Mit 2 ½ Jahren kann ein Kind aus den Erfahrungen des Tagesrhythmus alltägliche Abläufe zeitlich zuordnen (Haley et al. 1998). Damit können erstmalig Planungen vorgenommen werden. Bis unter 5 Jahren benötigt es dazu jedoch die Unterstützung anderer Personen (<i>überwiegend unselbständig bis überwiegend selbständig</i>). - Mit 5 Jahren sucht sich ein Kind selbst gezielt Kontakte zu bestimmten Kindern, schließt Freundschaften und lädt andere Kinder zu sich ein (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006). Damit ist es in der Lage, in die Zukunft gerichtete Planungen vorzunehmen (<i>selbständig</i>).
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<p>Zu beurteilen ist hier die Selbständigkeitsentwicklung bei sozialen Interaktionen im familiären Umfeld.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 6 Wochen kann ein Kind von sich aus keine Interaktionen initiieren (<i>unselbständig</i>). - Mit 6 Wochen entwickeln sich erste Kontakte zu Bezugspersonen („soziales Lächeln“) (Flehmig 2007). Bis unter 9 Monaten kann noch kein sicheres Unterscheiden zwischen fremden und vertrauten Personen vorgenommen werden (<i>überwiegend unselbständig</i>).

		<ul style="list-style-type: none"> - Mit 9 Monaten ist ein sicheres Unterscheiden bekannter und fremder Personen möglich (Michaelis/Niemann 2004). Im Umgang mit vertrauten Personen hält das Kind Blickkontakt, lacht oder zeigt freudige Bewegungen (Petermann et al. 2006). Weitere eigenständige Äußerungen von Zuneigung können eher noch nicht vorgenommen werden (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 12 Monaten kann den Eltern gegenüber Zuneigung gezeigt werden, z.B. Arme um sie legen, Küsschen geben oder schmusen (Brandt/Sticker 2001). Das Kind ist nun dazu in der Lage, selbst soziale Interaktionen zu beginnen, fortzuführen, zu variieren und zu beenden (Michaelis/Niemann 2004) (<i>selbständig</i>).
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<p>Zu beurteilen ist hier die Selbständigkeitsentwicklung bei sozialen Interaktionen außerhalb der Familie, z.B. zu anderen Kindern oder im Kindergarten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 12 Monaten ist ein Kind nicht dazu in der Lage, selbst soziale Interaktionen zu initiieren (<i>unselbständig</i>). - Mit 12 Monaten kann es selbst soziale Interaktionen steuern (Michaelis/Niemann 2004). Mit 2 Jahren freut sich ein Kind über Kontakt zu anderen Kindern (Michaelis/Niemann 2004; Haley et al. 1998). Spiele finden allerdings bis unter 3 Jahren noch nicht gemeinsam, sondern zunächst eher nebeneinander her („Parallelspiel“) statt (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 3 Jahren kann ein Kind über mindestens 5 Minuten mit anderen Kindern spielen (Michaelis/Niemann 2004; Petermann et al. 2006). Mit 4 ½ Jahren finden kooperative und andauernde Spiele mit anderen Kindern statt (Haley et al. 1998) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 5 Jahren sucht sich ein Kind selbst gezielte Kontakte zu bestimmten Kindern und schließt Freundschaften. Es ist dazu in der Lage, andere Kinder einzuladen und wird selbst eingeladen (Michaelis 2003; Petermann et al. 2006) (<i>selbständig</i>).

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Die außerhäuslichen Aktivitäten finden bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit keine Berücksichtigung. Im Unterschied zur Begutachtung bei Erwachsenen fließen die Einschätzungsergebnisse aus diesem Modul auch nicht in die Ermittlung der Hilfebedürftigkeit, da bei Kindern keine Informationen zum Modul 8 erhoben werden. Die Informationen aus Modul 7 sind daher vorwiegend im Rahmen der Pflege- oder Hilfeplanung zu verwenden.

Begründung der Altersstufenzuordnung

7.1	Verlassen der Wohnung	<p>Zu beurteilen ist die motorische Fähigkeit, den individuellen Wohnbereich verlassen zu können.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unter 18 Monaten beherrscht ein Kind noch nicht das freie Laufen, so dass es den Wohnbereich nicht selbständig verlassen kann (<i>unselbständig</i>). - Mit 18 Monaten wird das freie Laufen beherrscht (Michaelis/Niemann 2004; WHO 2006). Das Kind beherrscht allerdings noch nicht das Treppensteigen (<i>überwiegend unselbständig</i>). - Mit 2 ½ Jahren kann ein Kind motorisch sicher eine Treppe allein und aufrecht sowohl hinauf als auch hinuntergehen (Brandt/Sticker 2001) (<i>überwiegend selbständig</i>). - Mit 3 ½ Jahren hält es sich in der Nähe des Hauses auf, ohne ständig überwacht werden zu müssen (Haley et al. 1998). Damit hat es nun volle Selbständigkeit erreicht (<i>selbständig</i>).
7.2	Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung	<p>Zu beurteilen ist die zunehmende Fähigkeit der motorisch sicheren und zielgerichteten Fortbewegung außer Haus.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 2 Jahren kann ein Kind 50 Meter und mehr motorisch sicher und ohne Probleme zurücklegen. Allerdings benötigt ein Kind im Kleinkind- und Vorschulalter die ständige Nähe einer Bezugs- bzw. Aufsichtsperson. Mit 3 ½ Jahren kann es sich zeitweise ohne Aufsicht in direkter Nähe des Hauses aufhalten, bedarf aber der periodischen Überwachung (Haley et al. 1998). Auf Wegen im weiteren Wohnumfeld kann es noch nicht allein gelassen werden (<i>auf allen Wegen personelle Hilfe</i>). - Mit 6 ½ Jahren bewegt sich ein Kind im vertrauten Umfeld, z.B. Nachbarschaft oder Schulweg, ohne Überwachung (Haley et al. 1998) (<i>nur auf gewohnten Wegen selbständig</i>). - Mit ca. 10 Jahren kann sich ein Kind im Straßenverkehr sicher fortbewegen. Entfernungen und Geschwindigkeiten können in diesem Alter richtig eingeschätzt werden (Limbourg 1995). Zu diesem Zeitpunkt ist auch das Präventionsverhalten bereits ausgebildet und es werden nun gezielt vorbeugende Verhaltensweisen angewandt (Beispiel: das Kind trägt bewusst einen Fahrradhelm) (Heimstra/Martin 1973; Limbourg 1995; Coppens 1986) (<i>selbständig</i>).
7.3	Öffentliche Verkehrsmittel nutzen	<p>Ein Kind im schulpflichtigen Alter ist in der Regel nach kurzer Eingewöhnungszeit in der Lage, einen Schulbus zu benutzen.</p>

7.4	Mitfahren in einem PKW/Taxi	<p>Zu beurteilen ist, ob ein Kind ohne Hilfe in ein Auto einsteigen kann und selbständig die Autotür öffnen und schließen kann. Ein altersgemäß entwickeltes Kind benötigt im PKW neben dem Fahrer keine zusätzliche Hilfe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit 3 ½ Jahren kann ein Kind selbständig in ein Auto hineinklettern und wieder hinaus steigen (Haley et al. 1998). - Mit 4 ½ Jahren kann es den Sicherheitsgurt selbständig anlegen (Haley et al. 1998). - Bis unter 6 Jahren kann ein Kind noch keine Autotüren öffnen und schließen (benötigt nur Hilfe beim Ein- und Aussteigen). - Mit 6 Jahren können Autotüren von innen und außen geöffnet und geschlossen werden (Haley et al. 1998).
7.5 7.6 7.7	<p>Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen</p> <p>Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagespflege</p> <p>Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen</p>	<p>Im Kleinkind- und Vorschulalter ist bei außerhäuslichen Aktivitäten der ständige Kontakt zu einer Bezugsperson erforderlich; sowohl auf dem Weg zu Aktivitäten als auch bei allen Aktivitäten ist eine Beaufsichtigung und Unterstützung notwendig. In Einrichtungen, wie beispielsweise Kindertagesstätten oder Kindergärten, ist die Beaufsichtigung und Betreuung in der Regel durch das vorhandene Personal sichergestellt und ausreichend.</p> <p>Auch im Schulalter ist es neben dem Lehrpersonal nicht erforderlich, dass speziell eine Person zur Betreuung des Kindes bereit steht (Haley et al. 1998).</p> <p>Eine Beaufsichtigung bei anderen Aktivitäten außerhalb eines geschützten Rahmens ist primär abhängig von Umgebung und Anlass.</p>

