

**Bachelorabschlussarbeit von  
Gerhilde Schüttengruber  
Matrikelnummer: 0313503**

**RAI HC - Resident Assessment Instrument Home Care ein valides und reliables  
Instrument?**

**Ist die deutschsprachige Version des RAI HC valide und reliabel**

**Medizinische Universität Graz**

**Vorgelegt bei  
Univ.-Prof. Dr. Christa Lohrmann,  
Institut für Pflegewissenschaft**

**im Rahmen des Seminars  
“Forschung in der Praxis“**

**Graz, am 11. 09. 2009**

Ehrenwörtliche Erklärung:

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

**Graz, am 10. September 2009**

A handwritten signature in black ink, reading "Fabian Stutzger". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line that extends to the right.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>4</b>
1.1 Reliabilität.....	5
1.2 Validität.....	5
<b>DAS RAI .....</b>	<b>6</b>
1. Entwicklung des Resident Assessment Instrument (RAI).....	6
2. Entwicklung und Beschreibung des RAI-HC (deutschsprachige Version).....	9
<b>WISSENSCHAFTLICHKEIT.....</b>	<b>14</b>
<b>ABGELITETE ANWENDUNGSBEREICHE (APPLIKATIONEN).....</b>	<b>14</b>
<b>DAS RAI_HC IN DER STEIERMARK.....</b>	<b>15</b>
<b>ZIELSETZUNG.....</b>	<b>16</b>
<b>METHODIK: LITERATURERECHERCHE.....</b>	<b>16</b>
<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>21</b>
<b>SCHLUSSFOLGERUNG.....</b>	<b>28</b>
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>28</b>
<b>LITERATUR.....</b>	<b>32</b>
<b>ANHANG.....</b>	<b>34</b>

## 1. Einleitung

Die Notwendigkeit einer korrekten Einschätzung, resultiert aus den Anforderungen an die Pflege, nämlich bestmögliche Qualität bei optimierten Kosten und Ressourcen zu erbringen (Lohrmann 2003).

Pflege ist darstellbar im Pflegeprozess und dieser Prozess hat als ersten Schritt die Einschätzung des Pflegebedarfs. So wird in der englischsprachigen Pflegewissenschaft auch der Begriff des Assessments verwendet, um den ersten Schritt im Pflegeprozess zu beschreiben (Cohen & Tarzian 1998 zit. in Bartholomeyczik 2007). Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff des Assessments in der Pflege synonym dafür verwendet, wenn standardisierte Einschätzungsinstrumente benutzt werden (Bartholomeyczik 2007).

Standardisierte Einschätzungsinstrumente sollen die Pflegenden dabei unterstützen, eine korrekte Einschätzung vorzunehmen um eben ein qualitativ hochwertig Pflege gewährleisten zu können.

Je nachdem, welches Ziel mit der Einschätzung oder Beurteilung verfolgt wird beziehungsweise was eingeschätzt werden soll, kommen unterschiedliche Instrumente zur Anwendung. So werden beispielsweise sehr häufig Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos verwendet, es sind jedoch auch Instrumente vorhanden, die eine umfassende Einschätzung des Pflegebedarfs ermöglichen.

Ein übergeordnetes Ziel eines pflegerischen Assessments ist es, die Pflegediagnostik zu steuern, indem es diejenigen Personen, die die Diagnostik durchführen - wie beispielsweise das Pflegepersonal - auf bestimmte Inhalte aufmerksam macht, die zu beachten, zu erfragen und zu erfassen sind (Bartholomeyczik 2006). Letztendlich ist es das Ziel jedes Assessment, die Pflegediagnostik zu steuern, denn alle Daten, die erhoben werden, sollten sich in der Pflegeplanung wieder finden.

Korrekte Einschätzung bedeutet auch, „korrekte“ Instrumente zu verwenden. Um von einem „korrekten“ Instrument zu sprechen, muss dessen Gültigkeit überprüft worden sein. Die Gültigkeit eines Instrumentes bedeutet, dass das Instrument das misst, was es messen soll (Lohrmann 2004). Die Gültigkeit wird mit Gütekriterien überprüft. Die klassischen Gütekriterien sind Reliabilität, Validität und Objektivität (Bartholomeyczik 2008).

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Gütekriterien eines Assessmentinstrumentes, dem Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC). Es handelt sich dabei um

ein Instrument zur Beurteilung des Gesundheitszustandes von Menschen, welche in der häuslichen Pflege versorgt werden. Weiters ist es ein Hilfsmittel für eine strukturierte Pflegeplanung (Garms-Homolova 2002).

### **1.1 Reliabilität:**

Die Reliabilität (auch Zuverlässigkeit oder Messgenauigkeit genannt) wird als die Beständigkeit, mit der ein Messinstrument die zu untersuchende Eigenschaft erfasst, definiert. Das heißt je weniger Variationen der Messdaten bei wiederholten Messungen auftreten, umso höher ist die Reliabilität. Reliabilität kann demnach auch als Stabilität, Kontinuität oder Zuverlässigkeit betrachtet werden und sie teilt sich in folgende drei Unterbereiche auf:

#### 1. Stabilität/Test-Retest Reliabilität

Die Stabilität oder Test-Retest Reliabilität wird ermittelt, indem wiederholende Messungen – zwei oder mehrere- an der gleichen Person oder Personengruppe durchgeführt werden. Die Übereinstimmung der Messungen wird durch Korrelationskoeffizienten ausgedrückt.

#### 2. Interne Konsistenz

Interne Konsistenz oder Homogenität ist gegeben, wenn die Items einer Skala, die ein definiertes Attribut misst, sich tatsächlich einzig und alleine auf dieses Attribut beziehen.

#### 3. Äquivalenz/Interrater Reliabilität

Die Äquivalenz oder Interrater Reliabilität beschreibt die Übereinstimmung der Ergebnisse, wenn zwei unabhängige Beobachter ein Ereignis beobachten und mit Hilfe eines Messinstrumentes dokumentieren

### **1.2 Validität:**

Die Validität oder auch Gültigkeit ist das Ausmaß mit dem ein Instrument das misst, was es vorgibt zu messen.

Bei der Validität von Messinstrumenten unterscheidet man die drei Formen der Validität:

### 1. Inhaltsvalidität

Die Inhaltsvalidität beschreibt, ob ein Instrument eine passende Auswahl an Items besitzt, um das Konstrukt zu messen und den Konstruktbereich angemessen abzudecken (Polit & Beck 2008, pp. 458).

### 2. Kriteriumsvalidität

Mit Kriteriumsvalidität ist die Beziehung zwischen dem Instrument und einem externen Kriterium gemeint. Das Instrument ist dann valide, wenn es eine hohe Korrelation zwischen dem zu testenden Messinstrument und dem externen Kriterium gibt, welches meist ein bereits getestetes Messinstrument ist. Dies setzt voraus, dass das „Vergleichsinstrument“ valide ist (Polit & Beck 2008, pp.457-464).

### 3. Konstruktvalidität

Konstruktvalidität ist vergleichbar mit der Inhaltsvalidität. Hier geht es darum, ob das Messinstrument in der Lage ist das abstrakte Konzept und somit das Konstrukt zu erfassen, was misst das Instrument wirklich und wird das Konstrukt adäquat gemessen (Polit & Beck 2008, pp.457-464).

Validität und Reliabilität sind keine voneinander unabhängigen Gütekriterien (Polit & Beck 2008, pp.457-458), denn die Validität ist von der Reliabilität abhängig. Ist ein Instrument nicht reliabel so kann es nicht valide sein, da ein Instrument eine Eigenschaft nicht valide messen kann, wenn es nicht zuverlässig und konsistent misst. Ein Instrument kann jedoch reliabel sein ohne valide zu sein, weil es möglich ist, eine Eigenschaft reliabel zu messen, ohne dass diese gemessene Eigenschaft tatsächlich in Zusammenhang mit der Fragestellung steht (Polit & Beck 2008, p, 458).

## **Das RAI**

### **1. Entwicklung des Resident Assessment Instrument (RAI)**

Der Hintergrund für die Entwicklung des RAI waren Probleme mit der Qualität von Pflege in Pflegeeinrichtungen und Altenhilfe in den USA. Auf Grund dieser Problematik wurde in einem Gesetz, dem Omnibus Reconciliation Act, die Schaffung eines nationalen Assessment Instrumentes vorgeschlagen (Hawes et al 1997). Zu Beginn der Entwicklung verschaffte sich eine Expertengruppe Übersicht über die bereits existierenden

geriatrischen Assessmentinstrumente. Bereits während dieser Prozesse wurden die Bereiche herausgefiltert, welche wichtig waren für ein Assessmentinstrument und für die Pflegeplanung in Pflegeheimen. Bei der Übersicht wurde festgestellt, dass keines der bereits vorhandenen Instrumente den Ansprüchen für ein umfassendes Assessmentinstrument gerecht werden konnte, daher entschloss man sich ein neues Instrument zu schaffen (Hawes et al 1997). 1988 begannen 18 klinische Arbeitsgruppen in den Vereinigten Staaten das Resident Assessment Instrument (RAI) zu entwickeln. Diese Arbeitsgruppen setzten sich aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen zusammen, wie Fachleuten aus der Geriatrie, Geronto-Psychiatrie, Pflegekräften, SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Recreational TherapeutInnen, ZahnärztInnen, LeiterInnen von Pflegeheimen, PatientInnenvertreterInnen und WissenschaftlerInnen (Hawes et al 1997). Zu Beginn der Entwicklung war der Fokus auf drei Ziele gelegt:

- 1) *Zusammenstellung eines Datensatzes für ein Assessment, das ein umfassendes Bild der/des KlientIn wiedergibt*
- 2) *Unterstützung bei der Erstellung der Pflegeplanung*
- 3) *Entwicklung eines Benutzerhandbuches*

Das erste Ziel (Erstellung eines Datensatzes für ein Assessment) wurde im Minimum Data Set (MDS) umgesetzt (Hawes et al 1997). Beim MDS handelt es sich um einen Datenerhebungsbogen mit abzufragenden Items, die danach elektronisch kodiert werden. Dieser Datenerhebungsbogen soll den Gesundheitszustand der/des KlientIn widerspiegeln und die Erstellung des Pflegeplans ermöglichen (Hawes et al 1997).

Folgende Bereiche wurden mit dem MDS des RAI erfasst:

Angaben zur Person, kommunikative Fähigkeiten und Hören, körperliche Funktionsfähigkeit und strukturelle Probleme, Stimmungslage und Verhalten, Krankheitsdiagnosen, Ernährungszustand, Hautzustand, spezielle Behandlungen, kognitive Fähigkeiten, Sehfähigkeit, Kontinenz, Beschäftigungsmuster, Gesundheitszustand, Mund-/Zahnstatus und Medikation (Hawes et. al 1997).

Die zweite Zielsetzung, die Unterstützung bei der Erstellung des Pflegeplans, sollte mit Hilfe der Resident Assessment Protokolle (RAP) erreicht werden, welche im deutschen Sprachgebrauch auch Abklärungshilfen genannt werden. Hawes et. al (1997) bezeichnet die RAP's als Leitlinien für ausgewählte Bereiche. Die Abklärungshilfe beinhaltet in einer

Zielformulierung, was mit der Abklärungshilfe erreicht werden sollte, eine Definition des Problembereiches, sogenannte Alarmzeichen, (eine Auflistung der Items die dieses Problem anzeigen), Hintergrundinformationen zum Problem, sowie Richtlinien. Die Richtlinien geben eine Hilfestellung zur Bewertung der Alarmzeichen durch weiterführende Fragen und Hinweise (Garms Homolova 2002).

Die Verbindung zwischen dem MDS und den Abklärungshilfen ergibt sich durch die Kodierung der Items im MDS. Hierfür wurde ein spezieller Algorithmus entwickelt (Hawes et al 1997). Es wurde eine bestimmte Anzahl an Items festgelegt, die auftreten müssen, um einen Problembereich zu definieren, doch in manchen Fällen kann auch schon ein Item ausreichen. Bei der Auswertung des MDS wird dieser Bereich gekennzeichnet, und die Pflegekraft kann dann mit Unterstützung der Abklärungshilfen einen individuellen Pflegeplan erstellen.

Bei der ersten Entwicklung wurden 18 diesbezügliche Bereiche definiert:

Delirium, Sehfähigkeit, Rehabilitationspotentiale (ADL), psychosoziales Wohlbefinden, Verhalten, Sturz, Ernährungssonden, Zahnpflege, Psychopharmaka, kognitive Beeinträchtigung/Demenz, Kommunikation, Urininkontinenz/Dauerkatheter, Stimmungslage, Aktivitäten, Ernährungsstatus, Dehydration/Flüssigkeitsbilanz, Dekubitus, freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Hawes et. al 1997).

Auch das dritte Ziel wurde umgesetzt. Das Benutzerhandbuch enthält detaillierte Angaben über das Ausfüllen des MDS, den Umgang mit den RAPs, die Definition der Items, Beispiele zur Kodierung und Guidelines für die Anwendung der RAPs und Erstellung der Pflegeplanung (Hawes et al 1997).

Nachdem die erste Version des Minimum Data Set (MDS) entwickelt war, wurde diese sowohl von Experten aus der Praxis als auch WissenschaftlerInnen überprüft. Bevor das MDS das erste Mal getestet wurde, gab es 27 Versionen und Überarbeitungen. Nach den Überprüfungen wurden die Items und die RAP`s auf Validität und Reliabilität getestet. Nach der klinischen Überprüfung wurde das Instrument erneut überarbeitet, bevor es in die Praxis eingeführt wurde (Hawes et al 1997).

Nachdem das RAI in den USA eingeführt worden war, begannen Experten auch in anderen Ländern mit dem RAI zu arbeiten.

Dieses erste Instrument war die Basis für alle weiteren RAI-Instrumente, das sind: interRAI CHA – Community Health, interRAI HC – Home care, interRAI AL – Assistend Living,

interRAI LTCF – Long Term Care Facility, interRAI PC – Palliative Care, interRAI AC – Acute care, interRAI PAC – Post acute care, interRAI MH – Mental Health, interRAI CMH – Community Mental Health, interRAI ESP – Emergency Screener for Psychiatry, interRAI CA – Contact Assessment, interRAI ID – Intellectual Disability, interRAI PWD – Persons with Disabilities ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)). Aus dem RAI entstand unter anderem auch das RAI HC (Resident Assessment Instrument Home Care) für die häusliche Pflege (Garms-Homolova' 2000). Von der Entwicklung des RAI wurde ein Schema abgeleitet, welches als Basis für die Entwicklung aller weiteren RAI-Instrumente dient. Sämtliche RAI Instrumente werden von der Organisation interRAI in den USA entwickelt, die Instrumente werden auch als „Familie von Assessmentinstrumenten“ oder „RAI-Familie“ bezeichnet (Hirdes et al 2008).

## **2. Entwicklung und Beschreibung des RAI-HC (deutschsprachige Version)**

Das Instrument wurde speziell für die Anforderungen in der häuslichen Pflege entwickelt, es soll ein einheitliches Assessment bieten. Ursprünglich wurde es 1993-94 entwickelt und es sollte vor allem kompatibel mit dem RAI für die Langzeitpflege sein. 47 % der Items des RAI-HC sind identisch mit denen des RAI 2.0 für Pflegeheime (Morris et al 1997), da die Grundlage für die Entwicklung des RAI-HC das RAI 2.0 ist. 1999 wurde das RAI-HC überarbeitet und die Version 2.0 lag vor. Dies ist auch die Version, die 1994 von Garms-Homolova ins Deutsche übersetzt wurde (Garms-Homolova 2000).

Das RAI-HC besteht aus dem Minimum Data Set (MDS), der Risikoerkennungstafel (RET) und der Abklärungszusammenfassung mit den Abklärungshilfen. Die Abklärungshilfen werden nicht wie beim ursprünglichen RAI als RAPs (Resident Assessment Protokolle), sondern als CAPs – Client Assessment Protokolle bezeichnet. .

### **MDS – Minimum Data Set**

Das MDS, auch als Basis-Datenset bezeichnet, dient wie auch beim ursprünglichen RAI der KlientInnenbeurteilung mittels eines Fragebogens. Es wird eine Initialbeurteilung der KlientInnen durchgeführt, welcher jährliche Folgebeurteilungen anschließen. Der Zeitraum

von einem Jahr zwischen Initial- und Folgebeurteilung wird empfohlen, wenn sich bei den KlientInnen keine Änderungen des Zustandes zeigen. Ansonsten ist das Assessment bei jeder signifikanten Statusveränderung durchzuführen. Eine signifikante Veränderung wird definiert als eine umfassende Änderung des Zustandes, die:

1. nicht von allein verschwindet,
2. sich auf mehr als einen Bereich des Gesundheitszustandes erstreckt und
3. eine interdisziplinäre Überprüfung des bisherigen Behandlungs- und Betreuungsplanes erfordert (Garms-Homolova 2000)

Die deutsche Version des MDS – HC gliedert sich, wie auch die Originalversion, in 21 Bereiche, welche insgesamt 250 Items umfassen. Einige Bereich gliedern sich noch weiter in Unterbereich auf (siehe Tabelle 1). Bis auf den Bereich „Persönliche Information“, in dem der Unterbereich „Race/Ethnicity“ weggelassen wurde, ist die deutsche Version mit der englischen identisch.

**Tabelle 1: Bereiche des MDS-HC (deutsche Version)**

Bereich	Beispiele	Beispiele für Items
Bereich AA: Angaben für Verwaltungszwecke		Name, Versicherungsnummer, KundInnennummer
Bereich BB: Angaben zur Person		Geschlecht, Geburtsdatum, Familienstand
Bereich CC: Pflegeaufnahme		Krankenhausaufenthalte, Wohnort,
Bereich A: Beurteilung		Zeitpunkt der Beurteilung und Beurteilungsgrund
Bereich B: Kognitive Fähigkeiten	Gedächtnis, Alltägliche Entscheidungen	Kurzzeitgedächtnis-Erinnerung nach 5 Minuten möglich;
Bereich C: Fähigkeiten der Kommunikation/ des Hörens		Hören, sich verständlich machen, Fähigkeit andere zu verstehen
Bereich D: Sehfähigkeit		Sehen, Einschränkungen/Probleme beim Sehen
Bereich E: Stimmungslage und Verhalten	Traurige oder ängstliche Stimmungslage,	Macht negative Äußerungen – z.B. „Nichts hat einen Sinn!“
Bereich F: Soziale Rollen	Teilnahme	Berichtet/klagt über Konflikte mit Familie/Freunden
Bereich G: Informelle Unterstützung	Wichtigste HelferInnen, Situation der/des Helfers	Kann Pflege/Hilfe nicht fortsetzen
Bereich H: Körperliche Funktionsfähigkeit bei instrumentellen (IADL) und elementaren (ADL) Verrichtungen		IADL: Essenszubereitung, Hausarbeit, Finanzielle Regelungen, Medikamente, Telefonieren ADL: Bewegung im Bett, Gehen/Transfer/Fortbewegen
Bereich I: Kontinenz in den letzten 7 Tagen	Blasenkontrolle, Hilfsmittel bei Urininkontinenz	Kontinent – vollständige Selbstkontrolle ohne Katheter oder Hilfsmittel
Bereich J: Krankheitsdiagnosen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neurologische Erkrankungen	Schlaganfall, Apoplexie, Herzkranzgefäßerkrankungen
Bereich K: Gesundheitszustand/Gesundheitsprävention	Präventive Maßnahmen, Schmerzen, Sturzhäufigkeit, Sturzgefahr	Blutdruckmessung, Grippeimpfung
Bereich L: Ernährungsstatus/Flüssigkeitsaufnahme	Gewichtsveränderung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust um 5% und mehr in den letzten 30 Tage; oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen
Bereich M: Mund-/Zahnstatus		Kau-/Schluckprobleme
Bereich N: Zustand der Haut	Probleme, Ulcera, andere Hautprobleme	Hautveränderungen oder Hautprobleme, z.B. Juckreiz, Ausschlag, Abschürfungen, Blasen etc.
Bereich O: Wohnumfeld/Umweltassessment	Lebensweise und Wohnraumkonstellation	Licht – zu schwach, fehlend, gefährliche Elektrizität
Bereich P: Nutzung von Diensten	Versorgung durch ambulante Dienste	Diplompflegepersonal, Alten-/Pflegehilfe
Bereich Q: Medikation	Anzahl der Medikamente, Psychopharmaka	Antipsychotika/Neuroleptika, Angsreduzierende Mittel
Bereich R: Assessment-Information	Skalen/Zusatzblätter	Ernährungsrisiko – Skala, Dekubitusrisiko-Skala, Sturzrisiko-

(MDS – Minimum Data Set für die häusliche Versorgung vgl. Garms Homolova 2002)

## **RET – Risikoerkennungstafel**

Durch eine elektronische Codierung der im MDS abgefragten Items wird die Risikoerkennungstafel erstellt (Triggersystem). Die Risikoerkennungstafel markiert aktuelle Probleme, potentielle Probleme und Ressourcen (Garms-Homolová 2002).

### **Abklärungszusammenfassung und Abklärungshilfen (CAPs)**

Die Abklärungszusammenfassung als Teilbereich der Abklärungshilfe gliedert sich in zwei Bereiche. Die Alarmzeichen werden noch einmal wiederholt und es werden alle für die Abklärung relevanten Punkte zusammengefasst. Der Begriff „Abklärungszusammenfassung“ wird sowohl für einen Teilbereich der Abklärungshilfe gebraucht, als auch für eine „Checkliste“, die nach der elektronischen Datenerfassung der Daten des MDS generiert wird. Die Abklärungshilfe im Sinne dieser elektronisch generierten Checkliste ist eine Tabelle mit drei Spalten. In der ersten Spalte werden die Problembereiche angeführt für die eine Abklärungshilfe zur Verfügung steht. In der zweiten Spalte befindet sich die Abfrage, ob eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde oder nicht. In der dritten Spalte befindet sich die Abfrage, ob der Problembereich in die Pflegeplanung mit aufgenommen wurde oder nicht. Diese „Checkliste“ wird auch als die direkte Verbindung zur Erstellung der Pflegeplanung verwendet. Denn wenn ein Problembereich durch das Triggersystem erkannt wurde, so ist diese Zeile farblich gekennzeichnet und weist die Pflegekraft darauf hin, dass dieser Problembereich vorhanden ist und somit in die Pflegeplanung aufgenommen werden muss.

In Tabelle 2 sind die Problembereiche aufgeführt, für die derzeit Abklärungshilfen vorliegen.

**Tabelle 2: Abklärungshilfen (CAP – Client Assessment Protocol)**

Abklärungshilfen zur körperlichen Funktionsfähigkeit und Unabhängigkeit	Rehabilitationspotentiale/ADL
	Alltagsbewältigung – Instrumentelle Aktivitäten/IADL
	Gesundheitsförderung
	Institutionalisierungsrisiko
Abklärungshilfen zur sensorischen Funktionsfähigkeit	Kommunikative Fähigkeiten
	Sehfähigkeit
Abklärungshilfen zur geistigen und psychischen Gesundheit	Trinken
	Geistige (kognitive) Fähigkeiten
	Verhalten
	Depression und Ängstlichkeit
	Vernachlässigung/Misshandlung
	Soziale Funktion
Abklärungshilfen zu Gesundheitsproblemen	Herz und Atmung
	Dehydratation
	Stürze
	Ernährung
	Mundgesundheit
	Schmerzen/Schmerzmanagement
	Druckgeschwüre
	Haut und Füße
Abklärungshilfen zur Gesundheitsversorgung und sozialen Unterstützung	Zusammenarbeit mit dem professionellen Helfersystem
	Zerbrechlichkeit des sozialen Netzes
	Management der Medikation
	Palliative Versorgung
	Medizinische Prävention: Impfung und Screening
	Psychopharmaka
	Unabhängigkeit von organisierten Diensten und Angeboten
	Umwelt
Abklärungshilfen zur Kontinenz	Darmkontrolle/Darminkontinenz
	Blasenkontrolle/Urininkontinenz

(Vgl. Garms-Homolova 2002)

## **Wissenschaftlichkeit**

Da das RAI-HC eine Weiterentwicklung des RAI ist, kann bei der Frage der Wissenschaftlichkeit auf das Ursprungsinstrument zurück gegriffen werden. Der wissenschaftliche Aspekt bei der Entwicklung gestaltete sich dermaßen, dass ein Expertenteam, die Bereiche des Instrumentes festlegte und die dazugehörigen Items entwickelte und danach das Instrument mehrmals überarbeitet wurde. Das Instrument wurde vorwiegend hinsichtlich der Interrater Reliabilität und der „Face Validität“ - im deutschen auch als „Anschauungvalidität“ bezeichnet überprüft (Hawes et. al 1997), wobei der „Face Validität“ keine starke Validität zugeschrieben wird (Polit & Beck 2008), da sie nicht die empirische und quantitative Untersuchung der Validität umfasst, sondern auf einer mehr oder weniger oberflächlichen Beurteilung des Instrumentes durch ExpertInnen beruht.

Das RAI-HC wurde von einem internationalen Expertenteam entwickelt und in einer internationalen Studie auf seine Interrater Reliabilität überprüft (Morris et. al 1997). Weitere Studien hinsichtlich der Validität (Kwan, Chi, Lam, Lam, & Chou, 2000; Landi et al.2000) folgten. Die aktuellste Studie hinsichtlich der Interrater Reliabilität wurde 2008 in 12 Ländern durchgeführt (Hirdes 2008). Die deutsche Version des RAI-HC wurde bisher nur in einem „Feldversuch“ getestet in dem es primär um die Praktikabilität ging (Garms Homolova 2002). Ebenfalls liegt bezüglich der Praktikabilität eine aktuelle Untersuchung vor (Feuerstein et. al 2008).

## **Abgeleitete Anwendungsbereiche (Applikationen)**

Für weitere Anwendungsbereiche wurden Skalen und auch eigene Instrumente direkt aus dem RAI abgeleitet:

- ADL Hierarchy Scale (ADLH – Hierarchische ADL Skala )
- IADL – Score (Instrumentelle Aktivität)
- CPS – Cognitive Performance Scale (Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit)
- sCOMM – Skala der Kommunikationsfähigkeit
- CHESS-Score (Changes in Health, End-Stage Disease and Signs and Symptoms)
- sPAIN – interRAI-Schmerzskala
- DRS – Depression Rating Scale

Eine weitere mögliche Applikation des RAI-HC sind die „Resource Utilization Groups for Home Care“ (RUG-III/HC), manchmal übersetzt als 'Ressourcenverbrauchsgruppen', anhand derer eine Abrechnung von Pflegeleistungen erfolgen kann, indem die PflegeempfängerInnen in Gruppen mit spezifischen Pflegebedarf eingeteilt werden. (Garms-Homolova, 2005).

### **Das RAI\_HC in der Steiermark**

In der Steiermark hat das RAI-HC einen besonderen Stellenwert, da es verpflichtend in der Hauskrankenpflege verwendet wird. Die Verpflichtung zur Verwendung ergibt sich dadurch, dass eine Trägerorganisation nur dann Landesförderungen erhält, wenn das RAI-HC verwendet wird (Förderrichtlinien, §4, Abs.2, 2004). Deshalb ist anzunehmen, dass daraus seit 2005 eine flächendeckende Verwendung des Instrumentes resultiert. Die Entscheidung zum RAI-HC fiel 1999, von den Pflegedienstleitungen der Trägerorganisation, da es von ihnen als das Instrument gesehen wurde, das ihren Anforderungen an ein Assessmentinstrument am ehesten entsprach. Die Anforderung war, die Pflegequalität durch ein einheitliches und umfassendes Erhebungsinstrument zu verbessern (Kroboth, 2008, pers. Mitteilung).

## **Zielsetzung**

Ziel dieser Arbeit war, anhand einer Literaturrecherche einen Überblick zu gewinnen, ob und wie weit sowohl die deutsche als auch die originale, englische Version des RAI-HC hinsichtlich seiner Validität und Reliabilität überprüft wurden. Die Literaturrecherche bezog sich ausschließlich auf das RAI-HC und auf Untersuchungen der Validität und Reliabilität des gesamten Instrumentes.

## **Methodik: Literaturrecherche**

Die Literaturrecherche erfolgte von Juli 2008 bis Juni 2009 in den Datenbanken Cochrane, Cinahl und Pubmed/Medline und Ovid Medline. Die spezifische Fragestellung – ausschließlich RAI/MDS-HC und die Validität und Reliabilität dessen - erlaubte es auf Limitierungen zu verzichten. Die Stichwörter und deren Kombinationen wurden so gewählt, dass ausschließlich die Verknüpfung mit AND gewollt war und somit auf weitere Operatoren verzichtet werden konnte. Die Suche und die Anzahl der Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt. Ausgewählt wurden die Studien, die sich ausschließlich auf die Reliabilität und Validität des RAI-HC beziehen, somit wurden die Studien ausgeschlossen, die die Validität und Reliabilität der aus dem Instrument abgeleiteten Skalen untersuchten. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien, die Items des RAI-HC in der Verwendung in anderen RAI Instrumenten untersuchten. Letztendlich wurden drei Studien ausgewählt, die für die spezifische Fragestellung relevant waren. Keine der drei Studien bezieht sich auf die deutschsprachige Version des RAI-HC, deshalb wurde die Suche auf nicht wissenschaftliche Quellen ausgedehnt (Internet, Fachzeitschriften). Diese Recherche führte jedoch zu keinen Ergebnissen.

**Tabelle 3: Datenbankrecherche**

Datenbanken	Cochrane	Cinahl	Pubmed/Medline	Ovid Medline
Keywords Verbindungen mit `AND`				
RAI	575975	107	3573	684
RAI HC	0	12	22	191
RAI Home Care	2	38	128	52
RAI validity	0	0	28	12
RAI reliability	0	0	25	11
RAI quality	3	0	133	55
Resident Assessment Instrument	5	79	242	196
Resident Assessment Instrument Home care		4	163	76
Resident Assessment instrument reliability			35	27
Resident Assessment instrument validity			31	25
MDS	2	783	8039	4904
MDS HC		14	50	437
Minimum data set	33	1566	2667	755
Minimum data set home care	16	8	381	327
Minimum Data Set RAI		4	41	338
Minimum Data Set Resident Assessment Instrument		7	79	68
Minimum Data Set Resident Assessment Instrument Home Care				37
Minimum Data Set validity			123	101
Minimum Data Set reliability			101	72

## Resultate

**Tabelle 4: ausgewählte Studien**

Titel	Autoren	Veröffentlichungsjahr	Stichprobe	Überprüftes Gütekriterium
<b>Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC</b>	John N. Morris PhD, Brant E. Fries et al.	1997	Zweifaches Assessment von 241 randomisierten TeilnehmerInnen aus 5 Ländern und die Daten von 780 Home Care Assessments in diesen Ländern und 187 zweifache Assessments von 21 Pflegeheimen in den USA	Interrater Reliabilität
<b>Minimum Data Set for Home Care: A Valid instrument to Assess Frail Older People Living in the Community</b>	Francesco Landi, MD, PhD, Ennio Tua, et al.	2000	95 TeilnehmerInnen	Kriteriumsvalidität
<b>Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of integrated health information system</b>	John P Hirdes, Gunnar Ljunggren, et al.	2008	783 paarige Assessments in 12 Ländern	Interrater Reliabilität

Folgende Kriterien nach Polit & Beck (2008) wurden für die Beurteilung der Studien angewendet

**Titel:**

Ist der Titel aussagekräftig, wurde die Studienpopulation beschrieben?

**Abstract:**

Fasst der Abstract klar und prägnant die wichtigsten Bestandteile zusammen?  
(Problem, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung)

**Methode:**

*Ethische Richtlinien:* Wurden die Rechte der StudienteilnehmerInnen geschützt.  
Wurde die Studie diesbezüglich extern überprüft?

*Forschungsdesign:* Wurde das beste Design verwendet um das Ziel der Studie zu erreichen. Wurden angemessene Vergleich gezogen um die Ergebnisse erweitert interpretieren zu können?

War das Design in der Lage Bias zu minimieren und eine ausreichende interne und externe Validität zu sichern? (Verblindung, Drop out minimieren)

*Population und Stichprobe:* Wurde die Stichprobe definiert und ausreichend und detailliert beschrieben? Wurden Stichproben – Bias minimiert? War die Stichprobengröße adäquat? Wurde eine Power Analyse durchgeführt?

*Datensammlung und -erhebung:*

Sind die verwendeten Instrumente adäquat beschrieben und sind sie eine gute Auswahl hinsichtlich des Studienziels und der Studienpopulation?

*Prozeduren:* Wurde die Vorgehensweise bei der Datensammlung ausreichend beschrieben.?

Wurden die Daten so gesammelt, dass Bias weitgehend ausgeschlossen werden können?

**Resultate:**

*Datenanalyse:* War die Datenanalyse geeignet um die Forschungsfrage bzw. die Hypothese zu beantworten?

Wurde bei Interventionsstudien die intention to treat Auswertung verwendet.

Wurden Typ 1 und Typ 2 Fehler vermieden.

*Ergebnisse:* Wurden die Ergebnisse adäquat zusammengefasst, mit angemessenen Tabellen und Darstellungen?

## **Diskussion**

*Interpretationen der Daten:* Wurden die wichtigsten Ergebnisse im Kontext zur Forschung interpretiert und diskutiert?

Passen die Interpretationen mit den Ergebnissen und Limitierungen der Studie überein?

Gibt es Aussagen zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse?

Schlussfolgerung: Diskutierten die Forscher die Schlussfolgerungen der Studie für die klinische Praxis oder weitere Forschung. Sind die Schlussfolgerungen begründet und umfassend?

(Polit & Beck, 2008)

## Ergebnisse

Studie 1:

Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC

Die Studie von Morris et al. (1997) wird häufig im Zusammenhang mit der Reliabilität des MDS-HC zitiert.

Die Studie hatte drei Ziele:

- Die Reliabilität der Items, die sowohl im MDS 2.0 und im MDS-HC verwendet werden zu überprüfen.
- Die Reliabilität der Items, die im MDS-HC neu hinzugefügt wurden und nicht im MDS 2.0 vorhanden sind zu überprüfen.
- Komplexität der Problembereiche, die durch das MDS-HC gezeigt werden (Triggersystem).

Die AutorInnen geben als Design der Studie ein zweifaches, unabhängiges Assessment mit einem Entwurf des MDS-HC an. Die Assessments wurden von speziell geschultem Personal durchgeführt. In den meisten Fällen handelte es sich um Pflegekräfte, aber auch Sozialarbeiter, Therapeuten und Ärzte. Die Untersuchung war international angelegt und wurde in Australien, Kanada, Tschechische Republik, Japan und den USA durchgeführt. wobei für die drei Fragestellungen wurden auch 3 Stichproben gewählt wurden. Für die RAI-HC - Stichproben wurden Organisationen ausgewählt, die bereit waren an der Studie teilzunehmen und jeweils zehn KlientInnen randomisiert ausgewählt.. Für die Reliabilitätsprüfung der MDS-HC Items wurden 241 Zweifachassessments gewählt, wobei Assessment und Re-Assessment im Abstand von sieben Tagen erfolgte..Für den Vergleich mit dem MDS für Pflegeheime wurde Daten aus einer vorangegangenen Untersuchung herangezogen. Für die Reliabilitätsprüfung der MDS 2.0 Items wurden 187 Zweifachassessments in 21 Pflegeheimen in den USA durchgeführt. Die Einschätzungen wurden unabhängig von zwei Krankenschwestern durchgeführt, die schon Erfahrung mit dem MDS 2.0 hatten.

Für die komplexe Analyse des Triggersystems, wurden 780 Fälle aus den Ländern Kanada, Japan und USA inklusive der 241 Stichproben untersucht, die für die Reliabilität des MDS-HC verwendet wurden. Das Forschungsziel war, die Anzahl der getriggerten CAP's im Vergleich zum Grad der kognitiven Beeinträchtigung zu setzen. Als

Referenzinstrument wurde die Cognitive Performance Scale verwendet, welche ursprünglich auch aus dem RAI abgeleitet worden war.

Für Analyse der Reliabilität der Items wurde der Kappa-Koeffizient berechnet und es die Reliabilitätskoeffizienten des MDS und des MDS-HC verglichen. Der durchschnittliche Kappa-Wert der MDS-HC Items im Test mit den Items des MDS 2.0 betrug 0,74 . Die Interrassessor Reliabilität für die neuen Items des MDS-HC betrug durchschnittlich 0,7(Tabelle 5). Laut Polit & Beck (2008, p. 456) sind Kappa Werte ab 0.6 als akzeptabel und Werte über 0.75 als sehr gut einzustufen, demnach bedeuten die Ergebnisse hier gute Reliabilitätswerte. Die Autoren selbst heben die Kappa Werte der Items für Entscheidungsfähigkeit und des Berreiches Kommunikation als exzellente Werte hervor, insgesamt bezeichnen sie die Werte der Items die sowohl im MDS als auch im MDS-HC vorkommen als hoch.

Die Kappa Werte der ins MDS-HC neu hinzugefügten Items bezeichnen sie als angemessen (Tabelle 5).

Niedrige Reliabilitätswerte in manchen Bereichen wie Flüssigkeitszufuhr und Dehydration beim MDS 2.0 wurden damit begründet, dass es schwer sei, solche Bereiche regelmäßig zu evaluieren (Morris et al. 1997).

CAP: Es zeigte sich auch, dass wenn eine höhere kognitive Beeinträchtigung gemessen wurde, auch mehr CAP's getriggert wurden.

Deswegen wird dem Instrument zugeschrieben, dass es besonders gut in der Lage sei den Verlauf von kognitiver Beeinträchtigung zu erkennen.

**Tabelle 5.: Kappa Koeffizienten für die Items, die neu ins MDS-HC hinzugefügt wurden:**

<b>Untersuchungsbereich</b>	<b>Anzahl der Items in dem Bereich</b>	<b>Kappa Wert der Items im Bereich</b>
Soziale Rollen	4	0,68
Informelle Unterstützung	5	0,66
<b><i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i></b>		
IADL Selbstversorgungsfähigkeit	7	0,77
IADL Schwierigkeitsgrad (Leistungsfähigkeit)	7	0,76
Andere (Stiegen steigen, Ausdauer)	2	0,74
<b>Gesundheitszustand/ Gesundheitsprävention</b>		
Präventive Maßnahmen		0,52
Gesundheitsprobleme	4	0,67
Sturzgefahr	2	<b>0,49</b>
Gesundheitsindikatoren	2	0,58
Sonstige Indikatoren (Vernachlässigung, Misshandlung)	4	0,79
Zahnstatus	2	0,57
Wohnumwelt	6	0,71
Nutzung von Diensten	8	0,75
Alle Items/ Durchschnitt	57	<b>0,70</b>

(Morris, 1997)

Studie 2:

### **Minimum Data Set for Home Care: A valid Instrument to Assess Frail Older People Living in the Community**

Bei der Studie von Landi, F *et al.* handelt es sich um eine vergleichende Querschnittsstudie, die die Kriteriumsvalidität des MDS-HC untersucht.

Es wurden jedoch nicht alle Items des MDS-HC untersucht, sondern nur jene, aus denen die drei Skalen MDS-ADL, MDS-IADL und CPS generiert werden. Denn das Studienziel war, ob diese speziellen Bereiche mit dem MDS-HC genauso gut erfasst werden können wie mit Goldstandard Instrumenten.

Folgende Items wurden auf Validität überprüft:

MDS-ADL Skala: Bewegung im Bett, Transfer, Bewegung, Fortbewegung, An-/Auskleiden, Essen/Trinken, Toilettenbenutzung, Persönliche Hygiene

MDS-IADL Skala: Essenzubereitung, Einfache Hausarbeit, Finanzielle Regelungen, Medikamentene, Telefonieren, Einkaufen, Verkehrsmittel

CPS Skala: Gedächtnis/Kurzzeitgedächtnis, Entscheidungen treffen, Sich verständlich machen

Diese Items wurden jeweils mit den folgenden drei Goldstandard-Instrumenten verglichen und die Daten mit Korrelationskoeffizienten nach Pearson ausgewertet (siehe Tabelle 11).

- Barthel Activities of Daily Living (ADL) index
- Instrumental Activities for Daily Living (IADL) of Lawton and Brody
- Mini-Mental State Examination (MMSE)

**Tabelle 6: Ergebnisse der Validitätsprüfung:**

<b>MDS-HC</b>	<b>Referenzinstrument (Goldstandard)</b>	<b>Ergebnisse (Pearson's Korrelations Koeffizient)</b>
MDS-ADL	Barthel-Index	0,74
MDS-IADL	Lawton -Index	0,81
CPS	MMSE	0,81

Bei Polit & Beck (2008, p. 571) wird für psychosoziale Variablen ein Koeffizient ab 0,7 als hoch bewertet. Es ist jedoch davon abhängig, um welche Variablen es sich handelt. Würde man bei der Messung von der Körpertemperatur einen Koeffizienten von 0.7 haben, würde das eine niedrige Korrelation bedeuten.

In diesem Fall handelt es sich eher um psychosoziale Variablen, und die Koeffizienten liegen über 0,7, also hat man es mit einer guten Kriteriumsvalidität zu tun. Die Autoren selbst interpretieren die Ergebnisse als ausgezeichneten Grad der Übereinstimmung und dass die Ergebnisse somit dem allgemein akzeptierten Standard für die Genauigkeit von Messungen entsprechen (Landi et al. 2000).

Es werden ebenso Limitierungen der Studie beschrieben. Bei den durchführenden Personen handelt es sich um gut geschultes Personal, was in der täglichen Praxis nicht immer der Fall ist. Ebenso könnte die geringe Stichprobe ein Bias sein. Weiters ist anzumerken, dass bei der Überprüfung der IADL Items des MDS mit der Lawton Skala, bei der Lawton Skala ein Großteil der Ergebnisse in der Mitte und am Ende der Skala befanden. Besser wäre eine gleichmäßige Verteilung, weil es ansonsten zu Verzerrungen hinsichtlich der Ergebnisse bei Patienten mit niedriger IADL-Abhängigkeit kommen (Landi 2000).

### Studie 3

#### **Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system**

Es handelt sich um eine international angelegte Untersuchung in zwölf Ländern mit dem Fokus die Interrater Reliabilität von 5 RAI-Instrumenten zu überprüfen.

Bei der Stichprobe handelt es sich um 783 paarige Assessments in folgenden Ländern: Australien, Kanada, Tschechische Republik, Frankreich, Island, Italien, Japan, Südkorea, Niederlande, Norwegen, Spanien und USA. Die Assessments verteilten sich auf die fünf Instrumente RAI LCTF, RAI HC, RAI PC, RAI PAC und RAI MH.

Es fand keine Randomisierung statt, die Teilnahme war freiwillig, und die StudienkoordinatorInnen waren angehalten möglichst heterogene Daten zu sammeln.

Die beiden Assessments wurden in der Regel innerhalb von 72 Stunden von zwei verschiedenen Personen (vorwiegend Pflegekräfte mit vorhergehender Schulung) durchgeführt, denen die Resultate des jeweilig vorangegangenen Assessments unbekannt

waren.

Nach der Erhebung der Daten in Papierform wurden diese in ein elektronisches System übertragen um die Daten aller Länder analysieren zu können. Es gibt ein so genanntes Core-Set von 70 Items, die bei allen 5 Instrumenten identisch sind. Weiters gibt es 100 optionale Items, die bei vielen Instrumenten identisch sind, jedoch nicht bei allen, sowie Instrument spezifische Items, die nur im jeweiligen Instrument vorhanden sind.

Die Auswertung erfolgte mittels Berechnung des Kappa-Koeffizienten. Die Interpretation der Koeffizienten wurde in Anlehnung an Landis und Koch durchgeführt. Dabei wurden Werte unter 0,40 als schlecht erachtet, Werte zwischen 0,41 und 0,60 als moderat, Werte zwischen 0,61 und 0,80 als substantiell und Werte über 0,80 als perfekt. Die Koeffizienten der Items wurden sowohl zwischen den verschiedenen Instrumenten als auch jeweils für das spezifische Instrument bestimmt.

Bei der Auswertung über alle fünf Instrumente erreichte das RAI-HC einen durchschnittlichen Kappa-Koeffizienten von 0.69 % und hatte damit den niedrigsten Wert aller fünf Instrumente. Im Vergleich dazu erreichte das LCTF einen Koeffizienten von 0,74 und somit den höchsten Wert. Bei der Auswertung aller spezifischen Items erreichte das RAI-HC einen Wert von 0.64 und war damit im Vergleich zu den anderen Instrumenten an der unteren Grenze.

In Tabelle 13 sind ausgewählte Kappa-Koeffizienten einzelner Bereiche dargestellt. Es werden die Koeffizienten zwischen LCTF und HC verglichen.

**Tabelle 7: Kappa Koeffizienten LTCF und HC im Vergleich**

<b>Domäne/Items</b>	<b>LTCF</b>	<b>HC</b>
ADL	0,87	<b>0,90</b>
Größe, Gewicht	0,82	<b>0,85</b>
Dekubitusgrad	0,85	<b>0,87</b>
Kommunikation	0,76	<b>0,75</b>
Rauchen	0,91	<b>0,73</b>
Medikamentenallergie	0,91	<b>0,74</b>
IADL Fähigkeit/Abhängigkeit	-	<b>0,77</b>
IADL Schwierigkeitsgrad	-	<b>0,79</b>
Kontinenz	0,9	<b>0,76</b>
Behandlungen	0,83	<b>0,93</b>
Stürze, Frakturen	0,86	<b>0,65</b>
Präventive Maßnahmen	0,65	<b>0,77</b>
Kognition	0,77	<b>0,65</b>
Schmerz	0,63	<b>0,76</b>
Rechtsdelegation	0,73	<b>0,61</b>

(Hirdes et al. 2008, adaptiert)

Der kumulative Verlauf aller Koeffizienten zeigte im Falle des RAI-HC im Vergleich zu den anderen Instrumenten zwar einen schlechteren Verlauf, dennoch lagen über 47% der Koeffizienten über einem Wert von 0.7 und entsprechen daher einer substantiellen Reliabilität.

Die relativ niedrigen Werte des RAI-HC wurden dadurch begründet, dass die Datensammlung im häuslichen Bereich aufgrund der geringen Anwesenheit von Pflegekräften und häufiger Informationen durch Dritte, nicht geschulten Personen (z.B. Angehörige) besonders schwierig ist. Der Aspekt der Übersetzung und der interkulturellen Anwendbarkeit bei einer internationalen Verwendung wurde von den AutorInnen als wichtiger Gesichtspunkt genannt, welcher daher in die Festlegung der psychometrischen Eigenschaften eines Assessment Instrumentes integriert werden sollte.

## Schlussfolgerung

In den drei Studien, die sich ausschließlich auf die Gütekriterien des RAI-HC beziehen, untersuchten zwei die Reliabilität (Morris et. al 1997, Hirdes et. al 2008) und eine die Validität des Instrumentes (Landi et. al 2000). Es konnten keine Untersuchungen hinsichtlich der Gütekriterien der deutschsprachigen Version des RAI-HC bei der Literaturrecherche gefunden werden. Obschon die Items der deutschsprachigen Version identisch mit denen der englischsprachigen Version sind, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse nur begrenzt bis gar nicht zulässig, da durch eine wörtliche Übersetzung möglicherweise sprachliche und kulturelle Unterschiede nicht überwunden werden können, was Auswirkungen auf die Validität eines Instrumentes haben kann (Hilton 2002). Da psychometrische Eigenschaften für jede Stichprobe, jedes Setting und auch für die jeweilige Sprache neu geprüft werden müssen, um Aussagen über die Qualität der Gütekriterien treffen zu können, kann schlussgefolgert werden, dass es keine gültige Überprüfung der Reliabilität und Validität der deutschsprachigen Version des RAI-HC gibt.

## Diskussion

In der Literatur wird das RAI oftmals als valides und reliables Instrument beschrieben (Rappold (2007) Landi et al. (2001), Morris et al. (1997) Hawes et al. (2007), Kesselring (2003)). Hirdes (2008) verweist auf Artikel von Hawes et al. (2007) in Bezug auf eine Überprüfung des RAI-HC. Dabei stellt der Artikel lediglich eine Übersicht der Herausforderungen dar, die mit einer Implementierung des RAI und des RAI-HC verbunden sind. Auch hier wird beschrieben, dass das RAI-HC in mehreren Untersuchungen auf die Reliabilität und Validität getestet wurde. Zitiert wird die Studie von Morris et al. (1997) und speziell eingegangen auf die Interrater Reliabilität. Erwähnt werden auch die guten Korrelationskoeffizienten in der Untersuchung von Landi, zwischen den MDS Skalen und etablierten Instrumenten (Barthel ADL Index, Lawton IADL Skala und MMSE). Tatsächlich ist das RAI-HC nur in den drei oben genannten Studien untersucht worden. Weitere Untersuchungen gab es für andere RAI-Instrumente und für die Skalen, die aus den einzelnen Items generiert werden. Auch wenn einige Items bei mehreren Instrumenten (vor allem zwischen dem HC und LTCF) identisch sind (Morris 1997, Hirdes 2008), ist es kaum möglich daraus Schlussfolgerungen hinsichtlich der Gütekriterien zu ziehen, weil jedes Instrument für sich getestet werden muss, um den unterschiedlichen Settings der Instrumente Rechnung zu tragen. Umso schwieriger gestaltet sich die

Übertragbarkeit solcher Untersuchungen auf ein Instrument in einer anderen Sprache, weil für die Validität die Sprache eine wesentliche Rolle spielt (Hilton 2002), denn selbst bei korrekter Übersetzung eines Begriffes können sich die inhaltlichen Bedeutungen des Ursprungsbegriffes und des übersetzten Begriffes unterscheiden.

Die häufig zitierte Studie von Morris et al. (1997) war international angelegt und es wurden 150 Items untersucht. Sie zeigte gute Reliabilitätswerte und umfasste eine relativ große Stichprobe. Dennoch ist fraglich, ob diese Studie tatsächlich ausreichend ist, um dem RAI-HC eine gute Reliabilität zu zuschreiben. Die Studie liegt schon über 10 Jahre zurück, und es wurde die „alte“ Version des RAI-HC untersucht, denn die zweite Version wurde erst 1999 fertig gestellt. Weiters wurden nur 150 Items untersucht, das aktuelle RAI-HC hat jedoch 250 Items. Es wurden keinerlei Angaben gemacht, ob die RAI's in den unterschiedlichen Ländern, in denen sie getestet wurden, übersetzt worden waren oder ob die Originalversionen getestet wurden. Wie bereits oben erwähnt können sich die Gütekriterien eines Instrumentes aufgrund der Übersetzung in verschiedene Sprachen unterscheiden. Außerdem weisen drei wichtige pflegerische Bereiche auffallend niedrige Kappa-Koeffizienten auf: Gewichtsveränderung (0,42), Ernährung (0,36) und Sturzgefahr (0,49). Dies lässt darauf schließen, dass das Instrument nicht in der Lage ist eben diese Phänomene korrekt zu erfassen, was einen deutlichen Schwachpunkt des Instrumentes darstellt. Es gibt keine Angaben oder Erklärungsversuche, warum die Werte in diesen Bereichen so niedrig sind.

In der Diskussion der Ergebnisse dieser Studie wurde auch nicht auf mögliche Bias eingegangen, z.B. ob das Assessment von gut geschulten Pflegekräften durchgeführt wurde, was in der Realität nicht immer der Fall ist, oder sonstige Einflussfaktoren, die die Ergebnisse beeinflussen hätten können.

Aussagekräftiger und eher übertragbar ist die erneute Untersuchung der Reliabilität durch Hirdes et al. (2008). Auch hier handelt es sich um eine international angelegte Studie in 12 Ländern. Es wurden nahezu alle Items untersucht (220). Obschon unter den fünf untersuchten RAI-Instrumenten das RAI-HC im Durchschnitt mit 0,69 den niedrigsten Kappa Koeffizienten aufwies, bedeutet dieser Wert in Anlehnung an die Interpretation an (Landi und Koch), wie sie in der Studie auch selbst vorgenommen wurde, eine akzeptable Reliabilität. Andere Interpretationen (Polit & Beck 2008) würden diese Werte eher als ausreichend bezeichnen, und es wurde auch eingeräumt, dass der Koeffizient im Vergleich zu den anderen Instrumenten niedrig ist. Dies wurde damit begründet, dass es

im ambulanten Bereich schwieriger ist die Daten zu sammeln (Hirdes 2008). Dies ist wiederum ein Indiz dafür, dass Reliabilitätswerte nicht einfach aus Untersuchungen von anderen Bereichen übernommen werden können. Auch wenn die Items der unterschiedlichen RAI Instrumente teilweise identisch sind - das trifft vor allem für die Items zu aus denen die Skalen generiert werden - so kann die Reliabilität nicht einfach in einen anderen Bereich übertragen werden: beispielsweise kann das Konstrukt Mangelernährung im Bereich institutionelle Pflege mit einigen Items gut erfassen werden, verwendet man jedoch dieselben Items für die ambulante Pflege, so kann es sein, dass diese in diesem Bereich das Konstrukt nicht erfassen können, weil ganz andere Bedingungen vorzufinden sind.

Auch in dieser Untersuchung gibt es keine Angaben zu Übersetzungen beziehungsweise die Sprache der Instrumente in den einzelnen Ländern.

Berücksichtigt man die statistischen Messverfahren von Reliabilität, so wird eine Schlussfolgerung nochmals schwieriger. Der Kappa-Koeffizient ist zwar der am häufigsten angewendete Koeffizient, hat jedoch Einschränkungen, die mit der Berechnung des Koeffizienten zu tun haben (Grouven 2007), denn der Kappa Koeffizient ist sehr stark von der Beobachterprävalenz abhängig (Mayer et al. 2004). Das bedeutet, wenn ein Phänomen sehr häufig oder sehr selten auftritt, führt das zu geringen Kappa Werten, obschon beide Rater in ihren Einschätzungen übereinstimmen (Mayer et. al 2004). An anderen Stellen werden andere Koeffizienten vorgeschlagen, wie Cronbach's alpha, Koeffizienten nach Spearman oder Pearson (DeVon et.al 2007).

Die Kriteriums-Validität des RAI-HC wurde in der Studie von Landi et. al 2000 untersucht. Hier fanden sich akzeptable Validitätswerte, doch wurden keine Angaben darüber gemacht, welche Version des RAI-HC in welcher Sprache überprüft wurde. Da die Untersuchung in Italien statt gefunden hat, könnte es sich um eine italienische Version handeln. Wie in der Schlussfolgerung schon aufgeführt, ist eine Übertragung der Validität eines Instrumentes in eine andere Sprache kaum möglich. Außerdem wurden in der Studie nicht alle Items getestet, sondern nur die drei Bereiche (IADL, ADL und Kognition) aus denen Skalen abgeleitet werden. Somit ist - abgesehen von der sprachlichen Barriere - auch keine Übertragung der Ergebnisse auf das ganze Instrument möglich.

Aufgrund der oben angeführten Punkte ist es also fraglich, ob im Falle von RAI-HC tatsächlich von einem validen und reliablen Instrument gesprochen werden kann. Die deutsche Version kann definitiv nicht als solche bezeichnet werden, denn diese wurde überhaupt nicht überprüft.

Tatsache ist, dass das Instrument für österreichische Verhältnisse häufig verwendet wird, nämlich flächendeckend in der gesamten Hauskrankenpflege in der Steiermark mit der Intention die Qualität der Pflege zu verbessern. Tatsache ist auch, dass dies mit einem aufwendigem Instrument versucht wird, das wissenschaftlich nicht überprüft ist. Um fundierte Aussagen erhalten zu können, muss die deutschsprachige Version des RAI HC überprüft werden.

Sollte es tatsächlich so sein, dass die Pflegequalität wirklich verbessert wurde, was bisher ebenfalls nicht überprüft wurde, stellt sich noch immer die Frage, ob dies wirklich durch das Instrument passiert ist, oder ob nicht auch andere Faktoren eine Rolle spielen, wie zum Beispiel, dass die Erstellung der Pflegeplanung intensiviert wurde.

Für die praktische Anwendung des Instrumentes wäre es primär wichtig ein reliables und valides Instrument zu haben, und dass das Ziel, das erreicht werden soll, ebenfalls überprüft wird.

## Literatur

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion),  
2006, *Resident Assessment Instrument RAI HC; Arbeitshilfe zu den Abklärungshilfen – CAPs*

Bartholomeyczik, S & Halek, M 2004, *Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen*, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

Bartholomeyczik, S 2006, `Positions Papier: Standardisierte Assessmentinstrumente – Möglichkeiten und Grenzen`, PrinterNet, vol. 5, no. 6, pp.315-318

Bartholomeyczik, S 2007, `Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege`, Pflege, vol. 20, pp. 211-217

Bartholomeyczik, S, Linhart, M, Mayer, H, Mayer, H, 2008, `Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie, 1<sup>st</sup> edn, Verlag Urban & Fischer

Centers for Medicare & Medicaid Services 2002, *Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument User's Manual*, USA, Center on Long-Term Care Health Standards and Quality Bureau, Baltimore, Maryland  
[http://www.cms.hhs.gov/nursinghomequalityinits/20\\_nhqimds20.asp](http://www.cms.hhs.gov/nursinghomequalityinits/20_nhqimds20.asp)

Feuerstein, I, Kendlbacher, E, Fritz, E 2008, `Evaluierung der Praktikabilität des RAI-HC 2.0 in der Steiermark`, procare, vol. 15, pp. 11 – 16

Garms-Homolova, V. 2002, *Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege: Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC 2.0)*, 1st edn, Verlag Hans Huber, Bern

Garms-Homolova, V 2000, *RAI 2.0 Resident Assessment Instrument: Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrische Rehabilitation*,

2nd edn, Verlag Hans Huber, Bern

Garms-Homolova', V, 2005, 'Vorstellung des RAI- und RUG III Systems', präsentiert beim 8. DEVAP (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege)-Bundeskongress, Berlin, 28. und 29. September.

Grouven, U, Bender, R, Ziegler, A, Lange, S, 2007, 'Der Kappa-Koeffizient', Dtsch Med Wochenschrift, vol. 132, pp. 65-68

Hawes, C, Fries, BE, James, ML & Guihan M 2007, 'Prospects and Pitfalls: Use of RAI-HC Assessment by the Department of Veteran Affairs for Home Care Clients', *Gerontologist*, vol. 47, no.3, pp. 378-387.

Hawes, C, Morris, J,M, Phillips, C, D, Fries B, E, Murphy, K & Mor, V, 1997, 'Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA', *Age and Ageing*, vol. 26, no.2, pp. 19-25

Hilton, A, Strutkowksi, M, 2002, 'Translating Instruments into other Languages: Development and Testing Process', *Cancer Nursing*, vol. 25, no.1, pp. 1-7

Hirdes, J, P, Ljunggren, G, Morris, J,M, Frijters, D, Soveri, H, F, Gray, L, Björkgren, M & Gilgen, R, 2008, 'Reliability of the interRAI suite of assessment instrumets: a 12-country study of integrated health information system', *BMC Health service Research*, vol. 8, no. 277

DeVon, H, A, Block, M,E, Moyle.Wright, P, Ernst, D,M, Hayden, S, J, Lazzara, D, J, Savoy, S.M, & Kostas-Polston, E, 2007, 'A Psychometric Toolbox for Testtin Validity and Reliability', *Journal of Nursing Scholarship*, vol.39m no. 2, pp. 155-164

Kesselring, A, 2003, 'Beurteilung der Verhältnismäßigkeit von RAI-Items aus pflegewissenschaftlicher Sicht', download am 08. 07. 2008, <  
[http://www.qsys.ch/dwl/Gutachen\\_Kesselring.pdf](http://www.qsys.ch/dwl/Gutachen_Kesselring.pdf)>

Landi, F, Tua, E, Onder, G, Carrara, B, Sgadari, A, Rinaldi, C, Gambassi, G, Lattanzio, F, &

Bernabei, R 2000, `Minimum Data Set for Home Care: a valid instrument to assess frail older people living in the community`, *Medical Care*, vol. 32, no. 12, pp. 1184-1190.

Lohrmann, C, 2003, Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken. Eine methodologische Studie. Pro Business, Berlin

Lohrmann, C, 2004, `Die Pflegeabhängigkeitsskala`, *Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen*, Hrsg.: Bartholomeyczik, S & Halek, M, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

Mayer, H; Nonn, C, Osterbrink, J & Evers G 2004, `Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten – Cohen´s Kappa als Maß der Interrater-Reliabilität (Teil 1)`, *Pflege*, vol. 17, pp. 36 - 46

Morris, JN, Fries, BE, Steel, K, Ikegami, N, Bernabei, R, Carpenter, GI, Gilgen, R, Hirdes, JP & Topinkova, E 1997, `Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC`, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 45, no. 8, pp. 1017-1024.

Polit, D & Beck, Ch 2008, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8<sup>th</sup> edn, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Rappold, E, 2007, `SMAF, RAI und ICF – Pflegeassessmentinstrumente für den extramuralen Bereich`, *Pflege* 2007, vol. 20, pp. 205-210

Steiermärkische Landesregierung, `Förderrichtlinien (Qualitätskriterien) des Landes für mobile Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark`, 2004

## **Anhang**

## MDS – Minimum Data Set für die häusliche Versorgung

### Minimum Data Set

Häusliche Versorgung, Home Care [HC 2.0]

Deckblatt: Persönliche Angaben und Pflegeaufnahme  
(Beobachtungzeit, wenn nicht anders angegeben: 3 Tage)

Bereich AA: Anhaben für Verwaltungszwecke

1. Klientenname	a. Vorname		b. Nachname	
2. Interne Kennnummer				
3. Versicherungsnummer				

Bereich BB: Angaben zur Person  
(1 bis 5 nur bei Pflegeaufnahme ausfüllen)

1. Geschlecht	1. Männlich	2. Weiblich
2. Geburtsdatum	Tag	Monat
3. Anschrift	Straße	
4. Familienstand	PLZ/Ort:	
5. Sprache	1. nie verheiratet	
6. Schulabschluss	2. getrennt lebend	
7. Rechtsdelegation / Verfügungen	3. verheiratet	
	4. geschieden	
	5. verwitwet	
	6. Sonstiges	
	7. Andere	
	8. Deutscher	
	9. Bitte den nächsten eintragen	
	10. Abitur/Matura	
	11. Fachschulabschluss	
	12. Hochschul-/Universitätsabschluss	
	13. Ja	
	14. Nein	

Bereich CC: Pflegeaufnahme

1. Datum	Tag	Monat	Jahr
2. Grund	Alles Zutreffende ankreuzen 1. Verkürzung/Verminderung der Hospitalisierung, D = SGB V 2. Ermöglichung medizinischer Behandlung, D = SGB V 3. Pflegebedürftigkeit, D = SGB XI 4. Hilfe-/Pflegebedürftigkeit vorhanden, nicht anerkannt 5. _____ 6. Tagespflege 7. Sonstiges _____		
Primäre Pflegeziele	Ziele nach Vorstellungen der Angehörigen oder des Klienten - Zutreffende eintragen (0 = nein, 1 = ja) a. häusliche Krankenpflege b. pflegerische Überwachung/Beobachtung c. ambulante Rehabilitation d. Entlassung pflegender Angehöriger e. Entlassung pflegender Angehöriger f. palliative Versorgung		
Zeitpunkt Krankenhausausschuss	Bezogen auf Krankenhausaufenthalte in den letzten 180 Tagen (letzte Entlassung) 0. war nicht im Krankenhaus 1. diese Woche entlassen 2. entlassen vor 6-14 Tagen 3. entlassen vor 15-30 Tagen 4. entlassen vor längerer Zeit		
Wohnort	Wo lebt/e die Klientin/der Klient am Aufnahmetag? Zutreffende Zahl eintragen 1. Privatwohnung/Privathaus (keine häuslichen Dienste genutzt) 2. Privatwohnung/Privathaus (häusliche Dienste genutzt) 3. Seniorenhaus/Seniorenwohnung/Wohngemeinschaft/betreutes Wohnen 4. Altenheim/Pflegeheim 5. Sonstiges _____		
Wohnkonstellation	Mit wem lebt/e die Klientin/der Klient am Aufnahmetag? Zutreffende Zahl eintragen 1. lebe allein 2. mit (Ehe)Partner 3. mit (Ehe)Partner und anderen Personen 4. mit/bei Kindern 5. mit/bei anderen Verwandten 6. mit/bei Nichtverwandten 7. sonstiges _____		
7. Rückblick auf Wohngeschichte	In den letzten 5 Jahren war er/sie im Pflegeheim 0. Nein 1. Ja		
Wohndauer in jetziger Wohnung	Zugezogen innerhalb der letzten 2 Jahre 0. Nein 1. Ja		

Bereich A: Beurteilung

Datum der Dokumentation	Monat	Jahr
1. Beurteilungsgrund	Monat	Jahr
2. Beurteilung	1. erste Beurteilung/Aufnahme 2. Wiederholung/Überprüfung des Pflegeplans 3. regelmäßige Beurteilung zum festgelegten Zeitpunkt 4. Kontrolle (innerhalb 30 Tage vor Pflegeunterbrechung) 5. Kontrolle nach Krankenhaus 6. Zustands-/Situationsveränderung 7. Andere _____	

Bereich B: Kognitive Fähigkeiten

1. Gedächtnis 3 Tage	a. Kurzzeitgedächtnis - Erinnerung nach 5 Minuten möglich 0. gute Erinnerung 1. Gedächtnisprobleme b. Prozedurales Gedächtnis - erinnert selbständig richtige Abfolge von Aufgaben 0. gut 1. Probleme
2. Hinweise auf ein Detail 7 Tage	a. Klient(in) trifft Entscheidungen zum Tagesablauf (Aufstehen, Mahlzeiten, Kleidewahl) 0. Unabhängig - Entscheidungen folgerichtig und sinnvoll 1. Teilweise abhängige Entscheidungen - einige Schwierigkeiten in neuen unbekannteren Situationen 2. Leichte Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit - unsichere Entscheidungen - braucht häufig Anleitung 3. Mittlere Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit - braucht ständig Anleitung und Überwachung 4. Schwere Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit - trifft selten oder nie Entscheidungen b. Verschlechterung der Entscheidungsfähigkeit im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja
3. Plötzliches Aussetzen oder eine Veränderung geistiger Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung der Umgebung, Zusammenhänge) oder unvorhersagbare Tagesschwankungen	a. Plötzliches Aussetzen oder eine Veränderung geistiger Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung der Umgebung, Zusammenhänge) oder unvorhersagbare Tagesschwankungen 0. Nein 1. Ja b. In den letzten 90 Tagen: Klient war unruhig oder desorientiert, brauchte Schutz oder Aufsicht 0. Nein 1. Ja

Tragen Sie Nummer oder Buchstaben ein  = Wenn Buchstabenvorgabe, prüfen, ob zutreffend

Bereich C: Fähigkeiten der Kommunikation/des Hörens

1.	(Mit Hörhilfe, falls benutzt) 0. Hört gut – normale Gespräche, Fernseher, Gespräche am Telefon 1. Leichte Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung 2. Hört nur in besonderer Situation – wenn sich die Partner in der Tonlage darauf einstellen und deutlicher sprechen 3. Stark beeinträchtigt – hört praktisch nichts	
2.	Sich verständlich machen 3 Tage Inhaltliche Ausdrucksfähigkeit – egal welcher Art 0. Ist immer verständlich 1. Ist meistens verständlich – hat ab und zu Schwierigkeiten, Worte zu finden und Gedanken zu beenden 2. Ist manchmal unverständlich – hat öfter Schwierigkeiten, Worte zu finden und Gedanken zu beenden 3. Ist häufig unverständlich – stark beschränkte Fähigkeit, sich zu äußern 4. Ist ausnahmsweise/nur verständlich	
3.	Fähigkeit, andere zu verstehen Sprachliches Verständnis – egal welcher Art 0. Versteht 1. Versteht meistens – versteht nicht immer die ganze Bedeutung 2. Misversteht manchmal – einfache Konversation ist nur mit Unterstützung möglich 3. Versteht selten – nur die einfachsten Mitteilungen 4. Versteht nur ausnahmsweise/nur	
4.	Veränderungen der Kommunikation Verslechterung der Kommunikationsfähigkeit im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja	

Bereich E: Stimmungslage und Verhalten

1.	Typische oder häufigste Stimmungslage 0. Zeigt sich nicht in den letzten 3 Tagen 1. Zeigt sich an 1 bis 2 Tagen der letzten 3 Tage 2. Zeigt sich täglich oder fast täglich a. Macht negative Äußerungen – z. B. „nichts hat einen Sinn“, „will lieber tot sein“, „bedauert, dass er/sie so lange leidet“, „lass mich sterben“ b. Wiederholt verärgert über sich/andere – z. B. wegen Pflege c. Drückt unrealistische Ängste aus – z. B. Angst vor dem Verlassen, Ausgesetzt werden, Angst vor anderen d. Sorgt sich dauernd um eigene Gesundheit, beobachtet sich, sucht medizinische Hilfe e. Wiederholte ängstliche Beschwerden (nicht gesundheitsbezogen); will dauernd Aufmerksamkeitsmittel, braucht extrem häufig Rückversicherung f. Trauer, Schmerz, besorgte Mimik g. Weinen/Weinen, tränenüberströmt h. Rückzug von Aktivitäten, kein Interesse an langfristig gewohnten Aktivitäten, gewohnten Aktivitäten, Abkehr von Familie/Freunden i. Eingeschränkte soziale Aktivität/Kontakte	
2.	Veränderungen der Stimmungslage Die Stimmung verschlechterte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja	
3.	Verhaltenssuffizienzen Schätzen Sie das Verhalten der letzten 3 Tage ein 0. Dieses Verhalten zeigte sich nicht 1. Es zeigte sich, war leicht zu ändern 2. Es zeigte sich und war nicht zu ändern a. Umhernen – (teilloses) Herumgehen ohne Rücksicht auf Bedürfnisse oder Sicherheit b. Verbale Aggressivität – (bedroht, verflucht andere) c. Körperliche Aggressivität – (schlägt, tritt, kratzt andere und belästigt sie sexuell) d. Sozial unangemessenes Verhalten – (lärm, schreit, gefährdet sich selbst, sexuelle Gesten/Praktiken und Ausziehen in der Öffentlichkeit; schmiert/wirft mit Kot oder Essen, horstet, wühlt im Eigentum anderer) e. Widersteht sich der Behandlung/Pflege	
4.	Verhaltensveränderung Verhalten verschlechterte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen (oder seit der letzten Beurteilung) oder wird schlechter toleriert 0. Nein 1. Ja	

Bereich F: Soziale Rollen

1.	Teilnahme 3 Tage a. Umgang mit anderen Personen problemlos 0. Ja 1. Nein b. Bericht/klagt über Konflikte mit Familie/Freunden 0. Ja 1. Nein	
----	---	--

1.	Sehen 3 Tage (Mit guter Beleuchtung, falls benutzt mit Brillen/Sehhilfen) 0. Gut – sieht kleine Details, einschließlich gewöhnlicher Druckbuchstaben in Zeitungen/Büchern 1. Leicht beeinträchtigt – sieht große Druckbuchstaben, keine gewöhnlichen Buchstaben 2. Mittel beeinträchtigt – unfähig Schlagzeilen zu lesen, aber erkennt Gegenstände 3. Stark beeinträchtigt – folgt mit den Augen, Gegenstandserkennung fraglich 4. Vollständig beeinträchtigt – blind, oder sieht nur Licht, Farben, Umrisse, folgt nicht mit den Augen	
2.	Einschränkungen/Probleme beim Sehen Sah/zieht Ringe, Ränder (Halos), vorklammern, Lichtblitze, sieht verschleiert (3 Tage) 0. Nein 1. Ja	
3.	Veränderung des Sehens Verslechterung der Sehfähigkeit im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja	

<p>2. Veränderung sozialer Aktivitäten</p>	<p>Vergleichen Sie zu der Zeit vor 90 Tagen: Zeigt Klientin weniger Teilnahme an sozialen, religiösen oder anderen Aktivitäten und falls ja, bedrückt es sie?</p> <p>0. Keine Verminderung 1. Verminderung, nicht bedrückt 2. Verminderung, bedrückt</p>
<p>3. Isolation 3 Tage</p>	<p>a. Klientin verbringt die meiste (Tages-) Zeit allein 0. Nein, fast nie allein 1. Etwa 1 Stunde täglich 2. Längere Zeit (ganzer Vormittag) 3. Die ganze Zeit</p> <p>b. Klientin zeigt/sagt, dass sie sich allein fühlt 0. Nein 1. Ja</p>

Bereich G: Informelle Unterstützung

<p>1. Wichtigste Helfer</p>	<p>(Person Nr. 1) (A) _____ (Person Nr. 2) (B) _____</p> <p>e. Lebt mit Klientin im gemeinsamen Haushalt 0. Ja 1. Nein 2. Keine informellen Helfer vorhanden (Wenn nicht vorhanden, weiter mit Bereich H)</p> <p>f. Beziehung zum Klienten 0. Kind 1. Partner 2. Andere Verwandte 3. Freund/Nachbar</p> <p>Hilft: 0. Ja 1. Nein</p> <p>g. Durch Raiz/emotionale Unterstützung h. Bei Instrumentellen Verrichtungen – IADL i. Bei elementaren Verrichtungen – ADL</p> <p>Bei Bedarf: fähig und in der Lage, mehr zu helfen (pro Tag) 0. Mehr als 2 Std. 1. 1-2 Std. 2. Nein</p> <p>j. Durch Raiz/emotionale Unterstützung k. Bei Instrumentellen Verrichtungen (IADL) l. Bei elementaren Verrichtungen (ADL)</p>	<table border="1"> <tr> <td>(A)</td> <td>(B)</td> </tr> <tr> <td>Pers. 1</td> <td>Pers. 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	(A)	(B)	Pers. 1	Pers. 2				
(A)	(B)									
Pers. 1	Pers. 2									
<p>2. Situation des Helfers 7 Tage</p>	<p>(Alles Zutreffende für informelle Hauptpflegerperson) Kann Pflege/Hilfe nicht forsetzen (selbst krank) Bekommt zu wenig Unterstützung von anderen Fühlt sich überlastet, ist depressiv oder verärgert Nichts zutreffend</p>	<table border="1"> <tr> <td>(A)</td> <td>(B)</td> </tr> <tr> <td>Pers. 1</td> <td>Pers. 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	(A)	(B)	Pers. 1	Pers. 2				
(A)	(B)									
Pers. 1	Pers. 2									
<p>3. Umfang von Hilfe in Stunden (gerundet)</p>	<p>Dauer der Unterstützung/Hilfe von Familie, Freunden, Nachbarn in Stunden (Bezug: letzte 7 Tage) Gesamtstunden an 5 Werktagen Gesamtstunden an Samstag und Sonntag</p>	<table border="1"> <tr> <td>a.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td></td> </tr> </table>	a.		b.		c.		d.	
a.										
b.										
c.										
d.										

Bereich H: Körperliche Funktionsfähigkeit bei Instrumentellen (IADL) und elementaren (ADL) Verrichtungen

<p>1. (A) Selbstversorgungsfähigkeit (wie der Klient die Aktivitäten in den letzten 7 Tagen wahrnehmen konnte) 0. Unabhängig 1. Begrenzte Hilfe/zeitweilige Hilfe 2. Umfassende Hilfe – durchgängig und bei allen Verrichtungen erforderlich 3. Vollständige Abhängigkeit – nicht in der Lage, selbst auszuführen 8. Trifft nicht zu</p>	<p>(A)</p>		
<p>(B) Schwierigkeitsgrad für die Klientin – welche Schwierigkeit bereitet/würde die Aktivität der Klientin bereiten? 0. Keine 1. Mäßige – braucht Unterstützung, ist langsam, ermüdet stark 2. Große – ist dazu kaum in der Lage</p>	<p>(B)</p>		
<p>a. Essenszubereitung</p>	<p>Vorbereitung (auch der Zutaten), Kochen, Auftragen</p>	<p>Fähigkeit</p>	<p>Schwierigkeitsgrad</p>
<p>b. Hausarbeit</p>	<p>Abwaschen, Staubwischen, Bettenmachen, Aufräumen, Waschen</p>		
<p>c. Finanzielle Regelungen</p>	<p>Rechnungen bezahlen, Überweisungen/Schecks ausfüllen, Haushaltsbudget verwalten</p>		
<p>d. Medikamente</p>	<p>Einnehmen (regelmäßigkeit wahren, Fläschchen öffnen, Dosierung abmessen)</p>		
<p>e. Telefonieren</p>	<p>Anrufen/Anrufe empfangen (mit technischen Hilfen, z.B. Telefon mit großen Ziffern, Verstärker)</p>		
<p>f. Einkaufen</p>	<p>Von Lebensmitteln und Haushaltswaren (z.B. Auswahl, Bezahlung)</p>		
<p>g. Verkehrsmittel</p>	<p>Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder des eigenen PKWs</p>		

<p><b>2. ADL Leistungsfähigkeit - (Durchschnittliche Leistung/Fähigkeit zur Selbstversorgung in den letzten 3 Tagen eintragen)</b></p> <p>0. <i>Unabhängig</i> - Anleitung, geringe Hilfe 1-2 mal                  1. <i>Vorbereitung nicht</i> - Zurechtlegen von Gegenständen (3mal oder öfter)                  2. <i>Auflicht</i> - Ermüdung, Anleitung 3- oder mehrmals, physische Unterstützung nur 1-2 mal                  3. <i>Begrenzte Hilfe</i> - Klient beteiligt sich stark, erhält leichte Unterstützung (3mal oder öfter) und größtenteils Hilfe an 1-2 Tagen in den letzten 3 Tagen                  4. <i>Verdrängte Hilfe</i> - Bei allen Aktivitäten wurde starkes Stützen oder Hilfe erforderlich; Klientin kann jedoch 50 % oder mehr der Aktivitäten vollständig ausführen                  5. <i>Maximale Hilfe</i> - Klientin kann weniger als 50 % der Aktivitäten ohne erhebliche physische Unterstützung ausführen                  6. <i>Totale Abhängigkeit</i> - vollständig auf fremde Hilfe angewiesen                  8. <i>Traf nicht zu</i></p> <p>Vorsicht: Vorbereitung und Ermüdung nicht vergessen; für Baden ist die Beobachtungszeit 7 Tage</p>	
a. <b>Bewegung im Bett</b>	Hinlegen, Aufsitzen, Drehen, Lageveränderung
b. <b>Gehen, Transfer</b>	Zwischen Einrichtungsgegenständen (zu Bett, Stuhl, Rollstuhl), in aufrechter Position (ausgenommen: Weg zur Toilette/zum Bad)
c. <b>Fortbewegung zu Hause</b>	Bewegung (Gehen) zwischen den Räumen der Wohnung, des Hauses, Selbständigkeit im Rollstuhl
d. <b>Fortbewegung draußen</b>	Bewegung außerhalb des Hauses/der Wohnung (Selbständigkeit im Rollstuhl)
e. <b>An-/Auskleiden</b>	Oberkörper Pullover, Bluse, Hemd an-/ausziehen, zubehörendes Zubehör ausziehen/wegräumen (inkl. Prothesenbefestigung)
f. <b>An-/Auskleiden</b>	Unterkörper Straßenkleider, Rock, Hose zubügeln, aus dem Schrank nehmen und wegräumen (inkl. Prothesenbefestigung)
g. <b>Essen/Trinken</b>	Fähigkeit zu essen und zu trinken (abgesehen von Tischsitzen), einschließlich Sondenernährung
h. <b>Toilettenbenutzung</b>	Benutzung der Toilette (des Nachtstuhls, Urinals, Stöckbeckens), Hinsetzen/aufstehen, sich reinigen, wechseln von Einlegen, Stoma/Katheter handhaben, Kleider anziehen
i. <b>Persönliche Hygiene</b>	Fähigkeit sich zu pflegen, zu kämmen, Zähne zu putzen, zu rasieren, zu schminkern (Gesicht, Hände, Intimbereich zu waschen und abzuwischen (ohne baden und duschen))
j. <b>Baden/Duschen</b>	Wieweit war er/sie in den letzten 7 Tagen fähig, ein Vollbad, Sitzbad/Dusche zu nehmen (Rücken- und Haarewaschen ausgenommen)?
3. <b>Veränderung der ADL-Leistungsfähigkeit</b>	ADL-Leistungsfähigkeit verschlechterte sich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja
4. <b>Hilfsmittel</b>	0. Keine Hilfsmittel 1. Stock/Stöcke 2. Gehhilfen/Krücken 3. Rollator 4. Rollstuhl 8. Traf nicht zu (Zutreffende Zahl eintragen) a. in Räumen b. draußen

5. <b>Treppensteinigen</b>	Konnte der Klient in den letzten 3 Tagen Treppen bewältigen? (Treppenart ist nicht entscheidend) 0. Hin- und hinunter - ohne Hilfe 1. Hin- und hinunter - mit Hilfe 2. Benutzt keine Treppe
6. <b>Ausdauer</b>	a. In den letzten 30 Tagen: An wieviel Tagen einer Durchschnittswoche ging der Klient aus (auch kurze Ausgänge zählen, Grund ist ohne Bedeutung)? 0. Täglich 1. An 2 bis 6 Tagen pro Woche 2. Einmal pro Woche 3. Seltener (oder nie) b. Stunden der körperlichen Betätigung in den letzten 3 Tagen eintragen (Spazieren, Putzen, Gymnastik) 0. Zwei und mehr 1. Weniger als zwei
7. <b>Potenziale</b>	Klientin glaubt, dass sie ihre Fähigkeiten verbessern könnte (ADL; IADL; Bewegung) Angehörige/Helfer glauben, dass die Klientin ihre Fähigkeiten verbessern könnte Gute Aussicht auf Besserung der derzeitigen Gesundheit und Funktionsfähigkeit Nichts/Zutreffend a. b. c. d.

**Bereich I: Kontinenz in den letzten 7 Tagen**

1. <b>Blasenkontrolle 7 Tage</b>	a. Wie funktionierte die Blasenkontrolle in den letzten 7 Tagen (mit Hilfsmitteln, falls vorhanden, z.B. Katheter oder Verhaltenstraining)? 0. Kontinent - vollständige Selbstkontrolle ohne Katheter oder Hilfsmittel 1. Kontinent mit Katheter oder anderem Hilfsmittel - kein Urinverlust 3. Gelegentlich inkontinent - 1 x wöchentlich 4. Regelmäßig inkontinent - 2 und mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich 5. Inkontinent - kaum noch Kontrolle; mehrmals am Tag inkontinent 8. Nicht beobachtbar b. Verschlechterung der Blasenkontrolle im Vergleich zum Status vor 90 Tagen 0. Nein 1. Ja
2. <b>Hilfsmittel bei Urinkontinenz 7 Tage</b>	Zutreffendes ankreuzen (7 Tage) Trägt Einlagen, Windeln, um das Durchmässen zu verhindern Hat einen Dauerkatheter Nichts zutreffend a. b. c.
3. <b>Darmkontrolle 7 Tage</b>	Wie funktionierte die Darmkontrolle in den letzten 7 Tagen (mit Hilfsmitteln, falls vorhanden)? 0. Kontinent - vollständige Selbstkontrolle ohne Kolostomie oder Hilfsmittel 1. Kontinent mit Kolostomie oder Hilfsmittel 2. Meist kontinent - seltener als einmal pro Woche Stuhlinkontinenz 3. Gelegentlich inkontinent - einmal pro Woche Stuhlinkontinenz 4. Regelmäßig inkontinent - etwa 2 bis 3 x pro Woche 5. Inkontinent - Immer oder fast immer 8. Nicht beobachtbar

Bereich J: Krankheitsdiagnosen

Erkrankungen, die vom Arzt diagnostiziert wurden und gegenwärtig den Patientenstatus beeinflussen; Behandlung oder Linderung erfordern. Tragen Sie auch ein, wenn der Patient wegen der Krankheit in den letzten 90 Tagen hospitalisiert oder ambulant behandelt wurde.

1. Vorhanden, trotzdem, keine Behandlung oder Krankenpflege durch Fachkraft
2. Vorhanden, daher Behandlung oder Krankenpflege durch Fachkraft

1. Krankheiten	Herz-Kreislauf a. Schlaganfall, Apoplex b. Herzinsuffizienz c. Herzkrzgefäßerkrankung d. Hochdruckkrankung e. Unregelmäßiger Puls f. Periphere Gefäßerkrankung Neurologische Erkrankungen g. Alzheimerkrankung h. Andere demenzielle Erkrankung i. Schädelhirntrauma j. Hemiplegie/Hemiparesse k. Multiple Sklerose l. Parkinson'sche Erkrankung Muskuloskeletale Erkrankungen m. Arthritis n. Oberschenkelhalsbruch o. Andere Knochenbrüche p. Osteoporose Sensorische Erkrankungen q. Katarakt/Grauer Star r. Glaukom/Grüner Star Psychiatrische Erkrankungen s. Psychiatrische Diagnose Infektionen t. HIV-Infektion u. Lungenerkrankung/Pneumonie v. Tbc w. Harnwegsinfekt (in den letzten 30 Tagen) Sonstige x. Kreislauferkrankungen (ausgenommen Hauttrebs) in den letzten 5 Jahren y. Diabetes z. Emphysem/COPD/Asthma aa. Nierenversagen ab. Schilddrüsenkrankung (Über-/Unterfunktion) ac. Keine der angegebenen Erkrankungen vorhanden	a. <input type="checkbox"/>
	b. <input type="checkbox"/>	
2. Andere gegenwärtige Diagnosen ICD-9/ICD-10	c. <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>
	e. <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/>

Bereich K: Gesundheitszustand/Gesundheitsintervention

1. Präventive Maßnahmen	Zutreffendes ankreuzen (für die letzten 2 Jahre) Durchgeführte: Blutdruckmessung Grippeimpfung Darm-/Stuhluntersuchung (okkultes Blut) Frauen: Brustuntersuchung/Mammographie Nichts zutreffend	a. <input type="checkbox"/>
2. Gesundheitsprobleme	(An mindestens 2 der letzten 3 Tage) Diarrhö/Durchfall Probleme beim Wasserlassen oder zu häufiges Wasserlassen (3 x und öfter pro Nacht) Fieber Appetitlosigkeit Übelkeit/Erbrechen Nichts zutreffend	b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/>
3. Gesundheitsstörungen	(Innerhalb der letzten 3 Tage) Körperliche Gesundheit: Brustschmerzen (auch in Ruhe) Verstopfung in 3 Tagen kein Stuhlgang Schwindel/Benommenheit Ödeme Kurzatmigkeit/Atmenot Probleme beim Einschlafen Probleme beim Durchschlafen Geistige Gesundheit: Sinnestäuschungen Halluzinationen, Wahnvorstellungen Nichts zutreffend	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>
4. Schmerzen	a. Klage oder zeigte Schmerzen in den letzten 3 Tagen 0. Nein (keine Schmerzen = 0 bei b, c, d eintragen) 1. Seltener als täglich 2. Täglich einmal 3. Mehrmals pro Tag b. Schmerzintensität 0. Keine Schmerzen 1. Leichter Schmerz 2. Mittlerer Schmerz 3. Starker Schmerz 4. Fürchterliche Schmerzen (zumindest zeitweise) c. Nach Angaben des Klienten: Schmerzen behindern seine täglichen Verrichtungen 0. Nein 1. Ja d. Lokalisierung/Charakter 0. Keine Schmerzen 1. An einer Stelle 2. An mehreren Stellen e. Nach Angaben des Klienten: Schmerzen können medikamentös wirksam kontrolliert werden 0. Ja oder keine Schmerzen 1. Keine vollständige Kontrolle möglich 2. Hat Schmerzen, nimmt keine Medikamente	i. <input type="checkbox"/> j. <input type="checkbox"/> k. <input type="checkbox"/> l. <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/>
5. Sturzhäufigkeit	Anzahl der Stürze in den letzten 90 Tagen (oder seit der letzten Beurteilung) 0 = kein Sturz 9 = neun oder mehr	n. <input type="checkbox"/>
6. Sturzgefahr 3 Tage	a. Unsichere Gangart, daher Sturzgefahr 0. Nein 1. Ja b. Aus Furcht vor Sturz eingeschränkte Aktivität, daher Sturzgefahr 0. Nein 1. Ja	o. <input type="checkbox"/> p. <input type="checkbox"/>

7. <b>Gewohnheiten: Trinken/Rauchen</b>	<p>a. In den letzten 90 Tagen sollte/wollte er/sie das Trinken aufgeben (sowohl aus eigenem als auch fremdem Antrieb)</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>b. In den letzten 90 Tagen hatte er/sie Schwierigkeiten mit Alkohol, auch Entzugsschwierigkeiten</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>c. Raucht täglich</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>	a.	
8. <b>Gesundheits- Indikatoren 3 Tage</b>	<p>Klient bezeichnet seine Gesundheit als schlecht</p> <p>Körperliche/geistige Fähigkeiten, Stimmungslage, Verhalten, sind durch seine Krankheit beeinträchtigt</p> <p>Auffommen latent vorhandener chronischer Probleme</p> <p>Behandlungsveränderung in den letzten 30 Tagen wegen akuter Krankheitsepisode</p> <p>Terminale Prognose – Klient hat weniger als 6 Monate zu leben (Meinung des Arztes oder Angehörigeninformation)</p> <p>Nichts Zutreffend</p>	b.	
9. <b>Sonstige Anzeichen</b>	<p>Fürchtet Familienangehöriger/Helfer</p> <p>In der Regel schlechte Hygiene, schmutzig</p> <p>Ungelächerte Verletzungen, Knochenbrüche, blaue Flecken, Blasen, Verbrennungen</p> <p>Verschleißigkeit, mishandelt</p> <p>Freiheitsbeschränkungen (physische) – gefesselt an Füßen, Bettgurten, Stuhl, der das Aufstehen nicht erlaubt, eingesperrt</p> <p>Nichts Zutreffend</p>	c.	
		d.	
		e.	
		f.	

Bereich L: Ernährungsstatus/Flüssigkeitsaufnahme

1. <b>Gewichtsveränderung</b>	<p>a. Unbeachtlicher Gewichtsverlust um 5% und mehr in den letzten 30 Tagen; oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>b. Schwere Unternerährung, kachektisch</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>c. Krankhafte Fettsucht</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>	a.	
2. <b>Ernährung</b>	<p>a. An mindestens 2 von 3 Tagen ab der Klient nur eine oder keine Mahlzeit pro Tag</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>b. In den letzten 3 Tagen erheblich weniger gegessen oder getrunken als gewöhnlich</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>c. Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme in den letzten 3 Tagen</p> <p>0. Nein 1. Ja</p> <p>d. Enterale Ernährung/Sonde</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>	b.	
3. <b>Schlucken</b>	<p>0. Normale Fähigkeit (leichter, effizient)</p> <p>1. Benötigt Spezialnahrung oder Hilfe bei festen Speisen</p> <p>2. Pürierte oder flüssige Nahrung</p> <p>3. Teils orale, teils Sondenernährung</p> <p>4. Orale Ernährung nicht möglich/nicht verabreicht</p>	c.	
		d.	

Bereich M: Mund-/Zahnstatus

1. <b>Mund- und Zahnstatus 3 Tage</b>	<p>Alles Zutreffende ankreuzen</p> <p>Kau-/Schluckprobleme (Schmerzen beim Essen)</p> <p>Trockenheit des Mundes beim Essen</p> <p>Probleme beim Zähne-/Prothesenputzen</p> <p>Nichts Zutreffend</p>	a.	
		b.	
		c.	
		d.	

Bereich N: Zustand der Haut:

1. <b>Pflege</b>	<p>Hautveränderungen oder Hautprobleme, z. B. Juckreiz, Ausschlag, Abschürfungen, Blasen etc.</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>	a.	
2. <b>Geschwüre 3 Tage</b>	<p>Irrendwo am Körper; folgende Klassifikation ist beim Eintragen zu berücksichtigen</p> <p>1. Stadium: Dauerhafte Rötung</p> <p>2. Stadium: Partiieller Oberhautverlust</p> <p>3. Stadium: Subkutanes Gewebe sichtbar, tiefe Krater</p> <p>4. Stadium: Muskeln/Knochen sind freigelegt (0 = keine Geschwüre)</p> <p>a. Druckgeschwüre – Zerstörung wurde durch Druck verursacht; tieferliegendes Gewebe ist angegriffen</p> <p>b. Staugeschwüre aufgrund mangelnder Blutzirkulation, in den unteren Extremitäten</p>	b.	
3. <b>Andere Hautprobleme 3 Tage</b>	<p>Alles Zutreffende ankreuzen</p> <p>Verbrennungen (zweiten und dritten Grades)</p> <p>Offene Läsionen, etwa bei Krebs (keine Ulcera und Schnittwunden)</p> <p>Hautrisse, Schnittwunden (keine Operationswunden)</p> <p>Operationswunden</p> <p>Körner, Schwielen, Infektionen, Pilzkrankung</p> <p>Nichts Zutreffend</p>	c.	
4. <b>Frühere Ulcer</b>	<p>Hatte bereits Geschwüre, die aushielten (keine Zeitbegrenzung für Angaben)</p> <p>0. Nein 1. Ja</p>	d.	
5. <b>Wundpfleger/ Behandlung von Geschwüren</b>	<p>Zutreffendes ankreuzen (für 7 Tage)</p> <p>a. Antibiotika, lokal oder systemisch</p> <p>b. Abdeckung</p> <p>c. Operative Behandlung</p> <p>d. Andere, z. B. Hautabtragung, Druckentlastung, Ernährung, Repositionierung</p> <p>e. Nichts zutreffend</p>	e.	
		f.	



<b>6. Gesamtveränderungen</b>	Selbständigkeit verändert sich erheblich im Vergleich zum Zustand vor 90 Tagen 0. Keine Veränderung 1. Verbesserung – benötigt weniger Unterstützung 2. Verschlechterung – benötigt mehr Unterstützung Aus finanziellen Gründen erhält die Klientin während der letzten Monats nicht die benötigte Pflegerhilfe oder ärztliche Benennung oder Medikation oder angemessene Ernährung oder Beheizung der Wohnung oder Hilfsmittel 0. Nein 1. Ja
<b>7. Benachteiligung</b>	

**Bereich Q: Medikation**

<b>1. Anzahl der Medikamente 7 Tage</b>	Anzahl verschiedener Medikamente, die in den letzten 7 Tagen eingenommen wurden, eintragen (0 = keine; 9 = 9 und mehr), auch selbstgekaufte Medikation																																																
<b>2. Psychopharmaka</b>	Psychopharmaka in den letzten 7 Tagen 0. Nein 1. Ja a. Antipsychotika/Neuroleptika b. Angstsedzierende Mittel c. Antidepressiva d. Hypnotika																																																
<b>3. Überblick über Medikamente</b>	Patientin besprach die gegenwärtige Medikation in den letzten 180 Tagen 0. Mit mindestens einem Arzt (oder keine Medikation derzeit) 1. Mit keinem Arzt																																																
<b>4. Compliance 7 Tage</b>	Befolgt die Medikationsanweisungen vom Arzt (während der und zwischen den Arztbesuchen) 0. Immer 1. Etwa zu 80 % 2. Weniger als zu 80 % (vergisst Medikamente zu besorgen etc.) 3. Gegenwärtig keine verschriebene Medikation																																																
<b>5. Medikamente</b>	Verordnete und nicht verordnete Medikamente in den letzten 7 Tagen a. Name und Dosierung b. Verabreichung: Verwenden Sie die folgende Verkodung: 1 = oral (O) 6 = rektal (R) 7 = topisch / äußerlich 8 = Inhalation 3 = intramuskulär (IM) 4 = intravenös (IV) 9 = enteral / Sonde 5 = subkutan (SC) 10 = andere Verabreichungsart d. Häufigkeit: Verwenden Sie die folgende Verkodung: NBs = nach Bedarf 1T = einmal täglich 15s = jede Stunde 2T = zweimal täglich 3T = dreimal täglich 35s = jede 3 Stunden 4T = viermal täglich 45s = jede 4 Stunden 5T = fünfmal täglich 55s = jede 5 Stunden 65s = jede 6 Stunden 85s = jede 8 Stunden 4Ws = viermal pro Woche 5W = fünfmal pro Woche 6W = sechsmal pro Woche QO = jeden zweiten Tag 1M = einmal pro Monat 2M = zweimal pro Monat 3W = dreimal pro Woche K = kontinuierlich A = anders																																																
	<table border="1"> <tr> <td>a. Name und Dosierung</td> <td>b. Verabreichung</td> <td>c. Anzahl/Menge</td> <td>d. Häufigkeit</td> </tr> <tr><td>a.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>b.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>c.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>d.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>e.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>f.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>g.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>h.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>i.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>j.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>k.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	a. Name und Dosierung	b. Verabreichung	c. Anzahl/Menge	d. Häufigkeit	a.				b.				c.				d.				e.				f.				g.				h.				i.				j.				k.			
a. Name und Dosierung	b. Verabreichung	c. Anzahl/Menge	d. Häufigkeit																																														
a.																																																	
b.																																																	
c.																																																	
d.																																																	
e.																																																	
f.																																																	
g.																																																	
h.																																																	
i.																																																	
j.																																																	
k.																																																	

**Bereich R: Assessment-Information**

<b>1. Unterschriften verantwortlicher Personen</b>			
a) Koordinatorin			
b) Funktion der Koordinatorin			
c) Datum der Fertigstellung	verantwortlich für Bereich	Tag	Monat
d) Welche Unterschriften	Datum		Jahr

**Anmerkungen**