Das Resident Assessment Instrument (RAI): Ausgewählte empirische Befunde und Konsequenzen für die pflegewissenschaftliche Diskussion in Deutschland

Hermann Brandenburg

Der Beitrag beschäftigt sich mit einem für die Langzeitpflege interessanten Assessment-Instrument, dem Resident Assessment Instrument (RAI). Im Zentrum stehen empirische Befunde zur Reliabilität, Wirksamkeit und dem Theorie-Praxis-Transfer in den USA. Im Gegensatz zu vielen anderen Einschätzungsverfahren in der Pflege handelt es sich bei dem RAI um ein wissenschaftlich überprüftes Instrument, welches in der Praxis die Identifikation und gezielte Förderung von Potenzialen selbstständiger Lebensführung alter Menschen auf eine sichere Grundlage stellen kann. Der Verfasser plädiert für eine kritische pflegewissenschaftliche Prüfung des Verfahrens, wobei sowohl die Möglichkeiten wie auch die Grenzen des Verfahrens benannt werden.

Abstract *(engl.) – This paper introduces an assessment instrument for long term care, the Resident Assessment Instrument (RAI). The focus is on empirical results regarding the reliability, efficacy and the implementation of the instrument in nursing practice in the USA. Contrary to many other assessment instruments in nursing the RAI is scientifically proofed and offers a good basis for the identification and promotion of independency in old age. The author argues for a critical discussion in nursing science including the possibilities as well as the limits of the RAI.*

Übersicht:

- Der Hintergrund der Einführung des RAI
- Die grundlegenden Bestandteile des RAI
- Ausgewählte Forschungsbefunde zur wissenschaftlichen Güte und zur Umsetzung des RAI
- Möglichkeiten und Grenzen des RAI

Mit dem Resident Assessment Instrument (RAI) liegt ein für die Langzeitpflege konzipiertes Erhebungsinstrument für die stationäre (und ambulante) Altenpflege vor, welches die Bedürfnisse, Ressourcen und Potenziale von hilfe- und pflegedürftigen Älteren erfasst. 1987 vom amerikanischen Kongress in Auftrag gegeben, wurde das System seit dem 01.10.1990 in mittlerweile 17.000 Einrichtungen in den USA verbindlich eingeführt. Das Instrument wurde wissenschaftlich untersucht, seine Gültigkeit und Zuverlässigkeit[1] überprüft und liegt gegenwärtig in der zweiten Version (RAI-Version 2) vor (Morris et al. 1995). Bis zum Jahre 2003 soll eine dritte Version fertig gestellt sein und die internationale Verbreitung des Verfahrens (in 16 Ländern) zu einer noch größeren Anwendungsbreite führen (Murphy et al. 1998). Deutschsprachige Fassungen für den stationären und ambulanten Bereich stehen mittlerweile zur Verfügung (Garms-Homolová & Gilgen 2000, Garms-Homolová 2002). Das RAI ermöglicht eine umfassende, standardisierte Einschätzung der Pflegesituation älterer Menschen, eine gezielt darauf abgestimmte Pflegeplanung und eine Evaluation der Effektivität bzw. Ineffektivität von medizinischen, pflegerischen und sozialtherapeutischen Interventionen. In diesem Sinne kann das RAI zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen, und es sollte daher von der Pflege bzw. Pflegeforschung in Deutschland ernsthaft geprüft werden. Bei einem möglichen Implementierungsprozess in Deutschland sollte die Pflege eine aktiv-unterstützende und kritische Position einnehmen. Ich möchte im folgenden Beitrag diese Ausgangsthese mit Argumenten unterstützen und mich dabei auf in den USA durchgeführte Untersuchungen konzentrieren. Der Text ist wie folgt gegliedert:

- Zunächst wird der Hintergrund der Einführung des RAIs in den USA beschrieben, wobei auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit der bundesdeutschen Situation eingegangen werden soll. Der Hinweis auf institutionelle Mängel, unzureichende Identifizierung von Potenzialen Älterer und methodische Defizite der vorhandenen Dokumentationssysteme ist wichtig, um die Bedeutung eines umfassenden Assessmentverfahrens verstehen zu können.

- Anschließend werden die grundlegenden Bestandteile des RAIs kurz skizziert, um eine Übersicht über das Verfahren zu erhalten. Im Kern handelt es sich um ein Strukturierungssystem für klinische Probleme, welches eine gezielte Klientenbeurteilung ermöglicht und einen Diskussionsprozess über Stärken und Schwächen der Pflege in den Einrichtungen provozieren kann.

- Weiterhin sollen ausgewählte Forschungsbefunde zur Implementierung und Wirksamkeit des RAIs dargestellt werden. Diese beziehen sich auf die Gütekriterien des Instruments (vor allem die Zuverlässigkeit), die Akzeptanz bei den Pflegenden und die möglichen Auswirkungen auf eine verbesserte Qualität der Versorgung in den Einrichtungen. Das Wissen und die kritische Einschätzung dieser Befunde können Fehleinschätzungen und Missverständnisse gegenüber dem RAI reduzieren und geben einen Einblick in mögliche Probleme, die bei der Einführung des Systems in Deutschland zu beachten sind.

- Abschließend sollen Möglichkeiten und Grenzen des RAIs für die Pflege diskutiert werden. Dabei sollen die Leistungsfähigkeit von Assessmentverfahren grundsätzlich, der theoretische Kontext des Instruments sowie Übertragbarkeit des RAIs auf deutsche Verhältnisse angesprochen werden. Der Beitrag schließt mit einigen Hinweisen, die für die Arbeit mit dem RAI in Deutschland weiterführend sind.

Der Hintergrund der Einführung des RAI

Wenn man sich mit der Einführung eines Assessmentinstruments für die Pflege beschäftigt, dann stellt sich zunächst die Frage, vor welchem Hintergrund in den Einrichtungen ein solches Verfahren überhaupt notwendig ist. Es sind vor allem drei Aspekte, die in den USA wichtig waren: Die steigenden Kosten für die Langzeitpflege, die Kritik an der Versorgungsqualität der Heime und die fehlenden Möglichkeiten einer potenzial- und ressourcenorientierten Pflegedokumentation bzw. Pflegeplanung. In den USA sind die nationalen Ausgaben für Pflegeheime von 10,1 Milliarden Dollar im Jahre 1975 auf 41,6 Milliarden Dollar 1987 gestiegen. In Deutschland betrugen Ende der achtziger Jahre allein die Sozialhilfeausgaben für die stationäre Altenhilfe ca. acht Milliarden DM. Trotz dieser hohen Kosten und der wachsenden Nachfrage nach Pflege hat die Kritik in der Öffentlichkeit in Bezug auf die Versorgungsqualität in den Heimen nicht nachgelassen. Die in den USA diskutierten Mängel, wie z.B. unangemessen häufiger Psychopharmakaeinsatz, Freiheitsberaubung und gefährliche Pflege spiegelten sich auch in den Debatten der deutschen Fachöffentlichkeit wider (z.B. Dieck 1994). Erst jüngst wurde mit der Forderung zur Einrichtung einer Bundestagskommission zur „Enquête der Heime" auf die Missstände in der stationären Altenpflege reagiert. Klar ist dabei, dass schlechte Pflegequalität auf eine Vielzahl von Ursachen und Bedingungen zurückgeführt werden muss. Vor allem die finanziellen, personellen und institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen der stationären Altenhilfe waren und sind eines der Hauptprobleme, die zu Recht in der fachlichen und öffentlichen Kritik thematisiert werden. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass es in der Pflege an Instrumenten und konkreten Planungshinweisen für die Verbesserung der Pflegequalität der Bewohner mangelt und die vorhandenen Pflegedokumentationssysteme erhebliche Mängel aufweisen (Höhmann et al. 1996, Niehörster et al. 1998, Sowinski 1998). Die Verfahren zur Einschätzung und Beurteilung des Pflegebedarfs (dies galt für die USA bis 1987 und gilt nach wie vor für Deutschland) wurden wegen ihrer unübersichtlichen Form der Leistungserfassung, der undifferenzierten Pflegeanamnese und der fehlenden methodischen Güte kritisiert. Im Anschluss an diese Debatten wurde in den USA ein neues, umfassendes und standardisiertes Assessmentinstrument gefordert, welches gleichzeitig zur staatlichen Qualitätsprüfung der Heime dienen sollte[2]. Im Auftrag der Gesundheitsverwaltung (Health Care Financing Administration, HCFA) und in Kooperation mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Forschungsteam des Hebrew Rehabilitation Center, der Brown-Universität und der Universität von Michigan wurde ein Entwicklungsprozess in Gang gesetzt, an dessen Ende die Erarbeitung eines neuen, innovativen Assessmentinstruments stand – das RAI. Dieses Instrument wurde von mehreren hundert Krankenschwestern in den USA so lange geprüft, bis eine ausreichende Gültigkeit und Zuverlässigkeit für die klinisch-praktische Anwendung erreicht war und der landesweite Einsatz gerechtfertigt erschien (Morris et al. 1990).

Die grundlegenden Bestandteile des RAI

Wie ist das RAI aufgebaut, welche Zielsetzungen werden damit verfolgt und wie soll es durchgeführt werden? Das RAI besteht aus drei Teilen (vgl. Garms-Homolová 2000, Garms-Homolová & Gilgen 2000, Morris et al. 1995):

- dem Minimum Data Set (MDS) – einem strukturierten Klientenbeurteilungsbogen

- 18 Resident Assessment Protocolls (RAPs) – sogenannten Abklärungshilfen zu insgesamt 18 geriatrisch-pflegerischen Problembereichen (z.B. Delir, Demenz, psychosoziales Wohlbefinden) sowie

- einem Triggersystem – d.h. einem Alarmsystem, welches die Pflegekraft auf klinische Problemkreise hinweist.

Zusätzlich zu diesen Informationen enthält das RAI ein umfassendes Handbuch, in dem die einzelnen Bestandteile erläutert und Hinweise zur praktischen Arbeit mit dem Instrument gegeben werden.

Das MDS wurde mit folgenden Zielsetzungen entwickelt (vgl. Morris et al. 1990): Es sollte die bisher weitgehend unstrukturierte Patientenbeurteilung ersetzt und vereinheitlicht, bei den Benutzern ein Lernprozess ausgelöst und Grundlagen für eine bessere und gezieltere Pflegeplanung geschaffen werden. Um diese Ziele zu erreichen, entschied man sich konzeptionell dafür, die momentan gezeigte Performanz in Alltagsaktivitäten von Bewohnern zu erheben (und keine Kompetenzen und Potenziale), auf beobachtbare Sachverhalte und Verhaltensweisen (und keine subjektiv getönten Interpretationen) abzuheben und die Zuordnung des Klienten zu Pflegebedarfs- und Ressourcengruppen (Ressource Utilization Groups, RUGs) zu ermög-

lichen. Das MDS soll innerhalb der ersten 14 Tage nach Einzug des Bewohners durchgeführt werden, bei signifikanten Veränderungen des Gesundheitsstandes wiederholt werden und durch vierteljährliche Nachkontrollen eine längsschnittliche Betrachtung des Bewohners ermöglichen. Folgende Bereiche werden u.a. mit dem MDS erfasst: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Stimmungslage und Verhalten, ADL-Funktionsstatus, Gesundheitszustand, Medikamentenverbrauch und Mund- und Hautzustand. Damit werden sowohl biologisch-medizinische Parameter (z.B. die Diagnosen), psychologisch relevante Items (z.B. psychosoziales Wohlbefinden) und soziologisch bedeutsame Indikatoren (z.B. Alltagsgewohnheiten und soziale Kontakte) erfasst. Wichtig ist der Hinweis auf die Untersuchung von Rehabilitationspotenzialen in Bezug auf die Alltagsaktivitäten, die als innovativ beurteilt werden können.[3]

Die Abklärungshilfen (RAPs) geben gezielte Hinweise auf eine interdiszplinäre Abklärung und Intervention bei 18 in der klinischen Praxis bei Älteren besonders häufig vorkommenden Problembereichen. Für jeden dieser Problembereiche (z.B. Inkontinenz) wird zunächst eine kurze Beschreibung gegeben, dann werden sog. Alarmzeichen (Triggers) aus dem MDS, die auf das Vorliegen eines entsprechenden Problembereichs hindeuten, gezielt angesprochen. In Bezug auf das Inkontinenzbeispiel bedeutet dies, dass Urininkontinenz vorliegt (bzw. vorliegen kann), wenn sie zweimal oder öfter wöchentlich auftritt (F1b= 2, 3, oder 4) oder externe Katheter, Dauerkatheter, Einmalkatheter oder Einlagen benutzt werden (F3b, F3c, F3d oder F3f). Zusätzlich werden Ausschlusskriterien (z.B. B1=1 [Komatös]) angegeben (Klassifizierung nach der ersten Version des MDS). Mit Hilfe dieses Alarmsystems lassen sich gezielt Problembereiche identifizieren und für die Pflegeplanung nutzbar machen. Hierzu dienen umfassende Richtlinien und Vorschläge zur Beurteilung der Problembereiche, die so etwas wie den „state of the art" wiedergeben. Abschließend werden in einer Zusammenfassung noch einmal die Alarmzeichen zusammengefasst und ein guter und schneller Überblick über mögliche Ursachen und Zusammenhänge des Problembereichs vermittelt.

Ausgewählte Forschungsbefunde zur wissenschaftlichen Güte und zur Umsetzung des RAI

Bei der Vorbereitung, der Einführung und der Evaluation des RAI sind in den USA eine Reihe von Studien durchgeführt worden. Das Projekt startete mit der kritischen Durchsicht von insgesamt 80 geriatrischen Assessmentinstrumenten, erfuhr vor seiner Implentierung 15 Revisionen der Items und wurde in 28 Pflegeheimen mit 600 Bewohnern im Vorfeld der Einführung bereits auf face-to-face Validität und Interrater-Reliabilität getestet (Hawes et al. 1997b). Ich möchte ausgewählte Befunde vorstellen (siehe Tabelle 1).

Insgesamt gesehen kann man also feststellen, dass es sich bei dem RAI um ein Instrument mit hoher Zuverlässigkeit handelt, welches von Pflegenden akzeptiert wird und von dem positive Auswirkungen auf die Pflegeheimqualität erwartet werden können. Die Befunde aus den USA sollten jedoch nicht unkritisch hingenommen werden.

- Zunächst einmal ist auch unter Experten die genaue Auswirkung des RAIs umstritten (vgl. Hawes et al. 1997a, Ouslander 1997, Philips et al. 1997, Schnelle 1997). Da es sich um ein quasi-experimentelles Design[4] handelte, können die Veränderungen in den Heimen nicht ausschließlich auf die Wirkung des RAIs zurückgeführt werden. Beispielsweise können Verbesserungen der medizinischen Versorgung auch mit einer erhöhten Qualifikation oder einem verbesserten Training von Geriatern und Pflegenden in Verbindung gebracht werden. Ein erhöhtes Bewusstsein für die Probleme der Hospitalisierung und der (überflüssigen) Krankenhauseinweisung könnte ebenfalls einen Einfluss gehabt haben. Und schließlich besteht die Möglichkeit, dass durch das RAI nur eine höhere Sensibilität und Genauigkeit in der Erfassung von (positiven) Veränderungen eingesetzt hat. Innovationen hatte es jedoch schon vorher gegeben, sie wurden nur nicht so detailliert erfasst – so könnte man kritisch einwenden.

- Die Akzeptanz bei den Pflegenden ist zwar vorhanden, dies sollte allerdings nicht überschätzt werden. Die meisten positiven Urteile stützen sich auf Aussagen der Pflegeheimdirektoren, der Administration und der leitenden Pflegekräfte. Bekannt ist jedoch, dass die Pflegepraktiker an der Basis stärkere Vorbehalte gegenüber dem RAI äußern. Eine Untersuchung von Hawes et al. (1997a) kam zu dem Ergebnis, dass ein Drittel der Pflegenden keine Verbesserung der Qualität nach Einführung des RAIs feststellen konnte. Fast zwei Drittel beklagten einen höheren Schreibaufwand, auch wenn hierunter viele waren, die das RAI grundsätzlich befürworteten. Probleme ergeben sich vor allem bei der Einführung, hier insbesondere bei der Schulung von Pflegenden im Hinblick auf die praktische Nutzung des RAI (siehe z.B. Bernabei et al. 1997). In dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass eine international hohe Variationsbreite des (Zeit-)Aufwands der Schulungen und der verantwortlichen Trainer existiert. Mehr als 80% der Pflegeheimdirektoren gaben an, dass ein intensiveres Training mit dem RAI bei Pflegenden erforderlich sei, um die Vorteile des Systems optimal zu nutzen.

- Und schließlich kommt ein weiteres Problem hinzu, nämlich die zur Zeit noch fehlende Möglichkeit der Integration des RAI in die bestehenden EDV-Anwendungen. Natürlich gibt es mittlerweile eine Software für das RAI, die von der C&S Computer und Software GmbH in Augsburg vertrieben wird. Das Problem liegt aber in der Kompatibilität zu den in den Pflegeheimen bereits eingesetzten und etablierten EDV-Systemen.

Autoren	Hauptergebnisse
Scadari et al. (1997)	In dieser Studie zur Zuverlässigkeit der ersten Version des RAI (RAI Version 1.0), die in den USA, Japan und fünf europäischen Ländern realisiert wurde, konnte eine hohe Interrater-Reliabiliät der MDS-Items ermittelt werden. Insgesamt 70-96 % der Items wurde ein adäquates bzw. exzellentes Level an Zuverlässigkeit zugeordnet – ohne substanzielle Differenzierungen zwischen den einzelnen Ländern. Darüberhinaus wurde festgestellt, dass die meisten Pflegenden die Veränderungen positiv einschätzen (60,6%) und nur 15% bei den zusätzlichen Items eine höhere Komplexität und einen gestiegenen Zeitaufwand beklagten.
Morris et al. (1997)	Die Untersuchung hatte die Überprüfung von Items der zweiten Version des MDS zum Ziel und kam zu folgendem Befund: Nahezu alle der bei der Revision neu hinzugefügten Items (z.B. in Bezug auf Schmerzen, Infektionen, Medikamentengebrauch) wurden als zuverlässig eingeschätzt. Insgesamt konnte die Interrater-Reliabilität von durchschnittlich .67 auf .79 in der modifizierten MDS-Version gesteigert werden.
Philips et al. (1994)	In der Arbeit wurden die Erfahrungen der Pflegenden in zehn US-Bundesstaaten bei der Neueinführung des RAIs im Jahre 1990 und nach der dreijährigen kontinuierlichen Anwendung erfragt. Festgestellt wurde, dass die Genauigkeit der Informationen über die Leistungsfähigkeit des einzelnen Bewohners deutlich zugenommen hatte. Eine separat durchgeführte Telefonbefragung von Pflegeheimleitungen und Abteilungspflegern ergab, dass mit dem MDS die Menge an präzisen Assessmentinformationen angestiegen ist. Im Vergleich zu 1990 war die Zahl der Bewohner, zu denen keine Informationen mit einer vom MDS erfassten Variablen vorlagen, um 81% gesunken. Im Hinblick auf die Pflegeplanung gaben 75% der Abteilungspfleger an, dass sich die Fähigkeit des Teams zur Identifikation von Bewohnerproblemen erhöht hat, und 64% äußerten sich dahingehend, dass mit dem RAI die Qualität der Pflegeplanung deutlich verbessert werden konnte.
Hansebo et al. (1998)	In dieser Befragung von Pflegenden in unterschiedlichen Settings der Versorgung geriatrischer und demenziell Erkrankter gaben 90% an, dass mit dem RAI mehr Informationen über die Bewohner verfügbar waren, 86% sahen Verbesserungen bei der Dokumentation und Pflegeplanung und 79% betonten eine bessere Kooperation innerhalb des Pflegeteams.
Hawes et al. (1997a)	Die meisten positiven Urteile stützen sich auf Aussagen der Pflegeheimdirektoren, der Administration und der leitenden Pflegekräfte. Bekannt ist jedoch auch, dass die Pflegepraktiker an der Basis stärkere Vorbehalte gegenüber dem RAI äußern. Eine Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass ein Drittel der Pflegenden keine Verbesserung der Qualität nach Einführung des RAIs feststellen konnte. Fast zwei Drittel beklagten einen höheren Schreibaufwand, auch wenn hierunter viele waren, die das RAI grundsätzlich befürworteten. Probleme ergeben sich vor allem bei der Einführung, hier insbesondere bei der Schulung von Pflegenden im Hinblick auf die praktische Nutzung des RAI. Andere Untersuchungen weisen auf eine international hohe Variationsbreite des (Zeit-)Aufwands der Schulungen und der verantwortlichen Trainer. Die meisten Pflegeheimdirektoren geben an, dass ein intensiveres Training mit dem RAI bei Pflegenden erforderlich ist, um die Vorteile des Systems optimal zu nutzen.
Hawes et al. (1997b)	Die Auswirkung der Implementierung des RAIs auf eine Reihe von Variablen der Prozessqualität in Pflegeheimen war der Gegenstand dieser Studie. Festgestellt wurde u.a., dass schlechte Praktiken (freiheitsentziehende Maßnahmen, Dauerkatheterisierung, etc.) zurückgegangen und gute Praktiken (Toilettentraining, Involvement von Bewohnern in Aktivitäten, etc.) zugenommen hatten. Vincent et al. (1997) haben sich für die Frage interessiert, ob und inwieweit die Hospitalisierungsrate durch das RAI mit beeinflusst worden ist. Aus einer Stichprobe (1500 Einrichtungen, 10 Bundesstaaten, 60.000 Bewohner) wurden 8-16 Bewohner pro Institution zufällig ausgewählt.

Tabelle 1: Reliabilität, Akzeptanz und Wirksamkeit des RAIs – ausgewählte US-Studien

Möglichkeiten und Grenzen des RAI

Möglichkeiten und Grenzen des RAIs werden zunächst davon bestimmt, was ein Assessmentinstrument grundsätzlich leisten kann. Ich möchte auf vier Aspekte eingehen.

- Ein Assessment dient zunächst als Datenerhebungsinstrument. Dabei steht nicht nur eine punktuelle Untersuchung des Status Quo, sondern die Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand und einem potenziellen (wünschbaren) Zustand im Vordergrund (vgl. Kaufmann 1992). Bezogen auf die Pflege dient das Assessment dazu, Prioritäten im Pflegeprozess zu bestimmen, Entscheidungsfindungen in Bezug auf die Pflegeplanung zu erleichtern und notwendige organisatorisch-institutionelle Veränderungen in die Wege zu leiten.

- Das Assessment ist jedoch mehr als eine reine Datenerhebungsmethode. Es ist auch ein Weg zur Strukturierung bestimmter Tätigkeiten in der Praxis, hier bezogen auf die Vorbereitung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Handlungen. Es geht darum, Ressourcen von Patienten/Bewohnern besser zu identifizieren und eine gezielte Vorgehensweise im pflegerischen Alltag zu unterstützen. Analysen der gegenwärtigen Pflegepraxis zeigen, dass Patienten/Bewohnern dann „Standardleistungen" angeboten werden, wenn Pflegende nur unzureichend informiert und Schwerpunkte nicht begründet gesetzt werden können (vgl. Garms-Homolová & Schaeffer 1992). Aus diesem Grunde bedarf es einer

Vielzahl von Informationen, die systematisch erhoben werden müssen. Erst auf der Grundlage dieses Wissens kann eine Pflegeplanung sinnvoll Akzente und Schwerpunkte setzen – um individuellen Bedürfnissen und Wünschen von Patienten/Bewohnern besser Rechnung tragen zu können.

- Ein Assessmentinstrument kann einen Diskussionsprozess in den Einrichtungen auslösen. Durch die Aufdeckung von Stärken und Schwächen der Pflegeorganisation bzw. des institutionellen Kontextes können Pflegende gezielter Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Angriff nehmen. Darüber hinaus dient ein Assessment auch zum Vergleich von Institutionen und kann für das (Pflege-)Management im Sinne einer „Schwachstellenanalyse" oder eines „Benchmarking" wichtige Impulse setzen.

- Schließlich beinhaltet ein Assessment die Möglichkeit, die Beziehung zum Patienten/Bewohner eindeutiger zu gestalten, das eigene Gefühl der Unsicherheit zu minimieren und Ziele und Absichten in der Pflege transparenter darzustellen (vgl. Christensen 1996, zitiert nach Niehörster et al. 1998). Insofern kann ein Assessmentinstrument auch ein Beitrag zur Professionalisierung in der Pflege sein (vgl. hierzu: Klie & Brandenburg 2002).

Nach den genannten Optionen, die ein Assessment (hier speziell das RAI) zu bieten in der Lage ist, sollten die Grenzen nicht ignoriert werden. Gerade für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit von Assessments ist diese Frage bedeutsam. Auch hier sollen die wichtigsten Gesichtspunkte angesprochen werden.

- Es ist deutlich darauf hinzuweisen, dass ein Assessment nur einen Baustein für Veränderungsprozesse darstellt. Die Identifikation von Problemen sowie die Planungshinweise für Interventionen *allein* reichen für die Initiierung von Veränderungen nicht aus. Ob tatsächlich die vorhandenen Informationen im Sinne einer Verbesserung der Pflegequalität genutzt werden, ist u.a. von der Motivation bzw. dem Engagement der Pflegenden, der Schaffung organisatorischer Strukturen (Pflegesystem, Arbeitszeitplanung, Ressourcen und Zeitmanagement) sowie der Bereitstellung finanzieller bzw. personeller Ressourcen durch die Leitung von Einrichtungen abhängig.

Untersuchungen zum Theorie-Praxis-Transfer zeigen, dass es sich hier um einen komplexen Prozess handelt, der durch mehrere Faktoren beeinflusst wird. Beispielsweise wurde in der Studie von Dufault et al. (1999) zur Veränderung der Schmerzeinschätzungspraxis auf drei Schlüsselfaktoren für die Umsetzung wissenschaftlicher Befunde hingewiesen. Der erste Schlüsselfaktor ist die Existenz eines Grundstocks an gesichertem Wissen mit hohem Voraussagegrad – dies ist anhand zahlreicher Veröffentlichungen zum Schmerzmanagement und der Entwicklung von Skalen zur Schmerzmessung gegeben. Der zweite Schlüsselfaktor ist die Fähigkeit der Anwender, das gesicherte Wissen auf die lokalen Gegebenheiten zu übertragen und zu nutzen – dies hat man in der Studie durch die Bildung einer Arbeitsgruppe und durch ein spezielles Trainingsprogramm unterstützt. Der dritte Schlüsselfaktor bezieht sich auf die Organisationen und ihre Strukturen, die ein Forschungsklima und neue Formen der Praxis zulassen und ermutigen müssen.

Bezogen auf das Assessment in der Pflege (und damit auch das RAI) gilt die Aussage: Das RAI kann die Voraussetzungen für die Verbesserung der Pflegequalität bieten, ob entsprechende Maßnahmen jedoch tatsächlich eingeleitet werden, ist letztlich nicht direkt durch ein Assessment zu beeinflussen.

- Weiterhin ist festzustellen, dass das RAI keinesfalls die Theoriediskussion ersetzt. Ohne eine Klarheit darüber, was Pflege ist, welche Ziele sie verfolgt und wo ihre Grenzen liegen, bleibt ein Assessment – und sei es noch so gut – wirkungslos. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Diskussion um die methodische Güte und Qualität des RAIs immer wieder mit pflegetheoretischen Grundsatzüberlegungen zu koppeln. Das Assessment selbst zeigt noch keine Zielrichtungen und Perspektiven in der Pflege an. Dazu bedarf es der Erarbeitung einer theoretischen Konzeption, etwa im Hinblick auf die Klärung zentraler Begrifflichkeiten wie z.B. Pflegetheorie, Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit (vgl. Brandenburg 1997, Brandenburg & Dorschner 2002, Brandenburg & Sowinski 1996, Werner 2001), des Professionsbegriffs (Weidner 1995) oder der Zusammenhänge von Pflege und Qualitätssicherung (Brandenburg 1998).

- Ein wichtiger Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass das RAI – soweit ich es im Moment sehe – keinerlei subjektive Daten der Patienten/Bewohner, weder zu ihrer eigenen Befindlichkeit noch zu ihrer eigenen Beurteilung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege, enthält. Es sind zwar inhaltlich die Bereiche „Psychosoziales Wohlbefinden" oder „Stimmungslage/Verhalten" vorgesehen. Es handelt sich aber bei der Einschätzung der entsprechenden Items um eine reine Fremdeinschätzung. Diese ausschließliche Berücksichtigung der professionellen Sichtweise und der Ausschluss von subjektiven Einschätzungsdaten der Betroffenen ist aus meiner Sicht ein gravierender Nachteil des RAI. Wir wissen, dass ohne die Berücksichtigung der Perspektive von Patienten/Bewohnern eine sinnvolle Pflegeplanung und Pflegedokumentation nicht möglich ist. Eine Zielvereinbarung mit den Betroffenen über wichtige Aktivitäten im Rahmen des Pflegeprozesses ist nicht möglich, wenn deren Beurteilungen und Einschätzungen nicht als Bestandteil eines Assessments angesehen werden. Konsequenterweise haben Vorschläge zur Modifikation der Pflegedokumentation die Berücksichtigung der Patienten bzw. Bewohnersichtweise eingefordert (Höhmann et al. 1996).

- Schließlich gehört zur Beurteilung der Möglichkeiten und Grenzen des RAIs auch die Frage, welche theoretische Grundlage dieses Instrument hat. Es enthält keine expliziten (pflege-)theoretischen Aussagen. Bei der Betrach-

tung des Instruments insgesamt lassen sich jedoch drei theoretische Perspektiven im Hinblick auf die Analyse der Situation Älterer herausarbeiten: eine biopsychosoziale Perspektive, eine Ressourcen- und Entwicklungsorientierung sowie die Inter- und Multiprofessionalität.

Biopsychosoziale Perspektive:

Das RAI beabsichtigt eine möglichst umfassende[5] Sicht des Patienten/Bewohners, aber es ist eben nicht vollständig im Sinne der Professionsperspektive. Viele Assessments (bezogen auf den Langzeitpflegebereich) repräsentieren entweder die Sicht von Geriatern (Nikolaus 2000b), Psychologen (Oswald et al. 1995) oder Pflegenden (Lang & Clinton 1984). Eine wie auch bestimmte umfassende Perspektive, die sowohl biologisch-medizinische, psychologisch-soziale und pflegerische Aspekte in Bezug auf die Versorgung Älterer integriert, ist bei diesen Instrumenten nicht erkennbar – ein Mangel, den das RAI durch insgesamt 250 Items zu vermeiden sucht.

Ressourcen- und Entwicklungsorientierung:

In der Fachdiskussion ist der Paradigmenwechsel von der Defizitorientierung hin zur Identifizierung noch verbliebener Ressourcen und Potenziale im Alter unverkennbar (Krohwinkel 1991, Lehr 2000, Nikolaus 2000a). Aus den vorliegenden Befunden geht hervor, dass viele ältere Menschen sowohl kognitiv, motivational wie auch körperlich über ausreichende Möglichkeiten für Veränderungs- und Entwicklungsprozesse im hohen Alter verfügen. Aus diesem Grunde sind aktivierende, rehabilitierende und sozial-unterstützende Angebote und Aktivitäten fachlich unumstritten. Die Frage ist weniger ob, sondern eher wer, unter welchen Vorausssetzungen, welche Formen von Therapie bzw. Intervention erhalten soll (vgl. Kruse 1998). Die grundlegende Ressourcen- und Entwicklungsorientierung zeigt sich auch beim RAI, etwa wenn konkret danach gefragt wird welche vorhandenen Fähigkeiten/Fertigkeiten im Bereich der Alltagsgestaltung (kognitiv und sozial-kommunikativ) vorhanden sind oder wie das Rehabilitationspotenzial einzuschätzen ist.

Inter- und Multiprofessionalität:

Das RAI ist von einer Gruppe von Geriatern, Gerontologen und Pflegefachkräften entwickelt worden. Es stellt sich hier nicht die Frage, ob eine Profession ausschließlich für die Belange Älterer zuständig ist, sondern von Anfang an wird das Anliegen inter- und multiprofessionell definiert. Dabei kam es zunächst darauf an, die vorhandenen geriatrischen Assessmentinstrumente kritisch zu sichten. Im Ergebnis haben wir es mit einem Verfahren zu tun, welches zwar unvollständig im Sinne einer (ausschließlichen) Professionsperspektive, jedoch vollständig im Sinne einer integrierten und die Perspektive verschiedenen Disziplinen berücksichtigenden Sichtweise ist (Multiprofessionalität). Dies ist gerade in Bezug auf die gerontologische Pflege zwingend, da eine Qualitätsverbesserung nicht allein von einer Profession, sondern nur durch die Kooperation und die Kommunikation verschiedener Professionen (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit etc.) erfolgen kann.

Und wie sieht es mit der Übertragbarkeit des RAI auf bundesdeutsche Verhältnisse aus? Diesbezüglich liegen bereits erste Erfahrungen vor. Vor allem das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat das RAI in der Pflegefachszene bekannt gemacht, und auf einem von der Robert Bosch Stiftung unterstützten Symposium wurden erste Forschungsergebnisse zur Implementierung in Deutschland vorgetragen (vgl. Steinhagen-Thiessen 1998).

Autoren	Hauptergebnisse
Garms-Homolová (1998a)	Wichtigste Voraussetzung erfolgreicher Implementierung sind Trainings- und Qualifizierungsangebote für die Pflege auf der Ebene der Grundausbildung und der Weiterbildung.
Nielsen (1998)	Leitungskräfte in der Pflege betonen bei der Pflegedokumentation in Langzeiteinrichtungen die Berücksichtigung des psychischen Zustands, der konkret erhaltenen Fähigkeiten, Beweglichkeit und Ressourcenorientierung.
KKVD (2001)	Das RAI ist in einzelnen Einrichtungen eingeführt und getestet, jedoch existiert keine flächendeckende Verbreitung, da es nur bedingt kompatibel zu den MDK-Kriterien ist; die potenzielle Übertragbarkeit für die Aktutpflege ist gering.
Sowinski (1998)	Schwierigkeiten bei der Pflegedokumentation liegen in der Orientierung der Pflege als handwerklich-emotionalem Beruf und der schlechten Einführung in die bundesdeutsche Praxis.
Nationale Pflegeassessmentgruppe (2002)	Gute Einsatzmöglichkeiten des RAI in der Ausbildung und zur Qualitätssicherung in Heimen; erkennbare Grenzen als Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (im Vergleich zum MDK-Gutachten).

Tabelle 2: Voraussetzungen für die Implementierung des RAI's in Deutschland

Zusammenfassend kann man festhalten, dass – wie jedes im Ausland entwickelte Verfahren – so muss auch das RAI einen intensiven, auf die spezifischen Bedingungen unserer Pflegesituation orientierten Diskussionsprozess, durchlaufen. Dabei wird es zu Modifikationen und Ergänzungen kommen müssen, so wie sie z.B. in Belgien oder in den Niederlanden bereits realisiert worden sind (z.B. Evers et al. 2000, Goosen et al. 2000). Grundsätzliche Veränderungen der Dimensionen, Items oder Fragen sollten jedoch skeptisch behandelt werden, da bei der überwiegenden Mehrzahl der Items auch in Europa ein hohes Ausmaß an Reliabilität nachgewiesen werden konnte (vgl. Scadari 1997). Wichtiger erscheint mir vielmehr den konkreten Implementierungsprozess in den Institutionen zu untersuchen (vgl. Garms-Homolová 1998, Nielsen 1998, Sowinski 1998), den Einsatz des RAI in Lehre/Ausbildung zu erproben sowie – ähnlich wie in den USA – mögliche Auswirkungen des RAIs auf die Pflegequalität kritisch zu hinterfragen. Die outcome-Diskussion in Bezug auf die Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit von Pflege hat in Deutschland noch gar nicht begonnen. Das RAI ist eine Chance diese notwendige Diskussion voranzutreiben. Dabei sollte man vor unkritischer Euphorie, aber auch vor unbegründeter Skepsis, warnen. Das RAI ist ein Assessment für die Pflege. Aber nur dann, wenn die (professionelle) Pflege bereit ist, dieses Instrument kennen zu lernen, sich für seinen Einsatz (mit) verantwortlich zu fühlen und die Konsequenzen für notwendige Veränderungen in den Einrichtungen kritisch einzufordern bereit ist. Und an die Adresse der Skeptiker sei angefügt, dass ein Assessment kein Ersatz für eine theoretisch begründete Pflegekonzeption oder ein ethisch bzw. christlich fundiertes Leitbild sein kann. Ein Assessment ist ein Werkzeug – nicht mehr und nicht weniger. Es ersetzt nicht eine theoretisch begründete Pflegekonzeption, sondern macht sie gerade notwendig. Das RAI muss aber weltanschaulich offen und für unterschiedliche pflegetheoretische Fundierungen kompatibel sein. Wenn es das nicht wäre, so wäre sein universeller Einsatz gefährdet. Das RAI kann eine Chance zur weiteren Professionalisierung der Pflege sein – nutzen wir sie.

Bei meinem Kollegen Prof. Dr. Burkhard Werner möchte ich mich für die kritische Durchsicht des Manuskripts und wertvolle Hinweise bedanken.

Prof. Dr. Hermann Brandenburg
Fachbereich Pflege
Katholische Fachhochschule Freiburg
Karlstr. 63
79104 Freiburg
Hbboxter@aol.com

Anmerkungen

[1] Die Gültigkeit (Validität) eines Instruments bezieht sich darauf, ob das Verfahren genau das einschätzt bzw. erfasst, was es einschätzen und erfassen soll; die Zuverlässigkeit (Reliabilität) indiziert, ob und inwieweit ein Instrument bei wiederholter Messung dieselben Ergebnisse produziert. Die genannten Test-Gütekriterien sind wichtig, um die methodische Qualität eines Verfahrens beurteilen zu können. Ist ein Verfahren nicht gültig, dann misst es nicht oder unzulänglich das zu erfassende Kriterium (z.B. Angst, Depression, Selbstständigkeit etc.). Liegt eine zu geringe oder nicht vorhandene Reliabilität vor, dann wird das Verfahren von unterschiedlichen Testern verschieden bewertet und eine Wiederholbarkeit des Verfahrens unter gleichen bzw. ähnlichen Bedingungen ist unmöglich (vgl. für Details: LoBiondo-Wood & Haber 1996).

[2] In Deutschland ist vor allem auf die Diskussion zur Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Altenpflegebereich hinzuweisen. Eine Konsequenz war die verbindliche Festschreibung von Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität der Pflege in §80 SGB XI sowie die damit verbundene Einführung eines Verfahrens zur Durchführung von Qualitätssicherungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Weiterhin ist auf die im neuen Gesundheitsreformgesetz vorgesehene Einführung eines Qualitätsmanagements für den Gesundheitssektor zu verweisen.

[3] Das KDA hat vor einigen Jahren ein „Qualitätshandbuch Wohnen im Heim" herausgegeben. Diese Handreichung enthält differenzierte Hinweise zur Potenzialerkennung, Prophylaxe/Prävention sowie gezielten Hilfestellung im Umgang mit älteren, pflegebedürftigen Menschen und kann als hervorragende Ergänzung des RAI angesehen werden (KDA 1998). Interessant für den Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern ist ein jüngst erschienenes „Qualitätshandbuch Leben mit Demenz" (KDA 2001).

[4] Bei einem quasi-experimentellen Forschungsdesign fehlen im Gegensatz zum klassischen Experiment einige Merkmale. Beispielsweise kann eine Kontrolle der unabhängigen Variable wegen der nicht verfügbaren Versuchspersonen eingeschränkt sein. In aller Regel fehlt bei quasi-experimentellen Designs eine Zufallsauswahl. Diese Situation war bei Einführung des RAIs in den USA gegeben. Per Stichtag wurden alle durch Medicare/Medicaid mitfinanzierten Heime und Einrichtungen zur Implementierung des RAI verpflichtet. Es war also nicht möglich ein klassisches, nach Zufallsprinzip zusammengestelltes Interventions- und Kontrollgruppendesign, zu realisieren (vgl. zu weiteren Details LoBiondo-Wood & Haber 1996: 239-259).

[5] Bewusst möchte ich auf den Terminus „Ganzheitlichkeit" verzichten, da er mir widersprüchlich und nicht einlösbar erscheint (vgl. Richter 1998).

Literatur

Bernabei, R., Murphy, K., Frijers, D., DuPaquier, JN & Gardent, H., 1997: Variation in training programmes for Resident Assessment Instrument implementation. Age and Ageing, 26, S2, 31-35.

Brandenburg, H., 1998: Kooperative Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegewissenschaft, in: Klie, T. (Hrsg.), Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation. Forschungs- und Projektbericht Nr. 15 der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evang. Fachhochschule Freiburg, S. 52-77.

Brandenburg, H., 1997: Formen der selbstständigen Lebensführung im Alltag bei hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen: Zusammenhänge zur Gesundheit und zum sozial-räumlichen Kontext. Pflege, 10, (5), S. 273-278.

Brandenburg, H. & Dorschner, S., 2002: Pflegewissenschaft – eine Einführung (erscheint im Herbst bei Huber).

Brandenburg, H. & Sowinski, Ch., 1996: Alltagsaktivitäten – Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Verständnis zwischen Gerontologie und Pflege. Zeitschrift für Gerontologie, 29, (6), S. 387-396.

Christensen, K., 1996: New processes in home care and nursing, and their impact on the quality of these services. Paper presented at the International Conference of the European Centre for Social Welfare Policy and Research „Developing Quality in Personal Social Services" 12-14 April in Helsinki.

Dieck, M., 1994: Das Altenheim traditioneller Prägung ist tot, in: Kruse, A. & Wahl, H.W. (Hrsg.), Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort. Bern: Huber, S. 191-200.

Dufault, M.A., Bielecki, C., Collins, E. & Willey, C., 1999: Veränderung der Schmerzeinschätzungspraxis von Pflegenden: Ein Ansatz kooperativer Forschungsanwendung. Pflege & Gesellschaft, 4, (2), S. 33-44.

Evers, G., Viane, A., Sermeus, W. , Simoens-De Smet, A. & Delesie, L., 2000: Frequency of and indivations for wholly compensatory nursing care related to enteral food intake: a secondary analysis of the Belgian National Nursing Minimum Data Set. Journal of Advanced Nursing, 32, (1), pp. 194-201.

Fries, BE, Hawes, C., Morris, JN, Philips, C., Mor, V. & Park, PS, 1997: Effect of the Nationals Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. Journal of the American Geriatric Society, 45, pp. 994-1001.

Garms-Homolová, V., 2002: Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC 2.0). Bern: Huber.

Garms-Homolová, V., 1998: Minimum Data Set: Voraussetzungen für die Implementierung in

der Bundesrepublik Deutschland, in: Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.), Das geriatrische Assessment. Stuttgart: Schattauer, S. 247-262.

Garms-Homolová, V. & Gilgen, R., Hg., 2000: Resident Assessment Instrument (RAI 2.0). Bern: Huber.

Garms-Homolová, V. & Schaeffer, D., 1992: Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Gilgen, R. & Weiss, U., 1998: Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege. Eine Übersicht, in: Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.), Das geriatrische Assessment. Stuttgart: Schattauer, S. 239-246.

Goosen, WTF, Epping, PMM., Van Den Heuvel, WJA, Feuth, T., Frederiks, CMA & Hasman, A., 2000: Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN). Journal of Advanced Nursing, 31, (3), pp. 536-547.

Hawes, C., Mor, V., Philips, C., Fries, BE, Morris, JN, Friedlob, E.S., Greene, A.M. & Nennstiel, M., 1997a: The OBRA-87 Nursing Home Regulations and Implementation of the Resident Assessment Instrument: Effects on Process Quality. Journal of the American Geriatrics Society, 45, pp. 977-985.

Hawes, C., Morris, JN, Philips, C., Fries, BE, Murphy, Mor, K & V. , 1997b: Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age and Ageing, 26-S2, pp. 19-25

Hansebo, G., Kihlgren, M., Ljunggren, G. & Winblad, B., 1998: Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing home, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. Journal of Advanced Nursing, 28, (3), pp. 642-653.

Höhmann, U., Weinrich, H. & Gütschenberg, G., 1996: Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsberichte Sozialforschung, Bd. 261. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.

Kaufmann, R., 1992: Strategic Planning Plus: An organizational guide. Newbury Park: Sage.

Klie, T. & Brandenburg, H., 2002: Aufgaben und Kompetenzprofile in der professionellen Pflege alter Menschen. Zwischenbericht einer Expertise für die Robert Bosch Stiftung (erhältlich über die Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg).

Krohwinkel, M., 1993: Der Pflegeprozess am Beispiel des Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16). Nomos: Baden-Baden.

Kruse, A., Hg., 1998: Psychosoziale Gerontologie, 2 Bd., Göttingen: Hogrefe.

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Hg., 2001: Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln: KDA.

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Hg., 1998: Qualitätshandbuch Wohnen im Heim. Köln: KDA.

Lang, NM & Clinton, JF, 1984: Assessment of Quality of Nursing Care, in: Werley, H. H. & Fitzpatrick, J.J. (Eds.), Annual Review of Nursing Research, Vol. 2. New York: Springer, pp. 135-163.

Lehr, U., 2000: Psychologie des Alterns (9. Aufl.). Heidelberg: Quelle & Meyer.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J., 1996: Pflegeforschung. Berlin: Ullstein Mosby.

Mor, V., Intrator, O., Fries, BE, Philips, C., Teno, J., Hiris, J., Hawes, C. & Morris, JN, 1997: Changes in Hospitalization Associated with Introducing the Resident Assessment Instrument. Journal of the American Geriatrics Society, 45, pp. 1002-1010.

Morris, JN, Nonemaker, S., Murphy, K., Hawes, C., Fries, BE, Mor, V. & Philips, C., 1997a: A Commitment to Change: Revision to HCFA's RAI. Journal of the American Geriatrics Society, 34, pp. 1011-1016.

Morris, JN., Fries, BE, Steel, K., Ikegami, N., Bernabei, R. Carpenter, I., Gilgen, R., Hirdes, JP & Topinkova, E., 1997b: Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability ot the MDS-HC. Journal of the American Geriatrics Society, 45, pp. 1017-1024.

Morris, JN, Murphy, K. & S. Nonemaker, S., 1995: Long Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual. Version 2.0.

Morris, JN, Hawes, C., Fries, BE, Philips, C., Mor, V., Katz, S., Murphy, K., Drugovich, ML & Friedlob, AS, 1990: Designing the Nationals Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. Gerontologist, 30, (3), pp. 293-307

Murphy, KM, Morris, JN, Fries, BE & Zimmerman, DR., 1998: Minimum Data Set: gegenwärtige und künftige Entwicklung in den USA, in: Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.), Das geriatrische Assessment. Stuttgart: Schattauer, S. 285-306.

Nationale Pflegeassessmentgruppe, Hg., 2002: Das Resident Assessment Instrument (im Erscheinen).

Niehörster, G., Garms-Homolová, V. & Vahrenhorst, V., 1998: Identifizierung von Potenzialen für eine selbstständige Lebenführung. Abschlussbericht im Rahmen des Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe". Stuttgart: Kohlhammer.

Nielsen, H., 1998: Minimum Data Set: Voraussetzungen für die Implementierung in der Bundesrepublik Deutschland. Empirischer Teil, in: Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.), Das geriatrische Assessment. Stuttgart: Schattauer, S. 263-274.

Nikolaus, T., Hg., 2000a: Klinische Geriatrie. Heidelberg: Springer.

Nikolaus, T., 2000b: Geriatrisches Assessment. Grundlagen, in: Nikolaus, T. (Hrsg.), Klinische Geratrie. Heidelberg: Springer, S. 161-188.

Oswald, WD, Rupprecht, R. & Gunzelmann, T., Hg., 1995: Das SIMA-Projekt: Erhebungsinstrumentarium. Göttingen: Hogrefe.

Ouslander, JG, 1997: The Resident Assessment Instrument (RAI): Promise and Pitfalls. Editorial. Journal of the American Geriatrics Society, 45, pp. 975-976.

Philips, C., Zimmerman, D., Bernabel, R. & Jonsson, PV, 1997:. Using the Resident Assessment Instrument for quality enhancement in nursing homes. Age and Ageing, 26-S2, pp. 77-81.

Philips, C., Mor, V., Hawes, C., Fries, BE, Morris, JN, 1994: Development ot Resident Assessment System and data base for nursing home residents: Implementation report. Baltimore, MD; Health Care Financing Administration.

Richter, D., 1998: Ganzheitliche Pflege – Trauen die Pflegenden sich zuviel zu? Pflege, 11, (5), S. 255-262.

Scadari, A., Morris, JN, Fries, BE, Ljunggren, G., Jonsson, PV, Du-Paquier, JN & Schroll, M., 1997: Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. Age and Ageing, 26, S2, pp. 27-30.

Schnelle, JF, 1997: Can Nursing Homes Use the MDA to Improve Quality? Editorial. Journal of the American Geriatrics Society, 45, pp. 1027-1028.

Sowinski, C., 1998: Minimum Data Set: Voraussetzungen für die Implementierung in der Bundesrepublik Deutschland. Schwierigkeiten mit Pflegedokumentation, Pflegeplanung und -prozess aus Sicht der Aus-, Fort- und Weiterbildung – Chancen für das Minimum Data Set, in: Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.), Das geriatrische Assessment. Stuttgart: Schattauer, S. 275-279.

Steinhagen-Thiessen, E., Hg., 1998: Das geriatrische Assessment. Stuttgart: Schattauer.

Weidner, F., 1995: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse.

Werner, B., 2001: Pflegebedürftigkeit – Theoretische Entwicklung eines zentralen pflegewissenschaftlichen Begriffes und seine empirische Anwendung, in: Brandenburg, H. & Schwendemann, U. (Hrsg.), Kommunikation, Kooperation und Konflikt. Festschrift für Ursula Geißner. Freiburg, S. 11-45 (dieser Text ist zu beziehen über den Förderkreis der Freiburger Pflegestudiengänge e.V., Karlstr. 63, 79104 Freiburg: Preis für den gesamten Band: 17,36 Euro).