Literatur

- Ahnert, J./Schneider, W. (2007): Entwicklung und Stabilität motorischer Fähigkeiten vom Vorschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. Befunde der Münchner Längsschnittstudie LOGIK. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 39(1), 12-24
- Ahnert, J./Bös, K./Schneider, W. (2003): Motorische und kognitive Entwicklung im Vorschul- und Schulalter: Befunde der Münchener Längsschnittstudie LOGIK. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 35(4), 185-199
- Anderson, B.J./Svoren, B./Laffel, L. (2007): Initiatives to promote effective self-care skills in children and adolescents with diabetes mellitus. Disease management & Health Outcomes 15 (2): 101-108
- Basler, K./Largo, R.H./Molinari, L. (1980): Die Entwicklung des Schlafverhaltens in den ersten fünf Lebensjahren. Helvetica paediatrica acta 35, 211-223
- Beltramini, A.U./Hertzog, M.E. (1983): Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. Pediatrics 71(29), 153-158
- Brandt, I./Sticker, E.J. (2001): GES Griffiths Entwicklungsskalen zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Bühler, M./Largo, R.H. (1981): Aspekte des Schlafverhaltens zwischen 2 und 18 Jahren. Longitudinale Studie. Helvetica paediatrica acta 36, 533-541
- Carruth, B.R./Skinner, J.D. (2002): Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 months). Journal of the American College of Nutrition 21(2), 88-96
- Coppens, N.M. (1986): Cognitive characteristics as predictors of children's understanding of safety and prevention. Journal of pediatric psychology 11 (2): 189-202
- Denham, S.A. (1998): Emotional development in young children. New York: Guilford Press
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (Hg.) (2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-028.htm> [Download: 16.04.2007]
- Ferber, R. (1987): Sleeplessness, night awakening, and night crying in the infant and toddler. Pediatrics in Review 9(3), 69-82
- Flehmig, I. (2007): Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung. Stuttgart: Georg Thieme
- Gesell, A./Ilg, F.L./Ames, L.B./Bullies, G. (1971): Das Kind von fünf bis zehn. Bad Nauheim: Christian-Verlag
- Haley, S.M./Coster, W.J./Ludlow, L.H./Haltiwanger, J.T./Andrellos, P.J. (1998): Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Development, Standardization and Administration Manual. Boston: Boston University
- Haug-Schnabel, G. (2007): Was ist normal? Das Spektrum einer normalen Entwicklung. Theorie und Praxis der Sozialpädagogik, 2, 18-22
- Heimstra, N.W./Martin, G.L. (1973): The perception of hazard by children. Journal of Safety Research 5(4), 338-346
- Hellbrügge, T./Lajosi, F./Menara, D./Schamberger, R./Rautenstrauch, T. (1994): Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Erstes Lebensjahr. Lübeck: Hansisches Verlagskontor
- Hetzer, H. (1990): Entwicklung des Spielens. In: Hetzer, H./Todt, E./Seiffge-Krenke, I./Arbinger, R. (Hg.): Angewandte Entwicklungspsychologie. Heidelberg: Quelle & Meyer, 77-103
- Holle, B. (1996): Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes. Weinheim: Beltz
- Hurlock, E.B. (1972): Die Entwicklung des Kindes. Weinheim: Beltz
- Jaswal, V.K./Fernald, A. (2007): Learning to communicate. In: Slater, A./Lewis, M. (Hrsg.): Introduction to infant development. New York: Oxford University Press, 270-287

- Jenkins, S./Bax, M./Hart, H. (1980): Behaviour problems in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 21(5), 5-17
- Kail, R. (1989): *Gedächtnisentwicklung bei Kindern*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Kastner-Koller, U./Deimann, P. (2002): *Wiener Entwicklungstest (WET)*. Göttingen: Hogrefe
- Largo, R.H. (2004a): Entwicklung der Motorik. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille, 23-33
- Largo, R.H. (2004b): Entwicklung des Sozialverhaltens. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille, 85-93
- Largo, R.H. (2004c): Entwicklung des Spielverhaltens. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille, 45-56
- Largo, R.H. (2005): *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. München: Piper
- Largo, R.H./Gianciarusio, M./Prader, A. (1978): Die Entwicklung der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Longitudinale Studie. *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 108(5), 155-160
- Largo, R.H./Molinari, L./Weber, M./Comenale Pinto, L./Duc, G. (1985): Early development of locomotion: significance of prematurity, cerebral palsy and sex. *Developmental Medicine & Child Neurology* 27(2), 183-191
- Lehnung, M./Leplow, B./Friege, L./Herzog, A./Ferstl, R. (1998): Development of spatial memory and spatial orientation in preschoolers and primary school children. *British Journal of Psychology* 89(3), 463-480
- Limbourg, M./Gerber, D. (1978): Das Verhalten von 3-7jährigen Kindern unter Ablenkungsbedingungen. *Zeitschrift für Verkehrserziehung*, 2: 10-13
- Lutz-Dellinger, U./Lutz-Dellinger, E. (1985): *Normale Entwicklung und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen*. Paderborn: Ferdinand Schöningh
- Michaelis, R. (2003): Validierte Grenzsteine der Entwicklung. www.brandenburg.de/media/1234/val_grenz.pdf [Download: 17.09.2007]
- Michaelis, R. (2004a): Das „Grenzsteinprinzip“ als Orientierungshilfe für die pädiatrische Entwicklungsbeurteilung. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille, 123-129
- Michaelis, R. (2004b): Entwicklung der emotionalen Kompetenz. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille, 71-84
- Michaelis, R./Niemann, G.W. (2004): *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme
- Michaelis, R./Kahle, H./Michaelis, U.S. (1993): Variabilität in der frühen motorischen Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung* 2(4), 215-221
- Myschker, N. (2005): *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Maßnahmen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Neuhäuser, G. (2004): Motorisches Lernen und kognitive Entwicklung. In: Schlack, H.G. (Hg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München: Hans Marseille
- Osawara, T./Watanabe, T./Kasahara, H. (1992): Readiness for toothbrushing of young children. *Journal of Dentistry for Children* 59(5), 353-359
- Petermann, F./Stein, I.A./Macha, T. (2006): *Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6*. Frankfurt am Main: Harcourt
- Petermann, F./Wiedebusch, S. (2001): Entwicklung emotionaler Kompetenz in den ersten sechs Lebensjahren. *Kindheit und Entwicklung* 10(3), 189-200
- Pollock, J.I. (1994): Night-waking at five years of age: Predictors and prognosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35(4), 699-708
- Schenk-Danzinger, L. (1988): *Entwicklungspsychologie*. Wien: Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst

- Schlack, H.G. (Hrsg.) (2004): *Entwicklungspädiatrie*. München: Hans Marseille
- Schriever, J. (2004): Kinderunfälle und altersspezifisches Gefahrenbewusstsein. *Kinderkrankenschwester* 23(2), 69-72
- Schumann-Hengsteler, R. (1995): *Die Entwicklung des visuell-räumlichen Gedächtnisses*. Göttingen: Hogrefe
- Straßmeier, W. (1979): *Frühförderprogramme für behinderte und entwicklungsverzögerte Kinder. Evaluation eines kombinierten Diagnose/Förder-Ansatzes*. Landsberg a. Lech: Weizsaecker
- Unkel, J.H./Fenton, S.J./Hobbs, G./Frere, C.L. (1995): Toothbrushing ability is related to age in children. *Journal of Dentistry for Children* 5, 346-348
- WHO (2006): WHO Motor Developmental Study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. Multicentre Growth Reference Study Group. *Acta Paediatrica* 450, 86-95
- Wolfson, A.R. (1996): Sleeping patterns of children and adolescents. Developmental trends, disruptions, and adaptations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 5(3), 549-568
- Wolke, D./Meyer, R./Ohrt, B./Riegel, K. (1994): Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafproblemen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 43(9), 331-339
- Young, B./Drewett, R. (2000): Eating behaviour and its variability in 1-year-old children. *Appetite* 35(2), 171-177

F. Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

Bearbeitung:

