

F. Hinweise zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen bei der Pflegeplanung

Bearbeitung:

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

Übersicht:

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

Einführung

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

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

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

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

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

1. Merkmale des neuen Begutachtungsassessments (NBA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Informationsquelle für das pflegerische Assessment

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

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

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

Erster Arbeitsschritt: Systematisches Zusammentragen umfassender Informationen

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

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

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

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

3. Aussagen zur Selbständigkeit

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

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

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

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

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

0 = selbständig

1 = überwiegend selbständig

2 = überwiegend unselbständig

3 = unselbständig.

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

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

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

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

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

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

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

4. Identifizierung von Ansätzen der Ressourcenförderung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Die Kernbereiche der Einschätzung

Modul 1: Mobilität

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

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

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

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

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

5. *Treppensteigen*: die Überwindung von Treppen zwischen zwei Etagen.

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

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

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

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

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

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

1. *Personen aus dem näheren Umfeld erkennen:* Mit „Personen aus dem näheren Umfeld“ sind Menschen gemeint, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch die Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.
2. *Örtliche Orientierung:* die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt aufzusuchen und zu wissen, wo man sich befindet.
3. *Zeitliche Orientierung:* die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte, Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens.
4. *Gedächtnis:* die Fähigkeit, Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) wie auch solche aus ferner Vergangenheit (bei älteren Menschen).
5. *Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen:* die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen. Gemeint sind Handlungen, die täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag vorkommen und die eine Abfolge von Teilhandlungen umfassen.
6. *Entscheidungen im Alltagsleben treffen:* Auch in diesem Zusammenhang sollen nur alltägliche Entscheidungen einbezogen werden. Dazu gehört beispielsweise die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen und ähnliches.
7. *Sachverhalte und Informationen verstehen:* Damit ist die Fähigkeit angesprochen, Situationen, Ereignisse oder schriftliche/mündliche Information aufzunehmen und richtig zu deuten.
8. *Risiken und Gefahren erkennen:* Hiermit sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen. Dazu gehören beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z.B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (verkehrsreiche Straßen, Baustellen etc.).
9. *Mitteilung elementarer Bedürfnisse:* Hierzu gehört die Fähigkeit, Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. äußern zu können, bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln auf Bedürfnisse aufmerksam zu machen, Zustimmung oder Ablehnung auszudrücken.
10. *Aufforderungen verstehen:* Hierzu gehört die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z.B. essen, trinken, kleiden, beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.

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

In der heutigen Versorgungspraxis werden kognitive und kommunikative Fähigkeiten nur von sehr wenigen Einrichtungen mit diesem Differenzierungsgrad erfasst. Im Rahmen der individuellen Pflegeplanung sind daher nur noch wenige ergänzende Einschätzungen erforderlich. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Begutachtungsverfahren keine individuellen biografischen Informationen erfasst werden. Solche Informationen sind unverzichtbar, wenn dem professionellen Grundsatz einer biografieorientierten Pflege kognitiv beeinträchtigter Personen gefolgt und eine nachhaltige Verankerung psychosozialer pflegerischer Interventionen im Versorgungsalltag erreicht werden soll. Die Aktivierung und Förderung der verbliebenen kognitiven Ressourcen kommt ohne solche Informationen nicht aus.

Weitergehende Einschätzungen können beispielsweise anhand folgender Fragen erfolgen:

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

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

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

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

1. *Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten*: Dazu gehören vor allem das (scheinbar) ziellose Umhergehen in der Wohnung oder Einrichtung sowie der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die Wohnung/Einrichtung zu verlassen, ebenso allgemeine Rastlosigkeit in Form von ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im Bett.
2. *Nächtliche Unruhe*: Nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-/Nachtrhythmus (Wach sein in der Nacht, Schlafen während des Tages).
3. *Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten*: Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, Essen oder Trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen.
4. *Beschädigung von Gegenständen*: Aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder wegschieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z.B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen.
5. *Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen*: Nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzung anderer durch Gegenstände.
6. *Verbale Aggression*: Verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen.
7. *Andere vokale Auffälligkeiten*: Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen.
8. *Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen*: Ablehnung von Unterstützung (z.B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z.B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.
9. *Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen*: Visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z.B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; Vorstellung, verfolgt/bedroht/bestohlen zu werden usw.
10. *Ängste*: Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängstlichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen oder im Kontakt mit anderen Personen.

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

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

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

Modul 4: Selbstversorgung

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

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

Der Bereich *Körperpflege* besteht aus folgenden Items:

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

Der Bereich *An- und Auskleiden* ist aufgeteilt auf:

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

Der Bereich *Ernährung* wird abgebildet mit den Items:

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

Der Bereich *Ausscheiden* wird erfasst anhand der Items:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

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

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

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

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

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

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

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

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

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

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

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

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

Die Items 5 bis 7 werden anhand folgender Ausprägungen eingeschätzt:

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

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

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

Modul 8: Haushaltsführung

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

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

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

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

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

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

Fazit

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

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

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

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

Literaturverzeichnis/Weiterführende Literatur

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

Fakultät der Technischen Universität Dresden. URL Dokument [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=985850043&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=985850043.pdf] eingesehen am 02.01.2008

Messer, B. (2004): Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. Schlütersche GmbH&Co.KG, Hannover

Needham, I. (1991): Pflegeplanung in der Psychiatrie. Basel: Recom.

Stemper, T. (2002): Alter, Altern, Alterssport. Zur Bedeutung des körperlichen Trainings für Ältere aus sportwissenschaftlicher Sicht in: Rösch, H.E./Yaldai, S. (Hrsg): Spektrum der Sportwissenschaft Heft 14 der Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 38-60

Thiemes Pflege Band 1 (2000) Hrsg. von Edith Kellnhauser. Stuttgart: Thieme

Wingenfeld, K./Seidl, N. (i.E.): Verhaltensweisen psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse der Pflegeforschungsverbünde. Weinheim: Juventa

Wingenfeld, K./Heitmann, D./Korte-Pötters, U. (2007): Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussbericht der beteiligten Institute. 2004 – 2006. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen