



Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten

– Überarbeitete, korrigierte Fassung –
Bielefeld, 23. März 2007

Verfasser: K. Wingefeld, A. Büscher, D. Schaeffer
unter Mitarbeit von:

C. Büker, D. Heitmann, T. Kleina, N. Seidl,
U. Haas, M. Halek, D. Hardenacke, P. Tackenberg,
G. Geuter, J. Weber, S. Grösbrink, J. von Strykowski

Projektleitung: D. Schaeffer & K. Wingefeld

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

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Einleitung	4
1. Problemhintergrund.....	6
2. Aufgabenstellung	11
3. Methodisches Vorgehen	12
3.1 Recherchen	12
3.2 Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen	14
3.3 Analyse von Einschätzungsinstrumenten.....	15
3.4 Vergleichende Bewertung von Einschätzungsinstrumenten	18
3.5 Vergleichende Bewertung des alternativen MDK-Instruments	19
4. Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit.....	20
4.1 Der Beitrag der Pflegetheorien	20
4.2 Zur nationalen und internationalen Diskussion um Pflegebedürftigkeit	29
4.3 Pflegebedürftigkeit und andere nationale Sicherungssysteme.....	33
4.4 Zwischenfazit: Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs	39
4.5 Systematisierungsvorschläge zur Abbildung von Pflegebedürftigkeit.....	43
5. Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit.....	51
5.1 Instrumentenentwicklung und -akkreditierung in anderen Ländern.....	51
5.2 Auswahl und Übersicht zu den Instrumenten	59
5.3 Komplexe Einschätzungsinstrumente.....	63
5.4 Spezifische Instrumente	80
5.5 Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern.....	85
6. Das alternative Begutachtungsverfahren der MDK-Gemeinschaft.....	89
6.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff und erfasstes Spektrum der Pflegebedürftigkeit	90
6.2 Weitere inhaltliche Aspekte	92
6.3 Formale Merkmale	93
6.4 Methodische Güte und Praktikabilität	96
6.5 Besondere Anforderungen.....	98
6.6 Gesamtbeurteilung und vergleichende Bewertung	99
7. Adaption und Kombination von Einschätzungsinstrumenten	103
8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	107
Im Text verwendete Literatur	112
Anhang: Ergebnisse der Instrumentenanalysen	116

Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht stellt die überarbeitete Fassung des Gutachtens „Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten“ dar, das vom IPW am 28. Februar 2007 vorgelegt wurde.

Die Überarbeitung umfasst zum einen Textkorrekturen, sprachliche Präzisierungen und einige Ergänzungen, die Anregungen des BMG-Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufgreifen oder aus sachlichen Gründen notwendig erschienen. Zum anderen wurde ein umfangreicher Anhang angefügt, der die Ergebnisse der Instrumentenanalysen beinhaltet, die in der Fassung vom 28. Februar nur in zusammenfassender Form präsentiert wurden.

Einleitung

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI und das darauf basierende Begutachtungsverfahren werden bereits seit Einführung der Pflegeversicherung kritisch diskutiert. Pflegebedürftigkeit sei, so der Kern der Kritik, im SGB XI zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert. Die Ausblendung anderer Problem- und Bedarfslagen – etwa des Bedarfs an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung – führe dazu, dass die wachsende Zahl Hilfebedürftiger mit demenziellen Erkrankungen oder anders verursachten Einschränkungen der Alltagskompetenz keine adäquate Unterstützung durch Leistungen der Pflegeversicherung erhalte. Aber auch andere Aspekte des gegenwärtigen Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit stoßen auf Kritik, so beispielsweise die Regularien zur Ermittlung des Pflegebedarfs von Kindern, die trotz punktueller Optimierung durch die letzte Revision der Begutachtungsrichtlinien noch immer als unbefriedigend gelten.

Inzwischen existiert ein breiter Konsens in der Einschätzung, dass eine Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und eine entsprechende Angleichung des Begutachtungsverfahrens nach dem SGB XI erforderlich sind. Nach jahrelangen intensiven Diskussionen wurden nunmehr konkrete Schritte einer solchen Neufassung eingeleitet. Die Regierungskoalition hat sich im Jahr 2005 darauf verständigt, mittelfristig für eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Sorge zu tragen. Hierdurch würde auch ein neues Begutachtungsverfahren erforderlich.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit im November 2006 einen Beirat einberufen, der eine entsprechende Empfehlung zur Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbeiten soll. Bereits im Vorfeld verständigten sich das Bundesministerium und die Spitzenverbände der Pflegekassen darauf, eine wissenschaftliche Studie zu initiieren, die in Begleitung dieses Prozesses die benötigten Beratungs- und Entscheidungsgrundlagen bereitstellen soll.

Hiervon ausgehend beschlossen die Spitzenverbände, ein Modellprojekt „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundeseinheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ auszuschreiben. Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) hat sich auf diese Ausschreibung beworben und wurde Anfang November 2006 mit der Durchführung des Projekts beauftragt.

Die Aufgabe des Projekts bestand darin, ausgehend von einer umfassenden nationalen und internationalen Recherche eine Analyse und Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Begutachtungs- bzw. Einschätzungsinstrumenten vorzunehmen. Hiermit sollten sehr zeitnah die Wissensgrundlagen zur Verfügung gestellt werden, auf denen weitergehende Schritte der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Angleichung des Begutach-

tungsverfahrens aufbauen können. Mit dem vorliegenden Bericht präsentiert das IPW die Ergebnisse seiner Arbeiten.

Dem Projekt kommt nach den bisherigen Überlegungen des Bundesgesundheitsministeriums, des Beirates und der Spitzenverbände der Pflegekassen die Funktion einer Vorstudie zu, der zwei weitere Arbeitsphasen folgen sollen. Es ist vorgesehen, dass auf der Grundlage der Vorstudie in einer sich anschließenden ersten Hauptphase ein neues, praktikables Begutachtungsverfahren erarbeitet und in einer zweiten Hauptphase praktisch erprobt wird. Das Gesamtvorhaben soll bis zum 30. November 2008 abgeschlossen sein.

Diese Zeitplanung hatte für die Durchführung der Vorstudie zwei wichtige Konsequenzen: Erstens musste das Projekt innerhalb von knapp vier Monaten, d.h. bis zum 28. Februar 2007 abgeschlossen werden, was eine sehr straffe Arbeitsorganisation und mitunter auch pragmatische Entscheidungen im Verlauf der Analysen notwendig machte. Zweitens waren auch die Untersuchungsergebnisse vor dem Hintergrund des sehr ehrgeizigen Arbeitsplans für das Gesamtvorhaben zu reflektieren. Die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten und praktikablen Begutachtungsverfahrens stellt, wie internationale Erfahrungen hinlänglich dokumentieren (vgl. Kapitel 5), ein anspruchsvolles und aufwändiges Unterfangen dar. Zu Beginn eines solchen Prozesses muss daher auch abgeschätzt werden, welcher Weg am besten geeignet erscheint, das angestrebte Ziel im vorgegebenen Zeitrahmen tatsächlich zu erreichen. Hierzu werden in den abschließenden Empfehlungen der vorliegenden Studie einige Überlegungen vorgestellt.

Im Mittelpunkt des Berichtes steht zum einen die Frage nach den Möglichkeiten, ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis von Pflegebedürftigkeit zu formulieren. Dieser Frage wird anhand einer eingehenden Analyse einschlägiger Literatur und anderer Materialien nachgegangen (Kapitel 4). Zum anderen erfolgt eine umfassende Darstellung und Analyse zahlreicher Einschätzungsinstrumente (Kapitel 5), denen im Grundsatz eine Eignung für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit unterstellt werden kann bzw. unterstellt wird. Besondere Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf das „alternative Begutachtungsverfahren“, dessen Entwicklung sich die MDK-Gemeinschaft bereits seit längerer Zeit widmet.

In Kapitel 8 werden die Ergebnisse zusammengefasst und einige Empfehlungen ausgesprochen, die sich sowohl auf die Frage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs als auch auf Optionen für die Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens beziehen. Hierbei werden, wie bereits angedeutet, einige Aspekte erörtert, die aus der Sicht des IPW zusätzlich zu inhaltlichen und methodischen Fragen zu berücksichtigen sind, wenn im vorgegebenen Zeitrahmen eine tragfähige Lösung für die Zukunft der Pflegeversicherung gefunden werden soll.

1. Problemhintergrund

Das für die Pflegeversicherung maßgebliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist vor allem durch vier Aspekte gekennzeichnet:

- Als pflegebedürftig gelten Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung bei *ausgewählten Verrichtungen des täglichen Lebens* auf Unterstützung angewiesen sind. § 14 SGB XI begrenzt diese Verrichtungen auf die vier Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.
- Der Begriff der Pflegebedürftigkeit greift im Sinne des SGB XI nur dann, wenn Personen *dauerhaft* Unterstützung benötigen (mindestens sechs Monate).
- Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird anhand der Art, Häufigkeit und Dauer der *benötigten Hilfeleistung, d.h. anhand des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs* ermittelt. Das konkrete Ausmaß von Fähigkeitseinbußen beispielsweise ist für die Ermittlung nachrangig bzw. nur indirekt von Bedeutung.
- *Zeit* ist ein entscheidendes Maß für die Pflegestufenzuordnung und somit für den Leistungsanspruch, genauer gesagt: die Zeit, die eine nicht zur Pflege ausgebildete Person zur Erbringung der notwendigen Hilfeleistungen benötigt (bzw. benötigen würde).

Diese Festlegungen bilden die zentralen Eckpfeiler für das Begutachtungsverfahren und unterscheiden die Pflegeversicherung von vielen anderen nationalen Sicherungssystemen. Gleichzeitig muss jedoch beachtet werden, dass das SGB XI Begrenzungen, die sich mitunter in anderen Ländern finden und als Grundsatzfragen der Langzeitpflege diskutiert werden (vgl. WHO 2003), nicht kennt: Für den Kreis der Anspruchsberechtigten existieren *keine Altersgrenzen*. Die Gewährung von Leistungen wird im Grundsatz *nicht vom Institutionalierungsrisiko abhängig* gemacht (Übergang in die stationäre Langzeitversorgung)¹. Die Bemessung von Leistungsansprüchen erfolgt *unabhängig von der finanziellen Situation* der Betroffenen. Leistungsansprüche bestehen *unabhängig vom familiären Umfeld* (z.B. Gleichbehandlung von Alleinlebenden und Personen, die von Angehörigen versorgt werden).

Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI konzentriert sich häufig auf den ersten der vier genannten Aspekte, d.h. darauf, dass Leistungsansprüche aus einem *verhältnismäßig schmalen Ausschnitt des Unterstützungsbedarfs* abgeleitet werden. Stellvertretend für viele andere Stellungnahmen sei hier die Einschätzung der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ angeführt, die darauf verweist, dass

- „Unselbstständigkeit im Bereich der Kommunikation und sozialen Teilhabe als Kriterium für Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt wird.“

¹ Allerdings kann sich die Inanspruchnahme der vollstationären Pflege, ohne dass hierzu ein Bedarf besteht, nachteilig auf die Höhe der von der Pflegeversicherung gewährten Leistungen auswirken.

- ein erheblicher Teil der notwendigen Unterstützung für psychisch Kranke und beeinträchtigte Menschen, die nicht nur bei einzelnen Verrichtungen, sondern in ihrer gesamten Lebensführung auf Hilfe angewiesen sind, ausgeblendet wird.
- andere Auswirkungen gesundheitlicher Probleme, wie zum Beispiel Schmerzerleben, Angst im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen, verändertes Selbstschutzverhalten oder ganz generell mangelhafte Krankheitsbewältigung keinen Leistungsanspruch nach dem SGB XI begründen" (Landtag NRW 2005: 40).

Im Unterschied zum engen Verrichtungsbezug wird das Kriterium der *Dauerhaftigkeit* relativ selten hinterfragt. Vorübergehender Unterstützungsbedarf wird, wenn auch nicht vollständig, über das SGB V und andere Sicherungssysteme abgedeckt. Allerdings führt die Trennung von Finanzierungszuständigkeiten – verknüpft mit getrennt organisierten Antragsverfahren und Verfahren zur Klärung von Leistungsansprüchen – nicht selten zu Reibungsverlusten, Verzögerungen und Schwierigkeiten beim Leistungszugang. Insbesondere nach einer Krankenhausbehandlung ist der bruchlose Übergang zu einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung zum Teil nur unter großen Anstrengungen sicherzustellen (vgl. Wingenfeld 1999).

Dass der Grad der Pflegebedürftigkeit anhand von Art, Häufigkeit und vor allem der Dauer der *benötigten Hilfeleistung* ermittelt und hierbei außerdem von einer Versorgung durch Personen ohne pflegerische Berufsausbildung ausgegangen wird („*Laienpflege*“), muss als systematische Schwachstelle der Bedarfsfeststellung nach dem SGB XI bezeichnet werden. Sie hat seit Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes bereits mehrfach zu Anpassungen des Begutachtungsverfahrens geführt. Pflegebedürftigkeit wird im Rahmen der Pflegeversicherung mehr oder weniger mit Pflegebedarf gleichgesetzt. Ausschlaggebend für die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist daher nicht der Grad der Selbständigkeit bzw. Abhängigkeit des Versicherten, sondern der Umfang der Hilfeleistungen, die zur Sicherstellung der im SGB XI genannten elementaren Lebensaktivitäten als erforderlich gelten. Selbständigkeit/Abhängigkeit des Individuums und Hilfebedarf werden nicht trennscharf auseinandergehalten, was zahlreiche systematische Probleme zur Folge hat, die sich vor allem bei der Begutachtung bzw. Einstufung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) niederschlagen. Denn „*Pflegebedürftigkeit* (...) bezeichnet ganz allgemein den Umstand, daß ein Mensch infolge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist. Insofern stellt ‚pflegebedürftig‘ ein Merkmal dar, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist. Pflegebedürftigkeit spricht einen *Ausschnitt* der Gesamtheit der Hilfebedürftigkeit an, die aus gesundheitlichen Problemlagen erwächst. Unter *Pflegebedarf* ist ein Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Interventionen zu verstehen, die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen - also streng genommen kein Merkmal des Patienten, sondern das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den u.a.

professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche *Normen* einfließen können“ (Wingenfeld 2000: 339).

Pflegebedarf wäre also aus Art und Umfang der Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung (Pflegebedürftigkeit) abzuleiten und nicht umgekehrt. Vor allem die Bestimmung des erforderlichen Zeitaufwands, der bei der Pflegestufenzuordnung zugrunde gelegt wird, wirft vor diesem Hintergrund Probleme auf. Denn neben den Selbständigkeitseinbußen existieren viele weitere Faktoren, die in den individuell erforderlichen Zeitaufwand einfließen (vgl. Wingenfeld 2000 und Bartholomeyczik et al. 2001). Dazu gehören vor allem:

- Umgebungsbedingungen,
- Fähigkeiten und Qualifikation der Pflegeperson,
- individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen,
- Verfügbarkeit und Nutzung von Hilfsmitteln,
- fachliche Standards bzw. Methoden und nicht zuletzt
- das der individuellen Versorgung zugrunde liegende Pflegeziel, das u.a. darüber entscheidet, ob eine bloße Kompensation von Unselbständigkeit (Übernahme von Handlungen, die eine unbeeinträchtigte Person selbst ausführen würde) oder eine ressourcenfördernde Pflege (Erhalt, Wiedergewinnung oder Verbesserung von Fähigkeiten des Pflegebedürftigen) erfolgt.

Vor diesem Hintergrund ist es kaum möglich, Normzeiten für die individuelle Pflege zu entwickeln, was im Blick auf das Ziel, die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nach einheitlichen Kriterien durchzuführen, erhebliche, im Grunde sogar unüberwindliche Schwierigkeiten aufwirft. Die zeitlichen Orientierungswerte der Begutachtungsrichtlinien stellen in diesem Zusammenhang nur eine notdürftige Lösung dar. Sie sind lediglich als Anhaltsgößen gedacht und entbinden den Gutachter nicht von der Aufgabe, den *individuellen* Zeitaufwand unter den Bedingungen der *individuellen* Pflegesituation zu ermitteln. Aufgrund von Erschwernissen oder erleichternden Faktoren, die in der Person des Pflegebedürftigen oder im Pflegeumfeld begründet liegen, muss der Gutachter von den Zeitkorridoren ggf. abweichen. Außerdem unterstellen die Orientierungswerte eine vollständige Übernahme der Verrichtungen durch die Pflegeperson. Dies ist die einzige Hilfeform, bei der Normzeiten zumindest theoretisch einigermaßen nachvollziehbar begründet werden können. Faktisch wird damit eine Reduzierung der Komplexität der Pflegerealität auf eine weitgehend standardisierte Situation vorgenommen, was abgesehen von der Frage, wie die einzelnen Werte hergeleitet werden können, wirklichkeitsfern erscheint (vgl. Heine 1997 und Bartholomeyczik et al. 2001).

Auch die Bezugnahme auf die sog. Laienpflege führt bei der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit zu systematischen Problemen. Dies zeigt sich insbesondere im Falle von Heimbewohnern, bei denen vom realen Pflegegeschehen und vom konkreten Pflegeumfeld abs-

trahiert und der Zeitaufwand zugrunde gelegt werden muss, der unter den Bedingungen einer Laienpflege in der häuslichen Umgebung anfallen würde. Zusammen mit den o.g. Unsicherheiten bei der Definition von Zeitnormen ergibt sich damit eine Situation, die dem Anspruch einer objektiven und zuverlässigen Einschätzung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf schwerlich gerecht werden kann.

Hieraus ergibt sich bereits ein erster wichtiger Hinweis für die Entwicklung eines zukünftigen Begutachtungsverfahrens: *Zeit ist ein eher ungeeigneter Maßstab zur Beschreibung bzw. Einschätzung von Pflegebedürftigkeit.* Die von den vielen anderen Ländern gewählten Vorgehensweisen und genutzten Einschätzungsverfahren nehmen konsequenterweise Abstand vom Versuch, notwendige Pflegezeiten als Maßstab für die Gewährung von Leistungsansprüchen bzw. für die Definition von Abstufungen der Pflegebedürftigkeit heranzuziehen.

Die Probleme, die sich mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI und dem heutigen Begutachtungsverfahren verbinden, betreffen allerdings nicht nur den engen Verrichtungsbezug und die dargestellten systematischen bzw. methodischen Schwierigkeiten. Beachtung verdienen auch dysfunktionale Effekte auf die Struktur und das Qualitätsniveau der pflegerischen Versorgung. Die Prämissen und Normen, die dem Begriff der Pflegebedürftigkeit unterlegt sind, haben die in Deutschland festzustellende Verengung des *Pflegebegriffs* nicht direkt verursacht, aber doch stark befördert. Die auch unabhängig von der Pflegeversicherung bestehende Tendenz, Pflege auf Hilfen bei körperbezogenen Verrichtungen zu reduzieren, erhielt mit dem aktuellen Verständnis der Pflegebedürftigkeit nachhaltigen Auftrieb. Eine von Alltagsverrichtungen und der medizinischen Behandlung losgelöste pflegerische Unterstützung nimmt – mit Ausnahme der psychiatrischen Versorgung – eine stark untergeordnete Bedeutung in der beruflichen Pflege ein. Präventive und rehabilitative Funktionen, Palliativpflege oder auch Anleitung, Beratung und edukative Funktionen sind im Alltag der ambulanten ebenso wie der stationären Pflege schwach verankert. In Anbetracht der Herausforderungen, die aus der demografischen Entwicklung, aber auch aus den Umstrukturierungen der Krankenhausversorgung im Gefolge des DRG-Systems erwachsen, ist daher eine zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarfslagen und pflegerischem Versorgungsangebot zu befürchten. Das Leistungsangebot orientiert sich primär an Bedarfslagen, die der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI in den Mittelpunkt stellt. Daneben existiert jedoch eine große Gruppe chronisch Kranker, die auf andere pflegerische Leistungen angewiesen ist (vgl. Landtag NRW 2005). Indirekte Wirkungen zeitigt der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff sogar bis hinein in methodische Grundlagen der Pflege: Die Pflegeplanung und -dokumentation in vielen Pflegeeinrichtungen orientiert sich heute sehr stark an den Verrichtungen, die bei der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Ein weitergehendes Verständnis von Pflege findet auf dieser Ebene und auch im Bewusstsein vieler Mitarbeiter wenig Raum (BMFSFJ 2002; Bartholomeyczik et al. 2001; Schaeffer/Ewers 2002).

Vor diesem Hintergrund ist die aktuelle Initiative zur Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens einzuordnen. Sie eröffnet nicht nur einen Weg, die seit vielen Jahren diskutierten Schwachstellen der Pflegeversicherung zu beheben, sondern kann auch als Chance verstanden werden, den Herausforderungen des demografischen Wandels und dem Modernisierungsbedarf der pflegerischen Versorgung in Deutschland nachhaltig zu begegnen.

2. Aufgabenstellung

Die Aufgabe des Projekts umfasste entsprechend der Ausschreibung der Spitzenverbände der Pflegekassen eine nationale und internationale wissenschaftliche Recherche sowie die Analyse und Bewertung von Begutachtungs- bzw. Einschätzungsinstrumenten² und Pflegebedürftigkeitsbegriffen. Dementsprechend bestand das Ziel des Projektes darin, eine wissenschaftlich fundierte, differenzierte und zugleich übersichtliche Beschreibung und Bewertung existierender Pflegebedürftigkeitsbegriffe und Begutachtungsinstrumente zu erarbeiten. Hiermit sollte eine Wissensgrundlage bereitgestellt werden, auf der Entscheidungen über eine Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Entwicklungsarbeiten darauf bezogener Begutachtungsinstrumente aufbauen können. Dementsprechend ergaben sich für das Projekt folgende Teilaufgaben:

- Recherche, Analyse und Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen, d.h. die Identifizierung und Analyse von international gebräuchlichen Begriffen der Pflegebedürftigkeit im Hinblick auf inhaltliche Fragen und die Operationalisierbarkeit im Kontext der Begutachtung;
- Recherche, Analyse und Bewertung von Instrumenten für die Begutachtung bzw. Einschätzung von Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung bestimmter, mit der Ausschreibung vorgegebener Kriterien;
- vergleichende Bewertung des „alternativen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“, dessen Entwicklung von der MDK-Gemeinschaft schon vor längerer Zeit eingeleitet wurde (im Folgenden kurz: „alternatives Begutachtungsverfahren“);
- Einschätzung von Möglichkeiten und Grenzen der Adaption und/oder Kombination von Begutachtungs- bzw. Einschätzungsinstrumenten (auch unter Einbeziehung des alternativen Begutachtungsverfahrens);
- Erarbeitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Entwicklung eines neuen, auf einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff³ beruhenden Begutachtungsinstruments.

² Im vorliegenden Bericht werden – in Anlehnung an den englischen Sprachgebrauch – zumeist die Begriffe *Einschätzungsinstrument* und *Assessmentinstrument* verwendet.

³ „Erweitert“ bezieht sich hier auf das Verständnis von Pflegebedürftigkeit nach den gegenwärtig geltenden Vorschriften des SGB XI.

3. Methodisches Vorgehen

3.1 Recherchen

Die Literatur- und Materialrecherche erfolgte auf mehreren Wegen. Im Mittelpunkt stand eine umfassende Literaturrecherche zur Erfassung des aktuellen Forschungsstandes. Der Fokus lag dabei auf den Literaturdatenbanken CINAHL, MEDLINE, SOMED, PUBMED, HECLINET und GEROLIT, d.h. auf den für pflege- bzw. gesundheitsbezogene sowie gerontologische Fragestellungen besonders relevanten Datenbanken. Grundlage für diese Recherche bildeten deutsche und englische Schlüsselbegriffe, die unter Hinzuziehung der einschlägigen Fachliteratur definiert wurden. Dabei wurden mögliche Synonyme ebenfalls verwendet und im Rahmen einer kombinierten Suchstrategie abgefragt. Jede der oben aufgeführten Datenbanken wurde mit den nachfolgend aufgeführten Suchschritten systematisch gesichtet⁴:

- Comprehensive AND assessment tools
- Comprehensive AND assessment tools AND older people
- Comprehensive AND assessment tools AND geriatric assessment
- Comprehensive AND assessment tools AND children
- Older people AND geriatric assessment
- Older people AND complex care needs
- Assessment AND complex care needs
- Long-term care AND eligibility
- Long-term care AND care dependency
- Long-term care AND entry requirements
- Long-term care AND assessment.

Die Recherche konzentrierte sich auf Quellen, die in den Jahren 1990 bis 2007 veröffentlicht wurden. Da die Suchergebnisse auch eine Vielzahl an Reviews beinhalteten, konnte davon ausgegangen werden, dass Publikationen vor 1990 mittelbar in die Ergebnisse einfließen und keine der besonders relevanten Publikationen unberücksichtigt blieben. Außerdem wurden nur solche Veröffentlichungen einbezogen, deren Sprache als Deutsch oder Englisch ausgewiesen war. Die gefundenen Reviews wurden insbesondere dazu verwendet, weitere relevante Artikel anhand der mit ihnen verfügbaren Literaturverzeichnisse zu recherchieren.

⁴ Vor allem die Suchmaschinen PUBMED und CINAHL führten zu zahlreichen Treffern. Als für diese Thematik weniger ergiebig stellte sich die Suche in den Datenbanken GEROLIT, SOMED und HECLINET dar.

In einer inhaltlich-thematischen Vorauswahl erfolgte in einem nächsten Schritt eine Identifizierung und Sichtung der für die vorliegende Fragestellung relevanten Artikel und – hier von ausgehend – eine Einzelrecherche, um den Literaturbestand gezielt um weitere relevante Quellen zu erweitern und gegebenenfalls bestehende Lücken zu schließen.

Abgesehen von der Literaturrecherche mit Hilfe von Datenbanken erstreckte sich die Suche auch auf frei verfügbare Internetquellen im In- und Ausland, die spezifische Informationsangebote zur Thematik vorhalten. Einbezogen wurden hierbei auch Quellen bzw. Materialien von öffentlichen und privaten Institutionen/Organisationen im europäischen und außereuropäischen Ausland. Ergänzend wurde über die Internetsuchmaschine „Google“ nach Treffern zu zentralen Begrifflichkeiten und einzelnen Assessmentinstrumenten gesucht. Schließlich erfolgte eine systematische Auswertung einschlägiger Handbücher und Sammelbände zur Thematik.

Betrachtet wurden in diesem Zusammenhang Monographien und Sammelbände, die sich mit der generellen Problematik von Messungen im Gesundheitsbereich befasst haben (Streiner/Norman 1995; Larson 1991; Brooks 1991). Diese Werke erwiesen sich allerdings als weniger hilfreich, da sie sich eher auf die Konstruktion von Instrumenten und die damit verbundenen konzeptionellen Fragen beziehen, die über den hier zu bearbeitenden Rahmen hinausgehen.

Weiterhin wurden Übersichtswerke zu Einschätzungsverfahren in verschiedenen Bereichen hinzugezogen. Dazu gehörten Werke zu Fragen der Lebensqualität (Bowling 1997, 2001; Ravens-Sieberer/Cieza 2000; Bullinger et al. 2000; Schuhmacher et al. 2003; Shumaker/Berzon 1995), zu komplexen Klientenbedürfnissen (Keene 2001), Übersichten aus der Psychotherapie (Brähler et al. 2002), der Psychologie und Pädagogik (Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation 2006), Sportwissenschaft (Bös 2001), der Gesundheit (McDowell/Newell 1996), der Funktionsfähigkeit und des Wohlbefindens (Stewart/Ware 1992) und der Geriatrie (Osterweil et al. 2000; Mezey et al. 2003). Die Recherche in diesem Zusammenhang hat die enorme Vielfalt von Instrumenten verdeutlicht. Da die Darstellungen allerdings in der Regel sehr stark durch die Perspektive der jeweiligen Disziplin und des jeweiligen Fachdiskurses geprägt waren, waren die in diesen Werken beschriebenen Einschätzungsverfahren nur bedingt hilfreich. Der fachspezifische Charakter implizierte, dass oft nur Teilbereiche eines möglichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs behandelt wurden.

Etwas anders stellte sich die Situation bei Assessmentverfahren im Bereich der Rehabilitation dar (Biefang et al. 1999). Hier gab es verschiedene Anknüpfungspunkte zu möglichen Aspekten eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Ausführungen zu entsprechenden Instrumenten haben ihren Niederschlag gefunden.

Weitere wertvolle Hinweise wurden der Datenbank des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Sporthochschule Köln entnommen (IQPR 2007) entnommen. Einige der dort dargestellten Instrumente wurden in die nähere Analyse mit aufgenommen und den weiterführenden Literaturhinweisen wurde zu bestimmten Aspekten nachgegangen. Dazu gehörten Arbeiten zur sozialen Unterstützung (Sarason/Sarason 1985; Sarason et al. 1990), Psychophysiologie (Myrtek 1998) und zum Körpererleben (Brähler 1986). Bedeutende neue Erkenntnisse für die Identifikation von Einschätzungsinstrumenten zur Pflegebedürftigkeit wurden durch sie allerdings nicht gewonnen.

3.2 Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen

Die mit den Recherchen erschlossenen Informationen, die zur Analyse und Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen verwendbar sind, lassen sich mehreren Quellen zuordnen. Es handelt sich insbesondere um

- Verlautbarungen und Berichte nationaler und internationaler Organisationen wie der EU, WHO, OECD, ANA (American Nurses Association),
- Studien, Berichte und Materialien staatlicher Organisationen, die Auskunft über das Verständnis der Pflegebedürftigkeit in anderen nationalen Systemen der sozialen Sicherung geben,
- aktuelle (pflege)wissenschaftliche und pflegfachliche Beiträge zur Diskussion um den Begriff der Pflegebedürftigkeit,
- Klassifikationssysteme, die aus dem Bereich der Pflege oder aus dem Bereich der Rehabilitation stammen und teils direkt, teils indirekt ein spezifisches Verständnis von Pflegebedürftigkeit erkennen lassen, und nicht zuletzt
- Pflege-theorien und Pflegemodelle (z.B. ATL/AEDL-Modelle).

Im Verlauf der Recherchen zeigte sich, dass Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nur sehr selten mit expliziten Ausführungen zum zugrunde liegenden Pflegeverständnis versehen sind und daher im Unterschied zu den anderen aufgeführten Quellen wenig Bezugspunkte für die Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen liefern können.

Es erwies sich als sinnvoll und ausreichend, eine zusammenfassende Darstellung, Analyse und Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen vorzunehmen und nicht jede einzelne Fundstelle gesondert zu bewerten. Untersuchungsleitend waren hierbei folgende Fragestellungen:

- Welche Aspekte schließt der jeweilige Pflegebedürftigkeitsbegriff ein?
- Inwieweit lässt sich Pflegebedürftigkeit operationalisieren bzw. wie wird sie in existierenden Pflegebedürftigkeitsbegriffen operationalisiert?
- Inwieweit kann davon ausgegangen werden, dass auf internationaler Ebene ein gemeinsames Verständnis von Pflegebedürftigkeit existiert?

- Welche Aussagen lassen sich zum Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und leistungsrechtlicher Zuordnung machen?

3.3 Analyse von Einschätzungsinstrumenten

Mit diesem Untersuchungsschritt wurden Instrumente identifiziert und bewertet, die zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden oder die prinzipiell dazu geeignet erscheinen, auch wenn sie vorrangig anderen Zwecken dienen. Erwartungsgemäß ergaben die Recherchen Hinweise auf eine kaum überschaubare Vielfalt von Einschätzungsinstrumenten unterschiedlichster Reichweite, so dass – nicht zuletzt aufgrund des eng bemessenen Zeitrahmens – im Vorfeld der Analyse eine Vorauswahl getroffen werden musste. Hierbei stand die Frage im Vordergrund, inwieweit die Instrumente unter inhaltlichen und formalen Gesichtspunkten den allgemeinen Anforderungen eines Begutachtungsverfahrens im Rahmen der Pflegeversicherung entsprechen und nicht zu spezifisch auf besondere Zielgruppen oder andere Anwendungszwecke zugeschnitten sind. Dementsprechend wurde beispielsweise der größte Teil psychometrischer Testverfahren ausgeblendet, die im Bereich der Psychologie zur Anwendung kommen. Ebenfalls blieben die meisten Instrumente unberücksichtigt, die ausschließlich oder vorrangig die Selbsteinschätzung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen abbilden. In dieser Hinsicht beschränkten sich die Projektarbeiten darauf, exemplarisch zu untersuchen bzw. aufzuzeigen, welcher Instrumententypus für ein zukünftiges Begutachtungsverfahren in Betracht bzw. nicht in Betracht gezogen werden sollte (vgl. Kapitel 5).

Zugleich erschien es nicht ratsam, Instrumente zur Einschätzung von Teilaspekten der Pflegebedürftigkeit *grundsätzlich* auszuschließen. Da der Untersuchungsauftrag die Frage nach Möglichkeiten der Kombination mehrerer Instrumente explizit einbezog, durfte sich die Recherche, Analyse und Bewertung nicht auf solche Instrumente beschränken, die ein vergleichsweise breites Spektrum von Aspekten der Pflegebedürftigkeit abdecken.

Die mit der Recherche identifizierten Instrumente, die nach der genannten Vorauswahl in die Untersuchungsarbeiten einbezogen wurden, umfassen somit mehrere unterschiedliche Instrumententypen. Sie lassen sich grob in folgende Gruppen einteilen:

- Instrumente zur „umfassenden“ Einschätzung der Pflegebedürftigkeit,
- Instrumente zur Einschätzung von Teilaspekten der Pflegebedürftigkeit (z.B. ausgewählte körperliche, kognitive/psychische oder soziale Aspekte),
- Instrumente, die für die Anwendung bei Kindern vorgesehen sind.

Das Interesse des Projekts konzentrierte sich naturgemäß auf Instrumente, die zu einer vergleichsweise umfassenden Einschätzung von Pflegebedürftigkeit konzipiert wurden und zu denen bereits praktische Erfahrungen im nationalen Rahmen oder auf internationaler Ebene

vorliegen. Andere Instrumente wurden vorrangig aufgrund ihrer potenziellen Bedeutung für die Lösung wichtiger, aktuell diskutierter Anforderungen und Probleme der Begutachtung in die Analyse mit einbezogen.

Ein Großteil der Kriterien, die bei der Analyse und Bewertung der Instrumente zur Anwendung kamen, war mit der Ausschreibung der Spitzenverbände der Pflegekassen vorgegeben. Es galt allerdings, diese Kriterien so zu konkretisieren, dass sie gleichmäßig auf die einbezogenen Instrumente angewendet werden konnten. Im Ergebnis lassen sich fünf Kriterienbereiche und insgesamt 20 Einzelkriterien bzw. -merkmale unterscheiden⁵:

1. Inhaltliche Aspekte

- *Inhaltliche Reichweite*: Zielt das Instrument auf eine umfassende Einschätzung oder beschränkt es sich auf bestimmte Teilaspekte der Pflegebedürftigkeit? Ist eine explizite Einschätzung des Bedarfs an allgemeiner Betreuung und „Beaufsichtigung“ vorgesehen?
- *Spektrum der berücksichtigten Ressourcen und Fähigkeitsstörungen*: Welche körperlichen und welche kognitiven/psychischen Funktionen werden vom Instrument berücksichtigt?
- *Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans*: Inwieweit leistet das Instrument einen Beitrag a) für die Formulierung von Empfehlungen zur individuellen pflegerischen Versorgung (entsprechend des aktuellen Begutachtungsverfahrens) und b) für die individuelle Pflegeplanung durch Pflegefachkräfte⁶?
- *Ermittlung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf*: Wird ein Präventionsbedarf explizit erfasst? Werden Risiken erfasst, die Präventionsmaßnahmen nach sich ziehen sollten (Krankheitsrisiken, prophylaxenrelevante Risiken, Umweltfaktoren, verhaltensbedingte Risiken)? Sind Aussagen zum Rehabilitationsbedarf vorgesehen? Wie wird Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarf ermittelt? Welche für die Rehabilitation relevanten Aspekte werden erfasst?
- *Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs*: Sieht das Instrument explizit Aussagen zum Hilfsmittelbedarf vor? In welcher Form? Werden verwendete Hilfsmittel erfasst?
- *Ermittlung von besonderen Problem- und Bedarfslagen*: Eignet sich das Instrument, um außergewöhnliche Ausprägungen von Pflegebedürftigkeit zu erfassen („Härtefälle“)?
- *Berücksichtigung von sozialer Teilhabe*: Sieht das Instrument explizite Aussagen zur sozialen Teilhabe vor? Welche Teilhabeaspekte werden erfasst?

⁵ Anhand dieser Kriterien wurde ein Leitfaden entwickelt, den alle beteiligten Wissenschaftler bei der Analyse eines Instrumentes zu verwenden hatten.

⁶ Im Idealfall könnte ein Instrument für den Zweck der Feststellung von Leistungsansprüchen im Rahmen der Begutachtung und gleichzeitig für die pflegerische Informationserfassung und Einschätzung im individuellen Pflegeprozess verwendet werden.

2. Formale Struktur

- *Variationen*: Liegt das Instrument nur in einer oder in mehreren Varianten vor?
- *Modularer Aufbau*: Ist das Instrument in verschiedene Module gegliedert, die auch für sich genommen aussagekräftige Einschätzungsergebnisse liefern?
- *Grad der Standardisierung*: Erfolgt die Einschätzung durchgängig anhand standardisierter Merkmalsausprägungen oder sind auch andere Formen der Dokumentation vorgesehen?
- *Darstellungsform des Gesamtergebnisses*: Sieht das Instrument eine zusammenfassende Aussage zum Grad der Pflegebedürftigkeit vor (z.B. Wert auf einer Punkteskala, Unterscheidung von Gruppen anhand von definierten Abstufungen des Hilfebedarfs etc.)?

3. Methodische Güte

- *Reliabilität und Validität*: In welchem Umfang, in welcher Form, bei welchen Personen und mit welchen Ergebnissen wurden Reliabilität und Validität getestet?
- *Sensitivität und Spezifität*: Fragestellung entsprechend Reliabilität und Validität

4. Praktikabilität

- *Qualifikationsanforderungen*: Wer soll das Instrument anwenden? Welche formalen Qualifikationsanforderungen werden gestellt? Welcher Schulungsbedarf besteht vor Anwendung des Instruments?
- *Zeitaufwand*: Welche Erkenntnisse liegen zum Zeitaufwand für die Einschätzung selbst sowie ggf. für die Gesamtauswertung der Einschätzungsergebnisse (z.B. Generierung eines Scorewertes) vor?
- *Handhabbarkeit und Nachvollziehbarkeit für den Anwender*: Welche Komplexität weisen die berücksichtigten Merkmale und Codieranweisungen auf?

5. Besondere Anforderungen

- *Leistungsrechtliche Zuordnung der Einschätzungsergebnisse*: Inwieweit gestattet der Aufbau der Instrumente und die jeweilige Generierung der Einschätzungsergebnisse Aussagen darüber, welche Teilaspekte des Unterstützungsbedarfs den verschiedenen sozialrechtlichen Sicherungssystemen in Deutschland zuzuordnen sind?
- *Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern*: Inwieweit werden besondere Anforderungen und Methoden zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern berücksichtigt?
- *Transparenz und Nachvollziehbarkeit für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen*: Ist vorgesehen, dass die Personen, deren Pflegebedürftigkeit eingeschätzt wird, und/oder ihre Angehörigen Informationen über die Einschätzungsergebnisse erhalten? In welcher Form? Sind diese Informationen unproblematisch, d.h. auch für „Laien“ nachvollziehbar?
- *Spielraum für Adaptionen*: Sind Ergänzungen oder Modifikationen des Instruments möglich, ohne die Aussagekraft der Einschätzung zu beeinträchtigen?

Für jedes der für die nähere Analyse ausgewählten Instrumente wurde anhand dieser Kriterien eine ausführliche Beschreibung erstellt, die wiederum als Grundlage einer zusammenfassenden Charakterisierung diente, einschließlich einer Gesamtbewertung der Stärken und Schwächen des Instruments. Das Ergebnis dieser Arbeiten wird im Anhang zum vorliegenden Bericht dargestellt.

3.4 Vergleichende Bewertung von Einschätzungsinstrumenten

Die vergleichende Bewertung anhand des dargelegten Kriterienkatalogs erfolgte auf der Basis einer Synopse, mit der ausgewählte Analyseergebnisse für das jeweilige Einschätzungsinstrument festgehalten wurden. Sie war Ausgangsbasis für das im Ausschreibungstext geforderte Ranking. Dabei wurden nicht alle, sondern nur ausgewählte, zentrale Kriterien aus dem oben dargestellten Katalog herangezogen. Dieses Vorgehen sollte vermeiden, dass Kriterien mit unterschiedlichem Stellenwert gleich gewichtet werden. Eine Auswahl war auch deshalb notwendig, weil der Katalog einige Kriterien enthält, deren Ausprägung sich nicht ohne Weiteres in eine Rangfolge überführen lässt (z.B. Darstellungsform der Einschätzungsergebnisse). Berücksichtigung fanden vor allem folgende Kriterien:

1. *Inhaltliche Abbildung der Pflegebedürftigkeit:*

- umfassend
- mehrere Teilaspekte (z.B. körperliche Funktionseinbußen und kognitiver Status)
- ein Teilaspekt

2. *Grad der Standardisierung der erfassten Merkmale der Pflegebedürftigkeit:*

- vollstandardisiert
- teilstandardisiert (überwiegend standardisiert)
- nicht oder überwiegend nicht standardisiert

3. *Reliabilität und Validität:*

- mindestens drei aussagekräftige Studien zur Testung des Instruments bei Personengruppen mit unterschiedlicher Ausprägung der Pflegebedürftigkeit
- ein oder zwei aussagekräftige Studien
- aussagekräftige Studien liegen nicht vor

4. *Praktikabilität:*

- einfache Handhabung, leichte Nachvollziehbarkeit der Items und Codieranweisungen
- erhöhte Anforderungen an den Rater (leichte Nachvollziehbarkeit der Items, aber komplexe Codieranweisungen)
- komplizierte Handhabung, Nachvollziehbarkeit der Items und Codieranweisungen setzt intensive Schulung voraus

5. *Möglichkeiten der Adaption:*

- Aufbau des Instruments und Verfahrensweise zur Abbildung des Grads der Pflegebedürftigkeit lässt Ergänzungen und/oder Modifikationen zu, ohne die Aussagekraft zu beeinträchtigen
- Ergänzungen/Modifikationen sind möglich, beeinträchtigen aber die Aussagekraft
- Instrument kann in modifizierter Form nicht sinnvoll angewendet werden.

Diese Kriterien wurden allerdings lediglich als Orientierungshilfe verwendet, denn ein sinnvolles Ranking der Instrumente ließ sich nicht durch eine formalistische Aufsummierung von Punktwerten oder vergleichbare Vorgehensweisen erreichen. Erforderlich war vielmehr eine Zusammenschau der Stärken und Schwächen eines Instruments, bei der ggf. inhaltliche Vorzüge stärker gewichtet wurden als beispielsweise die Anzahl aussagekräftiger Studien zur Reliabilität und Validität.

Das Ranking beschränkte sich auf Instrumente, die das Spektrum der Pflegebedürftigkeit mehr oder weniger umfassend abbilden. Hier wurden die Instrumente in drei Gruppen unterteilt:

1. Instrumente, die bei der Entscheidung über ein zukünftiges Begutachtungsverfahren mitberücksichtigt werden sollten,
2. Instrumente, die den unter 1 genannten Verfahren unterlegen sind, die allerdings interessante Ansätze aufweisen und im Verlauf weiterer Entwicklungsarbeiten ggf. eine nähere Prüfung verdienen,
3. Instrumente, deren Einsatz im Rahmen einer Begutachtung nicht empfehlenswert ist.

Auf spezifische Aspekte der Pflegebedürftigkeit ausgerichtete Instrumente wurden lediglich daraufhin befragt, ob sie als ein Element (Modul) eines zukünftigen Begutachtungsverfahrens in Betracht zu ziehen sind oder nicht. Auch Instrumente, die zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern Verwendung finden könnten, blieben vom Ranking ausgenommen.

3.5 Vergleichende Bewertung des alternativen MDK-Instruments

Das „alternative Begutachtungsverfahren“, das im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung (MDS) und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) entwickelt wurde, ist im Rahmen der Untersuchung ebenfalls anhand des dargestellten Kriterienkatalogs einer Analyse unterzogen worden. Es kamen hier also die gleichen Kriterien zur Anwendung wie bei allen übrigen Instrumenten. In einer vergleichenden Betrachtung wurden in einem zweiten Schritt seine Stärken und Schwächen herausgearbeitet. Unter den einbezogenen Instrumenten stellt das von der MDK-Gemeinschaft entwickelte Instrument allerdings einen gewissen Sonderfall dar, da es a) von vornherein für die Begutachtung im Rahmen der Pflegeversicherung entwickelt wurde und b) die Entwicklungsarbeiten zum Zeitpunkt der Analyse noch nicht vollständig abgeschlossen waren.

4. Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit

4.1 Der Beitrag der Pflegetheorien

Die Entwicklung der Pflegetheorien hat ihren Anfang in den USA der 1950er Jahre genommen. Meleis (1997) sieht diese Zeit als vierte Phase der Entwicklung der Disziplin Pflege. Die erste Phase (Praxisphase) war gekennzeichnet durch die Etablierung von grundsätzlichen Anforderungen an die Tätigkeit von beruflich Pflegenden. In der zweiten Phase (Ausbildungsphase) ging es darum, das Niveau der Ausbildung in der Pflege anzuheben und die Pflege somit zu professionalisieren. Die Entwicklung von entsprechenden Curricula stand dabei im Zentrum der Bemühungen. Es folgte als dritte Phase der Aufbau von Pflegeforschung. In dieser Phase wurde zunehmend das biomedizinische Modell als Grundlage der Pflege in Frage gestellt, was wiederum in eine vierte Entwicklungsphase mündete: die Phase der Theorieentwicklung (vgl. Moers/Schaeffer 2003, 2006 und 2007).

Vor allem zwischen 1950 und 1980 hat es sehr intensive Bestrebungen zur theoretischen Fundierung der Disziplin Pflege gegeben, die danach allerdings deutlich nachgelassen haben. In den 1980er Jahren wandte sich die Pflegewissenschaft weniger der Entwicklung als der Analyse von Theorien und der Annahmen zu, auf denen sie beruhen⁷. Auf der Ebene der Theorieentwicklung wurde außerdem zunehmend Abstand von der Idee „großer“ Pflegetheorien genommen, das Interesse richtete sich vielmehr auf Theorien mittlerer und geringer Reichweite, deren Nutzung als Bezugspunkte der Pflegepraxis und Pflegeforschung weniger Probleme aufwarf und fruchtbarer erschien als im Falle der oft sperrig und abstrakt anmutenden klassischen Pflegetheorien (Moers/Schaeffer 2003).

Die aus der Aufarbeitung von Theorien hervorgegangenen Übersichtsarbeiten sind für den vorliegenden Untersuchungszusammenhang, d.h. für die Identifikation relevanter Beiträge der Pflegetheorien für die Definition von Pflegebedürftigkeit von großer Bedeutung. Insbesondere die Analysen und Systematisierungsvorschläge von A. Meleis (1991, 1997) liefern hierzu gute Ansatzpunkte⁸. Sie unterscheidet bedürfnisorientierte Pflegetheorien (Abdellah,

⁷ Die unterschiedlichen Annahmen der so genannten ‚Metatheoretikerinnen‘ führen bis heute dazu, dass es keinen pflegewissenschaftlichen Konsens über die genaue Anzahl der Pflegetheorien und Art der Systematisierung gibt.

⁸ Die Ergebnisse von Systematisierungsversuchen auf dem Feld der Pflegetheorien fallen sehr heterogen aus. George (1990) stellt 18 verschiedene Pflegetheorien entsprechend der Chronologie ihrer Veröffentlichung vor. Fawcett (1998a) analysiert die Entwicklung der Pflegetheorien anhand des so genannten Metaparadigmas der Pflege, das aus den für die Pflege relevanten Phänomenen Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege besteht. Fawcett unterscheidet sieben konzeptuelle Modelle der Pflege. Dazu gehören das Verhaltenssystemmodell von Dorothy Johnson, das allgemeine Systemmodell von Imogene King, das Konservationsmodell von Myra Levine, das Systemmodell von Betty Neumann, das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem, die Wissenschaft vom unitären Menschen und das Adaptationsmodell von Callista Roy. Eine Dreiteilung nimmt auch Marriner-Tomey (1994) in ihrem Übersichtswerk vor. Analog der Einteilung des Pflegewissens und

Henderson, Orem), interaktionsorientierte Pflgeetheorien (King, Orlando, Paterson und Zderad, Peplau, Travelbee, Wiedenbach) und ergebnisorientierte Theorien (Johnson, Levine, Rogers, Roy)⁹.

Die Ausrichtung vieler wichtiger Pflgeetheorien muss vor dem Hintergrund der Professionalisierungsbestrebungen der Pflege im oben dargestellten historischen Verlauf gesehen werden. Die frühen Theoretikerinnen bemühten sich vor allem darum, ein professionelles Verständnis von Pflege zu definieren, also die Frage zu beantworten, was Pflege ist (oder sein soll) und worin sich ihre Aufgabe von der Aufgabe anderer Berufsgruppen unterscheidet.

Allerdings kam im Zuge dieser Bestrebungen auch der Konzeptualisierung, d.h. der theoretisch-begrifflichen Definition von Pflegebedürftigkeit ein wichtiger Stellenwert zu. Denn das Verständnis der Pflege lässt sich nicht beschreiben bzw. theoretisch fassen, ohne ihren Gegenstand zu beschreiben, d.h. die Frage zu beantworten, womit sich Pflege befasst und welche Phänomene Pflegehandeln auslösen. Insofern ist ein Verständnis von Pflegebedürftigkeit Bestandteil vieler Pflgeetheorien. Allerdings weisen sie erhebliche Unterschiede bezüglich ihres Gegenstands und ihres Anliegens auf, und dementsprechend wird auch der Konzeptualisierung von Pflegebedürftigkeit in den vorliegenden theoretischen Arbeiten eine unterschiedliche Bedeutung zugewiesen.

Nachfolgend werden die wichtigsten Aspekte der Pflgeetheorien im Hinblick auf ihre für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen relevanten Aussagen dargestellt, und zwar anhand der von A. Meleis vorgeschlagenen Typenunterscheidung von Pflgeetheorien. Ergänzend wird der Beitrag einiger weiterer, spezifischer theoretischer Ansätze mittlerer oder geringer Reichweite untersucht.

Bedürfnisorientierte Pflgeetheorien

Zu den bedürfnisorientierten Pflgeetheorien zählen nach Meleis (1991) die Arbeiten von Abdellah, Henderson und Orem. Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass den Problemlagen, auf die sich pflegerisches Handeln richtet, ein zentraler Stellenwert im jeweiligen Theoriegebäude zukommt: Pflege wird notwendig aufgrund fehlender Ressourcen des Individuums, gesundheitlich bedingte Probleme oder Anforderungen autonom zu bewältigen. Dies wird in den Theorien unterschiedlich spezifiziert und operationalisiert.

der Pflgeetheorien bei Fawcett (1998a) beschreibt sie sieben Philosophien der Pflege, sieben konzeptuelle Modelle und 13 Theorien mittlerer Reichweite.

⁹ Anders ausgedrückt befassen sich die Theorien mit dem ‚Was‘ (bedürfnisorientierte Theorien), dem ‚Wie‘ (interaktionsorientierte Theorien) und dem ‚Warum‘ (ergebnisorientierte Theorien) der Pflege.

Die Konzeptualisierung von Pflegeproblemen nimmt im theoretischen Werk von *Abdellah* einen zentralen Platz ein (Abdellah et al. 1960; vgl. George 1990 und Steppe 1990). Pflegeprobleme sind ihrem Verständnis nach manifeste oder potenzielle Probleme, mit denen sich die von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffenen Menschen und ihre Angehörigen konfrontiert sehen und bei deren Bewältigung Pflegekräfte qua Ausübung professioneller Funktionen helfen können (Abdellah et al. 1960). Es werden insgesamt 21 Probleme unterschieden, die sich teilweise auf elementare Körperfunktionen, teilweise auf Aktivitäten oder auch auf präventive Aspekte beziehen.

1. Erhaltung einer guten Hygiene und eines physischen Wohlbefindens
2. Förderung optimaler Aktivität: körperliche Aktivität, Ruhe und Schlaf
3. Förderung von Sicherheit durch die Prävention von Unfällen, Verletzungen und anderer Traumata sowie die Prävention der Ausbreitung von Infektionskrankheiten
4. Erhaltung guter Körperbeweglichkeit sowie Prävention und Korrektur von Deformitäten
5. Erhaltung der Sauerstoffzufuhr in alle Körperzellen
6. Erhaltung der Nährstoffzufuhr in alle Körperzellen
7. Erhaltung der Ausscheidungsfunktionen
8. Erhaltung des Flüssigkeits- und Elektrolytgleichgewichts
9. Erkennen der pathologischen, physiologischen und kompensatorischen Körperreaktionen auf Krankheitsbedingungen
10. Erhaltung der Regulationsmechanismen und –funktionen
11. Erhaltung der sensorischen Funktionen
12. Identifikation und Akzeptanz positiver und negativer Ausdrucksweisen, Gefühle und Reaktionen
13. Identifikation und Akzeptanz der Wechselwirkung von Emotionen und organischer Krankheit
14. Erhaltung einer effektiven verbalen und nonverbalen Kommunikation
15. Förderung der Entwicklung von produktiven interpersonellen Beziehungen
16. Aufzeigen von Möglichkeiten zur Erreichung persönlicher, spiritueller Ziele
17. Entwicklung und/oder Erhaltung einer therapeutischen Umgebung
18. Stärkung des Bewusstseins über das eigene Selbst als Individuum mit wechselnden physischen, emotionalen und entwicklungsbezogenen Bedürfnissen
19. Akzeptanz der bestmöglichen Ziele angesichts von physischen und emotionalen Einschränkungen
20. Nutzung kommunaler Ressourcen als Hilfestellung bei der Lösung von krankheitsbezogenen Problemen
21. Verständnis der Rolle von sozialen Problemen als Einflussfaktoren im Falle einer Krankheit.

Wie hier ersichtlich ist, schließt diese Liste soziale Aspekte ausdrücklich ein. Die Funktion der Pflege konzentriert sich auf Hilfe bei der Problembewältigung und die Anpassung an gesundheitliche Probleme. Die entsprechenden Pflegeinterventionen sind präventiver, unterstützender und praktisch-helfender Art sowie auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Fähigkeiten ausgerichtet. Eine Gewichtung und Abstufung der einzelnen Probleme ist nicht vorgenommen worden. Pflegebedürftigkeit konstituiert sich nach dem Modell von Abdellah als das Auftreten von einem oder mehreren aus 21 möglichen Pflegeproblemen.

Großen Bekanntheitsgrad in Deutschland haben die Ausführungen von *Virginia Henderson* (1960, 1997) erlangt. Insbesondere Henderson's Definition von Pflege ist als eine der weltweit bekanntesten anzusehen. Virginia Henderson wurde durch das International Council of Nurses beauftragt, eine entsprechende Definition vorzulegen, die rasch weltweite Anerkennung erlangte. Nach Henderson lässt sich Pflege folgendermaßen definieren: *„Die einzigartige Funktion der Pflege besteht darin, dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder ihrer Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die es ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn es über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte. Sie leistet ihre Hilfe auf eine Weise, daß es seine Selbständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt“* (Henderson 1997: 42).

Henderson verweist also auf eine sowohl kurative als auch kompensatorische Funktion der Pflege, betont jedoch zugleich das Ziel der Erlangung von Eigenständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten bei der Durchführung von Aktivitäten. Sie berücksichtigt insgesamt 14 fundamentale Aktivitäten und Bedürfnisse, die sich von physiologischen Funktionen über Ausdrucksformen von Gefühlen bis hin zur Teilhabe am sozialen Leben erstrecken:

1. Normale Atmung
2. Angemessenes Essen und Trinken
3. Ausscheidung von körperlichen Abbauprodukten
4. Bewegung in sowie Erhaltung von wünschenswerte/n Positionen
5. Schlaf und Ruhe
6. Auswahl passender Kleidung – An- und Auskleiden
7. Aufrechterhaltung der Körpertemperatur durch Anpassung von Kleidung und Umgebung
8. Körperpflege und angemessenes Erscheinungsbild sowie Schutz der Haut
9. Vermeidung von Umweltgefahren und der Verletzung anderer
10. Kommunikation mit anderen beim Ausdruck von Emotionen, Bedürfnissen, Ängsten oder Meinungen
11. Dem persönlichen Glauben entsprechendes Leben
12. Gestaltung der Aktivitäten, so dass eine Zielerreichung möglich ist
13. Teilnahme an verschiedenen Formen von Regenerationsangeboten
14. Lernen, entdecken und neugierig sein im Sinne einer normalen Entwicklung und Nutzung verfügbarer gesundheitlicher Dienstleistungen.

Ein Bedarf an pflegerischer Hilfe entsteht nach Henderson dann, wenn eine selbständige Ausübung dieser Aktivitäten nicht möglich ist (zu Henderson vgl. auch Wertmann De Meester et al. 1994; Furukawa/Howe 1990).

Bei der international sehr angesehenen Pflgetheorie von *Dorothea Orem* handelt es sich im Grunde genommen um drei verschiedene, eng zusammenhängende Theorien: die Theorie der Selbstpflege, die Theorie des Selbstpflege-Defizits und die Theorie des Pflegesystems. Die Theorie der Selbstpflege geht davon aus, dass Menschen in ihrem Alltagsleben erlernte Tätigkeiten durchführen, die im Hinblick auf die Lebenserhaltung und Bedürfnisbefriedigung sinnvoll oder notwendig sind (Orem 1983, 1990, 1997). Orem spricht in diesem Zusammenhang von Selbstpflege-Erfordernissen (self-care requisites) und Selbstpflege-Fähigkeit (self-care agency). Die Theorie des Selbstpflege-Defizits befasst sich mit Personen, deren Selbstpflege-Fähigkeit nicht ausreicht, um sämtliche oder einen Teil der Komponenten ihres Selbstpflegebedarfs zu erkennen und zu befriedigen. Die Theorie des Pflegesystems schließlich befasst sich mit der Nutzung von pflegerischen Hilfen.

Selbstpflege-Erfordernisse unterteilen sich nach Orem in universelle, entwicklungsbezogene und gesundheitlich bedingte Anforderungen. Als universelle Erfordernisse werden benannt:

- Erhaltung einer ausreichenden Luftzufuhr
- Erhaltung einer ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme
- Erhaltung einer ausreichenden Nahrungsaufnahme
- Vorkehrungen in Bezug auf Ausscheidungen und Exkremete
- Erhaltung eines Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe
- Erhaltung eines Gleichgewichts zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion
- Prävention von Gefahren für das menschliche Leben, die Funktionsfähigkeit und das Wohlbefinden
- Förderung der menschlichen Funktionsfähigkeit und Entwicklung innerhalb sozialer Gruppen entsprechend des menschlichen Potentials, bekannter Einschränkungen und dem Streben nach Normalität.

Die entwicklungsbedingten Selbstpflegeerfordernisse beziehen sich auf die Unterstützung von Lebens- und Entwicklungsprozessen in allen Lebensstadien und auf die Selbstpflege aufgrund von Ereignissen und Bedingungen, die sich auf die menschliche Entwicklung ungünstig auswirken können.

Die Selbstpflegeerfordernisse aufgrund von Abweichungen vom normalen Gesundheitszustand werden durch eine Erkrankung oder Verletzung ausgelöst und beziehen sich auf:

- Sicherstellung entsprechender medizinischer Unterstützung
- Wissen um und Handeln entsprechend der Effekte pathologischer Bedingungen
- Effektive Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen
- Wissen um und Handeln entsprechend der unerwünschten Nebenwirkungen medikamentöser Therapien
- Modifikation von Selbstbild und Selbstkonzept sowie Akzeptanz des aktuellen Gesundheitszustands und des Bedarfs an spezifischen Formen gesundheitlicher Dienstleistungen
- Anpassung an die Auswirkungen pathologischer Bedingungen und therapeutischer Notwendigkeiten in einer entwicklungsfördernden Art und Weise.

Nach Orem besteht das Ziel der Pflege vor allem darin, Defizite zwischen Selbstpflegeerfordernissen und Selbstpflegefähigkeiten auszugleichen. Pflegerische Interventionen, die zu diesem Zweck stattfinden, können vollständig kompensatorisch, teilkompensatorisch oder unterstützend-edukativ ausgerichtet sein.

Menschen bedürfen nach Orem also dann der pflegerischen Hilfe, wenn die eigenen Selbstpflegefähigkeiten nicht mehr ausreichen, um in den genannten Bereichen den Selbstpflegeerfordernissen nachzukommen (zur Theorie von Orem vgl. auch Donohue Eben et al. 1994 sowie Fawcett 1998).

Interaktionsorientierte Pflege-theorien

Meleis (1991) fasst unter dem Oberbegriff der interaktionsorientierten Pflege-theorien die Arbeiten von King (1971, 1987), Orlando (1961, 1972), Paterson (1971) und Zderad (Paterson/Zderad 1988), Peplau (1952), Travelbee (1966) und Wiedenbach (1964; Wiedenbach/Falls 1978) zusammen. Der Fokus dieser Theorien liegt auf der Kommunikation, Beziehungs- und Rollengestaltung, auf Aushandlungsprozessen zwischen Pflegekraft und Patient/Pflegebedürftigem sowie auf dem Krankheitserleben. Betont wird die Fähigkeit des Patienten/Pflegebedürftigen, seinen Bedarf interaktiv einschätzen und ausdrücken zu können. Aufgrund der starken Akzentuierung des interaktiven Charakters der Pflegekraft-Patient-Beziehung (das ‚Wie‘ der Pflege) leisten die interaktionsorientierten Theorien für die Konzeptualisierung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs keinen relevanten Beitrag.

Ergebnisorientierte Pflege-theorien

Zu den ergebnisorientierten Theorien zählt Meleis (1991) die Arbeiten von Johnson, Levine, und Roy. Zusammenfassend geht es in diesen theoretischen Ansätzen um die Erhaltung oder Wiederherstellung einer Balance, Stabilität oder „Homöostase“ im Lebensverlauf als Ergebnis pflegerischen Handelns. Der Pflege kommt dabei eine externe Regulationsfunktion zu, sofern die Patienten/Pflegebedürftigen das Gleichgewicht nicht selbst herstellen können.

Johnson's Verhaltenssystemmodell (Johnson 1980, 1990; George 1990; Fawcett 1998) sieht den Menschen als ein Verhaltenssystem mit sieben Subsystemen. Die Subsysteme sind: Bindungs- und Affiliationsverhalten, Abhängigkeitsverhalten, Ernährungsverhalten, Ausscheidungsverhalten, sexuelles Verhalten, aggressives Verhalten zum Schutz des Selbst und der Gemeinschaft sowie Leistungsverhalten. Jedes der Subsysteme besitzt eine Struktur und eine Funktion, die es zu schützen, zu stimulieren und zu erhalten gilt. Pflege wird als externe regulative Kraft angesehen, um die Organisation und Integration des menschlichen Verhaltens auf einem höchst möglichen Niveau zu halten, wenn es zur Gefährdung der sozialen Beziehungen und physischen/psychischen Gesundheit führt. Ein Bedarf an pflegerischer Unterstützung wird durch Stressoren in einem oder mehreren Subsystemen oder Störungen im Verhältnis der Subsysteme ausgelöst, durch die das Gleichgewicht des Gesamtsystems gefährdet wird.

Nach *Levine's Erhaltungsmodell* (Levine 1990; Fawcett 1998; George 1990) besteht das Ziel der Pflege darin, die Energie eines Individuums sowie seine strukturelle, personale und soziale Integrität zu erhalten. Ein Pflegebedarf ergibt sich durch Reaktionen des menschlichen Organismus, die sich z.B. als Flucht vor Bedrohungen, entzündliche Reaktionen, Stressreaktionen oder sensorische Reaktionen äußern. Pflegerische Interventionen zielen in diesem Modell auf eine Veränderung oder die Erhaltung des individuellen Adaptionsverhaltens.

Im *Adaptionsmodell von Roy* (Roy 1980; Roy/Andrew 1991; Fawcett 1998; George 1990) wird der Mensch als biopsychosoziales Wesen gesehen, das sich zur Selbsterhaltung an wechselnde Umweltbedingungen anpassen muss. Die Anpassung wird durch innere oder äußere Stimuli ausgelöst und vollzieht sich beispielsweise in Form physiologischer Adaption oder der Anpassung von Selbstkonzept und sozialen Rollen. Die Aufgabe der Pflege besteht in der Förderung der Adaption. Pflegebedarf entsteht demnach durch ineffektive Anpassung eines Individuums, durch die die Integrität der Person gefährdet ist.

Spezifische Theorien zur Krankheitsbewältigung

Ergänzend zu den klassischen Pflege-theorien ist auf einige jüngere theoretische Arbeiten hinzuweisen, die sich mit der Bewältigung von Krankheiten oder anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen befassen.

Hierzu gehört beispielsweise das von A. Strauss und J. Corbin entwickelte Trajektkonzept, in dem die von Patienten und Angehörigen zu leistende Krankheitsbewältigung einen prominenten Stellenwert einnimmt (vgl. vor allem Corbin/Strauss 1998 und 2003). Es unterscheidet drei Handlungsbereiche, in denen sich Patienten, Angehörige und berufliche Helfer mit chronischer Krankheit und ihren Folgen auseinandersetzen müssen:

- *krankheitsbezogene Arbeit*, die direkt auf die Kontrolle von Erkrankung und Symptomen sowie auf die Durchführung therapeutischer Interventionen ausgerichtet ist,
- *Alltagsbezogene Arbeit*, die sowohl das Berufsleben, das familiäre Leben wie auch die alltäglichen Handlungen zur Aufrechterhaltung der eigenen Existenz und zur Befriedigung von Bedürfnissen umfasst, und schließlich
- *Biografiearbeit*, die die Integration der Erkrankung und ihrer Folgen in die persönliche Identität und die individuelle Biografie umfasst.

Hier wird erneut und besonders deutlich der Grundgedanke der *Bewältigung gesundheitlich bedingter Probleme und Anforderungen* angesprochen. Stärker als die bislang betrachteten Pflege-theorien richtet sich das Trajektkonzept auf das Erleben und Handeln von chronisch Kranken und ihren Angehörigen. Es betont ihre aktive Rolle bei der Krankheitsbewältigung und vermeidet damit die Reduzierung auf Fragen einer geeigneten Versorgung durch Medizin, Pflege oder andere Berufsgruppen. Krankheitsbewältigung sei vielmehr als *Arbeit* zu verstehen¹⁰, die in der Regel der Begleitung bzw. Unterstützung durch berufliche Helfer bedarf.

Eine ebenfalls markante Ausprägung erfährt dieser Gedanke in den sog. Transitionskonzepten. Sie stellen theoretische Ansätze dar, die der Beschreibung und Analyse von Übergangssituationen dienen, die u.a. durch gesundheitliche Krisen ausgelöst werden. In solchen Situationen seien die Betroffenen und ihre Angehörigen genötigt, neue Kenntnisse, Fähigkeiten, Beziehungen und Handlungsstrategien zu entwickeln, um sich auf die durch gesundheitliche Krisen ausgelösten Veränderungen einstellen und die damit verknüpften Anforderungen bewältigen zu können (vgl. z.B. Schumacher et al. 1999; Chick/Meleis 1986; Meleis et al. 2000; Wingenfeld 2005). Hier bestehen gewisse Parallelen zum Adaptionskonzept von Roy (s.o.). Die Aktivitäten und Lebensbereiche, in denen Bewältigungsanforderungen wirksam sind, wurden u.a. folgendermaßen systematisiert (nach Wingenfeld 2005: 187):

¹⁰ „Action is what is relevant, because it leads to outcomes. Action builds over time, in the sense that its impact is transmitted from past to present, and from the present to future. Thus, through trajectory, action and illness are linked in a chain of *unending work and care*“ (Corbin 1994: 13).

- Umgang mit der Erkrankung und ihren Symptome
- Umgang mit körperlichen/psychischen Belastungen
- Erhaltung von autonomer Lebensführung (in den gesundheitlich bestimmten Grenzen)
- Integration von (Selbst-)Versorgungsroutinen in den Lebensalltag
- Kontinuität und Stabilität der Unterstützung durch professionelle Akteure
- Routinen des Alltagshandelns
- Anpassung der materiellen Umgebung
- Gestaltung sozialer Beziehungen und Rollen
- Akzeptanz der Lebensumstände
- Integration gesundheitlicher Einbußen in das Selbstkonzept
- Sicherstellung der sozialen/ökonomischen Lebensgrundlagen.

Theorien zur Bewältigung von Krankheit bzw. von gesundheitlich bedingten Krisen betonen u.a. die schon bei Henderson angesprochene Frage nach dem Verhältnis gesundheitlich bedingter Anforderungen und individuellen Ressourcen zu deren Bewältigung. Sie sehen die Funktion der Pflege (oder anderer Gesundheitsprofessionen) nicht zuletzt darin, die Ressourcen der Betroffenen zu stärken und sie in zentralen Fragen der Alltagsbewältigung bzw. des Lebens mit bedingter Gesundheit zu beraten (vgl. Schaeffer/Moers 2003).

Fazit

Ungeachtet der Unterschiedlichkeit von Pflege-theorien hinsichtlich ihrer Zielsetzung, ihres Gegenstands und ihrer Schlüsselkategorien zeigen die vorgestellten Ansätze in der Frage, von welchem Verständnis der Pflegebedürftigkeit sie ausgehen, durchaus Gemeinsamkeiten. Mit Ausnahme der interaktionsorientierten Pflege-theorien, die auf eine Klärung dieser Frage nicht angewiesen sind und ihr daher wenig Aufmerksamkeit widmen, dreht sich die Konzeptualisierung des Anlasses bzw. der Notwendigkeit pflegerischer Unterstützung stets um die Fähigkeit, *gesundheitlich bedingte Probleme* zu bewältigen. Diese Sichtweise kommt besonders klar bei Henderson und Orem zum Ausdruck. Henderson verweist auf den *Verlust an Selbständigkeit* in einem Bereich, den sie mit 14 *Aktivitäten* beschreibt und systematisiert. Orem spricht nicht von Unselbständigkeit und Aktivitäten, sondern von *Selbstpflege-defiziten* und *Selbstpflegeerfordernissen*, wobei der Begriff der Selbstpflege relativ weit gefasst ist und auch soziale Aspekte einbezieht¹¹. Für mehrere Aktivitäten bei Henderson und Selbstpflegeerfordernisse bei Orem lässt sich eine inhaltliche Entsprechung feststellen (z.B. Nahrungsaufnahme), Orem akzentuiert allerdings stärker Aspekte bzw. Anforderungen, die unmittelbar aus einer Erkrankung oder ihrer Therapie resultieren. In beiden Fällen wird das

¹¹ Ähnliche Systematisierungen finden sich in den Arbeiten von Roper, Logan und Tierney aus Schottland sowie bei Krohwinkel in Deutschland. Roper et al. (1993) unterscheiden zwölf grundlegende Lebensaktivitäten, Krohwinkel (1993) entwickelte hiervon ausgehend einen erweiterten Systematisierungsvorschlag („Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens“ – AEDL).

Verhältnis zwischen Anforderungen und den *individuellen Ressourcen* zu ihrer Bewältigung in den Blick genommen. Henderson verweist in diesem Zusammenhang auf Kraft, Wille und Wissen des Betroffenen. Nach Orem entsteht Hilfebedarf immer dann, wenn eine Störung des Gleichgewichts zwischen Selbstpflegeanforderungen und dem vorhandenen Selbsthilfepotential auftritt, sei es durch Krankheit oder durch andere Ereignisse und Entwicklungen wie hohes Alter und die daraus erwachsenden körperlichen, psychischen oder sozialen Einschränkungen (Orem 1997).

Die ergebnisorientierten Theorien bewegen sich überwiegend auf einem sehr hohen Abstraktionsniveau, das Vergleiche dieser Art nicht zulässt. Dennoch finden sich bestimmte Grundgedanken zum Teil auch hier wieder, etwa im Begriff der Adaption oder Anpassung auf physischer, psychischer und sozialer Ebene. Auch hier geht es nicht zuletzt um die Fähigkeit des Individuums, adäquat auf Risiken und Anforderungen zu reagieren, um (bedingte) Gesundheit zu erhalten (oder wiederherzustellen). Ähnliches gilt für theoretische Ansätze, die sich mit der Bewältigung chronischer Krankheiten bzw. dauerhafter gesundheitlicher Einbußen und ihrer Konsequenzen für das Alltagsleben befassen.

Insofern können aus dem theoretischen Diskurs durchaus einige Kernaussagen und Schlüsselbegriffe extrahiert werden, die ein allgemeines, mehr oder weniger gemeinsames Verständnis von Pflegebedürftigkeit skizzieren. Hierzu gehört vor allem die Kategorie der Abhängigkeit von personeller Hilfe, die entsteht, wenn ein Missverhältnis zwischen gesundheitsbedingten Einbußen, Belastungen und Anforderungen einerseits und den individuellen Ressourcen zu ihrer Bewältigung andererseits existiert. Auch darin, dass es nicht nur um Abhängigkeit bei körperlichen Verrichtungen, sondern ebenso um psychische und soziale Dimensionen gehen muss, zeigen sich Gemeinsamkeiten. In der Art und Weise hingegen, wie dieses allgemeine Verständnis konkretisiert wird (wie beispielsweise die Dimensionen der Abhängigkeit systematisiert werden), sind erhebliche Unterschiede festzustellen.

4.2 Zur nationalen und internationalen Diskussion um Pflegebedürftigkeit

Die internationale Diskussion, die Fragen der Definition von Pflegebedürftigkeit berührt, orientiert sich stark an den grundlegenden Ausführungen einiger Pflegetheorien, die soeben skizziert wurden. Ungeachtet der Vielfalt theoretischer Ansätze, so auch die nordrhein-westfälische Pflege-Enquête, kann im Hinblick auf den Auftrag der Pflege „von einem gemeinsamen Grundverständnis auf internationaler Ebene gesprochen werden, das sich in den Definitionen wichtiger Organisationen und der Bezugnahme auf klassische Pflegetheorien ausdrückt“ (Landtag NRW 2005: 30).

Vor allem Hendersons Vorschläge zur Definition professioneller Pflege und die darin enthaltenen Ausführungen zum „Gegenstand“ (oder Anlass von) pflegerischer Unterstützung prägen den Diskurs bis heute. Ihr Hinweis, dass

- Pflege dann erforderlich wird, wenn ein Mensch die zur Erhaltung oder Wiedergewinnung von Gesundheit (oder zu einem friedvollen Sterben) notwendigen Handlungen nicht mehr selbständig durchführen kann, weil ihm dazu Kraft, Wille oder Wissen fehlt,
 - das primäre Ziel der Pflege in der Wiedererlangung von Selbständigkeit besteht,
- gilt vielfach als handlungsleitende Orientierung für den Pflegeberuf und wurde von anderen Theoretikerinnen aufgegriffen, präzisiert, verfeinert und – beispielsweise von Orem – begrifflich an das eigene Ideengerüst angepasst.

Auch außerhalb der Wissenschaft fand eine intensive Rezeption statt. So formulierte die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1993 eine recht umfassende Definition von Pflege: „Pflege hilft Individuen, Familien und Gruppen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial (...) zu bestimmen und zu verwirklichen. Eine Pflegekraft benötigt die Kompetenz, Funktionen zu entwickeln und zu erfüllen, die Gesundheit fördern und erhalten sowie Krankheit verhüten. Pflege umfasst ferner die Planung und Durchführung von Versorgung während einer Krankheit oder Rehabilitation; sie erstreckt sich auf physische, psychische und soziale Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und das Sterben. Pflege fördert die aktive Mitwirkung des Individuums und seiner Familie, Freunde, sozialen Gruppe und Gemeinschaft bei allen Teilaspekten der gesundheitlichen Versorgung und stärkt damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung (...)“ (WHO 1996: 4)¹².

Während hier noch einmal betont wird, dass Pflege nicht nur auf körperliche, sondern auch auf psychische und soziale Aspekte gerichtet ist, auch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Funktionen wahrzunehmen hat und das soziale Umfeld in ihr Handeln einbezieht, zielen andere Stellungnahmen wichtiger Organisationen darauf ab, den pflegerischen Auftrag von dem anderer Berufsgruppen abzugrenzen. Zwangsläufig wird hierbei auch die Frage nach dem „Gegenstand“ der Pflege bzw. der Definition von Pflegebedürftigkeit berührt, so etwa im Falle einer kurzen, aber vielzitierten Verlautbarung der American Nurses Association aus dem Jahr 1980, die Pflege als „Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf tatsächliche oder potenzielle gesundheitliche Probleme“ versteht (ANA 1980).

Diese Definition ist inzwischen zu einem allgemein anerkannten Kerngedanken des Selbstverständnisses der Pflege, aber auch des professionellen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit geworden. Auch die nordrhein-westfälische Enquête-Kommission knüpfte daran an: „Professionelle Pflege befasst sich mit Auswirkungen von Krankheit oder anderen Gesund-

¹² Eigene Übersetzung.

heitsproblemen, wobei hierzu sowohl altersbedingte Beeinträchtigungen als auch der Sterbeprozess gehören. Pflegerischer Fokus ist also das Kranksein oder Beeinträchtigtsein (Pflegebedürftigkeit), hierunter speziell die Folgen für die Selbstständigkeit bei der alltäglichen Lebensführung (Autonomie)" (Landtag NRW 2005: 32). Unter Bezugnahme auf die oben skizzierte internationale Diskussion versteht die Kommission den Erhalt, die Förderung oder Wiederherstellung von Autonomie in der alltäglichen Lebensführung als vorrangiges Ziel der Pflege. „Pflege richtet sich gleichermaßen auf körperliche, psychische und soziale Aspekte des Lebens“. Dazu gehören „sowohl Körperfunktionen wie das Atmen, die Mobilität als auch psychosoziale Funktionen wie die Kommunikation, das Gleichgewicht zwischen arbeiten und spielen oder Funktionen zum eigenen Schutz wie die Gestaltung einer sicheren Umgebung und schließlich existenzielle Erfahrungen wie Angst oder Schmerzen" (ebd.: 32). Die Enquête-Kommission betont darüber hinaus, dass Maßnahmen wie Beratung, Schulung und Anleitung der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen ebenfalls zum Aufgabenfeld der Pflege gehören.

Interessante Parallelen zu dem hier angedeuteten Verständnis von Pflegebedürftigkeit lassen sich in der Diskussion um den Teilhabebegriff des SGB IX und die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation feststellen. Nach §1 SGB IX erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen mit dem Ziel, ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Eine Behinderung besteht im Sinne von §2 SGB IX dann, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

In der Begründung zum Sozialgesetzbuch IX wird (wie auch im SGB IX-Kommentar, vgl. Bühr et al. 2006) dargestellt, dass die Formulierungen des §1 SGB IX die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation zugrunde legen und vom dort dargestellten Verständnis gesellschaftlicher Partizipation ausgehen.

Die „Funktionsfähigkeit" eines Menschen umfasst nach dieser Klassifikation alle Aspekte der Gesundheit. Eine Person gilt als funktional gesund, wenn

- „ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen)
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung

tigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe oder Partizipation an Lebensbereichen)" (Schuntermann 2002).

Die hier angesprochenen Konzepte (bzw. grundlegenden begrifflichen Definitionen) folgen einer ähnlichen Logik wie das oben aus den Pflege-theorien abgeleitete und von der internationalen Diskussion aufgegriffene Verständnis von Pflegebedürftigkeit: Einbußen der funktionellen körperlichen und mentalen Fähigkeiten führen dazu, dass ein Mensch nicht mehr in der Lage ist, Handlungen (Aktivitäten) selbständig auszuführen und Lebensbereiche nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten bzw. an ihnen teilzuhaben. In der Logik der ICF wären Aktivitäten und Teilhabe im Verhältnis zur Kategorie Pflegebedürftigkeit als übergeordnete Begriffe anzusehen, Pflegebedürftigkeit also als eine spezifische Form der Beeinträchtigung im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe¹³.

Eine weitergehende Klärung der Beziehung zwischen den Kategorien Pflegebedürftigkeit und Aktivitäten/Teilhabe ist an dieser Stelle nicht erforderlich. Wichtig ist allerdings die Feststellung, dass es grundlegende Gemeinsamkeiten im Verständnis von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ihren Folgen gibt.

