



Zentrum für Qualität in der Pflege  
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

WEITERENTWICKLUNG - Beratung im Kontext Pflege

# ENTWICKLUNG UND ERPROBUNG EINES ASSESSMENT- INSTRUMENTS FÜR DIE PFLEGEBERATUNG

Kurzfassung des Abschlussberichts

Durchführung:  
Hochschule Mannheim Fakultät Sozialwesen  
Partner:  
Prof. Dr. Martina Schäufele  
Laufzeit:  
Juni 2010 - März 2012  
Status:  
abgeschlossen

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Hintergrund und Projektziel .....	1
3	Methoden .....	3
4	Durchführung.....	4
5	Ergebnisse.....	6
5.1	Das Pflegeberatungsinventar (PBI) .....	6
5.2	Einsatz von Assessment-Instrumenten.....	8
5.3	Limitationen .....	10
6	Ausblick .....	10
7	Referenzliste.....	11

## **1 Einleitung**

Im Rahmen dieses Projektes wurde ein ganzheitliches systematisches Assessment-Instrument für die Pflegeberatung nach §7a SGB XI entwickelt und gleichzeitig in der Beratungspraxis der privaten Pflegeversicherungen (COMPASS Private Pflegeberatung GmbH) erprobt. Bislang wurde noch kein ganzheitliches Assessment-Instrument für die Pflegeberatung vorgestellt. Das in diesem Projekt entwickelte Pflegeberatungsinventar (PBI) ist sowohl für die Arbeit in den Pflegestützpunkten als auch für die aufsuchende Beratung respektive die Beratung vor Ort konzipiert. Das PBI entstand auf der Grundlage fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Lebenslage Pflegebedürftigkeit und folgt den gesetzlichen Vorgaben nach §7a SGB XI.

## **2 Hintergrund und Projektziel**

Zum 1.1.2009 wurde mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz ein gesetzlicher Anspruch auf individuelle Pflegeberatung (§7a SGBXI) geschaffen und der schon länger bestehende Anspruch auf Aufklärung und Beratung durch die Pflegeversicherungen (§7 SGB XI) sowie die Pflicht einen Beratungsbesuch bei Bezug von Pflegegeld durchführen zu lassen (§37, 3 SGB XI) um eine neue Leistung ergänzt. Mit dieser Leistung und dem zeitgleichen Beginn des Aufbaus von Pflegestützpunkten (§92c SGB XI) sollte der Zugang pflegebedürftiger Personen zu den entsprechenden Leistungen erleichtert, die ambulante Versorgung gestärkt und die Defizite in der Koordination der bestehenden Unterstützungsangebote kompensiert werden. Die Befunde der letzten repräsentativen Studie zur Situation von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf im Privathaushalt zeigten, dass nur 53% der privaten Hauptpflegepersonen regelmäßig oder gelegentlich entlastende Beratungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch nahmen, jedoch gleichzeitig eine hohe Prävalenz von subjektiv erlebter Belastung der Pflegepersonen sowie Lücken in der Versorgungssituation festzustellen waren (Schneekloth, 2008, Schäufele et al. 2008). Eine Untersuchung zu den gesetzlich verpflichtenden häuslichen Beratungsbesuchen nach §37 SGB XI kam zu dem Ergebnis, dass deren Ziele nicht erreicht werden (Büscher et al., 2010). Angesichts des Befundes, dass in der bisherigen Beratung häuslicher Pflegesettings das Case Management nur ansatzweise und sporadisch umgesetzt wurde (Engels & Pfeuffer, 2008), erschien es folgerichtig, dies als Aufgabe für die neugeschaffenen Leistungsangebote bzw. Strukturen Pflegeberatung und Pflegestützpunkte zu formulieren.

Bei der konzeptionellen Entwicklung der Pflegeberatung in Deutschland konnte auf internationale Erfahrungen zurückgegriffen werden (European Commission, 2007; Büscher & Schaeffer, 2009; Schwarz-Woelzl, 2009, Department of Health, 2001). In Wissenschaft und Praxis in Deutschland besteht Übereinkunft, dass eine individuell angepasste Pflegeberatung eine umfassende, reliable, valide und an den individuellen Bedürfnissen orientierte Erfassung des Hilfe- und Pflegebedarfs erfordert. Bei einer komplexen Fallgestaltung wird zudem ein Case Management Prozess für notwendig erachtet (Engel & Engels, 2000). Auch das KDA-Modellprojekt „Werkstatt

Pflegestützpunkte“ beschreibt verschiedene Kernprozesse der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten: Sondierungsgespräche, Einzelinformation, Basisberatung, Spezialberatung und Case Management. Für die über Sondierungsgespräche und Vergabe von Einzelinformationen hinausgehenden Kernprozesse Basisberatung, Spezialberatung und Fallklärung wird beschrieben, dass Assessment-Instrumente wichtige Hilfsmittel darstellen (KDA, 2010).

Pflegeberatung nach §7a (SGB XI) ist definiert als eine Dienstleistung für hilfe- und pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige und/oder Betreuer. Sie hilft bei der Auswahl oder Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie Hilfsangeboten aus gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen sowie medizinisch-pflegerischen und sozialen Bereichen. Insbesondere besteht ihre Aufgabe in der systematischen Erfassung und Analyse der Bedürfnisse und Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und der daraus abzuleitenden Erstellung, Umsetzung und systematischen Evaluation eines Hilfs- und Versorgungsplans.

Die Empfehlungen des Gesetzgebers und des GKV Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifikation von Pflegeberaterinnen<sup>1</sup> nach §7a sehen vor, dass sowohl Sozialversicherungsfachangestellte, Altenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Kinderkrankenpflegerinnen und Personen mit abgeschlossenem Studium der Sozialen Arbeit eine ihre berufliche Grundqualifikation ergänzende modulare Weiterbildung absolvieren sollen. Themenschwerpunkte der drei Module sind: Pflegefachwissen, Case Management und Recht (Spitzenverband Bund der Pflegekassen, 2008).

Eine Darstellung der Pflegeberatung in Deutschland ist schwierig, da sich die derzeitige Praxis der Pflegeberatung als sehr heterogen gestaltet. Die Entwicklung der Pflegeberatung für die gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten (GKV) war in vielen Bundesländern eng verknüpft mit der Entwicklung der Pflegestützpunkte, die sich aufgrund der föderalen Verantwortung sehr unterschiedlich in den einzelnen Bundesländern darstellt. Pflegestützpunkte haben wie die Pflegeberatung ebenfalls die Aufgabe, umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB XI und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote zu gewähren. Zudem haben sie die Aufgabe, alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Leistungen zu koordinieren (Care Management). Somit wurde in einigen Bundesländern die Pflegeberatung in den Aufgabenbereich der Pflegestützpunkte in gemeinsamer Trägerschaft von Pflegekassen und Kommunen integriert und die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten lokalisiert (z.B. Hamburg). Viele Pflegestützpunkte entstanden unter Nutzung vorhandener Beratungsstrukturen (Schulz & Kunisch, 2009) wie z.B. der Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen) in

---

<sup>1</sup> Zur leichteren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die weibliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils weibliche und männliche Personen gemeint.

Rheinland-Pfalz. Andere Bundesländer befinden sich noch in der Auf- und Ausbauphase der Pflegestützpunkte aufgrund von länderspezifischen Bemessungsverfahren von Vollzeitäquivalenten pro Anzahl Einwohner (Joost, 2011) oder verzichten gänzlich darauf (Sachsen und Sachsen-Anhalt). Im Freistaat Sachsen sind die individuellen Pflegeberaterinnen direkt bei den einzelnen Pflegekassen angesiedelt, während Erstgespräche zu pflegerischen Fragen von schon bestehenden Beratungsstellen der Kommunen oder freien Trägern übernommen werden (Landesverbände der Pflegeverbände in Sachsen et al., 2010).

Hingegen ist die Pflegeberatung für privat Krankenversicherte (PKV) bundesweit einheitlich geregelt und bietet eine Kombination aus Telefonberatung und aufsuchender Pflegeberatung (Pflegeberatung vor Ort – PbvO) durch Pflegeberaterinnen der zehn Regionalbüros an (COMPASS Private Pflegeberatung GmbH, 2011).

Aus den bislang zugänglichen Erfahrungsberichten zur Pflegeberatung geht hervor, dass der größte Teil der Ratsuchenden eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit wünscht. Beratungen werden hauptsächlich mit dem Angehörigen, dem pflegebedürftigen Menschen oder beiden durchgeführt und nur selten von Pflegediensten oder Berufsbetreuerinnen angefordert. Die Anliegen der zu Beratenden sind breit gefächert, beziehen sich aber hauptsächlich auf die Sicherstellung bzw. Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege, auf Beratungen zu Leistungen der Pflegeversicherung bzw. zur Antragsstellung oder zu Pflegeverträgen (Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen et al., 2010; COMPASS Private Pflegeberatung GmbH, 2011). Erste Erkenntnisse zu Pflegestützpunkten legen nahe, dass sich Pflegeberaterinnen gut auskennen, wenn es um Leistungen der Pflegeversicherung geht, aber weiterführende Leistungen im Sinne einer komplexen Beratung nicht anbieten können (Stiftung Warentest, 2010). Laut KDA-Evaluation zu den Pflegestützpunkten lag bei der Inanspruchnahme von Leistungen durch Ratsuchende der Anteil von „Fallklärung und -steuerung“, d.h. Case Management, nur bei knapp 10%. Beratungsgespräche, die über Einzelinformationen hinausgingen, machten knapp 42% aller geführten Gespräche aus (KDA, 2010).

Ziel des Projektes war es, ein ganzheitliches Assessment-Instrument für die Pflegeberatung bereitzustellen. Es sollte auf der fachlich-wissenschaftlichen Sichtweise von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (z.B. Rahmenmodell von Wahl & Schneekloth, 2008) und dem Lebenslagenansatz (vgl. Voges et al., 2003) basieren sowie die im §7a, 1 SGB XI dargestellten „Aufgabe[n] der Pflegeberatung“ berücksichtigen.

### **3 Methoden**

Der erste Arbeitsschritt bestand in einer sehr breiten und mehrstufigen Material- und Literaturrecherche. Parallel zur Literaturrecherche wurden die Beurteilungskriterien festgelegt, anhand derer die recherchierten Assessment-Instrumente hinsichtlich ihrer Relevanz für die Pflegeberatung geprüft wurden. Den Abschluss bildeten Übersetzung und erste grobe Aufbereitung des nach den Beurteilungskriterien am besten geeigneten Instruments.

Die anschließende Erprobung des ausgewählten Assessment-Instruments wurde in zwei Phasen durchgeführt: das sprachliche und inhaltliche Verständnisreview und die Praktikabilitätstestung mit einer nicht-randomisierten Freiwilligenstichprobe von Pflegeberaterinnen und Klientinnen. Dabei kamen verschiedene Methoden zum Einsatz: Expertengruppeninterviews, schriftliche anonymisierte teilstandardisierte und offene Befragung der teilnehmenden Pflegeberaterinnen und Klientinnen, Auswertung der offenen Fragen anhand der theoriegeleiteten deduktiven Kategorienanwendung nach Mayring (2010) sowie Auswertungen nach Häufigkeiten. Die Ergebnisse mündeten in eine vorläufige Endversion des Assessment-Instruments.

#### **4 Durchführung**

Für die internationale Literaturrecherche war es notwendig Schlüsselbegriffe und damit vorhandene umfassende Assessment-Instrumente bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu extrahieren. Hierbei waren der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (BMG, 2009) und die im Vorfeld erschienene Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzinstrumenten in der überarbeiteten und korrigierten Fassung (Wingenfeld et al., 2007) sowie der National Service Framework for Older People (NSF) des britischen Gesundheitsministeriums (DH, 2001) und die Überblicksarbeit des Australian Instituts of Primary Care (AIPC, 2004) von Relevanz.

Nach der internationalen und nationalen Literaturrecherche wurde auf der Basis von wissenschaftlichen und praxisbezogenen Bewertungskriterien ein Assessment-Instrument aus Großbritannien, das Sheffield SAP Assessment (SSAPA) (Sheffield First For Health, 2003), als Ausgangsverfahren zur Entwicklung eines Assessment-Instrumentes für die Pflegeberatung ausgewählt. Das ausgewählte Instrument überzeugte durch:

- Ganzheitlichkeit hinsichtlich der erfassten Bereiche für die Lebenslage Pflegebedürftigkeit
- Gleichzeitiges Erheben von fachlichen Bedarfen und individuellen Bedürfnissen in einem Interview (Personenzentrierung)
- Hohe Systematik durch Aufteilung in Überblicksassessment mit verweisenden Triggerfragen zu Vertiefungen
- Praxisnahe Operationalisierung
- Direkte Verknüpfungsmöglichkeiten zum Hilfe- und Versorgungsplan

Das SSAPA wurde nach dem wissenschaftlich anerkannten Brislinischen Übersetzungsmodell ins Deutsche übertragen (in Martin et al., 2007) sowie um fehlende Komponenten erweitert und neu strukturiert. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Merkmale des ausgewählten Assessment-Instrumentes erhalten blieben, jedoch den gesetzlichen Vorgaben und den Rückmeldungen aus der Praxis besser entsprachen. Um alle Anforderungen zu erfüllen, musste das SSAPA modifiziert und um folgende Komponenten ergänzt werden: a.) die Erfassung der Belastung pflegender Angehöriger, z.B. mittels der Häuslichen Pflegeskala (HPS) (Gräbel, 2002) die für die DEGAM-Leitlinie

„Pflegerische Angehörige“ in der verkürzten 10 Item Version entsprechend angepasst wurde (DEGAM, 2005), b.) die Erfassung der Zufriedenheit pflegebedürftiger Menschen mit den erhaltenen Betreuungsleistungen, z.B. anhand der entsprechenden Items aus dem NOAT (Northamptonshire Single Assessment Process, 2004) und c.) die ausführliche Erfassung des Unterstützungsnetzwerkes, die ebenfalls mit Items aus dem NOAT möglich ist. Im Laufe des weiteren Entwicklungsprozesses wurde das Assessment-Instrument in Pflegeberatungsinventar (PBI) umbenannt.

Im Verlauf der einzelnen Phasen der Erprobung des PBI (Verständnisreview und Praktikabilitätstestung) wurden weitere sprachliche und inhaltliche Veränderungen vorgenommen. Das Verständnisreview wurde mit Pflegeberaterinnen der AOK Nordost und COMPASS Private Pflegeberatung GmbH in drei Gruppeninterviews (N=45) durchgeführt. Es diente vor allem dazu, sprachliche Unklarheiten zu erkennen, den logischen Aufbau zu überprüfen und die inhaltliche Relevanz der einzelnen Bereiche einzuschätzen.

Für die anschließende Praktikabilitätstestung wurden Pflegeberaterinnen (alle COMPASS Private Pflegeberatung GmbH) in der Anwendung der Testversion geschult und schriftliche halbstrukturierte Fragebögen für die Rückmeldungen ausgeteilt. Die in den Rückmeldungen (N=21) erfragten Kategorien waren: Dauer, Handhabbarkeit, Verständlichkeit, Relevanz der Themen, Empfindungen der Pflegeberaterinnen bei der Durchführung des PBI („Atmosphäre“), Reaktionen der Klientinnen, Einsatzmöglichkeiten für das PBI.

Insgesamt konnten 46 Rückmeldungen zum Einsatz des PBI ausgewertet werden. Das PBI wurde eher bei älteren Personen mit familiärer Hauptpflegeperson und/oder Unterstützungsnetzwerk, jedoch nicht bei Vorliegen schwerster Pflegebedürftigkeit getestet. Im Schnitt waren die hilfe- und pflegebedürftigen Klientinnen 72,6 Jahre alt (Spanne: 4 – 90 Jahre). Das PBI wurde sowohl bei Personen eingesetzt, bei denen keine Pflegebedürftigkeit vorlag, als auch bei Personen mit erheblichem Hilfe- und Pflegebedarf (PS 1 und PS 2). Die Hälfte der Beratungsgespräche anhand des PBI wurde mit der Klientin alleine durchgeführt, bei 28% der Gespräche waren sowohl Klientin als auch die pflegende Angehörige bzw. andere Personen wie gesetzliche Betreuerinnen anwesend. 24% der Gespräche wurden alleine mit der pflegenden Angehörigen geführt.

Zusätzlich zu den Rückmeldungen der Pflegeberaterinnen wurden auch die Klientinnen gebeten, einen Rückmeldebogen auszufüllen und in anonymisierter Form an die Forschungsgruppe zu senden. Hier betrug die Rücklaufquote 62%.

Die offenen Fragen der Rückmeldebogen wurden einer strukturierenden Inhaltsanalyse unterzogen (Mayring, 2010). Die geschlossenen Fragen und Kategorien wurden ausgezählt. Nach der Auswertung der Rückmeldungen wurde ein abschließendes Gruppeninterview mit einer Fokusgruppe bestehend aus zwölf COMPASS-Pflegeberaterinnen aus allen vier Regionen durchgeführt. In dieser Fokusgruppens Diskussion wurden die Auswertungen rückgemeldet und auf ihre

Zuverlässigkeit bzw. Bedeutung geprüft, aber auch bestehende Unklarheiten unsererseits diskutiert, so dass abschließende Aussagen getroffen werden konnten.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Das Pflegeberatungsinventar (PBI)

Das PBI ist ein standardisiertes Interview, das Pflegeberaterinnen darin unterstützt im Gespräch mit dem hilfe- und pflegebedürftigen Menschen herauszuarbeiten: die fachlichen Bedarfe und Ressourcen (in welchen Bereichen sind Unterstützung bzw. welche Maßnahmen aus fachlicher Sicht notwendig?) unter gleichzeitiger Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse (will die Klientin diese Unterstützung und Maßnahme oder ist sie mit der aktuellen Situation zufrieden?). Das Pflegeberatungsinventar umfasst Fragen zum pflegerischen und allgemeinen Unterstützungsbedarf in Folge eingeschränkter Alltagskompetenzen sowie Fragen zur sozialen Situation und zur medizinischen Behandlungssituation, klärt aber auch - insbesondere bei älteren Menschen - gesundheitliche Risikofaktoren sowie die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen ab und nimmt die Situation pflegender Angehöriger in den Blick.

Das PBI besteht aus einem umfassenden Überblicksassessment, das es ermöglicht die verschiedenen Bereiche der komplexen Lebenslage Pflegebedürftigkeit anzusprechen. Falls eine Screeningfrage Bedarf bei einem komplexen Sachverhalt indiziert (Triggerfrage), werden Sachverhalt und Bedarf durch spezifische Vertiefungsfragen weiter abgeklärt. Die Vertiefungsfragen sind zum Teil etablierte Skalen mit normierten Cut-Off-Werten, teilweise aber auch themenspezifische Fragenblöcke. Die Einschätzung, ob der entsprechend identifizierte Bedarf gedeckt oder nicht gedeckt ist, kann direkt aus dem Überblicksassessment oder nach einer vertiefenden Abklärung getroffen werden. Gleichzeitig wird angesprochen, ob auch ein entsprechendes *Bedürfnis* nach Bedarfsdeckung besteht, so dass im Rahmen des Hilfe- und Versorgungsplans möglichst *bedürfnis- und bedarfsgerechte* Maßnahmen vereinbart werden können.

Die nach den Ergebnissen der Verständnisreviews und Praxistestungen entwickelte Modulstruktur des PBI berücksichtigt die Rahmenbedingungen der Pflegeberatung. So ist die Dauer der Erhebungsphase flexibel an die Aufmerksamkeitsspanne der Klientel angepasst. Zum Beispiel kann entsprechend der modularen Struktur des PBI die Erhebung für multimorbide und hochaltrige Menschen auf mehrere Besuche und Beratungsgespräche aufgeteilt werden. Ebenso ist es möglich, dass der aktuelle Beratungsanlass dahingehend berücksichtigt wird, dass mit diesem Modul begonnen wird. Deshalb erfolgt keine generelle Empfehlung, welches Modul des PBI zuerst zum Einsatz kommt. Begonnen werden soll das Erstberatungsgespräch allerdings immer mit der Frage nach dem aktuellen Beratungsanlass.

Aufgrund der modularen Struktur des PBI sind Aussagen zur Dauer des Assessments schwer zu treffen. Diese ist hauptsächlich abhängig vom Komplexitätsgrad der individuellen Situation bzw. vom Ausmaß der identifizierten Bedarfslagen.



**Abbildung 1 Module des PBI 2.0**

<b>Pflegeberatungsinventar (PBI) 2.0</b>
<b>Überblicksassessment - Selbstauskunft</b>
A. Alltagsaktivitäten und aktuelle Versorgungssituation (Fragen 1-10)
B. Mobilität (Fragen 11-17)
C. Soziale Beziehungen (Fragen 18-23)
D. Sozialleistungen (Fragen 24-26)
E. Wohnumfeld (Fragen 27-30)
F. Gesundheit und Gesundheitsrisiken (Fragen 31-52)
G. Gesunderhaltung (Fragen 53-60)

Zu den sieben Modulen gesellen sich 15 vertiefende Fragenblöcke bzw. Skalen (bezeichnet als Vertiefungen). In diesen Vertiefungen werden unter anderem die derzeit erhaltenen Betreuungs- und Unterstützungsleistungen, Aktivitäten und Tagesstruktur, die Belastung pflegender Angehöriger (u.a. Kurzversion Häuslichen Pflegeskala (HPS) (Gräbel, 2002, DEGAM, 2005), emotionale Befindlichkeit (Geriatric Depression Scale - GDS-15) (Sheikh & Yesavage, 1986) und kognitive Leistungsfähigkeit (6 CIT) (Brooke & Bullock, 1999) präziser erfasst.

**Abbildung 2 Vertiefungen des PBI 2.0 - Selbstauskunft**

<b>Pflegeberatungsinventar (PBI)</b>
<b>Vertiefungen - Selbstauskunft</b>
Vertiefung 1a: Aktivitäten des täglichen Lebens
Vertiefung 1b: Betreuungs- und Pflegepersonen
Vertiefung 2: Dienste und Leistungen
Vertiefung 3a: Die Häusliche Pflege-Skala (HPS-10)
Vertiefung 3b: Belastung pflegender Angehöriger
Vertiefung 4: Mobilität
Vertiefung 5: Sturzrisiko
Vertiefung 6: Tagesstruktur und Aktivitäten
Vertiefung 7: Geistige, psychische, körperliche oder Mehrfachbehinderung
Vertiefung 8: Emotionales Befinden - Geriatrische Depressionsskala (GDS)
Vertiefung 9: Kontinenz
Vertiefung 10: Sechs Item -Kognitiver Beeinträchtigungstest (6-CIT)
Vertiefung 11: Medikation
Vertiefung 12: Krankenhausaufenthalte
Vertiefung 13: Alkoholkonsum
Vertiefung 14: Medikamentenmissbrauch
Vertiefung 15: Körperliche Aktivitäten – der PRISCUS-PAQ

Das PBI liegt in zwei Versionen vor. Es gibt zum einen eine Version, die sich schwerpunktmäßig an die Person mit Hilfe- und Pflegebedarf richtet (Selbstauskunft) und zum anderen eine Version, die sich an eine Auskunftsperson (Fremdauskunft) richtet. Das Vorliegen der zwei Versionen des PBI erfolgt vor allem vor dem Hintergrund der bestehenden Schwierigkeit, zuverlässige Informationen von Menschen mit kognitiven

Einschränkungen oder sensorischen Beeinträchtigungen zu erhalten. Die Entscheidung, welche der beiden Versionen zum Einsatz kommen soll, kann die Pflegeberaterin aufgrund von ersten einschätzenden Fragen zur Sensorik (insbesondere Hören) bzw. zu Sprachverständnis und -ausdruck treffen. Die Version Fremdauskunft folgt in der Logik dem Aufbau der Version Selbstauskunft und ist für Personen konzipiert, die den Hilfe- und Pflegebedürftigen gut kennen.

Die mit dem PBI gesammelten Informationen bilden die Grundlage für den Hilfe- und Versorgungsplan, der im Anschluss an die Assessmentphase gemeinsam mit der Klientin und den relevanten Bezugspersonen entwickelt und umgesetzt werden soll. Dieser Prozess, der dem Verständnis von Case Management entspricht, soll von den Pflegeberaterinnen begleitet und evaluiert werden. In diesem Sinne ist das PBI im Case Management Prozess einsetzbar, d.h. auch unter den für das Case Management geltenden Rahmenbedingungen. Dementsprechend wird der Einsatz des PBI insbesondere bei komplexen und unklaren Beratungsanlässen empfohlen.

## **5.2 Einsatz von Assessment-Instrumenten**

Es gibt klare wissenschaftliche Belege dafür, dass holistische Assessment-Instrumente nicht nur volkswirtschaftlich, sondern speziell für die Betroffenen von hohem Nutzen sind: z.B. indem bisher nicht gedeckte Bedarfe identifiziert werden (Bould & Wieland, 2010) und Hospitalisierung bzw. der Eintritt in die stationäre Langzeitversorgung hinausgezögert oder ganz vermieden werden können (Martin & Martin, 2003). Ungeachtet dessen gibt es starke Vorbehalte gegenüber der Anwendung solcher Instrumente, insbesondere bei Berufsgruppen aus der Pflege und Sozialarbeit. Im Rahmen der Praktikabilitätstestung des PBI wurde deutlich, dass sich Pflegeberaterinnen das PBI als hilfreichen inhaltlichen Leitfaden vorstellen können, ohne es in jeder Situation als formales Assessment-Instrument verbindlich anwenden zu müssen. Diese Problematik trat nicht nur im Kontext der Erprobung des PBI auf. Auch bei der Beurteilung eines multidimensionalen Assessments im Kontext der Wirksamkeit präventiver Hausbesuche - gemeint ist das STEP-m (Standardized Assessment of Elderly People in Primary Care in Europe - mobil), welches potentielle therapeutische und soziale Probleme älterer Menschen identifizieren soll - kamen die Autorinnen zu ähnlichen Ergebnissen (DIP, 2010). In beiden Projekten kam zum Ausdruck, dass die Beraterinnen der Auffassung sind, für die Erhebung der erforderlichen Informationen kein spezifisches Assessment-Instrument zu benötigen. Sie sind mehrheitlich der Meinung, dass Einschätzungen, die ohne ein entsprechendes Instrument getroffen werden, mindestens genauso aussagekräftig sind.

Als hauptsächliche Barriere beim Einsatz solcher Instrumente wurde in beiden Projekten angeführt: die komplexe und schwierige Handhabung des Assessment-Instruments, die Veränderungen im gewohnten klientenzentrierten Beratungsablauf erzwingen und den Beziehungsaufbau zur Klientin stören.

Übereinstimmend räumten die (Pflege-)Beraterinnen in beiden Praxistestungen jedoch ein, dass die Arbeit mit dem jeweiligen Assessment-Instrument sowohl das

Themenspektrum und die inhaltliche Tiefe erhöhe als auch zu einer Reflexion der beratenden Tätigkeit führe. Dennoch bleibt abzuwarten, inwiefern ein Assessment-Instrument sich im Rahmen der Pflegeberatung und präventiver Hausbesuche etablieren wird. Demgegenüber sprachen sich die Pflegeberaterinnen im vorliegenden Projekt dafür aus, das PBI in bestimmten Beratungssituationen zu verwenden, analog den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC, 2008). Dies würde bedeuten, das PBI einzusetzen, wenn a) eine komplexe Hilfsituation und/oder b) eine hohe Akteursdichte der im individuellen Fall beteiligten Dienstleister vorliegt und/oder c) die Hilfs- und Versorgungsangebote weder von der betroffenen Person noch von deren sozialem Netzwerk eruiert, initiiert und koordiniert werden können.

**Abbildung 3 Zeitpunkt und Zielgruppe für den Einsatz des PBI – Ergebnis der Fokusgruppe**

- nicht routinemäßig,
- nicht im Erstgespräch
- nicht bei konkretem Einzelanliegen und allgemeiner Beratung zu Versicherungsleistungen
- nicht in Notfallsituationen oder Situationen, die schnelles Handeln erfordern

**Sondern**

- nur bei komplexen Problemlagen (z.B. mehrere Akteure im System, nach Einschätzung des PB aufgrund von Fachkompetenz, Erfahrung und Intuition) → Entscheidung liegt bei PB
- bei unklarem Beratungsanlass
- nur bei Personen, die dem PBI folgen können
- bei Vorbereitung der Einstufung (Modul A und B)
- modular, so dass es Prozess begleitend eingesetzt werden kann, z.B. entsprechend Beratungsanlass

Vorbehalte im Umgang mit ganzheitlichen Assessment-Instrumenten in der Beratung sind dabei offenbar unabhängig von der Grundqualifikation der (Pflege-)Beraterinnen. Sowohl Pflegefachkräfte (mehrheitlich bei der Testung des PBI vertreten) als auch Sozialarbeiterinnen (bei der Testung des STEP-m) führten dieselben Argumente ins Feld. Bei den Pflegeberaterinnen war jedoch im Projektverlauf eine Erweiterung des Verständnisses von Aufgaben und Berufsbild der Pflegeberatung zu erkennen. Damit einhergehend erhöhte sich die Akzeptanz gegenüber einem umfassenden Assessment-Instrument.

Auf der Basis der zurückgesandten Rückmeldebogen der befragten Klientinnen kann geschlossen werden, dass ein Teil der Klientinnen mit einer umfassenden Erfassung ihrer Situation im Rahmen der Pflegeberatung nicht einverstanden sein wird, während andere mit Inhalt und Umfang des PBI sehr zufrieden waren. Auch daraus lässt sich ableiten, dass das PBI dem Beratungsanlass und den Bedürfnissen der Klientinnen entsprechend eingesetzt werden sollte.

### 5.3 Limitationen

Die hier berichteten Ergebnisse zur Praktikabilität des Pflegeberatungsinventars sind an einer kleinen selektiven, d.h. nicht zufällig ausgewählten Stichprobe eines Trägers gewonnen worden. Ein weiterer Träger nahm ausschließlich am Verständnisreview teil und konnte für die Praktikabilitätstestung des PBI aufgrund der internen Reorganisation der Pflegeberatung nicht gewonnen werden. Weitere Träger wurden im Projektverlauf nicht rekrutiert.

Als weitere Einschränkung ist zu nennen, dass die hier getroffenen Schlussfolgerungen zur Anwendung des PBI in der Beratungspraxis ausschließlich auf qualitativen Auswertungen beruhen. Zwar besitzen qualitative Auswertungen den großen Vorteil, dass Typologisierungen aufgrund ausführlicher und differenzierter Expertenmeinungen und -eindrücke ermöglicht werden. Auf der anderen Seite bestehen aber kaum Möglichkeiten zur Quantifizierung und Generalisierung dieser Angaben. Ein weiteres Problem, das mit der hier eingesetzten deduktiven Kategorienanwendung nach Mayring (2010) einhergeht, ist, dass die Expertenaussagen zum Einsatz des PBI verzerrt dargestellt sein könnten. Die Grundlage dafür ist die Annahme von Uniformität (Aussagen in einer Kategorie gleichen sich) bzw. die Annahme von Polarität (Aussagen in einer Kategorie stehen einander gegenüber).

### 6 Ausblick

Nachdem das Pflegeberatungsinventar (PBI) entsprechend den Ergebnissen von Verständnisreview und qualitativer Praktikabilitätsstudie modifiziert und soweit wie möglich den praktischen Anforderungen angepasst wurde, empfehlen sich weitere Schritte der Instrumentenentwicklung, bevor das Instrument einer breiteren Anwendung zugänglich gemacht wird: Die Ermittlung von Gütekriterien, v.a. inhaltliche Validität und Inter-Rater-Reliabilität. Ein weiterer wichtiger Schritt bei der Instrumentenentwicklung ist es, ein Manual bereit zu stellen, in welchem die fachgerechte Anwendung des PBI im Rahmen der Pflegeberatung detailliert beschrieben ist. Ebenso bietet es sich an, das PBI mit einer größeren und zufällig ausgewählten Anzahl von Pflegeberatern von unterschiedlichen Trägern zu erproben, um die hier ausgewerteten und diskutierten Aussagen zur Pflegeberatung bestätigen und generalisieren zu können.

Das Projekt weist darüber hinaus auf allgemeinen Schulungsbedarf hinsichtlich Assessment- und Beratungskompetenz im Rahmen der Lebenslage Pflegebedürftigkeit und vor allem hinsichtlich des Umgangs mit psychischen Störungen im höheren Lebensalter (insbesondere Depression, Demenz) hin.

Des Weiteren erscheint es erforderlich, die potentiellen Klientinnen der Pflegeberatung über die Ziele der Pflegeberatung nach §7a SGB XI breiter und umfassender zu informieren. Bisher herrscht bei den Klientinnen die Sichtweise vor, dass sich die Pflegeberatung auf versicherungsrechtliche und leistungsrechtliche Aspekte des Pflegeversicherungsgesetzes beschränkt.

## 7 Referenzliste

Bould C, Wieland GD (2010). Comprehensive Primary Care for Older Patients with Multiple Chronic Conditions. Nobody Rushes You Through. JAMA. 304 (17): 1936-1943.

Brooke P, Bullock R (1999). Validation of a 6 Item Cognitive Impairment Test with a view to primary care. Int J Geriat Psychiat. 14: 936-940.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (Hrsg.). (2009). Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. 1. Auflage. BMG. Referat Öffentlichkeitsarbeit. 63 Seiten.

Büscher A, Holle B, Emmert S, Fringer A. (2010). Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. Z Gerontol Geriat. 43 (2): 103-110.

Büscher A, Schaeffer D. (2009). Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. Pflege & Gesellschaft. 14 (3): 197-214.

Care-Transitions QIOSC (2009). Care (Continuity Assessment Record & Evaluation) QIO User's Manual. A Standardized Patient Assessment Instrument for the use in the CMS Care Transitions Theme. [zitiert am: 11.09.2009]. Quelle: [http://www.cfmc.org/caretransitions/files/QIO%20CARE\\_User%20Manual%203-12%2009.pdf](http://www.cfmc.org/caretransitions/files/QIO%20CARE_User%20Manual%203-12%2009.pdf).

COMPASS – Private Pflegeberatung GmbH. (Hrsg.). (2011). Bericht zur Pflegeberatung. COMPASS – Organisation, Konzept und Umsetzung. COMPASS: Köln. 181 Seiten.

Department of Health (DH) (Ed.). (2001). National Service Framework for Older People (NSF). Department of Health (DH). Crown Copyright. 196 Seiten.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Hrsg.). (2005). Pflegenden Angehörige. DEGAM-Leitlinie Nr. 6. omikron publishing: Düsseldorf. 56 Seiten.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) (Hrsg.). (2008). Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre (FEL): Freiburg. 80 Seiten.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (Hrsg.). (2010). PON – Ergebnisbericht zu den eingesetzten Instrumenten „Fallbesprechung“ und „Assessment STEP-m“. [zitiert am: 24.10.2011] Quelle: <http://dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/PON-Ergebnisberichte-Instrumente.pdf>.

Engel H, Engels D (2000). Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 189.1. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart, Berlin, Köln. 125 Seiten.

Engels D, Pfeuffer F (2008). Analyse der pflegerischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Regionen. In: Schneekloth U und Wahl H-W (Hrsg.). Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Auflage. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. Seiten: 172-202.

European Commission (2007). Special Eurobarometer. Health and Long-Term Care in the European Union. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG: Brüssel. [zitiert am: 29.10.2011]. Quelle: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf).

Gräbel E (2002). Häusliche Pflege-Skala (HPS) Zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Vless-Verlag: Ebersberg.

Joost A (2011). Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Entwicklung eines regionalisierten Bemessungsverfahrens für wohnortnahe und bedarfsgerechte Beratung gemäß §§ 7a und 92c SGB XI und der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 01.12.2008. Institut für Wirtschaft Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe Universität Frankfurt am Main: Frankfurt am Main. 27 Seiten.

Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen; Sächsischer Städte- und Gemeindetag; Sächsischer Landkreistag und Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Verfasser). (2010). Vernetzte Pflegeberatung im Freistaat Sachsen. Erfahrungsbericht zur Entwicklung von vernetzten Beratungsstrukturen. [zitiert am 29.10.2011]. Quelle: [http://www.pflegenetz.sachsen.de/download/pflegenetz/Erfahrungsbericht\\_Vernetzte\\_Pflegeberatung\\_in\\_Sachsen.pdf](http://www.pflegenetz.sachsen.de/download/pflegenetz/Erfahrungsbericht_Vernetzte_Pflegeberatung_in_Sachsen.pdf).

Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) (Hrsg.). (2010). Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Kuratorium Deutsche Altenhilfe: Köln. 332 Seiten.

Martin GJO and Martin IR (2003). Assessment of community dwelling older people in New Zealand: A review of the tools. Report to the New Zealand Guidelines Group. New Zealand Guidelines Group: Wellington.

Martin JS, Vincenzi C, Spirig R. (2007). Prinzipien und Methoden einer wissenschaftlich akkuraten Übersetzungspraxis von Instrumenten für Forschung und direkte Pflege. Pflege 20: 157-163.

Mayring P (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel. 144 Seiten.

Northamptonshire Single Assessment Process (2004). Northamptonshire Overview Assessment Tool. Version 3.0. Northans SAP: Northampton. 45 Seiten.

Schäufele M, Köhler L, Teufel S, Weyerer S (2008). Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In: Schneekloth U und Wahl H-W (Hrsg.). Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Auflage. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. Seiten: 103-145.

- Schneekloth U (2008). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth U und Wahl H-W (Hrsg.). Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Auflage. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. Seiten: 57-102.
- Schulz A, Kunisch M (2009). Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen. In: Zippel C und Kraus S (Hrsg.). Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main. Seiten: 300-317.
- Schwarz-Woelzl M (2009). Caring for Family Carers. Policies, Services and Recommendations. Zentrum für soziale Innovation: Vienna. 38 Seiten
- Sheffield First For Health (2003). Sheffield Single Assessment Process Assessment Manual. Single Assessment Project. Sheffield County Council: Sheffield. 116 Seiten.
- Sheikh JI, Yesavage JA (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 5(1): 165-173.
- Spitzenverband Bund der Pflegekassen (2008). Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nach §7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008. 7 Seiten.
- Stiftung Warentest (Hrsg.). (2010). Hilfe aus einer Hand. Pflegestützpunkte. Test 11/2010. Seiten: 86-91.
- The Australian Institute for Primary Care (AIPC) (2004). Draft Report: The review and identification of an existing, validated, comprehensive assessment tool. Department of Human Services & AIPC. 136 Seiten.
- Voges W, Jürgens O, Mauer A, Meyer E (2003). Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Endbericht. Zentrum für Sozialpolitik: Bremen. 278 Seiten.
- Wahl H-W, Schneekloth U (2008). Hintergrund und Positionierung des Projekts MuG III. In: Schneekloth U und Wahl H-W (Hrsg.). Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Auflage. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. Seiten: 13-54.
- Wingenfeld K, Büscher A, Schaeffer D (2007). Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzinstrumenten. Überarbeitete, korrigierte Fassung. Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld (IPW). 232 Seiten.