

## **Anhang IV**

### **Instrument zur Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessmentinstrument“)<sup>1</sup>**

#### **Übersicht über Anhang IV:**

1. Quellenverzeichnis
2. Grundlagen des Assessmentinstrumentes
3. Ablauf eines Assessments
4. Grundlagen der phänomennahen Situationsaufnahme
5. Grundlagen des systematischen Assessments
6. Das Assessmentinstrument
  - a) phänomennahe Situationsaufnahme
  - b) systematische Situationsaufnahme
    1. Stammdaten
    2. Lebenssituation und Unterstützungsbedarf
      - I. Pflege/Gesundheit/Verhalten
      - II. Haushalt
      - III. Finanzieller und rechtlicher Bereich
      - IV. Psycho-sozialer Bereich
      - V. Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson mit der Versorgung
      - VI. Wohnung
    3. Zusammenarbeit im Netzwerk
      - Auflistung des Netzwerkes / Hilfelotse
  - c) Legende
7. Ergänzende Assessmentinstrumente und andere Werkzeuge (Checklisten, Screenings etc.)
8. Zuordnung vorhandener Assessmentinstrumente und anderer Werkzeuge zu den Inhaltsbereichen des Assessmentinstrumentes der Pflege- und Wohnberatung
9. Kurzdefinitionen

---

<sup>1</sup> Das Assessmentinstrument wurde im Ergebnis vor allem erarbeitet von Martin Kamps (KAA – Pflege- und Wohnberatung) und Sara Feierabend (KFH NW).

## IV.1 Quellenverzeichnis

Anhang IV enthält neben der Ergebnisdarstellung auch weitere Informationen, damit sich Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen je nach Aufgabenstellung Assessmentinstrumente zusammenstellen können.

Die folgenden Hilfsmittel (Checklisten, Screenings, Assessmentinstrumente) wurden eingesehen und inhaltlich ausgewertet:

Übersicht: AssessmentQuellen -  
Stand: Feb. 2007

Hilfsmittel	Quelle
ADL	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf">http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf</a> 8.5.2005
ADL Skala	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Aktivitäten des tägl. Lebens	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Antrag in vollstationären Einricht.	MDK.pdf: "Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen" (S. 92 - 96) abgespeichert von der Internetseite: <a href="http://www.mdk.de/index2.html">http://www.mdk.de/index2.html</a> 8.5.2005:
Barthel Index I	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Barthel Index II	Buch: Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatrisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2a)
Basis-ADL	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Befundsskala	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Beurteilungsbogen	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
CAN	Schleuning, G./ Welschehold, M. (2000): "Modellprojekt Psychiatrisches Assessment" Band 133, Nomos, 2000 Baden-Baden
Carenap Basic Information Sheet	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.carenap.info/carenap/basicinfo.pdf">http://www.carenap.info/carenap/basicinfo.pdf</a> 13.03.2006
Carenap Needs Assessment	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.carenap.info/carenap/needsassessment.pdf">http://www.carenap.info/carenap/needsassessment.pdf</a> 13.03.2006
CC	Buch: Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatrisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2h)
CDR-Skala	<u>Ausdruck von der Internetseite:</u> <a href="http://www.diss.fu-berlin.de/2004/325/1demenz.pdf">http://www.diss.fu-berlin.de/2004/325/1demenz.pdf</a> (S. 10)

	11.4.2005
Checkliste zur Entlassung	Krankenanstalten GILEAD gGmbH. Bethel. Bielefeld
Checkliste Ressourcen	Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2004): "individuelle Hilfeplanung des Landschaftsverbandes".
DemTect	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.kcgeriatrie.de">http://www.kcgeriatrie.de</a> 12.11.2006
Entlassungsplanung	<a href="#">DKV Care Plus Reha GmbH:</a> "Überleitungsmanagement - ein Leitfaden" (S.20)
Erstkontaktbogen	<a href="#">DKV Care Plus Reha GmbH:</a> "Überleitungsmanagement - ein Leitfaden" (S.18)
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	<a href="#">MDK: "Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen" (S. 87 - 91)</a> abgespeichert von der Internetseite: <a href="http://www.mdk.de/index2.html">http://www.mdk.de/index2.html</a> 8.5.2005
FIM	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.kc-geriatrie.de">http://www.kc-geriatrie.de</a> 12.11.2006
FLZ	<a href="#">Ausdruck von der Internetseite:</a> <a href="http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=12#Grunddaten">http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=12#Grunddaten</a> 12.04.2005
Fragebogen KH Gerresheim	bezogen über: Krankenhaus Gerresheim, Gräulinger Str. 120, D-40625 Düsseldorf
GDS	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2c)
Geldzähltest	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (S. 39)
Geriatisches Screening	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 1)
Gutachten zur Pflegebedürftigkeit	<a href="#">MDK: "Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen" (S. 98 - 108),</a> abgespeichert von der Internetseite: <a href="http://www.mdk.de/index2.html">http://www.mdk.de/index2.html</a> 8.5.2005
Handkraft	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2e)
HPS I	Übernahme für die DEGAM (2005) Leitlinie "Pflegerische Angehörige" nach Gräbel 1993
IADL	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
individuelle Hilfeplanung	<a href="#">Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2004):</a> "individuelle Hilfeplanung des Landschaftsverbandes"
Initiales Assessment	DKV Care Plus Reha GmbH: "Überleitungsmanagement - ein Leitfaden" (S.19)

KAA-Datenbank	KAA in Ahlen, Kontakt: info@kaa-ahlen.de
Lokomotion	Ausdruck von der Internetseite: http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm 12.4.2005
Lubben Social Network Scale	James Lubben, Ph.D.; Boston College- Graduate School of Social Work; McGuinn Hall, 140 Commonwealth Avenue; Chestnut Hill, Massachusetts United States 02467 (Lubben, J.E.: FACH, 1988 , 11, 42-52 ) (Z5)
MDS-HC 2.0	Buch: Vjenka Garms-Homolová (Hrsg.) (2002): "Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege" Hans Huber Verlag (S. 19 - 35)
MMSE	Buch: Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatrisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2b)
Mobilitätstest I	Ausdruck von der Internetseite: http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm 12.4.2005
Mobilitätstest II	Buch: Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatrisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2g)
Patienten-beratung	DAN Produkte. Pflegedokumentation GmbH (2002): Robert-Bosch Krankenhaus.
Pflegeanamnese	<a href="#">Krankenanstalten GILEAD gGmbH. Bielefeld</a>

Pflegerische Erstinformation	Universitätsklinikum Düsseldorf: <a href="#">"pflegerische Erstinformation. Stammblatt"</a>
PIE	<a href="#">Buch: Maja Heiner (Hrsg.) (2004):</a> "Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch." dv Verlag (S.165 - 174)
Profilerhebungsbogen	MDS Essen: "Profilerhebungsbogen bei Beinprothesen" <a href="http://www.mds-ev.org/index2.html">abgespeichert von der Internetseite: http://www.mds-ev.org/index2.html</a> downloads.Hilfsmittel/Pflegemittel: Profilerhebungsbogen PG 24. 8.5.2005
Risikocheckliste	Ausdruck von der Internetseite: http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm 12.4.2005
RMA	Ausdruck von der Internetseite: http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf 8.5.2005
SoS	Buch: Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatrisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2d)
Sozialfragebogen	Ausdruck von der Internetseite: http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm 12.4.2005
Spastik Skala	Ausdruck von der Internetseite: http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf 8.5.2005
STEP	Ausdrucke von der Internetseite: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&amp;db=PubMed&amp;list_uids=15592957&amp;dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&amp;db=PubMed&amp;list_uids=15592957&amp;dopt=Citation</a> 19.12.2006

strukturiertes Sturzinterview	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
SVS-Skala	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005:
TFDD	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.kcgeriatrie.de">http://www.kcgeriatrie.de</a> 12.11.2006
Timed "up" and "go"	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2f)
Überleitungsbericht	bezogen über: Krankenhaus Benrath, Urdenbacher Allee 83, D-40593 Düsseldorf 10.4.2005
Versorgungssituation	<a href="#">MDK: "Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen" (S. 79ff)</a> , abgespeichert von der Internetseite: <a href="http://www.mdk.de/index2.html">http://www.mdk.de/index2.html</a> 8.5.2005
Wertanamnese	<a href="#">Ausdruck von der Internetseite:</a> <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005

## IV.2 Grundlagen des Assessmentinstrumentes

- Im Zentrum des Assessments steht das beraterische Gespräch. Standardisiert über ein Instrument sind lediglich die Beratungsinhalte und die Dokumentation, nicht das Gespräch oder die methodischen Zugänge zum Klientensystem.
- Das Assessmentinstrument dient als ein „Werkzeug“ der umfassenden und verlässlichen Dokumentation der Aufnahme einer **komplexen Hilfesituation** (Informationsaufnahme) sowie der **Bedarfsfeststellung** (Informationsbewertung)
- Die Dokumentation kann bei Akzeptanz seitens des Klientensystems parallel zur Beratung erfolgen oder am Ende vorgenommen werden. Das Assessmentinstrument ist also nicht als durchzugehende Checkliste gedacht, sondern als fachliche Unterstützung und als Dokumentationshilfe.
- Das Assessmentinstrument besteht aus einer phänomennahen offenen Situationserfassung und einer systematischen, in hohem Grade standardisierten Situationsaufnahme.
- Das systematische Assessmentinstrument besteht aus zwei Teilen, die zusammengefügt sind: einer inhaltlichen Systematisierung aller relevanten Inhalte (Vertikale) und einer Formalstruktur, nach der alle Inhalte und der Bedarf nach Möglichkeit skaliert festgehalten werden (Horizontale).
- Dem vorliegenden systematischen Assessment können weitere (validierte) Assessmentinstrumente zugeordnet werden. Eine entsprechende Empfehlung der zu hinterlegenden Instrumente ist ebenfalls aufgeführt (Pkt. 7).
- Es werden nur Inhalte aufgenommen, die für einen Pflege- und Wohnberater handlungsrelevant werden können (nicht alle Inhaltsbereiche, die es gibt).
- Das Assessment muss das Kriterium der Multiperspektivität berücksichtigen, d.h. die unterschiedlichen Perspektiven, Pflegebedürftiger, Pflegeperson, Pflege- und Wohnberater sollen getrennt voneinander aufgenommen werden können.
- Dem Assessment liegt eine Ressourcenorientierung zugrunde. Zu Beginn der Einschätzung der verschiedenen Inhalte werden im Assessment die Ressourcen abgefragt, danach die Probleme.
- Alle standardisierbaren Inhalte sollen im systematischen Assessment standardisiert werden (pull down Menues).