Diese Gemeinsamkeiten dürften viel dazu beigetragen haben, dass die Frage nach der Klärung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den letzten Jahren vermehrt unter Einbeziehung der ICF bzw. des Teilhabebegriffs im SGB IX geführt worden ist. Diese Verknüpfung kommt besonders deutlich in einem Bericht einer Arbeitsgruppe des Bundespflegeausschusses aus dem Jahr 2002 zum Ausdruck, der sich u.a. mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff befasste.

Die Arbeitsgruppe schlug vor, „für alle Leistungsträger einen umfassenden Pflegebegriff zu schaffen, um damit ggf. die bisherige aufgespaltene Zuordnung von Pflegebedarfen zu bestimmten Kostenträgern zu überwinden. Konsequenz dessen wäre, dass allen Sicherungssystemen ein umfassender Pflegebegriff zugrunde gelegt und erst in einem weiteren Schritt eine Zuordnung der Leistungszuständigkeiten auf die einzelnen Kostenträger oder ggf. die Eigenverantwortung bezogen auf die jeweiligen Hilfebedarfe vorgenommen wird. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit orientiert sich in Analogie zum SGB IX an den Defiziten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Menschen wären demnach pflegebedürftig, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem typischen Zustand abweichen, ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist und sie auf Dauer der Hilfe und Pflege bedürfen“¹⁴.

¹³ Nebenbei sei angemerkt, dass es aus der Logik der ICF nicht möglich ist, soziale Teilhabe als einen unter mehreren Aspekten der Pflegebedürftigkeit zu definieren, wie dies in der aktuellen Diskussion mitunter geschieht.

¹⁴ Bericht der Arbeitsgruppe II des Bundespflegeausschusses an den Bundespflegeausschuss v. 10. Juni 2002, S. 1f.

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, ist die hier gezogene Analogie sachlich nachvollziehbar und mit dem pflegewissenschaftlichen Grundverständnis von Pflegebedürftigkeit durchaus vereinbar. Die Arbeitsgruppe formulierte auch einen Vorschlag zu einer groben Systematisierung der für den Begriff der Pflegebedürftigkeit relevanten Einschränkungen, für die eine solche Vereinbarkeit allerdings nicht ohne Weiteres unterstellt werden kann. Sie unterscheidet insgesamt vier Bereiche:

- Verrichtungen des täglichen Lebens gemäß der aktuellen Formulierung im SGB XI (Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung),
- Aktivierungs-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand (auch außerhalb dieser Verrichtungen)
- behandlungspflegerische Maßnahmen,
- Fähigkeit zu kommunizieren und Bedarf an sozialer Betreuung.

Diese Bereiche decken nur einen Ausschnitt der Dimensionen ab, die von pflegewissenschaftlichen Theorien, Pflegemodellen und der nationalen wie internationalen Diskussion berücksichtigt werden. Ihre Definition setzt im Übrigen auf verschiedenen Ebenen an und könnte daher nur als grobe Orientierung für die Systematisierung von Beeinträchtigungen und Abhängigkeit von personeller Hilfe dienen, die für eine entsprechende Einschätzung von Pflegebedürftigkeit benötigt würde.

Davon abgesehen wird mit dem Bericht im Grundsatz eine interessante Option zur Entwicklung eines Begriffs der Pflegebedürftigkeit eröffnet, mit dem fachlich-inhaltliche Verkürzungen ebenso wie die bisherige sozialrechtliche Fragmentierung von Pflegebedürftigkeit vermieden werden könnten. Allerdings wäre hierzu eine andere Form der Definition von Dimensionen der Pflegebedürftigkeit erforderlich (vgl. Kapitel 4.5).

4.3 Pflegebedürftigkeit und andere nationale Sicherungssysteme

Die Suche nach Pflegebedürftigkeitsbegriffen in anderen Sozialsystemen führt unweigerlich zu einer breiteren Auseinandersetzung mit Pflegesicherungssystemen in anderen Ländern. Dabei wird deutlich, dass Konstruktion und Ausgestaltung entsprechender Systeme auf der Agenda sehr vieler nationaler Regierungen stehen. Internationale Organisationen haben dieser Entwicklung insofern Rechnung getragen, als dass sie einerseits versucht haben, die handlungsleitenden Prinzipien bei der Konstruktion von Langzeitpflegesystemen zu analysieren und aufzubereiten (WHO 2000, 2003; OECD 2005) und andererseits Übersichten über die in verschiedenen Ländern geltenden Prinzipien zu erstellen.

Innerhalb der Europäischen Union ist die Langzeitpflege Bestandteil des gegenseitigen Informationssystems zur Sozialen Sicherheit MISSOC. Die entsprechenden Regelungen zu allen Bereichen sozialer Sicherung in den 25 Mitgliedsstaaten können dort eingesehen werden (MISSOC 2006).

Nachfolgende Tabelle gibt eine kurze Übersicht zu den entsprechenden Rechtsgrundlagen und den durch die Gesetze gedeckten Risiken bzw. Begriffsbestimmungen:

Übersicht über Langzeitpflegeregulungen in der EU

Land	Rechtsgrundlage	Begriffsbestimmung
Belgien	Keine Gesetzgebung, aber Leistungen auf regionaler Ebene	Personen, die nicht in der Lage sind, die Aufgaben des täglichen Lebens allein zu verrichten
Dänemark	Gesetz über Leistungen der Sozialdienste	Personen, die wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung selbst nicht zur Körperpflege, Haushaltsführung, Besorgungen oder sonstigen notwendigen Verrichtungen in der Lage sind
Estland	Gesetz über Sozialleistungen für behinderte Menschen	Personen, die nicht in der Lage sind, für einen ausreichenden Lebensunterhalt für sich und ihre Familien zu sorgen
Finnland	Gesetze über Volksrenten, Invaliditätsbeihilfe, Leistungen für behinderte Kinder, Leistungen und Betreuung von behinderten Personen, Sozialfürsorge und medizinische Grundversorgung	Personen, die ständig und regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Betreuung und Pflege benötigen
Frankreich	Leistungen im Rahmen des Sozialgesetzbuchs	Personen, die bei den wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sind
Griechenland	Keine Gesetzgebung, enthalten in anderen Regelungen	Rentenempfänger und Sozialversicherte, ganz- oder halbseitig gelähmt, vollständig erwerbsunfähig, sofern die Person der ständigen Betreuung, Pflege und Unterstützung Dritter bedarf
Irland	Gesetz über soziale Sicherheit, Gesundheitsgesetz	Leistung für (Personen), die so schwer behindert sind, dass sie für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten Pflege durch eine andere Person benötigen
Island	Gesetze über Angelegenheiten älterer Personen, Behinderte, lokale soziale Dienste, Sozialversicherungsgesetz, öffentliches Gesundheitswesen	Ständiger Bedarf nach Langzeitpflege oder nach Betreuung oder einer anderen Art der Pflege in einer Einrichtung
Italien	Gesetz	Menschen, die der ständigen Hilfe bei der Fortbewegung und den Verrichtungen des täglichen Lebens bedürfen
Lettland	Gesetz über soziale Dienste und Sozialhilfe	Personen, die altersbedingt und/oder wegen gesundheitlicher Probleme nicht fähig sind, für sich selbst zu sorgen und normale Alltagsaktivitäten auszuüben
Liechtenstein	Gesetze über Krankenversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung	Hilflose Personen, die wegen Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedürfen
Litauen	Gesetz über soziale Dienste und Institutionen des Gesundheitswesens	Abhängigkeit der Leistungen vom Umfang der täglich notwendigen Hilfen (Mehr oder weniger als acht Stunden)

Luxemburg	Gesetz	Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die wesentlichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang und regelmäßig Hilfe eines Dritten benötigen
Malta	Gesetz über soziale Sicherheit sowie Verordnungen	Kein genauer Begriff, entscheidend sind die Kriterien über 60 Jahre alt zu sein und nicht mehr allein in der eigenen Wohnung leben zu können
Niederlande	Gesetz über außergewöhnliche Krankheitskosten	Personen bei langem Krankenhausaufenthalt, ältere Menschen, Behinderte sowie geistig Behinderte mit chronischen Problemen
Norwegen	Gesetze über Gesundheitsdienste der Gemeinden, soziale Dienste sowie Volksversicherungsgesetz	Keine Definition
Österreich	Bundes- und Landespflegegeldgesetze	Ständiger Betreuungs- und Hilfebedarf von mehr als 50 Stunden im Monat, voraussichtlich mindestens sechs Monate
Polen	Gesetze über öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung, Renten des Sozialversicherungsfonds, die berufliche und soziale Rehabilitation und die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen	Rentenempfänger, bei denen eine vollständige Erwerbsunfähigkeit und die Unfähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung festgestellt wurde, und die auf ständige fremde Hilfe angewiesen sind
Portugal	Rechtsverordnung zur Sozialversicherung	Personen, die für die Verrichtungen des täglichen Lebens die Hilfe von Dritten benötigen
Schweden	Gesetz über soziale Dienste	Personen, die Betreuung und Pflege benötigen
Schweiz	Bundesgesetze zur Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung	Dauerndes Angewiesensein auf Hilfe Dritter oder auf persönliche Überwachung bei den alltäglichen Lebensverrichtungen wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit
Slowakei	Sozialhilfegesetz, Gesetze über Gesundheitswesen und entsprechende Dienste, Pflgerschaftsbeihilfen, u.a.	Notwendigkeit der Pflege durch eine andere Person bei einer Funktionsstörung von mindestens 50% der körperlichen, sensorischen oder geistigen Fähigkeiten oder bei schlechtem Gesundheitszustand
Slowenien	Keine Gesetzgebung	Personen, die bei den wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf ständige Hilfe angewiesen sind
Spanien	Allgemeines Gesetz über soziale Sicherheit	Arbeitnehmer, die dauernd erwerbsunfähig sind, keine Tätigkeit ausüben können und aufgrund körperlicher oder funktioneller Störungen für die wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen sind
Tschechien	Gesetz zur Sozialen Sicherheit und ministerielle Verordnungen	Unfähigkeit, die folgenden Tätigkeiten auszuführen: Ankleiden, Körperpflege, Einkaufen
Ungarn	Gesetz über Sozialverwaltung und Sozialhilfe	Schwere Behinderungen (völlige oder starke Seh- oder Hörbehinderung, geistige Behinderung bei Geburt oder vor dem 14. Lebensjahr, schwere körperliche Behinderung) mit der Notwendigkeit der ständigen Hilfe durch eine andere Person
Vereinigtes Königreich	Gesetz über Beiträge und Leistungen der sozialen Sicherheit	Personen ab 65 Jahren, die wegen körperlicher, oder seelischer Behinderung tagsüber und/oder nachts auf persönliche Pflege angewiesen sind
Zypern	Gesetze über Sozialhilfe und soziale Dienste sowie über Heime für ältere Menschen und Personen mit Behinderungen	Mentale oder physische Defizite oder soziale Not

Trotz aller Heterogenität lässt die Tabelle zwei Tendenzen erkennen. Ein Kriterium für Pflegebedürftigkeit besteht im Angewiesensein auf die Hilfen Dritter, ein anderes Kriterium in vorhandenen Einschränkungen bei der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens,

wobei keineswegs von einem einheitlichen Verständnis hinsichtlich des Inhalts der Aktivitäten ausgegangen werden kann.

Diese Einschätzung spiegelt sich wieder in Definitionen von Langzeitpflege, die von der OECD und der WHO vorgenommen wurden. Laut OECD (2005) umfasst Langzeitpflege unterschiedliche Dienste für Menschen, die bei der Durchführung grundlegender Lebensaktivitäten über eine ausgedehnte Zeitspanne abhängig von der Hilfe Dritter sind. Einen ähnlichen Akzent setzt die WHO (2003). Ihr zufolge umfasst Langzeitpflege Dienste für Menschen aller Altersstufen mit einer langfristigen funktionellen Abhängigkeit.

Trotz solcher Gemeinsamkeiten gestaltet sich die Realität existierender Pflegesicherungssysteme sehr viel differenzierter. Die Fragen, die bei der Konstruktion eine Rolle spielen und die in einzelnen Ländern unterschiedlich beantwortet werden, konzentrieren sich vorwiegend auf die folgenden vier Aspekte:

1. *Konstruktion eines Sicherungssystems für die ältere oder die gesamte Bevölkerung:* Die Notwendigkeit für Langzeitpflegesysteme ergibt sich durch den zunehmend höheren Anteil älterer Menschen in vielen Bevölkerungen. Aufgrund des mit zunehmendem Alter stärker werdenden Risikos, auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein, beziehen sich viele Langzeitpflegesysteme auf die Bevölkerung ab 65 Jahren. Demgegenüber gibt es Systeme, in denen das Lebensalter keine Rolle spielt. Hier sind es vielmehr die Konsequenzen von Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung, die altersunabhängig Berücksichtigung im jeweiligen System finden.

2. *Verhältnis von Leistungsbereichen und Lebensrisiken:* Lange Zeit ist die Langzeitpflege vor allem unter dem Aspekt der institutionalisierten Versorgung diskutiert worden. Aus diesem Grund waren und sind entsprechende Programme vorwiegend auf die Heimversorgung ausgerichtet. Die wesentliche Zielrichtung solcher Langzeitpflegesysteme ist es, das Risiko für eine Institutionalisierung der pflegebedürftigen Menschen zu reduzieren und den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Hier stellt sich die Frage, ab welchem Grad von Behinderung/Beeinträchtigung Leistungen aus einem sozialen Sicherungssystem bezogen werden können. Das Hauptkriterium für die Gewährung von Leistungen ist in diesem Zusammenhang die Höhe des Institutionalisierungsrisikos.

3. *Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen:* Pflegebedürftigkeit ist als umfassendes Lebensrisiko, das es von der Gemeinschaft abzudecken gilt, nicht in allen Ländern anerkannt. Entsprechend stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmaß die individuelle finanzielle Situation der Pflegebedürftigen bei der Gewährung und Bemessung von Leistungen eine Rolle spielt bzw. ob sie ein generelles Kriterium für den Bezug von Leistungen ist.

4. *Familiäre Situation der Pflegebedürftigen*: Ähnlich wie bei der finanziellen Situation stellt sich hinsichtlich der familiären Situation die Frage, ob das Vorhandensein familiärer Hilfen den Anspruch und die Höhe eines Leistungsanspruchs beeinflusst. Die familiäre Situation ist sozusagen als Klammer der bereits genannten Aspekte zu sehen. Pflege war und ist in der Mehrheit eine Familiensache. Das bedeutet, dass Familien auf den wachsenden Bedarf an pflegerischer Unterstützung immer schon reagiert haben (Brody 1985). Nicht selten wird Pflege auch nach wie vor als Familienaufgabe angesehen, für die kein soziales Sicherungssystem konstruiert und beansprucht werden muss (Nolan et al. 1999). Das Vorhandensein familiärer oder anderer informeller Ressourcen vermindert das Institutionalisierungsrisiko und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen in ihrem bisherigen Lebensumfeld versorgt werden. Mittlerweile hat sich jedoch in mehreren Ländern die Erkenntnis durchgesetzt, dass familiäre Hilfen zwar nach wie vor in großem Umfang vorhanden sind, sie jedoch nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen und die Familien selbst der Unterstützung bedürfen, um den zunehmenden Anforderungen gerecht zu werden. Entsprechend enthalten viele Langzeitpflegesysteme mittlerweile Leistungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger in Form von Pensionszahlungen, direkten Geldtransfers und Möglichkeiten zur Kombination von Erwerbstätigkeit und Pflege (OECD 2005).

Die vier genannten Aspekte verweisen auf die Hauptdiskussionsstränge, die bei der Konstruktion von Langzeitpflegesystemen international diskutiert werden. Sie verdeutlichen die Komplexität, die es zu bearbeiten gilt und sie verweisen auf die vorhandenen Gestaltungsspielräume. Innerhalb der deutschen Diskussion sind die meisten der aufgeworfenen Fragen bereits bei der Entwicklung der Pflegeversicherung beantwortet worden: Es gibt keine Altersbeschränkung, die finanzielle Situation spielt bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit keine Rolle und die Bedeutung der pflegenden Angehörigen ist in der deutschen Pflegeversicherung gewürdigt.

Für die in diesem Zusammenhang relevante Frage nach international üblichen Pflegebedürftigkeitsbegriffen bleibt festzuhalten, dass die internationale Diskussion sich eher um „eligibility criteria“ (Zugangskriterien) dreht. Diese Zugangskriterien sind in den einzelnen Ländern ebenso Gegenstand der Diskussion wie hierzulande.

Die Komplexität wird noch dadurch erhöht, dass es in vielen Ländern keine national definierten Zugangskriterien gibt, sondern die Entscheidung über Leistungsansprüche auf regionale und kommunale Ebenen verlagert wurde. In den skandinavischen Ländern gibt es in der Regel eine nationale Gesetzgebung mit Mindestanforderungen, die durch die Kommunen umgesetzt werden müssen. In Kanada ist es Aufgabe der Provinzen, den Zugang zur Langzeitpflege sicherzustellen. Aufgrund der durch diese Komplexität verursachten mangelnden Vergleichbarkeit der verschiedenen Systeme wird hier auf eine detaillierte Übersicht verzichtet. Nachfolgende Übersicht zu Prinzipien zur Langzeitpflege aus den 19 Teilnehmerländern der OECD-Studie verdeutlicht diese Komplexität:

Profile von Langzeitpflegesystemen aus 19 Ländern (OECD 2005)

Land	Wesentliche Prinzipien des Pflegesicherungssystems
Australien	Einschätzung des Bedarfs durch national finanzierte Aged Care Assessment Teams (ACATs). Bedarf ist definiert durch medizinische, physische, soziale und psychologische Kriterien.
Irland	Institutionelle Langzeitpflege erfordert ein Bedarfsassessment, welches u.a. Wohnbedingungen, soziale Situation, familiäre Unterstützung und Gesundheit umfasst. Unterschiede in der Einschätzung zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen. Der Bedarf an häuslicher Pflege wird durch Public Health Nurses eingeschätzt, die dann auch die entsprechende Pflege arrangieren.
Japan	Sozialversicherung für Personen, die 40 Jahre und älter sind. Es gibt sechs Pflegestufen. Die Entscheidung über die Eingruppierung wird durch eine kommunale Langzeitpflegekommission getroffen, wobei die Datensammlung in den einzelnen Fällen an Leistungserbringer delegiert wird. Care Manager entwickeln einen Pflegeplan.
Kanada	Langzeitpflege ist Teil des Gesundheitswesens, das von den Provinzen/Bundesstaaten organisiert wird. Es gibt nationale Rahmenbedingungen. Das Assessment erfolgt unterschiedlich in den Provinzen und bezieht sich auf den Grad, bis zu dem die Provinz für die Leistungen finanziell zuständig ist.
Korea	Es gibt derzeit kein Langzeitpflegesystem, Pflegebedarfe werden in Familien gedeckt. Ab 2007 soll ein System etabliert werden.
Luxemburg	Sozialversicherung, in dem Pflegebedürftigkeit anhand der notwendigen Zeit bei der Durchführung der ADL und IADL bemessen wird. Die Einschätzung erfolgt durch ein öffentliches Gremium, das unabhängig von der Sozialversicherung ist. Leistungen werden auf einer Stundenbasis gewährt. Es gibt keine festen Pflegestufen.
Mexico	Langzeitpflege wird vorwiegend durch Familien erbracht. Innerhalb des Systems der sozialen Sicherung, welches sich auf Menschen und ihre Familien bezieht (50% der Bevölkerung), die einer formalen Beschäftigung nachgehen, gibt es sehr begrenzte Kapazitäten für die institutionelle Langzeitpflege.
Neuseeland	Seit 2003 haben gewählte District Health Boards die Verantwortung für die Akut- und Langzeitversorgung. Zielrichtung war es, beide Versorgungsbereiche besser zu integrieren. Die DHBs erhalten Gesamtbudgets aus nationalen Steuergeldern. Das Einkommen der Betroffenen spielt bei der Leistungsgewährung eine Rolle.
Niederlande	Gesetz über außergewöhnliche Krankheitskosten (AWBZ). Es findet eine individualisierte, nicht an Stufen orientierte Bedarfseinschätzung statt. Es existieren Wartelisten.
Norwegen	Es gibt eine nationale Rahmengesetzgebung, innerhalb derer die Kommunen die „eligibility criteria“ festlegen können. Die Bedarfseinschätzung findet entweder durch Leistungserbringer oder ein Team verschiedener Akteure statt. 90% der institutionellen Versorgung wird durch das öffentliche kommunale Gesundheitssystem geleistet.
Österreich	Das Pflegevorsorgesystem kennt nur Pflegegeld, welches nach Begutachtung anhand von sieben Stufen der Pflegebedürftigkeit ausgezahlt wird.
Polen	Bislang noch kein formales Langzeitpflegesystem. Pflegebedarf wird fast ausschließlich von Familien getragen. In geringem Maße stehen auf kommunaler Ebene Kapazitäten für die ambulante und stationäre Versorgung bereit.
Schweden	Die primäre Gesundheitsversorgung und die Langzeitpflege sind auf kommunaler Ebene zusammengeführt worden. Es existiert eine nationale Rahmengesetzgebung. Die Bedarfseinschätzung erfolgt auf kommunaler Ebene, in einigen Fällen durch Care Manager, die das Ausmaß der notwendigen Hilfen bestimmen. Die Kriterien wurden zunehmend restriktiver. Dadurch erhalten weniger Menschen zu einem späteren Zeitpunkt Hilfen. Allerdings ist die Menge an Diensten pro Person deutlich gestiegen.
Schweiz	Langzeitpflege ist in den 26 Kantonen organisiert und bis vor kurzem nicht Gegenstand größerer Diskussionen gewesen. Neben der Krankenversicherung gibt es kantonale Regelungen zur sozialen Sicherheit. Anreize zur frühzeitigen Krankenhausentlassung haben den Druck auf das Langzeitpflegesystem erhöht.
Spanien	Langzeitpflege gehört zum Sozialwesen und ist Aufgabe der Regionen (autonomen Kommunen). Es gibt Unterschiede in der Gestaltung und im Zugang zu sozialen Diensten in den Regionen.

Ungarn	Langzeitpflege ist Teil des Gesundheitswesens. Es findet eine Einschätzung durch einen Arzt statt. Soziale Dienste werden auf lokaler Ebene organisiert und dort findet entsprechend die Berechtigungseinschätzung statt.
USA	Langzeitpflege wird einerseits durch private Versicherungen organisiert und andererseits durch Medicaid für diejenigen, die sich keine private Versicherung leisten können. Das Assessment erfolgt auf der Grundlage des MDS (RAI) für die stationäre und des OASIS für die ambulante Versorgung.
Vereinigtes Königreich	Langzeitpflege liegt in der Verantwortung der lokalen Behörden, die auch für das Assessment und das Care Management verantwortlich sind. Im Rahmen des Single Assessment Process wurden sechs Instrumente auf der Grundlage von national vorgegebenen Domänen akkreditiert, die von den lokalen Behörden eingesetzt werden können.

Nach Merlis und van de Water (2005) ist die Frage des Zugangs zum Pflegesicherungssystem insgesamt unter dem Aspekt der Kostenkontrolle zu diskutieren. Sie führen drei Möglichkeiten an, die im politischen Gestaltungsprozess hierfür zur Verfügung stehen: Anpassung der Zugangskriterien, Begrenzung von Leistungen und Diensten sowie die Einführung von Wartelisten. Für die bundesdeutsche Diskussion sind dabei die beiden ersten Aspekte relevant. Die Begrenzung von Leistungen ist ein der Pflegeversicherung innewohnendes Prinzip und findet ihren Ausdruck im „Teilkasko-Charakter“ der Pflegeversicherung. Die Anpassung der Zugangskriterien steht im Zuge des initiierten Prozesses zur Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zentrum der Diskussion.

Die Ausführungen zu den internationalen Pflegesicherungssystemen zeigen, dass die Suche nach dort existierenden Pflegebedürftigkeitsbegriffen nicht zu einem befriedigenden Ergebnis führen kann. Pflegebedürftigkeit ist in der Diskussion um Pflegesicherungssysteme offensichtlich kein wissenschaftlich entwickeltes Konzept, sondern Ergebnis eines Verhandlungsprozesses über Leistungsgewährungen. Die Analyse internationaler Pflegesicherungssysteme betont die Notwendigkeit von Entscheidungen über die Elemente und Dimensionen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs, zu denen im nächsten Abschnitt Anhaltspunkte gegeben werden.

4.4 Zwischenfazit: Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Ungeachtet mancher Unterschiede in der Akzentuierung lässt sich feststellen, dass pflegetheoretische Arbeiten, der aktuelle pflegewissenschaftliche Diskurs sowie die internationale Diskussion um den Pflegebegriff große Gemeinsamkeiten darin aufweisen, wie Pflegebedürftigkeit bzw. – da dieser Begriff weder in der internationalen Diskussion noch in den Pflegetheorien geläufig ist – wie der Gegenstand pflegerischer Hilfen definiert ist (zur sprachlichen Vereinfachung wird im Folgenden nur der Begriff Pflegebedürftigkeit verwendet). Diese Gemeinsamkeiten lassen sich mit folgenden Kernaussagen beschreiben:

1. Krankheiten und andere gesundheitliche Störungen oder Probleme werden verstanden als Phänomene, die Pflegebedürftigkeit zugrunde liegen. Sie bilden jedoch, im Unterschied zu Hilfen in Form einer medizinischen Behandlung, nicht den primären Bezugspunkt pflegerischer Unterstützung.

2. Die gesundheitlichen Probleme sind Ursache von *Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen* (bzw. Fähigkeiten). Sie können außerdem körperliche oder psychische *Belastungen* sowie besondere *Anforderungen* an das Handeln bzw. Verhalten des betroffenen Individuums nach sich ziehen.

Funktionelle Beeinträchtigungen können also gleichermaßen körperliche, kognitive und psychische sowie soziale Aspekte umfassen. Beeinträchtigungen der Mobilität sind hier ebenso angesprochen wie die Beeinträchtigung der Fähigkeit, sich örtlich oder zeitlich zu orientieren, Verluste der Fähigkeit, verbal zu kommunizieren, oder Einbußen der Fähigkeit, Wahrnehmungen und Erfahrungen auf psychischer Ebene zu verarbeiten. *Belastungen* betreffen ebenfalls sowohl die körperliche als auch die psychische Ebene. Schmerzen oder die Entwicklung von Depressionen und Angstzuständen sind Beispiele hierfür. Besonders wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis auf besondere *Anforderungen*, die direkt, ggf. aber auch indirekt aus dem vorliegenden Gesundheitsproblem erwachsen. Indirekte Folge sind beispielsweise funktionelle Einbußen oder eine medizinische Therapie, mit der das Gesundheitsproblem behoben oder gelindert werden soll. Die Anforderungen können etwa das Erfordernis umfassen, den Lebensstil anzupassen (bzw. nach einem Herzinfarkt), bestimmte Aktivitäten der Selbstpflege durchzuführen (z.B. Versorgung chronischer Wunden, Umgang mit Hilfsmitteln), Ernährungsvorschriften einzuhalten, eine komplexe ärztliche Medikation oder auch Hygieneanforderungen (z.B. nach einer Organtransplantation) zu bewältigen.

3. Ist das Individuum nicht in der Lage, gesundheitlich bedingte funktionelle Einbußen, Belastungen und Anforderungen selbständig zu kompensieren bzw. zu bewältigen, liegt *Abhängigkeit von personeller Hilfe* und damit Pflegebedürftigkeit vor.

Funktionelle Einbußen, Belastungen und Anforderungen sind demnach für sich genommen noch kein Merkmal für Pflegebedürftigkeit. Für sich genommen begründen sie keinen Bedarf an pflegerischer Unterstützung. Erst wenn das betroffene Individuum nicht (mehr) in der Lage ist, sie selbständig zu bewältigen (d.h. erforderliche Selbstpflegeaktivitäten oder elementare Lebensaktivitäten autonom durchzuführen, die genannten Belastungen und Anforderungen autonom zu bewältigen etc.) und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist, wird von Pflegebedürftigkeit gesprochen. Ist ein Individuum also beispielsweise in der Lage, trotz gewisser Einschränkungen der Mobilität alltägliche Lebensaktivitäten selbständig durchzuführen und auch ansonsten die Lebensbereiche autonom zu gestalten, liegt nach dieser Logik keine Pflegebedürftigkeit vor.

In diesem Zusammenhang ist auf den wichtigen Begriff der individuellen *Ressourcen* zu verweisen. Bereits Virginia Henderson hat den Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen, Belastungen und Anforderungen einerseits und individuellen Ressourcen andererseits grundlegend herausgearbeitet. Sie verwies darauf, dass ein Bedarf an pflegerischer Unterstützung erst dann entsteht, wenn das Individuum nicht (mehr) über die notwendige „Kraft, den Willen oder das Wissen“ verfügt, um jene Aktivitäten durchzuführen, die der Aufrechterhaltung von Gesundheit oder ihrer Wiederherstellung (oder einer Bewältigung des Sterbeprozesses) dienen. Pflegebedürftigkeit ergibt sich also aus einem Ungleichgewicht zwischen funktionellen Einbußen, Belastungen und Anforderungen einerseits und den personalen Ressourcen andererseits, über die das Individuum verfügt und die es dazu nutzen kann, die Einbußen, Belastungen und Anforderungen zu kompensieren bzw. zu bewältigen. Das bedeutet unter anderem, dass von Pflegebedürftigkeit auch dann gesprochen werden kann, wenn einer erkrankten Person das notwendige Wissen oder die notwendige Kompetenz fehlt, die zu einer solchen Kompensation (oder Bewältigung) notwendig wären.

Gesundheitlich bedingte Einschränkung der Selbständigkeit ist insofern eine Schlüsselkategorie zur Klärung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit. Die vorangegangenen Analysen haben des Weiteren aufgezeigt, auf welche *Bereiche* sich diese Frage der Selbständigkeit bezieht. Es handelt sich dabei um

- *Aktivitäten* im Lebensalltag, die zur Aufrechterhaltung (bedingter) Gesundheit erforderlich sind, einschließlich der Aktivitäten, die zur Bewältigung krankheits- oder versorgungsbedingter Anforderungen erforderlich sind, sowie
- die autonome Gestaltung der verschiedenen *Lebensbereiche* einschließlich der autonomen sozialen Teilhabe.

Neben dem Begriff Selbständigkeit sind also *Aktivitäten und Lebensbereiche* weitere Schlüsselbegriffe, die für die Klärung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sind.

4. Es ist unerheblich, ob die durch funktionelle Einbußen, Belastungen oder Anforderungen bedingte Unselbständigkeit *dauerhafter oder vorübergehender* Natur ist. In beiden Fällen liegt unter den o.g. Voraussetzungen Pflegebedürftigkeit im Sinne der Abhängigkeit von personeller Hilfe vor.

Eine Unterscheidung zwischen dauerhafter und vorübergehender Abhängigkeit wird insbesondere in den Pflegetheorien, die sich um eine Systematisierung der Anlässe für pflegerische Hilfe bemühen, nicht getroffen. Aus fachlicher Sicht handelt es sich also nicht um eine Grundsatzfrage der Definition von Pflegebedürftigkeit, sondern letztlich um eine sozialpolitische Frage, deren Beantwortung über den Zugang zu Leistungen des jeweiligen nationalen Sicherungssystems entscheidet. Für den vorliegenden Zusammenhang hat die Frage der Dauerhaftigkeit unter anderem im Hinblick auf die Einordnung der speziellen Pflege (Behandlungspflege) eine wichtige Bedeutung. Ein umfassender Begriff der Pflegebedürftigkeit

wird, entsprechend der pflegewissenschaftlichen Tradition, einen vorübergehenden Zustand der Unselbständigkeit nicht ausklammern. Doch auch über die Frage der Einordnung der Behandlungspflege hinaus ist die Klärung der Dauerhaftigkeit als Kriterium für Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die Einordnung von Unselbständigkeit, die aufgrund eines akuten Krankheitsereignisses auftritt, die jedoch keinen pflegerischen Unterstützungsbedarf im Sinne der ärztlich verordneten Behandlungspflege auslöst. Im aktuellen System des deutschen Sozialrechts sind solche Bedarfslagen aus dem Bereich der Pflegeversicherung ausgeklammert.

5. Aus der genannten Einschränkung der Selbständigkeit ergibt sich der *individuelle Unterstützungsbedarf*. Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarf stehen in einem Ableitungsverhältnis. Das bedeutet u.a., dass sich Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Unterstützungsbedarf darstellen lässt.

An diesem Punkt könnte theoretisch unterschieden werden, ob es sich um einen Bedarf handelt, der nur durch *professionelle* pflegerische Unterstützung oder auch durch Unterstützung durch nicht zur Pflege ausgebildete Personen gedeckt werden kann. Diese Frage ist, wie in den vorangegangenen Ausführungen bereits erwähnt wurde, auf internationaler Ebene durchaus ein Diskussionspunkt im Hinblick auf die Gewährung von Leistungsansprüchen. Im deutschen System der Pflegeversicherung hat in dieser Hinsicht eine Grundsatzentscheidung stattgefunden, wonach diese Unterscheidung für die Frage, ob prinzipiell ein Leistungsanspruch gegeben ist oder nicht, keine Bedeutung haben soll.

Dennoch ist die Frage nach dem Charakter notwendiger personeller Hilfe an diesem Punkt näher zu erörtern. Nicht jede Art von personeller Hilfe kann sinnvoll in einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Begriff der *Pflegebedürftigkeit* gebracht werden, bzw. nicht jede Form von personeller Hilfe kann sinnvollerweise als *pflegerische* Hilfe definiert werden¹⁵.

So ist beispielsweise die Begleitung bei Behördengängen nicht als spezifisch *pflegerische* Hilfe zu bezeichnen. Auch hauswirtschaftliche Hilfen können zwar für das Leben der Betroffenen von elementarer Bedeutung sein (beispielsweise für den Verbleib in der häuslichen Umgebung), doch handelt es sich hier eben um hauswirtschaftliche und nicht um pflegerische Hilfen. Andererseits begrenzt sich der Begriff pflegerische Hilfen nicht auf körperbezogene Maßnahmen. Dies wird besonders deutlich im Bereich der Pflege psychisch kranker oder kognitiv beeinträchtigter Personen, bei der wichtige Anteile der pflegerischen Unterstützung auf der Ebene von Kommunikation, Beziehungsgestaltung und Kompetenzförderung anzusiedeln sind.

¹⁵ In dieser Hinsicht gibt es durchaus Unterschiede zwischen den verschiedenen Pflgetheorien, die pflegerische Hilfen zum Teil weit, zum Teil eher eng definieren. Diese Unterschiede hängen zum Teil damit zusammen, dass die Pflgetheorien sich auf unterschiedliche Personengruppen bzw. Problemkonstellationen beziehen.

Pflegebedürftigkeit kann somit als wichtiger Teilbereich der *Hilfebedürftigkeit* verstanden werden, die aufgrund gesundheitlicher Probleme entsteht. Im Bereich der *professionellen* Pflege ist diese Frage, wie verschiedene Beiträge der pflegewissenschaftlichen Diskussion dokumentieren, im Grundsatz geklärt. Demnach wären dem Begriff der Pflegebedürftigkeit alle Aspekte der Hilfebedürftigkeit zuzuordnen, die in den Zuständigkeitsbereich beruflich Pflegender qua professioneller Funktion fallen. Für die Situation in Deutschland entsteht an diesem Punkt allerdings das Problem, dass eine konkrete und abschließende Definition professioneller Funktionen nicht existiert. Vielmehr stößt man auf die Situation, dass bestimmte Funktionen, die in anderen Ländern der Profession der Pflege zugeordnet werden, im Zuständigkeitsbereich anderer Berufsgruppen gesehen werden. Dies gilt insbesondere für interaktionsintensive Hilfen, die in bestimmten Situationen als „soziale Betreuung“ und als Aufgabe nichtpflegerischer Berufsgruppen gelten. In anderen Konstellationen – beispielsweise im Rahmen der psychiatrischen Pflege – werden die gleichen Funktionen als pflegerische Kernaufgaben verstanden.

Den dargelegten Kernaussagen zusammenfassend wäre eine Person also dann als pflegebedürftig zu bezeichnen, wenn sie

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.

Diese Elemente könnten als Grundlage und Bezugsrahmen für den weiteren Prozess der Klärung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit herangezogen werden.

4.5 Systematisierungsvorschläge zur Abbildung von Pflegebedürftigkeit

Aus den dargelegten Kernaussagen, die das internationale Verständnis von Pflegebedürftigkeit kennzeichnen, ergibt sich für die weitere Klärung des Begriffs vor allem die *Frage, welche Aktivitäten und Lebensbereiche, die bedingt durch gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht mehr autonom bewältigt werden können, zu berücksichtigen sind und wie sie sich darstellen lassen.*

Es geht mit anderen Worten um die Operationalisierung des oben notwendigerweise allgemein beschriebenen Kerngedankens der Pflegebedürftigkeit, die sowohl für sozialrechtli-

che Definitionen als auch für die Frage nach einem Einschätzungs- bzw. Begutachtungsinstrument von zentraler Bedeutung ist. Während sich auf sozialrechtlicher Ebene die Frage stellt, unter welchen Voraussetzungen ein Leistungsanspruch gewährt, in welcher Höhe er bemessen wird und welcher Kostenträgerschaft er ggf. zuzuordnen ist, muss auf der Ebene der Begutachtung die Frage beantwortet werden, mit welcher Systematik Selbständigkeit im Bereich der Aktivitäten und Lebensbereiche so abgebildet werden kann, dass eine standardisierte (d.h. gleichen Kriterien folgende) Einschätzung der Abhängigkeit von Hilfe möglich ist.

Mehrere Ansätze zu einer solchen Systematisierung wurden bereits in den vorangegangenen Ausführungen angesprochen, insbesondere die von den Pflegetheorien vorgeschlagene Unterscheidung von Aktivitäten, die sich auch auf der Ebene der Pflegemodelle wiederfinden. Die in Deutschland bekanntesten Modelle stammen von N. Roper („Lebensaktivitäten“, Roper et al. 1993), L. Juchli („Aktivitäten des Lebens“, vgl. Kellnhauser et al. 2000) und M. Krohwinkel („Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens“, Krohwinkel 1993). Wie die folgende Übersicht erkennen lässt, weisen diese Ansätze in ihrem Aufbau und Inhalt große Gemeinsamkeiten und starke Bezüge zum Systematisierungsvorschlag von V. Henderson auf:

Systematisierung von Aktivitäten in Pflegemodellen (nach Isfort/Weidner 2001)

Henderson	Roper	Juchli	Krohwinkel
Mit anderen kommunizieren, Gefühle ausdrücken	Kommunizieren	Kommunizieren	Kommunizieren
Bewegung und Einhaltung der gewünschten Lage	Sich bewegen	Sich bewegen	Sich bewegen
Aufrechterhaltung normaler Körpertemperatur	Die Körpertemperatur regulieren	Regulieren der Körpertemperatur	Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
Normale Atmung	Atmen	Atmen	
Sauberkeit und Körperpflege (Schutz des Äußeren)	Sich sauber halten und kleiden	Sich waschen und kleiden	Sich pflegen
Auswahl passender Kleidung, An- und Ausziehen			Sich kleiden
In angemessener Weise essen und trinken	Essen und trinken	Essen und trinken	Essen und trinken
Ausscheidung mittels aller Ausscheidungsorgane	Ausscheiden	Ausscheiden	Ausscheiden
Ruhen und Schlafen	Schlafen	Ruhen und Schlafen	Ruhen und Schlafen
Befriedigender Beschäftigung nachgehen	Arbeiten und Spielen	Raum und Zeit gestalten	Sich beschäftigen
Spiel oder Teilnahme an verschiedenen Unterhaltungsformen			
	Seine Sexualität ausdrücken	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
Vermeidung von Gefahren in seiner Umgebung und einer Gefährdung anderer	Für Sicherheit der Umgebung sorgen	Für Sicherheit sorgen	Für eine sichere Umgebung sorgen
Lernen, Entdecken oder Befriedigung der Wissbegier, die zu „normaler“ Entwicklung der Gesundheit führt	Sterben	Sinn finden	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen
Gott zu dienen, entsprechend dem persönlichen Glauben			Soziale Bereiche des Lebens sichern

Innerhalb der Pflegewissenschaft gibt es seit vielen Jahren nur noch wenige Bemühungen zur Entwicklung von Pflegemodellen dieser Art. Das Interesse hat sich zu weitaus differenzierteren und fachlich anspruchsvolleren Ordnungssystemen entwickelt, die ebenfalls als Versuch verstanden werden können, pflegerische Bedarfslagen in einen systematischen Zusammenhang zu stellen. Am bekanntesten sind die Arbeiten der North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). Sie definiert Pflegediagnosen als „klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinschaft auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse (...). Pflegediagnosen bilden die Grundlage für eine definitive Behandlung zur Erreichung von Ergebnissen, für die eine Pflegefachkraft verantwortlich ist“ (Gordon 1998: 5)¹⁶. Die NANDA-Pflegediagnosen wurden anhand von so genannten ‚funktionellen Verhaltensmustern‘ systematisiert. Diese Verhaltensmuster können als Bereiche angesehen werden, in denen sich ein Pflegebedarf entwickelt. Insgesamt sind elf solcher Muster benannt (nach Gordon 1998):

- Wahrnehmung und Umgang mit der eigenen Gesundheit
- Ernährung und Stoffwechsel
- Ausscheidung
- Aktivität und Bewegung
- Schlaf und Ruhe
- Kognition und Perzeption
- Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept
- Rollen und Beziehungen
- Sexualität und Reproduktion
- Coping (Bewältigungsverhalten) und Stresstoleranz
- Werte und Überzeugungen.

An der Universität von Iowa wurden in den 1990er Jahren zwei Klassifikationen von Pflegeinterventionen und Pflegeergebnissen (Johnson et al. 2005) entwickelt, die beide mittlerweile mit den NANDA-Diagnosen verknüpft werden. Es wird zunehmend angestrebt, die unterschiedlichen Systematiken aneinander anzugleichen, um zu einem gemeinsamen Bestand von Diagnosen, Interventionen und Ergebnissen für die pflegerische Praxis zu gelangen.

Die Taxonomie der Pflegeergebnisklassifikation unterscheidet sieben Bereichen und dazugehörige Klassen (Unterbereiche) (Johnson et al. 2005):

- *Funktionale Gesundheit* (Energieerhaltung, Wachstum und Entwicklung, Mobilität, Selbstversorgung)

¹⁶ Man beachte die enge Anlehnung an die oben aufgeführte Formulierung der American Nurses Association, die Pflege als „Diagnose und Behandlung von menschlichen Reaktionen auf tatsächliche oder potenzielle gesundheitliche Probleme“ definiert.

- *Physiologische Gesundheit* (Herz-Kreislaufsystem, Ausscheidung, Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Immunreaktion, Stoffwechselregulation, Kognitive Funktionen, Ernährung, Reaktion auf Therapie/Behandlung, Gewebeintegrität, Wahrnehmungsfunktionen)
- *Psychosoziale Gesundheit* (Psychisches Wohlbefinden, Psychosoziale Anpassung, Selbstkontrolle, Soziale Interaktion)
- *Wissen über Gesundheit und Verhalten* (Gesundheitsverhalten, Gesundheitsüberzeugungen, Gesundheitswissen, Risikokontrolle und Sicherheit)
- *Wahrgenommene Gesundheit* (Gesundheits- und Lebensqualität, Symptomstatus)
- *Familiengesundheit* (Pflegerische Angehörige, Gesundheitszustand eines Familienmitglieds, Familiäres Wohlbefinden)
- *Kommunale Gesundheitsversorgung* (Kommunale Lebensqualität, Status der gesundheitlichen Prävention).

Die beiden letzten Bereiche gehen über individuelle Personenmerkmale hinaus und spiegeln die in der internationalen pflegewissenschaftlichen Diskussion zunehmende Bedeutung von Funktionen der Pflege für das Familiensystem bzw. die kommunale Versorgung wider.

Die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP) stellt ebenfalls eine Systematik zur Verfügung, die allerdings für den vorliegenden Zusammenhang keinen Beitrag leisten kann. Pflegephänomene, d.h. die für pflegerische Praxis relevanten Aspekte der Gesundheit (ICN 2003) werden verschiedenen Achsen zugeordnet, die eine vergleichbare Unterscheidung von Bereichen nicht zulassen.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verdient an dieser Stelle ebenfalls Aufmerksamkeit. Sie enthält neun Bereiche („Domänen“) der Aktivitäten und Teilhabe, die im Folgenden zusammenfassend aufgeführt werden. Die Angaben entstammen dem Konsensentwurf zur deutschsprachigen Fassung der ICF vom April 2002.

1. *Lernen und Wissensanwendung*: Unter diese erste Domäne fallen die Aspekte Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen. Geordnet sind diese Aspekte in den drei Kategorien ‚bewusste sinnliche Wahrnehmung‘, ‚elementares Lernen‘ und ‚Wissensanwendung‘.
2. *Allgemeine Aufgaben und Anforderungen*: Die zweite Domäne umfasst allgemeine Aspekte der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, die Organisation von Routinen und den Umgang mit Stress. Es ist möglich, diese Aspekte in Verbindung mit spezifischeren Aufgaben und Handlungen zu verwenden.
3. *Kommunikation*: Die dritte Domäne ‚Kommunikation‘ befasst sich mit allgemeinen und spezifischen Merkmalen der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen. Dazu gehören auch Aspekte des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen, sowie

der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken. In dieser Domäne sind die Merkmale geordnet unter den Kategorien: ‚Kommunikation als Empfänger‘, ‚Kommunikation als Sender‘ sowie ‚Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken‘.

4. *Mobilität*: Diese Domäne beinhaltet die eigene Bewegung durch Änderung der Körperposition oder -lage oder durch Verlagerung von einem Platz zum anderen, mit der Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, mit der Fortbewegung durch Gehen, Rennen oder Klettern/Steigen sowie durch den Gebrauch verschiedener Transportmittel. Die ordnenden Kategorien sind: ‚Die Körperposition ändern und aufrecht erhalten‘, ‚Gegenstände tragen, bewegen und handhaben‘, ‚Gehen und sich fortbewegen‘ und ‚sich mit Transportmitteln fortbewegen‘.
5. *Selbstversorgung*: Die Domäne ‚Selbstversorgung‘ befasst sich mit der eigenen Versorgung, der Pflege des eigenen Körpers, dem An- und Ablegen von Kleidung, dem Essen und Trinken und der Sorge um die eigene Gesundheit. Zu dieser Domäne gibt es keine weiteren ordnenden Kategorien.
6. *Häusliches Leben*: Mit dieser Domäne wird die Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handhabungen und Aufgaben angesprochen. Die Bereiche des häuslichen Lebens umfassen die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen notwendigen Dingen, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere. Die Kategorien zu dieser Domäne sind: ‚Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten‘, ‚Haushaltsaufgaben‘ und ‚Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen‘.
7. *Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen*: Hierzu gehören die Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind. Diese Domäne gliedert sich in die Kategorien: ‚Allgemeine interpersonelle Interaktionen‘ und ‚besondere interpersonelle Beziehungen‘.
8. *Bedeutende Lebensbereiche*: Diese Domäne umfasst Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Bildung/Erziehung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind. Die Kategorien teilen sich entsprechend auf in ‚Erziehung/Bildung‘, ‚Arbeit und Beschäftigung‘ und wirtschaftliches Leben‘.
9. *Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben*: In der letzten Domäne der Aktivitäten und Teilhabe geht es um Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind. In dieser Domäne gibt es keine weiteren Kategorisierungen.

Diese Domänen und Kategorien werden in der Klassifikation weiter spezifiziert. Bei Beeinträchtigungen im Sinne der ICF ist also zu berücksichtigen, ob a) Teilhabe hinsichtlich der genannten Domänen möglich oder beeinträchtigt ist und b) aufgrund welcher Körperfunktionen und -strukturen eine Beeinträchtigung vorliegt. Wie ersichtlich, decken die Domänen ein weites Spektrum an Aktivitäten und Lebensbereichen ab, die für die Frage nach der Abhängigkeit von *pflegerischer* Unterstützung nur zum Teil eine unmittelbare Bedeutung besitzen. Zugleich dürften inhaltlicher und formaler Aufbau der ICF jedoch gute Ansatzpunkte dafür bieten, diese Systematisierung im Rahmen der zukünftigen Klärung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und der Bestimmung der Aktivitäten und Bereiche, die dieser Begriff berücksichtigen soll, mit dem Ziel der Harmonisierung einfließen zu lassen.

Weitere Formen der Systematisierung ließen sich aus Einschätzungsinstrumenten ableiten. Instrumente weisen in aller Regel nicht das Verständnis von Pflegebedürftigkeit, auf dem sie beruhen, explizit aus. In vielen Fällen dürfte ein solches Verständnis bei der Instrumentenentwicklung auch gar nicht zugrunde gelegt worden sein. Dennoch werden stets Bereiche zur Abbildung von Aspekten der Pflegebedürftigkeit definiert. Die bei der vorliegenden Untersuchung berücksichtigten Instrumente zeigen in dieser Hinsicht eine ausgeprägte Heterogenität, so dass sich die Darstellung an diesem Punkt auf die Illustration eines Beispiels beschränkt, mit dem auch die Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung von Einschätzungsinstrumenten für die Systematisierung aufgezeigt werden sollen.

Das *Care Needs Assessment Pack for Dementia* (CarenapD) ist ein relativ umfassendes Instrument, das speziell für die Einschätzung bei Demenzkranken entwickelt wurde. Die Systematik, auf der es beruht, kann jedoch auch für andere Personengruppen Geltung beanspruchen. CarenapD unterscheidet folgende, jeweils mehrere Einzelaspekte umfassende Bereiche:

- Gesundheit und Mobilität
- Selbstversorgung und Ausscheidungen
- Soziale Interaktion
- Denken und Gedächtnis
- Verhalten und psychischer Status
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Leben in der Gemeinschaft („Community Living“).

Bei genauerer Betrachtung wird innerhalb dieser Systematik eine ungewohnte Zuordnungslogik deutlich. So findet sich beispielsweise der Umgang mit und Zugang zu Medikamenten im Bereich „Leben in der Gemeinschaft“ wieder. Will man Merkmale der Pflegebedürftigkeit – und dies gilt im Grundsatz für viele andere aus dem Ausland stammende Instrumente auch – in eine geläufigere Ordnungslogik bringen und/oder auch eine sozialrechtliche Zuordnung ermöglichen, so müsste die inhaltliche Gliederung einer solchen Systematik trans-

formiert werden. Aus CarenapD könnte beispielsweise folgende Struktur entwickelt werden (wobei hier die Frage, ob das Instrument in den Bereichen alle relevanten Aspekte berücksichtigt, außer Betracht bleiben soll):

1. Psychische Aspekte:

- Denkfähigkeit und Gedächtnis: Fähigkeit, vorausschauend zu denken / Fähigkeit, die Rolle fremder Personen einzuschätzen / Alltagsroutinen erinnern / Wiederholtes Fragen nach den gleichen Dingen (Erinnerungsverlust/Unsicherheit),
- Steuerung von Verhalten und geistige Gesundheit: Wanderungstendenzen / Sich verlaufen / Verbale Aggressivität / körperliche Aggressivität / Problematisches Sexualverhalten / Unruhezustände / Ängstlichkeit / Stimmungsschwankungen / Schlafstörungen / Verfolgungswahn / Halluzinationen

2. Soziale Aspekte:

- Interaktion: Erkennen vertrauter Personen / sozialer Rückzug / Fähigkeit, eigene Wünsche zu kommunizieren / Beteiligung an sozialen Aktivitäten / Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit Anderen / Fähigkeit, eigene Gefühle zum Ausdruck zu bringen
- Leben in der Gemeinschaft: Umgang mit Finanzen / Fähigkeit, Transportmittel zu benutzen / Telefonieren

3. Körperliche Aspekte:

- Mobilität: Gehfähigkeit (innerhalb und außerhalb des Hauses) / Gleichgewichtsgefühl / Aufstehen aus Bett & Stuhl / Treppensteigen / Fußpflege & Schuhwerk
- Körperpflege und sich kleiden: Zahnpflege / Waschen, Baden, Duschen / Haarwäsche / An- und Ausziehen / Hautzustand
- Ausscheidungen: Urinkontinenz / Stuhlkontinenz / Toilettenbenutzung
- Essen und Trinken
- Wahrnehmung und Kommunikation: Sehen / Hören / Sprechen

4. Haushaltsführung:

- grundsätzliche (geistige) Fähigkeit zur Haushaltsführung / Einkaufen / Fähigkeit, kleinere Mahlzeiten und Getränke zuzubereiten / Waschen (Kleidung) / Gebrauch eins Herdes

5. Anforderungen einer Therapie/Behandlung:

- Umgang mit Medikamenten / Zugang zu Medikamenten

6. Körperliche Belastungen und gesundheitliche Risiken:

- Schmerzen / Verdauungsstörungen
- Rauchen / Alkoholgenuss / Drogen- oder Substanzmissbrauch
- Häusliche Sicherheit: Umgang mit Schlüsseln / Gebrauch potenziell gefährlicher Haushaltsgeräte / Umgang mit Gas.

Aus diesem Beispiel lassen sich vor allem zwei Feststellungen ableiten:

- Zur Klärung und Operationalisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist es wenig empfehlenswert, die Systematik bereits vorliegender Einschätzungsinstrumente *kritiklos* zu übernehmen, insbesondere wenn diese in anderen Ländern entwickelt wurden. Der Prozess muss streng genommen umgekehrt verlaufen: Ausgehend von einer fachlich tragfähigen und zugleich sozialrechtlich adaptionsfähigen Klärung und Operationalisierung müsste nach einem Einschätzungsinstrument gesucht werden, das den mit dieser Klärung vorgenommenen Festlegungen entsprechen kann.
- Andererseits beinhalten manche Einschätzungsinstrumente interessante Ansätze zur Systematisierung. Mit der notwendigen kritischen Distanz und, wie im Beispiel vorgeführt, mit Hilfe einer Restrukturierung zur Anpassung an nationale Konventionen können sie durchaus fruchtbare *Anregungen* liefern. Dies gilt insbesondere für Instrumente, die Pflegebedürftigkeit umfassend und differenziert abbilden. Länder, die ähnlich wie Deutschland ein zentralisiertes Einschätzungsverfahren aufweisen (z.B. Japan, vgl. Kapitel 5.1), verdienen in diesem Kontext ebenfalls Beachtung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mehrere Vorschläge zur Systematisierung von Pflegebedürftigkeit vorliegen, auf die im Rahmen der laufenden Diskussion zurückgegriffen werden kann. Es existiert jedoch keine Systematik, die an dieser Stelle vorbehaltlos zur Übernahme empfohlen werden kann. Die in Deutschland gängigen Pflegemodelle definieren Aktivitäten, die sich zum Teil nur schwer operationalisieren und in einigen Punkten auch Abgrenzungsprobleme erwarten lassen. Die übrigen der vorgestellten Ordnungsansätze bieten vielleicht eine bessere Grundlage, bedürfen jedoch einer differenzierteren Prüfung. In jedem Fall ist eine vorherige Festlegung bzw. Grundsatzentscheidung erforderlich, ob die Klärung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf den in Kapitel 4.4 vorgestellten Elementen bzw. auf welchen dieser Elemente sie aufbauen soll. Erst auf dieser Grundlage kann, unter Hinzuziehung der im folgenden Kapitel dargelegten Ergebnisse der Analyse verfügbarer Instrumente, eine begründete Entscheidung für ein zukünftiges Begutachtungsverfahren erfolgen.

5. Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit

5.1 Instrumentenentwicklung und -akkreditierung in anderen Ländern

Die Suche nach geeigneten Instrumenten oder sinnvollen Optionen für die Entwicklung eines Begutachtungsverfahrens zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit hat auch in anderen Ländern stattgefunden. Wie aus den Ausführungen zu internationalen Pflegesicherungssystemen deutlich geworden sein dürfte, erfolgte dies auf sehr unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, die auch die Richtung der jeweiligen Recherche und Analyse bestimmten. Die Erfahrungen aus den betreffenden Ländern können sehr hilfreich sein, um grundlegende Fragen aufzuzeigen, die in einem solchen Prozess beantwortet werden müssen. Darüber hinaus haben die Erfahrungen aus anderen Ländern Hinweise und Begründungen für die Auswahl der in diesem Projekt analysierten Instrumente gegeben.

USA

In den USA wurde Ende der 80er Jahre die Entwicklung eines standardisierten Assessmentverfahrens für die Bewohner von Pflegeheimen initiiert (Kane/Kane 2000). Ausgelöst wurde diese Entwicklung durch den Nursing Home Reform Act. Mit der Einführung des „Resident Assessment Instrument“ (RAI) wurde nicht nur angestrebt, die Versorgung der Bewohner von Pflegeheimen auf eine systematische Basis zu stellen. Die Anwendung des RAI ist unbedingbar in Einrichtungen, die eine Refinanzierung über Medicare und Medicaid erhalten. Für den Bereich der ambulanten Versorgung wurde analog das „Outcome and Assessment Information Set“ (OASIS) eingeführt (ebd.).

Japan

In Japan wurde nach längerer Diskussion die Einführung eines national einheitlichen Begutachtungsverfahrens entschieden, mit dem sichergestellt werden soll, dass die Gutachter bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit zu gleichen Ergebnissen gelangen und der Bedarf als standardisierte Einheit ausgedrückt wird. Bis 1996 gab es Überlegungen, die RUG-III-Klassifikation aus dem Resident Assessment Instrument (RAI) zur Darstellung der Pflegebedürftigkeit zu übernehmen. Das japanische Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt hat sich allerdings dagegen entschieden, weil das Minimum Data Set des RAI das Nutzungsverhalten der Japaner nur unzureichend erfasse. Insbesondere die Einbeziehung der Physiotherapie, die in den USA einen starken Einfluss hat, spielt in Japan nur eine untergeordnete Rolle. Außerdem war es nicht möglich, eine entsprechende Anzahl von Pflegekräften

ten als Gutachter vor Einführung der Pflegeversicherung zu qualifizieren, da das Instrument sehr komplex ist (Tsutsui/Muramatsu 2005).

Das nun eingeführte Begutachtungsverfahren umfasst 7 Dimensionen zur physischen und psychischen/sozialen Situation eines Menschen mit insgesamt 73 Items sowie 12 Items zu medizinischen Verfahren/Behandlungen:

- Lähmung und eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit: Vorhandensein einer Lähmung oder eingeschränkten Gelenkbeweglichkeit in verschiedenen Körperregionen
- Bewegung und Gleichgewicht: Fähigkeit, sich im Bett umzudrehen, sich im Bett aufzusetzen, eine sitzende Position mit den Füßen bzw. ohne die Füße auf dem Boden zu bewahren, auf beiden Füßen zu stehen, zu gehen und einen Transfer durchzuführen
- Komplexe Bewegung: Fähigkeit, aus einer sitzenden Position aufzustehen, auf einem Fuß zu stehen, Ein- und Aussteigen aus der Badewanne, baden
- Aspekte, die einer besonderen Unterstützung bedürfen: Dekubiti oder andere Hautschädigungen, Schluckfähigkeit, Arm auf die Brust legen, Harn- oder Stuhldrang spüren, Blasen- oder Darmentleerung
- Aspekte, die eine Unterstützung bei den Aktivitäten bzw. instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens erfordern: Unabhängigkeit/teilweise Unterstützung/vollständige Unterstützung bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen, Sauberhalten der Wohnung, Einnahme von Medikamenten, Regelung finanzieller Angelegenheiten, Erfahrung eines schwerwiegenden Verlustes des Erinnerungsvermögens
- Kommunikation und Kognition: Sehen, Hören, Kommunikationswille, Reaktion auf Anweisungen, Verständnis einer Tagesstruktur, Kurzzeitgedächtnis, Erinnern des eigenen Namens, Geburtstags, der Jahreszeit und des Ort
- Verhaltensprobleme: Häufigkeit von Verfolgungsgefühlen, Geschichten erfinden, visuelle/akustische Halluzinationen, emotionale Instabilität, veränderter Tag/Nacht-Rhythmus, verbale/physische Gewalt, Wiederholungen, Schreien, Widerstand gegen Ratschläge oder die Versorgung, Umherwandern, Ruhelosigkeit, sich verloren vorkommen, Beaufsichtigungsbedarf, unangemessenes Horten von Dingen, Unfähigkeit mit Feuer umzugehen, Zerstörung von Kleidung oder anderen Dingen, unhygienisches Verhalten, Essen von nicht zum Verzehr bestimmten Dingen, störendes sexuelles Verhalten.

Zu den medizinisch relevanten Aspekten gehören: Umgang mit i.v.-Infusionen und parenteraler Ernährung, Dialyse, Stomaversorgung, Sauerstofftherapie, Beatmungstherapie, Tracheostomapflege, Schmerzversorgung, enterale Sondenernährung, Vitalzeichenkontrolle (Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung), Dekubitusversorgung, Inkontinenzversorgung.

Die Ergebnisse der Einschätzung werden computergestützt erfasst, um einen standardisierten Score zu errechnen. Diesem Score wird ein bestimmter Zeitumfang zugeordnet, der wiederum den Ausschlag für die Zuordnung einer Pflegestufe gibt. Pflegebedürftigkeit wird

also anhand der oben dargestellten Merkmale beschrieben, aber in einem zweiten Schritt als notwendiger Pflegezeitaufwand ausgedrückt. Dieser bezieht sich im Unterschied zu Deutschland auf die professionelle Pflege (die japanische Pflegeversicherung gewährt lediglich Sachleistungen).

Die Ergebnisse werden durch eine kommunale Behörde, welche vom entsprechenden Bürgermeister berufen wird, geprüft. Dabei wird neben dem Ergebnis der Einschätzung auch eine Stellungnahme des Hausarztes berücksichtigt. In den ersten drei Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung stimmten die Einschätzungen der Behörde mit denen des Assessments in 70% überein.

Das Gesundheitsministerium speichert sämtliche Daten der Begutachtung. Sämtliche Gemeinden sind mit dem nationalen System verbunden und speisen ihre Daten dort ein. Damit sind nationale Monitoringbestrebungen auf substantieller Grundlage möglich. Somit werden beispielsweise regionale Unterschiede in der Feststellung der Pflegestufen offensichtlich. Außerdem ist es möglich, Gemeinden zu identifizieren, in denen es große Unterschiede zwischen dem Assessment und der letztendlichen Pflegestufenzuordnung gibt.

Single Assessment Process in Großbritannien

In Großbritannien wurde im Jahr 2002 der Single Assessment Process (SAP) initiiert (Department of Health 2007), dessen vorrangiges Ziel darin bestand, älteren Menschen eine angemessene und zeitnahe Hilfe bei gesundheitlichen und sozialen Problemlagen zukommen zu lassen. Der SAP ist integriert in den National Service Framework, in dem die Hilfs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen geregelt sind.

In Großbritannien liegt die Verantwortung für die Langzeitpflege bei den lokalen Behörden. Sie sind in diesem Rahmen zuständig für die Einschätzung des Pflegebedarfs und die Gewährung entsprechender Leistungen. Der SAP wurde u.a. initiiert, um das Begutachtungsverfahren so zu gestalten, dass Doppeleinschätzungen vermieden werden, die Ergebnisse der Begutachtungen transparent für die älteren Menschen sind und die gesammelten Informationen so effektiv wie möglich erhoben, gespeichert und genutzt werden können. Seitens des Department of Health sollten im SAP Instrumente akkreditiert werden, um sie den lokalen Behörden zur Implementierung zu empfehlen.

Für die Begutachtung wird in Großbritannien unterschieden zwischen den „presenting needs“ und den „eligible needs“. Unter den „presenting needs“ werden die personenbezogenen Merkmale verstanden, aus denen sich der Hilfebedarf einer Person ergibt. Die „eligible needs“ beziehen sich demgegenüber auf die Kriterien, die entscheidend für die Gewährung von Leistungen sind. Es obliegt den lokalen Behörden, auf der Grundlage der ver-

fügbaren Ressourcen die Zugangskriterien (eligibility criteria) zu bestimmen. Die Verfahren, die im SAP entwickelt wurden, beziehen sich auf die „presenting needs“. Ein Blick in die Regelungen der deutschen Pflegeversicherung verdeutlicht den Unterschied zum hiesigen System. Der geltende Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI würde gemäß der britischen Definition zu den ‚eligible needs‘ zählen, d.h. dass es im deutschen Kontext diese Unterscheidung nicht gibt. Im britischen Kontext soll allerdings der umfassende Bedarf erhoben werden, unabhängig davon, ob entsprechende Leistungen gewährt werden. Dieses Verfahren mag befremdlich erscheinen, impliziert aber zwei wesentliche Aspekte, die es zu bedenken gilt: Zum einen ist damit eine Trennung zwischen Zugangskriterien und Leistungserbringung möglich. Übersetzt auf deutsche Verhältnisse bedeutet das, dass der Verrichtungsbezug der Leistungen, der sich aus dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff ergibt, aufgehoben wäre. Es könnten zwar nicht unbegrenzt Leistungen erbracht werden, es wäre aber sehr wohl möglich, dass professionelle Leistungserbringer bedarfsgerechtere Leistungen anbieten. Zum zweiten impliziert die Unterscheidung zwischen ‚presenting‘ und ‚eligible‘ needs, dass die tatsächlich existierenden Bedarfslagen innerhalb der Bevölkerung genauer bestimmt werden können.

Das Department of Health hat auf nationaler Ebene inhaltliche Domänen festgelegt, die in den Verfahren berücksichtigt werden mussten, damit sie akkreditiert werden konnten. Auf der lokalen Ebene wurde durch den Single Assessment Process die Entwicklung von entsprechenden Einschätzungsinstrumenten angestoßen, die dem Department of Health zur Akkreditierung vorgelegt wurden. Die folgenden Domänen wurden seitens des Department of Health vorgegeben:

Nutzerperspektive

- Bedürfnisse und wichtige Bereiche, so wie sie durch den Nutzer ausgedrückt werden
- Erwartungen, Stärken, Fähigkeiten und Motivation des Nutzers

Klinischer Hintergrund

- Krankengeschichte mit Diagnosen
- Stürze
- Medikamente und Fähigkeit, Medikamente selbst einzunehmen

Krankheitsprävention

- Verlauf der Blutdruckkontrolle
- Ernährung, Diät und Flüssigkeitsaufnahme
- Impfungen
- Alkohol- und Tabakkonsum
- Regelmäßige Bewegung/Sport
- Zervikal- und Brust-Screening

Persönliche Pflege und physisches Wohlbefinden

- Persönliche Hygiene, einschließlich Waschen, Baden, Toilettenbenutzung und äußeres Erscheinungsbild
- An- und Ausziehen
- Schmerz
- Orale Gesundheit
- Fußpflege
- Gewebebeschaffenheit
- Mobilität
- Kontinenz und andere ausscheidungsbezogene Aspekte
- Schlafmuster

Sinnesorgane

- Sehen
- Hören
- Kommunikation

Mentale Gesundheit

- Kognition und Demenz, einschließlich Orientierung und Erinnerung
- Mentale Gesundheit, einschließlich Depression, Reaktion auf Verlusterfahrungen und emotionale Schwierigkeiten

Beziehungen

- Sozialkontakte, Beziehungen sowie Freizeitaktivitäten, Hobbies, Arbeit und Lernen/Weiterbildung
- Unterstützung durch Angehörige und Stabilität des Pflegearrangements, einschließlich der Perspektive der Angehörigen

Sicherheit

- Missbrauch und Vernachlässigung
- Andere Aspekte der persönlichen Sicherheit
- Öffentliche Sicherheit

Unmittelbares Lebensumfeld und Ressourcen

- Zustand der Wohnung/des Hauses sowie die Bewältigung der täglichen Aufgaben wie Essenzubereitung, Reinigung und Einkaufen
- Wohnbedingungen – Ort, Zugang, Heizung
- Einkommen und Umgang mit Geld
- Zugang zu kommunalen Angeboten und Dienstleistungen.

Neben den Domänen wurden weitere Akkreditierungskriterien an die Instrumente angelegt. Dazu gehörten die Möglichkeit einer personenzentrierten Kommunikation während des Begutachtungsverfahrens, die Berücksichtigung des Beitrags der älteren Menschen zur Begutachtung und die Berücksichtigung ihrer Wünsche und Präferenzen, die Eignung für

Professionelle aus dem Gesundheits- und Sozialbereich u.a.m. Darüber hinaus sollten die Instrumente nicht an einen singulären Anbieter einer Software-Lösung gebunden sein.

Letztlich wurden zum Abschluss des SAP im Jahr 2004 die folgenden sechs Instrumente durch die Akkreditierungskommission des Department of Health akkreditiert:

1. CAT Electronic Version (Cambridgeshire Assessment Tool)
2. EASYcare Version 2004
3. FACE for Older People V.3 (Functional Assessment of the Care Environment for Older People)
4. MDS Home Care Version 2.3 (Minimum Data Set)
5. NOAT (Northamptonshire Overview Assessment Tool)
6. STEP (Standardised Assessment of Elderly People in Primary Care in Europe).

Neben diesen komplexen Instrumenten wurde eine Fülle von Instrumenten zur Einschätzung von Teilbereichen des Hilfe- und Pflegebedarfs empfohlen. Die Empfehlungen orientieren sich an den Domänen des Single Assessment Process. Die sechs akkreditierten Instrumente wurden im Rahmen der hier durchgeführten nationalen und internationalen Recherche von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Begutachtungsverfahren in die nähere Analyse mit aufgenommen.

Bestimmung des Bedarfs an pflegerischer Versorgung alter Menschen in Nordirland

Parallel zum Single Assessment Process wurde in Nordirland durch die University of Ulster eine Analyse zu Assessmentinstrumenten durchgeführt (McCormack/Slater 2002). Ziel des Projektes war die Identifikation eines umfassenden, reliablen und validen Verfahrens zur Bestimmung des Bedarfs an Pflegeleistungen. Die Auswahl der näher betrachteten Instrumente erfolgte auf der Grundlage einer umfassenden Recherche und einer Einschätzung aufgrund der o.g. Domänen des Single Assessment Process. In die nähere Analyse wurden sechs Instrumente einbezogen:

- Barthel-Index
- EASY-Care
- MDS/RAI
- RCN Assessment Tool for nursing older people
- Craigavon & Banbridge Community Trust Assessment System
- SAFE (Standardised Assessment Scales for Elderly People).

Die Analyse kam zu dem Ergebnis, dass keines der Instrumente alle vorgegebenen Domänen umfasst. Gute Bewertungen hinsichtlich der Reliabilität und Validität erhielten der Barthel-Index, das MDS/RAI und SAFE. Es wurde jedoch kritisiert, dass diese Instrumente zu wenig die Individualität der begutachteten Person berücksichtigen, indem sie der subjektiven Sichtweise zu wenig Raum geben. Trotz der begrenzt verfügbaren Angaben zur methodischen Güte des RCN Assessment Tools wurde abschließend empfohlen, auf der Grundlage dieses Instruments ein eigenes Verfahren für die Einschätzung des Bedarfs älterer Menschen in Nordirland zu entwickeln und seine Anwendung zu erproben.

Für die im deutschen Kontext durchzuführende Recherche wurden auch die in Nordirland analysierten Instrumente in die Analyse aufgenommen. Allerdings konnten keine weiteren Informationen zum Craigavon & Banbridge Community Trust Assessment System gefunden werden, so dass das Instrument nicht weiter berücksichtigt wurde. Beim Instrument SAFE handelt es sich um das gleiche Instrument wie das STEP, welches aufgrund der englischen Arbeiten näher betrachtet wurde.

Australien

Im Oktober 2004 wurde in Australien der Abschlussbericht zu einer umfassenden Analyse von Assessmentinstrumenten vorgelegt. Ziel war die Identifizierung eines existierenden, validierten und umfassenden Assessmentinstruments zur Einschätzung von Personen mit chronischen Erkrankungen und von älteren Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf. Das zu identifizierende Instrument sollte in allen Versorgungsbereichen einsetzbar sein. Ergänzend sollte in dem Projekt geklärt werden, ob das identifizierte Instrument eine Ergänzung zum regional zum Teil schon genutzten Instrument HART (Handicap Assessment and Resource Tool) sein könnte oder das HART ersetzen sollte.

Nach einer umfangreichen Recherche wurde eine Auswahl an Instrumenten von einem Expertengremium hinsichtlich der Reliabilität und Validität diskutiert und beurteilt. Außerdem wurden umfangreiche Beratungen mit verschiedenen Akteuren in der pflegerischen Versorgung durchgeführt, um die Anwendbarkeit und Praktikabilität angesichts der in der Praxis vorherrschenden Bedingungen einschätzen zu können.

Insgesamt wurden sechs Instrumente identifiziert, die den Einschlusskriterien entsprechen:

- Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)
- EASY-Care
- FACE (Functional Assessment of the Care Environment for Older People)
- HART (Handicap Assessment and Resource Tool)

- interRAI (damit sind die verschiedenen Instrumente der internationalen RAI-Kooperation angesprochen, die in Australien als Gesamtheit betrachtet wurden)
- OASIS (Outcome and Assessment Information Set).

Die Analyse kam zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich der methodischen Güte die Instrumente CANE, interRAI, OASIS und EASY-Care die besten Bewertungen erhielten. Allerdings ergaben die Beratungen mit den relevanten Akteuren aus der Praxis ein anderes Ergebnis, so dass schließlich die drei Instrumente:

- interRAI
- EASY-Care
- FACE

die besten Bewertungen erhielten. Die Autoren des Berichts mahnen jedoch an, dass es notwendig ist, die leitenden Prinzipien zu definieren, denen ein Assessment folgen soll. Insgesamt soll es dabei darum gehen, das Assessment mit Fragen des Leistungsbezugs zu verknüpfen, zu klären, durch wen das Assessment erfolgen soll und zu entscheiden, in welcher Form Daten aufbereitet und verschiedenen Anwendern zur Verfügung stehen sollen.

Standardisiertes Assessment in Neuseeland

Auch in Neuseeland wurde der Versuch unternommen, ein einheitliches und landesweites Verfahren zur Einschätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs bei älteren Menschen zu identifizieren (Martin/Martin 2003). Im Unterschied zu den Prozessen in Großbritannien und Australien wurden hier die Instrumente, die zur näheren Analyse herangezogen wurden, eingeteilt nach ihrem Charakter: vier komplexe Instrumente (Contextio Geriatric Assessment Wizard; CANE, FACE, MDS-HC), sechs Instrumente für ein Übersichtsassessment (EASY-Care; 75+Health Assessment; CANE-short; FACE-Triage; MDS-HC Overview; MDS-HC Overview+) sowie zwei Screening-Verfahren (STEP; VES-13) wurden in die Analyse aufgenommen.

Auch in Neuseeland ist man zu differenzierten Ergebnissen gekommen. Wie in den anderen Ländern gibt es auch hier keine einheitliche positive oder negative Bewertung. In den abschließenden Empfehlungen werden Hinweise darauf gegeben, dass für die weitere Diskussion eine stärkere Berücksichtigung der nationalen Gegebenheiten in Neuseeland erfolgen muss. Die Instrumente MDS-HC (RAI HC), FACE, CANE und EASY-Care finden Erwähnung in den Empfehlungen dahingehend, dass sie eine gute Grundlage für abschließende Entscheidungen bieten.

Fazit

Zusammenfassend ergeben sich für die nachfolgende Darstellung der Analyse von Einschätzungsinstrumenten vier wichtige Aspekte: Zum einen zeigt sich, ähnlich wie bei Pflegebedürftigkeitsbegriffen, die Wichtigkeit von Entscheidungsprozessen. Ein Einschätzungsinstrument kann je nach Verwendungszweck mehr oder weniger sinnvoll sein. Bei der Entscheidung, bestimmte Verfahren in die nähere Analyse mit aufzunehmen, hat dieser Aspekt eine Rolle gespielt. Er ist auch als zusätzliches Bewertungskriterium in die Analyse eingeflossen, indem geprüft wurde, ob ein Instrument flexibel genug ist, um für verschiedenste Verwendungsabsichten eingesetzt werden zu können.

Zum zweiten zeigt der Einblick in internationale Prozesse zur Identifikation von Assessmentinstrumenten eine gewisse Tendenz hin zu einigen wenigen Verfahren, die aus verschiedenen Gründen gute Bewertungen erhalten. Allerdings handelt es sich bei den angeführten Beispielen um Sicherungssysteme, die auf Instrumente angewiesen sind, mit denen sich eine differenzierte Versorgungsplanung entwickeln lässt.

Drittens wird jedoch auch deutlich, dass den jeweiligen Besonderheiten des nationalen Sicherungssystems ein hoher Stellenwert beizumessen ist. Die Frage, ob ein Instrument aus sich heraus zu überzeugen vermag, steht hier neben der Anforderung, dass es unter inhaltlich-fachlichen und sozialrechtlichen Gesichtspunkten integrierbar sein muss.

5.2 Auswahl und Übersicht zu den Instrumenten

Insgesamt wurden 40 Instrumente im Rahmen dieses Projekts näher analysiert. Die Instrumente lassen sich in komplexe Instrumente, d.h. Instrumente die den Anspruch haben, einen umfassenden Bedarf abzubilden, und spezifische Instrumente, d.h. Instrumente die explizit auf bestimmte Zielgruppen oder Teilbereiche eines Pflegebedarfs ausgerichtet sind, unterscheiden.

Komplexe Instrumente

Bei der Frage, welches der gegenwärtig verfügbaren Einschätzungsinstrumente für ein zukünftiges Begutachtungsverfahren näher in den Blick zu nehmen ist, hat sich das Interesse zuerst vorrangig auf solche Instrumente gerichtet, die Pflegebedürftigkeit oder Pflegebedarf umfassend, d.h. in den körperlichen, kognitiv-psychischen und sozialen Dimensionen abbilden. Unter diesen Instrumenten wurde den in anderen Ländern zu vergleichbaren Zwecken eingesetzten Instrumenten besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht.

Die Antwort auf die Frage, wie diese Instrumente im Hinblick auf einen umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff zu bewerten sind, muss allerdings nicht notwendigerweise an der Differenziertheit festgemacht werden, mit der Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegebedarf abgebildet wird. An dieser Stelle ist vielmehr auf zwei verschiedene Wege hinzuweisen, die für die Abbildung von Pflegebedürftigkeit gewählt werden können.

Die Einschätzung kann in einer sehr differenzierten Form alle Aspekte der Pflegebedürftigkeit berücksichtigen. Instrumente, die sich dieses Ziel setzen, fallen dementsprechend umfangreich aus. Bei einem solchen Vorgehen ist es unbedingt erforderlich, die Gesamtheit der in Betracht kommenden Aspekte der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Einschätzung zu berücksichtigen. Für das deutsche System der Pflegeversicherung bzw. im Grundsatz vergleichbare Systeme, die aus dem Grad der Pflegebedürftigkeit und nicht aus ihrer konkreten Ausprägung einen Leistungsanspruch ableiten, ist dieses Vorgehen jedoch nicht zwingend erforderlich. Die Alternative bestünde in der Erfassung und Einschätzung der maßgeblichen Faktoren, die das Ausmaß der Abhängigkeit von personeller Hilfe bzw. Art und Umfang der erforderlichen Hilfen bestimmen. Forschungsergebnisse beispielsweise zeigen, dass bestimmte funktionelle Einschränkungen von zentraler Bedeutung für die Selbstständigkeit oder Abhängigkeit von personeller Hilfe in den meisten Lebensbereichen sind. Hierzu gehören insbesondere Mobilitätseinschränkungen und kognitive Einbußen, aber auch psychische Problemlagen, aus denen bestimmte Verhaltensweisen oder die Unfähigkeit erwachsen, mit Emotionen oder sozialen Situationen umzugehen. Solche Ansätze können als „Indikatorenmodelle“ bezeichnet werden. Sie verzichten auf die differenzierte Abbildung aller Aspekte der Pflegebedürftigkeit, sondern konzentrieren sich auf jene Merkmale, die den Grad der Abhängigkeit bei Aktivitäten und in den Lebensbereichen maßgeblich bestimmen. Hierzu können verhältnismäßig schlanke Instrumente verwendet werden.

Im Verlauf der Recherche hat sich ein weiteres Kriterium für die Auswahl und Bewertung der verschiedenen Instrumente herauskristallisiert: die jeweiligen Verwendungsmöglichkeiten. Assessmentinstrumente können in unterschiedlicher Art und Weise Verwendung finden. Entsprechende Intentionen bei der Entwicklung entsprechender Instrumente oder Erfahrungen in der Umsetzung sind in die Analyse mit eingeflossen.

Unter dem Aspekt einer umfassenden Einschätzung der Pflegebedürftigkeit wurden die folgenden Instrumente aufgrund der durchgeführten Recherche zur vertiefenden Analyse ausgewählt:

BESA (BewohnerInnen – Einstufungs- und Abrechnungssystem)

CANE (Camberwell Assessment of Needs for the Elderly)

CAT (Cambridgeshire Assessment Tool)

Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD)

EASY Care

Ergotherapeutisches Assessment

FACE (Functional Assessment of the Care Environment for Older People)

FIM (Functional Independence Measure)

HART (Handicap Assessment and Resource Tool)

NOAT (Northamptonshire Overview Assessment Tool)

NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)

OASIS (Outcome and Assessment Information Set)

PAS (Pflegeabhängigkeitsskala)

PGBA (Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment)

RAI 2.0 (Resident Assessment Instrument)

RAI HC (Resident Assessment Instrument Home Care)

RUM (Resource Use Measure)

RCN Assessment (Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool)

SCoTTs (Service Coordination Tool Templates)

Sic Pflegeassistent 1.8

STEP (Standardised Assessment for Elderly Patients in Primary Care)

Spezifische Instrumente

Der Auftrag zur Recherche und Analyse von Einschätzungsinstrumenten ließ die Frage offen, ob nur umfassend ausgerichtete oder auch spezifische Instrumente in die Untersuchung einbezogen werden sollten. Dies erklärt sich unter anderem aus der Überlegung, dass es möglicherweise sinnvoll sein könnte, nicht einfach eines der verfügbaren und praktisch bewährten Instrumente für die zukünftige Begutachtung zu übernehmen, sondern ggf. im Zuge der weiteren Entwicklungsarbeiten ein Instrument zu entwickeln, das eng auf die Situation in Deutschland (und auch den noch zu präzisierenden zukünftigen Begriff der Pflegebedürftigkeit) zugeschnitten ist. Aus dieser Option ergibt sich die Frage, ob ggf. eine Kombination verschiedener Instrumente in zukünftige Entwicklungsarbeiten eingehen könnte oder ob vorhandene Instrumente gewissermaßen als Vorlage für die Entwicklung einer eigenen Lösung dienen könnten. Vor diesem Hintergrund sind auch solche Einschätzungsinstrumente von Interesse, deren Inhalt auf bestimmte Aspekte der Pflegebedürftigkeit (z.B. körperliche Funktionen, Verhaltensweisen, psychische Problemlagen etc.) beschränkt ist. Aus diesem Grunde erstreckte sich die Recherche auf eine Vielzahl von Einschätzungsinstrumenten, mit denen solche spezifischen Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst werden.

Dies führte allerdings dazu, dass eine engere Auswahl getroffen werden musste als im Falle der umfassend ausgerichteten Einschätzungsinstrumente. Es existiert eine kaum überschaubare Fülle an Instrumenten, die einen begrenzten Bereich der Phänomene berücksichtigen, die mit Pflegebedürftigkeit verknüpft sind. Allein im Bereich der psychodiagnostischen Testverfahren existieren mehrere hundert Methoden bzw. Instrumente. Ähnliches gilt für

Verfahren, die den körperlichen Funktionsstatus, andere psychische Problemlagen oder soziale Aspekte in den Blick nehmen. Eine Totalerfassung solcher Instrumente war im Rahmen des vorliegenden Projekts nicht möglich. Die Untersuchung konzentrierte sich vielmehr auf solche Instrumente, von denen angenommen werden konnte, dass sie ggf. im Rahmen der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit einen fruchtbaren Beitrag leisten könnten.

Aufgrund der offenen Optionen für die Entwicklung eines zukünftigen Begutachtungsverfahrens fiel es vor diesem Hintergrund allerdings nicht leicht, eine begründete Auswahl vorzunehmen. Es gibt viele interessante Instrumente, die vergleichsweise umfassend ausgerichtet sind, aber für einen spezifischen Verwendungszweck entwickelt wurden und die Praktikabilität bei der konkreten Ausgestaltung des Assessments sehr stark gewichten. Hierzu gehören beispielsweise das „Uniform Needs Assessment Instrument“ und das daraus hervorgegangene „Nursing Needs Assessment Instrument“, die in den Vereinigten Staaten speziell für den Einsatz im Rahmen der Krankenhausentlassung entwickelt worden sind. Auf eine nähere Analyse dieser und anderer Instrumente wurde verzichtet, weil die Art und Weise, wie die Einschätzungsergebnisse dargestellt werden, zu sehr auf den jeweiligen Verwendungszweck zugeschnitten ist, wenngleich die Dimensionen der Pflegebedürftigkeit, die berücksichtigt werden, durchaus auch für ein zukünftiges Begutachtungsverfahren in Deutschland von Interesse wären.

Die folgenden Instrumente wurden als „spezifische Instrumente“ in die Analyse aufgenommen:

Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)
Barthel-Index
Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL)
Behaviour and Symptom Identification Scale 32 (BASIS-32)
Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Scale (BEHAVE AD)
Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)
Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)
Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)
Mini-Mental State Examination (MMSE)
NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)
Physical Capacity Evaluation
Physical Performance Test
Physiotherapeutisches Assessment
Skalen Soziale Unterstützung (SSU)

Vor der nachfolgenden Darstellung der Analyseergebnisse sei noch darauf hingewiesen, dass sich bei einigen Instrumenten die Frage aufdrängt, warum sie in die Analyse aufge-

nommen wurden. Dazu ist zu sagen, dass die Eindeutigkeit in der Bewertung sich erst während der Analyse ergeben hat und im Zuge der Recherche nicht in dieser Form abzusehen war.

5.3 Komplexe Einschätzungsinstrumente

Im Ergebnis zeigt die Analyse, dass keines der ausgewählten Instrumente ohne Einschränkung für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des bundesdeutschen Sozialversicherungsrechts empfohlen werden kann. Dieses Ergebnis liegt in dem bereits mehrfach dargelegten Umstand begründet, dass eine Entscheidung für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechende Auswirkungen auf das Begutachtungsverfahren haben wird, die zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorweg genommen werden können. Ein zweiter Aspekt besteht in den unterschiedlichen Verwendungsmöglichkeiten von Assessmentverfahren, die dargelegt wurden und zu denen ein weiterer Beratungsbedarf besteht.

Die analysierten Instrumente können dementsprechend nicht uneingeschränkt empfohlen werden, sondern es gilt, kontextspezifische Anpassungen vorzunehmen. Auch wenn keines der Instrumente eine uneingeschränkte Empfehlung erhält, hat die Analyse doch eine Reihenfolge ergeben.

Das Ergebnis der Analyse und synoptischen Betrachtung der ausgewählten Instrumente anhand der inhaltlichen Reichweite, formalen Struktur, methodischen Güte, Praktikabilität, und Adaptierbarkeit bzw. Geeignetheit für unterschiedliche Verwendungszwecke ist, dass empfohlen wird, die Anwendbarkeit und Verwendung der Instrumente EASY Care, FACE und RAI 2.0/RAI HC weiter zu prüfen. Eine Empfehlung mit Einschränkungen kann für die Instrumente CANE, RCN Assessment und RUM ausgesprochen werden. Zu allen anderen in Kapitel 5.2. genannten Instrumenten wird empfohlen, sie in weitere Überlegungen nicht mit einzubeziehen.

Nachfolgend werden die sechs empfohlenen Instrumente ausführlicher dargestellt. Danach erfolgt eine kurze Begründung zur Entscheidung, die anderen Instrumente nicht zur weiteren Nutzung zu empfehlen. Die Reihenfolge der Darstellung erfolgt in den jeweiligen Empfehlungsstufen alphabetisch. Als Ergebnis der Analyse sind die Instrumente in ihrem Empfehlungsgrad gleich gewichtet.

Positive Empfehlung

Die nachfolgenden Instrumente wurden aufgrund ihrer inhaltlichen Reichweite und ihrer vielfältigen Verwendungsmöglichkeiten als sehr positiv im Rahmen dieses Projektes bewertet.

EASY Care

Das EASY CARE wurde ursprünglich im Auftrag der WHO als Instrument zur Ersteinschätzung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens von älteren, in häuslicher Umgebung lebenden Menschen entwickelt. Mittlerweile findet es auch als umfassendes Assessment Anwendung. Die Informationen sollen für die individuelle Versorgungsplanung, aber auch für epidemiologische/versorgungsbezogene Zwecke angewandt werden. Das Instrument wurde im britischen Single Assessment Process akkreditiert.

Inhaltliche Reichweite

Das Instrument umfasst physische (Schlucken, Kauen, Sehen, Hören, im Haus bewegen, Transfer, Inkontinenz, Gehen außerhalb des Hauses, Treppen steigen, Gesundheitszustand), psychische (kognitive Beeinträchtigungen und Emotionen), soziale (Kommunikation, Hausarbeit, Mahlzeiten zubereiten und einnehmen, Einkäufe, Toilettenbenutzung, Baden/Duschen, Körperpflege, Anziehen, Telefonieren, Gehen außerhalb des Hauses, Treppen steigen, Wohnsituation, Umgang mit Geld) und umweltbezogene Aspekte (formelle und informelle Hilfen). Diese gliedern sich auf in Fragen zur Gesundheits- und Lebenssituation, zu den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, den täglichen Aktivitäten und offenen Fragen zu individuellen Bedürfnissen, Zielen, Ergebnissen und zur Versorgungszufriedenheit. Zur kognitiven Beeinträchtigung kann ein Test durchgeführt werden.

Die Erstellung eines Hilfe- und Pflegeplans ist in einem Modul explizit vorgesehen. Ein Präventions- und Rehabilitationsbedarf wird nicht unmittelbar erhoben, kann aber aus den gewonnenen Informationen abgeleitet werden. Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf werden ebenfalls nicht direkt erhoben, es ergeben sich aber Anhaltspunkte. Einige verwendete Hilfsmittel (Brillen, Hörgeräte, Gehhilfen, Rollstuhl, Nachtstuhl, Katheter) werden erfasst. Außergewöhnliche Bedarfe sind nicht Gegenstand des Instruments.

Formale Struktur

Das Instrument liegt in gedruckter Form und auch als EDV-Lösung vor. Es wurde in 16 Sprachen übersetzt. Die deutschsprachige Fassung ist, im Gegensatz zu der englischsprachigen Version, in den vergangenen 10 Jahren nicht angepasst oder aktualisiert worden. EASY-Care ist als Einschätzungsinstrument durch Professionelle vorgesehen, kann aber auch in einigen Bereichen als Selbsteinschätzungsinstrument verwendet werden. In der aktuellen Version sind 5 Module vorgesehen:

- Kontaktassessment
- Übersichtsassessment zu den o.g. Bereichen
- Ziel- und Maßnahmenplanung
- Einverständniserklärung zur Speicherung und Benutzung der personenbezogenen Daten
- Assessment zu informell Pflegenden.

Das Instrument ist voll standardisiert. Nur das Modul zur Ziel- und Maßnahmenplanung enthält eine Freitextoption. Es wird ein Gesamtscore von max. 100 Punkten ermittelt. Je höher die Punktzahl, umso höher ist das Ausmaß der Beeinträchtigung.

Methodische Güte

Eine Studie bestätigt moderate bis sehr gute Reliabilität für alle Items außer Kommunikation, Essen, Telefonieren und kognitive Beeinträchtigung. Eine Sekundärquelle weist auf akzeptable psychometrische Eigenschaften des Instruments hin. Die Inhaltsvalidität wird als gut bezeichnet, da EASY Care auf anderen Instrumenten (Barthel-Index, SF-36, WHO 11 Countries Survey) aufbaut.

Praktikabilität

Die Anwender müssen geschult werden, ein Manual dazu liegt vor. Der mit der Schulung verbundene Zeitaufwand wird allerdings nicht beziffert. Der Zeitraum für die Durchführung des Assessments wird mit 14-40 Minuten angegeben.

Stärken des Instruments

- Umfassendes Instrument mit modularer Struktur, die mehrere Verwendungsmöglichkeiten zulässt
- Ein Verfahren zur Adaption ist strukturiert beschrieben und vorgesehen
- Gute Praktikabilität erscheint gegeben
- Hohe Verbreitung.

Schwächen des Instruments

- Die methodische Güte ist abschließend nicht eindeutig zu beurteilen
- Die Anwendbarkeit bezieht sich vorwiegend auf den häuslichen Bereich

Functional Assessment of the Care Environment for Older People (FACE)

Das in England entwickelte Toolset FACE Single Assessment Package in der Version V.5 wurde für die multiprofessionelle und institutionenübergreifende, fallbezogene Zusammenarbeit konzipiert. Es enthält einen umfassenden, multidisziplinären Assessmentansatz. Es werden sowohl die Leistungsempfänger als auch deren pflegende Angehörige beteiligt. Es kann eine Versorgungsplanung erstellt werden. Ein Verfahren der Outcomemessung und -bewertung ist enthalten. Es kann eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch systematische Evaluation wie auch durch weitere Verfahren der Datenanalyse gewährleistet und realisiert werden. FACE wurde im Rahmen des Single Assessment Process (SAP) akkreditiert.

Inhaltliche Reichweite

Das Instrument umfasst sechs Domänen:

- Psychologisches Wohlergehen und Funktionen
- Physiologisches Wohlergehen und Funktionen
- Aktivitäten des täglichen Lebens und zur Lebensbewältigung
- Zwischenmenschliche Beziehungen
- Soziale Umgebung
- Informelle Hilfe/pflegende Angehörige.

Diese Domänen sind Bestandteile der Haupttoolsets, die es für psychiatrisch erkrankte Menschen, alte Menschen, Menschen mit Lernbehinderungen, junge Menschen und suchterkrankte Menschen gibt. Für die vertiefende Fallerfassung und Beschreibung liegen neun detaillierte Tools vor:

- das Carer's Assessment zur Einschätzung der Versorgungsbereitschaft pflegender Angehöriger
- ein Risikoprofil
- ein Social Assessment, das von bestimmten Berufsgruppen zur näheren Bestimmung des sozialen Umfeldes genutzt wird
- ein Lifestyle and Personal strenghts Assessment, das Lebensstilaktivitäten, Vorlieben und Abneigungen erfasst
- ein Activities of daily living Assessment, das zur vertiefenden Bestimmung der Alltagsfunktionsfähigkeiten eingesetzt wird
- ein Physical well-being Assessment, das zur vertiefenden Bestimmung der physiologischen Funktionsfähigkeit eingesetzt wird
- ein Communication Assessment, das zur vertiefenden Bestimmung der kognitiven und kommunikativen Funktionsfähigkeit eingesetzt wird
- ein Psychological well being Assessment, das von bestimmten Berufsgruppen zur vertiefenden Bestimmung der psychologischen Funktionsfähigkeit eingesetzt wird
- ein Welfare benefits check, der gesetzliche Leistungsansprüche prüft.

Auf Grundlage der Einschätzung durch das FACE ist es möglich, einen individuellen Pflege- und Hilfeplan zu erstellen. Ein Präventions- und Rehabilitationsbedarf wird nicht explizit erfasst, lässt sich aber aus den erhobenen Informationen ableiten. Gleiches gilt für einen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf. Angaben zu Hilfsmitteln sowie zu außergewöhnlichem Bedarf sind nicht vorgesehen.

Formale Struktur

Das Instrument liegt in englischer Sprache in einer gedruckten und einer umfangreichen, integrierten Softwareversion vor. Es liegen fünf Haupttoolsets vor, für die jeweils vier Bestandteile zur Verfügung stehen:

- das Overview Assessment, das zur generellen Erfassung für alle Gruppen genutzt wird
- das Hintergrundinformations- und Kontaktassessment, auf dem alle Kontakte von und zu an der Versorgung beteiligten Institutionen und Personen erfasst werden
- ein Formular, das bei Aufnahme in Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird
- das Rapid Assessment zum Gebrauch in Versorgungssituationen, die nur eine kurze, umfassende Beschreibung benötigen.

Die Vertiefungselemente wurden oben bereits dargestellt. Das Instrument liefert teilstandardisierte Ergebnisse. Es liegt ein Leitfaden zu den Konzepten vor. Die Ergebnisdarstellung erfolgt in Kurzstatements sowie in Form von Scores in einigen Subskalen.

Methodische Güte

Es liegen zwei aussagekräftige Studien zur internen Konsistenz und Interrater-Reliabilität vor. Ebenso gibt es zwei Studien zur Inhalts- und Kriteriumsvalidität (wobei letztere sich auf psychiatrische Patienten beziehen), nach denen die methodische Güte als adäquat zu bezeichnen ist.

Praktikabilität

Das FACE Assessment sollte durch qualifiziertes Fachpersonal erfolgen. Die Dauer der Begutachtung wird für erfahrene Assessoren in bestimmten Bereichen mit mindestens 20 Minuten angegeben. Tendenziell dürfte die Begutachtung länger dauern. Die Handhabbarkeit wird als anspruchsvoll beschrieben und es besteht ein entsprechend umfangreicher Schulungsbedarf.

Stärken des Instruments

- Hohe Flexibilität ermöglicht vielfältige Einsatz- und Kombinationsmöglichkeiten
- Elektronische Form ermöglicht Datenaggregation und –auswertung auf unterschiedlichen Ebenen und für unterschiedliche Zwecke (interne und externe Qualitätssicherung, Pflegeberichterstattung)
- Modulare Struktur ermöglicht Erstassessment und anschließende situations- bzw. problembezogene Vertiefung

Schwächen des Instruments

- Nur teilstandardisierte Ergebnisse
- Bisher begrenzte Ergebnisse hinsichtlich der methodischen Güte
- Anspruchsvolle Handhabung.

Resident Assessment Instrument 2.0 (RAI 2.0)

Das RAI 2.0 ist ein US-amerikanisches Assessmentsystem, das in den dortigen Pflegeheimen als Grundlage der Pflegeplanung und Refinanzierung durch Medicare und Medicaid eingesetzt wird. Es wurde in den 1980/90er Jahren entwickelt, um die bis dahin heterogenen und lückenhaften Assessmentverfahren abzulösen und zu einer Qualitätsverbesserung der Versorgung beizutragen. Mittlerweile liegen auch für andere Versorgungssettings entsprechende Varianten vor (z.B. home care, mental health care).

Zentraler Bestandteil des RAI ist das so genannte Minimum Data Set (MDS), welches sich aus unterschiedlichen Subskalen zusammensetzt und ein umfassendes Assessment darstellt. Hiermit werden neben Funktionseinschränkungen auch Ressourcen im physischen, psychischen und sozialen Bereich erfasst. Dazu gehören kognitive Fähigkeiten, kommunikative Fähigkeiten, Sehfähigkeit, Stimmungslage und Verhalten, psychosoziales Wohlbefinden, körperliche Funktionsfähigkeit, Kontinenz, Krankheitsdiagnosen, Gesundheitszustand, Ernährungsstatus, Mund-/Zahnstatus, Hautzustand, Beschäftigungsmuster, Medikation, spezielle Behandlungen sowie Entlassungspotenzial.

Das MDS bildet zusammen mit einem System zur Erkennung von pflegerelevanten Problemen, den so genannten resident assessment protocols (RAPs), die Grundlage für den Pflegeplan. Aus einem Teil der gewonnenen Informationen lassen sich für die Leistungsverrechnung Fallgruppen bilden (resource utilization groups - RUGs). Ein präventiver Bedarf lässt sich für die Bereiche Sturz, Mundhygiene, Dekubitus, Ernährungszustand und Hydratation ableiten. Das Rehabilitationspotenzial wird explizit mit Hilfe der RAPs erhoben für die Bereiche Beweglichkeit/Fortbewegung/Transfer, An-/Auskleiden, Toilettenbenutzung sowie Körperpflege. Ein Beaufsichtigungsbedarf lässt sich ebenfalls aus den Ergebnissen der RAPs für die Bereiche psychosoziales Wohlbefinden, Stimmungslage und Verhalten ableiten.

An Hilfsmitteln werden Hör- und Sehhilfen, Hilfsmittel für die schriftliche Ausdrucksfähigkeit, Geh- und Bewegungshilfen, Kontinenzhilfsmittel, Hilfsmittel bei der Nahrungsaufnahme sowie für spezielle Behandlungen erfasst. An außergewöhnlichen Bedarfen erlaubt das RAI eine Einschätzung bestimmter Behandlungen bzw. Maßnahmen, zu denen ärztliche Therapien, Behandlungspflege, bestimmte weitere Therapien sowie freiheitseinschränkende Maßnahmen gerechnet werden können.

Formale Struktur

Das Instrument liegt in der aktuellen Version 2.0 vor. Es wurde in 13 Sprachen übersetzt (u.a. deutschsprachig). Das MDS ist differenziert nach verschiedenen Erhebungszeitpunkten, zu denen die Gesamtbeurteilung (bei Versorgungseintritt), die vierteljährliche Beurteilung für die Fallgruppenbestimmung, Entlassungsinformation, Wiederaufnahme sowie insgesamt 18 Resident Assessment Protokolle für verschiedene Problembereiche gehören. Die

Ergebnisse des MDS werden mit Hilfe der RAPs hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Pflegeplanung eingeschätzt. Hierzu findet sich als überblicksartiges Hilfsmittel eine Risikoerkennungstafel, die Ergebnisse werden zusammenfassend auf einem Formular abgebildet.

Methodische Güte

Es liegen mehrere Studien aus unterschiedlichen Ländern zur methodischen Güte aus Feldversuchen zum MDS sowie zur RUG-Klassifikation vor. Die Ergebnisse der Studien zur Urteilerübereinstimmung des MDS deuten auf eine insgesamt gute bis sehr gute Urteilerübereinstimmung hin. Vergleichbar verhält es sich mit der Reliabilität der RUG-Klassifikation. Studien zur Überprüfung der methodischen Güte der deutschsprachigen Fassung des RAI 2.0 liegen nicht vor. Das MDS ist augenscheinlich ausreichend inhaltsvalide.

Praktikabilität

Das Assessment soll interdisziplinär durchgeführt und von einer qualifizierten Pflegekraft koordiniert werden. Es werden mehrtätige Schulungen vorgeschlagen mit theoretischen wie praktischen Anteilen, wobei die Pflegeplanung sowie die RAPs Schwerpunkte bilden. Inhalte der Schulungen sind nicht bekannt. Die Zeitdauer für die Durchführung des MDS variiert zwischen 90 und 120 Minuten. Das Instrument ist komplex, fachlich anspruchsvoll und setzt gute Kenntnisse im Umgang voraus. Es liegt ein umfassendes Manual mit Beispielen vor.

Stärken des Instruments

- Möglichkeiten zur Leistungszuordnung
- Verknüpfung mit Pflegeplanung / Erkennen wesentlicher Problemlagen/Risiken
- Hoher Standardisierungsgrad
- Berücksichtigung/Differenzierung unterschiedlicher Verlaufszeitpunkte
- Studien deuten auf verbesserte Versorgungsqualität nach Einführung des RAI hin

Schwächen des Instruments

- Anspruchsvolle Handhabung
- Keine Studien zur methodischen Güte der deutschsprachigen Übersetzung.

Resident Assessment Instrument Home Care (RAI HC)

Das RAI HC (MDS HC) stellt ein umfassendes Assessmentssystem für das häusliche Versorgungssetting dar. Es ist im Zuge der Entwicklung des RAI 2.0, einem umfassenden US-amerikanischen Assessmentssystem für Pflegeheime, entstanden und kann als eine für die ambulante Pflege adaptierte Variante dessen charakterisiert werden. Das MDS HC wurde im Rahmen des britischen Single Assessment Prozesses akkreditiert.

Inhaltliche Reichweite

Zentrales Instrument des RAI HC ist das so genannte Minimum Data Set Home Care (MDS HC), welches sich aus unterschiedlichen Subskalen zusammensetzt und ein umfassendes Assessment darstellt. Hiermit werden neben Funktionseinschränkungen auch Ressourcen im physischen, psychischen und sozialen Bereich erfasst. Dazu gehören körperliche Funktionsfähigkeit bei den Lebensaktivitäten, Gesundheitszustand, diagnostizierte Erkrankungen (einschl. psychischer Störungen), Leistungsfähigkeit bei bestimmten instrumentellen Lebensaktivitäten, kommunikative Fähigkeiten, Gedächtnis, Stimmungslage, Verhaltensauffälligkeiten, alltägliche Entscheidungsfindung, soziale Aktivitäten und Einbindung, Wohnumwelt sowie Medikation. Das MDS HC bildet zusammen mit einem System zur Erkennung von pflegerelevanten Problemen, den so genannten client assessment protocols (CAPs), die Grundlage für den Pflegeplan.

Zur Bestimmung des präventiven Bedarfs werden im MDS HC bzw. in den CAPs explizit bestimmte Krankheitsrisiken erfasst (z.B. Blutdruck). Daneben werden bestimmte Aspekte des Gesundheitszustands angesprochen (z.B. Schmerzen, Atemnot). Darüber hinaus finden sich Kriterien zur Gesundheitsförderung (z.B. Zeitumfang körperlicher Betätigung). An konkreten Risiken werden Sturz, Dekubitus, Ernährungs- und Hydratationszustand sowie Mobilität erhoben.

Der Rehabilitationsbedarf wird mit Hilfe der CAPs für die Bereiche Bewegungsfähigkeit, Kleiden, Nahrungsaufnahme, Toilettenbenutzung, Körperpflege, Sprachverständnis sowie bestimmte Gesundheitsindikatoren (z.B. Verhalten) eingeschätzt. Ein Beaufsichtigungsbedarf lässt sich ebenfalls aus den Ergebnissen bestimmter CAPs ableiten. An Hilfsmitteln werden Geh- und Bewegungshilfen sowie Kontinenzhilfsmittel erfasst. Außergewöhnliche Bedarfe lassen sich im Bereich der Zusammenarbeit des Klienten mit professionellen Hilfen, Beständigkeit des sozialen Netzes, Umgang mit Medikamenten, Unabhängigkeit von Diensten und Angeboten sowie der Wohnumwelt einschätzen.

Formale Struktur

Das Instrument liegt in 13 Sprachen vor. Das RAI HC besteht aus den beiden zentralen Instrumenten Minimum Data Set Home Care (MDS HC) sowie insgesamt 30 Client Assessment Protocols (CAPs) zu verschiedenen Problemfeldern. Die Ergebnisse des MDS HC werden mit Hilfe der CAPs hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Pflegeplanung eingeschätzt. Hierzu findet sich als überblicksartiges Hilfsmittel eine Risikoerkennungstafel, die Ergebnisse werden zusammenfassend auf einem Formular abgebildet.

Methodische Güte

Es liegen mehrere Studien aus unterschiedlichen Ländern zur methodischen Güte aus Feldversuchen zum MDS HC vor. Studien zur Überprüfung der methodischen Güte der deutschsprachigen Fassung des MDS HC liegen nicht vor. In zwei Studien wurde die Interraterreli-

abilität mit gutem Ergebnis untersucht, wobei es zum Design einer Studie unterschiedliche Bewertungen geben kann. In drei Studien wurde die Validität des MDS HC untersucht. In einer italienischen Studie wurden die Subskalen des MDS HC mit dem Barthel-Index, der IADL-Skala von Lawton sowie mit der Mini Mental State Examination in Beziehung gesetzt. Es wurden hohe Korrelationskoeffizienten gefunden. Eine britische Studie zeigte vergleichbare Ergebnisse, mit Ausnahme der Stimmungslage, hier wurde nur eine mittlere Korrelation gefunden.

Praktikabilität

Neben qualifizierten Pflegekräften sollen am RAI HC auch andere Berufsgruppen beteiligt werden, z.B. Sozialarbeiter und Ärzte. In einem Feldversuch mit der deutschsprachigen Version wurde ein Schulungsumfang von durchschnittlich 8 Stunden festgestellt. Die Begutachtung dauert im Mittel 63 Minuten, weist aber eine hohe Varianz auf. In einem Schweizer Feldversuch haben 40% der Anwender einen hohen Zeitaufwand angegeben. Es liegt ein umfassendes Manual mit Beispielen vor. Das Instrument stellt hohe Anforderungen an die Gutachter.

Stärken des Instruments

- Verknüpfung mit Pflegeplanung
- Erkennen wesentlicher Problemlagen/Risiken
- Hoher Standardisierungsgrad
- Prüfung der Reliabilität und Validität in Studien

Schwächen des Instruments

- Anspruchsvolle Handhabung / sehr komplex
- Keine Studien zur methodischen Güte der deutschsprachigen Übersetzung.

Eingeschränkte Empfehlung zur weiteren Prüfung

Die nachfolgenden Instrumente erhalten eine eingeschränkte Empfehlung zur Prüfung der weiteren Verwendbarkeit. Wie in den unten stehenden Ausführungen deutlich werden wird, sind die Instrumente mit Schwächen versehen. Darin liegt begründet, dass sie nur eine einschränkende Empfehlung erhalten haben. Positiv wird an diesen Instrumenten jeweils die Gestaltung von Teilbereichen bewertet. Beim CANE gibt es Ansatzpunkte zur Risikobestimmung im Sinne einer Feststellung eines Präventionsbedarfs. Das RCN Assessment verdeutlicht Möglichkeiten der professionellen Leistungserbringung und eines erweiterten Pflegeverständnisses, die wichtige Anhaltspunkte geben können für eine kritische Reflektion des derzeit geltenden Verrichtungsbezugs pflegerischer Tätigkeiten. Der RUM enthält

eine eingeschränkte Empfehlung, weil er explizit auf Fragen des Leistungsbezugs zugeschnitten ist und in diesem Zusammenhang wichtige Anregungen geben kann.

Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE)

Das aus Großbritannien stammende CANE versteht sich als Instrument zur umfassenden Einschätzung der Bedarfslagen von älteren Menschen. Es wird zur klinischen Bedarfseinschätzung ebenso wie für wissenschaftliche und evaluative Zwecke in unterschiedlichen Settings genutzt, u.a. in Pflegeheimen, Akutkrankenhäusern und Tageskliniken.

Inhaltliche Reichweite

Das CANE umfasst 24 Bereiche/Module (Unterbringung und Wohnsituation, Haushaltsaktivitäten, Essen, Selbstversorgung, Sorge für andere Dritte, Tagesaktivitäten, Gedächtnisleistung, Kommunikation, Mobilität und Stürze, Kontinenz, Physische Gesundheit, Medikamentengebrauch, Psychotische Symptome, Psychologische Belastung, Informationserfassung, Sicherheit (unfreiwillige Selbstgefährdung), Sicherheit (gefahrenbedingte Selbstgefährdung), Missbrauch / Vernachlässigung, Verhalten, Alkoholgenuss, Zusammenleben, Intime Beziehungen, Umgang mit Geld). Hinzu kommen zwei Module, die sich auf pflegende Angehörige beziehen (Informationsbedarf, Belastung).

Die Ergebnisse des CANE lassen sich für das Erstellen eines Pflegeplans nutzen, allerdings wäre dazu in den meisten Bereichen ein vertiefendes Assessment erforderlich. Ein Präventionsbedarf wird durch die explizit vorgesehene Risikobestimmung ermittelt. Ein Rehabilitationsbedarf kann abgeleitet werden. Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf können ebenfalls nur indirekt ermittelt werden. Aussagen zur Hilfsmittelversorgung sind nicht vorgesehen.

Formale Struktur

Das CANE liegt in einer Form in elf Sprachen in gedruckter und EDV-gestützter Version vor. Die Vorläuferversion ist in der Literatur unter dem Namen CAN gebräuchlich. Es handelt sich um ein einheitliches, teilstandardisiertes Instrument. Die Einschätzung kann aus vier Perspektiven vorgenommen werden: Selbsteinschätzung der betroffenen Person, Einschätzung durch Angehörige, durch professionelle Akteure und durch andere externe Begutachter wie z.B. Forscher. Jede der 26 Domänen kann mit einer Rangreihe versehen werden, die durch die Beteiligten jeweils individuell bestimmt wird. Jeder Bereich (mit Ausnahme der beiden zu pflegenden Angehörigen) wird gewichtet mit 0=kein Bedarf, 1=Bedarf, der durch eine Versorgungsstruktur abgedeckt ist, 2=nicht berücksichtigter, unentdeckter Bedarf und 9=unbekannt. Die Leitlinien zum Gebrauch des Instruments heben hervor, dass die Rangreihenbildung der eigentlichen Verwendungsabsicht, nämlich unentdeckte bzw. nicht berücksichtigte Bedarfe zu identifizieren und zu beschreiben, nachgeordnet ist.

Methodische Güte

Ein Teil der Domänen wurde aus dem CAN übernommen, ein Teil der Domänen für CANE modifiziert oder hinzugefügt. In Übersichtsarbeiten kommen unterschiedliche Autoren zu dem Schluss, dass bestimmte Eigenschaften durchaus übertragbar sind, da die einzelnen Bestandteile als in sich geschlossene Einheiten vorliegen und sowohl CAN als auch CANE unter demselben konzeptuellen Rahmen eingesetzt werden. Zur Validität liegen Studien mit adäquaten bis guten Ergebnissen vor.

Praktikabilität

Das CANE kann durch Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsfachberufe durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass ein Verständnis der im jeweiligen Versorgungssetting bestehenden Problemlagen vorhanden ist. Die Einschätzung umfasst drei Interviews, die insgesamt etwa 15-30 Minuten in Anspruch nehmen. Es wird von einem eintägigen Schulungsangebot berichtet, das aber nicht als zwingende Voraussetzung anzusehen ist.

Stärken des Instruments

- Umfassende Einschätzung und verschiedene Verwendungsmöglichkeiten
- Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven, einschl. der Betroffenenperspektive
- Identifizierung von Risiken als Präventionsbedarf
- Berücksichtigung der Situation pflegender Angehöriger

Schwächen des Instruments

- Keine zusammenführende Ergebnisdarstellung vorgesehen
- Schlechte Bewertung in den britischen und australischen Analyse- und Bewertungsprozessen aufgrund zu starker Berücksichtigung psychiatrisch erkrankter Personen

Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool (RCN Assessment)

Beim RCN Assessment handelt es sich um ein Ende der 1990er Jahre in Großbritannien entwickeltes Instrument, um die Leistungen von Pflegefachkräften bei der Versorgung älterer Menschen zeitlich fassbar zu machen. Als Instrument zur Bedarfseinschätzung wird es primär in der stationären Altenhilfe eingesetzt, daneben kommt es auch in der ambulanten Versorgung und Krankenhauspflege zum Einsatz. Es hat einen explizit berufspolitisch motivierten Hintergrund und betont die pflegerische Komponente in interdisziplinären Versorgungskontexten.

Inhaltliche Reichweite

In dem Assessmentinstrument werden explizite Aussagen zum Umfang von Pflegebedürftigkeit getroffen. Es wird die Notwendigkeit betont, umfassende Informationen über physische, biologische, psychosoziale, psychologische sowie funktionale Aspekte zu erfassen.

Dies geschieht mittels unterschiedlicher Komponenten zur Erhebung des Gesundheitszustandes: Komponente 1 (Maximierung des Lebenswillens) enthält fünf Skalen mit je fünf Items zu: Selbstbestimmtheit der Person, Selbstbestimmtheit der spirituellen Entfaltung, Soziale Beziehungen, Sexualität und Kognitive Leistungsfähigkeit/Einsichtsfähigkeit. Komponente 2 (Prävention und Stressentlastung) enthält 6 Skalen mit je fünf Items zu: Kommunikation, Kontrolle über Schmerz, Sinneswahrnehmung, Gedächtnisleistung, Orientierung sowie Coping von Verlust, Veränderung und Anpassung. Komponente 3 (Förderung und Erhaltung der Gesundheit) enthält acht Skalen mit je fünf Items zu: Motivation, Schlaf, Mobilität, Urin- und Stuhlausscheidung, Risiko, Essen und Trinken, Atmung, Emotion.

Das RCN Tool dient explizit als Basis eines Pflegeplans. Durch die Umrechnung der erforderlichen Pflegezeit ergeben sich auch Möglichkeiten zur Leistungszuordnung. Vor der Nutzung zur Personalbemessung wird gewarnt, wobei diese durchaus geprüft werden kann. Ein präventiver Bedarf wird mittels der Module Prävention und Entlastung sowie einer Einschätzung bestimmter Gesundheitsrisiken erfasst. Explizite Aussagen zum Rehabilitationsbedarf sind nicht vorgesehen. Ein Beaufsichtigungsbedarf lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, gleiches gilt für außergewöhnliche Bedarfe. Hilfsmittel werden nicht erfasst.

Formale Struktur

Das Instrument liegt englischsprachig vor und soll von Pflegefachkräften mit Erfahrung im Bereich der Geriatrie eingesetzt werden. Das Instrument ist voll standardisiert mit Freitextoption und ist als fünfstufiges Verfahren aufbereitet:

- Stufe I erfasst den Gesundheitsstatus mittels der drei genannten Versorgungskomponenten (insgesamt 23+2 Kurzskalen mit je fünf in A-E gestuften Deskriptoren von Unabhängig = A bis Vollständig abhängig = E)
- Stufe II dient der Einordnung der Deskriptoren in eine Stabilitäts-Vorhersagbarkeits-Matrix mit vier Zuordnungsmöglichkeiten: a) stabil und vorhersagbar, b) stabil und nicht vorhersagbar, c) nicht stabil und vorhersagbar, d) nicht stabil und nicht vorhersagbar
- Stufe III legt den Grad und die Häufigkeit der benötigten pflegefachlichen Versorgung mit Hilfe einer fünfstufigen Pflegeinterventionscharakteristik fest (4 = akute Hilfestellung in der direkten Patientenversorgung, 3 = unterweisende Hilfestellung mittels edukativer, anleitender, beratender Pflegeinterventionen und direkter Unterstützung, 2 = überwachende Hilfestellung mittels nicht direkter, rein beobachtender oder anleitender Unterstützung, 1 = managerielle Hilfestellung im Sinne des Schnittstellenmanagements, der Überleitung oder des individuellen Case Managements, 0 = Option, dass es keinerlei pflegefachlicher Unterstützung bedarf)
- Stufe IV ermittelt die benötigte Zeit der Unterstützung durch eine Pflegefachkraft mittels eines Pflegefachkraftindikators (Grad 0 = keine Pflegeunwendigkeit durch Fachkräfte, Grad 1 = 1 Stunde, Grad 2 = 1,2 Stunden, Grad 3 = 2,5 Stunden, Grad 4 = 4,1 Stunden)

- Stufe V dient zur professionellen Reflektion des Assessment Prozesses.

Methodische Güte

Es liegt eine Studie mit guten Reliabilitätswerten vor. Studien zur Validität liegen nicht vor.

Praktikabilität

In einer Untersuchung wird von einer einfachen Handhabung des Instruments, aber auch von einem hohen Zeitaufwand für die Bearbeitung berichtet.

Stärken des Instruments

- Umfassendes Pflegeverständnis, das in die Pflegeplanung einfließt
- Hoher Standardisierungsgrad
- Verschiedene Verwendungsmöglichkeiten

Schwächen des Instruments

- Nur eingeschränkte Aussagen zur methodischen Güte möglich
- Bedarfeinschätzung erfolgt zwar differenziert, erfolgt aber weniger personenbezogenen als im Hinblick auf die professionelle Leistungserbringung
- Hoher Zeitaufwand.

Resource Use Measure (RUM)

Der RUM wurde in Schottland entwickelt zur Abbildung der Bedarfe und Pflegeleistungen älterer Menschen, um zu einer gerechteren Allokation von Pflegeleistungen in den verschiedenen Landesteilen zu kommen. Es kann in der ambulanten und stationären Versorgung eingesetzt werden. Zielgruppe sind Menschen ab dem 65. Lebensjahr.

Inhaltliche Reichweite

Es handelt sich beim RUM um ein umfassendes Assessment, mit dem funktionale (Nahrungsaufnahme, Transfer vom Bett in den Stuhl/ Rollstuhl, Nutzung der Toilette, Haare waschen, Hände und Gesicht waschen, Ganzwaschung, Baden oder Duschen, An- und Auskleiden, Ausscheidung, Zubereitung und Kochen einer Hauptmahlzeit, Zubereitung einer Zwischenmahlzeit, Zubereitung eines heißen Getränkes), psychische (Agitation/Unruhe, Ruhestörung/Störung, verbale Aggression) und soziale Fähigkeitsstörungen (Beständigkeit in der Kooperation (z. B. bei der Durchführung von Pflegeleistungen), Beziehung zu Bezugspersonen, Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung) und Ressourcen erfasst werden können. Es wird berichtet, dass mit dem Instrument kein Pflegeplan aufgestellt werden kann. Weitergehende Bedarfe (Prävention, Rehabilitation, Beaufsichtigung, Betreuung, Hilfsmittel) werden nicht abgebildet.

Formale Struktur

Das Instrument liegt nur englischsprachig vor und ist voll standardisiert. Es ist in insgesamt vier Module (Aktivitäten des täglichen Lebens, Selbstversorgungsdefizite, mentale Gesundheit und Darmmanagement) eingeteilt. Die Antwortmöglichkeiten enthalten vorgegebene Score-Werte, die sich zu einem Gesamtscore addieren. Je höher der Score, desto größer ist der Pflegebedarf. Es werden neun Fallgruppen zur Leistungsverrechnung gebildet (RUM Group A – I).

Methodische Güte

In einer Untersuchung wird eine prozentuale Urteilerübereinstimmung von insgesamt mehr als 70% über alle Items hinweg angegeben. Studien zur Validität des RUM liegen nicht vor.

Praktikabilität

Es wird von einem Schulungsbedarf berichtet, der allerdings nicht genauer bezeichnet wird. In einem Feldversuch wurde das Instrument von den Anwendern als praktikabel und schnell durchführbar (5 Minuten) beschrieben.

Stärken des Instruments

- Einfach durchzuführendes mehrdimensionales Assessment
- Einfache Möglichkeit der Leistungsverrechnung
- Hoher Standardisierungsgrad

Schwächen des Instruments

- Nur wenige Verwendungsmöglichkeiten außerhalb der Leistungszuordnung
- Keine verlässlichen Studien zur methodischen Güte.

Instrumente, für die keine weitere Empfehlung ausgesprochen wird

Für die verbleibenden Instrumente, die zu den umfassenden Instrumenten gezählt wurden, wird auf umfassendere Darstellung verzichtet. Sie werden nachfolgend kurz vorgestellt und es wird begründet, warum keine Empfehlung ausgesprochen wird, sie im weiteren Verfahren zu verwenden.

BESA (BewohnerInnen – Einstufungs- und Abrechnungssystem)

Beim BESA handelt es sich um ein in der Schweiz entwickeltes Instrument, das als Grundlage für die Einschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs und zur Leistungsverrechnung bei Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird. Das Instrument wird in mehreren hundert Schweizer Pflegeheimen eingesetzt. Auch wenn die inhaltliche Reichweite zu diesem Instrument als umfassend beurteilt wird, so gibt es drei Gründe, die gegen

eine Empfehlung zur weiteren Verwendung sprechen: Das Instrument hat einen sehr deutlichen und spezifischen stationären Bezug, es bleiben Fragen offen hinsichtlich der Ergebnisdarstellung, vor allem der Integration der Selbst- und Fremdeinschätzung. Darüber hinaus erscheinen die Adaptions- und Kombinationsmöglichkeiten begrenzt zu sein. Es gibt im BESA Parallelen zum RAI, wobei in dieser Analyse und für die hier interessierende Fragestellung das RAI ausgereifter und umfassender erscheint.

CAT (Cambridgeshire Assessment Tool)

Beim CAT handelt es sich um ein im Rahmen des britischen Single Assessment Process akkreditiertes Verfahren. Die Akkreditierung bezieht sich allerdings explizit auf die elektronische Fassung, die für die hier durchgeführte Analyse nicht zur Verfügung stand und die auch nicht frei verfügbar ist. Trotz der umfassenden inhaltlichen Reichweite des Instruments (vergleichbar denen des EASY Care, FACE und RAI), haben die nicht verfügbaren Aussagen zur methodischen Güte sowie die komplexen Anforderungen an die Handhabung in ihrer Kombination dazu geführt, das CAT nicht weiter zu empfehlen.

Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD)

Obwohl ursprünglich zur Einschätzung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs dementiell erkrankter Menschen entwickelt, wurde das CarenapD in die Gruppe der umfassenden Instrumente aufgenommen, da es einen breit angelegten Ansatz zur Bedarfseinschätzung verfolgt. Nach eingehender Analyse wird jedoch konstatiert, dass der demenzspezifische Bezug doch zu stark ist, so dass das Instrument für einen größeren Anwendungskontext nicht in Frage kommt. Diese Erkenntnis ist auch im Ursprungsland Schottland festzustellen, wo es mittlerweile kommunal angepasste Versionen des Instruments sowie das CarenapE (Care Needs Assessment Pack for the Elderly) gibt, das auf demenzspezifische Komponenten verzichtet. Da diese Instrumente allerdings derzeit nicht offen zugänglich sind und sich auch keine entsprechende Literatur zum Einsatz oder zur methodischen Güte identifizieren ließ, kann zum derzeitigen Zeitpunkt keine weitere Empfehlung ausgesprochen werden.

Ergotherapeutisches Assessment

Beim Ergotherapeutischen Assessment handelt es sich um ein speziell für den Bereich der Ergotherapie entwickeltes Instrument, welches seit 2002 zur Anwendung kommt. Es eignet sich für die Bereiche Diagnostik, Therapie, Kommunikation und Evaluation von Behandlungsergebnissen. Es wurde aufgrund seiner breiten inhaltlichen Anlage und seines spezifischen Rehabilitationsbezuges in die Analyse aufgenommen. Als Ergebnis der Analyse muss allerdings von einer weiteren Empfehlung Abstand genommen werden, da das Instrument doch einen zu starken Bezug zur Ergotherapie als Beruf aufweist.

FIM (Functional Independence Measure)

Der FIM wurde zur Einschätzung des Schweregrades einer Behinderung und der Selbständigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens in den USA entwickelt. Er ist im Zusammenhang mit Fragen der Pflegebedürftigkeit auch in Deutschland verschiedentlich diskutiert worden und dürfte als eines der bekanntesten Instrumente gelten. Dennoch kommt die Analyse hier zu dem Ergebnis, den FIM aufgrund seiner im Vergleich zu anderen analysierten Instrumenten begrenzten inhaltlichen Reichweite nicht weiter zu empfehlen.

HART (Handicap Assessment and Resource Tool)

Das HART ist ein Beurteilungsverfahren zur Identifikation möglicher Problemfelder in der Ausführung von Alltagshandlungen und wird vornehmlich im Kontext des Entlassungsmanagements im Krankenhaus genutzt. Es soll dazu dienen, poststationäre Versorgungsdefizite aufzuzeigen und Empfehlungen über eine angemessene poststationäre Versorgung und Wohnform geben zu können. Dabei findet eine Konzentration auf physische Aspekte eines Hilfebedarfs statt. Für den hier zu bearbeitenden Kontext kann deshalb keine weitere Empfehlung ausgesprochen werden, wobei das Instrument im Sinne eines strukturierten Entlassungsmanagements durchaus Anwendung finden kann.

NOAT (Northamptonshire Overview Assessment Tool)

Auch das NOAT gehört zu den sechs im Rahmen des britischen Single Assessment Process akkreditierten Instrumente. Dementsprechend enthält es einen umfassenden inhaltlichen Ansatz, der sich an den neun Domänen des SAP orientiert. Das NOAT kann als ein Instrument zur assistierten Selbsteinschätzung bezeichnet werden. Trotz des positiv zu bewertenden partizipativen Ansatzes tragen allerdings die fehlenden Möglichkeiten zur Fremdeinschätzung, die nicht vorgesehene Zusammenführung der Ergebnisse, die fehlenden Studien zur methodischen Güte und die fehlenden Angaben zur Praktikabilität zu der Entscheidung bei, das Instrument nicht zur weiteren Verwendung zu empfehlen.

OASIS (Outcome and Assessment Information Set)

Beim OASIS handelt es sich um ein Instrument, das im Rahmen des prospektiven Vergütungssystems seit 1999 in den USA von allen Anbietern häuslicher Versorgung zur Refinanzierung durch Medicare und Medicaid einzusetzen ist. Analog des RAI für den stationären Bereich wurde die Verwendung des OASIS für den ambulanten Bereich auf nationaler Ebene festgeschrieben. Intention des OASIS ist ausdrücklich nicht die Bedarfseinschätzung, sondern die Ermittlung von Ergebnissen der ambulanten pflegerischen Versorgung für Zwecke des Benchmarking und der Qualitätsverbesserung auf unterschiedlichen Ebenen. Dennoch wird mit dem OASIS ein breiter inhaltlicher Ansatz verfolgt. Es wird aufgrund seiner Praktikabilitätsprobleme (Dauer der Einschätzung 2,5 – 3 Stunden) allerdings nicht zur weiteren Verwendung empfohlen.

PAS (Pflegeabhängigkeitsskala)

Die PAS wurde ursprünglich in den Niederlanden zur Erfassung der Pflegeabhängigkeit von demenzkranken und geistig behinderten Menschen in der Langzeitversorgung entwickelt. Sie ist mittlerweile in verschiedenen Ländern in Pflegeheimen psychometrisch untersucht worden. Dem Instrument liegt der Begriff „Pflegeabhängigkeit“ zugrunde, der als Abhängigkeit von professioneller Pflege verstanden wird. Dementsprechend ist das Instrument weniger zur Einschätzung personenbezogener Bedarfsmerkmale geeignet. Verglichen mit anderen Instrumenten bleibt auch die inhaltliche Vertiefung zu den einzelnen Items zurück, so dass das Instrument trotz guter Ergebnisse hinsichtlich der methodischen Güte und Praktikabilität nicht weiter empfohlen wird.

PGBA (Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment)

Das PGBA ist ein Assessment- und Dokumentationssystem zur Erfassung der medizinischen, psychosozialen und funktionellen Fähigkeiten und Probleme eines geriatrischen Patienten für die Akutphase, Frührehabilitation und Rehabilitation. Es ist auf der Grundlage eines Geriatrischen Basis Assessments entwickelt worden und soll der Informationsammlung und Einschätzung der wichtigsten Aspekte dienen, um eine individuelle, bedürfnisgerechte und ganzheitliche Therapie, Rehabilitation, Langzeitbetreuung und Pflegestufeneinschätzung vornehmen zu können. Trotz des vorrangig aus der Medizin kommenden Hintergrundes des Instruments wird ein breiter inhaltlicher Ansatz zugrunde gelegt. Allerdings bleiben die Items auf einer eher groben Ebene und fallen damit, ähnlich wie bei der PAS, hinter andere in die Analyse aufgenommene Instrumente zurück, weshalb keine weitere Empfehlung ausgesprochen wird.

SCoTTs (Service Coordination Tool Templates)

Die SCoTTs wurden zur Verbesserung der Koordination verschiedener Anbieter im Gesundheits- und Pflegebereich entwickelt und sollen ein einheitliches Raster zur Informationsgewinnung und -weitergabe bereitstellen. Es findet Anwendung als Kommunikations- und Überleitungsmedium. Insgesamt bleibt das Instrument aber zu unspezifisch in der Einschätzung des individuellen Bedarfs und hat aus diesem Grund keine weitere Berücksichtigung gefunden.

Sic Pflegeassistent 1.8

Beim sic Pflegeassistenten handelt es sich um eine von der Firma social invest consult im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung entwickelte PC-Software zur Pflegeplanung, -dokumentation und Klientenverwaltung. Es ist an das Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Krohwinkel angelehnt. Trotz eines breiten inhaltlichen Ansatzes kommt die Analyse zu dem Schluss, dass der sic Pflegeassistent zwar gut geeignet ist, seiner eigentlichen Intention folgend eine Unterstützung bei der Pflegeplanung und der Umsetzung des Pflegeprozesses zu sein, jedoch weniger geeignet ist, für die hier zu diskutierende Einschätzung eines Pflegebedarfs.

STEP (Standardised Assessment for Elderly Patients in Primary Care)

Das STEP ist als Ergebnis einer konzertierten Aktion von Ärzten und Gesundheitswissenschaftlern aus sieben Ländern hervorgegangen. Ziel war es, wichtige präventive Gesundheitsprobleme im Alter zu identifizieren und die wissenschaftliche Evidenz entsprechender Vorsorgemaßnahmen darzulegen. Unter Berücksichtigung von Evidenz, Patientenpräferenzen und realen Praxisbedingungen konnte ein europa-einheitliches Präventionsprogramm im Alter in englischer Sprache entwickelt werden. Das STEP ist für den Einsatz in der Hausarztpraxis angelegt und wurde im britischen Single Assessment Prozess akkreditiert. Entsprechend verfolgt das STEP einen umfassenden inhaltlichen Ansatz. Erprobungen des Instruments zielen auf Möglichkeiten ab, Risiken und potentielle Gesundheitsprobleme zu identifizieren und zeigen dabei zufrieden stellende Ergebnisse. Das Instrument wird deshalb nicht zur weiteren Verwendung empfohlen, da es sich vorwiegend auf die Praxis von Hausärzten bezieht. Auch wenn andere Einsatzmöglichkeiten explizit angesprochen werden, so fällt das STEP ein wenig hinter andere, sehr umfassende Instrumente zurück.

5.4 Spezifische Instrumente

Von den spezifischen Instrumenten erhalten nach der Analyse nur drei eine Empfehlung zur Prüfung einer weiteren Verwendbarkeit. Für die verbleibenden Instrumente konnte eine solche Empfehlung nicht ausgesprochen werden. Nachfolgend werden zuerst die Instrumente dargestellt, die gegebenenfalls weitere Verwendung finden können, bevor dann die nicht empfohlenen Instrumente kurz dargestellt werden.

Instrumente, die für eine weitere Verwendung empfohlen werden können

Insgesamt drei Instrumente können nach der Analyse zur Prüfung für eine weitere Verwendung empfohlen werden.

Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)

Das Instrument wurde in den USA für den Einsatz bei Personen mit dementieller Erkrankung entwickelt. Es gilt international als Standardverfahren zur Evaluation der Wirksamkeit von Antidementiva, dementsprechend sind die Haupteinsatzgebiete Therapiestudien und Verlaufsbeobachtungen medikamentöser Behandlungen Demenzkranker.

Die Skala umfasst Items, mit denen Defizite der kognitiven Leistungen und demenztypische Symptome bzw. Verhaltensweisen im nicht-kognitiven Bereich beurteilt werden können. Zu den Items des kognitiven Bereichs gehören Prüfungen des Gedächtnisses (freie Reprodukti-

on, Wiedererkennen, Erinnern), der Orientierung, des Vorstellungsvermögens und verschiedener praktischer Fähigkeiten (Benennen, Zeichnen, Anweisungen befolgen) sowie Beurteilungen von Sprachproduktion und Sprachverständnis. Im nicht-kognitiven Bereich werden motorische, affektive und psychotische Symptome, Appetit sowie Ablenkbarkeit und Kooperation beurteilt.

Es liegen positive Aussagen zur methodischen Güte vor. Obwohl die Handhabung des Instruments das Vorhandensein bestimmter Materialien erfordert und damit nicht ganz unproblematisch sein dürfte, kann das Instrument in ergänzender Funktion zur differenzierten Erfassung kognitiver und verhaltensbezogener Aspekte empfohlen werden.

Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Scale (BEHAVE AD)

Beim BEHAVE-AD handelt es sich um ein Instrument zur Fremdbeurteilung von Verhaltensstörungen und psychopathologischen Symptomen bei Menschen mit Alzheimer Demenz (AD). Es kann bei moderat bis schwer erkrankten Personen eingesetzt werden. Einsatzgebiete des BEHAVE-AD liegen u.a. in der Verlaufsbeschreibung von Verhaltensstörungen oder bei klinischen Studien, in denen die Wirkung von Interventionen (z.B. Medikamentengabe) auf Verhaltensweisen beurteilt werden soll. Das BEHAVE-AD ist in 7 Kategorien (Paranoide Ideen und Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Aktivitätsstörungen, Aggressivität, Störungen des Tag/Nacht-Rhythmus, Affektive Störungen, Ängste und Phobien) eingeteilt. Es liegen gute Aussagen zur methodischen Güte des Instruments vor. Insgesamt betrachtet kann das Instrument als ergänzendes Instrument zur Einschätzung von problematischen Verhaltensweisen sinnvoll genutzt werden.

Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Das CMAI ist ein Instrument zur Erfassung von agitierten Verhaltensweisen. Es wurde auf der Basis empirischer, ausführlicher Beobachtungen von Menschen mit und ohne Demenz in der stationären Langzeitbetreuung entwickelt. In Deutschland wird das Instrument u.a. in den Hamburger Rahmenvereinbarungen für die besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz genutzt, um Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf zu identifizieren. Mit dem Instrument werden u.a. selbst- und fremdgefährdende Verhaltensweisen erfasst. Das CMAI verfügt über 29 Items, die agitiertes Verhalten auf einer siebenstufigen Skala abbilden. Es genießt internationale Anerkennung und es liegen Studien mit guten Bewertungen hinsichtlich der methodischen Güte vor. Das Instrument kann daher als möglicher Baustein bei der Einschätzung von problematischen Verhaltensweisen im Rahmen eines spezialisierten Assessments empfohlen werden.

Instrumente, die nicht für eine weitere Verwendung empfohlen werden können

Barthel-Index

Der Barthel-Index wurde in den 1960er Jahren ursprünglich für die stationäre Behandlung chronisch kranker Menschen mit neuromuskulären und muskulo-skeletalen Erkrankungen entwickelt. Die Intention bestand in der Entwicklung eines einfachen Index zur Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten und deren Verbesserung im Behandlungsprozess. Der Barthel-Index hat in vielfältiger Weise Verwendung bei der Bestimmung von Hilfs- und Pflegebedarfen gefunden und ist vollständig oder in Teilen als Grundlage bei der Entwicklung anderer Instrumente herangezogen worden. Eine singuläre Verwendung erscheint bei dem Stand der heutigen Diskussion nicht mehr angezeigt und es gibt Autoren, die auf die mittlerweile nicht mehr dem heutigen Stand entsprechenden Formulierungen der Items verweisen. Auch der um Aspekte psychischer Beeinträchtigung erweiterte Barthel-Index erscheint nicht für die weitere Diskussion geeignet, da die entsprechenden Merkmale nur sehr grob erfasst werden und daher keine ergänzende Funktion zu umfassenden Instrumenten gegeben ist.

Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL)

Das Instrument wurde Ende der 1990er Jahre im Bereich der klinischen Psychologie entwickelt. In erster Linie wird es zur Einschätzung von Einbußen der Alltagskompetenz genutzt. Ziel ist die Einschätzung des Ausmaßes von Problemen im Alltagsverhalten von Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder leicht- bis mittelgradiger Demenz. Aufgrund dieser sehr eingeschränkten Zielsetzung erscheint es nicht sinnvoll, das Instrument ergänzend zu einer Differenzierung eines Kontakt- oder Übersichtsassessment zu empfehlen.

Behaviour and Symptom Identification Scale 32 (BASIS-32)

Die ursprüngliche Intention der in den USA entwickelten BASIS-32 bestand in der Beobachtung von Symptomen und Problemen psychiatrischer Patienten in stationären Einrichtungen über den Zeitraum von einer Woche. Mittlerweile wird das in neun Sprachen vorliegende Instrument auch außerhalb stationärer Einrichtungen genutzt und findet u.a. Anwendung in der Forschung und Qualitätssicherung. Das Instrument wird sowohl zur Selbst- als auch zur Fremdeinschätzung genutzt. Die Intention der kurzfristigen Verlaufsbeobachtung spiegelt sich deutlich in dem Instrument wider und es kann zur Anwendung für diesen Zweck empfohlen werden. Im Rahmen der Diskussionen um Pflegebedürftigkeit hingegen ist diese Fokussierung nicht hilfreich.

Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)

Bei dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung handelt es sich um ein in den 1980er Jahren in Deutschland entwickeltes Assessmentinstrument, das es ermöglicht, durch die fragebogengestützte Selbstevaluation der Probanden Aussagen über ihre subjektiv wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zu treffen. Die Entwickler

betonen den psychotherapeutischen Bezug des Instrumentes und schlagen seinen Einsatz auf den Gebieten Gesundheitspsychologie, klinische Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik vor. Zusammen mit den weiter unten dargestellten Skalen zur Sozialen Unterstützung wurde dieses Instrument in die Analyse aufgenommen, da in der internationalen Pflegesicherungsdiskussion die Bedeutung sozialer Unterstützung verschiedentlich eine Rolle gespielt hat. Insgesamt erwies sich der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung jedoch in seiner inhaltlichen Ausgestaltung als zu weit von den im Rahmen von Pflegebedürftigkeit relevanten Aspekten entfernt.

Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)

Das HoNOS wurde mit der Intention entwickelt, Ergebnisse im Sinne der Effektivität von klinischen Interventionen im Bereich der psychiatrischen Versorgung in einem Zeitraum von zwei Wochen zu messen. Es umfasst die vier Bereiche: Verhalten, Beeinträchtigungen, Symptome, sozialer Bereich mit jeweils nur wenigen Items. Die Zusammenstellung und Gestaltung der Items hat eher einen zielgruppenspezifischen Screening-Charakter, der für die Diskussionen zu umfassenden und spezialisierten Einschätzungsinstrumenten in diesem Zusammenhang keine ergänzenden Hinweise bieten und daher nicht zur weiteren Verwendung empfohlen werden kann.

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Bei der Mini-Mental State Examination handelt es sich um ein in den 1970er Jahren entwickeltes neuropsychologisches Instrument zur Darstellung des kognitiven Funktionsniveaus. Es wird hauptsächlich zur Einschätzung des Schweregrads der kognitiven Beeinträchtigung bei Menschen mit Demenz und zur Demenzdiagnostik angewandt. Der MMSE wird häufig bei epidemiologischen Studien zur Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit angewandt. In diesem Zusammenhang wird eine weitere Verwendung des MMSE aufgrund seiner doch sehr starken und einseitigen Ausrichtung auf die kognitiven Fähigkeiten und der Vernachlässigung der verhaltensrelevanten Aspekte nicht zur weiteren Verwendung empfohlen. Darüber hinaus werden Schwierigkeiten beim Einsatz des Tests bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz oder Kommunikationseinschränkungen in der Literatur beschrieben, die ebenfalls gegen eine Empfehlung sprechen.

NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)

Zielgruppe der NOSGER sind gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen. Erfasst werden alltagsrelevante, häufig durch kognitive Einschränkungen beeinflusste Verhaltensweisen der Betroffenen, die auch auf einen vorliegenden Unterstützungsbedarf hinweisen können. Das Instrument wird tendenziell eher zu Forschungszwecken genutzt. Die NOSGER wurde allerdings zu dem Zweck entwickelt, die Wirkung eines Medikaments auf die überprüften Dimensionen zu ermitteln. Die Ableitung eines konkreten, individuellen Unterstützungsbedarfs nimmt das Instrument nicht vor. NOSGER ist einerseits zu spezifisch hinsichtlich der Zielgruppe und andererseits zu generell, um eine Empfehlung zur weiteren Verwendung zu

erhalten. Zu den inhaltlichen Aspekten finden sich andere Instrumente, die zur entsprechenden Erfassung geeigneter erscheinen.

Physical Capacity Evaluation

Bei der Physical Capacity Evaluation handelt es sich um einen Test, der Anfang der 1990er Jahre im Zuge von Diskussion um die Funktionsverbesserung bei alten Menschen in den USA entstanden ist. Es handelt sich um einen motorischen Funktionstest, mit dem insgesamt 13 motorische Funktionsbereiche zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens abgedeckt werden sollen. Mit dem Test werden Zeiten, Winkel, Anzahlen und Kräfte gemessen und er erweist sich damit für den Kontext von Pflegebedürftigkeit als ungeeignet.

Physical Performance Test

Der Physical Performance Test wurde in den USA zur Messung der physischen Funktionsfähigkeit bei Pflegebedürftigen entwickelt, um den vorhandenen Schätzskaalen zu den Lebensaktivitäten ein objektives Messverfahren gegenüberzustellen. Der Test umfasst neun Testaufgaben zur Beurteilung fein- und grobmotorischer Funktionen der oberen und unteren Extremitäten sowie des gesamten Bewegungsapparates. Ähnlich wie die Physical Capacity Evaluation erweist sich der Test als zu spezifisch, um eine sinnvolle Ergänzung zu umfassenden Assessmentverfahren bieten zu können.

Physiotherapeutisches Assessment

Das Physiotherapeutische Assessment wurde in Deutschland zwischen 1996 und 2001 als Fremdbeurteilungsverfahren entwickelt und ist Teil eines Assessment-Netzwerkes für die Berufsgruppen der Heilmittelerbringer. Es richtet sich dezidiert an Physiotherapeuten. Es umfasst die Bereiche Mobilität, Sensomotorik, funktionelle Störungen sowie spezifische neurophysiologische Störungen. In der näheren Betrachtung erweist sich das Instrument als zu spezifisch auf die physiotherapeutische Praxis ausgerichtet, um in diesem Kontext weiter empfohlen werden zu können.

Skalen Soziale Unterstützung (SSU)

Bei den Skalen Soziale Unterstützung (SSU) handelt es sich um drei ursprünglich englischsprachige Skalen, die ins Deutsche übersetzt und getestet wurden. Sie sollen zur Identifikation der Subkonstrukte „wahrgenommene soziale Unterstützung“ sowie „erhaltene soziale Unterstützung“ verwendet werden. Die ursprüngliche Intention der Skalen ist es, die verschiedenen Subkonstrukte des Konzepts der Sozialen Unterstützung adäquat und ökonomisch zu operationalisieren. Ähnlich zu den Ausführungen zum Fragebogen zur Sozialen Unterstützung kommt auch hier die Analyse zu dem Ergebnis, dass die SSU von ihrer inhaltlichen Ausrichtung nicht zur weiteren Verwendung in diesem Zusammenhang empfohlen werden können.

5.5 Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weist einige besondere Anforderungen an das Einschätzungsverfahren auf, für die bis heute noch keine zufriedenstellende Lösung gefunden ist. Bei Kindern dieser Altersgruppe ist es nicht möglich, die für Erwachsene geltenden Kriterien heranzuziehen, da sie auch unabhängig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen Unterstützungsbedarf aufweisen. Die geltenden Begutachtungsrichtlinien sehen daher vor, dass nur der über den „natürlichen“ altersbedingten Pflegeaufwand hinausgehende Unterstützungsbedarf berücksichtigt wird – eine unverzichtbare Maßgabe, deren methodische Umsetzung allerdings Probleme aufwirft.

Da die Zuordnung einer Pflegestufe auf der Ermittlung des notwendigen zeitlichen Pflegeaufwands basiert, sind im Rahmen der Kinderbegutachtung Zeitwerte für den *altersbedingten* Pflegeaufwand bei diesen Verrichtungen zu verrechnen. Dies erfolgte bis Herbst 2006 anhand von Richtwerten, die

- das Alter definieren, ab dem erfahrungsgemäß fast alle gesunden, altersentsprechend entwickelten Kinder die in § 14 SGB XI aufgeführten Verrichtungen selbständig durchführen können und
- den alterstypischen Hilfebedarf in Form von Zeitwerten angeben, die dann vom Gesamthilfebedarf des Kindes (notwendiger Zeitaufwand) abzuziehen sind¹⁷.

Dieses Verfahren ist bei den betroffenen Eltern, der Fachöffentlichkeit und auch bei den MDK-Gutachtern selbst wiederholt auf Kritik gestoßen (MDS 2001). Einige gesundheits- und pflegewissenschaftliche Untersuchungen sowie juristische Fachbeiträge haben die Problematik in den letzten Jahren ebenfalls aufgegriffen. Lange et al. (2000) beispielsweise kommen auf der Basis einer Literaturschau zu dem Schluss, dass die Richtwerte der Begutachtungsrichtlinien nicht der altersgemäßen Entwicklung gesunder, normal entwickelter Kinder entsprechen. Castendiek (2001) verweist auf das Fehlen tragfähiger Daten, mit denen der Hilfebedarf eines gesunden, altersentsprechend entwickelten Kindes angegeben werden könnte. Er plädiert außerdem für einen Verzicht auf die Erfassung des hauswirtschaftlichen Bedarfs, da auch gesunde Kinder sich bis zu einem bestimmten Alter nicht an hauswirtschaftlichen Verrichtungen beteiligen würden.

Ferner wird in Frage gestellt, ob das Begutachtungsverfahren generell der spezifischen Situation kranker und behinderter Kinder angemessen ist. Eine Untersuchung von Häußler et al. (2002) dokumentiert eine gute Validität der Pflegebegutachtung bei körperlich beeinträch-

¹⁷ Die dabei verwendeten Zeitwerte stammen aus einer Datensammlung des Kuratoriums für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft e.V. (1991), in der zu ausgewählten Tätigkeitsbereichen im Haushalt Kosten und Arbeitszeit ermittelt wurden.

tigten, nicht jedoch bei geistig beeinträchtigten Kindern, und empfiehlt die Verwendung standardisierter Assessmentverfahren zur Beurteilung des Hilfebedarfs.

Bereits im Jahr 1997 wurde im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen eine Arbeitsgruppe beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen damit beauftragt, die Frage der Kinderbegutachtung aufzuarbeiten und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln (Arbeitsgruppe Kinderpflege 1998). Die Arbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass die Begutachtungsrichtlinien für Kinder einer grundlegenden Neukonzeption bedürfen. Sie erarbeitete einen Vorschlag, in dem die Anwendung international anerkannter Assessmentverfahren vorgesehen ist (Arbeitsgruppe Kinderpflege 1999). Da grundlegende Abweichungen von den geltenden Begutachtungsregelungen ohne gesetzliche Anpassungen des SGB XI kaum möglich erscheinen, hat sich dieser Vorschlag bislang allerdings nicht durchsetzen können.

Im September 2006 trat eine neue Fassung der Begutachtungsrichtlinien in Kraft (MDS 2006), die neben anderen Veränderungen auch einige Modifikationen des Begutachtungsverfahrens bei Kindern beinhaltet. Die umstrittenen Angaben zum Alter, ab dem altersentsprechend entwickelte und gesunde Kinder die einzelnen Verrichtungen nach § 14 SGB XI beherrschen, sind entfallen. Nach wie vor enthalten sind Angaben zum verrichtungsbezogenen Hilfebedarf eines altersentsprechend entwickelten Kindes, allerdings in überarbeiteter Form¹⁸. Ungeachtet dieser Optimierungen bleibt jedoch festzuhalten, dass keine grundlegende Neukonzeption des Begutachtungsverfahrens für Kinder vorgenommen wurde. Es ist auch fraglich, ob eine zufriedenstellende Lösung im Rahmen des aktuellen Begutachtungsverfahrens überhaupt denkbar ist. Pflegezeitaufwand scheint im Falle von Kindern noch weniger als bei Erwachsenen ein geeigneter Maßstab zu sein. Außerdem stellt sich nach wie vor die Frage nach der Eignung des SGB XI-Verrichtungskatalogs für Kinder.

Die aktuelle Initiative zur Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eröffnet daher auch eine Chance, die Problematik der Kinderbegutachtung zu lösen. Allerdings ist es ungleich schwieriger, hierzu geeignete Vorschläge zu entwickeln. Denn die Notwendigkeit, altersbedingte und gesundheitlich bedingte Abhängigkeit zu unterscheiden, stellt sich nicht nur im aktuellen, sondern in jedem Begutachtungsverfahren, unabhängig davon, wie der Pflegebedürftigkeitsbegriff konkret definiert wird und mit welchen Maßstäben Selbstständigkeitsverluste abgebildet werden. Hinzu kommt, dass es sich bei pflegebedürftigen Kindern um eine vergleichsweise kleine Personengruppe handelt und die Ent-

¹⁸ Die ursprüngliche, eher grobe Einteilung wurde ersetzt durch eine Differenzierung der Angaben zum Pflegeaufwand für jedes Lebensjahr (0 bis 12 Jahre). Für die ersten beiden Lebensjahre gelten sogar Halbjahresstaffelungen. Außerdem finden sich differenzierte Zeitwerte für jede einzelne Verrichtung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Schließlich sind die Zeitwerte tendenziell zugunsten der Versicherten korrigiert worden, insbesondere für Kinder im Alter ab vier Jahren.

wicklung und Erforschung von kindspezifischen Assessmentverfahren daher bei weitem nicht so häufig angegangen wird wie im Falle Erwachsener.

Nach den Ergebnissen der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durchgeführten Recherchen existiert zwar eine Vielzahl von Einschätzungsinstrumenten, die auf Kinder zugeschnitten sind, doch handelt es sich zumeist um Verfahren für spezifische Anwendungszwecke bzw. Handlungsfelder, vor allem um Funktions- und Entwicklungstests mit den Hauptanwendungsgebieten in therapeutischen, rehabilitativen oder pädagogischen Settings. Die Instrumente werden zur Messung des funktionellen Status und/oder im Zusammenhang mit Planung, Monitoring und Evaluation von Therapie- und Rehabilitationsprogrammen eingesetzt. Ihre Anwendung erfolgt in der Hauptsache durch therapeutische und pädagogische Berufsgruppen, aber auch durch Psychologen und Mediziner. Es gibt viele Instrumente zur Abbildung des allgemeinen kindlichen Entwicklungsstandes, Instrumente für spezielle Behinderungen (z.B. Sinnesbehinderungen, Zerebralparese, Autismus) und Instrumente zur Erfassung einzelner Fähigkeiten oder Problemlagen (z.B. motorische und/oder kognitive Fähigkeiten, Sprachentwicklung, Verhalten, sozio-emotionale Aspekte, Schmerzen). Es mangelt hingegen an Instrumenten, die sowohl motorisch-funktionale Fähigkeiten als auch Selbstversorgungskompetenzen, kognitive, psychische, soziale und Umweltfaktoren erfassen. Ein Großteil der Messverfahren erstreckt sich zudem auf begrenzte Altersstufen, wie beispielsweise Kleinkind-, Kindergarten- oder Schulalter.

Die Analyse der in Kapitel 5.3 vorgestellten Einschätzungsinstrumente ergab, dass keines von ihnen als hinreichend geeignet für den Einsatz im Rahmen der Kinderbegutachtung bezeichnet werden kann. Das Instrument FACE, das aus anderen Gründen in den Kreis der näher in Betracht zu ziehenden Verfahren aufgenommen wurde, enthält zwar ein Teilasessment für „junge Menschen“, doch kann dieses nicht als vollausgebildetes Verfahren für Kinder aller Entwicklungsstufen, insbesondere nicht für Kleinkinder gelten. In anderen Instrumenten fehlen spezifische Ansätze zur Erfassung der Problem- und Bedarfslagen kranker oder behinderter Kinder nahezu gänzlich.

Die Recherche nach spezifischen, explizit auf Kinder zugeschnittene Assessments ergab lediglich Hinweise auf drei Instrumente, deren nähere Analyse lohnend erschien. Es handelt sich um:

- PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory)
- WeeFIM
- KITSI.

WeeFIM ist ein 1987 in den USA auf der Grundlage des FIM entwickeltes Instrument. Ursprünglich für den Einsatz in der stationären Rehabilitation von Kindern mit motorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen vorgesehen, wird es mittlerweile auch in anderen Versorgungsbereichen und bei unterschiedlichen Behinderungsbildern eingesetzt. Das Instru-

ment berücksichtigt die Bereiche Selbstversorgung, Mobilität und Kognition. Da es nur mit 18 Items arbeitet, ist die Anwendung mit relativ geringem Aufwand verbunden. Die geringe Komplexität bildet zugleich jedoch eine Schwachstelle: WeeFIM liefert nur einen sehr groben Überblick über den kindlichen Hilfebedarf und blendet ebenso wie das Vorbild FIM wichtige Lebensbereiche aus.

Ebenfalls aus den USA stammt das PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory), ein 1992 für den klinisch-therapeutischen Bereich entwickeltes Assessmentverfahren. Mit dem Instrument werden funktionelle Fähigkeiten behinderter bzw. chronisch kranker Kinder und der Umfang an Hilfestellung durch eine Betreuungsperson erhoben. Es handelt sich um ein sehr umfassendes Messverfahren mit insgesamt 237 Items, unterteilt in die Bereiche Selbstpflege, Mobilität und soziale Funktionen. Das Instrument zeichnet sich durch seinen engen Bezug zu kindlichen Alltagssituationen aus. Durch den großen Umfang des Instruments ist die Einschätzung sehr aufwändig.

Sowohl für das WeeFIM als für das PEDI wird die methodische Güte als gut bezeichnet. Beide arbeiten mit alterskorrelierten Normbereichen und berücksichtigen damit die Anforderung der Abgrenzung zwischen alterstypischem und gesundheitlich bedingtem Bedarf. Beide Instrumente liegen nur in englischsprachiger Version vor, lizenzrechtlich autorisierte deutsche Übersetzungen fehlen also. Zudem finden in beiden Instrumenten bestimmte, für Kinder besonders wichtige psychische Faktoren (wie beispielsweise Aufmerksamkeit, Emotionalität, Antrieb und Motivation) wenig Berücksichtigung.

KITSI schließlich ist ein in enger Anlehnung an FIM und WeeFIM entwickeltes deutschsprachiges Instrument. Es zielt auf die Erhebung des Grades der Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit mehrfachbehinderter Kinder. Mit nur 16 Items werden ausgewählte kognitive, psychische und körperliche Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen erfasst. Die Handhabung ist schnell und einfach. Studien zur Reliabilität und Validität liegen bislang jedoch nicht vor, zudem existieren bislang nur sehr begrenzte praktische Erfahrungen.

Eine Empfehlung zur Verwendung eines dieser drei Instrumente kann nicht ausgesprochen werden. Sie sind entweder zu breit oder zu schmal ausgerichtet. Für sich genommen erfüllen WeeFIM und KITSI nicht die Anforderung, alle für die Abbildung von Pflegebedürftigkeit relevanten Aktivitäten und Lebensbereiche zu erfassen. PEDI hingegen umfasst zahlreiche Messungen, die verzichtbar wären, und erschwert durch seine Komplexität eine aussagekräftige, standardisierte Form der Beschreibung von Pflegebedürftigkeit. Vor allem aber decken die Instrumente nur ein begrenztes Altersspektrum ab: WeeFIM und PEDI sind nicht für ältere Kinder vorgesehen. Für KITSI liegt eine entsprechende Aussage nicht vor, allerdings ist aufgrund der inhaltlichen Ausgestaltung des Instruments von einer ähnlichen Begrenzung auszugehen.

6. Das alternative Begutachtungsverfahren der MDK-Gemeinschaft

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung arbeiten schon seit längerem an der Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments, mit dem Schwachstellen des aktuellen Begutachtungsverfahrens behoben werden sollen. Ausgehend von der Feststellung, dass keines der unmittelbar verfügbaren Einschätzungsinstrumente ohne aufwändige Bearbeitung und Evaluation für die Zwecke der Begutachtung nutzbar gemacht werden könne¹⁹, wurde die MDK-Gemeinschaft von den Spitzenverbänden der Pflegekassen damit beauftragt, ein alternatives Begutachtungsverfahren ohne Rückgriff auf bereits vorhandene Lösungen zu entwickeln. Die konkreten Entwicklungsarbeiten übernahm ein Projektteam der „Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 – Pflege“ (SEG 2) der Medizinischen Dienste, in dem die MDK Westfalen-Lippe, Thüringen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein sowie der MDS mitwirken. Das daraus hervorgegangene „alternative Verfahren zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ war im Rahmen der vorliegenden Studie einer gesonderten, vergleichenden Bewertung zu unterziehen.

Zum Verständnis der folgenden Ausführungen ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die Entwicklung dieses alternativen Begutachtungsverfahrens (im Folgenden kurz: ABV) noch nicht abgeschlossen ist. Zwar sind in dem Einschätzungsinstrument, das dem IPW für die vorliegende Untersuchung zur Verfügung gestellt wurde (Bearbeitungsstand: 22. Januar 2007), alle Kriterien aufgeführt, die nach Auskunft der Projektgruppe bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zur Anwendung kommen sollen, allerdings stehen einige wichtige Ergänzungen des Instruments noch aus. Dies betrifft u.a. die Einschätzung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs. Auch beinhaltet das Instrument noch keine vollständige Bewertungs- bzw. Einstufungssystematik. Die Frage, wie aus den Einzelergebnissen der vergleichsweise differenzierten Einschätzung eine Gesamtbewertung generiert werden kann, soll nach den Vorstellungen des Projektteams der SEG 2 erst auf der Grundlage von Erfahrungen und Ergebnissen der praktischen Erprobung beantwortet werden. Inzwischen sind erste Ergebnisse einer praktischen Erprobung verfügbar, die durch den MDK Bayern durchgeführt wurde. Eine vollständige Auswertung dieser Erprobung lag zum Zeitpunkt des Abschlusses des vorliegenden Berichts noch nicht vor. Freundlicherweise hat der MDK Bayern jedoch in Abstimmung mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales dem IPW grundlegende Auswertungen zur Verfügung gestellt, die in die Bewertung eingeflossen sind.

Ferner muss berücksichtigt werden, dass die Bewertung des alternativen Verfahrens aufgrund seiner potenziellen Bedeutung für den weiteren Prozess der Entwicklung eines Begutachtungsverfahrens differenzierter erfolgt als die Untersuchung der bislang dargestellten

¹⁹ So das Ergebnis einer Expertise des Kompetenzzentrums Geriatrie beim MDK Nord aus dem Jahr 2004, die im Auftrag des MDS erstellt wurde. Vgl. auch Bartholomeyczik et al. 2001.

Einschätzungsinstrumente. Sie ist in zwei Schritte gegliedert, die unbedingt im Zusammenhang gesehen werden sollten: Zunächst erfolgt eine Analyse des Instruments anhand der Kriterien, die für sämtliche einbezogene Instrumente verwendet wurden. Die dabei herausgearbeiteten Stärken und Schwächen des ABV lassen sich jedoch nur im Vergleich mit anderen Instrumenten, d.h. im zweiten Schritt der Analyse bewerten. Wenn beispielsweise festgestellt wird, dass das ABV noch nicht mit einer vollständigen Bewertungssystematik ausgestattet ist, so muss gleichzeitig berücksichtigt werden, dass viele andere, in ihrer inhaltlichen Ausrichtung vergleichbaren Instrumente keinerlei Bewertungssystematik aufweisen, die eine standardisierte Graduierung der Pflegebedürftigkeit ermöglichen würden. Ähnliches gilt für eine Reihe anderer Feststellungen, die im Folgenden getroffen werden.

6.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff und erfasstes Spektrum der Pflegebedürftigkeit

Im Unterschied zur großen Mehrzahl der bislang betrachteten Instrumente beinhaltet das alternative Begutachtungsverfahren ein explizit formuliertes Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Dieses Verständnis folgt den Ausführungen des schon erwähnten Berichts einer Arbeitsgruppe des Bundespflegeausschusses aus dem Jahr 2002. Darüber hinaus wird Bezug genommen auf grundlegende pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur Frage der Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf, auf Systematisierungsvorschläge bedürfnisorientierter Pflege-theorien sowie auf die ICF-Klassifikation.

Da die Ausführungen der Arbeitsgruppe des Bundespflegeausschusses im ABV als zentraler Bezugspunkt gelten, seien sie an dieser Stelle noch einmal auszugsweise wiedergegeben. Die Arbeitsgruppe hatte vorgeschlagen, „für alle Leistungsträger einen umfassenden Pflegebegriff zu schaffen, um damit ggf. die bisherige aufgespaltene Zuordnung von Pflegebedarfen zu bestimmten Kostenträgern zu überwinden. Konsequenz dessen wäre, dass allen Sicherungssystemen ein umfassender Pflegebegriff zugrunde gelegt und erst in einem weiteren Schritt eine Zuordnung der Leistungszuständigkeiten auf die einzelnen Kostenträger oder ggf. die Eigenverantwortung bezogen auf die jeweiligen Hilfebedarfe vorgenommen wird.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit orientiert sich in Analogie zum SGB IX an den Defiziten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Menschen wären demnach pflegebedürftig, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem typischen Zustand abweichen, ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist und sie auf Dauer der Hilfe und Pflege bedürfen“ (zit. nach SEG 2 2007: 3).

Dementsprechend legt das ABV einen Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde, der wie viele Pflege-theorien und auch die ICF vorrangig den durch gesundheitliche bzw. funktionelle

Beeinträchtigungen bedingten Selbständigkeitsverlust in den Blick nimmt: „Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Schädigungen der Körperstrukturen oder der Körperfunktionen einschließlich der kognitiven Fähigkeiten und der seelischen Gesundheit die Alltagsbewältigung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigen, so dass personelle Hilfe zur Kompensation erforderlich ist. (...) Der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit orientiert sich am Ausmaß der Abhängigkeit des Pflegebedürftigen von anderen Menschen. Die Beeinträchtigungen und der daraus resultierende Hilfebedarf (Abhängigkeit von anderen Menschen) werden anhand der Bereiche

- Mobilität, Körperpflege, An- und Auskleiden, Essen und Trinken, Ausscheiden,
- Sicherheitsaspekte, Beschäftigung und Tagesgestaltung,
- Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- Haushalts- und Lebensführung

festgestellt. Zusätzlich wird der Bedarf an speziellen Pflegemaßnahmen und anderen gegebenenfalls zu berücksichtigenden Hilfen erfasst" (SEG 2 2007: 9).

Das Spektrum der vom Instrument berücksichtigten Selbständigkeitsverluste, Fähigkeitseinbußen und Problemlagen ist dementsprechend deutlich weiter gefasst als in den gegenwärtig geltenden Vorschriften des SGB XI und den darauf beruhenden Begutachtungsrichtlinien. Insgesamt werden 11 Bereiche, 50 Merkmale der Selbständigkeit und rund 40 weitere Aspekte des Unterstützungsbedarfs unterschieden:

1. Mobilität (8 Merkmale der Selbständigkeit/Unselbständigkeit)
2. Körperpflege (8 Merkmale)
3. An- und Auskleiden (3 Merkmale)
4. Essen und Trinken (6 Merkmale zzgl. Erfassung der Sonden-/parenteralen Ernährung)
5. Ausscheiden (5 Merkmale zzgl. Erfassung künstlicher Ableitungen)
6. Sicherheitsaspekte (5 Merkmale)
7. Beschäftigung und Tagesgestaltung (4 Merkmale)
8. Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (6 Merkmale)
9. Haushalts- und Lebensführung (6 Merkmale)
10. Gesondert zu berücksichtigende Hilfen (allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung, nächtlicher Hilfebedarf, Begleitung bei Arzt-/Therapeutenbesuchen, Begleitung bei Aktivitäten außerhalb der Häuslichkeit)
11. Spezielle Pflegemaßnahmen (Hilfebedarf bei 27 Einzelmaßnahmen).

Einige Aktivitäten, Lebensbereiche und Problemlagen, die sich in anderen Systematiken zur Beschreibung von Pflegebedürftigkeit vorfinden, werden nicht oder nur indirekt berücksichtigt. Dies gilt beispielsweise für die Aktivitäten „Atmen“ und „Schlafen“. Die Abhängigkeit in diesen Bereichen wird zum Teil im Abschnitt „Spezielle Pflegemaßnahmen“, zum Teil über die Frage nach besonderen Hilfen (nächtlicher Unterstützungsbedarf) abgedeckt. Relativ schwach vertreten sind einige psychische Problemlagen und herausfordernde Verhal-

tensweisen, denen insbesondere im Falle demenziell Erkrankter ein hoher Stellenwert zuzuweisen ist. Die Bereiche 6 bis 8 greifen mehrere, aber nicht alle wichtigen dieser Aspekte auf. Offenkundig bestand die Absicht, ihnen indirekt durch die Frage nach dem allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs Rechnung zu tragen. Im internationalen Vergleich erweist sich das ABV in diesem Punkt als geprägt von der deutschen Diskussion um die Rolle von Betreuung und Beaufsichtigung bei der Ermittlung des Hilfebedarfs. Andere Instrumente erfassen die Aspekte Kognition, Stimmung und Verhalten wesentlich differenzierter und konsequenter aus einer pflegfachlichen Perspektive.

Allerdings gelten diese Ausführungen zunächst nur für den Einschätzungsteil der ABV. Die Befunderhebung, die bereits im Rahmen des aktuellen Begutachtungsverfahrens durchgeführt wird und in dieser Form auch Bestandteil des ABV sein soll, umfasst die Dokumentation wichtiger ergänzender Informationen zum funktionellen Status einschließlich psychischer Beeinträchtigungen und bestimmter Verhaltensweisen. Da das ABV danach strebt, Pflegebedürftigkeit konsequent als Abhängigkeit von personeller Hilfe abzubilden, sind diese Aspekte der Befunderhebung nicht ohne weiteres in den Einschätzungsteil integrierbar.

Im Zuge weiterer Entwicklungsarbeiten wäre es empfehlenswert, zu überprüfen, ob die Fokussierung der Frage der Abhängigkeit von personeller Hilfe durchgängig notwendig ist. Bestimmte Problemlagen (z.B. scheinbar zielloses Umhergehen oder Tendenz zum unbemerkten Verlassen der Wohnung bzw. des Wohnbereichs) begründen zwar einen Bedarf an personeller Hilfe, lassen sich mit dieser Kategorie jedoch in ihrer Ausprägung nicht zufriedenstellend abbilden (vgl. auch die folgenden Hinweise zur Skala der Merkmalsausprägungen).

6.2 Weitere inhaltliche Aspekte

Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Unter Berücksichtigung der Breite und des Differenzierungsgrads der Merkmale, mit denen Pflegebedürftigkeit abgebildet wird, bieten die Einschätzungsergebnisse nützliche Hinweise für die Erstellung eines individuellen Pflegeplans wie auch für die Entwicklung von Empfehlungen zur individuellen Versorgung. Eine wichtige zusätzliche Informationsgrundlage bietet die Befunderhebung, die unabhängig von der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen wird. Das ABV kann jedoch ebenso wie andere Einschätzungsinstrumente, die mit durchgängig standardisierten Merkmalsausprägungen arbeiten, nicht als ausreichende Grundlage für eine individuelle Pflegeplanung angesehen werden. Außerdem werden bestimmte Informationen, die wie verschiedene Aspekte der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme für die individuelle Pflege erhebliche Bedeutung besitzen, auch im Rahmen der Befunderhebung nicht mit dem hierzu notwendigen Differenzierungsgrad erfasst.

Präventions- und Rehabilitationsbedarf

Das ABV ist in Bezug auf die Feststellung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf noch nicht vollständig ausgearbeitet. Der erläuternde Teil des Instruments beinhaltet mehrere Hinweise auf die Erfassung von Rehabilitationspotenzialen, in der derzeit vorliegenden Version des Erhebungsbogens ist jedoch keine Umsetzung erkennbar. Es findet sich in den Bereichen 1 bis 9 durchgängig eine Frage nach dem Verbesserungspotenzial, der in diesem Zusammenhang vermutlich eine wichtige Bedeutung zukommen sollte. Die Funktion dieser Information bzw. Einschätzung ist unter den gegebenen Umständen schwer einzuordnen. Präventionsaspekte werden vom ABV punktuell erfasst, insbesondere im Bereich „Sicherheitsaspekte“. Das Instrument ermöglicht jedoch keine differenzierte Einschätzung gesundheitlicher Risiken, auch nicht solcher Risiken, die für prophylaktische Maßnahmen relevant sein könnten.

Hilfsmittelbedarf

Im Rahmen der Befunderhebung werden wie im aktuellen Begutachtungsverfahren verschiedene wichtige Informationen erfasst, darunter auch die Hilfsmittelnutzung. Eine standardisierte, explizite und regelgeleitete Erfassung des Hilfsmittelbedarfs ist im ABV jedoch nicht vorgesehen. In diesem Punkt wurde offensichtlich eine Lösung gewählt, die dem gegenwärtigen Begutachtungsverfahren ähnelt. Danach hat der Gutachter, in Abwägung der aktuellen Situation der Hilfsmittelversorgung und seiner Feststellungen, eigenständig Schlussfolgerungen im Hinblick auf den Hilfsmittelbedarf zu ziehen. Die oben erwähnte Frage nach dem Verbesserungspotenzial bietet in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Orientierungshilfe, da sie Kompensationsmöglichkeiten durch eine Optimierung des Umgangs mit Hilfsmitteln ausdrücklich berücksichtigt.

Ermittlung außergewöhnlicher Problem- und Bedarfslagen

Auf die Ermittlung von besonderen Problem- und Bedarfslagen („Härfälle“) wird im alternativen Begutachtungsverfahren bewusst verzichtet. Das Erhebungsinstrument sieht keine Möglichkeit vor, außergewöhnliche Bedarfslagen systematisch abzubilden.

6.3 Formale Merkmale

Die insgesamt 11 Bereiche, die die aktuelle Version des ABV berücksichtigt, sind so konstruiert, dass sie jeweils für sich genommen zur Anwendung kommen können. Es wäre beispielsweise problemlos möglich, eine Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität unabhängig von allen anderen Merkmalen vorzunehmen. Man kann die Bereiche insofern als einzelne *Module* verstehen, die im Grundsatz auch durch eine andere Lösung ersetzt bzw. mit anderen Instrumenten kombiniert werden könnten, sofern dies nicht durch

Abweichungen auf der Ebene der Bewertungssystematik unlösbar Schwierigkeiten aufwirft.

Die Einschätzungen des Gutachters erfolgen *durchgängig anhand standardisierter Merkmalsausprägungen*. Die 51 Merkmale zur Selbständigkeit in den Bereichen 1 bis 9 (s.o.) werden nach einer einheitlichen, vierstufigen Skala kodiert. Sie umfasst die Ausprägungen:

- „selbständig“,
- „mit mäßiger personeller Hilfe“,
- „mit beträchtlicher personeller Hilfe“, und
- „nicht selbständig“.

Unter methodischen Gesichtspunkten ist die Anwendung einer einheitlichen Skala prinzipiell vorteilhaft, allerdings könnte sie bei einigen Merkmalen, die keine Selbstpflegeaktivitäten abbilden, Interpretationsschwierigkeiten nach sich ziehen. Dies gilt insbesondere für Aspekte der Kommunikation und des Verhaltens. So ist beispielsweise im Bereich „Sicherheitsaspekte“ einzuschätzen, inwieweit der Antragsteller in der Lage ist, in Gefahrensituationen Hilfe herbeizurufen (ggf. unter Nutzung von Telefon, Klingel, Notrufanlage etc.). Zwar beinhaltet das ABV im Erläuterungsteil auch zu diesem Merkmal konkrete Kodierungshinweise, doch stellt sich die Frage, ob bei Merkmalen dieser Art aus inhaltlich-logischen Gründen nicht eine andere Skala angebracht wäre.

Der jeweilige Grad der Selbständigkeit ist mit einem Punktwert verknüpft, der die Werte 0 bis 3 annehmen kann. Den Erläuterungen zum Erhebungsbogen zufolge werden alle Merkmale zur Einschätzung der Selbständigkeit in den Bereichen 1 bis 9 gleich stark gewichtet. Das bedeutet, dass der jeweils ermittelte Punktwert eines jeden Merkmals unverändert in einen Gesamtpunktwert für alle 50 Merkmale der Selbständigkeit eingeht. Anders ausgedrückt: Allen Merkmalen wird die gleiche Bedeutung für die Pflegebedürftigkeit zugeschrieben.

Dieses Vorgehen ist allerdings zu hinterfragen. Denn es führt beispielsweise dazu, dass die Fähigkeit, sich selbständig die Haare zu waschen, ebenso stark gewichtet wird wie die Fähigkeit, sich selbständig innerhalb der Wohnung sicher zu bewegen. Beiden Fähigkeiten kommt jedoch ein sehr unterschiedlicher Stellenwert für den Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe zu.

In diesem Zusammenhang stellt sich weiterhin die Frage nach den Auswirkungen der unterschiedlichen Anzahl von Merkmalen bzw. Aktivitäten innerhalb der 9 Bereiche, für die die Selbständigkeit ermittelt wird (z.B. 8 Merkmale im Bereich der Körperpflege, 5 Merkmale im Bereich Sicherheitsaspekte). Denn durch die Gleichgewichtung der Merkmale hängt es von ihrer Anzahl innerhalb eines Bereichs ab, wie stark dieser Bereich *im Gesamtergebnis*

gewichtet wird. So umfasst der Bereich „Beschäftigung/Tagesgestaltung“ vier Merkmale, der Bereich „An- und Auskleiden“ drei Merkmale. Beide Bereiche gehen also annähernd gleichgewichtig in die Gesamtbewertung ein, wenngleich auch hier ein unterschiedlicher Stellenwert für die Abhängigkeit von personeller Hilfe gegeben ist.

Dabei wäre es unproblematisch möglich, für jeden der 9 Bereiche einen Mittelwert zu berechnen (z.B. mittlerer Punktwert für die Selbständigkeit im Bereich der Mobilität) und auf der Basis inhaltlicher Überlegungen, bei denen auch Ergebnisse der Forschung und Daten aus der bisherigen Begutachtungspraxis einbezogen werden könnten, für die Kalkulation eines Gesamtpunktwertes zu gewichten. Der Aufbau des Einschätzungsinstrumentes bliebe davon unberührt, diese Lösung würde lediglich zu einer anderen Art der Zusammenführung der einzelnen Einschätzungsergebnisse führen.

Mit dem Vorgehen, das in der aktuellen Version des ABV vorgesehen ist, kann im Gesamtergebnis ein Wert von bis zu 150 Punkten errechnet werden. Er entspricht der Feststellung durchgängiger Unselbständigkeit bei allen der berücksichtigten Merkmale. Eine Definition von Schwellenwerten oder Abhängigkeitsgraden, die eine Unterscheidung in Pflegestufen oder eine vergleichbare Gruppenzuordnung ermöglichen würde, steht allerdings noch aus. Sie soll nach Auskunft der SEG 2 zu einem späteren Zeitpunkt, d.h. auf der Basis von Ergebnissen der praktischen Erprobung erfolgen.

Hinzuweisen ist darüber hinaus auf die noch ausstehende Bewertungssystematik für „Gesondert zu berücksichtigende Hilfen“ sowie „Spezielle Pflegemaßnahmen“. Die Einschätzung nimmt hier Abstand von der vierstufigen Skala, die in anderen Bereichen verwendet wird, da keine Beurteilung der Selbständigkeit erfolgt, sondern die Häufigkeit von notwendiger Unterstützung ermittelt wird (z.B. analog zur Frage, wie oft täglich allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung erforderlich ist)²⁰. Welchen Stellenwert die betreffenden Einschätzungsergebnisse für das Gesamtergebnis haben könnten (und ob hier ggf. eine gesonderte Gesamtbeurteilung stattfinden soll), bleibt offen. In den Erläuterungen des ABV findet sich dazu u.a. der Hinweis, dass die methodische Behandlung der beiden Bereiche letztlich von ihrer zukünftigen leistungsrechtlichen Zuordnung abhängig gemacht werden müsse.

Das ABV beinhaltet insofern eine Bewertungssystematik, allerdings fehlt ein expliziter Bezugsrahmen, der es ermöglicht, den ermittelten Gesamtpunktwert zu interpretieren und die Einschätzungsergebnisse der Bereiche „Gesondert zu berücksichtigende Hilfen“ sowie „Spezielle Pflegemaßnahmen“ in Form eines Punktwertes oder einer Bedarfsabstufung darzustellen.

²⁰ Bei speziellen Pflegemaßnahmen (sog. Behandlungspflege) wird auf ähnliche Weise der Frage nachgegangen, ob spezielle Pflegemaßnahmen wie Medikamentengabe, Injektionen oder parenterale Ernährung erfolgen und wie häufig hierbei jeweils personelle Hilfe erforderlich ist.

len. Es handelt sich insofern um eine noch nicht vollständig ausgebildete Bewertungssystematik.

6.4 Methodische Güte und Praktikabilität

Im Unterschied zu anderen Instrumenten lagen bis vor kurzem nur wenige Erfahrungen mit dem praktischen Einsatz des ABV vor. Während der Entwicklung des Verfahrens erfolgte wiederholt eine punktuelle praktische Anwendung in regulären Begutachtungssituationen. Die damit gewonnenen Erkenntnisse dienten als Grundlage für Modifikationen des Instruments.

Erprobungen in größerem Umfang liegen erst wenige Monate zurück. Ausgehend von den Vorarbeiten der Arbeitsgruppe SEG 2 fand im Juli 2006 ein erster Pretest im Land Bayern statt, dessen Ergebnisse in einem Zwischenbericht vom August 2006 zusammengefasst wurden. Da der Test im Grundsatz positive Ergebnisse brachte, wurde der MDK Bayern vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales darum gebeten, eine breiter angelegte, repräsentative Studie zur Testung des Instruments durchzuführen²¹. Mit ihr sollte insbesondere überprüft werden, ob das neue Begutachtungsverfahren als praktikabel und reliabel gelten kann und wie die Ergebnisse, die mit der Anwendung des Verfahrens erzielt werden, im Vergleich zur bisherigen Pflegeeinstufung zu bewerten sind. Besonderes Augenmerk galt darüber hinaus Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Im Blick auf diese Personengruppe sollte die Frage beantwortet werden, ob das neue Verfahren im Vergleich zum bisherigen Begutachtungssystem zu einer angemesseneren Berücksichtigung führt.

Im vorliegenden Zusammenhang sind allerdings vorrangig solche Untersuchungsergebnisse von Interesse, die sich auf die Frage nach der Praktikabilität und Reliabilität des ABV beziehen. Wie bereits erwähnt, wurden dem IPW vom MDK Bayern erste, zentrale Auswertungsergebnisse zur Verfügung gestellt, die sich zur Beantwortung dieser Frage nutzen lassen.

Die Anwendung des ABV setzt ebenso wie das gegenwärtige Begutachtungsverfahren eine eingehende Schulung der Anwender voraus. Bereits aus dem Aufbau und den Erläuterun-

²¹ Die Studie wurde unterteilt in eine Umsetzungsstudie und eine Reliabilitätsstudie. In die Umsetzungsstudie waren insgesamt 1.402 Personen einbezogen, bei denen sowohl das aktuell geltende wie auch das alternative Begutachtungsverfahren zur Anwendung kamen. In die Reliabilitätsstudie, bei der die Einschätzung im Zeitabstand von wenigen Tagen von unterschiedlichen Gutachtern durchgeführt wurde, waren insgesamt 278 Personen einbezogen. Die Erprobung fand bei Personen statt, für die reguläre Aufträge der Pflegekassen zu Erst-, Wiederholungs- oder Höherstufungsbegutachtungen vorlagen. Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wurden allerdings nicht einbezogen.

gen zum Instrument lässt sich die Vermutung ableiten, dass das Verfahren ohne größere Schwierigkeiten vom Anwender durchgeführt werden kann. Die Kodierhinweise wirken zwar relativ kompliziert, da die Ausprägungen eines jeden Merkmals gesondert erläutert werden. Allerdings wird in diesem Rahmen explizit darauf hingewiesen, dass solche Erläuterungen – dies gilt für jedes Einschätzungsinstrument vergleichbarer Art – lediglich exemplarischen Charakter haben können. Der Gutachter kann sie also, wenn er unsicher ist, als Orientierungshilfe nutzen, ist aber nicht gehalten, in jedem Einzelfall nachzuschlagen und nachzulesen. Aus diesem Blickwinkel und im Vergleich zu anderen Instrumenten erscheint die gewählte einheitliche vierstufige Kodierung recht klar und einfach. FIM beispielsweise arbeitet mit einer siebenstufigen Skala für Merkmalsausprägungen, was nach den Ergebnissen einiger Studien nicht unerhebliche Probleme für den Anwender aufwirft.

Die Ergebnisse der bayerischen Untersuchung bestätigen diese Erwartungen. Die einbezogenen Gutachter waren gehalten, zu jedem der abgefragten Kriterien zu dokumentieren, ob sie Schwierigkeiten bei der Bewertung hatten. Gemäß dieser Angaben kann das Verfahren als praktikabel bezeichnet werden. Die gewählte vierstufige Skala, anhand derer die Selbständigkeit bzw. Abhängigkeit bei einzelnen Aktivitäten bewertet wird, hat sich offenkundig gut bewährt. Da sie gängigen Beurteilungsskalen aus dem Bereich der Pflege nachempfunden ist, konnten sich vor allem die als Gutachter beteiligten Pflegefachkräfte offenbar rasch in das Instrument einfinden.

Der Zeitaufwand für die Durchführung der Einschätzung liegt nach den Erfahrungen der bayerischen Studie in der Größenordnung, die auch für das jetzige Begutachtungsverfahren zu veranschlagen ist. Der Aufwand, der im Anschluss an die Einschätzung bei der Generierung und Auswertung des Gesamtergebnisses anfällt, kann derzeit nicht abschließend beurteilt werden. Er dürfte jedoch, da es sich um die Summierung von Punktwerten handelt, eher gering ausfallen.

Die Reliabilität des Instruments wurde im Rahmen der bayerischen Studie auf der Basis einer Doppeleinschätzung durch zwei Gutachter geprüft, die das ABV beim gleichen Antragsteller zeitversetzt durchführten. Zielsetzung war die Klärung der Frage nach der Beurteilerübereinstimmung bei der Gesamtpunktzahl, die in den Bereichen 1 bis 9 (Einschätzung der Selbständigkeit) erreicht werden kann. Hierzu bediente man sich des Korrelationskoeffizienten Spearman-Roh. Im Ergebnis zeigte sich eine hohe, signifikante Korrelation, die auf eine hohe Beurteilerübereinstimmung hinweist. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass weitergehende Auswertungen mit anderen statistischen Methoden aussagekräftiger gewesen wären. Die Hypothese einer hohen Übereinstimmung wird jedoch gestützt durch die dem IPW vorgelegte grafische Gegenüberstellung der Ergebnisse der Erst- und Zweitbegutachtung, die erkennen lässt, dass sich die Abweichungen in einem relativ engen Bereich bewegen. Im Gesamtergebnis kann somit von einer zufriedenstellenden Reliabilität im Sinne von Urteilerübereinstimmung ausgegangen werden.

Für die Bereiche „spezielle Pflegemaßnahmen“ und „gesondert zu berücksichtigende Hilfen“ liegen keine Auswertungen zur methodischen Güte vor.

6.5 Besondere Anforderungen

Eine *leistungsrechtliche Zuordnung* der Einschätzungsergebnisse ist aufgrund des modularen Aufbaus des ABV prinzipiell möglich. Inwieweit die inhaltliche Differenzierung der Module eine eindeutige Aussage zur Kostenverantwortung zulässt, kann letztlich erst nach der verbindlichen Definition eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für das Sozialversicherungssystem beurteilt werden. Das ABV dürfte jedoch flexibel genug sein, um sich entsprechenden Festlegungen anpassen zu können.

Die Eignung des Instruments zur *Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern* ist eher fraglich. Der Erläuterungsteil des ABV weist zwar darauf hin, dass die entsprechenden Entwicklungsarbeiten noch nicht abgeschlossen sind, unterstellt aber eine prinzipielle Eignung für die Kinderbegutachtung (SEG 2 2007: 8f). Dieser Einschätzung kann nicht gefolgt werden:

- Zum einen muss erneut auf das Fehlen einer abschließenden Bewertungssystematik hingewiesen werden. Sie müsste, wenn das Instrument bei der Kinderbegutachtung zum Einsatz kommen sollte, spezifische Gewichtungen und Schwellenwerte für diese besondere Personengruppe berücksichtigen. In den Erläuterungen zum Instrument finden sich dazu keine näheren Angaben, und es ist auch nicht ersichtlich, wie und aufgrund welcher Erkenntnisse solche Gewichtungen und Schwellenwerte innerhalb der vorliegenden Systematik definiert werden könnten.
- Zum anderen ist festzustellen, dass mehrere der berücksichtigten Merkmale zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit nicht auf Kinder zugeschnitten sind und einige sogar gänzlich ungeeignet erscheinen. Insbesondere die Module „Sicherheitsaspekte“, „Beschäftigung/Tagesgestaltung“, „Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ sowie „Haushalts- und Lebensführung“ sind anpassungsbedürftig. Ebenso dürfte das Modul „Gesondert zu berücksichtigende Hilfen“ (Beaufsichtigung, Betreuung, nächtlicher Bedarf, Begleitung) in dieser Form nicht anwendbar sein. Festzuhalten ist jedoch auch, dass nahezu alle anderen komplexen Einschätzungsinstrumente, die im vorliegenden Bericht beschrieben wurden, im Bereich der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern erhebliche Schwächen aufweisen.

Im Hinblick auf die *Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses für die Antragsteller und ihre Angehörigen* kann derzeit keine empirisch gestützte Aussage getroffen werden. Auch das Fehlen einer abschließenden Bewertungssystematik erschwert die Beurteilung

dieser Frage. Anzumerken ist lediglich, dass der Aufbau der Module durch Übersichtlichkeit gekennzeichnet ist und zum Teil auch einen visuellen Eindruck der Einschätzungsergebnisse zur Selbständigkeit ermöglicht.

Die Frage, ob das Instrument *Möglichkeiten der Erweiterung, Veränderung oder Kombination* mit anderen Instrumenten bietet, ohne an Aussagekraft zu verlieren, kann unter Vorbehalt positiv beantwortet werden. Hierfür spricht insbesondere der modulare Aufbau des Erhebungsbogens. Wie schon angesprochen, dürfte es unproblematisch möglich sein, einzelne Module isoliert anzuwenden bzw. weitere Module hinzuzufügen. In dieser Hinsicht bringt das Fehlen einer abschließenden Gesamtbewertungssystematik sogar gewisse Vorteile mit sich. Im Unterschied zu einigen anderen Instrumenten bietet das alternative Begutachtungsverfahren gute Voraussetzungen für weitergehende Entwicklungsarbeiten, die auch die Kombinierbarkeit mit anderen Instrumenten einschließt.

6.6 Gesamtbeurteilung und vergleichende Bewertung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das alternative Begutachtungsverfahren der MDK-Gemeinschaft ein interessantes Instrument darstellt, das in Hinblick auf seine inhaltliche Reichweite wesentlich über das aktuelle Begutachtungsverfahren hinausgeht. Positiv hervorzuheben ist außerdem, dass Pflegebedürftigkeit als ein personales Merkmal verstanden wird und von der schwierigen Vorgehensweise im aktuellen Begutachtungsverfahren, den Unterstützungsbedarf ohne systematische und differenzierte Erfassung der Abhängigkeit bei Aktivitäten und in Lebensbereichen zu ermitteln, konsequent Abstand genommen wird. Lediglich 2 der insgesamt 11 Merkmalsbereiche, aus denen sich der Erhebungsbogen zusammensetzt, weichen hiervon ab (spezielle Pflegemaßnahmen und gesondert zu berücksichtigende Hilfen).

Schwächen weist das Instrument im Bereich der Bewertungssystematik auf. Sie ist beim gegenwärtigen Entwicklungsstand noch nicht voll ausgebildet. Ein Bezugsrahmen zur Interpretation der Einschätzungsergebnisse, der für Gruppenbildungen bzw. eine Graduierung von Pflegebedürftigkeit erforderlich wäre, liegt nicht vor. Die Frage nach der Notwendigkeit, eine inhaltlich begründete Gewichtung von Unselbständigkeit in den berücksichtigten Lebensaktivitäten und Lebensbereichen vorzunehmen, ist bislang nicht zufriedenstellend gelöst. Die Erwartung, dass sich eine abschließende Bewertungssystematik allein aus den Ergebnissen einer praktischen Erprobung ableiten lassen könnte, ist eher kritisch zu hinterfragen. Bei einem solchen Vorgehen bestünde die Gefahr, dass Gewichtungen und Schwellenwerte in einer Weise definiert werden, die den Konsequenzen der individuellen Abhängigkeit für das Leben der Betroffenen nicht ausreichend gerecht wird.

Weiterhin ist auf den derzeit noch nicht ausgearbeiteten Bereich des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs hinzuweisen, zudem offenkundig bereits differenzierte Überlegungen angestellt worden sind, die sich jedoch noch nicht im Instrument selbst niedergeschlagen haben²².

Aus einer vergleichenden Betrachtung lassen sich folgende zentrale Einschätzungen ableiten:

Auf inhaltlicher Ebene erscheint das ABV im Vergleich zu anderen Instrumenten weniger umfassend. Instrumente wie RAI oder FACE weisen einen wesentlich höheren Grad der Differenzierung von funktionellen Einbußen und Abhängigkeiten bei Aktivitäten und in Lebensbereichen auf. Dies erklärt sich daraus, dass diese Instrumente ausdrücklich mit dem Ziel konstruiert worden sind, eine Pflegeplanung bzw. einen Versorgungsplan aufzustellen. Ein Instrument wie RAI kann sogar als primär für die Pflegeplanung entwickeltes Assessment bezeichnet werden. Die Beantwortung der Frage, wie stark der unterschiedliche Differenzierungsgrad bei der Bewertung zu gewichten ist, muss allerdings vom konkreten Verwendungskontext eines Instruments abhängig gemacht werden. Blicke es beim bisherigen zentralen Verfahren der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, die durch externe Gutachter vorgenommen wird, und würde ferner die Verwendung des in der Begutachtung genutzten Instruments für die Entwicklung einer Pflege- oder Versorgungsplanung nicht verbindlich festgeschrieben, so wäre Unterschieden im Differenzierungsgrad kein besonders hoher Stellenwert zuzuschreiben. In gewisser Weise könnte ein geringerer Grad der Komplexität sogar als vorteilhaft bezeichnet werden, da das Einschätzungsverfahren unter diesen Umständen leichter zu handhaben ist und weniger Anforderungen an den Gutachter stellt. Andererseits weist das ABV auch in inhaltlicher Hinsicht an mehreren Stellen Optimierungsbedarf auf (s.o.).

Unter systematischen und fachlichen Gesichtspunkten ist der Aufbau der favorisierten Einschätzungsinstrumente größtenteils überzeugender als der des ABV. Wie schon angemerkt, wäre die Definition der einzelnen Bereiche, für die der Grad der Selbständigkeit festgestellt wird, unter fachlichen Gesichtspunkten ohnehin noch einmal zu überprüfen. Auch muss, legt man die ICF-Perspektive zugrunde, von einem reduzierten Verständnis von sozialer Teilhabe gesprochen werden. Im Bereich 8 des ABV „Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ finden sich insgesamt lediglich sechs Merkmale, die sich entweder auf kommunikative Fähigkeiten oder auf die Frage nach der Fähigkeit beziehen, Kontakte zu Personen des direkten oder sozialen Umfeldes aufrecht zu erhalten. Gemessen an den Aktivitäten und Lebensbereichen, die von der ICF benannt werden, handelt es sich hierbei

²² Nicht von grundsätzlicher Bedeutung, doch an dieser Stelle ebenfalls zu nennen sind einige noch nicht beantwortete Fragen, deren Klärung weiteren Entwicklungsschritten vorbehalten bleiben soll. Dies betrifft beispielsweise die Frage, wie die Versorgung mit einem Dauerkatheter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden soll.

sicherlich nur um einen schmalen Ausschnitt gesellschaftlicher Teilhabe. Andere Instrumente gewichten diese Thematik stärker.

In den vorangegangenen Ausführungen wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass das ABV noch nicht über eine voll ausgebildete Bewertungssystematik verfügt, die beispielsweise eine inhaltlich begründete Abstufung von Graden der Pflegebedürftigkeit ermöglichen würde. In der vergleichenden Betrachtung relativiert sich dieser Hinweis. Denn nur ein Teil der näher in Betracht gezogenen Einschätzungsinstrumente weist eine überzeugende Bewertungssystematik auf. Bei der Übernahme eines Instruments aus dem Kreis der favorisierten Instrumente stünde insofern ebenso wie bei der Weiterentwicklung des ABV die Aufgabe an, eine inhaltlich begründete Bewertungssystematik mit Kriterien zur Unterscheidung von Stufen der Pflegebedürftigkeit zu prüfen bzw. zu entwickeln. Dies ergibt sich aus grundsätzlichen Erwägungen, aber auch aus dem Umstand, dass der zukünftige Begriff der Pflegebedürftigkeit, um den es bei der Begutachtung gehen soll, noch gar nicht festgelegt ist und eine Bewertungssystematik an diesen Begriff eng anzupassen wäre. Entwicklungs- und Forschungsarbeiten werden insofern unabhängig von der Entscheidung, ob das ABV weiterhin in Betracht gezogen werden soll, vermutlich ohnehin notwendig sein. Theoretisch wäre es auch denkbar, umgekehrt aus einem Assessmentinstrument einen Pflegebedürftigkeitsbegriff abzuleiten und entsprechend der Graduierung, die ein solches Instrument vorsieht, auch auf sozialrechtlicher Ebene Stufen der Pflegebedürftigkeit zu unterscheiden. Es handelt sich hierbei allerdings nur um eine theoretische Möglichkeit. Denn die außerhalb Deutschlands entwickelten Instrumente sind naturgemäß auf andere soziale Sicherungssysteme zugeschnitten, und das Verfahren, das sie jeweils zur Bewertung von Pflegebedürftigkeit vorsehen, entspricht daher nicht ohne Weiteres den Anforderungen, die hierzulande zu berücksichtigen wären. Überdies stellt sich die Frage, ob sozialpolitische Grundsatzentscheidungen von der Struktur eines Einschätzungsinstruments abhängig gemacht werden sollten.

Die Frage, ob in anderen Instrumenten eine angemessenere Gewichtung der einzelnen Bereiche der Abhängigkeit vorgenommen wird, lässt sich nicht eindeutig beantworten. RAI beispielsweise sieht in dieser Hinsicht keine standardisierte Darstellung vor, so dass auch die Frage nach der Gewichtung nicht beantwortet werden kann. Die aus der Einschätzung mit dem RAI abgeleiteten RUGs nutzen lediglich eine sehr begrenzte Auswahl an Merkmalen, um Gruppenunterscheidungen zu treffen. Hierbei handelt es sich um verrichtungsbezogene Merkmale, die letztlich als Indikatoren herangezogen werden. Eine nähere Analyse der favorisierten Instrumente führt ähnlich wie im Falle des ABV zu der Frage, ob die Gleichgewichtung einiger Merkmale tatsächlich als inhaltlich begründet gelten kann. In diesem Punkt ist wie im Falle der Bewertungssystematik insgesamt darauf hinzuweisen, dass im Zuge weiterer Entwicklungsarbeiten eine nähere Prüfung der Angemessenheit von Gewichtungen unbedingt empfehlenswert ist, unabhängig davon, welches Instrument letztlich in die nähere Auswahl gezogen wird.

Für die vergleichende Bewertung lässt sich insofern festhalten, dass das Fehlen einer voll ausgebildeten Bewertungssystematik im ABV keinen Anlass dazu geben kann, das Verfahren im Blick auf die Entwicklung eines zukünftigen Begutachtungssystems nicht weiter in Betracht zu ziehen.

Im Hinblick auf die Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans erweisen sich andere Instrumente dem ABV als überlegen. Dies ist, wie schon angemerkt, darauf zurück zu führen, dass diese Instrumente größtenteils explizit für diesen Zweck entwickelt worden sind.

Im Bereich der Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs ergibt sich ein gemischtes Bild. Das ABV kann hier mit anderen Instrumenten sehr wohl konkurrieren.

Während das ABV im Bereich der „gesondert zu berücksichtigenden Hilfen“ einen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung erfasst, kann entsprechendes für die anderen Instrumente nicht konstatiert werden. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass es in anderen Ländern eine der Diskussion in Deutschland vergleichbare Auseinandersetzung um die Frage nach Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf nicht gibt. Auch in diesem Fall handelt es sich um eine spezifisch nationale Frage. Andere Instrumente wie das FACE erfassen durchaus Merkmale, die für die Ermittlung von Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf relevant sind, sie verzichten allerdings auf eine direkte Einschätzung von Art, Häufigkeit und Umfang dieses Bedarfs, wie dies im ABV vorgesehen ist. Ähnliches gilt für die anderen Instrumente. Auf eine abschließende vergleichende Beurteilung der Frage nach der Erfassung des Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfs soll daher an dieser Stelle verzichtet werden. Sie ist unabhängig davon, ob das ABV oder ein anderes Instrument in die nähere Auswahl einbezogen wird, grundsätzlich zu erörtern.

Im Gesamtbild zeigen sich somit in einigen Punkten Schwächen des ABV im Vergleich zu anderen Instrumenten. Berücksichtigt man, dass es sich um ein noch in Entwicklung befindliches Instrument handelt, wiegen diese Schwächen jedoch weniger schwer. Auch sollte bedacht werden, dass vermutlich jedes Instrument im Zuge der Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die eine oder andere Art modifiziert bzw. weiterentwickelt werden muss (vgl. folgendes Kapitel). Außerdem bietet das ABV bereits einen an die hiesige Begutachtungspraxis gut angepassten Rahmen, der für andere Instrumente erst noch hergestellt werden müsste. Schließlich lassen die vorliegenden Erprobungsergebnisse erwarten, dass ein Instrument dieser Art praxistauglich wäre.

Es wird daher empfohlen, das alternative Begutachtungsverfahren ebenso wie FACE, EASY Care und RAI als mögliche Basis für ein Instrument für ein zukünftiges Begutachtungsverfahren in Betracht zu ziehen.

7. Adaption und Kombination von Einschätzungsinstrumenten

Nach der Darstellung der Ergebnisse der Instrumentenanalysen soll nunmehr eine Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen der Adaption und/oder Kombination von Begutachtungs- bzw. Einschätzungsinstrumenten vorgenommen werden. Diese Einschätzung nimmt methodische und inhaltliche Fragen, aber auch Aspekte der Praktikabilität in den Blick.

Hierbei ist unbedingt darauf hinzuweisen, dass eine definitive Entscheidung für oder gegen ein Instrument letztlich von der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs abhängig gemacht werden muss. Insofern haben die folgenden Überlegungen notwendigerweise einen sehr vorläufigen Stellenwert.

Methodische Fragen

Ein Einschätzungsinstrument, welches zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit Verwendung finden soll, muss eine Ergebnisdarstellung in Form einer konkreten Größe (Punktwert, Gruppenbildungen o.ä.) hervorbringen²³. Diese Form der Ergebnisdarstellung ist notwendig, um Aussagen darüber formulieren zu können, unter welchen Voraussetzungen eine Leistungsberechtigung gegeben ist und in welcher Höhe Leistungen gewährt werden sollen. Erforderlich ist ferner ein Bezugsrahmen zur Interpretation der Ergebnisse.

Aus der derzeitigen Offenheit des zukünftigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt sich in dieser Hinsicht die Frage nach der Flexibilität von Instrumenten: Können die Verfahren, die nach den Empfehlungen des vorliegenden Berichts näher in den Blick genommen werden sollten, an einen spezifischen Begriff der Pflegebedürftigkeit angepasst werden? Mit Ausnahme des ABV gilt für alle dieser Instrumente, dass sie Informationen erfassen, die im Rahmen eines zukünftigen Begutachtungsverfahrens nicht berücksichtigt werden müssen. Wäre es jedoch ausgeschlossen, die für den Begriff der Pflegebedürftigkeit irrelevanten Einschätzungen aus der Gesamtbewertung bzw. dem Gesamtergebnis auszusondern, so würde dies zur Disqualifizierung des betreffenden Instruments führen. Denn in das Ergebnis der Einschätzung, aus dem Leistungsansprüche abgeleitet werden sollen, würden unter diesen Umständen Faktoren einfließen, die im Hinblick auf den Leistungsanspruch explizit außer Betracht bleiben sollten. Ein solches Aussondern wäre etwa bei Instrumenten wie dem Barthel-Index, dessen Bewertungssystematik nicht verändert werden kann, ohne die Aussagekraft des Instruments erheblich zu beeinträchtigen, ausgeschlossen. Am Ende lägen zwar

²³ Dies stellt sich in Ländern, in denen der Leistungsanspruch erst im Rahmen der Aufstellung eines individuellen Hilfeplans konkretisiert wird, anders da. Der vorliegende Bericht geht jedoch von der Grundannahme aus, dass es in Deutschland auch in Zukunft ein bundesweit einheitliches Verfahren zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit geben wird.

Einschätzungsergebnisse vor, aber sie wären streng genommen nicht interpretierbar, zumindest nicht so, wie es das Instrument eigentlich vorsieht.

Allerdings stellt sich die Frage, ob es überhaupt ein Instrument geben kann, das sich in dieser Hinsicht flexibel auf veränderte inhaltliche Anforderungen einstellen kann. Eine Bewertungssystematik ist im Grunde ein feststehendes Regelwerk, dem grundsätzliche und zum Teil auch empirisch geprüfte Annahmen unterlegt sind. Instrumente ohne klare Bewertungssystematik wiederum bieten keine Möglichkeit, das Einschätzungsergebnis in standardisierter Form auszudrücken und damit im Hinblick auf Leistungsansprüche interpretierbar zu machen.

Insofern relativiert sich die Frage nach der Adaptierbarkeit: Kein Instrument ist adaptierbar, wenn dies mit einem weitreichenden Eingriff in die jeweilige Bewertungssystematik verbunden wäre, und jedes Instrument ist adaptierbar, wenn die Entscheidung getroffen wird, es mit einer neuen und modifizierten Bewertungssystematik zu versehen (deren Tragfähigkeit dann allerdings erst noch unter Beweis gestellt werden müsste).

Das ABV sieht einen Gesamtscore vor, für den noch ein Bezugsrahmen entwickelt werden muss. EASY Care arbeitet ebenfalls mit einem Gesamtscore, in FACE finden sich Scores zu Subscalen. Die Resident oder Client Assessment Protocols (RAPs; CAPs) und Risikoerkennungstabellen im RAI bewegen sich auf einer anderen Ebene und sind mit solchen Scores nicht vergleichbar; hier gibt es vielmehr Resource Utilization Groups (RUGs), die allerdings ebenfalls einer anderen Logik folgen. RAI weist insofern eine von den anderen drei Instrumenten abweichende Form der Ergebnisdarstellung auf.

Es ist davon auszugehen, dass mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf jeden Fall die Notwendigkeit entstehen wird, eine diesem Begriff angepasste Bewertungssystematik zu entwickeln, und zwar für jedes Instrument, auf das letztlich die Wahl fällt. Die von den genannten Instrumenten vorgesehenen Lösungen können dabei möglicherweise hilfreich sein, einfach übernommen werden können sie jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht. In einem ersten Schritt wäre dabei zu prüfen, ob eine entsprechende Ergebnisdarstellung aufgrund der durch das Instrument erhobenen Informationen überhaupt möglich ist. In einem zweiten Schritt müssten dann entsprechende Test- und Erprobungsverfahren durchgeführt werden, um entscheiden zu können, welche sinnvollen und aussagekräftigen Gruppierungen oder Abstufungen vorgenommen werden könnten.

Inhaltliche Fragen

Die Frage der Adaptierbarkeit auf inhaltlicher Ebene hängt zum Teil mit der Frage nach der Bewertungssystematik zusammen: Eine solche Systematik bildet gewissermaßen die Klam-

mer, mit der die verschiedenen Module eines Instruments zusammengehalten werden. Umgekehrt können Module nicht ausgetauscht oder ergänzt werden, ohne die Bewertungssystematik infrage zu stellen. Wird die Entwicklung einer neuen Systematik jedoch ohnehin erforderlich, entfällt diese Klammer, wodurch sich diese Beschränkungen aufheben. Alle der vier Instrumente wären unter diesen Umständen mit anderen Verfahren ganz oder in Teilen kombinierbar. Dies gewährleistet die relativ klare modulare Struktur der Instrumente.

Instrumente oder Module von Instrumenten sollten allerdings in der Darstellung der Ergebnisse bzw. bei den Skalen der Merkmalsausprägungen möglichst viel Ähnlichkeit haben. Weichen sie stark voneinander ab (z.B. Punktwert und Fallgruppe), ist es zwar nicht unmöglich, aber schwierig, Teilergebnisse zu einem Gesamtergebnis zusammenzuführen. In jedem Fall führt eine Kombination von Instrumenten oder Modulen auf dieser Ebene zu hohem Aufwand.

Die mit jeder Kombination begründete Notwendigkeit zur Feststellung und Überprüfung der methodischen Güte bedarf an dieser Stelle keiner näheren Erläuterung.

Praktikabilität

Über die genannten Punkte hinaus sind Aspekte zu berücksichtigen, die die praktischen Chancen auf eine zeitnahe Umsetzung betreffen. Dazu gehören Fragen der Übersetzung und lizenzrechtliche Fragen.

Von den in die nähere Auswahl einbezogenen Verfahren liegen deutsche Übersetzungen für das RAI 2.0, das RAI HC und das EASY Care vor, wobei zu der EASY Care Übersetzung einschränkend gesagt werden muss, dass sie sich nicht auf die aktuellste Version des Originalinstruments bezieht. Für das FACE liegt keine Übersetzung vor.

Sowohl bei EASY Care als auch bei FACE wäre eine Übersetzung und Rückübersetzung erforderlich, um eine weitere Verwendung des Instruments in Betracht zu ziehen. Ohne aus diesem Grund einer weiteren Verwendung der Instrumente die Grundlage zu nehmen, muss dieser Aspekt dennoch angesichts des engen Zeitplans der Pflegeversicherungsreform bedacht werden.

Zu berücksichtigen sind darüber hinaus lizenzrechtliche Fragen. Im Vorfeld der durchgeführten Recherche haben diese Fragen keine Rolle gespielt. Es stellte sich jedoch relativ bald heraus, dass sie von immens hoher Bedeutung sind. Das IPW hat sich beispielsweise im Rahmen der Recherche mit den amerikanischen Urhebern eines Instruments in Verbindung gesetzt und um nähere Informationen gebeten. Als Antwort erhielt es die Bemerkung, dass laut der in den USA vorliegenden Unterlagen keine Erlaubnis erteilt worden sei, Test-

untersuchungen zu dem entsprechenden Instrument durchzuführen. In diesem Fall konnte das Missverständnis relativ schnell aufgeklärt werden, jedoch verdeutlicht diese Episode die Bedeutung und die Auswirkung der Fragen nach Lizenz und Urheberschaft.

In einem anderen Fall war es erforderlich, dass seitens des IPW ein ‚Confidentiality Agreement‘ unterzeichnet wurde, bevor die Urheber des entsprechenden Instruments bereit waren, die aktuellste Version zu Analyse Zwecken zur Verfügung zu stellen. Der Prozess zwischen Anfrage an die Urheber und Erhalt des entsprechenden Instruments hatte eine Dauer von ca. zwei Monaten und ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch immer nicht abgeschlossen.

Bezogen auf die oben genannten Instrumente gestalten sich die jeweiligen Verfahren unterschiedlich. Die Rechte für EASY Care liegen bei der University of Sheffield. Derzeit gibt es im Internet nur wenige Informationen zu Verfahrensweisen. Die interRAI Kooperation lädt dazu ein, die Instrumente für nicht-kommerzielle Zwecke zu verwenden. Die Bedingungen für eine Nutzung des FACE müssten mit den Betreibern und Entwicklern der EDV-gestützten Version geklärt werden.

Im britischen Single Assessment Process bestand eine Anforderung des Department of Health darin, das Assessmentverfahren nicht an ein bestimmtes Produkt eines einzelnen Unternehmens auszurichten. Es erscheint ratsam, dieser Anforderung auch hierzulande zu folgen.

Lizenzrechtliche Fragen dürften im Falle einer Kombination von Instrumenten noch weit größere Probleme aufwerfen und könnten diese ggf. sogar unmöglich machen. Bevor eine solche Entscheidung ins Auge gefasst wird, sollte im konkreten Fall unbedingt eine Prüfung dieser Frage erfolgen.

Im Gesamtbild zeigt sich eine Reihe keineswegs leicht zu lösender Probleme, die entstehen, wenn ein von anderen Stellen bereits entwickeltes Instrument im Rahmen der Begutachtung eingesetzt werden soll. Inhaltliche Anpassungen an den Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Entwicklung einer geeigneten Bewertungssystematik und die Lösung praktischer Probleme wie Übersetzung oder lizenzrechtliche Klärungen ergeben zusammen eine stattliche Herausforderung, die der Herausforderung, ein völlig neues Instrument zu entwickeln, kaum nachsteht.

8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Aufgabe des Projekts bestand darin, ausgehend von einer umfassenden nationalen und internationalen Recherche eine Analyse und Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Begutachtungs- bzw. Einschätzungsinstrumenten vorzunehmen, auf denen weitergehende Schritte der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Angleichung des Begutachtungsverfahrens aufbauen können.

Die Recherche nach Pflegebedürftigkeitsbegriffen umfasste verschiedene Quellen, u.a. pflegetheoretische Modelle, Pflegesicherungssysteme in anderen Ländern und Arbeiten internationaler Organisationen.

Aus einer internationalen sozialpolitischen Perspektive ergeben sich die Aspekte ‚funktionale Abhängigkeit‘ und ‚personelle Hilfe‘ als zwei für die Charakterisierung von Pflegebedürftigkeit zentrale Begriffe. Im Kern stellen diese beiden Aspekte jedoch nur die Schnittmenge der geltenden Regelungen in einer Vielzahl von Ländern auf der gesamten Welt dar und sind dementsprechend unspezifisch.

Pflegetheoretische Arbeiten ermöglichen eine differenziertere Perspektive, in dem sie Krankheiten und andere gesundheitliche Probleme als ursächlich für Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver/physischer Funktionen ansehen und die daraus resultierenden Anforderungen und Belastungen in das Blickfeld nehmen. Zu einem gemeinsamen Verständnis von Pflegebedürftigkeit gehört die Abhängigkeit von personeller Hilfe, die aus einem Missverhältnis zwischen Beeinträchtigungen, Belastungen und Anforderungen einerseits sowie den individuellen Bewältigungsressourcen andererseits besteht.

Aus diesen Überlegungen wurden Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffes abgeleitet. Danach wäre eine Person als pflegebedürftig zu bezeichnen, wenn sie

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.

Es wird empfohlen, dieses Grundverständnis, über das im Bereich der Pflegewissenschaft, zum Teil aber auch darüber hinaus breiter Konsens besteht, bei den anstehenden Beratungen zur Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen.

Für die Frage nach einem zukünftigen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist von diesen Elementen ausgehend die Frage zu stellen, welche Aktivitäten und Bereiche infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr autonom bewältigt werden können und wie sie sich darstellen lassen. Dazu wurden verschiedene Systematisierungsversuche dargestellt, zu denen die an Aktivitäten orientierten Pflegemodelle, Klassifizierungen von Pflegediagnosen und Pflegeergebnissen gehören, aber auch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), in der neun Bereiche der Aktivitäten und Teilhabe unterschieden werden. Im Verständnis der ICF zeigen sich zahlreiche Parallelen zu den oben genannten Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Für weitergehende definatorische Klärungen ist eine Verständigung über die für den Pflegebedürftigkeitsbegriff relevanten Aktivitäten und Lebensbereiche notwendig, für die die genannten Systematisierungsversuche Orientierungshilfen geben können.

Im Rahmen der Analyse von Einschätzungsinstrumenten wurden zunächst die Erfahrungen und Entscheidungsprozesse in anderen Ländern in den Blick genommen. Dabei zeigte sich, dass zwar einerseits eine Gruppe von Instrumenten in den Bewertungen gut abgeschnitten hat, aber andererseits Zurückhaltung hinsichtlich einer vorbehaltlosen Festlegung auf ein bestimmtes Instrument geübt wurde. Diese Zurückhaltung liegt sowohl in unterschiedlichen Verwendungsabsichten in einzelnen Ländern begründet als auch darin, dass es offensichtlich keinen generellen Konsens über die Gewichtung von Bewertungskriterien gibt.

Grundsätzlich ist allerdings festzustellen, dass weltweit Verfahren favorisiert werden, die analog zu den oben genannten Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs primär die Abhängigkeit von personeller Hilfe sowie die Ausprägung von funktionellen Einbußen, psychischen Problemlagen und Verhaltenweisen abbilden und erst auf dieser Grundlage das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit bestimmen. Notwendige Pflegezeiten werden hierbei, sofern sie überhaupt eine Rolle spielen, als abgeleitete Größe verstanden und nicht – wie im gegenwärtigen Begutachtungsverfahren nach dem SGB XI – als Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit verwendet.

Insgesamt sind 38 verschiedene Assessmentinstrumente in die Analyse aufgenommen worden. Diese Instrumente teilen sich in drei Gruppen (Instrumente zur Bestimmung eines umfassenden Pflegebedarfs, Instrumente zur vertiefenden Bestimmung von spezifischen Bereichen und Instrumente zur Einschätzung des Bedarfs bei Kindern). Ähnlich wie in anderen Ländern kann auch nach den Untersuchungsergebnissen, die im vorliegenden Bericht vorgestellt wurden, keine vorbehaltlose Empfehlung für ein einzelnes Instrument ausgesprochen werden. Stattdessen wird für vier der 21 umfassenden Instrumente empfohlen, die Verwendung im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit weiter zu prüfen. Bei diesen Instrumenten handelt es sich um die Verfahren EASY

care, FACE, RAI 2.0 und RAI HC. Diese Instrumente besitzen eine umfassende inhaltliche Reichweite und sind für unterschiedliche Verwendungszwecke einsetzbar. Darüber hinausgehend wird für die Instrumente CANE, RCN Assessment und RUM eine eingeschränkte Empfehlung abgegeben. Das CANE enthält interessante Aspekte zur Einschätzung von Risiken, aus denen sich ein Präventionsbedarf ableiten lässt. Das RCN Assessment impliziert ein sehr umfassendes Pflegeverständnis und gibt wichtige Hinweise zur Überwindung des Verichtsbezuges bei der Leistungserbringung. Der RUM verdeutlicht eine andere mögliche Form der leistungsrechtlichen Zuordnung. Für alle anderen Instrumente wird keine Empfehlung ausgesprochen. Die Ergebnisse der Analyse weisen deutliche Parallelen zu den internationalen Bewertungen auf.

In Bezug auf die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern konnte kein komplexes Assessmentverfahren identifiziert werden, dem hierzu eine prinzipielle Eignung zu bescheinigen ist. Auch die oben genannten Instrumente kommen in der vorliegenden Form nicht in Betracht. Die Recherche nach spezifisch auf Kinder ausgerichteten Instrumenten ergab Hinweise auf drei Verfahren (WeeFIM, KITSI, PEDI), die nach näherer Analyse jedoch ebenfalls keine überzeugende Alternative darstellen. Ein neues, überzeugendes Verfahren für die Begutachtung bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren kann mit den derzeit verfügbaren Instrumenten nicht etabliert werden.

Das alternative Begutachtungsverfahren der MDK-Gemeinschaft (ABV), das in der vorliegenden, noch unvollständigen Version im Januar 2007 fertiggestellt wurde, ist nach den gleichen Kriterien wie alle anderen Instrumente untersucht worden. Im Gegensatz zu vielen anderen Instrumenten wird hier ein expliziter Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde gelegt. Dieser nimmt vorrangig den durch gesundheitliche bzw. funktionelle Beeinträchtigungen bedingten Selbstständigkeitsverlust in den Blick. Im Gesamtbild zeigen sich einige Schwächen des ABV im Vergleich zu anderen Instrumenten. Sie betreffen vor allem die inhaltliche Reichweite, die inhaltliche Systematisierung, die Erfassung von Präventions-/Rehabilitationsbedarf sowie die Abbildung psychischer Problemlagen. Auch der bislang erkennbare Ansatz der Bewertungssystematik erscheint optimierungsbedürftig (dies gilt jedoch ebenso für die anderen Instrumente). Daneben weist das ABV Merkmale auf, die mit anderen Instrumenten durchaus konkurrieren können. Die Ergebnisse einer ersten Erprobung lassen vermuten, dass ein Instrument dieser Art praxistauglich wäre.

Bei der vergleichenden Betrachtung ist zu berücksichtigen, dass es sich um ein in Entwicklung befindliches Instrument handelt. So konnte beispielsweise die Festlegung eines Verfahrens zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs mit der vorliegenden Version noch nicht abgeschlossen werden. Außerdem liegen zwangsläufig nur sehr begrenzte Erkenntnisse zur methodischen Güte vor.

Unter Abwägung dieser Befunde wird empfohlen, das Instrument aus dem weiteren Verfahren nicht auszuschließen, sondern ebenso wie FACE, EASY Care und RAI als mögliche Basis für ein zukünftiges Begutachtungsinstrument in Betracht zu ziehen.

Aus den Ergebnissen der Untersuchung lassen sich für den weiteren Prozess der Entwicklung eines Begutachtungsinstruments vor allem zwei Optionen ableiten:

Die erste Option besteht in der Entscheidung für eines der etablierten Instrumente (FACE, EASY Care oder RAI) bzw. das alternative Begutachtungsverfahren der MDK-Gemeinschaft. Hierbei ist zu bedenken, dass mögliche Adaptionen etablierter Instrumente und/oder Kombinationen mit anderen Instrumenten weitreichende Fragen inhaltlicher, methodischer, praktischer und ggf. lizenzrechtlicher Art aufwerfen, mit einem hohen Aufwand verbunden wären und voraussichtlich viel Zeit in Anspruch nehmen würden. Es ist höchst unsicher, ob auf diesem Weg der Zeitplan für die Entwicklung und Erprobung eines Begutachtungsinstruments eingehalten werden könnte. Ähnliches gilt für eine mögliche Weiterentwicklung des alternativen Begutachtungsverfahrens. Auch in diesem Fall wären noch erhebliche Anstrengungen erforderlich, um die dargelegten Schwächen zu beheben und das Instrument auf einen Stand zu bringen, mit dem es flexibel genug wäre, den möglichen Ergebnissen der anstehenden Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gerecht zu werden. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass sich die Frage der Kinderbegutachtung mit dieser Option sehr wahrscheinlich nicht lösen lässt.

Die zweite Option bestünde darin, eine Instrumentenentwicklung ohne Rückgriff auf verfügbare Verfahren zu forcieren und von vornherein mit dem Prozess der Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eng zu verzahnen. Wie die Untersuchungsergebnisse erkennen lassen, ist keines der analysierten Instrumente so überzeugend, dass diese Option außer Betracht bleiben müsste. Auch dieser Weg wäre voraussichtlich mit hohem Aufwand verbunden, hätte allerdings den Vorzug, dass sich zeitliche Unwägbarkeiten, die aus der Übernahme vorhandener Instrumente bzw. aus den damit verbundenen Anpassungserfordernissen resultieren würden, vermeiden ließen. Darüber hinaus böte diese Lösung mehr Spielraum für die Harmonisierung des Prozesses der Instrumentenentwicklung und des Prozesses der Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Denn Eingriffe in die Struktur eines vorhandenen Instruments, die aufgrund fehlender inhaltlicher Übereinstimmung mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich werden, bringen in aller Regel erhebliche Komplikationen mit sich. Schließlich zeigen auch die Prozesse in anderen Ländern, dass eine Neuentwicklung im Hinblick auf die Berücksichtigung spezifischer nationaler Rahmenbedingungen häufig als die geeignetere Lösung angesehen wird.

Somit bietet die zweite Option bessere Chancen, innerhalb des festgelegten Zeitplanes für die Instrumentenentwicklung zu tragfähigen Ergebnissen zu kommen. Es wird daher empfohlen, unter Einbeziehung von Ansätzen, die sich in den vorliegenden Instrumenten vorfinden, und unter strikter Orientierung am Grundsatz des modularen Aufbaus die Neuentwicklung eines Begutachtungsinstruments einzuleiten.

Im Text verwendete Literatur

- Abdellah, F.G./Beland, I.L. et al. (1960): Patient-centered approaches to nursing. New York: Macmillan
- Abderhalden, C. (1986): Psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie. Basel: RECOM
- ANA – American Nurses Association (1980): A Social Policy Statement. Kansas City
- Arbeitsgruppe Kinderpflege (1998): Die Pflegeversicherung von Kindern. Literaturübersicht, Erfahrungsbericht und interdisziplinäres Konsensuspapier. Endfassung vom 15.10.1998
- Arbeitsgruppe Kinderpflege (1999): Die Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern. Projektbericht und Modellentwicklung. Endfassung vom 25.02.1999
- Bartholomeyczik, S./Halek, M. (Hg.) (2004): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Wittener Schriften. Hannover: Schlütersche
- Bartholomeyczik, S./Hunstein, D./Koch, V./Zegelin-Abt, A. (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Bartholomeyczik, S./Ulmer, E.-M./Linhart, M. (1999): Pflegebedarf nach Begutachtung – eine Analyse von MDK-Daten aus Hessen. In: Schmidt, R./Entzian, H./Giercke, K.-I./Klie, T. (Hg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt am Main: Mabuse, 100-114
- Bericht der Arbeitsgruppe II des Bundespflegeausschusses an den Bundespflegeausschuss v. 10. Juni 2002 (Unveröffentlicht)
- Biefang, S./Potthoff, P./Schliehe, F. (1999): Assessmentverfahren für die Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe
- Bihl, D./Fuchs, H./Krauskopf, D./Ritz, H.-G. (Hg.) (2006): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch, Sankt Augustin: Asgard Verlag
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin
- Bös, K. (Hg.) (2001): Handbuch Motorische Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebogen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren. Göttingen: Hogrefe
- Bowling, A. (1997): Measuring Health. A review of quality of life measurement scales. Buckingham/Philadelphia: Open University Press
- Bowling, A. (2001): Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham/Philadelphia: Open University Press
- Brähler, E. (Hg.) (1986): Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin. Berlin: Springer
- Brähler, E./Schumacher, J./Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Brody, E.M. (1985): Parent care as a normative family stress. The Gerontologist 25, Nr. 1, 19-29
- Brooks, R.G. (1991): Health Status and Quality of Life Measurement. Issues and Developments. Lund: The Swedish Institute for Health Economics
- Bullinger, M./Siegrist, J./Ravens-Sieberer, U. (Hg.) (2000): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18. Göttingen: Hogrefe
- Castendiek, J. (2001): Behinderte Kinder in der Pflegeversicherung. Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 48, 28-41
- Chick, N./Meleis, A. (1986): Transitions: a nursing concern. In: Chinn, P.L. (Hg.): Nursing research methodology: issues and implementation. Rockville, MD: Aspen Publishers, 237-257
- Corbin, J. (1994): Chronicity and the trajectory framework. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P94-202. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Corbin, J./Strauss, A. (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheit. In: Woog, P. (Hg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Modell. Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1-30
- Corbin, J./Strauss, A. (2003): Weiterleben lernen. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber
- Department of Health (2007): Single Assessment Process. <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/SingleAssessmentProcess/fs/en> [letzter Zugriff: 23.02.2007]
- Donohue Eben, J./Gashti, N.N./Hayes, S.E./Marriner-Tomey, A./Nation, M.J./Nordmeyer, S.B. (1994): Self-Care Deficit Theory of Nursing. In: Marriner-Tomey, A. (Hg.): Nursing Theorists and Their Work. 3. Auflage. St. Louis: Mosby, 102-115

- Fawcett, J. (1998): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. 2. Auflage. Bern: Huber
- Furukawa, C.Y./Howe, J.K. (1990): Virginia Henderson. In: George, J.B. (Hg.): Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice. 3. Auflage. New Jersey: Prentice-Hall, 61-78
- George, J.B. (Hg.) (1990): Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice. 3. Auflage. New Jersey: Prentice-Hall
- Gordon, M. (1998): Handbuch Pflegediagnosen. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Medical
- Häußler, M./Streit, A./Straßburg, H.-M. (2002): Validität der Pflegebegutachtung bei körperbehinderten und bei geistig behinderten Kindern. Gesundheitswesen 64, Nr. 10, 527-533
- Heine, U. (1997): Probleme in der Begutachtung der ambulanten und stationären Pflege aus sozialmedizinischer Sicht. In: Ärztekammer Westfalen-Lippe/Akademie für Sozialmedizin Bochum (Hg.): 4. Sozialmediziner-Tag in Bad Salzuflen am 13./14. September 1996: Pflegeversicherung - neue Herausforderung für die Sozialmedizin. Münster, 51-58
- Henderson, V. (1960): Basic Principles of Nursing Care. London: International Council of Nurses
- Henderson, V. (1997): Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber, 39-54
- International Council of Nurses (ICN) (2003): ICNPC® - Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Huber
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Entwurf der deutschsprachigen Fassung April 2002 (Konsensusentwurf), enthalten auf CD-ROM zu Bähr et al. (2006): SGB IX
- IQPR – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH: Assessment-Info, Köln. <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/default.asp>, 27.02.2007
- Isfort, M./Weidner, F. (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Bericht über die erste Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. Freiburg/Köln
- Johnson, D.E. (1980): The behavioral system model for nursing. In: Riehl, J.P./Roy, C.: Conceptual models for nursing practice. 2. Auflage. New York: Appleton-Century-Crofts, 207-216
- Johnson, D.E. (1990): The behavioral system model for nursing. In: Parker, M.E. (Hg.): Nursing theories in practice. New York: National League for Nursing, 23-32
- Johnson, M./Maas, M.L./Moorhead, S. (Hg.) (2005): Pflegeergebnisklassifikation – NOC. Bern: Huber
- Kane, R.L./Kane, R.A. (2000): Assessment in Long-term care. In: Annual Review of Public Health 3, 659-686
- Keene, J. (2001): Clients with complex needs: Interprofessional practice. Oxford: Blackwell Sciences
- Kellnhauser, E./Schewior-Popp, S./Sitzmann, F./Geißner, U./Gümmer, M./Ullrich, L. (Hg.) (2000): Pflege. Entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Band 1 und 2. Stuttgart: Thieme
- King, I.M. (1971): Towards a theory for nursing. New York: John Wiley & Sons
- King, I.M. (1987): King's theory of goal attainment. In: Parse, R. (Hg.): Nursing Science: Major paradigms, theories, and critiques. Philadelphia: W.B. Saunders
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranke. Baden-Baden: Nomos
- Kuratorium für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft e.V. (1991): Datensammlung für die Kalkulation der Kosten und des Arbeitszeitbedarfs im Haushalt. Münster: KTBL-Schriftvertrieb im Landwirtschaftsverlag
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Herausgegeben vom Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Lange, S./Albrecht, M./Dammann, J./Saleem, S./Wessel, U. (2000): Werden Kinder im Rahmen der Begutachtung zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit richtig eingestuft? Gesundheitswesen 8, Nr. 62, 59-63
- Larson, J.S. (1991): The Measurement of Health. Concepts and Indicators. New York: Greenwood Press
- Levine, M.E. (1990): Conservation and integrity. In: Parker, M.E. (Hg.): Nursing theories in practice. New York: National League of Nursing, 189-201
- Lincoln Centre for Ageing and Community Care Research (2004): The review and identification of an existing, validated, comprehensive assessment tool. Final Report. Australian Institute for Primary Care at La Trobe University. Victoria
- Martin, G.J.O./Martin, I.R. (2003): Assessment of community dwelling older people in New Zealand: A review of tools. Final Report

- Marriner-Tomey, A. (Hg.) (1994): *Nursings Theorists and Their Work*. 3. Auflage. St. Louis: Mosby
- McCormack, B./Slater, P. (2002): *Determining an appropriate framework for assessing older peoples need for 'free nursing': Pilot Project Report*. Department of Health, Social Services and Public Safety, University of Ulster
- McDowell, I./Newell, C. (1996): *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 2. Auflage. New York: Oxford University Press
- MDS (2001): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000*. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- MDS (2006): *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- Meleis, A. (1991): *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 2. Auflage. New York: Lippincott
- Meleis, A. (1997): *Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA*. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber, 17-37
- Meleis, A./Sawyer, L.M./Im, E.-O./Messias, D.K./Schumacher, K. (2000): *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science* 23, Nr. 1, 12-28
- Merlis, M./Van de Water, P.N. (2005): *Long-term care financing: Models from abroad*. Health and Income Security Brief. National Academy of Social Insurance. http://www.nizw.nl/Intelligence/docs/LTC/LTC-005/Health_and_Income_Security_Brief_No_9%5B1%5D.pdf, 21.02.2007
- Mezey, M./Fulmer, T./Abraham, I. (Hg.) (2003): *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. New York: Springer
- MISSOC (2006): *Comparative Tables on Social Protection in the 25 Member States of the European Union, in the European Economic Area and in Switzerland - Situation on 1 January 2006*. http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_tables_en.htm, 21.02.2007
- Moers, M./Schaeffer, D. (2003): *Pflegetheorien*. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 35-66
- Moers, M./Schaeffer, D. (2006): *Pflegetheorien heute: Wie können sie die Praxisentwicklung fördern? Teil I. Die Schwester/der Pfleger* 45, Nr. 12, 1050-1053
- Moers, M./Schaeffer, D. (2007): *Pflegetheorien heute: Wie können sie die Praxisentwicklung fördern? Teil II. Die Schwester/der Pfleger* 46, Nr. 1, 70-73
- Myrtek, M. (1998): *Gesunde Kranke – kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens*. Bern: Huber
- Nolan, M./Grant, G./Keady, J. (1999): *Supporting family carers: a facilitative model for community nursing practice*. In: McIntosh, J. (Hg.): *Research Issues in Community Nursing*. Houndmills: Macmillan Press, 177-201
- OECD (2005): *The OECD Health Project. Long-term Care for Older People*. Paris: OECD Publishing
- Orem, D.E. (1983): *The self care deficit theory of nursing: A general theory*. In: Clements, I./Roberts, F. (Hg.): *Family Health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley
- Orem, D.E. (1990): *A nursing practice theory in three parts, 1956-1989*. In: Parker, M.E. (Hg.): *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing
- Orem, D.E. (1997): *Eine Theorie der Pflegepraxis*. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.) (1997): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber, 85-96
- Orlando, I.J. (1961): *The dynamic nurse-patient relationship*. New York: G.P. Putnam's Sons
- Orlando, I.J. (1972): *The discipline and teaching of nursing process*. New York: G.P. Putnam's Sons
- Osterweil, D./Brummel-Smith, K./Beck, J.C. (Hg.) (2000): *Comprehensive Geriatric Assessment*. New York: McGraw-Hill
- Paterson, J.G. (1971): *From a philosophy of clinical nursing to a method of nursology*. *Nursing Research* 20, Nr. 2, 143-146
- Paterson, J.G./Zderad, L.T. (1988): *Humanistic in nursing*. 2. Auflage. New York: National League of nursing
- Peplau, H. (1952): *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons
- Ravens-Sieberer, U./Cieza, A. (Hg.) (2000): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte, Methoden, Anwendung*. Landsberg: Ecomed
- Roper, N./Logan, W.W./Tierney, A.J. (1993): *Die Elemente der Krankenpflege*. 4. Auflage. Basel: Recom

- Roy, C. (1980): The Roy Adaptation Model. In: Riehl, J.P./Roy, C.: Conceptual models for nursing practice. 2. Auflage. New York: Appleton-Century-Crofts, 179-188
- Roy, C./Andrew, H.A. (1991): The Roy adaption model: The definite statement. Norwalk: Appleton & Lange
- Sarason, I.G./Sarason, B.R. (Hg.) (1985): Social Support: Theory, Research and Applications. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers
- Sarason, B.R./Sarason, I.G./Pierce, G.R. (Hg.) (1990): Social Support: An interactional view. New York: John Wiley & Sons
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 447-483
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2002): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber
- Schumacher, K./Jones, P./Meleis, A. (1999): Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In: Swanson, E./Tripp-Reimer, T. (Hg.): Life transitions in the older adult. Issues for nurses and other health professionals. New York: Springer, 1-26
- Schumacher, J./Klaiberg, A./Brähler, E. (Hg.) (2003): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe
- Shumaker, S.A./Berzon, R. (Hg.) (1995): The international assessment of health-related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis. Oxford/New York: Rapid Communications
- Schuntermann, M. (2002): Vorwort zur deutschen Fassung der ICF. In: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Entwurf der deutschsprachigen Fassung April 2002 (Konsensusentwurf), enthalten auf CD-ROM zu Bihl et al. (2006): SGB IX
- SEG 2 - Pflege (2007): Entwicklung eines alternativen Verfahrens zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit
- Steppe, H. (1990): Faye G. Abdellah – 21 Pflegeprobleme. Die Schwester/Der Pfleger 29, 1046-1050
- Stewart, A.L./Ware, J.E. (1992): Measuring Functioning and well-being. The Medical Outcomes Study Approach. Durham/London: Duke University Press
- Streiner, D.L./Norman, G.R. (1995): Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press
- Travelbee, J. (1966): Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: F.A. Davis
- Tsutsui, T./Muramatsu, N. (2005): Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. Journal of the American Geriatrics Society 53, Nr. 3, 522-527
- Wertman De Meester, D./Lauer, T./Marriner-Tomey, A./Neal, S.E./Williams, S. (1994): Definition of Nursing. In: Marriner-Tomey, A. (Hg.): Nursing's Theorists and Their Work. 3. Auflage. St. Louis: Mosby, 102-115
- WHO (2000): Home-based long-term care. Report of a WHO study group. WHO Technical Report Series 898. Genf: WHO
- WHO (1996): Nursing Practice. Report of a WHO Expert Committee on Nursing Practice. Genf: WHO
- WHO (2003): Key Policy Issues in Long-term Care. Genf: WHO
- Wiedenbach, E. (1964): Clinical Nursing: A helping art. New York: Springer
- Wiedenbach, E./Falls, C.E. (1978): Communication: Key to effective nursing. New York: Tiresias Press
- Wingenfeld, K. (1999): Konzepte und Maßnahmen zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs aus der stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung in die Betreuung durch eine Pflegeeinrichtung. Teilstudie des Projekts «Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen». Projektbericht. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft
- Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 339-361
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hg.) (2006): Verzeichnis Testverfahren. Kurznamen. Langnamen. Autoren. Testrezensionen. Trier: ZPID. <http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=printed&uuwahl=testverzeichnis>, 26.02.2007

Anhang: Ergebnisse der Instrumentenanalysen

Alle der in diesem Projekt einbezogenen Instrumente wurden nach dem in Kapitel 3.3 dargestellten Verfahren analysiert. Im Hauptteil des Berichts wurden sie nur zusammenfassend dargestellt. Dieser Anhang umfasst eine ausführlichere Beschreibung und Bewertung der einzelnen Instrumente. Die Darstellung orientiert sich an der Reihenfolge im Kapitel 5. Dementsprechend werden zuerst die Instrumente dargestellt, die für sich beanspruchen, eine umfassende Einschätzung einer individuellen Situation vorzunehmen und die hier als komplexe Instrumente bezeichnet werden. Zuerst werden die komplexen Instrumente dargestellt, die eine positive Bewertung erhalten haben. Es folgen die Instrumente, von denen Teilaspekte positiv bewertet wurden, bevor in alphabetischer Reihenfolge die Instrumente, für die keine weitere Empfehlung ausgesprochen wurde, beleuchtet werden.

Die Darstellung der spezifischen Instrumente beginnt ebenfalls mit den Instrumenten, die eine positive Empfehlung hinsichtlich bestimmter Teilaspekte erhalten haben, bevor die Instrumente ohne Empfehlung dargestellt werden. Verzichtet wird an dieser Stelle auf eine detailliertere Darstellung der folgenden Instrumente: Physical Capacity Evaluation, Physical Performance Test, Physiotherapeutisches Assessment, Skalen Soziale Unterstützung und Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Diese Instrumente haben sich im Verlauf der Analyse als generell ungeeignet für weitere Überlegungen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit herausgestellt.

Den Abschluss des Anhangs bilden Instrumente zur Einschätzung des Bedarfs bei Kindern. Für diese Instrumente wurden keine weiteren Empfehlungen ausgesprochen und es findet entsprechend hier keine weitere Differenzierung in der Darstellung statt.

Übersicht

I. Komplexe Instrumente mit positiver Empfehlung	118
EASY CARE	118
Functional Assessment of the Care Environment for Older People (FACE)	121
Resident Assessment Instrument 2.0 (RAI)	126
RAI Home Care	131
II. Komplexe Instrumente mit eingeschränkter Empfehlung	135
Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)	135
Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool – RCN Assessment	139
Resource Use Measure (RUM)	143
III. Komplexe Instrumente ohne Empfehlung	147
BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA)	147
Cambridgeshire Assessment Tool (CAT)	150
Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD)	153
Ergotherapeutisches Assessment	156
Functional Independence Measure (FIM)	159
Handicap Assessment and Resource Tool (HART)	164
Northamptonshire Overview Assessment Tool (NOAT)	167
Outcome and Assessment Information Set (OASIS) Version 4.3	170
Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)	174
Pfleagesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment (PGBA)	177
SCoTTs (Service Coordination Tool Templates)	180
SIC Pflegeassistent 1.8	182
STEP (Standardised Assessment for elderly patients in primary care)	185
IV. Spezifische Instrumente mit positiver Empfehlung	188
Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)	188
Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale (BEHAVE-AD)	192
Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	196
V. Spezifische Instrumente ohne weitere Empfehlung	199
Barthel Index (BI)	199
Bayer-Activities of Daily Living Scale (B-ADL)	203
Behaviour and Symptom Identification Scale 32 (BASIS-32)	207
Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)	210
Mini-Mental State Examination (MMSE oder MMST)	213
Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)	217
VI. Instrumente zur Einschätzung bei Kindern	221
Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)	221
WeeFIM	226
KITSI	230

I. Komplexe Instrumente mit positiver Empfehlung

EASY CARE

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das Instrument wurde in den 90er Jahren im Rahmen eines internationalen Projekts entwickelt. Zweck des EASY Care ist die Erfassung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens älterer Menschen. Die Einschätzung der Versorgungssituation und des Hilfebedarfs schließt die Situation der Angehörigen ausdrücklich mit ein. Vorwiegender Einsatzbereich des Instruments ist die primäre und ambulante Gesundheitsversorgung (McCormick et al. 1999; Richardson 2001). Erfahrungen und erste Untersuchungen zeigen, dass sich das Instrument weniger für Institutionen eignet (Wojszel et al. 1999). Neben der Anwendung zur Erstellung eines individuellen Hilfs- und Versorgungsplans sollen die durch EASY Care gewonnenen Informationen auch für epidemiologische und versorgungsbezogene Zwecke verwendet werden können. Das Instrument liegt in mehreren Sprachen vor. Es existiert eine deutsche Fassung, die jedoch nicht mehr der aktuellen englischen Fassung von 2006 entspricht. Das Instrument besteht aus fünf Modulen:

- Kontaktassessment (demographische, persönliche Informationen, vorhergehende Assessments, Krankengeschichte, Medikamentenversorgung und Nutzung gesundheitsbezogener Dienste)
- Übersichtsassessment: Sehen, Hören und Kommunikation; Für sich selbst sorgen (Schlucken, Kauen, Hausarbeit, Mahlzeiten zubereiten und einnehmen, Einkäufe, im Haus bewegen, Transfer, Toilettenbenutzung, Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Baden/Duschen, Körperpflege, Anziehen); Sicherheit und Beziehungen (Telefonieren, Gehen außerhalb des Hauses, Treppen steigen); Wohnumfeld und Finanzen (Wohnsituation, Umgang mit Geld); Sich um eigene Gesundheit kümmern (Gesundheitszustand, Medikamenteneinnahme); Wohlbefinden (Stimmung, Einsamkeit); Gedächtnis (kognitive Beeinträchtigungen); Zusätzliche persönliche Angaben
- Erstellung eines Pflegeplans (Planning care section): Enthält Raum für identifizierte Bedarfe und geplante Aktivitäten (action planning), ein Risikoassessment und Abschlussbemerkungen von Gutachter, Klient und Angehörigen. Die Risiken werden in 5 Kategorien zusammengefasst
- Einverständniserklärung (Consent): Zustimmung für die Sammlung/Verwaltung der Informationen und evtl. Weitergabe an andere Versorgungseinrichtungen und für die anonymisierte Verwendung der Daten für Forschungs- und Versorgungszwecke.
- Carers Assessment (COPE Index): Assessment für informell Pflegende.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die Aufstellung eines Pflegeplans ist ausdrücklich vorgesehen im entsprechenden Modul. Dort besteht die Möglichkeit, die identifizierten Problembereiche mit Zielvorstellungen und entsprechenden Maßnahmen zu verknüpfen.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Ein Präventionsbedarf wird nicht ausdrücklich erfasst, jedoch werden Risiken und Probleme ermittelt, die präventive Maßnahmen hervorrufen könnten: Folgen von Kau- und Schluckproblemen, Stuhl-, Urininkontinenz, Gesundheitszustand allgemein, Gedächtnis, Depression, Bewegungseinschränkungen und deren Folgen, Ernährungszustand, Medikamenteneinnahme, Hautprobleme. Aussagen zum Rehabilitationsbedarf sind nicht vorgesehen. Hinsichtlich des Betreuungsbedarfs wird nach Art und Umfang von geleisteten Hilfen zu den Bereichen Hausarbeit, Einkäufe, Finanzen, Telefonieren gefragt. Ein Beaufsichtigungsbedarf wird zu den Bereichen Medikamenteneinnahme und Bewegung in- und außerhalb der Wohnung erfragt.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert vollstandardisierte Ergebnisse. Das Modul zur Erstellung eines Pflegeplans eröffnet Freitextoptionen. Die Ergebnisse werden in einem Score von max. 100 Punkten zusammengefasst. Je höher die Gesamtpunktzahl ist, umso höher wird der Grad der Beeinträchtigung eingeschätzt.

5. Methodische Güte

Eine Studie bestätigt eine moderate bis sehr gute Reliabilität für die meisten Items mit Ausnahme von Kommunikation, Essen, Telefonieren und kognitiver Beeinträchtigung. Eine Sekundärquelle (Australian Institute for Primary Care 2004) weist auf akzeptable psychometrische Eigenschaften des Instruments hin. Die Inhaltsvalidität wird als gut bezeichnet, da EASY Care auf anderen Instrumenten (Barthel-Index, SF-36, WHO 11 Countries Survey) aufbaut.

6. Praktikabilität

Das Instrument soll durch Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen (Pflege, Sozialarbeit, Medizin) angewandt werden. Es ist eine Schulung vorgesehen und es liegt ein umfassendes Manual zur Anwendung von EASY Care vor. Quantifizierende Angaben zum Schulungsbedarf sind nicht verfügbar. Die Aussagen zur Dauer der Begutachtung durch das Instrument variieren zwischen 14 Minuten bis zu einer Stunde.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Es finden sich keine Angaben zur leistungsrechtlichen Zuordnung auf der Grundlage eines EASY Care-Assessment. Die Form der Ergebnisdarstellung lässt das jedoch möglich erschei-

nen. Das Instrument richtet sich an ältere Menschen. Die Ergebnisse sollten durch den aktiven Einbezug der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen entsprechend transparent sein.

8. Adaptierbarkeit

Lokale Adaptionen des Instruments werden ausdrücklich erwähnt und für möglich gehalten. Den Verfassern ist es jedoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass keine Modifikation den Akkreditierungsstatus gefährden darf.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das EASY Care genießt eine weite internationale Verbreitung und Anwendung. Es kann für mehrere Verwendungszwecke Anwendung finden. Die Handhabbarkeit und praktische Umsetzung lassen keine größeren Schwierigkeiten vermuten. Die Ergebnisse sind standardisiert und Adaptionen erscheinen prinzipiell möglich, wobei der genaue Aufwand schwer einzuschätzen ist.

Schwächen des Instruments

Die Angaben zur methodischen Güte sind nicht zufrieden stellend. Das Instrument erfasst zwar umfassend verschiedene Aspekte eines Pflegebedarfs, bleibt bei vielen Items jedoch auf einer eher groben Ebene und hat eher Screeningcharakter. Offensichtlich ist das Instrument eher für den ambulanten als für den stationären Bereich geeignet.

Fazit

Trotz einiger Schwächen erhält das Instrument in der Gesamtsicht eine positive Bewertung, die sich durch die umfassende inhaltliche Reichweite in Kombination mit verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten, der standardisierten Ergebnisdarstellung und der einfachen Handhabbarkeit ergibt. Die positive Bewertung geschieht vorbehaltlich der endgültigen Einsicht in die Version von 2006.

10. Literatur

- Australian Institute for Primary Care (2004): The review and identification of an existing, validated comprehensive assessment tool. Final Report. Victoria, La Trobe University
- McCormick, W./Kane, K./Shaw, D. (1999): Assessment made Easy. Nursing Standard 13, Nr. 22, 24-25
- Richardson, J. (2001): The Easy-Care assessment system and its appropriateness for older people. Nursing Older People 13, Nr. 7, 17-19
- Sheffield Institute for Studies on Ageing (SISA) (1997). EASY-Care: Einschätzung des Hilfebedarfs älterer Menschen. Deutsche Version. Entwicklung eines europäischen Standards zur Einschätzung der Lebensqualität älterer Menschen. The University of Sheffield, UK, Sheffield Institute for Studies on Ageing (SISA)
- The University of Sheffield What ist the EASY-Care Assessment System? http://www.shef.ac.uk/sisa/easycare/html/what_is_easycare/easy_text.html. 30.11.2006.
- Wojczel, B./Bien, B./Politynska, B. (1999): Ocena stanu funkcjonowania ludzi w podeszłym wieku przez lekarza rodzinnego za pomoca kwestionariusza EASY-Care. Polski Merkurusz Lekarski, Nr. 33, 197-170

Functional Assessment of the Care Environment for Older People (FACE)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Ursprünglich wurde das FACE für psychiatrisch erkrankte Personengruppen entwickelt. 1991 wurde es für den Einsatz bei älteren Menschen adaptiert. 1993 wurde dieses Toolset dann durch den UK National Health Service für den Gebrauch und zur Weiterentwicklung empfohlen.

Das FACE Single Assessment Package in der Version V.5 (FACE Recording and Measurement System 2005) wurde für die multiprofessionelle und institutionenübergreifende, fallbezogene Zusammenarbeit konzipiert. Es enthält einen umfassenden, multidisziplinären Assessmentansatz, an dem sowohl die Leistungsempfänger als auch deren pflegende Angehörige beteiligt werden. Ein Verfahren der Outcomemessung und -bewertung ist enthalten. Es kann eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch systematische Evaluation wie auch durch weitere Verfahren der Datenanalyse gewährleistet und realisiert werden. Das Toolset ist in fachlicher Hinsicht mit Experten verschiedener Berufsgruppen entwickelt worden und wird weiterentwickelt. Es basiert auf evidenzbasierten Erkenntnissen. Für die vorliegende Auswertung wird inhaltlich die Version 3.01 für ältere Menschen aus dem Jahr 2004 behandelt (FACE Recording and Measurement System, 2004). Die für die Version 3.01 getroffenen Aussagen haben auch Gültigkeit für das Toolset V.5. Diese Version 3.01 wurde vom britischen Department of Health zum Einsatz im Single Assessment Process akkreditiert.

In erster Linie dient das Toolset der Dokumentation einer umfassenden, fallbezogenen Begutachtung von Betroffenen, die multiprofessionell und einrichtungsübergreifend von verschiedenen Leistungserbringern genutzt und fortgeschrieben werden kann.

Das Toolset Version 3.01 verwendet keine standardisierten operationalisierten Fragenkataloge oder vorformulierte Skalen zu bestimmten Konzepten. Es ist konzipiert als ein Rahmen, mittels dessen es ermöglicht wird, in einer strukturierten Form konsistente und notwendige Informationen über alle relevanten Aspekte der individuellen Versorgungslage zu erhalten. Es ist als standardisierter Leitfaden konzipiert. Dabei verhilft das standardisierte Format erfahrenen Berufsangehörigen zu einem professionellen Assessment, das alle als wichtig erachteten Aspekte einer solchen Begutachtung berücksichtigt. Zu einigen, mit dem Toolset erfassten Bereichen, liegen Kurzfragebögen oder kleine Skalen zur verbesserten und vertieften, zeitsparenden Dokumentation vor.

In der Version V.5 bietet der Hersteller ein Konzept einer integrierten Softwarelösung für die gesundheitsbezogene und soziale Versorgung mit verschiedenen Formaten und Layouts an, die je nach Einsatzgebiet und Ausstattung der Versorgungsdienste eine optimale Nutzung ermöglichen sollen. So können die Daten mittels Papier-und-Bleistift-Versionen erfasst werden, wo keine IT-Unterstützung vorhanden ist (Formulare werden im Word- und PDF-Format bereitgestellt). Digitalisierte Erfassung mittels Pen-Verfahren sind ebenfalls

möglich (z. B. Handheld etc.). Für alle Tools können XML-Dateien zur Verfügung gestellt werden. Damit kann die gesamte Palette der Toolsets in jedes EDV-System unabhängig von Betriebssystem oder Hardwarevoraussetzung (vorbehaltlich des Minimalstandards nach Herstellerangabe) in bestehende Systeme des Anwenders eingefügt und integriert werden, was damit auch den Datenaustausch ermöglicht.

In der elektronischen Vollversion sind zudem eine Reihe von Visualisierungen der Daten zu Auswertungszwecken durch die normalen Anwender ohne vertiefte Statistik- oder EDV-Kenntnisse möglich, so z. B. Verlaufsdarstellungen von Individuen und Gruppen, Darstellung von Entwicklungen im Versorgungsverlauf, Unterstützung von Entscheidungen, Gruppenvergleiche, Identifizierung von Outcomes und Risiken auf allen Anwenderebenen (lokal, in Arbeitsgruppen/Teams und in Versorgungseinrichtungen), Aufzeigen von individuellen Fällen im Vergleich zur Fallschwere der Gesamtgruppe.

Die anonymisierten Datensätze können zu Benchmarks verwendet werden, sofern diese zentral zusammengeführt und verwaltet werden. Dadurch sind Vergleiche und Analysen zwischen Versorgungseinrichtungen und Betreuungsinstitutionen auf allen Ebenen des Versorgungssystems (von lokal über regional bis hin zu überregionalen) möglich. Jedes versorgungsgruppenspezifische Toolset hat eine eigene FACE-Nutzergruppe, die an Auswertungen und Weiterentwicklungen arbeitet. Die Gruppen werden über den Hersteller koordiniert. Seit 2005 existiert ein Schulungsprogramm für Anwender und ein Ausbildungsprogramm für geschulte und erfahrene Anwender zum akkreditierten FACE-Trainer.

Das Instrument umfasst die folgenden sechs Domänen:

- a) Psychologisches Wohlergehen und Funktionen
- b) Physiologisches Wohlergehen und Funktionen
- c) Aktivitäten des täglichen Lebens und zur Lebensbewältigung
- d) Zwischenmenschliche Beziehungen
- e) Soziale Umgebung
- f) Informelle Hilfe/ pflegende Angehörige

Diese Domänen sind Bestandteile der Haupttoolsets, die es für psychiatrisch erkrankte Menschen, alte Menschen, Menschen mit Lernbehinderungen, junge Menschen und suchterkrankte Menschen gibt. Für die vertiefende Fallfassung und Beschreibung liegen neun detaillierte Tools vor:

- das Carer's Assessment zur Einschätzung der Versorgungsbereitschaft pflegender Angehöriger
- ein Risikoprofil
- ein Social Assessment, das von bestimmten Berufsgruppen zur näheren Bestimmung des sozialen Umfeldes genutzt wird
- ein Lifestyle and Personal strengths Assessment, das Lebensstilaktivitäten, Vorlieben und Abneigungen erfasst

- ein Activities of daily living Assessment, das zur vertiefenden Bestimmung der Alltagsfunktionsfähigkeiten eingesetzt wird
- ein Physical well-being Assessment, das zur vertiefenden Bestimmung der physiologischen Funktionsfähigkeit eingesetzt wird
- ein Communication Assessment, das zur vertiefenden Bestimmung der kognitiven und kommunikativen Funktionsfähigkeit eingesetzt wird
- ein Psychological well being Assessment, das von bestimmten Berufsgruppen zur vertiefenden Bestimmung der psychologischen Funktionsfähigkeit eingesetzt wird
- ein Welfare benefits check, der gesetzliche Leistungsansprüche prüft

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das FACE ist für die Aufstellung eines Pflegeplans in allen Bereichen pflegerischer Versorgung geeignet. Dabei liegt der Fokus auf einer individuellen Beurteilung und Versorgungsplanung des Falls innerhalb der notwendigen und infrage kommenden Versorgungsstruktur. Jedes Modul bietet die Möglichkeit zu einer straffen Zusammenfassung am Ende der Einheit. Soweit sinnvoll, kann eine ziel- oder ergebnisbezogene Planung vorgenommen werden, die im weiteren Versorgungsgeschehen erreicht werden soll. Der Pflegeplan soll durch die Person aufgestellt werden, die die Begutachtung durchführt und die den Plan mit den pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen bespricht und das schriftliche Einverständnis erhält.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Spezifische Bedarfsaspekte werden nicht direkt erfasst und operationalisiert. Allerdings ergeben sich wichtige Präventionsaspekte durch das Risikoassessment durch das folgende Risiken ermittelt werden: Sturz, körperlicher Zustand, Gefahren im Haushalt, Autonomieverlust, Risiken in der alltäglichen Lebensführung, Beziehungsgestaltung, soziale Isolation, Missbrauch, Selbstverleugnung, Selbstgefährdung, auch gegenüber Dritten, Medikamentengebrauch, Substanzgebrauch, und weitere Details.

Ähnlich stellt sich die Situation für die Erfassung des Rehabilitationsbedarfs dar. Auf der Grundlage der Erhebung lassen sich rehabilitationsrelevante Bereiche benennen und Empfehlungen für entsprechende Maßnahmen aussprechen. Ebenso können Aspekte eines Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfs erfasst werden. Nicht möglich sind Aussagen zur Hilfsmittelversorgung und zu besonderen Härtefällen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert teilstandardisierte Ergebnisse auf der Grundlage eines strukturierten Leitfadens. Es gibt Scores zu einigen Subskalen, deren Anwendung sich dann vom Aussagegehalt einerseits am zugrunde liegenden Original bemisst und andererseits mit dem Untersucher und dem Betroffenen interpretiert werden muss

5. Methodische Güte

Zum Assessment für psychiatrische Patienten liegen Aussagen durch Forschungsberichte vor, für ältere Personen ist das nicht der Fall. Das Toolset FACE wurde im Rahmen des britischen SAP akkreditiert und wird dort breit eingesetzt, zudem auch in Australien. Die Forschungsberichte haben ein hohes N und geben gute bis angemessene Beurteilungen. Die eingesetzten Kurzskalen sind z. T. in anderen Studien getestet. Einschränkend muss gesagt werden, dass es nur wenige Publikationen zu den psychometrischen Eigenschaften des Instruments in wissenschaftlichen Zeitschriften mit einem peer-review gibt (Lincoln Centre for Ageing and Community Care Research, 2004).

6. Praktikabilität

Das Toolset kann durch geschulte und professionelle Angehörige der Gesundheits- und Sozialfachberufe eingesetzt werden. Ein Schulungs- und Trainingsprogramm steht zur Verfügung. Der Zeitbedarf für die Begutachtung wird als hoch angegeben, insofern alle Elemente eines Toolsets angewendet werden. Bei Elzinga und Meredith (2001) wird berichtet, dass erfahrene FACE-Anwender bei psychiatrischen Patienten ein Screening mittels Core Assessment innerhalb von 20 Minuten durchführten. Die durchschnittliche Begutachtungszeit dürfte allerdings deutlich darüber liegen. In einer breiteren qualitativen Bewertung von sechs umfassenden Assessmentverfahren bewerteten die 90 befragten Experten (Fachkräfte aus den Gesundheitsberufen) die Handhabbarkeit als anspruchsvoll, die Begleitmaterialien als angemessen und verständlich (Lincoln Centre for Ageing and Community Care Research, 2004)

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist ohne weiteres nicht möglich. Da allerdings die Empfehlung für verschiedene Dienste Bestandteil des Instruments ist, besteht hier Potenzial, da eine solche Empfehlung nur auf der Grundlage bestehender leistungsrechtlicher Möglichkeiten erfolgen kann.

Es kann auf Grundlage der vorliegenden Unterlagen nicht abschließend bewertet werden, ob das Haupttoolset für junge Menschen auch für die Begutachtung bei Kindern eingesetzt werden könnte. Dazu wäre eine detailliertere Einsicht erforderlich. Die Transparenz der Ergebnisse sollte gegeben sein, da die Begutachteten ihre Einverständnis mit der Darstellung erklären müssen.

8. Adaptierbarkeit

Das Instrument bietet vielfältige Einsatz- und Kombinationsmöglichkeiten, so dass von einer hohen Adaptierbarkeit ausgegangen werden kann.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Die hohe Flexibilität des Instruments ermöglicht vielfältige Einsatz- und Kombinationsmöglichkeiten. Die verschiedenen Möglichkeiten bieten sich auch durch die elektronische Fassung des Instruments, durch die Datenaggregation und –auswertung auf unterschiedlichen Ebenen und für unterschiedliche Zwecke möglich erscheint. Die modulare Struktur ermöglicht ein Erstassessment und eine anschließende situations- und problembezogene Vertiefung.

Schwächen des Instruments

Das Instrument liefert nur teilstandardisierte Ergebnisse. Die Stärke der hohen Flexibilität ist gleichzeitig eine Schwäche aufgrund der fehlenden Bewertungssystematik. Die Aussagen zur methodischen Güte und Praktikabilität des Instruments sind nur ansatzweise ausreichend. Das Instrument liegt nicht in deutscher Sprache vor.

Fazit

Das FACE ist aufgrund seiner vielfältigen Einsatzmöglichkeiten für verschiedene Anwendungen im Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung denkbar und es wird daher empfohlen, die Verwendung des Instruments bei den weiteren Überlegungen zu prüfen. Allerdings ergeben sich für den aktuellen Prozess verschiedene Unwägbarkeiten, die es zu bedenken gilt. Dazu gehören die Notwendigkeit von umfangreichen Übersetzungsarbeiten, die Klärung lizenzrechtlicher Fragen und die zu entwickelnde Bewertungssystematik. Alle drei Aspekte sind in ihrem zeitlichen Umfang nur sehr schwer einzuschätzen.

10. Literatur

- Clifford, P. I. (1997): Structuring the clinical record: The FACE assessment and outcome system. Main Report to the Department of Health. University College London, Centre for Outcomes, Research and Effectiveness. London: England (n=3.000)
- Clifford, P. I. (1999): The FACE Recording & Measurement System: A scientific approach to person-based information. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 305-331
- Clifford, P. I., Orbach, G., Hobbins, J., Pavyer, J. (1999): Measuring disability and outcomes in routine practice with the FACE Core Assessment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 332-346 (n=100)
- Elzinga, R./Meredith, F. (2001). About FACE: the applications of a structured approach to mental health information. *Australian Health Review* 24, Nr. 1, 68- 78 (n=520)
- Elzinga R., Meredith F., Clifford P. (2001): International Mental Health Outcomes and Benchmarking using the FACE approach. *Australian Health Review* 24, Nr. 3, 103-115
- FACE Recording and Measurement System (2005): The Core Assessment & Outcomes Package for Single Assessment V.5. www.facecode.com
- FACE Recording and Measurement System (2004): FACE Version 3.01. www.facecode.com
- Lincoln Centre for Ageing and Community Care Research (2004): Draft Report: The review and identification of an existing, validated, comprehensive assessment tool. Australian Institute for Primary Care at La Trobe University for the Department of Human Services (n=90)

Resident Assessment Instrument 2.0 (RAI)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Die Anwendung des RAI ist seit Ende der 1980er/Beginn der 1990er Jahre in den USA verpflichtend in den Pflegeheimen, in denen eine Refinanzierung der Leistungen über Medicare oder Medicaid stattfindet. Mit seiner Einführung wurden vier Ziele verfolgt:

1. die bis dahin verwendeten, sehr heterogenen und lückenhaften Assessmentinstrumente sollten durch ein standardisiertes, valides Instrument ersetzt werden, dass Vergleiche zwischen den Einrichtungen zulässt
2. es sollten Lernprozesse bei den Mitarbeitern hinsichtlich der Pflegeplanung ausgelöst werden
3. die Pflegeplanung sollte verbessert werden und eine Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung sowie der Lebensqualität damit einhergehen
4. es sollte ein Modell für vergleichbare Prozesse in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung sein (Morris et al. 1990; Garms-Homolová/Gilgen 2000).

In amerikanischen Pflegeheimen wird das RAI eingesetzt als Grundlage zur Erstellung einer Pflegeplanung und als Datengrundlage zur Berechnung bzw. Anpassung der Vergütung (RUG-III Klassifikation). Mittlerweile gibt spezifische Versionen des RAI für die häusliche Versorgung (RAI home care) sowie für den Akutpflegebereich (RAI AC), den psychiatrischen Bereich (RAI mental health), den Rehabilitationsbereich (RAI post acute care) und die Palliativversorgung (RAI PC 1.0) (<http://www.inter-rai.org/>). Das hier dargestellte RAI 2.0 firmiert nach einigen Modifikationen nunmehr unter der Bezeichnung RAI LTCF (long-term care facilities). Das RAI hat weite internationale Beachtung und Anwendung gefunden. Dabei wurden unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt, die von der Überprüfung der Pflegequalität in Pflegeheimen bis zu Fragen entsprechender Vergütung reichen. Darüber hinaus liegt eine Übersicht über Fragen der landesweiten Einführung des RAI in verschiedenen Ländern vor (Milbank Memorial Fund 2003).

Die beiden zentralen Instrumente des RAI sind das Minimum Data Set 2.0 (MDS) zur Erfassung bzw. Beurteilung von Fähigkeiten und Einschränkungen und die Abklärungshilfen – Resident Assessment Protocols (RAPs), mit denen die Ergebnisse des MDS auf ihre Relevanz für Interventionen geprüft werden sollen. Ein MDS kann in verschiedenen Zusammenhängen erhoben werden und hat dem jeweiligen Zusammenhang entsprechend eine unterschiedliche Anzahl von Modulen

1. MDS – Minimum Data Set (Gesamtbeurteilung): Dazu gehören die Bereiche Administrative Angaben (AA: Klient/Klientin, AB: Demographische Informationen, AC: Gewohnheiten, AD: Unterschriften) und Klientenbeurteilung (A: Angaben zur Person und Hintergrundinformationen, B: Kognitive Fähigkeiten, C: Kommunikative Fähigkeiten/Hören, D: Sehfähigkeit, E: Stimmungslage und Verhalten, F: Psychosoziales Verhalten, G: Körperliche Funktionsfähigkeit/ADL, H: Kontinenz in den letzten 14 Tagen, I: Krankheitsdiagnosen, J: Gesundheitszustand, K: Ernährungsstatus, L: Mund-/Zahnstatus, M: Zustand der

- Haut, N: Beschäftigungsmuster, O: Medikation, P: Spezielle Behandlungen, Q: Entlassungspotential und Gesamtzustand, R: Assessmentinformation, T: Ergänzung – Patientenmix)
2. MDS – Minimum Data Set (Vierteljährliche Beurteilung): A: Allgemeine Angaben/Stammdaten; B: Bewusstsein, Kognitive Fähigkeiten, C: Kommunikative Fähigkeiten, D: Sehfähigkeit, E: Stimmungslage und Verhaltensauffälligkeiten, F: Beziehungen und Aktivitätsniveau, G: ADL-Leistungsfähigkeit, H: Kontinenz, I: Erkrankungen, J: Gesundheitszustand, K: Ernährung, M: Hautzustand, N: Aktivitätsdauer/Wachzeit, O: Medikation, P: Rehabilitation, freiheitseinschränkende Maßnahmen, Krankenhausaufenthalt, Q: Gesamtveränderung, R: Angaben zur Pflegefachkraft
 3. MDS – Minimum Data Set (vierteljährliche Beurteilung, geeignet für RUG III): wie bei 2., allerdings ohne D: Sehfähigkeit und F: Beziehungen und Aktivitätsniveau
 4. MDS (Entlassungsinformation): Klient/Klientin (Bewohnerstammblatt), Demographische Informationen, Entlassungsinformation (Entlassungsart)
 5. MDS (Wiederaufnahme): Klient/Klientin (Bewohnerstammblatt), Angaben zur Person und Hintergrundinformation
 6. RAPS – Resident Assessment Protocols: Akute Verwirrtheit/Delir, Kognitive Beeinträchtigung/Demenz, Sehfähigkeit, Kommunikative Fähigkeiten/Hören, Rehabilitationspotential ADL, Urininkontinenz/Dauerkatheter, Psychosozialer Wohlbefinden, Stimmungslage, Verhalten, Aktivität und Beschäftigung, Stürze, Ernährungszustand, Sonden, Dehydratation/Flüssigkeitsbilanz, Mundpflege, Druckgeschwüre/Dekubitus, Psychopharmaka, Freiheitseinschränkende Maßnahmen (Garms-Homolová/Gilgen 2000)

Bestandteil des RAI sind die Resource Utilization Groups (RUG-III). Dabei handelt es sich um ein Klassifikationssystem von Bedarfslagen auf der Basis von Ressourcenverbrauch. Das RUG-III ist ein Fallgruppensystem, mit dem Kosten (Personalkosten) zu Pflegebedürftigen zugeordnet werden können. Es gliedert sich in 7 hierarchisch gegliederte und sich gegenseitig ausschließenden Bedarfsgruppen. Diese wiederum werden anhand eines ADL-Index systematisiert. Der Index setzt sich aus einem Punktescore zusammen, der die Ressourcenbeanspruchung gewichtet.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das RAI sieht die Erstellung eines Pflegeplans durch eine Pflegefachkraft/RAI-Koordinatorin explizit vor. Neben dem MDS sind die RAPs als Erkennungssystem (Screening) für die Erstellung eines Pflegeplans ausdrücklich vorgesehen. Sie stellen eine Verbindung zwischen dem MDS und der Pflegeplanung dar, indem sie dazu beitragen, dass wesentliche Problem-lagen strukturiert erkannt werden. Das MDS und die RAPs sollten am 14. Tag nach Aufnahme durchgeführt werden, der erste Pflegeplan 7 Tage später fertig gestellt sein. MDS und RAPs vermitteln über sog. Alarmzeichen die Notwendigkeit einer Intervention. Diese werden als Problem- und Risikobereiche auf einer Risikoerkennungstafel übersichtlich dargestellt. Die Form des Pflegeplans ist nicht vorgegeben.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Es wird nicht explizit von Präventionsbedarf gesprochen. Im Sinne primärer (sekundärer) Prävention lassen sich aus dem MDS/den RAPs jedoch die nachfolgend aufgeführten Risiken identifizieren und die Notwendigkeit für präventive Interventionen erkennen: Stürze, Mundpflege, Dekubitus, Ernährung, Dehydratation.

Zum Rehabilitationsbedarf findet sich im MDS Formular ein Item, das eine Einschätzung des Rehabilitationspotenzials aus Sicht des Pflegebedürftigen sowie aus Sicht des Personals erlaubt. In den RAPs wird dieser Aspekt aufgegriffen. Daneben wird in den RAPs die Einschätzung der Unabhängigkeit in weiteren Lebensaktivitäten aus dem MDS-Formular aufgegriffen. Treffen bestimmte Itemausprägungen zu, ist das Rehabilitationspotenzial zu prüfen (Garms-Homolová/Gilgen 2000).

Aussagen zum Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf ergeben sich nur bedingt. Hilfsmittelbedarf und -nutzung werden standardisiert zu folgenden Hilfsmitteln erfragt: Hörhilfen, Hilfsmittel für schriftliche Ausdrucksfähigkeit, Sehhilfen, Geh- und Bewegungshilfen, Hilfsmittel beim Transfer, Kontinenzhilfsmittel, Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme, spezielle Behandlungen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert standardisierte Ergebnisse. Es findet allerdings keine Beurteilung im Sinne eines Scores oder von Punktwerten statt. Die Ergebnisse der MDS-Einschätzung werden mit Hilfe einer Risikoerkennungstafel hinsichtlich der Notwendigkeit, Interventionen im Rahmen der Pflegeplanung zu konzipieren, bewertet und zusammengefasst. Es muss für die identifizierten Alarmzeichen eine Entscheidung getroffen werden, ob sie eine Intervention im Pflegeplan erforderlich machen oder nicht (Garms-Homolová/Gilgen 2000).

5. Methodische Güte

Es liegen umfangreiche Studien aus unterschiedlichen Ländern zur methodischen Güte zum MDS sowie zur RUG-Klassifikation vor. Die Ergebnisse der Studien zur Interraterreliabilität des MDS zeigen gute bis sehr gute Ergebnisse. Vergleichbar verhält es sich mit der Reliabilität der RUG-Klassifikation. Studien zur Überprüfung der methodischen Güte der deutschsprachigen Fassung des RAI 2.0 konnten nicht identifiziert werden. Das MDS wird als ausreichend inhaltsvalide bezeichnet (Morris et al. 1990; Hawes et al. 1995; Morris et al. 1997).

6. Praktikabilität

Das Instrument ist hochkomplex, die Items und die Skalen erfordern eine große Aufmerksamkeit. Der Umgang mit dem RAI setzt ein gründliches Lesen der Erläuterungen im Handbucheil voraus. Vor der Anwendung des Instruments sind umfassende, mehrtätige Schulungen (theoretisch wie praktisch) mit Übungen in der Praxis erforderlich (Garms-Homolová/Gilgen 2000). In der Studie von Morris et al. (1990) benötigten die Pflegekräfte

bei der Durchführung des Assessments mit dem MDS für das erste Drittel der Pflegebedürftigen im Mittel 129 Minuten, 100 für das zweite und 90 Minuten für das letzte Drittel der Pflegebedürftigen. Für die Auswertung liegen keine Zeitangaben vor.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Auf der Grundlage der RUGs lassen sich im Grundsatz leistungsrechtliche Zuordnungen vornehmen, allerdings ist umstritten, inwieweit die für die USA entwickelten RUGs in anderen nationalen Sicherungssystemen verwendbar sind. Die Zielgruppe besteht dem Verwendungszweck entsprechend vorwiegend in älteren Menschen.

8. Adaptierbarkeit

Es wird einleitend auf die inhaltliche Konsistenz des Instruments hingewiesen. Dementsprechend erscheinen Ergänzungen und/oder Modifikationen nicht ohne erheblichen Aufwand möglich zu sein. Modifikationen liegen innerhalb der interRAI insofern vor, als dass es unterschiedliche Instrumente für unterschiedliche Verwendungskontexte gibt.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das RAI ist als umfassendes Assessment mit hoher internationaler Beachtung und Anwendung zu bezeichnen. Es ist für verschiedene Verwendungszwecke nutzbar und aufgrund der verschiedenen Instrumente innerhalb von verschiedenen settings anwendbar. Das RAI legt ein umfassendes Verständnis von Pflegebedürftigkeit zugrunde. Das RAI liefert standardisierte Ergebnisse und ist auch zum Einsatz in interdisziplinären Versorgungskontexten geeignet. Es liegt in deutscher Sprache vor.

Schwächen des Instruments

Eine Schwäche des Instruments liegt in der hohen Komplexität, die Probleme mit der Handhabbarkeit erwarten lässt. Die große internationale Verbreitung hat gezeigt, dass einige Items nicht ohne weiteres in andere Länder übertragbar sind.

Fazit

Das RAI ist ein Instrument, das aufgrund seiner umfassenden inhaltlichen Reichweite und seiner vielfältigen Verwendungsmöglichkeiten bei weiteren Überlegungen berücksichtigt werden könnte. Ein erheblicher Aufwand müsste jedoch hinsichtlich einer Anpassung/Neuentwicklung der Bewertungssystematik einkalkuliert werden.

10. Literatur

- Björkgren, M.A./Häkkinen, U./Finne-Soveri, U.H./Fries, B.E. (1999): Validity and Reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scandinavian Journal of Public Health* 27, Nr. 3, 228-234 (n=1.964)
- Carpenter, G. I./Main, A./Turner, G. (1995): Casemix for The Elderly Inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) Validation Project. *Age and Ageing* 24, Nr. 1, 5-13 (n=1.675)
- Fries, B.E./Schneider, D.P./Foley, W.J./Gavazzi, M./Burke, R./Cornelius, E. (1994): Refining a case-Mix measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care* 32, Nr. 7, 668-685 (n=7.648)
- Fries, B.E., C./Hawes, C./Morris, J.N./Phillips, C.D./Mor, V./Park, P.S. (1997): Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. *Journal of the American Geriatrics Society* 45, Nr. 8, 994-1001
- Garms-Homolová, V./Gilgen, R. (2000): RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Beurteilung und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber
- Garms-Homolová (2002) (Hrsg.): Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC 2.0). Bern: Huber
- Garms-Homolová, V./Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Göttingen/Berlin (n=141)
- Hawes, C./Mor, V./Phillips, C.D./Mor, V./Fries, B.E./Nonemaker, S. (1995): Reliability Estimates for The Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS). *The Gerontologist* 35, Nr. 2, 172-178 (n=123)
- Hawes, C./Morris, J.N./Phillips, C.D./Fries, B.E./Murphy, K./Mor, V. (1997a): Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing* 26, Suppl. 2, 19-25 (n>600)
- Ikegami, N./Fries, B.E./Takagi, Y./Ikeda, S./Ibe, T. (1994): Applying RUG-III in Japanese Long-Term Care Facilities. *The Gerontologist* 34, Nr.5, 628-639 (n=871)
- Milbank Memorial Fund (2003): Implementing the Resident Assessment Instrument: Case studies of policymaking for long-term care in eight countries. New York
- Morris, J.N./Hawes, C./Fries, B.E./Phillips, C.D./Mor, V./Katz, S./Murphy, K./Drugovich, M.L./Friedlob, A.S. (1990): Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *The Gerontologist* 30, Nr. 3, 293-307 (n=383)
- Morris, J.N./Hawes, C./Murphy, K./Nonemaker, S./Phillips, C.D./Fries, B.E./Mor, V. (1993): Resident Assessment Instrument, Training Manual and Resource Guide. Natick: Elliot Press
- Morris, J.N./Murphy, K./Nonemaker, S. (1995): Long Term Care Facility Resident Assessment Instrument (RAI) User's Manual for Use with Version 2.0 of the Health Care Financing Administration's Minimum Data Set, Resident Assessment Protocols and Utilization Guidelines
- Morris, J. N./Nonemaker, S./Murphy, K./Hawes, C./Fries, B.E./Mor, V./Phillips, C.D. (1997): A Commitment to Change: Revision of HCFA's RAI. *Journal of the American Geriatrics Society* 45, Nr. 8, 1011-1016 (n=210)
- Mor, V./Intrator, O./Fries, B./Phillips, C./Teno, J./Hiris, J./Hawes, C./Morris, J. (1997): Changes in Hospitalization associated with introducing Resident Assessment Instrument. *Journal of the American Geriatrics Society* 45, 1002-1010 (n=4.196)
- Phillips, C./Morris, J./Hawes, C./Fries, B./Mor, V./Nennstiel, M./Iannacchione, V. (1997): Association of the Resident Assessment Instrument (RAI) with Changes in Function, Cognition, and Psychosocial Status. *Journal of the American Geriatrics Society* 45, 986-993 (n=4.258)
- Sgadari, A./Morris, J.N./Fries, B.E./Ljunggren, G./Jonsson, P.V./DuPaquier, J.-N./Schroll, M. (1997): Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing* 26, Suppl. 2, 27-30

RAI Home Care

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das RAI HC (MDS HC) stellt umfassendes Assessmentsystem für das häusliche Versorgungssetting dar. Es ist im Zuge der Entwicklung des RAI 2.0 entstanden und kann als eine für die ambulante Pflege adaptierte Variante charakterisiert werden. Zentrales Instrument des RAI HC ist das so genannte Minimum Data Set Home Care (MDS HC), welches sich aus unterschiedlichen Subskalen zusammensetzt und ein umfassendes Assessment darstellt. Hiermit werden neben Funktionseinschränkungen auch Ressourcen im physischen, psychischen und sozialen Bereich erfasst. Das RAI HC wurde entwickelt, um mehrere Zielsetzungen zu erreichen: Klientenorientierung, Beurteilung von Klientenverläufen über die Zeit, Förderung der Pflegeplanung, internationale Anwendbarkeit, Basis für die Entwicklung von Outcome-Messungen, multidisziplinärer Versorgungsstandard.

Die beiden zentralen Instrumente des RAI HC sind das Minimum Data Set HC 2.0 zur Beurteilung der Fähigkeiten und Einschränkungen sowie von Variablen der häuslichen Versorgung und die Abklärungshilfen (CAPs), mit deren Hilfe die Ergebnisse des MDS HC auf ihre Relevanz für die Pflegeplanung geprüft werden.

Das MDS-HC besteht aus 21 Modulen. Die ersten drei Module AA bis CC beziehen sich auf persönliche Angaben und die Pflegeaufnahme (AA: Angaben für Verwaltungszwecke; BB: Angaben zur Person; CC: Pflegeaufnahme). Die folgenden 18 Module beziehen sich auf die Klientenbeurteilung und Dokumentation:

A: Beurteilung

B: Kognitive Fähigkeiten

C: Fähigkeiten der Kommunikation/des Hörens

D: Sehfähigkeit

E: Stimmungslage und Verhalten

F: Soziale Rollen

G: Informelle Unterstützung

H: Körperliche Funktionsfähigkeit bei instrumentellen (IADL) und elementaren (ADL) Verrichtungen

I: Kontinenz in den letzten 7 Tagen

J: Krankheitsdiagnosen

K: Gesundheitszustand/Gesundheitsprävention

L: Ernährungsstatus/Flüssigkeitsaufnahme

M: Mund-/Zahnstatus

N: Zustand der Haut

O: Wohnumwelt

P: Nutzung von Diensten

Q: Medikation

R: Assessment-Information

Die Client Assessment Protocols (CAPs) bestehen aus 30 Modulen, die in sechs Bereiche aufgeteilt sind:

- körperliche Funktionsfähigkeit und Unabhängigkeit (Alltagsbewältigung, Instrumentelle Aktivitäten, Gesundheitsförderung, Institutionalierungsrisiko)
- sensorische Funktionsfähigkeit (Kommunikative Fähigkeiten, Sehfähigkeit)
- geistige und psychische Gesundheit (Alkoholmissbrauch und exzessives Trinken, Geistige Fähigkeiten, Verhalten, Depression und Ängstlichkeit, Vernachlässigung/Misshandlung, Soziale Funktion)
- Gesundheitsprobleme (Herz und Atmung, Dehydratation, Stürze, Ernährung, Mundgesundheit, Schmerzen/Schmerzmanagement, Druckgeschwüre, Haut und Füße)
- Gesundheitsversorgung und soziale Unterstützung (Zusammenarbeit mit dem professionellen Helfersystem, Zerbrechlichkeit des sozialen Netzes, Management der Medikation, Palliative Versorgung, Medizinische Prävention: Impfung und Screening, Psychopharmaka, Unabhängigkeit von organisierten Diensten und Angeboten, Umwelt)
- Kontinenz (Darmkontrolle/Darminkontinenz, Blasenkontrolle/Urininkontinenz).

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die Aufstellung eines Pflegeplans ist eine der intendierten Verwendungsabsichten des RAI HC. Neben dem MDS HC ist ein Erkennungssystem (Screening) für die Erstellung eines Pflegeplans vorgesehen, die so genannten Client Assessment Protocols (CAPs). Sie stellen eine Verbindung zwischen dem MDS HC und der Pflegeplanung dar, indem sie dazu beitragen, dass wesentliche Problemlagen bzw. Potenziale zur Förderung der Unabhängigkeit strukturiert erkannt werden. Dies geschieht, indem bestimmte Itemskalenpunkte dazu genutzt werden, um die Notwendigkeit für eine Intervention gezielt abzuklären. Viele der Maßnahmen sind auf die Initiative der Angehörigen und/oder des Pflegebedürftigen angewiesen und müssen von ihnen erbracht werden.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Zur Bestimmung des präventiven Bedarfs werden im MDS HC bzw. in den CAPs explizit bestimmte Krankheitsrisiken erfasst (z.B. Blutdruck). Daneben werden Aspekte des Gesundheitszustands angesprochen (z.B. Schmerzen, Atemnot). Darüber hinaus finden sich Kriterien zur Gesundheitsförderung (z.B. Zeitumfang körperlicher Betätigung). An konkreten Risiken werden Sturz, Dekubitus, Ernährungs- und Hydratationszustand sowie Mobilität erhoben.

Ein rehabilitativer Bedarf wird mit Hilfe der CAPs für die Bereiche Bewegungsfähigkeit, Kleiden, Nahrungsaufnahme, Toilettenbenutzung, Körperpflege, Sprachverständnis, sowie bestimmte Gesundheitsindikatoren (z.B. Verhalten) eingeschätzt. Ein Beaufsichtigungsbedarf lässt sich ebenfalls aus den Ergebnissen bestimmter CAPs ableiten. An Hilfsmitteln werden Geh- und Bewegungshilfen sowie Kontinenzhilfsmittel erfasst. Außergewöhnliche Bedarfe

lassen sich im Bereich der Zusammenarbeit des Klienten mit professionellen Hilfen, Beständigkeit des sozialen Netzes, Umgang mit Medikamenten, Unabhängigkeit von Diensten und Angeboten sowie der Wohnumwelt einschätzen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert vollstandardisierte Ergebnisse. Es findet sich keine Beurteilung im Sinne eines Scores oder von Punktwerten. Die Ergebnisse der MDS-Einschätzung werden mit Hilfe einer Risikoerkennungstafel hinsichtlich der Notwendigkeit, Interventionen im Rahmen der Pflegeplanung zu konzipieren, bewertet und zusammengefasst. Es muss für die identifizierten Alarmzeichen eine Entscheidung getroffen werden, ob sie eine Intervention im Pflegeplan erforderlich machen. Es findet sich eine Übersicht über alle identifizierten Alarmzeichen (Garms-Homolová 2002).

5. Methodische Güte

Es liegen mehrere Studien aus unterschiedlichen Ländern zur methodischen Güte des MDS HC vor. Studien zur Überprüfung der methodischen Güte der deutschsprachigen Fassung des MDS HC liegen nicht vor. In zwei Studien wurde die Interraterreliabilität untersucht. Lediglich eine der Studien kann als methodisch verlässlich bezeichnet werden. Sie zeigte gute Werte in allen Ländern.

In drei Studien wurde die Validität des MDS HC untersucht. In einer italienischen Studie wurden die Subskalen des MDS HC mit dem Barthel-Index, der IADL-Skala von Lawton sowie mit der Mini Mental State Examination in Beziehung gesetzt. Es wurden hohe Korrelationskoeffizienten gefunden. Eine britische Studie zeigte vergleichbare Ergebnisse, mit Ausnahme der Stimmungslage, hier wurde nur eine mittlere Korrelation gefunden.

6. Praktikabilität

Die Einschätzung sollte durch Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Therapeuten oder Ärzte vorgenommen werden (Morris et al. 1997). Es wird von einem achtstündigen Schulungsbedarf für die Anwendung der deutschsprachigen Version ausgegangen (Garms-Homolová 2002). Es ist von einem erhöhten Aufwand auszugehen, damit die Gutachter sich in die Komplexität des Instruments einarbeiten können. Die Aussagen zur Dauer der Begutachtung variieren. Insgesamt dürfte von einer Dauer von ca. 60 Minuten auszugehen sein, wobei in der Literatur von einer Spannweite von 15 bis 180 Minuten gesprochen wird.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Auf der Basis der vorgesehenen Ergebnisdarstellung lässt sich ohne weitere Modifikationen keine leistungsrechtliche Zuordnung vornehmen. Das RAI 2.0 bietet in diesem Zusammenhang mit dem RUG-III System weitergehende Möglichkeiten. Eine Anpassung bzw. Übertragung wäre für das RAI HC zu prüfen.

8. Adaptierbarkeit

Das RAI HC ist ein in sich geschlossenes Assessmentinstrument, d.h. Modifikationen müssten immer im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf das gesamte Instrument überlegt werden. Das Instrument selbst sieht Modifikationsmöglichkeiten nicht vor

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Es handelt sich beim RAI HC um ein Instrument mit einer umfassenden inhaltlichen Reichweite, die spezifisch auf die häusliche Pflege ausgerichtet ist. Als Instrument aus der Gruppe der interRAI Instrumente ergibt sich die Verwendungsmöglichkeit verschiedener Instrumente für unterschiedliche Verwendungsabsichten, die auf ähnlichen Konstruktionsprinzipien beruhen. Die Instrumente der interRAI-Kooperation finden international weite Anwendung und es liegen entsprechende Erfahrungswerte vor. Darüber hinaus haben sie in internationalen Übersichten zu Assessmentverfahren gut abgeschnitten.

Schwächen des Instruments

Die Handhabung des Instruments stellt größere Herausforderungen an die Gutachter. Die methodische Güte der deutschsprachigen Fassung ist noch nicht ausreichend nachgewiesen.

Fazit

Das RAI HC ist ein umfassendes Instrument, dessen weitere Verwendung im Zuge der weiteren Überlegungen geprüft werden sollte. Es ist nicht uneingeschränkt zur weiteren Verwendung zu empfehlen, bietet jedoch vielfältige Ansatzpunkte, die für die weiteren Überlegungen hilfreich sein können.

10. Literatur

- Carpenter, G.I./Challis, D.J./Swift, C. (2005): „Single“ assessment for older people: comparison of the MDS-HC with current auditable methods in the home care setting. *Journal of Integrated Care* 13, Nr. 5, 35-41 (n=384)
- Garms-Homolová, V. (Hrsg.) (2002): *Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC 2.0)*. Bern: Huber
- Interrai homepage: <http://www.interrai.org/section/view/?fnode=15>; letzter Zugriff 18.01.2007
- Kwan, C.-W./Chi, I./ Lam, T.-P./Lam, K.-F./Chou, K.-L. (2000): Validation of Minimum Data Set for Home Care Assessment Instrument (MDS-HC) for Hong Kong Chinese Elders. *Clinical Gerontologist* 21, Nr. 4, 35-48 (n=179)
- Landi, F./Tua, E./Onder, G./Carrara, B./Sgadari, A./Rinaldi, C./Gambassi, G./Lattanzio, F./Bernabei, R. (2000): Minimum Data Set for home care. A valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care* 38, Nr. 12, 1184-1190 (n=95)
- Landi, F./Onder, G./Tua, E./Carrara, B./Zuccalá, G./Gambassi, G./Carbonin, P./Bernabei, R. (2001): Impact of new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 49, Nr. 10, 1288-1293 (n=187)

- Morris, J.N./Fries, B.E./ Steel, K./Ikegami, N./Bernabei, R./Carpenter, G.I./Gilgen, R./Hirdes, J.P./Topinková, E. (1997): Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *Journal of the American Geriatrics Society* 45, Nr. 8, 1017-1024 (n=780)
- Mylaeus-Renggli, M. (2006): Entwicklung und Einführung von RAI-HC als einheitliches Bedarfsabklärungssystem in der ambulanten Pflege zu Hause. *PrinterNet* 9, 477-486 (n=217)

II. Komplexe Instrumente mit eingeschränkter Empfehlung

Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das CANE ist ein umfassendes Instrument zur Erfassung eines individuellen Bedarfs durch professionelle Angehörige der Gesundheitsfachberufe, die ältere Menschen versorgen. Es wurde aus dem Camberwell Assessment of Need (CAN) entwickelt und um Aspekte speziell für ältere Menschen erweitert und adaptiert. Das CANE kann zu klinisch-fachlichen Zwecken eingesetzt werden (Bedarfsbestimmung, Risikoerfassung und -bestimmung, Versorgungsplanung) sowie zu Forschungszwecken und zu Evaluationszwecken für Versorgungsleistungen durch entsprechende Dienste (Ressourcenallokation, Schnittstellenbrüche, Schulungsbedarfe). Das Instrument liegt in elf Sprachen, u.a. auch in deutsch, vor.

CANE bietet ein umfassendes Assessment der physischen, psychischen und umfeldbezogenen Bedarfe älterer Menschen. Wenn ein Bedarf in einem umrissenen Bereich bestimmt wird, erfolgen weiterführende Fragen zur Unterstützung durch formelle und informelle Dienste. Darüber hinaus gibt es Platz für die Berücksichtigung religiöser und/oder kultureller Eigenheiten sowie der Stärken und Fähigkeiten der Person, die das Gesamtbild der Situation ergänzen. In 24 Themenfeldern wird eine Einschätzung der Person vorgenommen, zwei weitere Bereiche dienen der Erfassung der pflegenden Angehörigen. Im Einzelnen umfasst das CANE die folgenden Bereiche:

1. Unterbringung, Wohnsituation
2. Haushaltsaktivitäten
3. Essen
4. Selbstversorgung
5. Sorge für andere Dritte
6. Tagesaktivitäten
7. Gedächtnisleistung
8. Kommunikation
9. Mobilität und Stürze

10. Kontinenz
 11. Physische Gesundheit
 12. Medikamentengebrauch
 13. Psychotische Symptome
 14. Psychologische Belastung
 15. Informationserfassung
 16. Sicherheit (unfreiwillige Selbstgefährdung)
 17. Sicherheit (gefahrenbedingte Selbstgefährdung)
 18. Missbrauch / Vernachlässigung
 19. Verhalten
 20. Alkohol
 21. Zusammenleben
 22. Intime Beziehungen
 23. Umgang mit Geld
 24. Vorzüge (Benefits)
- A. Informationsbedarfe für pflegende Angehörige
 B. Psychische Belastung pflegender Angehöriger

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die Formulare bieten Raum für die Beschreibung des erfassten Problems und für die Einzelheiten in Zusammenhang mit den Unterstützungen und/oder Diensten, die die zu versorgende Person erhält bzw. benötigt. Diese zusätzliche Beschreibung ist für die Erstellung eines Pflege- bzw. Handlungsplans erforderlich.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Insbesondere präventionsrelevante Aspekte können mit Hilfe des CANE ermittelt werden. Die Erfassung und Bestimmung bislang unentdeckter Risiken ist explizit intendiert. Die Ermittlung von Rehabilitations-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf ist hingegen nur indirekt und nur in begrenztem Umfang möglich. Aussagen zu Hilfsmitteln und Härtefällen lassen sich auf der Grundlage des CANE nicht vornehmen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert überwiegend standardisierte Ergebnisse. Das Instrument ermöglicht eine strukturierte Befragung und schließt ab mit einer fallbezogenen Beurteilung. Jede der 26 Domänen kann mit einer Rangreihe versehen werden, die durch die Beteiligten jeweils individuell bestimmt wird: die betroffene/zu versorgende Person, das Personal der Gesundheitsfachberufe, pflegende Angehörige oder der Untersucher. Jeder Aspekt (mit Ausnahme der zwei für die pflegenden Angehörigen) wird gewichtet mit 0=kein Bedarf, 1=Bedarf, der durch eine Versorgungsstruktur abgedeckt ist, 2=nicht berücksichtigter, unentdeckter Bedarf und 9=unbekannt. Die Leitlinien zum Gebrauch des Instruments heben hervor, dass

die Rangreihenbildung der eigentlichen Verwendungsabsicht, nämlich unentdeckte bzw. nicht berücksichtigte Bedarfe zu identifizieren und zu beschreiben, nachgeordnet ist.

5. Methodische Güte

Ein Teil der Domänen wurde aus dem CAN übernommen, ein Teil der Domänen für CANE modifiziert oder hinzugefügt. Reynolds et. al (2000) bieten eine Übersichtstabelle zu den konsistenten und abweichenden Teilen der beiden Verfahren. Unterschiedliche Autoren kommen zu dem Schluss, dass bestimmte Eigenschaften durchaus übertragbar sind, da die einzelnen Bestandteile als in sich geschlossene Einheiten vorliegen und sowohl CAN als auch CANE unter demselben konzeptuellen Rahmen eingesetzt werden. Zu den psychometrischen Eigenschaften gibt es eine Reihe von Studien zum älteren CAN, wenige zum CANE. Zum CAN liegen gute bis sehr gute Ergebnisse zur Reliabilität und adäquate Ergebnisse zur Validität vor (Phelan et al. 1995; McCrone et al. 2000; Reynolds et al., 2000; Anderson et al. 2000; Arvidsson 2003; Issakidis/Teesson 1999; Hansson et al. 1995; Rosales Varo et al. 2002).

6. Praktikabilität

Es wird eine eintägige Schulung vor Anwendung des Instruments empfohlen, jedoch nicht als unabdingbar vorausgesetzt, da das Instrument durch Fachkräfte eingesetzt wird. Die Dauer der Begutachtung mit dem CANE wird zwischen 15 und 30 Minuten geschätzt. Nach Orrell/Hancock (2004) sind die Items und Codieranweisungen leicht verständlich und nachvollziehbar. Probleme können sich hinsichtlich der Koordination ergeben, falls unterschiedliche Einschätzungen durch die Pflegebedürftigen, die pflegenden Angehörigen und die Professionellen erfolgen.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist auf der Basis des CANE nicht möglich. Das Instrument wurde vorwiegend für den Einsatz bei älteren Menschen entwickelt. Durch den aktiven Einbezug dürfte die Ergebnistransparenz für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen gewährleistet sein.

8. Adaptierbarkeit

Modifikations- und Adaptionenmöglichkeiten sind nicht vorgesehen. Allerdings erscheinen aufgrund der nicht sehr komplexen Bewertungssystematik durchaus Adaptionen denkbar.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das CANE bietet eine umfassende Einschätzung und verschiedene Verwendungsmöglichkeiten. Es ermöglicht die Situationseinschätzung aus unterschiedlichen Perspektiven (Pfle-

gebedürftige, Angehörige, Professionelle). Die Intention der Identifikation von Risiken eignet sich gut für die Ermittlung von präventionsrelevanten Aspekten.

Schwächen des Instruments

Es ist keine zusammenführende Ergebnisdarstellung vorgesehen. Das Instrument wurde in den Analysen zu Assessmentinstrumenten in England und Australien ausdrücklich nicht empfohlen, u.a. weil eine zu starke Berücksichtigung psychiatrisch erkrankter Personen erfolgt.

Fazit

Das Instrument liefert einen interessanten Ansatz zur Ermittlung von präventionsrelevanten Risiken. In diesem Zusammenhang kann eine weitere Berücksichtigung des CANE durchaus empfohlen werden. Die Empfehlung bezieht sich allerdings ausdrücklich auf den Bereich des Präventionsbedarfs. Hinsichtlich der Gesamteinschätzung von Pflegebedürftigkeit fallen die Möglichkeiten des CANE deutlich hinter anderen Instrumenten zurück und es kann keine weitere Empfehlung ausgesprochen werden.

10. Literatur

- Andersen, R./Caputi, P./Oades, L. G. (2000). Interrater reliability of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 34, Nr. 5, 691-692
- Arvidsson, H. (2003): Test-retest reliability of the Camberwell Assessment of Needs (CAN). Nord Journal of Psychiatry 57, Nr. 4, 279-283
- Hansson, L./Bjorkman, T./Svensson, B. (1995): The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study, Acta Psychiatria Scandinavica 92, Nr. 4, 285-293
- Iliffe, S./Lenihan, P./Orrel, M./Walters, K./Drennan, V./Tai, S.S. and the SPICE research team (2004): The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. British Journal of General Practice 54, 914-918 (n=544)
- Issakidis, C./Teesson, M. (1999): Measurement of need for care: A trial of the Camberwell Assessment of Need and the Health of the Nation Outcome Scales, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, Nr. 5, 754-754
- Lincoln Centre for Ageing and Community Care Research. (2004). Draft Report: The review and identification of an existing, validated, comprehensive assessment tool. Australian Institute for Primary Care at La Trobe University for the Department of Human Services (n>90)
- McCrone, P./Leese, M./Thornicroft, G./Schene, A. H./Knudsen, H. C./Vazquez-Barquero, J. L./Lasalvia, A./Padfield, P./White, I. R./Griffiths, G. (2000): Reliability of the Camberwell Assessment of Need – European Version. EPSILON Study6. European Psychiatric Services: Inputs Linked to outcome domains and needs. British Journal of Psychiatry, Suppl. 39, s34-40
- Phelan, M./Slade, M./Thornicroft, G./Dunn, G./Holloway, F./Wykes, T./Strathdee, G./McCrone, P./Haywood, P. (1995): The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness, British Journal of Psychiatry 167, Nr. 5, 589-595
- Reynolds, T./Thornicroft, G./Abas, M./Woods, B./Hoe, J./Leese, M. (2000): Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. British Journal of Psychiatry, 176, 444-452 (n=55 und n=101)
- Rosales Varo, C./Rorres Gonzalez, F./Del Castillo, J./Jimenez Estevez, J./Martinez Montes, G. (2002): [Reliability of the Spanish version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) (Spanish version of CAN Reliability Study)]
- Slade, M./Beck, A./Bindman, J./Thornicroft, G./Wright, S. (1999): Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS, British Journal of Psychiatry 174, 404-408

Walters, K./Iliffe, S./Tai, S./Orrell, M. (2000): Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: The Camberwell Assessment of need for elderly people in primary care. *Age and Ageing* 29 Nr. 6, 505-510 (n=84)

Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool – RCN Assessment

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Beim RCN Assessment handelt es sich um ein Ende der 1990er Jahre in Großbritannien entwickeltes Instrument, um die Leistungen von Pflegefachkräften bei der Versorgung älterer Menschen zeitlich fassbar zu machen. Als Instrument zur Bedarfserschätzung wird es primär in der stationären Altenhilfe eingesetzt, daneben kommt es auch in der ambulanten Versorgung und Krankenhauspflege zum Einsatz. Es hat einen explizit berufspolitisch motivierten Hintergrund und betont die pflegerische Komponente in interdisziplinären Versorgungskontexten. Für den RCN geht es mit dem Tool in erster Linie darum, klar zu demonstrieren, dass es spezifische Bedarfe in der Versorgung gibt, die nur durch pflegefachliche Interventionen durch Pflegefachkräfte zu erbringen sind. Das RCN Assessment kann für unterschiedliche Zwecke verwendet werden, zu denen die Pflegebedarfsbestimmung, Personalbemessung, Versorgungsplanung im multidisziplinären Kontext, Pflegeplanerstellung und Verlaufsbeobachtung gehören.

Das Instrument ist als ein fünfstufiges Verfahren aufbereitet und hat drei unterschiedliche Bewertungsskalen. Es wird durch ein allgemeines Erhebungs- und Anamneseformular ergänzt.

Stufe 1

erfasst den Gesundheitsstatus mittels dreier so genannter essentieller Versorgungskomponenten (insgesamt 23+2 Kurzskalen mit je fünf in A-E gestuften Items als Deskriptoren von A = Unabhängig bis E = Vollständig abhängig):

- Komponente 1 (Maximierung des Lebenswillens) enthält fünf Skalen mit je fünf Items zu: Selbstbestimmtheit der Person, Selbstbestimmtheit der spirituellen Entfaltung, Soziale Beziehungen, Sexualität und Kognitive Leistungsfähigkeit/Einsichtsfähigkeit
- Komponente 2 (Prävention und Stressentlastung) enthält 6 Skalen mit je fünf Items zu: Kommunikation, Kontrolle über Schmerz, Sinneswahrnehmung, Gedächtnisleistung, Orientierung sowie Coping von Verlust, Veränderung und Anpassung
- Komponente 3 (Förderung und Erhaltung der Gesundheit) enthält acht Skalen mit je fünf Items zu: Motivation, Schlaf, Mobilität, Urin- und Stuhlausscheidung, Risiko, Essen und Trinken, Atmung, Emotion

Zwei weitere Skalen mit je fünf Items dienen dazu, den nicht standardisiert abgedeckten Bedarf zu beschreiben. Die bewerteten Items können in die Berechnungen zum fünfstufigen Pflegefachkraftindikator einbezogen werden. Zu jeder Skala der drei Komponenten steht ein Freitextfeld für Notizen, Erläuterungen und Begründungen zur Verfügung.

Stufe 2

dient der Einordnung der Deskriptoren in eine Stabilitäts-Prognose-Matrix mit vier Zuordnungsmöglichkeiten: a) stabil und vorhersagbar, b) stabil und nicht vorhersagbar, c) nicht stabil und vorhersagbar, d) nicht stabil und nicht vorhersagbar. Diese Matrix dient als Initiator zur Charakterisierung des Gesundheitsstatus bezogen auf die mit den 23+2 Kurzskalen erfassten Faktoren. Die Stabilitäts-Prognose-Matrix reflektiert, dass der individuelle Status als dynamischer und veränderbarer Prozess zu begreifen ist und entsprechend beeinflussbar bleibt, auch außerhalb der durch die professionelle Pflege zu bestimmenden oder zu steuernden Einflüsse. Mittels der Matrix ist es möglich, Rückschlüsse auf die zur Bedarfsdeckung notwendigen Fähigkeiten, Wissensbestände und Expertisen in der pflegfachlichen Versorgung zu ziehen.

Stufe 3

legt den Grad und die Häufigkeit der benötigten pflegfachlichen Versorgung fest. Hierzu dienen vier Arten einer Unterstützung durch eine Pflegefachkraft mittels folgender Pflegeinterventionscharakteristik:

4 = akute Hilfestellung in der direkten Patientenversorgung,

3 = unterweisende Hilfestellung mittels edukativer, anleitender, beratender Pflegeinterventionen und direkter Unterstützung

2 = überwachende Hilfestellung mittels nicht direkter, rein beobachtender oder anleitender Unterstützung

1 = managerielle Hilfestellung im Sinne des Schnittstellenmanagements, der Überleitung oder des individuellen Case Managements

0 = zuzüglich der Option, dass es keinerlei pflegfachlicher Unterstützung bedarf

Stufe 4

ermittelt die benötigte Zeit der individuellen Patientenunterstützung durch eine Pflegefachkraft mittels Pflegefachkraftindikator. Dieser ist theoretisch zurückgeführt auf die Arbeit von Ball und Goldstone (1984). Hier wurde ermittelt, dass in einer 24-stündigen Versorgung maximal 8,8 Stunden Kontakt zwischen Pflegefachkraft und Patient stattfindet (Grundlage war eine kontinuierliche Beobachtungsreihe über 24 Stunden und eine Analyse unterschiedlicher Typen von Pflegearbeit in der direkten und indirekten Patientenversorgung). Herausgearbeitet wurden vier Grade der Patientenabhängigkeit, die folgende Kontaktzeiten zu Fachpersonal erfordern: Grad 1 = 1 Stunde, Grad 2 = 1,2 Stunden, Grad 3 = 2,5 Stunden, Grad 4 = 4,1 Stunden. Für den Pflegefachkraftindikator im RCN-Assessment wurde der Grad 0 hinzugefügt, der keine Pflegenotwendigkeit durch Fachkräfte beschreibt.

Stufe 5

dient der Reflexion des Assessment-Prozesses hinsichtlich der Entscheidungsfindung, des Erkenntnisgewinns aus der konkreten Patientenarbeit und der möglichen Forschungsfragen,

die sich ergeben könnten. In der Reflexion soll z.B. auch deutlich werden, warum die tatsächlich aufzubringende Zeit je Interventionsart in der Patientenversorgung nach oben oder unten vom ermittelten Pflegefachkraftindikator abweicht. Die Anwendung des Assessment hat in dieser Hinsicht keinen vorschreibenden Charakter, sondern dient der Entscheidungsfindung und des Nachweises der notwendigen pflegefachlichen Interventionen im Versorgungsgeschehen.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument dient explizit der Erarbeitung eines pflegefachlichen Versorgungsplans. Dabei ist die Detaillierung grob, eine Feinabstufung der Interventionen kann anhand der erfassten Bedarfslagen jedoch in einem weiteren Schritt problemlos erfolgen. Vorgesehen ist, dass die Erstellung eines Pflegeplans primär durch Pflegefachkräfte erfolgt. Allerdings ist das Instrument auch zur Verwendung in interdisziplinären Kontexten geeignet.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Ein Präventionsbedarf wird mittels der Module Prävention und Stressentlastung sowie einer Risikokala im Modul Förderung und Erhaltung der Gesundheit erfasst. Entsprechende Präventionsmaßnahmen werden durch die Pflegeinterventionscharakteristik abgebildet. Prävention wird in diesem Instrument als pflegefachliche Aufgabe angesehen.

Ein Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf wird ebenfalls insofern erfasst, als dass er pflegefachliches Handeln auf der Grundlage der Pflegeinterventionscharakteristik abbildet. Rehabilitations- und Hilfsmittelbedarf werden durch das Instrument nicht erfasst.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert vollstandardisierte Ergebnisse und eröffnet eine ergänzende Freitextoption. Die Ergebnisdarstellung variiert in den verschiedenen Modulen bzw. Stufen des Instruments. Eine Zusammenführung findet hinsichtlich der erforderlichen Zeiten für die professionelle Pflege statt.

Für alle 3 Komponenten und ggf. die Zusatzkomponente werden die Gesamtscores der jeweiligen Pflegeinterventionen aufaddiert. Maximal können in allen 25 Skalen 100 Punkte erreicht werden, wenn für alle Skalen der Wert 4 = akute Hilfestellung bemessen wird. Dieser Wert wird in Beziehung zum gewichteten Pflegefachkraftindikator gesetzt, um die Stundenzahl für die notwendige pflegefachliche Versorgung zu ermitteln (0 Punkte = 0 Stunden Pflegezeit, 1-11 Punkte = 1 Stunde, 12-23 Punkte = 1,2 Stunden, 24-48 Punkte = 2,5 Stunden, 49 – 100 Punkte = 4,1 Stunden). (Die Gewichtung wurde um den Faktor 11 vorgenommen, der sich aus der Division des Gesamtpunktwertes 100 durch die maximale Patientenkontaktzeit 8,8 Stunden in 24-stündiger Versorgung ergibt.). Dann wird der am Pflegefachkraftindikator abgetragene Wert mit 60 multipliziert und in einen Minutenwert gewandelt. Um die Arbeitslast je Interventionstyp nach der Pflegeinterventionscharakteristik zu ermitteln, wird der Einzelscore je Intervention aufaddiert. Um am Gesamtzeitwert den Minutenwert für die Anteile je Intervention zu ermitteln, wird der Punktwert je Inter-

vention durch den Gesamtpunktwert geteilt und das Ergebnis mittels der Minutenwerte des Pflegefachkraftindikator multipliziert. So lässt sich zu jeder Interventionsart der Zeitan- teil bemessen.

5. Methodische Güte

Zur methodischen Güte liegt nur eine Studie vor, nach der die interne Konsistenz und die Interrater-Reliabilität als hoch eingeschätzt werden (Ford/McCormack 1999).

6. Praktikabilität

Es finden sich keine Aussagen zum Schulungsbedarf. Es berichten allerdings in der Untersu- chung von Ford und McCormack (1999) 90 % der 400 befragten Pflegefachkräfte, dass das Instrument einfach zu nutzen sei. 95 % sagten, das Instrument sei zeitaufwendig. Knapp 70 % bemaßen das Instrument als angemessen für die Erfassung des Pflegebedarfs und 80 % empfanden es als hilfreich, den fachpflegerischen Beitrag an der Versorgung explizit werden zu lassen. Mit der Matrix und den Deskriptoren waren nur jeweils etwa 2/3 der Befragten wirklich einverstanden. Die Berechnungsmethode zur Quantifizierung und das Ergebnis der Berechnung fanden nur gut die Hälfte der Befragten für in Ordnung. Daraus ergibt sich, dass die Anwendbarkeit zwar gegeben scheint, jedoch die ermittelten Werte eher diskussi- onswürdig als wirklich überzeugend zu sein scheinen.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung lässt sich auf der Basis des RCN Assessments nicht vor- nehmen. Das Instrument ist vorwiegend für ältere Menschen ab 65 Jahre konzipiert. Die Transparenz der Ergebnisse ist aufgrund des erhöhten Komplexitätsgrades für Pflegebedürf- tige und Angehörige nicht ohne weitere Informationen gegeben.

8. Adaptierbarkeit

Eine Modifikation und Adaption erscheint nur unter erhöhten Anforderungen machbar zu sein, da jegliche Modifikation in die komplexe Bewertungssystematik eingreifen und eine Neuausrichtung erfordern würde. Denkbar ist die Verwendung der einzelnen Stufen in an- deren Verwendungskontexten, wobei auch dabei die derzeit zugrunde liegende Bewer- tungssystematik angepasst werden müsste.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das RCN Assessment Tool ermöglicht eine umfassende inhaltliche Einschätzung eines Pfl- egebedarfs mit hohem Standardisierungsgrad. Es liegt ein umfassendes Pflegeverständnis zugrunde, das in die Gestaltung des Pflegeplans und der tatsächlichen Pflege einfließt. Das

Instrument bietet verschiedene Verwendungsmöglichkeiten. Der Einsatz für unterschiedliche pflegerische Versorgungsfragen erscheint somit möglich.

Schwächen des Instruments

Die Bedarfseinschätzung erfolgt zwar umfassend und differenziert, findet aber vorwiegend bezogen auf die pflegerische Leistungserbringung und weniger personenbezogen statt. Die Aussagen zur methodischen Güte sind nicht ausreichend und es lässt sich ein erhöhter Schulungsaufwand vor Anwendung des Instruments prognostizieren.

Fazit

Das RCN Assessment Tool hat seine Stärken im umfassenden Pflegeverständnis. Aufgrund des zu stark professionell ausgerichteten Charakters kann es jedoch nicht zur weiteren Verwendung bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit empfohlen werden. Allerdings sollte das Instrument Berücksichtigung finden, wenn es um Fragen der professionellen Leistungsgestaltung geht.

10. Literatur

Ball, J./Goldstone, L. (1984): Criteria of Care. Newcastle: Newcastle Polytechnic

Ford, P./McCormack, B. (1999): Determining older people's needs for registered nursing in continuing health-care: the contribution of the Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool. *Journal of Clinical Nursing* 8, 731-742 (n=178)

Royal College of Nursing (2004): Nursing assessment and older people. A Royal College of Nursing toolkit, London.

Resource Use Measure (RUM)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Der RUM wurde in Schottland sowohl für stationäre Pflegeeinrichtungen als auch für den ambulanten Bereich entwickelt (Scottish Executive Health Department 2007a). Ziel der Entwicklung war die Gewinnung von Daten zu Bedarfslagen älterer Menschen und erbrachten Pflegeleistungen in verschiedenen Regionen Schottlands. Diese Daten sollten regionale Ungleichheiten in der Vergabe von Pflegeleistungen aufzeigen, um daraufhin eine gerechtere Allokation von Pflegeleistungen innerhalb Schottlands anstreben zu können (Redpath 2007). Mit dem Instrument können erbrachte Dienstleistungen und Kosten abgebildet werden (Scottish Executive Health Department 2007b).

Das RUM besteht aus vier Modulen (Scottish Executive Health Department (2007c):

- Aktivitäten des täglichen Lebens und Mobilität (ADL): Dieses Modul besteht aus je einer Frage zu den Bereichen Nahrungsaufnahme, Transfer und Toilettenbenutzung. Jede Frage enthält sechs Antwortmöglichkeiten, für die ein Score von 1-3 vergeben wird.

- Selbstversorgungsdefizite: Zur persönlichen Versorgung gibt es vier Fragen mit je fünf Antwortmöglichkeiten, für die ein Score von 1 bis 5 vergeben wird. Zum Bereich der Mahlzeitenzubereitung gibt es drei weitere Fragen mit fünf Antwortmöglichkeiten und einem Score von 1 bis 5.
- Psychische und verhaltensbezogene Aspekte (Mental Health): Es gibt je eine Frage zu den Aspekten Agitiertheit/Ruhelosigkeit, Störung anderer Personen und verbale Aggression, die mit „niemals oder selten“ (Score 1) oder „manchmal oder öfter“ (Score 2) beantwortet wird. Drei weitere Fragen zu unkooperativem Verhalten, Beziehungen und Risiken für sich selbst oder andere werden mit „Ja“ (Score 1) und „Nein“ (Score 2) beantwortet.
- Darmmanagement (bowel management): Dazu gibt es nur eine Frage bezüglich des Unterstützungsbedarfs mit fünf Antwortmöglichkeiten, aufgrund derer eine Eingruppierung in „geringes/kein Darmmanagement“ oder „hohes Darmmanagement“ erfolgt.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass das Instrument nicht zur Erstellung eines individuellen Pflege- oder Hilfeplans geeignet ist (Scottish Executive Health Department 2007a; Redpath 2007).

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Mit Hilfe des RUM lassen sich keine weiteren spezifischen Bedarfsaspekte erfassen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisdarstellung erfolgt vollstandardisiert auf der Grundlage der in den einzelnen Modulen entwickelten Scores. Die zugrunde liegende Bewertungssystematik ist relativ komplex. In den einzelnen Modulen erfolgt eine Dreiteilung nach folgendem Muster:

Aktivitäten des täglichen Lebens und Mobilität:

- Niedriger Score (Punktwert von 3)
- Mittlerer Score (Punktwert von 4)
- Hoher Score (Punktwert von 5- 9)

Selbstversorgungsdefizite:

- Niedriger Score (Punktwert von 7-14)
- Mittlerer Score (Punktwert von 15- 27)
- Hoher Score (Punktwert von 28-35)

Psychische und verhaltensbezogene Aspekte:

- Niedriger Score (Punktwert von 6)
- Mittlerer Score (Punktwert von 7-9)
- Hoher Score (Punktwert von 10-12)

Je höher ein Score in den verschiedenen Bereichen ausfällt, desto höher ist die Abhängigkeit bzw. der Pflegebedarf des Pflegeempfängers. Je niedriger der Score in einem dieser

Bereiche ist, desto höher ist die Unabhängigkeit einer Person (Scottish Executive Health Department 2007c).

Auf der Grundlage der Scores nimmt das RUM eine Klassifikation der Pflegeempfänger in die folgenden 9 Gruppen vor:

RUM GROUP A : niedriger ADL- Score + niedriger Selbstversorgungs Score

RUM GROUP B : niedriger ADL- Score + Mittlerer Selbstversorgungs Score

RUM GROUP C: Mittlerer ADL- Score + Niedriger Mental Health Score

RUM GROUP D: Niedriger ADL- Score + Hoher Selbstversorgungs Score

RUM GROUP E: Mittlerer ADL- Score + Mittlerer Mental Health Score

RUM GROUP F: Hoher ADL- Score + Niedriger Bowel Management Score + Niedriger Mental Health Score

RUM GROUP G: Mittlerer ADL- Score + Hoher Mental Health Score

RUM GROUP H: Niedriger Bowel Management Score + Hoher Mental Health Score

RUM GROUP I: Hoher ADL- Score + Hoher Bowel Management Score

(Scottish Executive Health Department 2007c).

Die RUM Gruppe A ist die Gruppe, der die Personen mit dem niedrigsten Pflegebedarf zugeordnet werden. Die RUM Gruppe I ist die Gruppe mit dem höchsten Pflegebedarf (Scottish Executive Health Department 2007c).

5. Methodische Güte

Die Interraterreliabilität des RUM wird laut Redpath (2007) mit $\geq 70\%$ und die Stabilität des RUM mit $\geq 75\%$ Übereinstimmung beschrieben. Weitere Studien zur methodischen Güte liegen nicht vor.

6. Praktikabilität

Die Anwendung des Instruments erfordert einen Schulungsbedarf, der allerdings durch die Verfasser nicht näher quantifiziert wird. Nach einer entsprechenden Einführung erscheint die Handhabung des Instruments sehr einfach zu sein. Die Dauer der Einschätzung wird mit 5 Minuten angegeben und die Durchführung durch Anwender während der Erprobung als einfach beschrieben (Redpath 2007).

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Auf der Grundlage der neun RUM-Gruppen lässt sich eine leistungsrechtliche Zuordnung vornehmen. Das Instrument bezieht sich ausdrücklich auf Personen im Alter von 65 und älter.

8. Adaptierbarkeit

Aufgrund der komplexen Bewertungssystematik erscheint eine Adaption des Instruments oder die Ergänzung um weitere Bestandteile nicht ganz einfach. Die bestehende Bewertungssystematik müsste erneut ausgearbeitet werden.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das RUM bietet eine schnell und einfach anzuwendende Möglichkeit einer standardisierten Klassifikation von Bedarfskonstellationen in mehreren Bereichen. Auf dieser Grundlage lassen sich leistungsrechtliche Zuordnungen vornehmen.

Schwächen des Instruments

Die Verwendungsmöglichkeiten sind stark eingeschränkt. Neben der leistungsrechtlichen Zuordnung ergeben sich kaum andere Einsatzmöglichkeiten. Darüber hinaus gibt es nur unzureichende Aussagen zur methodischen Güte.

Fazit

Insgesamt kann das RUM aufgrund des eingeschränkten Verwendungszwecks nicht zur weiteren Verwendung empfohlen werden. Allerdings ist es gerade die eingeschränkte Verwendungsmöglichkeit, die das RUM interessant erscheinen lässt, wenn es um die Identifikation von Bewertungssystematiken und leistungsrechtlichen Zuordnungen geht. Aus diesem Grund wird empfohlen, das RUM bei Bedarf in entsprechende Überlegungen mit einzubeziehen.

10. Literatur

- Scottish Executive Health Department (2007a): Report on the Development of a Resource Use Measure (RUM) for Scotland. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/47176/0013798.pdf>. (06.02.2007) (n=197 in erster Entwicklungsphase; n=890 in zweiter Entwicklungsphase)
- Scottish Executive Health Department (2007b): Annex 1: RUM Development Methods and Results. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/47176/0013793.pdf>. (06.02.2007)
- Scottish Executive Health Department (2007c): Annex 2: Resource Use Measure (RUM). <http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/DC20020924RUMimplementReportAnn2.pdf>.(06.02.2007)
- Scottish Executive Health Department (2007d): Development of Resource Use Measure: Progress Report- 16 November 2001. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/47176/0013796.pdf>. (06.02.2007).
- Redpath, A. (2007): Measures of dependency among older people in community and residential settings in Scotland- their development and application in resource forecasting. http://www.natsem.canberra.edu.au/conference2003/papers/pdf/redpath_adam-1.pdf. (06.02.2007)

III. Komplexe Instrumente ohne Empfehlung

BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

BESA ist ein in der Schweiz entwickeltes Instrument, das als Grundlage für die Einschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs sowie zur Leistungsverrechnung für Pflegeheimbewohner eingesetzt wird (derzeit in ca. 400 Pflegeeinrichtungen in der Schweiz – Peter-Egger 2006). Darüber hinaus soll BESA Informationen für die Qualitätsentwicklung und -steuerung bereitstellen.

Das Instrument liegt als EDV-Software vor, alternativ ist auch eine Papierversion erhältlich. Das System ist nach Angaben des Herstellers an verschiedene EDV-Dokumentationssysteme über eine Schnittstelle anschlussfähig.

BESA besteht aus insgesamt 3 EDV-Modulen (Ressourcen, Leistungen, Qualität). Es berücksichtigt bei der Bedarfsbestimmung die folgenden Bereiche, die nach einer Systematik der Lebensaktivitäten strukturiert sind (Curaviva 2007b,c):

1. Physische Ressourcen: Fortbewegung, Positionswechsel, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (z.B. Benutzen von Hilfsmitteln zur Fortbewegung; Sicherheit beim Fortbewegen); Körperpflege (z.B. Selbständiges Waschen); Hautprobleme; Nahrungsaufnahme (z.B. Hilfsmittel beim Essen/Trinken, Appetit); Ausscheiden (z.B. Selbständiges Benutzen der Toilette); Körpertemperatur regulieren (z.B. Gewohnheiten bzgl. Wärme und Kälte, Durchblutungsbeschwerden); Atmen (z.B. Einschränkungen im Alltag durch Atembeschwerden); Für Sicherheit sorgen können; Einschätzung von Schmerzen; Einschätzung von Schwindel; Sehhilfe/Sehvermögen; Hörhilfe/Hörvermögen.
2. Psychische Ressourcen: Etwas für die eigene Gesundheit tun (z.B. Spazieren); Selbständiger Umgang mit Medikamenten; Alkohol- und Nikotinkonsum; Orientierungsfähigkeit; Gedächtnis; Belastungsbewältigung; Stimmungslage.
3. Soziale Ressourcen: Beziehungen pflegen; Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen; An Veranstaltungen teilnehmen; Häusliche Verrichtungen, Einkäufe durchführen können; Wünsche bei der Lebensgestaltung; Bedeutung der Kommunikation; Unterstützung anderer Personen; Soziale Kontakte (einschl. Zufriedenheit); Vorhandensein einer Vertrauensperson; Erwartete soziale Unterstützung.

Über die o.g. Bereiche hinaus findet eine Erfassung der Lebensperspektive, der persönlichen Situation sowie besonderer, für die Pflege wichtiger Wünsche statt. Die Ressourcenabklärung beruht auf einer Selbsteinschätzung der Pflegebedürftigen sowie einer Einschätzung durch professionelle Pflegekräfte. Es umfasst eine Triggerfunktion, mit deren Hilfe Risikogruppen erkannt werden können. Das Assessment wird alle 6 Monate als Fremdeinschätzung und alle 12 Monate zusätzlich als Selbsteinschätzung wiederholt.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

BESA ist explizit auch zu diesem Zweck entwickelt worden. Auf der Grundlage des BESA-Moduls ‚Ressourcen‘ soll durch Pflegefachpersonal gemeinsam mit dem Bewohner ein Pflegeplan erstellt werden. Dem BESA-Modul ‚Ressourcen‘ liegen ein Ressourcenmodell sowie die International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO zugrunde. Im Falle von festgestellten Problemlagen werden für die Bereiche Harninkontinenz, Sturzrisiko, Hörfähigkeit, Schmerz, Gedächtnisstörungen spezifische Abklärungshilfen empfohlen.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Mit BESA werden bestimmte Risiken erfasst, die als Informationen für einen adäquaten Umgang mit „gefährdeten“ Bewohnern genutzt werden sollen. Diese „Risikogruppen“ werden nicht explizit im Sinne eines Präventionsbedarfs konzeptualisiert, sie sind vielmehr integraler Bestandteil des Assessments (Curaviva 2007c). Zu den Risiken werden Depression, Demenz, Hörhandicap, Schmerz, Sturz, Harninkontinenz, Dekubitus, Weglaufen, Delir sowie Fehlernährung gerechnet. Die Hilfsmittelversorgung wird berücksichtigt. Rehabilitationsbedarf wird nicht explizit erfasst, lässt sich allerdings aus den Einschätzungsergebnissen zumindest teilweise ableiten. Ähnliches gilt für Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Es gibt Items mit geschlossenem, halbgeschlossenem und offenem Antwortformat.

Die Ergebnisse werden grafisch als Netz- und Balkendiagramme sowie tabellarisch visualisiert, dabei wird die Selbst- und Fremdeinschätzung differenziert dargestellt.

Darüber hinaus wird ein Index aus dem Ressourcenprofil berechnet, dessen Zusammensetzung und Nutzung aus dem verfügbaren Informationsmaterial jedoch nicht hervorgeht.

5. Methodische Güte

Es liegen keine Studien vor.

6. Praktikabilität

Die Bedarfseinschätzung im Rahmen des BESA soll durch Pflegefachpersonal erfolgen. In einem Feldversuch (n=50 Einrichtungen) wurde das Instrument als grundsätzlich gut anwendbar beschrieben. Probleme wurden deutlich bei der Durchführung des Assessments gemeinsam mit den Bewohnern, bei der Einbeziehung kognitiv beeinträchtigter Bewohner sowie bei der Ableitung von Zielen und darauf aufbauenden Maßnahmen. Ein modular aufgebautes, umfassendes Schulungsprogramm liegt vor. Aufgrund des Aufbaus von BESA und der Parallelität von Fremd- und Selbsteinschätzung ist von hohem Zeitaufwand auszugehen.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Die Leistungsverrechnung erfolgt anhand der Bereiche administrative und Hotelleistungen, hauswirtschaftliche Leistungen, Hilfen bei der Alltagsgestaltung, grundpflegerische Leistun-

gen, Behandlungspflege sowie psychosoziale Leistungen. Insofern bestehen gute Voraussetzungen für eine leistungsrechtliche Zuordnung.

BESA ist auf die Anwendung bei Heimbewohnern zugeschnitten bzw. hierauf begrenzt.

Das System unterstellt von vornherein eine Beteiligung der Bewohner/Angehörigen, so dass das Verfahren Nachvollziehbarkeit und Transparenz voraussetzt. Empirische Ergebnisse dazu, inwieweit dieser Anspruch eingelöst werden kann, liegen allerdings nicht vor.

8. Adaptierbarkeit

Es handelt sich um ein in sich geschlossenes EDV-System, das Ergänzungen/Modifikationen nicht ohne weiteres zulässt.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

BESA beinhaltet ein umfassendes Assessment mit offenbar geringer Itemschwierigkeit. Es orientiert sich an einer für Pflegenden gewohnten ATL-Systematik. Die Einschätzungsergebnisse lassen eine Verknüpfung mit einem Leistungsverrechnungssystem zu. Es beinhaltet eine Triggerfunktion zur Risikoabklärung.

Schwächen des Instruments:

Studien zur methodischen Güte der Einschätzung liegen nicht vor. Die ATL-Systematik wirkt teilweise überfrachtet und nicht zeitgemäß. Sie zeigt einige Homogenitätsprobleme, die Zuordnung einiger Items erscheint künstlich. BESA ist ein recht komplexes Instrument, das hohen Einschätzungsaufwand erwarten lässt. Eine Nutzung außerhalb des stationären Settings ist nicht möglich bzw. würde Anpassungen erforderlich machen, die aufgrund der Geschlossenheit des EDV-Systems Probleme aufwerfen würden.

Fazit:

BESA liefert interessante Ansätze für die Einschätzung, wäre jedoch aufgrund der genannten Schwächen nicht ohne Probleme in ein Begutachtungssystem zu überführen. Es gibt außerdem andere Instrumente wie RAI, die Vergleichbares leisten, ausgereifter und besser erforscht sind.

10. Literatur

Curaviva (2005a): BESA System für Ressourcenabklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung. Handout für die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen anlässlich der BESA-Präsentation vom 7. April 2005 in Bonn

Curaviva (2005b) BESA-Modul Leistungen Version 2.0 Januar 2005 <http://www.rigahaus.ch/index.php?id=143>; letzter Zugriff 08.01.2007

Curaviva (2007a): BESA-Modul Ressourcen. Beobachtung. Version 3.0

Curaviva (2007b): BESA-Modul Ressourcen. Assessment Eintritt. Version 3.0

- Curaviva (2007c): BESA. System für Ressourcenklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung. <http://www.besa.curaviva.ch/index.cfm/6BC513E1-0EE4-4F66-822B0FAB3B82CEFA/>; letzter Zugriff 07.02.2006
- Curaviva (2007d): BESA. Systemschulung. <http://www.besa.curaviva.ch/index.cfm/21154F33-2064-4560-B46411C22B246551/>; letzter Zugriff 07.02.2007
- Curaviva (o.A.a): BESA. System für Ressourcenklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung. Informationen für Heimbewohnerinnen, Heimbewohner und Angehörige. <http://www.besa.curaviva.ch/index.cfm/C3820B18-7F43-4A2E-886413BF8FA3A8E0/>; letzter Zugriff 07.02.2007
- Curaviva (o.A.b): Theroretisches Fundament der Ressourcenklärung des BESA. <http://www.besa.curaviva.ch/index.cfm/6BC513E1-0EE4-4F66-822B0FAB3B82CEFA/>; letzter Zugriff 07.02.2007
- Peter-Egger, G. (2006): Assessmentinstrumente von BESA und ihre Auswirkungen auf die Pflege. PrInterNet (n=50)

Cambridgeshire Assessment Tool (CAT)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das Instrument wurde vom Cambridgeshire County Council in Zusammenarbeit mit Professionellen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, Freiwilligenorganisationen und älteren Menschen aus der Region entwickelt. Die elektronische Fassung des Instruments wurde im britischen Single Assessment Process akkreditiert. Die für diese Analyse vorliegende Druckfassung ist inhaltlich an die elektronische Fassung angelegt, bietet aber keine entsprechende Funktionalität und wurde nicht akkreditiert.

Das Instrument besteht aus einem Kontaktassessment und einem Übersichtsassessment. Zunächst wird eine Art Screening (Kontaktassessment) zusammen mit der zu begutachtenden Person und ggf. mit ihren Angehörigen durchgeführt. Mit Hilfe des Screenings sollen mögliche Probleme in den Bereichen Sicherheit, Gesundheit, Versorgung und Pflege, Mobilität, Soziale Isolation, Mentale Gesundheit, Finanzen, Familie/Pflegepersonen, tägliche Routinen oder Autonomie und Selbstkontrolle aufgedeckt werden. Zusätzlich werden soziodemographische Daten und Angaben zur gegenwärtigen Nutzung von Hilfe- und Pflegeleistungen erhoben. Weisen die Ergebnisse aus dem Screening auf potenzielle Probleme und Risiken der Person hin, folgt im zweiten Schritt die Durchführung des Übersichtsassessments. Im Overview Assessment werden die zuvor im Screening identifizierten potenziellen Probleme näher beleuchtet. Es erfolgt eine differenziertere Erfassung des Problems, eine Einstufung, inwieweit das Problem ein Risiko für die einzuschätzende Person darstellt und eine Erfassung der Ressourcen und möglichen Interventionen zur Bewältigung der Probleme. Zugleich wird die zu begutachtende Person über mögliche Unterstützungsangebote informiert (Cambridgeshire County Council 2004).

Inhaltlich ist das Übersichtsassessment in 15 Module (Sektionen) unterteilt. Diese Module orientieren sich an den Domänen des britischen Single Assessment Process (siehe Bericht, S. 51f) und umfassen:

- Nutzerperspektive
- Wohnsituation
- Sinnesorgane und Kommunikation
- Unmittelbares Lebensumfeld und Ressourcen
- Persönliche Versorgung und Wohlbefinden
- Mobilität
- Sozialleistungen und Umgang mit Geld
- Klinischer Hintergrund
- Krankheitsprävention
- Mentale Gesundheit
- Sicherheit
- Beziehungen
- Spirituelles Wohlbefinden
- Persönliche Zielerreichung
- Belange der pflegenden Angehörigen

Innerhalb der einzelnen Module werden verschiedene Arten von Fragen gestellt, zu denen entweder feste Antwortvorgaben, dichotomisierte Ja/Nein-Antworten oder abgestufte Antwortkategorien vorgesehen sind. Je Modul werden zusammenfassende Kästen ausgefüllt, in denen der Gutachter auf der Basis der erhobenen Informationen eine 0 für keinen identifizierten Bedarf, eine 1 für einen bestehenden Bedarf, um den sich bereits gekümmert wird und eine 2 für einen identifizierten Bedarf einträgt.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument ist entsprechend der Intention der Verfasser vornehmlich für die Erstellung eines „Aktionsplans“ geeignet. Dies bedeutet, dass der Begutachter zunächst die individuellen Bedarfe und Problembereiche einer Person als auch die ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen und professionellen Unterstützungs- und Hilfeangebote (die im Interesse der zu begutachtenden Person liegen) aus dem Assessment zusammenstellt. Daraufhin entscheidet der Begutachter, welche Pflege- und Hilfeleistungen für die jeweilige Person notwendig sind und informiert die zuständigen Leistungserbringer. Gegebenfalls kontaktiert er weitere Experten, wenn zusätzliche Assessments (special assessments) zu speziellen Problembereichen (z.B. Inkontinenz) erforderlich sind.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Es wird kein expliziter Präventionsbedarf erfasst, jedoch eine Reihe von Aspekten, die präventive Maßnahmen nach sich ziehen könnten. Dazu gehören: Umgang mit Medikamenten, Lust am Essen, Appetitverlust, Kau- und Schluckstörungen, Gewichtsverlust, Tabak- und Alkoholkonsum, Fehlende Impfungen, Abnormale Blutdruckwerte, Sturzrisiko, Zahnarztvorsorge nicht gewährleistet, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Spezifische Angaben

zum Rehabilitations-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfolgen nicht. Bezüglich des Hilfsmittelbedarfs wird nach dem Bedarf und dem Vorhandensein von Hörgeräten, speziellen Küchengeräten und Essbestecken, Hilfsmitteln zur Toilettennutzung und Rollstühlen gefragt.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert teilstandardisierte Ergebnisse. Die Ergebnisse der Einschätzung werden in eine tabellarische Übersicht eingetragen. Der Rater erhält somit einen Überblick über die Probleme, die Risiken, die Bedarfe und die der zu begutachtenden Person zur Verfügung stehenden Ressourcen. Bei der elektronischen Version des CAT stellt das Computerprogramm diese tabellarische Übersicht automatisch zusammen.

5. Methodische Güte

Es liegen keine Studien zur methodischen Güte des Instruments vor.

6. Praktikabilität

Es werden keine Angaben dazu gemacht. Es ist jedoch aufgrund der Komplexität des Instruments von einem erhöhten Schulungsaufwand auszugehen. Darüber hinaus sollten die Begutachter aufgrund des interaktiven Charakters des Instruments Kompetenzen in der Interview- und Gesprächsführung mitbringen.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist auf der Grundlage der vorliegenden Bewertungssystematik nicht möglich. Das Instrument ist für den Einsatz bei älteren Menschen konzipiert. Die Transparenz der Ergebnisse ist intendiert und sollte durch den aktiv eingeforderten Einbezug der begutachteten Personen und ihrer Angehörigen gewährleistet sein.

8. Adaptierbarkeit

Die modulare Struktur und wenig komplexe Bewertungssystematik lassen eine Modifikation und Adaption möglich erscheinen. Erfahrungen liegen dazu nicht vor. Die Komplexität der elektronischen Fassung dürfte höher und entsprechend schwieriger zu modifizieren sein.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Mit dem CAT ist eine umfassende Bedarfseinschätzung möglich. Die Aufbau als Kontakt- und Übersichtsassessment lässt verschiedene Verwendungsmöglichkeiten zu. Eine Adaption und Modifikation scheint ohne größere Schwierigkeiten möglich zu sein.

Schwächen des Instruments

Es liegen keinerlei Angaben zur methodischen Güte und Praktikabilität vor. Hinsichtlich der Praktikabilität erscheinen die Anforderungen beträchtlich zu sein. Einschränkend ist weiterhin anzumerken, dass für diese Analyse nur die Druckfassung und nicht die elektronische Fassung zur Verfügung stand, die nicht frei zugänglich ist.

Fazit

Trotz der umfassenden inhaltlichen Reichweite des Instruments, kann es aufgrund der fehlenden Angaben zur methodischen Güte und den zu erwartenden komplexen Anforderungen nicht zur weiteren Verwendung empfohlen werden. Die beiden eher formalen Kriterien werden bei der Bewertung insbesondere deshalb berücksichtigt, weil diese Schwächen bei anderen Instrumenten mit vergleichbarer inhaltlicher Reichweite nicht in diesem Ausmaß anzutreffen sind.

10. Literatur

Cambridgeshire County Council (2004): CAT Version 4. Cambridgeshire Model of Contact & Overview Assessments and Action Planning Module. Norfolk, Suffolk and Cambridgeshire NHS

Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

CarenapD ist ein englischsprachiges, in Schottland entwickeltes Instrument, das zur Erfassung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs Zuhause lebender, an Demenz erkrankter Menschen eingesetzt wird. Es liegt sowohl in elektronischer als auch gedruckter Form vor. Das Assessment zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs gliedert sich in einen allgemeinen Teil, in dem personenbezogene Daten erhoben werden und Einschätzungen der zentralen Versorgungsprobleme aus Sicht des Betroffenen, der Hauptpflegeperson und des Assessors (freischriftlich) formuliert werden. Ebenso werden dort die aktuelle Versorgungssituation und die derzeitige Inanspruchnahme von Hilfeleistungen erfasst. Im nachfolgenden Teil werden ausführlicher der Unterstützungsbedarf bzw. Probleme und Ressourcen der Betroffenen in folgenden Teilbereichen erfasst:

- Gesundheit und Mobilität
- Selbstversorgung und Ausscheidungen
- Soziale Interaktion
- Denken und Gedächtnis
- Verhalten und psychischer Status
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Leben in der Gemeinschaft („Community Living“)

Ergänzend werden der Ernährungszustand und die technische Ausstattung des Haushalts erfasst.

Es schließt sich eine freischriftlich durchzuführende Erhebung biografischer Informationen an. Ein ergänzendes Assessment erfasst den Hilfs- und Unterstützungsbedarf der Hauptpflegeperson.

Das Instrument liegt in mehreren Entwicklungsstufen vor, Weiterentwicklungen werden offenbar ausschließlich als EDV-Lösung angeboten und sind nicht frei zugänglich. Dazu gehört auch das CarenapE (Care Needs Assessment Pack for the Elderly), das auf demenzspezifische Komponenten verzichtet. Im Hinblick auf einen möglichen Einsatz zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit könnte dieses Instrument interessant sein. Allerdings sind aus Copyrightgründen nur Auszüge öffentlich zugänglich, es wurden bei der Recherche auch keine Untersuchungen zu methodischer Güte und Anwendbarkeit gefunden.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das CarenapD identifiziert für demenzkranke, ältere Menschen typische Unterstützungsbedarfe in zahlreichen Lebensbereichen. Die gewonnenen Informationen sollen den an der Versorgung Beteiligten als Basis für die Entwicklung eines individuellen, multiprofessionell abgestimmten Hilfeplans dienen. Dabei werden sowohl physischer wie auch psychischer und sozialer Unterstützungsbedarf berücksichtigt.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Hinweise zur Einschätzung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs ergeben sich aus einzelnen Items der o.g. Teilbereiche, eine gesonderte Beurteilung erfolgt größtenteils nicht. Lediglich für den Bereich Ernährung wird eine explizite Risikoeinschätzung vorgenommen. Explizite Aussagen zum Beaufsichtigungs- oder Betreuungsbedarf sind nicht vorgesehen, allerdings liefert die Einschätzung hierzu zahlreiche wichtige Hinweise (z.B. mit den Merkmalen: Ängstlichkeit / sozialer Rückzug / Beteiligung an sozialen Aktivitäten / Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit Anderen / Alltagsroutinen erinnern / Wanderungstendenzen / Sich verlaufen / Unruhezustände / Gebrauch eins Herdes).

Bei einem identifizierten Unterstützungsbedarf kann als eine Variante die Anwendung von Hilfsmitteln als bereits durchgeführte oder zu initiiierende Maßnahme angegeben werden. Die Benennung des jeweiligen Hilfsmittels muss der Assessor freischriftlich vornehmen.

Das Instrument selbst nimmt grundsätzlich keine Quantifizierung des Unterstützungsbedarfs vor. Ob ein außergewöhnlicher Unterstützungsbedarf in bestimmten Lebensbereichen besteht, entscheidet der Assessor.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Die Erhebung in den Modulen „Unterstützungsbedarf Betroffener“ und „Unterstützungsbedarf Pflegeperson“ erfolgt überwiegend standardisiert. Es ist vorgesehen, zu allen Items anzugeben, ob ein Unterstützungsbedarf besteht, ob diesem aktuell ausreichend entsprochen wird oder ob zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden sollten. In einem zweiten Schritt muss die aus Sicht des Assessors sinnvolle Art der Hilfeleistungen benannt werden.

Eine freischriftliche Erläuterung des Assessors zu identifizierten Problemlagen ist möglich und gewünscht.

Zu den ermittelten Fähigkeitsstörungen und Ressourcen ist von den Assessoren jeweils Stellung zu nehmen, ob und in welcher Form dem aus der Einschätzung resultierenden Unterstützungsbedarf entsprochen wird oder ob zusätzliche Leistungen initiiert werden müssen. Eine quantifizierende Darstellung des Gesamtergebnisses ist nicht vorgesehen.

5. Methodische Güte

Es findet sich lediglich eine Studie, die Angaben zu Interraterreliabilität und inhaltlicher Validität des Instrumentes macht und beide als gut einschätzt (McWalter et al. 1998). Die Aussagekraft der Studie ist aufgrund kleiner Fallzahlen gering.

6. Praktikabilität

Die Anwendung des Instrumentes ist nicht auf bestimmte Berufsgruppen beschränkt, allerdings sollen die Assessoren über eigene berufliche Erfahrungen im Umgang mit demenzkranken Menschen verfügen. Eine Schulung der Assessoren wird empfohlen, über deren inhaltlichen Aufbau und Umfang werden keine Angaben gemacht. Es finden sich keine Angaben zur Dauer der Einschätzung, aufgrund des inhaltlichen Umfangs des Instrumentes ist jedoch zu vermuten, dass diese selten unter einer Stunde liegen dürfte. Die Anwendung wurde von den Nutzern als unproblematisch eingeschätzt (McWalter 1998). Im Gesamtbild zeigt sich eine eher geringe Itemschwierigkeit.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Leistungsrechtliche Zuordnungen sind aufgrund der für die Situation in Deutschland ungewohnte Zusammenstellung von Item in den Modulen nur sehr begrenzt möglich.

Das Instrument ist auf dementiell Erkrankte zugeschnitten, die in der häuslichen Umgebung leben.

Sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen sollen bei der Aufstellung eines Hilfeplanes mit eingebunden werden. Die Merkmale und Merkmalsausprägungen sind für Laien gut nachvollziehbar.

8. Adaptierbarkeit

Modifikationen – insbesondere eine Erweiterung der Items, aber auch andere Zusammenfassungen zu Modulen – sind möglich. Im Hinblick auf die Erfassung der Basisdaten wird auf die Möglichkeit zur Ergänzung sogar explizit hingewiesen (Cameron 2000). Bei den Modulen „Needs Assessment Person“ und „Assessment Carer“ beeinträchtigt eine Erweiterung die Aussagekraft nicht, da keine zusammenfassenden Wertungen vorgenommen werden. Vom Verzicht auf einzelne Items wird allerdings abgeraten, da das Instrument ja gerade beabsichtigt, das Übersehen einzelner Unterstützungsbedarfe zu vermeiden.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Mit CarenapD ist ein umfassendes Assessment möglich, das physische, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt. Das Instrument ist gut auf demenztypische Problemlagen zugeschnitten.

Schwächen des Instruments:

CarenapD sieht keine quantifizierende Ergebnisdarstellung vor. Die methodische Güte ist nicht ausreichend belegt. Das Instrument ist für den Einsatz bei demenziell Erkrankter konzipiert worden und für kognitiv unbeeinträchtigte Personen nicht ohne weiteres anwendbar.

Fazit:

Wenngleich das CarenapD einen vielversprechenden Ansatz zur Bedarfserfassung und daraus abgeleitet zur Versorgungsplanung bietet, kann es in der vorliegenden Form (insbesondere aufgrund seiner einseitigen Ausrichtung auf Demenzkranke) nicht für den Einsatz im Rahmen der Begutachtung empfohlen werden. Hierzu wären weitreichende Modifikationen erforderlich.

10. Literatur

- Cameron, K. (2000): CarenapD (Care Needs Assessment Pack for Dementia). Stirling: University of Stirling (Erläuterungen zu den mit der Erstellung des CarenapD verbundenen Absichten. Außerdem Manual zum Gebrauch des Instrumentes)
- Cameron, K./ O'Neill, K (2005): Carenap (Care Needs Assessment Package) – a practical example of innovation in joint working and single shared assessment. *Dementia* 2005, Nr. 5, 149-155
- McWalter, G.J./Toner, H.L./ Corser, A.S./ Marshall, M.T./Turvey, A.A./Howie, C. (1996): CarenapD – Manual. User Manual for the Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD), Stirling:University of Stirling
- McWalter, G./ Toner, H./ McWalter, A./ Eastwood, J./ Marshall, M./ Turvey, T. (1998): A community needs assessment: The Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD) – its development, reliability and validity. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13, Nr. 1, 16-22 (n = 26)
- Meaney, A.M./ Croke, M./ Kirby, M. (2005): Needs assessment in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20, Nr. 4, 322-329

Ergotherapeutisches Assessment

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das Instrument wurde in den Jahren 1996-1999 gezielt für den Bereich der Ergotherapie in allen medizinischen Fachgebieten entwickelt (Schochat et al. 2002) und wird seit Sommer 2002 in der Praxis angewendet (Voigt-Radloff et al. 2006). Intention des Instruments ist die

Unterstützung von Ergotherapeuten bei ihrer Berufsausübung in den Bereichen Diagnostik, Therapieplanung, Kommunikation und Evaluation des Behandlungsergebnisses (Voigt-Radloff et al. 2000). Das Instrument kann in verschiedenen Versorgungssettings genutzt werden und ist sowohl für die stationäre als auch ambulante akute, rehabilitative, Langzeit- und präventive ergotherapeutische Behandlung von Patienten indiziert. Die Zahl der Anwender wird mit 400 Institutionen angegeben (Voigt-Radloff et al. 2006). Vorgesehen ist die Anwendung des Instruments zu zwei Messzeitpunkten, zu Beginn und nach Abschluss der ergotherapeutischen Behandlung.

Das Instrument nimmt Bezug auf das Konzept der ICF der WHO zur Klassifizierung von Krankheitsfolgen (Voigt-Radloff et al. 2003). Es ist aufgeteilt in sechs Domänen/Module mit insgesamt 60 Items, die sich wie folgt darstellen:

1. Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung: Umsetzen, Toilettenbenutzung, tägliche Hygiene, Baden/Duschen, Aus-/Anziehen, Trinken, Essen, Beweglichkeit im Haus
2. Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung: Telefonbenutzung, Medikamenteneinnahme, Schreiben, Lesen, Rechnen, Geldhaushalt, Mobilität außer Haus, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung, Haushaltsführung
3. Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen: Sitzen, Stehen, Gehen, Motorik und Sensibilität der oberen Extremitäten, Sensomotorik des Gesichts und Schlucken
4. Alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen: Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis, Körperwahrnehmung, visuelles Erkennen, Gesichtsfeld, Halbseitenaufmerksamkeit, räumliche Leistungen. Praxien, Handlungssteuerung
5. Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen: Antrieb, Emotionalität, Motivation, Krankheitsverarbeitung, Interaktionsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Verwirklichung eigener Interessen
6. Arbeitsrelevante Basisaktivitäten: Arbeitsablauf steuern, Arbeitsplatz organisieren, Arbeitsqualität gewährleisten, Belastbarkeit, Einstellung zur Arbeit, Arbeitsrelevantes Lernen, Selbstbild, Verhalten im Team, Umgang mit Kritik und Konflikten, Zuverlässigkeit

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die Erstellung eines Pflegeplans ist ausdrücklich nicht vorgesehen. Vielmehr liegt dem Instrument ein sehr professionsspezifischer Ansatz zugrunde. Im Mittelpunkt stehen die Optimierung der ergotherapeutischen Diagnostik und Behandlung von Patienten. Außerdem soll der Einsatz des Instrumentes die Therapeuten in ihrer Kommunikation mit den anderen Rehabilitationspartnern unterstützen (Voigt-Radloff et al. 2000).

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Beim Ergotherapeutischen Assessment ergibt sich durch die Intention des Instruments, dass es vorwiegend im Zusammenhang mit rehabilitativen Zwecken in unterschiedlichen Settings zum Einsatz kommt. Dementsprechend finden sich keine spezifischen Aussagen zum Präventions- und Beaufsichtigungsbedarf, jedoch umfangreiche Angaben zum Rehabilitationsbedarf und –potenzial. Darüber hinaus sind Aussagen zum Hilfsmittelgebrauch und –bedarf vorgesehen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert teilstandardisierte Ergebnisse. Innerhalb der Module erfolgt eine Einstufung in vier Schweregrad-Kategorien, die in einem Handbuch näher definiert sind. Allgemein bedeutet Kategorie I keine Einschränkungen, Kategorie II selbständige Kompensation von leichten Einschränkungen, Kategorie III zeitweise Notwendigkeit einer Hilfsperson und Kategorie IV keine Teilleistungen des Patienten trotz Hilfsperson. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet als Freitexteinschätzung statt. Eine abschließende Einschätzung erfolgt erst nach einer Zweiteinschätzung.

5. Methodische Güte

Es liegt eine Reihe von Studien zur Überprüfung der methodischen Güte des Instruments vor. Danach kann die interne Konsistenz und die Test-Retest-Reliabilität als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Die Aussagen zur Validität sind ebenfalls zufrieden stellend.

6. Praktikabilität

Die Einschätzung soll durch ausgebildete Ergotherapeut/inn/en erfolgen. Vor Anwendung ist eine zweitägige Schulung vorgesehen. In einer ersten Studie erfolgte eine Beurteilung der Praktikabilität des Instruments durch 22 Ergotherapeuten (Voigt-Radloff 2000). Die Zuordnung der Patientenfähigkeiten und -funktionsstörungen zu den jeweiligen Items wurde von zwei Dritteln der Studienteilnehmer als einfach beurteilt. Bei der Zuordnung zu den jeweiligen Schweregrad-Kategorien zeigte sich ein eher indifferentes Bild (häufige Zuordnung zur mittleren Kategorie „weder einfach noch kompliziert“). Die Hinzuziehung des Handbuches wurde bei der Einschätzung des Schweregrades als hilfreich empfunden. Negativ bewertet wurde der hohe Zeitaufwand der Durchführung (Mittelwert 50–60 Minuten, abnehmender Zeitbedarf mit zunehmender Erfahrung mit dem Instrument).

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist auf der Grundlage der Ergebnisse des Ergotherapeutischen Assessments nicht möglich. Die Zielgruppe definiert sich durch die professionsspezifische Arbeitsumgebung, in der das Instrument eingesetzt wird. Der Einsatz bei Kindern wird ausdrücklich ausgeschlossen.

8. Adaptierbarkeit

Adaptionen sind denkbar hinsichtlich der Ergänzung neuer Domänen bzw. Module, da es keine zusammenfassende standardisierte Ergebnisdarstellung gibt, die dadurch beeinträchtigt würde. Innerhalb der einzelnen Domänen erscheinen Adaptionen aufgrund der nachgewiesenen guten internen Konsistenz nicht angezeigt.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das Instrument ermöglicht eine inhaltlich breit angelegte Erhebung funktionsbezogener Aspekte und ist insbesondere geeignet, rehabilitationsspezifische Aussagen zu machen. Es findet breite Anwendung und ist hinsichtlich seiner methodischen Güte erprobt.

Schwächen des Instruments

Das Instrument verfolgt einen vorwiegend professionsspezifischen Ansatz, der einen darüber gehenden Einsatz nicht vorstellbar erscheinen lässt. Die Angaben zur Praktikabilität lassen potentielle Schwierigkeiten in der Anwendung vermuten.

Fazit

Aufgrund des sehr stark professionsspezifischen Ansatzes eignet sich das Ergotherapeutische Assessment nicht für die weiteren Überlegungen zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.

10. Literatur

- Heiss, H.W./Voigt-Radloff, S./Schochat, T. (2003): Occupational Therapy Assessment (OTA): Validity and reliability for adults of various ages. *European Journal of Geriatrics* 5, Nr. 1, 23-29 (n=825)
- Kiesinger, A./Voigt-Radloff, S. (1996): Das ergotherapeutische Assessment. *Ergotherapie & Rehabilitation* 35, Nr. 7, 647-651
- Leonhart, R./Akkad, H./Seume, C./Häußermann, H./Voigt-Radloff, S. (2006): Die Domain Arbeitsrelevante Basisaktivitäten im Ergotherapeutischen Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. *Ergoscience* 1, Nr.1, 26-35 (n=175)
- Schochat, T./Voigt-Radloff, S./Heiss, H.W. (2002): Psychometrische Testung des Ergotherapeutischen Assessments. *Das Gesundheitswesen* 64, Nr. 6, 343-352 (n=833)
- Voigt-Radloff, S./Schochat, T./Heiss, H.W. (2000): Das Ergotherapeutische Assessment: Feldstudie zu Akzeptanz, Praktikabilität und Prozessqualität. *Die Rehabilitation* 39, Nr. 5, 255-261 (n=329)
- Voigt-Radloff, S./Kiesinger, A./Schochat, T. (2003): Das Ergotherapeutische Assessment: Implementierung in der Routine. *Die Rehabilitation* 42, Nr. 1, 16-21
- Voigt-Radloff, S./Schochat, T. (2002): Das Ergotherapeutische Assessment – Theorie, Testgüte, Qualitätsmanagement und Outcome-Forschung. *Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft* 3, Nr. 2, 49-57
- Voigt-Radloff, S./Akkad, H./Seume, C. (2006): Ergotherapeutisches Assessment (EA). Verfügbar unter: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=17> (Zugriff: 05.12.2006)

Functional Independence Measure (FIM)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Bei dem FIM handelt es sich um ein in den USA entwickeltes Instrument. Hierzulande wird es vorwiegend in der Rehabilitation, zum Teil aber auch in der Pflege eingesetzt. Es existieren mehrere Versionen des FIM, darunter eine gekürzte sowie eine Version für Kinder

(WeeFIM, siehe dort). Das Instrument findet weltweit Verwendung, eine deutschsprachige Übersetzung liegt vor. Bei der deutschsprachigen Version 3.1 (1990) handelt es sich um eine seitens der Urheber (Granger et al. von der Universität Buffalo, USA) beglaubigte, autorisierte Übersetzung (Zimmermann et al. 1990). Eine aktuellere Version des FIM ist die Version 1.1 (1999), die von der Internationalen Vereinigung für Assessment in der Rehabilitation (IVAR e.V.) mit dem Ziel herausgegeben wurde, die Anwendung des FIM im deutschsprachigen Raum zu vereinheitlichen (IVAR 1999).

Mit FIM werden anhand von 18 Items physische Fähigkeiten und kognitive Funktionen eingeschätzt. Die Items gliedern sich in sechs Bereiche:

1. Selbstversorgung: Essen Trinken, Körperpflege, Baden / Duschen / Waschen, Ankleiden Oberkörper, Ankleiden Unterkörper, Toilettenhygiene.
2. Kontinenz: Blasenkontrolle, Darmkontrolle
3. Transfer: Bett/Stuhl/Rollstuhl, Toilettensitz, Badewanne/Dusche.
4. Fortbewegung: Gehen / Rollstuhl, Treppensteigen.
5. Kommunikation: Verstehen, Ausdruck.
6. Kognition: Soziales Verhalten, Problemlösung, Gedächtnis.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

FIM soll das Aufstellen eines Pflegeplans ermöglichen, indem der Selbständigkeitsgrad anhand der FIM-Items abgebildet wird. Es wird in der Literatur gelegentlich auch als Instrument zum pflegerischen Assessment im Rahmen des Pflegeprozesses empfohlen. FIM ist jedoch inhaltlich zu stark begrenzt, um alle für einen Pflegeplan benötigte Informationen liefern zu können.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Präventiver Bedarf wird nicht erfasst. Das Rehabilitationspotenzial bzw. der Erfolg von Interventionen kann anhand der wiederholten Durchführung des FIM festgemacht werden. Der Rehabilitationsbedarf wird anhand der Skala des FIM operationalisiert (s.u.). Hilfsmittel werden nicht systematisch erfasst, Aussagen zum Hilfsmittelbedarf sind nicht vorgesehen. Außergewöhnliche Bedarfslagen lassen sich ggf. indirekt ableiten. Betreuungsbedarf wird nicht thematisiert, Angaben zum Beaufsichtigungsbedarf beschränken sich auf die Aktivitäten, die mit den Items berücksichtigt werden (keine allgemeine Beaufsichtigung).

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Beim FIM handelt es sich um ein aus insgesamt 18 Items bestehendes Instrument, mit dem anhand relativ komplizierter Regeln der Grad an Unabhängigkeit bzw. notwendigen Hilfestellung auf einer 7-stufigen Ratingskala abgebildet werden kann:

1. Völlige Unselbständigkeit
2. Ausgeprägte Hilfestellung
3. Mäßige Hilfestellung
4. Kontakthilfe/geringe Hilfestellung

5. Beaufsichtigung / Vorbereitung
6. Eingeschränkte Selbständigkeit
7. Völlige Selbständigkeit.

Das Ergebnis der Einschätzung wird als Punktwert auf einer Skala von 18 bis 126 dargestellt.

5. Methodische Güte

Es liegen zahlreiche Studien zur methodischen Güte des Instruments vor. Es wird eine akzeptable bis gute Interrater- und Test-Retest-Reliabilität berichtet, wobei die meisten Studien allerdings geringe Stichprobenumfänge hatten. Eine hohe interne Konsistenz wird durchgängig berichtet. Allerdings liegen uneinheitliche Ergebnisse zur Konstruktvalidität vor, die Übereinstimmung mit inhaltsverwandten Skalen zeigen zum Teil hohe, bei einigen Patientengruppen allerdings eher mäßige Korrelationskoeffizienten. In einer Studie von Frymark (2003) konnten bei den Items Essen, Verstehen (auditiv) und soziale Interaktion bestimmte Fortschritte der Patienten durch den FIM nicht abgebildet werden, die andere Instrumente sichtbar machten. Sensitivitätsprobleme werden für kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie für die Schluckfähigkeit berichtet.

6. Praktikabilität

FIM kann grundsätzlich professionsunabhängig eingesetzt werden, d.h. von verschiedenen Gesundheitsfachberufen. Die Rater sollten geschult sein, die Erhebung von der jeweiligen Bezugsperson durchgeführt werden. Die Einschätzung kann auch auf verschiedene Berufsgruppen aufgeteilt werden (z.B. Selbstversorgung: Pflegefachkräfte, Beweglichkeit: Ergotherapeuten) und ist insofern interdisziplinär ausgerichtet. Die Einschätzungsdauer liegt bei 20-30 Minuten, es wird ein geringer Aufwand berichtet. Die Anwendung des FIM ist in etwa 60 Minuten erlernbar, eine Schulung ist erforderlich. Probleme bereiten die Items zur Einschätzung der kognitiven Funktionen, ergänzende Angehörigenbefragungen werden als zeitaufwändig berichtet.

FIM weist eine relativ hohe Itemschwierigkeit auf. Der Rater muss bei jedem Merkmal anhand der Codierhinweise differenziert prüfen, welche der sieben Merkmalsausprägungen zuzuordnen ist. Im Falle des Merkmals „Essen / Trinken“ beispielsweise ist zu beachten, dass die Ausprägung „Beaufsichtigung / Vorbereitung“ (Score 5) unter folgenden Voraussetzungen zuzuordnen ist:

Der/die Patient/in

- braucht Hinweise, Tips oder gutes Zureden oder
- hat eine Schluckstörung und benötigt Beaufsichtigung oder
- braucht Hilfe bei der Vorbereitung, z.B. durch Öffnen von Behältern, beim Schneiden von Fleisch, Eingießen von Getränken, Anlegen von Prothesen oder Orthesen.

Ähnlich differenziert fallen die Codieranweisungen für andere Merkmale und Merkmalsausprägungen aus. Es wird berichtet, dass der hohe Differenzierungsgrad Schwierigkeiten bei der Anwendung aufwirft.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Das FIM bietet die Möglichkeit zur Nutzung für eine Leistungsverrechnung im Bereich der Rehabilitation und wird dazu bspw. in den USA eingesetzt. Für einen Teil der sechs Module kann die Möglichkeit einer leistungsrechtlichen Zuordnung unterstellt werden.

FIM kann für Jugendliche, Erwachsene und geriatrische Rehabilitanden angewendet werden (IVAR 1999).

Für Betroffene ohne kognitive Einschränkungen kann von einer Transparenz der Ergebnisse der Einschätzung zu den einzelnen Merkmalen ausgegangen werden. Der Gesamtscore ist ohne Interpretationshilfe schwer nachvollziehbar.

8. Adaptierbarkeit

Grenzen der Modifizierung ergeben sich, ähnlich wie bei vergleichbaren Instrumenten wie dem Barthel-Index, durch die Darstellung des Gesamtergebnisses in Form eines Gesamtscores. Modifizierungen würden daher die Aussagekraft des Instruments in Frage stellen. Dies wiegt vor allem deshalb schwer, weil die Erfassung kognitiver und verhaltensbezogener Merkmale nur rudimentär erfolgt und im Rahmen einer Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht ausreichend wäre. Es ist außerdem fraglich, ob Modifizierungen auf eine Autorisierung hoffen könnten.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

FIM ist ein international anerkanntes und vielfach eingesetztes Instrument. Seine Stärke liegt vor allem in der Abbildung von Veränderungen der Selbständigkeit im Verlauf von rehabilitativen Maßnahmen.

Schwächen des Instruments:

FIM weist eine deutlich eingeschränkte inhaltliche Reichweite auf, Schwächen liegen vor allem im Bereich Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen. Zudem weist das Instrument eine hohe Itemschwierigkeit auf. Zugleich sind die Möglichkeiten einer Adaption sehr begrenzt.

Fazit:

FIM kann aufgrund der genannten Schwächen nicht zur Verwendung im Rahmen der Begutachtung empfohlen werden

10. Literatur

- Brütigam, K./Flemming, A./Schulz, H./Dassen, T. (2002): Wie zuverlässig ist das Functional Independence Measure (FIM)? *Pflege* 15 Nr. 3, 131-136 (n = 154)
- Brosseau, L./Wolfson, C. (1994): The inter-rater reliability and construct validity of the Functional Independence Measure for multiple sclerosis subjects. *Clinical Rehabilitation* 8, Nr. 2, 107-115 (n = 81)
- Carter, G.M./Buchanan, J.L./Donyo, T./Rosenfeld, K. (1997) A classification system for inpatient medical rehabilitation patients: a review and proposed revision to the functional independence measure-function related groups. Santa Monica (CA). RAND/UCLA/Harvard Center for Health Care Financing Policy Research
- Chau, N./Daler, S./Andre, J.M./Patris, A. (1994): Inter-rater agreement of two functional independence scales: the Functional Independence Measure (FIM) and a subjective uniform continuous scale. *Disability and Rehabilitation* 16, Nr. 2, 63-71 (n = 254)
- Corrigan, J.D./Smith-Knapp, K./Granger C.V. (1997): Validity of the functional independence measure for persons with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 78, Nr. 8, 828-834 (n = 95)
- Cotter, E./Burgio, L./Stevens, A.B./Roth, D.L./Gitlin L.N. (2002): Correspondence of the functional independence measure (FIM) self-care subscale with real-time observations of dementia patients' ADL performance in the home. *Clinical Rehabilitation* 16, Nr. 1, 36-45 (n = 21)
- Deutsch, A./Braun, S./Granger, C. (1996): The Functional Independence Measure (FIMSM Instrument) and the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM Instrument): Ten Years of Development. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine* 8, Nr. 4, 267-281
- Doctor, J.N./Wolfson, A.M./McKnight, P./Burns, S.P. (2003): The effect of inaccurate FIM instrument ratings on prospective payment: a study of clinician expertise and FIM rating difficulty as contributing to inaccuracy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, Nr. 1, 46-50 (n = 50)
- Dodds, T.A./Martin, D.P./Stolov, W.C./Deyo, R.A. (1993): A validation of the Functional Independence Measure and its performance among rehabilitation inpatients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 74, Nr. 5, 531-536
- Fischer, W./Blanco, J./Mäder, M./Zangger, P./Conti, F.C./Bapst, L./Huwiler B. (2006) Das TAR-System und andere Patientenklassifikationssysteme für die Rehabilitation. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin (ZIM) <http://www.fischer-zim.ch/abstracts-de/TAR+RehaPCS-0607-abst-de.htm>
- Fricke, J./Unsworth, C./Worrell, D. (1993): Reliability of the Functional Independence Measure with occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal* 40, Nr. 1, 7-15 (n = 25)
- Frymark, T. (2003) FIM or Foe? Functional Independence Measure fall short, data show. American Speech-Language-Hearing Association. <http://www.asha.org/about/publications/leader-online/archives/2003/q2/030527e.htm>
- Granger, C.V./Cotter, A.C./Hamilton, B.B./Fiedler, R.C./Hens, M.M. (1990): Functional Assessment Scales: a study of persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 71, Nr. 11, 870-875
- Granger, C.V./Hamilton, B.B./Keith, R.A./Zielezny, M./Sherwin, F. (1986) *Advances in functional assessment for rehabilitation*. Aspen. Rockville
- Granger, C.V./Hamilton, B.B./Linacre, J.M./Heinemann, A.W./Wright B.D. (1993): Performance Profiles on the Functional Independence Measure. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 72, Nr. 2, 84-89 (n = 27 669)
- Grey, N./Kennedy, P. (1993): The Functional Independence Measure: a comparative study of clinician and self ratings. *Paraplegia* 31, Nr. 7, 457-461 (n = 40)
- Haas, U./Mayer, H./Evers, G.C.M. (2002): Die Interrater Reliabilität des "Functional Independence Measure" (FIM) bei Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen. *Pflege* 15, Nr. 4, 191-197 (n = 30)
- Hall, K.M./Hamilton, B.B./Wayne, A.G./Nathan, D.Z. (1993): Characteristics and comparisons of the functional assessment indices: disability Rating Scale, Functional Independence Measure, and Functional Assessment Measure. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 8, Nr. 2, 60-74
- Hamilton, B.B./Laughlin, J.A./Fiedler R.C./Granger C.V. (1994): Interrater reliability of the 7-level Functional Independence Measure (FIM). *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 26, Nr. 3, 115-119 (n = 1018)
- IVAR (Hg) (1999) *FIM Funktionale Selbständigkeit*. Straubing (aktuellste deutschsprachige Version)
- Kidd, D./Steward, G./Baldry, J./Johnson, J./Rossiter, D./Petrukevitch A./Thompson A.J. (1995): The Functional Independence Measure: a comparative validity and reliability study. *Disability and Rehabilitation* 17, Nr. 1, 10-14 (n = 25)

- Langen de, E.G./Fommel, P./Wiedmann, K.D./Ammann, J. (1995): Messung der funktionalen Selbständigkeit in der Rehabilitation mit dem Funktionalen Selbständigkeitsindex (FIM). *Rehabilitation* 34, Nr 1, IV-XI
- Linacre, J.M./Heinemann, A.W./Wright, B.D./Granger, C.V./Hamilton, B.B. (1994): The structure and stability of the Functional Independence Measure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 75, Nr. 2, 127132 (n = 14 799)
- Ottenbacher, K.J./Mann, W.C./Granger, C.V./Tomita, M./Hurren D./Charvat B. (1994): Inter-rater agreement and stability of functional assessment in the community-based elderly. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 75, Nr. 12, 1297-301 (n = 20)
- Segal, M.E./Ditunno, J.F./Staas W.E. (1993): Interinstitutional agreement of individual Functional Independence Measure (FIM) items measured at two sites on one sample of SCI patients. *Paraplegia* 31, Nr. 10, 622-631 (n = 57)
- Smith, P.M./Illig, S.B./Fielder, R.C./Hamilton B.B./Ottenbacher, K.J. (1995): Intermodal agreement of follow-up telephone functional assessment using the Functional Independence Measure in patients with stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 77, Nr. 5, 431-435. (n = 40)
- Stineman, M.G./Escarce, J.J./Goin, J.E./Hamilton, B.B./Granger, C./Williams, S.V. (1994): A-case-mix-classification system for medical rehabilitation. *Medical Care* 32, Nr. 4, 366-379 (n = 36 980)
- Yamada; S./Liu, M./Hase, K./Tanaka, N./Fujiwara, T./Tsuji, T./Ushiba, J. (2006): Development of a short version of the motor FIM for use in long-term care settings. *Journal of Rehabilitation Medicine* 38, Nr. 1, 50-56 (n = 398)
- Zimmermann, G./Frommelt, P./Habelsberger, W. (1990) FIM Manual 3.1. Klinik Bavaria, Schaufling

Handicap Assessment and Resource Tool (HART)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das HART wurde dazu entwickelt, mögliche Problemfelder in der Ausführung von Alltagshandlungen zu erkennen, die eine Person zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht mit den ihr gewöhnlich zur Verfügung stehenden Ressourcen oder Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen kompensieren/bewältigen kann (Vertesi et al. 2000). Das Instrument wird vornehmlich im Bereich des Entlassungsmanagements im Krankenhaus genutzt. Mit Hilfe des HART sollen poststationäre Versorgungsdefizite aufgezeigt werden, um auf dieser Grundlage eine Empfehlung über eine angemessene poststationäre Versorgung und Wohnform des Patienten geben zu können. Es richtet sich vorwiegend, aber nicht ausschließlich an die Berufsgruppe der Ergotherapeuten.

Das HART erfasst ausschließlich physische Fähigkeitsstörungen und Ressourcen in den folgenden Bereichen:

- Kleidung (Ankleiden, Auswahl der Kleidung, Wechseln der Kleidung)
- Hygiene (Ausscheidung, Darm- und Blasenkontrolle, Putzen, Waschen)
- Ernährung (Essen, Planung und Zubereitung der Mahlzeiten, Lebensmittel, Nahrungsmittelschränkungen, Nutzung des Ofens, verdorbene Nahrungsmittel)
- Mobilität (Mobilität, Bettransfer, Stürze, Treppen, Mobilität außerhalb der Wohnung, Fahren, Transport, Herumwandern, Orientierung)
- Sicherheit (Medikamentengebrauch, Medikamentenabusus, Krankheitsmanagement, Hilfe im Notfall, Rauchen, allgemeine Gewohnheiten)

- Wohnung (Geldmanagement, Sicherheit im Haus, personelle Information, einkaufen, Temperatur)
- Hilfe/ Unterstützung (Angemessenheit, Stabilität)

Formal besteht das Instrument aus sechs Modulen:

1. funktionale Bereiche von Alltagshandlungen (siehe oben)
2. Selbsteinschätzung des Pflegebedürftigen zur Durchführung der in Modul 1 aufgeführten Alltagshandlungen
3. Fremdeinschätzung des Pflegebedürftigen durch seine Bezugsperson (informelle und formelle Pflegekräfte)
4. Beobachtung (mit dem Ziel zusätzliche Informationen im Hinblick auf die verschiedenen Bereiche der Alltagshandlungen zu gewinnen)
5. Durchführung der funktionellen Alltagshandlungen durch den Pflegebedürftigen unter zu Hilfenahme der gewöhnlichen, zur Verfügung stehenden Hilfen (informelle und formelle Pflegekräfte)
6. Gesamteinschätzung aus Modulen 2 bis 5

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die Autoren geben darüber keine Auskunft. Es lässt sich festhalten, dass das Instrument Risikobereiche in der Ausführung von Alltagshandlungen erfasst. Zur Erstellung eines Hilfe- und Pflegeplans bedarf es jedoch weiterer und vertiefender Informationen, die innerhalb des HART nicht erhoben werden. Das HART stellt demnach nur ein Screeninginstrument dar und liefert unzureichende Informationen für die Erstellung eines Pflege- und Hilfebedarfs.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Spezifische Bedarfsaspekte werden mit dem Instrument nicht erhoben.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Die Einschätzungen zu den einzelnen Modulen werden auf einem Formular in nebeneinander stehenden Spalten vorgenommen, so dass sich ein Gesamtergebnis ergibt. Für jedes Item der genannten Bereiche wird abschließend durch den Gutachter ein OK vergeben, falls kein Problem in der Ausführung der funktionalen Alltagshandlung vorliegt, oder ein Nicht OK, falls ein Problem vorliegt und der Patient nicht über die notwendigen Ressourcen oder Hilfen verfügt, um die Alltagshandlung durchzuführen. Eine weitere Zusammenführung der Ergebnisse ist nicht vorgesehen.

5. Methodische Güte

Im Kontext der Entwicklung des HART wurde eine Literaturstudie und eine Expertenbefragung zur Relevanz und Vollständigkeit der aufgeführten Alltagshandlungen durchgeführt. Zusätzlich wurden die Studienteilnehmer gefragt, ob das Instrument alle wichtigen Bereiche

des Alltags beinhaltet. Eine Inhaltsvalidität liegt somit laut Aussagen der Entwickler vor (Vertesi et al. 2000). Weitere Studien zur Reliabilität und Validität liegen nicht vor.

6. Praktikabilität

Die Literatur liefert keine konkreten Angaben zum Schulungsbedarf vor der Anwendung des HART. Innerhalb der Pilotstudie zur Testung der Praktikabilität des HART erhielten die Rater eine Schulung im zeitlichen Umfang von einem halben Tag. Innerhalb dieser Schulung wurde den Ratern eine Videoaufnahme über die Anwendung und Auswertung des HART gezeigt, zusätzlich erhielten sie ein Manual zum Instrument (Vertesi et al. 2000). Die Pilotstudie zur Testung der Praktikabilität des HART ergab eine durchschnittliche Begutachtungsdauer von 50 Minuten, wenn mindestens einmalig das Modul 5 zur Anwendung kam (20-100 Minuten).

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist auf der Grundlage der Ergebnisse des HART nicht möglich.

8. Adaptierbarkeit

Aufgrund der formalen Struktur des HART sind weitere Alltagshandlungen ohne eine Beeinträchtigung der Aussagekraft zu ergänzen, da jede einzuschätzende Alltagshandlung separat bewertet wird und nicht in ein Gesamtergebnis aus Einschätzungen aller Alltagshandlungen eingeht.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das Instrument liefert für seine intendierte Verwendungsabsicht (Entlassung aus dem Krankenhaus) eine gute Grundlage und vermittelt ein differenziertes Bild zu den Problemen in der Durchführung von Alltagshandlungen. Adaptionen erscheinen möglich zu sein.

Schwächen des Instruments

Die inhaltliche Reichweite ist auf physische Aspekte begrenzt. Die Aussagen zur methodischen Güte sind unzureichend und die Ergebnisdarstellung ist wenig differenziert.

Fazit

Aufgrund der begrenzten inhaltlichen Reichweite kann das Instrument nicht zur weiteren Verwendung im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit empfohlen werden. Für den eigentlichen Zweck des Entlassungsmanagements mag das Instrument jedoch verwertbare Ergebnisse liefern.

10. Literatur

Vertesi, A./Darzins, P./Lowe, S./McEvoy, E./Edwards, M. (2000): Development of the Handicap Assessment and Resource Tool (HART). Canadian Journal of Occupational Therapy 67, Nr.2, 120-127 (n=50 in 1. Pilotphase; n=26 in zweiter Pilotphase)

Northamptonshire Overview Assessment Tool (NOAT)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Mit Hilfe des NOAT wird eine allgemeine Übersicht zur Bestimmung des Pflegebedarfs von betroffenen Personen erstellt. Das Instrument kann im Vorfeld einer geplanten oder zu planenden Versorgungssituation eingesetzt werden. Zentraler Aspekt ist hierbei die Erfassung der abgefragten Dimensionen mit der betroffenen Person und ihren Angehörigen im Gegensatz zu einer Fremdbeobachtung. Das NOAT ermöglicht eine extern unterstützte Selbsteinschätzung durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Die externe Unterstützung geschieht durch Ärzte, Pflegefachkräfte und ggf. Sozialarbeiter.

Das NOAT wurde im britischen Single Assessment Process akkreditiert und umfasst die dort zugrunde gelegten Domänen. Im Einzelnen werden mit dem Instrument die folgenden Module bearbeitet:

1. Allgemeine Daten zur Befragungssituation (Untersucher, ggf. Angehörige und weitere Bezugspersonen, Ort) und Eckdaten zur Person (Name, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer) (3 Items)
2. Erfassung der gegenwärtigen Situation aus Sicht der betroffenen Person, die das Assessment begründet und die Bedarfe und Themen erläutert (1 Item)
3. Gesundheitsstatus aus medizinischer Sicht (chronische Beschwerden, Behinderungen und Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf den Lebensstil, Krankenhausaufenthalte in den vergangenen 12 Monaten, weitere Probleme, die derzeit nicht akut sind, Allergien, Nebenwirkungen, gegenwärtige Medikation und Dosis verschreibungspflichtiger und frei verkäuflicher Präparate einschließlich der Selbstüberzeugung auf den therapeutischen Medikamentenansatz und Kontrolle durch Untersucher, Fähigkeit und Unterstützung der selbständigen Medikamenteneinnahme, Compliance, Gewohnheiten des Rauchens, des Alkoholkonsums, der sportlichen Betätigung, der Ernährungsgewohnheiten und jüngster Veränderungen, Blutdrucküberwachung, Grippeimpfung, Anti-Pneumonie-Impfung, Gynäkologischer Status, Mammografie, Abschließende Beurteilung des Untersuchers und Einschätzung der weiteren Vorgehensweise) (16 Items)
4. Gesundheitsstatus aus physiologischer Sicht und jüngste Veränderungen sowie Ausmaß des Problems: Selbstwahrgenommener Gesundheitsstatus, Körpergewicht, Kauen, Schlucken, Hautzustand, Chronische Schmerzen, Luftnot, Beweglichkeit in den oberen Extremitäten, Fußgesundheit, Persönliche Körperpflege, Hilfebedarf zu Waschen und Sich zurechtmachen, Baden und Duschen, An- und Auskleiden, Toilettengewohnheiten, Kontrolle der Blasen- und Darmfunktion, Abschließende Beurteilung des Untersuchers und Einschätzung der weiteren Vorgehensweise (17 Items)

5. Status der Mobilität: Allgemeine Mobilität und jüngste Veränderungen sowie Ausmaß des Problems(einschließlich die Verwendung von Hilfsmitteln wie Gehstock, Gehwagen, Rollstuhl): Transfer, Standsicherheit, Stürzvorkommen, Abschließende Beurteilung des Untersuchers und Einschätzung der weiteren Vorgehensweise (8 Items)
6. Mentaler Status: Verwirrtheit, Gedächtnisfunktion, Gedächtnisleistung (mittels Kurztest), Schlaf, Einsamkeit, Angst, Stimmungslage, Kurztest zur Gefühlslage, Selbstsorgefähigkeiten, Aggression, weitere geistig-seelische Beschwerden, Abschließende Beurteilung des Untersuchers und Einschätzung der weiteren Vorgehensweise (12 Items)
7. Kommunikationsstatus: Sprachvermögen in Englisch, Hörfähigkeit, Sehfähigkeit, Ausdrucksfähigkeit, Verständnis, Abschließende Beurteilung des Untersuchers und Einschätzung der weiteren Vorgehensweise (6 Items)
8. Sozialer Status: Art des Zusammenlebens und Unterbringung, Soziale Kontakte und Eingebundenheit, Zugang zu Transportmöglichkeiten, Freizeitgewohnheiten, Haustiere, Einkaufsgewohnheiten, Haushaltstätigkeiten, Zubereitung von Mahlzeiten und Getränken, Führung der finanziellen Angelegenheiten, Fähigkeit zu telefonieren, Unterstützung durch Andere (Netzwerk zur Hilfestellung), Bedenken und Befürchtung, pflegeabhängig von Dritten zu werden, Bedenken und Befürchtungen, anderen Pflege geben zu müssen (auch durch Angehörige zu beantworten), benötigte tägliche Pflegezeit tagsüber und nächstens, abschließende Beurteilung des Untersuchers und Einschätzung der weiteren Vorgehensweise (15 Items)
9. Wohnverhältnisse: Art der Wohnunterkunft, Besitzstand, Zustand der Behausung, Vorhandene Stufen und Treppen, Beheizung, Lichtverhältnisse, Sicherheitsaspekte am Wohnort (Diebstahl, Einbruch), Behaglichkeit und Angemessenheit in der Wohnunterkunft, Abschließende Beurteilung des Untersuchers und Einschätzung der weiteren Vorgehensweise (9 Items)
10. Persönliche, spirituelle und kulturelle Überzeugungen: Möglichkeit der Schilderung wichtiger Einstellungen mit Relevanz für die Situation, bedeutsame Lebensereignisse, Themen zu Tod und Sterben (3 Items)
11. Zwischenevaluation: Bestimmung einer notwendigen, assessmentbasierten Vertiefung der einzelnen Dimensionen, Dokumentation der Überweisung zu weiterführenden Diensten oder Angeboten inklusive der (Nicht-)Zustimmung der betroffenen Person
12. Outcomefestlegung: Generelle Kommentierung durch die betroffene Person, Erwartungen der Person an die zu erfolgenden Schritte, die die Person unterstützen, Erwartungen der versorgenden Person über zu erfolgende Schritte, Zusammenfassung der nächsten Schritte, Dokumentation der notwendigen Maßnahmen zur Ableitung und Erstellung eines Versorgungsplans
13. Festlegung einer gemeinsamen Absprache: Zustimmungs- und Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person, Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe, Teilzustimmung der Informationsweitergabe, Rückversicherung der Aushändigung der Vertraulichkeitszusicherung über Datennutzung und -verwertung (2 Items)
14. Allgemeine Beschreibung zum Untersuchungsablauf, zur Verfahrensänderung (2 Items), Allgemeine Beschreibung zur Folgeuntersuchung und zur Verfahrensänderung (4 Items)

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument ist geeignet als Grundlage für einen umfassenden Pflege- und Hilfeplan, der durch eine Fachkraft zusammen mit den Pflegebedürftigen und ggf. ihren Angehörigen erstellt wird.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Spezifische Bedarfsaspekte sind nicht expliziter Bestandteil des Instruments, es können allerdings Rückschlüsse auf einen spezifischen Präventions-, Rehabilitations-, Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf gezogen werden.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert teilstandardisierte Ergebnisse in Form von Kurzwortoptionen bzw. Skalen. Die Gesamtdarstellung erscheint als Kurzbeurteilung durch den Gutachter als qualitatives Statement im Sinne einer fallgestützten Begutachtung

5. Methodische Güte

Es liegen keine Studien zur methodischen Güte vor.

6. Praktikabilität

Es liegen keine Studien oder Erfahrungsberichte zur Praktikabilität des Instruments vor. Mit Hilfe eines kurz gehaltenen Manuals kann eine Einarbeitung erfolgen.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist auf der Grundlage der Einschätzungsergebnisse durch das NOAT nicht möglich.

8. Adaptierbarkeit

Die Gesamtsystematik des Instruments ist nicht sonderlich komplex und lässt eine hohe Adaptionfähigkeit erwarten.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das NOAT bietet ein umfassendes Assessment, das hoch partizipativ ausgelegt ist. Es kann daher gut als strukturierter Interviewleitfaden für eine Vielzahl von Pflegesituationen und -settings angesehen werden.

Schwächen des Instruments

Die Ergebnisdarstellung ist sehr individuell angelegt und erlaubt nur sehr bedingte Rückschlüsse auf Aspekte, die über die Erstellung eines Pflegeplans hinausgehen. Hinzu kommen fehlende Angaben zur methodischen Güte und Praktikabilität.

Fazit

Das NOAT kann als ein Instrument zur assistierten Selbsteinschätzung bezeichnet werden. Trotz des positiv zu bewertenden partizipativen Ansatzes tragen allerdings die fehlenden Möglichkeiten zur Fremdeinschätzung, die nicht vorgesehene Zusammenführung der Ergebnisse, die fehlenden Studien zur methodischen Güte und die fehlenden Angaben zur Praktikabilität zu der Entscheidung bei, das Instrument nicht zur weiteren Verwendung zu empfehlen.

10. Literatur

Northamptonshire Single Assessment Process (2004): Northamptonshire Overview Assessment Tool (NOAT).
Version 3.0. April 2004. Northants SAP

Outcome and Assessment Information Set (OASIS) Version 4.3

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Nach der verpflichtenden Einführung des RAI für die stationäre Pflege in den USA bildet das OASIS das entsprechende Pendant für den ambulanten Bereich, dessen Einführung 1999 verpflichtend festgeschrieben wurde für alle Home Healthcare Agencies, die Leistungen durch Medicare im Rahmen des Prospective Payment Systems refinanziert bekommen. Hintergrund der Einführung des OASIS war der Bedarf an ergebnisorientierten Informationen zur ambulanten Versorgung. Dementsprechend liefert das OASIS Aussagen zur Ergebnisqualität zu verschiedenen Versorgungszeitpunkten, die dann die Grundlage für einen kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess der Versorgung bilden sollen. Hierzu müssen die Einrichtungen eine bestimmte Anzahl an Outcomeparametern des laufenden Jahres vorhalten, die mit Ergebnissen des Vorjahres und nationalen Durchschnittswerten verglichen werden (OASIS User Manual, Part I; Kinatukara et al. 2005; Shaughnessy et al. 2002). OASIS stellt ausdrücklich kein umfassendes Assessmentinstrument zur Einschätzung des Pflegebedarfs innerhalb einer Einrichtung dar. Vielmehr sollen die mit OASIS erhobenen Daten einen Teilbereich eines umfassenden Assessments darstellen. Die Einrichtungen sind verpflichtet, ein umfassendes Assessment eigenständig zu entwickeln und durchzuführen, das den Bedarf des Patienten in der häuslichen Versorgung identifiziert. Das Assessment muss den OASIS-Datensatz unverändert integrieren und folgende Bereiche berücksichtigen: Medizinischer, pflegerischer, rehabilitativer und sozialer Bedarf sowie Bedarf bei der Entlassungsplanung (OASIS User Manual, Part I).

Es gibt eine Gesamtversion des Instruments. Es kommen jedoch insgesamt fünf verschiedene Versionen des Instruments zu unterschiedlichen Anlässen zum Einsatz (OASIS-B1 Data Set; OASIS User Manual, Part I; Krulish 2000):

1. Eintritt in die Versorgung (start of care)
2. Erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands (follow up)
3. Transfer in eine stationäre Versorgung (transfer)
4. Wiederaufnahme der Versorgung (resumption of care)
5. Entlassung aus der Versorgung (discharge from agency)

Die folgenden Module werden über das OASIS abgefragt:

1. Allgemeine Angaben (Einschätzung durch welche Disziplin, Datum und Anlass des Assessments)
2. Demographische Angaben und Krankengeschichte (andere Versorgungseinrichtungen, Diagnosen und ICD-9-CM-Kodierung, Änderung des Behandlungsverfahrens, Situation vor Änderung des Behandlungsverfahrens, Diagnosen und Schweregrad, laufende Therapien, allgemeine Prognose, Rehabilitationsprognose, Lebenserwartung, Faktoren mit hohem Risiko)
3. Lebensumstände (Wohnsituation räumlich und personell)
4. Unterstützung (formelle und informelle Hilfen, Primärpflegeperson, Häufigkeit der Unterstützung, Art der Unterstützung)
5. Sinnesorgane (Sehen, Hören, Sprechen, Schmerzhäufigkeit, heftige Schmerzen)
6. Hautzustand (Hautläsionen/offene Wunden, Dekubiti, chronisch-venöse Wunden, chirurgische Wunden)
7. Respiratorischer Zustand (Kurzatmigkeit, Therapien)
8. Ausscheidung (Harnwegsinfektionen, Harn- und Stuhlinkontinenz, Stoma)
9. Kognitive Funktionen und Verhaltensweisen (Kognitive Funktionen, Verwirrtheit, Angstzustände, Depression, berichtete oder beobachtete Verhaltensweisen, Häufigkeit von problematischen Verhaltensweisen)
10. Aktivitäten und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (äußeres Erscheinungsbild, An- und Ausziehen, Baden, Toilettenbenutzung, Transport, Wäsche, Haushalt, Einkaufen, Nutzung des Telefons)
11. Medikamente (Handhabung von oralen Medikamenten, Inhalationspräparaten und subcutan oder intramuskulär zu injizierenden Medikamenten)
12. Handhabung von Hilfsmitteln (Handhabung von Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie, intravenösen Therapie oder parenteralen Ernährung durch den Patienten und/oder die pflegenden Angehörigen)
13. Bedarf an speziellen Therapien (Physio-/Ergotherapie oder Logopädie)
14. Notfallsituationen seit dem letzten OASIS Assessment (bezogen auf die Inanspruchnahme bestimmter Dienste oder bestimmter Symptome und Erkrankungen)

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Es wird darauf hingewiesen, dass die Schlussfolgerungen, die aus einem umfassenden Assessment (bei dem OASIS ja einen Teilbereich darstellen muss) gezogen werden, den nach-

folgenden Prozess der Versorgungsplanung bestimmen. Explizite Aussagen über die Eignung des Instruments für die Erstellung eines Pflegeplans finden sich jedoch nicht (OASIS User Manual, Part I). Insgesamt betrachtet sind die Ergebnisse des OASIS-Assessments jedoch geeignet, um einen Pflegeplan aufzustellen.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten sind nicht möglich. Die Erfassung von besonderen Risikofaktoren sowie der Rehabilitationsprognose geben zwar Hinweise auf den Präventions- und Rehabilitationsbedarf, bilden diesen jedoch nicht in spezifischer Form ab. Andere Bedarfsaspekte sind nicht berücksichtigt.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das OASIS liefert standardisierte Ergebnisse, die jedoch nicht gesondert zusammengefasst werden. Die Darstellung folgt der Intention der Darstellung von Ergebnissen über einen längeren Zeitraum. Im Verlauf mehrerer Erhebungen und entsprechender Vergleiche ergibt sich ein Gesamtbild zu den einzelnen Modulen und Items.

5. Methodische Güte

Es liegen mehrere Studien zur Prüfung der Reliabilität vor. Die initiale Untersuchung zeigt gute bis sehr gute prozentuale Übereinstimmungen der Urteiler, sowie akzeptable bis sehr gute Kappa-Koeffizienten. Spätere Studien zur Urteilerübereinstimmung zeigen eine große Streuung der Koeffizienten zwischen den einzelnen Items. Besondere Schwierigkeiten scheinen die Items zur Stimmungslage und zu Verhaltensproblemen zu bereiten.

Eine Sekundärdatenanalyse zeigte eine gute interne Konsistenz für die Subskala zum funktionellen Status bei Eintritt in die Versorgung, die hingegen nicht zufrieden stellend war bei den Subskalen Stimmungslage und Verhaltensweisen bei Eintritt in die Versorgung. Methodisch zuverlässige Studien zur Validität liegen nicht vor (Fortinsky/Madigan 2004; Madigan/Fortinsky 2000; Kinatukara et al. 2005; Hittle et al. 2003; Berg 1999).

6. Praktikabilität

Es ist in einem Manual genau festgelegt, welche Berufsgruppen OASIS bearbeiten dürfen. Beim Eintritt in die Versorgung muss OASIS immer von einer Pflegefachkraft bearbeitet werden, im Verlauf stattfindende Erhebungen können auch von anderen, qualifizierten Berufsgruppen durchgeführt werden. Die Begutachtung nimmt zwischen 155 und 167 Minuten für das Assessment beim Eintritt in die Versorgung in Anspruch. Es besteht ein Schulungsbedarf, dem mit einem speziellen, gestuften Schulungsplan Rechnung getragen werden soll. Für die Anwendung des Instruments liegt ein umfassendes, mit Beispielen unterlegtes Manual vor.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Auf der Grundlage des OASIS ist keine leistungsrechtliche Zuordnung möglich, dieses geschieht in den USA jedoch nach einem komplexen Verfahren im Rahmen des prospective payment systems. Die Zielgruppe für die OASIS-Einschätzung besteht in erwachsenen Menschen ab 18 Jahren.

8. Adaptierbarkeit

Da das OASIS-Instrument nicht als vollständiges Assessment zur Feststellung des Versorgungsbedarfs konzipiert wurde, sind Ergänzungen nicht nur möglich, vielmehr besteht für die Einrichtungen die Verpflichtung OASIS 1:1 in ein umfassendes Assessment einzubauen (OASIS User Manual, Part I; Crisler et al. 2000; Polzien et al. 1998)

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das Instrument ermöglicht die Darstellung pflegerischer Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung zu verschiedenen Zeitpunkten. Diese Darstellung erfolgt auf einer breiten inhaltlichen Basis. Auf der Grundlage der OASIS-Erhebungen lassen sich Aussagen auf der Grundlage aggregierter Datenbestände zu unterschiedlichen Aspekten der ambulanten pflegerischen Versorgung machen.

Schwächen des Instruments

OASIS ist ausdrücklich kein umfassendes Assessmentinstrument, sondern erfordert entsprechende Ergänzungen. Es ist ein sehr komplexes Instrument, für dessen Anwendung ein erheblicher Zeitaufwand erforderlich ist.

Fazit

Intention des OASIS ist ausdrücklich nicht die Bedarfseinschätzung, sondern die Ermittlung von Ergebnissen der ambulanten pflegerischen Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen. Aufgrund seines erheblichen Zeitaufwands kann es im Vergleich zu anderen Instrumenten nicht zur weiteren Verwendung empfohlen werden.

10. Literatur

OASIS-B1 Data Set (12/2002): http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthQualityInits/2_HHQIOASISDataSet.asp#TopOfPage; [letzter Zugriff 08.01.2007]

OASIS User Manual, Part I: Implementation Manual, http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthQualityInits/14_HHQIOASISUserManual.asp#TopOfPage; [letzter Zugriff 08.01.2007]

Shaughnessy, P.W./Crisler, K.S./Hittle, D.F./Schlenker, R.E. (2002): Summary of the Report on OASIS and Outcome-Based Quality Improvement in Home Health Care: Research and Demonstration Findings, Policy Implications, and Considerations for Future Change. Denver: Center for Health Services Research. University of Colorado Health Sciences Center

Krulich, L.H. (2000): When should I do an OASIS assessment? Home Healthcare Nurse 18, 4, 238-247

- Hittle, D.F./Shaughnessy, P.W./Crisler, K.S./Powell, M.C./Richard, A.A./Conway, K.S./Stearns, P.M./Engle, K. (2003): A study of reliability and burden of home health assessment using OASIS. *Home Health Care Services Quarterly* 22, Nr. 4, 43-63 (n=66)
- Kinatukara, S./Rosati, R.J./Huang, L. (2005): Assessment of OASIS reliability and validity using several methodological approaches. *Home Health Care Services Quarterly* 24, Nr. 3, 23-38 (1. Phase: n=259, 2. Phase: n=105, 3. Phase: n=141)
- Polzien, G./Kendall, B.J./Hindelang, M. (1998): The challenge of implementing OASIS. *Home Healthcare Nurse* 16, Nr. 12, 806-812
- Crisler, K.S./Baillie, L.L./Richard, A.A. (2000): Integrating OASIS data collection into an comprehensive assessment. *Home Healthcare Nurse* 18, Nr. 4, 249-254
- PPS-prospective payment system. http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthPPS/01_overview.asp#TopOfPage; [letzter Zugriff 18.01.2007]
- Neal, L.J. (2000): OASIS Inter-Rater Reliability. *CARING Magazine*, 44-50 (n=23)
- Goldberg, H.B./Delargy, D./Schmitz, R.J./Moore, T./Wrobel, M. (1999): Case-mix adjustment for a national home health prospective payment system. Second interim report. Cambridge: Abt Associates Inc.
- Berg, K. (1999): Interim Reliability Report Medicare Home Health Case-Mix Projekt. In: Goldberg, H.B./Delargy, D./Schmitz, R.J./Moore, T./Wrobel, M. (1999): Case-mix adjustment for a national home health prospective payment system. Second interim report. Appendix G. Cambridge: Abt Associates Inc. (n=144)
- Madigan, E.A./Fortinsky, R.H. (2000): Additional psychometric evaluation of the outcomes and assessment information set (OASIS). *Home Health Care Services Quarterly* 18, Nr. 4, 49-62 (n=201)
- Madigan, E.A./Fortinsky, R.H. (2004): Interrater Reliability of the Outcomes and Assessment Information Set: Results from the field. *The Gerontologist* 44, Nr. 5, S. 689-692 (n=88)

Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Die Pflegeabhängigkeitsskala wurde in den Niederlanden zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit von Menschen mit Demenz und geistiger Behinderung in Langzeitpflegeeinrichtungen entwickelt. Unter Pflegeabhängigkeit wird der Bedarf eines Menschen an professioneller Pflege verstanden (Dijkstra et al. 1998). Pflegeabhängigkeit wird als Prozess verstanden, in dem professionelle Pfleger einem Patienten mit eingeschränkten Selbstpflegefähigkeiten Unterstützung zur Wiedererlangung dieser Fähigkeiten anbieten (Mertens et al. 2002).

Das Instrument umfasst 15 Bereiche/Items. Mit Hilfe der PAS wird die Pflegeabhängigkeit in den folgenden 15 Bereichen erhoben:

- Essen und Trinken
- Kontinenz
- Körperhaltung
- Mobilität
- Ruhen und Schlafen
- An- und Auskleiden
- Körpertemperatur
- Körperpflege

- Vermeiden von Gefahren
- Kontakt mit anderen
- Sinn für Werte und Normen
- Alltagsaktivitäten
- Freizeitaktivitäten/Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung
- Lernfähigkeit
- Kommunikation

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Der erhobene Grad der Abhängigkeit liefert eine wichtige Grundlage für die Erstellung eines Pflegeplans, ist jedoch allein zu undifferenziert. Der wiederholte Einsatz der PAS zu verschiedenen Zeitpunkten der Versorgung (oder in verschiedenen Einrichtungen) gibt jedoch wertvolle Hinweise auf Ergebnisse der pflegerischen Versorgung in den erfassten Bereichen.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Es erfolgt keine explizite Erfassung spezifischer Bedarfsaspekte. Aus erfassten Risiken lassen sich präventionsrelevante Maßnahmen ableiten. Ein Rehabilitationsbedarf lässt sich indirekt durch einen hohen Abhängigkeitsgrad bei verschiedenen Items ableiten.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Die Einschätzung des Abhängigkeitsgrades erfolgt auf einer fünfstufigen Skala für jedes der 15 Items. Dementsprechend ergibt sich ein Gesamtscore zwischen 15 und 75. Die Höhe des Scores bestimmt den Grad der Pflegeabhängigkeit, wobei die Anhängigkeit umso größer ist, je niedriger der Score ist. Unterschiedliche Autoren haben unterschiedliche Abstufungen vorgenommen. Nach Lohrmann (2003) ergeben sich drei Abstufungen:

- 15 bis 44 Punkte: hohe Pflegeabhängigkeit
- 45 bis 59 Punkte: Mittlere Pflegeabhängigkeit
- 60 bis 75 Punkte: Niedrige Pflegeabhängigkeit

Bei Mertens et al (2002) findet sich eine Einteilung in vier Stufen:

- unter 25 Punkte: völlig abhängig
- 25 bis 44 Punkte: überwiegend abhängig
- 45 bis 59 Punkte: überwiegend unabhängig
- über 69 Punkte: völlig unabhängig

5. Methodische Güte

Es liegen umfangreiche nationale und internationale Studien zur PAS mit guten bis sehr guten Ergebnissen vor.

6. Praktikabilität

Es wird davon ausgegangen, dass die Einschätzung durch die PAS durch Pflegefachkräfte durchgeführt wird. Eine kurze Schulung wird als ausreichend empfunden, um das Instrument anzuwenden. Die Handhabung wird als leicht und verständlich beschrieben und die Dauer der Begutachtung mit 5-8 Minuten angegeben (Lohrmann 2003).

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Die Bewertungssystematik der PAS lässt eine Gruppenbildung zu und ermöglicht somit auch eine leistungsrechtliche Zuordnung. Wie die Ergebnisse verschiedener Studien zeigen, sind dabei durchaus unterschiedliche Abstufungen möglich. Das Instrument wurde für die Anwendung bei alten und behinderten Menschen in der Langzeitversorgung entwickelt. Zur Ergebnistransparenz finden sich nur wenige bis gar keine Aussagen.

8. Adaptierbarkeit

Der Aufbau und die Bewertungssystematik der PAS lassen Adaptionen möglich erscheinen.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Die PAS bietet eine standardisierte und einfach zu handhabende Erfassung verschiedener Bereiche der Pflegebedürftigkeit. Sie ist umfassend mit guten Ergebnissen im In- und Ausland getestet worden. Es liegt eine aktuelle deutsche Version vor. Die Bewertungssystematik ermöglicht eine Gruppenbildung in unterschiedlichen Abstufungen.

Schwächen des Instruments

Die inhaltliche Reichweite der PAS bleibt hinter anderen Instrumenten zurück. Die Aussagen zu den einzelnen Bereichen sind nicht sonderlich differenziert.

Fazit

Da das Instrument von der Abhängigkeit von professioneller Pflege ausgeht und dementsprechend aufgebaut ist, ist es weniger zur Einschätzung personenbezogener Merkmale der Pflegebedürftigkeit geeignet. Verglichen mit anderen Instrumenten bleibt auch die inhaltliche Vertiefung zu den einzelnen Items zurück, so dass das Instrument trotz guter Ergebnisse hinsichtlich der methodischen Güte und Praktikabilität nicht zur weiteren Verwendung empfohlen wird.

10. Literatur

- Dassen, T./Balzer, K./Bansemir, G./Kühne, P./Saborowski, R./Dijkstra, A. (2001): Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie. *Pflege* 14, 123-127 (n=261)
- Dijkstra, A./Buist, G./Dassen, T. (1998): Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. In: Dijkstra, A. (Hg.): *Care Dependency. An Assessmentinstrument for use in long term care facilities*. Groninger: Rijksuniversiteit Groningen, 23-36 (n=44)

- Dijkstra, A./Buist, G./Moorer, P./Dassen, T. (1998): A reliability and utility study of the Nursing-Care Dependency Scale. In: Dijkstra, A. (Hg.): Care Dependency. An Assessmentinstrument for use in long term care facilities. Groninger: Rijksuniversiteit Groningen, 37-50 (n=292)
- Dijkstra, A./Buist, G./Moorer, P./Dassen, T. (1998): Construct Validity of the Nursing-Care Dependency Scale. In: Dijkstra, A. (Hg.): Care Dependency. An Assessmentinstrument for use in long term care facilities. Groninger: Rijksuniversiteit Groningen, 51-63 (n=662)
- Dijkstra, A./Buist, G./Dassen, T. (1998): A criterion-related validity study of the Nursing-Care Dependency Scale. In: Dijkstra, A. (Hg.): Care Dependency. An Assessmentinstrument for use in long term care facilities. Groninger: Rijksuniversiteit Groningen, 65-79 (n=327)
- Dijkstra, A./Brown, L./Havens, B./Romerens, T. I./Zanotti, R./van den Heuvel, W. (2000): An international psychometric testing of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing* 31, Nr. 4, 944-952 (n=525)
- Dijkstra, A./Tiesinga, L. J./Plantinga, L./Veltman, G./Dassen, T. W. (2005): Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal of Advanced Nursing* 50, Nr. 4, 410-416 (Studie 1: n=57; Studie 2: n=182)
- Lohrmann, C. (2003): Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken. Eine methodologische Studie. Dissertation. Berlin: Pro BUSINESS (Studie 1: n=81; Studie 2: n=155; Studie 3: n=3.528; Studie 4: n=1347)
- Lohrmann, C. (2002): Das Maß ist die Unabhängigkeit. *Pflegezeitschrift* 7, 501-505
- Lohrmann, C./Dijkstra, A./Dassen, T. (2003): Care dependency. Testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards. *Scandinavian Journal of Caring Science* 17, 15-56
- Mertens, E./Tannen, A./Lohrmann, C./Dassen, T. (2002): Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus. *Pflege* 15, 195-197 (n=3.012)

Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment (PGBA)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das PGBA ist ein Assessment- und Dokumentationssystem zur Erfassung der medizinischen, psychosozialen und funktionellen Fähigkeiten und Probleme von geriatrischen Patienten zum Einsatz in der Akutphase, Frührehabilitation und Rehabilitation. Es bildet eine Ergänzung zum geriatrischen Basisassessment. Mit Hilfe des PGBA soll eine Informationssammlung und Einschätzung der wichtigsten Aspekte für eine individuelle, bedürfnisgerechte und ganzheitliche Therapie, Rehabilitation, Langzeitbetreuung und Pflegestufeneinschätzung vorgenommen werden (Höltmann et al. 1996). Das Instrument orientiert sich am gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI.

Das PGBA besteht aus vier Seiten, die jeweils unterschiedliche Schwerpunkte abbilden. Nach der Erfassung genereller Informationen (Diagnosen, Pflegestufe, Behandlungskategorien) und der Erstellung eines Risikoprofils (Sturz-, Aspirations-, Dekubitusgefahr, chronische Verwirrtheit, Verwahrlosung, Isolierung, Beaufsichtigungsbedarf) folgen sogenannte therapiezielrelevante psychosoziale Befunde, zu denen soziale Kontakte und Unterstützung, Medikamente, vorhandene Hilfsmittel, die Wohn- und ökonomische Situation sowie soziale Aktivitäten gehören. Die Scorewert-Tabelle für das eigentliche Assessment bildet den Abschluss. Erfasst werden 23 Items: Allgemeinzustand, internistische Funktion, neurologische Funktion, chirurgische/orthopädische Funktion, Transfer, Gehen, Dekubitus, Schmerz, Essen/Trinken, sich Sauberhalten und Kleiden, Ausscheiden, Hauswirtschaft, Sicherheit, Auf-

fassen können, Ausdrücken können, Hören, Sehen, Motivation, Depressivität, Ruhen und Schlafen, situative Anpassungsfähigkeit, Bezugsperson.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument verfolgt einen interdisziplinären Ansatz und ist entsprechend zur interdisziplinären Therapieplanung geeignet. Der Fokus liegt allerdings auf der Therapie, umfasst aber daneben pflegerische und rehabilitative Aspekte.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Es wird ein Risikoprofil erstellt, aus dem sich ein Präventionsbedarf ableiten lässt und zu dem auch der notwendige Beaufsichtigungsbedarf gehört. Da das PGBA explizit auch für den Einsatz in der geriatrischen Rehabilitation konzipiert wurde, ergeben sich aus dem Assessment rehabilitationsbezogene Aspekte. Betreuungsaspekte finden in begrenztem Maße Berücksichtigung. Es wird kein Hilfsmittelbedarf erfasst, jedoch das Vorhandensein von Hilfsmitteln.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das PGBA liefert überwiegend standardisierte Ergebnisse. Die erfassten Items gliedern sich in Funktions- und Selbständigkeitsitems. Die Bewertungssystematik der jeweiligen Items gestaltet sich wie folgt:

Funktionsitems:

Stufe 1 ohne Befund: keinerlei Hinweise auf Organschädigungen oder Funktionsstörungen.

Stufe 2 mäßig eingeschränkte Funktion oder kompensierte Funktionsstörungen: Alle Situationen, die eine regelmäßige Kontrolle erfordern, sind hier einzustufen. Alle kompensierten Hilfen wie Gehhilfen, Brillen, Hörgeräte Endoprothesen, Schrittmacher, Medikamente bedürfen der Kontrolle bzw. Optimierung und sind deshalb in diese Stufe einzuordnen.

Stufe 3 schwere Schädigung des Organssystems und/oder schwer eingeschränkte Funktion

Stufe 4 schwerst eingeschränkt Funktion oder Funktionsverlust: je nach Item z. B. komplette Parese, Amputation

Selbständigkeitsitems:

Stufe 1 Selbständig: keine Hilfen, Hilfsmittel, Aufsicht oder sonstige Maßnahmen nötig

Stufe 2 bedingt selbständig: Fähigkeit zur selbstständigen bzw. unabhängigen Versorgung mit einer oder mehreren Einschränkungen in diesem ATL Bereich. Hilfsmittel/-vorrichtungen sind vorhanden und werden genutzt. Der Patient benötigt ggf. mehr Zeit als üblich für die Verrichtung, bewältigt sie aber mit Mühe; ggf. bestehen Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit einzelnen Verrichtungen. In der Regel ist eine Hilfsperson nicht erforderlich

Stufe 3 teilweise unselbständig: Einzelverrichtungen werden unvollständig ausgeführt. Aktive handgreifliche Hilfe ist zur teilweisen Übernahme von Verrichtungen erforderlich

Stufe 4 unselbständig: Hilfestellung durch Hilfspersonen in allen Phasen der Versorgung/Verrichtung erforderlich.

Das Gesamtergebnis der Einschätzung wird in Form eines graphischen Funktions- und Selbstständigkeitsprofils zusammengefasst und dargestellt. Eine weitere Zusammenführung der Ergebnisse findet nicht statt.

5. Methodische Güte

Es liegt lediglich eine Studie zur methodischen Güte vor, nach der die Reliabilität größer als 0,77 und eine Validitätseinschätzung von 0,82 angegeben wird, ohne dass detailliertere Angaben erfolgen.

6. Praktikabilität

Das Instrument soll von allen Mitgliedern des therapeutischen Teams eingesetzt werden und setzt eine entsprechende Formalqualifikation voraus. Aussagen zum Schulungsbedarf finden sich nicht. Es wird von einer 20-60-minütigen Dauer der Begutachtung ausgegangen.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist aufgrund der Ergebnisse nicht möglich. Es werden vielmehr die geltenden Bestimmungen zur Pflegestufeneinteilung als Bestandteil des Assessments integriert.

8. Adaptierbarkeit

Die Erweiterung der 23 Items ist möglich. Es ist dafür ausdrücklich eine Möglichkeit vorgesehen. Die neu hinzukommenden Items müssten anhand der vorliegenden Bewertungssystematik entwickelt werden. Weitere Adaptions- und Modifikationsmöglichkeiten erscheinen aufgrund der nicht vorliegenden Modularisierung schwierig zu sein.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Es handelt sich beim PGBA um ein Instrument, auf dessen Grundlage eine interdisziplinäre Versorgungsgestaltung geplant werden kann. Es umfasst in begrenztem Maße verschiedene spezifische Bedarfsaspekte zur Prävention und Rehabilitation.

Schwächen des Instruments

Es liegen nur unzureichende Aussagen zur methodischen Güte vor. Die Ergebniszusammenführung in Form einer Graphik schränken die Verwendungsmöglichkeiten ein. Die inhaltliche Reichweite ist zwar umfassend, allerdings doch stärker auf medizinisch-therapeutische Aspekte angelegt.

Fazit

Das PGBA erscheint geeignet zur praktischen, interdisziplinären Arbeit in unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Dieser intendierte Verwendungszweck wird sehr deutlich. Er führt aber gleichzeitig dazu, dass weitergehende Verwendungsmöglichkeiten nur bedingt vorstellbar erscheinen. Dementsprechend kann das PGBA nicht zur weiteren Verwendung empfohlen werden.

10. Literatur

- Tausche, P./Höltmann, B. (1998): Entwicklung des geriatrischen Basisassessments und Zwischenergebnisse einer multizentrischen Studie (Solinger Modell). In: Steinhagen-Thiessen, E. (Hg.): Das geriatrische Assessment. Stuttgart: Schattauer, 175-196
- Höltmann, B./Tausche, P. (1996): Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basis-Assessment. Kurzfassung für die Praxis. München: MMV, Medizin-Verlag
- Höltmann, B. (2004): Das Pflegegesetzadaptierte Basis-Assessment (PGBA), Möglichkeiten und Grenzen der Charakterisierung geriatrischer Patienten. In: Bartholomeyczik, S./Halek, M. (Hg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Wittener Schriften. Hannover: Schlütersche, 61-68
- Haas, P./Höltmann, B. (2002): Assessmentorientierung in klinischen Informationssystemen. Forum der Medizin-Dokumentation und Medizin-Informatik 4, Nr. 4, 102-104

SCoTTs (Service Coordination Tool Templates)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Die SCoTTs wurden entwickelt, um die Kooperation zwischen verschiedenen Dienstleistungsangeboten im Gesundheits- und Pflegewesen zu verbessern. Dazu hat das australische Department of Human Services ein einheitliches EDV-gestütztes Format entwickelt, mit dessen Hilfe eine standardisierte Sammlung von Nutzerinformationen durch Leistungserbringer der primären Gesundheitsversorgung angestrebt werden soll (Port Philipp Online 2007). Dabei verwenden alle Anbieter ein gemeinsames Dokument. Das Instrument wird als Kommunikations- und Überleitungsmedium zwischen verschiedenen Anbietern genutzt. Darüber hinaus fungiert es als Screening-Instrument zur Erfassung von Risiken bezogen auf hauswirtschaftliche Versorgung, Selbstpflege und kognitive sowie verhaltensbezogene Aspekte.

Das Instrument besteht aus acht Modulen:

- Modul 1: Allgemeine Informationen zum Nutzer (Name, Adresse, Angehörige, Geburtsort, Nationalität, Sprache, berufliche Situation, Versicherungsstatus etc.)
- Modul 2: Zusammenfassung (Anlass für das Aufsuchen des Anbieters, Nutzung bisheriger Anbieter etc.)
- Modul 3: Screening der funktionalen Fähigkeiten
- Modul 4: Screening der Lebensumstände
- Modul 5: Screening der psychosozialen Aspekte
- Modul 6: Screening des Gesundheitszustands

- Modul 7: Screening des Gesundheitsverhaltens
- Modul 8: Angehörigenprofil

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument ist aufgrund der tendenziell eher oberflächlichen Erhebung der jeweiligen Items nicht für die Erstellung eines Pflege- und Hilfeplans geeignet. Sie geben lediglich Anhaltspunkte, zu denen vertiefende Angaben und Informationen erforderlich sind, um einen Pflege- und Hilfeplan zu erstellen.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Es werden lediglich Aspekte hinsichtlich eines möglichen Präventionsbedarfs erfasst. Dazu gehören Alkohol- und Tabakkonsum, körperliche Aktivität, Sturzrisiken, Ernährungsstatus und verhaltensbedingte Risikofaktoren. Weitere spezifische Bedarfsaspekte werden nicht erhoben.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Alle Module erfassen die jeweiligen Aspekte übersichtsartig mit standardisierten Antwortvorgaben und Freitextoptionen. Es erfolgt neben der Freitextzusammenfassung und Übersicht in Modul 2 keine weitere Ergebniszusammenführung.

5. Methodische Güte

Es konnten keine Studien zur Reliabilität und Validität des Instruments identifiziert werden.

6. Praktikabilität

Es finden sich keine Aussagen zu notwendigen Formalqualifikationen, Mitarbeiter der verschiedenen Leistungserbringer sollen die entsprechenden Erhebungen durchführen. Angaben zum Schulungsbedarf fehlen, es ist allerdings von einem geringen Schulungsaufwand auszugehen. Die EDV-Unterstützung bei der Erhebung mit ScoTTs lässt eine wenig komplizierte Handhabung erwarten.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist aufgrund der durch die SCoTTs erhobenen Informationen nicht möglich.

8. Adaptierbarkeit

Das Instrument enthält die Möglichkeit für Freitextergänzungen an verschiedenen Stellen. Die einzelnen Module lassen sich einzeln sicherlich verwenden, verfügen jedoch aufgrund der intendierten anbieterübergreifenden Informationsfunktion des Instruments nur über bedingte Aussagekraft. Die vorliegenden Module könnten als Screening im Rahmen eines

Kontaktassessment zum Einsatz kommen, müssten aber durch vertiefende Elemente ergänzt werden.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Abgesehen von der EDV-basierten Umsetzung des Instruments, durch die eine einfache Handhabung zu erwarten ist, lassen sich keine ausgewiesenen Stärken herausstellen.

Schwächen des Instruments

Es findet eine oberflächliche und wenig differenzierte Einschätzung von verschiedenen Bereichen statt, die dem jeweiligen Gutachter reichlich Interpretationsspielraum lassen. Aussagen zur methodischen Güte liegen nicht vor.

Fazit

Aufgrund der wenig differenzierten Einschätzung der dargelegten Bereiche wird das Instrument nicht zur weiteren Verwendung empfohlen. Es wurde zum Zweck der Informationsübermittlung zwischen verschiedenen Leistungserbringern entwickelt und lässt darüber hinaus keine weiteren Verwendungsmöglichkeiten erkennen.

10. Literatur

Port Philipp Online (2007): http://www.portphilip.vic.gov.au/service_coordination.html. (07.02.2006)

SIC Pflegeassistent 1.8

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Beim Sic Pflegeassistenten handelt es sich um eine von der Firma social invest consult im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung entwickelte Software zur Pflegeplanung, -dokumentation und Klientenverwaltung. Als Anwendungsbereiche werden ambulante Pflegedienste und Pflegeheime angegeben. Zielrichtung der Entwicklung war die bessere Verknüpfung der einzelnen Elemente des Pflegeprozesses auf einer EDV-gestützten Basis (Steiner 2004).

Der sic Pflegeassistent ist als EDV-Lösung erhältlich und umfasst 12 Menüpunkte, die sich an den Bestandteilen des Pflegeprozesses und Notwendigkeiten der Pflegedokumentation orientieren: Übergabe, Anamnese (enthält das eigentliche Assessment nach AEDL gegliedert), Biografie, Pflegeplan, Maßnahmen, Durchführung, Verordnungen, Wunden, Risiken (Dekubitus), Pflegeprotokoll, Pflegevisite, Stammdaten.

Die Pflegeanamnese ist auf der Grundlage des Pflegemodells der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens von Monika Krohwinkel aufgebaut. Die erfassten AEDLs sind: kommunizieren, sich bewegen, vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten, sich pflegen, essen und trinken, ausscheiden, sich kleiden, ruhen und schlafen, sich beschäftigen, sich als Mann/Frau fühlen, für eine sichere Umgebung sorgen, soziale Bereiche des Lebens sichern, mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen.

Zu jeder ADEL gibt es die Möglichkeit, auf der Grundlage von Vorgaben oder per Freitext, Angaben zu vorhandenen Ressourcen zu machen. Darüber hinaus findet sich ein Menüpunkt „Biografie“, in dem als Freitext Gewohnheiten, Rituale und Abneigungen zu jeder AEDL vermerkt werden können.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Da der sic Pflegeassistent ausdrücklich zu diesem Zweck entwickelt wurde, bietet er umfangreiche Hilfestellung bei der Erstellung eines Pflegeplans.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Es werden eine Reihe präventions- bzw. prophylaxenrelevanter Risiken und Problembereiche erfasst. Dazu gehören: Dekubitusrisiko, Sturzgefahr, Kontrakturgefahr, Pneumoniegefahr, Dehydratationsrisiko, Zystitisgefahr, Gefährdung durch das soziale Umfeld (z.B. Gewalt), Weglaufgefahr, Verwahrlosungsgefahr, Brandgefahr, Umgang mit Medikamenten.

Es wird kein Rehabilitationsbedarf erfasst. Aussagen zum Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf werden nicht explizit vorgenommen, lassen sich jedoch aus anderen Angaben in begrenztem Maße ableiten. Der Hilfsmittelbedarf und die Hilfsmittelversorgung werden zu den folgenden Bereichen standardisiert erfasst: Hör- und Sehhilfen, Bewegungshilfsmittel, Hilfsmittel im Bereich vitale Funktionen, Zahnprothese, Hilfsmittel bei der Körperpflege, Hilfsmittel bei der Nahrungsaufnahme, Hilfsmittel im Bereich der Ausscheidungen, Hilfsmittel bei An- und Auskleiden, Hilfsmittel im Bereich „Für Sicherheit sorgen“

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument ist überwiegend standardisiert und bietet die Möglichkeit, Ergänzungen per Freitext vorzunehmen. Auf einer vierstufigen Skala (selbständig, bedingt selbständig, teilweise unselbständig, unselbständig) erfolgt für jede AEDL eine Einschätzung, die dann im Pflegeplan visualisiert wird. Eine weitere Zusammenführung der Ergebnisse erfolgt nicht.

5. Methodische Güte

Studien zur methodischen Güte konnten nicht identifiziert werden.

6. Praktikabilität

Aussagen zur Praktikabilität ließen sich nicht identifizieren. Die durchgehende AEDL-Struktur erscheint an einigen Stellen nur bedingt hilfreich (z.B. Biografie). Der Gebrauch des Instruments zur Pflegeplanung erscheint auf der Grundlage einer entsprechenden Einfüh-

rung machbar. Die technische Installation des Pflegeassistenten ist beschrieben, erwies sich allerdings als nicht ganz unproblematisch.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist auf der Grundlage der durch den sic Pflegeassistent erhobenen Informationen nicht möglich. Die Einbeziehung von Pflegebedürftigen und Angehörigen findet keine gesonderte Erwähnung, sondern dürfte in den jeweiligen Einsatzbereichen entschieden werden.

8. Adaptierbarkeit

Es lassen sich ergänzende Assessments wie beispielsweise Skalen zur Erfassung des Dekubitusrisikos in das System integrieren. Adaptionsmöglichkeiten bleiben allerdings auf der Ebene des Verwendungszwecks des Instruments, der Unterstützung des Pflegeprozesses als Herangehensweise der professionellen Pflege.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Der sic Pflegeassistent ist dazu geeignet, eine Unterstützung des Pflegeprozesses und der damit verbundenen Pflegedokumentation zu gewährleisten. Die Menüführung erscheint gut nachvollziehbar und handhabbar zu sein.

Schwächen des Instruments

Die ausschließliche Orientierung am AEDL-Modell gibt eine bestimmte Systematisierung vor, die nicht in allen Bereichen eines Pflegebedarfs adäquat erscheint. Der Fokus liegt auf der professionellen Pflege und nicht auf der Erfassung personenbezogener Merkmale zur Bestimmung eines Pflegebedarfs. Aussagen zur methodischen Güte konnten nicht identifiziert werden.

Fazit

Beim sic Pflegeassistenten handelt es sich um ein Instrument zur Unterstützung der Pflegeplanung und -dokumentation. Für diesen Zweck erscheint er geeignet. Darüber hinausgehende Verwendungsmöglichkeiten erscheinen ohne größeren Aufwand nur schwer vorstellbar und es erfolgt aus diesem Grund keine Empfehlung zur weiteren Verwendung.

10. Literatur

Sic – social invest consult (o.A.): sic pflegeassistent – sicPA 1.8. Testversion. Augsburg: social invest consult
Steiner, H. (2004): Pflegeplanung am Computer. Der sic-pflegeassistent – eine neue Software. Heim+Pflege 35, Nr. 1, 17

STEP (Standardised Assessment for elderly patients in primary care)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das STEP (Williams et al. 2002) wurde im Rahmen einer konzertierten Aktion von Wissenschaftlern und Ärzten aus sieben europäischen Ländern entwickelt. Hauptzielrichtung ist die Prävention von Gesundheitsbeeinträchtigungen älterer Menschen durch Hausärzte. Dazu wurden in einem ersten Schritt Gesundheitsprobleme im Alter identifiziert, die präventiven Maßnahmen zugänglich sind, und die Evidenz entsprechender Vorsorgemaßnahmen evaluiert. So konnte ein für mehrere europäische Länder einheitliches Präventionsprogramm im Alter unter Berücksichtigung von Evidenz, Patientenpräferenzen und Praxisbedingungen entwickelt werden (Junius et al. 2004). Das Instrument wurde im Rahmen des britischen Single Assessment Process akkreditiert.

Das Instrument liegt in englisch und in einer deutschen Version vor. Es besteht aus vier Elementen: Selbstaufschreibung mit 32 Items, Arzthelferinnen-Untersuchung mit 9 Items, ärztliche Untersuchung mit 4 Items und einem zusammenfassenden Ergebnisbogen. Insgesamt werden mit dem Instrument acht Dimensionen erfasst:

- Funktionszustand/Alltagsbewältigung: Der Patient beantwortet Fragen zu alltäglichen Arbeiten, maximaler körperlicher Leistungsfähigkeit, Mobilität und persönlicher Pflege. Der Arzt ergänzt um Pflegestufe, Inspektion der Füße, Mobilitätstest.
- Soziales Umfeld: Der Patient beantwortet Fragen zu sozialen Belastungsfaktoren, Finanzen, Wohnumfeld, Hilfsdienste.
- Körperlicher Zustand: Der Patient beantwortet Fragen zu Atemnot, Schmerzen, Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Sturz, Herzinfarkt, Apoplex, Brustschmerz/-enge, Claudicatio, Zahn-, Kauprobleme, Gelenkbeschwerden, Frakturen, Harninkontinenz, Stuhlbeschwerden, Sehprobleme, Hörprobleme. Die Arzthelferin ergänzt um Werte zu Hypertonie, Puls, Hyperglykämie, Lipidämie. Der Arzt ergänzt um Parkinsonzeichen.
- Psychisches Befinden: Der Patient beantwortet Fragen zu Depression. Die Arzthelferin ergänzt um den Bereich Demenz. Der Arzt gibt einen Eindruck zu Depressivität.
- Medikamentenüberprüfung: Der Patient beantwortet Fragen zu verschriebenen und nicht verschriebenen Präparaten.
- Lebensgewohnheiten: Der Patient beantwortet Fragen zu Rauchen, sportlichen Übungen, gesunder Ernährung, Alkoholabusus.
- Impfschutz: Der Patient beantwortet Fragen zu Influenza, Pneumonie, Tetanus/Diphtherie.
- Risikopatient: Der Patient beantwortet Fragen zu Krankenhausbehandlungen. Der Arzt bestimmt, ob ein reduzierter Allgemeinzustand vorliegt
- Patienten Anliegen: Der Patient kann weitere Anliegen benennen.

Die Arzthelferin überträgt die Antworten des Patienten, ihrer eigenen Untersuchung und die relevanten Laborwerte in den Ergebnisbogen, der Arzt ergänzt um seine Befunde und bewertet im Anschluss, ob ein neues Problem aufgetreten ist, dass bisher unentdeckt war

und ob eine Intervention erforderlich ist (jeweils per Abhaken). Die im Ergebnisbogen zusammengetragenen Ergebnisse werden als Gesprächsgrundlage genutzt. Ergänzend können folgende Tests bei Bedarf angewendet werden, um Teilaspekte zu vertiefen: Mini-Mental-State-Examination, Geriatric Depression Scale ,Whispered-Voice-Test ,Uhrentest, Edinburgh-Claudication Questionnaire

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument dient dazu, eine Gesprächsgrundlage für den Hausarzt zur Verfügung zu stellen, aufgrund derer eine weitere Therapie- und Versorgungsplanung vorgenommen werden kann. Aus den erhobenen Daten allein, ist die Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans nicht gegeben.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Fragen zur Sturzhäufigkeit, Durchführung einer Fußinspektion und Vitalzeichenkontrolle dienen dazu, Präventionsmaßnahmen einzuleiten. Darüber hinaus ist die Erfassung des Präventionsbedarfs davon abhängig, inwiefern der Hausarzt bei einzelnen Aspekten auf die vertiefenden Fragen der Durchführungsanleitung zurückgreift.

Aussagen zum Rehabilitations-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf sind ebenso vorgesehen wie Aussagen zur Hilfsmittelversorgung. Eine Ermittlung von Härtefällen ist nicht vorgesehen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert überwiegend standardisierte Ergebnisse, die mit Freitextoptionen ergänzt werden können. Die standardisierten Ergebnisse werden in Form von mehrstufigen Skalen und dichotomisierten Ja/Nein- Optionen dargestellt. Der Ergebnisbogen ist Grundlage für ein Patientengespräch. Eine weitere Form der Ergebnisdarstellung ist nicht vorgesehen.

5. Methodische Güte

Studien zur methodischen Güte liegen nicht in ausreichender Form vor. Bei der deutschen Pilotstudie wurde bei einem Drittel aller Teilnehmer ein bisher unbekanntes Gesundheitsproblem festgestellt (Junius et al. 2004).

6. Praktikabilität

Das Instrument wurde für den Einsatz durch Hausärzte und unterstützende Tätigkeit durch Arzthelferinnen konzipiert und verlangt eine entsprechende Formalqualifikation. In der erwähnten Pilotstudie haben 40% der beteiligten Ärzte und Arzthelferinnen den Zeitaufwand als zu hoch bewertet.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Auf der Grundlage des zusammenfassenden Ergebnisbogens ist keine leistungsrechtliche Zuordnung möglich. Einzig ärztlich verordnete Maßnahmen aus dem Bereich der Krankenbehandlung können sich daraus ergeben.

8. Adaptierbarkeit

Die ergänzende Verwendung von standardisierten Instrumenten zur Identifikation bestimmter gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist vorgesehen. Ergänzungen in dieser Form sind daher prinzipiell möglich. Die Zusammensetzung der Items erfolgte auf der Grundlage umfassender Recherchen zur vorliegenden Evidenz von klinischen Interventionen. Erweiterungen müssten entsprechend auf gleicher oder ähnlicher Grundlage vorgenommen werden, was die Adaptionsmöglichkeiten einengt. Möglich ist es jedoch, mit unterschiedlich umfangreichen Versionen des STEP zu arbeiten, so lange die standardisierten Einzelversionen erhalten bleiben.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Die Konstruktion des Instruments basiert auf ausgedehnten Recherchen zu verfügbarer Evidenz hinsichtlich der einzelnen Dimensionen und Items. Das STEP bietet eine umfassende Einschätzung der individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und bietet Ansätze zur Identifikation eines Präventionsbedarfs.

Schwächen des Instruments

Es liegen zu wenige Erkenntnisse hinsichtlich der methodischen Güte vor. Darüber hinaus ist der Verwendungszweck des Instruments zu stark auf den hausärztlichen Bereich konzentriert. Es gibt Hinweise auf einen hohen Zeitaufwand, der mit dem Einsatz des STEP verbunden ist.

Fazit

Mehrere Gründe sprechen dafür, das Instrument nicht zur weiteren Verwendung im Zusammenhang mit der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit zu empfehlen: die starke Ausrichtung auf die hausärztliche Praxis, die Form der Ergebnisdarstellung, die als ärztliche Gesprächsgrundlage dient und letztlich die mangelnden Erkenntnisse zur methodischen Güte.

10. Literatur

Williams, E./Fischer, G./Junius, U./Sandholzer, H./Jones, D./Vass, M. (2002): An evidence-based approach to assessing older people in primary care. Occasional Paper 82. London: The Royal College of General Practitioners

Junius, U./Schmidt, C./Breull, A. (2004): Das STEP-Assessment [Standardisiertes geriatrisches Assessment für die Hausarztpraxis]. Deutsche Version 1, 2004. Hannover: Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover (Offizielle deutschsprachige Übersetzung und Fassung der urheberrechtlich geschützten Version 1)

IV. Spezifische Instrumente mit positiver Empfehlung

Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das Instrument wurde in den USA für den Einsatz bei Patienten mit demenziellen Symptomen entwickelt und wird seit 1993 angewandt. Haupteinsatzgebiete sind Therapie- und Verlaufsstudien. Der Test gilt international als Standardverfahren zur Prüfung der Wirksamkeit von Antidementiva in klinischen Studien (Weyer 2005).

Die ADAS erfasst ausgewählte kognitive und nicht-kognitive Merkmale. Die verwendete Skala besteht dementsprechend aus zwei Bereichen, dem kognitiven Bereich (ADAS-K) und dem nicht-kognitiven Bereich (ADAS-NK). Insgesamt umfasst sie 21 Items (11 im kognitiven Bereich, 10 im nicht-kognitiven Bereich).

Die Items im kognitiven Bereich sind in drei Subskalen unterteilt (Gedächtnis, Orientierung, Sprache), die Items im nicht-kognitiven Bereich in vier Subskalen (Motorik, Depressivität, Psychotische Symptome, Konzentration/Kooperation).

Die Items im kognitiven Bereich umfassen: freie Reproduktion, Wort-Wiedererkennung, Orientierung, Vorstellungsvermögen, Abzeichnen, Anweisungen, Benennen, Erinnern an Prüfanweisung, Sprachausdruck, Sprachverständnis, Wortfindung.

Die Items im nicht-kognitiven Bereich sind: Tremor, „Umherlaufen“, motorische Unruhe, Weinen, Depressive Verstimmung, Wahn, Halluzinationen, Appetit, Konzentration/Ablenkbarkeit, mangelnde Kooperation.

Mohs et al. (1997) erarbeiteten auf der Basis empirischer Untersuchungen Vorschläge zur Erweiterung der kognitiven Skala durch zusätzliche Testaufgaben, um damit die Sensitivität der Skala für leichte Demenzformen zu erhöhen. Eine Umsetzung der Vorschläge ist bislang nicht erfolgt, auch andere inhaltliche Verbesserungsvorschläge und Standardisierungsbemühungen haben sich international bislang nicht durchgesetzt (Weyer 2005).

Neben der englischsprachigen Version liegen Adaptionen in den meisten europäischen Sprachen (z.B. deutsch, italienisch, französisch, spanisch) und auch in einigen außereuropäischen Sprachen vor. In den meisten Ländern existieren angepasste Versionen des Instruments (mit über das Original hinausgehenden Standardisierungen). In der deutschen Version bestehen im Vergleich zum Original Unterschiede in der Reihenfolge der Items, in der Anzahl der Durchgänge der beiden Gedächtnisprüfungen und in der Verwendung von Bildkarten an Stelle von realen Objekten bei einem Item. Die Itemscores und Summenscores wurden nicht verändert.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Diese Frage wird in der Literatur nicht diskutiert, kann aber verneint werden.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Präventions- und Rehabilitationsbedarf werden nicht erfasst, ebensowenig Hilfsmittelbedarf. Bedarf an Betreuung und Beaufsichtigung lässt indirekt ableiten. Aussagen zu außergewöhnlichen Bedarfslagen (Härtefälle) sind nicht vorgesehen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument ist voll standardisiert.

Die Ergebnisse von 8 der kognitiven Items sowie allen nicht-kognitiven Items werden mittels einer sechsstufigen Skala von 0 bis 5 bewertet (0 = Abwesenheit eines Symptoms bzw. einer Störung; 1 = sehr leichte Störung; 2 = leichte Störung; 3 = mäßige Störung; 4 = mäßig schwere Störung; 5 = schwere Störung). Bei drei Items (Freie Reproduktion, Orientierung und Wort-Wiedererkennung) erfolgt eine Beurteilung direkt mittels der Anzahl der Fehler. In der kognitiven Skala beträgt der maximale Skalenwert (kognitiver Score ADAS-K) 70 Punkte (größtmögliche kognitive Beeinträchtigung). In der nicht-kognitiven Skala liegt der Maximalwert (nichtkognitiver Score ADAS-NK) bei 50 Punkten. Es kann ein Gesamtsummenscore mit einem Maximalwert von 120 Punkten gebildet werden. Es existieren keine offiziellen, als verbindlich anerkannten Normen oder Cut-Off-Werte. Höhere Werte als 10 Punkte in der kognitiven Skala gelten als auffällig und sprechen für das Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung. Doraiswamy et al. (1997) ermittelten Richtwerte für die Items der kognitiven Skala.

Für die Auswertung ist ein EDV-Programm erhältlich.

5. Methodische Güte

Es liegen mehrere Studien zur Validität und Reliabilität vor (insbesondere Kim et al. 1994, Talkwalker et al. 1996, Weyer et al. 1993, 1997 und 2000), auch für die deutsche Version. Stichprobengrößen liegen zumeist zwischen 100 und 700 Personen. Im Gesamtbild kann die methodische Güte als hinreichend und zuverlässig nachgewiesen gelten:

Zur internen Konsistenz wurden für Cronbachs Alpha Werte zwischen 0.61 und 0.85 ermittelt.

Die Prüfung der Test-Retest-Reliabilität zeigte Ergebnisse zwischen $r = 0.88$ und $r = 0.97$.

Korrelationen mit inhaltsverwandten Skalen anderer Instrumente (u.a. MMSE und NOS-GER) belegen die konvergente Validität der kognitiven Skala (Weyer et al. 1993 und 1997).

Doraiswamy et al. (1997) verweisen auf die Sensitivität der ADAS-K im Hinblick auf die verschiedenen Demenz-Stadien. Es liegen außerdem Aussagen zur Behandlungssensitivität vor. In pharmakologischen Studien diente die kognitive Skala als Hauptzielkriterium zum Nachweis symptomatischer Besserung oder verzögerter Progression kognitiver Defizite (u.a. Weyer et al. 2000).

Weyer (2005) zufolge werden mit der ADAS-K die wesentlichen kognitiven Symptome einer Alzheimer Demenz erfasst, ausgenommen sind allerdings Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration. Die ADAS-NK wird bzgl. der inhaltlichen Validität kritisiert, aufgrund der Zuordnung des Items „Konzentration/Ablenkbarkeit“ und wegen der nicht demenzspezifischen Items „Tremor“ und „Appetit“.

Laut Weyer et al. (1997) lassen sich Patienten mit verschiedenen Stadien einer Demenz mit Hilfe der ADAS-K zuverlässig voneinander unterscheiden. Sie sind ferner der Ansicht, dass sich mit der ADAS-K zuverlässiger als beispielsweise mit der MMSE leichte Demenzgrade feststellen lassen.

6. Praktikabilität

ADAS wurde für die Nutzung durch Ärzte, Psychologen und anderes „medizinisches“ Personal entwickelt. Als Voraussetzungen auf Seiten des Raters werden Erfahrungen im Umgang mit psychologischen Testverfahren sowie mit Demenzpatienten genannt. Beim Einsatz in klinischen Studien wird ein Ratertraining für notwendig erachtet (Yekrangi-Hartmann 1999). Das Instrument ist einfach aufgebaut und kann nach kurzer Einweisung verwendet werden.

Die Einschätzung umfasst kurze neuropsychologische Leistungsprüfungen, Verhaltensbeobachtungen sowie einen Interviewteil, in dem der Patient sowie ein Informant (z.B. Angehöriger) nach dem Vorhandensein und der Ausprägung von demenztypischen Symptomen befragt werden. Es werden verschiedene Testmaterialien benötigt: Dokumentations- und Auswertungsbogen, Wortkasten für die beiden Gedächtnisprüfungen, Bildkarten sowie Zeichenvorlagen. Die Dauer der Erhebung wird für den Testteil mit 30 bis 45 Minuten, für den Interviewteil mit 10 bis 15 Minuten angegeben.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Die Ergebnisdarstellung kann in keinen leistungsrechtlichen Zusammenhang gebracht werden.

Aussagen zu altersspezifischen Aspekten finden sich in der Literatur nicht. Da das Instrument für die Einschätzung von Demenzsymptomen entwickelt wurde, stellen ältere Menschen die Hauptzielgruppe dar. Patienten und Angehörige können theoretisch Informationen über die Einschätzungsergebnisse erhalten, aufgrund seines Aufbaus ist das Verfahren für sie jedoch wenig transparent und nachvollziehbar.

8. Adaptierbarkeit

Ergänzungen und Modifikationen sind möglich (vgl. Mohs et al. 1994), müssten allerdings im Hinblick auf Reliabilität und Validität geprüft werden. Das Instrument könnte als ein Modul im Rahmen eines komplexeren Assessments genutzt werden.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Reliabilität und Validität des Instruments sind gut untersucht und hinreichend nachgewiesen. Gegenüber vergleichbaren Instrumenten wie der MMSE ist es methodisch überzeugender und inhaltlich breiter angelegt. Auch einige Symptome, die für gewöhnlich nicht unter den Begriff „Agitation“ fallen, werden im Unterschied zu anderen Instrumenten berücksichtigt. Der modulare Aufbau begünstigt Adaptionen/Instrumentenkombinationen.

Schwächen des Instruments:

Im nicht-kognitiven Bereich bleiben wichtige Verhaltensaspekte außer Betracht. Nicht nachvollziehbar ist die Zuordnung der im nicht-kognitiven Bereich vorhandenen Items „Tremor“ und „Appetit“. Die Durchführung der Testaufgaben ist vergleichsweise zeitaufwändig.

Fazit:

Das Instrument stellt einen interessanten Ansatz zur Erfassung kognitiver und nicht-kognitiver Beeinträchtigungen bzw. Störungen dar, der überzeugender wirkt als bei vielen anderen Verfahren. Wenngleich Verhaltensweisen von anderen Instrumenten besser erfasst werden, können einzelne Skalen zur Verwendung im Rahmen der Begutachtung in Betracht gezogen werden.

10. Literatur

- Doraiswamy, P.M./Bieber, F./Kaiser, L./Connors, K./Krishnan, K.R./Reuning-Scherer, J./Gulanski, B. (1997): Memory, language, and praxis in Alzheimer's Disease: Norms for outpatient clinical trial populations. *Psychopharmacology Bulletin* 33, Nr. 1, 123-128 (n = 1.648)
- Doraiswamy, P.M./Kaiser, L./Bieber, F./Garman, R.L. (2001): The Alzheimer's Disease Assessment Scale: Evaluation of psychometric properties and patterns of cognitive decline in multicenter clinical trials of mild to moderate Alzheimer's Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 15, Nr. 4, 174-183 (n = 536)
- Kim, Y.S./Nibbelink, D.W./Overall, J.E. (1994): Factor structure and reliability of the Alzheimer's Disease Assessment Scale in a multicenter trial with Linopirdine. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 7, Nr. 2, 74-83 (n = 280)
- Inzitari, D./Rossi, D./Lamassa, M./Mugnai, S./Carlucci, G./Bianchi, C./Amaducci, L. (1999): Validity of different linguistic versions of the Alzheimer's Disease Assessment Scale in an international multicentre Alzheimer's Disease trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 10, Nr. 4, 269-277
- Mattes, J. A. (1997): Can the sensitivity of the Alzheimer's Disease Assessment Scale be increased? *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 5, Nr. 3, 258-260 (n = 48)
- Mohs, R. C. (1996): The Alzheimer's Disease Assessment Scale. *International Psychogeriatrics* 8, Nr. 2, 195-203
Review-Artikel über Langzeituntersuchungen von Alzheimer-Patienten
- Mohs, R./Knopman, D./Petersen, R.C./Ferris, S.H./Ernesto, C./Grundman, M./Sano, M./Bieliauskas, L./Geldmacher, D./Clark, C./Thal, L.J. and the Alzheimer's Disease Cooperative Study (1997): Development of cognitive instruments for use in clinical trials of antidementia drugs: Additions the Alzheimer's Disease Assessment Scale that broaden its scope. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 11, Nr. 2, 13-21 (n = 207)
- Rosen, W.G./Mohs, R.C./Davis, K.D. (1984): A new rating scale for Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry* 141, Nr. 11, 1356-1364 (n = 55)

- Talwalker, S./Overall, J.E./Srirama, M.K./Gracon, S.I. (1996): Cardinal features of cognitive dysfunction in Alzheimer's Disease: A factor-analytic study of the Alzheimer's Disease Assessment Scale. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 9, Nr. 1, 39-46 (n = 656)
- Weyer, G./Eul, A./Milde, K./Wierich, W./Herrmann, W.M. (2000): Cyclandelate in the treatment of patients with mild to moderate primary degenerative dementia of the Alzheimer Type or Vascular Dementia: Experience from a placebo controlled multi-center study. *Pharmacopsychiatry* 33, Nr. 3, 89-97 (n = 191)
- Weyer, G. (2005): ADAS. Alzheimer's Disease Assessment Scale. In: Collegium Internationale Psychiatriae Sca-larum (Hg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH, 65-75
- Weyer, G./Ihl, R./Mohs, R.C./Schambach, M./Denkel, A./Kaiser-Kehl, H. (1993): Validierungsuntersuchungen zu einer deutschen Version der Alzheimer's Disease Assessment Scale ADAS. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 6, Nr. 2, 67-81 (n = 101 ältere Demenzpatienten (n = 116)
- Weyer, G./Erzigkeit, H./Kanowski, S./Ihl, R./Hadler, D. (1997): Alzheimer's Disease Assessment Scale: Reliability and validity in a multicenter clinical trial. *International Psychogeriatrics* 9, Nr. 2, 123-138 (n = 440)
- Yekrangi-Hartmann, C./Bernhardt, Th./Baltissen, R. (1999): Trainingsmaßnahmen zur Verbesserung der Inter-rater-Reliabilität in einer Alzheimer-Studie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 12, Nr. 3, 143-155

Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale (BEHAVE-AD)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

BEHAVE-AD dient der Erfassung von Verhaltensstörungen und psychopathologischen Symptomen bei Menschen mit Alzheimer Demenz. Außerdem wird eine globale Einschätzung der Belastung von Angehörigen/Betreuern vorgenommen, die durch die Symptome entstehen. Das Instrument kann bei moderat bis schwer erkrankten Personen eingesetzt werden und eignet sich auch für Verlaufsbeschreibungen. Es wird u.a. in klinischen Studien verwendet, in denen die Wirksamkeit von Interventionen (z. B. Medikamentengabe) in Bezug auf Verhalten beurteilt werden soll, außerdem in Beobachtungsstudien zur Verbreitung und Verlauf von nicht-kognitiven psychopathologischen Störungen bei Alzheimer Demenz.

BEHAVE-AD umfasst 25 Items, die in 7 Kategorien unterteilt sind:

1. Paranoide Ideen und Wahnvorstellungen (7 Items)
2. Halluzinationen (5)
3. Aktivitätsstörungen (3)
4. Aggressivität (3)
5. Störungen des Tag/Nacht-Rhythmus (1)
6. Affektive Störungen (2)
7. Ängste und Phobien (4).

Die Beurteilung des Verhaltens bezieht sich auf die zurückliegenden zwei Wochen.

Das Instrument liegt in mehreren Sprachen vor. Neben einer deutschen (Auer & Boetsch 2003) und englischen Version (Reisberg et al. 1987) fanden sich auch Hinweise auf eine chinesische und französische Fassung. Neben der Originalversion liegt ein BEHAVE-AD-FW vor, das eine ergänzende Häufigkeitseinstufung zu jedem Item vorsieht (Monteiro et al. 2001), außerdem die Variante E-BEHAVE-AD, das zur direkten Befragung von demenziell Erkrankten vorgesehen ist (Auer et al. 1996).

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument liefert wichtige Informationen als Grundlage für die Erstellung eines Pflegeplans, allerdings begrenzt auf ausgewählte Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Präventionsbedarf wird nicht explizit erfasst, einige Aspekte des Präventionsbedarfs können jedoch aus den Einschätzungsergebnissen abgeleitet werden (verhaltensbedingte Risiken). Die Frage der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs ist im Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten wenig relevant. Hilfsmittel und Hilfsmittelbedarf werden nicht berücksichtigt.

Durch die Abbildung von problematischen Verhaltensweisen können Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf eingeschätzt werden (z.B. bei motorischer Unruhe), allerdings sieht das Instrument nicht vor, hierzu explizite Aussagen zu treffen.

Aussagen über außergewöhnliche Bedarfslagen sind nicht vorgesehen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Es handelt sich um ein voll standardisiertes Instrument.

Jede Merkmalsausprägung wird auf einer vierstufigen Skala erfasst (0 = nicht vorhanden, 1 = vorhanden, 2 = vorhanden, im Allgemeinen mit einer emotionalen Komponente, 3 = vorhanden, im Allgemeinen mit einer emotionalen und einer physischen Komponente). Hier-von ausgehend wird ein Gesamtpunktwert (0 bis 75) errechnet. Normen und verbindliche Cut-off Werte zur Gruppenbildung existieren nicht.

5. Methodische Güte

Es liegen mehrere aussagekräftige Studien zur Testung des Instruments vor.

Sie dokumentieren eine gute Test-Retest-Reliabilität (Monteiro et al. 2001; Sclan et al. 1996) und eine ebenfalls gute Urteilerübereinstimmung (Sclan et al. 1996; Ferris/Makel 1997). Die interne Konsistenz wurde nicht überprüft. Wegen der Heterogenität der mit der BEHAVE-AD erfassten Phänomene kann keine hohe interne Konsistenz erwartet werden; die Prüfung hätte daher wenig Aussagekraft.

Die inhaltliche Validität des BEHAVE-AD kann aufgrund der umfassenden Darstellung von Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologischen Symptomen als gegeben angesehen werden (Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum 2005).

BEHAVE-AD bildet nicht-kognitive Symptomatiken bei einem fortschreitenden Abbau kognitiver Funktionen ab. In Querschnittsuntersuchungen konnte aufgezeigt werden, dass die Auftretenshäufigkeit von unterschiedlichem Verhalten in unterschiedlichen GDS-Stadien (Global Deterioration Scale) zufriedenstellend erfasst wird (Haupt et al. 2000, Sclan et al. 1996). Das Instrument wird als ausreichend sensitiv bei Interventionsstudien (Einsatz von Psychopharmaka) angesehen (De Deyn/Wirshing 2001).

6. Praktikabilität

Besondere Qualifikationsanforderungen an den Anwender werden in der Literatur nicht benannt. Der Rater sollte allerdings mit psychopathologischen Symptomen der Demenz vertraut sein (Collegium Internationale Psychiatriae Salarum 2005). Das Interview wird mit einer Bezugsperson des Betroffenen durchgeführt.

Für die Durchführung des Interviews sind rund 20 Minuten Zeit zu veranschlagen (Forester/Oxman 2003). Das Instrument ist einfach zu handhaben, Items und Codieranweisungen sind leicht nachvollziehbar (De Deyn/Wirshing 2001).

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist nicht ohne weiteres möglich. BEHAVE-AD bildet lediglich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen ab. Der daraus resultierende Unterstützungsbedarf kann für unterschiedliche Leistungsträger relevant sein.

Zielgruppe sind Menschen mit Alzheimer-Demenz. Das Merkmalspektrum kann allerdings auch für andere psychische Erkrankungen im Alter als relevant angesehen werden.

Der Gesamtscore ist für den Laien nicht ohne weiteres interpretierbar. Die einzelnen Aussagen/Fragen des BEHAVE-AD sind jedoch leicht nachvollziehbar (sie müssen es auch sein, da die Einschätzung auf der Basis einer Befragung der jeweiligen Bezugsperson erfolgt).

8. Adaptierbarkeit

Modifikationen erscheinen möglich, allerdings müsste beispielsweise die Ergänzung durch zusätzliche Items sorgfältig geprüft werden, wenn ein aussagekräftiger Gesamtscore sichergestellt werden soll. Das Instrument wäre eher als Ganzes, d.h. als eines von mehreren Modulen eines Begutachtungsinstruments in Betracht zu ziehen.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Mit dem BEHAVE-AD steht ein bewährtes Assessmentinstrument zur Verfügung, mit dem psychotische Störungen, Veränderungen des Antriebsniveaus, Aggressivität und Stimmungsauffälligkeiten in ihrer Ausprägung und im Verlauf bestimmt werden können. Vorteilhaft ist u.a. die Ausführlichkeit bei gleichzeitiger Konzentration auf wesentliche Items, die für den Gegenstand der Einschätzung relevant sind. Das BEHAVE-AD ist das in den USA wohl am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Verhaltensbeobachtung. Reliabilität und Validität des Instruments sind hinreichend nachgewiesen.

Schwächen des Instruments:

Bestimmte Verhaltenstypen und Problemlagen im Bereich agitiertes Verhalten oder Apathie werden nicht ausreichend berücksichtigt. Durch fehlende Cut-Off-Werte wird die Interpretation der Ergebnisse erschwert.

Fazit:

BEHAVE-AD ist, trotz einiger inhaltlicher Begrenzungen, ein für die Erfassung relevanter Verhaltensweisen und psychischer Problemlagen geeignetes Instrument. Es könnte ggf. als Modul im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens Anwendung finden oder als Vorbild im Rahmen der Instrumentenentwicklung herangezogen werden.

10. Literatur

- Auer, S. R./Boetsch, T. (2003): Erfassung von Verhaltensstörungen. In: Hampel, H, Padberg, F, & Möller, H-J. Alzheimer Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 149-173 (Deutsche Version des BEHAVE-AD)
- Auer, S. R./Monteiro, I. M./Reisberg, B. (1996): The Empirical Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (E-BEHAVE-AD) Rating Scale. *International Psychogeriatrics* 8, Nr. 2, 247-266 (n=49 mit und ohne Alzheimer Demenz)
- Brodsky, H./Ames, D./Snowdon, J./Woodward, M./Kirwan, J./Clarnette, R./Lee, E./Lyons, B./Grossman, F. (2003): A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *Journal of Clinical Psychiatry* 64, Nr. 2, 134-143 (n=345)
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (2005): Internationale Skalen für Psychiatrie. (5. Aufl.). BEHAVE-AD: 85-95 Göttingen: Beltz Test GmbH
- De Deyn, P. P./Wirshing, W. C. (2001): Scales to assess efficacy and safety of pharmacologic agents in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Clinical Psychiatry* 62, Suppl. 21, 19-22
- Ferris, S. H./Mackell, J. A. (1997): Behavioral outcomes in clinical trials for Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 11, Suppl. 4, S10-S15
- Forester, B. P./Oxman, T. E. (2003): Measures to Assess the Noncognitive Symptoms of Dementia in the Primary Care Setting. *Primary Care Companion Journal Clinical Psychiatry* 5, Nr. 4, 158-163
- Haupt, M./Siebel, U./Palm, B./Kretschmar, H./Jänner, M. (2000): Behandlungseffekte einer paartherapeutischen psychoedukativen Gruppenarbeit mit Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 68, 503-515 (n=31)
- Ivemeyer, D./Zerfaß, R. (2002): Demenztests in der Praxis. München: Urban & Fischer Verlag.
- Katz, I. R./Jeste, D. V./Mintzer, J. E./Clyde, C./Napolitano, J./Brecher, M. (1999): Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, Nr. 2, 107-115 (n=625)
- Kofler, B./Erhart, C./Erhart, P./Harrer, G. (1990): Ein Vergleich zwischen 2 Skalen (Hamilton-Depressionsskala und Behave-AD von Reisberg) zur Beurteilung der nicht-kognitiven Symptomatiken bei der Demenz vom Alzheimer Typ. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3, 53-60 (n=45)
- Kurz, A. (1998): "BPSSD": Verhaltensstörungen bei Demenz. *Der Nervenarzt* 69, Nr. 3, 269-273
- Monteiro, I. M./Boksay, I./Auer, S. R./Torossian, C./Ferris, S. H./Reisberg, B. (2001): Addition of a frequency-weighted score to the Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale: the BEHAVE-AD-FW: methodology and reliability. *European Psychiatry* 16, Suppl. 1, 5s-24s (n=28)
- Monteiro, I. M./Boksay, I./Auer, S. R./Torossian, C./Sinaiko, E./Reisberg, B. (1998): Reliability of routine clinical instruments for the assessment of Alzheimer's disease administered by telephone. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 11, Nr. 1, 18-24
- Radzey, B./Kuhn, C./Rauh, J./Heeg, S. (2001): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend. (Hg.) Stuttgart: W. Kohlhammer
- Reisberg, B./Auer, S. R./Monteiro, I./Boksay, I./Sclan, S. G. (1996a): Behavioral disturbances of dementia: an overview of phenomenology and methodologic concerns. *International Psychogeriatrics* 8, Suppl. 2, 169-180
- Reisberg, B./Auer, S. R./Monteiro, I. M. (1996b): Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *International Psychogeriatrics* 8, Suppl. 3, 301-308 (n=120)

- Reisberg, B./Borenstein, J./Salob, S. P./Ferris, S. H./Franssen, E./Georgotas, A. (1987): Behavioral Symptoms in Alzheimers-Disease - Phenomenology and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 48, 9-15
- Sato, S./Mizukami, K./Moro, K./Tanaka, Y./Asada, T. (2006): Beneficial effects of perospirone on aggressive behavior associated with dementia. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 60, Nr. 1, 106-109
- Sclan, S. G./Saillon, A./Franssen, E./HugonotDiener, L./Saillon, A./Reisberg, B. (1996): The behavior pathology in Alzheimer's disease rating scale (BEHAVE-AD): Reliability and analysis of symptom category scores. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11, Nr. 9, 819-830
- Teri, L./Logsdon, R./Yesavage, J. (1997): Measuring behavior, mood, and psychiatric symptoms in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 11, Suppl. 6, 50-59
- Wobrock, T./Retz-Junginger, P./Retz, W./Supprian, T./Rösler, M. (2003): Ausprägung, Stabilität und Muster kognitiver und nicht kognitiver Symptome bei Patienten mit Alzheimer-Demenz. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 71, 199-204 (n=44)

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das CMAI wurde auf der Basis empirischer Studien entwickelt und dient ausschließlich der Erfassung von Verhaltensweisen. In Deutschland wird hauptsächlich das CMAI Long Form für die stationäre Versorgung verwendet. CMAI wird zur Erforschung der Intensität und Häufigkeit auffälliger Verhaltensweisen benutzt, aber auch in Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von verhaltensbezogenen Interventionen.

Das Instrument liegt in unterschiedlichen Varianten und in mindestens 10 Sprachen vor. Neben der Long Form existiert ein CMAI short-form, eine Version für die ambulante Pflege, eine zur Verwendung durch Angehörige vorgesehene Variante und noch zwei weitere Versionen („CMAI with disruptiveness rating“ und „CMAI-version used by ADCS“).

Die Originalversion des CMAI berücksichtigt 29 Verhaltensweisen unterschiedlichster Art, darunter vokale Auffälligkeiten, aggressives Verhalten, tendenziell selbstgefährdende und sozial problematische Verhaltensweisen. Verhalten wird über einen Zeitraum von zwei Wochen retrospektiv bewertet.

Eine weitergehende Strukturierung (z.B. Verhaltenstypen) beinhaltet das Instrument nicht (keine Module).

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument liefert für die Praxis Hinweise, welche Verhaltensweisen in welcher Intensität auftreten. Es kann für die Aufstellung eines Pflegeplans eine wichtige Grundlage sein.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

CMAI stellt Informationen zur Verfügung, aus denen sich Schlussfolgerungen für präventiv orientierte Interventionsstrategien ziehen lassen. Direkte Aussagen zum Präventionsbedarf sind allerdings nicht vorgesehen. Zur Einschätzung des Rehabilitations- und Hilfsmittelbedarfs leistet es keinen Beitrag. Zur Einschätzung des verhaltensbedingten Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfs hingegen liefert es eine sehr gute Informationsgrundlage. Bei den

Hamburger Rahmenvereinbarungen für die besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz wurde das CMAI genutzt, um Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf zu identifizieren (Weyerer et al. 2004). Mit ähnlicher Zielsetzung fand es in einer Studie zum Leistungsvergleich in der vollstationären Versorgung Anwendung (Dürmann 2000).

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert vollstandardisierte Ergebnisse. Verwendet wird eine siebenstufigen Skala, die die Häufigkeit des jeweiligen Verhaltens abbildet und von „nie“ bis „mehrmals stündlich“ reicht. Eine Ergebnisdarstellung in Form eines Gesamtscores ist nicht vorgesehen. In der Forschungspraxis wurden jedoch Methoden entwickelt, die eine Aggregation der Einschätzungsergebnisse für bestimmte Verhaltenstypen (z.B. Häufigkeit und Intensität von Verhalten, das gegen andere Personen gerichtet ist) und damit Gruppenbildungen ermöglichen.

5. Methodische Güte

Die Prüfung der Interrater-Reliabilität der Originalversion zeigte akzeptable bis gute Ergebnisse, wobei die Ergebnisse in Abhängigkeit vom zu erfassenden Verhaltenstypus schwanken. Die Test-Retest-Reliabilität wird als gut beschrieben. Beim Vergleich des CMAI mit der Brief Agitation Rating Scale (BARS) und der Rating Scale for Aggressive Behavior (RAGE) auf einer psychiatrischen Akutstation ergaben sich hohe interne Konsistenzen. Korrelationen mit der Behavioral Syndrom Scale for Dementia (BSSD) und dem BEHAVE-AD zeigen, dass das CMAI ein valides Instrument für Agitiertheit bei Altenheimbewohnern darstellt (Finkel et al. 1992).

6. Praktikabilität

Die Fremdbeurteilung des Verhaltens soll nach Möglichkeit durch erfahrene und geschulte Mitarbeiter erfolgen. Ein Manual von Cohen-Mansfield (1991) (auch in deutscher Übersetzung) liegt vor. Es wird darauf hingewiesen, dass die Rater sich sorgfältig in die Instruktionen einarbeiten sollten. Die einzelnen Items sind jedoch sehr praxisnah formuliert. Items und Codieranweisungen sind leicht nachvollziehbar. Erfahrungsgemäß benötigten die Rater für die Einschätzung ca. 10-20 Minuten Zeit.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Direkte leistungsrechtliche Zuordnungen sind, da lediglich Verhaltensweisen abgebildet werden, nicht möglich.

Das Instrument ist ursprünglich für den Einsatz bei Heimbewohnern entwickelt worden, findet jedoch bei vielen anderen Personen Verwendung, auch in der häuslichen Pflege.

Die einzelnen Merkmalsausprägungen sind leicht nachvollziehbar. Da eine zusammenfassende Ergebnisdarstellung nicht vorgesehen ist, kann das Gesamtergebnis hingegen vom Laien nicht ohne weiteres interpretiert werden.

8. Adaptierbarkeit

Aufgrund des Fehlens eines Gesamtscores können Ergänzungen/Modifizierungen vorgenommen werden, ohne die Aussagekraft zu beeinträchtigen. Dabei bestünden allerdings hohe Anforderungen an die saubere Abgrenzung von Verhaltensweisen.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

CMAI ist ein bewährtes und methodisch ausreichend getestetes Instrument zur Identifikation und Bestimmung der Häufigkeit des Auftretens unterschiedlicher Verhaltensweisen. Es eröffnet die Möglichkeit, ein Verhaltensprofil inhaltlich und zeitlich relativ umfassend und sehr differenziert abzubilden. Die Items sind alltagsnah formuliert und weisen einen geringen Schwierigkeitsgrad auf. Für die Einschätzung des Bedarfs an psychiatrischer Pflege, psychosozialer Unterstützung, Beaufsichtigung und Betreuung liefert das Instrument eine gute Grundlage.

Schwächen des Instruments:

Ein Globalscore zur Abbildung des Gesamtergebnisses ist nicht vorgesehen (lässt sich allerdings ohne größere Probleme ergänzen). Verhaltensweisen, die nicht als „agitiert“ eingestuft werden (z.B. Rückzugstendenzen), bleiben unberücksichtigt.

Fazit:

Das Instrument stellt für Einschätzungen im Bereich Verhaltensweisen einen interessanten und ausbaufähigen Ansatz zur Verfügung. In modifizierter Form und nach Ergänzung einer Skala zur Darstellung des Gesamtergebnisses könnte es für die Begutachtung von Nutzen sein.

10. Literatur

- Beck, C./Frank, L./Chumbler, N. R./O'Sullivan, P./Vogelpohl, T. S./Rasin, J./Walls, R./Baldwin, B. (1998): Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist* 38, Nr. 2, 189-198 (n=45)
- Bruder, J. (2000): Versorgungsstrukturen Demenzkranker. In: Nikolaus, T. (Hg.): *Klinische Geriatrie*. Berlin: Springer, 317-327
- Bruder, J. (2001): Das Hamburger Modellprogramm und seine Auswirkungen. In: Dürrmann, P. (Hg.): *Besondere stationäre Dementenbetreuung*. Hannover: Vincentz-Verlag. 16-32
- Cohen-Mansfield, J. (1994): Reflections on the assessment of behavior in nursing home residents. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 8, Suppl. 1, S217-S222
- Cohen-Mansfield, J. (1991): *Instruction Manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington
- Cohen-Mansfield, J./Deutsch, L. H. (1996): Agitation: Subtypes and Their Mechanisms. *Seminar in Clinical Neuropsychiatry* 1, Nr. 4, 325-339
- Cohen-Mansfield, J./Marx, M. S. (1989): Do past experiences predict agitation in nursing home residents? *International Journal of Aging & Human Development* 28, Nr. 4, 285-294 (n=408)

CMAI Typen werden u.a. durch eine Faktorenanalyse abgebildet.

Cohen-Mansfield, J./Marx, M. S./Rosenthal, A. S. (1989): A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology* 44, Nr. 3, M77-M84 (n=408)

Cohen-Mansfield, J./Marx, M. S./Werner, P. (1992): Agitation in elderly persons: An integrative report of findings in a nursing home. *International Psychogeriatrics* 4, Nr. 2, 221-240

De Deyn, P. P./Katz, I. R./Brodatsky, H./Lyons, B./Grennspan, A./Brund, A. (2005): Management of agitation, aggression, and psychosis associated with dementia: A pooled analysis including three randomized, placebo-controlled double-blind trials in nursing home residents treated with risperidone. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 107, Nr. 6, 497-508 (n=1150)

Dürmann, P. (2000): 45 Minuten Mehraufwand. *Altenheim* 39, Nr. 4, 30-35

Finkel, S. L./Lyons, J./Anderson, R. (1992): Reliability and validity of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in institutionalized elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7, 487-490 (n=232)

Koss, E./Weiner, M./Ernesto, C./Cohen-Mansfield, J./Ferris, S. H./Grundman, M./Schafer, K./Sano, M./Thal, L. J./Thomas, R./Whitehouse, P. J. (1997): Assessing patterns of agitation in Alzheimer's disease patients with the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Disease & Associated Disorders* 11 Suppl 2, S45-S50 (n=305)

Schreiner, A. S. (2001): Aggressive behaviors among demented nursing home residents in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, Nr. 2, 209-215 (n=391)

Shiu, A./Wong, R. (2004): Reliability and Validity of the Chinese Version of the Worry Scale. *Public Health Nursing* 21, Nr. 3, 257-265 (n=117)

Weyerer, S./Schäufele, M./Hendlmeier, I./Kofahl, C./Sattel, H./Jantzen, B./Schuhmacher, P. (2004): Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg

V. Spezifische Instrumente ohne weitere Empfehlung

Barthel Index (BI)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Der Barthel-Index (BI) wurde ursprünglich für die stationäre Behandlung chronisch Kranker mit neuromuskulären und muskuloskelettalen Erkrankungen entwickelt. Er stellt ein in der geriatrischen Rehabilitation weit verbreitetes Assessmentinstrument dar. In der Geriatrie wird er zum überwiegenden Anteil für Verlaufseinschätzungen herangezogen.

Der BI berücksichtigt 10 Merkmale, mit denen die Selbständigkeit bei folgenden Aktivitäten abgebildet wird: Essen, Bett-Stuhl-Transfer, Waschen, Toilettenbenutzung, Baden, Gehen auf Flurebenen bzw. Rollstuhlfahren, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Darm- und Blasenkontrolle.

Das Instrument ist weltweit verbreitet und liegt in mehreren Sprachen vor. Inzwischen existiert eine erweiterte Fassung, die auch einige (wenige) Merkmale des kognitiven Status berücksichtigt.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

In der Literatur wird zum Teil darauf hingewiesen, dass es durch die Abbildung der einzelnen Items möglich sei, spezielle Unterstützungsangebote zu entwickeln. Angesichts der

inhaltlichen Ausformulierung der Merkmale ist dies jedoch eher fraglich: Der Barthel-Index ist ein sehr schlankes Instrument und liefert zu wenig differenzierte Einschätzungen, um in diesem Zusammenhang nutzbar zu sein.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Der Barthel-Index liefert Informationen, die ggf. zur Feststellung des Rehabilitations- und Hilfsmittelbedarfs genutzt werden können. Sie sind jedoch nicht aus sich heraus aussagekräftig, sondern nur im Zusammenhang mit weitergehenden Befunderhebungen. Für die Einschätzung von Präventions-, Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf leistet er nichts.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument sieht eine vollstandardisierte Einschätzung vor. Es kann sowohl ein Gesamtscore als auch ein Score für jedes einzelne Merkmal ermittelt werden. In der Literatur finden sich zwei unterschiedliche Bewertungssysteme. Die Originalversion bewertet die einzelnen Items mit 0 (nicht möglich), 5 (mit Hilfe) oder 10/15 Punkten (selbständig). Wade und Collin (1988) führten eine alternative Bewertung ein: 0, 1 und 2 oder 3 Punkte pro Item mit einem Gesamtwert von 20 Punkten. Ein grundlegender Unterschied ergibt sich daraus nicht, die Ergebnisse der 20er Skala können durch Multiplikation mit 5 in die 100er Skala überführt werden. Die einzelnen Punktwerte werden summiert und zu einem Indexwert von 0 bis 20 bzw. bis 100 (selbständig in allen ADL, höchste erreichbare Punktzahl) zusammengefasst. Auf der Basis des Punktwertes kann eine Graduierung der Abhängigkeit vorgenommen werden. Eine gängige Interpretation findet sich bei Shah et al. (1989):

- 0-20 totale Abhängigkeit
- 21-60 schwere Abhängigkeit
- 61-90 mittlere Abhängigkeit
- 91-99 schwache Abhängigkeit
- 100 Unabhängig.

5. Methodische Güte

Für die englischsprachige Version liegen unterschiedliche Testungen vor. Es besteht eine gute Übereinstimmung zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung. Reliabilitätsuntersuchungen verweisen darauf, dass erst bei einer Veränderung des Summenscores um mehr als 10 Punkte von einer realen Statusveränderung ausgegangen werden kann, eine Veränderung von 20 Punkten wird als klinische hochrelevant eingeschätzt. Dem BI wird insgesamt eine hohe Test-Retest-Reliabilität sowie eine akzeptable bis hohe Interrater-Reliabilität bescheinigt.

Studien mit der deutschsprachigen Version dokumentieren ebenfalls eine hohe bis sehr hohe Interrater-Reliabilität. Die mittlere Übereinstimmung der deutschen Version des BI wird als „hervorragend“ beschrieben. Aussagen zur Validität finden sich eher selten. Es wird eine Evidenz unterstellt, dass die Items tatsächlich das messen, was sie zu messen vorgeben

(Lübke et al. 2004) – eine Annahme, die angesichts der Formulierung der Items stichhaltig erscheint.

6. Praktikabilität

Das Instrument ist im pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Bereich weit verbreitet und sollte durch geschultes Personal eingesetzt werden, die Anwendung ist allerdings recht unkompliziert. Die Dauer der Einschätzung wird mit 10-15 Minuten angegeben. Zur individuellen Einstufung der Scores und zur Interpretation der ermittelten Einzelscores bzw. des Gesamtscores liegen Manuale vor.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Im Grundsatz bildet der Barthel-Index Merkmale ab, die im Rahmen der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Insofern besteht eine Möglichkeit der leistungsrechtlichen Zuordnung. Das Instrument ist bei verschiedenen Personengruppen anwendbar, die Ergebnisdarstellung ist auch für den Laien nachvollziehbar.

8. Adaptierbarkeit

Da es sich um ein sehr schmales Instrument mit einer fest definierten Punkteskala handelt, können Modifikationen nicht vorgenommen werden, ohne die Aussagekraft des Ergebnisses in Frage zu stellen. Das Instrument könnte allenfalls als Ganzes, d.h. als ein Modul im Rahmen der Begutachtung verwendet werden.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Der Barthel-Index ist ein bewährtes, einfach anzuwendendes, anschauliches und fest etabliertes Assessmentinstrument zur Erfassung der Selbständigkeit bei grundlegenden Aktivitäten. Er ist einfach und schnell anwendbar. Der BI erweist sich in der klinischen Praxis als effizienter Globalparameter, dessen Stärke auf der Aussage der Einzelitems liegt.

Schwächen des Instruments:

Gelegentlich wird auf unzureichende Operationalisierungen innerhalb der 10 Aktivitäten hingewiesen, außerdem darauf, dass einige Formulierungen nicht mehr dem Stand heutiger Pflege, Medizin oder Hilfsmittelversorgung entsprechen. Die Messergebnisse dokumentieren die tatsächlich ausgeführten Aktivitäten, nicht das, was der Betroffene ggf. durchführen könnte. Kognitiv-psychische Aspekte beeinflussen das Einschätzungsergebnis stark, werden jedoch nicht explizit erfasst. Vor allem aber ist das Instrument für den Zweck der Begutachtung – auch im Hinblick auf die Erfassung von Selbständigkeit bei Aktivitäten – mit seinen nur zehn Merkmalen inhaltlich zu schmal ausgerichtet.

Fazit:

Der Barthel-Index kann nicht zur Verwendung im Rahmen der Begutachtung empfohlen werden.

10. Literatur

- Al-Khawaja, I./Wade, D. T./Turner, F. (1997): The Barthel Index and its relationship to nursing dependency in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 11, Nr. 4, 335-337 (N=132)
- Boldt, C./Grill, E./Winter, S./Stucki, G. (2003): Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente in der Frührehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror* 13, 18-23 (N=102)
- Borchelt, M./Vogel, W./Steinhage-Thiessen, E. (1999): Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, Nr. 1, 11-23
- Celani, M. G./Cantisani, T. A./Righetti, E./Spizzichino, L./Ricci, S. (2002): Different measures for assessing stroke outcome: an analysis from the International Stroke Trial in Italy. *Stroke* 33, Nr. 1, 218-223 (N=2423; Telefoninterviews)
- Collin, C./Wade, D. T./Davies, S./Horne, V. (1988): The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies* 10, Nr. 2, 61-63 (N=29)
- Green, J./Forster, A./Young, J. (2001): A test-retest reliability study of the Barthel Index, the Rivermead Mobility Index, the Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale and the Frenchay Activities Index in stroke patients. *Disability and Rehabilitation* 23, Nr. 15, 670-676 (N=22)
- Hsueh, I. P./Lee, M. M./Hsieh, C. L. (2001): Psychometric characteristics of the Barthel activities of daily living index in stroke patients. *Journal of the Formosan Medical Association* 100, Nr. 8, 526-532 (N=121)
- Heuschmann, P./Kolominsky-Rabas, P./Nolte, H./Ruf H/Laumeier, J./Meyrer, H./Alberti, T./Rahmann, A./Kurth, T./Berger, K. (2005): Untersuchung der Reliabilität der deutschen Version des Barthel-Index sowie Entwicklung einer postalischen und telefonischen Fassung für den Einsatz bei Schlaganfall-Patienten. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 73, Nr. 1, 74-82 (n=68-79)
- Laake, K./Laake, P./Ranhoff, A. H./Sveen, U./Wyller, T. B./Bautz-Holter, E. (1995): The Barthel ADL index: factor structure depends upon the category of patient. *Age and Ageing* 24, Nr. 5, 393-397 (n=60-102)
- Lübke, N./Meinck, M./von Renteln-Kruse, W. (2004): Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37, Nr. 4, 316-326
- Mahoney, F./Barthel, D. (1965): Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 21, 61-65
- Maidhof, R./Schneider, F./Rachold, U./Gerber, J./Niehoff, J./Sann, J. (2002): Der Barthel-Index: eine Alternative zum Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung? *Das Gesundheitswesen* 64, 54-59
- Meyer zu Schwabedissen, H./Nemitz, G./Harms, A./Saint-Mont, U./Krauth, J. (2005): Untersuchung zur Reliabilität des Geriatrischen Basisassessments. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33, Nr. 1, 1-8 (N=343)
- Müller, C/Atria, M/Voller, E/Auff, E. (2000): Der Neuromentalindex - Ein Additivinstrument zum Barthel-Index zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen der psychisch-mentalenen Grunddimensionen in der Neurorehabilitation. *Der Nervenarzt* 71(12), 963-969 (N=179)
- Nikolaus, T. (2001): Das geriatrische Assessment Aktueller Erkenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, Nr. Suppl. 1, I/36-I/42
- Prosiegel, M./Böttger, S./Schenk, T./König, N./Marol, M./Vaney, C./Garnrt, C./Yassouidis, A. (1996): Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologische Rehabilitation* 1, 7-13
- Ranhoff, A. H./Laake, K. (1993): The Barthel ADL index: scoring by the physician from patient interview is not reliable. *Age and Ageing* 22, Nr. 3, 171-174 (N=59)
- Sainsbury, A./Seebass, G./Bansal, A./Young, J. B. (2005): Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age and Ageing* 34, Nr. 3, 228-232
- Schädler, S. (2006): Selbständigkeit effizient messen. *Physiopraxis* 1, 28-29
- Schönle, P. W. (1996): Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation: Differenzielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B und Phase C mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index

- Shah, S./Vanclay, F./Cooper, B. (1989): Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology* 42, Nr. 8, 703-709 (N=258)
- Stier-Jarmer, M./Koenig, E./Stuck, G. (2001): Strukturen der neurologischen Frührehabilitaiton (Phase B) in Deutschland. *Phys Med Rehab Kuror* 12, 260-271
- van Hartingsveld, F./Lucas, C./Kwakkel, G./Lindeboom, R. (2006): Improved Interpretation of Stroke Trial Results Using Empirical Barthel Item. *Stroke* 37, Nr. 12, 162-166 (n=89 – 559)
- Wade, D. T./Collin, C. (1988): The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *International disability studies* 10, Nr. 2, 64-67

Bayer-Activities of Daily Living Scale (B-ADL)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das Instrument wurde Ende der 1990er Jahre im Bereich der klinischen Psychologie entwickelt. Die Entwicklung wurde von der Bayer AG gefördert, daher der Name. Absicht war es, ein schlankes, in klinischen Studien verwendbares Instrument zu entwickeln, mit dem Veränderungen im alltagsrelevanten Verhalten von Personen in frühen Stadien der Demenz abgebildet werden können (Hindmarch et al. 1998). Im Original handelt es sich um eine englischsprachige Skala. Übersetzungen liegen in deutsch, französisch, spanisch und griechisch vor.

Das Instrument bildet das Ausmaß von Problemen im Alltagsverhalten von Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder leicht- bis mittelgradiger Demenz ab. Es eignet sich auch zur Verlaufsuntersuchung von Verhaltensauffälligkeiten sowie zur Therapieevaluation, dazu liegen allerdings noch keine Studienergebnisse vor. Ein weiteres Anwendungsgebiet liegt in der Früherkennung von demenzverdächtigen Entwicklungen.

Das Assessment sollte unter Einbeziehung von bzw. durch Personen durchgeführt werden, die durch häufigen Kontakt hinreichend genaue Kenntnis vom Verhalten des Betroffenen in seiner alltäglichen Umgebung haben (Ehepartner, sonstige Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte).

Das Instrument besteht aus 25 Fragen (Items). Mit den beiden ersten Items werden Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags in allgemeiner Form erfasst, die Items 3 bis 20 fragen nach Schwierigkeiten mit jeweils einer konkreten Aktivität (z.B. „Geld richtig abzählen“). Die letzten 5 Items beziehen sich auf kognitive Fähigkeiten, die für die Bewältigung von Alltagsaktivitäten wichtig sind (z.B. „mit ungewöhnlichen Situationen fertig werden“).

Es werden folgende Merkmale berücksichtigt:

- Physisch: Selbstversorgung; Körperpflege; Einnahme von Medikamenten; Essenszubereitung
- Psychisch: kognitive Leistungsfähigkeit; Konzentration; Fähigkeit zur Situationsbeschreibung; Absolvierung von Spaziergängen, ohne sich zu verlaufen; Arbeiten unter Druck; Fähigkeit zur Fortsetzung kurzzeitig unterbrochener Tätigkeiten; Bewältigung ungewöhn-

ter Situationen; Benutzung von Haushaltsgeräten; Bewältigung von Alltagsaktivitäten ohne größere Missgeschicke

- Sozial: Beteiligung an Unterhaltungen; Benutzung des Telefons; Auskunft geben können
- Alltagspraktische Fähigkeiten: Termine beachten; Verabredungen einhalten; Einkäufe erledigen; Geld richtig abzählen können; Regelung finanzieller Angelegenheiten; Orientierung an unbekanntem Orten; Benutzung von Verkehrsmitteln; Ausübung von Freizeitaktivitäten.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die Einschätzungsergebnisse können einen Beitrag für die Erstellung eines Pflege- oder Hilfeplans leisten, allerdings fallen sie sehr grob aus und decken mehrere wichtige Aspekte nicht ab.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Präventionsbedarf, präventionsrelevante Risiken und Rehabilitationsbedarf werden nicht explizit erfasst, sie lassen sich auch nur punktuell aus den Einschätzungsergebnissen ableiten.

Eine explizite Ermittlung des Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs ist ebenfalls nicht vorgesehen, Aussagen dazu lassen sich jedoch indirekt ableiten.

Hilfsmittelnutzung und Hilfsmittelbedarf werden nicht berücksichtigt.

Aussagen über außergewöhnliche Bedarfslagen sind nicht vorgesehen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument ist voll standardisiert.

Jedes Item wird bezüglich der Häufigkeit des Auftretens der jeweiligen Schwierigkeit auf einer 10-Punkte-Skala bewertet, wobei die Ziffer 1 bedeutet, dass nie Schwierigkeiten auftreten und die Ziffer 10 bedeutet, dass immer Schwierigkeiten auftreten. Trifft eine Frage aus irgendeinem Grund nicht auf die Person zu, besteht die Möglichkeit, die Rubrik „entfällt“ anzukreuzen. Bei Unsicherheiten in der Fragenbeantwortung kann die Rubrik „Weiß nicht“ angekreuzt werden.

Der Gesamtwert für das Ausmaß der Beeinträchtigung in den Alltagskompetenzen wird durch die Bildung des Mittelwertes aller Items, für die eine Beurteilung vorliegt (Minimalwert = 1.00; Maximalwert = 10.00), festgelegt. Die Skala sollte nur dann ausgewertet werden, wenn mindestens 18 Items mit einem Zahlenwert beurteilt worden sind. Ansonsten kann das Gesamtergebnis nicht mit hinreichender Sicherheit interpretiert werden.

Für die Interpretation des Ergebnisses wird folgende Unterscheidung empfohlen:

1.0 bis 2.0: keine Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags

2.1 bis 5.0: fragliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags

5.1 bis 10: deutliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags.

5. Methodische Güte

Es liegt offenbar nur eine aussagekräftige Studie vor (Erzigkeit et al. 2001), an der Untersuchungszentren in England, Spanien und Deutschland beteiligt waren ($n = 1.433$). Hier wurde eine gute interne Konsistenz mit Cronbachs Alpha > 0.98 in jedem der drei an der Studie beteiligten Länder nachgewiesen.

Die Skala enthält alle für beginnende Demenzen relevanten ADL/IADL-Bereiche; durch Faktorenanalyse wurde die Eindimensionalität der Skala und des ihr unterliegenden Konstrukts „Schwierigkeiten mit Alltagsaktivitäten“ belegt (Erzigkeit et al. 2001).

Daten zum Vergleich mit inhaltsverwandten Verfahren liegen nicht vor.

Hinweise auf diskriminante Validität liegen durch Vergleich der Skala mit Depressionsskalen vor (Hamilton Depressionsskala, Neuropsychiatrisches Inventar), die allerdings nur geringe Korrelationen ergab (Weyer 2005).

Es lassen sich zuverlässig Personen mit manifestem kognitiven Abbau von nicht bis leicht kognitiv beeinträchtigten Personen unterscheiden (unter Orientierung an den mit der Global Deterioration Scale operationalisierten Demenzstadien 1 bis 5) (Erzigkeit et al. 2001).

6. Praktikabilität

Die Anwendung setzt keine bestimmte formale Qualifikation voraus. Zum Schulungsbedarf gibt es keine Angaben. Der Fragebogen selbst enthält eine kurze Instruktion. Außerdem steht ein Manual zur Verfügung.

Das Instrument ist einfach in der Handhabung. Die Erläuterungen auf dem Fragebogen sind verständlich formuliert und kurz gehalten. Der angegebene Bearbeitungsaufwand von 5 bis 10 Minuten erscheint realistisch.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Die Ergebnisdarstellung kann nicht ohne weiteres in einen leistungsrechtlichen Zusammenhang gebracht werden. Hierzu wäre eine weitergehende Unterteilung in Subskalen erforderlich, die einer näheren methodischen Prüfung bedürfte.

Aufgrund der Ausrichtung auf Alltagsaktivitäten erwachsener Menschen scheidet ein Einsatz für Kinder aus. Für chronisch kranke, multimorbide und unter körperlicher Beeinträchtigung leidende Personen ist das Instrument nicht geeignet. Die Anwendung ist außerdem auf Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder leicht- bis mittelgradiger Demenz begrenzt. Eine Anwendung bei Personen mit schwerer Demenz ist bislang nicht erprobt, erscheint aber auch angesichts der Skalenkonstruktion wenig sinnvoll. Aufgrund der inhaltlichen Ausrichtung der Items ist ein Einsatz in stationären Pflegeeinrichtungen nicht sinnvoll.

Eine Hinzuziehung der Angehörigen bei der Anwendung ist explizit vorgesehen, die Durchführung des Assessments kann sogar durch die Angehörigen selbst erfolgen. Das Verfahren ist dementsprechend auch für Laien gut zu verstehen, transparent und nachvollziehbar.

8. Adaptierbarkeit

Ergänzungen und Modifikationen sind offenbar möglich, ohne die Aussagekraft wesentlich zu beeinträchtigen. Allerdings wäre dann eine erneute Prüfung und Testung notwendig.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Das Instrument ist aufgrund der kurzen Bearbeitungsdauer sehr effizient, die Skala leicht zu verstehen und auch für Laien anwendbar. Probleme im Alltagsverhalten werden zuverlässig erkannt.

Schwächen des Instruments:

Die beiden ersten Items sind zu allgemein formuliert („Hat die Person Schwierigkeiten, mit ihren Alltagsaktivitäten zurechtzukommen?“ und „Hat die Person Schwierigkeiten, für sich selbst zu sorgen?“), um im Rahmen einer Begutachtung zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen.

Die Anwendung der Skala erscheint nur bei bestimmten Gruppen sinnvoll (weitgehend mobile, körperlich wenig beeinträchtigte Personen, die zuhause leben).

Fazit:

Weder das Instrument als Ganzes noch einzelne Module/Skalen können zur Verwendung im Rahmen der Begutachtung empfohlen werden, vor allem aufgrund des sehr begrenzten Einsatzgebietes bzw. der fehlenden Eignung für wichtige Personengruppen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind.

10. Literatur

- Weyer, G. (2005): B-ADL, Bayer-Activities of Daily Living Scale. In: Collegium Internationale Psychiatriae Scalearum (Hg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH, 77-83 (Übersichtsartikel)
- Erzigkeit, H./Lehfeld, H./Pena-Casanova, J./Bieber, F./Yekrangi-Hartmann, C./Rupp, M./Rappard, F./Arnold, F./Hindmarch, I. (2001): The Bayer-Activities of Daily-Living-Scale (B-ADL): Results from a validation study in three European countries. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 12, Nr. 5, 348-358 (n = 1.433)
- Hindmarch, I./Lehfeld, H./de Jong, P./Erzigkeit, H. (1998): The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 9, Nr. 2, 20-26 (Beschreibung der Skala und ihrer Anwendung)
- Hindmarch, I./Lehfeld, H./de Jong, P./Erzigkeit, H. (1999): Die Bayer ADL Skala (B-ADL): Ein Instrument zur Beurteilung der frühen Demenz. In: Vellas, B./Fitten, L.J. (Hg.): *Demenz vom Alzheimer Typ. Forschung und Praxis* 2, 146-154

Behaviour and Symptom Identification Scale 32 (BASIS-32)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das Instrument wurde ursprünglich zur Messung von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten von psychisch kranken Menschen in Einrichtungen der stationären Versorgung entwickelt. Spätere Untersuchungen befürworteten auch den Einsatz des BASIS-32 außerhalb der stationären Versorgung (Pirkis et al. 2005). Die Intention bestand darin, Veränderungen im Auftreten von Symptomen und Problemen von psychisch erkrankten Personen im Verlauf einer Behandlung im Zeitraum von einer Woche zu messen. Genutzt wird das Instrument zur Outcomemessung der mentalen Gesundheit (mental health), für Forschungszwecke und zum Zweck der Qualitätsverbesserung (Pirkis et al. 2005).

Die Begutachtung mit dem BASIS-32 kann entweder in Form eines „self-report“ der erkrankten Person (vor Ort oder per Mail) oder in der Variante eines strukturierten Interviews mit der erkrankten Person (in Gegenwart des Interviewers oder per Telefoninterview) erfolgen (Pirkis et al. 2005; Klinkenberg et al. 1998). Ein strukturiertes Interview wird generell dann durchgeführt, wenn die einzuschätzende Person nicht fähig ist, den dem BASIS-32 zu Grunde gelegten strukturierten Fragenbogen (z. B. aufgrund von Analphabetismus oder der Schwere der Erkrankung) selbstständig zu beantworten. Das Interview kann sowohl von Professionellen als auch von Nichtprofessionellen durchgeführt werden, da die Anwendung des BASIS-32 keiner vorherigen Schulung bedarf (Pirkis et al. 2005).

Die 32 Items des BASIS-32 werden in 5 Untergruppen/ Subskalen unterteilt:

1. Bezug zu sich selbst und Anderen (insgesamt 7 Items): Familienverhältnis, Auskommen mit Personen außerhalb der Familie, Fähigkeit, sich anderen nahe zu fühlen, sich und andere realistisch einzuschätzen, angemessene Wahrnehmung und Zeigen von Emotionen, Ziele oder Perspektive des Lebens, Fehlen von Selbstvertrauen; sich selbst schlecht fühlen
2. Depression und Angst (insgesamt 6 Items): Isolation oder Gefühl von Einsamkeit, Ausgleichen von großen Stressfaktoren im Leben, Depression und Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken oder Suizidverhalten, Körperliche Symptome, Furcht, Angst und Panik
3. Alltagsleben und Rollenfunktion (insgesamt 9 Items): Alltagsbewältigung (z.B. Pünktlichkeit, Umgang mit Geld, Alltagsentscheidungen), Verantwortlichkeiten im Haushalt (z.B. einkaufen, kochen, waschen, putzen, andere Arbeiten), Arbeit (Erfüllung von Aufgaben, Leistungsniveau, finden/behalten eines Jobs), Schule (schulische Leistungen, Erfüllung von Aufgaben, Anwesenheit), Freizeit und Freizeitaktivitäten, Entwicklung von Unabhängigkeit, Autonomie, Apathie, Desinteresse, Verwirrung, Konzentration und Gedächtnis, Gefühl der Zufriedenheit mit dem Leben
4. Impulsives und Suchtverhalten (insgesamt 6 Items): Impulsives, illegales oder rücksichtsloses Verhalten, Stimmungsschwankungen, instabile Stimmungslage, Konsum von alkoholischen Getränken, Konsum von illegalen Drogen, Missbrauch von Drogen, Kontrolle des Temperaments, Wutausbruch, Gewalt, unkontrollierbares, zwanghaftes Verhalten
5. Psychose (insgesamt 4 Items): beunruhigende oder irreale Gedanken oder Glaube, Stimmen hören, Dinge sehen, Manie, bizarres Verhalten, Sexuelle Aktivität

Das Instrument liegt auch in einer kürzeren Version (BASIS-24) vor. Die kürzere Version bezieht sich auf die Erhebung von Merkmalen innerhalb der letzten zwei Wochen.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

In der vorliegenden Literatur geben die Autoren keine Einschätzung hinsichtlich der Eignung des BASIS-32 für die Erstellung eines Pflege- oder Hilfeplans. Das BASIS-32 erfasst Symptome und Aspekte der Problembewältigung aus Sicht einer psychisch erkrankten Person. Zur Erstellung eines Pflege- und Hilfeplans sind jedoch detailliertere Informationen als die durch das BASIS-32 vorgegebenen Antworten notwendig.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Ein Präventionsbedarf wird insofern erfasst, als er sich auf die Prävention von Angst und Depression bezieht. Aussagen zu Rehabilitations-, Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf sind nicht möglich.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert vollstandardisierte Ergebnisse. Jedes Items basiert auf einer 5 Punkte Skala (0 = keine Schwierigkeit, 1 = ein wenig Schwierigkeiten, 2 = moderate Schwierigkeiten, 3 = erhebliche Schwierigkeiten, 4 = extreme Schwierigkeiten). Es lässt sich sowohl der Gesamtscore einer Untergruppe als auch der gesamten Skala berechnen. Generell weist ein hoher Gesamtpunktwert auf eine höhere Anzahl an Symptomen und Schwierigkeiten/Problemen hin, während ein niedriger Gesamtscore auf wenige Symptome und Schwierigkeiten/Probleme hindeutet (Pirkis et al. 2005). Aussagen über bestimmte Abstufungen bzw. Ebenen des Hilfebedarfs erfolgen nicht.

5. Methodische Güte

Es liegen mehrere Studien zur methodischen Güte des Instruments vor. Danach weist das Instrument eine gute bis sehr gute interne Konsistenz und eine gute Interraterreliabilität und Stabilität auf. Die Ergebnisse zur Validität des Instruments verweisen mit kleinen Einschränkungen auf gute Ergebnisse hinsichtlich der 5 Untergruppen des Instruments. Problematisch erschien die Inhaltsvalidität hinsichtlich der komplexen Sprache des Instruments, einiger Items sowie der Nicht-Eignung für bestimmte Personengruppen (Pirkis et al. 2005)

6. Praktikabilität

Es werden keine Angaben zu Formalqualifikationen und einem notwendigen Schulungsbedarf gemacht. Es gibt ein Handbuch zum Instrument, das für eine Schulung als ausreichend erachtet wird. Die Anwendung des BASIS-32 in Form des „self-report“ dauert 5-10 Minuten, in der Version eines strukturierten Interviews 10-15 Minuten (Pirkis et al. 2005).

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Auf der Grundlage der Ergebnisse ist eine leistungsrechtliche Zuordnung nicht möglich.

8. Adaptierbarkeit

Angaben dazu finden sich nicht. Da das Instrument jedoch auf einem umfangreichen Punktesystem basiert, ist anzunehmen, dass Ergänzungen oder Modifikationen am Instrument seine Aussagekraft beeinträchtigen können.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Es kann davon ausgegangen werden, dass mit der BASIS-32 der Zielsetzung entsprechend Symptome und Verhaltensauffälligkeiten in der stationären psychiatrischen Versorgung in gut handhabbarer Art und Weise erhoben werden können. Die Aussagen zur methodischen Güte sind im Wesentlichen gut.

Schwächen des Instruments

Der Verwendungszweck ist eingeschränkt auf eine kurzfristige Verlaufsbeobachtung und weitere Anwendungsmöglichkeiten oder Adaptionen erscheinen nicht ohne größeren Aufwand machbar zu sein.

Fazit

Die BASIS-32 liefert keine Ansatzpunkte zur Identifikation spezifischer personenbezogener Merkmale, die im Rahmen der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit eine Rolle spielen und die über die Aussagefähigkeit anderer Instrumente hinausgehen. Das Instrument ist eher zum einrichtungsbezogenen Einsatz entwickelt worden und dürfte dort auch gute Verwendung finden können.

10. Literatur

- Klinkenberg, W.D./Cho, D.W./Vieweg, B. (1998): Reliability and Validity of the Interview and Self- Report Versions of the BASIS- 32. *Psychiatric Services* 49, Nr.9, 1229-1231 (n = 120)
- Pirkis, J./Burgess, P./ Kirk, P./Dodson, S./Coombs, T. (2005): Review of standardised measures used in the National Outcomes and Casemix Collection (NOCC). [http://www.mhnocc.org/amhocr/ Review%20of%20NOCC%20Measures_Version%201.2.pdf](http://www.mhnocc.org/amhocr/Review%20of%20NOCC%20Measures_Version%201.2.pdf). (letzter Zugriff am 23.01.2007)

Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das Instrument wurde ursprünglich zur routinemäßigen Outcomemessung für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Bereich des United Kingdom's National Health Services entwickelt (Pirkis et al. 2005). Die Intention bestand darin, das Ergebnis (im Sinne der Effektivität der klinischen Interventionen) im Bereich der psychiatrischen Versorgung über einen Zeitraum von 2 Wochen zu messen (Brooks 2000; Pirkis et al. 2005). Das Instrument liegt in mehreren Sprachen vor.

Das Instrument ist in 4 Kategorien aufgeteilt und umfasst insgesamt 12 Items:

- Kategorie 1: Verhalten mit den Items: überaktives, aggressives, störendes oder agitiertes Verhalten; „non-accidental“ Selbstverletzung; Probleme mit der Einnahme von Alkohol oder Drogen
- Kategorie 2: Beeinträchtigungen mit den Items: kognitive Probleme; Physische Krankheiten oder „disability problems“
- Kategorie 3: Symptome mit den Items: Probleme verbunden mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen; Probleme mit depressiver Stimmung(slage); Andere psychische oder verhaltensbezogene Probleme
- Kategorie 4: Sozialer Bereich mit den Items: Probleme mit Beziehungen; Probleme mit Aktivitäten des täglichen Lebens; Probleme mit Lebensbedingungen; Probleme mit Beschäftigung und Aktivitäten (Pirkis et al. 2005).

Das Instrument liegt in drei Versionen vor: HoNOS, HoNOS65+ und HoNOSCA. Die Instrumente unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zielgruppe. Während die Originalversion (HoNOS) für die generelle Anwendung bei psychisch kranken Patienten entwickelt wurde, ist das HoNOS65+ speziell für die Anwendung bei älteren psychisch kranken Menschen modifiziert worden (Burns et al. 1999). Die HoNOSCA zielt auf die Einschätzung von Kindern und Jugendlichen ab (Pirkis et al. 2005). Für alle Versionen gilt die Einteilung in die vier genannten Kategorien, die Anzahl der Items unterscheidet sich geringfügig.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die mit dem Instrument erfassten Informationen dienen eher einem allgemeinen Screening und sind nicht ausreichend für die Erstellung eines Pflegeplans.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Das Instrument lenkt die Aufmerksamkeit auf bestimmte präventionsrelevante Risiken. Für fundierte Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten sind die Angaben jedoch nicht ausreichend.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Jedes Item wird auf einer 5-Punkte-Skala eingeschätzt: 0 = kein Problem, 1 = geringfügiges Problem, 2 = kleines Problem, 3 = ansatzweise schweres Problem, 4 = sehr schweres Problem. Aus den Einzelpunktwerten lässt sich ein Gesamtpunktwert für a) jede der 4 Untergruppen (Verhalten, Beeinträchtigung, Symptome, soziale Bereich) und b) für das gesamte HoNOS (12 Items) berechnen (Pirkis et al. 2005). Zur Interpretation der einzelnen Punktwerte (eines Items, einer Unterkategorie von Items, aller Items) steht den Anwendern des HoNOS ein Glossar zur Verfügung. Weitere Angaben zum Glossar werden in der Literatur jedoch nicht aufgeführt.

5. Methodische Güte

Zur methodischen Güte des Instruments liegen mehr als drei aussagekräftige Studien vor. Untersuchungen zur Reliabilität wurden sowohl für das HoNOS als auch für das HoNOS65+ durchgeführt. Bei der Überprüfung der Interraterreliabilität der HoNOS ergaben sich adäquate bis gute Ergebnisse, für die HoNOS 65+ waren die Ergebnisse adäquat.

Untersuchungen zur internen Validität des HoNOS zeigen eine moderate bis gute interne Konsistenz und niedrige Item-Redundanz. Die Inhaltsvalidität des HoNOS wurde laut der Analyse von Pirkis et al. (2005) in mehreren Studien untersucht. Hierzu wurde eine Einschätzung der Patienten und von Experten eingeholt. Deren Aussagen unterstützten im Allgemeinen die Inhaltsvalidität des HoNOS. Im Kontext der Entwicklung des HoNOS65+ wurde Psychiatern, Pflegenden, Psychologen und andere Berufsgruppen im psychiatrischen Bereich das HoNOS vorlegt. Diese Expertenbefragung führte zu Ergänzungen und Modifikationen von Items und schließlich zur Entwicklung des HoNOS65+ (Burns et al. 1999).

Es liegen nur wenige Untersuchungen zur Konstruktvalidität des HoNOS und des HoNOS 65+ vor. Die Kriteriumsvalidität des HoNOS wurde gemäß dem Review von Pirkis et al. (2005) mit einer Vielzahl an gut etablierten Instrumenten überprüft. Gute Korrelationen wurde mit „clinician-rated“ Instrumenten wie RFS, BPRS, GAS, LSP, MAT, CAPE-BRS, Clinical Dementia Rating, MMSE, BRS, DAS, SCAN, SANS, LOCCS, SBS, HAM-D und dem PANNS erzielt. Schwache Korrelationen hingegen zeigte das HoNOS mit „consumer-rated“ Instrumenten wie dem SCL-90-R, SAS, SF-36, CANSAS, QLI-MH, QoL und dem AVON (Brooks 2000, Pirkis 2005). Die Skalenwerte des HoNOS65+ wurden mit Skalenwerten verschiedener Instrumente GDS (n=177), MMSE (n=255), BPRS (n=144), CRBRS (n=188), Barthel-Index (n=98) verglichen. Hierbei zeigen sich je nach Instrument sehr unterschiedliche Gesamtkorrelationen (-0.48 – +0.51) (Burns et al. 1999). Insgesamt weist die Mehrzahl der Korrelation jedoch auf eine schwache bis zufrieden stellende Kriteriumsvalidität hin.

6. Praktikabilität

Die Einschätzung sollte durch Fachpersonal aus den Bereichen Medizin und Pflege erfolgen. Bei erstmaliger Anwendung des Instrumentes wird eine eintägige Schulung empfohlen. Daran sollten sich weitere Schulungen alle zwei Jahre in einem Umfang von einem halben Tag anschließen. Verschiedene Schulungsprogramme wurden hierzu entwickelt (Pirkis et al.

20075). Bei einer routinemäßigen Anwendung des Instrumentes bedarf die Anwendung des HoNOS weniger als 5 Minuten (Pirkis et al. 2005). In der Pilotstudie zur HoNOS65+ wurden die Rater zur Praktikabilität des Instruments befragt. Hierbei benötigten 26% der Rater weniger als 5 Minuten, 31% zwischen 5-10 Minuten und weitere 29% 10 Minuten oder länger für die Durchführung des HoNOS 65+ (Burns et al. 1999). Es kann entsprechend von einer einfachen Handhabung ausgegangen werden.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung erscheint auf der Grundlage der Ergebnisse nicht möglich zu sein. Die Zielgruppen ergeben sich durch die verschiedenen Versionen des Instruments.

8. Adaptierbarkeit

Die verschiedenen Fassungen des Instruments zeigen, dass Modifikationen nicht allzu schwierig sein dürften.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das Instrument bietet voll standardisierte Ergebnisse für drei verschiedene Zielgruppen. Studien zur methodischen Güte liegen vor. Das Instrument liegt in mehreren Sprachen vor und lässt keinerlei Praktikabilitätsprobleme erwarten. Das Instrument liefert Ergebnisse in sehr kurzer Zeit

Schwächen des Instruments

Die inhaltliche Ausrichtung des Instruments hat eher Screening-Charakter und liefert entsprechend keine tiefer gehenden Erkenntnisse. Der Verwendungszweck der Evaluation der psychiatrischen Versorgung lässt andere Verwendungsoptionen schwer realisierbar erscheinen.

Fazit

Die inhaltliche Ausrichtung und Umsetzung des Instruments lässt keine Impulse erwarten, die über die Möglichkeiten anderer Instrumente zur umfassenden oder spezifischen Bedarfseinschätzung hinausgehen und wird daher nicht zur weiteren Berücksichtigung empfohlen.

10. Literatur

Brooks, R. (2000): The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: validation in relation to patient derived measures. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 34, 504-511 (n=256 für Kriterium SCL90-R; n= 290 für Kriterium SF-36)

Burns, A./Beevor, A./Lelliott, P./Wing, J./Blakey, A./Orrell, M./Mulinga, J./Hadden, S. (1999): Health of the Nation Outcomes Scales for Elderly People (HoNOS 65+). *British Journal of Psychiatry* 174, 424-427 (n=805)

Pirkis, J./Burgess, P./ Kirk, P./Dodson, S./Coombs, T. (2005): Review of standardised measures used in the National Outcomes and Casemix Collection (NOCC). http://www.mhnocc.org/amhocn/Review%20of%20NOCC%20Measures_Version%201.2.pdf (23.01.2007)

Mini-Mental State Examination (MMSE oder MMST)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Der MMSE wird zur Demenzdiagnostik angewandt und dient als Hilfsmittel zur Einschätzung von kognitiven Funktionsstörungen. Das Instrument wird oft als Bestandteil umfassender Testbatterien wie z.B. SIDAM, CERAD oder CAMDEX verwendet und als kognitiver Test zur Dokumentation der Diagnose einer wahrscheinlichen Demenz des Alzheimerstyps nach NINCDS-ADRDA-Kriterien empfohlen.

Es werden auf der Grundlage einer Befragung des Patienten/Pflegebedürftigen kognitive Defizite/Ressourcen durch einen Punktwert abgebildet. Für jede richtige Antwort bzw. korrekte Operation wird ein Punkt vergeben. Bei Bewältigung aller Aufgaben sind maximal 30 Punkte zu erzielen. Die Bereiche sind:

- Orientierung (zeitlich und räumlich)
- Merkfähigkeit (3 Wörter)
- Aufmerksamkeit und Rechnen (serielles Subtrahieren oder Rückwärtsbuchstabieren)
- Erinnern (die 3 zuvor gelernten Wörter reproduzieren)
- Sprache, Nennen, Nachsprechen, 3-Stufen-Kommando, Lesen, Schreiben, Abzeichnen.

Auf Grundlage des Gesamtscores kann eine Einschätzung des Kognitionsstatus vorgenommen werden.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Der Test leistet allenfalls einen sehr begrenzten Beitrag zur Informationssammlung, auf der ein Pflegeplan aufbaut.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Der Test liefert keine Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten. Die Einschätzungsergebnisse können in diesem Zusammenhang nur in Kombination mit anderen Verfahren zur Einschätzung verwendet werden.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert vollstandardisierte Ergebnisse. Die Ergebnisdarstellung erfolgt über einen Gesamtscore, der wiederum als Basis für die Definition unterschiedlicher Schwere-

grade kognitiver Einschränkungen verwendet wird. Übereinstimmend werden 23 bzw. 24 Punkte als Cut-Off Werte für kognitive Beeinträchtigungen angegeben.

5. Methodische Güte

Erfahrungen belegen, dass die MMSE-Scores deutlich von der Schulbildung abhängig sind. Deckeneffekte schränken die Differenzierungsfähigkeit der MMSE bei Probanden mit hoher Schulbildung ein; Bodeneffekte limitieren die Sensitivität der Skala bei schweren Demenzen. Geringe Werte werden auch bei Personen mit sensorischen sowie motorischen Einschränkungen erzielt.

Interne Konsistenz: Chronbachs Alpha liegt je nach Studienpopulation zwischen 0.54 und 0.96. Auf der Basis von N=8.556 über 50 Jährigen Amerikanern wurde ein Konsistenzkoeffizient von 0.66 bei Probanden mit hoher Schulbildung und von 0.75 bei Probanden mit geringer Schulbildung (Schichtung am Mittelwert der Schuljahre) aufgezeigt. Die Test-Retest-Reliabilität für einen zeitlichen Abstand von einem Tag bis zu 6 Wochen liegt bei Demenzpatienten und Normalpersonen zwischen $r=.80$ und $r=.95$. Die Interrater-Reliabilität wird als gut bezeichnet (Kappa 0.83 bis 0.95). Alle Items des MMSE beziehen sich auf kognitive Funktionen. Es kann daher von einer inhaltlichen Validität ausgegangen werden.

Kritik wird insbesondere an der geringen Gewichtung von Gedächtnisprüfungen und dem Fehlen von Items zur Problemlösung und Urteilsfähigkeit geübt. Dies gilt insbesondere bei der Durchführung und Bewertung der Alternativaufgaben „Subtrahieren in Siebenerschritten“ oder „Rückwärtsbuchstabieren“. Zur Vermeidung von Ambiguitäten und Benachteiligungen wird empfohlen, beide Aufgaben durchführen zu lassen und die mit dem höheren Punktwert im Gesamtscore zu bewerten. Der MMSE weist Boden- und Deckeneffekte auf und ist hinsichtlich seiner Validität bei sehr gering und besonders intensiv ausgeprägter Demenz mit Zurückhaltung einzusetzen. Der MMSE scheint zudem einen Kultur- und Bildungsbias aufzuweisen. Für Probanden mit sehr geringen bzw. sehr hohen Bildungsstatus und für Angehörige sprachlicher Minoritäten findet sich eine erhöhte Rate falsch positiver bzw. negativer Testergebnisse. Die Sensitivität bei beginnender oder leichter Demenz, insbesondere bei Personen mit hoher Schulbildung ist eingeschränkt. Die Spezifität ist in hohem Maße von der Vergleichsgruppe abhängig.

6. Praktikabilität

Die Einschätzung kann durch Ärzte, Pflegekräfte oder Sozialarbeiter/-pädagogen durchgeführt werden. Es wird mitunter davon ausgegangen, dass geschulte Laien ebenfalls den MMSE durchführen können. Beim Einsatz des MMSE in klinischen Studien soll eine gründliche Einweisung stattfinden, da nur so eine Vereinheitlichung der Durchführung und Bewertung erfolgen kann. Der Test kann Literaturangaben zufolge innerhalb von 5 bis 10 Minuten durchgeführt werden. Eine zeitliche Beschränkung ist nicht vorgesehen. Der MMSE ist in Form eines Interviews in entspannter Atmosphäre durchzuführen.

Im praktischen Einsatz kommt es besonders bei Personen mit erheblichen kognitiven Einschränkungen zu Überforderungen und Stressreaktionen, aufgrund derer der Test abgebrochen werden muss. Da es keine zeitliche Vorgabe für den Test gibt, muss der Rater entscheiden, ab wann eine Überforderung des Probanden zu erkennen ist und ein Testabbruch vorgenommen werden sollte. Ebenso liegt es im Ermessensspielraum des Raters, wie lange er auf die Beantwortung der Fragen wartet.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Aus den Einschätzungsergebnissen lässt sich keine leistungsrechtliche Zuordnung von Bedarf ableiten. Zielgruppen sind ältere Personen. Die Abstufung des Grades kognitiver Einschränkungen auf der Basis des Punktwertes ist relativ gut nachvollziehbar, für den Laien aber dennoch eine abstrakte Größe.

8. Adaptierbarkeit

Der Test kann nur in unveränderter Form durchgeführt werden.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Die MMSE dürfte bei der Mehrzahl der mit Demenz professionell befassten Personenkreise vertraut sein. Die Ergebnisse bieten ein erstes, grobes Raster für die Unterscheidung zwischen mittleren und fortgeschrittenen Demenzstadien.

Schwächen des Instruments:

Der Test stößt in seiner Anwendbarkeit auf Grenzen. Bei Patienten mit eingeschränkter Sensorik oder Motorik können die Aufgaben des Bereichs „Sprache“, „Zeichen“ und „Auforderungen folgen“ nicht adäquat geprüft werden. Der Test kann bei sehr weit fortgeschrittener Demenz oder Kommunikationseinschränkungen kaum noch durchgeführt werden. Er ist zwar zur Erfassung von kognitiven Defiziten weit verbreitet, eignet sich jedoch aufgrund seiner geringen Sensitivität nicht für die Diagnosestellung einer Demenz im Frühstadium und stellt somit kein geeignetes Screening-Instrument dar. Er ist außerdem anfällig für intervenierende Variablen, die bei der Durchführung nicht berücksichtigt werden.

Fazit:

Die MMSE kann nicht zur Verwendung im Rahmen der Begutachtung empfohlen werden.

10. Literatur

- Aevarsson, O./Skoog, I. (2000): A longitudinal population study of the mini-mental state examination in the very old relation to dementia and education. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 11, Nr. 3, 166-175
- Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (1997): Geriatisches Basisassessment - Handlungsanleitung für die Praxis. 2. Auflage. München: Medizin Verlag
- Bland, R.C./Newman, S.C. (2001): Mild dementia or cognitive impairment: the Modified Mini-Mental State examination (3MS) as a screen for dementia. *Canadian Journal of Psychiatry* 46, Nr. 6, 506-510
- Clark, C.M./Sheppard, L./Fillenbaum, G.G./Galasko, D./Morris, J.C./Koss, E./Mohs, R./Heyman, A. (1999): Variability in annual Mini-Mental State Examination score in patients with probable Alzheimer disease: a clinical perspective of data from the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. *Archives of Neurology* 56, Nr. 7, 857-862
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (2005): Internationale Skalen für Psychiatrie. 5. Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Crum, R.M./Anthony, J.C./Bassett, S.S./Folstein, M.F. (1993): Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Journal of the American Medical Association* 269, Nr. 18, 2386-2391
- Ehrhardt, T./Plattner, A. (1999): Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Fillenbaum, G.G./Heyman, A./Wilkinson, W.E./Haynes, C.S. (1987): Comparison of two screening tests in Alzheimer's disease. The correlation and reliability of the Mini-Mental State Examination and the modified Blessed test. *Archives of Neurology* 44, Nr. 9, 924-927
- Fillenbaum, G./Heyman, A./Williams, K./Prosnitz, B./Burchett, B. (1990): Sensitivity and specificity of standardized screens of cognitive impairment and dementia among elderly black and white community residents. *Journal of Clinical Epidemiology* 43, Nr. 7, 651-660
- Folstein, M.F./Folstein, S.E./McHugh, P.R. (1975): Mini-Mental State - Practical Method for Grading Cognitive State of Patients for Clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12, Nr. 3, 189-198
- Grass-Kapanke, B./Brieber, S./Pentzek, M./Ihl, R. (2005): Der TFDD - Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 18, Nr. 3, 155-167
- Gürtler, K./Szecsey, A./Stöhr, H. (1997): Psychometrische Demenzdiagnostik in der klinischen Praxis der Gerontopsychiatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30, Nr. 4, 281-287
- Ihl, R./Frölich, L./Dierks, T./Martin, E.-M./Maurer, K. (1992): Differential validity of psychometric tests in dementia of the Alzheimer type. *Psychiatry Research* 44, 93-106
- Ivemeyer, D./Zerfaß, R. (2002): Demenztests in der Praxis. München: Urban & Fischer Verlag
- Jeong, S.-K./Cho, K.-H./Kim, J.-M. (2004): The usefulness of the Korean version of modified Mini-Mental State Examination (K-MMSE) for dementia screening in community dwelling elderly people. *BMC Public Health* 31, Nr. 4 Published online 2004 July 30. doi: 10.1186/1471-2458-4-31; <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=509251&blobtype=pdf>, 07.12.2006
- Jones, R.N./Gallo, J.J. (2001): Education bias in the Mini-Mental State Examination. *International Psychogeriatrics* 13, 299-310
- Kessler, J./Markowitsch, H.J./Denzler, P. (1990): MMST. Mini-Mental-Status-Test. Manual. Weinheim: Beltz Testverlag
- Kockler, M./Heun, R. (2001): The factor structure in the cognitive battery of the structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer type, multi-infarct dementia, and dementias of other aetiology. *International Psychogeriatrics* 13, Nr. 3, 311-323
- Kohler, J./Riepe, M./Jendroska, K./Pilartz, H./Adler, G./Berger, F./Calabrese, P./Frölich, L./Gertz, H./Hampel, H./Haupt, M./Mileke, R./Paulus, H./Zedlick, D. (2002): Frühdiagnostik und Therapie der Alzheimer-Krankheit. *Fortschritte der Medizin* 120, Originalien IV, 135-141
- Kraemer, H.C./Moritz, D.J./Yesavage, J. (1998): Adjusting Mini-Mental State Examination scores for age and educational level to screen for dementia: correcting bias or reducing validity? *International Psychogeriatrics* 10, Nr. 1, 43-51
- Lehfeld, H./Ihk, H./Schweizer, K./Steinwachs, L.L./Gutzmann, H./Blaha, L./Kügler, C./Jentzsch, K./Schmid, K.-H./Fischer, W./Kagerbauer, A./Bürger, G./Autenrieth, T./Hienrich, C./Mösler, T./Zimmermann, P./Horn, R./Kinzler, E./Schubert, H./Lehmann, E./Erzigkeit, H. (1999): Psychometrische Schweregradbeurteilung bei dementiellen Erkrankungen: Ein Vergleich von MMST, ADAS, BCRS und SKT. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 10, Nr. 4, 187-202
- Mayer, K./Baltes, P. (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag

- McKhann, G./Drachman, D./Folstein, M./Katzman, R./Price, D./Stadlan, E.M. (1984): Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 34, Nr. 7, 939-944
- Molloy, D.W./Standish, T.I.M. (1997): A guide to the Standardized Mini-Mental Status Examination. *International Psychogeriatrics* 9, Suppl. 1, 87-94
- Pausch, J./Wolfram, H. (1997): Vergleich psychodiagnostischer Verfahren zur Demenz- und Abbaudiagnostik. *Der Nervenarzt* 68, Nr. 8, 638-646
- Perneckzy, R. (2003): Kurze Kognitive Tests: Validierung dreier neuropsychologischer Werkzeuge in der Diagnostik der leichten kognitiven Beeinträchtigung und der leicht bis mittelgradigen Demenz bei Alzheimer-Krankheit. München: Dissertation Technische Universität München
- Reischies, F.M./Kühl, K.P. (2005): Seven-Minute-Screen (7mS) in der ambulanten und klinischen Demenzdiagnostik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 18, Nr. 3, 143-154
- Rösler, M./Frey, U./Retz-Junginger, P./Supprian, T./Retz, W. (2003): Diagnostik der Demenzen: Standardisierte Untersuchungsinstrumente im Überblick. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 71, Nr. 3, 187-198
- Teng, E.L./Chui, H.C. (1987): The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination. *Journal of Clinical Psychiatry* 48, 314-318
- Tinklenberg, J./Brooks, J.O./Tanke, E.D./Khalid, K./Poulsen, S.L./Kraemer, H.C./Gallagher, D./Thornton, J. E./Yesavage, J.A. (1990): Factor analysis and preliminary validation of the mini-mental state examination from a longitudinal perspective. *International Psychogeriatrics* 2, Nr. 2, 123-134
- Tombaugh, T./McIntyre, N. (1992): The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatric Society* 40, Nr. 9, 922-935
- Wegener, B. (2003): Kritische Anmerkungen zur Anwendung des Mini-Mental-Status-Tests. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 16, Nr. 4, 153-157
- Weyerer, S./Schäufele, M./Hendlmeier, I. (2005): Lebens- und Betreuungsqualität demenzkranker Menschen in der besonderen stationären Betreuung in Hamburg. *Pflege und Gesellschaft* 10, Nr. 2, 90-96
- Wobrock, T./Retz-Junginger, P./Retz, W./Supprian, T./Rösler, M. (2003): Ausprägung, Stabilität und Muster kognitiver und nicht kognitiver Symptome bei Patienten mit Alzheimer-Demenz. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 71, Nr. 3, 199-204

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Die NOSGER wurde entwickelt, um die Auswirkungen eines Medikaments, welches eine günstige Wirkung auf das Verhalten, die Stimmung und kognitive Funktion bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz haben sollte, zu evaluieren. Das Instrument dient der Bewertung von alltagsrelevanten Verhaltensweisen für klinische Studien und Psychogeriatric. Das Instrument kann sowohl im häuslichen Umfeld als auch in Pflegeeinrichtungen zum Einsatz kommen (Brunner et al. 1990). Es wird überwiegend für Forschungsfragen genutzt. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Einschätzung der Situation sich auf die vergangenen zwei Wochen bezieht.

Das Instrument umfasst 30 Items, die sechs Dimensionen mit je 5 Items zugeordnet werden können. Die Dimensionen sind:

- Gedächtnis
- IADL
- Körperpflege
- Stimmung
- Soziales Verhalten
- Störendes Verhalten

Die Zusammenstellung der Items im Instrument folgt keiner Kategorisierung anhand der Dimensionen, sondern geschieht auf einer nicht erklärten Systematik. Für jedes Item ist eine Einschätzung auf einer fünfstufigen Skala vorzunehmen. Die Items sind als Aussage formuliert, für die eine Häufigkeit eingeschätzt wird. Die Skalenpunkte sind bezeichnet als: immer, meistens, oft, hier und da, nie.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Die Aufstellung eines Pflegeplans ist auf der Grundlage der NOSGER Einschätzung nicht ohne weiteres möglich. Offensichtlich ist das aber auch nicht intendiert gewesen.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Die explizite Erfassung spezifischer Bedarfsaspekte ist nicht vorgesehen. Sie ergibt sich auch nicht indirekt durch die Itemaussagen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Das Instrument liefert vollstandardisierte Ergebnisse. Auf der Grundlage der Einschätzung auf der fünfstufigen Skala wird ein Score für jede Dimension und ein Gesamtscore errechnet. Dabei werden die Punkte auf der Skala folgendermaßen vergeben: 1=immer; 2=meistens; 3=oft; 4=hier und da; 5=nie. Ermittelt wird ein Pathologie-Score, nach dem Patienten, die über den Normwerten liegen (pathologisch sind), einen erheblichen psychosozialen Pflegebedarf haben.

Ein wenig unübersichtlich sind die unterschiedlichen Aussagen zur Interpretation der Ergebnisse: Nach Brunner et al. (1990) erreichen Gesunde in den Dimensionen Gedächtnis, IADL und Körperpflege zu Hause max. 10 Punkte und in einer stationären Einrichtung max. 15 Punkte, höhere Punktzahlen werden als pathologisch bewertet. Gleiches gilt für Gesunde mit einem Punktwert von mehr als 15 Punkten in den Dimensionen Stimmung, Sozialverhalten und Verhaltensaspekte. Im Gesamtscore werden Werte von über 60 im häuslichen und über 75 im stationären Bereich als pathologisch angesehen.

Es sind auch andere Einschätzungen und Differenzierungen möglich, wie nachfolgende Auflistung zeigt:

- pathologisch: Gedächtnis>10, IADL>14, ADL>10, Stimmung>10, Sozialverhalten>15; für Störendes Verhalten liegen keine Cut-off-Punkte vor (Wahle et al. 1996; Richter et al. 2000)
- ADL>10 unüblich bei kognitiv und körperlich Gesunden, Gedächtnis, IADL>15 unüblich bei nicht dementen Patienten (Tremmel et al. 1993; Wahle et al. 1996).

- Menschen mit milder Demenz werden in der Dimension Gedächtnis überwiegend als gesund eingeschätzt (Wahle et al. 1996).
- Gedächtnis 10, IADL 11, Stimmung 8, Sozialverhalten 10, Störendes Verhalten 7, als Cut-off (Blasi et al. 2005)
- Gedächtnis 7, IADL 9, Stimmung 8, Sozialverhalten 9 bei Männern, 8 bei Frauen, Störendes Verhalten 8; die Autoren empfehlen die Verwendung von z-Werten anstatt von diesen Richtwerten (Blasi et al. 2005)

5. Methodische Güte

Es liegen einige Studien zur methodischen Güte des Instruments vor. Die Ergebnisse zeigen überwiegend positive Aussagen zur Reliabilität zu. Hinsichtlich der Validität gibt es vorwiegend positive Ergebnisse, wobei sich Fragen an die Dimensionen als Ganze ergeben.

6. Praktikabilität

Eine Formalqualifikation ist für die Anwendung des Instruments nicht erforderlich. Es soll ausdrücklich auch von Angehörigen angewandt werden können. Eine kurze Einführung wird für ausreichend gehalten, wobei andere Autoren auch darauf hinweisen, dass die Rater sich gut mit dem Instrument auskennen sollten (Wahle et al. 1996)

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung ist auf der Grundlage der NOSGER nicht möglich. Die Zielgruppe besteht vorwiegend in geriatrischen Patienten. Die Transparenz der Ergebnisse ist für die Pflegebedürftigen und Angehörigen weitestgehend gewährleistet.

8. Adaptierbarkeit

Die Zusammenstellung des Instruments ist in ihren Einzelheiten nur bedingt nachzuvollziehen. Die Dimensionen sind nicht in einer modularen Struktur aufgebaut, sondern miteinander verbunden. Adaptionen erscheinen dementsprechend nicht oder nur sehr schwer möglich zu sein.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments

Das Instrument ist zur Identifikation typischer Problemlagen gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen sicher geeignet. Eine einfache Handhabbarkeit scheint gewährleistet.

Schwächen des Instruments

Das Instrument erfasst keinen individuellen Unterstützungsbedarf. Die Einschätzung erfolgt wenig differenziert und die Bewertungssystematik ist auf die Identifikation von pathologischen Aspekten bzw. Situationen angelegt, jedoch nicht auf die Identifikation personenbezogener Merkmale eines Pflegebedarfs.

Fazit

Da das Instrument keinen konkreten, individuellen Unterstützungsbedarf vornimmt, erscheint es nicht geeignet, einen hilfreichen Beitrag zur Diskussion um die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit leisten zu können.

10. Literatur

- Brunner, C./Spiegel, R. (1990): Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses'Observation Scale for Geriatric Patients) einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. Zeitschrift für Klinische Psychologie 19, 3, 211-229 (n=60)
- Richter, D./Lowens, S./Liekenbrock, A. (2000): Psychosozialer Pflegebedarf in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, 1, 17-23 (n=92)
- Tremmel, L./Spiegel, R. (1993): Clinical experience with the NOSGER (Nurses'Observation Scale for Geriatric Patients): Tentative normative data and sensitivity to change. International Journal of Geriatric Psychiatry 8, 311-317 (1. Studie: n=60; 2. Studie: n=370)
- Wahle, M./Haller, S./Spiegel, R. (1996): Validation of the NOSGER (Nurses'Observation Scale for Geriatric Patients). Reliability and Validity of a Caregiver Rating Instrument. International Psychogeriatrics 8, 4, 525-544 (n=125)
- Blasi, S./Brubacher, D./Zehnder, A. E./Monsch, A. U./Berres, M./Spiegel, R. (2005): Assessment of everyday behavior in Alzheimer's disease patients: its significance for diagnostics and prediction of disease progression. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 20, 3, 151-158 (n=662)
- Spiegel, R./Brunner, C./Ermin-Fünfschilling, D./Monsch, A./Notter, M./Puxty, J./Tremmel, L. (1991): A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses'Observation Scale for Geriatric Patients). JAGS 39, 4, 339-347

VI. Instrumente zur Einschätzung bei Kindern

Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

Das PEDI wurde 1992 in Boston für den klinischen Bereich entwickelt. Es wird vorwiegend bei chronisch kranken oder behinderten Kindern im Alter zwischen 6 Monaten und 7,5 Jahren eingesetzt und misst funktionelle Fähigkeiten des Kindes sowie den Umfang der Hilfestellung durch eine Betreuungsperson. Ergänzend dazu werden eventuell notwendige Modifikationen (z.B. Einsatz von Hilfsmitteln, Wohnungsanpassungen) erfasst. Die Einschätzung erfolgt in Form eines strukturierten Elterninterviews. Neben der Einschätzung des Standes der kindlichen Entwicklung und der Aufdeckung von Funktionsdefiziten dient es auch der Evaluation von Therapiemaßnahmen.

Die Originalversion ist in englischer Sprache abgefasst. Darüber hinaus gibt es eine spanische, norwegische und niederländische Übersetzung. In Deutschland existiert lediglich eine nicht-autorisierte Übersetzung (Kinderzentrum München).

PEDI erfasst vor allem physische Fähigkeiten, aber auch kognitive und soziale Aspekte. Die Fähigkeiten werden als Problem („unfähig“) oder Ressource („fähig“) erfasst. Zusätzlich werden der Grad an notwendiger Hilfe durch eine Pflegeperson sowie die Notwendigkeit und Art von Modifikationen durch Hilfsmittel oder Umgebungsanpassungen ermittelt.

Das Instrument besteht aus drei Skalen. Die Skalen sind wiederum unterteilt in drei Domänen. Für die Bedarfsermittlung sind die beiden folgenden Skalen von zentraler Bedeutung

Skala zur Messung der funktionellen Fähigkeiten (Functional Skills Scale)

- Self-care Domain: insgesamt 73 Items in 15 Bereichen (Struktur der Nahrung, Verwendung von Messer/Gabel/Löffel, Verwendung von Trinkbehältern, Zähneputzen, Haarpflege, Nasenpflege, Händewaschen, Waschen von Körper und Gesicht, Pullover/vorn zu öffnende Kleidungsstücke, Verschlüsse, Hosen, Schuhe/Socken, Sauberkeitserziehung, Blasenkontrolle, Darmkontrolle).
- Mobility Domain: insgesamt 59 Items in 13 Bereichen (Toilettenbenutzung, Stuhl/Rollstuhl, Auto, Bett, Badewanne, Bewegung im Haus: Methoden, Bewegung im Haus: Entfernung/Geschwindigkeit, Bewegung im Haus: zieht/trägt Objekte, Bewegung draußen: Methoden, Bewegung draußen: Entfernung/Geschwindigkeit, Bewegung draußen: Oberflächen, Treppe aufwärts, Treppe abwärts).
- Social Function Domain: insgesamt 65 Items in 13 Bereichen (Verständnis von Wortbedeutungen, Verständnis von Sätzen, funktionelle Kommunikation, expressive Kommunikation, Problemlösen, sozial interaktives Spiel, Gruppeninteraktion, Spiel mit Objekten, Selbst-Information, Zeitliche Orientierung, Hausarbeiten, Selbstschutz, Nachbarschaft).

Skala zur Erfassung des Ausmaßes an Hilfestellung (Caregiver Assistance Scale)

- Self-care Domain: 8 Bereiche (Essen, Körperpflege, Baden, Anziehen des Oberkörpers, Anziehen des Unterkörpers, Toilettengang, Blasenkontrolle, Darmkontrolle).
- Mobility Domain: 7 Bereiche (Stuhl/Toiletten-Benutzung, Autobenutzung, Bett: Beweglichkeit und Transfer, Badenwannenbenutzung, Fortbewegung innen, Fortbewegung draußen, Treppen).
- Social Function Domain: 5 Bereiche: Funktionelles Verständnis, funktionelle Ausdrucksfähigkeit, Gemeinsames Problemlösen, Spielen mit Kameraden, Sicherheit.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument eignet sich für die Erstellung eines Therapieplans, die Nutzung für die Erstellung eines Pflege- oder Hilfeplans wird in der Literatur nicht diskutiert. Aufgrund des inhaltlichen Aufbaus kann eine Eignung zu diesem Zweck unterstellt werden.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Präventionsbedarf wird nicht explizit ausgewiesen. Konkrete Aussagen zum Rehabilitationsbedarf sind im Instrument ebenfalls nicht vorgesehen, lassen sich aber aus den Einschätzungsergebnissen teilweise ableiten.

Eine explizite Einschätzung von Betreuungsbedarf erfolgt nicht. Hingegen werden mehrere für den Beaufsichtigungsbedarf relevante Aspekte erfasst: die Fähigkeit, Gefahrensituationen zu erkennen (Treppen, heiße und scharfe Objekte, Sicherheit im Straßenverkehr, Umgang mit fremden Menschen), Aufsichtsbedarf beim Spielen im Haus sowie Aufsichtsbedarf außerhalb des Hauses.

Die Einschätzung liefert differenzierte Aussagen zum Hilfsmittelbedarf. Hilfsmittel werden mit einer eigenen Skala erfasst. In allen Bereichen wird ermittelt, ob Hilfsmittel erforderlich sind oder nicht.

Für aktuell verwendete Hilfsmittel wird unterschieden, ob es sich dabei um normale Hilfen für Kinder oder um spezielle Hilfen für behinderte Kinder handelt. Extensive Maßnahmen wie beispielsweise notwendige Wohnraumanpassungen werden ebenfalls erfasst.

Aussagen über außergewöhnliche Bedarfslagen sind nicht vorgesehen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Die Einschätzung erfolgt in voll standardisierter Form.

Bei der Messung der funktionellen Fähigkeiten hat jedes Item die Ausprägung „unfähig“ (Score = 0) oder „fähig“ (Score = 1).

Der Unterstützungsbedarf (personelle Hilfe) wird für jede Domäne mit Hilfe einer ausführlich erläuterten 6-Punkte-Skala dargestellt (vgl. Reid et al. 1993):

- 5 = unabhängig
- 4 = Supervision
- 3 = minimale Außenhilfe
- 2 = mittlere Außenhilfe
- 1 = maximale Außenhilfe
- 0 = totale Außenhilfe

Für jede Domäne lässt sich ein Summenscore unabhängig von den anderen Bereichen ermitteln.

Für die Modification Scale ist kein Zahlenscore vorgesehen. Die Modifikationen werden vielmehr unterteilt in:

- N = None
- C = Non-specialized or Child-oriented
- R = Rehabilitation Equipment
- E = Extensive Modifications.

Im dazugehörigen Handbuch finden sich zur Functional Skills Scale und Caregiver Assistance Scale Hinweise, wann jedes Item von 10%, 25%, 50%, 75% und 90% der altersentsprechend entwickelten Kinder einer speziellen Altersgruppe beherrscht werden. Von diesen Daten werden die „normative standard scores“ abgeleitet.

5. Methodische Güte

Es liegen mehrere Studien vor, die die Reliabilität und Validität des Instruments nachweisen.

Reid et al. (1993) geben Cronbach's Alpha für die interne Konsistenz mit 0.95 – 0.99 an (n = 412). Sie wiesen ebenfalls eine gute Interrater-Reliabilität nach (ICC für die Caregiver Assistance Scale = 0.96 – 0.99; Rater waren Pflegekräfte und ein Mitglied des PEDI-Forschungsteams).

Nichols/Case-Smith (1996) prüften die Test-Retest-Reliabilität bei einer kleinen Stichprobe (n = 23). Die Ergebnisse für die Functional Skill Scale und die Caregiver Assistance Scale zeigen eine akzeptable bis gute Test-Retest-Reliabilität.

Wassenberg-Severijnen et al. (2003) testeten die niederländische PEDI-Version (n = 116). Die Ergebnisse zur internen Konsistenz fielen etwas schlechter aus als in der Studie von Reid et al. (1993) (Cronbach's Alpha 0.74 – 0.89, je nach Domäne). Die Prüfung der Test-Retest-Reliabilität und Interrater-Reliabilität führte hingegen zu guten Ergebnissen.

Berg et al. (2004) prüften die Reliabilität der norwegischen PEDI-Version (bei verhältnismäßig kleinen Stichproben (n = 14 bis 30), im Gesamtbild ebenfalls mit guten Ergebnissen. Die Prüfung der Konstruktvalidität der PEDI-Pilotversion durch Feldmann et al. (1990) (n = 20 behinderte und 20 nicht behinderte Kinder) dokumentiert, dass sich PEDI zur zuverlässigen Unterscheidung von behinderten und nicht behinderten Kindern eignet. Dieselbe Studie weist eine signifikante Korrelation mit Ergebnissen eines parallel eingesetzten anderen Instruments auf (BDIST – Battelle Developmental Inventory Screening Test; Pearsons Korrelationskoeffizient 0.70 – 0.80 für die Summenscores). Ähnliche Resultate ergab der

Vergleich mit den Ergebnissen der PDMS (Peabody Developmental Motor Scales) durch Nichols/Case-Smith (1996) (n = 25; Pearsons Korrelationskoeffizient 0.64 – 0.95). Signifikante Korrelationen zeigten sich auch beim Vergleich mit WeeFIM (Ziviani et al. 2001; n = 41).

Die Sensitivität für Veränderungen im Zeitverlauf wurde bei 18 Kindern mit spastischen Diplegien durch Nordmark et al. (2000) belegt, ebenso durch Vos-Vromans et al. (2005), die das Instrument bei 55 Kindern mit Cerebralparese einsetzten.

6. Praktikabilität

Das Instrument soll von Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Pflegekräften, Pädagogen und anderen Berufsgruppen eingesetzt werden, die mit behinderten Kindern arbeiten. Es werden keine weiteren formalen Anforderungen genannt. Ein vorheriges Training wird für notwendig erachtet (Reid et al. 1993; Nichols/Case-Smith 1996).

Die Dauer wird mit 45-60 Minuten angegeben (Reid et al. 1993). Insgesamt stellen sich erhöhte Anforderungen an die Rater aufgrund der zum Teil sehr differenzierten Codierungsregeln. Die Rater sind vermutlich häufiger auf die Erläuterungen des Handbuches angewiesen.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Eine leistungsrechtliche Zuordnung der Ergebnisse ist zumindest bei den Domänen Selbstversorgung und Mobilität denkbar.

Häußler et al. (2002) verweisen auf eine starke inhaltliche Übereinstimmung zwischen den PEDI-Items in diesen Bereichen und den „Verrichtungen des täglichen Lebens“ im SGB XI. Die Autoren haben in einer Untersuchung (n = 41 Kinder, darunter 16 körperbehinderte und 25 geistig behinderte Kinder) die altersnormierten PEDI-Werte der Skalen „Self-care“ und „Mobility“ mit der Einstufung in die drei Pflegestufen des SGB XI verglichen. Bei den körperbehinderten Kindern konnte eine hochsignifikante Abhängigkeit zwischen den PEDI-Werten und den Pflegestufen festgestellt werden, bei den geistig behinderten Kindern nicht.

PEDI wurde für Kinder im Alter bis zu sieben Jahren entwickelt.

Ohne umfangreiche Erläuterungen sind die Ergebnisse des Verfahrens durch den Laien nicht interpretierbar. Einschätzungen zu den einzelnen Merkmalen dürften hingegen sehr gut nachvollziehbar sein.

8. Adaptierbarkeit

Wie bei allen Instrumenten, die mit einer globalen Punkteskala arbeiten, würde eine Modifizierung innerhalb der einzelnen Skalen die Aussagekraft beeinträchtigen. Da für die Skalen jeweils einzelne Scores errechnet werden, ließen sie sich allerdings komplett als Module mit anderen Instrumenten kombinieren.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Das Instrument kann bei verschiedenen angeborenen oder erworbenen, körperlichen und/oder geistigen Behinderungen und in verschiedenen Settings zur Anwendung kommen. Die Items beziehen sich auf kindliche Alltagssituationen. Erfasst werden nicht nur funktionelle Fähigkeiten, sondern auch Kontextfaktoren (Ausmaß der Fremdhilfe, Hilfsmittel, Umfeld). Dem Instrument liegen altersnormierte Daten zugrunde. PEDI enthält einige gute Ansätze zur Abgrenzung zwischen dem alterstypischen und gesundheitlich bedingten Hilfebedarf.

Schwächen des Instruments:

Die Durchführung ist aufwändig. Allein zur Erfassung der funktionellen Fähigkeiten werden 197 Items abgefragt. Hinzu kommen jeweils 20 Fragen zu Hilfebedarf und Modifikationen. Dennoch finden wichtige psychische Faktoren keine Berücksichtigung, wie beispielsweise Aufmerksamkeit, Emotionalität, Antrieb, Motivation. Die Skala zur Abbildung von Fähigkeiten ist sehr grob (lediglich Unterscheidung in „fähig“ und „unfähig“). Vor allem aber ist das PEDI für die Einschätzung bei Kindern im Alter ab 8 Jahren nicht vorgesehen bzw. nicht verwendbar. Es existiert außerdem keine autorisierte deutsche Übersetzung.

Fazit:

PEDI bietet sehr interessante Ansatzpunkte, blendet allerdings einige wichtige Merkmale aus. Der Einsatz ist mit relativ hohem Aufwand verbunden. Vor allem jedoch ist die Verwendbarkeit bei älteren Kindern nicht möglich. Als Instrument für die Begutachtung von Kindern im Alter bis zu 14 Jahren kann es daher nicht empfohlen werden.

10. Literatur

- Berg, M./Jahnsen, R./Frosli, K.F./Hussain, A. (2004): Reliability of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 24, Nr. 3, 61-77 (n = 30 Kinder ohne Behinderungen, Alter: 1 – 5 Jahre, Untersuchung der norwegischen PEDI-Version)
- Häußler, M./Streit, A./Straßburg, H.-M. (2002): Validität der Pflegebegutachtung bei körperbehinderten und bei geistig behinderten Kindern. *Gesundheitswesen* 64, Nr. 10, 527-533 (n = 41 Kinder; 16 körperbehinderte und 25 geistig behinderte Kinder; Alter: 1,5 – 7,5 Jahre)
- Feldman, A.B./Haley, S.M./Coryell, J. (1990): Concurrent and construct validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Physical Therapy* 70, Nr. 10, 602-610 (n = 40 Kinder; 20 behinderte und 20 nicht behinderte Kinder; Alter: 2 – 8 Jahre)
- Nichols, D.S./Case-Smith, J. (1996): Reliability and validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Pediatric Physical Therapy* 8, Nr. 1, 15-24 (n = 17 bis 25)
- Østensjø, S./Bjorbækmo, W./Carlberg, E.B./Vøllestad, N.K. (2006): Assessment of everyday function in young children with disabilities: An ICF-based analysis of concepts and content of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Disability and Rehabilitation* 28 (8), 489-504
- Reid, D.T./Boschen, K./Wright, V. (1993): Critique of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 13, Nr. 4, 57-93 (n = 412)
- Vos-Vromans, D.C.W.M./Ketelaar, M./Gorter, J.W. (2005): Responsiveness of evaluative measures for children with cerebral palsy: The Gross Motor Function Measure and the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Disability and Rehabilitation* 27, Nr. 20, 1245-1252 (n = 55 behinderte Kinder; Alter: 2 – 7 Jahre)

Wassenberg-Severijnen, J.E./Custers, J. WH, Hox, J.J./Helders, P. JM (2003): Reliability of the Dutch Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Clinical Rehabilitation* 17, Nr. 4, 457-462 (n = 63 nicht behinderte Kinder, 53 behinderte Kinder; Alter: 7 – 88 Monate)

Ziviani, J./Ottenbach, K.J./Shephard, K./Foreman, S./Astbury, W./Ireland, P. (2001): Concurrent validity of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) and the Pediatric Evaluation of Disabilities Inventory in children with developmental disabilities and acquired brain injuries. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 21 (2/3), 91-101 (n = 41 Kinder mit Behinderungen; Alter: 1,3 – 9,5 Jahre)

WeeFIM

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

WeeFIM wurde 1987 von einem Team aus Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten der University of Buffalo für den Bereich der stationären Rehabilitation von Kindern mit neuromotorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen entwickelt. Mittlerweile wird das Instrument auch in anderen Settings angewandt. Das Instrument wird genutzt zur Messung des funktionellen Status, auch zur Feststellung von Entwicklungsfortschritten und Behandlungserfolgen. Es unterstützt die Zielfestlegung und Erfolgskontrolle in Reha-Programmen (Yung et al. 1999).

Grundlage der Instrumentenentwicklung war das FIM. WeeFIM nutzt ähnliche Items und Scores, beansprucht jedoch, den alterstypischen Entwicklungsstand von Kindern bis zum Alter von 7 Jahren zu berücksichtigen.

Das Instrument konnte nur in der englischsprachigen Originalversion recherchiert werden. Es ist rechtlich geschützt (Uniform Data System for Medical Rehabilitation). Eine deutsche Übersetzung liegt nur in einer nicht-autorisierten Form vor (Kinderspital Zürich).

Das Instrument besteht aus 18 Items, die in der Version WeeFIM II in 3 Bereiche (Selbstversorgung, Mobilität, kognitiver Bereich) unterteilt sind (die alte Version unterschied noch 6 Bereiche: Selbstversorgung, Kontinenz, Transfer, Fortbewegung, Kommunikation, kognitiver Bereich):

- Selbstversorgung: Essen, Körperpflege, Waschen, Ankleiden oben, Ankleiden unten, Intimhygiene, Blasenkontrolle, Darmkontrolle.
- Mobilität: Transfer Stuhl/Rollstuhl, Transfer Toilette, Transfer Dusche/Badewanne, Fortbewegung Gehen/Rollstuhl/Kriechen, Treppensteigen.
- Kognitiver Bereich: Verstehen, Ausdruck, Interaktion, Problemlösung, Gedächtnis.

Im Jahr 2006 wurde das Instrument ergänzt um eine Version für Kinder im Alter von 0 – 3 Jahren. Sie enthält 36 Items in 3 Subskalen (motorische Fähigkeiten = 16 Items, kognitive Fähigkeiten = 14 Items, Verhaltensweisen = 6 Items) (UDSmr 2006).

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

Das Instrument eignet sich zur Feststellung des Ausmaßes eines bestimmten Ausschnitts der Hilfen, die durch eine Pflegeperson geleistet werden muss. Für die Aufstellung eines Hilfe-/Pflegeplans ist es nicht differenziert genug und bedarf der Ergänzung.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Präventionsbedarf wird nicht abgebildet. Gleiches gilt für den Rehabilitationsbedarf, die Einschätzungen lassen sich jedoch als Teilinformationen bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nutzen (in den Bereichen Selbstpflege, motorische und kognitive Aspekte).

Explizite Aussagen zum Betreuungsbedarf sind nicht vorgesehen. Auf eine Einschätzung des allgemeinen Beaufsichtigungsbedarfs wird ebenfalls verzichtet, Beaufsichtigungsbedarf wird nur als Merkmalsausprägung berücksichtigt (Supervision: Hilfsperson erforderlich zur Beaufsichtigung, Anleitung, Vorbereitung oder zu geringer körperlicher Hilfestellung nicht in mehr als 10% der Fälle).

Eine Ermittlung des Hilfebedarfs oder von außergewöhnlichen Bedarfslagen ist nicht vorgesehen.

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

WeeFIM ist vollstandardisiert. Die Schwere einer Beeinträchtigung wird als Ausmaß der benötigten Hilfe dargestellt. Ähnlich wie bei FIM sind 7 Merkmalsausprägungen vorgesehen, die das Ausmaß der notwendigen Hilfestellung beschreiben:

- 1 = totale Hilfestellung
- 2 = ausgeprägte Hilfestellung
- 3 = mäßige Hilfestellung
- 4 = minimale Hilfestellung (Kontakthilfe)
- 5 = Supervision
- 6 = eingeschränkte Selbstständigkeit
- 7 = Völlige Selbstständigkeit.

Die maximale Gesamtpunktzahl beläuft sich auf 126. Es können auch Summenscores für die Subskalen gebildet werden. Die Merkmalsausprägungen lassen sich grafisch in einer Kreisskala darstellen.

Bei einer Staffelung nach Altersgruppen zeigen die ermittelten Scores der älteren Kinder signifikant höhere Werte als die der jüngeren Kinder. Altersbedingte Unterschiede werden allerdings nicht durch gesonderte Gewichtungen der Scores berücksichtigt.

5. Methodische Güte

Die Reliabilität wurde in mehreren Studien und bei verschiedenen Gruppen von Kindern (behinderte wie nicht behinderte Kinder) mit zufriedenstellenden Ergebnissen getestet. Studien zur Test-Retest-Reliabilität ergaben hohe Übereinstimmungen, auch bei den einzelnen Subskalen und Items. Die Beurteilerübereinstimmung wurde vergleichsweise selten geprüft, kann nach den vorliegenden Ergebnissen jedoch ebenfalls als zufriedenstellend

bezeichnet werden (Msall et al. 1994, Ottenbacher et al. 1996 und 1997, Liu et al. 1998, Ziviani et al. 2001).

Studien zur Beurteilung der Inhaltsvalidität verweisen auf die Gefahr von abweichenden Interpretationen aufgrund professionsspezifischer Sichtweisen (McCabe/Granger 1990). Aus Studien zur Konstruktvalidität wird gefolgert, dass mit WeeFIM Entwicklungsfortschritte und die Schwere von Behinderung bei Kindern verlässlich gemessen werden können (Msall et al. 1994, Azaula et al. 2000).

Eine vergleichende Studie (paralleler Einsatz der Instrumente WeeFIM und FIM bei Kindern mit spastischer Zerebralparese im Alter zwischen 7 Jahren und 16 Jahren) zeigte einen hohen Grad der Ergebnisübereinstimmung. Die Kriteriumsvalidität wurde in zwei Studien nachgewiesen (paralleler Einsatz des Tsumori-Test und des PEDI) (Liu et al. 1998, Ziviani et al. 2001).

6. Praktikabilität

Das Instrument kann durch verschiedene Berufsgruppen angewendet werden (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten), die sich mit behinderten Kindern beschäftigen. Formale Qualifikationsanforderungen werden in der Literatur nicht benannt. Ein Training wird für erforderlich erachtet (Ottenbacher et al. 1996; Yung et al. 1999), kann aber auch im Selbststudium des Manuals erfolgen (Deutsch et al. 1996). Die Anwendung stellt insgesamt wenig Anforderungen. Allerdings ist ähnlich wie bei FIM eine sorgfältige Beachtung der Unterscheidung der Merkmalsausprägungen erforderlich.

Der Aufwand für die Durchführung wird mit 15 – 20 Minuten angegeben (Yung et al. 1999; Azaula et al. 2000).

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Die Bereiche „Selbstversorgung“ und „Mobilität“ ließen sich leistungsrechtlich zuordnen.

WeeFIM ist ausschließlich für den Einsatz bei Kindern vorgesehen, und zwar für folgende Personengruppen (Yung et al. 1999):

- Nicht behinderte Kinder (6 Monate – 8 Jahre)
- Behinderte Kinder (6 Monate – 12 Jahre)

Da das Verfahren relativ einfach ist, kann angenommen werden, dass es für Eltern prinzipiell nachvollziehbar ist. Die ermittelten Punktwerte sind allerdings nicht selbstsprechend. Außerdem dürfte die Art und Differenzierung der Merkmalsausprägungen häufig nicht im Einklang mit den alltäglichen Erfahrungen bei der Pflege von Kindern stehen.

8. Adaptierbarkeit

Ergänzungen und Modifikationen sind theoretisch möglich, bedürften aber einer sorgfältigen Prüfung und Testung, da der Gesamtpunktwert anders zu interpretieren wäre.

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Die Anwendung des Instruments nimmt nur wenig Zeit in Anspruch. Informationen können auf verschiedenen Wegen gewonnen werden (Beobachtung, Befragung der Eltern). Wee-FIM eignet sich zur Anwendung bei den unterschiedlichsten körperlichen und/oder geistigen Behinderungen.

Schwächen des Instruments:

Das Instrument erfasst nur wenige Merkmale und kann lediglich einen Überblick über die kindlichen Fähigkeiten vermitteln. Es stellt kein umfassendes Assessment dar. Zugrunde liegt ein eher ein medizinisch-funktionales Verständnis. Es gibt noch keine autorisierte deutsche Übersetzung des Instruments. Ähnlich wie bei FIM ist auf eine relativ hohe Itemschwierigkeit hinzuweisen.

Fazit:

WeeFIM ist zu schmal ausgerichtet, um die Pflegebedürftigkeit von Kindern zu erfassen. Es unterscheidet auch nicht hinreichend zwischen gesundheitlich bedingter und altersbedingter Abhängigkeit von Personenhilfe.

10. Literatur

- Azaula, M./Msall, M.E./Buck, G./Tremont, M.R./Wilczenski, F./Rogers, B.T. (2000): Measuring functional status and family support in older school-aged children with cerebral palsy: Comparison of three instruments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, Nr. 3, 307-311 (n = 20 Kinder mit spastischer Zerebralparese; Alter: 2 Jahre – 12 Jahre)
- Chen, C.C./Bode, R.K./Granger, C.V./Heinemann, A.W. (2005): Psychometric properties and developmental differences in children's ADL item hierarchy. A study of the WeeFIM instrument. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 84, Nr. 9, 671-679 (n = 814 Kinder mit Behinderungen; Alter: 12 – ≥85 Monate)
- Deutsch, A./Braun, S./Granger, C. (1996): The Functional Independence Measure (FIM Instrument) and the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM Instrument): Ten years of development. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine* 8, Nr. 4, 267-281 (Review)
- Liu, M./Toikawa, H./Seki, M./Domen, K./Chino, N. (1998): Functional Independence Measure for Children (WeeFIM). A preliminary study in nondisabled Japanese children. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 77, Nr. 1, 36-44 (n = 110 nicht behinderte Kinder; Alter: 6 Monate – 7 Jahre)
- McCabe, M.A./Granger, C.V. (1990): Content validity of a pediatric functional independence measure. *Applied Nursing Research* 3, Nr. 3, 120-121
- Msall, M.E./diGaudio, K./Duffy, L.G./LaForest, S./Braun, S./Granger, C.V. (1994): WeeFIM. Normative sample of an instrument for tracking functional independence in children. *Clinical Pediatrics* 33, Nr. 7, 431-438 (n = 417 nicht behinderte Kinder; Alter: 6 Monate – 8 Jahre)
- Ottenbacher, K.J./Taylor, E.T./Msall, M.E./Braun, S./Lane, S.J./Granger, C.V./Lyon, N./Duffy, L.C. (1996): The stability and equivalence reliability of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM). *Developmental Medicine and Child Neurology* 38, Nr. 10, 907-916 (n = 67 Kinder – 37 nicht behinderte Kinder, 30 behinderte Kinder; Alter: 12 – 76 Monate)
- Ottenbacher, K.J./Msall, M.E./Lyon, N.R./Duffy, L.C./Granger, C.V./Braun, S. (1997): Interrater agreement and stability of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM): use in children with developmental disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 78, Nr. 12, 1309-1315 (n = 205 Kinder mit Behinderungen; Alter: 11 – 87 Monate)

- Ottenbacher, K.J./Msall, M.E./Lyon, N./Duffy, L.C./Ziviani, J./Granger, C.V./Braun, S./Feidler, R.C. (2000): The WeeFIM Instrument: Its utility in detecting change in children with developmental disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, Nr. 10, 1317-1326 (n=174 Kinder mit Behinderungen; Alter: 11 – 87 Monate)
- Rice, S.A./Blackman, J.A./Braun, S./Linn, R.T./Granger, C.V./Wagner, D.P. (2005): Rehabilitation of children with traumatic brain injury: Descriptive analysis of a nationwide sample using the WeeFIM. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 86, Nr. 4, 834-836 (n = 3815 Kinder mit traumatischen Hirnverletzungen; Alter: 0 – 21 Jahre)
- Schneider, J.W./Gurucharri, L.M./Gutierrez, A.L./Gaebler-Spira, D.J. (2001): Health-related quality of life and functional outcome measures for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 43, Nr. 9, 601-608 (n = 30 Pflegepersonen von Kindern mit Zerebralparese; Alter: 5 Jahre – 15 Jahre)
- UDSmr (2006): WeeFIM II System Advantage. 0-3 Module. www.udsmr.org/wee_about.php (eingesehen: 29.01.2007)
- Yung, A./Wong, V./Nursing Team (1999): Outcome measure for paediatric rehabilitation: Use of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM). A pilot study in chinese children with neurodevelopmental disabilities. *Pediatric Rehabilitation* 3, Nr. 1, 21-28 (n = 104 Kinder mit Behinderungen)
- Ziviani, J./Ottenbach, K.J./Shephard, K./Foreman, S./Astbury, W./Ireland, P. (2001): Concurrent validity of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) and the Pediatric Evaluation of Disabilities Inventory in children with developmental disabilities and acquired brain injuries. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 21 (2/3), 91-101 (n = 41 Kinder mit Behinderungen; Alter: 1,3 Jahre – 9,5 Jahre)

KITSI

1. Aufbau und inhaltliche Beschreibung

KITSI wurde 1995 in enger Anlehnung an FIM und WeeFIM entwickelt mit dem Ziel, den Grad der Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit mehrfach behinderter Kinder zu messen sowie Behandlungserfolge interdisziplinärer Fördermaßnahmen zu kontrollieren und dokumentieren. Nach Zenneck/Lübke (2003) erfolgte die Instrumentenentwicklung, weil der Einsatz von WeeFIM wegen fehlender Übersetzung und rechtlicher Verwertungseinschränkungen in Deutschland offiziell nicht möglich war. KITSI wird im Rahmen von 1-3 wöchigen, intensiven Behandlungsperioden genutzt. Dabei erfolgt zu Beginn und am Ende eine Bewertung des Entwicklungsstandes des Kindes.

Erfasst werden die Merkmale: Planen, Erkennen (Wahrnehmung), Problemlösungsstrategien, Motivation (auf Neues einlassen), Sicherheit (Emotion), „Sprechen“ (Äußerung), Interaktion, Spielverhalten, Lernen, Trinken, Essen, Hantieren (Handfunktion), Mobilität, Fortbewegung (Einsatz der Hände/Arme und Füße/Beine), Becken-/Bein-/Fuß-Aktivität, Kopf-/Rumpf-Aktivität, Arm-/Hand-Aktivität.

2. Eignung zur Aufstellung eines Pflegeplans

In den einzelnen Bereichen wird zum einen das Maß an Eigenaktivität des Kindes, zum anderen das Maß der erforderlichen Hilfeleistung durch eine Außenperson ermittelt. Damit eignet sich das Instrument in Teilen als Basis für die Erstellung eines Pflege- und Hilfeplans.

3. Aussagen zu spezifischen Bedarfsaspekten

Aussagen zum Rehabilitationsbedarf lassen sich ableiten. Präventionsbedarf und Hilfsmittelbedarf werden nicht erfasst. Aussagen zu außergewöhnlichen Bedarfen sieht das Instrument nicht vor. Hinweise zum Beaufsichtigungsbedarf finden sich in den Skalierungserläuterungen einiger Items (d.h. verrichtungsbezogen).

4. Standardisierung und Ergebnisdarstellung

Die Bewertung der Items erfolgt wie bei FIM und WeeFIM mit Hilfe einer 7-Punkte-Skala, die das Maß der Eigenaktivität des Kindes (von 1 = „totale Passivität“ bis 7 = „optimale Eigenkontrolle“) und umgekehrt das Maß der Hilfeleistung angibt. Zu jedem Item gibt es Erläuterungen zur Codierung.

Eine Bewertung erfolgt, indem von den einzelnen Mitarbeitern im Therapieteam zu jedem Item ein Punktwert ermittelt und anschließend der Mittelwert aus der Summe der verschiedenen Einschätzungen gebildet wird. Dieser Wert wird in ein Polardiagramm eingetragen, mit dessen Hilfe der Grad der Veränderung im Zeitverlauf sichtbar wird.

5. Methodische Güte

Es liegen keine Studien vor.

6. Praktikabilität

Das Instrument gilt als verständlich und einfach in der Handhabung. Es kann durch verschiedene Berufsgruppen angewandt werden. Der Aufwand für die Durchführung wird mit 20 Minuten angegeben. KITSI teilt mit FIM und WeeFIM jedoch das Problem der hohen Itemschwierigkeit.

7. Leistungsrechtliche Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz

Leistungsrechtliche Zuordnungen sind fraglich, da keine Module unterschieden werden.

Das Instrument ist speziell für Kinder entwickelt worden, es finden sich jedoch keine Hinweise darauf, ab welchem und bis zu welchem Alter es angewendet werden kann.

Es ist davon auszugehen, dass das Verfahren für Eltern prinzipiell nachvollziehbar ist. Aufgrund der Darstellung des Gesamtergebnisses (Mittelwertbildung) ist das Ergebnis für Laien leichter zu verstehen als im Falle von WeeFIM.

8. Adaptierbarkeit

Inhaltlich gut begründete Modifikationen erscheinen möglich, sofern sie sich mit dem Verfahren der Mittelwertbildung in Einklang bringen lassen (Problem der Gewichtung).

9. Zusammenfassende Einschätzung

Stärken des Instruments:

Das Instrument zeigt engen Bezug zu Alltagssituationen von Kindern. Seine Anwendung ist mit wenig Aufwand verbunden, stellt allerdings aufgrund der relativ hohen Itemschwierigkeit einige Anforderungen an den Anwender.

Schwächen des Instruments:

Reliabilität und Validität des Instruments sind bislang nicht geprüft. Es gibt wenig Praxiserfahrungen, das Instrument ist bislang nur im therapeutischen Setting eingesetzt worden. Einige Beurteilungen sind aufgrund der schwachen Literatur-/Materiallage nicht vorzunehmen. Insbesondere scheint nicht geklärt zu sein, bei welchen Altersgruppen KITSI zur Anwendung kommen kann.

Fazit:

KITSI ist ähnlich wie WeeFIM zu schmal ausgerichtet, um die Pflegebedürftigkeit von Kindern abzubilden. Im Vergleich zeigen sich keine überzeugenden Vorteile, die im Unterschied zu WeeFIM eine solche Verwendung gerechtfertigt erscheinen lassen würden.

10. Literatur

- Welling, A. (2004): Einzelfallstudie zur Bobath-Therapie – ein Forschungsbericht. Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten 56 (11) 2082-2100
- Wiebel-Engelbrecht, I. et al. (die anderen Autorennamen werden nicht genannt) (1999): Kinder-Intensiv-Therapie (KIT) – Interdisziplinäre Förderung mehrfach behinderter Kinder mit Erfolgskontrolle. Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten 51 (1), Sonderdruck, 30-43 (n = 7; Kinder mit Zerebralparese, Alter 2 Jahre – 8 Jahre)
- Wiebel-Engelbrecht, I./Jurek, A./Küssner, J./Starcke-Langosch, S./Regelien-Martin, C./Weis, M. (2000): Selbständigkeits-Index (SI): KITSI zur Erfolgskontrolle ganzheitlicher, interdisziplinärer Förderung der Selbständigkeit mehrfachbehinderter Kinder. KIT (Kinder-Intensiv-Therapie). Landesverband Bayern für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., München. www.lvkm.de/fileadmin/user_upload/lvkm/KIT-SI_neu.pdf (31.01.2007)
- Zenneck, H.-U./Lübke, N. (2003): Bewertung der Vorschläge der MDK-Gemeinschaft/MDS zur „Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI“ v. 25.7.02 unter Berücksichtigung des neuesten Standes der nationalen und internationalen Literatur sowie identifizierbarer Weiterentwicklungen zu Verfahren der Ermittlung umfassenden Pflege- und Unterstützungsbedarfs. Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hamburg