A. Horn, K. Wingefeld, B. Gansweid und A. Büscher

Übersicht:

Einführung	2
1. Merkmale des neuen Begutachtungsassessments (NBA)	3
2. Informationsquelle für das pflegerische Assessment	4
3. Aussagen zur Selbständigkeit	5
4. Identifizierung von Ansätzen der Ressourcenförderung	6
5. Die Kernbereiche der Einschätzung	8
Modul 1: Mobilität	8
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	9
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	11
Modul 4: Selbstversorgung	13
Modul 5: Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen....	15
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	16
Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten.....	17
Modul 8: Haushaltsführung	18
Fazit.....	20
Literaturverzeichnis/Weiterführende Literatur	21

Einführung

Im Rahmen einer Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit werden zahlreiche Informationen erfasst und Einschätzungen vorgenommen, die für die individuelle Pflegeplanung nutzbar gemacht werden können. Dies gilt besonders für das neue Begutachtungsassessment (NBA). Denn das neue Verfahren geht von einem Verständnis von Pflegebedürftigkeit aus, das im Vergleich zum bisherigen sozialrechtlichen Verständnis deutlich breiter ausgelegt ist. Es werden mit anderen Worten weit mehr Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst als im bisherigen Begutachtungsverfahren. Dazu gehören beispielsweise psychische Problemlagen, kognitive Fähigkeiten, Kommunikation oder verschiedene Aspekte der Krankheitsbewältigung.

Die vorliegenden Hinweise sollen helfen, den möglichen Stellenwert des neuen Begutachtungsassessments für die individuelle Pflegeplanung zu beurteilen. Einerseits liefert es zahlreiche nützliche Informationen für den Pflegeprozess. Andererseits ist eine erschöpfende Informationserfassung und Einschätzung im Rahmen der Begutachtung selten möglich, d.h. eine Begutachtung kann die fachgerechte pflegerische Einschätzung nicht ersetzen. Zum einen erstreckt sich der Besuch der Gutachter selten über mehr als eine Stunde. Zum anderen kennen die Gutachter die Versicherten meist nicht und sind daher mit den Besonderheiten ihrer Versorgungssituation nicht vertraut. Im Hinblick auf die individuelle Pflegeplanung sollte man daher wissen, was von den Einschätzungsergebnissen zu erwarten ist und was nicht.

Analog dieser Zielsetzung ist der Text aufgebaut. In den ersten Kapiteln 1 bis 4 finden sich generelle Hinweise zur Art und Weise, wie mit dem neuen Assessment eine Einschätzung vorgenommen wird. Dazu gehört beispielsweise auch die Beantwortung der Frage, ob und wie sich aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf die Gestaltung der Pflege nach dem Grundsatz der Ressourcenförderung („aktivierende Pflege“) ziehen lassen. Die weiteren Ausführungen (Kapitel 5) gehen auf die konkreten Inhalte des Assessments ein, d.h. auf die acht sog. Module, die jeweils bestimmte Aspekte der Pflegebedürftigkeit umfassen (z.B. Mobilität).

Diese „Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung“ sind kein Leitfaden für die Ausgestaltung der individuellen Pflege. Dementsprechend erhebt sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Darstellung. Viele für die Pflegepraxis wichtige Fragen können nur angerissen, manche gar nicht berücksichtigt werden. Wir hoffen dennoch, dass Pflegefachkräfte einen Gewinn aus der Lektüre ziehen können.

Das Begutachtungsassessment wird auch bei Kindern eingesetzt. In diesem Fall sind die Ergebnisse allerdings ganz anders und unter größeren Schwierigkeiten zu interpretieren als bei Erwachsenen. Die Nutzungsmöglichkeit bei der Pflege von Kindern bleiben daher im Folgenden außer Betracht.

1. Merkmale des neuen Begutachtungsassessments (NBA)

Gegenüber dem bisherigen Begutachtungsverfahren gibt es drei wesentliche Neuerungen, die für den individuellen Pflegeprozess relevant sein können:

1. Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der *Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen*. Das neue Instrument liegt damit näher an der Perspektive der Pflegepraxis: Die meisten Einschätzungsverfahren und Dokumentationsinstrumente, die heute in der Praxis verwendet werden, erfassen die Selbständigkeit und Beeinträchtigungen der Selbständigkeit des Patienten bzw. Pflegebedürftigen, wobei man sich zumeist an einem ATL- oder AEDL-Schema orientiert. Kurz: Die Ergebnisse des NBA haben eine Form, die den Pflegekräften vertraut ist und die sich zur Nutzung in der Pflegepraxis besser eignet.

2. Das neue Verfahren zielt auf eine *umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit*, vermeidet also die Engführung auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen, die für das bisherige Begutachtungsverfahren charakteristisch ist. Es berücksichtigt sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitive/psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen und/oder für die alltägliche Durchführung der Pflege ein erhebliches Erschwernis darstellen. Einbezogen wird auch die Teilnahme an sozialen, kulturellen und weiteren außerhäuslichen Aktivitäten

3. Das Assessment liefert wichtige, konkrete *Hinweise zur Optimierung der individuellen Pflege*. Dazu gehören auch Einschätzungen zu den *Ressourcen* des Pflegebedürftigen, die bei der Entwicklung einer Maßnahmenplanung mit dem Ziel der Ressourcenförderung hilfreich sein können. Außerdem erfolgt eine explizite Einschätzung zentraler, präventionsrelevanter Risiken, aus der sich ebenfalls Rückschlüsse bei der Maßnahmenplanung ziehen lassen.

Der Erfassungsbogen, mit dem die Einschätzung erfolgt, ist in 8 Abschnitte („Module“) gegliedert:

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

Jedes dieser Module enthält mehrere Unterpunkte (im Folgenden als „Items“ oder „Merkmale“ bezeichnet), zu denen eine Einschätzung erfolgen soll. So findet sich im Modul 1 Mobilität beispielsweise das Item 1.4 „Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs“, bei dem zu beurteilen ist, wie selbständig eine Person bei dieser Handlung ist. Die Einschätzungsergebnisse

zu diesen Items sind für den Pflegeprozesse von zentralem Interesse. Zwar wird für jedes Modul auch ein Gesamtergebnis berechnet (z.B. „Grad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit im Bereich der Mobilität), doch hat dies für den Pflegeprozess weit weniger Bedeutung als die Beurteilung der Einzelheiten.

Im Anschluss an die Module gibt es zwei weitere wichtige Abschnitte: zum einen die erwähnte Risikoerfassung, zum anderen ein Empfehlungsteil, in dem der Gutachter seine Einschätzungen zum Erfordernis von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen formuliert. Dazu gehören auch Fragen der Hilfsmittelversorgung, der Wohnumfeldverbesserung oder direkt auf die pflegerische Versorgung bezogene Empfehlungen.

2. Informationsquelle für das pflegerische Assessment

Zur Klärung der Frage, an welcher Stelle die Ergebnisse des NBA in die Pflege einfließen können, sollte man sich noch einmal den Aufbau des Pflegeprozesses vergegenwärtigen. Er wird je nach Ansatz in vier, fünf oder sechs Schritte unterteilt. Er beinhaltet aber stets eine Informationssammlung, eine Einschätzung von Pflegeproblemen und Ressourcen, die Formulierung von Pflegezielen, eine Maßnahmenplanung, die Durchführung von Maßnahmen und die Beurteilung (Evaluation) der Ergebnisse bzw. Wirkung dieser Maßnahmen (Grad der Zielerreichung).

Die Begutachtungsergebnisse sind in den Schritten „Informationssammlung“ und „Einschätzung“ unmittelbar relevant. Das heißt: Sie liefern Informationen und Einschätzungen, auf denen die Formulierung von Pflegezielen und die Maßnahmenplanung *aufbauen* kann. Kurz: Sie lassen sich als Informationsquelle im Rahmen des pflegerischen Assessments nutzen.