- Die Inhalte sind im systematischen Assessmentinstrument hierarchisch auf drei Ebenen zugeordnet, so dass irrelevante Inhalte schnell ausgeschlossen werden können.
- Das systematische Assessmentinstrument berücksichtigt sowohl die Einzelfall- als auch die Systemebene (Hilfelotse/Angebote vor Ort können dem Bedarf im Einzelfall zugeordnet werden).
- Die Erarbeitungen dienen vor allem als Vorlage für eine Softwarelösung.
- Die Software soll pragmatisch sein, d.h. gut anwendbar im Einzelfall aus der Sicht des Pflege- und Wohnberaters.
- Der Benutzer der Software muss Einfluss auf die Menüs haben können.

### IV.3 Ablauf eines Assessments,

der in dem Instrument abgebildet sein soll:

1. offene Fragen und Dokumentationsmöglichkeiten, um die Situation **phänomennah** aufnehmen zu können
2. **systematische** Situationsaufnahme bzgl. der Inhalte und der Dokumentation  
Zwischen der phänomennahen Aufnahme der Situation und dem systematischen Assessment kommt es immer wieder zu einem **dialogischen Rückfluss**.
3. **Bedarfsfeststellung** (Ziel des Assessments): Die Bedarfsfeststellung wird nach multiperspektivischer Aufnahme von Ressourcen und Problemen und deren Gewichtung in Handlungsbedarf und Priorität vorgenommen

### IV.4 Grundlagen der phänomennahen Aufnahme der Situation

Die Perspektive des Pflegebedürftigen, der Ratsuchenden und der Pflegeperson(en) können dem Originalwortlaut nach festgehalten werden:

- Das Beratungsgespräch beginnt mit offenen Fragen, z.B.:
  - Was ist Ihr Anliegen an die Beratung?
  - Wie geht es Ihnen (evtl. enger führen, falls Anlass: traurig ... (s.u.))
  - Wie fühlen Sie sich körperlich, wie ist Ihr allgemeines Befinden?
  - Haben Sie viele soziale Kontakte (Freunde, Verwandte, Nachbarn)?
- Systematisierung anhand der folgenden Kategorien (nur die Perspektive des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson)
  - Z. B.: physische, psychische (kognitiv, emotional, spirituell), soziale Aspekte (Jeweils: Probleme, Defizite, Kompetenzen, Ressourcen)
  - in den drei offenen Textfeldern zu den Bereichen physisch, psychisch und sozial können unterschiedliche Perspektiven (z. B. Pflegebedürftiger, Pflegeperson) festgehalten werden (Multiperspektivität)
  - das Vorliegen externer Stellungnahmen oder Einschätzungen von Ärzten, Pflegediensten etc. soll in der Software vermerkt oder mit kurzen Kommentaren eingegeben werden können
- Frage nach Motivation der Beteiligten zu Veränderungen
- Bewertung der phänomennahen Situationsaufnahme/ Ratsuchendenperspektive durch den Pflege- und Wohnberater (in Prosa, evt. mit „Anleitung“) soll in der Software möglich sein.

### IV.5 Grundlagen des systematischen Assessments<sup>2</sup>

Das systematische Assessment gliedert sich in eine systematische Aufteilung der möglicherweise relevanten Inhalte (Vertikale) und in eine Formalstruktur (Horizontale).

#### Inhalte des systematischen Assessments

- Das Assessment unterliegt einer Baumstruktur und ist daher in 3 Ebenen (z.B. 1 spezifische Diagnosen; 1.1 Schlaganfall; 1.1.1 Aphasie) unterteilt. Wenn auf einer übergeordneten Ebene der Inhalt als irrelevant (**I** – Spalte mit 0 versehen) eingestuft wird (es liegt also kein Handlungsbedarf für den gesamten Bereich vor), müssen die Inhalte auf den folgenden Hierarchieebenen nicht mehr berücksichtigt werden. In einer Softwarelösung würden sie automatisch „grau“ hinterlegt werden.
- Der Case Manager unterliegt bei diesem Assessment der Verpflichtung, sich zu allen Inhalten zu verhalten. D.h. Inhalte, die er für nicht relevant einstuft, muss er zumindest in der ersten Spalte (**I**) mit einer 0 kennzeichnen. Die hierarchische Systematisierung erlaubt hier ein pragmatisches Vorgehen. Das Klientensystem hingegen kann die Angaben auf freiwilliger Basis vornehmen.

<sup>2</sup> Die formale Struktur wurde angelehnt an das Assessmentinstrument, das in dem Forschungsprojekt „Computerunterstütztes Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe“ ([www.cm4ju.de](http://www.cm4ju.de)) entwickelt wurde. Vgl. Poguntke-Rauer, Markus; Mennemann, Hugo; Löcherbach, Peter: Hilfeplanprozess und Assessment im Allgemeinen Sozialen Dienst durch EDV-Unterstützung. In: NDV Januar 2007 (im Druck).

Somit ist die Multiperspektivität gewährleistet (da sie im Assessment grundsätzlich möglich und vorgesehen ist), aber nicht verpflichtend.

- Das Assessment weist in jedem Bereich gleich zu Beginn auf weitere Assessment-instrumente hin, die (aus Sicht der Entwickler dieses Assessments) als hilfreich für die Einschätzung des Bedarfs erscheinen.
- Die SGB XI-Systematik wurde bei vielen Bereichen in dieses Assessment eingefasst.
- Im Assessment sind bei manchen Inhalten bereits „Freifelder“ eingearbeitet, damit es auf den Einzelfall angepasst werden kann. Trotzdem können bei Bedarf auch weitere Felder eingepasst werden (wenn z.B. weitere Personen bei `Zusammenarbeit im Netzwerk´ aufgenommen werden sollen).
- Re-Assessments sollten über Terminierungen möglich sein
- Eine Gesamtübersicht des aktuellen Standes sollte softwaretechnisch möglich sein – „Bericht“ über das, was in dem „Fall“ bisher dokumentiert wurde

### Formalstruktur des systematischen Assessments

- einige Daten (z. B. Stammdaten) sind reine Informationsdaten
- Die Formalstruktur besteht aus
  - o einer Informationsangabe (I), ob dieser Punkt überhaupt relevant ist, und ob weitere Informationen zu diesem Punkt in einem Freitext hinterlegt sind
  - o skalierten Angaben zu allen Inhaltsbereichen bzgl. der vorhandenen Ressourcen und der Probleme seitens des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson und des Pflege- und Wohnberaters
  - o einer rechnerischen Orientierungsgröße der Gesamteinschätzung (G)
  - o einer Zuordnung des Bedarfs nach „Interventions- und Handlungsbedarf“, „Beobachtungsbedarf“ und „kein Handlungsbedarf“ sowie
  - o einer Prioritätensetzung des Bedarfs

Im Einzelnen:

- manche Inhalte treffen gar nicht auf das Klientensystem zu (z.B. Schlaganfall: Pflegeperson hatte keinen Schlaganfall). Dies kann im Instrument in der Spalte I (=Information) festgehalten werden, damit geklärt ist, dass dieser Inhalt trotzdem abgefragt/ behandelt wurde. Liegen zu einem Inhalt weitere Informationen in Form eines Freitextes vor, wird das an dieser Stelle vermerkt:
  - o Information: 2er Skala
    - o 0 = Inhalt nicht vorhanden
    - o 1 = zusätzlicher Freitext hinterlegt

Trägt der Case Manager hier eine 0 ein, so müssen alle Unterpunkte des Bereichs nicht berücksichtigt und somit auch nicht ausgefüllt werden (in einer Software wären sie dann automatisch mit Eintragen der 0 „grau“ hinterlegt). Es muss nicht jedes I-Feld mit 1 oder 0 versehen werden. Ist ein Bereich zwar relevant, aber es liegt – noch - kein Freitext vor, bleibt das Feld I leer. Ist ein Inhalt nicht vorhanden bzw. nicht relevant muss eine 0 eingetragen werden. So kann der Case Manager nachvollziehen, welche Bereiche im späteren Verlauf noch geklärt werden müssen, und welche Bereiche nicht ausgefüllt wurden, da sie nicht relevant/vorhanden waren.
- andere Inhalte müssen skaliert zugeordnet werden:
  - o Ressourcen: 4er Skala
    - o 3 = überragend – Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden.
    - o 2 = bedarfsdeckend – Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind in ausreichendem Maße vorhanden.
    - o 1 = knapp - Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden.



- 0 = keine - Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für die Problemlösung nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden.
- Probleme: 4er Skala
  - 0 = keine – es wird kein Problem gesehen. Wird dies von CM und dem Klientensystem gleichermaßen eingeschätzt, sind in diesem Bereich keine weiteren Schritte notwendig.
  - 1 = mäßig – es gibt Probleme in Teilbereichen, aber nicht eine generelle Funktionseinschränkung
  - 2 = hoch – das Problem ist ausgeprägt und schwer veränderbar. Das Klientensystem bzw. Teile des Klientensystems leiden darunter oder Dritte haben wiederholt auf das Problem hingewiesen (Auffälligkeit, Meldung, Befunde).
  - 3 = sehr hoch – das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise erheblich.

Diese Skalen werden i.d.R. nur auf der zweiten inhaltlichen Ebene (z.B. 1.1; 1.2; 2.1; 2.2 usw.) eingeschätzt.

Die Beschreibungen des Klientensystems werden vom Case Manager skaliert. Es müssen nicht alle Inhalte vom Klientensystem beschrieben werden.

Zu jeder Ressourcenskalisierung seitens des Klientensystems (Pflegebedürftigen und Bezugsperson) muss auch eine entsprechende Problemskalierung erfolgen.

Die Spalten des Klientensystems sind beliebig erweiterbar.

### Bedarfsfeststellung

Zur Orientierung wird ein Gesamtwert (G) bzgl. des möglichen Bedarfs errechnet, damit der Pflege- und Wohnberater wichtige Diskrepanzen nicht übersieht. Dieser Wert ist ein rein rechnerischer Wert zur Orientierung, er ersetzt nicht die bewusste Bedarfseinschätzung seitens des Pflege- und Wohnberaters:

$$G = \text{Ressourcen } (PP + PB + CM) - \text{Probleme } (PP + PB + CM)$$

Bei einem negativen Wert als Ergebnis liegt laut Einschätzung der Beteiligten ein Problemgehalt vor, der durch die vorhandenen Ressourcen nicht gedeckt ist. Die Art des Handlungsbedarfs wird mit dieser Formel jedoch nicht berechnet. Die Einschätzung, welche Art von Bedarf vorliegt, nimmt der Case Manager allein vor. Sie wird im Folgenden näher beschrieben. Das Ergebnis der Berechnung kann ihm jedoch eine Hilfestellung sein - auch für den späteren Hilfeplan.

- Handlungsbedarf aus Beratersicht
    - Interventionsbedarf
    - Beobachtungsbedarf
    - kein Handlungsbedarf
  - Priorität: 3er Skala + Ressourcennachweis
    - 3 = hoch
    - 2 = mäßig
    - 1 = gering
- 
- R = Ressource vorhanden (die auch in anderen Bereichen genutzt werden kann)
  - Am Ende jedes Bereichs kann eine Gesamt-Priorisierung vorgenommen werden. So kann der Case Manager gewährleisten, dass „kleine“ Bereiche, also Bereiche, in denen es zahlenmäßig wenige Inhalte gibt, nicht durch „große“ Bereiche (wie z.B. „Wohnen“) in den Hintergrund gedrängt

werden (**ein** Bedarf im Bereich psychosoziale Situation kann u.U. dringender sein, als die Summe der Bedarfe im Bereich Wohnen).

Der Case Manager kann bei der Bedarfsfeststellung im Bereich `Priorität` nicht nur die Priorität des Handlungsbedarfs einschätzen, er kann auch (wenn kein Bedarf besteht) festschreiben, ob eine für andere Bereiche nutzbare Ressource in diesem Bereich liegt.

## IV.6 Das Assessmentinstrument

Das Assessmentinstrument untergliedert sich in:

- a) phänomennahe Situationsaufnahme
- b) systematische Situationsaufnahme
  - 1. Stammdaten
  - 2. Lebenssituation und Unterstützungsbedarf
    - I. Pflege/Gesundheit/Verhalten
    - II. Haushalt
    - III. Finanzieller und rechtlicher Bereich
    - IV. Psycho-sozialer Bereich
    - V. Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson mit der Versorgung
    - VI. Wohnung
  - 3. Zusammenarbeit im Netzwerk
    - Auflistung des Netzwerkes / Hilfelotse
- c) Legende

**a) Phänomennahe Situationsaufnahme** (in Anlehnung an Knipping © 2006)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Pflegebedürftigen: \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Anliegen an die Beratung?

Wie fühlen Sie sich insgesamt?

Wie geht es Ihnen körperlich?

Haben Sie viele Kontakte?

(jeweils ggf. differenzierende Fragen, z.B.: sind Sie häufig traurig und niedergeschlagen? ...)

<b>Physische Aspekte</b>
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite
<b>psychische (kognitiv, emotional, spirituell) Aspekte</b>
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite
<b>soziale Aspekte</b>
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite

**b) systematische Situationsaufnahme****1. Stammdaten**

durchnummeriert und jeweils aufgelistet nach Inhalt (2. Spalte) und Hinweise für die Softwareerstellung (3. Spalte):

1.1.	Datum der Aufnahme Stammdaten	Datumsfeld
1.2	Berater/in	(ortsbezogene Auswahlliste)
1.3	„Adressblatt“/Kontakte– dieses enthält alle für diesen „Fall“ relevanten Personen und deren Adressen: Ratsuchende/r, Hilfebedürftiger, Pflegeperson(en), Verwandte, Bezugspersonen, ges. Betreuer bzw. Vollmachtnehmer – diese können in ein Genogramm übernommen werden	
1.3.1	Name, Adresse, TelNr (privat und dienstlich), mobil, E-Mail	Freies Feld Text und Zahlen (Telefon)
1.3.2	Beziehung zur pflege- und hilfebedürftigen Person	(pull down: identisch, Ehe/Partner, Kindergeneration, andere Angehörige, Nachbar, Bekannter, Professionelle Fachkraft, freier Eintrag)
1.3.3.	Vermerk zur Person	Freies Textfeld
1.4	Kontakt über	z.B.: Altenheime, ambulante Pflegedienste, komplementäre Anbieter, Arzt, bestehender Kontakt, Öffentlichkeitsarbeit, Eigeninitiative, Gesundheitsamt, Krankenhaus, Reha-Klinik, Pflegekassen, Stadt, private Empfehlung, freier Eintrag <i>(alphabetisch sortieren – ergänzbare Liste):</i>
1.5	Beratungsart <i>(1.5 und 1.6 sind Bestandteil eines Verlaufsbogens)</i>	(Hausbesuch, Beratungsstelle, organisatorischer Kontakt, telefonisch, sonstige)
1.6	Vereinbarung nach Erstkontakt	(Beratung in der Beratungsstelle, Hausbesuch, freier Eintrag)
1.7	Daten zur pflege- und hilfebedürftigen Person	
1.7.1	Geschlecht	(m, w)
1.7.2	Alter	aus Geburtsdatum, zu statistischen Zwecken, die Frage nach Personen im Alter in 10er Schritten
1.7.3	Geburtsdatum	(Datumsfeld)
1.7.4	Lebenssituation	<i>((Mehrfachauswahl wichtig)</i> alleinlebend, mit Ehepartner, Angehörige im Haus, Angehörige am Ort, Angehörige entfernt, keine Angehörigen)
1.7.5	Finanzielle Situation des Haushalts der pflegebedürftigen Person	(Einkommen, Vermögen, Wohnungskosten)
1.8	Aktuelle Situation zu „Sozialrechtlichen Leistungen und ihre Erbringer“	Vorstandardisierte Antwortmöglichkeiten: Für Ahlen wurde eine entsprechende Liste von der KAA erarbeitet
1.8.1	Krankenkasse	(ortbezogene Liste/Auswahl über Kontakte)
1.8.2	Pflegekasse	(ortbezogene Liste/Auswahl über Kontakte)
1.8.3	KVNummer	Zahlenfeld
1.8.4	Pflegestufe	(0, 1, 2, 3, Härtefall, § 45b-Anspruch, §3) „Terminhistorie“
1.8.5	Angaben zur Pflegestufe	(Antrag gestellt/abgelehnt, Höherstufung beantragt/abgelehnt; Antragstellung aussichtslos)
1.8.6	Handlungsbedarf	ja/nein; zu dem Übersichtsblatt „sozialrechtliche Antragstellungen“

1.8.7	Schwerbehindertenausweis	(%, Merkzeichen) (Antrag gestellt / abgelehnt, und: Höherstufung beantragt/abgelehnt)
1.8.8	Handlungsbedarf	ja/nein; zu dem Übersichtsblatt sozialrechtliche Antragstellungen s. o.)
1.8.9	Krankenkasse Zuzahlungsbegrenzung	(1%, 2%);
1.8.10	Handlungsbedarf	ja/nein; zu dem Übersichtsblatt sozialrechtliche Antragstellungen)
1.8.11	SGB XII/Grundsicherungsantrag	(Antrag gestellt/abgelehnt)
1.8.12	Sachbearbeiter Sozialamt	(Auswahl aus hinterlegten Kontakten mit Email und TelNr.)
1.8.13	Sonst. Leistungsträger und Zuständigkeiten (Kriegsopferfürsorge z. B)	hier freier Eintrag
1.8.14	Vollmacht, Patientenverfügung, Ges. Betreuung eingerichtet? mit Eintrag, für welche Bereiche	(Vollmachtnehmer/Ges. Betreuer – ehrenamtlich oder beruflich - s. ggf. Adressblatt)
1.9	Hauptpflegeperson und ggf. weitere Pflegepersonen	(Adressblatt)
1.9.1	Name, Adresse, TelNr	Entsprechende Textfelder
1.9.2	Verhältnis zur pflege- und hilfebedürftigen Person	(identisch, Ehe/Partner, Kindergeneration, andere Angehörige, Nachbar, Bekannter, Professionelle Fachkraft, sonstige)
1.10	Arzt/Ärzte	(Auswahlliste mit Felderanzahl nach Bedarf für: Hausarzt, Facharzt 1, FA 2, FA 3) (Mehrfachauswahl)
1.11	Diagnose	(Auswahlliste, Mehrfachauswahl, b.Bed. auffüllbar)
1.12	Somatische Besonderheiten	Hochgradige Sehbehinderung / Erblindung, Prothesen, Stoma, Amputationen, PEG, Sauerstoffgerät, Dauerkatheter, Adipositas / Kachexie usw.; pull down, Mehrfachauswahl, b. Bed. Auffüllbar
1.13	Beteiligte Dienste/Einrichtungen bei Aufnahme der Stammdaten	(Auswahl aus Liste/Kontakten) Mehrfachnennungen
1.13.1	Pflegedienst	(aus vorliegender Liste, womit beteiligt: Grundpflege, Behandlungspflege, § 37 Abs 3; Häufigkeit und welche Leistung Freitext) Mehrfachauswahl
1.13.2	Tagespflege	(welche, Häufigkeit z. B. 3x wöchentlich)
1.13.3	Vollstationäre Pflege	Freies Textfeld
1.13.4	Kurzzeitpflege	Freies Textfeld
1.13.5	Krankenhaus	Freies Textfeld
1.13.6	Reha-Klinik	Freies Textfeld
1.13.7	Heilmittel	Pull down: Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie, freie Ergänzungsmöglichkeiten und jeweils Textfeld für Name der Praxis (Mehrfachauswahl)
1.13.8	Komplementäre Angebote	(aus ortsbezogener Liste, Mehrfachauswahl)
1.13.8.1	Essen auf Rädern	Anbieter aus Liste + Freies Textfeld
1.13.8.2	Hausnotruf	Wie oben
1.13.8.3	Fahrdienste	Wie oben
1.13.8.4	stundenweise Betreuung	Wie oben
1.13.8.	Sozialpsychiatrischer Dienst	Freies Textfeld

5		
1.13.8. 6	usw.	Freies Textfeld

**b2. Lebenssituation und Unterstützungsbedarf**

Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

I. Pflege/Gesundheit/Verhalten		Nutzbare Ressource			Schwere des Problems			G	Bedarf			Pri- ori- tät C M	
		PB	PP	C M	PB	PP	C M		IH B	BB	KH B		
1	Körperliche Aktivitäten												
1.1	Aufstehen von												
1.1.1	Sitzmöbeln												
1.1.2	WC												
1.1.3	Bett/Zubettgehen												
1.2	Transfer												
1.2.1	von Sitzmöbel oder Bett auf Roll/Toilettenstuhl und umgekehrt												
1.2.2	von Roll/Toilettenstuhl auf das WC und umgekehrt												
1.2.3	von Roll/Toilettenstuhl auf Wannenlifter oder Duschhocker												
1.2.4	Vom Rollstuhl ins Auto und umgekehrt												
1.3	An- und Auskleiden												
1.3.1	Ganzer Körper												
1.3.2	Untere Extremitäten												
1.3.3	Prothesen und Orthesen												
1.4	Sitzen												
1.5	Gehen oder Mobilität im Rollstuhl												
1.6	Ein-/Aussteigen in												
1.6.1	Dusche												
1.6.2	Badewanne												
1.7	Greifen und Halten												
1.8	Treppen steigen												
1.9.	Einzelne Stufen / Schwellen überwinden												
1.10	Umdrehen im Bett												
1.11	Verlassen der Wohnung												
2	Ernährung												
2.1	Gesunde und mengenmäßig ausreichende Ernährung												

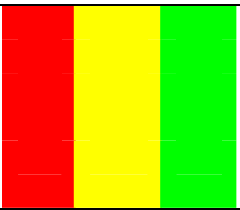







































































5.4	Unsachgemäßer Umgang mit Gegenständen										Red	Yellow	Green	
5.5	Aggressionen										Red	Yellow	Green	
5.6	Inadäquates Verhalten										Red	Yellow	Green	
5.7	Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen										Red	Yellow	Green	
5.8	Zulassen von und Mitwirken bei der Pflege										Red	Yellow	Green	
5.9	Nächtliche Unruhe										Red	Yellow	Green	
5.10	Wahnhafte Verknennen										Red	Yellow	Green	
5.11	Tagesstrukturierung										Red	Yellow	Green	
5.12	Labilität, Misstrauen, Emotionen										Red	Yellow	Green	
5.13	Rückzug, Depression										Red	Yellow	Green	
6	Sinnesorgane													
6.1	Sehen										Red	Yellow	Green	
6.2	Hören										Red	Yellow	Green	
6.3	Sprechen										Red	Yellow	Green	
7	Prävention													
7.1	Ermüdung / Erschöpfung bei bestimmten Aktivitäten										Red	Yellow	Green	
7.2	Dekubitusrisiko										Red	Yellow	Green	
7.3	Sturzgefahr										Red	Yellow	Green	
7.4	Gewichtsverlust										Red	Yellow	Green	
8	Sonstiges													
8.1	Schmerzsituation										Red	Yellow	Green	
8.2	Nächtlicher Hilfebedarf										Red	Yellow	Green	
8.3	Suchtproblematik										Red	Yellow	Green	

II. Haushalt			I Nutzbare Ressource			Schwere des Problems				Bedarf			Priorität C M	
			PB	PP	C M	PB	PP	C M	G	IH B	BB	KH B		
	1	Einkaufen									Red	Yellow	Green	
	2	Kochen									Red	Yellow	Green	
	3	Spülen									Red	Yellow	Green	
	4	Raumpflege									Red	Yellow	Green	
	5	Heizen									Red	Yellow	Green	
	6	Wäschepflege									Red	Yellow	Green	
	7	Kleine Reparaturen									Red	Yellow	Green	
	8	Verwahrlosung									Red	Yellow	Green	

III. Finanzieller, rechtlicher Bereich			I Nutzbare Ressource			Schwere des Problems				Bedarf			Priorität C M
			PB	PP	C M	PB	PP	C M	G	IH B	BB	KH B	



1	Behördenangelegenheiten	
2	Regelung der Finanzen	
3	Dauerhafte, hohe Schulden	
4	Rechtliche Angelegenheiten	

IV. Psychosozialer Bereich (falls keine dementielle Erkrankung vorliegt)	I	Nutzbare Ressource			Schwere des Problems			G	Bedarf			Priorität C M	
		PB	PP	C M	PB	PP	C M		IH B	BB	KH B		
<b>1 Pflegebedürftiger</b>													
1.1	Grundhaltung zur Lebenssituation												
1.1.1	Einstellung zur Lebenssituation												
1.1.2	Antriebsfähigkeit / Motivation												
1.1.3	Einstellung zu Verlust												
1.1.4	Umgang mit Sterben und Tod												
1.2	Emotionale Befindlichkeit												
1.2.1	Psychische Stabilität												
1.2.2	Copingstrategien												
1.2.3	Ängste, Sorgen												
1.2.4	Aggressionen												
1.2.5	Schlafsituation (als Indikator)												
1.3	Kognitive Leistungsfähigkeit												
1.3.1	Orientierung												
1.3.2	Merkfähigkeit												
1.3.3	Kontextbezogene Entscheidungsfähigkeit												
1.3.4	Aufmerksamkeit/ Konzentration												
1.4	Soziales Umfeld												
1.4.1	Kontakthäufigkeit mit dem sozialen Umfeld												
1.4.2	Kommunikation per Telefon												
1.4.3	Nutzen von Verkehrsmitteln												
1.4.4	Beziehung zu sozialem Umfeld												
1.4.5	Beziehung zu einer Bezugsperson												
1.4.6	Konfliktfähigkeit												
1.4.7	Bevormundung												
1.4.8	Alleinsein in der Wohnung												
1.4.9	Gewalt in der Pflegebeziehung												
1.5	Hobbys												
<b>2 Pflegeperson</b>													
2.1	Grundhaltung zur Lebenssituation												
2.1.1	Einstellung zur Lebenssituation												

2.1.2	Antriebsfähigkeit / Motivation											Red	Yellow	Green
2.1.3	Einstellung zu Verlust											Red	Yellow	Green
2.1.4	Umgang mit Sterben und Tod											Red	Yellow	Green
2.2	Emotionale Befindlichkeit													
2.2.1	Psychische Stabilität											Red	Yellow	Green
2.2.2	Copingstrategien											Red	Yellow	Green
2.2.3	Ängste, Sorgen											Red	Yellow	Green
2.2.4	Aggressionen											Red	Yellow	Green
2.2.5	Schlafsituation (als Indikator)											Red	Yellow	Green
2.3	Kognitive Leistungsfähigkeit													
2.3.1	Orientierung											Red	Yellow	Green
2.3.2	Merkfähigkeit											Red	Yellow	Green
2.3.3	Kontextbezogene Entscheidungs-fähigkeit											Red	Yellow	Green
2.3.4	Aufmerksamkeit/ Konzentration											Red	Yellow	Green
2.4	Soziales Umfeld													
2.4.1	Kontakthäufigkeit mit dem sozialen Umfeld											Red	Yellow	Green
2.4.2	Kommunikation per Telefon											Red	Yellow	Green
2.4.3	Nutzen von Verkehrsmitteln											Red	Yellow	Green
2.4.4	Beziehung zu sozialem Umfeld											Red	Yellow	Green
2.4.5	Beziehung zu einer Bezugsperson											Red	Yellow	Green
2.4.6	Konfliktfähigkeit											Red	Yellow	Green
2.4.7	Bevormundung											Red	Yellow	Green
2.4.8	Alleinsein in der Wohnung											Red	Yellow	Green
2.4.9	Gewalt in der Pflegebeziehung											Red	Yellow	Green
2.5	Hobbys											Red	Yellow	Green

V. Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson mit Versorgung		I Nutzbare Ressource			Schwere des Problems				Bedarf			Pri-ori-tät C M	
		PB	PP	C M	PB	PP	C M	G	IH B	BB	KH B		
1	Zufriedenheit des Pflegebedürftigen insgesamt									Red	Yellow	Green	
1.1	... mit Arzt (Duplizierung)		Black			Black				Red	Yellow	Green	
1.2	... mit Pflegedienst		Black			Black				Red	Yellow	Green	
1.3	... mit Heilmittelerbringer (Duplizierung)		Black			Black				Red	Yellow	Green	
1.4	... mit komplementären Angeboten (Duplizierung)		Black			Black				Red	Yellow	Green	
1.5	... freier Eintrag		Black			Black				Red	Yellow	Green	
2	Zufriedenheit der Pflegeperson insgesamt									Red	Yellow	Green	
2.1	... mit Arzt (Duplizierung)	Black			Black			Black	Black	Red	Yellow	Green	
2.2	... mit Pflegedienst				Black			Black	Black	Red	Yellow	Green	

	2.3	... mit Heilmittelerbringer (Duplizierung)												
	2.4	... mit komplementären Angeboten (Duplizierung)												
	2.5	... freier Eintrag												
	3	Belastung der Pflegeperson (Ergänzung durch zusätzliches Assessment ggf. notwendig)												
	4	Beziehung PP – PB (Genogramm als eigenes Assessment integriert)												

## VI. Wohnung

<b>1.</b>	<b>Allgemeine Daten zur Wohnung</b>	
1.1	<b>Status der Wohnung</b>	<b>(aus pull down zutreffendes Ankreuzen)</b>
1.1.1	Miete	
	Vermieter	
1.1.2	Eigentum	
1.1.3	Wohnrecht	
1.1.4	...	
<b>1.2</b>	<b>Art der Wohnung</b>	<b>(aus pull down zutreffendes Ankreuzen)</b>
1.2.1	Einfamilienhaus	
1.2.2	Bungalow	
1.2.3	Bauernhaus	
1.2.4	Doppelhaushälfte	
1.2.5	Reihenhaus	
1.2.6	Etagenwohnung	
1.2.7	...	
<b>1.3</b>	<b>Lage der Wohnung</b>	<b>(aus pull down zutreffendes Ankreuzen)</b>
1.3.1	Souterrain	
1.3.2	Erdgeschoss /barrierefrei	
1.3.3	Erdgeschoss mit Stufen	
1.3.4	1. Obergeschoss	
1.3.5	2. Obergeschoss	
1.3.6	...	
1.3.7	Aufzug	
<b>1.4</b>	<b>Zimmer</b>	
1.4.1	Aufteilung der Zimmer über mehrere Etagen	(Freitextmöglichkeit zur Beschreibung der Zimmerlagen)
1.4.2	Anzahl der Zimmer	Zahlenfeld

VI. Wohnung Fortsetzung	I	Nutzbare Ressource			Schwere des Problems			G	Bedarf			Pri- ori- tät C M
		PB	PP	C M	PB	PP	C M		IH B	BB	KH B	
2		Raumübergreifend										





**b3. Beschreibung der Netzwerkebene**

I. Zusammenarbeit im Netzwerk		Nutzbare Ressource			Schwere des Problems			G	Bedarf			Pri- ori- tät C M
		PB	PP	C M	PB	PP	C M		IH B	BB	KH B	
1	Zufriedenheit mit Pflegesituation geäußert von											
1.1	Arzt (Duplizierung)											
1.2	PD											
1.3	Heilmittel (Duplizierung)											
1.4	Komplementäre Angebote (Duplizierung)											
1.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>											
2	Kooperation seitens CM mit:											
2.1	Arzt (Duplizierung)											
2.2	PD											
2.3	Heilmittel (Duplizierung)											
2.4	Komplementäre Angebote (Duplizierung)											
2.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>											
3	Qualität											
3.1	Arzt (Duplizierung)											
3.2	PD											
3.3	Heilmittel (Duplizierung)											
3.4	Komplementäre Angebote (Duplizierung)											
3.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>											

**- Auflistung des Netzwerkes / Hilfelotse**

(Verbindung jeweils zwischen Stammdaten, Hilfeplan und Hilfelotsen)

1.	Hilfen im Bereich Pflege und Gesundheit	Adressen der am Ort ansässigen bzw. für den Ort relevanten Dienste
1.1	Ämter	
1.1.1	Gesundheitsamt	
1.1.2	Sozialamt	
1.1.3	Versorgungsamt	
1.2	Ärzte	
1.2.1	Hausärzte	
1.2.2	Fachärzte (v.a. Neurologen, Psychiater, Internisten, Kardiologen, Orthopäden)	
1.2.3	Memory-Kliniken	
1.3	Pflegedienste	
1.4	Heilmittelerbringer	
1.4.1	Logopädie	
1.4.2	Ergotherapie	
1.4.3	Physiotherapie	

1.5	Medizinische Fußpflege	
1.6	Sanitätshäuser	
1.7	Apotheken	
2	Komplementäre Hilfen	
2.1	Stundenweise Betreuung (häusliche Betreuung, Betreuungsgruppen)	
2.2	Besuchsdienste	
2.3	Freiwilligenagenturen	
2.4	Schulungsangebote für Angehörige	
2.5	Selbsthilfekontaktstelle	
2.6	Selbsthilfegruppen (Angehörigengruppen, Schlaganfall, Parkinson, MS u.a.m.)	
2.7	Hospizbewegung	
2.8	Alzheimer Gesellschaft	
2.9	Essen auf Rädern	
2.10	Hausmeisterdienste	
2.11	Wäschedienst	
2.12	Behindertenfahrdienst	
2.13	Krankentransport	
3	Finanzielle und rechtliche Hilfen	
3.1	Gerichte	
3.2	Betreuungsvereine	
3.3	Schuldnerberatung	
4	Psycho-soziale Hilfen	
4.1	Therapeutische Praxis / Psychologen	
4.2	Andere Beratungsstellen	
4.3	Krisenintervention	
4.4	Notfalldienste	
5	teilstationäre und stationäre Einrichtungen	
5.1	Tagespflege	
5.2	Kurzzeitpflege	
5.3	stationäre Pflegeeinrichtung	
5.4	Stationäre Hospize	
5.5	Krankenhäuser	
5.6	Tageskliniken	
5.7	Rehabilitationseinrichtungen (ambulant / stationär)	
6	Wohlfahrtsverbände vor Ort	
7	Kostenträger	
7.1	Pflegekassen	
7.2	Krankenkassen	
7.3	Sozialhilfeträger	
7.4	Versorgungsamt	

**c) Legende:**

I – weitere Informationen liegen vor (s. unten)

PP – Pflegeperson

PB – Pflegebedürftiger

CM – Case Manager

G – Gesamtschätzung (PP, PB, CM)

INFORMATION INDEX	RESSOURCEN INDEX	PROBLEM INDEX	BEDARF	PRIORITÄTEN INDEX
0 nicht vorhanden 1 zusätzlicher Freitext	0 keine 1 knapp 2 bedarfsdeckend 3 überragend	0 kein Problem 1 mäßig 2 hoch 3 sehr hoch	IHB Interventions-/ Handlungsbedarf BB Beobachtungsbedarf KHB Kein Handlungsbedarf	1 gering 2 mäßig 3 hoch R Ressource



## **IV.7 Ergänzende Assessmentinstrumente und andere Werkzeuge (Checklisten, Screenings, etc.)**

a) Besondere Auswahl. Diese sollte zudem hinterlegt in der Software:

- **Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)**

Soziale Arbeit

- **FIM**

Medizin, Pflege

- **HPS**

Soziale Arbeit, Psychologie, Pflege

- **Lubben Social Network Scale**

Soziale Arbeit, Pflege

- **Motilitätstest nach E.Tinetti**

Medizin, Physio-, Ergotherapie

- **Strukturiertes Sturzinterview**

Pflege

b) Weitere Hilfsmittel, die hilfreich sein können:

- Barthel Index

Pflege

- Erhebungsbogen Clock completion

Medizin, Ergotherapie

- Funktionsskala Lokomotion

Ergotherapie

- GDS

Medizin

- Geriatrisches Screening

Medizin

- Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (MDK)

Medizin, Pflege

- Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Medizin, Pflege

- MMSE

Medizin, Pflege

- Timed "up & go

Medizin, Physio-, Ergotherapie

## IV.8 Zuordnung vorhandener Assessmentinstrumente und anderer Werkzeuge zu den Inhaltsbereichen des Assessmentinstrumentes des Pflege- und Wohnberaters

Pflege/Gesundheit			Hilfsmittel (Kriterienkataloge, Checklisten, Screenings, Assessments)
1		<b>Körperliche Fähigkeiten</b>	
	1.1	Aufstehen von	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Funktionsskala Lokomotion
			Geriatrisches Screening
	1.2	Transfer	FIM
			Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
	1.3	An- und Auskleiden	FIM
			Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Geriatrisches Screening
	1.4	Sitzen	Funktionsskala Lokomotion
	1.5	Gehen oder Mobilität im Rollstuhl	FIM
			Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Funktionsskala Lokomotion
			Geriatrisches Screening
	1.6	Ein-/Aussteigen in	
	1.7	Greifen und Halten	
			Geriatrisches Screening
	1.8	Treppen steigen	FIM
			Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Geriatrisches Screening
	1.9	einzelne Stufen/Schwellen überwinden	
	1.10	Umdrehen im Bett	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Funktionsskala Lokomotion
	1.11	Verlassen der Wohnung (im Sinne des PVG)	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

2	<b>Ernährung</b>	
2.1	Gesunde und mengenmäßig ausreichende Ernährung	
2.2	Essen mit Appetit	
2.3	Mundgerechte Zubereitung	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
2.4	Nahrungsaufnahme	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
2.5	Öffnen von Flaschen, Verpackungen	
2.6	Getränk einschenken	
2.7	Trinken	FIM
2.8	Trinkmenge	
2.9	Sondenkost	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
3	<b>Körperpflege</b>	
3.1	Waschen/Abtrocknen	FIM
		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.2	Duschen	FIM
		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.3	Baden	FIM
		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.4	Zahnpflege	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.5	Ohrenpflege	
3.6	Kämmen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.7	Rasieren	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.8	Haut(pflege)	
3.9	Finger- /Fußnagelpflege	
3.10	Kontinenz	FIM
		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI

			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Geriatrisches Screening
	3.11	Toilettennutzung	FIM
	3.12	Wechsel der Vorlagen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
	3.13	Wechsel der Pampers	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
	3.14	Säuberung der Utensilien	
4		<b>Behandlungspflege</b>	
	4.1	Medikamentengabe	
	4.2	Subcutane Injektionen / Infusionen	
	4.3	Wundversorgung	
	4.4	Messungen BZ / RR	
	4.5	Kompressionsstrümpfe	
	4.6	<i>Freier Eintrag Beh.Pflege</i>	
5		<b>Verhalten (screening gem. §45 SGB XI)</b>	
	5.1	Einschränkung bei ATLS	
	5.2	Weglauftendenz	
	5.3	Selbst-/Fremdfährdung	
	5.4	Unsachgemäßer Umgang mit Gegenständen	
	5.5	Aggressionen	
	5.6	Inadäquates Verhalten	
	5.7	Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen	
	5.8	Zulassen von und Mitwirken bei der Pflege	
	5.9	Nächtliche Unruhe	
	5.10	Wahnhaftes Verkennen	
	5.11	Tagesstrukturierung	
	5.12	Labilität, Misstrauen, Emotionen	
	5.13	Rückzug, Depression	
		Hilfebedarf nachts	
6		<b>Sinnesorgane</b>	
	6.1	Sehen	Geriatrisches Screening
	6.2	Hören	FIM
	6.3	Sprechen	FIM
			Geriatrisches Screening
7		<b>Prävention</b>	
	7.1	Ermüdung / Erschöpfung bei bestimmten Aktivitäten	
	7.2	Dekubitusrisiko	
	7.3	Sturzgefahr	
	7.4	Gewichtsverlust	
8		<b>Sonstiges</b>	
	8.1	Schmerzsituation	
	8.2	Nächtlicher Hilfebedarf	

8.3	Suchtproblematik	
-----	------------------	--

Haushalt		Assessementinstrumente
1	Einkaufen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI Geriatrisches Screening
2	Kochen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3	Spülen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
4	Raumpflege	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
5	Heizen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
6	Wäschepflege	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
7	Kleine Reparaturen	
8	Verwahrlosung	

III. Finanzieller, rechtlicher Bereich		
1	Behördenangelegenheiten	
2	Regelung der Finanzen	
3	Dauerhafte, hohe Schulden	
4	Rechtliche Angelegenheiten	

Psychosozialer Bereich (falls keine dementielle Erkrankung vorliegt)		Hilfsmittel
1	HPB	
1.1	Grundhaltung zur Lebenssituation	
1.2	Emotionale Ausgeglichenheit	Geriatrisches Screening
		GDS

1.3	Kognitive Leistungsfähigkeit	MMSE
1.4	soziales Umfeld	Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
		Geriatrisches Screening
		Lubben Social Network Scale
2 Pflegeperson		
2.1	Grundhaltung zur Lebenssituation	
2.2	Emotionale Ausgeglichenheit	Geriatrisches Screening
		GDS
2.3	Kognitive Leistungsfähigkeit	MMSE
2.4	soziales Umfeld	Geriatrisches Screening
		Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
		Lubben Social Network Scale

Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson mit Versorgung		Hilfsmittel
1	Zufriedenheit des Pflegebedürftigen insgesamt	Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
2	Zufriedenheit der Pflegeperson insgesamt	Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
3	Belastung der Pflegeperson	Häusliche Pflege – Skala (Langfassung)
4	Beziehung PP - PB	

### 3 Beraterische Tätigkeit des Case Managers erforderlich?

Zusammenarbeit im Netzwerk		Assessmentinstrumente
1	Zufriedenheit mit Pflegesituation seitens	
1.1	Arzt	
1.2	PD	
1.3	Heilmittel	
1.4	komplementäre Angebote	
1.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>	
2 Kooperation		
2.1	Hausarzt	
2.2	PD	
2.3	Heilmittel	
2.4	komplementäre Angebote	
2.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>	
3 Qualität		
3.1	Hausarzt	
3.2	PD	
3.3	Heilmittel	
3.4	komplementäre Angebote	
3.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>	

## IV.9 Kurzdefinitionen

Die Kurzdefinitionen sollen zur ersten Klärung der stichwortartig benannten Inhalte von der Software eingeblendet werden bei anklicken. Für die Weiterentwicklung des Instrumentes ist es notwendig, dass zu allen Inhalten Beispiel für die Skalierungen erarbeitet werden. Erst dann gewinnt das Instrument Gültigkeit. Diese Beispiele sollten aus der jeweiligen Praxis heraus erarbeitet und eingefügt werden können.

Die folgenden Kurzdefinitionen sind mit Ausnahme der psycho-sozialen Situationsinhalte von der KAA – Pflege- und Wohnberatung erstellt worden. Der Einfachheit halber wurden zunächst weitestgehend selbsterklärende Inhalte nicht weiter erläutert. Hier steht dann der Eintrag „0“.

Körperliche Aktivitäten		
1.1	Aufstehen von	
1.1.1	Sitzmöbeln	0
1.1.2	WC	0
1.1.3	Bett/Zubettgehen	0
1.2	Transfer	Hilfe beim Umsetzen von einer Position in eine andere
1.2.1	von Sitzmöbel oder Bett auf Roll/Toilettenstuhl und umgekehrt	0
1.2.2	von Roll/Toilettenstuhl auf das WC und umgekehrt	0
1.2.3	von Roll/Toilettenstuhl auf Wannenlift oder Duschhocker	0
1.2.4	Vom Rollstuhl ins Auto und umgekehrt	0
1.3	An- und Auskleiden	
1.3.1	Ganzer Körper	0
1.3.2	Untere Extremitäten	Alle Kleidungsstücke, die untere Extremitäten betreffen: Schuhe, Strümpfe, (Unter)Hose
1.3.3	Prothesen und Orthesen	i.d.R. Beinprothesen; auch andere (Brustprothesen z.B.), Schienen; Zahnprothesen s. bei 3.4 Zahnpflege; Hörgerät s. bei 3.5 Ohrenpflege
1.4	Sitzen	Fähigkeit, ohne personelle Hilfen oder Lagerungshilfsmittel aufrechte Sitzposition zu halten
1.5	Gehen oder Mobilität im Rollstuhl	Fortbewegung mit körperlicher (führen, stützen, schieben) oder orientierender (Demente) Hilfe
1.6	Ein-/Aussteigen in	Hilfe bei Einstieg von aufrechter Position aus bzw. bei Ausstieg in aufrechte Position (sonst Transfer)
1.6.1	Dusche	0
1.6.2	Badewanne	0
1.7	Greifen und Halten	Auch Aufheben eines heruntergefallenen Gegenstandes
1.8	Treppen steigen	Innerhalb des Hauses / der Wohnung. Sofern SGB XI-relevant, in I-Spalte kennzeichnen.
1.9.	Einzelne Stufen / Schwellen überwinden	Max. 2 Stufen bei versetzten Wohnebenen oder Hauseingang; Schwelle zu Raum mit anderem Bodenniveau, Balkon oder Terrasse
1.10	Umdrehen im Bett	Auch Lagern und Aufrichten

1.11	Verlassen der Wohnung / des Hauses	Sofern SGB XI-relevant, in I-Spalte kennzeichnen: Regelmäßige, d.h. mindestens 1x wchtl. auf Dauer (mind. 6 Monate) stattfindende Arzt- und Therapeutenbesuche
Ernährung		
2.1	Gesunde und mengenmäßig ausreichende Ernährung	Diätvorschriften beachtend, abwechslungsreich, Obst und Gemüse, tgl. eine warme Mahlzeit
2.2	Essen mit Appetit	
2.3	Mundgerechte Zubereitung	Das fertig zubereitete Essen wird mundgerecht bereitet (klein schneiden, pürieren)
2.4	Nahrungsaufnahme	Essen mit Löffel bzw. Gabel zum Mund führen, kauen und schlucken
2.5	Öffnen von Flaschen, Verpackungen	0
2.6	Getränk einschenken	0
2.7	Trinken	Getränk zum Mund führen und schlucken
2.8	Trinkmenge	Wird - in Abhängigkeit von Witterung und körperlichen Aktivitäten – mind. 1 ½ l/Tag erreicht?
2.9	Sondenkost	Meist durch PEG verabreichte breiig-flüssige Nahrung
Körperpflege		
3.1	Waschen/Abtrocknen	0
3.2	Duschen	0
3.3	Baden	0
3.3.1	Ganzer Körper	0
3.3.2	Oberkörper	0
3.3.3	Unterkörper	0
3.3.4	Haare waschen	Einschließlich trocknen
3.4	Zahnpflege	Auch Reinigen und Einsetzen einer Zahnprothese
3.5	Ohrenpflege	Auch Einsetzen eines Hörgerätes
3.6	Kämmen	0
3.7	Rasieren	0
3.8	Haut(pflege)	Normales Eincremen z.B. nach Baden oder anderer Wäsche
3.9	Finger-/Fußnagelpflege	Med. Fußpflege s.u. „Sonstiges“
3.10	Kontinenz	Fähigkeit, Stuhl und / oder Urin zu kontrollieren
3.11	Toilettenbenutzung	Hygiene nach Toilettenbenutzung sowie Richten der Kleidung
3.12	Wechseln der Vorlagen	0
3.13	Wechseln der Pampers	0
3.14	Säubern der Utensilien	
3.14.1	WC und Umfeld	Im unmittelbaren Zusammenhang mit Benutzung des WC; sonst Haushaltstätigkeit
3.14.2	Toilettenstuhl	0
3.14.3	Pfanne	0
3.14.4	Urinflasche	0
3.1.4.5	Stomabeutel wechseln	0
3.1.4.6	Urinbeutel wechseln / leeren	0
Behandlungspflege		Leistungen gem. §37 SGB V



4.1	Medikamenteneinnahme	Dosieren und Verabreichen von Tabletten, Tropfen usw.
4.2	Subkutane Injektionen	Verabreichen subkutaner Injektionen (z.B. Insulin) oder Infusionen
4.3	Wundversorgung	0
4.4	Messungen (BZ, RR)	0
4.5	Kompressionsstrümpfe	0
4.6	<i>Freitext weitere Beh.Pflege</i>	
Verhalten (screening gem. §45 SGB XI)		Mit dem screening wird festgestellt, ob ein hoher allgemeiner Betreuungsbedarf besteht
5.1	Einschränkung bei ATLs	Es bestehen Probleme bei der Bewältigung der instrumentellen ATLs (Soziale Alltagsleistungen, die über Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft hinausgehen wie Termine beachten, Finanzen regeln) durch Beeinträchtigung des Gedächtnisses (Merken und Erinnern), des abstrakten Denkens (Planung und Bewältigung neuer und komplexer Aufgaben), durch herabgesetztes Urteilsvermögen und Störung höherer Hirnfunktionen (Lesen, Schreiben, Rechnen)
5.2	Weglauff Tendenz	Unkontrolliertes Verlassen des geschützten Wohnbereiches
5.3	Selbst-/Fremdfährdung	Verkennen oder Verursachen von gefährdenden Situationen (Höhen, Straßenverkehr, Hindernisse, Sachen, Personen)
5.4	Unsachgemäßer Umgang mit Gegenständen	Hitze, Kälte, gefährliche Gegenstände (elektrische Geräte, Verkehrsmittel, Werkzeuge, Hilfsmittel), potenziell gefährliche Substanzen (Gas, Wasser, Strom, Feuer, Zigaretten, Medikamente, überalterte Lebensmittel)
5.5	Aggressionen	Tätlich oder verbal fremd- und autoaggressives Verhalten in Verkennung der Situation: Schlagen, Treten, Beißen, Zerstören von Gegenständen, Eindringen in fremde Räume u.a.m.
5.6	Inadäquates Verhalten	Schwere Missachtung sozialer Konventionen wie Urinieren / Einkoten im Wohnbereich, abnormer Betätigungs- und Bewegungsdrang, abnormes Essverhalten, auffälliges sexuelles Verhalten, Verstecken und Sammeln von eigenen und fremden Gegenständen
5.7	Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen	Körperliche (Hunger, Durst, Schmerz u.a.m.) und seelische Gefühle und Bedürfnisse werden nicht wahrgenommen, nicht befriedigt, nicht artikuliert
5.8	Zulassen von und Mitwirken bei Pflege	Fehlende Kooperation wegen Depression oder Angst bei pflegerischen, therapeutischen und schützenden Maßnahmen
5.9	Nächtliche Unruhe	Starke Unruhe und Verwirrtheit abends /nachts, verbunden mit inadäquaten Verhaltensweisen, Tag-Nacht-Umkehr, lange Wachphasen
5.10	Wahnhaftes Verkennen	Verkennen von Alltagssituationen und inadäquate Reaktionen bei eigener Fehleinschätzung, Eifersuchts-, Bestehungs-, Verfolgungs-, Vergiftungswahn und Halluzinationen
5.11	Tagesstrukturierung	Eigenständiges Planen des Tagesablaufes und gezielte Beschäftigung
5.12	Labilität, Misstrauen, Emotionen	Wiederholter schneller Wechsel von Gefühlen, unangemessene unkontrollierte Gefühle, unangemessenes Misstrauen
5.13	Rückzug, Depression	Niedergeschlagenheit, Verzagtheit bei therapieresistenter Depression
Sinnesorgane		
6.1	Sehen	PB ist nicht in der Lage Objekte oder Personen in angemessener Entfernung wahrzunehmen und auf sie zu reagieren (physisch)

6.2	Hören	PB ist nicht in der Lage, akustische Signale in angemessener Lautstärke wahrzunehmen und auf sie zu reagieren (physisch)
6.3	Sprechen	PB ist nicht in der Lage, sich verbal zu äußern (physisch)
Prävention		
7.1	Ermüdung / Erschöpfung bei bestimmten Aktivitäten	Überdurchschnittlich schnelle Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und –bereitschaft
7.2	Dekubitusrisiko	Bei gegebenen persönlichen Faktoren (Immobilität, hohes Körpergewicht, Kachexie (sehr starke Abmagerung) ist das Risiko von Druckstellen gegeben
7.3	Sturzgefahr	Bei Gangunsicherheit und/oder wohnungsbedingten Faktoren
7.4	Gewichtsverlust	Überdurchschnittlicher Verlust an Körpermasse in den letzten Wochen
Sonstiges		
8.1	Schmerzsituation	Schmerzen weichen von Norm, Diagnose und Therapie ab
8.2	Nächtlicher Hilfebedarf	Ein Hilfebedarf besteht nachts (zwischen 22.00 und 6.00 Uhr) mindestens 1x. In der I-Spalte ist zu vermerken, um welchen Bedarf (SGB XI-relevant oder nicht) handelt.
8.3	Medizinische Fußpflege	Wird – bei Diabetikern ggf. auf ärztliche Verordnung - von einer Fachkraft durchgeführt
8.4	Suchtproblematik	Konsum legaler oder illegaler Substanzen

II. Haushalt		
1	Einkaufen	0
2	Kochen	0
3	Spülen	0
4	Raumpflege	0
5	Heizen	Auch Lüften
6	Wäschepflege	0
7	Kleine Reparaturen	0
8	Verwahrlosung	0

III. Finanzieller, sozialer, rechtlicher Bereich		
<a href="#">(Sozialrechtliche Antragstellungen s. Stammdaten, Blatt von Frau Wessler, Pkt. 1.8)</a>		
1	Behördenangelegenheiten	Kognitive und körperliche Fähigkeiten zu Aufsuchen von Rathaus u.a. Verwaltungen und Erledigung von Behördenangelegenheiten
2	Regelung der Finanzen	Kognitive Fähigkeiten für Geldangelegenheiten bzw. Aufsuchen von Bank
3	Dauerhafte, hohe Schulden	Finanzielle Problematik kann nicht aus eigener Kraft bewältigt werden
4	Rechtliche Angelegenheiten	Regelung rechtlicher Angelegenheiten (über sozialrechtliche Anträge hinaus)

IV. Psychosoziale Fragen (falls keine dementielle Erkrankung vorliegt)		
1	Pflegebedürftiger	
	1.1	Grundhaltung zur Lebenssituation
	1.1.1	Einstellung zur Lebenssituation Umgang mit eigener Situation z.B. der Pflegebedürftigkeit

1.1.2	Antriebsfähigkeit / Motivation	Bereitschaft und Fähigkeit, Veränderungen anzugehen bzw. dabei mitzuwirken
1.1.3	Einstellung zu Verlust	0
1.1.4	Umgang mit Sterben und Tod	0
1.2	Emotionale Befindlichkeit	
1.2.1	Psychische Stabilität	Stabile oder schwankende psychische Verfassung
1.2.2	Copingstrategien	vorhandene Bewältigungsstrategien
1.2.3	Ängste, Sorgen	0
1.2.4	Aggressionen	Umfeld wird körperlich und/oder verbal aggressiv begegnet
1.2.5	Schlafsituation (als Indikator)	Schlafstörungen bedingt durch Sorgen
1.3	Kognitive Leistungsfähigkeit	
1.3.1	Orientierung	Mensch ist zeitlich, örtlich, personell, situativ orientiert
1.3.2	Merkfähigkeit	Personen, Zeiten, Situationen, Aufgaben können erinnert werden
1.3.3	Kontextbezogene Entscheidungsfähigkeit	Mensch ist in der Lage, Situation korrekt zu erfassen und daraus abgeleitete Entscheidungen zu treffen
1.3.4	Aufmerksamkeit/Konzentration	Mensch ist in der Situation „bei der Sache“
1.4	Soziales Umfeld	
1.4.1	Kontakthäufigkeit mit dem sozialen Umfeld	Häufigkeit der familiären, nachbarschaftlichen usw. Kontakte benennen
1.4.2	Kommunikation per Telefon	Telefonieren ist kognitiv und körperlich möglich und findet statt
1.4.3	Nutzen von Verkehrsmitteln	Elektrischer Rollstuhl o.ä., PKW oder öffentliche Verkehrsmittel können aktiv oder passiv genutzt werden
1.4.4	Beziehung zu sozialem Umfeld	Qualität der Beziehung (z.B. gleichgültig, ablehnend, aufgeschlossen)
1.4.5	Beziehung zu einer Bezugsperson	Gegeben: ja oder nein; Qualität der Beziehung: primär sachlich-versorgend oder emotional-herzlich
1.4.6	Konfliktfähigkeit,	Aktiv: Pflegebedürftiger ist in der Lage, im Konflikt seine Position zu vertreten; Passiv: Pflegebedürftiger ist im Konflikt für andere Meinung offen
1.4.7	Bevormundung	Aktiv: Pflegebedürftiger ist bestrebt oder in der Lage, seinen Willen konfrontativ vorzubringen oder durchzusetzen; Passiv: Pflegebedürftiger wird bevormundet / fremdbestimmt
1.4.8	Alleinsein in der Wohnung	PB kann psychisch und körperlich Zeiten (Länge?) allein in der Wohnung sein
1.4.9	Gewalt in der Pflegebeziehung	Gewalt kann sich non-verbal (psychische Gewalt), verbal und tätlich äußern
2	Pflegeperson	
2.1	Grundhaltung zur Lebenssituation	
2.1.1	Einstellung zur Lebenssituation	Umgang mit eigener Situation z.B. der Pflegebedürftigkeit
2.1.2	Antriebsfähigkeit / Motivation	Bereitschaft und Fähigkeit, Veränderungen anzugehen bzw. dabei mitzuwirken
2.1.3	Einstellung zu Verlust	
2.1.4	Umgang mit Sterben und Tod	
2.2	Emotionale Befindlichkeit	
2.2.1	Psychische Stabilität	Stabile oder schwankende psychische Verfassung
2.2.2	Copingstrategien	vorhandene Bewältigungsstrategien
2.2.3	Ängste, Sorgen	
2.2.4	Aggressionen	Umfeld wird körperlich und/oder verbal aggressiv begegnet

2.2.5	Schlafsituation (als Indikator)	Schlafstörungen bedingt durch Sorgen
2.3	Kognitive Leistungsfähigkeit	
2.3.1	Orientierung	Mensch ist zeitlich, örtlich, personell, situativ orientiert
2.3.2	Merkfähigkeit	Personen, Zeiten, Situationen, Aufgaben können erinnert werden
2.3.3	Kontextbezogene Entscheidungsfähigkeit	Mensch ist in der Lage, Situation korrekt zu erfassen und daraus abgeleitete Entscheidungen zu treffen
2.3.4	Aufmerksamkeit/ Konzentration	Mensch ist in der Situation „bei der Sache“
2.4	Soziales Umfeld	
2.4.1	Kontakthäufigkeit mit dem sozialen Umfeld	Häufigkeit der familiären, nachbarschaftlichen usw. Kontakte benennen
2.4.2	Kommunikation per Telefon	Telefonieren ist kognitiv und körperlich möglich und findet statt
2.4.3	Nutzen von Verkehrsmitteln	Elektrischer Rollstuhl o.ä., PKW oder öffentliche Verkehrsmittel können aktiv oder passiv genutzt werden
2.4.4	Beziehung zu sozialem Umfeld	Qualität der Beziehung (z.B. gleichgültig, ablehnend, aufgeschlossen)
2.4.5	Beziehung zu einer Bezugsperson	Gegeben: ja oder nein; Qualität der Beziehung: primär sachlich-versorgend oder emotional-herzlich
2.4.6	Konfliktfähigkeit	Aktiv: PP ist in der Lage, im Konflikt seine Position zu vertreten; Passiv: PP ist im Konflikt für andere Meinung offen
2.4.7	Bevormundung	Aktiv:PP ist bestrebt oder in der Lage, seinen Willen konfrontativ vorzubringen oder durchzusetzen; Passiv: PP wird bevormundet / fremdbestimmt
2.4.8	Alleinsein in der Wohnung	PP kann psychisch und körperlich Zeiten (Länge?) allein in der Wohnung sein
2.4.9	Gewalt in der Pflegebeziehung	Gewalt kann sich non-verbal (psychische Gewalt), verbal und tätlich äußern

V. Situation der an der Pflege beteiligten Personen		
1	Zufriedenheit des Pflegebedürftigen insgesamt	Die subjektive Einschätzung von Arbeitsleistung und Pflegesituation
1.1	... mit Arzt (Duplizierung bzw. Mehrfachauswahl)	
1.2	... mit Pflegedienst	
1.3	... mit Heilmittelerbringer (Duplizierung)	
1.4	... mit komplementären Angeboten (Duplizierung)	
1.5	... <i>freier Eintrag</i>	
2	Zufriedenheit der Pflegeperson insgesamt	Die subjektive Einschätzung von Arbeitsleistung und Pflegesituation
2.1	... mit Arzt (Duplizierung)	
2.2	... mit Pflegedienst	
2.3	... mit Heilmittelerbringer (Duplizierung)	
2.4	... mit komplementären Angeboten (Duplizierung)	
2.5	... <i>freier Eintrag</i>	
3	Belastung der Pflegeperson	die PP ist mit der Situation und ihrem Aufgabenbereich überfordert

4	Beziehung PP – PB	Die Beziehungsgestaltung ist von beiden Seiten nicht auf die Alltagssituation abgestimmt, sondern vernachlässigt
---	-------------------	--

## VI. Wohnung

### 1. Allgemeine Daten zur Wohnung

#### 1.1 Status der Wohnung

##### 1.1.1 Miete

Vermieter

freier Eintrag, Name, Adresse und TelNr. Enthaltend

##### 1.1.2 Eigentum

##### 1.1.3 Wohnrecht

##### 1.1.4 ...

#### 1.2 Art der Wohnung

(zutreffendes Ankreuzen, s. linke Spalte)

**(Pull down Menues)**

##### 1.2.1 Einfamilienhaus

##### 1.2.2 Bungalow

##### 1.2.3 Bauernhaus

##### 1.2.4 Doppelhaushälfte

##### 1.2.5 Reihenhaus

##### 1.2.6 Etagenwohnung

##### 1.2.7 ...

#### 1.3 Lage der Wohnung (Pull down Menues)

(zutreffendes Ankreuzen, s. linke Spalte)

##### 1.3.1 Souterrain

##### 1.3.2 Erdgeschoss /barrierefrei

##### 1.3.3 Erdgeschoss mit Stufen

##### 1.3.4 1. Obergeschoss

##### 1.3.5 2. Obergeschoss

##### 1.3.6 ...

##### 1.3.7 Aufzug

#### 1.4 Zimmer

##### 1.4.1 Aufteilung der Zimmer über mehrere Etagen

(Freitextmöglichkeit zur Beschreibung der Zimmerlagen)

##### 1.4.2 Anzahl der Zimmer

(1 – 8 in pull-down-Menue)

VI. Wohnung Fortsetzung			
	2	Raumübergreifend	
	2.1.1	Lage des Hauses	Beschreibt Lage des Hauses (zentral, Ortsrand, ländliche Einzellage) und Entfernung und Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen im materiellen (Einkaufsmöglichkeiten), gesundheitlichen (Arzt, Apotheke) und sozialen (Begegnungsstätten) Bereich
	2.2	Freisitz	
	2.2.1	Balkon	Evtl. Stufen / Schwellen beim Erreichen des Freisitzes benennen
	2.2.2	Terrasse	Wie oben
	2.2.3	Garten	Wie oben
	2.3	Erreichbarkeit der Wohnung	Beschreibung von Zuweg und Stufen

	2.4	Gefahren	Beschreibung von Stolperfallen (Teppichkanten, Schwellen, Telefon- u.a. Kabel), mangelnde Beleuchtung u.a.
	2.4.1	Teppichkanten	0
	2.4.2	Kabel	Lose verlegte Elektro- und Telefonkabel, die eine Sturzgefahr bedeuten
	2.4.3	Beleuchtung	Anzahl und Helligkeit der Leuchten
	2.4.4	(weitere Spalten sollen aufgemacht werden können)	
	2.5	Treppen (mehrere Spalten sollen für mehrere Treppen aufgemacht werden können)	Beschreibung der Treppen (Aussen / Innentreppe), Zahl der Stufen, Maße (Höhe, Breite) und Form (gerade, gegenläufig, gewandelt, Absatz)
	2.5.1	Handläufe	Beschreibung der vorhandenen Handläufe (einseitig, beidseitig) und evtl. Mängel (locker, Griffigkeit)
	2.6	Telefon	Kabel, mobil, Handy
	2.7	Hausnotruf	Aufsteller benennen
	3	Bad	
	3.1	Erreichbarkeit	Evtl. Stufen zum Bad, Entfernung z.B. zum Schlafzimmer
	3.2	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	3.3	Türbreite: _____	Breite des Durchgangs, ggf. benennen, ob gerader oder rechtwinkliger Eintritt vom Vorraum. Rollstuhlgerecht = mind. 80 cm
	3.4	Türanschlag	
	3.4.1	Innen	0
	3.4.2	Außen	0
	3.4.3	Schiebetür u.ä.	0
	3.5	Wanne	
	3.5.1	Haltegriff Wanne	Beschreibt Ausführung, Länge und Position von Haltegriffen
	3.5.2	Wannenlift	Wasserdruck oder Akku
	3.5.3	Wannensitz	Einhängesitz, Badebrett o.a.
	3.6	Dusche	
	3.6.1	Einstieg	Art der Dusche benennen: bodengleich barrierefrei, Tasse superplan, bei anderen Tassen Einstiegshöhe mit cm-Angabe
	3.6.2	Abtrennung	Art der Abtrennung: Duschvorhang, Kabine: Eckeinstieg, Schiebetür, ganz öffnende Tür
	3.6.3	Haltegriff Dusche	Wie Haltegriff Wanne
	3.6.4	Duschsitz	Duschhocker, Duschstuhl, Klappsitz, jeweils mit / ohne Hygieneausschnitt
	3.7	Waschtisch	
	3.7.1	Spiegel	Ist Spiegel aus sitzender Position nutzbar?
	3.7.2	Ablagefläche	Vorhanden und aus sitzender Position erreichbar?
	3.7.3	Unterfahrbarkeit	kann mit Rollstuhl unterfahren werden
	3.7.4	Stütz-, Haltegriffe	Bügelgriff, Stützgriff, Schwenkstützgriff
	4	WC (Duplizierungsfunktion wichtig; Möglichkeit mehrerer WCs)	
	4.1	Erreichbarkeit	Evtl. Stufen zum WC, Entfernung z.B. zum Schlafzimmer
	4.2	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	4.3	WC im Bad	0
		WC separat	0

	4.4	Türbreite _____	Breite des Durchgangs; ggf. benennen, ob gerader oder rechtwinkliger Eintritt vom Vorraum. Rollstuhlgerecht = mind. 80 cm
	4.5	Türanschlag	
	4.5.1	Innen	0
	4.5.2	Außen	0
	4.6	Toilettenbecken	
	4.6.1	Stand-WC	0
		Wandgehängtes WC	Bei Vorderwandinstallation: Stützgriffe montierbar?
	4.6.2	WC-Höhe: _____	Angabe der Beckenhöhe
	4.6.3	WC-Erhöhung mit Armstützen	(vorhandenes ankreuzen)
		WC-Erhöhung ohne Armstützen	(vorhandenes ankreuzen)
	4.6.4	Stütz-/Haltegriffe	Bügelgriff, Stützgriff, Schwenkstützgriff
	5	Schlafzimmer	
	5.1	Erreichbarkeit	Evtl. Stufen, Lage zu anderen Räumen
	5.2	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	5.3	Art des vorhandenen Bettes	0
	5.4	Bettmaße	Angabe in cm
	5.5	(Pflege)Tisch am Bett	Position des Tisches: neben Bett oder Pflegebettisch? >I-Spalte
	5.6	Aufrichthilfe am Bett	„Bettgalgen“, Strickleiter, andere Stütze > I-Spalte
	6	Wohnzimmer	
	6.1	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	7	Küche	
	7.1	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	7.2	Unterfahrbare Arbeitsflächen	kann mit Rollstuhl unterfahren werden
	7.3	Erreichbarkeit von Schränkfächern und Schüben	0
	8	Vorhandene Hilfsmittel	
	8.1	Treppenlift	0
	8.2	Elektr. Rollstuhl	0
	8.3	Faltrollstuhl	0
	8.4	Patientenlift	0
	8.5	Rolator	0
	8.6	Toilettenstuhl	0
	8.7	_____	