

**Der Beobachtungszeitraum für die Bewertung bezieht sich auf die letzten 3 Tage (falls nicht anders angegeben)**

**MODUL 1: IATL**

Stößt der Patient auf Probleme bei der Ausführung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens - (Vorbereitung der Mahlzeiten, alltägliche Hausarbeit, Verwaltung der Medikamente und der Finanzen, Telefonieren, Treppen steigen, Einkäufe tätigen oder Mobilität außerhalb des Hauses)?

- JA. Beantworten Sie die folgenden Fragen und gehen Sie dann über zu Modul 2.**
- NEIN. Gehen Sie über zu Modul 2.**

**IATL: LEISTUNG UND FÄHIGKEIT**

Bewerten Sie die **LEISTUNG (A)** bei den IATL während der 3 LETZTEN TAGE.  
Bewerten Sie die **mutmaßliche FÄHIGKEIT (B)** für eine möglichst selbstständige Ausführung dieser Aufgaben mit Hilfe Ihres klinischen Sachverständs.

- |   |   |
|---|---|
| 0. <b>Selbstständig</b> - Ohne Vorbereitung, Aufsicht oder Hilfe.   |   |
| 1. <b>Vorbereitung reicht aus</b>   |   |
| 2. <b>Aufsicht</b> - Aufsicht oder Hinweise reichen aus   | (A) (B)   |
| 3. <b>Begrenzte Hilfe</b> - gelegentliche/punktuelle Hilfe  |   |
| 4. <b>Verstärkte Hilfe</b> - Benötigt durchgehend Hilfe für die Tätigkeit, bewältigt aber noch 50% oder mehr alleine  |   |
| 5. <b>Maximale Hilfe</b> - Hilfe für die gesamte Tätigkeit, bewältigt weniger als 50 % alleine  |   |
| 6. <b>Vollständige Abhängigkeit</b> - die IATL wurde während des gesamten Beobachtungszeitraums von anderen Personen ausgeführt   |   |
| 8. <b>Die Aktivität kam nicht vor</b> während des gesamten Beobachtungszeitraums (nutzen Sie diese Kodierung <u>nicht</u> für die FÄHIGKEIT).   |   |
| a. <b>Zubereitung der Mahlzeiten</b> - Wie werden die Mahlzeiten vorbereitet? (z.B. Speiseplan, Vorbereitung der Zutaten, Kochen, Tischdecken).   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b. <b>Tägliche Hausarbeit</b> — Wie wird die übliche Hausarbeit wie Staubwischen, Aufräumen, Abwaschen, Bettenmachen, Wäsche, usw. verrichtet?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c. <b>Verwaltung der Finanzen</b> - Wie werden Rechnungen bezahlt, das Haushaltsgeld eingeteilt, Überweisungen getätigt oder die Kreditkarte benutzt?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d. <b>Verwaltung der Medikamente</b> - Wie werden die Medikamente verwaltet? (z.B. wird auf den Zeitpunkt der Einnahme und die korrekte Dosierung geachtet, wie werden Injektionen verabreicht, Salben aufgetragen, usw.?). | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| e. <b>Telefonieren</b> - Wie werden Telefongespräche getätigt oder Anrufe entgegengenommen? Werden technische Hilfen, z.B. ein Telefon mit großen Zahlen oder ein Verstärker benutzt?                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| f. <b>Treppensteigen</b> - Wie wird ein ganzer Treppenabsatz bewältigt? (z.B. 12-14 Stufen, hoch und runter).   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <b>Einkäufe tätigen</b> - Wie werden Lebensmittel und Haushaltswaren eingekauft (z.B. Produkte ausgewählt und bezahlt)? <b>AUSCHLIESSLICH TRANSPORT</b>   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <b>Verkehrsmittel</b> - Wie werden öffentliche Verkehrsmittel (Wahl der Fahrtroute, Kauf der Fahrkarte) oder das eigene Fahrzeug (Verlassen des Hauses, in das Auto ein- und aussteigen, fahren, parken) benutzt?           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

- In den anderen Fällen, konzentrieren Sie sich auf die 3 Situationen mit dem höchsten Abhängigkeitsgrad (oder auf alle, falls die Aktivität seltener als dreimal vorkam). Falls die Situation mit dem höchsten Abhängigkeitsgrad sich auf dem Niveau "1" befindet, bewerten Sie diese ATL mit "1". Andernfalls bewerten Sie die ATL mit dem höchsten Leistungsniveau zwischen "2" und "5".

- 0. **Selbstständig** - Ohne Vorbereitung, Überwachung, oder physische Hilfe in jeder Situation
- 1. **Vorbereitung reicht aus** - Zurechtlegen von Gegenständen in Reichweite, ohne Aufsicht oder physische Hilfe bei der Ausführung
- 2. **Aufsicht** - Aufsicht oder Hinweise
- 3. **Begrenzte Hilfe** - Hilfe beim Mobilisieren der Gliedmaßen ODER physische Unterstützung ohne Kraftaufwand
- 4. **Verstärkte Hilfe** - Hilfe, die den Einsatz von Körperkraft einer Pflegekraft erfordert (einschließlich Heben der Gliedmaßen), wobei der Patient mindestens 50 % der Aufgaben übernimmt
- 5. **Maximale Hilfe** - Hilfe, die den Einsatz von Körperkraft von mindestens zwei Pflegekräften erfordert (einschließlich Heben der Gliedmaßen) ODER Einsatz von Körperkraft für mehr als 50 % der Aktivität
- 6. **Vollständige Abhängigkeit** - die ATL wurde während des gesamten Beobachtungszeitraums von anderen Personen ausgeführt
- 8. **Die Tätigkeit kam nicht vor**

- a. **Körperpflege** - Waschen am Waschbecken oder mit einer Waschschiüssel, Zähneputzen, Rasieren, Kämmen, Schminken, Abtrocknen des Gesichts, der Hände, des Intimbereichs. **AUSCHLIESSLICH Bad oder Dusche.**
- b. **Fortbewegung** - Fortbewegung (zu Fuß oder bereits im Rollstuhl sitzend) von einem Ort zum anderen auf derselben Ebene. Der Patient gilt als selbstständig, wenn er sich im Rollstuhl sitzend, alleine fortbewegen kann.
- c. **Toilettenbenutzung** - Benutzung der Toilette, des Nachtstuhls, der Bettpfanne oder der Urinflasche (sich ausziehen, reinigen, Wechseln der Einlagen bei Inkontinenz, das Handhaben von Stoma oder Urinsonde, wieder anziehen). **(AUSCHLIESSLICH TRANSFER ZUR/VON DER TOILETTE)**
- d. **Sich ernähren** - Art und Weise wie der Patient Nahrung oder Flüssigkeiten zu sich nimmt (unabhängig von seiner Geschicklichkeit) Umfasst jede mögliche Art der Nahrungsaufnahme (z.B. Ernährung über eine Magensonde, parenterale Ernährung).

**MODUL 3: KOGNITION**

Leidet der Patient unter kognitiven Störungen (kognitive Beeinträchtigung oder Demenz)?

- JA. Beantworten Sie die folgenden Fragen und gehen Sie dann über zu Modul 4.**
- NEIN. Gehen Sie über zu Modul 4.**

**1. KOGNITIVE FÄHIGKEITEN BEI ALLTÄGLICHEN ENTSCHEIDUNGEN**

*Leistungsfähigkeit bei Entscheidungen zum Tagesablauf, d. h. für die Aufgaben des täglichen Lebens, z.B. Zeitpunkt des Aufstehens, Mahlzeiten, Auswahl der Kleidung oder Organisation des Tages*

- 0. **Selbstständig** — Der Patient trifft logische, sinnvolle und sichere Entscheidungen.
- 1. **Relativ selbstständig** — Der Patient hat Probleme, wenn er mit neuen Aufgaben oder unbekanntem Situationen konfrontiert wird.
- 2. **Leichte Beeinträchtigung** — In bestimmten wiederkehrenden Situationen trifft der Patient falsche oder unsichere Entscheidungen. Bei bestimmten Gelegenheiten benötigt er Anweisungen und Aufsicht.
- 3. **Mittlere Beeinträchtigung** — Die Entscheidungsfähigkeit des Patienten ist ständig beeinträchtigt oder unsicher. Er benötigt ständig Anweisungen und Aufsicht.
- 4. **Schwere Beeinträchtigung** — Der Patient trifft selten oder nie Entscheidungen.
- 5. **Kein erkennbares Koma [Gehen Sie über zu Modul 4] Bewusstsein,**

**MODUL 2: ATL**

Hat der Patient Probleme bei den elementaren Alltagsaktivitäten (Bad, Körperpflege, An- und Auskleiden des Ober- oder Unterkörpers, Transfers, Fortbewegung zwischen Räumen auf einer Ebene, Mobilität im Bett, Ernährung, Benutzung der Toilette/Ausscheidung)?

- JA. Beantworten Sie die folgenden Fragen und gehen Sie dann über zu Modul 3.**
- NEIN. Gehen Sie über zu Modul 3.**

**Leistung bei den  
elementaren Aktivitäten des  
täglichen Lebens (ATL)**

Für jede Aktivität des täglichen Lebens (ATL) kodieren Sie bitte die Antwort entsprechend der vom Patienten erbrachten Leistung in DEN LETZTEN 3 TAGEN. Berücksichtigen Sie bei Ihrer Bewertung alle Gelegenheiten bei denen die Aktivität in den letzten 3 Tagen ausgeführt wurde.

- Falls das Leistungsniveau für die Aktivität in den letzten 3 Tagen immer gleich war, berücksichtigen Sie dieses Niveau für die Kodierung der ATL.

- Falls mindestens eine Episode mit '6' und die anderen mit einem niedrigeren Abhängigkeitsgrad bewertet wurden, bewerten Sie diese ATL mit '5'.

**2. GEDÄCHTNIS/ERINNERUNGSVERMÖGEN**

Bewerten Sie die Fähigkeit, sich an Gekanntes oder Erlerntes zu erinnern

0. Kein Gedächtnisproblem

1. Gedächtnisproblem

a. **Kurzzeitgedächtnis** —Scheint sich zu erinnern/erinnert sich nach 5 Minuten

b. **Prozedurales Gedächtnis**— kann sich an alle oder die meisten aufeinanderfolgenden Schritte einer komplexen Tätigkeit erinnern

## 3. AUSDRUCK - FÄHIGKEIT SICH ZU VERSTÄNDIGEN

Verbale und non verbale Ausdrucksfähigkeit

0. **Wird verstanden** - Drückt seine Gedanken problemlos aus
1. **Wird meistens verstanden** - Hat Wortfindungsstörungen oder kann einen Gedanken nicht zu Ende denken, ABER lässt man ihm die Zeit, muss man selten nachfragen
2. **Wird oft verstanden** - Hat Wortfindungsstörungen oder kann einen Gedanken nicht zu Ende denken UND man muss oft nachfragen
3. **Wird manchmal verstanden** - Fähigkeit beschränkt sich auf die Äußerung konkreter Bedürfnisse
4. **Wird selten oder nie verstanden**

## 4. SICH ERNÄHREN

**Füllen Sie diesen Abschnitt nur aus, wenn Sie mit NEIN auf das Modul 2 geantwortet haben: ATL (elementare Alltagsaktivitäten)**

Bewerten Sie jede Aktivität des täglichen Lebens (ATL) entsprechend der Leistung des Patienten in DEN LETZTEN 3 TAGEN. Berücksichtigen Sie bei Ihrer Bewertung alle Gelegenheiten bei denen die Aktivität in den letzten 3 Tagen ausgeführt wurde.

- Falls das Leistungsniveau für die Aktivität in den letzten 3 Tagen immer gleich war, bewerten Sie die ATL auf diesem Niveau

- Falls mindestens eine Episode mit "6" und die anderen auf einem niedrigeren Leistungsniveau bewertet wurden, bewerten Sie diese ATL mit "5"

- In den anderen Fällen, konzentrieren Sie sich auf die 3 Situationen mit dem höchsten Abhängigkeitsgrad oder auf alle, falls die Aktivität seltener als dreimal vorkam. Falls die Situation mit dem höchsten Abhängigkeitsgrad sich auf dem Niveau "1" befindet, bewerten Sie diese ATL mit "1". Andernfalls bewerten Sie die ATL mit dem höchsten Leistungsniveau zwischen "2" und "5".

0. **Selbstständig** – Ohne Vorbereitung, Überwachung, oder physische Hilfe während der ganzen Periode
1. **Vorbereitung reicht aus** - Zurechtlegen von Gegenständen in Reichweite, ohne Aufsicht oder physische Hilfe bei der Ausführung.
2. **Aufsicht** – Aufsicht oder Hinweise reichen aus.
3. **Begrenzte Hilfe** - Hilfe beim Mobilisieren der Gliedmaßen ODER physische Unterstützung ohne Kraftaufwand.
4. **Verstärkte Hilfe** - Hilfe, die den Einsatz von Körperkraft einer Pflegekraft erfordert (einschließlich Heben der Gliedmaßen), wobei der Patient mindestens 50 % der Aufgaben übernimmt
5. **Maximale Hilfe** - Hilfe, die den Einsatz von Körperkraft von mindestens zwei Pflegekräften erfordert (einschließlich Heben der Gliedmaßen) ODER Einsatz von Körperkraft für mehr als 50 % der Aktivität
6. **Vollständige Abhängigkeit** - die Aktivität wurde während des Beobachtungszeitraums ständig von anderen Personen ausgeführt.
8. **Die Tätigkeit kam nicht vor**

- a. **Sich ernähren** — wie isst und trinkt der Patient? (abgesehen von seiner Geschicklichkeit) Umfasst jede mögliche Art der Nahrungsaufnahme (z.B. Ernährung über eine Magensonde, parenterale Ernährung).

## MODUL 4: PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Treten bei dem Patienten psychische Störungen auf?

- JA. Beantworten Sie die folgenden Fragen und gehen Sie dann über zu Modul 5.**
- NEIN. Gehen Sie über zu Modul 5.**

Antworten Sie bitte mit Ja (1) oder Nein (0)

0. Nein 1. Ja

a. Mögliche Selbstgefährdung b. Mögliche

## MODUL 5: VERHALTENSSTÖRUNGEN

Treten bei dem Patienten Verhaltensstörungen auf?

- JA. Antworten Sie bitte auf die nun folgenden Fragen.**
- NEIN.**

### VERHALTENSSTÖRUNGEN

Bewerten Sie Ihre Beobachtungen, unabhängig von der Ursache

0. Nicht aufgetreten
1. Aufgetreten, wurde aber in den letzten 3 Tagen nicht beobachtet
2. Aufgetreten an 1 bis 2 Tagen während der letzten 3 Tage
3. Täglich aufgetreten in den letzten 3 Tagen
- a. **Zielloses Umherwandern**— der Patient bewegt sich ohne Ziel oder erkennbare Absicht fort, möglicherweise auf Kosten seiner Sicherheit
- b. **Verbale Aggressivität** - z.B. bedroht, beschimpft oder beleidigt andere Personen
- c. **Körperliche Aggressivität** - z.B. schlägt, tritt, schubst, kratzt, belästigt andere Personen sexuell
- d. **Sozial unangemessenes oder störendes Verhalten** - z.B. störende Geräusche oder Geschrei, spuckt, wirft mit Essen oder verschmiert Fäkalien, hortet Dinge, durchstößt fremde Sachen
- e. **Unangemessenes sexuelles Verhalten oder Entkleiden in der Öffentlichkeit** — Entblößen und Masturbieren, anstößige Handlungen oder Äußerungen
- f. **Lehnt Pflege oder Behandlungen ab** — z.B. verweigert Medikamente oder Injektionen, die Hilfe bei den ATL, das Essen

1. Mengeanruung

c. Kann sich aufgrund einer psychischen Störung nicht selbst versorgen

d. Hat ein Suchtproblem

e. Weist spezifische psychiatrische Symptome auf, z.B. Depression, Halluzinationen, Nebenwirkungen von Medikamenten