Pflegerisches Assessment („assessment“ heißt übersetzt: „Einschätzung“, „Beurteilung“) ist vielen Bereichen der pflegerischen Versorgung in Deutschland bislang eher schwach entwickelt. Häufig werden darunter nur Dokumentationstätigkeiten verstanden, während es im Kern um einen gedanklichen Prozess handelt (nur dessen Ergebnisse werden dokumentiert). Ein pflegerisches Assessment ist auch nicht nur eine Informationssammlung, vielmehr umfasst es zwei Arbeitsschritte (nach Korte-Pötters et al. 2007):

Erster Arbeitsschritt: Systematisches Zusammentragen umfassender Informationen

Hierzu zählen unter anderem der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Daneben werden Probleme, Fähigkeiten, Funktionsstörungen und Bedürfnisse erfasst sowie die körperlichen, psychischen, sozialen und kulturellen Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Ebenso wichtig sind biografische Informationen.

Zweiter Arbeitsschritt: Feststellung und Einschätzung von Pflegeproblemen, individuellen Bedürfnissen und Ressourcen auf der Basis der zuvor zusammengetragenen Informationen

Hiermit ist ein Prozess des Identifizierens, Beschreibens und Interpretierens angesprochen. Dabei ist die Einschätzung von großer Bedeutung, welche Aspekte aus fachlicher Perspektive und/oder aus Sicht des Pflegebedürftigen *wesentlich* sind und damit eine differenzierte Zielformulierung und Maßnahmenplanung erforderlich machen.

In diesem Zusammenhang bieten die Ergebnisse des NBA wichtige Informationen, die ebenso wie andere Informationsquellen kritisch gesichtet und ausgewertet werden sollten. *Vor allem wenn die pflegerische Versorgung gerade beginnt und noch wenig Informationen verfügbar sind, gestatten sie eine erste Einschätzung wesentlicher Problem- und Bedarfslagen.* In bereits länger andauernden Pflegebeziehungen hingegen werden sie der zuständigen Pflegefachkraft wenig liefern, was sie nicht bereits durch längere Erfahrung und eigene, direkte Beobachtung bzw. die Aktualisierung ihres eigenen pflegerischen Assessments selbst festgestellt hat.

3. Aussagen zur Selbständigkeit

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit stehen ebenso wie in der praktischen Pflege im Mittelpunkt des neuen Begutachtungsassessments. Um die Ergebnisse nutzen zu können, muss man allerdings nachvollziehen, was sie aussagen:

Selbständigkeit ist im neuen Einschätzungsverfahrens definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung durch andere *Personen* durchzuführen. Demnach ist es ohne Bedeutung, ob Hilfsmittel verwendet werden müssen. Als selbständig gilt eine Person auch dann, wenn sie die jeweilige Handlung bzw. Aktivität nur unter Nutzung von Hilfsmitteln, aber ohne Hilfe durch andere Personen durchführen kann.

Beeinträchtigung von Selbständigkeit ist also gleichbedeutend mit Abhängigkeit von personeller Hilfe. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen. Ob Hilfe durch Laienpersonen oder Professionelle erbracht wird bzw. werden kann, ist für die Begutachtung nicht relevant. Die Einschätzungsergebnisse machen also beispielsweise keine Aussage dazu, inwieweit der Bedarf, der aus einem Pflegeproblem erwächst, durch Angehörige gedeckt wird oder gedeckt werden könnte. Dies ggf. muss im Rahmen des pflegerischen Assessments beurteilt werden.

Die Einschätzung von Selbständigkeit bezieht sich auf die praktische Durchführung einer Aktivität. Ob Beeinträchtigungen aus Störungen motorische Funktionen oder kognitiver Fähigkeiten resultieren, ist für das Ergebnis (mit Ausnahme des Moduls 1) unerheblich.

Selbständigkeit wird mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Antwortmöglichkeiten („Ausprägungen“):

0 = selbständig

1 = überwiegend selbständig

2 = überwiegend unselbständig

3 = unselbständig.

In einigen Modulen gibt es abgewandelte Formen dieser Skala, die noch erläutert werden. Durchgängig gilt jedoch, dass der Grad der Beeinträchtigung mit dem jeweiligen Punktwert

steigt. „0“ bedeutet also stets, dass keine Beeinträchtigungen bzw. keine Probleme bestehen.

Als *selbständig* gilt eine Person, wenn sie die jeweilige Aktivität in der Regel ohne Hilfe anderer Personen durchführen kann. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch nur, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen werden bei der Einschätzung nicht berücksichtigt.

Überwiegend selbständig bedeutet, dass die Person den *größten Teil der Aktivität* selbständig durchführen kann. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.

Überwiegend unselbständig heißt, dass die Person die Aktivität nur zu einem geringen Anteil ohne Hilfe durchführen kann. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützung reichen nicht aus.

Als *unselbständig* schließlich gelten Personen, die die jeweilige Aktivität in der Regel auch nicht in Teilen selbständig durchführen können. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

Wie aus diesen Definitionen hervorgeht, bieten die Aussagen zum Grad der Selbständigkeit bereits wichtige Hinweise für die Pflegeplanung. Sowohl der notwendige Umfang der Hilfen als auch die erforderlichen Hilfeformen lassen sich auf dieser Grundlage (allerdings nur sehr grob) abschätzen. Bei den beiden mittleren Ausprägungen (überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig) beinhaltet die Aussage stets, dass der Pflegebedürftige noch über eigene Ressourcen verfügt, so dass hier Ansatzpunkte für eine ressourcenfördernde oder -erhaltende Pflege bestehen.

4. Identifizierung von Ansätzen der Ressourcenförderung

Ressourcenförderung bzw. Ressourcenerhalt stellen einen unverzichtbaren Grundsatz für die Ausgestaltung der Pflege dar. Sie sollte also nicht nur darauf ausgerichtet sein, einen gesundheitlich bedingten Selbständigkeitsverlust auszugleichen. Vielmehr sollte der Pflegebedürftige auch bewusst darin unterstützt werden, Selbständigkeit soweit wie möglich wiederzuerlangen oder zumindest zu erhalten. Dabei geht es nicht nur um körperliche Fähigkeiten, sondern auch um geistig-psychische und soziale Aspekte des Lebens.

Die mit dem NBA gewonnenen Ergebnisse bieten hier nützliche Orientierungshilfen. Das gilt insbesondere für die Feststellungen, die der Gutachter zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs trifft:

Im Rahmen des Assessments schätzt der Gutachter jeweils im Anschluss an die Bewertung der Module 1. „Mobilität“, 2. „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, 4. „Selbstversorgung“ und 5. „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ die Entwicklungstendenz der Selbständigkeit bzw. Fähigkeiten ein. Er beantwortet genauer gesagt die Frage, ob es innerhalb der letzten Wochen/Monate eine Verbesserung, Verschlechterung oder keine Veränderung gegeben hat (z.B. der Mobilität). Es ist dabei auch zu prüfen, ob ein höherer Grad an Selbständigkeit wieder erlangt werden kann bzw. ob es Möglichkeiten gibt, einer Verschlechterung der Situation entgegenzuwirken.

Dies sind nicht nur für etwaige therapeutische bzw. rehabilitative Maßnahmen wichtige Informationen, sondern auch für die Pflege. Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation bzw. ein Verlust an Selbständigkeit oder bestimmten Fähigkeiten sollte stets Anlass für eine pflegerische Abklärung und die Überprüfung der Eignung des Maßnahmenplans sein. In solchen Phasen, in denen zunehmend Fähigkeiten verloren gehen, bestehen häufig noch die relativ günstigsten Chancen auf Erfolg gegensteuernder Maßnahmen. Haben sich Einbußen erst einmal in Form eines niedrigen Niveaus der Eigenaktivität manifestiert, bestehen meist wesentlich schlechtere Aussichten.

Umgekehrt sollte auch die Feststellung, dass sich die Situation des Pflegebedürftigen verbessert, Anstoß zur Überprüfung der Situation geben – etwa anhand der Frage, wie sich die günstige Entwicklung fördern lässt.

Die weiteren Angaben des Gutachters geben noch konkretere Auskunft. Er schätzt ein, welche Möglichkeiten der Verbesserung existieren, z.B. durch

- die Optimierung therapeutischer Maßnahmen
- die Optimierung der räumlichen Umgebung
- Hilfsmiteinsatz bzw. dessen Optimierung oder
- durch andere Maßnahmen (die er näher zu beschreiben hat).

Ggf. findet sich aber auch der Hinweis, dass eine Verbesserung auch ohne besondere Maßnahmen durch fortschreitende Rekonvaleszenz oder den „natürlichen“ Verlauf einer Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Darüber hinaus nimmt der Gutachter nach Beendigung seiner Feststellungen eine zusammenfassende Einschätzung vor und formuliert auf dieser Grundlage Empfehlungen. Er soll hierbei zunächst *Hinweise auf Einschränkungen der Rehabilitationsfähigkeit* dokumentieren, z.B. geringe körperliche Belastbarkeit, fehlende Motivation oder erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten. Außerdem soll er eine explizite Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen formulieren. Bei negativer Entscheidung finden sich im Gutachten entsprechende Begründungen.

All diese Informationen helfen auch der Pflegefachkraft, sich im Hinblick auf einen Bedarf an Ressourcenförderung ein genaueres Bild über Verbesserungspotenzial und etwaige negative

Faktoren zu machen. Mit dem NBA wird allerdings keinerlei Entscheidung oder Vorentscheidung über die Einleitung und Ausgestaltung pflegerischer Maßnahmen vollzogen. Dies bleibt der Expertise der Pflegefachkraft und dem Gespräch zwischen ihr und dem Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen überlassen.

5. Die Kernbereiche der Einschätzung

Modul 1: Mobilität

Mobilität hat zentrale Bedeutung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Einzelnen und beeinflusst fast alle Aktivitäten und sozialen sowie geistigen Fähigkeiten eines Menschen (Bourret et al. 2002; Stemper 2002). Deshalb ist die Förderung und der Erhalt von Mobilität eines der wichtigsten Ziele in der Pflegeplanung. Mobilitätseinbußen ziehen möglicherweise weitreichende Probleme nach sich. Mit dem Bewegungsmangel nimmt z.B. auch das Risiko der Entstehung von Druckgeschwüren, Pneumonien, Kontrakturen oder Venenthrombosen zu. Hinzu kommen Gewichtsprobleme oder Probleme mit der Verdauung (z.B. Obstipation). Ferner verursacht Immobilität eine eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Daher kann sie auch psychische Veränderungen und Erkrankungen wie Depressionen fördern.

Das Modul 1 „Mobilität“ des NBA umfasst die Fähigkeit zur Fortbewegung über kurze Strecken sowie zur Lageveränderung des Körpers (Einschätzungen zur Fortbewegung im *außerhäuslichen* Bereich finden sich im Modul 7 „Außerhäusliche Aktivitäten“). Dazu gehören die Items

1. *Positionswechsel im Bett*: Hier wird eingeschätzt, inwieweit sich die pflegebedürftige Person selbständig im Bett von einer Seite auf die andere drehen oder aufsetzen kann. Dies steht beispielsweise in engem Zusammenhang mit dem individuellen Lagerungsbedarf.
2. *Stabile Sitzposition halten*: Mit diesem Item wird eingeschätzt, wie selbständig die Person auf dem Bett oder Stuhl frei (ohne Rücken- oder Seitenstütze) sitzen kann. Die Einschätzung informiert u.a. über die Fähigkeiten einer Person, bei ihrer Mobilisierung mitzuwirken. Je stabiler eine Person allein sitzen kann, umso mehr Ressourcen sind bei ihr vorhanden, Mobilisierungsmaßnahmen außerhalb des Bettes mitzugestalten (z.B. vom Bett in den Stuhl an den Tisch zum Essen). Personen, die geringe bis keine Rumpf- und Kopfkontrolle haben, sind vollkommen auf Lagerungshilfsmittel angewiesen, die die sitzende Lagerung im Bett oder Rollstuhl unterstützen.
3. *Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen*: Hier wird die Fähigkeit eingeschätzt, sich von einer Sitzgelegenheit auf die nächste (z.B. vom Bett in den Rollstuhl oder aus dem Rollstuhl auf die Toilette) über den Stand umzusetzen. Personen, die sich vom Rollstuhl in einen anderen Stuhl umsetzen können, ohne dabei aufzustehen (z.B. bei Querschnittslähmung), werden auch dann als selbständig eingeschätzt, wenn sie dabei keine personelle Hilfe benötigen. Die Daten informieren nicht über den erforderlichen Transfer (z.B. hoher oder tiefer; mit einer Person oder zu zweit; mit anderen Hilfsmitteln) oder Mobilisie-

rungen, die nicht mehr möglich sind (z.B. in die Badewanne zum Duschen aus Angst vorm Stürzen).

4. *Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches*: Hiermit angesprochen ist die Fähigkeit, sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher zu *bewegen*, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Stock, Rollator, Rollstuhl, Gegenstand). Für die individuelle Pflege ist es wichtig zu wissen, dass etwaige kognitive Probleme hier nicht berücksichtigt werden. Die Einschätzung bezieht sich lediglich auf die körperliche Fähigkeit.
5. *Treppensteigen*: die Überwindung von Treppen zwischen zwei Etagen.

Die Einschätzungen zu diesen Merkmalen tragen zur Klärung einiger zentraler Fragen des pflegerischen Assessments bei. Die Bestimmung individueller Pflegeziele und die Maßnahmenplanung setzt allerdings weitergehende Assessmentsschritte voraus, beispielsweise entlang folgender Fragestellungen

- Wie kann die Person darin unterstützt werden, ihre Position im Bett selbständig anzupassen/zu verändern (z.B. Beine anwinkeln; sich selbst auf die Seite drehen, Hilfsmittel)?
- Wie viele Pflegepersonen werden für einen Transfer benötigt?
- Hat die Person Schmerzen bei der Bewegung?
- Wie können Faktoren beeinflusst werden, die sich negativ auf die Mobilität auswirken?

Zum letzten Punkt noch einige ergänzende Anmerkungen: Die näheren Ursachen für Mobilitätseinbußen lassen sich dem NBA nicht entnehmen. Gründe können beispielsweise der körperliche Gesamtzustand oder eine generelle Belastungsintoleranz. Chronische Schmerzen können bewirken, dass die pflegebedürftige Person eine Bewegung vermeidet, obwohl sie über die Beweglichkeit verfügt. Angst vor Stürzen bzw. eine Sturzvorgeschichte schränken die Mobilität einer Person ebenfalls ein, weil sie aus Selbstschutz Bewegungen vermeidet. Die Veränderung der vertrauten Umgebung kann – auch und besonders bei demenziell Erkrankten – erhebliche Unsicherheit beim Gehen auslösen, weil plötzlich wichtige Orientierungspunkte fehlen. Die Abklärung dieser und anderer Faktoren, die für Mobilitätseinschränkungen im Einzelfall möglicherweise einen Stellenwert haben, bleibt also ebenfalls dem pflegerischen Assessment überlassen. Sie ist erforderlich, um angemessene Pflegeziele und erfolgversprechende Maßnahmen festzulegen.

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Liegen Beeinträchtigungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten vor, kann von Einbußen der Selbständigkeit in fast allen Lebensbereichen ausgegangen werden. Zu den wichtigsten Aufgaben der Pflege zählen daher auch der Erhalt und die Förderung der geistigen Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen.

Das Modul berücksichtigt alle wesentlichen Dimensionen der kognitiven Fähigkeiten, wobei jeweils eingeschätzt wird, inwieweit die betreffende Fähigkeit vorhanden ist:

1. *Personen aus dem näheren Umfeld erkennen*: Mit „Personen aus dem näheren Umfeld“ sind Menschen gemeint, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch die Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.
2. *Örtliche Orientierung*: die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt aufzusuchen und zu wissen, wo man sich befindet.
3. *Zeitliche Orientierung*: die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte, Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens.
4. *Gedächtnis*: die Fähigkeit, Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) 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.).
9. *Mitteilung elementarer Bedürfnisse*: Hierzu gehört die Fähigkeit, Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. äußern zu können, bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln auf Bedürfnisse aufmerksam zu machen, Zustimmung oder Ablehnung auszudrücken.
10. *Aufforderungen verstehen*: Hierzu gehört die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z.B. essen, trinken, kleiden, beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.

11. *Beteiligung an einem Gespräch*: Hierzu gehört die Fähigkeit in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen und sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen. Auch hierbei sind die Auswirkungen von Hör- und Sprachstörungen zu berücksichtigen.

In der heutigen Versorgungspraxis werden kognitive und kommunikative Fähigkeiten nur von sehr wenigen Einrichtungen mit diesem Differenzierungsgrad erfasst. Im Rahmen der individuellen Pflegeplanung sind daher nur noch wenige ergänzende Einschätzungen erforderlich. 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.

Weitergehende Einschätzungen können beispielsweise anhand folgender Fragen erfolgen:

- Wie kann Vertrautheit und Orientierung gefördert werden (z.B. Aufstellen von Bildern, Kontakte zu Bezugspersonen fördern; Tür- und Wegmarkierungen, wiederholtes gemeinschaftliches Abgehen von Wegen; Anbringen von Wanduhr, Kalender, Zeitung vorlesen)?
- Sind kognitive Einbußen situationsabhängig (z.B. akute Stresszustände) oder spielen andere, vielleicht sogar beeinflussbare Faktoren (soziale Kontakte, Umgebungsfaktoren) eine Rolle?
- Können somatische Faktoren (z.B. nicht ausreichende Flüssigkeitsaufnahme) ausgeschlossen werden?
- Teilt die Person ihre Bedürfnisse nur bestimmten Personen mit?
- Sind ausreichend Gelegenheiten zur Kommunikation vorhanden? Wenn nicht, welche Maßnahmen sind einzuleiten/anzubieten?

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Verhaltensprobleme, die in Verbindung mit kognitiven Einbußen (z.B. Demenz) oder anderen psychischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie) auftreten können, sind von den betroffenen Personen nicht oder nur noch begrenzt steuerbar. Ihr Verhalten ist auffällig, weil sie sich schlecht an die Umgebung anpassen und Anforderungen nicht mehr bewältigen können. Neben Angstzuständen, Halluzinationen oder Verfolgungswahn können Verhaltensstörungen mit Selbst- und Fremdgefährdungspotential auftreten.

Verhaltensauffälligkeiten belasten zwangsläufig das Alltags- und Sozialleben der betroffenen Personen und ihrer sozialen Umgebung und stellen eine erhebliche psychische Belastung auch für ihre Angehörigen dar. Hier ist eine geplante, wirksame Unterstützung dringend notwendig. Im Verlauf einer Demenzerkrankung etwa kann sich das Verhalten (Antriebsarmut, unruhiges Umherlaufen und Aggressionen) der betroffenen Person so stark verändern, dass eine Betreuung zuhause nicht mehr oder nur unter großen Schwierigkeiten gewährleistet werden kann. Verhaltensauffälligkeiten führen häufig zur Übersiedlung demenziell erkrankter Personen in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen werden mit dem NBA entsprechend der Häufigkeit ihres Auftretens eingeschätzt (nie; maximal 1x wöchentlich; mehrmals wöchentlich; täglich). Das Modul unterscheidet insgesamt 13 Verhaltensweisen und Problemlagen:

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, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z.B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.
9. *Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen*: Visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z.B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; Vorstellung, verfolgt/bedroht/bestohlen zu werden usw.
10. *Ängste*: Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängstlichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen oder im Kontakt mit anderen Personen.

11. *Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage*: Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen.
12. *Sozial inadäquate Verhaltensweisen*: Distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.
13. *Sonstige inadäquate Handlungen*: Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Manierismen), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern.

Eine systematische Einschätzung in den genannten Dimensionen wird durch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen derzeit äußerst selten vorgenommen. Bislang stehen auch kaum für den Versorgungsalltag geeignete Assessmentinstrumente zur Verfügung. Das NBA kann insofern eine wichtige Erweiterung des Assessments im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses darstellen.

Ähnlich wie im Falle der kognitiven Fähigkeiten gilt allerdings auch hier, dass bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Maßnahmen ergänzende Informationen und Einschätzungen voraussetzen. Biografische Informationen sind hier ebenso von Bedeutung wie die Einschätzung von Umgebungsfaktoren (vgl. Wingefeld/Seidl i.E. und Bartholomeyczik et al. 2006). Denn Hinweise auf Faktoren, die das Verhalten negativ beeinflussen, liefert das NBA nicht. Hier gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten. Dazu gehören körperliche Krankheiten, Flüssigkeitsmangel, ein besonderes emotionales Ereignis (Trennung, Verlust), Schmerzen oder eine unvermittelte Veränderung der Lebensumgebung. Zur Unterstützung der betroffenen Person müssen daher neben biografischen Daten weitere Informationen erhoben werden, wobei auch die näheren Umstände des Verhaltens berücksichtigt werden sollte (Abklärung der Situation, Feststellung des Ortes, der Tageszeit, die Anwesenheit bestimmter Personen etc.).

Modul 4: Selbstversorgung

Der Begriff Selbstversorgung wurde aus dem englischen „self care“ abgeleitet – einem Begriff, der in der Pflege in anderen Ländern gängig ist. In den meisten Fällen sind die Inhalte jedoch deckungsgleich mit Handlungen, die mit „Aktivitäten des täglichen Lebens“ o.ä. Formulierungen angesprochen werden. Hierzu zählen Aktivitäten der Körperpflege, des An- und Auskleidens, der Ernährung und der Ausscheidung.

Die Items des Moduls geben zunächst Hinweise auf etwaige Besonderheiten in den Bereichen Ernährung (Informationen zu Sondenernährung bzw. parenteraler Ernährung), Kontinenz und künstlicher Harnableiter bzw. Stomata. Im Anschluss finden sich die Merkmale, anhand derer die Selbständigkeit eingeschätzt wird.

Der Bereich *Körperpflege* besteht aus folgenden Items:

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

Der Bereich *Ausscheiden* wird erfasst anhand der Items:

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

Die mit dem Modul berücksichtigten Aktivitäten stellen in der Praxis derzeit den umfangreichsten Teil der individuellen Pflegeplanung dar. Die Ergebnisse des neuen Verfahrens bieten in dieser Hinsicht eine erste Einschätzung, sind aber sicherlich ergänzungsbedürftig. Benötigt werden u.a. weitergehende Einschätzungen des Hautzustandes (Körperpflege), des Mund-/Zahn- und Ernährungsstatus, der Besonderheiten bei kombinierter Nahrungsaufnahme (oral und Sonde), eventueller Störungen im Bereich von Ausscheidungen und einiger weiterer Aspekte. Auch biografische Informationen sind in diesem Zusammenhang wichtig, vor allem zur Sicherstellung einer *bedarfsgerechten* Pflege. Sie können mit einem Begutachtungsinstrument nicht erfasst werden.

Wie schon bei den anderen Modulen angesprochen, gilt es außerdem auch hier, die näheren Umstände des jeweiligen Pflegeproblems zu erfassen. Zu Beeinträchtigungen der Selbständigkeit können beispielsweise eine bestehende Unbeweglichkeit (z.B. aufgrund von Arthrose in den Fingergelenken und chronischen Schmerzen), kognitive Einbußen oder Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z.B. Angstzustände aufgrund einer Sturzvorgeschichte; Desorientierung; Antriebslosigkeit) beitragen. Diese und andere Faktoren sollten im Vorfeld der Maßnahmenplanung ergänzend erfasst werden. Edukative Maßnahmen sind ggf. erforderlich, wenn beispielsweise eine Arthrose in den Fingergelenken vorliegt und dadurch bedingt Schmerzen sowie der Verlust von Feinmotorik auftreten. Hier stehen dann eventuell die Hilfsmittelversorgung und -anleitung im Vordergrund der Pflegeplanung (wie z. B. Knopfhilfen bei Unfähigkeit, Knöpfe und Reißverschlüsse zu öffnen bzw. zu schließen oder Strumpfanzieher bei erforderlichen Kompressionsstrümpfen).

Weitere Einschätzungen können beispielsweise mit Fragen wie den Folgenden getroffen werden:

- Gibt es Anzeichen, die auf einen mit der Inkontinenzversorgung verbundenen Edukationsbedarf der Person hinweisen?
- Welche Maßnahmen können dazu beitragen, vorhandene Selbstversorgungsfähigkeiten zu erhalten, zu verbessern oder wiederzuerlangen?
- Sind kognitive oder motorische Einbußen für den Verlust der Fähigkeit verantwortlich?
- Welche weitergehenden Folgen verbinden sich mit dem Verlust einer bestimmten Selbstversorgungsfähigkeit?
- Welche baulich-technischen Veränderungen sind notwendig, um die (selbständige) Benutzung eines Toilettenstuhles zu ermöglichen?

Modul 5: Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen müssen sich mit vielfältigen krankheitsbezogenen Anforderungen und Maßnahmen auseinandersetzen, die an ihre Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und den Alltag zu gestalten, hohe Ansprüche stellen. Sie müssen lernen, sich alltäglich mit den krankheits- und therapiebedingten Anforderungen auseinanderzusetzen und sie in ihr Leben zu integrieren. Neben physischen können in diesem Prozess auch emotionale Belastungen entstehen, die die Krankheitsbewältigung und den Therapieverlauf negativ beeinflussen. Ziel der pflegerischen Versorgung ist es, die betroffenen Personen zu befähigen bzw. zu begleiten, mit diesen Anforderungen umzugehen. Pflegemaßnahmen umfassen dabei die Anleitung, Beratung, Schulung und Begleitung der Personen und die teilweise bzw. vollständige Übernahme der Aktivitäten.

Die Ergebnisse des NBA informieren über die Fähigkeit der Person, krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen selbständig zu bewältigen. Ist die erkrankte Person auf personelle Hilfe angewiesen, wird zugleich eingeschätzt, wie häufig diese täglich, wöchentlich oder monatlich anfällt und ob es sich um einen dauerhaften oder vorübergehenden Bedarf handelt. Die Beurteilung erfolgt bei folgenden Items:

1. Medikation
2. Injektionen
3. Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
4. Absaugen oder Sauerstoffgabe
5. Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen
6. Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ, RR etc.)
7. Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe).
8. Verbandwechsel/Wundversorgung
9. Wundversorgung bei Stoma
10. Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden
11. Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z.B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik, Sekretelimination etc.).
12. Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse)
13. Arztbesuche

14. Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)
15. Zeitlich ausgedehnter Besuch medizinisch/therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)
- K. Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)
16. Selbständigkeit bei der Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften.

Die Informationen zu diesen Aspekten sollten im Zusammenhang mit den anderen Modulen des NBA betrachtet werden. Kognitive und kommunikative Fähigkeitseinbußen, bestimmte Verhaltensweisen sowie eine Einschränkung in der Bewegungsfähigkeit beeinflussen den Umgang der betroffenen Person mit den krankheits- und therapiebedingten Anforderungen erheblich. Je nachdem, wie beweglich eine Person ist oder wie groß ihr Verständnis für die Notwendigkeit einer regelmäßigen Medikamentengabe ist, entscheidet sich, ob sie die Anordnungen selbständig oder mit personeller Hilfe durchführen kann.

Werden die Voraussetzungen von der betroffenen Person erfüllt, sollten Pflegefachkräfte sie darin unterstützen, die Aktivitäten selbständig durchzuführen und darüber Autonomie zu erlangen. Viele Kranke können auch komplexere Handlungen (wie z.B. eine Einmalkatheterisierung) selbständig durchführen. Die zu planenden Pflegemaßnahmen konzentrieren sich dann auf die Schulung und Anleitung der Person, die Unterstützung bei der Durchführung (im Sinne von Richtigkeit der Handlung und Hygiene) sowie einer regelmäßig stattfindenden (abgesprochenen) Überprüfung.

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Die Bewältigung der mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundenen Anforderungen und Konsequenzen verändert die Gestaltung des Alltags und die sozialen Bezüge. Die Pflege von sozialen Kontakten beispielsweise kann nicht nur durch kognitive Einbußen, sondern auch durch Störungen des Selbstbildes (z.B. aufgrund einer Inkontinenz), Kommunikationsbarrieren (z.B. nach Schlaganfall) oder beeinträchtigter körperlicher Mobilität beeinflusst werden.

Die Ergebnisse des NBA informieren über die Fähigkeit der Person, ihren Alltag und soziale Kontakte selbständig zu gestalten. Die einzelnen Items werden wieder anhand der Bewertung „selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig, unselbständig“ eingeschätzt. Das Modul umfasst sechs Items:

1. *Den Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen:* Nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben den Tagesablauf einteilen und bewusst gestalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten planen und ggf. an äußere Veränderungen anpassen. Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Beurteilt wird, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten sie im Laufe des Tages durchführen möchte, z.B. wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist.

2. *Ruhen und Schlafen*: Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen, die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, sich ausruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen.
3. *Sich beschäftigen*: Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen und/oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und durchzuführen.
4. *In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen*: Längere Zeitabschnitte überschauen und über den Tag hinaus planen. Dies zeigt sich beispielsweise daran, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfeste bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, z.B. vorgegebene Strukturen wie Wochen- oder Monatspläne nachvollzogen werden können.
5. *Interaktion mit Personen im direkten Kontakt*: Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.
6. *Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes*: Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn gestalten (aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen). Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit einfachen technischen Kommunikationsmitteln wie Telefon umgehen zu können (Besuche verabreden oder Telefon- oder Brief- oder Mail-Kontakte).

Neben den Einschätzungsergebnissen werden weitere Informationen benötigt, die beispielsweise mit folgenden Fragen erfasst werden könnten:

- Welche Faktoren beeinflussen/behindern die Fähigkeit der Person zur selbständigen Anpassung des Tagesablaufes?
- Durch welche Maßnahmen kann ein geregelter Schlaf-Wach-Rhythmus unterstützt werden?
- Welche Sozialkontakte stehen der Person zur Verfügung und wie können diese ausgeweitet und/oder gefördert werden?

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

In diesem Modul wird sowohl die Fähigkeit, sich im außerhäuslichen Bereich fortzubewegen, als auch die Fähigkeit zur Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten erfasst. Die Aktivitäten werden auch hinsichtlich ihrer Erwünschtheit oder Erforderlichkeit eingeschätzt.

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

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

Der zweite, zentrale Bereich, die *außerhäuslichen Aktivitäten* im engeren Sinne, besteht aus insgesamt drei Items:

5. Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen
6. Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagespflegeeinrichtung
7. Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen.

Die Items 5 bis 7 werden anhand folgender Ausprägungen eingeschätzt:

- Teilnahme 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).

Kulturelle, religiöse oder sportliche Veranstaltungen beispielsweise finden zumeist in Menschengruppen statt. Daher erfordert der Besuch eines Theaters, von sportlichen Wettkämpfen, Konzerten oder Gottesdiensten die Fähigkeit, sich unter mehreren Menschen aufhalten, ggf. über einen längeren Zeitraum sitzen und sich dem Veranstaltungsrahmen entsprechend verhalten zu können. Die Einschätzung berücksichtigt dabei, ob die Person generell an solchen Veranstaltungen teilnehmen möchte, sich aber die Aktivität aufgrund ihres körperlichen Zustandes (z.B. Inkontinenz oder Körperbildstörung durch Behinderung) nicht zutraut.

Die Einschätzungsergebnisse liefern grobe Informationen über die außerhäuslichen Aktivitäten und vorhandenen Möglichkeiten der betroffenen Person. Für die Planung von Hilfen empfiehlt es sich, ergänzend abzuklären, wie motiviert die Person ist, ihre Situation zu verändern, wie viel Vertrauen sie in ihre eigenen Fähigkeiten setzt und welche Hilfsmittel sie (sinnvoll) einsetzt/nutzt. Die Pflegefachkraft sollte darüber hinaus abklären, ob die Person weiß, welche Möglichkeiten sich in ihrer Situation anbieten. Die Maßnahmen sollten edukativen und motivierenden Charakter haben, weil der langfristige Verzicht gewohnter außerhäuslicher Aktivitäten Auswirkungen auf den Umgang mit der Krankheits-/ Pflegebedürftigkeitssituation und ihrer Bewältigung haben kann.

Modul 8: Haushaltsführung

Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Haushaltsführung können von Personen mit zunehmendem Alter oder mit bestehender Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung häufig nicht mehr allein durchgeführt werden, weil ihnen z.B. die Kraft für Reinigungsarbeiten fehlt oder sie nicht mehr so mobil sind, dass sie allein einkaufen gehen können. Erneut wird hier der Grad der Selbständigkeit eingeschätzt. Die Ergebnisse der Einschätzung verweisen auf Hilfebedürftigkeit, nicht zwangsläufig auf eine bestehende Pflegebedürftigkeit. Berücksichtigt werden folgende Aspekte:

1. *Einkaufen für den täglichen Bedarf* (z.B. Lebensmittel, Hygieneartikel, Zeitung).
2. *Zubereitung einfacher Mahlzeiten*: Vorbereitete Speisen erwärmen können, je nach individuellen Gegebenheiten auf dem Herd, im Backofen oder in der Mikrowelle oder nach individuellen Gewohnheiten einfache Mahlzeiten zubereiten.

3. *Einfache (leichte) Aufräum- und Reinigungsarbeiten:* Einfache und körperlich leichte Haushaltstätigkeiten, wie z.B. Tisch decken/abräumen, spülen, Spülmaschine nutzen, Wäsche falten, Staub wischen.
4. *Aufwändige (schwere) Aufräum- und Reinigungsarbeiten:* Aufwändige Haushaltstätigkeiten, wie z.B. Böden wischen, Staubsaugen, Fenster putzen, Wäsche waschen, Bett beziehen, Müll entsorgen.
5. *Nutzung von Dienstleistungen:* Pflegerische oder haushaltsnahe Dienstleistungen (wie Pflegedienst, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Wäscherei, Handwerker, Friseur oder Fußpflege) organisieren und zu steuern.
6. *Regelung finanzieller Angelegenheiten:* Alltägliche finanzielle Angelegenheiten erledigen (z.B. Führen eines Girokontos, Mietzahlungen vornehmen) oder entscheiden, ob z.B. genügend Bargeld im Hause ist, eine Rechnung bezahlt werden muss und ggf. die dazu notwendigen Schritte einzuleiten oder durchzuführen.
7. *Regelung von Behördenangelegenheiten:* Umgang mit staatlichen und kommunalen Behörden sowie Sozialversicherungsträgern. Hierzu gehört z.B. auch die Entscheidung, ob ein Antrag gestellt oder ein Behördenbrief beantwortet werden muss, und ggf. die Einleitung notwendiger Schritte.

Einbußen in diesem Bereich treten in der Regel sehr früh auf und können als Alarmzeichen verstanden werden. Es ist ein vordringliches Ziel, die Person darin zu unterstützen, in ihrem gewohnten Wohnumfeld wohnen bleiben zu können. Die zu planenden Tätigkeiten erfordern die Initiative unterschiedlicher Berufsgruppen bzw. Personen, die möglichst von einer Person (der betroffenen Person, Angehörigen oder anderen vertrauten Personen, dem Case Manager, dem gesetzlichen Betreuer etc.) koordiniert werden.

Für eine wirksame Unterstützung sind weitere Detailinformationen notwendig, z.B.:

- Kann die Person das Telefon bedienen?
- Welche Dienste nimmt die Person in Anspruch? Müssen verschiedene Dienste miteinander koordiniert werden?
- Wie wählt die Person ihre Einkäufe aus?
- Auf welche Art bezahlt die Person in der Regel ihre Einkäufe?

Fazit

Das neue Begutachtungsassessment kann zahlreiche wichtige Informationen und Einschätzungen zur Verfügung stellen, denen ein hoher Stellenwert für die individuelle Pflegeplanung zukommt. Trotz der in manchen Modulen recht ausführlichen und differenzierten Erfassung von Sachverhalten kann das Verfahren jedoch das pflegerische Assessment nicht ersetzen. Dieses muss vielmehr, will es dem Anspruch einer an modernen Grundsätzen orientierten Pflege gerecht werden, mehr Detailinformationen berücksichtigen und den individuellen Problemhintergrund stärker aufklären. Auch klassische Bereiche der pflegerischen Einschätzung (Hautzustand, Mundstatus etc.) werden vom Begutachtungsassessment nicht direkt erfasst.

Diese Aussage muss allerdings etwas relativiert werden, wenn man das Begutachtungsverfahren als Ganzes sieht, d.h. auch die Informationserfassung und Befunderhebung berücksichtigt, die im Vorfeld der Einschätzung stattfindet und deren Ergebnisse ebenfalls dokumentiert werden. Betrachtet man also das neue Begutachtungsverfahren als Ganzes (Informationssammlung plus Befunderhebung plus Assessment plus Empfehlungsteil), so liegt eine Informationsstruktur vor, die eine sehr gute Grundlage für das pflegerische Assessment bietet. Die oben angesprochenen „klassischen“ Bereiche der pflegerischen Einschätzung werden hierbei ebenfalls berücksichtigt.

Es sind vor allem Informationen zu individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten, zur Biografie, zu den allgemeinen Lebensbedingungen sowie zu den Faktoren, die Pflegebedürftigkeit beeinflussen, und zu ihrem individuellen Wechselspiel, die vom neuen Begutachtungsinstrument nicht erfasst werden. Denn die Begutachtung verfolgt ein anderes Ziel als die individuelle Pflege: die Feststellung, ob und in welchem Maße eine Person Leistungen der Sozialversicherung zustehen.

Nutzen für die Pflegepraxis brächte das neue Verfahren vor allem zu Beginn der Zusammenarbeit zwischen Pflegebedürftigem und beruflich Pflegenden, d.h. in einer Situation, in der noch wenig Informationen für die Entwicklung einer ersten Pflegeplanung zur Verfügung stehen. Wären den zuständigen Pflegefachkräften die Ergebnisse des neuen Verfahrens in dieser Situation zugänglich, würde das den Einstieg in eine fach- und bedarfsgerechte Pflege erheblich erleichtern.

Literaturverzeichnis/Weiterführende Literatur

- 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
- Bourret, E.M./Bernick, L.G./Cott, C.A./Kontos, P.C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in longterm care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 37:4:338-345.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007): Pflegedokumentation stationär. Handbuch für die Pflegeleitungen. [www.dokument] URL: <http://www.gender-mainstreaming.net/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/handbuch-pflegedokumentation,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf> (20.01.2008)
- Chapmann, A. et al. (2004): Wenn Verhalten uns herausfordert... Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Mabuse Verlag
- Danuser, C. (2005): Schmerzerfassung bei verwirrten und dementen Menschen. Abschlussarbeit Schwerpunkt Palliative Care. Bildungszentrum SBK Zürich. URL Dokument [http://static.twoday.net/palliativpflege/files/c-danuser_abschlussarbeit_hoefa1.pdf] eingesehen am 02.01.2008.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. u. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) (2006): Essen und Trinken bei Demenz.
- Doenges, M.E./Moorhouse, M.F./Geissler-Murr, A.C. (2003): Pflegediagnosen und Maßnahmen. hrsg. von Christoph Abderhalden und Regula Ricka. Bern: Hans Huber.
- Ewers, M. (1998): Pflegequalität – Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei AIDS. Hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Hannover: Schlütersche.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie 1999-2002.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ Entwicklung – Konsentierung – Implementierung.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2005): Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ Entwicklung – Konsentierung – Implementierung.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2006): Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ Entwicklung – Konsentierung – Implementierung.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2007): Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ Entwicklung – Konsentierung – Implementierung.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (i. E.): Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ Entwicklung – Konsentierung – Implementierung,
- Fiechter, V./Meier, M. (1993): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel: Recom.
- Hafner, M./Meier, A. (2005): Geriatrische Krankheitslehre Teil1 Psychiatrische und neurologische Syndrome. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hans Huber Verlag Bern
- Höhmann, U./Weinrich, H./Gätschenberger, G. (1996): Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsbericht Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Pflegerisches Assessment und Biografieerfassung. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.). Referenzmodelle 5. Kapitel 4 Seite 1-18.
- Lind, S. (2000): Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Ergebnisse einer Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker. [www.dokument] URL: <http://freenet-homepage.de/Sven.Lind/>, eingesehen am 20.01.2008
- Marquardt, G. (2006): Kriterienkatalog Demenzfreundlicher Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Dissertation an der

- Fakultät der Technischen Universität Dresden. URL Dokument [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=985850043&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=985850043.pdf] eingesehen am 02.01.2008
- Messer, B. (2004): Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. Schlütersche GmbH&Co.KG, Hannover
- Needham, I. (1991): Pflegeplanung in der Psychiatrie. Basel: Recom.
- Stemper, T. (2002): Alter, Altern, Alterssport. Zur Bedeutung des körperlichen Trainings für Ältere aus sportwissenschaftlicher Sicht in: Rösch, H.E./Yaldai, S. (Hrsg): Spektrum der Sportwissenschaft Heft 14 der Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 38-60
- Thiemes Pflege Band 1 (2000) Hrsg. von Edith Kellnhauser. Stuttgart: Thieme
- 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
- Wingenfeld, K./Heitmann, D./Korte-Pötters, U. (2007): Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussbericht der beteiligten Institute. 2004 – 2006. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen