



Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 12



**Praktikabilitätsstudie zur
Einführung des NBA
in der Pflegeversicherung**





Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 12

**Praktikabilitätsstudie zur
Einführung des Neuen
Begutachtungsassessments NBA
in der Pflegeversicherung**

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: +49 30 206288-0
Telefax: +49 30 206288-88
E-Mail: modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS):
Verfasser: Dr. Andrea Kimmel, Olga Schiebelhut, Ingo Kowalski, Uwe Brucker,
Katrin Breuninger

Hochschule für Gesundheit Bochum:
Verfasser: Prof. Karl Reif, Prof. Sandra Bachmann, Maria Glasen, Anna Webers
unter Mitarbeit von Prof. Werner Brannath und Maike Kaluscha

Arbeitsgremium:
Katrin Breuninger, Dr. Barbara Gansweid, Dr. Martina Stahlberg, Ulrike Kissels,
Dr. Renate Richter, Bernhard Fleer. Beratend: Dr. Klaus Wingefeld

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf
elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo
und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2015

Fotonachweis: Hero Images/Getty Images; shapecharge/Getty Images;
Kuzma/iStockphoto

Verlag: CW Haarfeld GmbH, Hürth

ISBN: 978-3-7747-2418-1

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird zugleich ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden. In Anbetracht von über 1,5 Millionen Begutachtungen pro Jahr in der Sozialen Pflegeversicherung stellt der Wechsel des Begutachtungsverfahrens für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Um die bevorstehende grundlegende Umstellung auf verantwortungsvolle Weise bewerkstelligen zu können, musste das für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit entwickelte Instrument, das neue Begutachtungsassessment (NBA), in seiner aktuellen Fassung auf seine Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit hin geprüft werden.



Eine erste wissenschaftliche Studie zur Güte des neuen Begutachtungsinstruments war bereits 2008 abgeschlossen worden und ist als Band 3 dieser Schriftenreihe zum Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung erschienen. Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfahl in seinem Bericht im Sommer 2013 eine erneute wissenschaftliche Prüfung, damit nach der zwischenzeitlich erfolgten Weiterentwicklung des Begutachtungsassessments „eventuelle Begutachtungsprobleme frühzeitig aufgedeckt, Missverständnisse und Schwächen im Manual aufgezeigt und ggf. notwendige Änderungen und Anpassungen an den Manualen bereits vor Einführung des Instruments vorgenommen werden“. Insbesondere war zu überprüfen, ob die vom Expertenbeirat vorgenommenen Operationalisierungen der besonderen Bedarfskonstellationen, wie etwa der Gebrauchsunfähigkeit von Armen und Beinen, inhaltlich angemessen und in der Begutachtungspraxis umsetzbar sind. Auch war zu klären, wie praktikabel das NBA bei der Begutachtung von Kindern ist.

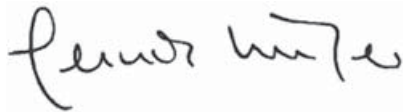
Die vom Expertenbeirat angeregte Überprüfung des weiterentwickelten neuen Begutachtungsassessments wurde als ein Modellprojekt durchgeführt, das im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI vom GKV-Spitzenverband gefördert wurde.

Im Ergebnis bestätigt die vorliegende Studie die Praktikabilität des neuen Begutachtungsassessments. Die an der Erprobung beteiligten Gutachterinnen und Gutachter begrüßen das neue Verfahren, weil es, statt den Unterstützungsbedarf in Zeit zu messen, die Ressourcen und Beeinträchtigungen der Antragstellenden abbildet und damit eine bessere und differenziertere Erfassung individueller Problemlagen und Selbständigkeitspotenziale der Pflegebedürftigen ermöglicht.

Auch hat der Einsatz des Instruments bei knapp 2.000 pflegebedürftigen Erwachsenen und Kindern wertvolle Hinweise für die Konkretisierung und Implementierung des neuen Begutachtungsverfahrens geliefert.

Vorwort

Gemeinsam mit der parallel durchgeführten Studie zur „Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ (Band 13 der Schriftenreihe) bietet die vorliegende Studie eine gute Grundlage für die Gesetzgebung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens, die Erarbeitung der neuen Begutachtungsrichtlinien sowie für den weiteren Umsetzungsprozess.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gernot Kiefer". The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.

Gernot Kiefer

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3	Inhaltsverzeichnis
Tabellenverzeichnis	9	
Abbildungsverzeichnis	11	
Vorbemerkung.....	13	
1. Einleitung	15	
2. Zielsetzung und Fragestellungen der Praktikabilitätsstudie	16	
3. Methodischer Ansatz zur Beantwortung der Fragestellungen	20	
3.1 Untersuchungsdesign.....	20	
3.2 Methodischer Ansatz zur Identifikation relevanter Informationen zur Praktikabilität des NBA aus Anwendersicht – Studienteil 3	22	
3.3 Methodischer Ansatz zur Untersuchung der Akzeptanz bei Antragstellern und Angehörigen – Studienteile 5 und 6	24	
3.4 Stichproben.....	25	
3.4.1 Studienteilnehmende Gutachter	25	
3.4.2 Studienteilnehmende Antragsteller	28	
4. Studienablauf – das Praxisprojekt	31	
4.1 Vorbereitungsphase	31	
4.1.1 Umsetzung der Empfehlungen des Expertenbeirats und Aktualisierung der Manuale.....	31	
4.1.2 Integration der Ergebnisse aus dem Projekt Reha XI	32	
4.1.3 Integration des NBA in ein Begutachtungsverfahren für den Haus- und Einrichtungsbesuch.....	34	
4.1.4 Schulungen der studienteilnehmenden Gutachter	36	
4.1.5 Programmierung der Erhebungssoftware.....	37	
4.2 Erhebungsphase	38	
4.2.1 Studienteil 1: Begutachtung von Antragstellern – Erwachsene und Kinder	38	
4.2.2 Studienteil 2: Evaluation der Schulungsveranstaltungen.....	40	
4.2.3 Studienteil 3: Erfahrungen und Perspektive der NBA-Anwender	41	
4.2.4 Studienteil 4: Perspektive von Versicherten und Angehörigen	45	
4.2.5 Studienteil 5: Perspektive von Betroffenenvertretern.....	47	

Inhaltsverzeichnis	4.2.6 Studienteil 6: Einzelfallanalysen der Begutachtungsdaten	48
	4.3 Qualitätssicherung der Datenerhebung und Datenerfassung.....	49
	5. Datenauswertung	52
	5.1 Auswertung der quantitativ gewonnenen Daten	52
	5.2 Auswertung der qualitativ gewonnenen Daten	52
	5.3 Zusammenführung der Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Datenerhebungen und Interpretation	53
	6. Ergebnisse	55
	6.1 Beschreibung der Antragsteller-Stichprobe.....	55
	6.1.1 Erwachsene	55
	6.1.2 Kinder	59
	6.2 Fragestellungen der Praktikabilitätsstudie – Ergebnisse.....	61
	6.2.1 Ergebnisse – Fragestellung 1: Besondere Bedarfskonstellationen	62
	6.2.2 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums – besondere Bedarfskonstellationen.....	77
	6.2.3 Ergebnisse – Fragestellung 2: Die Begutachtung von Kindern.....	78
	6.2.4 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums – Begutachtung von Kindern	94
	6.2.5 Ergebnisse – Fragestellung 3: Abklärung des Rehabilitationsbedarfs	97
	6.2.6 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums – Abklärung des Rehabilitationsbedarfs	101
	6.2.7 Ergebnisse – Fragestellung 4: Implementierung.....	103
	6.2.8 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums – Implementierung.....	109
	6.2.9 Ergebnisse – Fragestellung 5: Akzeptanz bei den Versicherten	115
	6.2.10 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums – Akzeptanz bei den Versicherten	120
	7. Fazit	122
	Literaturverzeichnis	127

Anhang	129
Ergebnisse der Schulungsevaluation.....	129
Erhebungsbogen Erwachsene	145
Erhebungsbogen Kinder	168
Leitfaden für die internen Fallbesprechungen	191
Leitfaden für die interne Diskussion in den Gutachterdiensten.....	194
Leitfaden Fokusgruppe „Besondere Bedarfskonstellationen“	198
Leitfaden Fokusgruppe „Kinder“	199
Leitfaden Fokusgruppe „Rehabilitation“	201
Leitfaden Fokusgruppe „Implementierung“	202
Versichertenaufklärungen und Einwilligungserklärungen	204

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Zusammenstellung der Gutachter-Stichprobe	26	Tabellenverzeichnis
Tab. 2: Verteilung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht.....	56	
Tab. 3: Stichprobe der erwachsenen Antragsteller differenziert nach beantragter Leistung im Vergleich mit der Begutachtungsstatistik 2012.....	56	
Tab. 4: Stichprobe der erwachsenen Antragsteller nach Gutachtenart im Vergleich mit der Begutachtungsstatistik 2012.....	57	
Tab. 5: Verteilung der Antragsteller differenziert nach Pflegestufenempfehlung und beantragter Leistung (ambulant/stationär)	57	
Tab. 6: Altersverteilung der Kinderstichprobe	59	
Tab. 7: Die Kinder der Stichprobe unter 18 Monaten, differenziert nach Alter und Geschlecht	60	
Tab. 8: Verteilung der empfohlenen Pflegestufe für Kinder des derzeitigen Begutachtungsverfahrens.....	60	

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das Untersuchungsdesign der Praktikabilitätsstudie im Überblick.....	21	Abbildungsverzeichnis
Abb. 2: Methodisches Vorgehen zur Identifikation relevanter Informationen zur Praktikabilität des NBA aus Anwendersicht	23	
Abb. 3: Studienteilnehmende Gutachter differenziert nach Qualifikation und Zusatzqualifikation	27	
Abb. 4: Meilensteine im Studienablauf.....	31	
Abb. 5: Ablaufplan für den Haus- und Einrichtungsbesuch.....	35	
Abb. 6: Erhebungssoftware für die Praktikabilitätsstudie - Eingabemaske für Modul 1 des NBA.....	42	
Abb. 7: Qualitätssicherung der Datenerhebung und Datenerfassung (Studienteil 1)	51	
Abb. 8: Methodisches Vorgehen der Ergebniszusammenführung und Interpretation.....	54	
Abb. 9: Erwachsene Antragsteller der Stichprobe differenziert nach Pflegegraden	58	
Abb. 10: Verteilung der Pflegegrade bei Kindern	61	
Abb. 11: Antragsteller der Stichprobe ohne kognitive Funktionsstörungen differenziert nach Pflegegraden (PG 5 ≥ 90)	67	
Abb. 12: Gruppengröße (n = 85)	129	
Abb. 13: Schulungsumfang (n = 84).....	130	
Abb. 14: Länge der Stunden (n = 83)	130	
Abb. 15: Aufbau und Reihenfolge der Themen (n = 85)	131	
Abb. 16: Auswahl der Schulungsthemen/-inhalte (n = 85).....	131	
Abb. 17: Zeiteinteilung für die einzelnen Themen (n = 83)	132	
Abb. 18: Folien (n = 84)	133	
Abb. 19: Schriftliches Unterrichtsmaterial (n = 85).....	133	
Abb. 20: Lernumfeld (Ausstattung der Räume, Medien) (n = 85)	134	
Abb. 21: Unterbringung (n = 81).....	134	
Abb. 22: Verpflegung (n = 83).....	135	
Abb. 23: Zufriedenheit insgesamt (n = 85).....	136	
Abb. 24: Anwendung des NBA (n = 82).....	137	
Abb. 25: Besondere Bedarfskonstellationen (n = 83).....	138	
Abb. 26: Module (n = 85)	138	
Abb. 27: Rehabilitation (n = 85).....	139	
Abb. 28: Kindergutachten (n = 34)	139	
Abb. 29: Vermittlung der Inhalte (n = 85)	140	
Abb. 30: Studienablauf (n = 85)	140	
Abb. 31: Lernatmosphäre (n = 84)	141	
Abb. 32: Zusammenarbeit (n = 85)	141	
Abb. 33: Störungen (n = 85)	142	
Abb. 34: Diskussionen (n = 83)	142	
Abb. 35: Überforderung (n = 72)	143	

Vorbemerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei der Nennung von Personen und Berufsbezeichnungen meist auf eine Differenzierung der Geschlechter verzichtet. Das jeweils andere Geschlecht ist jedoch immer mitgemeint.

Vorbemerkung

1. Einleitung

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedeutet einen Paradigmenwechsel in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Die Ablösung der Logik Pflegezeiten durch ein System, das die Selbständigkeit fokussiert, verlangt von allen Beteiligten, grundlegend umzudenken. Nachdem das neue Begutachtungsassessment (NBA) seit dem Umsetzungsbericht des ersten Beirats im Jahr 2009 an verschiedenen Stellen präzisiert und konkretisiert worden ist, hat der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von 2013 empfohlen, das Instrument vor dessen Einführung im Hinblick auf seine Umsetzbarkeit in der gutachterlichen Praxis zu erproben. Die praktische Handhabung durch die Gutachter und die sachliche Angemessenheit des NBA in seiner aktuellen Version sollten Gegenstand einer wissenschaftsbasierten Überprüfung des Instruments sein, wobei die vom Beirat von 2013 formulierten Fragestellungen besondere Beachtung finden sollten. So wurde in der Praktikabilitätsstudie untersucht, wie sich die vorgeschlagenen Änderungen des NBA und der Bewertungssystematik in der Praxis der Begutachtung abbilden. Auftrag war auch, eventuelle Optimierungsbedarfe in Bezug auf die regelhafte Anwendung des Begutachtungsinstruments zu analysieren sowie die Anforderungen an die Ausgestaltung der Manuale zu konkretisieren und Fragen zur genauen Gestaltung des Umsetzungsprozesses zu klären.

Diese zentralen Ergebnisse der bundesweit durchgeführten praktischen Anwendung des NBA haben einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert für die Einführung des neuen Instruments. Die Erfahrungen und Rückmeldungen von Pflegegutachtern der Medizinischen Dienste¹ und von Medicproof zeugen nicht nur von einer gutachterlichen Aufbruchsstimmung in eine neue Begutachtungswelt, sondern legen auch Zeugnis darüber ab, von welchen eingespielten Denk- und Handlungsgewohnheiten sich die Pflegegutachter mit Einführung des NBA zu verabschieden haben. Der hier gewählte partizipative Forschungsansatz, bei dem ein Mix unterschiedlicher qualitativer und quantitativer Methoden zur Anwendung kam, hat wertvolle Hinweise geliefert für die noch vorzunehmenden Konkretisierungen der Manuale, für künftige Schulungsinhalte und für die Ausgestaltung des künftigen Formulargutachtens und der Begutachtungsrichtlinien.

Die gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen der hier zu beschreibenden Praktikabilitätsstudie sind für die Vorbereitung des Implementierungsprozesses nicht hoch genug einzuschätzen. Es ist für das deutsche Sozialversicherungssystem der vergangenen Jahrzehnte beispiellos, dass man mit so großer Sorgfalt die Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens vorbereitet und nicht den Wechsel für die Grundlegung des Leistungsbezugs in einer Sozialversicherung ausschließlich auf dem Feld des „Learning by Doing“ betreibt. Dieser Prozess muss nach Einführung des Instruments weitergeführt werden, um aus den Erfahrungen der Anwendung zu lernen und die richtigen Konsequenzen zu ziehen.

1 Gemeint sind hier und im Folgenden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft-Bahn-See.

2. Zielsetzung und Fragestellungen der Praktikabilitätsstudie

Zielsetzung und Fragestellungen der Praktikabilitätsstudie

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat 2012 einen „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ installiert mit dem Ziel, die vom Expertenbeirat 2009 aufgeworfenen Fragestellungen zum NBA zusammenzustellen und zu klären (vgl. BMG 2009). Der Expertenbeirat kam nach Abschluss seiner Arbeiten insgesamt zu der Einschätzung, dass das NBA einschließlich seiner Bewertungssystematik als Begutachtungsinstrument im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geeignet ist, die damit verbundenen Zielsetzungen zu erfüllen (vgl. BMG 2013). Der Beirat konstatiert, dass das NBA dazu beiträgt, die Leistungen der Pflegeversicherung unter Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes allen pflegebedürftigen Menschen zukommen zu lassen. Zugleich hat der Beirat Empfehlungen entwickelt, wie die vom Beirat 2009 aufgeworfenen Fragen beantwortet werden können. So wurden Feinjustierungen der Bewertungssystematik vorgenommen, detaillierte Empfehlungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern entwickelt sowie ein Vorschlag zum Umgang mit dem Pflegegrad 5 erarbeitet (vgl. Bericht Team 2 AG 2; Bericht Team 1 AG 2, S. 23). Die Experten hatten außerdem den Auftrag, sich mit der Abklärung des Rehabilitationsbedarfs im NBA zu beschäftigen und ggf. weitere Vorschläge zu unterbreiten, die darauf abzielen sollen, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung mit dem neuen Instrument ein bestehender Rehabilitationsbedarf besser erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können. Das in der Hauptphase 1 erarbeitete und in Hauptphase 2 evaluierte Manual zur Anwendung des NBA wurde weiter konkretisiert und angepasst.

Die vom Expertenbeirat vorgeschlagenen Anpassungen und Ausgestaltungen des NBA und des zugrunde liegenden Begutachtungsmaterials waren bis dato noch nicht praktisch erprobt worden. Da die Implementierung des NBA eine grundlegende Umstellung bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit bedeutet, ist dies jedoch für eine sorgfältige Vorbereitung des Umsetzungsprozesses und des Systemwechsels dringend erforderlich. Es war daher im Expertenbeirat Konsens, dass eine praktische Erprobung der Empfehlungen noch vor Einführung des NBA durch den Gesetzgeber durchgeführt werden sollte, um ggf. Anpassungen im Instrument und im Verfahren vornehmen zu können, die sich erst in der praktischen Handhabung des NBA herausstellen.

Die Praktikabilität und die sachliche Angemessenheit des NBA in seiner aktuellen Version wissenschaftlich fundiert bei den künftigen beruflichen Anwendern des Verfahren zu testen, bevor es seitens der politischen Entscheidungsträger als flächendeckend verbindliches Instrument zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in das Pflegeversicherungsgesetz aufgenommen wird, ist letztlich auch eine Frage der fachlichen Verantwortung, der sich hier die Medizinischen Dienste und Medicproof gestellt haben.

Im Rahmen dieser Praktikabilitätsstudie war nun zu untersuchen, wie sich die vorgeschlagenen Anpassungen des NBA in der Praxis bewähren und welche Anforderungen sich an die Ausgestaltung der Manuale und die konkrete Gestaltung des Umsetzungspro-

zesses aus Sicht der Medizinischen Dienste (MD) und Medicproof ergeben. Dabei standen zum einen die inhaltliche Angemessenheit der Empfehlungen des Beirats sowie die Praktikabilität des Gesamtverfahrens im Fokus der Studie. Gleichzeitig sollten die Gutachter aller MD und Medicproof für die neue Begutachtungsphilosophie sensibilisiert und auf die anstehende Systemumstellung vorbereitet werden. Auch die Perspektive der Versicherten und ihrer Angehörigen sollte in der Studie Berücksichtigung finden.

Im Detail waren die folgenden Fragestellungen zu beantworten:

Fragestellung 1: Sind die vom Expertenbeirat empfohlenen Operationalisierungen der besonderen Bedarfskonstellationen („Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung“ sowie „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“) inhaltlich angemessen und in der Praxis der Begutachtung umsetzbar?

- Ergeben sich Hinweise für eine weitere Operationalisierung und Konkretisierung dieses Konstrukts der besonderen Bedarfskonstellationen?
- Zeigen sich in der Praxis weitere vom NBA bislang nicht berücksichtigte besondere Bedarfskonstellationen?
- Wie gestaltet sich die Umsetzbarkeit der vorgeschlagenen Operationalisierung und welche Hinweise ergeben sich für zukünftige Schulungen und die Ausgestaltung des entsprechenden Begutachtungsmanuals?

Fragestellung 2: Wie praktikabel ist das NBA im Hinblick auf die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern?

- Ist die Empfehlung des Expertenbeirats zur Begutachtung von Kindern, die zwischen 0 und 18 Monate alt sind, aus Sicht der Gutachter und der Angehörigenvertreter inhaltlich angemessen?
- Welche besonderen Herausforderungen ergeben sich aus Sicht der Gutachter für die Umsetzung des NBA für die Kinderbegutachtung?
- Wie kann die Implementierung des NBA in besonders sensiblen pflegerischen Kontexten in optimaler Weise unterstützt werden?
- Ist das Begutachtungsmanual ausreichend handlungsleitend, eindeutig und verständlich? In welchen Bereichen ist eine weitere Konkretisierung des Manuals erforderlich?
- Welche Hinweise ergeben sich für zukünftige Schulungen zur Begutachtung von Kindern?

Fragestellung 3: Wie praktikabel ist das NBA bei der Empfehlung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (insbesondere Modul 6)?

- Halten die Gutachter die vom Expertenbeirat empfohlene Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit in allen Modulen für sinnvoll? Sind die Antwortoptionen inhaltlich angemessen? Wie können, wenn notwendig, die Antwortoptionen in den einzelnen Modulen in sinnvoller Weise ergänzt werden?

- Welche Erkenntnisse ergeben sich aus dem Praxistest für die Gestaltung des Manuals?
- Welche Hinweise ergeben sich aus der Praxis für den Schulungsbedarf zum Thema Reha-Begutachtung? Dabei werden die bis dahin vorliegenden Ergebnisse des Projekts Reha XI einfließen.

Fragestellung 4: Welche Hinweise ergeben sich aus Sicht der Gutachter insgesamt für die Gestaltung des Implementierungsprozesses?

- Ist das Begutachtungsmニュアル in seiner Gesamtheit ausreichend handlungsleitend, eindeutig und verständlich?
- In welchen Bereichen ist eine weitere Konkretisierung der Manuale erforderlich?
- Welche Hinweise ergeben sich für die Schulungen der Gutachter?
- Welche Hinweise ergeben sich für die Beratungsaufgaben der Gutachter?
- Welche Hinweise ergeben sich für die Erarbeitung der Begutachtungsrichtlinien?

Fragestellung 5: Wie ist die Akzeptanz bei den Versicherten?

- Werden hinsichtlich der Begutachtung von Kindern und Erwachsenen alle für die Versicherten und ihre Angehörigen relevanten Themenbereiche im NBA angesprochen?
- Welche zusätzlichen Themenbereiche werden von den Versicherten und ihren Angehörigen als relevant erachtet?

Mit den im Rahmen der Praktikabilitätsstudie gewonnenen Daten sollte außerdem eine an den aktuellen Entwicklungen des Pflegeversicherungssystems angepasste empirische Grundlage zur Verfügung gestellt werden. Schon der Beirat 2009 hatte darauf hingewiesen, dass es sich bei dem NBA um ein lernendes System handelt, das bei neuen Erkenntnissen weiter verbessert werden kann: Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008 wurden Leistungen für Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz erstens in ihren Leistungsniveaus angehoben. Zweitens wurden diese auch auf Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz ausgedehnt, die nicht pflegebedürftig sind im Sinne der §§ 14 f. SGB XI. In der Folge ist die Inanspruchnahme dieser Leistungen deutlich angestiegen (vgl. Rothgang et al. 2011), aber auch das Antragsverhalten hat sich entsprechend verändert. Im Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23.10.2013 wurden für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz - auch für diejenigen mit einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I - zusätzliche Leistungsansprüche beim Pflegegeld, bei Pflegesachleistungen und bei den Kombinationsleistungen geschaffen (§ 123 SGB XI). Auch vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass heute deutlich mehr Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz erstens einen Antrag auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung stellen und zweitens von den gesetzlichen Neuregelungen profitieren. Die MDK erhielten im 1. Quartal 2013 15% mehr Aufträge für Begutachtungen zur häuslichen Pflege als im gleichen Zeitraum des Vorjahres - insgesamt 375.968 Aufträge. Zusätzlich gingen im 1. Quartal 2013 insgesamt 18.027 Auf-

träge zur ausschließlichen Prüfung der eingeschränkten Alltagskompetenz ein und damit mehr als doppelt so viel wie im Vorjahr (2012 = 7.884). Es ist davon auszugehen, dass sich heute eine im Vergleich zu 2008 andere Charakteristik der Leistungsempfänger in den Pflegestufen zeigt und insbesondere der Anteil von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen vor allem in den unteren Pflegestufen angestiegen ist.

Im Prozess der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA und insbesondere auch bei der Gestaltung des Systemübergangs werden sich sicherlich weitere Detailfragen ergeben, die auf dieser Datengrundlage fundiert beantwortet werden können.

3. Methodischer Ansatz zur Beantwortung der Fragestellungen

Methodischer Ansatz zur Beantwortung der Fragestellungen

3.1 Untersuchungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine multiple Operationalisierung des Untersuchungsfelds vorgenommen und ein Studiendesign entwickelt, das im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes eine Triangulation von Methoden und Daten erlaubt: Einerseits wurden unterschiedliche Daten, die aus verschiedenen Quellen stammen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben wurden, berücksichtigt. Zum anderen wurde eine Triangulation von Methoden als Kombination verschiedener qualitativer Verfahren und als Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden realisiert. Zugleich sollte die Breite, Tiefe und Reflexivität des methodischen Vorgehens erhöht und sichergestellt werden, dass sich die Befunde auf den Forschungsgegenstand und nicht auf die eingesetzten Methoden beziehen (vgl. Flick 2003).

Die Praktikabilitätsstudie ist partizipativ konzipiert, d.h., neben den Forscherinnen und Forschern wurden diejenigen Akteure in die verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses integral miteinbezogen, die die Implementierung eines neuen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI betreffen werden. Das sind natürlich in erster Linie die Versicherten selbst. Wenn es aber um die praktische Handhabbarkeit des neuen Verfahrens geht, sind es vor allem die Gutachter der MD als zukünftige Anwender des neuen Verfahrens, die als eine entscheidende Datenquelle herangezogen werden müssen (vgl. Reason/Bradbury 2008): Während die Forscher theoretische Kenntnisse, Erfahrung und Sachkenntnisse hinsichtlich des wissenschaftlichen Forschungsprozesses mit einbringen, liefern die Gutachter der Medizinischen Dienste praktische Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung des NBA; Experten der Pflegebegutachtung und die Entwickler des NBA wirken an der Interpretation der Ergebnisse und der Erarbeitung von Empfehlungen für die Umsetzung des neuen Begutachtungsverfahrens mit; Angehörige, Versicherte und Betroffenenvertreter stellen neben den Gutachtern eine zusätzliche Informationsquelle für die Akzeptanz des NBA dar. Die Integration der unterschiedlichen Perspektiven liefert Ergebnisse, die inhaltlich auf verschiedenen Ebenen miteinander verknüpft werden können. In der Tradition partizipativer Forschungsansätze sind alle Akteure, die an der Erforschung der Praktikabilität des NBA beteiligt sind, als gleichberechtigt anzusehen. Gemeinsam werden konstruktive Vorschläge und Empfehlungen für eine Systemumstellung in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI entwickelt (vgl. Mayring 2002, S. 51).

Die Studie ist aufgrund der bislang nicht erfolgten empirischen Erforschung der Fragestellungen explorativ angelegt und zeichnet sich durch die Multiperspektivität der Befragten und die multimethodische Ausrichtung der einzelnen Untersuchungsphasen aus.

Insgesamt wurden sechs Studienteile mit unterschiedlicher methodischer Ausrichtung durchgeführt (vgl. Abb. 1):

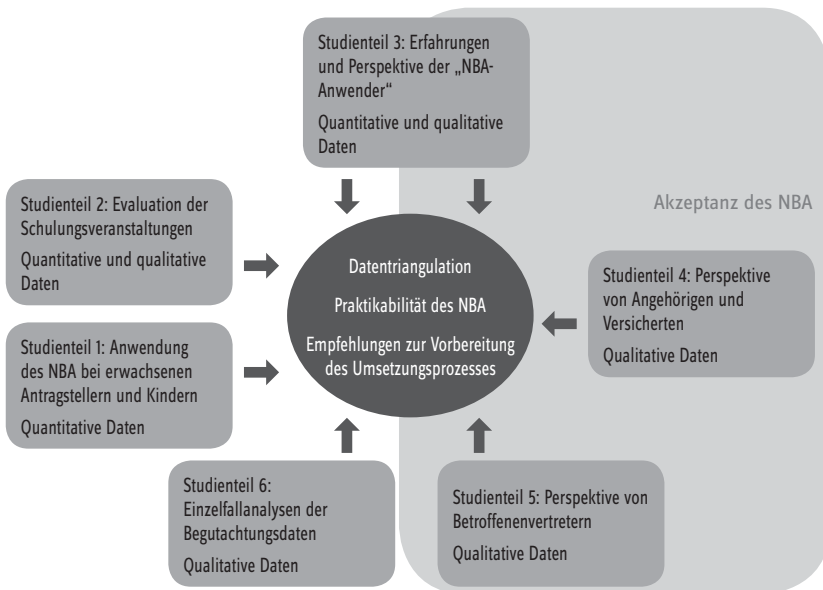


Abb. 1: Das Untersuchungsdesign der Praktikabilitätsstudie im Überblick

Kern der Praktikabilitätsstudie war die Anwendung des NBA an einer Stichprobe von Antragstellern auf Leistungen der (sozialen) Pflegeversicherung durch geschulte Gutachter der Medizinischen Dienste und Medicproof (Studienteil 1). Die studienteilnehmenden Gutachter haben nacheinander sowohl das NBA als auch das derzeit gültige Verfahren im Rahmen eines Haus- bzw. Einrichtungsbesuchs bei den Antragstellern ihres „normalen“ Auftragsbestands gemäß vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Im Rahmen der einzelnen Begutachtungen wurden durch die Gutachter eine Auswahl der anhand des derzeit gültigen Instruments erhobenen Daten dokumentiert sowie die Gesamtheit der Daten, die anhand des NBA gewonnen wurden. Dies diente insbesondere der Beantwortung weiterführender Fragestellungen, die für den Umsetzungsprozess des NBA eine Rolle spielen (Wie stuft das NBA heutige Leistungsempfänger ein?). Anhand dieser Datenbasis können im Folgenden auch diejenigen Vorschläge tiefergehend analysiert werden, die sich auf die Bewertungssystematik des NBA beziehen (vgl. Bartholomeyczik/Höhmann 2013) sowie auf weitere Aspekte der inhaltlichen Ausgestaltung des Systemübergangs. Um Hinweise für die Vorbereitung des Implementierungsprozesses in den Gutachterdiensten zu erhalten, wurden die Schulungsveranstaltungen evaluiert (Studienteil 2). Die Erfahrungen, die die Gutachter in der Anwendung des NBA gemacht haben, wurden durch ein mehrstufiges Verfahren in einem dritten Studienteil sowohl anhand qualitativer als auch quantitativer Daten erhoben. Auf der Grundlage

der quantitativen Daten der Antragsteller und der Erkenntnisse aus Studienteil 3 wurden Einzelfallanalysen durchgeführt, die die Erfahrungen der Gutachter ergänzen sollen (Studienteil 4). Eine Befragung von Versicherten bzw. ihren Angehörigen sowie eine Gruppendiskussion mit Vertretern von Betroffenenorganisationen, Verbraucherschutz und maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sollen Hinweise zur Akzeptanz des NBA liefern (Studienteil 5 und 6).

3.2 Methodischer Ansatz zur Identifikation relevanter Informationen zur Praktikabilität des NBA aus Anwendersicht – Studienteil 3

Zur Erfassung der Anwendersicht wurde ein iteratives vierstufiges Vorgehen neu entwickelt, bei dem quantitative und qualitative Erhebungsmethoden miteinander kombiniert wurden und zu verschiedenen Zeitpunkten zur Anwendung kamen. Ziel dieser Vorgehensweise war es, Erkenntnisse zur Praktikabilität des NBA aus der Perspektive aller Gutachter und auf aggregierter Ebene zu erhalten, sodass nicht das einzelne Problem eines einzelnen Gutachters zum Ergebnis der Datenerhebung, sondern die Ursache möglicher Anwendungsschwierigkeiten offengelegt wird. Der Erhebungsablauf und die entsprechenden Erhebungsinstrumente waren so konstruiert, dass der individuelle Gutachter einen induktiven Lernprozess in der Anwendung des NBA durchlaufen konnte und angeregt wurde, von seinen individuellen Erfahrungen und Beobachtungen in der Anwendung des NBA auf eine allgemeine „Regel“ aus seiner jeweils individuellen subjektiven Sichtweise zu schließen, diese im Austausch mit anderen Gutachtern zu reflektieren, zu abstrahieren und auf einer gemeinsamen Erkenntnisebene Vorschläge zur Vorbereitung der Systemumstellung in den Gutachterdiensten zu entwickeln.

Grundlage der gutachterlichen Einschätzungen zur Praktikabilität des Verfahrens sind die individuellen Erfahrungen der studienteilnehmenden Gutachter in der Anwendung des NBA (Relevanzebene 1). Die Festlegungen zur Stichprobe der zu begutachtenden Antragsteller wurden so getroffen, dass der Gutachter seine individuellen Erfahrungen in der Anwendung des neuen Verfahrens an möglichst unterschiedliche Fallkonstellationen erwerben konnte (vgl. Abschnitt 3.4.2). Die Gutachter wurden im Vorfeld der Erhebungen über die Ziele und Fragestellungen der Praktikabilitätsstudie informiert und sensibilisiert, die Anwendung unter dem Aspekt der praktischen Handhabbarkeit zu reflektieren: Während des Haus- bzw. Einrichtungsbesuchs waren die Gutachter aufgefordert, direkt zu dokumentieren, bei welchen Items des NBA Schwierigkeiten oder Fragen bei der Bearbeitung auftraten, und die Probleme oder Hinweise ausführlich zu beschreiben. Dies sollte einerseits den Gutachter zur eigenen Auseinandersetzung mit dem NBA in Vorbereitung auf nachfolgende Erhebungsphasen anregen. Andererseits sollten so Infor-

mationen auf quantitativer Ebene gewonnen werden, die der Identifikation häufig auftretender Schwierigkeiten in der Anwendung des NBA dienen.

Antragsteller, bei denen eine besondere Bedarfskonstellation entsprechend den Definitionen des Expertenbeirats vorlag, wurden durch einen zweiten Gutachter nochmals mit dem NBA begutachtet. In ausgewählten Fällen wurden außerdem die Begutachtungen von Kindern durch zwei Gutachter vorgenommen. Die Erfahrungen, die die zwei Gutachter in der Anwendung des NBA bei ein und derselben Fallkonstellation gemacht haben, wurden dann im Anschluss im Rahmen einer strukturierten Fallbesprechung erörtert und reflektiert (Relevanzebene 2).

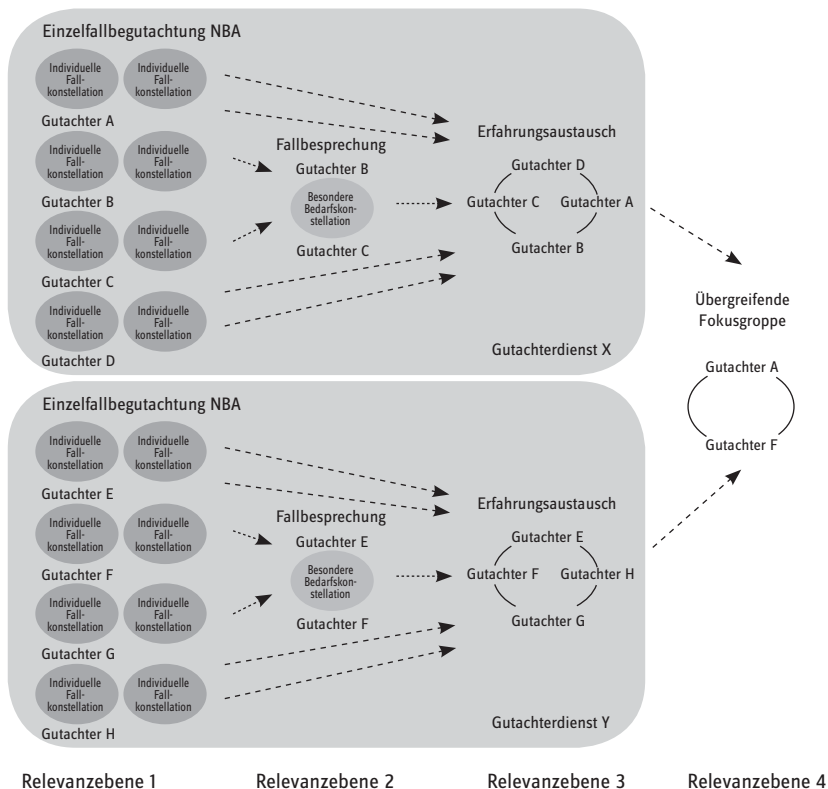


Abb. 2: Methodisches Vorgehen zur Identifikation relevanter Informationen zur Praktikabilität des NBA aus Anwendersicht

Auf einer dritten Reflexions- bzw. Abstraktionsebene wurde in jedem der studienteilnehmenden Gutachterdienste eine interne Diskussion mit allen in die Studie involvierten Gutachtern durchgeführt. Nach der mehrfachen Auseinandersetzung aller Gutachter mit der Praktikabilität des NBA wurden anschließend gutachterdienstübergreifend in einem kollektiven Diskussionsprozess die Erkenntnisse diskutiert und mit Blick auf die Hauptfragestellungen des Modellprojekts aus Gutachtersicht konsentiert (Relevanzebene 4).

3.3 Methodischer Ansatz zur Untersuchung der Akzeptanz bei Antragstellern und Angehörigen - Studienteile 5 und 6

Neben der Praktikabilität des NBA sollten im Rahmen der Studie auch Hinweise zur Akzeptanz von Versicherten und ihren Angehörigen für das neue Begutachtungsverfahren gewonnen werden (Fragestellung 5). Die Beantwortung dieser Fragestellung stellt nicht nur eine methodische, sondern auch eine inhaltliche Herausforderung dar: Versicherte, Angehörige und Eltern pflegebedürftiger Kinder werden nur schwer die Unterschiede zwischen dem gültigen Begutachtungsverfahren und dem NBA ausmachen können; das gilt insbesondere für Versicherte, die zum ersten Mal begutachtet werden. Eine eindeutige Differenzierung zwischen beiden Verfahren wird zusätzlich dadurch erschwert, dass in der Studien-Begutachtungssituation der Gutachter mehrfach zwischen beiden Verfahren wechselt und Informationen erfragt, die sowohl für das heutige Verfahren als auch für das NBA relevant sind.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die Akzeptanz des neuen Begutachtungsverfahrens zweifellos vom Ergebnis der Begutachtung, nämlich dem Pflegegrad und den damit verbundenen Leistungen, determiniert ist. Der Versicherte erfährt im Rahmen der Studie dieses Ergebnis nicht und wird allenfalls Kriterien, die sich auf den Begutachtungsprozess beziehen, wie die Art und Weise der Gesprächsführung oder das Auftreten des Gutachters, beurteilen können.

Im Rahmen der Praktikabilitätsstudie sollte sich der Perspektive der Versicherten über eine Triangulation folgender Methoden und Datenquellen angenähert werden:

- a) Qualitative telefonische Befragung von Angehörigen Versicherter, bei denen der Gutachter eine besondere Bedarfskonstellation festgestellt hat und eine zweite Begutachtung durchgeführt werden konnte.
- b) Erhebung der Gutachtersicht zum subjektiv wahrgenommenen Erleben der Begutachtungssituation durch Versicherte und Angehörige im Haus- und Einrichtungsbesuch.
- c) Gruppendiskussion mit Vertretern von Betroffenenorganisationen, Verbraucherschutz und maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung von Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und Versicherten.

Ad (a): Bei den Begutachtungen, die im Rahmen der Praktikabilitätsstudie durchgeführt werden, wird das NBA immer in Kombination mit dem derzeit gültigen Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erlebt. Die einzige Ausnahme ist der zweite Hausbesuch bei der Doppelbegutachtung bei Vorliegen einer besonderen Bedarfskonstellation. Hier wird lediglich das NBA angewandt, sodass die Antragsteller und Angehörigen das NBA in seiner eigenen Form kennenlernen.

Ad (b): Die Einschätzungen der Gutachter wurden im Zusammenhang mit den internen und übergreifenden Gruppendiskussionen erhoben.

Ad (c): Die Ergebnisse aus (a) und (b) wurden in einem nächsten Schritt in einer Expertenfokusgruppe vorgestellt und diskutiert. An dieser Gruppendiskussion nahmen Vertreter von Selbsthilfeverbänden, des Verbraucherschutzes und von maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung von Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen teil.

3.4 Stichproben

3.4.1 Studienteilnehmende Gutachter

Zur Teilnahme an der Praktikabilitätsstudie haben sich alle Medizinischen Dienste (MD) des Bundesgebiets, der Sozialmedizinische Dienst Knappschaft-Bahn-See (SMD) und Medicproof bereit erklärt. Um aussagekräftige Hinweise zur Praktikabilität des NBA zu erhalten, musste sichergestellt werden, dass eine ausreichend große Anzahl an Gutachtern und Antragstellern in die Studie einbezogen werden konnte. Im Hinblick auf die Stichprobe von Gutachtern bedeutete dies im Detail, dass die Gutachterstruktur in den beteiligten Gutachterdiensten abgebildet werden sollte. Es wurde daher festgelegt, dass pro Gutachterdienst mindestens drei Gutachter an der Studie teilnehmen. Maßgebend für die Festlegung der Gutachteranzahl pro MD war die Anzahl durchgeführter Regelbegutachtungen im Jahr 2012. Als Einschlusskriterium galt weiter, dass die studienteilnehmenden Gutachter mindestens ein Jahr in ihrem Dienst tätig sind, sämtliche Einarbeitungsmaßnahmen bereits durchlaufen und die bundesweiten Fortbildungen absolviert haben. Da es sich bei dem NBA um einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit handelt, wurden für die Studie auch Gutachter ausgewählt, die über langjährige Erfahrungen in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit verfügen und bereits fünf und mehr Jahre beim jeweiligen MD tätig sind. Weiter fand die unterschiedliche Qualifikationsstruktur in den MD bei der Auswahl der studienteilnehmenden Gutachter Berücksichtigung.

Um die Umsetzbarkeit des geplanten Projekts sicherzustellen und vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen wurde weiterhin festgelegt, dass in denjenigen

Methodischer
Ansatz zur
Beantwortung der
Fragestellungen

MD, die im Verhältnis die größte Anzahl an Regelbegutachtungen im Jahr 2012² durchgeführt haben, höchstens zehn Gutachter für die Teilnahme an der Studie ausgewählt werden. Sieben der Gutachterdienste haben sich außerdem bereit erklärt, neben der Praktikabilitätsstudie auch an der Erprobungsstudie „Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ teilzunehmen und weitere Gutachter abzustellen, die Begutachtungen mit dem NBA durchführen (MDK Niedersachsen, MDK Bremen, MDK Westfalen-Lippe, MDK Rheinland-Pfalz, MDK Baden-Württemberg, MDK Mecklenburg-Vorpommern und MDK Saarland). Für diese Dienste wurde der Aufwand für die Praktikabilitätsstudie, gemessen an der Anzahl durchzuführender Begutachtungen, gesenkt und anteilig auf die anderen Gutachterdienste, die ausschließlich an der Praktikabilitätsstudie teilnehmen, verteilt. Entsprechend der Begutachtungsstatistik 2012 und den genannten Festlegungen wurde die nachfolgend dargestellte Stichprobengröße bezogen auf die studienteilnehmenden Gutachter pro MD sowie insgesamt ermittelt:

Gutachterdienst	Anzahl studienteilnehmender Gutachterinnen und Gutachter
MDK Berlin-Brandenburg	8
MDK Nord	5
MDK Bremen	3
MDK Niedersachsen	4
MDK Westfalen-Lippe	5
MDK Nordrhein	5
MDK Hessen	7
MDK Rheinland-Pfalz	3
MDK Saarland	3
MDK Baden-Württemberg	3
MDK Bayern	10
MDK Mecklenburg-Vorpommern	3
MDK Sachsen-Anhalt	4
MDK Thüringen	3
MDK Sachsen	6
Knappschaft	8
Medicproof	6
Insgesamt	86

Tab. 1: Zusammenstellung der Gutachter-Stichprobe

2 Zum Zeitpunkt der Stichprobenplanung lagen die Daten der Begutachtungsstatistik für das Jahr 2013 noch nicht vor.

Insgesamt wurden 86 Gutachter für die Teilnahme an der Praktikabilitätsstudie benannt. 45 Gutachter, mehr als die Hälfte, sind Pflegefachkräfte für Krankenpflege (52%), 14 Gutachter (16%) sind als Pflegefachkräfte für Altenpflege qualifiziert, 18 Gutachter haben eine Ausbildung zur Pflegefachkraft für Kinderkrankenpflege durchlaufen (21%), sieben der Gutachter sind als Ärzte (8%) und zwei Gutachter sind als Kinderärzte qualifiziert (3%).

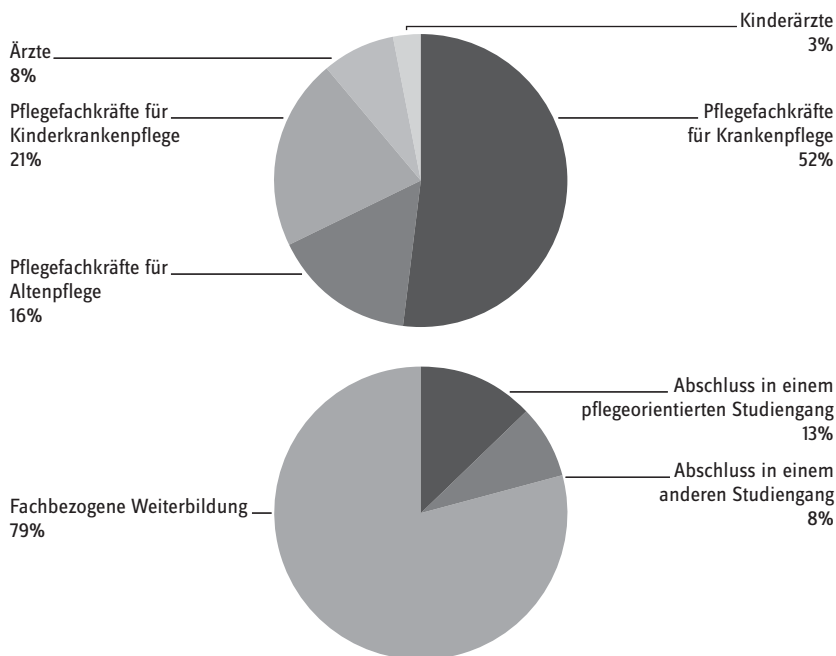


Abb. 3: Studienteilnehmende Gutachter differenziert nach Qualifikation und Zusatzqualifikation

48 Gutachter haben eine fachbezogene Weiterbildung, z.B. im Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege oder Anästhesie-/Intensivpflege, absolviert (79%). 13 Teilnehmer verfügen über einen Abschluss in einem pflegeorientierten Studiengang, wie z.B. Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, oder einen Abschluss in einem anderen Studiengang wie z.B. Gesundheitswissenschaften (21%) (vgl. Abb. 3). Insgesamt sind über 50% der studienteilnehmenden Gutachter länger als zehn Jahre für ihren Gutachterdienst tätig (n = 48). 24 Gutachter sind seit mindestens einem bis höchstens fünf Jahren mit der Begutachtung betraut (28%) und 14 Gutachter führen seit mindestens sechs bis höchstens zehn Jahren Begutachtungen von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung durch (16%).

3.4.2 Studienteilnehmende Antragsteller

Die Stichprobe von erwachsenen Antragstellern auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung musste entsprechend den Zielen der Praktikabilitätsstudie mehreren Anforderungen genügen: Erstens sollten die Gutachter, um die Anwendung des NBA fachlich fundiert bewerten zu können, einen ausreichend großen Erfahrungsschatz in der Begutachtung mit dem neuen Verfahren gewinnen und das NBA jeweils bei einer ausreichenden Anzahl von Antragstellern mit möglichst heterogenen Hilfebedarfen anwenden. Gemäß der fachlichen Einschätzung der studienteilnehmenden Gutachter der Hauptphase 2 sind hierfür mindestens 20 NBA-Begutachtungen pro Gutachter notwendig.

Zweitens musste die Stichprobe ausreichend groß sein, sodass genügend Antragsteller erfasst werden konnten, bei denen eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt, um eine Einschätzung der Angemessenheit der Empfehlungen des Expertenbeirats zum Umgang mit Pflegegrad 5 vornehmen zu können. Zum Dritten sollte die Stichprobe ein repräsentatives Abbild der Antragsteller im Begutachtungsgeschehen in den Medizinischen Diensten abgeben, und zwar in Bezug auf die Art des Gutachtens (Erstbegutachtung bzw. Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtung bei Folgebegutachtungen), in Bezug auf die beantragte Leistungsart (Geldleistungen nach § 37 SGB XI, Sachleistungen nach § 36 SGB XI, Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI und Leistungen nach § 43 SGB XI) und die empfohlene Pflegestufe (PS 0, PS I, PS II, PS III).

Entsprechend wurde festgelegt, dass die studienteilnehmenden Gutachter auf der Grundlage einer Stichprobe von Antragstellern ihres Gutachterdienstes jeweils 20 vollständige Begutachtungen sowohl mit dem NBA als auch mit dem gültigen Verfahren durchführen. Die Stichprobenziehung erfolgte grundsätzlich über eine konsekutive Zufallsauswahl von Antragstellern aus dem „normalen“ Auftragsbestand der Gutachterdienste nach festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien.³ Um mögliche Schwankungen im Auftragseingang während der Feldphase kontrollieren zu können, erfolgte während der Rekrutierung der Antragsteller ein Controlling durch den jeweiligen Gutachterdienst.

3 Versicherte wurden eingeschlossen, wenn mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt war: Vorliegen eines Auftrags für eine Erstbegutachtung oder Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung zu beantragten Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, die sogenannten Geldleistungen (§ 37 SGB XI), Kombination von Geld- und Sachleistungen, die sogenannten Kombileistungen (§ 38 SGB XI), und vollstationäre Pflege, einschließlich der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§§ 43, 43a SGB XI); Versicherte wurden ausgeschlossen, wenn mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt war: Vorliegen eines Auftrags, bei dem keine Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit erfolgt. Dabei handelt es sich u.a. um gutachterliche Stellungnahmen zur Kurzzeit-/Urlaubs- pflege, Hilfsmittelversorgung und zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Vorliegen eines Auftrags für ein Widerspruchsgutachten; Vorliegen eines Auftrags zur Begutachtung sogenannte Überleitungsfälle gemäß § 112 Abs. 2 Satz 5 SGB V; Vorliegen eines Auftrags, bei dem zum Zeitpunkt der Auftragserteilung bekannt ist, dass der Versicherte in der Zwischenzeit verstorben ist. Vorliegen eines Auftrags zur sozialmedizinischen Abklärung ausschließlich von Teilaspekten der Pflegebedürftigkeit in den Fällen, in denen kein vollständiges Pflegegutachten erstellt wird.

Falls notwendig, wurde im Rahmen der Stichprobenziehung von der einfachen konsekutiven Auswahl von Antragstellern auf eine geschichtete konsekutive Auswahl nach den Schichtungskriterien (beantragte Leistungsart und Begutachtungsart) umgestellt. Da das Ergebnis der Pflegebegutachtung im Prozess der Stichprobenziehung noch nicht bekannt ist, wurde weiterhin festgelegt, dass von der einfachen konsekutiven Stichprobenziehung ebenfalls abzuweichen ist, wenn während der laufenden Erhebungsphase überproportional wenig Antragsteller mit einem Hilfebedarf der Pflegestufe III begutachtet werden konnten, diese also im Vergleich zum „normalen“ Begutachtungsaufkommen unterrepräsentiert sind. In diesem Fall waren im weiteren Verlauf der Stichprobenziehung ausschließlich Höher- oder Wiederholungsbegutachtungen einzubeziehen.

Die anvisierte Fallzahl für die Gesamtstichprobe von erwachsenen Antragstellern für die Praktikabilitätsstudie betrug demnach $n = 1.720$. Zu erwarten war, dass sich unter den einbezogenen Versicherten nur wenige Antragsteller mit einer besonderen Bedarfskonstellation gemäß den Vorschlägen des Beirats befinden werden. Es wurde daher im Rahmen der zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen angestrebt, dass die NBA-Anwendung bei Antragstellern, bei denen möglicherweise eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt, so lange fortgeführt wird, bis eine Mindeststichprobe von $n = 45$ für diese Gruppe erreicht ist (Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“ $n = 15$; Bedarfskonstellation „ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten“ $n = 30$). A priori festgelegt wurde außerdem, dass diejenigen Fälle, bei denen der Gutachter eine besondere Bedarfskonstellation im Sinne von „ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten“ konstatiert, von einem zweiten Gutachter nochmals auf der Grundlage des NBA begutachtet werden, sodass insgesamt 60 gutachterliche Einschätzungen bei Antragstellern mit der genannten besonderen Bedarfskonstellation einbezogen werden können, die der qualitativen Analyse zugeführt werden sollten (Studienteil 3).

Die Anwendung des NBA bei Kindern wird durch mehrere Momente erschwert. Zum einen ist die jährliche Anzahl von Anträgen zur Begutachtung von Kindern im Begutachtungsaufkommen der Medizinischen Dienste vergleichsweise gering (ca. 3% im Jahr 2012). Die Statistik beantragter Leistungsarten 2012 zeigt weiter, dass im Gegensatz zu den Erwachsenen nur wenige Kinder vollstationär versorgt werden; der weit überwiegende Teil pflegebedürftiger Kinder wird zu Hause gepflegt. In der Studie wurden daher ausschließlich Kinder, für die ambulante Leistungen beantragt wurden, berücksichtigt. Zudem wurde hier aus den oben benannten Gründen keine Festlegung der Gutachteranzahl und der durchzuführenden Begutachtungen vorgenommen. Angestrebt wurde, dass die gutachterlichen Einschätzungen der Praktikabilität des NBA bei Kindern auf den Erfahrungen von insgesamt 300 Kinderbegutachtungen fußt. In die Kinderstudie wurden diejenigen Gutachter der Stichprobe einbezogen, die erfahren in der Begutachtung von Kindern sind und regulär eine verhältnismäßig hohe Anzahl an Kinderbegutachtungen durchführen. Für die Praktikabilitätsstudie wurde weiter festgelegt, dass Antragstel-

Methodischer
Ansatz zur
Beantwortung der
Fragestellungen

ler bis zur Vollendung ihres elften Lebensjahres der Kinderstichprobe zuzuweisen sind. Ab einem Alter von zwölf Jahren war das Kind in die Erwachsenen-Stichprobe einzubeziehen.⁴

4 Die Altersgrenze für die Kinderstichprobe wurde für die Praktikabilitätsstudie auf der Grundlage der Bewertungssystematik des NBA festgelegt. Ab einem Alter von zwölf Jahren kann ein Kind in allen Modulen des NBA, die in die Berechnung des Pflegegrads eingehen, selbständig sein. Der Bewertungsalgorithmus zur Berechnung des Pflegegrads, der die altersgemäße kindliche Entwicklung berücksichtigt, greift dann nicht mehr. Für Kinder ab zwölf Jahren und erwachsene Antragsteller gelten dann dieselben pflegegradrelevanten Berechnungsvorschriften. Diese Kinder fließen in die Stichprobe der Erwachsenen ein. Bei Kindern bis zur Vollendung des elften Lebensjahres wurde die Begutachtung von speziell geschulten Gutachtern durchgeführt. Gleichwohl wurde bei Antragstellern von 12 bis 18 Jahren im Sinne einer altersgerechten Formulierung der Merkmale des NBA der Erhebungsbogen für Kinder herangezogen (von 12 bis 13 ohne das Modul 8).

4. Studienablauf – das Praxisprojekt

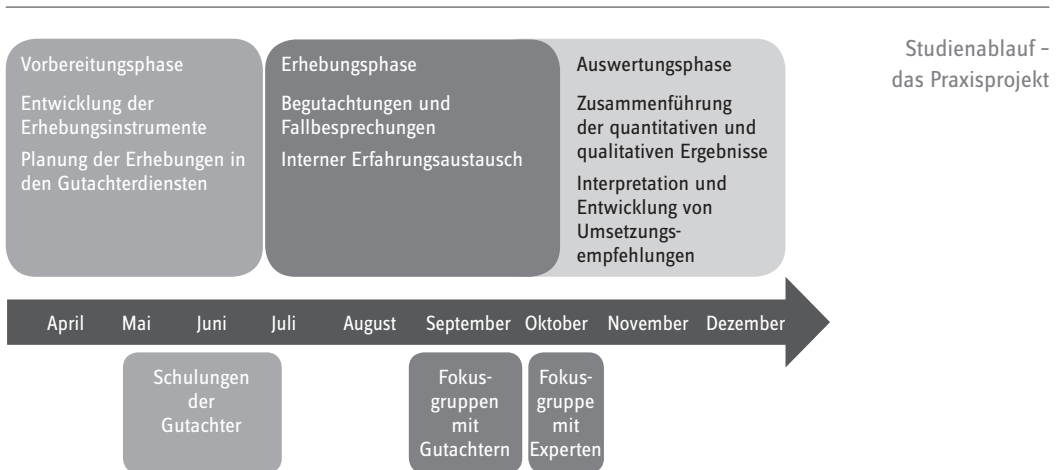


Abb. 4: Meilensteine im Studienablauf

4.1 Vorbereitungsphase

4.1.1 Umsetzung der Empfehlungen des Expertenbeirats und Aktualisierung der Manuale

Die erste Phase der Studie von April bis Mai diente der Vorbereitung der Erhebungen. Zunächst wurden die Empfehlungen des Expertenbeirats, deren inhaltliche Angemessenheit einer Überprüfung unterzogen werden sollte, umgesetzt und in das neue Begutachtungsverfahren integriert: Für die Module 3, 6, 7 und 8 des NBA wurden zusätzliche Antwortkategorien entwickelt, die es dem Gutachter erleichtern sollten, Möglichkeiten der Verbesserung und/oder des Erhalts bestimmter Fähigkeiten und Funktionen des Antragstellers in den vom NBA fokussierten Lebensbereichen zu identifizieren und mit konkreten Maßnahmen zu verknüpfen. Der bereits bestehende Katalog der Antwortoptionen zu den Modulen 1, 2, 4 und 5 wurde ausgeweitet und konkretisiert. Die Antwortoptionen wurden mit Beispielen hinterlegt, getrennt für Kinder und Erwachsene. Diese beschränken sich bewusst nicht nur auf den Themenkomplex Rehabilitation, sondern sollen den Gutachter grundsätzlich bei der Formulierung von Empfehlungen zur Verbesserung der vorgefundenen Pflegesituation unterstützen. Festgelegt wurde, dass im Erhebungsbogen der Gutachter zu jeder Empfehlung eine Konkretisierung im Freitext über Pflichtfelder vorzunehmen hat. Bei der Zusammenführung der Ergebnisse am Ende des Gutachtens sollten die gewonnenen Hinweise erneut angezeigt werden, um den Gutachtern die abschließende Wertung im Hinblick auf die Empfehlung von Einzelmaßnahmen oder komplexen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erleichtern. In den

Erhebungsbögen wurde dem Gutachter außerdem die Möglichkeit eingeräumt, eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit zu empfehlen, wenn nicht sicher über eine Rehabilitationsindikation entschieden werden kann. Die Antwortoptionen sind den Erhebungsbögen im Anhang des Berichts zu entnehmen.

Auf der Basis der Empfehlungen und Vorarbeiten der AG 2 des Expertenbeirats wurde das auf Kinder ausgerichtete Begutachtungsmanual überarbeitet. Sowohl dort wie auch im dazugehörigen Erhebungsbogen für Kinder wurden die Empfehlungen des Expertenbeirats zur Begutachtung von Kindern zwischen 0 und 18 Monaten integriert. Modul 4 des NBA wurde entsprechend um ein zusätzliches Item erweitert, das eine Identifikation gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen, ermöglicht. Im elektronischen Erhebungsbogen für Kinder wurden die Altersgrenzen für die einzelnen Items des NBA integriert, sodass der Gutachter direkt während der Begutachtung nur diejenigen Merkmale des NBA bearbeiten konnte, die je nach Alter des Kindes zu berücksichtigen waren.

Der elektronische Erhebungsbogen für Erwachsene wurde der Struktur des Studienablaufplans für den Haus- und Einrichtungsbesuch angepasst und mit Hinweisen zum Ablauf für den Gutachter hinterlegt (vgl. Abschnitt 4.1.3). Im Manual für die Begutachtung von erwachsenen Antragstellern sowie im Erhebungsbogen wurden die Aufgreifkriterien für die besonderen Bedarfskonstellationen integriert. In beiden Manualen wurde zudem zu jedem Modul ein einführender Erläuterungstext mit wichtigen Hinweisen für die Bewertung der Aktivitäten des jeweiligen Moduls ergänzt. Die Erhebungsbögen sind dem Anhang zu entnehmen.

4.1.2 Integration der Ergebnisse aus dem Projekt Reha XI

Im Rahmen der Erprobungsstudie zum NBA soll die Frage beantwortet werden, wie praktikabel das NBA bei der Empfehlung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist. Hierfür wurde zunächst Teil D des NBA (Empfehlungen zu Rehabilitation und Prävention) in den mittlerweile gültigen Rechtsrahmen zur Überprüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit überführt (§ 31 Abs. 3 SGB XI) und durch die dreiseitige gesonderte Reha-Empfehlung ersetzt (vgl. MDS 2013, S. 137-140).⁵ Im Rahmen der Studie war

5 Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 wurde der Prüfauftrag des MD zur Feststellung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) konkretisiert: Auf der Grundlage der Feststellung des MDK kann ggf., sofern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind und die Einwilligung des Versicherten vorliegt, ein Zuständigkeitsverfahren nach § 14 SGB IX ausgelöst werden (§ 31 Abs. 3 SGB XI). Mit dieser Regelung wurde klargestellt, dass der MDK gegenüber der Pflegekasse nicht nur eine gesonderte Rehabilitations-Empfehlung ausspricht, sondern auch eine dezidierte Feststellung zu treffen hat, ob eine Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht oder nicht. Mit dem am 01.01.2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) wird dieser Auftrag durch ergänzende Regelungen bekräftigt.

zu überprüfen, ob die auf der Grundlage der einzelnen Module erhobenen Informationen zu Möglichkeiten der Verbesserung und/oder des Erhalts bestimmter Fähigkeiten und Funktionen des Antragstellers den Gutachter in der Beurteilung der Reha-Indikationskriterien unterstützen. Dem Thema „Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung“ hat sich im Zeitraum von 2013 bis 2014 ein eigenes Forschungsprojekt gewidmet. Die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen des Verbundprojekts „Reha XI“ wurden in das hier zu prüfende Begutachtungsverfahren aufgenommen (vgl. Rothgang et al. 2014). Gesamtziel des Projekts war es, die Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben zur Erkennung rehabilitativer Bedarfsaspekte in der Pflegebegutachtung transparenter zu machen, Schwachstellen zu identifizieren und eine Grundlage für notwendige Qualitätsverbesserungen zu schaffen. Auf Basis einer Stärken-Schwächen-Analyse wurden Vorschläge zu Qualitätsverbesserungen des Begutachtungsprozesses entwickelt und ein darauf aufbauendes Standardverfahren („Gute Praxis Standard“; GPS) entwickelt und evaluiert. Der empfohlene GPS zielt u.a. auf die Optimierung der Umgangsweisen mit bestimmten Problemen durch Vereinheitlichung relevanter Aspekte des Begutachtungsprozesses ab. Als wichtige Themenbereiche fokussiert der GPS die Aspekte Aufklärung und Information der Antragsteller, u.a. durch einen Informationsflyer, die Schulung und Sensibilisierung sowohl der pflegefachlichen als auch ärztlichen Gutachter, Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegefachkraft und ärztlichem Gutachter, Unterstützung des pflegefachlichen Gutachters bei der Bearbeitung der vier Reha-Indikationskriterien durch eine zweiseitige Handreichung. Sowohl der entwickelte Informationsflyer als auch die zweiseitige Handreichung für den Haus- bzw. Einrichtungsbesuch wurden den studienteilnehmenden Gutachtern für die Praktikabilitätsstudie zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurde durch das Arbeitsgremium festgelegt, dass die ärztlichen Gutachter in den MD über die Praktikabilitätsstudie zu informieren sind und ihnen im Rahmen des zweistufigen Verfahrens bei Hinweisen auf eine Reha-Indikation bei Antragstellern der Stichprobe neben dem gültigen Pflegegutachten auch die entsprechenden Informationen aus dem NBA zur Verfügung zu stellen sind. Gemäß den Empfehlungen des Projekts Reha XI waren die studienteilnehmenden Gutachter in jedem Fall über das abschließende Prüfungsergebnis und die Begründung sowie die im Entwurf des Pflegegutachtens ggf. vorgenommenen Änderungen durch den Arzt zu informieren. Außerdem wurden wesentliche Kernbotschaften des Schulungs-Curriculums zum Thema „Rehabilitation in der Pflegebegutachtung“, das im Rahmen des Projekts Reha XI entwickelt worden ist, in den Schulungen zum NBA vermittelt (vgl. Abschnitt 4.1.4). Die Erfahrungen, die die Gutachter bei der Anwendung des NBA in der Verknüpfung mit der gesonderten Reha-Empfehlung gewonnen haben, dienten u.a. dazu, einen Vorschlag zur Anpassung des Formulargutachtens zu erarbeiten, das stärker als bislang

Die verabschiedeten Maßnahmen zielen darauf ab, die Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen hinsichtlich Rehabilitation zu verbessern, die Wahrnehmung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern und die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Prüfung des Antrags auf Rehabilitation durch die Pflegekassen zu verbessern.

eine inhaltliche Abbildung der rehabilitationsrelevanten Kriterien erlaubt (vgl. Rothgang et al. 2014, S. 42).

4.1.3 Integration des NBA in ein Begutachtungsverfahren für den Haus- und Einrichtungsbesuch

Das NBA in seiner angepassten Fassung wurde in einem nächsten Schritt in ein umfassendes Begutachtungsverfahren für den Haus- und Einrichtungsbesuch überführt. Bei der Ausgestaltung des Ablaufplans war laut Studiendesign die Vorgabe umzusetzen, dass der Gutachter zuerst das NBA und im Anschluss daran das heute gültige Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs durchführt. Die zusätzliche Belastung für den Antragsteller sollte gleichzeitig möglichst gering gehalten werden. Daher wurde festgelegt, dass die Erhebungen zur Anamnese, zu den Befunden und zur pflegerlevanten Vorgeschichte des Antragstellers gemäß BRi zu erfolgen haben und dass der Gutachter dann auf dieser Basis seine gutachterliche Bewertung der NBA-Items vornimmt. In diesem Zusammenhang sollte auch die Frage beantwortet werden, ob die heute bestehenden Anforderungen an die Anamnese und Befunderhebung für die Einführung des NBA noch einer Ergänzung und Konkretisierung im Sinne des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedürfen. Fundierend auf den Erhebungen im NBA und den gutachterlichen Bewertungen zu Möglichkeiten der Verbesserung und/oder des Erhalts bestimmter Fähigkeiten und Funktionen des Antragstellers in den vom NBA fokussierten Lebensbereichen hat der Gutachter anschließend die Bearbeitung des Empfehlungsteils gemäß BRi vorgenommen. Der Ablaufplan für den Haus- und Einrichtungsbesuch im Detail ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

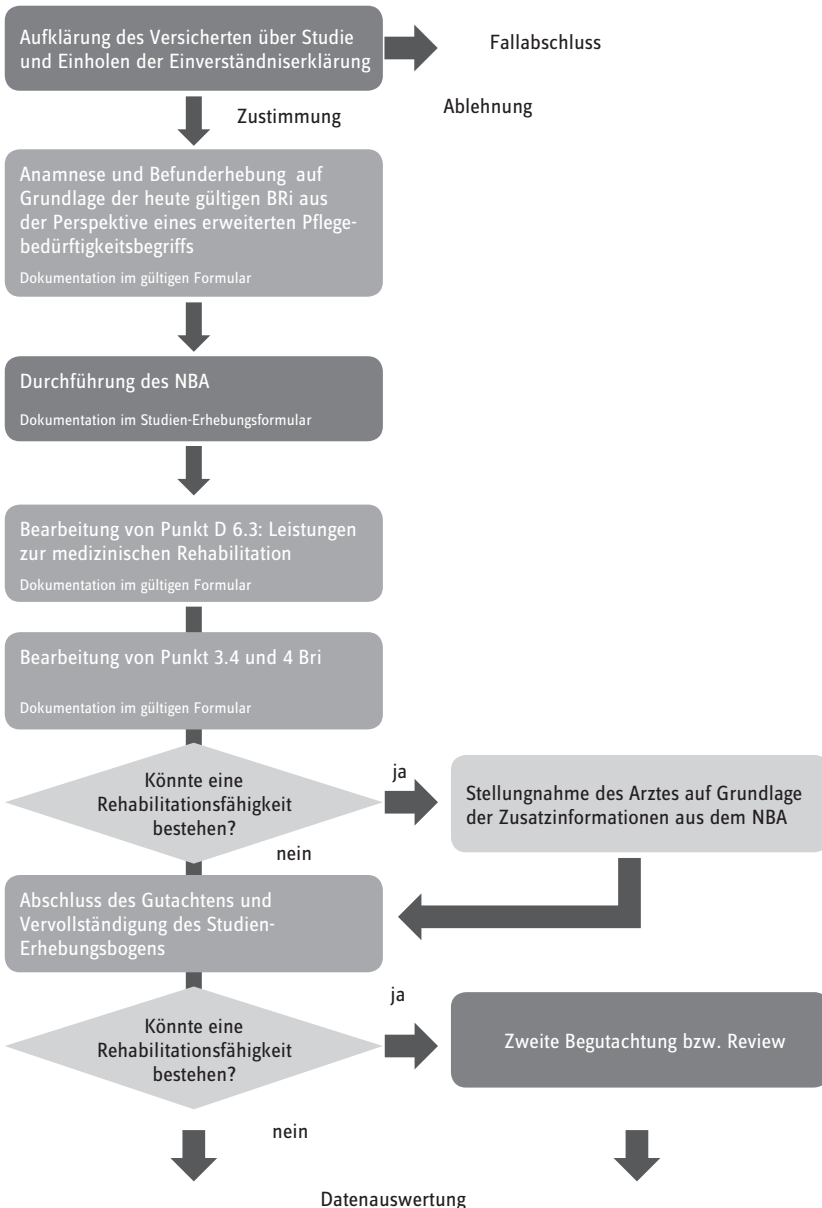


Abb. 5: Ablaufplan für den Haus- und Einrichtungsbesuch

4.1.4 Schulungen der studienteilnehmenden Gutachter

In Zusammenarbeit mit der SEG 2 und der Fortbildungsabteilung des MDS wurden im Zeitraum von Mitte Mai bis Ende Juni insgesamt vier Schulungsveranstaltungen durchgeführt. Die Schulungen basieren auf dem Konzept der 2008 durchgeführten Erprobung des NBA (vgl. Wingefeld et al. 2008). Hiernach war eine halb- bis ganztägige Schulung der Gutachter vorgesehen. Die Erkenntnisse der Erprobung hatten jedoch gezeigt, dass der Schulungsaufwand höher angesetzt werden muss als die empfohlenen sechs- bis achtstündigen Fortbildungen (vgl. Windeler et al. 2008). Entsprechend wurde die Schulung der studienteilnehmenden Gutachter für die Praktikabilitätsstudie auf zwei Tage ausgeweitet. Im Vorfeld wurden den Gutachtern die Erhebungsbögen und die Begutachtungsmanuale zum Zweck des Selbststudiums zur Verfügung gestellt.

Die Schulungsveranstaltungen umfassten einen theoretischen und einen praktischen Teil. Im theoretischen Teil wurden die Gutachter zunächst ganz allgemein mit der neuen Begutachtungsphilosophie des NBA vertraut gemacht. Anschließend ging es um die Vermittlung grundsätzlicher Unterschiede zwischen dem neuen und dem derzeit gültigen Verfahren. Es folgte eine detaillierte Erläuterung der einzelnen Module des NBA, deren Anwendung mit der Besprechung von einzelnen Fallbeispielen in der Gruppe vertiefend vermittelt wurde. Die Gutachter wurden zudem entsprechend den Ergebnissen des Reha-XI-Projekts in den Besonderheiten des Verfahrens zur Feststellung einer möglichen Rehabilitationsbedürftigkeit auf der Grundlage des NBA geschult. In diesem Zusammenhang wurden die Gutachter auf ihre Aufgabe einer Vorfilter-Funktion bei der Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung hingewiesen und dafür sensibilisiert, stets eine vollständige Prüfung der Reha-Indikationskriterien vorzunehmen - es sei denn, ein maßgebliches Kriterium ist nicht erfüllt. Rehabilitations-Ziele sollten hierbei möglichst konkret, realistisch und alltagsrelevant formuliert werden.

Im praktischen Teil hatten die Gutachter dann die Gelegenheit, das Gelernte zu vertiefen und anzuwenden. An insgesamt vier Musterfällen haben die Gutachter im Rahmen von Gruppenarbeit das NBA angewandt. Die Ergebnisse wurden anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert.

Ein gesonderter Schulungsschwerpunkt widmete sich den pädiatrisch geschulten Gutachtern. Hier ging es darum, ausschließlich Fall- und Anwendungsbeispiele aus der Kinderbegutachtung mit dem NBA zu erörtern. Insbesondere wurde geschult, wie der tatsächlich vorhandene Abhängigkeitsgrad zu dokumentieren ist, unabhängig davon, ob dieser altersgemäß oder als Folge gesundheitlicher Folgen einzustufen ist.

Zum Abschluss der Schulungsveranstaltung erhielten die Teilnehmer Gelegenheit, verbliebene Fragen zu diskutieren und zu klären. Darüber hinaus wurden sie über die Fra-

gestellungen der Praktikabilitätsstudie, den Ablauf der Datenerhebungen und die elektronische Erhebungssoftware informiert (vgl. Abschnitt 4.1.5).

Mit Blick auf die Konzeption zukünftiger Schulungscurricula zum neuen Begutachtungsverfahren wurden die theoretischen Ausführungen zum NBA und zu den Manualen der zweiten Schulungsveranstaltung aufgezeichnet und standen den Gutachtern vor sowie während der gesamten Erhebungsphase zum Zweck der Wiederholung und Vertiefung des Gelernten auf der webbasierten Lern- und Kommunikationsplattform des MDS zur Verfügung. Hier waren auch sämtliche studienrelevanten Dokumente zum Download bereitgestellt. Ebenso wurde über diese Plattform ein fachlicher Austausch unter den studienteilnehmenden Gutachtern angeregt; eventuell auftretende Fragen und Probleme konnten von der Studienleitung zeitnah bearbeitet werden. Gleichzeitig sollten auf der Grundlage dieser Datenquelle schon während der Erhebungsphase wertvolle Hinweise zur Praktikabilität des Verfahrens aus Sicht der Gutachter gewonnen werden.

4.1.5 Programmierung der Erhebungssoftware

Für die Datenerhebung der Begutachtungen mit dem NBA wurde vom Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) eine elektronische Dateneingabemaske für die Laptops der Gutachter entwickelt, die während der Begutachtung eingesetzt werden konnte.

Als Programm für die Dateneingabemaske und die dahinterliegende Datenbank zur Aufnahme der Daten wurde Microsoft Office Access eingesetzt. Die Eingabemaske wurde so angelegt, dass bereits während der Dateneingabe bei Begutachtung eine erste Plausibilitätsprüfung von Eingaben durch den Gutachter (insbesondere Hinweise auf noch nicht eingegebene Informationen) erfolgen konnte. Eine Funktion zum Export der benötigten Daten in ein bearbeitbares Format wurde in die Eingabemaske integriert. Für die Datenmaske wurde außerdem der Bewertungsalgorithmus des NBA für erwachsene Antragsteller umgesetzt, sodass sich die Gutachter das Ergebnis ihrer Einstufungsempfehlung anzeigen lassen konnten. Zur Übermittlung dieser Daten durch die Gutachter an die weiterverarbeitende Stelle in Bremen wurde ein gesicherter Übertragungsweg (Password, Verschlüsselung) auf einem dafür reservierten Serverbereich eingerichtet. Die Trennung von personenbezogenen und Begutachtungsdaten in der Datenbank erfolgte durch automatische Vergabe einer pseudonymisierten Identifikationsnummer (ID). Exportiert und übermittelt wurden ausschließlich nicht personenbezogene Daten mit dieser ID. Die Erfahrungen in der Anwendung der Erhebungssoftware wurden im Rahmen der internen und übergreifenden Gruppendiskussionen erörtert, um auf diese Weise weitere Hinweise für die Vorbereitung der Implementierung des neuen Begutachtungsverfahrens erhalten zu können.

4.2 Erhebungsphase

Nach Abschluss der vorbereitenden Maßnahmen starteten am 01.07.2014 die Datenerhebungen für die einzelnen Studienteile. Für alle Datenerhebungen wurden Informationsblätter und Einverständniserklärungen für die Studienteilnehmer (Gutachter, Antragsteller, Betroffenenvertreter) entwickelt. Diese sind dem Anhang des vorliegenden Berichts zu entnehmen.

4.2.1 Studienteil 1: Begutachtung von Antragstellern - Erwachsene und Kinder

Die Rekrutierung der Teilnehmer für den Studienteil 1 erfolgte in Anlehnung an das „normale“ Begutachtungsgeschehen der MDK, des SMD und Medicproof. Hierfür wurden die in den Gutachterdiensten eingehenden Begutachtungsaufträge nach den vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien sortiert (vgl. Abschnitt 3.4.2). Diejenigen Versicherten, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden im Rahmen der Terminvereinbarung zur Begutachtung um ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gebeten. Bei Vorliegen des Einverständnisses und erfolgreicher Terminvereinbarung haben die Gutachter den Haus- bzw. Einrichtungsbesuch angetreten. Während des Haus- bzw. Einrichtungsbesuchs wurden die Versicherten nochmals persönlich über die Studie aufgeklärt, auf die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen hingewiesen und um ihr Einverständnis zur Teilnahme gebeten. Die unterschriebene Einverständniserklärung sowie die Aufklärung über die Studie werden den Versicherten ausgehändigt.

Das Instrument kam bei allen studienteilnehmenden Antragstellern (Erwachsenen und Kindern) zum Einsatz. Des Weiteren wurden bei allen Versicherten ausgewählte Informationen aus der derzeit gültigen Begutachtung im Erhebungsbogen dokumentiert. Zusätzlich erfolgte eine Dokumentation ergänzender Variablen, die zur Beschreibung des Studienkollektivs der Antragsteller notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere solche Variablen, die der Beschreibung derjenigen Versicherten dienen, die eine Studienteilnahme verweigern oder die Teilnahme abbrechen. Die Dokumentation aller Erhebungen erfolgte bei laufender Begutachtung direkt im Erhebungsbogen, der anhand einer eindeutigen Schlüsselnummer für jeden studienteilnehmenden Antragsteller gekennzeichnet war. Für die allgemeine Beschreibung des Studienkollektivs sowie im Hinblick auf geplante stratifizierte bzw. adjustierte Analysen wurden folgende allgemeinen Variablen erhoben:

- Geschlecht des Versicherten
- Alter des Versicherten (Geburtsjahr)
- Beantragte Leistungsart (Geldleistungen; Kombineistungen; Sachleistungen; vollstationäre Leistungen; Leistungen nach § 43a SGB XI; keine Angabe/nicht zu ermitteln)
- Begutachtungsart (Erstgutachten; Höherstufungsgutachten; Wiederholungsgutachten)
- Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung (nur bei Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen) (unterhalb von Pflegestufe I; Pflegestufe I;

Dokumentation bei Abbrechern und Versicherten, die die Teilnahme an der Studie ablehnen

Es fand eine differenzierte Dokumentation der Gründe statt, die zur Verweigerung am Studienteil 1 geführt hatten, sowie der Gründe, die den Abbruch der Begutachtung zur Folge hatten. Die Dokumentation der Ausfälle während der Erhebungen erfolgte differenziert nach Grund für den Ausfall (Versicherter ist erschöpft, eingeschlafen; Versicherter hat aus anderen Gründen abgebrochen; Angehöriger, Pflegeperson hat abgebrochen; Sonstiges).

Variablen aus dem gültigen Begutachtungsverfahren

Bezüglich des derzeit aktuellen Begutachtungsverfahrens wurden ausgewählte Informationen bzw. Begutachtungsergebnisse im Rahmen der Studie dokumentiert (d.h. gemäß Angaben im Begutachtungsformular in den Erhebungsbogen der Studie übertragen). Hierbei handelte es sich im Wesentlichen um die ermittelte Pflegestufenempfehlung, den grundpflegerischen Hilfebedarf in Minuten, die Ergebnisse des Assessments zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), soziodemografische Angaben sowie Angaben aus dem Empfehlungsteil (vgl. Erhebungsbögen im Anhang).

Erhebungen anhand des neuen Begutachtungsinstrumentes

Alle Erhebungen anhand des neuen Begutachtungsinstrumentes wurden vollständig dokumentiert und ausgewertet. Dabei handelte es sich um die acht Skalen bzw. Module des NBA zur Einschätzung von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen inkl. der (weiter-)entwickelten Antwortoptionen zu Möglichkeiten der Verbesserung und/oder des Erhalts bestimmter Fähigkeiten und Funktionen des Antragstellers in den vom NBA fokussierten Lebensbereichen sowie die Items des NBA zum Thema präventionsrelevanter Risiken. Es wurden außerdem die folgenden Variablen zur näheren Bestimmung pflegerischer Versorgungskonstellationen erhoben:

- Ausgeprägte Schmerzsymptomatik (z.B. andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit) (ja/nein)
- Ausgeprägte Spastiken/Kontrakturen (mehrere Gelenke der Extremitäten, Pflegehandlungen sind zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar) (ja/nein)
- Komplexe palliative Symptomatik bei stark begrenzter Lebenserwartung (ja/nein)
- Respiratorische Insuffizienz (Person ist beatmungspflichtig, intermittierend oder dauerhaft) (ja/nein)
- Wachkoma (ja/nein)
- Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung (Visus auf besserem Auge max. 1/50) (ja/nein)

- Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit (auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis) (ja/nein)
- Andere (ja/nein; Freitext)
- Erfordernis nächtlicher Unterstützung (nie oder max. 1 × wöchentlich/mehrmals wöchentlich/täglich/mehrmals täglich)
- Verschlucken bei der Nahrungsaufnahme mit Aspirationsgefahr (nie oder max. 1 × wöchentlich/mehrmals wöchentlich/täglich/mehrmals täglich)
- Auftreten von generalisierten Krampfanfällen (nie oder max. 1 × wöchentlich/mehrmals wöchentlich/täglich/mehrmals täglich)
- Erforderlichkeit der Präsenz am Tag einer Pflegeperson in Rufnähe (nein/mehrmals täglich/überwiegend durchgehend)

Diese Informationen sollen im Rahmen quantitativer univariater Analysen und qualitativer Einzelfallanalysen darüber Auskunft geben, wie diese Versorgungskonstellationen im NBA aufgehoben werden (Studienteil 6).

Im Anschluss an die Begutachtungen erfolgt der Versand des Datensatzes an das KKS Bremen. Hier wurden in einem nächsten Schritt diejenigen Daten der Versicherten auf Vollständigkeit überprüft und dokumentiert, die der Koordinierung der Feldphasen dienen. Die Daten aus den Begutachtungen dieser Antragsteller wurden außerdem auf ihre Plausibilität und Vollständigkeit hin kontrolliert und in einer zentralen Datenbank für die weitere Auswertung erfasst. Abschließend wurden die Daten der verschiedenen Gutachter in einem Datensatz zur Auswertung zusammengeführt.

4.2.2 Studienteil 2: Evaluation der Schulungsveranstaltungen

Zur Evaluation der Schulungen der Gutachter wurde ein Fragebogen mit fünf Fragenkomplexen und 35 Items entwickelt, der den Gutachtern im Anschluss an die Schulungsveranstaltungen zur Bearbeitung ausgehändigt wurde. Der Fragebogen enthält offene und geschlossene Fragen; die Ergebnisse sollen über folgende Aspekte Aufschluss geben: (1) strukturelle Rahmenbedingungen der Schulung (Ordinalskalen), (2) Erwartungen bezüglich der Schulung (Freitext), (3) Zufriedenheit mit der Schulung (Ordinalskalen und Freitext), (4) wahrgenommene Sicherheit in der Anwendung des NBA (Ordinalskalen) und (5) Ansichten gegenüber dem NBA (Nominalskala). Die Fragen zu den strukturellen Rahmenbedingungen erheben die Strukturqualität der Schulungen, Fragen nach erfüllten Erwartungen, Zufriedenheit und Sicherheit in der Anwendung erheben zum Teil die Prozessqualität und zum Teil die Ergebnisqualität der Schulungen.

Den Items 15 bis 22 lassen sich Ergebnisqualitätsaspekte zuordnen. Zielerreichung, Lerneffekt sowie Zufriedenheit mit der Schulung werden bis auf Frage 17 bis 19 mittels einer Likertskala benotet. Die offenen Fragen 17 bis 19 mit Möglichkeit einer Freitexteingabe

fragen nach Aspekten, was in der Schulung gut gelungen oder unter Umständen nicht gelungen ist und was möglicherweise in der Schulung nicht genügend vermittelt wurde. In den Fragen 20 und 21 werden das NBA betreffende Themen angesprochen. Dabei wird beurteilt, ob sich die Teilnehmer durch die Schulung in die Lage versetzt sehen, das NBA sicher anzuwenden. Hierbei haben die Antwortenden die Möglichkeit, anhand einer 4er-Ordinalskala eine Einschätzung von sehr gut bis schlecht abzugeben. Im Fragenkomplex 22 werden dann eher allgemeine Themen wie z.B. Zielerreichung der im Rahmen der Schulung verwendeten Fallbeispiele, die Lernatmosphäre oder die Zusammenarbeit thematisiert. Auch hier besteht die Möglichkeit der Beantwortung anhand einer 4er-Ordinalskala von sehr gut bis schlecht. Die letzte Frage des Instruments ermittelt zum Abschluss die Grundhaltung der Gutachter zum NBA. Hier finden sich Items wie positive oder negative oder auch eine kritische Einstellung gegenüber dem NBA.

4.2.3 Studienteil 3: Erfahrungen und Perspektive der NBA-Anwender

Um die Erfahrungen der studienteilnehmenden Gutachter zu erheben, wurde die elektronische Erhebungsmaske für das NBA so programmiert, dass die Gutachter schon während der Begutachtung die Möglichkeit haben, bei jedem Item des NBA in der Eingabemaske Schwierigkeiten und Fragen bei der Bewertung zu vermerken. Sie konnten über Freitextfelder ihre Vermerke mit Erläuterungen versehen.

1 - Mobilität		Müller, Hans				
Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 1.1 bis 1.5 ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen, zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.						
		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig	
1.1	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?!
1.2	Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?!
1.3	Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?!
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?!
1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?!
1.6	• Besondere Bedarfskonstellation (Manual Seite 13): • „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“				ja <input type="checkbox"/>	?!
	• Erläuterung(en):	<input type="text"/>				

Abb. 6: Erhebungssoftware für die Praktikabilitätsstudie - Eingabemaske für Modul 1 des NBA

Fallbesprechungen im Anschluss an die Begutachtung erwachsener Antragsteller mit einer besonderen Bedarfskonstellation

Wenn der Gutachter im Rahmen seiner Begutachtung eine besondere Bedarfskonstellation im Sinne schwerer Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung festgestellt hat, wurde der Versicherte nach Abschluss des Haus- bzw. Einrichtungsbesuchs um sein Einverständnis zur Teilnahme an einer zweiten Begutachtung mit dem NBA gebeten. Bei Vorliegen des Einverständnisses erfolgte im Gutachterdienst die zeitnahe Terminierung des erneuten Hausbesuchs des Versicherten, ein zweiter Gutachter wendete das NBA dann bei diesem Versicherten erneut an. Diese Vorgehensweise sollte auf der Grundlage qualitativer Daten Hinweise zur inhaltlichen Angemessenheit der Operationalisierung des Konstrukts dieser besonderen Bedarfskonstellation liefern. Im Anschluss an eine Zweitbegutachtung fand zwischen den beteiligten Gutachtern eine strukturierte Besprechung des Falls statt. Bei der besonderen Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“ ist ein zweiter Hausbesuch nicht notwendig. Gleichwohl haben die Gutachter, die diese Fallkonstellation auf der Grundlage ihrer gutachterlichen Einschätzung identifizieren konnten, ein MD-internes Audit zur Frage der Angemessenheit ihrer Einschätzung durchgeführt. Im Rahmen der Fallbesprechung bzw. des MD-internen Audits wurden Übereinstimmungen und Unterschiede der gutachterlichen Einschätzungen thematisiert; es ging nicht um eine Beurteilung im Sinne von rich-

tig oder falsch, sondern darum, mögliche unterschiedliche Einschätzungen zu diskutieren, festzuhalten, die zugrunde liegenden Ursachen zu identifizieren und im kollegialen Austausch Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Für die Fallbesprechungen und MD-internen Audits wurden von den Forschern der hsg in Zusammenarbeit mit der Studienleitung des MDS zwei Leitfäden entwickelt und den Gutachterdiensten als Word-Formular zur Verfügung gestellt. Die Leitfäden sind dem Anhang des vorliegenden Berichts zu entnehmen. Dort wurde zunächst eine detaillierte Beschreibung des jeweiligen Falles festgehalten und diejenigen Items bzw. Module des NBA genannt, bei denen die Gutachter zu unterschiedlichen Bewertungen gekommen sind. Anhand der Leitfäden wurden die Gutachter auch nach ihrer Einschätzung der Angemessenheit der Operationalisierung der besonderen Bedarfskonstellationen befragt (Fragestellung 1 der Praktikabilitätsstudie). Die Formulare wurden nach ihrer Bearbeitung von den Gutachterdiensten in elektronischer Form der hsg zur weiteren Auswertung zur Verfügung gestellt.

Fallbesprechungen im Anschluss an einen gemeinsamen Hausbesuch zweier Gutachter bei Kindern zwischen 0 und 18 Monaten (Audit)

Wurden bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer für die Kinderstudie Anträge zur Begutachtung von Kindern, die zwischen 0 und 18 Monate alt sind, identifiziert, wurde der Hausbesuch des hauptverantwortlichen Gutachters von einem zweiten der studienteilnehmenden Gutachter im Sinne eines Audits begleitet. Exemplarische Begleitungen von Kindern waren auch vorgesehen, wenn das Kind mindestens drei Jahre alt war und aus dem Antrag hervorging, dass eine schwere Form geistiger Behinderung vorliegt. Die Eltern bzw. Angehörigen des Kindes wurden bereits bei der telefonischen Terminvereinbarung um ihr Einverständnis gebeten, an der Studie einschließlich eines Audits durch einen zweiten Gutachter teilzunehmen. Der hauptverantwortliche Gutachter führte die Begutachtung analog der unter Abschnitt 4.1.3 beschriebenen Vorgehensweise durch. Der auditierende Gutachter beobachtete die Begutachtung und dokumentierte parallel seine Einschätzungen im Studien-Erhebungsbogen. Ein Austausch der beiden Gutachter während des Hausbesuchs war nicht vorgesehen, sondern fand, wie bei den besonderen Bedarfskonstellationen bei erwachsenen Antragstellern, erst im Anschluss an die Begutachtung im Rahmen einer strukturierten Fallbesprechung statt. Als Grundlage hierfür diente ein von der hsg und dem MDS entwickelter Leitfaden (vgl. Anhang). Der Leitfaden war so konstruiert, dass die beiden Gutachter die Möglichkeit hatten, ihre jeweiligen Einschätzungen der Begutachtungssituation zu dokumentieren und nachfolgend zu diskutieren. Der Leitfaden sah auch vor, dass konkrete Anregungen für Hilfestellungen in der Begutachtung und Verbesserungsvorschläge bezogen auf Module und Items des NBA erarbeitet und dokumentiert werden konnten.

Interne Diskussionen

Während der Erhebungsphase fand in allen Gutachterdiensten eine interne Diskussion mit den studienteilnehmenden Gutachtern statt. Die Diskussion sollte einen Erfahrungs-

austausch zur praktischen Handhabbarkeit des NBA in der realen Begutachtungssituation ermöglichen und gleichzeitig erste Hinweise zur Beantwortung der Hauptfragestellungen des Modellprojekts liefern. Die Gutachter waren aufgefordert, mögliche Schwierigkeiten in der Anwendung des NBA zu erörtern, erforderliche Konkretisierungen der Begutachtungsmanuale zu erarbeiten und wichtige Hinweise zur Erarbeitung zukünftiger Begutachtungsrichtlinien zu geben. Speziell in Bezug auf die Begutachtung von Kindern sollten die Herausforderungen in der Anwendung des NBA in besonders sensiblen und vulnerablen Kontexten sowie die inhaltliche Angemessenheit der pauschalen Einstufung von Kindern zwischen 0 und 18 Monaten und die Erfahrungen mit besonderen Bedarfskonstellationen bei Kindern diskutiert und dokumentiert werden. Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt der internen Gruppendiskussionen war die Frage, wie die Versicherten bzw. ihre Angehörigen die Begutachtungssituation mit dem neuen Verfahren erlebt haben. Diese Daten sollen anschließend in die Untersuchung der Akzeptanz des NBA durch die Versicherten und ihre Angehörigen einfließen. Die Diskussion wurde auf der Grundlage eines von der hsg in Kooperation mit dem MDS entwickelten Leitfadens geführt. Der Leitfaden diente gleichzeitig als Formular zur ausführlichen Dokumentation der diskutierten Aspekte und Erfahrungen und wurde zur weiteren Auswertung der hsg zur Verfügung gestellt (vgl. Anhang).

Der Leitfaden besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil informiert allgemein über das Vorgehen der internen Diskussion und über allgemeine Grundsätze der Diskussionsführung, sodass die individuellen Erfahrungen der Gutachter umfänglich erfasst werden konnten. Es wurden verschiedene Parameter abgefragt. Dazu gehört die Angabe, wie viele Personen an der Diskussion teilgenommen und wie viele Begutachtungen die Teilnehmer mit dem NBA durchgeführt haben. Protokolliert werden sollte, wie viele Kinderbegutachtungen und Begutachtungen mit besonderen Bedarfskonstellationen von den Anwesenden durchgeführt wurden. Die Teilnehmer waren aufgefordert, einen Protokollanten und einen Moderator der Diskussionsrunde festzulegen. In der Diskussion sollte keine Beurteilung im Sinne von richtig oder falsch erfolgen, sondern sich deckende oder sich unterscheidende Einschätzungen sollten diskutiert und festgehalten werden.

Im zweiten Teil des Leitfadens wurden die Erfahrungen und Einschätzungen der Gutachter hinsichtlich der Fragestellungen der Studie (besondere Bedarfskonstellationen, Kinderbegutachtung, Rehabilitationsbedürftigkeit, Implementierung und Akzeptanz) erfragt. Hinsichtlich der Themen „Besondere Bedarfskonstellationen“ und „Kindergutachten“ wurden Fragen nach Angemessenheit und Praktikabilität gestellt. Des Weiteren wurde die Einschätzung der Gutachter eingeholt, wie sinnvoll die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit in jedem Modul ist und wie umfassend bzw. angemessen die Antwortmöglichkeiten erscheinen. Hinsichtlich des Themas „Implementierung“ wurde lösungsorientiert nach Hinweisen zu eventuell nötigen Änderungen gefragt. Sowohl die Begutachtungsmanuale als auch die Erfordernisse zur Erarbeitung von Begutachtungs-

richtlinien wurden hier thematisiert. Mit Blick auf die Frage nach der Akzeptanz des NBA bei den Versicherten interessierte die Einschätzung der Gutachter, ob alle relevanten Themenbereiche vom NBA abgebildet werden.

Fokusgruppen

Im Zeitraum vom 10.09.2014 bis 15.09.2014 wurden vier übergreifende ganztägige Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Ziel war es, wichtige Hinweise aus Sicht aller Anwender des NBA zur Beantwortung der Hauptfragestellungen des Modellprojekts zu erhalten. Entsprechend wurden die Gruppendiskussionen zu folgenden Themenkomplexen durchgeführt: „Besondere Bedarfskonstellationen“ (Fragestellung 1), „Implementierung“ (Fragestellung 2), „Rehabilitation“ (Fragestellung 3) und „Kinderbegutachtung“ (Fragestellung 4). Außerdem wurde das jeweilige Thema unter dem Gesichtspunkt der Akzeptanz des neuen Verfahrens diskutiert (Fragestellung 5). Die Diskussionen erfolgten auf der Grundlage eines strukturierten Leitfadens, der von der hsg in Kooperation mit dem MDS entwickelt wurde. Die internen Gruppendiskussionen und Fallbesprechungen dienten zum einen einer inhaltlichen Vorbereitung der Gutachter auf die übergreifenden Gruppendiskussionen, zum anderen trugen sie zur Entwicklung des Leitfadens für die Fokusgruppen bei. Schwerpunkte der internen Diskussionen und Fallbesprechungen sowie offene Fragen konnten so in den Fokusgruppen aufgenommen und gutachterdienstübergreifend diskutiert werden. Aus jedem der 17 beteiligten Gutachterdienste hat jeweils ein Vertreter an den Gruppendiskussionen teilgenommen. Die Veranstaltungen wurden von einer externen Moderatorin geleitet. Im Vorfeld wurden die Gutachterdienste über die Ziele und Inhalte der Gruppendiskussionen informiert und um eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme gebeten. Das jeweilige Thema wurde lösungsorientiert diskutiert, mögliche Schwierigkeiten in der Anwendung des NBA wurden erörtert und konkrete Lösungsvorschläge erarbeitet. Die Ergebnisse wurden auf Flipchart-Bögen notiert und zum Zweck der Datensicherung per Fotografie dokumentiert. Zusätzlich wurden Audio- und Videoaufzeichnungen vorgenommen, um die auf einem Flipchart notierten Ergebnisse besser nachvollziehen und um die Gruppendynamik reflektieren zu können.

4.2.4 Studienteil 4: Perspektive von Versicherten und Angehörigen

Die Perspektive von Angehörigen und Versicherten sollte durch eine qualitative telefonische Befragung von erwachsenen Versicherten, bei denen eine besondere Bedarfskonstellation im Sinne von ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung festgestellt wurde, erhoben werden, weil nur in diesen Fällen eine zweite Begutachtung nach dem neuen Verfahren einschließlich Anamnese und Befunderhebung durchgeführt werden sollte. Für Antragsteller mit ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung war eine Stichprobe von $n = 30$ anvisiert, wobei hier nicht zwischen Erwachsenen und Kindern differenziert wurde (vgl. Kapitel 3.4.2). Bei der Begutachtung von Kindern war wegen der zu erwart-

tenden Belastung von Eltern und Kindern jedoch kein zweiter Hausbesuch vorgesehen, sodass diese Gruppe als Interviewpartner nicht infrage kam. Sowohl für den zweiten Haus- oder Einrichtungsbesuch als auch für das Telefoninterview war jeweils eine Einwilligungserklärung der Betroffenen erforderlich. Daher wurden alle erwachsenen Antragsteller mit der besonderen Bedarfskonstellation im Sinne von ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung bzw. ihre gesetzlichen Vertreter gefragt, ob sie sich mit einem zweiten Hausbesuch einverstanden erklärten. Wenn ein zweiter Hausbesuch mit einer vollständigen Begutachtung durchgeführt werden konnte, wurden die Antragsteller bzw. ihre gesetzlichen Vertreter gefragt, ob sie einem Telefoninterview zustimmen würden.

Es war geplant, in den Telefoninterviews eine erzählgenerierende Gesprächssituation zu erzeugen, die die Interviewpartner dazu veranlassen sollte, ihre Erfahrungen der Begutachtungssituation möglichst frei zu schildern. Mittels einer anschließenden Inhaltsanalyse sollten auf diesem Wege subjektive Bedeutungsstrukturen rekonstruiert werden. Es wurde eine Durchführungsanleitung entworfen und den Gutachtern zur Verfügung gestellt. Ebenfalls erhielten die Gutachter eine Aufklärung für die Interviewpartner sowie eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Telefoninterview, die den Interviewpartnern vorgelegt werden sollten.

Der Telefoninterviewleitfaden sah eine Einleitungsphase vor, in der sich der Interviewer selbst vorstellt und sich für die Bereitschaft zu einem Interview bedankt. Anschließend wird der Hintergrund der Befragung erläutert und im Anschluss die Einstiegsfrage gestellt: „Kürzlich war ein Gutachter/eine Gutachterin des (Sozial-)Medizinischen Dienstes bei Ihnen und hat eine Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad mit dem neuen Instrument NBA durchgeführt. Wie haben Sie den Hausbesuch erlebt?“ Es wurden weitere Fragen formuliert, die gestellt werden sollten, wenn die Themen nicht durch den Interviewpartner angesprochen wurden, wie z.B.: „Was war für Sie besonders wichtig? Sind alle für Sie wichtigen Dinge/Aspekte angesprochen worden? Falls nicht, was hätten Sie dem Gutachter noch sagen mögen? Worauf hätten Sie gerne mehr Wert gelegt?“ Schließlich wird noch gefragt, wie gut den Interviewpartnern die Diskussion um den Pflegebedürftigkeitsbegriff aus dem Fernsehen oder aus der Presse bekannt ist und was sie darüber wissen. Falls sie bereits davon gehört hätten, sollten ihre Ansichten dazu erfragt werden. Abschließend wurden im Interviewleitfaden Strategien vorgeschlagen für den Fall, dass die Interviewpartner nicht direkt auf die Themen eingehen oder völlig andere Themen ansprechen. Bei 13 Antragstellern wurde eine besondere Bedarfskonstellation im Sinne von ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung festgestellt. Hierunter befanden sich neun Kinder und vier Erwachsene. Nur in drei Fällen konnte ein zweiter Hausbesuch durchgeführt werden. Alle drei Antragsteller lehnten die Teilnahme am Telefoninterview ab, sodass letztlich kein Telefoninterview durchgeführt werden konnte.

4.2.5 Studienteil 5: Perspektive von Betroffenenvertretern

Die Perspektive von Betroffenenvertretern wurde mittels einer Fokusgruppe und einer schriftlichen Befragung bei denjenigen Vertretern, die nicht an der Fokusgruppe teilnehmen konnten, erhoben. Die Betroffenenvertreter wurden im Vorfeld der Fokusgruppe am 19.08.2014 zu einer Informationsveranstaltung eingeladen, in der die neuen Entwicklungen hinsichtlich des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA kommuniziert und diskutiert wurden. Die Teilnehmer wurden über die Ziele, Inhalte und Methoden der Praktikabilitätsstudie informiert. Dieses Treffen diente der Vorbereitung der Fokusgruppe. Zwei Wochen vor der Fokusgruppe wurde den eingeladenen Teilnehmern ebenfalls zur Vorbereitung ein Merkblatt mit den Fragestellungen zugesandt. Diejenigen Vertreter, die den Termin nicht wahrnehmen konnten, hatten die Möglichkeit, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben.

Die Fokusgruppe fand am 21.10.2014 statt. Anwesend waren Vertreter der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V. (BIVA), der Stiftung Stark im Alter, der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. und der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe, Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung. Alle Teilnehmer der Fokusgruppe wurden über die Datenaufzeichnung und -speicherung aufgeklärt und unterschrieben eine Einverständniserklärung. Zu den Fragen im Leitfaden für die Fokusgruppe wurden auch schriftliche Stellungnahmen von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL), dem Sozialverband VdK Deutschland, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DALzG) und der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) SELBSTHILFE eingereicht.

In der Fokusgruppe wurde der Frage nachgegangen, wie die Betroffenenvertreter die Akzeptanz des neuen Verfahrens bei den Versicherten einschätzen. Die Betroffenenvertreter wurden außerdem aufgefordert, Voraussetzungen für einen erfolgreichen Systemwechsel in der Pflegebegutachtung zu benennen. Es wurde darum gebeten, die Fragen unter den derzeit gegebenen Rahmenbedingungen und unabhängig von möglichen zukünftigen Leistungshinterlegungen zu diskutieren. Sofern aber Vorschläge zur Ausgestaltung der Rahmenbedingungen und/oder Leistungshinterlegungen genannt würden, würden sie in die Datenerhebung integriert.

Folgende Fragestellungen leiteten die Gruppendiskussion:

1. Wie kann Ihrer Ansicht nach die Akzeptanz des NBA für Erwachsene und Kinder aus Sicht der Versicherten und ihrer Angehörigen eingeschätzt werden?
 - a. Werden im NBA hinsichtlich der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit alle für die Versicherten relevanten Aspekte angesprochen? Falls nicht, welche Aspekte sollten noch angesprochen werden?

- b. Kann der Gutachter anhand des NBA besser auf die individuelle Situation der Versicherten eingehen, als dies derzeit möglich ist? Wenn das der Fall ist, begründen Sie bitte Ihre Antwort. Wenn das nicht der Fall ist, was könnte man tun, um sicherzustellen, dass die individuelle Situation besser berücksichtigt wird?
2. Welche Hinweise können Sie für ein zukünftiges Gutachten geben, das die Anforderungen an Laienverständlichkeit und Transparenz erfüllt?
3. Wie könnten aus Ihrer Sicht die Gutachter noch stärker als bisher ihre Beratungsaufgaben wahrnehmen?
4. Welche weiteren Empfehlungen können Sie für den zukünftigen Begutachtungsprozess auf der Grundlage des NBA geben?
5. Durch welche weiteren Maßnahmen kann aus Ihrer Sicht der Implementierungsprozess erfolgreich unterstützt werden?

Die Diskussion wurde mittels Videoaufnahme dokumentiert und von mehreren Personen protokolliert.

Im Anschluss an die Fokusgruppe wurde die Videoaufzeichnung von Mitarbeitern, die nicht an der Gruppendiskussion teilgenommen hatten, durchgearbeitet und die zentralen Diskussionsthemen wurden identifiziert. Zu Interpretation und Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte wurden die Protokolle nebeneinandergelegt und mit den Inhalten der Videoaufzeichnungen ergänzt. Anschließend fanden eine Kategorisierung und Beschreibung der Themen statt. Zusätzlich zu den Themen der Fokusgruppe wurden die Themen der schriftlichen Stellungnahmen analysiert. In die Ergebnisdarstellung flossen die Inhalte der Fokusgruppen wie auch die der Stellungnahmen ein.

4.2.6 Studienteil 6: Einzelfallanalysen der Begutachtungsdaten

Als eine weitere Datenquelle zur Beantwortung der Fragestellungen wurden auf Basis der Daten der Antragsteller Einzelfallanalysen durchgeführt, um beispielsweise zu überprüfen, wie Antragsteller, bei denen eine der vorgeschlagenen Bedarfskonstellationen im Sinne der Beiratsdefinition vorlag, im NBA abschneiden. Die Ergebnisse dieser Analysen konnten dann mit den Ergebnissen aus Studienteil 3 verknüpft werden. Einzelfallanalysen wurden auch für die Kinder der Stichprobe, die unter 18 Monate alt sind, durchgeführt. Auch hier sollten die Fallbeschreibungen dazu dienen, die Erfahrungen und Einschätzungen der Gutachter zu ergänzen. Für die Einzelfallanalysen wurden die ausgewählten Fälle anhand der folgenden Merkmale beschrieben:

- Pflegebegründende Diagnosen
- Informationen aus Anamnese und Befund
- Hilfebedarf in der Grundpflege nach dem gültigen Verfahren
- Selbstständigkeitsprofil, das der Gutachter für das NBA ermittelt hat

-
- Erläuterungen, die die Gutachter für das NBA direkt im Erhebungsbogen vorgenommen haben

Die Fallbeschreibungen wurden von einer erfahrenen Pflegefachkraft mit einem pflegewissenschaftlichen Studienabschluss sowie von zwei in der Pflegebegutachtung erfahrenen Ärztinnen durchgeführt.

4.3 Qualitätssicherung der Datenerhebung und Datenerfassung

Während des gesamten Erhebungsablaufs in den einzelnen Studienteilen kamen Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gewonnenen Daten zur Anwendung. Durch den MDS erfolgte während der Feldphase die Überwachung der Rekrutierung innerhalb der einzelnen Erhebungsregionen (z.B. Organisation des Rekrutierungsstopps bei erreichter Fallzahl). Sämtliche Rückfragen und Probleme, die während der laufenden Studie in den teilnehmenden Gutachterdiensten auftraten, wurden durch die Studienleitung zeitnah beantwortet und geklärt. Zudem konnten die Gutachter die Internetplattform als Forum für Fragen zu inhaltlichen Aspekten in der Anwendung des NBA, aber auch bei Unsicherheiten in ihren gutachterlichen Bewertungen nutzen. Fragen und Kommentare, die über die Internetplattform aufkamen, wurden umgehend bearbeitet und samt Ergebnis allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.

Die Mitarbeiter des KKSb übernahmen während der Datenerhebung ein Controlling der elektronischen Datenübertragung; Schwierigkeiten und Probleme bei der Datenübertragung wurden zeitnah behoben. Weiterhin nahmen die Mitarbeiter des KKSB eine Erstkontrolle (Vollständigkeit, Erfassung von Basisdaten) der eingegangenen Datensätze vor: Datenfehler bzw. Unstimmigkeiten wurden für den jeweiligen Fall dokumentiert und an den entsprechenden Gutachterdienst zum Zweck der Korrektur bzw. Vervollständigung zurückgespielt. Zugleich wurde die Nutzbarkeit der Daten für die Auswertung geprüft. Hier stand im Vordergrund, die Vollständigkeit speziell derjenigen Variablen zu überwachen, die für die Auswertung unbedingt notwendig sind. Hierunter fallen z.B. alle Variablen des NBA, die im Bewertungsalgorithmus Verwendung finden. Die im Prüfungsverfahren auffällig gewordenen Datensätze wurden mit einem individuell erstellten, detaillierten Protokoll an die Erhebungszentren bzw. Gutachter zur Überarbeitung zurückgesandt. Nach erfolgter Bearbeitung wurden die Korrekturen entsprechend dem Korrekturprotokoll in der Datenbank vorgenommen.

Weiterhin fand eine inhaltliche Plausibilitätskontrolle der eingegangenen Daten statt. Diese Plausibilitätskontrollen bezogen sich sowohl auf die Angaben aus dem gültigen Begutachtungsverfahren als auch auf Angaben aus dem NBA. Für das NBA wurde

automatisiert eine Reihe von logischen Querverknüpfungen überprüft, die sich aus der inhaltlichen Konstruktion des Instruments ergeben: Wenn beispielsweise ein Antragsteller als unselbständig beim Positionswechsel im Bett eingestuft worden ist (Item 1.1, Modul 1), dann ist dieser Antragsteller in der Regel auch nicht in der Lage, selbständig aus sitzender Position aufzustehen (Item 1.3, Modul 1). Weiter kann auch eine Beeinträchtigung der Mobilität, nämlich eine Einschränkung der Selbständigkeit beim Aufstehen aus sitzender Position, Auswirkungen auf die in Modul 6 abgefragten Fähigkeiten, das Alltagsleben zu gestalten, haben. Jemand, der personelle Unterstützung beim Umsetzen benötigt, wird also auch in der Regel eine personelle Unterstützung beim Aufstehen oder Zubettgehen brauchen (Item 6.2., Ruhen 1.3).

In der Hauptphase 2 ist seinerzeit deutlich geworden, dass im Erhebungsinstrument einige Kriterien vorhanden sind, bei deren Bearbeitung der Gutachter wahrscheinlicher unvollständige oder nicht plausible Einträge vornimmt. Das betrifft nach den Erfahrungen der Hauptphase 2 insbesondere die Verknüpfung zwischen den unter B.1 bis B.6 zu erfassenden besonderen Bedarfsaspekten (künstliche Ernährung über einen enteralen Zugang oder einen parenteralen Zugang, die künstliche Harn- oder Stuhlableitung sowie Störungen der Blasen- und Darmkontrolle) und der im Modul 4 vorzunehmenden Einschätzungen der Selbständigkeit des Antragstellers bei den Aktivitäten der Selbstversorgung. Hier wurden die folgenden logischen Verknüpfungen überprüft:

- Abgleich B.5 und 4.11 bzw. B.6 und 4.12: Wenn Katheter oder Urostoma (B.5) bzw. Colostoma vorliegen, muss 4.11 bzw. 4.12 beantwortet sein; „entfällt“ ist nicht möglich.
- Abgleich B.1 und 5.9: Wenn B.1 Sondenernährung zutrifft, muss auch 5.9 beantwortet sein („mindestens selbständig“); „entfällt“ ist nicht möglich.

Datensätze, bei denen im Rahmen der Überprüfung der Querverknüpfungen nicht plausible Angaben identifiziert worden sind, wurden mit detailliertem Protokoll an die Erhebungszentren bzw. Gutachter zur Überarbeitung zurückgesandt. Nach erfolgter Bearbeitung wurden die Korrekturen entsprechend dem Korrekturprotokoll in der Datenbank vorgenommen.

Zusätzlich wurden nach Eingang der Daten inhaltliche Qualitätskontrollen auf der Ebene der einzelnen Fälle vorgenommen. Hierfür wurden ausgewählte anamnestische Angaben zum jeweiligen Antragsteller in Beziehung gesetzt zum Ausmaß der Beeinträchtigungen im NBA, die der Gutachter festgestellt hat. Diese Analysen waren notwendig, da die Daten von Antragstellern weiteren Analysen zugeführt werden sollen, gleichzeitig aber berücksichtigt werden muss, dass die Gutachter Neulinge in der Begutachtung mit dem NBA sind und das Instrument erstmals in realen Begutachtungssituationen angewandt haben. Auch die im Studienteil 6 vorgenommenen Einzelfallanalysen der Begutachtungsdaten sind vor diesem Hintergrund als Qualitätssicherungsmaßnahme zu betrachten (vgl. Abb. 7).

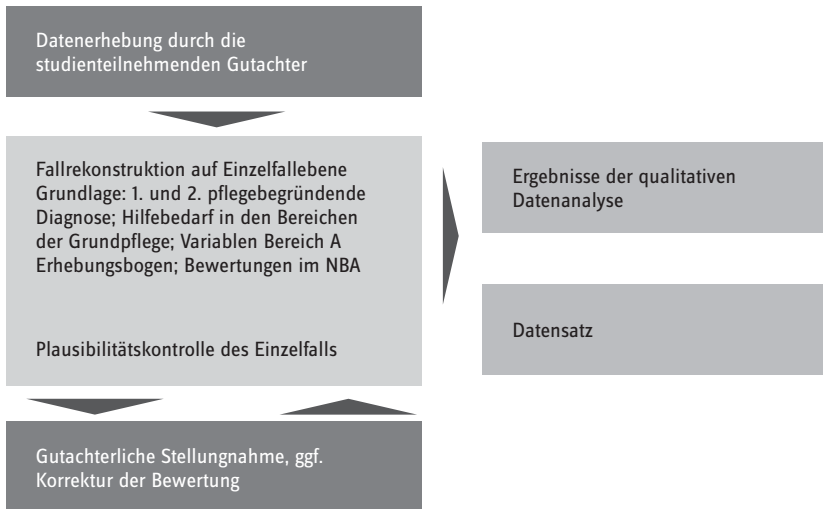


Abb. 7: Qualitätssicherung der Datenerhebung und Datenerfassung

Die Qualitätssicherung der qualitativen Datenerhebung und Datenerfassung erfolgte zum einen durch eine gesicherte und teilweise redundante Datenerhebung mit verschiedenen Methoden: Die Datenerhebung in den MD wurde anhand von Word-Formularen vorgenommen. Auf diese Weise werden sowohl Verständnisprobleme der gesprochenen Sprache als auch Probleme mit unleserlicher Schrift bei handschriftlicher Erhebung vermieden. Die Verpflichtung einer sehr erfahrenen externen Moderatorin für die Moderation der übergreifenden Fokusgruppen trug ebenfalls zur Qualitätssicherung der Daten bei. Die Datenerhebung in den Fokusgruppen erfolgte zum einen über die Ergebnissicherung durch die Moderatorin, zum anderen wurden Audio- und Videoaufzeichnungen durchgeführt und Protokolle angefertigt. Diese dienten dazu, die Kontextfaktoren von Äußerungen nachvollziehen und die Gruppendynamik reflektieren zu können.

5. Datenauswertung

5.1 Auswertung der quantitativ gewonnenen Daten

Für die Auswertung der quantitativen Daten der Antragsteller wurde zunächst der Bewertungsalgorithmus des NBA auf Basis der vorliegenden Dokumentationen in der Statistiksoftware SPSS 19 nochmals umgesetzt. Auf diese Weise sollte ein unabhängiges System zur Validierung der Bewertungssystematik, die von den Mitarbeitern der KKSB für die Datenerhebung programmiert worden ist, bereitgestellt werden. Anschließend wurden die Datenaufbereitung und die hier berichteten univariaten statistischen Analysen der Daten aus den Begutachtungen mit dem NBA durchgeführt.

5.2 Auswertung der qualitativ gewonnenen Daten

Alle qualitativ erhobenen Daten wurden mittels Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Ziel dieser Vorgehensweise ist die Analyse expliziter, konkreter Kommunikationsinhalte (Lamnek 2005, S. 483 ff.). Es fand eine vollständig induktive Kategorienbildung statt. Da jedoch grobe Kategorien bereits durch die Fragestellungen und die daraus entwickelten Leitfäden bestehen, wurde im Anschluss an die induktive Kategorienbildung ein Abgleich der Kategorien mit den Hauptfragestellungen der Studie durchgeführt. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die Relevanzstrukturen der Studienteilnehmer erhalten bleiben und zudem neue Kategorien induktiv gebildet und auch Erkenntnisse außerhalb der bestehenden Kategorien neu generiert werden können. Eine Quantifizierung qualitativer Daten war nicht vorgesehen. Stattdessen sollen die Daten der quantitativen Befragung gemeinsam mit den qualitativen Ergebnissen in einer Gesamtschau zusammen interpretiert werden (vgl. Abschnitt 5.3).

Mit der Auswertung der Fokusgruppen wurde bereits begonnen, als erste Daten vorlagen. Die Auswertungsergebnisse der ersten Fokusgruppen konnten so zur Modifikation der Leitfäden für die weiteren Gruppen genutzt werden, um die Vielfalt und inhaltliche Breite der Antworten zu fördern. Quantitative und qualitative Daten wurden so zusammengeführt, dass zum einen sowohl quantitative als auch qualitative Zwischenergebnisse für die Planung der Fokusgruppen und zum anderen quantitative Studienergebnisse zur Quantifizierung der in den Fokusgruppen besprochenen Probleme genutzt werden konnten. Die Qualitätssicherung der Datenauswertung wurde durch Triangulation und Rückmeldung an die Teilnehmer gewährleistet. Die Triangulation erfolgte als Datentriangulation wie auch als Forschertriangulation. Die einbezogenen Datenquellen sind hier: der individuelle Gutachter, Ergebnisse der Falldiskussionen, Ergebnisse der Gruppendiskussionen innerhalb der MD und Ergebnisse der Fokusgruppen. Forschertriangulation wird gewährleistet, indem alle Auswertungen durch die beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der hsg wechselseitig sowie zusätzlich durch die Projektleiter kontrolliert wurden. Zudem erfolgte eine methodi-

sche Qualitätskontrolle innerhalb der hsg durch eine in der qualitativen Forschung ausgewiesene Expertin.

Datenauswertung

5.3 Zusammenführung der Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Datenerhebungen und Interpretation

Nach Erhebung aller Daten aus den einzelnen Studienteilen erfolgten die Auswertung, Zusammenführung und Interpretation der Ergebnisse mit Bezug auf die Hauptfragestellungen der Praktikabilitätsstudie im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes (vgl. Teddlie/ Tashakkori 2003). Die theoretische Grundlage des in der Praktikabilitätsstudie verwendeten Ansatzes der Zusammenführung der Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Datenerhebungen ist das Modell der Komplementarität. Hiernach wurden durch die Anwendung der verschiedenen methodischen Zugänge unterschiedliche Perspektiven und Aspekte thematisiert und zum Zweck der Interpretation und Schlussfolgerung miteinander verknüpft (vgl. Flick 1991). Ein wesentlicher Vorzug des gewählten Verfahrens ist, dass anhand der Begutachtungsdaten und der Daten aus Fallanalysen in der Interpretation Unsicherheiten deutlich werden konnten, welche die Gutachter selbst nicht als solche erkannt hatten, die sozusagen auf einem „blinden Fleck“ lagen. Eine gewisse „Betriebsblindheit“ dieser Art ist nicht ungewöhnlich und erst recht nicht als mangelndes Reflexionsvermögen zu verstehen. Mittels des in der Praktikabilitätsstudie eingesetzten Studiendesigns konnten so Schwierigkeiten in der Anwendung des NBA entdeckt werden, die den Gutachtern selbst nicht bewusst waren.

Für die Interpretation der Ergebnisse wurde ein Arbeitsgremium eingerichtet, das möglichst viele professionelle Perspektiven auf den Forschungsgegenstand vereinte: die Forscher, die Entwickler des NBA sowie Experten und Praktiker der Pflegebegutachtung. Dem Arbeitsgremium wurden die vorläufigen Ergebnisse der Datenauswertung präsentiert. In der anschließenden Diskussion erfolgte die Interpretation der Ergebnisse. Im zweiten Schritt wurden auf der Grundlage der Diskussionsergebnisse konkrete Umsetzungsvorschläge für eine Vorbereitung des Systemwechsels in der Pflegebegutachtung entwickelt.

In der folgenden Abbildung werden die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Datenarten in einer Übersicht deutlich. Hierbei sind die qualitativen Daten in einem blauen Kasten, die quantitativen Daten in einem roten Kasten dargestellt. Die Datenerhebung, Datenauswertung und Zusammenführung der Ergebnisse wurden durch das Projektteam durchgeführt, die Interpretation der Ergebnisse und die Entwicklung von Umsetzungsvorschlägen erfolgten im Arbeitsgremium.

Datenauswertung

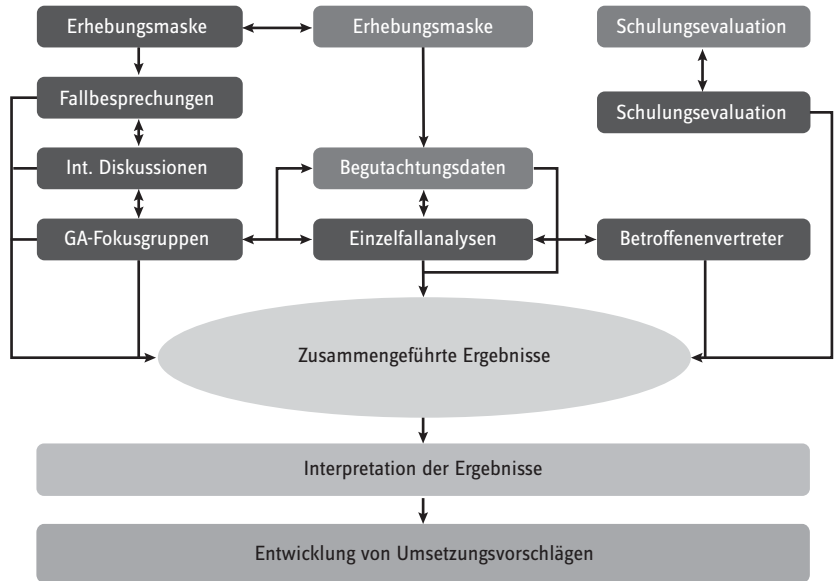


Abb. 8: Methodisches Vorgehen der Ergebniszusammenführung und Interpretation

6. Ergebnisse

6.1 Beschreibung der Antragsteller-Stichprobe

Ergebnisse

6.1.1 Erwachsene

Im Zeitraum der Datenerhebung von Juli bis Oktober 2014 haben insgesamt 1.935 erwachsene Antragsteller die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie erfüllt und wurden um das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gebeten, zumeist geschah dies im Rahmen der Terminvereinbarung zur regulären Begutachtung auf telefonischem Wege. 229 Antragsteller (11,8%) haben bereits im Vorfeld ihr Einverständnis nicht erteilt. 1.706 Antragsteller (88,2%) erklärten sich mit einer Teilnahme an der Studie einverstanden.⁶ Insgesamt ist die hohe Teilnahmebereitschaft der Versicherten hervorzuheben.

Die Quote der Teilnehmersausfälle beträgt 0,4%. Hierunter fallen insgesamt zwei Versicherte, die nach der Terminvereinbarung verstorben sind; zwei Antragsteller, die den Termin abgesagt haben, sowie eine Person, die den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit zurückgezogen hat. Eine Begutachtung musste im Rahmen des Hausbesuchs abgebrochen werden. Zwei Begutachtungen konnten zwar vollständig durchgeführt werden, wurden aber nicht in die Auswertung einbezogen, da die Daten nicht vollständig erfasst worden waren.

Insgesamt wurden 1.698 Versicherte sowohl anhand des gültigen Verfahrens als auch – nach Vorliegen der schriftlichen Einwilligung – mit dem NBA vollständig begutachtet. Von diesen erwachsenen Antragstellern liegen vollständige Datensätze vor, diese konstituieren den Analysedatensatz der Praktikabilitätsstudie. In der folgenden Tabelle wird die Verteilung der erwachsenen Antragsteller nach Geschlecht und Altersstufen dargestellt. Insgesamt wurden 1.028 Frauen (61%) und 670 Männer (39%) erfasst. Die Frauen waren im Durchschnitt 78,7 Jahre alt (Median = 81; Min. = 13; Max. = 102). Das Durchschnittsalter der männlichen Antragsteller lag bei 75,3 Jahren (Median = 78; Min. = 13; Max. = 102).

⁶ Ursprünglich war eine Stichprobengröße von $n = 1.720$ anvisiert (20 Begutachtungen je studienteilnehmendem Gutachter). Aufgrund von Krankheitsfällen in den MD konnte die anvisierte Stichprobengröße nur knapp erreicht werden.

Ergebnisse

Alter	Männlich in %	Weiblich in %	Gesamt in %
	n = 670	n = 1.028	n = 1.698
12-20 Jahre	1	1	1
20-29 Jahre	1	0	0
30-39 Jahre	1	1	1
40-49 Jahre	2	2	2
50-59 Jahre	6	4	5
60-69 Jahre	12	9	10
70-79 Jahre	36	28	31
80-89 Jahre	36	41	39
90 Jahre und älter	6	15	11
Durchschnittsalter (in Jahren)	75,3	78,7	77,3

Tab. 2: Verteilung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht

Ziel der Stichprobenziehung erwachsener Antragsteller war ein repräsentatives Abbild der Antragsteller pro Jahr in den Medizinischen Diensten nach Gutachtenart und beantragter Leistungsart (vgl. Abschnitt 3.4.2). Wie der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist, entspricht die Verteilung der Antragsteller der Stichprobe differenziert nach beantragter Leistungsart der Verteilung der Begutachtungsstatistik (vgl. MDS/GKV-SV, 2013).

Beantragte Leistung	Studie (in %)		Pflegebegutachtungen 2012 SPV (in %)
	alle Teilnehmer n = 1.698	SPV-Versicherte n = 1.578	
Ambulante Leistungen - Geldleistungen nach § 37 SGB XI	47	46	44
Ambulante Leistungen - Sachleistungen nach § 36 SGB XI	12	13	14
Ambulante Leistungen - Kombina- tionsleistungen nach § 38 SGB XI	20	20	21
Vollstationäre Leistungen - nach § 43 SGB XI	20	20	21
Vollstationäre Leistungen - Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI	0	1	1

Tab. 3: Stichprobe der erwachsenen Antragsteller differenziert nach beantragter Leistung im Vergleich mit der Begutachtungsstatistik 2012

Auch die Verteilung der Studienpopulation, differenziert nach Gutachtenart, unterscheidet sich nicht von der Begutachtungsstatistik (vgl. MDS/GKV-SV, 2013) (vgl. Tab. 4).

Gutachtenarten	Ambulante Leistungen (in %)			Vollstationäre Leistungen* (in %)		
	Studie			Studie		
	Alle Teilnehmer n = 1.349	SPV-Ver-sicherte n = 1.249	Pflegebegut-achtungen 2012 SPV	Alle Teilnehmer n = 349	SPV-Ver-sicherte n = 329	Pflegebegut-achtungen 2012 SPV
Erstgutachten	66	67	65	31	32	31
Gutachten nach Änderungsantrag	26	26	25	61	60	59
Wiederholungsgutachten	8	8	9	8	8	10

* inkl. Leistungen nach § 43a SGB XI

Tab. 4: Stichprobe der erwachsenen Antragsteller nach Gutachtenart im Vergleich mit der Begutachtungsstatistik 2012

In Tabelle 5 ist die Verteilung der empfohlenen Pflegestufe des derzeitigen Begutachtungsverfahrens differenziert nach beantragter Leistung (ambulant und stationär) dargestellt. Im Vergleich mit der Begutachtungsstatistik wird deutlich, dass bei Anträgen für ambulante Leistungen die Verteilung den Pflegestufenempfehlungen der Begutachtungsstatistik (vgl. MDS/GKV-SV, 2013) entspricht. Im Hinblick auf die Verteilung der Pflegestufen für stationäre Leistungen sind die Nichtpflegebedürftigen und die Pflegebedürftigen der Pflegestufe I unterrepräsentiert, während die der Pflegestufe II und Pflegestufe III überrepräsentiert sind.

Nicht pflegebedürftig PS I PS II PS III	Ambulante Leistungen (in %)			Vollstationäre Leistungen* (in %)		
	Studie			Studie		
	Alle Teilnehmer n = 1.349	SPV-Ver-sicherte n = 1.249	Pflegebegut-achtungen 2012 SPV	Alle Teilnehmer n = 349	SPV-Ver-sicherte n = 329	Pflegebegut-achtungen 2012 SPV
Nicht pflegebedürftig	28	29	29	7	8	11
PS I	43	43	45	27	28	38
PS II	22	21	20	38	37	33
PS III	7	7	6	27	27	17

* inkl. Leistungen nach § 43a SGB XI

Tab. 5: Verteilung der Antragsteller differenziert nach Pflegestufenempfehlung und beantragter Leistung (ambulant/stationär)

Ergebnisse

Wie schneiden nun die erwachsenen Antragsteller im NBA ab? In der folgenden Abbildung ist die Verteilung der Pflegegrade von erwachsenen Antragstellern dargestellt. Demnach würden laut der Einschätzung der Gutachter 178 Antragsteller (10%) zukünftig keinen Pflegegrad erhalten. Bei 302 der Antragsteller wurde der Pflegegrad 1 (18%), bei 559 der Versicherten der Pflegegrad 2 (33%), bei 369 der Pflegegrad 3 (22%), bei 197 der Pflegegrad 4 (12%) und bei 93 der begutachteten Versicherten der Pflegegrad 5 (5%) festgestellt⁷.

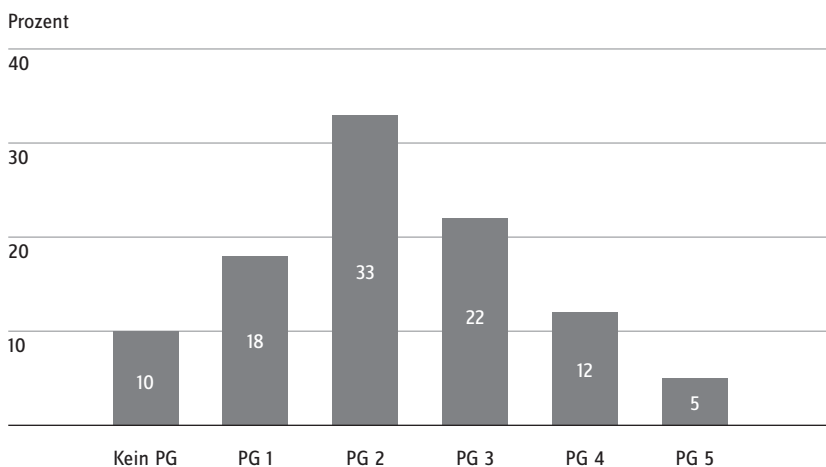


Abb. 9: Erwachsene Antragsteller der Stichprobe differenziert nach Pflegegraden

Von den 1.698 Antragstellern konnten 26 Versicherte (1,5%) mit einer besonderen Bedarfskonstellation im Sinne der Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine identifiziert werden. Von diesen 26 Antragstellern haben sechs Personen einen Antrag auf Geldleistungen gestellt, vier auf Kombinationsleistungen und weitere vier haben Sachleistungen beantragt. Neun der Antragsteller werden bereits stationär versorgt. Zudem wurden vier Versicherte (0,2%) erfasst, die ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung aufweisen; ein Antragsteller wird bereits stationär versorgt.

Die besonderen Bedarfskonstellationen kamen bei den erwachsenen Antragstellern wie erwartet nur sehr selten vor. Die anvisierten Stichproben konnten nicht erreicht werden.

6.1.2 Kinder

Im Zeitraum der Datenerhebung wurden 297 Kinder begutachtet und in die Stichprobe einbezogen. Die anvisierte Stichprobe von n = 300 wurde damit knapp erreicht.

Alter	Häufigkeit absolut	Häufigkeit in %
Bis zu 1 Jahr	9	3
1 Jahr	15	5
2 Jahre	32	11
3 Jahre	28	9
4 Jahre	26	9
5 Jahre	36	12
6 Jahre	33	11
7 Jahre	25	8
8 Jahre	23	8
9 Jahre	30	10
10 Jahre	23	8
11 Jahre	17	6
Insgesamt	297	100

Tab. 6: Altersverteilung der Kinderstichprobe

Die Kinder der Stichprobe sind durchschnittlich 5,7 Jahre alt (Median: 6 Jahre). In der Stichprobe waren alle Altersgruppen, vom Säugling bis zum 11-Jährigen, vertreten (vgl. Tab. 6). Das jüngste Kind war zum Zeitpunkt der Begutachtung vier Monate und das älteste Kind 11 Jahre alt. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung in der Kinderstichprobe wurden 119 Mädchen (40,1%) und 178 Jungen (59,9%) begutachtet.

Die praktische Erprobung des NBA betrifft u.a. die Empfehlungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern unter 18 Monaten: Hierfür wurde eine spezielle Vorgehensweise zur Bewertung des Pflegeaufwands erarbeitet (vgl. Bericht Team 2 AG 2). Insgesamt 19 Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten wurden auf der Grundlage dieser Empfehlungen begutachtet und diese Gutachten konnten in die Stichprobe einfließen. Elf Hausbesuche wurden gemeinsam von zwei Gutachtern vorgenommen. Nachfolgend ist die Verteilung dieser besonderen Gruppe von Kindern differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt.

Ergebnisse

Alter	Häufigkeit absolut	
	Männlich	Weiblich
4 Monate	0	1
5 Monate	0	1
6 Monate	1	1
7 Monate	1	1
8 Monate	0	0
9 Monate	0	1
10 Monate	0	1
11 Monate	1	0
12 Monate	1	0
13 Monate	0	1
15 Monate	1	2
16 Monate	2	0
17 Monate	2	1
Insgesamt	9	10

Tab. 7: Die Kinder der Stichprobe unter 18 Monaten, differenziert nach Alter und Geschlecht

Für 295 Kinder (99,3%) wurden ausschließlich ambulante Leistungen beantragt. Anträge auf vollstationäre Leistungen wurden für insgesamt zwei Kinder gestellt (0,7%). Hierbei handelte es sich um Leistungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI. Von den Anträgen auf ambulante Leistungen wurden für 290 Kinder Geldleistungen nach § 37 SGB XI, für drei Kinder Sachleistungen nach § 36 SGB XI und für zwei Kinder Kombileistungen nach § 38 SGB XI beantragt.

Pflegestufen	Häufigkeit absolut	Häufigkeit in %
Nicht pflegebedürftig	64	22
Pflegestufe I	146	49
Pflegestufe II	67	23
Pflegestufe III	20	7
Insgesamt	297	100

Tab. 8: Verteilung der empfohlenen Pflegestufe für Kinder des derzeitigen Begutachtungsverfahrens

Nach dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren wurden 22% der Kinder als nicht pflegebedürftig eingestuft. In 49% der Fälle hat der Gutachter die Pflegestufe I, in 23%

die Pflegestufe II, bei 7% der Kinder die Pflegestufe III empfohlen. Keines der Kinder wurde als Härtefall eingestuft.

In der folgenden Abbildung wird die Verteilung der Pflegegrade, die mit dem NBA ermittelt worden sind, dargestellt. Sechs der Kinder würden laut der Einschätzung der Gutachter zukünftig keinen Pflegegrad erhalten (2%). Bei 26 Kindern wurde der Pflegegrad 1 festgestellt (9%); bei 98 Kindern empfiehlt der Gutachter den Pflegegrad 2 (33%); bei 132 Kindern den Pflegegrad 3 (44%); bei 31 Kindern den Pflegegrad 4 (10%) und bei vier Kindern wurde der Pflegegrad 5 festgestellt (1%).⁸

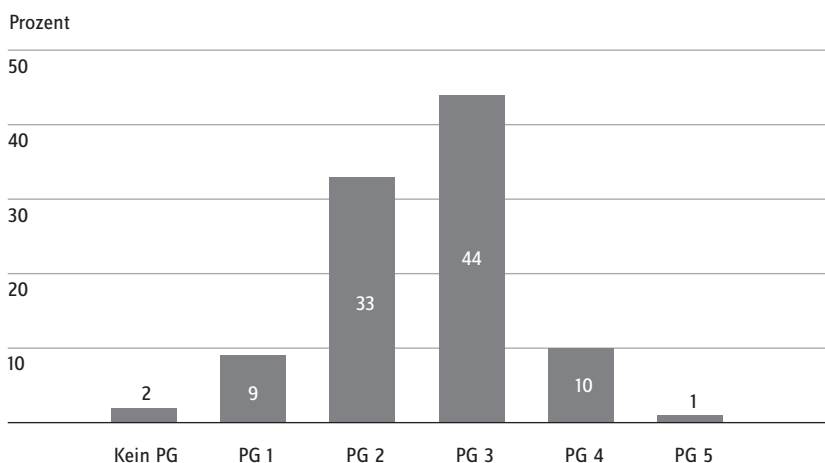


Abb. 10: Verteilung der Pflegegrade bei Kindern

Von den 297 Kindern konnten zwei Kinder mit einer besonderen Bedarfskonstellation im Sinne der Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine und neun Kinder mit ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung identifiziert werden.

6.2 Fragestellungen der Praktikabilitätsstudie - Ergebnisse

Die Ergebnisse nach Zusammenführung der Informationen aus allen hier herangezogenen Datenquellen und nach extensiver Interpretation zeigen, dass das NBA von den zukünftigen Anwendern insgesamt positiv bewertet wird. Zunächst einmal ist die Abkehr

⁸ Pflegegrad 5 = mind. 90 Punkte.

von der Erfassung von Minuten und Frequenzen zu nennen. Dies wird von allen an der Studie beteiligten Personen als klare Verbesserung des Begutachtungsprozesses gesehen. Dass diese Praxis durch ein völlig anders gestaltetes Verfahren abgelöst werden sollte, sei sehr zu begrüßen. Die individuelle Situation der Antragsteller könne nach dem NBA umfassend beschrieben werden. Die kognitiv-psychischen, kommunikativen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen könnten sehr viel differenzierter als bisher erfasst werden; krankheitsbedingte Anforderungen und Themen wie die Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte und außerhäusliche Aktivitäten würden erstmals erhoben, sie ließen sich im derzeitigen Verfahren nicht abbilden. Auf diese Weise würden alle relevanten Bereiche der Pflegebedürftigkeit erfasst. Zudem könnten durch die Darstellung der Selbständigkeit nicht nur Beeinträchtigungen, sondern auch die Ressourcen der Antragsteller deutlich werden. Aus diesen Gründen könne mit dem NBA die jeweils individuelle Situation der Antragsteller differenzierter und nachvollziehbarer dargestellt werden. Dies bedeute in der Konsequenz auch eine größere Wertschätzung der Versicherten und ihrer Angehörigen und könne zu einer guten Akzeptanz des neuen Begutachtungssystems in der Bevölkerung führen.

Für eine gute Vorbereitung des Systemwechsels ist noch eine Reihe von Konkretisierungen des Manuals vorzunehmen, um zukünftig eine einheitliche Begutachtungspraxis auf Grundlage des NBA gewährleisten zu können. Hierfür haben die Gutachter wichtige Hinweise gegeben. Weiterhin konnten durch die Zusammenführung aller erhobenen Daten wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die inhaltliche Angemessenheit der Empfehlungen des Expertenbeirats sowie die Praktikabilität des Gesamtverfahrens gewonnen werden. Die Ergebnisse im Detail werden nachfolgend bezogen auf die Hauptfragestellungen der Praktikabilitätsstudie berichtet.

6.2.1 Ergebnisse - Fragestellung 1: Besondere Bedarfskonstellationen

Die Experten des Beirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfehlen, dass eine Zuordnung zum Pflegegrad 5 auch bei Vorliegen spezifischer Bedarfskonstellationen erfolgen soll. Vorgeschlagen wird, dass der Pflegegrad 5 (Personen mit einem außergewöhnlich hohen Hilfe- und Betreuungsbedarf) entweder erreicht wird, a) wenn der Schwellenwert von 90 Punkten erreicht wird oder b) wenn unabhängig vom Schwellenwert eine Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vorliegt oder c) wenn unabhängig vom Schwellenwert ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung bestehen. Auch Kinder ab drei Jahren (Kindergartenalter) sollen nach Auffassung des Expertenbeirats von dieser Regelung bei Vorliegen der entsprechenden Beeinträchtigungen erfasst werden. Im Rahmen der Praktikabilitätsstudie sollte untersucht werden, ob der Vorschlag des Beirats inhaltlich angemessen ist, ob insbesondere die Menschen mit starken motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung in der Begutachtungssituation eindeutig

als solche identifizierbar sind und ob sich in der Praxis weitere, noch nicht in Erwägung gezogene Fallkonstellationen zeigen, die einen außergewöhnlich hohen Hilfe- und Betreuungsbedarf nach sich ziehen, der im NBA bislang nicht angemessen abgebildet wird.

Von den 1.689 mit dem NBA begutachteten erwachsenen Antragstellern konnten von den Gutachtern 26 Versicherte identifiziert werden, die von einer Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine betroffen sind. Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung kamen bei erwachsenen Antragstellern in der Praxis nur selten vor; lediglich in vier Fällen konnte diese Bedarfskonstellation festgestellt werden. Das liegt vor allem daran, dass diese Beeinträchtigungen in der Regel nicht permanent und auf Dauer bestehen, sondern sich insbesondere bei einer Demenz als akuter Zustand zeigen. Wegen der großen Belastung für Betroffene sind diese Beeinträchtigungen als behandlungsbedürftig einzustufen. Nach Ansicht der Gutachter der Praktikabilitätsstudie werden Betroffene womöglich eher in gerontopsychiatrischen Einrichtungen anzutreffen oder medikamentös eingestellt sein.

Ist die Operationalisierung der besonderen Bedarfskonstellationen bei Erwachsenen inhaltlich angemessen?

Zur inhaltlichen Angemessenheit und Praktikabilität der Operationalisierung der besonderen Bedarfskonstellationen bei Erwachsenen befragt, gaben die Gutachter an, dass die schweren Verhaltensauffälligkeiten nicht immer eindeutig als die definierte besondere Bedarfskonstellation eingestuft werden können, da eine trennscharfe Abgrenzung zu den in Modul 3 einzuschätzenden „Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen“ nicht sicher möglich sei. Die Erfahrungen der Gutachter weisen darauf hin, dass die in Modul 3 beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten in der Begutachtungspraxis in unterschiedlichen Kombinationen auftreten und so stark ausgeprägt sein können, dass allein schon ihre Berücksichtigung in Modul 3 zu einem hohen Gesamtscore und damit zu einem hohen Pflegegrad führen kann, da dort bereits „selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten“, „Beschädigung von Gegenständen“ und „physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen“, das täglich auftritt, abgebildet werden kann. Diskutiert wurde demnach die Frage, wie groß das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten sein muss, um dem Betroffenen automatisch den höchsten Pflegegrad zuweisen zu können. Eine weitere Schwierigkeit der gutachterlichen Beurteilung ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten besteht nach Ansicht der Gutachter darin, sicher einzuschätzen, ob die in der Begutachtungssituation festgestellten Symptome permanent und auf Dauer bestehen oder nicht vielmehr als ein vorübergehender Zustand einzustufen sind. Da betroffene Antragsteller unbedingt einer Behandlung ihrer belastenden Beeinträchtigungen bedürfen, würde die Feststellung der genannten Bedarfskonstellation zwar der Feststellung eines hohen Hilfe- und Betreuungsaufwands entsprechen, aber auch der Feststellung einer ärztlichen und therapeutischen Fehl- bzw. Unterversorgung: Zum Zeitpunkt

des Haus- oder Einrichtungsbesuchs wäre der Versicherte dem Pflegegrad 5 zuzuordnen, bei einer adäquaten Therapie würde sich der Zustand jedoch bessern, was zumeist einen niedrigeren Pflegegrad zur Folge hätte. Die Gutachter empfehlen daher, diese Bedarfskonstellation nicht in die Begutachtungspraxis zu implementieren. Die von den Gutachtern als besondere Bedarfskonstellation identifizierten Fälle wurden einer detaillierten Einzelfallanalyse unterzogen. Hier bestätigte sich die Einschätzung der Gutachter: Aus Sicht des Arbeitsgremiums wäre bei nur zwei der vier Fälle die besondere Bedarfskonstellation anzugeben gewesen, was noch einmal deutlich macht, dass die Abgrenzung zu den in Modul 3 abgefragten Verhaltensweisen und deren Frequenz in der Praxis nicht sicher möglich ist. Ebenso ist die Frage nicht eindeutig zu beantworten, ob die während der Begutachtungssituation beobachteten Verhaltensweisen als dauerhaft bestehend einzuschätzen sind. Hinzu kommt, dass ohne die besondere Bewertungsregel die notwendige personelle Unterstützung bereits adäquat abgebildet wird: Die beiden Antragsteller würden den Pflegegrad 4 erhalten.

Die besondere Bedarfskonstellation der Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine wurde von den Gutachtern als deutlich einfacher zu identifizierende und inhaltlich angemessene Regelung bewertet. Das Konstrukt sei auch deswegen gerechtfertigt, da ohne kognitive Beeinträchtigungen Pflegegrad 5 im NBA nicht erreicht werden kann. Tatsächlich erreichen drei der 26 Antragsteller mit dieser besonderen Bedarfskonstellation ohne die Bewertungsregel den Pflegegrad 3, neun Antragsteller den Pflegegrad 4 und 14 den Pflegegrad 5. Bei denjenigen Antragstellern, die ohne die besondere Bewertungsregel in den Pflegegrad 5 gelangen, liegen sowohl schwerste körperliche als auch schwerste kognitive Einschränkungen vor. Bei zwölf Antragstellern überwiegen die schweren körperlichen Beeinträchtigungen; diese Personen profitierten von einer Umsetzung der besonderen Bedarfskonstellation.

Ergeben sich Hinweise für eine weitere Operationalisierung und Konkretisierung dieses Konstrukts der besonderen Bedarfskonstellationen?

Die besondere Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“ erfordert noch eine ergänzende Erläuterung der Aufgreifkriterien: So waren sich die Gutachter unsicher darüber, ob Antragsteller, die reflexartig und nicht zielgerichtet nach Gegenständen oder Pflegepersonen greifen können, bei denen also rein physiologisch betrachtet die Greiffähigkeit noch vorhanden ist, ebenfalls in Pflegegrad 5 aufgehoben werden sollen. In diesem Zusammenhang wurde auch diskutiert, wie der personelle Unterstützungsbedarf von Antragstellern zu bewerten ist, die zwar nicht mehr greifen können, die aber dennoch in der Lage sind, ihre Finger bewusst einzusetzen, um z.B. den Joystick eines Elektrorollstuhls zu steuern. Aus Sicht der Gutachter ist hier eine eindeutige handlungsleitende Definition der Greiffähigkeit in das Manual aufzunehmen. Deutlich werden muss, dass bei einem vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen Restfunktionen wie eine abgeschwächte und eingeschränkte aktive Beweglichkeit einzelner Finger oder des

Handgelenks bzw. Unterarms noch vorhanden sein können. Dies gelte auch für hochgradige Kontrakturen, rheumatische Versteifungen, hochgradigen Tremor und Rigor bei Morbus Parkinson oder für eine Athetose bei Chorea Huntington. Auch in diesen Fällen können Restfunktionen vorhanden sein und es bestehe nach Ansicht der Gutachter weiterer Erläuterungsbedarf dahin gehend, bei welchen Restfunktionen eine besondere Bedarfskonstellation im Sinne der Gebrauchsunfähigkeit der Gliedmaßen als vorliegend einzustufen ist oder ausgeschlossen werden muss.

Zeigen sich in der Praxis weitere vom NBA bislang nicht adäquat berücksichtigte besondere Bedarfskonstellationen?

Unter dem Thema der besonderen Bedarfskonstellationen war auch die Frage zu beantworten, ob es in der Praxis noch weitere Fallkonstellationen gibt, die möglicherweise nicht adäquat im NBA berücksichtigt werden. Die Gutachter berichten in diesem Zusammenhang, dass Antragsteller, die ausschließlich unter somatischen Beeinträchtigungen leiden, aber die Fähigkeit, Arme und Beine zu gebrauchen, nicht vollständig verloren haben, nur selten in den höheren Pflegegraden des NBA aufgehoben werden. Als Beispiele hierfür wurden Antragsteller genannt, die unter Adipositas (BMI > 35), ausgeprägten kardiopulmonalen Belastungseinschränkungen (z.B. ausgeprägte respiratorische Insuffizienz, fortgeschrittene COPD) und hochfrequenten Krampfanfällen leiden, sowie Antragsteller, die palliativ versorgt werden. Die Gutachter schlagen entsprechend vor, dass die genannten Fallkonstellationen eine besondere Berücksichtigung in der Bewertung des NBA finden sollten, um auch bei rein somatisch bedingten Beeinträchtigungen gewährleisten zu können, dass der damit einhergehende besondere personelle Unterstützungsbedarf angemessen abgebildet werden kann.

Deutlich wurde in der Diskussion, dass sich die Gutachter bei ihrer Einschätzung, ob die Einstufung angemessen ist, auf das heute gültige Begutachtungsverfahren bezogen haben. Bei der Ermittlung des grundpflegerischen Zeitbedarfs kann der Gutachter Umstände berücksichtigen, die den Zeitaufwand für die Hilfen bei der Grundpflege vergrößern, die sogenannten Erschwerungsfaktoren (vgl. MDS/GKV-SV, 2013). Das sind z.B. ein Körpergewicht des Pflegebedürftigen über 80 kg, starke therapieresistente Schmerzen, Kontrakturen, hochgradige Spastik z.B. bei Lähmungen, Fehlstellungen oder Einsteifungen großer Gelenke beim Pflegebedürftigen, eingeschränkte Belastbarkeit aufgrund von schwerer kardiopulmonaler Dekompensation mit Atemnot in Ruhe, Zyanosen und Ödemen und verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer bestehen; solche Einschränkungen also, die aus Sicht der studienteilnehmenden Gutachter durch das NBA möglicherweise nicht adäquat abgebildet würden.⁹

⁹ Die Berücksichtigung der pflegeerschwerenden Faktoren in der Begutachtungspraxis wird weiter gefasst als beabsichtigt, was mit der Neufassung der BRi 2009 begünstigt worden ist. Hiernach ist die Liste der pflegeerschwerenden Faktoren nicht mehr als abschließend anzusehen.

Die von den Gutachtern genannten Fallkonstellationen wurden anhand der aggregierten Daten aus den Begutachtungen näher untersucht. Zu beantworten war zunächst die Frage, wie die Gruppe der Antragsteller mit ausschließlich somatisch bedingten Beeinträchtigungen in den Pflegegraden des NBA aufgehoben wird und wie sich in dieser Gruppe der personelle Unterstützungsbedarf im NBA abbildet. Ausgewählte Fälle, bei denen eine „ausgeprägte respiratorische Insuffizienz, fortgeschrittene COPD“ und Adipositas vorlagen, wurden einer detaillierten Einzelfallanalyse unterzogen. Hier handelt es sich um somatische Erkrankungen, die zahlenmäßig in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben - wie aktuelle Daten zur Prävalenz zeigen - und die damit auch in der Begutachtungspraxis immer häufiger vorkommen.¹⁰ Nachfolgend sind die Ergebnisse der quantitativen und einzelfallbasierten Analysen berichtet.

Wie werden Antragsteller ohne kognitive Beeinträchtigungen im NBA eingestuft?

Insgesamt sind 559 erwachsene Antragsteller der Stichprobe von ausschließlich somatisch bedingten Beeinträchtigungen betroffen (32,9%) (Modul 1 > 1; Modul 2 = 0) (vgl. Wingenfeld/Gansweid 2013). Die Beeinträchtigungen schlagen sich vor allem in den Modulen 1 und 4 nieder und je nach Ausmaß der Mobilitätsbeeinträchtigungen und der damit verbundenen krankheitsbedingten Anforderungen auch in Modul 5 und 6.

10 Die Häufigkeit der Adipositas nimmt seit 20 Jahren, insbesondere in den Industrienationen, kontinuierlich zu. Nach den Ergebnissen der Studie des Robert Koch-Instituts DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) waren im Zeitraum 2008 bis 2011 23,3% der Männer und 23,9% der Frauen adipös. Die Adipositas-Häufigkeit nimmt dabei bei Männern und Frauen altersabhängig um das Vierfache zu. Von 1999 bis 2009 ist insbesondere die Prävalenz von Personen mit einem BMI > 35 kg/m² deutlich angestiegen (Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2011). Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) betrifft in Deutschland ca. 13% der über 40-jährigen Erwachsenen. Die aktuellsten Zahlen zur Entwicklung der COPD in Deutschland gingen 2010 von 6,8 Millionen COPD-Erkrankungen aus (www.copd-deutschland.de). Bis zum Jahr 2030 wird mit einem Anstieg auf 7,9 Millionen Betroffene gerechnet. Dabei steigt die Prävalenz mit zunehmendem Alter und erreicht ihren Höhepunkt bei männlichen Personen ab dem 70. Lebensjahr.

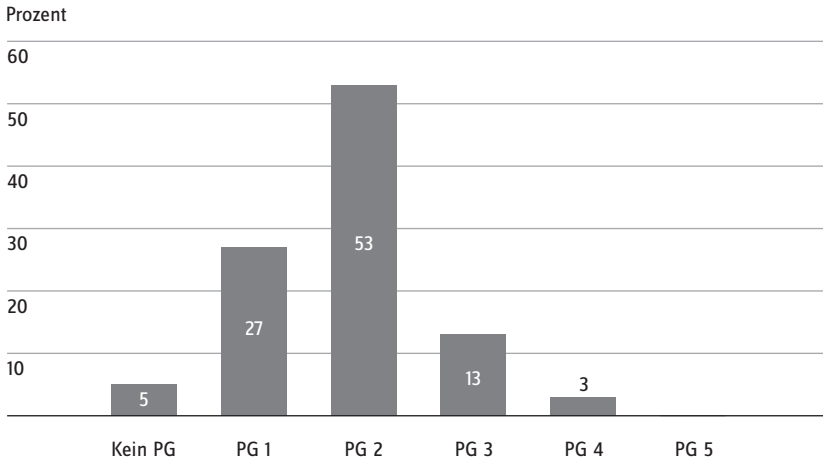


Abb. 11: Antragsteller der Stichprobe ohne kognitive Funktionsstörungen differenziert nach Pflegegraden (PG 5 \geq 90)

Wie erwartet und wie bereits in vorangegangenen Analysen bestätigt, gelangen die hier betrachteten Antragsteller hauptsächlich in den Pflegegrad 2 (53%) (vgl. Wingenfeld/ Gansweid 2013). Der Anteil der nicht leistungsberechtigten Personen liegt bei 5%, Pflegegrad 3 erreichen 13% und Pflegegrad 4 3%. Auf Ebene der aggregierten Daten kann die individuelle Wahrnehmung der Gutachter zunächst bestätigt werden: Ausschließlich somatisch beeinträchtigte Antragsteller können nur schwer in hohe Pflegegrade des NBA gelangen. Ob dabei bestimmte Erkrankungsgruppen speziell betroffen sind, ob also, wie die Gutachter zurückgemeldet haben, bestimmte Diagnosegruppen nicht adäquat im NBA abgebildet werden, wurde anhand von Einzelfallanalysen überprüft.¹¹ In die Analyse einbezogen wurden Antragsteller, bei denen eine Adipositas Grad 2 oder 3 oder eine COPD vorlag.

Wie werden Antragsteller mit der besonderen Versorgungskonstellation Adipositas im NBA aufgehoben?

In die Analyse wurden Antragsteller einbezogen, die unter Adipositas Grad 2 leiden (BMI > 35), und Personen mit der Diagnose Adipositas per magna (BMI > 40). Im Rahmen der Fallanalyse wurden auch Fälle berücksichtigt, bei denen die Gutachter die Adipositas unter dem Punkt A.3 als besondere Versorgungskonstellation erfasst haben. Von den insgesamt 74 Fällen mit der Diagnose E 66 Adipositas wurden 13 Fälle – sieben weibliche und sechs männliche Antragsteller – einer näheren Betrachtung unterzogen. Der auf

¹¹ Stand der Einzelanalysen: 03.12.2014.

Grundlage des heute gültigen Begutachtungsverfahrens ermittelte Hilfebedarf in den Verrichtungen der Grundpflege liegt bei einem Zeitwert von 31 und 245 Minuten. Bei keinem der Antragsteller wurde eine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt. Nahezu alle Personen haben zusätzliche Erkrankungen des Bewegungsapparats, wie degenerative Wirbelsäulenveränderungen und Polyarthrose, die häufig mit starken Beeinträchtigungen der Mobilität einhergehen. Dies spiegelt sich auch in den Modulbewertungen des NBA wider: Bis auf eine Person haben alle Personen einen Unterstützungsbedarf im Bereich der Mobilität. Gleichzeitig gibt es jedoch starke Unterschiede beim Umfang der Beeinträchtigungen. Diese reichen von einem geringen bis zum vollständigen Verlust der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität. Zudem leiden die Antragsteller unter Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie. Der damit einhergehende Unterstützungsbereich spiegelt sich entsprechend im Modul 5, dem Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen, wider. Auch hier sind unterschiedliche Ausprägungen des notwendigen personellen Unterstützungsbedarfs festzustellen. Der Grad der Beeinträchtigung reicht von uneingeschränkter Selbständigkeit bis hin zum völligen Verlust der Selbständigkeit. An dieser Stelle wird deutlich, dass der Hilfebedarf bereits heute innerhalb dieser Personengruppe variiert. Diese Unterschiede werden auch im NBA abgebildet. Dies soll im Folgenden exemplarisch an zwei Fallbeispielen dargestellt werden.

Fall 1: Die Antragstellerin ist 71 Jahre alt, lebt in der eigenen häuslichen Umgebung und versorgt sich selbständig. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 137 Minuten im Tagesdurchschnitt. Demnach erhalte die Antragstellerin knapp die Pflegestufe II. Neben der ersten pflegebegründenden Diagnose Adipositas per magna (BMI > 40) leidet die Antragstellerin auch an Parkinson.

Die Versicherte hat schwere Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und ist in vielen Bereichen, wie Aufstehen, Umsetzen und Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, überwiegend unselbständig. Diese Beeinträchtigungen haben auch Auswirkungen auf die Selbständigkeit im Modul 4 (Selbstversorgung). Der Unterstützungsbedarf umfasst vor allem die Intimpflege, das Duschen oder Baden sowie das Aus- und Ankleiden des Ober- und Unterkörpers. In diesen Bereichen ist diese Person überwiegend unselbständig. In anderen Bereichen wie dem Waschen des Oberkörpers, Kämmen und Zahnpflege sowie im Bereich der Ernährung ist die Person überwiegend selbständig und benötigt nur geringfügige Unterstützung. Somit verfügt die Antragstellerin über wertvolle Ressourcen, die im Rahmen der Selbstversorgung einen hohen Stellenwert einnehmen.

Es bestehen keine Einschränkungen im Modul 2 und 3. Somit kann die Antragstellerin Entscheidungen im Alltag treffen und ihre Bedürfnisse mitteilen. Zudem ist sie in der Lage, den täglichen Unterstützungsbedarf selbständig zu organisieren und zu koordinieren.

Hingegen besteht ein erheblicher Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen. Hierbei handelt es sich um tägliche Hilfe beim Richten der Medikamente, wöchentliche Hilfe bei der Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ und RR) sowie Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung. Es besteht nur in geringem Umfang ein personeller Unterstützungsbedarf im Modul 6. Hier ist die Person überwiegend selbständig und bedarf aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen personeller Unterstützung im Bereich Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen und Hilfe bei der Kontaktpflege. Die Unterstützung bezieht sich auf einzelne Hilfen beim Aufstehen oder Zubettgehen, das Bereitlegen oder Anreichen von Hilfsmitteln wie Telefon und Zeitung. Der personelle Unterstützungsbedarf wird hier möglicherweise zu einem Teil auch von der Parkinson-Erkrankung verursacht.

Es liegen keine weiteren besonderen Versorgungskonstellationen vor. Hilfe ist mehrmals nachts erforderlich. Außerdem ist in diesem Fall die personelle Präsenz mehrmals täglich erforderlich. Die Antragstellerin erhielt zukünftig den Pflegegrad 3.

Fall 2: Die 73-jährige Antragstellerin wohnt noch in der eigenen häuslichen Umgebung. Die Pflege wird derzeit von einem Pflegedienst erbracht. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 122 Minuten. Nach der gutachterlichen Empfehlung würde auch diese Antragstellerin knapp die Pflegestufe II erhalten. Zudem leidet sie an Polyarthrose mit starken Bewegungsstörungen, an Diabetes mellitus, Polyneuropathie und Stauungsdermatose beider Unterschenkel.

Die Antragstellerin hat schwere Beeinträchtigungen im Modul 1. Die Hilfe umfasst vor allem das Aufstehen aus sitzender Position und somit auch das Umsetzen beispielsweise in den Sessel sowie Unterstützung beim Positionswechsel im Bett. Hierbei ist die Person überwiegend unselbständig und hat in diesen Bereichen einen erheblichen Unterstützungsbedarf. Zudem benötigt sie auch Hilfe beim Fortbewegen innerhalb der Wohnung. Die Beeinträchtigungen in der Mobilität wirken sich auf die Selbständigkeit im Modul 4 Selbstversorgung aus. Der Unterstützungsbedarf umfasst hierbei vor allem die Intimpflege, das Duschen oder Baden sowie Hilfe beim An- und Auskleiden des Unterkörpers. In diesen Bereichen ist die Person unselbständig. In den anderen Bereichen der Selbstversorgung - wie beim Waschen des vorderen Oberkörpers und beim Kämmen oder bei der Zahnpflege - ist diese Person überwiegend selbständig und benötigt demnach nur geringfügige Unterstützung. Im Bereich der Ernährung ist die Person nahezu selbständig.

Kognitive Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Modul 3 liegen nicht vor. Auch hier kann die Antragstellerin ihre Bedürfnisse äußern, Entscheidungen im Alltag treffen und die Pflege selbständig organisieren.

Es besteht nur ein geringer Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen, da die Person in vielen Bereichen, wie beispielsweise beim Richten der Medikamente, bei der Messung und Deutung von Körperzuständen oder bei der Insulingabe, selbständig ist. Der personelle Unterstützungsbedarf liegt lediglich bei der Wundversorgung, die dreimal wöchentlich erforderlich ist. Es besteht geringer personeller Unterstützungsbedarf im Modul 6. Die Hilfe bezieht sich auf das Modul 6.2 Ruhen und Schlafen. Eine Präsenz am Tage ist nicht erforderlich. Die Antragstellerin erhalte zukünftig den Pflegegrad 2.

Der Vergleich beider Fälle zeigt, dass bei ähnlichen Fallkonstellationen mit derselben Diagnose und einem ähnlich gelagerten Selbstständigkeitsprofil im Bereich der Mobilität und der Selbstversorgung das Ergebnis der Begutachtung mit dem NBA, der Grad der Pflegebedürftigkeit, unterschiedlich ausfallen kann. Der Unterschied zwischen beiden hier betrachteten Fällen besteht in der notwendigen Unterstützung im Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen. Ist jemand kognitiv oder körperlich in der Lage, die krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen eigenständig zu bewältigen, existiert keine Abhängigkeit von personeller Hilfe und damit auch keine Beeinträchtigung der Selbständigkeit in diesem Lebensbereich. Nicht die Erkrankung oder die Diagnose, sondern die Schwere der daraus resultierenden Beeinträchtigung bestimmt das Ausmaß der Abhängigkeit und somit auch den Pflegegrad.

Wie werden Antragsteller mit der besonderen Versorgungskonstellation COPD im NBA aufgehoben?

Insgesamt wurden 96 Fälle mit der Diagnose J44 (chronische obstruktive Lungenerkrankung) in der Gesamtstichprobe der erwachsenen Antragsteller erfasst (Stand: 03.12.2014). Laut gutachterlicher Einschätzung sind neun Antragsteller nicht in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt, diese Personen erhielten keinen Pflegegrad. Der Grundpflegebedarf im Sinne des heutigen Begutachtungsverfahrens liegt zwischen 0 und 48 Minuten. Hierbei handelt es sich um Personen, die nur geringfügige Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität aufweisen. Keiner der neun Probanden ist kognitiv eingeschränkt (Modul 2) und leidet unter Verhaltensauffälligkeiten. Bei der Selbstversorgung weist die Personengruppe nur einen geringen personellen Unterstützungsbedarf auf, der vor allem bei Duschen und Baden besteht. Es besteht kein oder nur ein geringer personeller Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen. Bei keinem der Probanden wurde eine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt. In den Pflegegrad 1 gelangten 24 Personen. Der Grundhilfebedarf liegt laut gutachterlicher Empfehlung zwischen 4 und 135 Minuten im Tagesdurchschnitt. Hierbei handelt es sich um Personen mit überwiegend körperlich-motorischen Beeinträchtigungen. Der personelle Unterstützungsbedarf besteht vor allem beim Treppensteigen, beim Fortbewegen innerhalb des eigenen Wohnbereichs sowie in geringfügiger Form beim Aufstehen aus sitzender Position. Bei einer Person wurde eine Einschränkung der Alltagskom-

petenz festgestellt, wobei bei allen anderen Personen keine Einschränkungen im Modul 2 und nur geringfügige Beeinträchtigungen im Modul 3 vorliegen. Bis auf eine Person haben die 24 Antragsteller einen Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung. Die erforderlichen Hilfen beziehen sich vor allem auf das Duschen oder Baden sowie auf das Bereitlegen von Waschutensilien. Der überwiegende Teil der Antragsteller ist im Bereich der Selbstversorgung als überwiegend selbständig einzustufen. Nahezu alle Personen haben einen geringen Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen. Die notwendige personelle Hilfe betrifft vor allem das Richten von Medikamenten. Zudem erhalten sieben Personen mehrmals täglich Sauerstoff, vier Antragsteller können sich noch selbständig mit Sauerstoff versorgen.

Insgesamt erreichten 33 Personen mit einer COPD den Pflegegrad 2. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei einem Wert zwischen 15 und 149 Minuten. Die Antragsteller leiden primär unter körperlichen Beeinträchtigungen, die bei einem Teil mit leichten kognitiven Einschränkungen einhergehen: Von den insgesamt 33 Personen haben nahezu alle Antragsteller geringe bis schwere Beeinträchtigungen der Mobilität. 13 Personen haben geringe bis erhebliche Beeinträchtigungen im Bereich der Kognition oder Verhaltensweisen. Bei drei Personen wurde eine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt. Die motorischen und leicht kognitiven Einschränkungen spiegeln sich auch in der Selbstversorgung wider. Alle Probanden haben hier einen Unterstützungsbedarf. Der größte Teil dieser Gruppe (27 Personen) hat erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung. Die erforderlichen Hilfen beziehen sich auf nahezu sämtliche Bereiche der Körperpflege. Es besteht weiterhin ein geringer bis erheblicher Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen. Dieser umfasst das Richten von Medikamenten, die Sauerstoffgabe sowie Hilfe bei Messungen und Deutung von Körperzuständen. Die motorischen und leicht kognitiven Einbußen wirken sich bei nahezu der Hälfte der Gruppe (15 Personen) auch im Modul 6 aus. Hier liegt meist ein geringer Unterstützungsbedarf vor.

Im Pflegegrad 3 werden insgesamt 17 der 96 Fälle mit COPD aufgehoben. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei einem Wert zwischen 65 und 246 Minuten. Demnach erhalten sieben Personen die Pflegestufe I, neun Personen die Pflegestufe II und eine Person die Pflegestufe III. Hierbei handelt es sich um zwei Personengruppen. Einerseits sind es Personen, die erhebliche Einschränkungen in der Mobilität, aber keine oder nur geringfügige Beeinträchtigungen im Modul 2 und 3 haben, und andererseits um Personen, die geringe Einschränkungen in der Mobilität, aber erhebliche Beeinträchtigungen im Bereich der Kognition oder im Modul 3 aufweisen. Die Beeinträchtigungen spiegeln sich auch in der Selbstversorgung wider (20 Punkte). Alle Probanden haben hier einen Unterstützungsbedarf. Auch hier beziehen sich die erforderlichen Hilfen auf fast alle Bereiche der Körperpflege. Die 17 Antragsteller haben einen geringen bis erheblichen Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen. Die-

Ergebnisse

ser umfasst das Richten von Medikamenten, die Sauerstoffgabe sowie das Messen und Deuten von Körperzuständen. Die motorischen und leicht kognitiven Einbußen wirken sich bei nahezu der Hälfte der Gruppe (15 Personen) auch im Modul 6 aus. Hier liegt meist ein geringer Unterstützungsbedarf vor.

Den Pflegegrad 4 erreichten sieben Versicherte. Nach dem derzeit gültigen Verfahren liegt der Grundhilfebedarf zwischen 121 und 251 Minuten. Hierbei handelt es sich um Antragsteller, die sowohl in der Mobilität als auch in den Modulen 2 und 3 erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen. Diese Antragsteller haben zudem Begleiterkrankungen, die den Unterstützungsbedarf erhöhen, wie z.B. demenzielle Erkrankungen. Laut gutachterlicher Einschätzung liegt bei fünf Antragstellern eine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Alle Antragsteller haben im Bereich der Selbstversorgung, beim Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und bei der Gestaltung des Alltags einen erheblichen Unterstützungsbedarf. Allerdings kann hier nicht von einer vollständigen Abhängigkeit gesprochen werden, denn in allen Lebensbereichen sind noch Ressourcen vorhanden. So sind zwar die Anwesenheit, Beaufsichtigung und Aufforderung erforderlich, aber Aktivitäten wie das Waschen des vorderen Oberkörpers oder die Zahnpflege können von nahezu allen Antragstellern zu einem geringen Teil selbständig durchgeführt werden.

Den Pflegegrad 5 mit mindestens 90 Punkten erreichen fünf Personen, die sowohl hochgradige somatische als auch kognitive Beeinträchtigungen haben. Der Grundpflegebedarf liegt zwischen 151 und 364 Minuten. Nahezu alle Antragsteller sind steh- und gehunfähig und sind überwiegend bettlägerig. Bei allen Personen wurde eine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt. Demnach erreichen diese Antragsteller fast in allen Modulen die höchsten Punktwerte. Die Unterschiede bestehen lediglich im Modul 5. Alle Antragsteller benötigen mehrmals nachts personelle Unterstützung. Zudem ist bei allen die personelle Präsenz am Tage erforderlich. Auch hier wird deutlich, dass der Hilfebedarf bereits heute innerhalb dieser Personengruppe variiert. Diese Unterschiede werden auch im NBA abgebildet. Dies soll im Folgenden exemplarisch an zwei Fallbeispielen mit einer schweren Form der COPD (GOLD IV) als pflegebegründende Diagnose dargestellt werden.

Fall 1: Die 66-jährige Antragstellerin lebt allein in ihrer Wohnung. Der Gutachter hat einen Hilfebedarf in der Grundpflege von insgesamt 48 Minuten ermittelt und empfiehlt die Pflegestufe I. Neben der COPD GOLD IV leidet die Antragstellerin an einem Lungenemphysem und an einer pulmonalen Kachexie. Zudem hat die Antragstellerin eine Harninkontinenz.

Nach Einschätzung des Gutachters liegen im Bereich der Mobilität nur geringfügige Beeinträchtigungen vor. Der Unterstützungsbedarf besteht beim Treppensteigen. Dieser ist allerdings so gering ausgeprägt (überwiegend selbständig), dass er nicht in

die Bewertung mit einfließt. Somit ist die Antragstellerin in ihrer Mobilität als selbstständig einzustufen. Auch in den Modulen 2 und 3 liegen keine Beeinträchtigungen vor. Die Auswirkungen der Erkrankungen werden erst im Modul 4 des NBA, im Bereich der Selbstversorgung, deutlich. Hier benötigt die Antragstellerin geringfügige Unterstützung beim Waschen des vorderen Oberkörpers, bei der Intimpflege und beim An- und Auskleiden des Oberkörpers sowie Hilfestellung beim Toilettengang (überwiegend selbständig). Die Folgen einer Harninkontinenz – wie den Umgang mit Inkontinenzmaterial – kann sie selbst bewältigen.

Einen höheren Unterstützungsbedarf hat die Antragstellerin beim Duschen oder Baden und beim An- und Auskleiden des Unterkörpers (überwiegend unselbständig). Im Bereich der Ernährung ist die Antragstellerin nahezu selbständig.

Die Antragstellerin benötigt einmal monatlich eine Begleitung für den Arztbesuch. Ansonsten ist die Antragstellerin im Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen selbständig. Es besteht auch kein Unterstützungsbedarf im Modul 6. Nachts besteht kein personeller Unterstützungsbedarf.

Die Antragstellerin erhalte zukünftig den Pflegegrad 1.

Fall 2: Der Antragsteller ist 74 Jahre alt und wohnt in seiner häuslichen Umgebung. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei insgesamt 153 Minuten (Pflegestufe II). Der Antragsteller leidet neben der COPD GOLD IV mit Sauerstofflangzeittherapie an einer Kachexie. Zudem wurde bei ihm ein Bronchialkarzinom festgestellt.

Der Antragsteller hat schwere Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und benötigt vor allem Hilfe beim Aufstehen, Umsetzen und beim Fortbewegen innerhalb der Wohnung (überwiegend unselbständig). Zudem benötigt er geringfügige Unterstützung beim Positionswechsel im Bett und dabei, eine stabile Sitzposition zu halten (überwiegend selbständig). Diese Beeinträchtigungen spiegeln sich auch im Bereich der Selbstversorgung wider. Hier benötigt der Antragsteller einen hohen Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege und beim An- und Auskleiden des Oberkörpers. In anderen Bereichen der Körperpflege (Intimpflege, Duschen oder Baden, An- und Auskleiden des Unterkörpers) ist der Versicherte unselbständig. Ressourcen sind im Bereich der Ernährung vorhanden. Hierbei ist der Versicherte überwiegend selbständig. Der Antragsteller ist kontinent. Allerdings benötigt er Unterstützung bei der Nutzung der Toilette.

Im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie im Modul 3 liegen keine Beeinträchtigungen vor. Somit ist der Antragsteller in der Lage, Entscheidungen im Alltag zu treffen und seine Bedürfnisse zu äußern.

Ergebnisse

Auch im Modul 5 besteht ein Unterstützungsbedarf. Dieser umfasst zum einen das tägliche Richten von Medikamenten (4 × täglich), zum anderen die tägliche Sauerstoffgabe (1 × täglich).

Es besteht ein personeller Unterstützungsbedarf im Modul 6. Hierbei ist der Antragsteller überwiegend selbständig. Die Hilfe benötigt er beim Aufstehen und Zubettgehen, beim Sich-Beschäftigen sowie bei der Interaktion und Kontaktpflege mit Personen aus dem Umfeld. Zudem ist mehrmals nachts personelle Hilfe erforderlich. Auch am Tage ist die Präsenz einer Pflegeperson überwiegend erforderlich. Zudem liegt hier eine komplexe palliative Symptomatik bei stark begrenzter Lebenserwartung vor.

Der Antragsteller erhielt laut gutachterlicher Empfehlung den Pflegegrad 3.

An dieser Stelle wird deutlich, dass der Hilfebedarf bereits heute innerhalb der Personengruppe der COPD-Erkrankten variiert. Diese Unterschiede werden auch im NBA abgebildet. Die Verteilung der Antragsteller reicht von keinem zugewiesenen Pflegegrad bis zum höchsten Pflegegrad 5. Auch für die Fallkonstellation der schweren COPD gilt, dass nicht die zugrunde liegende Erkrankung oder die Diagnose, sondern die Schwere der daraus resultierenden Beeinträchtigung das Ausmaß der Abhängigkeit und somit auch den Pflegegrad im NBA bestimmt.

Zusammenfassung und Diskussion

Eine Analyse der von den Gutachtern genannten Fallkonstellationen auf aggregierter Ebene konnte die individuelle Wahrnehmung der Gutachter nicht bestätigen. Im Falle der hier überprüften Versorgungskonstellationen existiert aus pflegfachlicher Sicht keine Tendenz zu einer systematischen Benachteiligung und inadäquaten Berücksichtigung. Nicht die zugrunde liegende Erkrankung bestimmt das Ausmaß des Selbstständigkeitsverlusts eines Menschen, sondern die daraus resultierenden Beeinträchtigungen in den einzelnen Aktivitäten des Lebens, die das NBA fokussiert.

Gleichwohl muss für die Gesamtheit der ausschließlich somatisch beeinträchtigten Personengruppe konstatiert werden, dass es innerhalb der neuen Stufenhierarchie Bewegungen in beide Richtungen gibt: Bewegungen in Richtung hohe Pflegegrade (überwiegend Personen mit starken Beeinträchtigungen), aber auch Bewegungen in die umgekehrte Richtung (überwiegend Personen mit geringen Beeinträchtigungen). Das ist entsprechend der zugrunde liegenden Bewertungssystematik des NBA und der erweiterten Definition, was zukünftig Pflegebedürftigkeit bedeutet, nachvollziehbar: Die Einstufung einer Person im NBA hängt vom Ausmaß ihrer Beeinträchtigungen in den sechs Modulen des NBA ab: Pflegebedürftige, die kognitiv und kommunikativ nicht eingeschränkt sind, können anders als Menschen mit beispielsweise gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen ihre Bedürfnisse noch äußern, ihre Pflege meist noch organisieren,

ihre krankheitsbedingten Anforderungen bewältigen und ihren Alltag gestalten; sie verfügen demnach über ein größeres Ausmaß an Ressourcen als Menschen, die sowohl motorisch als auch kognitiv beeinträchtigt sind. Je schwerer und komplexer die motorischen Beeinträchtigungen allerdings ausfallen, desto schwerer fällt es auch, sich selbst zu versorgen, mit krankheitsbedingten Anforderungen umzugehen und das Alltagsleben zu gestalten. Sobald hier personelle Unterstützung notwendig wird, je stärker also die Beeinträchtigungen der Mobilität ausgeprägt sind, umso stärker spiegeln sich diese auch in den Modulen 4, 6 und ggf. auch 5 wider: Jemand, der aufgrund seiner motorischen Beeinträchtigungen personelle Unterstützung beim Aufstehen aus sitzender Position und beim Umsetzen benötigt (Modul 1: Item 1.3), wird auch in der Regel auf personelle Unterstützung beim Aufstehen oder Zubettgehen angewiesen sein (Modul 6: Item 6.2). Diejenigen Antragsteller der Stichprobe, die kognitiv nicht eingeschränkt sind und hohe Pflegegrade erreichen, sind entsprechend auch bei den in Modul 6 fokussierten Aktivitäten in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt: Der durchschnittliche Punktsummenwert für Modul 6 liegt bei den hier betrachteten Antragstellern des Pflegegrads 1 bei 0,6 Punkten, in Pflegegrad 2 bei 2,8, in Pflegegrad 3 bei 6,2 und in Pflegegrad 4 bei 8,8 Punkten.

Hier fällt jedoch Folgendes auf: In Modul 6 sind maximal 18 Punkte erreichbar, also mehr als doppelt so viel als für diejenigen Antragsteller ermittelt wurden, die laut NBA schwere Beeinträchtigungen ihrer Mobilität aufweisen und in Pflegegrad 4 aufgehoben werden. Dabei sind bei der Einschätzung der Selbständigkeit der Merkmale 6.2, 6.3, 6.5 und 6.6 die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu berücksichtigen. Doch allein bei zwei der insgesamt sechs Merkmale in Modul 6 sind nur die Auswirkungen kognitiver Einschränkungen anzurechnen. Die Auswirkungen kognitiver Beeinträchtigungen schlagen sich, wie die Ergebnisse der Antragsteller zeigen, stärker nieder als rein somatisch bedingte Beeinträchtigungen. Die Erfahrungen der Gutachter der Praktikabilitätsstudie weisen darauf hin, dass die Aktivitäten in Modul 6 und die im Manual aufgeführten Ausfüllhinweise auch stark auf kognitive Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf das Alltagsleben ausgerichtet sind. Für die Beeinträchtigungen der hier fokussierten Gruppe von Antragstellern in diesem Bereich sind nur wenige Beispiele im Manual aufgeführt. Dies führt zwangsläufig dazu, wie die Rückmeldungen der Gutachter zeigen, dass sich die Gutachter bei der Einschätzung der Merkmale in Modul 6 auch auf die Auswirkungen kognitiver Beeinträchtigungen fokussiert haben. Das zeigen auch die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsmaßnahmen. In ca. 200 Fällen wurde bei Antragstellern, die so stark motorisch eingeschränkt sind, dass sie nicht mehr ohne personelle Unterstützung aus sitzender Position aufstehen können, die daraus resultierende notwendige personelle Unterstützung beim Ruhen und Schlafen nicht berücksichtigt. Hier ist eine Konkretisierung des Manuals notwendig, um Beeinträchtigungen der Antragsteller, die somatisch begründet sind, adäquat berücksichtigen zu können.

Bei der Frage, wie Antragsteller ohne kognitive Beeinträchtigungen in der neuen Stufenhierarchie aufgehoben werden, ist noch eine weitere Besonderheit der Bewertungssystematik des NBA für die Berechnung des gewichteten Modulwerts für Modul 6 zu berücksichtigen: Selbst wenn motorische Beeinträchtigungen in Modul 6 deutlich werden und diese dort abgebildet werden, gehen sie möglicherweise gar nicht in die Gesamtbewertung ein, da mindestens zwei Punkte erreicht werden müssen, um einen relevanten gewichteten Gesamtwert für Modul 6 zu erhalten. In der ursprünglichen Version des NBA lag diese Schwelle bei einem Punkt. Gleiches gilt im Übrigen auch für die Module 1 und 4, also genau für die Module, in denen sich die Beeinträchtigungen ausschließlich somatisch beeinträchtigter Antragsteller widerspiegeln (vgl. BMG 2013). Die hier vorliegenden Ergebnisse müssen nach Abschluss der Erprobungsstudien im Zusammenhang mit der abschließenden Festlegung der Bewertungssystematik des NBA in ihrer Gesamtheit einfließen.

Wie gestaltet sich die Umsetzbarkeit der vorgeschlagenen Operationalisierungen der besonderen Bedarfskonstellationen und welche Hinweise ergeben sich für zukünftige Schulungen und die Ausgestaltung des entsprechenden Begutachtungsmanuals?

Aus Sicht der Gutachter bedarf es noch weiterer Erläuterungen zur Frage, welche Fallkonstellationen sich zukünftig in Pflegegrad 5 wiederfinden sollten: Einerseits sei die Philosophie des NBA darauf ausgerichtet, dass Personen mit hochgradigen physischen in Kombination mit hochgradigen kognitiv/psychischen Einschränkungen in den höchsten Pflegegrad eingestuft werden. Voraussetzung dafür sei eine sorgfältige gutachterliche Einschätzung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten des Antragstellers bei allen im NBA fokussierten Aktivitäten. Andererseits reiche es aber in bestimmten Fällen aus, lediglich eine begrenzte Auswahl möglicher vorliegender Beeinträchtigungen zu beurteilen, wie die Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine etwa, um zum Ergebnis der Einstufung mit dem NBA zu gelangen. Die Gutachter geben zu bedenken, dass die besondere Berücksichtigung bestimmter Bedarfskonstellationen als Bruch in der Systematik des NBA wahrgenommen werden könnte, der erklärungsbedürftig ist. Die Gutachter wünschen sich eine klare Charakterisierung des höchsten Pflegegrads, insbesondere noch eine ergänzende Erläuterung zur Identifikation der besonderen Bedarfskonstellation der Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine.

Der Schulungsbedarf zur Einschätzung besonderer Bedarfskonstellationen richtet sich danach, wie diese zukünftig ausgestaltet werden. Bleibt es bei den derzeit vorgeschlagenen Konstellationen, bestehe nach Ansicht der Gutachter besonderer Schulungsbedarf hinsichtlich einer Einschätzung der besonderen Bedarfskonstellation der schweren Verhaltensauffälligkeiten und der entsprechenden Identifikationskriterien.

6.2.2 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums – besondere Bedarfskonstellationen

Umsetzung der besonderen Bedarfskonstellationen in die Begutachtungspraxis

Die Festlegung einer besonderen Bedarfskonstellation „Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung“ bei erwachsenen Antragstellern erscheint nach Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten inhaltlich nicht angemessen. Die Mitglieder des Arbeitsgremiums empfehlen daher, diese Regelung nicht in die Begutachtungspraxis zu implementieren. Die besondere Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“ sollte weiter konkretisiert und als besondere Bedarfskonstellation umgesetzt werden. Das Arbeitsgremium hat auf der Grundlage der Empfehlungen der Gutachter einen entsprechenden Formulierungsvorschlag für die Begutachtungsmanuale entwickelt.

Empfehlungen für zukünftige Schulungen

Deutlich wird, dass die studienteilnehmenden Gutachter die Frage nach der Angemessenheit des Begutachtungsergebnisses eines Antragstellers auf der Grundlage des heute gültigen Verfahrens vorgenommen haben. Das ist nachvollziehbar, ein GOLD-Standard von Pflegebedürftigkeit existiert nicht. Nicht nur die Anwender des neuen Begutachtungsverfahrens werden – vor allem in der Phase des Übergangs vom gültigen zum neuen System der Pflegebegutachtung – das NBA stets am bekannten Verfahren messen, zumal der Gutachter für jeden der begutachteten Antragsteller der Stichprobe beide Ergebnisse im Rahmen einer einzigen Inaugenscheinnahme ermittelt hat. Zukünftig muss in der Vermittlung der neuen Begutachtungsphilosophie und der Darstellung der Unterschiede zwischen dem heute gültigen und dem neuen Begutachtungsverfahren ein wesentlicher Schulungsschwerpunkt liegen. Hier können die aus der Praktikabilitätsstudie gewonnenen Erkenntnisse und die Ergebnisse aus den hier berichteten Einzelfallanalysen eine gute Grundlage darstellen.

Empfehlung zur Anpassung des Instruments und des Manuals

Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen, die quantitativen Analysen und die Analysen auf Einzelfallebene haben gezeigt, dass die Gutachter Schwierigkeiten in der Anwendung des Moduls 6 hatten und eine Konkretisierung der Ausfüllhinweise im Manual notwendig ist. Zukünftig muss klar werden, dass auch hier die Auswirkungen motorischer Einschränkungen zu berücksichtigen sind. Im Hinblick auf die diskutierte Problematik der ausschließlich somatisch beeinträchtigten Antragsteller schlagen die Instrumentenentwickler vor, zukünftig bei allen Merkmalen dieses Lebensbereichs die Auswirkungen motorischer und kognitiver Einschränkungen gleichermaßen zu berücksichtigen und auch die Auswirkungen sensorischer Beeinträchtigungen miteinzubeziehen. Ein entsprechender Vorschlag für die Begutachtungsmanuale wurde erarbeitet.

Ein weiterer Aspekt sollte bei der Diskussion um die ausschließlich somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen noch einmal thematisiert werden: Der Expertenbeirat hatte empfohlen, die Einstiegsschwelle bei den Modulen 6, 4 und 1 zu modifizieren. Pflegefachliche Aspekte lagen dieser Entscheidung nicht zugrunde. Diese Veränderung in der Gewichtung der Punktwerte in den genannten Modulen ist mit dafür verantwortlich, dass die rein somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen vergleichsweise größere Schwierigkeiten haben, einen höheren Pflegegrad zu erreichen. Die Konsequenzen dieser Entscheidung sollten in Bezug auf die Auswirkungen auf betroffene Pflegebedürftige sorgsam abgewogen werden. Dies sollte im Zusammenhang mit der anstehenden Entscheidung über die Bewertungssystematik des NBA berücksichtigt werden.

6.2.3 Ergebnisse - Fragestellung 2: Die Begutachtung von Kindern

Bei Kindern wird der tatsächliche Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe erfasst, unabhängig davon, ob dieser altersgemäß oder die Folge einer gesundheitlichen Störung ist. Bei den einzelnen Aktivitäten und Funktionen, die im Begutachtungsverfahren beurteilt werden, durchlaufen Kinder von Natur aus verschiedene Stufen der Abhängigkeit. Zunächst sind sie bei allen Aktivitäten „unselbständig“, bis sie schließlich ein Alter erreicht haben, in dem sie die Aktivität „selbständig“ ausführen können. Für die Ermittlung eines Pflegegrads im NBA ist nur die Abweichung vom Grad der Selbständigkeit relevant, der für die jeweilige Altersstufe typisch ist. Bei Einschränkungen der Selbständigkeit muss bei Kindern deshalb ein Vergleich mit der alterstypischen Selbständigkeit gezogen werden. Dieser Abgleich von alters- und krankheitsbedingter Unselbständigkeit erfolgt im Hintergrund über die hinterlegte Bewertungssystematik des NBA, der die Berechnungsregeln aus der Festlegung der Altersgrenzen im Anlagenband E des Abschlussberichts der Hauptphase 1 zugrunde liegen (vgl. Wingenfeld et al. 2008). Anders als heute bewertet der Gutachter den tatsächlich vorgefundenen Grad der Abhängigkeit des Kindes, ohne zusätzlich einschätzen zu müssen, ob sich dieser altersgemäß darstellt. Im Rahmen der Praktikabilitätsstudie war nun zu prüfen, wie die Gutachter in der realen Begutachtungssituation mit den Vorgaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern zurechtkommen, ob das vorliegende Manual für die Begutachtung von Kindern ausreichend handlungsleitend ist und welche besonderen Herausforderungen sich aus Sicht der Gutachter und der Angehörigen für die Implementierung des NBA in der Begutachtung dieser speziellen Antragstellergruppe ergeben. Dabei ging es insbesondere auch darum, die von den Experten des Beirats vorgeschlagene besondere Bewertung des Pflegeaufwands von Kindern unter 18 Monaten einer praktischen Überprüfung zu unterziehen. Nachfolgend sind die Ergebnisse aus den einzelnen Studienteilen bezogen auf die Fragestellungen der Studie dargestellt.

Ist die Empfehlung des Expertenbeirats zur Begutachtung von Kindern, die zwischen 0 und 18 Monate alt sind, aus Sicht der Gutachter und der Angehörigenvertreter inhaltlich angemessen?

Säuglinge sind in allen Modulen des NBA „unselbständig“. Der für den Pflegegrad 2 notwendige Summenscore von 30 Punkten kann erst ab einem Alter von drei Monaten und nur bei schwerstkranken, in der Regel hirngeschädigten Kindern erreicht werden, die sowohl hochgradige Verhaltensauffälligkeiten (Modul 3) aufweisen als auch einen umfangreichen Hilfebedarf bei den krankheitsbedingten Anforderungen (Modul 5) haben. Die Voraussetzungen für den Pflegegrad 4 können frühestens mit 18 Monaten erfüllt werden. Ein Großteil der Säuglinge und Kleinkinder unter 18 Monaten, die einen relevanten Pflegeaufwand haben, erreichten daher nach dem NBA keinen oder nur einen niedrigen Pflegegrad. Die Experten des Beirats schlagen daher vor, bei Kindern bis zum 18. Lebensmonat auf eine Differenzierung nach Pflegegraden zu verzichten und einen einheitlichen Pflegegrad abzubilden. Der Zugang zu diesem Pflegegrad setzt einen mit dem NBA ermittelten Bedarf in den altersunabhängigen Modulen 3 und 5 voraus. Modul 4 wird für Kinder um die neu formulierte Fragestellung erweitert: „Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen?“ Ausschließlich dieses Kriterium führt zu einer Modulbewertung von 20. Insgesamt müssen mindestens 30 Punkte erreicht werden. Diese Punktzahl lässt sich nur erreichen, wenn ein personeller Unterstützungsbedarf in mindestens zwei Modulen festgestellt werden kann. Dabei ergeben sich bei den infrage kommenden Fallkonstellationen Einstufungen in den Pflegegraden 2 oder 3. Ab 18 Monaten werden die Kinder regulär nach dem NBA begutachtet. Alle vorher eingestuft Kinder werden mit 18 Monaten erneut begutachtet und nach dem NBA differenziert eingestuft. Werden vor Vollendung des 18. Lebensmonats gravierende Änderungen erwartet, z.B. nach Durchführung korrigierender Operationen einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, so ist eine erneute Begutachtung in angemessenem Abstand zu empfehlen.

Insgesamt 19 Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten wurden auf der Grundlage dieser Empfehlungen begutachtet und die Gutachten konnten in die Stichprobe einfließen (vgl. Abschnitt 6.1.2). Elf Hausbesuche wurden gemeinsam von zwei Gutachtern vorgenommen.

Der Vorschlag des Expertenbeirats zur Bewertung des Pflegeaufwands bei diesen Kindern wurde in der Fokusgruppe von den Gutachtern intensiv diskutiert: Grundsätzlich halten die Gutachter den Vorschlag für angemessen, da Kinder dieser besonderen Altersgruppe in den meisten Aktivitäten des täglichen Lebens zwar unselbständig sind, eine differenzierte Beurteilung des Pflegebedarfs, der über das übliche Maß der Pflege und Versorgung eines Säuglings hinausgeht, ohne eine besondere Gewichtung der Ernährungssituation allerdings schwer möglich ist. Die Gutachter äußerten jedoch auch die Sorge, dass sich bei Umsetzung des besonderen Bewertungsvorschlags individuelle Unterschiede im Pfl-

geaufwand von Kindern unter 18 Monaten möglicherweise nicht angemessen abbildeten. Notwendig sei in jedem Falle eine differenzierte Einzelfallprüfung, um den unterschiedlichen Fallkonstellationen in der Gruppe der Säuglinge und Kleinkinder bei der Bewertung des personellen Unterstützungsbedarfs gerecht werden zu können; aus Sicht der Gutachter spielten hierbei auch die Fähigkeiten des Kindes im Bereich der Mobilität eine Rolle, da beispielsweise durch das häufige Lagern von Kindern mit einer ausgeprägten Muskelhypotonie zusätzlicher Pflegeaufwand notwendig werde. Die Gutachter befürchteten außerdem, dass sich bei einer erneuten Begutachtung, nachdem das Kind die Altersgrenze von 18 Monaten überschritten hat und die besondere Bewertungsregel dann nicht mehr greift, der Pflegeaufwand nicht mehr angemessen abbildete.

Die Gutachten der 19 Kinder zwischen 0 und 18 Monaten wurden anhand der aggregierten Daten aus den Begutachtungen näher untersucht. Zu prüfen war, ob sich erstens der Pflegeaufwand dieser Kinder im NBA auf der Grundlage des Bewertungsvorschlags angemessen abbildet, und zweitens, ob interindividuelle Unterschiede im personellen Unterstützungsbedarf erfasst werden können. Nachfolgend sind die Beschreibungen der Einzelfälle dargestellt.

Fall 1: Das Kind leidet an einer zystischen Fibrose mit Pankreasinsuffizienz. Der Grundpflegebedarf im Sinne des heutigen Begutachtungsverfahrens liegt bei 51 Minuten. Das Kind erreichte damit knapp die Pflegestufe I. Laut gutachterlicher Einschätzung liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 des NBA vor; es bestehen keine gravierenden Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen und pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

Personelle Unterstützung ist beim Umgang mit folgenden krankheitsbedingten Anforderungen notwendig:

Medikamentengabe (7 × täglich), Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (4 × täglich), Arztbesuche (1 × wöchentlich) und Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen, die bis zu drei Stunden erfordern (1 × wöchentlich). Zudem muss das Kind eine Diät bei Mukoviszidose einhalten. Es liegen keine weiteren Versorgungskonstellationen vor. Das Kind erhielt im NBA 20 Punkte und somit keinen Pflegegrad. Gemäß der Definition des Expertenbeirats soll dieser erst ab 30 Punkten vergeben werden.

Fall 2: Bei dieser Fallkonstellation handelt es sich um ein frühgeborenes Kind (Diagnose: P07.3), das zum Zeitpunkt der Begutachtung 15 Monate alt ist. Der Grundpflegebedarf wurde im Bereich der Mobilität festgestellt und liegt demnach bei insgesamt

neun Minuten (keine Pflegestufe). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 des NBA vor; es bestehen keine gravierenden Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen und pflegeintensiven Hilfebedarf nach sich ziehen.

Der Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen umfasst Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (1 × täglich), Arztbesuche (1 × monatlich) und Besuche anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen, die einmal wöchentlich bis zu 3 Stunden erfordern. Es liegen keine weiteren Versorgungskonstellationen vor. Das Kind erhalte im NBA 10 Punkte und somit keinen Pflegegrad.

Fall 3: Es handelt sich um ein sieben Monate altes Mädchen mit Kloakenpersistenz mit aufwendiger Blasen-/Darmentleerung sowie mit Vorliegen eines Urostomas. Der Grundpflegebedarf liegt bei 76 Minuten (Pflegestufe I). Eine Einschränkung der Alltagskompetenz besteht nicht.

Es ist kein personeller Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen erforderlich. Zudem bestehen auch keine gravierenden Probleme bei der Nahrungsaufnahme.

Der personelle Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen bezieht sich auf die Versorgung des Stomas (8 × täglich) und den Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (2 × wöchentlich). Zudem sind zum Zeitpunkt der Begutachtung Arztbesuche notwendig (3 × monatlich), die aber voraussichtlich nicht länger als sechs Monate erforderlich sein werden.

Vom Gutachter wurde die aufwendige Versorgung der Ausscheidung des Kindes bei komplexer Fehlbildung als eine besondere Versorgungskonstellation identifiziert, die mit einem qualitativen oder quantitativen gesteigerten personellen Unterstützungsbedarf einhergeht. Das Kind erhalte im NBA 15 Punkte und somit keinen Pflegegrad.

Fall 4: Bei dem begutachteten 15 Monate alten Kind wurde eine akute myeloische Leukämie festgestellt. Der Gesamthilfebedarf liegt bei 53 Minuten und besteht vor allem im Bereich der Ernährung (40 Minuten). Das Kind erreichte knapp die Pflegestufe I. Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor.

Laut gutachterlicher Einschätzung liegen keine Einschränkungen im Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ vor. Es bestehen keine gravierenden Probleme bei der Nahrungsaufnahme.

Ergebnisse

Beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen sind Hilfen bei Medikamentengabe (2 × wöchentlich), der Messung und Deutung von Körperzuständen wie RR, BZ oder Temperatur (1 × täglich), Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (1 × täglich), Arztbesuche (1 × wöchentlich) und Besuche anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (1 × wöchentlich) notwendig. Besondere Versorgungskonstellationen liegen nicht vor. Das Kind erhalte im NBA 15 Punkte und somit keinen Pflegegrad.

Fall 5: Das Kind ist zum Zeitpunkt der Begutachtung zwölf Monate alt. Der Grundpflegebedarf liegt bei elf Minuten (keine Pflegestufe). Die Alltagskompetenz ist nicht eingeschränkt. Das Kind leidet an einem Willebrand-Jürgens-Syndrom, einer vererbten Blutungskrankheit.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 vor. Es bestehen keine gravierenden Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen und pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen.

Der personelle Unterstützungsbedarf im Modul 5 umfasst die Medikamentengabe (2 × täglich). Zudem sind Verbandwechsel oder Wundversorgung (1 × täglich) erforderlich. Die erhöhte Blutungsneigung wird vom Gutachter als eine besondere Versorgungskonstellation eingestuft. Das Kind erhalte im NBA 10 Punkte und somit keinen Pflegegrad.

Fall 6: Das Kind ist sechs Monate alt, kam in der 25. SSW zur Welt, hat eine Anuspraeter-Anlage sowie eine Nasensonde. Die Nahrungsaufnahme ist erschwert. Der Grundpflegebedarf liegt bei insgesamt 99 Minuten, wobei der Hilfebedarf zuvörderst im Bereich der Ernährung (68 Minuten) besteht. Demnach erhalte das Kind die Pflegestufe I. Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor.

Laut Angaben des Gutachters besteht ein täglicher personeller Unterstützungsbedarf im Modul 3 (3.8 „Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen“). Es bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, bedingt durch eine Einschränkung der Mundmotorik (Flasche: 20 ml = 30 Minuten). Das Kind erhält zur täglichen oralen Nahrung auch mindestens 4 × täglich eine zusätzliche Bolusgabe durch eine Sonde. Es kommt häufig zu rezidivierendem Erbrechen (40 ml in 20 Minuten). Hierbei handelt es sich um Hilfe bei Medikamentengabe (2 × täglich), Versorgung bei Stoma (1 × täglich), Arztbesuche (1 × monatlich), Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (1 × wöchentlich) und Besuch einer Einrichtung zur Frühförderung (1 × täglich).

Besondere Versorgungskonstellationen: Das Kind verschluckt sich einmal täglich bei der Nahrungsaufnahme. Es besteht Aspirationsgefahr.

Das Kind erhalte im NBA 46,25 Punkte und somit den vorgeschlagenen Pflegegrad 3.

Ergebnisse

Fall 7: Bei dieser Fallkonstellation handelt es sich um ein sechs Monate altes Kind. Der Grundpflegebedarf liegt bei insgesamt 188 Minuten, wobei der Großteil des Hilfebedarfs im Bereich der Ernährung liegt (120 Minuten) (Pflegestufe II). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der ersten pflegebegründenden Diagnose leidet das Kind aufgrund der Frühgeburt unter gravierenden Problemen bei der Ernährung. Die Nahrung wird überwiegend über die nasogastrale Sonde verabreicht. Zudem hat das Kind eine Störung der Atmung infolge einer mittelschweren bronchopulmonalen Dysplasie, ist dauerhaft sauerstoffpflichtig und nur eingeschränkt körperlich belastbar.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ vor. Allerdings bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen und pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen. Hierbei bestehen komplexe Koordinationsstörungen der Mundmotorik. Das Kind erhält zu der täglichen oralen Nahrung auch mindestens 4 × täglich Sondennahrung (Bolusgabe). Somit wird der größte Anteil der Nahrung (80%) per Bolusgabe verabreicht. Zudem wird von einer Logopädin bis zu 6 × täglich Schlucktraining durchgeführt.

Der Unterstützungsbedarf im Modul 5 umfasst Medikamentengabe (5 × täglich), Sauerstoffgabe (1 × täglich), Messung und Deutung von Körperzuständen (1 × täglich), Arztbesuche (1 × monatlich) und Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (2 × wöchentlich). Es liegen keine weiteren Versorgungskonstellationen vor. Das Kind erhalte im NBA 40 Punkte und somit den vorgeschlagenen Pflegegrad.

Fall 8: Das Kind ist 17 Monate alt. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 87 Minuten, wobei der größte Hilfebedarf im Bereich der Mobilität besteht. Das Kind erhalte laut gutachterlicher Empfehlung die Pflegestufe I. Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose hat das Kind ein Down-Syndrom mit globaler Entwicklungsverzögerung, muskulärer Hypotonie und Ernährungsproblemen bei orofazialer Dysfunktion. Zudem leidet es an einem Ventrikelseptumdefekt (VSD) mit Links-rechts-Shunt.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ vor. Auch hinsichtlich der Frage 4.0 bestehen keine gravierenden Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen und pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen.

Ergebnisse

Der Unterstützungsbedarf im Modul 5 umfasst die Medikamentengabe (1 × täglich), Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (5 × täglich), Arztbesuche (seltener als 1 × monatlich) und Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (2 × wöchentlich). Zudem ist 1 × wöchentlich ein zeitlich ausgedehnter Besuch in einer medizinischen oder therapeutischen Einrichtung erforderlich, der länger als drei Stunden in Anspruch nimmt, und ein Besuch einer Einrichtung zur Frühförderung (1 × monatlich). Es liegen keine weiteren Versorgungskonstellationen vor.

Das Kind erhielt im NBA 20 Punkte in Modul 5 und somit nicht den vorgeschlagenen Pflegegrad. Dieses Kind wäre in einem Monat 18 Monate alt, würde erneut begutachtet werden und erhielte dann mit 30 Punkten den Pflegegrad 2.

Fall 9: Das Kind ist 18 Monate alt. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 148 Minuten (Pflegestufe II). Der größte Hilfebedarf besteht im Bereich der Ernährung (93 Minuten). Zudem liegt eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose hat das Kind eine spastische tetraplegische Zerebralparese. Zudem hat das Kind eine nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung.

Die Beeinträchtigungen im Modul 5 beziehen sich auf tägliche nächtliche Unruhe. Zudem hat das Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die auf gestörte Mundmotorik und auf inspiratorischen Stridor zurückzuführen ist. Die Nahrung muss demnach fein püriert werden.

Unterstützung beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen: Hierbei handelt es sich um Hilfe bei der Medikamentengabe (1 × täglich), Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (3 × täglich), Arztbesuche (1 × monatlich) und den Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (2 × wöchentlich). Das Kind verschluckt sich mehrmals täglich bei der Nahrungsaufnahme. Es besteht Aspirationsgefahr.

Das Kind erhielt 51,25 Punkte und damit den vorgeschlagenen Pflegegrad.

Fall 10: Bei dieser Fallkonstellation handelt es sich um ein 15 Monate altes Kind. Das Kind hat eine bösartige Neubildung des Gehirns (C71) und eine nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 135 Minuten, wobei der Hilfebedarf in allen drei Bereichen (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) besteht. Der Hilfebedarf in der Ernährung liegt bei 93 Minuten. Das Kind erhielt die Pflegestufe II. Zudem liegt eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vor.

Das Kind hat gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die auf die aggressive Chemotherapie und die Stomatitis zurückzuführen ist. Hierbei handelt es sich

vor allem um ständiges Würgen und Erbrechen sowie das Ausspucken der Nahrung aufgrund von Mundschleimhautschäden. Zudem leidet das Kind täglich an Ängsten.

Der Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen besteht bei der Medikamentengabe (3 × täglich) und bei den Arztbesuchen (2 × monatlich). Das Kind hat zudem eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik und komplexe palliative Symptomatik bei stark begrenzter Lebenserwartung.

Dieses Kind erhielt 36,25 Punkte und damit den vorgeschlagenen Pflegegrad. Mit 18 Monaten erhielt das Kind den Pflegegrad 3.

Fall 11: Bei dieser Fallkonstellation handelt es sich um ein 13 Monate altes Kind. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 53 Minuten (Pflegestufe I). Das Kind erhält nur knapp die Pflegestufe I. Nahezu der gesamte Hilfebedarf liegt im Bereich der Ernährung (50 Minuten). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose leidet das Kind an einer globalen Entwicklungsverzögerung und an einer Mikrozephalie.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen vor. Allerdings bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die auf erhebliche Schluckkoordinationsstörungen zurückzuführen sind. Das Kind kann weder saugen noch kauen und drückt zudem mit der Zunge gegen den Sauger und gegen den Löffel.

Der personelle Unterstützungsbedarf beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen besteht in der Hilfe bei der Medikamentengabe (1 × täglich); außerdem sind Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (5 × wöchentlich) und Arztbesuche (2 × monatlich) notwendig.

Es liegen keine weiteren Versorgungskonstellationen vor. Dieses Kind erhielt 30 Punkte und damit den vorgeschlagenen Pflegegrad.

Fall 12: Das Kind ist 16 Monate alt. Es besteht kein Hilfebedarf in der Grundpflege (keine Pflegestufe). Es liegt auch keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Diagnose: Zustand nach Gemini-Frühgeburt in der 26. SSW und Zustand nach intraventrikulärer Blutung beidseitig.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen vor. Es bestehen keine gravierenden Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen und pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen.

Ergebnisse

Beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen sind Hilfen bei der Medikamentengabe (3 × täglich), bei der Sauerstoffgabe oder dem Absaugen (3 × täglich) und der Messung und Deutung von Körperzuständen (1 × wöchentlich) notwendig; zudem finden Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (2 × wöchentlich), Arztbesuche (3 × monatlich) und der Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (weniger als 1 x monatlich) statt. Einmal monatlich ist ein zeitlich ausgedehnter Besuch in einer medizinischen oder therapeutischen Einrichtung erforderlich.

Es liegen keine weiteren Versorgungskonstellationen vor. Dieses Kind erhalte keinen Pflegegrad.

Fall 13: Das Kind ist 16 Monate alt. Nach dem derzeit gültigen Verfahren liegt der Grundpflegebedarf bei 56 Minuten (Pflegestufe I). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Diagnose: Zustand nach Gemini-Frühgeburt in der 26. SSW. Zudem leidet das Kind an einer Schluckstörung.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 vor. Aber es bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme aufgrund von Schluckstörungen. Das Schlucken ist verlangsamt, es kommt zu rezidivierendem Erbrechen.

Der Unterstützungsbedarf in Modul 5 bezieht sich auf Medikamentengabe (3 × täglich), Deutung von Körperzuständen (1 × wöchentlich), Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (2 × wöchentlich), Arztbesuche (3 × monatlich) und den Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (weniger als 1 x monatlich). Zudem ist weniger als einmal monatlich ein zeitlich ausgedehnter Besuch in einer medizinischen oder therapeutischen Einrichtung erforderlich. Es liegen keine weiteren Versorgungskonstellationen vor. Dieses Kind erhalte 30 Punkte und somit den vorgeschlagenen Pflegegrad.

Fall 14: Das Kind ist 10 Monate alt. Der Hilfebedarf in der Grundpflege beträgt 102 Minuten (Pflegestufe I). Auch hier liegt der größte Hilfebedarf im Bereich der Ernährung (60 Minuten) und im Bereich der Mobilität (32 Minuten). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose hat das Kind einen Entwicklungsrückstand bei angeborenem Hydrozephalus mit VP-Shunt. Auch hier handelt es sich um ein frühgeborenes Kind in der 33. SSW. Zudem hat das Kind eine Optikusatrophie.

Das Kind hat eine Beeinträchtigung im Modul 3.2 und leidet an nächtlicher Unruhe, ein- bis zweimal innerhalb von zwei Wochen. Es bestehen auch gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, da das Kind mehrmals täglich Nahrung erbricht, auch wenn die Nahrungsaufnahme mehrere Stunden zurückliegt.

Der Unterstützungsbedarf bezieht sich auf Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (2 × täglich) und Arztbesuche (3 × monatlich). Das Kind verschluckt sich mehrmals täglich bei der Nahrungsaufnahme. Es besteht Aspirationsgefahr. Das Kind erhalte 33,75 Punkte und damit den vorgeschlagenen Pflegegrad.

Fall 15: Das Kind ist 11 Monate alt. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 70 Minuten (Pflegestufe I). Der Hilfebedarf besteht im Bereich der Mobilität (37 Minuten) und im Bereich der Ernährung (30 Minuten). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose hat das Kind eine psychomotorische Entwicklungsverzögerung bei Trisomie 21.

Es liegen keine Beeinträchtigungen im Modul 3 vor. Allerdings bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die durch eine sehr schwache Mundmotorik verursacht werden. Das Mädchen kann weder von einem Löffel essen noch aus einer Flasche trinken (Fingerfeeding). Das Mädchen wird alle drei Stunden gestillt.

Der Unterstützungsbedarf im Bereich der krankheitsbedingten Anforderungen umfasst die Medikamentengabe (1 × täglich), den Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (3 × täglich), Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (2 × täglich), Arztbesuche (3 × monatlich) und den Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (2 × wöchentlich). Es liegen keine besonderen Versorgungskonstellationen vor. Das Kind erhalte 40 Punkte und damit den vorgeschlagenen Pflegegrad.

Fall 16: Das Kind ist 17 Monate alt. Nach den derzeit gültigen Verfahren liegt der Hilfebedarf in der Grundpflege bei insgesamt 55 Minuten (Pflegestufe I). Der höchste Hilfebedarf besteht im Bereich der Ernährung (50 Minuten). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose leidet das Kind an einer generalisierten Epilepsie. Zudem hat es eine Mikrozephalie sowie konnatale CMV (Infektion).

Das Kind hat täglich Beeinträchtigungen im Bereich 3.1 („motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten“) und täglich im Bereich 3.2 („nächtliche Unruhe“). Zudem bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen und pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen. Diese äußern sich in Form von häufigem Verschlucken, täglichem Erbrechen und verlängerter Nahrungsaufnahme. Gemäß den Angaben der Eltern sind auch Pausen bei der Nahrungsaufnahme (je 30–45 Minuten) notwendig.

Personelle Unterstützung ist bei der Medikamentengabe (2 × täglich), bei der Messung und Deutung von Körperzuständen (4 × täglich), bei Therapiemaßnahmen in

Ergebnisse

häuslicher Umgebung (4 × täglich), bei Arztbesuchen (1 × monatlich) und bei Besuchen anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (1 × monatlich) notwendig. Zudem muss das Kind eine Diät einhalten.

Das Seh- und Hörvermögen sind derzeit noch nicht exakt prüfbar. Allerdings greife das Kind nicht nach Gegenständen und fixiere diese auch nicht. Das Kind leidet an generalisierten Krampfanfällen, die mehrmals wöchentlich auftreten. Es bestehe Aspirationsgefahr. Das Kind erhielt 55 Punkte und damit den Pflegegrad 2-3. Mit 18 Monaten würde das Kind in den Pflegegrad 4 eingestuft werden.

Fall 17: Das Kind ist vier Monate alt. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 100 Minuten (Pflegestufe I). Der Hilfebedarf liegt vor allem im Bereich der Ernährung mit insgesamt 73 Minuten. Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose leidet das Kind an einer bronchopulmonalen Dysplasie und an einem Ventrikelseptumdefekt.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ vor. Allerdings bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme. Das Kind hat Mundmotorikstörungen und zeigt schwaches Saugen. Es liegen ein Herzfehler und eine Zyanose bei Anstrengung vor.

Der Unterstützungsbedarf in Modul 5 bezieht sich auf die Medikamentengabe (2 × täglich), Sauerstoffgabe (3 × täglich), die Messung und Deutung von Körperzuständen (3 × täglich), Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (2 × täglich), Arztbesuche (1 × monatlich) und Besuche anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (1 × wöchentlich). Das Kind hat zudem eine respiratorische Insuffizienz.

Das Kind erhielt 35 Punkte und damit den Pflegegrad 2-3.

Fall 18: Das Kind ist neun Monate alt. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 13 Minuten (keine Pflegestufe). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose hat das Kind eine einseitige Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte links mit Zustand nach Verschluss des harten Gaumens. Zustand nach OP.

Es liegen keine Einschränkungen im Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ vor. Das Kind verschluckt sich mehrmals wöchentlich bei der Nahrungsaufnahme. Es bestehen aber keine gravierenden Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen und pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen.

Beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen ist personelle Unterstützung bei der Medikamentengabe (5 × täglich) notwendig. Das Kind erhält fünf Punkte. Das Kind erzielte keinen Pflegegrad.

Fall 19: Das Kind ist fünf Monate alt. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 79 Minuten (Pflegestufe I). Auch hier liegt der größte Unterstützungsbedarf im Bereich der Ernährung (60 Minuten). Es liegt keine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Laut der Diagnose leidet das Kind an einer bronchopulmonalen Dysplasie. Zudem handelt es sich um einen Zustand nach Frühgeborenenanämie, nekrotisierender Enterokolitis und Frühgeborenen-Retinopathie.

Das Kind zeigt täglich motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten und es liegen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme vor. Da das Kind sich regelmäßig beim Trinken verschluckt, atmet es teilweise nicht und ist zu schwach zum Saugen. Daher muss die Muttermilch abgepumpt werden und die Milch dem Kind mit dem Fläschchen verabreicht werden. Eine Mahlzeit dauert ca. 30 Minuten.

Personelle Unterstützung ist bei der Medikamentengabe (5 × täglich), der Messung und Deutung von Körperzuständen (1 × täglich), bei Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (2 × täglich) und bei Arztbesuchen (1 × monatlich) notwendig. Das Kind verschluckt sich einmal täglich bei der Nahrungsaufnahme. Es besteht Aspirationsgefahr. Das Kind erzielte 46 Punkte und damit den Pflegegrad 2-3.

Die Beschreibungen der Einzelfälle verdeutlichen, dass der Pflegeaufwand von Kindern zwischen 0 und 18 Monaten vor allem im Bereich der Ernährung liegt und im Ergebnis der Einstufung mit dem NBA entsprechend abgebildet wird: Bei elf Kindern dieser Altersgruppe wurden gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme festgestellt, die Kinder erhielten mindestens 30 Punkte im Gesamtscore des NBA und damit den vom Expertenbeirat empfohlenen besonderen Pflegegrad. Nach dem heute gültigen Begutachtungsverfahren würde diesen Kindern zum überwiegenden Teil die Pflegestufe I zugewiesen werden; bei dreien der Kinder hat der Gutachter nur knapp den hierfür erforderlichen Zeitaufwand feststellen können. Deutlich wird, dass die personelle Unterstützung bei Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen einen hohen Stellenwert in der pflegerischen Versorgung der Kinder dieser Altersgruppe einnimmt. Alle Kinder unter 18 Monaten bedürfen laut gutachterlicher Einschätzung in diesem Bereich einer zusätzlichen personellen Unterstützung. Aufwendige Therapiemaßnahmen, die Eltern schwerstkranker Säuglinge und Kleinkinder in häuslicher Umgebung mehrmals täglich durchführen, sowie häufige Arztbesuche können damit besser als bislang berücksichtigt werden und finden in die Berechnung des Pflegegrads Eingang. Ob der notwendige personelle Unterstützungsbedarf, der sich daraus ergibt, leistungsrelevant ist, hängt von dessen Ausmaß ab: Vier der hier betrachteten Kinder würden sowohl

heute als auch bei Anwendung des NBA als nicht pflegebedürftig eingestuft werden, da im Bereich der Ernährung kein personeller Unterstützungsbedarf besteht und beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen nur geringe pflegerische Hilfen notwendig sind. Allerdings würden vier Kinder, für die der Gutachter heute eine Pflegestufe I empfiehlt, bei denen aber ein relevanter Aufwand im Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen besteht, keinen Pflegegrad erhalten, obwohl der Gesamtscore mindestens 15 Punkte beträgt und damit die Schwelle zum Pflegegrad 1 erreicht wäre. Der Vorschlag des Expertenbeirats sieht hier für die Gruppe der Kinder unter 18 Monaten keine entsprechende Regelung vor.

Exemplarisch konnte an einem Fall gezeigt werden, dass auch nach Überschreiten der Altersgrenze von 18 Monaten bei einer erneuten Begutachtung der pflegerische Aufwand weiterhin Berücksichtigung findet.

Die Ergebnisse der Fallanalysen machen allerdings deutlich, dass ähnlich gelagerte Fallbeschreibungen zu unterschiedlichen gutachterlichen Bewertungen der neu eingeführten Items 4.0 geführt haben. Es scheint noch nicht ausreichend konkret beschrieben zu sein, wann Probleme in der Nahrungsaufnahme der Kinder als gravierend einzustufen sind.

Ist das Begutachtungsmニュアル ausreichend handlungsleitend, eindeutig und verständlich? In welchen Bereichen ist eine weitere Konkretisierung des Manuals erforderlich?

Nach Ansicht der Gutachter sind noch weitere Konkretisierungen der aufgeführten Beispiele im Manual notwendig, um die Selbständigkeit bei Kindern verschiedener Altersgruppen und mit unterschiedlichen zugrunde liegenden Erkrankungen sicher vornehmen zu können. Bisher sind die Ausfüllhilfen auf somatisch erkrankte oder geistig behinderte Kinder ausgelegt, nicht jedoch auf verhaltensauffällige oder entwicklungsverzögerte Kinder; auf die Gruppe von Kindern also, deren Einschätzung des personellen Unterstützungsbedarfs auch heute bereits eine Herausforderung in der Begutachtung darstellt. Notwendig sei hier eine weitere Nachbesserung der Ausfüllhinweise. Grundsätzlich bliebe auch mit dem NBA die Schwierigkeit in der Begutachtung von Kindern z.B. mit nur leichten Symptomen eines Autismus bestehen. Gerade bei diesen Kindern lassen sich in der Begutachtungspraxis Verhaltensauffälligkeiten, die ausschließlich durch die zugrunde liegende Erkrankung bedingt sind, oftmals nicht sicher identifizieren und einordnen.

Schwierigkeiten hatten die Gutachter bei der Anwendung der Module 6 und 7: So sind die Auswirkungen kognitiver Funktionseinschränkungen auf die in Modul 6 abgefragten Aktivitäten bei kleinen Kindern nicht sicher beurteilbar. Hier können jedoch konkrete Beispiele im Manual Abhilfe schaffen. Die Gutachter empfehlen weiter eine differenzierte Operationalisierung der in Modul 4 abgefragten Aktivitäten. Gerade in der Gruppe

der sehr kleinen Kinder, deren Pflegeaufwand insbesondere im Bereich der Ernährung besteht, sollte der Pflegeaufwand, der durch häufige Ausscheidungen und zusätzlichen Kleidungswechsel entsteht, mit berücksichtigt werden können. In diesem Zusammenhang weisen die Gutachter darauf hin, dass auch klargemacht werden muss, dass die Gabe von Sondennahrung, die gerade bei kleinen Kindern mit häufigem Erbrechen und Durchfällen einhergeht, als gravierendes Problem bei der Nahrungsaufnahme einzuordnen ist. Die noch vorzunehmenden Konkretisierungen des Items 4.0 sollten mit der Komplexität des Pflegeaufwands begründet werden. Notwendige Maßnahmen, die einen hohen Pflegeaufwand bei der Ernährung begründen können, sind z.B. die Stimulation der Mundmotorik vor der Nahrungsaufnahme, wiederholtes Einlegen von Pausen bei der Nahrungsaufnahme, Unterbrechung der Nahrungsaufnahme wegen einer Refluxsymptomatik.

Auch der Rehabilitationsbedarf ließe sich mit den vorhandenen Antwortoptionen und Handlungsleitlinien im Manual nicht immer sicher beurteilen. Die praktischen Erfahrungen der Gutachter weisen darauf hin, dass nicht immer sicher abzugrenzen sei, ob Verbesserungen bestimmter Fähigkeiten des Kindes auf die Behandlung oder Besserung der Symptome der zugrunde liegenden Erkrankung zurückzuführen sind oder ob hier der kindliche Entwicklungsprozess eine Rolle spielt. An dieser Stelle werde die gutachterliche Expertise bei der Einschätzung der altersgemäßen kindlichen Entwicklung anders als bei der Beurteilung der Merkmale des NBA wiederum notwendig. Gleiches gilt auch für die Bewertung der Aktivitäten in Modul 7. Hier können Altersgrenzen nicht wissenschaftlich festgelegt werden. Für die gutachterliche Einschätzung der Selbständigkeit des Kindes in diesem Lebensbereich sind individuelle strukturelle Rahmenbedingungen und die individuelle Entwicklung eines Kindes relevant.

Ist die Operationalisierung der besonderen Bedarfskonstellationen bei Kindern inhaltlich angemessen?

Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine

Auch für die Begutachtung von Kindern ab drei Jahren gilt der Vorschlag des Expertenbeirats zur besonderen Berücksichtigung der beiden besonderen Bedarfskonstellationen. Von den insgesamt 297 Kindern, die mit dem NBA begutachtet wurden, konnte bei zwei Kindern eine „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“ festgestellt werden. Hierbei handelt es sich um einen siebenjährigen Jungen und ein neunjähriges Mädchen. Das eine Kind leidet an einer schweren Entwicklungsretardierung bei massivem Hydrocephalus internus mit ventrikulo-peritonealem Shunt. Zudem hat das Kind schwerste funktionelle Beeinträchtigungen bei linksbetonter schlaffer Tetraparese, ist auf beiden Augen blind und hat darüber hinaus noch Epilepsie. Laut der ersten pflegebegründeten Diagnose hat das zweite Kind gravierende körperliche und geistige Entwicklungsverzögerungen bei Hirnzysten. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei 244 und bei 258 Minu-

ten im Tagesdurchschnitt. Laut gutachterlicher Empfehlung erhielten beide Kinder die Pflegestufe II. Es liegt auch bei beiden Kindern eine Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Die Kinder haben in allen Lebensbereichen erhebliche Beeinträchtigungen, da laut der Einschätzung der Gutachter keine gezielten und bewussten Bewegungen mehr möglich sind. Demnach können sie weder greifen noch sich festhalten, sitzen, stehen oder gehen. Beide Kinder sind insbesondere im Bereich der Mobilität, der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und der Selbstversorgung vollständig auf personelle Hilfe angewiesen. Ein Kind hat zudem Verhaltensauffälligkeiten (nächtliche Unruhe und Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen), die selten, d.h. ein- bis zweimal innerhalb von zwei Wochen, auftreten. Auch hinsichtlich der Ernährung besteht hier keinerlei Selbstständigkeit. Die Kinder erhalten zu der oralen Nahrung auch täglich Sondernahrung. Die Gutachter kommen in ihrer Einschätzung bei beiden Kindern auf einen Gesamtscorewert von 90 Punkten, die Kinder erhielten somit auch ohne die Berücksichtigung der besonderen Bedarfskonstellation knapp den Pflegegrad 5.

Ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung

Bei insgesamt neun Kindern konnte diese Bedarfskonstellation festgestellt werden. Diese Fälle werden in einem nächsten Schritt auf Grundlage des Gesamtdatensatzes näher beschrieben:

Vier Mädchen und fünf Jungen leiden unter schweren Verhaltensauffälligkeiten, die Kinder sind durchschnittlich 6,6 Jahre alt, wobei das jüngste Kind drei Jahre alt ist und das älteste Kind elf Jahre. Der Hilfebedarf in der Grundpflege liegt bei einem Wert zwischen 98 und 286 Minuten. Der durchschnittliche Hilfebedarf beträgt 209 Minuten. Bei allen Kindern wurde eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt. Bei sieben der neun Kinder liegen tief greifende Entwicklungsstörungen vor, wie frühkindliche Entwicklungsstörung oder atypischer Autismus. Zudem weisen die Kinder Beeinträchtigungen der geistigen und emotionalen Fähigkeiten auf, sind motorisch unruhig und zeigen aggressives Verhalten.

Acht der neun begutachteten Kinder benötigen keine oder nur eine geringfügige Unterstützung im Bereich der Mobilität. Die schwersten Beeinträchtigungen liegen bei diesen Kindern in Modul 2 und in Modul 3: Besonders schwer sind bei den Kindern die Funktionen „mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen bzw. steuern“, „Entscheidungen treffen“ und „Risiken und Gefahren erkennen“ beeinträchtigt. Der Punktsammenwert für Modul 3 liegt bei durchschnittlich 38,4. Bereits bei sechs Punkten gibt es die Modulhöchstbewertung. Bei fünf Kindern treten Verhaltensauffälligkeiten bei nahezu der Hälfte der abgefragten Items täglich auf: Besonders häufig sind „nächtliche Unruhe“, „aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen“ und „sozial inadäquate Verhaltensweisen“. Drei Kinder zeigen täglich mindestens vier verschiedene und ein Kind täglich mindestens drei verschiedene Verhaltensauffälligkeiten. Darüber hinaus haben alle diese

Kinder auch weitere Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Problemlagen, die häufig, d.h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, und selten, d.h. ein- bis zweimal innerhalb von zwei Wochen, auftreten. Hinsichtlich der Selbstversorgung und der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte sind alle Kinder als „überwiegend unselbständig“ bis „unselbständig“ eingestuft worden.

Dies ist zum Teil auf das geringe Alter und zum Teil auf die schweren psychischen Beeinträchtigungen zurückzuführen. Die Gutachter haben bei dreien der Kinder eine besondere Versorgungskonstellation festgestellt. Ein fünfjähriges Kind benötigt aufgrund starker motorischer Unruhe und selbstgefährdendem Verhalten sowohl am Tag als auch in der Nacht die ständige Präsenz einer Pflegeperson. Ein weiteres Kind hat täglich generalisierte Krampfanfälle. Das dritte Kind hat gravierende Schluckbeschwerden und verschluckt sich mehrmals täglich bei der Nahrungsaufnahme. Hinsichtlich der Bewertung haben diese neun Kinder mindestens 70 und maximal 85 Punkte im NBA erreicht. Demnach würden die Kinder - ohne die besondere Regelung des Expertenbeirats - den Pflegegrad 4 erhalten.

Zeigen sich in der Praxis der Kinderbegutachtung weitere vom NBA bislang nicht adäquat berücksichtigte besondere Bedarfskonstellationen?

Wie bei den erwachsenen Antragstellern auch bestand bei den Gutachtern der Kinderstudie die Befürchtung, dass möglicherweise bestimmte Versorgungskonstellationen nicht adäquat im NBA abgebildet würden. Das betreffe z.B. Fallkonstellationen bei Kindern ab 18 Monaten mit aufwendigem Nahrungsregime, mit notwendiger personeller Unterstützung durch chronische Diarrhö oder rezidivierendem Erbrechen. Hier ist zu berücksichtigen, dass den Gutachtern, anders als bei der Begutachtung von erwachsenen Antragstellern, das Ergebnis der Begutachtung nicht vorlag, eine Bewertung der Adäquatheit der Einstufung gemessen an ihrem Ergebnis somit nicht möglich war. Die Gutachter empfehlen, dass zukünftig im Rahmen der Anamnese und Befunderhebung detailliertere Angaben zu fordern sind, um den personellen Unterstützungsbedarf komplexer Fallkonstellationen im Kindesalter sicher einschätzen zu können.

Welche besonderen Herausforderungen ergeben sich aus Sicht der Gutachter für die Umsetzung des NBA für die Kinderbegutachtung und wie kann die Implementierung des NBA in besonders sensiblen pflegerischen Kontexten in optimaler Weise unterstützt werden?

Als positiv erachten die Gutachter, dass mit dem NBA die pflegerischen Tätigkeiten, die sich auf den Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen ergeben, besser als bislang abgebildet und damit anders als heute auch honoriert werden können.

Ein Schwerpunkt der Diskussion in der Fokusgruppe bezog sich auf die Nachvollziehbarkeit der Bewertungssystematik: Zwar kann der Gutachter den Grad der Abhängigkeit des

Kindes einschätzen, ohne bewerten zu müssen, ob er sich altersgemäß darstellt. Das mache das Verfahren auf den ersten Blick einfacher und objektiver. Gleichwohl werde nicht transparent, auf welche Weise die individuelle Entwicklungssituation des Kindes in die Berechnung des Pflegegrads Eingang findet. Die Gutachter befürchten, dass durch die Standardisierung der gutachterlichen Expertise, die heute notwendig ist, intra- und interindividuelle Entwicklungsunterschiede möglicherweise nicht angemessen berücksichtigt werden können. Um sich in der Handhabung sicher zu fühlen, benötigen die Gutachter detaillierte Erläuterungen zum Bewertungsalgorithmus und zu den im Hintergrund liegenden Gewichtungen von einzelnen Merkmalen des NBA bei Kindern unterschiedlichen Alters. Die Gutachter geben gleichzeitig zu bedenken, dass man davon ausgehen kann, dass auch die Eltern und Angehörigen nicht nachvollziehen werden können, wie das Ergebnis der Begutachtung zustande kommt und wie sich der individuelle Entwicklungsstand ihres Kindes im NBA und im Ergebnis einer Einstufung im Pflegegrad abbildet. Die Gutachter empfehlen, dass dem Gutachten, welches den Eltern bzw. den Angehörigen zur Verfügung gestellt wird, eine detaillierte Erläuterung des Bewertungsprozesses beigelegt wird.

Welche Hinweise ergeben sich für zukünftige Schulungen zur Begutachtung von Kindern?

Schulungsbedarf besteht hier vor allem in der Vermittlung der Begutachtungsphilosophie des NBA und dem besonderen Paradigmenwechsel in der Begutachtung von Kindern. Die Gutachter müssen hier in Zukunft gewissermaßen ein zweifaches Umdenken leisten: Zum einen ist nicht mehr der Hilfebedarf, sondern die Selbständigkeit des Kindes zu beurteilen, zum anderen darf dabei aber nicht die altersgemäße kindliche Entwicklung berücksichtigt werden, da diese in die Bewertungssystematik des NBA bereits integriert ist. Und gerade das mache die Bewertungssystematik in den Augen der Gutachter nicht klar nachvollziehbar, sodass diese einen Schwerpunkt in zukünftigen Schulungen erhalten muss. Hier müssen Erläuterungen zum Bewertungsalgorithmus und zu den Gewichtungen von Fragen bei Kindern unterschiedlichen Alters erörtert werden. Grundsätzlich machten das neue Einschätzungsverfahren und die Vulnerabilität dieser Gruppe von Antragstellern die Unterstützung der Gutachter erforderlich. An Kinder angepasste Beispiele, Formulierungen und Fallbeispiele sollen in Schulungen vorgestellt, erläutert und zusammen bearbeitet werden.

6.2.4 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums - Begutachtung von Kindern

Schulungen der Gutachter in Vorbereitung auf die Begutachtung von Kindern

Die Begutachtung von Kindern nimmt, gemessen am Gesamtbegutachtungsaufkommen der Medizinischen Dienste, einen nur geringen Anteil ein. Gleichwohl handelt es sich hier um ein besonders schwieriges und sensibles Begutachtungsfeld. Das gilt auch

zukünftig, wenn die Begutachtung mit dem NBA neu ausgerichtet wird. Hier sind die Gutachter der Medizinischen Dienste besonders gefordert und bedürfen einer sehr guten Unterstützung, die u.a. durch intensive Schulungen und Fortbildungen geleistet werden muss. Die Studie zeigt, dass hier auch regelmäßige Fallbesprechungen in den Gutachterdiensten sinnvoll sind. Zukünftig sollte der Schulung in diesem Bereich wegen der damit einhergehenden Herausforderungen eine größere Bedeutung beigemessen werden, indem z.B. ein eigens auf die Begutachtung von Kindern ausgerichtetes Schulungsmodul entwickelt und implementiert wird. Die Bewertungssystematik, die dem Begutachtungsergebnis von Kindern zugrunde liegt, muss nachvollziehbar sowohl den Gutachtern als auch den Angehörigen vermittelt werden.

Besondere Berücksichtigung des Pflegeaufwands bei Kindern unter 18 Monaten

Die Ergebnisse der Einzelfallanalysen verdeutlichen, dass der Pflegeaufwand von Kindern zwischen 0 und 18 Monaten vor allem im Bereich der Ernährung liegt und dieser im Ergebnis der Einstufung mit dem NBA entsprechend abgebildet wird. Der Vorschlag des Beirats zur besonderen Berücksichtigung des Pflegeaufwands von Kindern dieser Altersgruppe ist insofern angemessen. Ergänzend sollte festgelegt werden, dass auch Kinder, deren Unterstützungsbedarf die Schwelle von 30 Punkten nicht erreicht, wohl aber mindestens 15 Punkte im Gesamtscore entspricht, dem Pflegegrad 1 zugeordnet werden. Diese Fälle kommen in der Praxis vor, der personelle Unterstützungsbedarf besteht vor allem beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen. Das Bewertungskriterium 4.0 („Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen?“), das für die Einstufung in den besonderen Pflegegrad ausschlaggebend ist, muss weiter konkretisiert werden. Das Arbeitsgremium hat auf der Grundlage der Empfehlungen der Gutachter den folgenden Formulierungsvorschlag erarbeitet:

„Die Bedarfslage dieser Kinder ist unabhängig vom zugrunde liegenden Krankheitsbild (z.B. frühkindliche Hirnschädigung, angeborener Herzfehler) in der Regel gekennzeichnet von Trinkschwäche, ‚tröpfchenweiser‘ oder besonders häufiger Nahrungsaufnahme, Schluckstörungen, gestörter Mundmotorik und Erbrechen. Einen sehr pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung haben auch Kinder mit angeborener Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderen Fehlbildungen des Verdauungstrakts (z.B. Oesophagusatresie, Pylorusstenose), bei denen sich der Aufwand der Ernährung nach erfolgreicher Operation früher oder später normalisieren kann. Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Aufwand bei der Nahrungsaufnahme das altersübliche Maß in Frequenz oder Zeitaufwand deutlich übersteigt. Das ist beispielsweise der Fall, wenn eine Stimulation der Mundmotorik vor der Nahrungsaufnahme notwendig ist, wiederholt Pausen bei der Nahrungsaufnahme eingelegt werden müssen oder die Nahrungsaufnahme wegen einer Refluxsymptomatik ständig unterbrochen werden muss. Auch die Gabe von Sondennahrung ist gerade bei kleinen Kindern schwierig und z.B. mit häufigem Erbrechen und

Durchfällen assoziiert. Auch dies ist als ein gravierendes Problem bei der Nahrungsaufnahme einzustufen.“

Konkretisierung des Manuals für die Begutachtung von Kindern

Die Ausfüllhinweise im Manual wurden anhand der Gutachter-Rückmeldungen weiter konkretisiert. In die noch zu erstellenden Studienhefte sollten Bewertungsbeispiele eingearbeitet werden, die sich auf Kinder verschiedener Altersgruppen beziehen und insbesondere die Beurteilung der Selbständigkeit von verhaltensauffälligen Kindern unterstützen. Das Manual wurde zudem um den Hinweis ergänzt, dass der Gutachter für eine Bewertung der Merkmale in Modul 7 die individuelle altersgemäße Entwicklung des Kindes und die jeweiligen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen hat. Die Erläuterungen zur Einschätzung der Aktivitäten in Modul 7, z.B. zur Nutzung eines Taxis von Kindern, wurden ergänzt. Weiter wurden im Manual die Ausfüllhinweise, die eine gutachterliche Einschätzung notwendiger personeller Unterstützung bei der Stomaversorgung leiten sollen (Merkmal 5.9), wie folgt angepasst: „Gemeint ist hier die Pflege künstlicher Öffnungen wie Tracheostoma, PEG, suprapubischer Blasenkatheter, Urostoma, Kolo- oder Ileostoma. Hierbei sind auch das Reinigen des Katheters, die Desinfektion der Einstichstelle der PEG und, falls notwendig, auch der Verbandwechsel zu bewerten. Beim Kolo- oder Ileostoma ist neben dem Wechsel der Basisplatte auch der Wechsel des Beutels gemeint, aber nicht das Entleeren des Beutels.“

Entwicklung eines Formulargutachtens für Kinder

Zukünftig sollte den Gutachtern ein eigens auf Kinder ausgerichtetes Formulargutachten zur Verfügung gestellt werden. Das ist heute nicht der Fall. Notwendig ist dies zum einen, weil sich je nach Alter die zu prüfenden Aktivitäten und Lebensbereiche des NBA bei der Begutachtung von Kindern unterscheiden. Andererseits ist der Empfehlungsteil, den der Gutachter heute im Rahmen der Begutachtung anwendet, nicht ausreichend auf die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet. Das neu zu entwickelnde Formulargutachten soll so gestaltet sein, dass der Gutachter durch die Erhebung der Anamnese und des Befunds anhand wichtiger Entwicklungsabschnitte des Kindes (Schwangerschaftsverlauf der Mutter, Geburt und eventuell aufgetretene Komplikationen, Entwicklungsverlauf, z.B. Grobmotorik, Feinmotorikadaptation, Sozialkontakt, Sprache) geleitet wird und er so in die Lage versetzt wird, alle notwendigen Informationen, die für eine sichere Bewertung des personellen Unterstützungsbedarfs relevant sind, zu erheben.

Implementierung der besonderen Bedarfskonstellationen bei Kindern

Die Mitglieder des Arbeitsgremiums empfehlen bei Kindern, analog zu den Erwachsenen, die besondere Bedarfskonstellation der schweren Verhaltensauffälligkeiten nicht in die Begutachtungspraxis zu implementieren. Die besondere Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“ sollte hingegen umgesetzt werden.

Die vom Expertenbeirat empfohlenen Verbesserungen zum gutachterlichen Vorgehen bei der Abklärung des Rehabilitationsbedarfs im NBA zielen darauf ab, den Gutachter im Begutachtungsverfahren dazu anzuleiten und zu unterstützen, mit dem neuen Instrument einen bestehenden Rehabilitationsbedarf besser zu erkennen, damit entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können. Im Einzelnen handelte es sich um die folgenden Empfehlungen:

- In Anlehnung an die Formulierungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) ist zu begründen, warum im Einzelfall keine Rehabilitationsempfehlung abgegeben wird.
- Die gutachterliche Empfehlung soll nicht auf die Leistungen der medizinischen Rehabilitation beschränkt werden, sondern soll auch Verbesserungspotenzial unterhalb der Schwelle der Rehabilitation für den betroffenen Pflegebedürftigen aufzeigen und Hinweise auf andere Leistungsträger geben.
- Der Katalog der gutachterlichen Antwortoptionen zum Thema soll auf alle Module erweitert werden; dort sollen auch bei jeder Empfehlung vom Gutachter Konkretisierungen im Freitext in Form eines Pflichtfelds vorgenommen werden.
- Am Ende des Gutachtens sollen die Ergebnisse der Empfehlungen aus den einzelnen Modulen zusammengeführt werden, um damit dem Gutachter die abschließende Wertung hinsichtlich der Empfehlungen von Einzelmaßnahmen oder komplexer Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu erleichtern.

Die genannten Empfehlungen wurden für die Praktikabilitätsstudie im Erhebungsbogen und in der Software umgesetzt (vgl. Abschnitt 4.1.1). Zudem wurden die Erkenntnisse aus dem Projekt Reha XI in die durchzuführenden Begutachtungen mit dem NBA integriert (vgl. Abschnitt 4.1.2). Von Interesse waren die Erfahrungen der Gutachter in der Umsetzung der Empfehlungen, insbesondere in der Verknüpfung mit der dreiseitigen gesonderten Reha-Empfehlung. Ziel war es, auf der Grundlage des Erfahrungswissens der Gutachter einen Vorschlag zur Anpassung des Formulargutachtens zu erarbeiten, das stärker als bislang eine inhaltliche Abbildung der rehabilitationsrelevanten Kriterien erlaubt.

Halten die Gutachter die vom Expertenbeirat empfohlene Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit in allen Modulen für sinnvoll?

Die Gutachter sind sich einig in der Einschätzung, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation, sofern die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind, Pflegebedürftigkeit verzögern und vermeiden können. Sie begrüßen daher den im NBA hervorgehobenen Stellenwert der Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation. Fachlich bestand Einigkeit darin, dass die Erhebung der Fragen zum Verbesserungspotenzial der Pflegebedürftigen auf Grundlage der Bewertung der einzelnen Aktivitäten des NBA sinnvoll ist und den Gutachter unterstützt, die Frage nach der Rehabilitationsindikation abschließend

zu beurteilen. Der Gutachter werde hierdurch schon während des Begutachtungsprozesses für realistische Möglichkeiten der Verbesserung oder ggf. des Erhalts bestimmter Fähigkeiten des Versicherten sensibilisiert. Allerdings bestand unter den Gutachtern auch Einigkeit darüber, dass die Kriterien, die entsprechend dem Vorschlag des Expertenbeirats zukünftig für jedes einzelne Modul des NBA zu bearbeiten wären, und die hinterlegten Beispiele vielfach redundant sind und gleichzeitig durch diese sehr differenzierte Vorgehensweise die ganzheitliche Sichtweise auf den Versicherten, seine Beeinträchtigungen und Ressourcen möglicherweise verloren gehe. Die Gutachter plädieren für die Vermeidung von Doppelungen bei der Datenerfassung, wenn die dokumentierten Daten keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn erbringen. Vielmehr sollte eine inhaltlich begründete Zusammenführung der Kriterien bzw. Antwortoptionen erfolgen, sodass bei der Erhebung des Verbesserungspotenzials des Versicherten nicht mehr zwischen acht Lebensbereichen differenziert werden muss, sondern beispielsweise zwischen psychisch-kognitiven und körperlich-motorischen Fähigkeiten des Versicherten unterschieden werden kann. Die Gutachter weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch bereits mit der Anamnese und der Befunderhebung wichtige Informationen zu möglichen Veränderungen des körperlichen und kognitiven Zustands des Versicherten gewonnen werden. Aus einer zusammenfassenden Beurteilung – auf Grundlage von Anamnese, Befunderhebung und den Modulen des NBA –, ob beim Antragsteller realistische Möglichkeiten der Verbesserung bzw. des Erhalts von Fähigkeiten bestehen, ließe sich auch ein Reha-Bedarf ableiten und begründen und es könnten weitere Empfehlungen u.a. zu notwendigen präventiven Maßnahmen angegeben werden.

Sind die Antwortoptionen inhaltlich angemessen und wie können, wenn notwendig, die Antwortoptionen in den einzelnen Modulen in sinnvoller Weise ergänzt werden?

Die Gutachter halten die entwickelten differenzierten Beispiele, die sie bei der Auswahl der Antwortoptionen unterstützen sollen, für sinnvoll. Sie begrüßen insbesondere die Möglichkeit, auch Empfehlungen zur Minderung des Belastungserlebens der Pflegepersonen aussprechen zu können.

Schwierigkeiten bereitete den Gutachtern die Beantwortung der Frage nach realistischen Möglichkeiten der Verbesserungen und des Erhalts von Fähigkeiten in den Modulen des NBA bei Palliativ- bzw. Hospizpatienten, wenn also offensichtlich keine Rehabilitationsfähigkeit vorliegt. Für die Einschätzung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs bei Versicherten, die gerade erst an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben oder bei denen eine Rehabilitationsmaßnahme bereits bewilligt ist, sollte nach Auffassung der Gutachter eine Ankreuzmöglichkeit bzw. Filterfunktion im NBA eingefügt werden, die eine differenzierte Erhebung des Rehabilitationsbedarfs ausschließt. Ein Freitextfeld, um hier Empfehlungen und gutachterliche Anmerkungen tätigen zu können, wird gewünscht. Hier sollte auch dokumentiert werden können, ob eine stationäre Rehabilitation stattgefunden hat, diese jedoch zu früh eingesetzt hat und daher ohne Erfolg war.

Nicht sicher waren sich die Gutachter in der Frage, welcher Zeitraum heranzuziehen ist, wenn möglicherweise stattgefundene Veränderungen der Fähigkeiten des Versicherten einzuschätzen sind. Ein typisches Beispiel aus der Begutachtungspraxis: Die Fähigkeiten von Patienten nach einem Schlaganfall verbessern sich während der Rehabilitationsmaßnahme, die in der Regel nach dem Akutereignis stattfindet. Anschließend, wieder zurück in der häuslichen Umgebung, tritt eine Verschlechterung der Beeinträchtigungen und Funktionen ein. Zu diesem Zeitpunkt führt der Gutachter die Begutachtung durch und ist sich, wie die Rückmeldungen zeigen, unsicher, welchen zeitlichen Rahmen er für seine Einschätzung heranziehen soll. Nicht klar scheint zu sein, dass in solchen Fällen stets der Gesamtverlauf einer bestimmten Erkrankung zu betrachten ist.

Mit dem NBA hat der Gutachter nun auch die Aufgabe, eine Einschätzung wichtiger pflegerelevanter Risiken vorzunehmen. Das bereitet jedoch auf der Grundlage des eingesetzten Erhebungsbogens Unsicherheiten bei der Bewertung: Es fehlt eine Antwortoption für den Fall, dass bei einem bestehenden Risiko, das zu einer akuten Gefährdung führen könnte, bereits entsprechende Maßnahmen eingeleitet wurden. Diese Problematik wurde auch im MD Campus diskutiert. Dies sollte im Begutachtungsmanual näher erläutert und mit einigen Beispielen verdeutlicht werden.

Haben sich die wesentlichen Kernelemente des GPS aus dem Projekt Reha XI auch in der Begutachtungspraxis mit dem NBA bewährt?

Die Handreichung für Pflegefachkräfte und der Informationsflyer „Medizinische Rehabilitation - Fragen und Antworten im Rahmen der Pflegebegutachtung“ zur bedarfsweisen Aushändigung an die Versicherten, die im Rahmen des Projekts Reha XI entwickelt und bereits getestet wurden, sind aus Sicht der Gutachter geeignet, sie bei der Empfehlung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu unterstützen und die Beurteilung zu erleichtern. Die regelmäßige Schulung der Pflegefachkräfte zum Thema Rehabilitationsbedarfsfeststellung und die Möglichkeit, im Dienst das Thema Reha z.B. in Form von Fallbesprechungen zu vertiefen, werden als unabdingbar eingestuft. Die Rückmeldungen der Pflegefachkräfte zum Thema Kommunikation mit den ärztlichen Gutachtern im Gutachterdienst waren durchweg positiv. Der fachliche Austausch zwischen den pflegefachlichen Gutachtern und Ärzten zur Rehabilitationsempfehlung erfolgte telefonisch oder schriftlich und wurde als unkompliziert und wertschätzend beschrieben. Die Gutachter berichteten insgesamt von einer konstruktiven und kollegialen Zusammenarbeit.

Welche Hinweise ergeben sich aus dem Praxistest für die Gestaltung des Manuals und des zukünftigen Formulargutachtens?

Wie bereits unter Frage 1 erläutert, halten die Gutachter die sich an jedes Modul anschließende Fragestellung nach der Verbesserung, Verschlechterung oder nach dem Erhalt der Fähigkeiten nicht für praktikabel. Die vorgeschlagene zusammenfassende Bewertung der Module 1 bis 8 ist entsprechend auch im Manual zu berücksichtigen.

Neben diesem grundsätzlichen Änderungswunsch werfen die Gutachter Detailfragen zum Manual auf, z.B. betreffend den Umgang mit wechselndem Hilfebedarf beim Grad der Selbständigkeit bei schubförmigen Erkrankungen.

Die Gutachter setzten sich in diesem Zusammenhang auch mit der erwarteten Akzeptanz und der Verständlichkeit ihrer Rehabilitationsempfehlung aus der Versichertenperspektive auseinander. Vorgeschlagen wurde, dass neben der heute bereits zu versendenden Rehabilitationsempfehlung dem Versicherten auch die vom Gutachter als notwendig erachteten präventiven Maßnahmen mitgeteilt werden.

Welche Bedeutung nimmt zukünftig die Beratung ein?

Die Einführung des NBA und die Neugewichtung des Rehabilitationskomplexes erweitern den Begutachtungsauftrag an die Gutachter. Die Fragestellungen und die tiefer gehende Betrachtung des Präventions- und Rehabilitationsbereichs gehen aus Sicht der Gutachter mit einem stärkeren Informations- und Beratungsbedarf der Versicherten einher. So liegt es nahe, dass Versicherte Fragen zu Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen und zu Leistungserbringern sowie Kostenträgern stellen werden. Ein Unterstützungsinstrument wurde bereits im Projekt Reha XI durch den Informationsflyer zur Medizinischen Rehabilitation geschaffen. Fragen nach Inhalt und Umfang der vom Gutachter in der Begutachtungssituation zu leistenden Beratung des Versicherten und seiner Angehörigen bedürfen nach Ansicht der Gutachter der Klärung, da diese im Sinne des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit auch die selbständige Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe miteinschließen und dadurch das Beratungsspektrum erweitern.

Deutlich wurde in der Diskussion zum Thema Rehabilitationsbedarf, dass die Gutachter zukünftig stärker als bislang gefordert sein werden, die fachlichen und gesetzlichen Anforderungen an die Inhalte und die Qualität der Begutachtung mit den organisatorischen Rahmenbedingungen in Einklang bringen zu müssen.

Welche Hinweise ergeben sich aus der Praxis für den Schulungsbedarf zum Thema Prüfung einer Rehabilitationsbedürftigkeit?

Die Gutachter heben ausdrücklich die Bedeutung von Schulungen zum Thema Rehabilitation hervor. Diese sollten wiederholt und regelmäßig stattfinden, um das erlangte Wissen langfristig zu sichern, zu aktualisieren und zu vertiefen. Hierzu zählen auch Schulungen zu den Aspekten Anamnese/Sozialanamnese und Befunderhebung/Entwicklungstendenz auf der Grundlage der Kriterien des NBA. Die Gutachter wünschen sich weitere Informationen über die in ihrem Bundesland bestehende Infrastruktur von Rehabilitationsangeboten und Rehabilitationsmaßnahmen sowie über Präventionsangebote und Präventionsmaßnahmen.

In der Praxis war es für die Gutachter schwierig, dass Pflegebedürftige teilweise durch konkretes Nachfragen zu Empfehlungen und Vorschlägen zur Rehabilitation beim Hausbesuch verunsichert wurden oder aufgrund der ausführlichen Befragung eine Erwartungshaltung entwickelten. Die Kommunikation dieser Verfahrensweise in der Begutachtungssituation wird in den Gutachterschulungen zu bewältigen sein. Vom Arbeitsgremium wird die Ansicht der Gutachter geteilt, dass in Schulungsunterlagen und im Studienheft Konkretisierungen und Beispiele aufgenommen werden müssen. Schulungen zum Thema Rehabilitation sollten ergänzt werden durch die regelmäßige Aufnahme des Themas in Dienst- und Fallbesprechungen. In den Schulungen sollen auch Beratungsumfang und -inhalte angesprochen werden.

6.2.6 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums - Abklärung des Rehabilitationsbedarfs

Empfehlungen für das zukünftige Formulargutachten

Für die Einschätzung pflegerelevanter Risiken wird empfohlen, eine der drei Antwortoptionen wie folgt zu erweitern: „Risiko besteht, keine akute Gefährdung, *Maßnahmen bereits eingeleitet*“.

Das Arbeitsgremium schließt sich außerdem dem Vorschlag der Gutachter an, dass nach Anamnese, Befunderhebung und Einschätzung der Selbständigkeit des Versicherten am Ende des Gutachtens eine zusammenfassende Bewertung der Module 1 bis 8 erscheinen soll. Diese Zusammenfassung soll den Gutachter bei seiner Einschätzung von realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung und/oder zum Erhalt der Fähigkeiten des Versicherten durch therapeutische sowie weitere Maßnahmen leiten und wird getrennt für die Bereiche: Mobilität/Selbstversorgung, Haushaltsführung; Kognition/Kommunikation, Verhalten sowie Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen vorgenommen. Das Arbeitsgremium schlägt weiter vor, dass bei den Empfehlungen zur Begründung, warum aktuell keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben wird, folgende Antwortoptionen aufgenommen werden sollen:

- Rehabilitationsmaßnahme wurde bereits bewilligt (Bewilligungsbescheid liegt vor)
- Weitere Abklärung empfohlen, weil ...

Im Empfehlungsteil, den der Versicherte erhält, sollen zukünftig Prävention und Rehabilitation gleichwertig nebeneinandergestellt werden.

Empfehlungen für Schulungen zum Thema Erkennen eines Reha-Bedarfs

Das Arbeitsgremium empfiehlt, dass die Ergebnisse und die empfohlenen Maßnahmen aus dem Projekt Reha XI flächendeckend in den MD und Medicproof umgesetzt werden. Dies erfolgt bereits für die MD seit Juli 2014 im Rahmen des Projekts „Optimierte Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung der MDK“ (Opti-Reha-MDK). Einen beson-

deren Schwerpunkt stellt dabei die professionsübergreifende standardisierte Schulung der Pflegegutachter und ärztlichen Gutachter dar.

Das im Projekt Reha XI entwickelte Schulungscurriculum wurde überarbeitet und ergänzt.

Wesentliche Inhalte der Schulung sind:

- Die Einschätzung von Rehabilitationsbedürftigkeit und das Erkennen, ob über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale, interdisziplinäre Behandlungsansatz einer medizinischen Rehabilitation erforderlich ist
- Die Formulierung von realistischen und alltagsrelevanten Zielen
- Das Erkennen von Ausschlusskriterien
- Die Beurteilung von Rehabilitationsfähigkeit insbesondere bei geriatrischen Patienten sowie Möglichkeiten und Grenzen einer Rehabilitation bei demenzbedingten Beeinträchtigungen
- Die Diskussion von Fallbeispielen

Die als Unterstützungsinstrument erstellte Ausfüllanleitung zur Rehabilitationsempfehlung, die Handreichung und der Reha-Flyer, die im Rahmen des Reha-XI-Projekts entwickelt worden sind, fließen in die Schulung mit ein. Außerdem wird der Ablauf der Pflegebegutachtung unter dem Aspekt der Informationssammlung für eine mögliche Rehabilitationsempfehlung sowie die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegefachkräften praxisnah geschult. Hervorgehoben wird dabei, dass den Pflegegutachtern eine Screening-(Vorfilter-)Funktion zukommt. Vorgeesehen ist des Weiteren, innerhalb der verbindlichen Nachschulungen für alle Pflegegutachter das Thema „Rehabilitation in der Pflegebegutachtung“ regelmäßig aufzugreifen. Bis Januar 2015 werden alle internen und externen Pflegegutachter und zuständigen ärztlichen Gutachter nach dem standardisierten Schulungscurriculum geschult sein. Die Erfahrungen aus den Schulungen und die Rückmeldungen der Gutachter legen nahe, dass auch zu Inhalten der Palliativversorgung zu schulen, da diese Gruppe von Antragstellern in der Begutachtungstätigkeit zunimmt.

Schwierigkeiten bereitet hier anscheinend auch die Beurteilung von Erkrankungsverläufen hinsichtlich einer Einschätzung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -prognose. Der Wunsch der Gutachter, möglichst viele Fallkonstellationen anhand von Praxisbeispielen zu diskutieren, wird in das zukünftige Schulungsmodul zum Thema „Rehabilitation in der Pflegebegutachtung“ aufgenommen. Ergänzt wird dieses zukünftig auch um das Thema Präventionsangebote und Präventionsmaßnahmen.

Neben der Beantwortung der Fragestellungen, wie sich die vom Expertenbeirat vorgeschlagenen Anpassungen des NBA und der Bewertungssystematik in der Praxis der Begutachtung abbilden und ob diese inhaltlich angemessen sind (Fragestellungen 1, 2 und 3), sollten mit der Praktikabilitätsstudie weitere Optimierungsbedarfe in Bezug auf die regelhafte Anwendung des Begutachtungsinstruments in seiner Gesamtheit gewonnen werden. Dabei ging es in erster Linie um die Manuale, denn diese stellen die entscheidenden Instrumente für eine einheitliche Begutachtungspraxis der MD und Medicproof dar. Die Erfahrungen der Gutachter sollten genutzt werden, um notwendige Konkretisierungen der Manuale zu identifizieren und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Gleichzeitig sollten auf dieser Basis weitere notwendige Schwerpunkte zukünftiger Schulungsveranstaltungen herausgearbeitet werden. Die hier aufgeführten Konkretisierungsbedarfe der Manuale wurden nicht nur in einer Fokusgruppe zum Thema Implementierung diskutiert (vgl. Leitfaden im Anhang), sondern sind zu einem Teil bereits während der laufenden Erhebungsphase im Internetforum der Praktikabilitätsstudie zurückgemeldet und dokumentiert worden. In die nachfolgend berichteten Ergebnisse sind auch die Erkenntnisse aus den umfangreichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Begutachtungsdaten eingeflossen (vgl. Abschnitt 4.3). In der Fokusgruppe zum Thema Implementierung waren die Gutachter außerdem aufgefordert, Hinweise zum Thema Beratung zu formulieren und Vorschläge für die Erarbeitung der Begutachtungsrichtlinien zu entwickeln.

Ist das Begutachtungsmニュアル in seiner Gesamtheit ausreichend handlungsleitend, eindeutig und verständlich? In welchen Bereichen ist eine weitere Konkretisierung der Manuale erforderlich? Welche Hinweise ergeben sich hieraus für die Erarbeitung der Begutachtungsrichtlinien?

Die Gutachter schätzen das Manual grundsätzlich als handlungsleitend ein. Es gibt in der Praxis jedoch Fallkonstellationen, die von den Gutachtern als wesentlich komplexer erlebt werden, als sie derzeit im Manual abgebildet sind. Ergänzende Beispiele wären somit aus Sicht der Gutachter noch notwendig, um mehr Sicherheit in der gutachterlichen Einschätzung zu erlangen. Insgesamt wünschen sich die Gutachter Beispiele, die sich nicht nur auf Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen beziehen, sondern auch auf somatisch erkrankte Antragsteller. Im Kindermanual fehlten den Gutachtern zudem Beispiele für verhaltensauffällige oder entwicklungsverzögerte Kinder (vgl. Abschnitt 6.2.3).

Ein grundsätzlicher Konkretisierungsbedarf bestehe aus Sicht der Gutachter bei der Verwendung von Begriffen, die entweder einen Zeitraum bestimmen, der bei der gutachterlichen Einschätzung einer bestimmten Funktion oder Beeinträchtigung heranzuziehen ist, oder die das Ausmaß einer einzuschätzenden Beeinträchtigung definieren. Das spiele

Ergebnisse

vor allem dann eine Rolle, wenn es darum geht zu entscheiden, ob jemand bei einer bestimmten Aktivität als „überwiegend selbständig“ oder „überwiegend unselbständig“ einzustufen ist. Begriffe, auf die das zutreffen, sind z.B. „adäquate Diagnostik und Therapie“, „längere Zeit“, „vereinzelt auftretender Hilfebedarf“, „punktueller Hilfebedarf“, „in geringem Maße“ und „größtenteils“.

Ein weiterer Aspekt, der grundsätzlich diskutiert wurde, war das Thema „Dauerhaftigkeit“ vorgefundener Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen. Insbesondere bei Menschen mit psychischen Störungen war die Beurteilung, ob eine bestimmte Verhaltensauffälligkeit auf Dauer besteht, nicht immer sicher möglich. Dieser Aspekt sollte daher sowohl im Manual anhand von Beispielen erläutert als auch im Rahmen der Schulungen vermittelt werden.

In der praktischen Anwendung fiel außerdem auf, dass die im Manual eingangs erläuterte Definition von Selbständigkeit nicht immer mit der entsprechenden Definition bei den einzelnen Aktivitäten des Manuals übereinstimmt. Klar werden muss, dass bei allen abzurufenden Aktivitäten der Antragsteller auch bei Vorhandensein noch geringer Ressourcen bei der praktischen Durchführung einer Aktivität unselbständig sein kann.

Nachfolgend sind weitere von den Gutachtern genannte Konkretisierungsbedarfe bezogen auf die einzelnen Module des NBA aufgeführt:

Modul 1: Mobilität

Die Gutachter haben darauf hingewiesen, dass bei der Einschätzung des Merkmals 1.2 „Stabile Sitzposition halten“ laut jetziger Version des Manuals jemand als selbständig einzustufen ist, obwohl er sich mit den Händen abstützen muss, um die aufrechte Sitzposition zu halten. Er könne dann seine Arme und Hände nicht für andere Aktivitäten wie beispielsweise beim Essen einsetzen und ist ggf. auf personelle Unterstützung bei diesen Aktivitäten angewiesen. Hier sei noch eine Klarstellung in den entsprechenden Ausfüllhinweisen notwendig.

Modul 2: Kognition und Kommunikation

Grundsätzlich ist im NBA bei der Bewertung der Selbständigkeit die Verwendung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Schwierigkeiten bereitete dies den Gutachtern bei der Einschätzung der in Modul 2 aufgeführten Funktionen, insbesondere bei der Einschätzung der örtlichen Orientierung, wenn beispielsweise Orientierungshilfen zur Anwendung kommen.

Modul 3: Verhaltensweise und psychische Problemlagen

In den Ausfüllhilfen für Modul 3 müsse nach Ansicht der Gutachter noch klarer beschrieben werden, wann eine bestimmte Verhaltensauffälligkeit als pathologisch einzustufen

ist. Das gilt insbesondere für psychische Erkrankungen, beispielsweise bei der Frage, ab wann ein Antragsteller als antriebslos bzw. depressiv verstimmt einzuschätzen ist oder in welchen Fällen Ängste zu berücksichtigen sind. Auf der Grundlage der inhaltlichen Plausibilitätsprüfungen fiel in diesem Zusammenhang auf, dass Antragsteller, die nur noch eine begrenzte Lebenserwartung haben und palliativ versorgt werden, unterschiedlich bei den in Modul 3 einzuschätzenden Verhaltensweisen abschneiden. Sobald jemand in seiner letzten Lebensphase unter Ängsten leidet, die er nicht ohne personelle Unterstützung steuern oder bewältigen kann, ist der personelle Unterstützungsbedarf im Modul 3 zu berücksichtigen. Hierfür müssen die Gutachter sensibilisiert werden. Die Formulierung entsprechender Hinweise im Manual soll die Gutachter ebenfalls bei ihrer Einschätzung unterstützen. Eine weitere Ergänzung der Ausfüllhinweise in Modul 3 betrifft „sonstige inadäquate Handlungen“; hier sollte durch Ergänzung von Beispielen eine eindeutigere Abgrenzung zu den „sozial inadäquaten Verhaltensweisen“ ermöglicht werden.

Modul 4: Selbstversorgung

In den Ausfüllhilfen für Modul 4 ist nach Ansicht der Gutachter eine Konkretisierung für die Merkmale 4.8, 4.9 und 4.10 notwendig: Laut Manual ist die Person beim Essen (Merkmal 4.8) als selbständig einzuschätzen, wenn sie das bereitgestellte Essen selbstständig aufnehmen kann. Beim Trinken (Merkmal 4.9) hingegen wird das Bereitstellen von Getränken bereits als Unterstützungsbedarf gewertet. Demnach ist die Person überwiegend selbständig, wenn das Glas entsprechend dem Aktionsradius der Person positioniert wird oder sie an das Trinken erinnert wird. Auch im einleitenden Text von 4.9 „Trinken“ wird von bereitstehenden Getränken ausgegangen.

Bei der Einschätzung des Merkmals 4.10 „Toilette/Toilettenstuhl benutzen“ hatten die Gutachter Schwierigkeiten in der Abgrenzung zwischen den Kategorien „überwiegend selbständig“ und „überwiegend unselbständig“. Bei der Bewertung der Selbständigkeit des Antragstellers in dieser Aktivität sind mehrere Einzelaktivitäten wie das Gehen zur Toilette, das Auskleiden und das Hinsetzen zu berücksichtigen. Gleichzeitig ist hier auch das Vorhandensein kognitiver Fähigkeiten wie das Auffinden der Toilette einzubeziehen. Die Schwierigkeit besteht darin zu beurteilen, in welchem Umfang die Person sich noch an der Aktivität beteiligen kann, wie groß also der Anteil an personeller Unterstützung ist. Zudem sollen auch die noch vorhandenen Ressourcen des Antragstellers in die Bewertung miteinfließen. Hier können noch weitere Beispiele und Konkretisierungen hilfreich sein.

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Die meisten Schwierigkeiten hatten die Gutachter nach eigener Rückmeldung bei der Bewertung der Aktivitäten der Antragsteller in Modul 6. Dies wurde auch im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen deutlich. Im Modul 6 bei den Merkmalen 6.1 „Den Tagesablauf

gestalten“ und bei 6.4 „In die Zukunft gerichtete Planung vornehmen“ sind nur kognitive Beeinträchtigungen zu bewerten. In allen anderen Items wie beispielsweise 6.2 „Ruhe und Schlafen“, 6.3 „Sich beschäftigen“ oder 6.5 „Interaktion mit Personen im direkten Kontakt“ sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu berücksichtigen. Diese Umstellung und die Tatsache, dass diese Aktivitäten meist nur mit kognitiven Fähigkeiten assoziiert werden, führte bei vielen Gutachtern dazu, dass sie sich unsicher waren, ob Auswirkungen somatischer und sensorischer Beeinträchtigungen auf die Gestaltung des Alltagslebens und die sozialen Kontakte bei der Bewertung der Aktivitäten des Moduls miteinzubeziehen sind. Die Gutachter schlagen in diesem Zusammenhang vor, dass auch Menschen mit somatischen und sensorischen Beeinträchtigungen bei der Bewertung aller Merkmale zu berücksichtigen sind. Entsprechend sind die im Begutachtungsmニュアル aufgeführten Beispiele zu ergänzen.

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Auch für das Modul 7 haben die Gutachter Vorschläge erarbeitet, an welchen Stellen im Manual noch Konkretisierungsbedarf besteht. Insbesondere die Frage, ob die Aktivität gewünscht ist, wurde aus gutachterlicher Sicht kritisch diskutiert. Deren Ansicht nach kann diese Frage in einigen Begutachtungssituationen oder bei bestimmten Fallkonstellationen sensibel sein, beispielsweise wenn sich der Antragsteller in der Sterbephase befindet. Die Gutachter schlagen daher vor, ein Freitextfeld zu etablieren, das es ermöglicht, besondere Wünsche der Antragsteller zu erfassen. In zukünftigen Schulungen muss der besondere Stellenwert des Moduls 7 vermittelt werden.

Modul 8: Haushaltsführung

Die im Begutachtungsmニュアル aufgeführten Beispiele für das Modul 8 sind nach Ansicht der Gutachter stark auf Menschen mit demenzieller Erkrankung ausgerichtet. Anhand von zusätzlichen Beispielen könnte die gutachterliche Einschätzung von Menschen mit psychischen und motorischen Beeinträchtigungen sowie mit Hör-, Seh- und Sprechstörungen noch besser unterstützt werden.

Im Zusammenhang mit den notwendigen Konkretisierungen in den Manualen und der Frage, wie die zukünftigen Begutachtungsrichtlinien auszugestaltet sind, wurde in der Fokusgruppe auch diskutiert, dass das Vorgehen, wie es in der BRi und im heute gültigen Formulargutachten fixiert ist, selten mit der Praxis und dem Begutachtungsablauf vor Ort übereinstimmt. Die Gutachter schlagen entsprechend vor, das zukünftige Formulargutachten dem Begutachtungsprozedere in der Praxis, beginnend mit der Anamnese und der Feststellung der Versorgungssituation, anzupassen.

Mit Bezug auf die anstehende gesetzliche Definition von Pflegebedürftigkeit muss aus Sicht der Gutachter noch die in der Hauptphase 1 erarbeitete Definition des „vorübergehenden oder dauerhaften“ Hilfebedarfs präzisiert werden.

Da die Module 7 und 8 nicht zur Ermittlung des Pflegegrads herangezogen werden, wurde von den Gutachtern vorgeschlagen, den Grad der Selbständigkeit bei diesen beiden Modulen im Gutachten gesondert darzustellen und auf die besondere Rolle dieser Module hinzuweisen.

Welche Hinweise ergeben sich für die Schulungen der Gutachter?

Hinweise für zukünftige Schulungsveranstaltungen zum NBA wurden in mehreren Phasen und Studienteilen des Projekts erhoben (Studienteil 3 und Studienteil 6). Noch vor Beginn der Erhebungsphase wurden die Gutachter im Anschluss an die Schulungen um ihre Einschätzung der Qualität der Schulungen gebeten. Die Gutachter wurden außerdem im Rahmen der Fokusgruppen nach zukünftigen Schulungsbedarfen befragt, ganz allgemein, aber auch spezifisch auf die hier betrachteten Themen bezogen, wie auf besondere Bedarfskonstellationen, Kinderbegutachtungen und Rehabilitationsbedarf. Aber auch aus den Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Interpretation der Gutachterrückmeldungen lassen sich wertvolle Hinweise zum Schulungsbedarf ableiten.

Die Evaluation der Gutachterschulung, die für das Projekt durchgeführt worden ist, belegt insgesamt eine hohe Qualität der durchgeführten Schulungen. Der strukturelle Rahmen wurde durchgängig als gut bewertet. Das methodisch-didaktische Vorgehen, die Schulungsunterlagen, die Folien und das Lernumfeld erhielten ebenfalls durchgängig gute bis sehr gute Bewertungen. Die Befragten schilderten in den Freitextfeldern ihre Erwartungen und bestätigten, dass sie sich überwiegend erfüllt hätten. Die Gutachter fühlten sich gut informiert und bereit, das NBA anzuwenden.

Die große Mehrheit der Teilnehmer empfand die Schulung als interessant und war zufrieden. Als besonders gut gelungen wurden die praxisnahen Fallbeispiele bzw. die Fallbesprechungen genannt. Obwohl die Wissensvermittlung eine gute Bewertung erhielt und dort viele Fragen geklärt werden konnten, war den Gutachtern vor allem die Gruppenarbeit sehr wichtig, weil sie hier die Möglichkeit zum Ideenaustausch und für Diskussionen nutzen konnten.

Nach der praktischen Anwendung des NBA zum Thema Schulung befragt, gaben die Gutachter an, dass zukünftig kleinere Schulungsgruppen notwendig seien, in denen häufiger Fallbesprechungen stattfinden sollten und spezifische Fragestellungen vertiefend diskutiert werden können. Der zeitliche Umfang der Schulungen sollte nach Erfahrung der Gutachter ausgedehnt werden. Die Themen Kinderbegutachtung und Rehabilitation sollten nach Ansicht der Gutachter von den allgemeinen Schulungen zum NBA abgekoppelt werden; diese Themen sollten in speziellen Schulungen breiter und vertiefend aufbereitet werden.

Des Weiteren wurden Themenbereiche genannt, die schwerpunktmäßig in den Schulungen behandelt werden sollen:

Ergebnisse

- Neben der vertieften Auseinandersetzung mit den Fragen rund um die Rehabilitationsindikation wünschen die Gutachter auch Fortbildungen zu den Möglichkeiten und Grenzen neuerer Therapien in der Rehabilitation von Pflegebedürftigen.
- Inhalte zu Anamnese und Sozialanamnese sowie zu Fragen der Prävention sind weitere Themen, die Gutachter für wichtig erachten.
- Der Bereich der Kognition, der Psyche und des Verhaltens (z.B. psychiatrische Krankheitsbilder) sollte ebenfalls zukünftig eine stärkere Berücksichtigung in Schulungen finden.
- Dementsprechend wurde auch die Notwendigkeit gesehen, neue Kompetenzen z.B. hinsichtlich der (Impuls-)Beratung zu erwerben.
- Zudem soll auch der Umgang mit der Erhebungssoftware einen hohen Stellenwert in künftigen Schulungen erhalten.

Für die Gutachter ist es essenziell, dass die Schulungen hierzu bundesweit einheitlich stattfinden und einheitliche Unterlagen verwendet werden. Vorgeschlagen wurde, Multiplikatorenschulungen in Kombination mit vielfältigen Fallbeispielen durchzuführen. In der Anfangszeit der Implementierung des NBA wäre außerdem eine Begleitung der Gutachter durch einen studienteilnehmenden Gutachter als Mentor für ein bis zwei Tage wünschenswert.

Welche Hinweise ergeben sich für die Beratungsaufgaben der Gutachter?

Das künftige Begutachtungsverfahren wird nach Ansicht der Gutachter eine ganze Reihe von Beratungsbedarfen bei den Versicherten und deren Angehörigen aufwerfen. Dass die Versicherten Fragen rund um die Begutachtung gerade während des Hausbesuchs des Gutachters stellen werden, ist naheliegend. Die Gutachter sind sich sicher, dass der Beratungsbedarf der Versicherten und ihrer Angehörigen mit der Implementierung eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und einer umfassenderen Begutachtung noch weiter an Bedeutung gewinnen wird. Es wird erwartet, dass die Antragsteller beispielsweise Informationen rund um das Thema Rehabilitation nachfragen werden, aber auch Fragen zur Pflegeberatung sowie zur Nutzung von Dienstleistungen und Angeboten (auch im niederschweligen Bereich) stellen werden. Die Fragen zur Selbständigkeit in den Modulen 7 „Außerhäusliche Aktivitäten“ und 8 „Haushaltsführung“ sind nach Einschätzung der Gutachter geeignet, den Versicherten außerdem eine Beratung zu präventiven Maßnahmen, insbesondere zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, anzubieten; dies kann sowohl (aufsuchende) Beratung der Pflegekassen sein wie auch von anderen Beratungsstellen vor Ort. Insbesondere die Module 7 und 8 (diese fließen nicht in die Berechnung des Pflegegrads ein) sind aus Sicht der Gutachter eine geeignete Informationsquelle für andere Sozialleistungsträger. Diskutiert wurde auch, inwieweit die Module bestimmte Erwartungen und Hoffnungen auf zusätzliche Leistungen seitens der Versicherten wecken könnten. Hier ist der Gutachter gefordert, die Versicherten vor Ort über die Bedeutung der Module 7 und 8 adäquat aufzuklären.

Welche Hinweise ergeben sich für die Erhebungssoftware?

Insgesamt betrachtet halten die Gutachter die Erhebungssoftware, die eigens für die Praktikabilitätsstudie programmiert worden ist, für praktikabel und begrüßen eine einheitliche Implementierung. Im Rahmen der Fokusgruppe wurden hinsichtlich der Ausgestaltung der Erhebungssoftware, die zukünftig zur Anwendung kommen soll, folgende Vorschläge gemacht: Die Erhebungssoftware sollte so ausgelegt sein, dass je nach Fallkonstellation nicht zutreffende Fragen bzw. Items des NBA automatisch ausgeblendet werden. Dies bezieht sich z.B. bei erwachsenen Antragstellern auf den Block B des NBA (Sonnennahrung; Blasenkontrolle; Darmkontrolle): Erhält der Antragsteller ausschließlich Sonnennahrung, so braucht der Gutachter die Frage 4.8 „Essen“ nicht zu beantworten. Auf diese Weise minimierten sich nach Ansicht der Gutachter auch potenzielle Fehlerquellen in der Praxis. Wenn eine der besonderen Bedarfskonstellationen identifiziert werden kann, sollte es außerdem ermöglicht werden, in einem entsprechenden Erläuterungsfeld die vorgefundene Situation ausführlich zu beschreiben und die gutachterliche Bewertung zu begründen. Die Gutachter empfehlen, für jedes Modul des NBA ein Textfeld für mögliche Erläuterungen zu integrieren. Die dort vorgenommenen gutachterlichen Ausführungen sollten auch in das Gutachten einfließen, das der Versicherte erhält.

6.2.8 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums - Implementierung

In die nachfolgend dargestellten Empfehlungen des Arbeitsgremiums sind sämtliche Erkenntnisse aus den einzelnen Studienteilen der Praktikabilitätsstudie eingeflossen, die Hinweise für die Ausgestaltung des anstehenden Implementierungsprozesses geben.

Konkretisierung der Manuale

Auf der Grundlage der Hinweise aus den Fokusgruppen, den Qualitätssicherungsmaßnahmen und den Einzelfallanalysen wurden die Begutachtungsmanuale überarbeitet. Ziel des Projekts war es, mit Abschluss einen Vorschlag für eine optimierte und praxistaugliche Manualversion sowohl für Erwachsene als auch Kinder zur Verfügung zu stellen.

Beratung

Das neue Begutachtungsinstrument führt in den Pflegehaushalten zu einem Informationsbedarf über das Zustandekommen des Pflegegrads und macht eine transparente Darstellung der Funktionsweise des NBA notwendig. Dem Bedürfnis nach Nachvollziehbarkeit der Pflegeeinstufung liegt dabei der Wunsch zugrunde, das Zustandekommen des Begutachtungsergebnisses zu verstehen; es ist nicht von einem kritischen Misstrauen getragen. Auf die Notwendigkeit der transparenten und nachvollziehbaren Darstellung der Begutachtung hatte bereits der Bericht zur Hauptphase 2 (S. 156) im Jahr 2008 hingewiesen: „Darüber hinaus sollte sichergestellt sein, dass die begutachteten Menschen

die Ergebnisse der Begutachtung in verständlicher Form zur Verfügung gestellt bekommen.“

Diesem Bedürfnis der Versicherten haben MD und Pflegekassen in der künftigen Ausgestaltung der Begutachtung und Versichertenberatung Rechnung zu tragen, weil das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit des NBA die Grundlage für dessen Akzeptanz bei den Versicherten und deren Familien darstellt.

Es wird empfohlen, dass der MD mit der Ankündigung des Gutachterbesuchs eine Information verschickt, aus der für Laien verständlich hervorgeht, wie die Funktionsweise des Einstufungsinstrumentes ist. Für Personen, die einen vertiefenden Einblick in den Entstehungsprozess des Pflegegrads haben wollen, sollte eine wissenschaftsbasierte Version einer schriftlichen Erläuterung des Begutachtungsverfahrens von den Pflegekassen angeboten werden.

Ein weiterer Aspekt der künftigen Beratung im Kontext der Pflegebegutachtung wird seitens der Gutachter dem Umstand zugeschrieben, dass im NBA insbesondere in den Modulen 7 und 8 auf Leistungen außerhalb des SGB XI Bezug genommen wird. Um die Akzeptanz des NBA bei den Versicherten zu erhöhen, sollte der Pflegegutachter mündlich darauf hinweisen, dass die in den Modulen 7 und 8 abgefragten Inhalte zwar keine Leistungen der Pflegeversicherung nach sich ziehen, aber mitunter wichtige Informationen für andere Sozialleistungsträger – sowohl für Kinder als auch für Erwachsene – mit Unterstützungsbedarf beinhalten.

Angesichts der komplexen Beratungsinhalte im Einzelfall wird empfohlen, die Einstufung in den Pflegegrad und die umfängliche und differenzierte Beratung zeitlich und organisatorisch zu trennen. In der Literatur, die sich systematisch mit Beratung im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit befasst, wird nach verschiedenen Beratungsadressaten unterschieden:

- Personen, denen ohne weitere Fallabklärung die Weitergabe gezielter Informationen ausreicht (Informationskunden),
- Personen, bei denen zwar eine Fallabklärung notwendig, eine Fallsteuerung allerdings nicht geboten ist, weil sie sich die Hilfen selbst zugänglich machen und koordinieren können (Beratungskunden), sowie
- Personen, bei denen eine komplexe Hilfesituation mit einer hohen Akteursdichte vorliegt und eine individuelle Fallsteuerung notwendig ist.

Es wird empfohlen, dass der Gutachter in der Begutachtungssituation dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen im Sinne einer Impulsberatung Informationen weitergibt, sei es, dass er einen Informations- und Beratungsflyer bereithält und den Versicherten und seine Angehörigen darüber informiert, welche örtlichen Beratungsstellen der Pfl-

gekassen und anderer Akteure es noch gibt. Diese Impulsberatung des Versicherten und seiner Angehörigen durch den Gutachter ist auch geeignet, beim Versicherten die Bereitschaft zu schaffen, eine individuelle Pflegeberatung durch andere Akteure, wie die Pflegekassen und Pflegestützpunkte, in Anspruch zu nehmen. Die Begutachtungssituation ist grundsätzlich nicht geeignet, eine über die Impulsberatung hinausgehende vertiefende Beratung zu leisten.

Eine angemessene individuelle Beratung einschließlich einer komplexen Fallabklärung der beiden anderen Personengruppen würde die Begutachtungssituation sprengen. Hier sollte im Pflegegutachten an die Pflegekasse der Hinweis erfolgen, ob es sich bei dem zu beratenden Versicherten um eine Person handelt, die eine individuelle Fallsteuerung benötigt, oder ob es sich um einen sogenannten Beratungskunden handelt. Die vom Gesetzgeber in § 7a SGB XI ausdrücklich aufgeführten Beratungsinhalte müssen dann von einer Pflegeberatung vermittelt werden, die sich an die Begutachtung zu einem späteren Zeitpunkt anschließt; dort wird dann auf die örtlichen Leistungsangebote hingewiesen in allen Bereichen möglicher Hilfeleistungen von Sozialleistungen über gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfen. Inhalt der Impulsberatung des Gutachters muss sein, den Weg für diese vertiefende Beratung durch Pflegekassen und andere Beratungsinstanzen zu bereiten.

Schulungskonzept

Die Ergebnisse aus allen Studienteilen der Praktikabilitätsstudie geben wichtige Hinweise für die zukünftige Ausgestaltung der Schulungen bei Einführung des NBA. Die Erfahrungen mit den Schulungen der Gutachter zur Anwendung des NBA für die Praktikabilitätsstudie zeigen, dass die dafür veranschlagte Zeit von zwei Tagen zu gering bemessen war. Zur richtigen Anwendung des NBA wird gerade auch bei bereits lange tätigen und erfahrenen Gutachtern ein tief greifender Lernprozess in Gang zu bringen sein. Hier gilt es nicht – wie bisher –, Neuerungen in ein bekanntes Verfahren zu integrieren; das NBA erfordert ein grundsätzliches Umdenken der Gutachter. Es gilt, eine neue Philosophie zu verinnerlichen.

Die Bearbeitung von Fallbeispielen wurde von den Gutachtern als ein wichtiger Schwerpunkt zukünftiger Schulungen identifiziert. Die zahlreichen noch unbestimmten Rechtsbegriffe, die im NBA Verwendung finden, bedürfen für die Auslegung durch den Gutachter im individuellen Einzelfall konkreter Fallbeispiele, an denen sich sowohl Charakteristika wie auch Abgrenzungen für Grade der Selbständigkeit/Unselbständigkeit in den einzelnen Fragen des NBA aufzeigen lassen. Hier bieten die bereits erfolgten Einzelfallanalysen der Daten aus der Studie eine gute Grundlage. Es wird sich in den Gutachterdiensten ein ausgewogenes Lernsystem aus einer Kombination von Theorie und Praxis einspielen müssen, innerhalb dessen die einzelnen Gutachter die Möglichkeit haben,

einen systematischen kollegialen Austausch mit dem neuen Begutachtungsverfahren pflegen zu können.

Für die Vorbereitung des Systemwechsels muss ein Schulungskonzept erarbeitet werden, das gewährleistet, dass mehr als 2.000 Gutachter der Medizinischen Dienste und von Medicproof auf einer einheitlichen Grundlage geschult und vorbereitet werden können. Dies soll aus einer Kombination von Multiplikatorenseminaren, entsprechenden internen Fortbildungen mit einheitlichen Schulungsunterlagen und Maßnahmen des Blended Learning geschehen. Die Multiplikatorenseminare dienen dem zeitnahen, umfassenden und abgestimmten Informationstransfer bei Einführung des neuen Verfahrens wie auch später bei relevanten Änderungen von Arbeitsgrundlagen mit dem Ziel, eine flächendeckend einheitliche Aufgabenwahrnehmung sicherzustellen. Die für die Informationsweitergabe auf Landesebene verantwortlichen Personen (Multiplikatoren) werden in Form einer „Train-the-Trainer“-Schulung intensiv auf die von ihnen durchzuführenden Fortbildungsmaßnahmen auf Landesebene vorbereitet. Neben der inhaltlichen Aufbereitung des jeweiligen Themas wird den Multiplikatoren bei diesen Veranstaltungen einheitliches Schulungsmaterial zur Verfügung gestellt. In den Multiplikatorenschulungen erfahren die Teilnehmer auch, welche Qualifikationsmaßnahmen sich im interkollegialen Lernen in der Organisation bewährt haben. Derzeit wird eine Kombination aus Multiplikatorenschulungen (zwei Multiplikatoren pro MD, zwei zeitlich aufeinanderfolgende Veranstaltungen) und internen Fortbildungen, die im Sinne des Blended Learning interaktiv ausgestaltet sind, geplant. Für die Kinderbegutachtung werden separate Multiplikatorenseminare durchgeführt. Die internen Seminare sollen aus sechs Lerneinheiten bestehen (Lerneinheit 1: Philosophie des NBA; Lerneinheit 2: Befunderhebung und Anamnese; Lerneinheit 3: Die Module des NBA, Bewertungssystematik; Lerneinheit 4: Fallarbeit, Verknüpfung Befund, Anamnese und NBA; Lerneinheit 5: Opti-Reha; Lerneinheit 6: Besonderheiten der Kinderbegutachtung). Die Multiplikatorenseminare werden, wie in der Praktikabilitätsstudie bereits erfolgreich erprobt, von einem Internetforum zum Austausch der Multiplikatoren flankiert. Hier sollen wichtige Fragen der Gutachter über die Multiplikatoren zentral und zeitnah bearbeitet werden. Ein regelmäßiger bundeszentraler Austausch über die Erfahrungen mit den durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen wird nicht nur qualitätssichernde Wirkung zeigen, sondern soll auch zu einer Vereinheitlichung der Sichtweisen und Lerntransfers beitragen.

Formulargutachten

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Studie hat das Arbeitsgremium Empfehlungen zur Ausgestaltung des zukünftigen Formulargutachtens erarbeitet. Die Empfehlungen beziehen sich sowohl auf die Inhalte als auch auf die Struktur des künftigen Formulargutachtens. Die Studie hat gezeigt, dass es eine Diskrepanz zwischen vorgegebener Struktur des Formulargutachtens und dem tatsächlichen Begutachtungsablauf gibt. Daher sollte sich das zukünftige Formulargutachten in der Reihenfolge an der Praxis vor Ort orientieren.

Es wird empfohlen, die Begutachtung mit der Erhebung der pflegerelevanten Vorgeschichte (Anamnese) zu beginnen, also Angaben zu machen über medizinische/pflegerische Maßnahmen und deren Auswirkungen auf die bisherigen Aktivitäten und Teilhabe unter besonderer Berücksichtigung der Perspektive des Versicherten. Diese Vorgehensweise erleichtert den Zugang zum Versicherten in der Begutachtungssituation, da seine Nöte und Probleme bereits zu Beginn erfragt, dokumentiert und somit ernst genommen werden. Formalia, die im Anfangsteil des Formulargutachtens erfasst werden müssen, können parallel angekreuzt werden.

Daran schließt sich nahtlos die Befunderhebung einschließlich der Beschreibung von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie der Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche an.

Die Beschreibung des Befunds muss individuell erfolgen, sodass sich alle Items des NBA im Befund wiederfinden. Die überwiegende Verwendung von Textbausteinen oder vorgegebenen Ankreuzoptionen kann dabei individuelle Befunde in der Regel nicht angemessen erfassen und wird daher kritisch gesehen. Zum anderen sind Ankreuzfelder fehleranfällig. Nach der Befunderhebung und Dokumentation der pflegebegründenden Diagnosen folgt die Einschätzung der Module des NBA. Hieraus resultiert dann der Pflegegrad.

Nach Anamnese, Befunderhebung und Einschätzung der Selbständigkeit des Versicherten in den Modulen hat der Gutachter einen guten Gesamtüberblick. Anhand dessen kann er nun bewerten, ob sich realistische Möglichkeiten zur Verbesserung (ggf. Erhalt) der in den Modulen 1 bis 8 bewerteten Fähigkeiten (über die bereits laufende Versorgung hinaus) ergeben. Diese Abfrage wurde auf Grundlage der gutachterlichen Praxiserfahrung in drei Bereiche überführt: Bereich „Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung und außerhäusliche Aktivitäten“; Bereich „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Gestaltung des Alltagslebens“ und Bereich „Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen“. Dadurch wird gewährleistet, dass keine Redundanzen in der Erhebung erzeugt werden, gleichzeitig aber eine differenzierte Sichtweise auf den Versicherten ermöglicht wird.

Die daraus resultierenden Empfehlungen sollen zukünftig in einem Punkt des Gutachtens zusammengeführt werden, beginnend mit Empfehlungen zu präventiven Leistungen (z.B. Beratung zu Mobilitäts-/Bewegungstraining, Suchtberatung i. S. des § 20 SGB V), gefolgt von Empfehlungen zu Einzelleistungen aus dem Bereich der kurativen Versorgung (z.B. Heilmitteltherapie) und pflegerischen Maßnahmen und anschließend Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation.

Diese genannten Empfehlungen zur Neugestaltung des Formulargutachtens ermöglichen in Zukunft ein Gutachten „aus einem Guss“, das sowohl dem Gutachter als auch dem Versicherten, der es in Zukunft regulär erhalten soll, den roten Faden des Begutachtungsprozesses nachvollziehbar macht.

Begutachtungsrichtlinien

Das Arbeitsgremium empfiehlt, beide Manuale (Kinder und Erwachsene) in die zu erarbeitende Begutachtungsrichtlinie aufzunehmen. In einem Studienheft sollten zusätzlich ausführliche Informationen und Beispiele für die Anwendung des NBA in bestimmten Fallkonstellationen zu finden sein. Eine Erläuterung der Bewertungssystematik sollte ebenfalls in die Begutachtungsrichtlinie integriert werden. In diesem Zusammenhang weisen die Mitglieder des Arbeitsgremiums darauf hin, dass der Aspekt der Dauerhaftigkeit nachvollziehbar in den BRi erläutert werden muss. Weiter muss aus Sicht des Arbeitsgremiums mit Mehranträgen in der Phase des Systemübergangs gerechnet werden, eine Anpassung der Fristenregelung sei daher notwendig.

Grundsätzlich ist bei der intensiven Auseinandersetzung aller beteiligten Experten mit dem NBA aufgefallen, dass die in den vorliegenden Dokumenten zum NBA verwendeten Begrifflichkeiten wie Schädigung, Funktion, Funktionsstörung und Aktivität nicht immer kompatibel sind mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Dies sollte nochmals sorgfältig überprüft und ggf. angepasst werden. So schlagen die Mitglieder des Arbeitsgremiums u.a. vor, Modul 2 nicht mit dem Titel „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ zu überschreiben, sondern ICF-konform mit dem Titel „Kognition und Kommunikation“.

Erhebungssoftware

Eine der großen Herausforderungen der Praktikabilitätsstudie bestand darin, bundesweit in allen Medizinischen Diensten eine einheitliche Erhebungssoftware umzusetzen. Das betraf insbesondere die Kompatibilität der Erhebungssoftware mit den in den Gutachterdiensten vorhandenen Softwarevoraussetzungen. Das Arbeitsgremium stimmt in allen Punkten den Empfehlungen der Gutachter zum Thema Erhebungssoftware zu. So sollten beispielsweise inhaltliche Verknüpfungen im NBA automatisiert umgesetzt werden, um die Arbeit der Gutachter zu erleichtern. Im Rahmen der Kinderbegutachtungen sollten nicht die altersentsprechenden Merkmale angezeigt werden, sondern nur die altersentsprechenden Ausprägungen der Merkmale, um die Bewertung der Selbständigkeit eines Kindes zu erleichtern. Das hieße, dass je nach Alter des Kindes die nicht zutreffenden Ausprägungen automatisch ausgeblendet werden, sodass der Gutachter beispielsweise nur zwischen „überwiegend unselbständig“ und „unselbständig“ entscheiden muss. Die Gutachter sollten auch im Umgang mit der zukünftigen Begutachtungssoftware intensiv geschult werden, um einen sicheren Umgang damit in der Begutachtungspraxis zu gewährleisten.

6.2.9 Ergebnisse – Fragestellung 5: Akzeptanz bei den Versicherten

Die Berücksichtigung der Versichertenperspektive ist ein wichtiges Element für die Akzeptanz des neuen Begutachtungsinstruments in der breiten Öffentlichkeit – und damit letztlich für den Erfolg der Anstrengungen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der sozialen Pflegeversicherung.

Bezüglich der Akzeptanz bei den Versicherten sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- Werden hinsichtlich der Begutachtung von Kindern und Erwachsenen alle für die Versicherten und ihre Angehörigen relevanten Themenbereiche im NBA angesprochen?
- Welche zusätzlichen Themenbereiche werden von den Versicherten und ihren Angehörigen als relevant erachtet?

Da keine Telefoninterviews mit Versicherten und Angehörigen mangels Fallzahl und Zustimmung geführt werden konnten, werden hier die Ergebnisse der Fokusgruppen mit den Gutachtern und den Experten berichtet.

Die Gespräche in den Fokusgruppen rund um die Akzeptanz gingen weit über die ursprünglichen Fragestellungen hinaus. Damit diese Informationen nicht verloren gehen, werden auch sie im Folgenden wiedergegeben.

Alle Teilnehmer der Fokusgruppen konnten auf reichhaltige Erfahrungen mit Pflegeeinstufungen bzw. Pflegebedürftigkeit zurückgreifen. In den Fokusgruppen brachten sie diese Erfahrungen ein und übertrugen sie auf das NBA. Zusätzlich konnten die Verbandsvertreter, die nicht an der Fokusgruppe der Experten teilnahmen, eine schriftliche Stellungnahme abgeben. Auch diese wurde in die Ergebnisse eingearbeitet.

Werden hinsichtlich der Begutachtung von Kindern und Erwachsenen alle für die Versicherten und ihre Angehörigen relevanten Themenbereiche im NBA angesprochen?

Gutachter wie auch Vertreter der Verbände stellten übereinstimmend fest, dass das NBA gegenüber dem derzeit gültigen Verfahren eine deutliche Erweiterung der Themenbereiche bringt. Insbesondere die Bereiche der kognitiv-psychischen Symptome und der Kommunikation werden im NBA differenziert erfasst, aber auch Fragen der krankheitsbedingten Anforderungen und der Teilhabe sind neue Bereiche, die derzeit nicht erfasst werden. Insbesondere in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern haben deren Eltern mehrfach bemerkt, dass mit dem NBA ihre alltägliche Pflege- und Unterstützungssituation deutlich präziser erfragt wird, als das bisherige Verfahren das leistet. Insofern ist in den Gruppendiskussionen deutlich geworden, dass das NBA die wesentlichen Bereiche der Pflegebedürftigkeit erfasst.

Welche zusätzlichen Themenbereiche werden von den Versicherten und ihren Angehörigen als relevant erachtet?

Vom NBA werden bereits die relevanten Themenbereiche erfasst. Das NBA stellt auf den Grad der Selbständigkeit des Versicherten ab und nicht - wie das derzeitige Verfahren - auf den verrichtungsbezogenen Hilfebedarf. Vor diesem Hintergrund ist die auf dem Erfahrungsschatz der bisherigen Begutachtungslogik fußende Äußerung eines Gutachters zu verstehen, dass für pflegende Angehörige die alltägliche, permanente Beaufsichtigung der von ihnen betreuten Personen als ein ganz wesentlicher Aspekt der Pflegebedürftigkeit empfunden wird. Das NBA berücksichtigt die partielle und die ständige Aufsicht und Kontrolle einer zu pflegenden Person indirekt über die den notwendigen Hilfeleistungen zugrunde liegende Unselbständigkeit.

In der Begutachtung von Kindern wird von Eltern regelmäßig das Thema Begleitung zur Schule und zurück angesprochen, was jedoch keine Leistung im Rahmen des SGB XI darstellt. Diese personelle Unterstützung eines Kindes außerhalb der Wohnung wird im NBA in Modul 7 erhoben, um Hinweise für andere Sozialleistungsträger zu gewinnen, z.B. für die Erforderlichkeit eines Integrationshelfers.

In der Expertenfokusgruppe wurde das Thema Fehl- und Unterversorgung angesprochen. Die Teilnehmer merkten an, dass der Besuch des Gutachters der einzige gesetzlich vorgeschriebene Besuch im Rahmen der Sozialgesetzgebung sei. Sollten die Gutachter auf Fehl- und Unterversorgung und auf instabile Versorgungssituationen aufmerksam werden, so muss eine Regelung getroffen werden, welche die Gutachter legitimiert, eine entsprechende Information an die dafür zuständigen Stellen (neben der Pflegekasse) weiterzugeben.

Pflegegrad und Leistungsrecht

Leistungsrechtliche Implikationen des NBA wurden in der Praktikabilitätsstudie bewusst ausgeblendet, obwohl es vielen Diskussionsteilnehmern schwerfiel, eine Einstufung in Pflegegrade ohne hinterlegte Leistungen zu denken. Für die Akzeptanz des NBA wird dies nach Ansicht der Befragten jedoch eine wesentliche Rolle spielen. Selbst wenn das NBA eine bestmögliche Performance zeigt, also die Verteilung der Antragsteller nach wissenschaftlich begründeten Kriterien vornimmt, wird es für die Akzeptanz von entscheidender Bedeutung sein, welche Leistung der Einstufung mit dem NBA folgt: Wenn den jeweiligen Pflegegraden nicht die entsprechenden Leistungen hinterlegt sind, die als „gerecht“ wahrgenommen werden, wird dies zu einem Akzeptanzproblem führen. Das NBA wird nach Ansicht der Gutachter wie auch der Experten aus den Verbänden nicht unabhängig von den hinterlegten Leistungen beurteilt werden. Dies ist eine von den vielen Erwartungen, die an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gestellt werden, die mit dem NBA nicht unmittelbar zu lösen sein werden.

Transparenz des neuen Systems

Die Sozialgesetzgebung ist grundsätzlich für Laien nicht einfach zu verstehen und es wird auch für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen Übergangszeitraum geben müssen, in dem sich alle professionell in der Pflege engagierten Personen und Institutionen informieren und vorbereiten müssen. Über Minutenwerte lässt sich streiten, aber darunter kann sich mittlerweile jeder etwas vorstellen. Es ist davon auszugehen, dass das NBA eine Einführungszeit benötigt, bis verstanden und nachvollzogen werden kann, wie die jeweiligen Pflegegrade ermittelt werden. Dazu gehören die Nachvollziehbarkeit der einzelnen Items, die einer anderen Logik als bisher folgen, aber auch die Einschätzung der Module und nicht zuletzt das Verstehen des Berechnungsalgorithmus, der zu den Pflegegraden führt (Bewertungssystematik). In jedem Item muss letztlich nachvollziehbar sein, warum der Gutachter seine Einschätzung abgegeben hat. Als Grundlage gilt zunächst das jeweilige Manual für Kinder oder Erwachsene; hilfreich sind hier Freitexterläuterungen zu den „schwierigen“ Items im Gutachten. Zudem ist es für die Akzeptanz förderlich, wenn die beratenden Mitarbeiter von Pflegekassen, Pflegestützpunkten und anderen Beratungsinstitutionen wissen, wie aus den einzelnen Einschätzungen der Pflegegrad berechnet wurde, um den Rat suchenden Versicherten und Angehörigen in für Laien verständlicher Weise zu erläutern, wie das NBA „arbeitet“.

Eine zusätzliche Herausforderung stellt die Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse von Kindern dar. Bislang berücksichtigen die Gutachter in ihren Einschätzungen den individuellen Entwicklungsstand der Kinder, zukünftig ist der wissenschaftlich fundierte Entwicklungsstand in der Bewertungssystematik hinterlegt und die Gutachter schätzen die Selbständigkeit der Kinder unabhängig vom Entwicklungsstand ein. Damit diese Änderung gut verstanden wird, ist eine verständliche Kommunikation bereits im Vorfeld der Begutachtung erforderlich. Es wurde vorgeschlagen, die in der Bewertungssystematik der Kinder hinterlegten Daten zum Entwicklungsstand im Internet zu veröffentlichen. Zudem müssen die Pflegekassen ein in einfacher Sprache formuliertes Informationsblatt für die pflegenden Eltern erarbeiten, das ihnen das Verständnis des Zustandekommens eines Pflegegrads erleichtert.

Die Einschätzung „Aktivitäten“ des Moduls 7 im Rahmen der Begutachtung wird seitens der Experten begrüßt, wenn auch die Fragen in diesem Modul nicht pflegegradrelevant sind und gleichwohl eine Erwartungshaltung bei den Versicherten wecken könnten. Für die Akzeptanz des NBA sei es bedeutsam, dass sowohl im Vorfeld wie auch während der Begutachtung darüber informiert wird, warum es durchaus auch im Interesse der Pflegebedürftigen sinnvoll sein kann, diese Daten für andere Leistungsträger zu erheben.

Transparenzfördernd wird sich nach Meinung der Experten auswirken, wenn das Gutachten in Zukunft automatisch allen Versicherten zugeschickt wird, ohne dass der Versicherte in der Begutachtung danach gefragt wird.

Die Akzeptanz kann deutlich gesteigert werden, wenn das Gutachten laienverständlich und das Kindergutachten kindgerecht formuliert sind. Es wird ein Vorspann zum Gutachten vorgeschlagen, der die Ausrichtung der Module kurz und verständlich erklärt. Es sollte auch an eine Fassung in einfacher Sprache sowie an eine Fassung als Video mit Gebärdendolmetscher gedacht werden. Ein Pretest mit Betroffenen und Angehörigen erscheint sinnvoll. Es sollte im Gutachten deutlich werden, dass auch dann eine Einstufung in „selbständig“ vorgenommen wird, wenn eine Einschränkung nicht dauerhaft ist. Das könnte ansonsten zu vermeidbaren Missverständnissen führen. Zudem sollte im Gutachten auf eine leicht verständliche Weise erläutert werden, wie der Pflegegrad errechnet wurde. Und es soll erläutert werden, dass die Module 7 und 8 nicht zur Berechnung eines Pflegegrads dienen. Es wurde vorgeschlagen, an der Gestaltung des Gutachtens in der Form, in der es den Versicherten zugesandt wird, Betroffene und Betroffenenvertreter zu beteiligen.

Belastungserleben der Angehörigen

Der weit überwiegende Teil der Pflege wird von Angehörigen erbracht. Für Angehörige steht das eigene Belastungserleben im Vordergrund. Je höher die eigene Belastung ist, desto schwerer ist in den Augen der Angehörigen die Pflegebedürftigkeit. Sie messen somit die Wirkung einer Einstufung und der sich daraus ergebenden Leistungen an der Belastung, die sie in der Pflege erleben. Das wird sich durch die Einführung des NBA nicht ändern. Nach Ansicht der Experten wie auch der Gutachter hat das NBA eine große Chance, die derzeit von einem Teil der pflegenden Angehörigen erlebte Diskrepanz zu verringern. Dennoch wird auch hier eine Herausforderung in der Information über das NBA gesehen. Es sollte deutlich werden, dass das NBA kein Instrument zur Messung der Belastung von pflegenden Angehörigen ist. Es müsse pflegenden Angehörigen verständlich gemacht werden, dass das NBA die Selbständigkeit oder Unselbständigkeit der von ihnen betreuten Personen einschätzt, dass dies auch mit dem Belastungserleben kongruent sein kann, es aber aufgrund der unterschiedlichen Konstrukte hierbei auch zu Diskrepanzen kommen kann. Wird eine starke Belastung der Angehörigen wahrgenommen, sollte der Gutachter im Gespräch auf Möglichkeiten der Entlastung hinweisen.

Berücksichtigung der Individualität der Antragsteller in der Begutachtungssituation

Die Berücksichtigung der Individualität im Gutachten ist für Versicherte und Angehörige eine wichtige Kategorie in der Bewertung der Akzeptanz. Übereinstimmend sehen Gutachter und Experten eine große Chance im NBA, stärker als bisher individuelle Besonderheiten zu berücksichtigen. Insbesondere im Hinblick auf die Verschiedenartigkeit kognitiver Einschränkungen wird es als förderlich empfunden, wenn die Gutachter gut geschult werden, die individuellen Unterschiede zu erkennen, unabhängig davon, ob es sich um eine der Demenzformen oder um eine psychische Erkrankung handelt. Als wichtiger Aspekt in der Berücksichtigung der Individualität wird der Zeitbedarf des Haus- oder Einrichtungsbesuchs gesehen. Um individuelle Besonderheiten besser berücksich-

tigen zu können, ist mehr Zeit für die Klärung vieler Detailfragen notwendig, als dies bei einer stark standardisierten und zeitlich reglementierten Erhebung möglich ist. Versicherte und Angehörige bewerten aber nicht die Zeitdauer an sich, sondern die Qualität der Kommunikation, wie einfühlsam und flexibel die Fragen zu den Items gestellt wurden, ob sie sich ernst genommen, wertgeschätzt, vertrauensvoll und individuell behandelt fühlen.

Chancen des NBA hinsichtlich Rehabilitation

Das NBA ist nach Ansicht der Experten wie auch der Gutachter sehr gut geeignet, Leistungen bei anderen Trägern zu initiieren. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs biete große Chancen, dem Bereich der Rehabilitation eine größere Bedeutung als bisher zuzuweisen. Aus Sicht der Betroffenen bedeute das Ernstnehmen der rehabilitativen Ausrichtung eine stärkere Aktivierung, eine Steigerung ihrer Selbständigkeit und Teilhabe – letztlich werde sich die Lebensqualität der Pflegebedürftigen deutlich verbessern lassen.

Es wird grundsätzlich erwartet, dass im NBA mit der neuen Bewertung der Pflegebedürftigkeit eine differenziertere Erfassung der Rehabilitationsbedürftigkeit erfolgt. Damit geht die Erwartung einher, dass die Häufigkeit von Rehabilitationsempfehlungen und die der Rehabilitationsleistungen gesteigert werden. Von besonderer Bedeutung sind hier nicht nur stationäre medizinische, indikationsspezifische oder geriatrische Rehabilitation, sondern vor allen auch mobile und ambulante rehabilitative Leistungen. Dass auf der Angebotsseite Lücken zu finden sind, dürfe Gutachter nicht davon abhalten, solche Empfehlungen auszusprechen, um möglicherweise hier neue Angebote (über die Kasernen) zu initiieren. Bei der Formulierung der Leistungszuschnitte der Pflegegrade sollte zudem bedacht werden, dass rehabilitative Bemühungen immer das Ziel der Erhöhung der Selbständigkeit haben, was sich letztlich in einem niedrigeren Pflegegrad ausdrücken kann. Es sollten auch hier, wie bereits schon jetzt vorhanden, Regelungen getroffen werden, die Anreize für Aktivierung in der Pflege und Rehabilitation geben, auch bei höheren Pflegegraden. Pflege und Rehabilitation sollten stärker zusammen gedacht werden. Um dem Gedanken der Rehabilitation ein stärkeres Gewicht zu geben, wird von den Experten vorgeschlagen, dass Rehabilitationsfragen nach einem positiven Screening-Ergebnis beim Erstbesuch des Gutachters in einem zweiten Besuch durch einen in Fragen der Rehabilitation besonders qualifizierten Gutachter vertieft werden könnten.

Implementierungsprozess

Aus Sicht der Betroffenenverbände ist es wünschenswert, wenn der Implementierungsprozess von einem internen und externen Qualitätsmanagement (QM) begleitet wird. Das interne QM kann dazu genutzt werden, dass, ähnlich wie in der Praktikabilitätsstudie, die Gutachter in ihren jeweiligen Diensten Fallbesprechungen mit dem Ziel durchführen, voneinander und miteinander zu lernen, das NBA korrekt anzuwenden. Beim

externen QM wird es vor allem um die Frage gehen, die Einschätzungen der Gutachter so zu begründen, dass sie für Außenstehende verständlich und nachvollziehbar werden. Über die Ergebnisse dieses Qualitätssicherungsprozesses sollte ein Bericht erstellt werden, der veröffentlicht wird. Betroffene und Betroffenenvertreter sollten in das QM einbezogen werden.

6.2.10 Zusammenfassung und Empfehlungen des Arbeitsgremiums - Akzeptanz bei den Versicherten

Die Erhebung der Akzeptanz der Versicherten im Rahmen der Praktikabilitätsstudie war von einigen Unwägbarkeiten begleitet, da sie zu einem Zeitpunkt erfolgte, da weder die Versicherten noch die Beratungseinrichtungen hinreichend Wissen über das NBA und Erfahrungen damit gesammelt hatten. Es wurde somit eine Annäherung an die Perspektive der Versicherten mit drei Datenquellen versucht. Für die ursprünglich geplanten Telefoninterviews stand nur eine sehr kleine Stichprobe zur Verfügung; die befragten Personen gaben jedoch keine Einwilligung zu einem Interview. Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenen(organisationen) diskutierten in einer Fokusgruppe über ihre Einschätzungen zum NBA unter dem Vorbehalt, dass bislang noch keine Beratungen von Versicherten oder Angehörigen zum NBA haben stattfinden können. Als weitere Quelle zur möglichen Akzeptanz des NBA dienten die aus der Erfahrung gespeisten Einschätzungen der Gutachter.

Es wurde deutlich, dass das NBA gegenüber dem derzeitigen Verfahren das Themenspektrum der Begutachtung erweitert und dass alle für die Versicherten und ihre Angehörigen relevanten Themenbereiche angesprochen werden, wenn sie auch nicht alle (Module 7 und 8) in die Pflegegradermittlung Eingang finden.

Die Akzeptanz des NBA wurde zum einen in Zusammenhang gebracht damit, dass man den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA nicht mit zu hohen Erwartungen überfrachten sollte. Da über die Leistungszuschnitte noch keine Entscheidung gefallen ist, wird die Diskussion darüber noch folgen. In zielgruppenspezifischen Informationen und in der Kommunikation über das NBA sollte dieser Aspekt herausgearbeitet und der Gedanke der Verteilungsgerechtigkeit hervorgehoben werden.

Das neue Verfahren sollte vor allem transparent dargestellt werden, sodass die Entscheidung für einen Pflegegrad für Betroffene und Beratungseinrichtungen nachvollzogen werden kann. In der Kommunikation zum NBA ist zu berücksichtigen, dass für Angehörige das Erleben der eigenen Belastung im Vordergrund steht, während das NBA die Selbstständigkeit der Versicherten erhebt; das Belastungserleben und die Selbstständigkeit müssen jedoch nicht immer konform gehen.

Für die Akzeptanz seitens der Betroffenen spielt es eine große Rolle, wie gut die Individualität der Antragsteller berücksichtigt wird bzw. wie die Antragsteller dies erleben. Grundsätzlich wird das NBA als Instrument eingeschätzt, das aufgrund der differenzierten Themenbereiche und der Darstellung der Ressourcen individuelle Besonderheiten besser als bisher zur Geltung kommen lässt. Auch bezüglich der Aktivierung und Rehabilitation werden im NBA große Chancen gesehen, diesbezüglich differenzierte Empfehlungen auszusprechen. Der Implementierungsprozess sollte aus Sicht der Verbände durch einen Qualitätssicherungsprozess begleitet werden.

Die zukünftige Akzeptanz des neuen Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird zum Zeitpunkt der Praktikabilitätsstudie als hoch eingeschätzt.

7. Fazit

Fazit

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Empfehlungen des Expertenbeirats im Hinblick auf ihre Praktikabilität zu untersuchen. Dabei standen die inhaltliche Angemessenheit der Änderungen durch den Beirat, ihre Praktikabilität sowie diejenige des Gesamtverfahrens im Fokus. Neben der Beantwortung der Frage, wie sich die vom Expertenbeirat vorgeschlagenen Anpassungen des NBA und der Bewertungssystematik in der Praxis der Begutachtung abbilden und ob diese inhaltlich angemessen sind, sollten außerdem wichtige Hinweise für den anstehenden Implementierungsprozess des NBA aus Sicht der Medizinischen Dienste gewonnen werden.

86 Gutachter aus den Medizinischen Diensten des gesamten Bundesgebiets und Medicproof haben an der Studie mitgewirkt und das NBA bei einer Stichprobe von ca. 1.700 erwachsenen Antragstellern und insgesamt 297 Kindern, die regulär zu begutachten waren, angewandt. Die Erfahrungen, die die Gutachter in der Anwendung gewonnen haben, wurden in einem mehrstufigen Prozess und in der Kombination quantitativer und qualitativer Methoden erfasst. Anhand dieser Vorgehensweise sollten nicht nur Optimierungsbedarfe in der praktischen Anwendung des NBA identifiziert, sondern auch konkrete Lösungen und Umsetzungsempfehlungen entwickelt werden, die den anstehenden Systemwechsel in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und die Vorbereitung der insgesamt 2.000 in der Pflegebegutachtung tätigen Gutachter unterstützen sollen. Ein Arbeitsgremium, an dem Experten der Pflegebegutachtung und die Entwickler des Instruments beteiligt waren, hat hierfür die Ergebnisse aus der Datenerhebung zusammengeführt und interpretiert. Als Ergebnis dieses Prozesses liegen nicht nur Antworten auf die vom Expertenbeirat aufgeworfenen Fragestellungen vor, sondern auch konkrete Vorschläge, z.B. für ein Schulungskonzept und für ein zukünftiges Formulargutachten, das als Grundlage für die noch zu erstellenden Richtlinien genutzt werden sollte. Außerdem wurden die Begutachtungsmannuale gründlich überarbeitet und konkretisiert.

Die Praktikabilitätsstudie ist bei den Gutachtern als zukünftige Anwender des NBA auf positive Resonanz gestoßen. Der „Probelauf“ wurde begrüßt. Mit dem hier gewählten partizipativen Forschungsansatz konnten die Gutachter der Medizinischen Dienste und Medicproof auf dem Weg der Implementierung einbezogen werden und viele wertvolle Hinweise geben, die hilfreich für die Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens in die Praxis sind. Gleichzeitig wurden die Gutachter bereits jetzt für die neue Begutachtungsphilosophie sensibilisiert und der notwendige Umdenkprozess in den Medizinischen Diensten initiiert.

Wie haben sich nun die Empfehlungen des Expertenbeirats in der Praxis bewährt und welche Erkenntnisse lassen sich für ihre Implementierung ableiten?

Der Expertenbeirat hat u.a. vorgeschlagen, denjenigen Versicherten, bei denen entweder „ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung“

oder eine „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“ vorliegen, automatisch dem Pflegegrad 5 zuzuweisen und diese Kriterien als besondere Bedarfskonstellationen zu definieren. Die besondere Bedarfskonstellation der „ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung“ kommt in der Praxis nur selten vor. Die Frage, ob der Zustand einen dauerhaften personellen Unterstützungsbedarf nach sich zieht, ist in der Begutachtungssituation nicht immer sicher zu beantworten. Empfohlen wird daher, diese Regelung nicht in die Begutachtungspraxis zu implementieren.

Nach den Erkenntnissen aus der Praktikabilitätsstudie kann die Bedarfskonstellation der Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine als besondere Bedarfskonstellation, sowohl für Kinder als auch Erwachsene, eingeführt werden, sie sollte jedoch für eine sichere Identifikation in der Begutachtungspraxis entsprechend dem entwickelten Vorschlag des Arbeitsgremiums noch konkretisiert werden.

Die Ergebnisse aus den Kinderbegutachtungen zeigen, dass der Pflegeaufwand von Kindern zwischen 0 und 18 Monaten vor allem im Bereich der Ernährung liegt und im Ergebnis der Einstufung mit dem NBA entsprechend abgebildet wird. Der Vorschlag des Beirats zur besonderen Berücksichtigung des Pflegeaufwands von Kindern dieser Altersgruppe ist insofern angemessen. Ergänzend sollte festgelegt werden, dass auch Kinder, deren Unterstützungsbedarf die Schwelle von 30 Punkten nicht erreicht, wohl aber mindestens 15 Punkten im Gesamtscore entspricht, dem Pflegegrad 1 zugeordnet werden. Diese Fälle kommen in der Praxis vor; der personelle Unterstützungsbedarf besteht vor allem beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen. Das Bewertungskriterium 4.0 („Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen?“), das für die Einstufung in den besonderen Pflegegrad ausschlaggebend ist, ist weiter zu konkretisieren. Das Arbeitsgremium hat auf der Grundlage von Einzelfallanalysen einen entsprechenden Formulierungsvorschlag für das Begutachtungsmanual erarbeitet.

Im Hinblick auf den Themenkomplex Rehabilitation hatte der Expertenbeirat 2013 Vorschläge unterbreitet, die darauf abzielen sollen, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung mit dem neuen Instrument ein bestehender Rehabilitationsbedarf besser erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können. Dabei sollten auch die neuen Anforderungen berücksichtigt werden, die seit Januar 2013 durch das PNG vorgegeben werden. Die Empfehlungen des Gutachters sollen sich dabei nicht auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beschränken, sondern auch anderweitige Verbesserungspotenziale des Versicherten aufzeigen. Entsprechend wurde im Vorfeld der praktischen Erprobung der bestehende Katalog der Antwortoptionen im NBA, die sich auf diesen Themenkomplex der Begutachtung beziehen, weiter ausformuliert, konkretisiert und mit Beispielen sowohl für Erwachsene als auch Kinder hinterlegt. Durch eine dezidierte Bearbeitung dieser Antwortoptionen bezogen auf jedes der acht Module

des NBA sollte der Gutachter bei seiner Entscheidung unterstützt und seine Auswahl geeigneter Therapie- oder Rehabilitationsmöglichkeiten erleichtert werden. Für die Praxis wurde das NBA zudem in den heute gültigen Rechtsrahmen überführt und mit den Erkenntnissen aus dem Projekt Reha XI verknüpft. Die Ergebnisse der praktischen Erprobung der Reha-Bedürftigkeitsprüfung mit dem NBA weisen darauf hin, dass der Gutachter die Frage, ob bestimmte Fähigkeiten des Versicherten durch spezifische Maßnahmen weiter verbessert werden können, nicht modulspezifisch bearbeiten sollte. Stattdessen sollte er im Anschluss an die Anamnese und Befunderhebung zunächst die Selbständigkeit des Versicherten in den Aktivitäten des NBA einschätzen und erst dann, ausgehend von dieser Beurteilung, eine zusammenfassende Bewertung des Verbesserungspotenzials des Versicherten vornehmen. Die Empfehlungen, die sich daraus ergeben, soll der Gutachter dann den folgenden drei Bereichen zuordnen:

1. Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung
2. Kognition und Kommunikation, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
3. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Mit dieser Vorgehensweise ließe sich aus Sicht des Arbeitsgremiums ein potenzieller Reha-Bedarf ableiten und begründen, außerdem ließen sich Empfehlungen für weitere möglicherweise notwendige Maßnahmen - auch präventiver Art - geben. Gleichzeitig können so unnötige Redundanzen in der Erhebung vermieden werden. Diese Erkenntnisse werden derzeit zu einem Vorschlag, wie ein zukünftiges Formulargutachten aufgebaut und ausgestaltet sein sollte, zusammengeführt. Das Arbeitsgremium empfiehlt mit Blick auf zukünftige Schulungen zu diesem Thema außerdem, den Prozess der Umsetzung der Reha-XI-Ergebnisse auch mit der Implementierung des NBA weiterzuführen.

Die erneute praktische Anwendung des NBA an einer repräsentativen Stichprobe von Antragstellern hat auch notwendige Anpassungsbedarfe des Instruments und seiner Bewertungssystematik deutlich gemacht: Die Schwierigkeiten, die die Gutachter in der Anwendung des Moduls 6 hatten, machen eine Konkretisierung der Ausfüllhinweise im Manual notwendig. Hier ist stärker herauszustellen, dass auch bei Pflegebedürftigen mit ausschließlich somatisch bedingtem personellem Unterstützungsbedarf die Auswirkungen motorischer Einschränkungen zu berücksichtigen sind. Bei diesem Personenkreis sollten auf Vorschlag des Arbeitsgremiums zukünftig bei allen Merkmalen dieses Lebensbereichs die Auswirkungen motorischer und kognitiver Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt werden, wobei auch die Auswirkungen sensorischer Beeinträchtigungen miteinzubeziehen sind. Die Ausfüllhilfe des Manuals wurde entsprechend angepasst und liegt als Vorschlag vor.

Ein wichtiger Aspekt in der Diskussion um die ausschließlich somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen soll noch einmal thematisiert werden: Das Expertengremium

hatte empfohlen, die Einstiegsschwelle bei den Modulen 6, 4 und 1 zu modifizieren. Pflegefachliche Aspekte lagen dieser Entscheidung nicht zugrunde. Diese Veränderung in der Gewichtung der Punktwerte in den genannten Modulen ist mit dafür verantwortlich, dass die rein somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen vergleichsweise größere Schwierigkeiten haben, einen höheren Pflegegrad zu erreichen. Die Folgen dieser Entscheidung sollten in Bezug auf die negativen Auswirkungen auf betroffene Pflegebedürftige sorgsam abgewogen werden. Das sollte im Rahmen der noch anstehenden Entscheidung über die Bewertungssystematik des NBA berücksichtigt werden.

Ein wichtiges Thema aus Sicht der Gutachter ist der Beratungsbedarf der Versicherten. In der Praxis zeigt sich, dass die Familien von Pflegebedürftigen häufig einen relativ hohen Beratungsbedarf zu verschiedenen Fragen rund um die Pflege haben. Die Fragen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zielen sowohl auf die leistungsrechtlichen Aspekte wie auch auf die infrastrukturellen Möglichkeiten von Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen sowie auf mögliche Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Es zeigt sich bereits heute, dass der Gutachter bei Aufkommen solcher Fragen in der Pflegebegutachtung schnell in einen Zielkonflikt gerät: Er hat zum einen in einem eng bemessenen Zeitrahmen die Begutachtung durchzuführen und zum anderen muss er im Sinne der Dienstleistungsorientierung die gesprächsweise nachgefragte Information und Beratung geben können. Die Versicherten und ihre Familienangehörigen erwarten vom Gutachter im Hausbesuch nützliche Hinweise, wie die Pflegesituation verbessert werden kann. Das bedeutet, dass Gutachter mitunter länger und intensiver in den Pflegehaushalten beraten als bislang. Festzulegen wäre hier, was im Rahmen der Begutachtung im Sinne einer Impulsberatung geleistet werden kann und welche weitergehenden Beratungsinhalte durch andere Beratungsinstanzen nach dem Begutachtungstermin vom Gutachter angestoßen werden können.

Weitere Fragen, die sich im Rahmen der Vorbereitung des Systemwechsels sicherlich noch ergeben werden, können nun auf der Grundlage des umfassenden aktuellen Datenmaterials der Praktikabilitätsstudie fundiert beantwortet werden.

Ein weiteres wesentliches Ziel der Studie war die Erhebung der Akzeptanz des NBA bei den Versicherten. Dieser Studienteil war von einigen Unwägbarkeiten begleitet, da sie zu einem Zeitpunkt erfolgte, wo weder die Versicherten noch ihre Angehörigen über hinreichend Wissen und Erfahrungen zum NBA verfügten. Daher war es erforderlich, sich der Perspektive der Versicherten über verschiedene sekundäre Datenquellen anzunähern: Vertreter von Betroffenen(organisationen) diskutierten in einer Fokusgruppe über ihre Einschätzungen zum NBA. Als weitere Quelle zur möglichen Akzeptanz des NBA wurden die aus der Erfahrung gespeisten Einschätzungen der Gutachter herangezogen. Auch wenn die Ergebnisse nur stellvertretend für die Versicherten sprechen und über die eigentlichen Fragestellungen der Praktikabilitätsstudie hinausgehen, können sie zur

Vorbereitung des Systemwechsels dienlich sein: Aus Sicht der Gutachter und Experten erweitert das NBA gegenüber dem derzeitigen Verfahren das Themenspektrum der Begutachtung um wesentliche für die Versicherten und ihre Angehörigen relevante Bereiche, auch wenn diese nicht vollständig (Module 7 und 8) in die Pflegegradermittlung Eingang finden. Für die Akzeptanz des NBA in der Öffentlichkeit ist aus Sicht der Experten und Gutachter entscheidend, dass man den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA nicht mit zu hohen Erwartungen überfrachtet. In zielgruppenspezifischen Informationen und in der Kommunikation über das NBA sollte dieser Aspekt herausgearbeitet werden. Das neue Verfahren sollte vor allem transparent dargestellt werden, sodass die Entscheidung für einen Pflegegrad für Betroffene und Beratungseinrichtungen nachvollzogen werden kann. In der Kommunikation zum NBA ist zu berücksichtigen, dass für Angehörige das Erleben der eigenen Belastung im Vordergrund steht, während das NBA die Selbständigkeit der Versicherten erhebt; das Belastungserleben und die Selbständigkeit gehen jedoch nicht immer konform.

Für die Akzeptanz seitens der Betroffenen spielt es eine große Rolle, wie gut die Individualität der Antragsteller berücksichtigt wird bzw. wie die Antragsteller dies erleben. Grundsätzlich wird das NBA als Instrument eingeschätzt, das aufgrund der differenzierten Themenbereiche und der Darstellung der Ressourcen individuelle Besonderheiten besser als bisher zur Geltung kommen lässt. Auch bezüglich der Aktivierung und Rehabilitation werden im NBA Chancen gesehen, diesbezüglich differenzierte Empfehlungen auszusprechen.

Insgesamt ist das große Engagement aller Beteiligten hervorzuheben, das über die eigentlichen Ziele und Aufgaben der Studie weit hinausging. Wir danken den Gutachtern, den Versicherten und ihren Angehörigen, die die Studie unterstützt und damit einen wertvollen Beitrag zum Gelingen geleistet haben.

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S./Höhmann, U. (2013): Pflegewissenschaftliche Prüfung der Ergänzungen und Modifikationen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA). Gemeinsame Kurzexpertise im Auftrag des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Bericht Team 1 AG 2 (2013): Ausgestaltung des Pflegegrades 5. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/Teamberichte/A_G_2_Team_1_Bedarfskonstellationen__Pflegegrad_5.pdf (letzter Aufruf: 26.01.2015)
- Bericht Team 2 AG 2 (2013): Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern mit dem Neuen Begutachtungs-Assessment (NBA). URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/Teamberichte/A_G_2_Team_2_Kinderbegutachtung.pdf (letzter Aufruf: 26.01.2015)
- Bohnsack, R. (2009): Gruppendiskussion. In: Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I.: Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Neuer-Pflegebeduertigkeitsbegr.pdf> (letzter Aufruf: 03.09.2013)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013): Bericht des Beirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf (letzter Aufruf: 03.09.2013)
- Flick, U. (1991): Triangulation. In: Flick, U./Kardorff, E. v./Keupp, H./Rosenstiel, L. V./Wolf, S.: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München, Weimar, S. 432-424
- Flick, U. (2003): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U./Kardorff, E. v./Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek, S. 309-318
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung, 4. überarb. Aufl., Weinheim
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung - Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Basel
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2013): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2012. Essen
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (Hg.) (2013): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. URL: http://www.mds-ev.org/media/pdf/BRi_Pflege_2013_Lesezeichen%281%29.pdf (letzter Aufruf: 07.11.2014)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2014): Versichertenbefragung. Entwurf, unveröffentlicht

- Reason, P./Bradbury, H. (Hg.) (2008): The Sage handbook of action research. Participative Inquiry and Practice. 2. Aufl., London
- Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Saujer, S./Unger, R. (2011): Barmer GEK-Pflegereport 2011. Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 11. St. Augustin
- Rothgang, H./Huter, K./Kalwitzki, T./Mundhenk, R. (2014): Reha XI. Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung - Kurzbericht. URL: http://www.zes.uni-bremen.de/lib/download.php?file=1e147ac5d4.pdf&filename=Reha_XI_Ergebnisse_Kurzbericht.pdf (letzter Aufruf: 26.01.2015)
- Teddlie, C./Tashakkori, A. (2003): Handbook of mixed methods in social & behavioral research. Thousand Oaks
- Windeler, J./Görres, S./Thomas, S./Kimmel, A./Langner, I./Reif, K./Wagner, A. (2008): Abschlussbericht. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Hauptphase 2. Essen, Bremen
- Wingefeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Bielefeld, Münster
- Wingefeld, K./Gansweid, B. (2013): Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Abschlussbericht. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/Materialien/Abschlussbericht_PBB_IPW_MDKWL_2013.pdf (letzter Aufruf: 04.12.2014)

Ergebnisse der Schulungsevaluation

Einführung

Vor Beginn der Feldphase der Studie, in der – parallel zu den Begutachtungen nach dem derzeit gültigen Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI – Begutachtungen nach dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) durchgeführt wurden, wurden alle an der Studie teilnehmenden Gutachter in der Anwendung des NBA sowie zum Hintergrund der Studie in einer zweitägigen Veranstaltung geschult. Insgesamt fanden vier Schulungen statt. Im Mittelpunkt der Veranstaltungen stand das Neue Begutachtungsassessment. Die Teilnehmer wurden mit Fallbeispielen in die praktische Anwendung des NBA eingeführt und hatten Gelegenheit, anhand von Fallbesprechungen die Anwendung zu üben. Es wurden zudem Informationen über die Praktikabilitätsstudie sowie über die Evaluationsstudie der Universität Bremen gegeben. Die Schulungsveranstaltungen wurden evaluiert, um wichtige Hinweise für zukünftige Schulungen vor Einführung des NBA gewinnen zu können. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragungen dargestellt.

Struktureller Rahmen - Gruppengröße, Themen und Umfang

Die ersten Fragen des Fragebogens befassten sich mit Bewertungen von strukturellen Rahmenbedingungen der Schulungen. Mehr als 60% der Gutachter gaben der gewählten Gruppengröße die Schulnote gut (54,1%) bis sehr gut (8,2%) (Mittelwert MW = 2,39, das entspricht der Schulnote „gut“ bzw. „zwei minus“, Standardabweichung SD = 0,773, siehe Abb. 12).

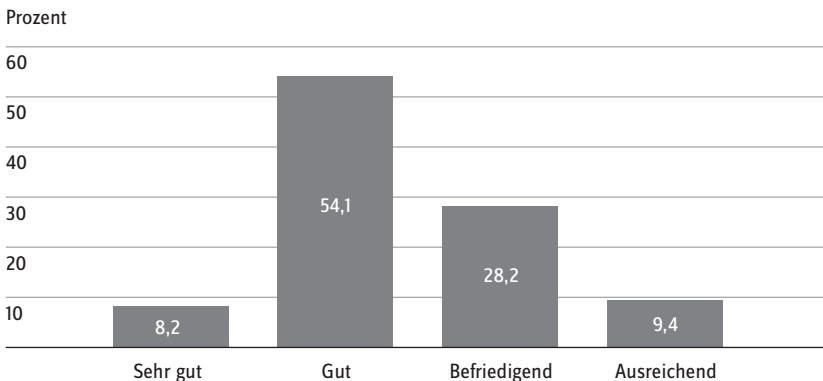


Abb. 12: Gruppengröße (n = 85)

Anhang

Des Weiteren wurden die Teilnehmer nach deren Ansicht zum Umfang der Schulung, d.h. der Gesamtstundenanzahl, sowie zur ihrer Einschätzung der Länge der einzelnen Schulungseinheiten befragt. So fanden über die Hälfte der Gutachter, dass der gesamte zeitliche Schulungsumfang gut (50%) bis sehr gut (6%) und die Länge der einzelnen Einheiten ebenfalls gut (48,2%) bis sehr gut (10,8%) konzipiert waren (Schulungsumfang: MW = 2,57, das entspricht der Schulnote „2-3“, SD = 0,909; Länge der einzelnen Stunden: MW = 2,4, SD = 0,826, Abb. 13 und 14).

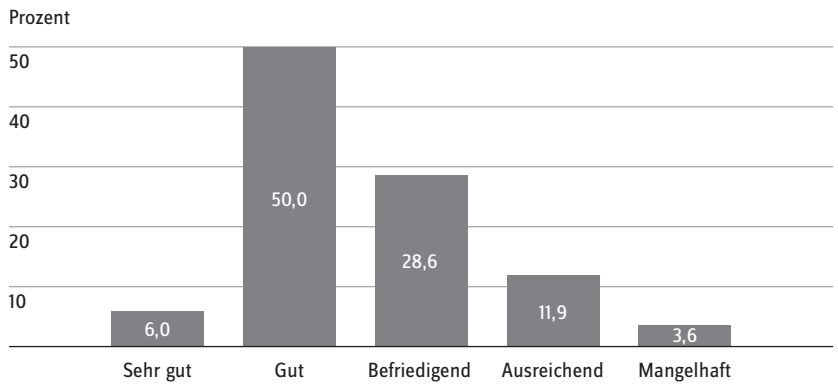


Abb. 13: Schulungsumfang (n = 84)

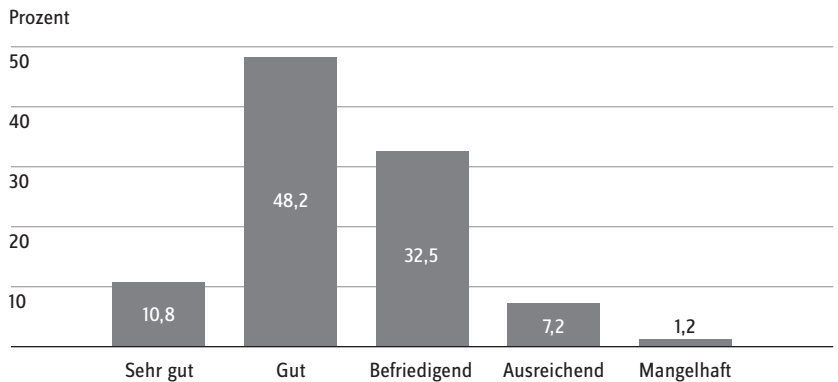


Abb. 14: Länge der Stunden (n = 83)

Aufbau und die Reihenfolge der Schulungsthemen wurden von über 80% der Teilnehmer als gut (70,6%) bis sehr gut (11,8%) empfunden (MW = 2,08, Schulnote „gut“, SD = 0,602, Abb. 15).

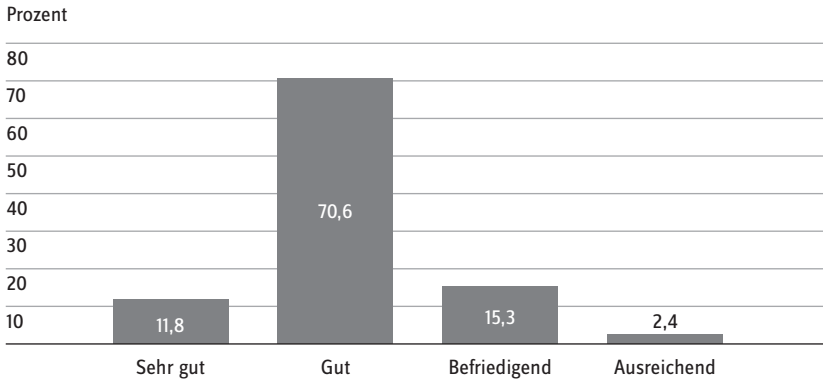


Abb. 15: Aufbau und Reihenfolge der Themen (n = 85)

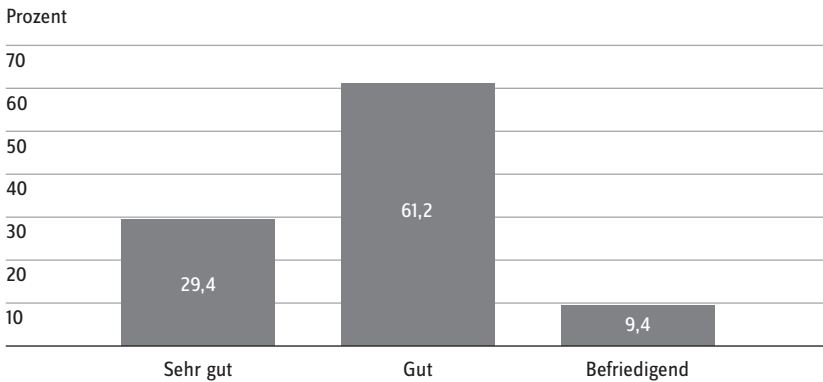


Abb. 16: Auswahl der Schulungsthemen/-inhalte (n = 85)

Die Auswahl der Schulungsthemen und -inhalte entsprach überwiegend den Bedürfnissen der Teilnehmer, die große Mehrheit der Schulungsteilnehmer schätzten dies als gut (61,2%) bis sehr gut (29,4%) ein (MW = 1,8, Schulnote „eins minus“, SD = 0,594, Abb. 16).

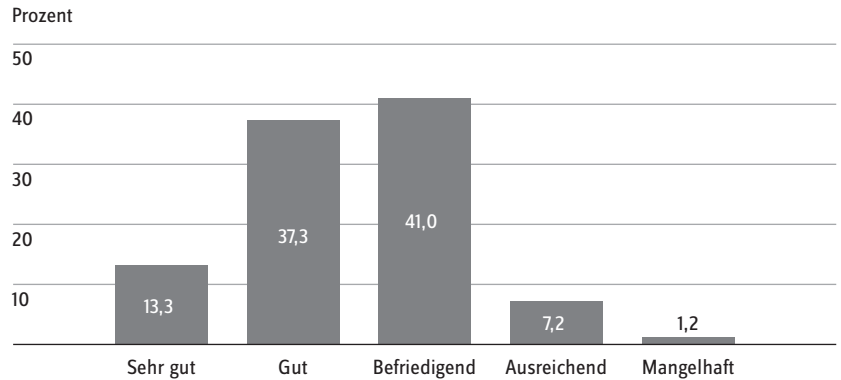


Abb. 17: Zeiteinteilung für die einzelnen Themen (n = 83)

Die Zeiteinteilung der einzelnen Themen erhielt mit 41% überwiegend die Bewertung „befriedigend“, 37,3% schätzten die Zeiteinteilung als „gut“ ein (MW = 2,46, Schulnote „2-3“, SD = 0,86, Abb. 17).

Schulungsmaterial

Die in der Schulung eingesetzten Folien wurden von über 80% der Teilnehmer als gut (58,3%) bis sehr gut (25%) bewertet (MW = 1,95, Schulnote „gut“, SD = 0,727, Abb. 18).

Fast alle Gutachter empfanden das schriftliche Schulungsmaterial für den persönlichen Gebrauch und Verbleib gut (64,7%) oder sehr gut (29,4%) (MW = 1,79, Schulnote „eins minus“, SD = 0,619, Abb. 19).

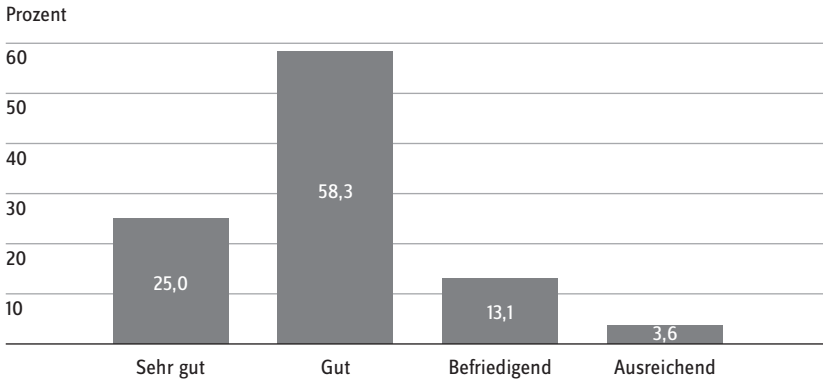


Abb. 18: Folien (n = 84)

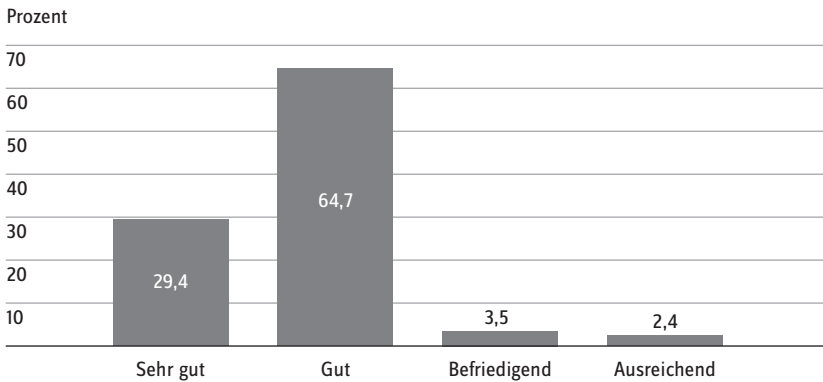


Abb. 19: Schriftliches Unterrichtsmaterial (n = 85)

Umfeld, Unterbringung und Verpflegung

Das Lernumfeld, d.h. die Ausstattung der Räume und die vorhandenen Medien, wurden von fast allen Teilnehmern als gut (61,2%) bis sehr gut (28,2%) bewertet (MW = 1,84, SD = 0,63, Abb. 20). Ebenso wurden Unterbringung und Verpflegung mit großer Mehrheit als gut bis sehr gut bewertet (MW = 1,83, SD = 0,685 bzw. MW = 1,73, SD = 0,766, Abb. 21 und 22).

Anhang

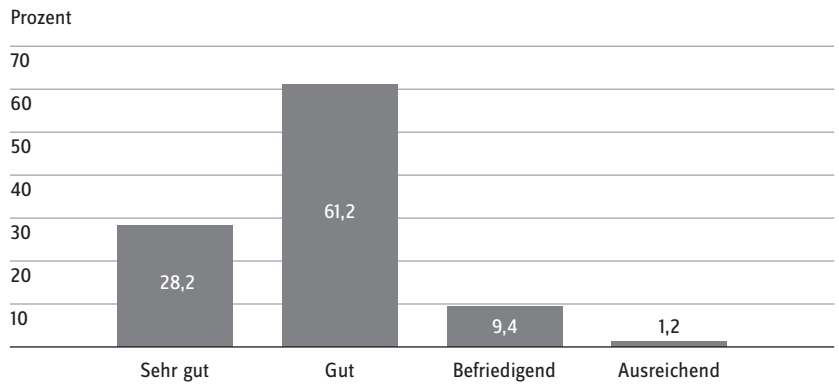


Abb. 20: Lernumfeld (Ausstattung der Räume, Medien) (n = 85)

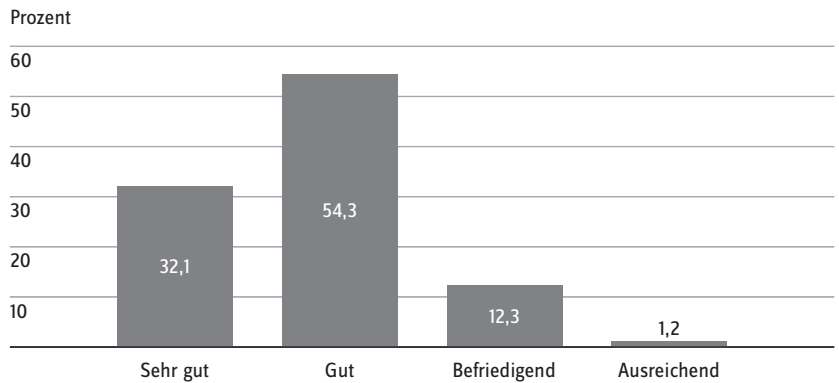


Abb. 21: Unterbringung (n = 81)

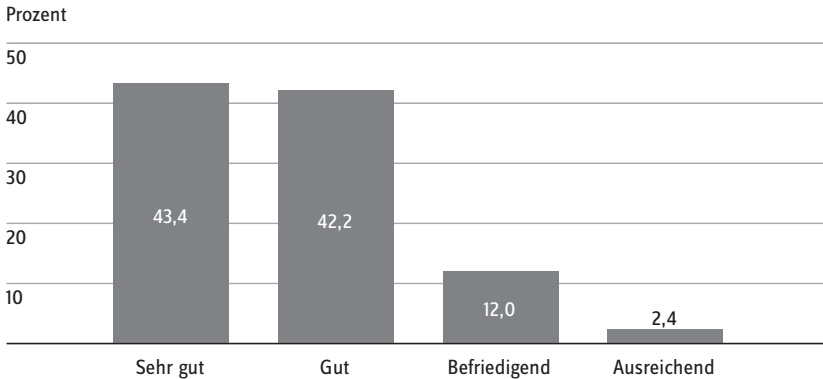


Abb. 22: Verpflegung (n = 83)

Vorstellungen und Erwartungen der Schulungsteilnehmer

Bezüglich der Vorstellungen und Erwartungen, mit denen die Gutachter zur Schulung anreisten, standen das genauere Kennenlernen des NBA und der Unterschied zum derzeitigen Verfahren im Vordergrund. Dies schließt die Kenntnis und das Verständnis des Erhebungsbogens, einen strukturierten Überblick über das NBA genauso wie Hintergrundinformationen zum neuen Assessment ein. Die Teilnehmer erwarteten, ein besseres Verständnis des neuen Ansatzes der Selbständigkeit zu erhalten und die Unterschiede zum derzeitigen Verfahren kennenzulernen und zu verstehen. Die Gutachter möchten Antworten auf ihre Fragen erhalten, mit denen sie in die Schulung gekommen sind oder die während der Schulung entstanden sind. Die Teilnehmer erwarteten, dass sie die sichere Anwendung des NBA und der dazugehörigen Software erlernten, und wünschten sich hierfür konkrete und bundesweit einheitliche Vorgaben zur Bewertung der einzelnen Items. Ein erkennbarer Praxisbezug und praxisnahe Fallbeispiele sollten das Erlernen der Anwendung unterstützen.

Auch allgemeine Informationen zur Praktikabilitätsstudie sowie Informationen über die laufenden Vorbereitungen zur Studie und deren Umsetzung waren Teil der Erwartungen. So könnten sich die Gutachter „mit gutem Gewissen“ an der Studie beteiligen. Die Gutachter wünschten sich, die Unterschiede zwischen der Studie 2008 und der derzeitigen Studie zu verstehen. Zudem gab es auch die Neugier darüber, welche Entwicklungen sich seit der Studie 2008 bis heute ergeben haben. Nicht zuletzt zählte der Austausch mit Gutachtern aus den anderen Bundesländern zu den wichtigsten Erwartungen der Teilnehmer.

Auf die Frage, wie gut die Schulung den Erwartungen entsprach, reichten die Antworten von sehr gut bis ausreichend. Überwiegend wurden die Erwartungen der Teilnehmer

erfüllt, sie fühlten sich sehr gut informiert durch die praxisnahe Vermittlung und Besprechung von Praxisbeispielen. Die Gutachter gaben an, dass sie am Abschluss der Schulung das Gefühl hätten, mit dem NBA umgehen zu können, dass sie mit dem Erhebungsbogen nun vertraut seien und dass ihnen „die Philosophie der Begutachtung“ deutlich geworden sei.

Diejenigen Gutachter, deren Erwartungen weniger gut erfüllt wurden, bemängelten vor allem, dass nicht ausreichend Zeit für die Bearbeitung dieses komplexen Themas zur Verfügung stand. Insbesondere wünschten sie sich mehr Zeit für die Bearbeitung der Fallbeispiele und für das Thema Rehabilitation.

Zufriedenheit mit der Schulung

Insgesamt wurde die Schulung von den Teilnehmern als interessant und lehrreich bzw. informativ empfunden, ein Zitat: „sehr, sehr spannend“. Auch wurde bei vielen das Interesse am NBA geweckt und ein neuer Blickwinkel auf die Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit aufgezeigt. Im Rahmen der Evaluation der Schulung hatten die Gutachter die Möglichkeit, anhand einer Skala eine globale Einschätzung der Zufriedenheit mit der Schulung abzugeben. Nahezu alle Gutachter waren insgesamt mit der Schulung zufrieden (81,2%) oder sehr zufrieden (15,3%). Unzufrieden mit der Schulung war nur ein Teilnehmer, sehr unzufrieden waren zwei Gutachter (MW = 1,91 auf einer vierstufigen Skala mit 1 = sehr zufrieden und 4 = unzufrieden, SD = 0,503, Abb. 23).

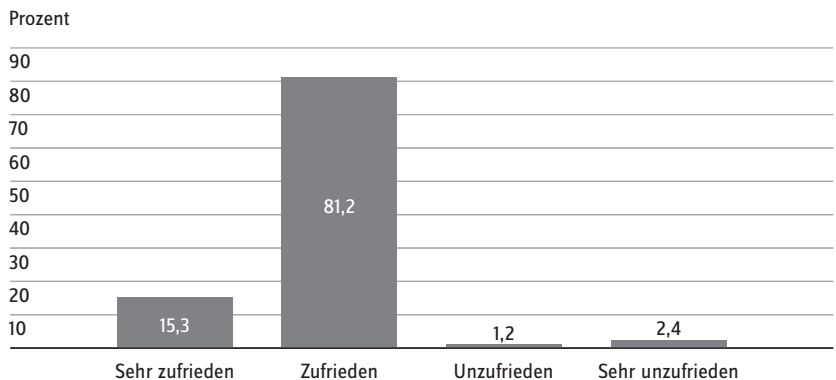


Abb. 23: Zufriedenheit insgesamt (n = 85)

Als besonders gut gelungen wurden die praxisnahen Fallbeispiele bzw. die Fallbesprechungen genannt, ein Zitat: „aus der Praxis für die Praxis“. Weiterhin wurden die Diskussionen und der Austausch der Gutachter untereinander als gut gelungen genannt.

Auch die Abrufbarkeit der Informationen über MD Campus wurde gelobt. Als weniger gut gelungen wurde wiederum häufig der zeitliche Aspekt genannt, aber auch die große Menge an Informationen und Unterlagen. Es wurde der Wunsch nach einem zusätzlichen Schultag und einer geringeren Gruppengröße geäußert. Für einige Gutachter war die Schulung nicht immer gut strukturiert, es fehlte ihnen zum Teil der „rote Faden“. Neben mehr Zeit für Informationen, Diskussionen und Austausch fehlten einigen Teilnehmern Hintergrundinformationen für eine gezieltere politische und gesellschaftliche Einordnung des NBA, praktische Übungen mit der Erhebungssoftware und eine differenziertere Besprechung des Ablaufs des gesamten Hausbesuchs.

Wahrgenommene Sicherheit in der Anwendung des NBA

Die Gutachter wurden darüber befragt, inwieweit sie sich nach der Schulungsveranstaltung nun in die Lage versetzt sehen, das NBA anzuwenden, einerseits als globale Frage, andererseits bezüglich der Frage, wie gut sie sich hinsichtlich der besonderen Bedarfskonstellationen, der verschiedenen Module des NBA, der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Kindergutachten vorbereitet fühlen. So antworteten mit über 80% eine große Mehrheit der Gutachter, dass sie sich durch die Schulung gut in die Lage versetzt fühlen, das NBA anzuwenden. Jeweils sieben Teilnehmer fühlen sich sehr gut bzw. weniger gut auf die praktische Anwendung vorbereitet. Drei Gutachter beantworteten diese Frage nicht (MW = 2,0 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,416, Abb. 24).

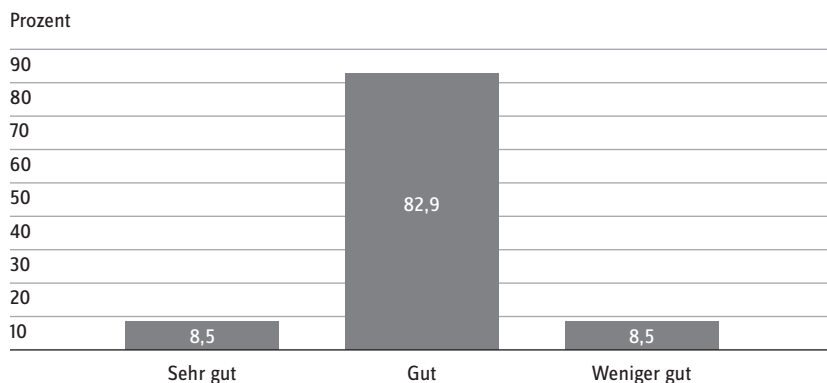


Abb. 24: Anwendung des NBA (n = 82)

Etwa ein Drittel der Teilnehmer fühlte sich in der Anwendung der besonderen Bedarfskonstellationen sehr gut (32,5%), mehr als die Hälfte (57,8%) fühlte sich gut vorbereitet (MW = 1,77 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,611, Abb. 25). Auch hinsichtlich der Module des NBA fühlten sich die Gutachter überwiegend gut (76,5%) bis sehr gut

(15,3%) vorbereitet (MW = 1,93 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,483, Abb. 26). Des Weiteren gab auf der einen Seite die Mehrheit der Gutachter an, sich betreffs der Rehabilitationsbedürftigkeit gut (47,1%) bis sehr gut (11,8%) vorbereitet zu fühlen. Demgegenüber stehen jedoch 41,2% der Teilnehmer, die sich an dieser Stelle weniger gut vorbereitet fühlten (MW = 2,29 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,669, Abb. 27).

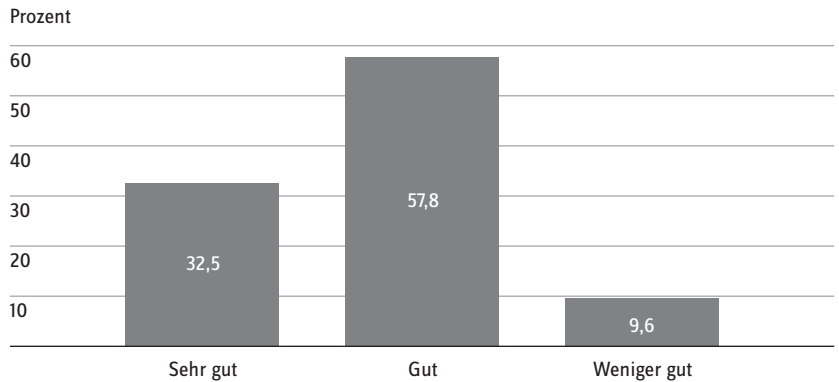


Abb. 25: Besondere Bedarfskonstellationen (n = 83)

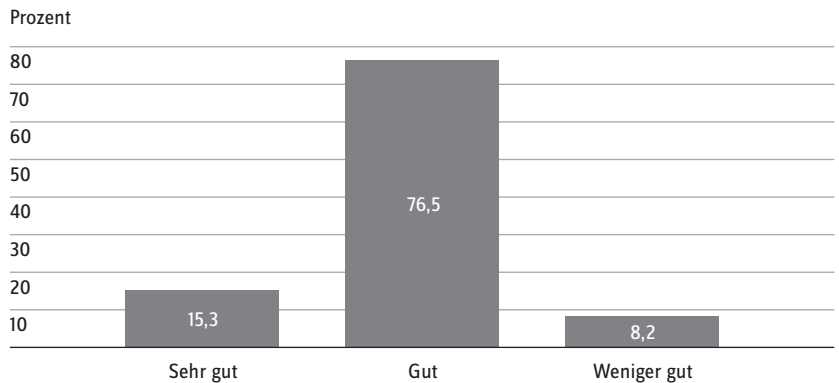


Abb. 26: Module (n = 85)

Die Frage, inwieweit sich die Gutachter für Kindergutachten vorbereitet fühlen, beantworteten insgesamt nur 34 Personen (Abb. 28). Dies erklärt sich dadurch, dass 62,4% der an der Schulung teilnehmenden Gutachter keine Kindergutachten durchführten. Von denjenigen, die diese Frage beantworteten, fühlen sich die große Mehrheit gut bis sehr gut vorbereitet (64,7% bzw. 17,6%) (MW = 2,03 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,674, Abb. 28).

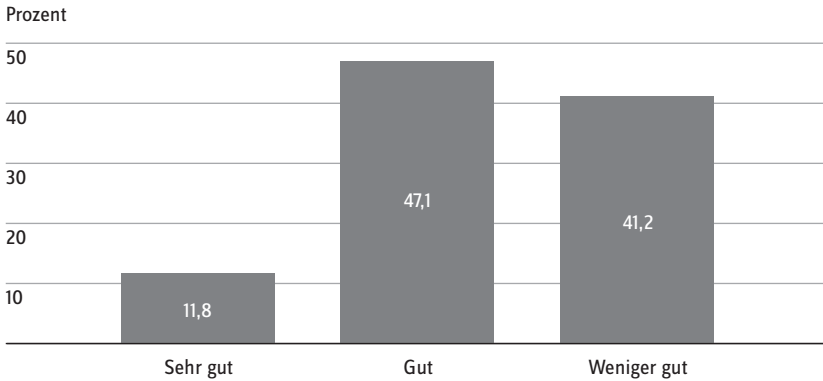


Abb. 27: Rehabilitation (n = 85)



Abb. 28: Kindergutachten (n = 34)

Didaktik

Nahezu alle Gutachter (96,5%) stimmten der Aussage „Die Inhalte wurden einfach und verständlich vermittelt“ zu (MW = 1,67 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,543, Abb. 29). Insbesondere die Fallbeispiele wurden mit großer Mehrheit als anschaulich (97,7%, MW = 1,61 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,537) und praxisnah (94%, MW = 1,61 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,602) bewertet. Hinsichtlich des Ablaufs der Praktikabilitätsstudie fühlte sich die große Mehrheit der Teilnehmer gut informiert (91,8%, MW = 1,84 auf einer vierstufigen Skala, SD = 0,553, Abb. 30).

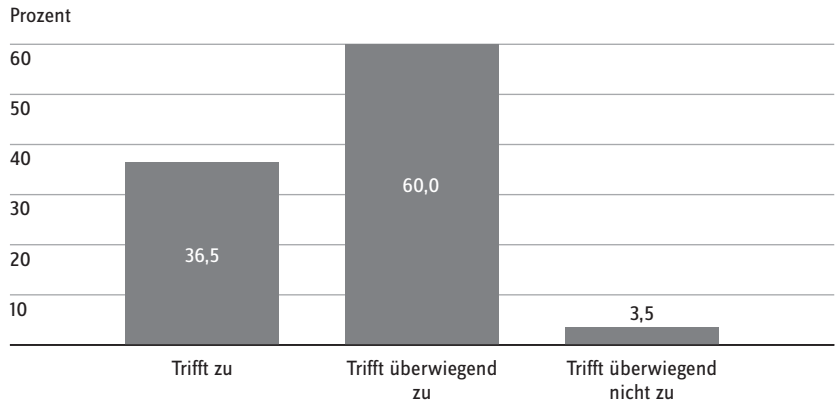


Abb. 29: Vermittlung der Inhalte (n = 85)

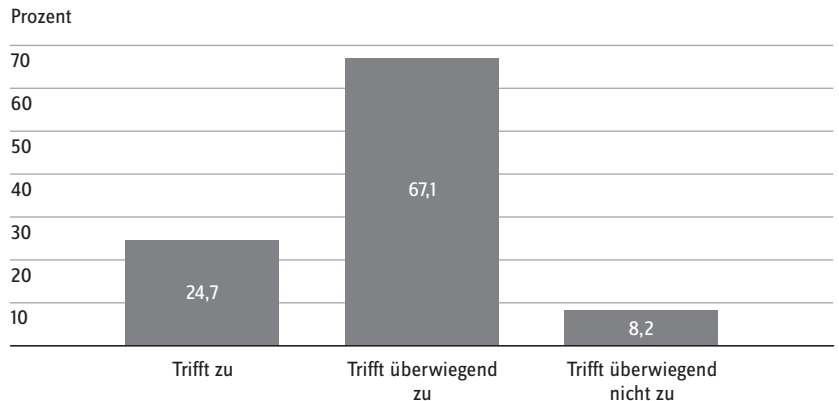


Abb. 30: Studienablauf (n = 85)

Lernatmosphäre und Zusammenarbeit

Nach Ansicht aller Befragten fand die Schulung in einer freundlichen Lernatmosphäre und in konstruktiver Zusammenarbeit statt (MW = 1,33, SD = 0,474 bzw. MW = 1,45, SD = 0,5, Abb. 31 bzw. 32). Es traten nach überwiegender Ansicht der Teilnehmer nur wenige Störungen auf (MW = 1,72, SD = 0,701, Abb. 33). Für etwa 20% der Gutachter war jedoch zu wenig Zeit für Diskussionen (MW = 1,87, SD = 0,745, Abb. 34) und etwa die gleiche Anzahl an Teilnehmern fühlte sich in der Schulung überfordert (MW = 3,69, SD = 0,701, Abb. 35). Die Frage nach Unterforderung wurde nur von acht Personen

beantwortet, sodass auf eine weitere Auswertung verzichtet wurde. Da zum Zeitpunkt der Schulung die Erhebungssoftware noch nicht abschließend programmiert war, konnte dementsprechend die Frage nach dem Umgang mit der Software ebenfalls nicht ausgewertet werden.

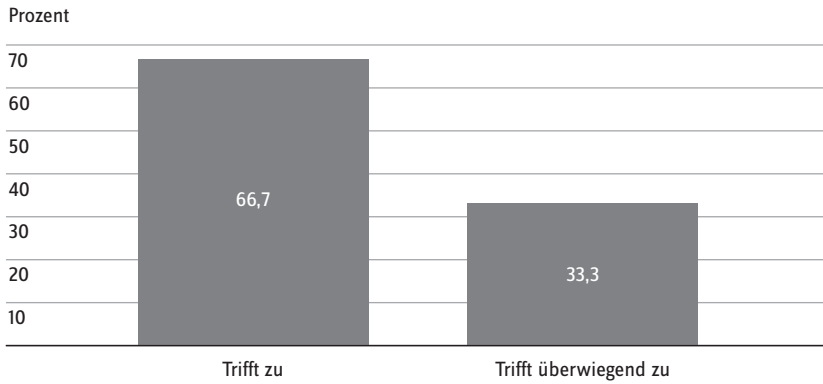


Abb. 31: Lernatmosphäre (n = 84)

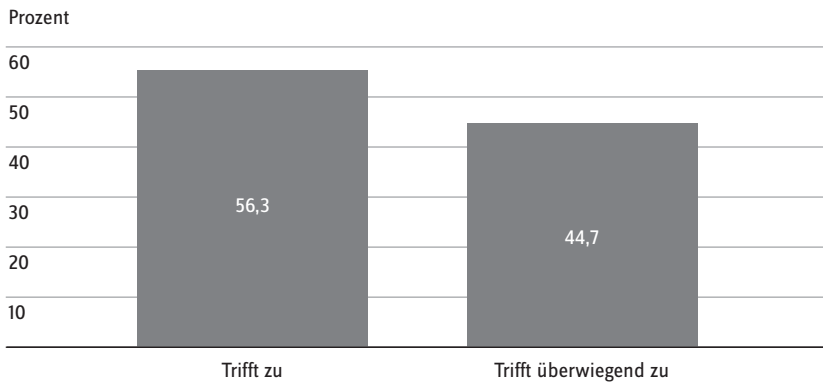


Abb. 32: Zusammenarbeit (n = 85)

Anhang

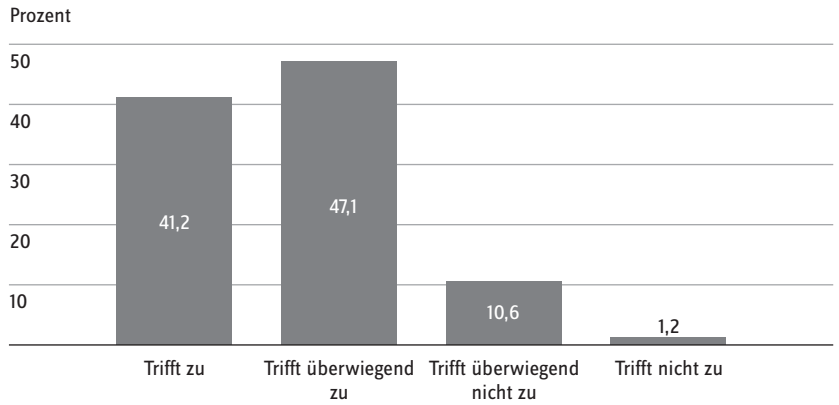


Abb. 33: Störungen (n = 85)

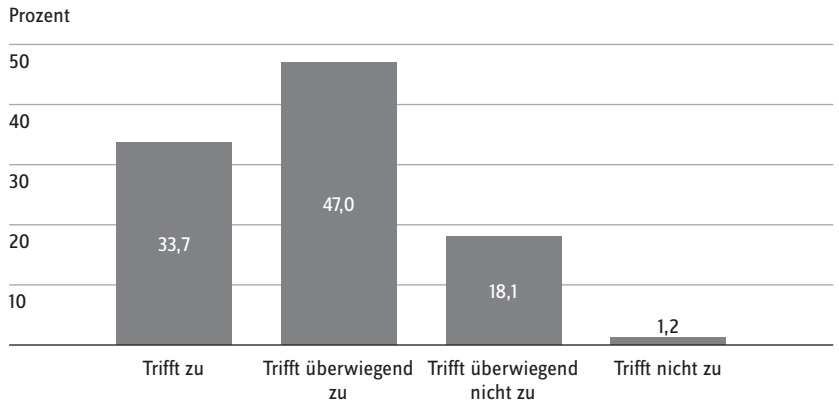


Abb. 34: Diskussionen (n = 83)

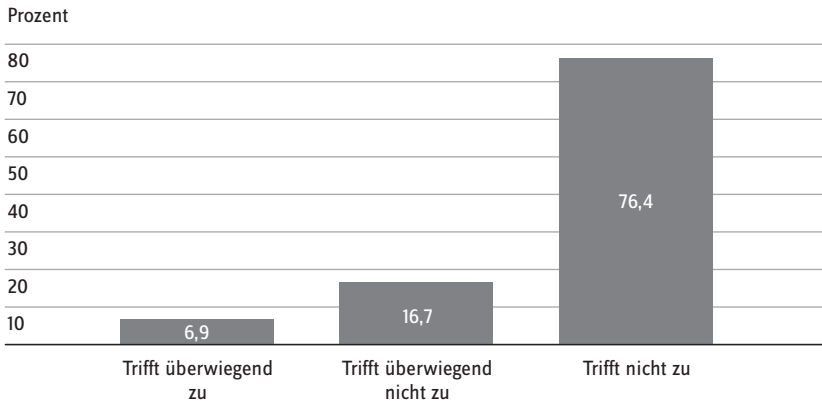


Abb. 35: Überforderung (n = 72)

Veränderungen der Haltung gegenüber dem NBA

Die letzte Frage bezog sich darauf, inwieweit sich die Einstellung der Gutachter gegenüber dem NBA durch die Schulung verändert hat. 39 von 85 Gutachtern (45,9%) befürworteten nach der Schulung das NBA genauso wie vor der Schulung. Ihre positive Einstellung hatte sich also nicht geändert. 26 Gutachter (30,6%) änderten ihre Einstellung gegenüber dem NBA in eine positive Richtung, sie standen also nach der Schulung dem NBA positiver als vor der Schulung gegenüber. Sowohl vor wie nach der Schulung kritisch gegenüber dem NBA äußerten sich elf Teilnehmer (12,9%) und fünf Gutachter (5,9%) waren nach der Schulung dem NBA gegenüber negativer als vorher eingestellt. Lediglich vier Befragte hatten keine Ansichten über das NBA (4,7%).

Zusammenfassendes Fazit

Die Evaluation der Gutachterschulung zur Anwendung des NBA bestätigt insgesamt die hohe Qualität der durchgeführten Schulungen.

Der strukturelle Rahmen wurde durchgängig am häufigsten mit der Note „gut“ bewertet, so auch die Gruppengröße. Dennoch äußerten einige Gutachter in den Freitexten den Wunsch nach kleineren Gruppen. Ähnlich verhielt es sich mit dem zeitlichen Rahmen: Er wurde von den meisten Befragten als „gut“ bewertet, lediglich die Frage nach der Zeiteinteilung für einzelne Themen wurde etwas schlechter bewertet. Zudem zeigte sich in den Freitextfeldern häufig der Wunsch nach mehr Zeit, insbesondere für Fallbearbeitungen und den Austausch der Gutachter untereinander.

Anhang

Das methodisch-didaktische Vorgehen, die Schulungsunterlagen, die Folien und das Lernumfeld erhielten durchgängig gute bis sehr gute Bewertungen. Ein Teil der Gutachter fühlte sich in der Schulung überfordert. Dies passt zu den Aussagen eines Teils der Gutachter an verschiedenen Stellen im Fragebogen, die sich mehr Zeit für die Schulung wünschten.

Die Befragten schilderten in den Freitextfeldern ihre Erwartungen und bestätigten, dass sich ihre Erwartungen überwiegend erfüllt hätten. Die Gutachter fühlten sich sehr gut informiert und bereit, das NBA anzuwenden. Die große Mehrheit der Teilnehmer empfand die Schulung als interessant und war zufrieden. Als besonders gut gelungen wurden die praxisnahen Fallbeispiele bzw. die Fallbesprechungen genannt. Weiterhin wurden die Diskussionen und der Austausch der Gutachter untereinander als positiv hervorgehoben.

Die Mehrheit der Gutachter fühlte sich durch die Schulung gut auf die Anwendung des NBA vorbereitet.

Erhebungsbogen Erwachsene

Anhang

Bitte tragen Sie hier zunächst die Gutachter-Identifikationsnummer ein und legen Sie die Fallnummer entsprechend der Fallschlüsselliste an!

Gutachter-Identifikationsnummer: |_|_|_|_|

Fallschlüssel: |_|_|_|_|_|

Erste Begutachtung

Zweite Begutachtung (bei zweiter Begutachtung bitte Teil I bis Teil III durchführen)

I Bitte holen Sie das Einverständnis des Antragstellers zur Teilnahme an der Studie ein!

I.1 Einverständnis zur Teilnahme an der Praktikabilitätsstudie:

- Einverständnis liegt vor.
- Einverständnis liegt nicht vor.

Wenn der Antragsteller sein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie nicht gibt, senden Sie diese Information bitte an Ihren zentralen Ansprechpartner. Der Fall wird im Feld nicht weiterverfolgt!

Liegt das Einverständnis vor, bearbeiten Sie bitte zunächst die Befunderhebung und pflegerelevante Vorgeschichte im Formulargutachten auf Grundlage der gültigen BRI!

Nach Abschluss der Befunderhebung führen Sie bitte das Neue Begutachtungsassessment durch und dokumentieren Sie nachfolgend Ihre Ergebnisse!

II Zusammenfassende Informationen aus der Anamnese- und Befunderhebung

A Erfassung besonderer Versorgungskonstellationen

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

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

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

A.3 Besondere Versorgungskonstellation (Mehrfachnennungen möglich)

a) Ausgeprägte Schmerzsymptomatik (z.B. andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) Ausgeprägte Spastiken/Kontrakturen (mehrere Gelenke der Extremitäten, Pflegehandlungen sind zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) Komplexe palliative Symptomatik bei stark begrenzter Lebenserwartung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
d) Respiratorische Insuffizienz (Person ist beatmungspflichtig, intermittierend oder dauerhaft)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
e) Wachkoma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
f) Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung (Visus auf besserem Auge max. 1/50)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
g) Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit (auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
h) Aus anderen Gründen? Bitte angeben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

A.4 Erfordernis nächtlicher Unterstützung

- Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich 1x pro Nacht
 Mehrmals nachts

A.5 Verschlucken bei der Nahrungsaufnahme mit Aspirationsgefahr

- Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich 1x täglich
 Mehrmals täglich

A.6 Auftreten von generalisierten Krampfanfällen

- Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich 1x täglich
 Mehrmals täglich

A.7 Erforderlichkeit der Präsenz am Tage einer Pflegeperson (in Rufnähe)

- Nein Mehrmals täglich Überwiegend Durchgehend
-

Modul 1: Mobilität

Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 1.1 bis 1.5 ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

0 = Selbständig
 1 = Überwiegend selbständig
 2 = Überwiegend unselbständig
 3 = Unselbständig

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

**1.6 Besondere Bedarfskonstellation (siehe Manual Seite 13)
 Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine**

Ja

Erläuterung(en): _____

1.7 Veränderungen der Mobilität innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung, und zwar: _____
- Verschlechterung, und zwar: _____
- Keine Veränderung _____
- Nicht zu beurteilen

1.8 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. des Erhalts)?

- Ja, im Hinblick auf: _____
- Durch (Mehrfachangaben möglich):
- Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Ergotherapie; Krankengymnastik
- Optimierung der räumlichen Umgebung, und zwar: _____
z.B. Anbringen von Handläufen und Haltegriffen, Rampe
- Hilfsmiteileinsatz bzw. dessen Optimierung, und zwar: _____
z.B. Rollator, Lagerungsmittel
- Andere Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Pflegeschulung, aktivierende Pflege, Kurs zur Sturzprophylaxe
- Auch ohne Maßnahmen,
natürlicher Verlauf, Rekonvaleszenz
- Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 2.1 bis 2.8 ausschließlich auf die kognitiven Fähigkeiten.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die motorische Umsetzung.

Bei den Merkmalen 2.9 bis 2.11 sind auch die Auswirkungen von Hör- oder Sprechstörungen zu berücksichtigen.

Die Fähigkeit ist:
 0 = Vorhanden/unbeeinträchtigt
 1 = Größtenteils vorhanden
 2 = In geringem Maße vorhanden
 3 = Nicht vorhanden

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

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

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um pathologische Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Erkrankungen oder zerebralen Schädigungen, die trotz adäquater Diagnostik und Therapie immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen.

Bei Kombination verschiedener Verhaltensweisen wird die Häufigkeit von Ereignissen nur einmal erfasst. (z.B. Nächtliche Unruhe bei Angstzuständen, entweder 3.2 oder 3.10, aber nicht beides).

0 = Nie oder nur sporadisch
 1 = Selten, d.h. ein- bis zweimal innerhalb von zwei Wochen
 2 = Häufig, d.h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
 3 = Täglich

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

3.14 Besondere Bedarfskonstellation (siehe Manual Seite 24)

Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung

Ja

Erläuterung(en): _____

3.15 Veränderungen der Fähigkeiten innerhalb der letzten Wochen/Monate

Verbesserung, und zwar: _____

Verschlechterung, und zwar: _____

Keine Veränderung _____

Nicht zu beurteilen

3.16 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. Erhalt)?

Ja, im Hinblick auf: _____

Durch (Mehrfachangaben möglich):

Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen, und zwar:
z.B. neuropsychologische orientierte Behandlung im Rahmen der Ergotherapie, Gedächtnis-
sprechstunde

Optimierung der räumlichen Umgebung, und zwar: _____
z.B. durch Orientierungshilfen, Farb- und Lichtgestaltung

Hilfsmiteileinsatz bzw. dessen Optimierung, und zwar: _____
z.B. Kommunikationshilfe

Andere Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Entlastung der Pflegeperson durch Wissensvermittlung, Besuch von Angehörigen-
gruppen, niedrighschwellige Betreuungsangebote

Auch ohne Maßnahmen
z.B. Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf

Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

Modul 4: Selbstversorgung

B.1 Sondenernährung Entfällt (keine Sondenernährung)

B.1a Die Person erhält

- zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung, aber nur gelegentlich (nicht täglich)
 - 1 x bis 3 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung
 - mindestens 4 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen)
 - ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung
-

B.1b Art der Sondenernährung

- Pumpe
- Schwerkraft
- Bolusgabe

B.1c Selbständigkeit

- Bedienung selbständig
 - Bedienung mit Fremdhilfe
-

B.2 Parenterale Ernährung Entfällt (keine parenterale Ernährung)

B.2a Art der parenteralen Ernährung

- Komplett
- Teilweise

B.2b Selbständigkeit

- Bedienung selbständig
 - Bedienung mit Fremdhilfe
-

B.3 Blasenkontrolle/Harnkontinenz

- Entfällt (Dauerkatheter oder Urostoma)
- Ständig kontinent
- Überwiegend kontinent (maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfcheninkontinenz)
- Überwiegend inkontinent (mehrmals täglich)
- Komplett inkontinent

B.4 Darmkontrolle/Stuhlkontinenz

- Entfällt (Colo-/Ileostoma)
- Ständig kontinent
- Überwiegend kontinent
- Überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
- Komplett inkontinent

B.5 Künstliche Harnableitung

- Entfällt (keine künstliche Harnableitung)
- Suprapubischer Dauerkatheter
- Transurethraler Dauerkatheter
- Urostoma

B.6 Colo-/Ileostoma

- Entfällt (nicht vorhanden)
 - Ja
-

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

0 = Selbständig
 1 = Überwiegend selbständig
 2 = Überwiegend unselbständig
 3 = Unselbständig

4.1 Vorderen Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.3 Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.4 Duschen oder Baden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.5 Oberkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.6 Unterkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.7 Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.8 Essen	<input type="checkbox"/> Nur Sonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.9 Trinken	<input type="checkbox"/> Nur Sonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma	<input type="checkbox"/> Entfällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> Entfällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.13 Veränderungen der Fähigkeit zur Selbstversorgung innerhalb der letzten Wochen/Monate					
<input type="checkbox"/>	Verbesserung, und zwar: _____				
<input type="checkbox"/>	Verschlechterung, und zwar: _____				
<input type="checkbox"/>	Keine Veränderung _____				
<input type="checkbox"/>	Nicht zu beurteilen				

4.14 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. Erhalt)?

Ja, im Hinblick auf: _____

Durch (Mehrfachangaben möglich):

- Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Wasch- und Anziehtraining im Rahmen der Ergotherapie, Schlucktherapie
- Optimierung der räumlichen Umgebung, und zwar: _____
z.B. bodengleiche Dusche, Haltegriffe an Badewanne
- Hilfsmiteileinsatz, und zwar: _____
z.B. Strumpfanziehhilfe, ergonomisches Geschirr, Analtampon
- Andere Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Kurse zum Umgang mit Urostoma, Colostoma
- Auch ohne Maßnahmen
Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf
- Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

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

In diesem Modul geht es um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet sind.

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

	Entfällt	Selbständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)			Nur vorübergehend (< 6 Mon.)
			Tgl.	Wö.	Mon.	
5.1 Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.2 Injektionen (s. c./i. m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ, RR etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Anhang

	Entfällt	Selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)			Nur vorübergehend (< 6 Mon.)
			Tgl.	Wö.	Mon.	
5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Prothesen/Orthesen, kieferorthopädische Apparaturen, Kompressionsstrümpfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.9 Versorgung bei Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z.B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse, Beatmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.13 Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch med./therap. Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften, und zwar:

- Entfällt/nicht erforderlich
- Selbständig
- Überwiegend selbständig (bei gelegentlicher Erinnerung/Anleitung)
- Überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung/Beaufsichtigung, mindestens einmal täglich)
- Unselbständig (benötigt immer Anleitung/Beaufsichtigung, mehrmals täglich)

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

- Verbesserung, und zwar: _____
- Verschlechterung, und zwar: _____
- Zunahme der Anforderungen oder Belastungen, und zwar: _____
(z.B. Umstellung auf Insulin)
- Keine Veränderung _____
- Nicht zu beurteilen

5.18 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. Erhalt) der Fähigkeit, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen zu bewältigen?

- Ja, im Hinblick auf: _____

Durch (Mehrfachnennungen):

- Information oder Beratung zur Verbesserung des Wissens um die bestehenden Erkrankungen und damit zusammenhängende Anforderungen, und zwar: _____
z.B. Diabetesschulung
 - Edukative Maßnahmen/Beratung zum Umgang mit therapiebedingten Anforderungen, und zwar: _____
z.B. Medikamenteneinnahme, Ernährungsberatung
 - Anleitung bzw. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln und medizinischen Geräten, und zwar: _____
z.B. ein blindengerechtes Blutzuckermessgerät, Vermittlung zu einem Stomatherapeuten
 - Andere Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Kurse zum Umgang mit Urostoma, Colostoma, Erlernen der Insulininjektion
 - Auch ohne Maßnahmen
Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf
 - Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung
-

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind bei den Merkmalen 6.1 und 6.4 nur die kognitiven Beeinträchtigungen zu bewerten.

Bei den Merkmalen 6.2, 6.3, 6.5 und 6.6 sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

0 = Selbständig
 1 = Überwiegend selbständig
 2 = Überwiegend unselbständig
 3 = Unselbständig

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

6.7 Veränderungen im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung, und zwar: _____
- Verschlechterung, und zwar: _____
- Keine Veränderung _____
- Nicht zu beurteilen

6.8 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. Erhalt) der Fähigkeit, das Alltagsleben zu gestalten und soziale Kontakte zu fördern/pflegen?

- Ja, im Hinblick auf: _____
- Durch (Mehrfachangaben möglich):
- Durchführung/Optimierung (therapeutischer) Maßnahmen, und zwar:
z.B. strukturierte Aktivierung während des Tages, Lesekreise, begleitete Spaziergänge, Seniorencafé
- Tagesstrukturierende Einrichtungen, und zwar:
z.B. Tagespflegeeinrichtungen
- Andere Maßnahmen, und zwar:
z.B. Betreuungsdienste, niedrigschwellige Angebote
- Auch ohne Maßnahmen
Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf
- Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich

7.1 Verlassen der Wohnung/des Wohnbereichs

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

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

- Selbständig (ohne Begleitung)
- Nur auf gewohnten Wegen selbständig
- Auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich
- Auch mit personeller Hilfe nicht möglich

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Nahverkehr)

- Selbständig (ohne Begleitung)
- Nur auf gewohnten Strecken selbständig
- Auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich
- Auch mit personeller Hilfe nicht möglich

7.4 Mitfahren in einem Pkw/Taxi

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

Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)**7.5_1 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen**

- Teilnahme selbständig möglich
- Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich

7.5_2 Diese Aktivität ist gewünscht

- Ja
 - Nein
-

7.6_1 Besuch von Arbeitsplatz, Werkstatt, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen (Mehrfachantworten möglich)

- Arbeitsplatz
- Werkstatt
- Tages- und Nachtpflegeeinrichtung
- Niedrigschwellige Angebote
- Keine → weiter mit 7.7

Dies kommt nur bei bestimmten Personen in Betracht.

- 7.6_2**
- Teilnahme selbständig möglich → weiter mit 7.6_3
 - Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich → weiter mit 7.6_3
 - Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich → weiter mit 7.6_3

7.6_3 Der Besuch ist gewünscht/erforderlich

- Ja
- Nein

7.7_1 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

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

- Teilnahme selbständig möglich
- Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich

7.7_2 Diese Aktivität ist gewünscht

- Ja
- Nein

7.8 Empfehlungen zur Verbesserung (ggf. Erhalt) im Bereich Außerhäusliche Aktivitäten?

Mehrfachnennungen möglich:

- Hilfsmittelversorgung bzw. deren Optimierung, und zwar: _____
z.B. Rollator, Rollstuhl
- Optimierung des Wohnumfelds, und zwar: _____
z.B. Treppenlift, Rampe
- Andere Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. zugehende Hilfen, kommunale Unterstützungsangebote, Ehrenamt, Information zu tagesstrukturierenden Einrichtungen und Freizeitangeboten
- Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

Modul 8: Haushaltsführung

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

0 = Selbständig
1 = Überwiegend selbständig
2 = Überwiegend unselbständig
3 = Unselbständig

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

8.7 Regelung von Behördenangelegenheiten ₀ ₁ ₂ ₃

8.8 Empfehlungen zur Verbesserung (ggf. Erhalt) im Bereich Haushaltsführung?
 Mehrfachnennungen möglich:

Optimierung der häuslichen Situation, und zwar: _____
 z.B. Essen auf Rädern, Haushaltshilfe

Andere Maßnahmen, und zwar: _____

Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

IV Präventionsbedarf

0 = Risiko besteht nicht bzw. ist noch nicht aufgetreten
 1 = Risiko besteht, keine akute Gefährdung
 2 = Risiko besteht mit akuter Gefährdung. Umgehende Einleitung von Maßnahmen erforderlich

IV.1 Sturzrisiko ₀ ₁ ₂

IV.2 Dekubitusrisiko ₀ ₁ ₂

IV.3 Dehydratationsrisiko ₀ ₁ ₂

IV.4 Anzeichen für Mangelernährung ₀ ₁ ₂

IV.5 Anzeichen für Alkohol-/Drogenmissbrauch ₀ ₁ ₂

IV.6 Probleme bei der Medikamentenversorgung ₀ ₁ ₂

IV.7 Krankheitsbezogene Risiken bei: ₀ ₁ ₂
 Trifft nicht zu

An dieser Stelle wird im elektronischen Erhebungsbogen eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Modulen erscheinen.

Bitte nehmen Sie auf dieser Basis Ihre Empfehlungen vor:

(Diese Einschätzung können Sie für die Bearbeitung des heutigen Empfehlungsteils nutzen).

V Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation

V.1 Präventive Maßnahmen

- Keine Empfehlung
- Empfehlung einer vertiefenden Abklärung bestehender Risiken durch:
.....
- Einleitung von Maßnahmen aufgrund bestehender Risiken:
.....

V.2 Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung

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

V.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen im Wohnumfeld

- Keine Empfehlung
- Empfehlung von:

V.4 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation

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

Gehen Sie bitte in das gültige Formulargutachten auf der Grundlage der BRi und nehmen Sie die Einschätzung von Punkt 6.3 auf der Grundlage der NBA-Informationen vor. Zusätzlich beantworten Sie bitte folgende Frage:

V.5 Wenn Sie die Möglichkeit hätten, würden Sie eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfehlen?

- Ja
- Nein

Fahren Sie fort mit 3.4 (BRi) und ermitteln Sie nun den Hilfebedarf auf der Grundlage der gültigen BRi (Punkt 4) und schließen Sie das Formulargutachten ab!

Bitte vervollständigen Sie nun den Studien-Erhebungsbogen nach Abschluss des Formulargutachtens.

VI Angaben zur Durchführung der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsassessment

VI.1 Durchführung der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument

- Die Begutachtung konnte nicht vollständig durchgeführt werden.
- Die Begutachtung konnte vollständig durchgeführt werden.

VI.2 Aus welchen Gründen musste die Begutachtung abgebrochen werden?

- Versicherter war erschöpft bzw. ist eingeschlafen.
 - Versicherter hat aus anderen Gründen abgebrochen.
 - Angehöriger bzw. eine Pflegeperson hat die Begutachtung abgebrochen.
 - Sonstiges
-

VII Stammdaten des Versicherten (Die Angaben sind aus dem Auftrag der Pflegekasse zu übernehmen)

VII.1 Geschlecht des Versicherten

- Männlich Weiblich
-

VII.2 Geburtsjahr des Versicherten

- Keine Angabe | _ | _ | _ |
-

VII.3 Beantragte Leistungsart

- Geldleistungen
 - Kombileistungen
 - Sachleistungen
 - Vollstationäre Leistungen
 - Leistungen nach § 43a SGB XI
-

VII.4 Begutachtungsart

- Erstgutachten/Erstgutachten nach erfolgter Eilbegutachtung
 - Höherstufungsgutachten
 - Wiederholungsgutachten
-

VII.5 Nur bei Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen:**Bisherige Pflegestufe**

- Unterhalb Pflegestufe I
 - Pflegestufe I
 - Pflegestufe II
 - Pflegestufe III
 - Härtefall
 - Nicht zu ermitteln
-

VII.6 Nur bei Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen

Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist bisher

- nicht eingeschränkt
 - erheblich eingeschränkt
 - in erhöhtem Maße eingeschränkt
 - nicht zu ermitteln
-

VIII Ergebnisse der aktuellen Begutachtung nach gültigen BRI

Diese Angaben sind aus Ihrem Formulargutachten zu übernehmen!

VIII.1 Begutachtungsort

- Privatwohnung
 - Vollstationäre Pflegeeinrichtung
 - Ambulant betreute Wohngruppen
 - Kurzzeitpflege
 - Einrichtung mit §-43a-Leistungen
 - Reha-Einrichtungen
 - Krankenhaus/Einrichtung der Krankenversicherung
 - Hospiz
 - Sonstiges
-

VIII.2 Bei Begutachtung in einer Privatwohnung

(Mehrfachnennungen möglich)

- Versicherter lebt allein
 - Versicherter lebt zusammen mit seinem Ehe-/Lebenspartner
 - Versicherter lebt zusammen mit anderen Angehörigen
 - Versicherter lebt mit Personen zusammen, zu denen keine verwandtschaftliche Beziehung besteht
 - Versicherter lebt zusammen mit Personen, von denen der Verwandtschaftsgrad nicht bekannt ist
 - Versicherter lebt zusammen mit einer Pflegeperson
 - Nicht zu ermitteln, ob Versicherter allein oder zusammen mit anderen Personen lebt
-

VIII.3 Familienstand des Versicherten

- Ledig
 - Verheiratet
 - Geschieden
 - Verwitwet
 - Nicht zu ermitteln/unbekannt
-

VIII.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung (Punkt 1.4)

- Keine
 - Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
 - Rund um die Uhr erforderliche häusliche Krankenpflege
 - Sonstige:
-

VIII.5 Pflegerelevante Vorgeschichte: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Punkt 2.3)

- Im letzten Jahr vor der Begutachtung
 - Mehr als ein Jahr, aber weniger als vier Jahre vor der Begutachtung
 - Nein
-

VIII.6 Pflegerelevante Vorgeschichte: Form der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Punkt 2.3)

- Ambulant
 - Mobil
 - Stationär
-

VIII.7 Pflegerelevante Vorgeschichte: Art der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Punkt 2.3)

- Geriatrische Rehabilitation inkl. geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung im Krankenhaus
 - Indikationsspezifisch (z.B. neurologische, orthopädische, kardiologische Rehabilitation):
.....
-

VIII.8 Erste pflegebegründete Diagnose (Punkt 3.3)
.....

VIII.9 Weitere im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehende Diagnose (Punkt 3.3.)
.....

VIII.10 Ermittelter Zeitbedarf in Minuten im Bereich

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| der Körperpflege | in Minuten: |
| der Ernährung | in Minuten: |
| der Mobilität | in Minuten: |
| der hauswirtschaftlichen Versorgung | in Minuten: |
-

VIII.11 Pflegebedürftigkeit (5.2.1)

- Nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI
- Unterhalb Pflegestufe I
- Pflegestufe I
- Pflegestufe II
- Pflegestufe III
- Härtefall

VIII.12 Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist (5.2.2)

- Nicht eingeschränkt
- Erheblich eingeschränkt
- In erhöhtem Maße eingeschränkt

IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bitte übertragen Sie Ihre Ergebnisse aus Punkt 6.3 des derzeit gültigen Formulargutachtens

1. Informationen zur Rehabilitationsbedürftigkeit	Ja	Nein
1.1 Werden Möglichkeiten gesehen, die Selbständigkeit und Teilhabe des Antragstellers zu erhalten oder zu verbessern und damit Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe können folgende Einzelmaßnahmen aussichtsreich sein. Mehrfachauswahl möglich (bei a-b Prüfung und ggf. Verordnung durch den behandelnden Arzt bzw. bei c Anregung an die Pflegenden)		
a.) Auf der Grundlage der Heilmittel-Richtlinien: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden Heilmitteltherapie <input type="checkbox"/> Intensivierung der derzeit laufenden Heilmitteltherapie 		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Durch weitere Heilmittel <ul style="list-style-type: none"> • Physikalische Therapie • Ergotherapie • Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie • Podologie 		

- b.) Andere Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung:
- Fortführung der laufenden vertragsärztlichen Behandlung
 - Sonstige Leistungen
(z.B. fachärztliche Mitbehandlung, Psychotherapie, Neuropsychologie)
- c) Pflegerische Maßnahmen:
- Fortführung der laufenden aktivierend-pflegerischen Maßnahmen
 - Einleitung/Intensivierung aktivierend-pflegerischer Maßnahmen

oder:

- 1.3 Die Selbständigkeit und Teilhabe des Antragstellers können voraussichtlich nur durch eine interdisziplinäre und mehrdimensionale Leistung zur medizinischen Rehabilitation verbessert oder erhalten werden.

2. Informationen zur Rehabilitationsfähigkeit

- 2.1 Der Antragsteller erscheint zum Zeitpunkt der Begutachtung körperlich in der Lage, mehrmals täglich aktiv an Therapien teilzunehmen. Ja Nein

Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch

- hochgradige körperliche Schwäche
- stark verminderte kardiale und/oder pulmonale Belastbarkeit
- große Wunden/Dekubitalgeschwüre
- nicht ausreichend übungstabile Frakturen
- kurz zurückliegende oder geplante Operationen
- sonstige Gründe

- 2.2 Der Antragsteller erscheint psychisch/kognitiv ausreichend stabil, um aktiv an Therapien teilzunehmen. Ja Nein

Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch

- schwere Orientierungsstörungen, z.B. mit Wanderungstendenz
 - ausgeprägte psychische Störungen, beispielsweise akute Wahnsymptomatik
 - Antriebsstörungen, z.B. bei schwerer Depression
 - nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung
 - die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
 - Stuhlinkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist
 - sonstige Gründe
-

3. Informationen zu den Rehabilitationszielen

Ja Nein

Können realistisch erreichbare und für den Antragsteller alltagsrelevante Rehabilitationsziele formuliert werden, z.B. Verbesserung oder Erhaltung in Bezug auf Gehfähigkeit, Transfer, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kommunikation, Krankheitsbewältigung, Erhalt der Mobilität, Erlernen von Ersatzstrategien etc.?

Wenn ja, welche:

.....
.....
.....
.....

Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Ja Nein

Zuweisungsempfehlung:

- Geriatrische Rehabilitation
- Indikationsspezifische Rehabilitation

Wenn ja, welche:

- Ambulante Durchführung
 - in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung
 - durch mobile Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld, weil

Stationäre Durchführung, weil

Hinweise auf besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z.B. medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche):

Empfehlungen

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen wird keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben.

Entscheidungsrelevant hierfür ist:

- Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und/oder aktivierend-pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
 - Es wird empfohlen, mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob die unter 1.2 genannten weiteren Maßnahmen der vertragsärztlichen Versorgung (1.2 a und b) eingeleitet werden können.
 - Es ergeben sich zwar Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, aktuell liegt jedoch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit vor.
 - Die Wirkung einer abgeschlossenen oder derzeit stattfindenden Rehabilitationsmaßnahme soll abgewartet werden.
 - Es wird derzeit keine realistische Möglichkeit gesehen, durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
 - Sonstige Gründe:
-

Hier erscheint im elektronischen Erhebungsbogen der Hinweis, ob eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt.

Der Erhebungsbogen ist bearbeitet. Bitte senden Sie diesen an das Zentrum für Klinische Studien Bremen. Sollte eine besondere Bedarfskonstellation vorliegen, geben Sie diese Information mit dem entsprechenden Fallschlüssel an den zentralen Ansprechpartner in Ihrem MD weiter.

Meldung erfolgt

- Ja
- Nein

Herzlichen Dank!

Erhebungsbogen Kinder

Bitte tragen Sie hier zunächst die Gutachter-Identifikationsnummer ein und legen Sie die Fallnummer entsprechend der Fallschlüsselliste an!

Gutachter-Identifikationsnummer: |_|_|_|_|

Fallschlüssel: |_|_|_|_|_|

Erste Begutachtung

Begleiteter Hausbesuch

I Bitte holen Sie das Einverständnis des Erziehungsberechtigten zur Teilnahme an der Studie ein!

I.1 Einverständnis zur Teilnahme an der Praktikabilitätsstudie:

Einverständnis liegt vor.

Einverständnis liegt nicht vor.

I.2 Geburtsdatum des Versicherten

Keine Angabe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (TTMMJJJJ)

Wenn der Erziehungsberechtigte sein Einverständnis zur Teilnahme an der Studie nicht gibt, senden Sie diese Information zusammen mit dem eindeutigen Fallschlüssel an Ihre zentrale Ansprechperson. Der Fall wird im Feld nicht weiterverfolgt!

Liegt das Einverständnis vor, bearbeiten Sie bitte zunächst die Befunderhebung und pfle- gerelevante Vorgeschichte im Formulargutachten auf Grundlage der gültigen BRi!

Nach Abschluss der Befunderhebung führen Sie bitte das Neue Begutachtungsassess- ment durch und dokumentieren Sie nachfolgend Ihre Ergebnisse!

II Zusammenfassende Informationen aus der Anamnese- und Befunderhebung

Anhang

A Erfassung besonderer Versorgungskonstellationen

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

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

a) Knöpfe und Reißverschlüsse öffnen/schließen Ja Nein

b) Mit einem Löffel Nahrung (z.B. Joghurt) aufnehmen und zum Mund führen Ja Nein

c) Fester Händedruck (mindestens einseitig) Ja Nein

d) Nackengriff (mindestens einseitig) Ja Nein

A.3 Besondere Versorgungskonstellation (Mehrfachnennungen möglich) Ja Nein

a) Ausgeprägte Schmerzsymptomatik (z.B. andauernde extreme Berührungsempfindlichkeit)? Ja Nein

b) Ausgeprägte Spastiken/Kontrakturen (mehrere Gelenke der Extremitäten, Pflegehandlungen sind zumeist nur unter größten Schwierigkeiten durchführbar) Ja Nein

c) Komplexe palliative Symptomatik bei stark begrenzter Lebenserwartung Ja Nein

d) Respiratorische Insuffizienz (Person ist beatmungspflichtig, intermittierend oder dauerhaft) Ja Nein

e) Wachkoma Ja Nein

f) Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung (Visus auf besserem Auge max. 1/50) Ja Nein

g) Taubheit oder hochgradige Schwerhörigkeit (auch mit Hörgerät kein Sprachverständnis) Ja Nein

h) Aus anderen Gründen? Bitte angeben: Ja Nein

A.4 Erfordernis nächtlicher Unterstützung

Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich 1x pro Nacht
 Mehrmals nachts

A.5 Verschlucken bei der Nahrungsaufnahme mit Aspirationsgefahr

- Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich 1x täglich
 Mehrmals täglich
-

A.6 Auftreten von generalisierten Krampfanfällen

- Nie oder max. 1x wöchentlich Mehrmals wöchentlich 1x täglich
 Mehrmals täglich
-

A.7 Erforderlichkeit der Präsenz am Tage einer Pflegeperson (in Rufnähe)

- Nein Mehrmals täglich Überwiegend Durchgehend
-

Bitte beachten Sie: Bei Kindern unter 18 Monaten werden nur die Module 3 und 5 sowie die Frage 4.0 bearbeitet!

III Module NBA

Modul 1: Mobilität

Entfällt bei Kleinkindern unter 18 Monaten.

Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 1.1 bis 1.5 ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

- 0 = Selbständig
1 = Überwiegend selbständig
2 = Überwiegend unselbständig
3 = Unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.2 Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.3 Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen (bei Kleinkindern ist z.B. das Hochziehen vom Boden zum Stand zu bewerten)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

1.6 Besondere Bedarfskonstellation (siehe Manual Seite 62)
Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine (zu beurteilen bei Kindern ab 3 Jahren)

Ja

Erläuterung(en): _____

1.7 Veränderungen der Mobilität innerhalb der letzten Wochen/Monate

Verbesserung, und zwar: _____

Verschlechterung, und zwar: _____

Keine Veränderung _____

Nicht zu beurteilen

1.8 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. des Erhalts)?

Ja, im Hinblick auf: _____

Durch (Mehrfachangaben möglich):

Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen, und zwar: _____
 z.B. Ergotherapie; Krankengymnastik

Optimierung der räumlichen Umgebung, und zwar: _____
 z.B. Anbringen von Handläufen und Haltegriffen, Rampe

Hilfsmiteileinsatz bzw. dessen Optimierung, und zwar: _____
 z.B. Lagerungsmatte, Therapiestuhl, Orthesen

Andere Maßnahmen, und zwar: _____
 z.B. Pflegeschulung, aktivierende Pflege

Auch ohne Maßnahmen
 natürlicher Verlauf, Rekonvaleszenz

Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Entfällt bei Kindern unter 18 Monaten.

Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 2.1 bis 2.8 ausschließlich auf die kognitiven Fähigkeiten.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die motorische Umsetzung. Bei den Merkmalen 2.9 bis 2.11 sind auch die Auswirkungen von Hör- oder Sprechstörungen zu berücksichtigen.

Die Fähigkeit ist:
 0 = Vorhanden/unbeeinträchtigt
 1 = Größtenteils vorhanden
 2 = In geringem Maße vorhanden
 3 = Nicht vorhanden

2.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.2 Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.3 Zeitliche Orientierung (zu beurteilen ab 2,5 Jahren)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.4 Gedächtnis	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen bzw. steuern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.7 Sachverhalte und Informationen verstehen (zu beurteilen ab 4 Jahren)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.8 Risiken und Gefahren erkennen (zu beurteilen bei Kindern ab 2,5 Jahren)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.10 Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.11 Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Dieses Modul ist altersunabhängig.

In diesem Modul geht es um pathologische Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Erkrankungen oder zerebralen Schädigungen, die trotz adäquater Diagnostik und Therapie immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen.

Bei Kombination verschiedener Verhaltensweisen wird die Häufigkeit von Ereignissen nur einmal erfasst (z.B. Nächtliche Unruhe bei Angstzuständen, entweder 3.2 oder 3.10, aber nicht beides).

- 0 = Nie oder nur sporadisch
 1 = Selten, d.h. ein- bis zweimal innerhalb von zwei Wochen
 2 = Häufig, d.h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
 3 = Täglich

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

**3.14 Besondere Bedarfskonstellation (siehe Manual Seite 74)
 Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung
 (zu beurteilen bei Kindern ab 3 Jahren)**

Ja

Erläuterung(en): _____

3.15 Veränderungen der Fähigkeiten innerhalb der letzten Wochen/Monate

- Verbesserung, und zwar: _____
- Verschlechterung, und zwar: _____
- Keine Veränderung _____
- Nicht zu beurteilen _____

3.16 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. des Erhalts)?

- Ja, im Hinblick auf: _____
- Durch (Mehrfachangaben möglich):
- Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie, Frühförderung
 - Optimierung der räumlichen Umgebung, und zwar: _____
z.B. durch Orientierungshilfen
 - Hilfsmiteleinsetz bzw. dessen Optimierung, und zwar: _____
z.B. Kommunikationshilfe, spezielle Kinderpflegebetten
 - Andere Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Entlastung der Pflegeperson durch Wissensvermittlung, Besuch von Angehörigengruppen, niedrigschwellige Unterstützungsangebote
 - Auch ohne Maßnahmen
natürlicher Verlauf, Rekonvaleszenz
 - Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung
-

Modul 4: Selbstversorgung

B.1 Sondenernährung Entfällt (keine Sondenernährung)

B.1a Das Kind erhält

- zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondenernährung, aber nur gelegentlich (nicht täglich)
 - 1x bis 3x täglich Sondenernährung und täglich oral Nahrung
 - mindestens 4x täglich Sondenernährung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen)
 - ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondenernährung
-

B.1b Art der Sondenernährung

- Pumpe
- Schwerkraft
- Bolusgabe

B.1c Selbständigkeit

- Bedienung selbständig
 - Bedienung mit Fremdhilfe
-

B.2 Parenterale Ernährung Entfällt (keine parenterale Ernährung)

B.2a Art der parenteralen Ernährung

- Komplett
- Teilweise

B.2b Selbständigkeit

- Bedienung selbständig
 - Bedienung mit Fremdhilfe
-

B.3 Blasenkontrolle/Harnkontinenz

- Entfällt (Dauerkatheter oder Urostoma)
- Ständig kontinent
- Überwiegend kontinent (maximal 1 × täglich inkontinent oder Tröpfcheninkontinenz)
- Überwiegend inkontinent (mehrmals täglich)
- Komplett inkontinent

B.4 Darmkontrolle/Stuhlkontinenz

- Entfällt (Colo-/Ileostoma)
- Ständig kontinent
- Gelegentlich inkontinent
- Überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
- Komplett inkontinent

B.5 Künstliche Harnableitung

- Entfällt (keine künstliche Harnableitung)
- Suprapubischer Dauerkatheter
- Transurethraler Dauerkatheter
- Urostoma

B.6 Colo-/Ileostoma

- Entfällt (nicht vorhanden)
- Ja

Bei Kleinkindern unter 18 Monaten werden die Merkmale 4.1 bis 4.12 durch die Frage 4.0 ersetzt.

4.0 Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen? (nur bei Kleinkindern unter 18 Monaten)

- Ja
- Nein

Erläuterung(en): _____

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob das untersuchte Kind die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

Entfällt bei Kindern unter 18 Monaten.

0 = Selbständig
 1 = Überwiegend selbständig
 2 = Überwiegend unselbständig
 3 = Unselbständig

-
- | | |
|--|---|
| 4.1 Vorderen Oberkörper waschen (zu beurteilen ab 2 Jahren) | <input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ |
| 4.2 Kämmen, Zahnpflege/ggf. Rasieren | <input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ |
| 4.3 Intimbereich waschen (zu beurteilen ab 2 Jahren) | <input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ |
-

4.4 Duschen oder Baden (zu beurteilen ab 4 Jahren)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.5 Oberkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.6 Unterkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.7 Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen (zu beurteilen ab 2 Jahren)	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.8 Essen	<input type="checkbox"/> Nur Sonde <input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.9 Trinken	<input type="checkbox"/> Nur Sonde <input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma (zu beurteilen ab 2 Jahren)	<input type="checkbox"/> Entfällt <input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma (zu beurteilen ab 5 Jahren)	<input type="checkbox"/> Entfällt <input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃

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

Verbesserung, und zwar: _____

Verschlechterung, und zwar: _____

Keine Veränderung _____

Nicht zu beurteilen

4.14 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. Erhalt)?

Ja, im Hinblick auf: _____

Durch (Mehrfachangaben möglich):

Durchführung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Wasch- und Anziehtraining im Rahmen der Ergotherapie, orofaziale Therapie

Optimierung der räumlichen Umgebung, und zwar: _____
z.B. räumliche Anpassungen wie bodengleiche Dusche, Haltegriffe an Badewanne

Hilfsmittleinsatz bzw. dessen Optimierung, und zwar: _____
z.B. ergonomisches Besteck, Antirutschmatte

Andere Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. Kurse für die Pflegeperson zum Umgang mit Urostoma, Colostoma

Auch ohne Maßnahmen
natürlicher Verlauf, Rekonvaleszenz

Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

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

Anhang

In diesem Modul geht es um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet sind.

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob das untersuchte Kind die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

	Ent- fällt	Selb- ständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)			Nur vorüber- gehend (< 6 Mon.)
			Tgl.	Wö.	Mon.	
5.1 Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.2 Injektionen (s. c./i. m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.4 Absaugen oder Sauerstoffgabe, Bereitstellen eines Inhalationsapparats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.5 Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. BZ, RR etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Hörgeräte, Brille, Orthesen, kieferorthopädische Apparaturen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.8 Verbandwechsel/Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.9 Versorgung bei Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z.B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik, Maßnahmen zur Sekretelimination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.12 Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse, Beatmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.13 Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

	Entfällt	Selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)			Nur vorübergehend (< 6 Mon.)
			Tgl.	Wö.	Mon.	
5.14 Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (u.a. SPZ) (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.15 Zeitlich ausgedehnter Besuch med./therap. Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5.K Besuch einer Einrichtung zur Durchführung von Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften, und zwar:

- Entfällt/nicht erforderlich
- Selbständig
- Überwiegend selbständig (bei gelegentlicher Erinnerung/Anleitung)
- Überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung/Beaufsichtigung, mindestens einmal täglich)
- Unselbständig (benötigt immer Anleitung/Beaufsichtigung, mehrmals täglich)

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

- Verbesserung, und zwar: _____
- Verschlechterung, und zwar: _____
- Zunahme der Anforderungen oder Belastungen, und zwar: _____
(z.B. Umstellung auf Insulin)
- Keine Veränderung
- Nicht zu beurteilen

5.18 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. Erhalt) der Fähigkeit, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen zu bewältigen?

Ja, im Hinblick auf: _____

Durch (Mehrfachangaben):

- Information oder Beratung zur Verbesserung des Wissens um die bestehenden Erkrankungen und damit zusammenhängende Anforderungen, und zwar: _____
z.B. Diabetesschulung
- Edukative Maßnahmen/Beratung zum Umgang mit therapiebedingten Anforderungen, und zwar: _____
z.B. Medikamenteneinnahme, Einhaltung einer Diät oder anderer Verhaltensvorschriften
- Anleitung bzw. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln und medizinischen Geräten, und zwar: _____
z.B. ein blindengerechtes Blutzuckermessgerät, Vermittlung zu einem Stomatherapeuten
- Andere Maßnahmen, und zwar: _____
Kurse zum Umgang mit Urostoma, Colostoma; Erlernen der Insulininjektion
- Auch ohne Maßnahmen
Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf
- Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung
-

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Entfällt bei Kindern unter 18 Monaten.

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind bei den Merkmalen 6.1 und 6.4 nur die kognitiven Beeinträchtigungen zu bewerten.

Bei den Merkmalen 6.2, 6.3, 6.5 und 6.6 sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob das untersuchte Kind die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

0 = Selbständig
 1 = Überwiegend selbständig
 2 = Überwiegend unselbständig
 3 = Unselbständig

6.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen (zu beurteilen ab 2,5 Jahren)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.2 Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.3 Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen (zu beurteilen ab 2,5 Jahren)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.7 Veränderungen im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte innerhalb der letzten Wochen/Monate				
<input type="checkbox"/> Verbesserung, und zwar: _____				
<input type="checkbox"/> Verschlechterung, und zwar: _____				
<input type="checkbox"/> Keine Veränderung _____				
<input type="checkbox"/> Nicht zu beurteilen				
6.8 Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung (ggf. Erhalt) der Fähigkeit, das Alltagsleben zu gestalten und soziale Kontakte zu fördern/pflegen?				
<input type="checkbox"/> Ja, im Hinblick auf: _____				
Durch (Mehrfachangaben möglich):				
<input type="checkbox"/> Durchführung/Optimierung (therapeutischer) Maßnahmen, und zwar: _____ z.B. Ergotherapie, soziales Kompetenztraining				
<input type="checkbox"/> Tagesstrukturierende Einrichtungen, und zwar: _____ z.B. Tageseinrichtungen, Kindergarten				
<input type="checkbox"/> Andere Maßnahmen, und zwar: _____ z.B. Betreuungsdienste, Sozialberatung				
<input type="checkbox"/> Auch ohne Maßnahmen Rekonvaleszenz, natürlicher Verlauf				
<input type="checkbox"/> Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung				

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Entfällt bei Kindern unter 18 Monaten.

Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sind die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen gleichermaßen zu beachten. Zu bewerten ist, ob die untersuchte Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann.

Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich

7.1 Verlassen der Wohnung/des Wohnbereichs

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

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

- Selbständig (ohne Begleitung)
- Nur auf gewohnten Wegen selbständig
- Auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich
- Auch mit personeller Hilfe nicht möglich

7.3 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Nahverkehr)

- Selbständig (ohne Begleitung)
- Nur auf gewohnten Strecken selbständig
- Auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich
- Auch mit personeller Hilfe nicht möglich

7.4 Mitfahren in einem Pkw/Taxi

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

Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)

7.5_1 Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen

- Teilnahme selbständig möglich
- Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich

7.5_2 Diese Aktivität ist gewünscht

- Ja
 - Nein
-

7.6_1 Besuch von Arbeitsplatz, Werkstatt, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen (Mehrfachantworten möglich)

- Arbeitsplatz
- Werkstatt
- Tages- und Nachtpflegeeinrichtung
- Niedrigschwellige Angebote
- Keine → weiter mit 7.7

Dies kommt nur bei bestimmten Personen in Betracht.

- 7.6_2**
- Teilnahme selbständig möglich → weiter mit 7.6_3
 - Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich → weiter mit 7.6_3
 - Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich → weiter mit 7.6_3

7.6_3 Der Besuch ist gewünscht/erforderlich

- Ja
- Nein

7.7_1 Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

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

- Teilnahme selbständig möglich
- Nicht selbständig, zur Teilnahme ist unterstützende Begleitung erforderlich
- Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich

7.7_2 Diese Aktivität ist gewünscht

- Ja
- Nein

7.8 Empfehlungen zur Verbesserung (ggf. Erhalt) im Bereich Außerhäusliche Aktivitäten?

Mehrfachnennungen möglich:

- Hilfsmittelversorgung bzw. deren Optimierung, und zwar: _____
z.B. mobiles Sauerstoffgerät, Elektrorollstuhl
- Optimierung des Wohnumfelds, und zwar: _____
z.B. Treppenlift, Rampe
- Andere Maßnahmen, und zwar: _____
z.B. zugehende Hilfen, Integrationshelfer
- Zum Begutachtungszeitpunkt keine Empfehlung

IV Präventionsbedarf

0 = Risiko besteht nicht bzw. ist noch nicht aufgetreten
 1 = Risiko besteht, keine akute Gefährdung
 2 = Risiko besteht mit akuter Gefährdung, Umgehende Einleitung von Maßnahmen erforderlich

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

An dieser Stelle wird im elektronischen Erhebungsbogen eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Modulen zu den (Reha-)Empfehlungen erscheinen.

Bitte nehmen Sie auf dieser Basis Ihre Empfehlungen vor.

(Diese Einschätzung können Sie für die Bearbeitung des heutigen Empfehlungsteils nutzen.)

V Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation

V.1 Präventive Maßnahmen

- Keine Empfehlung
- Empfehlung einer vertiefenden Abklärung bestehender Risiken durch:
- Einleitung von Maßnahmen aufgrund bestehender Risiken:

V.2 Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung

- Keine weitere Empfehlung
- Empfehlung zum Einsatz des folgenden Hilfsmittels:
- Empfehlung zur Optimierung des Hilfsmitelesatzes durch:
- Das Hilfsmittel dient:

V.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen im Wohnumfeld

- Keine Empfehlung
- Empfehlung von:

V.4 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation

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

Gehen Sie bitte in das gültige Formulargutachten auf der Grundlage der BRi und nehmen Sie die Einschätzung von Punkt 6.3 auf der Grundlage der NBA-Informationen vor. Zusätzlich beantworten Sie bitte folgende Frage:

V.5 Wenn Sie die Möglichkeit hätten, würden Sie eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfehlen?

- Ja
- Nein

Fahren Sie fort mit 3.4 (BRi) und ermitteln Sie dann den Hilfebedarf auf der Grundlage der gültigen BRi (Punkt 4) und schließen Sie das Formulargutachten ab!

Bitte vervollständigen Sie nun den Studien-Erhebungsbogen nach Abschluss des Formulargutachtens.

VI Angaben zur Durchführung der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsassessment

VI.1 Durchführung der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument

- Die Begutachtung konnte nicht vollständig durchgeführt werden.
- Die Begutachtung konnte vollständig durchgeführt werden.

VI.2 Aus welchen Gründen musste die Begutachtung abgebrochen werden?

- Versicherter war erschöpft bzw. ist eingeschlafen.
 - Versicherter hat aus anderen Gründen abgebrochen.
 - Erziehungsberechtigter bzw. eine Pflegeperson hat die Begutachtung abgebrochen.
 - Sonstiges
-

VII Stammdaten des Versicherten - Antragsinformationen

VII.1 Geschlecht des Versicherten

- Männlich
 - Weiblich
-

VII.2 Beantragte Leistungsart

- Geldleistungen
 - Kombileistungen
 - Sachleistungen
 - Vollstationäre Leistungen
 - Leistungen nach § 43a SGB XI
-

VII.3 Begutachtungsart

- Erstgutachten/Erstgutachten nach Eilfeststellung
 - Höherstufungsgutachten
 - Wiederholungsgutachten
-

VII.4 Nur bei Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen: Bisherige Pflegestufe

- Unterhalb Pflegestufe I
 - Pflegestufe I
 - Pflegestufe II
 - Pflegestufe III
 - Härtefall
 - Nicht zu ermitteln
-

VII.5 Nur bei Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen

Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist bisher

- nicht eingeschränkt
- erheblich eingeschränkt
- in erhöhtem Maße eingeschränkt
- nicht zu ermitteln

VIII Ergebnisse der aktuellen Begutachtung nach gültigen BRI

Diese Angaben sind aus Ihrem Formulargutachten zu übernehmen!

VIII.1 Begutachtungsort

- Privatwohnung
- Vollstationäre Einrichtung
- Ambulant betreute Wohngruppen
- Kurzzeitpflege
- Einrichtung mit §-43a-Leistungen
- Reha-Einrichtungen
- Krankenhaus/Einrichtung der Krankenversicherung
- Hospiz
- Sonstiges

VIII.2 Bei Begutachtung in einer Privatwohnung

(Mehrfachnennungen möglich)

- Versicherter lebt mit seinem Erziehungsberechtigten zusammen
- Versicherter lebt zusammen mit anderen Angehörigen
- Versicherter lebt mit Personen zusammen, zu denen keine verwandtschaftliche Beziehung besteht
- Versicherter lebt zusammen mit einer Pflegeperson

VIII.3 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung (Punkt 1.4)

- Keine
- Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- Rund um die Uhr erforderliche häusliche Krankenpflege
- Sonstige:

VIII.4 Pflegerelevante Vorgeschichte: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Punkt 2.3)

- Im letzten Jahr vor der Begutachtung
- Mehr als ein Jahr, aber weniger als vier Jahre vor der Begutachtung
- Nein

VIII.5 Pflegerelevante Vorgeschichte: Form der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Punkt 2.3)

- Ambulant
 - Mobil
 - Stationär
-

VIII.6 Pflegerelevante Vorgeschichte: Art der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Punkt 2.3)

- Indikationsspezifisch (z.B. neurologische, onkologische, kardiologische Rehabilitation):
-
-

VIII.7 Erste pflegebegründete Diagnose (Punkt 3.3):

.....

VIII.8 Weitere im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehende Diagnose (Punkt 3.3)

.....

VIII.9 Ermittelter Zeitbedarf in Minuten im Bereich

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| der Körperpflege | in Minuten: |
| der Ernährung | in Minuten: |
| der Mobilität | in Minuten: |
| der hauswirtschaftlichen Versorgung | in Minuten: |
-

VIII.10 Pflegebedürftigkeit (5.2.1)

- Nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI
 - Unterhalb Pflegestufe I
 - Pflegestufe I
 - Pflegestufe II
 - Pflegestufe III
 - Härtefall
-

VIII.11 Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist (5.2.2)

- Nicht eingeschränkt
 - Erheblich eingeschränkt
 - In erhöhtem Maße eingeschränkt
-

IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Anhang

Bitte übertragen Sie Ihre Ergebnisse aus Punkt 6.3 des derzeit gültigen Formulargutachtens

1. Informationen zur Rehabilitationsbedürftigkeit		Ja	Nein
1.1	Werden Möglichkeiten gesehen, die Selbständigkeit und Teilhabe des Antragstellers zu erhalten oder zu verbessern und damit Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:			
1.2	Zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe können folgende Einzelmaßnahmen aussichtsreich sein. Mehrfachauswahl möglich (bei a-b Prüfung und ggf. Verordnung durch den behandelnden Arzt bzw. bei c Anregung an die Pflegenden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.) Auf der Grundlage der Heilmittel-Richtlinien:			
<input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden Heilmitteltherapie			
<input type="checkbox"/> Intensivierung der derzeit laufenden Heilmitteltherapie			
.....			
<input type="checkbox"/> Durch weitere Heilmittel			
• Physikalische Therapie			
• Ergotherapie			
• Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie			
• Podologie			
b.) Andere Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung:			
<input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden vertragsärztlichen Behandlung			
<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen (z.B. fachärztliche Mitbehandlung, Psychotherapie, Neuropsychologie)			
c) Pflegerische Maßnahmen:			
<input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden aktivierend-pflegerischen Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Einleitung/Intensivierung aktivierend-pflegerischer Maßnahmen			
oder:			
1.3	Die Selbständigkeit und Teilhabe des Antragstellers können voraussichtlich nur durch eine interdisziplinäre und mehrdimensionale Leistung zur medizinischen Rehabilitation verbessert oder erhalten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Informationen zur Rehabilitationsfähigkeit

2.1 Der Antragsteller erscheint zum Zeitpunkt der Begutachtung körperlich in der Lage, mehrmals täglich aktiv an Therapien teilzunehmen. Ja Nein

Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch

- hochgradige körperliche Schwäche
- stark verminderte kardiale und/oder pulmonale Belastbarkeit
- große Wunden/Dekubitalgeschwüre
- nicht ausreichend übungstabile Frakturen
- kurz zurückliegende oder geplante Operationen
- sonstige Gründe

2.2 Der Antragsteller erscheint psychisch/kognitiv ausreichend stabil, um aktiv an Therapien teilzunehmen. Ja Nein

Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch

- schwere Orientierungsstörungen, z.B. mit Wanderungstendenz
- ausgeprägte psychische Störungen, beispielsweise akute Wahnsymptomatik
- Antriebsstörungen, z.B. bei schwerer Depression
- nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung
- die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
- Stuhlinkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist
- sonstige Gründe

3. Informationen zu den Rehabilitationszielen Ja Nein

Können realistisch erreichbare und für den Antragsteller alltagsrelevante Rehabilitationsziele formuliert werden, z.B. Verbesserung oder Erhaltung in Bezug auf Gehfähigkeit, Transfer, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kommunikation, Krankheitsbewältigung, Erhalt der Mobilität, Erlernen von Ersatzstrategien etc.? Ja Nein

Wenn ja, welche:

.....
.....
.....
.....

Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Ja Nein

Zuweisungsempfehlung:

- Geriatrische Rehabilitation
- Indikationsspezifische Rehabilitation

Wenn ja, welche:

- Ambulante Durchführung
 - in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung
 - durch mobile Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld, weil
- Stationäre Durchführung, weil

Hinweise auf besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z.B. medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche):

Empfehlungen

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen wird keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben.

Entscheidungsrelevant hierfür ist:

- Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und/oder aktivierend-pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Es wird empfohlen, mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob die unter 1.2 genannten weiteren Maßnahmen der vertragsärztlichen Versorgung (1.2 a und b) eingeleitet werden können.
- Es ergeben sich zwar Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, aktuell liegt jedoch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit vor.
- Die Wirkung einer abgeschlossenen oder derzeit stattfindenden Rehabilitationsmaßnahme soll abgewartet werden.
- Es wird derzeit keine realistische Möglichkeit gesehen, durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Sonstige Gründe:

Anhang

Hier erscheint im elektronischen Erhebungsbogen der Hinweis, ob eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt.

Der Erhebungsbogen ist bearbeitet. Bitte senden Sie diesen an das Zentrum für Klinische Studien Bremen. Sollte eine besondere Bedarfskonstellation vorliegen, geben Sie diese Information mit dem entsprechenden Fallschlüssel an den zentralen Ansprechpartner in Ihrem MD weiter.

Meldung erfolgt

- Ja
- Nein

Herzlichen Dank!

Leitfaden für die internen Fallbesprechungen

Anhang

Internes Gespräch über Begutachtungen bei Kindern

Zwei Gutachter, die einen gemeinsamen Hausbesuch bei einer Kinderbegutachtung durchgeführt haben (Audit)

Sehr geehrte Gutachterin, sehr geehrter Gutachter,

Sie haben beide einen gemeinsamen Hausbesuch bei einer Kinderbegutachtung durchgeführt.

Wir möchten Sie bitten, ein Gespräch über diesen Hausbesuch zu führen. In dem Gespräch sollen vor allem die Unterschiede in der Einschätzung nach dem NBA thematisiert werden. Dabei soll es aber nicht um „Richtig“ oder „Falsch“ gehen, sondern darum, aus welchen Gründen mögliche unterschiedliche Einschätzungen aufgetreten sind und wie sie sich zukünftig vermeiden lassen.

Bitte wählen Sie zunächst aus dem Drop-down-Feld Ihren Gutachterdienstschlüssel aus.

Gutachterdienstschlüssel: -

Bitte notieren Sie Ihre Ergebnisse zu den einzelnen Punkten in den dafür vorgesehenen Formularfeldern. Hierfür gibt es keine Zeichenbeschränkung.

Kurze Fallbeschreibung:

Bitte tragen Sie hier die Ergebnisse Ihres Gesprächs ein.

Modul und Item im NBA	Unterschiedliche Einschätzungen zwischen den Gutachtern	Mögliche Hilfestellungen und Verbesserungsvorschläge für die Zukunft

Internes Gespräch über besondere Bedarfskonstellationen

Zwei Gutachter, die je einmal das NBA bei demselben Antragsteller durchgeführt haben (Doppelbegutachtung)

Sehr geehrte Gutachterin, sehr geehrter Gutachter,

Sie haben beide ein Gutachten mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) bei demselben Versicherten erstellt, bei dem eine besondere Bedarfskonstellation im Sinne der „Ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung“ und/oder „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“ aufgetreten ist.

Wir möchten Sie bitten, ein Gespräch über Ihre Begutachtung zu führen. In dem Gespräch sollen vor allem die Unterschiede in der Begutachtung thematisiert werden. Dabei soll es aber nicht um „Richtig“ oder „Falsch“ gehen, sondern darum, bei welchen Fragen im NBA, aus welchen Gründen mögliche unterschiedliche Einschätzungen aufgetreten sind und wie sie sich zukünftig vermeiden lassen. Hierzu möchten wir Sie bitten, den Fall schrittweise anhand der NBA-Module zu besprechen.

Bitte wählen Sie zunächst aus dem Drop-down-Feld Ihren Gutachterdienstschlüssel aus.

Gutachterdienstschlüssel: -

Kurze Fallbeschreibung:

Bitte tragen Sie hier die Ergebnisse Ihres Gesprächs ein.

Modul und Item im NBA	Unterschiedliche Einschätzungen zwischen den Gutachtern	Mögliche Hilfestellungen und Verbesserungsvorschläge für die Zukunft

Finden Sie es in dem vorliegenden Fall angemessen, dass automatisch der höchste Pflegegrad erreicht wird? Bitte begründen Sie Ihre Antwort!

Ja, weil:

Nein, weil:

War in dem vorliegenden Fall die besondere Bedarfskonstellation eindeutig identifizierbar? Wenn nicht, wo gab es Schwierigkeiten und wie könnten diese aus Ihrer Sicht behoben werden?

Ja, weil:

Nein, weil:

Wären die Versicherten aus Ihrer fachlichen Sicht auch ohne die besonderen Bedarfskonstellationen durch das NBA angemessen abgebildet worden?

Ja, weil:

Nein, weil:

Gibt es noch weitere Erfahrungen oder Ansichten, die Sie uns mitteilen möchten?

Leitfaden für die interne Diskussion in den Gutachterdiensten

Sehr geehrte Gutachterinnen und Gutachter,

Sie haben mittlerweile etliche Gutachten mit dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) erstellt und somit einige Erfahrungen sammeln können.

Wir möchten Sie bitten, intern in Ihrem Medizinischen Dienst mit allen Gutachtern, die an der Studie beteiligt sind, eine Diskussion über das Neue Begutachtungsassessment zu führen. Diese Diskussion soll sich an den unten aufgeführten Fragen orientieren.

Bitte wählen Sie zunächst aus dem Drop-down-Feld Ihren Gutachterdienstschlüssel aus.

Gutachterdienstschlüssel: -

Bitte notieren Sie Ihre Ergebnisse zu den einzelnen Punkten in den dafür vorgesehenen Formularfeldern. Hierfür gibt es keine Zeichenbeschränkung. Bei einigen Fragen gibt es zusätzlich die Unterteilung in „Ja“ und „Nein“. Füllen Sie entsprechend das darauffolgende Formularfeld aus. Für den Fall, dass beide Antworten infrage kommen, füllen Sie bitte beide Formularfelder aus.

Bitte tragen Sie zunächst hier ein,

1. wie viele Personen an der Diskussion teilgenommen haben.
2. wie viele Begutachtungen mit dem NBA die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Diskussion insgesamt durchgeführt haben.
3. wie viele Kinderbegutachtungen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Diskussion insgesamt durchgeführt haben.
4. wie viele Begutachtungen mit besonderen Bedarfskonstellationen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Diskussion insgesamt durchgeführt haben.

Bitte bestimmen Sie nun diejenige Person, die in der Diskussion darauf achtet, dass alle im Folgenden aufgeführten Fragen angesprochen werden, und die bei Rückfragen kontaktiert werden kann (Moderation und Kontakt):

Kontakt bei Rückfragen:

Name:

Erreichbar unter der Telefonnummer:

E-Mail:

Bitte bestimmen Sie nun diejenige Person, die die Ergebnisse der Diskussionen protokolliert.

Beachten Sie bitte bei der Diskussion folgende Grundsätze:

- Die einzelnen Fragen sind bewusst sehr offen gehalten, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, das Ergebnis der Gruppendiskussion möglichst frei einzutragen.
- Alle Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer können frei ihre Ansichten und Erfahrungen einbringen.
- Sollte es bei der Diskussion zu den Fragestellungen unterschiedliche Meinungen geben, dann protokollieren Sie diese Unterschiede bitte einfach in kurzen Sätzen.

Leitfragen für die Diskussion

Im NBA (Erwachsene) sind besondere Bedarfskonstellationen („Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung“ sowie „Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine“) definiert worden.

- Finden Sie es angemessen, dass diese besonderen Bedarfskonstellationen automatisch den höchsten Pflegegrad erreichen? Bitte begründen Sie Ihre Antwort!
Ja, weil:
Nein, weil:
- Sind diese in der Praxis eindeutig identifizierbar? Wenn nicht, wo gab es Schwierigkeiten und wie könnten diese aus Ihrer Sicht behoben werden?
Ja, weil:
Nein, weil:
- Zeigen sich in der Praxis weitere, bislang nicht berücksichtigte Fallkonstellationen, die aus Ihrer Sicht automatisch den höchstmöglichen Pflegegrad erreichen sollten?
Wenn ja, welche?
Ja, weil:
Nein, weil:

Wie praktikabel ist aus Ihrer Sicht das NBA im Hinblick auf die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern?

- Welche besonderen Herausforderungen sehen Sie grundsätzlich in der Anwendung des NBA bei der Begutachtung von Kindern?
- Der Expertenbeirat empfiehlt eine pauschale Einstufung von Kindern zwischen 0 und 18 Monaten ab einer Punktzahl von 30 in den Grad 2 bis 3. Bitte diskutieren Sie, ob diese Empfehlung inhaltlich angemessen und in der Praxis gut umsetzbar ist.
- Welche besonderen Erfahrungen haben Sie mit der Anwendung des NBA bei Kindern in sensiblen pflegerischen Kontexten (z.B. Palliativsituation, ambulante Intensivpflege u.a.)? Welche Schwierigkeiten sind aufgetreten und wie könnte man diese für die Zukunft beheben?

Anhang

- Bitte diskutieren Sie auch Ihre Erfahrungen mit besonderen Bedarfskonstellationen bei Kindern (siehe Frage 2)!
- Wie haben Sie die Begutachtung mit zwei Gutachtern erlebt?

Im NBA erheben Sie für jedes Modul detaillierte Angaben zu Verbesserungen oder Erhalt von Selbständigkeit und Teilhabe, die Sie bei Ihrer Einschätzung einer möglichen Rehabilitationsbedürftigkeit unterstützen sollen. Wie praktikabel sind Ihrer Ansicht nach diese Ergänzungen?

- Sind die Antwortoptionen unter jedem Modul Ihrer Ansicht nach hilfreich? Ist die Zusammenfassung aus den Modulen für Ihre Empfehlungen hilfreich? Falls nicht, erläutern Sie bitte Ihre Ansichten.
Ja, weil:
Nein, weil:
- Für wie angemessen halten Sie die Fragen und Antwortmöglichkeiten?
- Was sollte Ihrer Ansicht nach ergänzt oder geändert werden?
- Wie hilfreich fanden Sie die Handreichung und die Hinweise aus dem Reha-XI-Projekt?
- Wie hat sich die Kommunikation zwischen Ihnen und den Ärzten, die die Reha-Empfehlung aussprechen, gestaltet?

Nach seiner Erprobung soll das NBA deutschlandweit eingeführt werden. Welche konstruktiven Hinweise können Sie aus Ihrer Sicht für die Gestaltung des Implementierungsprozesses geben?

- Sind die Begutachtungsmanuale ausreichend handlungsleitend, eindeutig und verständlich? Falls nicht, welche Änderungsvorschläge haben Sie?
Ja, weil:
Nein, weil:
- Welche weiteren Schulungsinhalte erachten Sie als sinnvoll für die Zukunft?
- Welche zukünftigen Beratungsinhalte ergeben sich aus dem NBA?
- Welche Hinweise können Sie für die Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien geben?

Als erfahrene Gutachterin bzw. erfahrener Gutachter mit häufigem Kontakt zu Versicherten und ihren Angehörigen können Sie vielleicht auch die Präferenzen von Versicherten und ihren Angehörigen einschätzen. Daher würden wir gerne von Ihnen wissen, wie Sie die Akzeptanz des NBA durch die Versicherten und ihre Angehörigen einschätzen.

- Hat sich Ihrer Ansicht nach die Akzeptanz der Eltern gegenüber der Begutachtung von Kindern geändert?
Ja, weil:
Nein, weil:

-
- Sind Ihrer Ansicht nach durch die Begutachtung mit dem NBA alle für die Versicherten und ihre Angehörigen relevanten Themenbereiche abgefragt worden?

Ja, weil:

Nein, weil:

- Falls nicht, welche Themenbereiche könnten zudem relevant sein?

Hinweis: Falls Sie diese Frage nicht beantworten möchten, können Sie sie einfach auslassen.

Welche weiteren Erfahrungen haben Sie bei der Anwendung des NBA gemacht?

- Was hat besonders gut funktioniert?
- Womit hatten Sie Schwierigkeiten?

Zum Schluss: Was würden Sie sich hinsichtlich der Einführung des NBA wünschen?

Wir bedanken uns ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Leitfaden Fokusgruppe „Besondere Bedarfskonstellationen“

Phasen der Fokusgruppendifkussion

1. Begrüßung
2. Vorstellung und kurzer Überblick über den geplanten Verlauf der Veranstaltung und der Fokusgruppendifkussion
3. Vorstellungsrunde
4. Kurze Einführung in die Thematik und die Festlegung der Regeln für den Verlauf der Diskussion
5. Einführende Frage: Bitte berichten Sie über Ihre Erfahrungen in der praktischen Anwendung des NBA. Was hat gut geklappt, was nicht?
6. Übergangsfrage: Welche Erfahrungen konnten Sie in Bezug auf die vom Beirat definierten besonderen Bedarfskonstellationen sammeln? Sind Ihnen solche Fälle in der Praxis begegnet?
7. Anhand von einigen Fragen wird das Thema in seiner Tiefe diskutiert, wobei dadurch die benötigten Informationen gesammelt werden können.

Sind die besonderen Bedarfskonstellationen in der Praxis eindeutig identifizierbar?
Wenn nicht, wo gab es Schwierigkeiten?/Wieso kommen Ihrer Meinung nach die Verhaltensauffälligkeiten so selten in der Praxis vor?

Wären die Versicherten aus Ihrer fachlichen Sicht auch ohne die besonderen Bedarfskonstellationen mit dem NBA angemessen abgebildet worden?

Finden Sie es angemessen, dass beim Vorliegen einer besonderen Bedarfskonstellation der Versicherte automatisch den höchsten Pflegegrad erreicht?

Ergeben sich aus Ihrer fachlichen Sicht Hinweise für eine Konkretisierung der vom Beirat vorgeschlagenen Bedarfskonstellationen?

Zeigen sich in der Praxis weitere, bislang nicht berücksichtigte Fallkonstellationen, die aus Ihrer Sicht automatisch den höchstmöglichen Pflegegrad erreichen sollten? (z.B. Sterbende)

Wo sehen Sie den Bedarf für zukünftige Schulungen?

Ist die derzeitige Befunderhebung ausreichend, um das NBA anzuwenden, oder haben Sie ergänzende Vorschläge?

Wie schätzen Sie bezogen auf den Umgang mit den besonderen Bedarfskonstellationen die Akzeptanz bei den Versicherten ein?

Am Ende der Diskussion werden die Teilnehmer gebeten, ihre Meinung zusammenzufassen, zu der Interpretation der Gruppenergebnisse des Moderators Stellung zu nehmen und eventuell fehlende Informationen zu ergänzen. (= Abschluss Fr. Sander)

Bisher diskutierte Schwierigkeiten

Was sollte im Begutachtungsmanual konkretisiert werden?

Ziel

Beantwortung der Fragen des Expertenbeirats

Ergebnissicherung in visualisierter Form zur weiteren Datenauswertung

Leitfaden Fokusgruppe „Kinder“

Phasen der Fokusgruppendifkussion

1. Begrüßung
2. Vorstellung und kurzer Überblick über den geplanten Verlauf der Veranstaltung und der Fokusgruppendifkussion
3. Kurze Einführung in die Thematik und die Festlegung der Regeln für den Verlauf der Diskussion
4. Vorstellungsrunde

Einführende Frage: Bitte berichten Sie über Ihre Erfahrungen in der praktischen Anwendung des NBA. Was hat gut geklappt, was nicht?

Übergangsfrage: Welche Erfahrungen konnten Sie in Bezug auf die Begutachtung von pflegebedürftigen Kindern sammeln?

Anhand von sechs bis sieben Fragen wird das Thema in seiner Tiefe diskutiert, wobei dadurch die benötigten Informationen gesammelt werden können.

Welche besonderen Herausforderungen sehen Sie grundsätzlich in der Anwendung des NBA bei der Begutachtung von Kindern?

Ist die Empfehlung des Expertenbeirats einer pauschalen Einstufung von Kindern zwischen 0 und 18 Monaten ab einer Punktzahl von 30 in den Grad 2 bis 3 inhaltlich angemessen und in der Praxis gut umsetzbar?

Welche Erfahrungen konnten Sie mit der Anwendung des NBA bei Kindern in sensiblen pflegerischen Kontexten sammeln (z.B. Palliativsituation, ambulante Intensivpflege)?/Welche Schwierigkeiten sind aufgetreten und wie kann die Implementierung des NBA in besonders sensiblen Kontexten unterstützt werden?

Werden hinsichtlich der Begutachtung von Kindern alle für die Versicherten und ihre Eltern relevanten Themenbereiche angesprochen?/Wie schätzen Sie die Akzeptanz bei den Versicherten und bei den Eltern ein?

Wo sehen Sie den Bedarf für zukünftige Schulungen?

Was muss im Begutachtungsmanual für Kinder konkretisiert werden?

Am Ende der Diskussion werden die Teilnehmer gebeten, ihre Meinung zusammenzufassen, zu der Interpretation der Gruppenergebnisse des Moderators Stellung zu nehmen und eventuell fehlende Informationen zu ergänzen.

Bisher diskutierte Schwierigkeiten

Erscheinen Ihnen die Ausprägungen bei der Bewertung der Selbständigkeit und der Beurteilung der Fähigkeiten eindeutig? Welche Module bereiteten Schwierigkeiten und welche Handreichungen erscheinen Ihnen hilfreich?

Welche Krankheitsbilder werden Ihrer Ansicht nach bei Kindern im NBA nicht eindeutig erfasst? (Autismus, Intelligenzminderung, ADHS)

Gibt es Versorgungskonstellationen bei Kindern zwischen 0-18 Monaten, die einen pflegeintensiven Pflegeaufwand verursachen und im NBA nicht erfasst werden? (z.B. besondere Mundpflege bei Chemotherapie)

Gibt es Fallkonstellationen bei Kindern unter drei Jahren, die automatisch den höchsten Pflegegrad erreichen sollten? (schwerstmehrfach behinderte Kinder)

Wichtig

Siehe Tag 1 (Antworten auf vorgegebene Fragen finden und Ergebnissicherung in visueller Form zur weiteren Datenauswertung)

Phasen der Fokusgruppendifkussion

1. Begrüßung
2. Vorstellung und kurzer Überblick über den geplanten Verlauf der Veranstaltung und der Fokusgruppendifkussion
3. Kurze Einführung in die Thematik und die Festlegung der Regeln für den Verlauf der Diskussion
4. Vorstellungsrunde (ggf. abgekürzt, siehe Tag 1)

Einführende Frage: Bitte berichten Sie über Ihre Erfahrungen in der praktischen Anwendung des NBA. Was hat gut geklappt, was nicht? (ggf. abgekürzt siehe Tag 1)

Übergangsfrage: Das NBA sieht eine fachliche Einschätzung zu Verbesserung oder Erhalt von Selbständigkeit und Teilhabe vor. Wie praktikabel halten Sie die Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation?

Anhand von einigen Fragen wird das Thema in seiner Tiefe diskutiert, wobei dadurch die benötigten Informationen gesammelt werden können.

Sind die Fragen- und Antwortoptionen unter jedem Modul Ihrer Ansicht nach hilfreich und angemessen? Welche Änderungen erscheinen Ihnen wünschenswert?

Halten Sie die Vorschläge zur Feststellung des Verbesserungspotenzials nach jedem Modul für sinnvoll und in der Praxis umsetzbar? Gibt es ggf. Änderungsvorschläge?

In welchen Bereichen sehen Sie noch Schulungsbedarf für die Gutachter? (ggf. aufgreifen der Ergebnisse vom Vortag)

Welche Hinweise und Notwendigkeiten ergeben sich aus der praktischen Erfahrung für die Gestaltung des Manuals?

Wie hilfreich fanden Sie die Handreichung und die Hinweise aus dem Reha-XI-Projekt?

Wie sehen Sie die Akzeptanz der Reha-Einschätzung bei den Versicherten?

Was bedeutet es für die Gutachter, Rehabilitationsbedürftigkeit festzustellen und eine Einschätzung abzugeben? Gab es Schwierigkeiten oder Unsicherheiten?

Am Ende der Diskussion werden die Teilnehmer gebeten, ihre Meinung zusammenzufassen, zu der Interpretation der Gruppenergebnisse des Moderators Stellung zu nehmen und eventuell fehlende Informationen zu ergänzen.

Bisher diskutierte Schwierigkeiten

Waren die pflegerischen und ärztlichen Kompetenzen im Rahmen der Studie klar voneinander abgrenzbar?

Ist die zu betrachtende Zeitspanne (innerhalb der letzten Wochen/Monate) bei Veränderung der Fähigkeiten zur Selbstversorgung im Manual klar definiert? Wie könnte dies ggf. konkreter aussehen?

Wichtig

Siehe Tag 1 (Antworten auf vorgegebene Fragen finden und Ergebnissicherung in visueller Form zur weiteren Datenauswertung).

Leitfaden Fokusgruppe „Implementierung“

Phasen der Fokusgruppendifkussion

1. Begrüßung
2. Vorstellung und kurzer Überblick über den geplanten Verlauf der Veranstaltung und der Fokusgruppendifkussion
3. Kurze Einführung in die Thematik und die Festlegung der Regeln für den Verlauf der Diskussion
4. Vorstellungsrunde

Einführende Frage: Bitte berichten Sie über Ihre Erfahrungen in der praktischen Anwendung des NBA. Was hat gut geklappt, was nicht? (ggf. abgekürzt siehe Tag 1)

Übergangsfrage: Welche Erfordernisse gibt es aus Ihrer Sicht in Hinsicht auf die Implementierung des NBA?

Anhand von einigen Fragen wird das Thema in seiner Tiefe diskutiert, wobei dadurch die benötigten Informationen gesammelt werden können.

Ist das Begutachtungsmanual in seiner Gesamtheit ausreichend handlungsleitend, eindeutig und verständlich? Was sollte ggf. konkretisiert werden?

Erscheint Ihnen die Beurteilung der Selbständigkeit eindeutig? Welche Module bereiten Schwierigkeiten und welche Handreichungen erscheinen Ihnen hilfreich?

In welcher Form sind Sie bei der Begutachtung vorgegangen? Haben Sie die erforderlichen Angaben in Form eines Gesprächs erhoben oder sind Sie anhand der Erhebungssoftware chronologisch vorgegangen?

In welchen Bereichen sehen Sie noch Schulungsbedarf für die Gutachter? Fühlen Sie sich in der Einschätzung von psychischen Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten sicher?

Welche zukünftigen Beratungsinhalte sehen Sie durch das NBA?

Welche Hinweise und Notwendigkeiten ergeben sich aus Ihrer fachlichen Sicht für die Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien? (MDS liefert dazu Stichpunkte)

Wie sehen Sie die Akzeptanz des NBA? (siehe Tag 1) Wie könnte sich die Systemumstellung auf die Akzeptanz der Versicherten auswirken? Werden Ihrer Ansicht nach alle relevanten Themen im NBA abgebildet? Was bedeutet es für die Gutachter, sich vom alten System zu verabschieden und sich auf ein neues einzustellen? Ist Unterstützungsbedarf nötig?

Was hat in der Anwendung der Software gut geklappt? Wo hatten Sie Schwierigkeiten? Was sollte Ihrer Ansicht nach in Bezug auf die Fortentwicklung einfließen?

Am Ende der Diskussion werden die Teilnehmer gebeten, ihre Meinung zusammenzufassen, zu der Interpretation der Gruppenergebnisse des Moderators Stellung zu nehmen und eventuell fehlende Informationen zu ergänzen.

Bisher diskutierte Schwierigkeiten

Gibt es Begriffe, die präziser definiert werden sollten? (z.B. adäquate Diagnostik, längere Zeit, exemplarisch)

Gibt es Ihrer Ansicht nach Erschwerungsfaktoren oder Krankheitsbilder, die durch das NBA nicht erfasst werden? (z.B. Palliativsituation, respiratorische Insuffizienz, Schmerz, Autismus, Intelligenzminderung etc.)

Haben sich der modulare Aufbau und die Abfolge der Items innerhalb der Module in der Praxis als praktikabel erwiesen?

Wichtig

Siehe Tag 1 (Antworten auf vorgegebene Fragen finden und Ergebnissicherung in visueller Form zur weiteren Datenauswertung).

Versichertenaufklärungen und Einwilligungserklärungen

I Aufklärung und Einwilligungserklärung – Begutachtung von erwachsenen Antragstellern

Aufklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer wissenschaftlichen Studie.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft zurzeit ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, das in Zusammenarbeit mit Fachexperten entwickelt wurde.

Um zu klären, ob das Verfahren zukünftig in der allgemeinen Begutachtung angewandt werden kann, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie deshalb, an der Erprobung dieses Verfahrens teilzunehmen.

Was erwartet Sie, wenn Sie teilnehmen?

Zunächst wird der Gutachter das neue Begutachtungsverfahren durchführen. Im Anschluss daran erfolgt die ganz normale Begutachtung mit dem derzeit gültigen Verfahren.

Haben Sie Nachteile, wenn Sie sagen: „Nein, das Ganze interessiert mich nicht“?

Nein! Ihre Teilnahme an der Erprobung des Verfahrens ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht an der Befragung teilnehmen. Die Befragung hat keinerlei Einfluss auf Ihre Pflegestufe oder andere Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung.

Personenbezogene Daten wie Ihr Name, Ihre Anschrift und Ihre Telefonnummer verbleiben in dem jeweiligen Medizinischen Dienst. Studienbezogene Gesundheitsdaten werden nur in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Die Weitergabe an Dritte einschließlich der Veröffentlichung erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form. Das heißt, Ihr Name und Ihre Adresse werden dabei so verschlüsselt, dass sie von niemandem mehr zu identifizieren sind.

Sind Sie einverstanden, auf freiwilliger Basis an der Erprobung des neuen Verfahrens teilzunehmen, dokumentieren Sie dies bitte durch Ihre Unterschrift.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns bereits im Voraus recht herzlich!

Einwilligung zur Teilnahme an der Studie

Anhang

Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. der/die oben genannte Versicherte freiwillig an der Erprobung eines neuen Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Projekts:

„Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“,

wie oben beschrieben, teilnehme bzw. teilnimmt.

Ich bin in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Studie aufgeklärt worden und habe darüber hinaus den Text der Studienaufklärung gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet werden.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme das Ergebnis der Pflegebegutachtung nach dem Pflege-Versicherungsgesetz nicht beeinflusst.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Versicherten
(des Betreuers bzw. gesetzlichen Vertreters)

II Aufklärung und Einwilligungserklärung - Kinderbegutachtung

Aufklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer wissenschaftlichen Studie.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft zurzeit ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, das in Zusammenarbeit mit Fachexperten entwickelt wurde.

Um zu klären, wie das Verfahren zukünftig in der allgemeinen Begutachtung angewandt werden kann, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie deshalb, an der Erprobung dieses Verfahrens teilzunehmen.

Was erwartet Sie, wenn Sie teilnehmen?

Zunächst wird der Gutachter das neue Begutachtungsverfahren durchführen. Im Anschluss daran erfolgt die ganz normale Begutachtung mit dem derzeit gültigen Verfahren.

Haben Sie Nachteile, wenn Sie sagen: „Nein, das Ganze interessiert mich nicht“?

Nein! Ihre Teilnahme an der Erprobung des Verfahrens ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht an der Befragung teilnehmen. Die Befragung hat keinerlei Einfluss auf die Pflegestufe oder andere Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung.

Personenbezogene Daten wie der Name, die Anschrift und die Telefonnummer verbleiben in dem jeweiligen Medizinischen Dienst. Studienbezogene Gesundheitsdaten werden nur in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Die Weitergabe an Dritte einschließlich der Veröffentlichung erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form. Das heißt, Name und Adresse werden dabei so verschlüsselt, dass sie von niemandem mehr zu identifizieren sind.

Sind Sie einverstanden, auf freiwilliger Basis an der Erprobung des neuen Verfahrens teilzunehmen, dokumentieren Sie dies bitte durch Ihre Unterschrift.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns bereits im Voraus recht herzlich!

**Einwilligung zur Teilnahme an der Studie
(Kinderbegutachtung)**

Hiermit erkläre ich, dass der/die obengenannte Versicherte (mein Kind) freiwillig an der Erprobung eines neuen Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Projekts:

„Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“,

wie oben beschrieben, teilnimmt.

Ich bin in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Studie aufgeklärt worden und habe darüber hinaus den Text der Studienaufklärung gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet werden.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme das Ergebnis der Pflegebegutachtung nach dem Pflege-Versicherungsgesetz nicht beeinflusst.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

III Aufklärung und Einwilligungserklärung - Zweite Begutachtung von erwachsenen Antragstellern

Aufklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer wissenschaftlichen Studie.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft zurzeit ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, das in Zusammenarbeit mit Fachexperten entwickelt wurde.

Um zu klären, ob das Verfahren zukünftig in der allgemeinen Begutachtung angewandt werden kann, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie deshalb, an der Erprobung dieses Verfahrens teilzunehmen.

Was erwartet Sie, wenn Sie teilnehmen?

Um zu klären, ob das neue Begutachtungsverfahren richtig ist, möchte ich Sie bitten, bei einem zweiten Hausbesuch eines anderen Gutachters zu einem späteren Zeitpunkt einen Teil der heutigen Fragen noch mal zu beantworten. Es erfolgt keine nochmalige Pflegebegutachtung!

Dieser zweite Hausbesuch erfolgt möglichst innerhalb der nächsten zwei Wochen.

Haben Sie Nachteile, wenn Sie sagen: „Nein, das Ganze interessiert mich nicht“?

Nein! Ihre Teilnahme an der Erprobung des Verfahrens ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht an der Befragung teilnehmen. Die Befragung hat keinerlei Einfluss auf Ihre Pflegestufe oder andere Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung. Ihr Name, Ihre Anschrift und Ihre Telefonnummer werden für den zweiten Besuch an Dritte weitergegeben. Diese Daten werden anschließend nur in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Das heißt, Ihr Name und Ihre Adresse werden dabei so verschlüsselt, dass sie von niemandem mehr zu identifizieren sind.

Sind Sie einverstanden, auf freiwilliger Basis an der Erprobung des neuen Verfahrens teilzunehmen, dokumentieren Sie dies bitte durch Ihre Unterschrift.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns bereits im Voraus recht herzlich!

Einwilligung

Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. der/die oben genannte Versicherte freiwillig an der Erprobung eines neuen Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Projekts:

„Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ an einer weiteren Begutachtung durch einen zweiten Gutachter teilnehmen bzw. teilnimmt.

Ich bin in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Studie aufgeklärt worden und habe darüber hinaus den Text der Studienaufklärung gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet werden.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme das Ergebnis der Pflegebegutachtung nach dem Pflege-Versicherungsgesetz nicht beeinflusst.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Versicherten
(des Betreuers bzw. gesetzlichen Vertreters)

Aufklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer wissenschaftlichen Studie.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft zurzeit ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, das in Zusammenarbeit mit Fachexperten entwickelt wurde.

Um zu klären, wie das Verfahren zukünftig in der allgemeinen Begutachtung angewandt werden kann, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie deshalb, an der Erprobung dieses Verfahrens teilzunehmen.

Was erwartet Sie, wenn Sie teilnehmen?

Zunächst wird der verantwortliche Gutachter das neue Begutachtungsverfahren durchführen. Im Anschluss daran erfolgt die ganz normale Begutachtung mit dem derzeit gültigen Verfahren. Der zweite Gutachter wird während der Begutachtung hospitieren.

Haben Sie Nachteile, wenn Sie sagen: „Nein, das Ganze interessiert mich nicht“?

Nein! Ihre Teilnahme an der Erprobung des Verfahrens ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht an der Befragung teilnehmen. Die Befragung hat keinerlei Einfluss auf die Pflegestufe oder andere Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung.

Personenbezogene Daten wie der Name, die Anschrift und die Telefonnummer verbleiben in dem jeweiligen Medizinischen Dienst. Studienbezogene Gesundheitsdaten werden nur in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Die Weitergabe an Dritte einschließlich der Veröffentlichung erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form. Das heißt, Name und Adresse werden dabei so verschlüsselt, dass sie von niemandem mehr zu identifizieren sind.

Sind Sie einverstanden, auf freiwilliger Basis an der Erprobung des neuen Verfahrens teilzunehmen, dokumentieren Sie dies bitte durch Ihre Unterschrift.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns bereits im Voraus recht herzlich!

Einwilligung

Hiermit erkläre ich, dass der/die oben genannte Versicherte (mein Kind) freiwillig an der Erprobung eines neuen Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Projekts:

„Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“,

wie oben beschrieben, teilnimmt.

Ich bin in einem persönlichen Gespräch ausführlich über die Studie aufgeklärt worden und habe darüber hinaus den Text der Studienaufklärung gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich stimme der Anwesenheit eines zweiten Gutachters bei der Begutachtung zu.

Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet werden.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme das Ergebnis der Pflegebegutachtung nach dem Pflege-Versicherungsgesetz nicht beeinflusst.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters