



Vorgaben zur Erfassung des HoNOS 65+
für die
Tarifstruktur TARPSY

Version 1.2 / 29.11.2019

Skala, Glossar und Ratingkonventionen

Präambel

Dieses Dokument beruht auf folgenden Dokumenten des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken):

- Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Erwachsene - Nationale Messung der Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“

Gültig ab 01.01.2020/ Version 5.91

- HoNOS 65+ - Health of the Nation Outcome Scales - Skala „HoNOS“ mit integriertem Glossar (HoNOS 65+) und ANQ – Ratingkonventionen.

Version 1 vom 30.08.2012

Es werden keine unterjährigen Anpassungen dieses Dokuments vorgenommen.

Die Datenerhebung für die Tarifstruktur TARPSY erfolgt unabhängig von den nationalen Erhebungen des ANQ.

1 Einführung

Die Messvorgaben gelten für alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren aller Bereiche der stationären Erwachsenenpsychiatrie¹. Psychiatrische Kliniken sind Einrichtungen, welche in der Typologie des Bundesamtes für Statistik unter die Kategorien K211 oder K212 fallen. Es wird bei Ein- und Austritt mit dem HoNOS Bogen je eine Fremdbeurteilung der Symptombelastung vorgenommen.

2 Erfassende Person

Für die Fremderfassung mittels HoNOS ist die/der Fallverantwortliche zuständig. In Frage kommen entweder

- die fallführende Ärztin/Psychologin respektive der fallführende Arzt/Psychologe oder
- die fallführende Pflegefachperson (nur zulässig, wenn in der Klinik Pflegendе die Fallführung übernehmen. Damit ist nicht das Bezugspersonenpflege-Modell gemeint, sondern fallführend ist die direkt primär behandelnde und die übrige Behandlung koordinierende Person.

Nicht zulässig ist das Assessoren-Modell (Durchführen der Messungen seitens Personen, die keine Fallverantwortung tragen und nicht weiter in den Behandlungsprozess involviert sind).

3 Erfassungszeitpunkte

Die Routine-Erfassungen der HoNOS bei Ein- und Austritt erfolgen grundsätzlich möglichst zeitnah beim effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt, spätestens aber 3 Tage nach Eintritt beziehungsweise frühestens 3 Tage vor Austritt. 1 Tag entspricht 24 Stunden. Somit muss die Eintrittsmessung innerhalb von 72 Stunden ab Eintrittszeitpunkt erfolgen. Die Erhebung erfolgt dabei idealerweise möglichst früh und möglichst zusammen mit dem Eintrittsgespräch.

Die Beurteilung erfolgt immer im Hinblick auf die letzten 7 Tage vor dem Messzeitpunkt (Beurteilungszeitraum). Häufig gibt es innerhalb dieser 7 Tage schon eine Zustandsänderung. In diesem Fall wird kein Mittelwert gebildet, sondern es soll der jeweils schlechteste Zustand (schwerste Ausprägung) innerhalb des Beurteilungszeitraums abgebildet werden.

¹Minderjährige Patientinnen und Patienten, die in Einheiten der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, werden hinsichtlich der Messungen wie Erwachsene gehandhabt und gemäss der in diesem Manual beschriebenen Methodik erfasst. In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden separate Messungen durchgeführt.

Bei einem Aufenthalt unter 7 Tagen bezieht sich der Bewertungszeitraum bei der Austrittsmessung auf den Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens unabhängig von seiner Dauer (mindestens 24 Stunden).

Bei einer Verlegung von einer Station auf die andere innerhalb derselben Einrichtung wird keine erneute Messung gemacht. Auch bei einem Urlaub wird keine Aus-/Eintrittsmessung gemacht. Wird hingegen eine Abwesenheit von der Klinik als Behandlungsende und Behandlungsneubeginn gehandhabt, so sind Aus- und Eintrittsmessungen wie beschrieben vorzunehmen.

Bei einem rein administrativen Fallwechsel (z.B. aufgrund eines Wechsels des Kostenträgers) wird keine Aus- oder Eintrittsmessung durchgeführt. Administrative Fälle werden auch für die Datenlieferung an das Bundesamt für Statistik durch die Kliniken zu Behandlungsfällen zusammengeführt. Pro Behandlungsfall ist jeweils eine Messung mit HoNOS bei Behandlungsbeginn und eine bei Behandlungsabschluss erforderlich.

Messung bei Eintritt

Bei der Eintrittsmessung wird der Status der Patientin, des Patienten im Zeitraum der letzten 7 Tage erfasst. Das bedeutet, dass auch die Tage vor dem Eintritt berücksichtigt werden. Hierbei soll jeweils die schwerste Ausprägung im Beurteilungszeitraum markiert werden (also keine Art von Durchschnitt in dieser Zeit). Die Fremdbeurteilung erfolgt zeitnah zum Eintritt, **möglichst im Anschluss an das Erstgespräch mit der fallführenden Behandlerin / dem fallführenden Behandler**, spätestens jedoch innerhalb von 3 Tagen nach Eintritt.

Messung bei Austritt

Die Erfassung des HoNOS bei Austritt wird **möglichst im Anschluss an das Austrittsgespräch** (das letzte Gespräch mit der fallführenden Behandlerin / dem fallführenden Behandler) vorgenommen. In der Regel ist dies am Austrittstag. Die Erfassung darf in jedem Fall frühestens 3 Tage vor Austritt erfolgen. Bei ungeplanten Austritten soll die Erfassung des HoNOS möglichst sofort, spätestens jedoch bis 3 Tage nach Austritt nachgeholt werden (d.h. in der Regel in Abwesenheit der Patientin/des Patienten). Die Regeln bezüglich des Beurteilungszeitraumes gelten analog zur Eintrittsmessung.

Den Austrittsbogen jedoch nur ausfüllen, wenn zwischen dem Eintrittsfragebogen mind. 24h Abstand (>24h) liegt.²

Der Bewertungszeitraum beinhaltet die letzten 7 Tage, ausser wenn der Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens < 7 Tage beträgt, dann wird der Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens unabhängig von seiner Dauer bewertet.

Eine Fremdbeurteilung ist grundsätzlich bei allen Patientinnen und Patienten - unabhängig von Diagnose, Alter, momentaner Verfassung, aktueller Situation usw. - immer möglich und

² Gültig ab 1. Januar 2020

obligatorisch. Für die Messung des Eintritts-HoNOS gibt es keine legitimen Ausfallgründe. Einzig im Fall eines Austritts innerhalb von **24 Stunden** nach Eintrittsmessung ist kein Austritts-HoNOS zu erheben, da sich die Referenzzeiträume der Befragung (letzte **24 Stunden**) überschneiden würden.

Insbesondere bei nachfolgenden Situationen ist zu beachten:

- Unvorhergesehener Austritt - Nicht-Rückkehr aus Urlaub - Todesfall	Keine Dropoutgründe, die fallführende Behandlerin / der fallführende Behandler trägt den HoNOS innerhalb von 3 Tagen nach Austritt/Todesfall nach.
--	--

Kodierung von Ausfallgründen beim HoNOS bei Austritt (Dropoutcodes):

1	Austritt innerhalb von 24 Stunden nach Eintritts-HoNOS-Messung, zu kurzer Messzeitraum	Nur hinsichtlich Austritts-HoNOS zulässig
2	Andere	Soll nur in Ausnahmefällen verwendet werden, muss mit erläuterndem Freitext ergänzt werden.

4 Allgemeine Ratingkonventionen zum HoNOS

- Wenn Sie sich beim Schweregrad bei einem Item nicht klar entscheiden können (bspw. „2“ oder „3“), dann ist im Zweifelsfalle immer die stärkere Ausprägung zu markieren (im Beispiel die „3“).
- Im HoNOS sind die Graduierungen sprachlich beschrieben. Dabei finden Sie verschiedentlich mehrere Beispiele. Es handelt sich bei diesen Beispielen immer um „Oder“-Verbindungen, d.h. ein einziger von mehreren Sachverhalten pro Graduierung reicht, um diese Graduierung zu erfüllen. Die Graduierung ist auch dann erfüllt, wenn ein analoges Beispiel vorliegt.
- Es ist immer deskriptiv zu raten, d.h. unabhängig von einer Störungsgruppe oder einer medizinischen Behandlung. Beispiel: Es liegt eine medikamentös therapierte Schlafstörung vor; wenn zum Zeitpunkt des Ratings beim Patienten keine Schlafsymptome mehr vorliegen, so ist dieses Item mit „0“ zu raten, unabhängig davon, welcher Zusammenhang zwischen Schlaf und Medikation besteht.
- Beim HoNOS-Rating sollen immer alle zur Verfügung stehenden Informationen berücksichtigt werden, also nicht nur das, was der Patient selbst berichtet, sondern auch, was von anderen Quellen her (Angehörige, Sozialarbeitende, zuweisende Ärztin, Psychologe, etc.) bekannt ist. Der Behandelnde macht sich dabei Gedanken über die Plausibilität und entscheidet darauf basierend das konkrete Rating. Sollten aus verschiedenen Quellen kontroverse, wenig plausible Informationen vorliegen, so sind die Widersprüche zu klären. Widersprüche, welche innerhalb von drei Tagen nicht geklärt werden, werden als unbekannt „9“ geratet.
- Wenn immer möglich sollten nicht mehr als drei Items mit 9 beurteilt werden, da dann der Bogen insgesamt aus der Auswertung ausscheidet!

Instruktionen zur Beurteilung (Version vom 30. August 2012)

Beurteilen Sie die schwersten Symptome des Patienten bezogen auf die vergangene Woche. Wenn für das gleiche Item zwei Probleme unterschiedlicher Schwere vorliegen, bewerten Sie das schwerste Problem, das während des betrachteten Zeitraums aufgetreten ist. Tritt während des Beurteilungszeitraums ein schwerwiegendes Problem auf, wie z.B. schwere Gewalt oder Suizidversuch, so bewerten Sie es mit "4", auch wenn es nur einmal aufgetreten ist.

Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils schwerste Problem, das während der letzten 7 Tage aufgetreten ist. Nehmen Sie keine Informationen hinzu, die bereits zuvor bewertet wurden, mit Ausnahme der Skala 10, die eine Gesamtbewertung darstellt.

Antwortkategorien

0 = kein Problem

1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf

2 = leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden

3 = eher schweres Problem

4 = schweres bis sehr schweres Problem

9 = nicht bekannt / nicht anwendbar

Legende: Tragen Sie für jedes Item 0 - 4 oder 9 in die Kästchen ein.

Glossar für die Bewertung

1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten

Berücksichtigen: solches Verhalten mit jeglicher Ursache (z.B. Demenz, Drogen, Alkohol, Psychose, Depression usw.).

Nicht berücksichtigen: bizarres Verhalten, das in Skala 6 bewertet wird.

0. Kein Problem dieser Art im Beurteilungszeitraum.
1. Gelegentliche Gereiztheit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., aber im Allgemeinen ruhig und kooperativ, keine Intervention erforderlich.
2. Aggressive Gestik, andere stossen oder bedrängen und/oder Drohungen oder verbale Aggressivität; leichte Sachbeschädigungen (z.B. Tasse, Scheibe zerschlagen). Ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitation, intermittierende Ruhelosigkeit und/oder „Wandering“ (Tag/Nacht). Manchmal unkooperativ, was Ermutigung oder Überredung nötig macht.
3. Körperliche Gewalt gegen andere (für Bewertung 4 zu wenig ausgeprägt); schwerere Sachbeschädigung oder -zerstörung. Häufig bedrohliches Auftreten. Ernsthaftere und/oder anhaltende Hyperaktivität oder Agitation (z.B. Tag/Nacht), gegebenenfalls verbunden mit „Wandering“. Eindeutige Probleme mit der Kooperation, weitgehend ablehnend gegenüber Hilfe oder Unterstützung.
4. Mindestens ein ernsthafter körperlicher Angriff auf andere (schwerer als mit 3 bewertet). Schwere und/oder anhaltende destruktive Aktivität (z.B. Brandstiftung); anhaltendes und schwer einschüchterndes Verhalten. Schwere Hyperaktivität oder Agitation, sexuell enthemmtes oder anderswie unangemessenes Verhalten (z.B. absichtliche Urin- oder Stuhlinkontinenz). Praktisch ununterbrochene Unruhe/„Wandering“. Schwerwiegende Probleme aufgrund von Noncompliance, Ablehnung der Hilfe.

2. Absichtliche Selbstverletzung

Nicht berücksichtigen: unfallbedingte Selbstschädigung (z.B. im Zusammenhang mit Demenz oder schwerer geistiger Behinderung); das kognitive Problem wird in Skala 4 bewertet, die unfallbedingte Selbstschädigung in Skala 5.

Nicht berücksichtigen: Krankheit oder Verletzung als direkte Konsequenz von Drogen-/Medikamenten-/Alkoholkonsum (in Skala 3 bewerten); Leberzirrhose oder Unfall mit Alkoholbeteiligung in Skala 5 bewerten.

0. Kein Problem dieser Art im Beurteilungszeitraum.
1. Flüchtige Gedanken an Selbstschädigung oder Suizid, aber geringes Risiko im Beurteilungszeitraum.
2. Leichtes Risiko im Beurteilungszeitraum; inbegriffen häufige Gedanken oder Aussagen über Selbstschädigung oder Suizid (inkl. „passive“ Ideen von Selbstschädigung wie betontes Vernachlässigen von Vorsichtsmassnahmen in gefährlichen Situationen z.B. beim Überqueren der Strasse).
3. Mässiges oder grosses Risiko von absichtlicher Selbstschädigung; umfasst auch häufige/anhaltende Gedanken oder Äusserungen über Selbstschädigungen; schliesst Vorbereitungshandlungen ein (z.B. Sammeln von Tabletten).
4. Suizidversuch und/oder absichtliche Selbstschädigung im Beurteilungszeitraum.

3. Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum

Nicht berücksichtigen: aggressives/zerstörerisches Verhalten im Zusammenhang mit Alkohol, Drogen- oder Medikamentenkonsum, das in Skala 1 bewertet wurde.

Nicht berücksichtigen: alkohol-, drogen- oder medikamentenbedingte körperliche Krankheit oder Behinderung, die in Skala 5 bewertet wird.

Nicht berücksichtigen: Missbrauch von Alkohol oder Medikamenten im Zusammenhang mit Demenz: Das kognitive Problem wird in Skala 4 bewertet, Folgekrankheiten/-behinderungen in Skala 5.1.

0. Kein Problem dieser Art im Beurteilungszeitraum.
1. Übermässiger Genuss, aber innerhalb sozialer Normen.
2. Gelegentlich Kontrollverlust bezüglich Trinken oder Drogen-/Medikamenteneinnahme, aber kein schwerwiegendes Problem
3. Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen/Medikamenten mit häufigem Kontrollverlust, Rausch
4. Schwere negative Konsequenzen/Handlungs-/Urteilsunfähigkeit aufgrund von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenproblemen

4. Kognitive Probleme

Berücksichtigen: Gedächtnisprobleme, Orientierungsstörungen und Sprachprobleme im Zusammenhang mit anderen Störungen wie z.B. mit Demenz, geistiger Behinderung, Schizophrenie usw.

Nicht berücksichtigen: vorübergehende Probleme (z.B. Rauschnachwirkungen) im Zusammenhang mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum, die in Skala 3 bewertet wurden.

0. Kein Problem dieser Art im Beurteilungszeitraum
1. Geringfügige Probleme mit der Orientierung (z.B. etwas Schwierigkeiten mit der zeitlichen Orientierung) und/oder mit dem Gedächtnis (z.B. leichte Vergesslichkeit, aber immer noch in der Lage, neue Informationen aufzunehmen); keine Schwierigkeiten mit der Sprache.
2. Leichte, aber eindeutige Probleme mit der Orientierung (z.B. häufige zeitliche Desorientierung) und/oder mit dem Gedächtnis (z.B. eindeutige Probleme, neue Informationen wie Namen usw. aufzunehmen, sich an kürzliche Ereignisse zu erinnern; die Defizite beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens). Schwierigkeiten, in unvertrauter Umgebung den Weg zu finden; fähig, einfache sprachliche Informationen zu verstehen, aber Schwierigkeiten, kompliziertere Sachverhalte zu verstehen oder auszudrücken.
3. Ausgeprägte Orientierungsprobleme (z.B. gewöhnlich zeitlich und oft auch örtlich desorientiert) und/oder ausgeprägte Gedächtnisprobleme (z.B. rasches Vergessen neuer Informationen, nur vorher Erlerntes wird behalten). Gelegentliches Nicht-Erkennen von Angehörigen; Weg in vertrauter Umgebung nicht mehr gefunden; schwere Probleme mit der Sprache (Verstehen und/oder Ausdruck).
4. Schwere Desorientierung (z.B. anhaltende örtliche und zeitliche Desorientierung, gelegentlich persönliche Desorientierung) und/oder schwere Gedächtnisschwäche (z.B. nur fragmentarische Erinnerungen, Verlust des Kurz- und Langzeitgedächtnisses). Unfähigkeit, neue Informationen zu erlernen. Anhaltende Unfähigkeit, nahe Bekannte und Angehörige zu erkennen oder zu benennen. Keine sprachliche Kommunikation möglich, verbal nicht ansprechbar.

5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung

Berücksichtigen: Krankheit/Behinderung jeglicher Ursache, welche zu Einschränkungen der Mobilität, der Seh- oder Hörfähigkeit führt oder das alltägliche Funktionieren anderweitig einschränkt.

Berücksichtigen: Medikamentennebenwirkungen; Auswirkungen von Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinnahme; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen, Verletzungen im Zusammenhang mit kognitiven Problemen, alkoholisiertem Motorfahrzeuggebrauch usw.

Nicht berücksichtigen: psychische Probleme oder Verhaltensprobleme, die in Skala 4 bewertet wurden.

0. Kein Problem dieser Art im Beurteilungszeitraum
1. Geringfügige Gesundheitsprobleme im Beurteilungszeitraum (z.B. Erkältung), leichte Hör- und/oder Sehbehinderung (die aber mit Brille oder Hörgerät kompensiert werden).
2. Körperliches Gesundheitsproblem, das zu leichten Einschränkungen von Mobilität und Aktivitäten führt (z.B. eingeschränkte Gehdistanz, einige Einschränkungen in der Selbständigkeit). Mässige Seh- und/oder Hörbehinderung (mit funktioneller Einschränkung trotz Gebrauch von Brille oder Hörgerät). Leichtes Sturzrisiko, aber bisher noch keine Stürze. Probleme mit leichten Schmerzen.
3. Körperliches Gesundheitsproblem, das zu deutlichen Einschränkungen von Mobilität und/oder Aktivitäten führt (z.B. nur mit Gehhilfen oder persönlicher Unterstützung mobil). Schwere Seh- und/oder Hörbehinderung (zu wenig ausgeprägt für Bewertung 4). Erhebliches Sturzrisiko (im Beurteilungszeitraum ist es zu Stürzen gekommen). Erhebliche Schmerzprobleme.
4. Schwere oder vollständige Handlungseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems (z.B. Rollstuhl, Bettlägerigkeit). Schwere Seh- und/oder Hörbehinderung (Blindheit, Taubheit). Sehr hohes Sturzrisiko (ein oder mehrere Stürze im Beurteilungszeitraum). Schwere Schmerzprobleme. Bewusstseinseinschränkung.

6. Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen/Wahnvorstellungen

Berücksichtigen: Halluzinationen/Wahnideen und falsche Überzeugungen unabhängig von der Diagnose.

Berücksichtigen: sonderbares oder bizarres Verhalten im Zusammenhang mit Halluzinationen/Wahnideen oder falschen Überzeugungen.

Nicht berücksichtigen: aggressives, zerstörerisches oder hyperaktives Verhalten, das auf psychotische Symptome zurückgeführt wird und in Skala 1 bewertet wurde.

0. Keine Anzeichen für Halluzinationen oder Wahnideen im Beurteilungszeitraum.
1. Merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die den kulturellen Normen nicht entsprechen.
2. Wahnideen oder Halluzinationen (z.B. Stimmen hören, Visionen) sind vorhanden, sind aber für den Patienten wenig belastend, führen nicht zu bizarrem Verhalten; klinisch zwar vorhanden, aber in geringem Ausmass.
3. Ausgeprägte Vereinnahmung durch Wahnideen oder Halluzinationen, die belastend sind oder zu offensichtlich bizarrem Verhalten führen, d.h. mässig schweres klinisches Problem.
4. Der geistige Zustand und das Verhalten sind durch Wahnideen und Halluzinationen schwer und ungünstig beeinflusst, mit schwerwiegenden Auswirkungen auf den Patienten und/oder seine Umgebung; schwerwiegendes klinisches Problem.

7. Gedrückte Stimmung

Nicht berücksichtigen: überaktives oder agitiertes Verhalten, das in Skala 1 bewertet wurde.

Nicht berücksichtigen: suizidale Gedanken oder Handlungen, die in Skala 2 bewertet wurden.

Nicht berücksichtigen: Wahnideen oder Halluzinationen, die in Skala 6 bewertet wurden.

Mit der Depression verbundene Probleme in Skala 8 bewerten (z.B. Veränderungen in Schlaf, Appetit oder Gewicht, Angstsymptome).

0. Kein Problem in Verbindung mit depressiver Stimmung im Beurteilungszeitraum
1. Düstere Stimmung oder geringfügige Verstimmungen
2. Leichte, aber nach objektiven und subjektiven Massstäben gemessen eindeutig vorhandene Depression (z.B. Schuldgefühle, Verlust des Selbstwertgefühls, Antriebslosigkeit, Verlust von Interesse und/oder Freude).
3. Nach objektiven und subjektiven Massstäben mittelschwere Depression (deutlicher ausgeprägte Symptome).
4. Subjektiv und/oder objektiv schwere oder sehr schwere Depression (z.B. völliger Verlust von Interesse und/oder Freude, Vereinnahmung durch Schuldgefühle oder Gefühle der Wertlosigkeit).

8. Andere psychische oder verhaltensbezogene Probleme

Bewerte nur das schwerwiegendste, in den Skalen 6 und 7 NICHT berücksichtigte Problem. Spezifiziere die Art des Problems durch Angabe des entsprechenden Buchstabens:

A phobisch	F Somatoform
B Angst	G Essen
C Zwangsgedanken/ -handlungen	H Schlaf
D Psychische Belastung/Anspannung	I Sexuell
E Dissoziativ	J Andere (spezifizieren)

0. Kein Anhaltspunkt für eines dieser Probleme im Beurteilungszeitraum.
1. Nur geringfügige, klinisch unerhebliche Probleme.
2. Das Problem ist klinisch vorhanden, aber nur gering ausgeprägt (z.B. gelegentlich auftretendes Problem), d.h. dass der Patient einen gewissen Grad an Kontrolle hat und/oder nicht übermässig belastet ist.
3. Klinisch mittelschweres Problem (z.B. häufiger, belastender und mit ausgeprägteren Symptomen).
4. Schwere und anhaltende Probleme, die die meisten Aktivitäten dominieren oder schwer beeinträchtigen.

9. Probleme mit Beziehungen

Berücksichtigen: Probleme in sozialen Beziehungen, die vom Patienten geäussert werden und/oder für Pflegende oder das Umfeld offensichtlich sind.

Bewerte das schwerwiegendste Problem in Verbindung mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen oder in Verbindung mit der Tendenz, nicht unterstützende, destruktive oder selbstschädigende Beziehungen zu unterhalten.

0. Kein ernsthaftes Problem dieser Art im Beurteilungszeitraum.
1. Kein ernsthaftes Problem dieser Art im Beurteilungszeitraum.
2. Eindeutiges Problem im Aufnehmen, Aufrechterhalten oder Anpassen förderlicher Beziehungen (z.B. aufgrund eines Kontrollbedürfnisses oder aufgrund schwieriger, ausnützender oder missbrauchender Beziehungen), eindeutige, aber wenig schwerwiegende Probleme, über die sich der Patient beklagt und/oder die für andere oder die Pflegenden offensichtlich sind.
3. Anhaltende schwere Beziehungsprobleme; mässig schwere Beziehungskonflikte oder -probleme, über die sich der Patient beklagt und/oder die für andere oder die Pflegenden offensichtlich sind.
4. Schwere Beziehungsprobleme (z.B. Isolation, Rückzug, Konflikt, Missbrauch). Schwere Spannungen und Belastungen (z.B. drohender Zusammenbruch von Beziehungen).

10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten

Bewerte das allgemeine Niveau des Funktionierens in Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstversorgung wie Essen, sich kleiden, die Toilette benutzen).

Bewerte ebenfalls komplexe Fähigkeiten wie Umgang mit Geld, Wohnen, Arbeit und Freizeit, Mobilität und Gebrauch von Transportmitteln, Einkäufe, Selbstverwirklichung usw.

Berücksichtigen: jedes Fehlen von Motivation zum Nutzen von Selbsthilfemöglichkeiten, da dies zu einem tieferen allgemeinen Niveau des Funktionierens beiträgt.

Nicht berücksichtigen: äusserer Mangel an Gelegenheit, an sich intakte Fähigkeiten anzuwenden; dies wird in den Skalen 11 und 12 bewertet.

0. Kein Problem dieser Art im Beurteilungszeitraum. Gute Fähigkeit, in allen grundlegenden Bereichen des Alltagslebens zu funktionieren (z.B. kontinent oder fähig, mit der Inkontinenz selbst zurechtzukommen, Fähigkeit, sich selbst zu ernähren und zu kleiden) und erhaltene komplexere Fähigkeiten (z.B. Autofahren oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen, finanzielle Angelegenheiten regeln).
1. Nur geringfügige Probleme (z.B. ungepflegt, nachlässig, leicht desorganisiert, Hinweise auf leichte Schwierigkeiten mit komplexeren Aktivitäten), aber immer noch fähig, zurechtzukommen.
2. Adäquate Verrichtung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (obwohl mitunter einige Aufforderung nötig ist), aber Schwierigkeiten in den komplexeren Fähigkeiten (z.B. Organisationsprobleme bei der Zubereitung einer Mahlzeit oder eines Getränks). Vernachlässigung persönlicher Interessen besonders ausserhalb des eigenen Haushalts, Probleme mit Autofahren, mit Transportmitteln oder im Beurteilen finanzieller Angelegenheiten.
3. Ausgeprägte Probleme in einer oder in mehreren Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Unterstützungsbedarf beim Kleiden und Essen, gelegentlich Inkontinenz oder nur kontinent, wenn auf die Toilette geführt). Unfähigkeit, verschiedene komplexe Aktivitäten auszuführen.
4. Schwere Behinderung oder Unfähigkeit in allen oder fast allen Aktivitäten des täglichen Lebens und komplexen sozialen Tätigkeiten (z.B. vollständige Unterstützung bei Essen, Bekleidung, häufige Urin- und Stuhlinkontinenz).

11. Probleme durch die Wohnbedingungen

Bewerte den allgemeinen Schweregrad der Probleme mit den Lebensumständen, der Wohnsituation und der Haushaltsroutine unter Berücksichtigung der Vorlieben des Patienten und des Zufriedenheitsgrades bezüglich dieser Situation. Sind **grundlegende Voraussetzungen** erfüllt (Heizung, Licht, Hygiene)? Wenn ja: Gibt es selbstständigkeitsfördernde und risikominimierende Hilfestellungen für den Umgang mit Behinderungen und Möglichkeiten, bestehende Fähigkeiten einzusetzen und neue zu entwickeln?

Nicht berücksichtigen: Bewerte nicht das Funktionsniveau in den ATL/sozialen Fähigkeiten, das in Skala 10 bewertet wurde.

NB: bewerte die gewöhnliche Wohnsituation des Patienten. Wird er vorübergehend hospitalisiert, ist der Wohnsitz zu bewerten. Fehlt die Information, mit 9 bewerten.

0. Unterkunft und Lebenssituation sind akzeptabel: Sie tragen dazu bei, die in Skala 10 bewerteten Behinderungen nicht zu verstärken, die Risiken zu minimieren und die Autonomie zu fördern. Der Patient ist zufrieden mit der Unterbringung
1. Die Unterbringung ist einigermaßen akzeptabel, obwohl geringfügige oder vorübergehende Probleme auftreten, die hauptsächlich mit den Vorlieben des Patienten zusammenhängen (z.B. nicht idealer Standort, nicht die bevorzugte Wahl, mag das Essen nicht usw.) und nicht mit Problemen oder Risiken hinsichtlich der Wohnumgebung.
2. Die grundlegende Infrastruktur ist zwar vorhanden, es gibt aber ein deutlich vorhandenes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterbringung, der Umgebung und/oder der Nahrung (z.B. ungenügende funktionelle Anpassung von Treppen, Fahrstühlen, Zugänglichkeiten), evtl. verbunden mit erhöhtem, an sich vermeidbarem Risiko für den Patienten (z.B. Verletzungsgefahr).
3. Mehrere belastende Probleme mit der Unterbringung (z.B. einige Elemente von grundlegender Infrastruktur fehlen: z.B. ungenügende/unzuverlässige Heizung, ungenügende Kochgelegenheit, ungenügende sanitäre Einrichtungen); eindeutige umgebungsbedingte Risiken für den Patienten.
4. Die Unterbringung ist nicht akzeptabel (z.B. Fehlen grundlegender Infrastruktur, ungenügende Sicherheit oder anderweitig nicht tolerierbare Lebensumstände) und verschlimmert die Probleme des Patienten und/oder setzt ihn einem hohen Verletzungsrisiko oder anderen ungünstigen Konsequenzen aus.

12. Probleme durch die Bedingungen im Beruf und Alltag

Bewerte Beruf und Alltag = Arbeit und/oder Aktivitäten, bewerte also das allgemeine Ausmass von Problemen mit der Tagesstruktur. Gibt es Hilfestellungen zum Umgang mit den Behinderungen, und Möglichkeiten zur Erhaltung oder Verbesserung der Fähigkeiten in den Bereichen Arbeit, Beschäftigung, Freizeitgestaltung?

Berücksichtige Faktoren wie Stigmatisierung, Mangel an qualifizierten Betreuern, fehlender Zugang zu unterstützenden Einrichtungen (z.B. Tageszentren, Werkstätten, Freizeitklubs usw.)

Nicht berücksichtigen: Bewerte nicht das Funktionsniveau in den ATL/sozialen Fähigkeiten, das in der Skala 10 bewertet wurde.

0. Die Tagesstruktur des Patienten ist akzeptabel: Sie trägt dazu bei, die in Skala 10 bewerteten Be-hinderungen so gering wie möglich zu halten und unterstützt Selbsthilfebemühungen.
1. Die Tagesstruktur des Patienten ist akzeptabel: Sie trägt dazu bei, die in Skala 10 bewerteten Be-hinderungen so gering wie möglich zu halten und unterstützt Selbsthilfebemühungen.
2. Eingeschränkte Wahlmöglichkeit bezüglich Aktivitäten (z.B. ungenügende Unterstützung durch An-gehörige oder Betreuer, Tagesangebote nur zu sehr eingeschränkten Öffnungszeiten zugänglich).
3. Eindeutiger Mangel an qualifizierten Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten, welche zu einer Optimierung des Aktivitäts- und Autonomieniveaus beitragen würden; wenige oder keine Möglichkeiten, vorhandene Fähigkeiten einzusetzen oder neue zu erwerben; schwer zugängliche, wenig qualifizierte Angebote.
4. Das gänzliche Fehlen von Angeboten für Tagesaktivitäten verschlimmert die Probleme des Patienten, oder der Patient lehnt Angebote ab, die seine Situation verbessern könnten.