

ALICE SALOMON



FACHHOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

Expertise

**„Möglichkeiten der Berücksichtigung von RAI 2.0
und/oder RAI HC bei der Erarbeitung eines zukünftigen
Begutachtungsinstruments“**

**erstellt im Kontext von den Spitzenverbänden der Pflegekassen
durchgeführten Modellvorhabens:**

**„Maßnahmen zur Schaffung eines neuen reliablen
Begutachtungsinstruments zur Feststellung der
Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“**

Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová

in Kooperation mit

Diplom-Psychologin Katrin Theiss

Berlin, November 2007

Inhaltsverzeichnis

1. Auftrag	1
1.1 Zur Organisation dieser Expertise	1
1.2 Anmerkung zur Neutralität	2
1.3 Kurzbeschreibung der interRAI-Instrumente RAI 2.0 und RAI HC	3
1.4 Kurzbeschreibung des integrierten interRAI-Assessmentsystems	3
2. Sachverhalte und Fragestellungen des Auftrags	5
2.1 Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf	5
2.1.1 Frage 1 mit Antworten	5
2.1.2 Begründung / Erläuterung	7
2.2 Identifizierte Alarmzeichen und Interventionsentscheidung	18
2.2.1 Frage 1 mit Antworten	18
2.2.2 Begründung / Erläuterung	19
2.2.3 Frage 2 mit Antworten	21
2.2.4 Begründung / Erläuterung	22
2.3 Überprüfung der methodischen Güte	25
2.3.1 Frage 1 mit Antwort	25
2.3.2. Begründung / Erläuterung	25
2.4 Komplexität des Instruments	30
2.4.1 Frage 1 mit Antwort	30
2.4.2 Begründung / Erläuterung	32
2.4.3 Frage 2 mit Antwort	32
2.4.4 Begründung / Erläuterung	32
2.5 Schulungen der Assessor/innen	35
2.5.1 Frage 1 mit Antwort	35
2.5.2 Begründung / Erläuterung	36
2.5.3 Frage 2 mit Antwort	38
2.5.4 Begründung / Erläuterung	38
2.5.5 Frage 3 mit Antworten	38
2.5.6 Begründung / Erläuterung	39
2.5.7 Frage 4 mit Antwort	42

2.5.8 Begründung / Erläuterung	43
2.5.9 Frage 5 mit Antwort	45
2.5.10 Begründung / Erläuterung	46
2.6 Dauer der Assessmentdurchführung	48
2.6.1 Frage 1 mit Antwort	48
2.6.2 Begründung / Erläuterung	48
2.6.3 Frage 2 mit Antwort	49
2.6.4 Frage 3 mit Antwort	50
2.6.5 Begründung / Erläuterung	50
2.7 Anwendbarkeit von RUGs	51
2.7.1 Frage 1 mit Antwort	51
2.7.2 Begründung / Erläuterung	52
2.7.3 Frage 2 mit Antwort	53
2.7.4 Begründung / Erläuterung	53
2.7.5 Frage 3 mit Antwort	53
2.7.6 Weitere Erläuterungen	54
2.8 Modifikationsmöglichkeiten	55
2.8.1 Frage 1 mit Antwort	55
2.8.2 Begründung / Erläuterung	55
2.9 Vorhandene Instrumente versus Neuentwicklungen	57
2.9.1 Frage 1 mit Antwort	57
2.9.2 Begründung / Erläuterung	57
2.9.3 Frage 2 mit Antwort	58
2.10 Modulares Instrumentarium	60
2.10.1 Frage 1 mit Antwort	60
2.10.2 Begründung / Erläuterung	60
2.10.3 Frage 2 mit Antwort	60
2.10.4 Begründung / Erläuterung	60
3. Zusammenfassende Darstellung der Fragen und Antworten	61

Verzeichnis der Abkürzungen	76
Verzeichnis der zitierten und der Hintergrundliteratur	78
Tabellenverzeichnis	
Tabelle 1: Instrumente des integrierten interRAI-Assessmentsystems	5
Tabelle 2: Erfassung des Beaufsichtigungsbedarfs in den interRAI-Instrumenten RAI 2.0 und RAI HC	7
Tabelle 3: Aufstellung der RAPs / CAPs (Abklärungshilfen) aus denen Beaufsichtigungserfordernisse resultieren	8
Tabelle 4: Zusätzliche Beaufsichtigungs-Items in Instrumenten des neuen integrierten Systems	9
Tabelle 5: Häufigkeit der Berücksichtigung pflegerelevanter Probleme in der herkömmlichen Dokumentation der ambulanten Pflege in NRW	20
Tabelle 6: Kappa-Koeffizienten für Items, die in den interRAI-Instrumenten identisch sind (Inter-Rater-Reliabilität im Krankenhaus)	26
Tabelle 7: Prozentuale Übereinstimmung der beiden Rater an verschiedenen Messzeitpunkten	27
Tabelle 8: Interrater – Reliabilität von Skalen und Einzelitems des RAI 2.0	29
Tabelle 9: Evaluation der Trainings beim Ausfüllen des MDS des RAI 2.0	33
Tabelle 10: Auswirkungen des Trainings beim Ausfüllen des RAI 2.0 (Italien), Übereinstimmung beim Ausfüllen des MDS	33
Tabelle 11: Erfahrungen in anderen Ländern. USA „Wer kann das MDS-RAI erfolgreich durchführen?“ (Befragung von Heimleiter/innen nach der Implementation)	36
Tabelle 12: „Wer ist an der Durchführung des MDS-RAI Beteiligt gewesen?“ (Postimplemenationsbefragung, USA)	37
Tabelle 13: Erfahrungen aus europäischen und außereuropäischen Ländern	41
Tabelle 14: Erfahrungen aus den USA: „Wie lange soll die Schulung dauern?“ (Befragung von Heimleiter/innen nach der Implementation)	42
Tabelle 15: „Was halten Sie für die beste Methode, das in den RAI-Schulungen erworbene Wissen „weiterzugeben“?“	43

Tabelle 16: Bedeutung des Einschaltens von Multiplikatoren und Fähigkeiten, die von den Multiplikatoren erwartet werden	44
Tabelle 17: Inhaltliche Schwerpunkte für Multiplikatoren, die befähigt werden sollen, das Wissen „weiterzugeben“	45
Tabelle 18: Erfahrung in anderen Ländern. USA. Methoden der Schulung	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung des MAPLE-Algorithmus	14
Abbildung 2: MI-CHOICE-Algorithmus	16
Abbildung 3: Konkrete Handhabung der Abklärungshilfen nach drei Trainingsabschnitten und praktischer Übung	23
Abbildung 4: Anforderungen an die Begutachter/innen	31
Abbildung 5: Zeitlicher Umfang der Schulungsmaßnahmen	39
Abbildung 6: Zeitverkürzung in Minuten bei der Verwendung von RAI HC nach Schulungen (Initialassessment) und nach 6 Monaten (Reassessment)	49
Abbildung 7: Nutzung von interRAI – MDS – Daten für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und weitere Anwendungen	59

1. Auftrag

Im Kontext ihrer Bemühungen um die Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und um die Entwicklung eines neuen, bundeseinheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments erteilte die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen im Juli 2007 der Verfasserin dieser Expertise den Auftrag, zwei Instrumente des interRAI-Assessmentsystems (das RAI 2.0 = Resident Assessment Instrument für stationäre Pflegeeinrichtungen und das RAI HC für die häusliche Versorgung und Pflege) fachlich einzuschätzen und die Fragen zu beantworten, die sich aus der „Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten“ des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld vom 23.03.2007 ergeben (http://www.vdak-aev.de/Vertragspartner/Modellprogramm/modellprg_projekt16/vorphase/ipw.bericht20070323.pdf). Dazu gehören auch Fragen hinsichtlich der Potentiale genannter Assessments für die Zwecke der Begutachtung nach SGB XI.

1.1 Zur Organisation dieser Expertise

Die Expertise orientiert sich an Sachverhalten und Fragestellungen, die von der Auftraggeberin formuliert wurden. Diese sind in zehn Komplexe unterteilt (Kapitel 2, Abschnitte von 2.1 bis 2.10), die wiederum in eine unterschiedliche Anzahl von Fragen aufgeteilt sind. Unmittelbar nach jeder Frage folgt die entsprechende Antwort. Danach werden zusätzliche „Begründungen /Erläuterungen“ gegeben und ergänzende Informationen geliefert, mit denen die Antworten auf die konkreten Fragen untermauert werden.

In Kapitel 3 werden noch einmal alle Fragen und Antworten wiederholt, diesmal jedoch ohne die erneute Wiedergabe der „Sachverhalte“ des Auftrags und ohne die Erläuterungen und zusätzliche Informationen.

Die Expertise enthält ein Verzeichnis der Abkürzungen und eine umfassende Literaturliste, die sowohl die „zitierte Literatur“, als auch Hintergrundquellen enthält.

1.2 Anmerkung zur Neutralität

Die Verfasserin dieser Expertise ist ein *interRAI*-Fellow. In dieser Eigenschaft ist sie sowohl an der Weiterentwicklung als auch Bekanntmachung der *interRAI*-Assessments aktiv beteiligt. Trotz dieser Tatsache wurde diese Expertise mit der wissenschaftlich gebotenen Sachlichkeit und der Bemühung um Neutralität verfasst. Davon zeugt auch das Bestreben, alle Aussagen mit empirischen Daten oder dokumentierten Erfahrungen aus dem In- und Ausland zu belegen. Nicht zuletzt dient die umfassende Publikationsliste dazu, die gemachten Aussagen wissenschaftlich abzusichern.

1.3 Kurzbeschreibung der *interRAI*-Instrumente RAI 2.0 und RAI HC

Die Abkürzung RAI steht für das Resident Assessment Instrument, ein System für Dokumentation, Pflege-/Versorgungsplanung und Versorgungsmanagement (Garms-Homolová & Gilgen 2000; Garms-Homolová 2002). Beide Instrumente umfassen

- Das Minimum Data Set (MDS), ein strukturiertes Verfahren zur Beurteilung des Zustandes und der Situation von Personen, die eine Versorgung (Unterstützung, Hilfe, Pflege etc.) benötigen oder bereits erhalten. Im MDS Formular werden die genauen und standardisierten Informationen schriftlich oder durch Dateneingabe dokumentiert. Dieser Datensatz wird periodisch aktualisiert (Reassessment). Er bildet die Grundlage für die weiteren Applikationen (Bedarfsfeststellung, Pflegeplanung, Qualitätssicherung, Versorgungsplanung, Case Management und die Bewältigung einer ganzen Reihe an Managementaufgaben, zu denen auch Qualitätssicherung, Bedarfsbemessung und Erfüllung von Planungsaufgaben gehört.
- Enthalten ist eine Liste von evidenzbasierten Alarmzeichen (Triggers), die den Professionellen hilft, Risiken, Probleme und Potentiale zu identifizieren sowie Prioritäten zu setzen;
- Abklärungshilfen (RAPs = Resident Assessment Protocols des RAI 2.0 und CAPs = Client Assessment Protocols des RAI HC) für relevante Problembereiche. Dabei werden – ausgehend von den Triggers (Alarmzeichen) die Probleme

und deren Erscheinungsformen in einem strukturierten Prozess „abgeklärt“, und zwar hinsichtlich ihrer Ursachen und der Interventionserfordernisse.

Das RAI ist als ein Qualitätsinstrument ursprünglich in den Vereinigten Staaten entwickelt worden. Heute wird das RAI 2.0, RAI HC und weitere *interRAI* - Assessments weltweit in mehr als 30 Ländern verwendet, und zwar für die unterschiedlichsten Zwecke;: die klinische Arbeit, das Case und Care Management, das Qualitätsmanagement, die Personalbemessung und Kostenerstattung, das Benchmarking, Kontrolling und die Verbraucherinformation – um nur einige Aufgaben zu nennen. Ihre Verbreitung verdanken die *interRAI*-Assesments ihrer methodischen Güte, ihrer Evidenzbasierung, ihrer Strukturierung, leichten Handhabung, die keine Schreibearbeit erfordert und gut EDV-mäßig umgesetzt werden kann. Auch die Tatsache, dass die Instrumente so konzipiert sind, dass mit ihrer Anwendung die Mitarbeiterkompetenz nachweislich steigt, sind nicht ohne Belang.

Für alle Instrumente der *interRAI* – Familie gibt es verschiedene strukturierte und valide Anwendungshilfen, die für eine Reihe von Aufgaben im Versorgungssystem geeignet sind, nicht nur für die individuelle Einschätzung der Zustandes und Situation von Individuen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Diese werden im Verlauf der Expertise angesprochen.

1.4 Kurzbeschreibung des integrierten *interRAI*-Assessmentsystems

Seit 2001 wurden die bis dahin vorhandenen *interRAI* Instrumente intensiv weiter entwickelt. Anlass dazu gaben einerseits empirische Studien mit den Instrumenten, aber auch praktische Erfahrungen in vielen Ländern, jedoch insbesondere der Wandel der Bevölkerung und der Gesundheitsprobleme in der Population, sodann die neu aufkommenden Anforderungen der sich verändernden Gesundheitssysteme. Speziell wollte die *interRAI* konsequent der Tatsache Rechnung tragen, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen meistens ihre Behandlung, Unterstützung und Betreuung von verschiedenen Einrichtungen und Diensten gleichzeitig in Anspruch nehmen müssen. Sie wechseln zwischen dem Krankenhaus, der ambulanten Betreuung

zu Hause oder im Betreuten Wohnen, und sogar die Bewohner/innen von Pflegeheimen bleiben zunehmend häufiger in solchen Institutionen nicht auf Dauer, sondern werden zwischenzeitlich hospitalisiert oder temporär in eine weniger intensive Versorgung entlassen. Deshalb musste sichergestellt werden, dass die Assessmentinformationen innerhalb des integrierten Versorgungssystems ohne weiteres von einem Setting zum anderen transferierbar sind und speziell auch dort verwendet werden können, wo man am meisten Informationen benötigt: an den Schnittstellen.

Daher wurden die einzelnen *interRAI* Instrumente einander angeglichen: Alle haben gemeinsame „Grunditems“, die gleich aussehen, gleich definiert wurden, und gleiche Abstufungen haben. Auch die Beobachtungszeit wurde vereinheitlicht. Daneben gibt es Items und Bereiche, die „settingspezifisch“ sind und nur in bestimmten Instrumenten vorkommen.

Das Ergebnis ist ein integriertes Assessmentssystem (Integrated Suite of Assessments). Assessmentinformationen können die Bürger bei der Inanspruchnahme begleiten. Das ist die Voraussetzung der Versorgungskontinuität und eines ungehinderten Informationsflusses. Die Assessments des integrierten Systems sind in der Lage, die bürokratischen Anteile der Pflege, Behandlung und Betreuung zu reduzieren (beste Beispiele dafür liefen die kanadischen Provinzen Ontario, Alberta, Manitoba, Nova Scotia und Saskatchewan). In der Tabelle 1 findet sich eine Übersicht der Instrumente des integrierten Assessmentsystems.

Im Zuge dieser Weiterentwicklung wurden die Skalen und Items neu validiert und es fanden verschiedene Reliabilitätsuntersuchungen statt. Eine konsequente Ausrichtung an bis dahin verliegenden empirischen (longitudinalen) Analysen an mehreren Millionen von Falldaten aus vielen Ländern ermöglichte die Überarbeitung der Bereiche, die sich nicht bewährt haben und führte zur Reduzierung des Umfangs einzelner Instrumente, etwa des *interRAI* MH und *interRAI* CMH. Entwickelt und evaluiert wurden Screeningsverfahren und die modulare Anwendung der Assessments in einzelnen Settings.

Tabelle 1: Instrumente des integrierten interRAI-Assessmentsystems (seit 2006)	
Bezeichnung des Instruments	Zweck / Zielpopulation
InterRAI LTCF (Long Term Care Facilities)	Assessment für die stationäre Versorgung und Pflege. Pflegeplanung, Qualitätsmessung, Qualifizierung in stationären Langzeiteinrichtungen, Management und Benchmarking. Ältere und alte Erwachsene in der stationären Langzeitversorgung.
InterRAI HC (Home Care)	Assessment für häusliche Versorgung und Pflege. Pflegeplanung, Qualitätsmessung, Management, Benchmarking. Erwachsene über 18 Jahren mit Bedarf an ambulanter Pflege und häuslicher Versorgung.
InterRAI PAC Assessment (Postacute Care)	Assessment für stationäre Postakutversorgung und geriatrische Rehabilitation auf dem Basislevel. Outcomeevaluation, Patientenklassifikation, prospektive Payment, Personalbemessung. Patient/innen mit drohendem funktionalen und kognitiven Abbau.
InterRAI MH (Mental Health)	Assessment für stationäre Psychiatrie, einschließlich der Gerontopsychiatrie und forensischen Einrichtungen. Unterstützt die Pflegeplanung, Wirkungsmessung, Patientenklassifikation und ist Basis für die Kostenerstattung. Patient/innen ab 18 Jahren.
InterRAI CMH (Community Mental Health)	Assessment für die gemeindenahere Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen. Zu Hause lebende Erwachsene ab 18 Jahren.
InterRAI AC (Acute Care)	Assessment für alte, multimorbide Personen im Akutkrankenhaus. Unterstützt das Entlassungsmanagement und die Überleitung. Eignet sich für Screening, Case Management und Beratung. Alte, multimorbide Patienten oft im Vorfeld des geriatrischen Assessments.
InterRAI PC (Palliative Care)	Assessment für die palliative Versorgung in verschiedenen, auch "nichtspezialisierten" Einrichtungen und Programmen sowie im häuslichen Umfeld. Für Pflege-/Betreuungsplanung, Auswahl von Patient/innen für eine gezielte Intervention, Effektivitätskontrolle, Training.
InterRAI AL (Assisted Living)	Assessment für verschiedene Modelle des Betreuten Wohnens. Evaluation der Programme, Prävention, Management. Klient/innen im Betreuten Wohnen.
InterRAI Screener	Screening, Identifizierung von Personen mit Bedarf, Unterstützung von Entscheidungen, Case Management.

2. Sachverhalte und Fragestellungen des Auftrags

2.1 Die in der IPW-Studie enthaltenen Ausführungen zu den spezifischen Bedarfsaspekten lassen sich nur bedingt zum Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf verifizieren.

2.1.1 Frage 1: „ Welche Möglichkeiten einer Erweiterung zum Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf lassen sich möglicherweise darstellen bzw. sind in den Instrumenten vorhanden?“

Antwort

- 1) *Beaufsichtigungsbedarf*: Das RAI 2.0 enthält 81 Einzelitems, mit denen Risiken und Beaufsichtigungserfordernisse beurteilt und erfasst werden (Tabelle 2). Das RAI HC enthält 76 solche Items (ebenda). Darüber hinaus wird mit 13 strukturierten Abklärungshilfen des RAI 2.0 (RAPs = Resident Assessment Protocols) der Beaufsichtigungsbedarf ermittelt (Tabelle 3). Für das RAI HC gilt, dass 19 der insgesamt 30 Abklärungshilfen (CAPs = Client Assessment Protocols) zur Feststellung des Beaufsichtigungsbedarfs herangezogen werden können (ebenda). In den neuen Instrumenten der sogenannten „Integrierten interRAI – Systems“ (intergrated interRAI Suite) finden sich weitere relevante Items, insbesondere im Modul „CHA MH“ – Geistige Gesundheit und im „interRAI MH“ für psychiatrische Patient/innen. Diese dienen der Feststellung des Beaufsichtigungsbedarfs (Tabelle 4).
- 2) *Betreuungsbedarf*: Der Betreuungsbedarf im Sinne des Betreuungsgesetzes wird mit beiden Instrumenten (RAI 2.0 und RAI HC) sowie mit sämtlichen zum integrierten Assessmentssystem gehörenden Instrumenten erfasst.
- 3) *Betreuungsbedarf im Sinne des Hilfe-, Pflege, Unterstützungsbedarfs* bildet den Schwerpunkt aller interRAI – Assessments. Sowohl die Mehrheit der Einzelitems, als auch die meisten Skalen und sämtliche Algorithmen sind so konzipiert, dass sie den Betreuungsbedarf direkt abbilden. Insbesondere die Algorithmen MICHoice, MAPLE sowie die RUGs-Kategorien erlauben Aussagen, die sogar weit über die einfache Kategorisierung des Bedarfs hinausgehen. Sie sind in der

Lage, Entscheidungen hinsichtlich des Umfangs und der Art benötigter Versorgung und Pflege abzusichern und Anhaltspunkte für die erforderliche Qualifikation (Fachlichkeit und Spezialisierung) zu liefern.

- 4) *Der Betreuungsbedarf in Stunden* an normalen Werktagen und am Wochenende wird genau mit dem *interRAI HC* erfasst. In dem neuen Instrument des integrierten *interRAI-Assessmentsystems* wird er für die letzten drei Tage erfasst.
- 5) Angesichts dieser Vielfalt der Möglichkeiten, den Betreuungs- / Beaufsichtigungsbedarf mit den *interRAI-Instrumenten* zu messen, sehen wir gar keine Erfordernis der Erweiterung in der angesprochenen Hinsicht.

2.1.2 Begründung / Erläuterung

Zu 1) In der Tabelle 2 sind die Items aufgelistet, aus denen der **Beaufsichtigungsbedarf** resultiert. Die Liste beginnt mit lebensbedrohlichen Zuständen („Koma“ und „plötzliche Verwirrtheit / Delir“) und setzt mit Verhaltenssymptomen sowie körperlichen Zuständen fort, die eine ständige Beaufsichtigung / Überwachung bedürfen. Auch Unfallrisiken, die Notwendigkeit der Schlucküberwachung sowie überwachungspflichtige Medikation, Freiheitseinschränkungen, überwachende Maßnahmen und viele weitere Punkte, sind enthalten.

Tabelle 2: Erfassung des Beaufsichtigungsbedarfs in den *interRAI-Instrumenten* RAI 2.0 und RAI HC

Einzelitems	RAI 2.0	RAI HC
Komatös	X	
Plötzliche Verwirrtheit / Delir	X	X
Verhaltenssymptomatik (Umherirren, Aggressivität etc.)	5 Items	5 Items
Depressivität / Depression	9 Items	9 Items
Labile Beziehungen (Konflikte, Gewalt, Vereinsamung)	8 Items	3 Items
Gleichgewicht	2 Items	
Transferart	X	
Keine spontane Entleerung	X	
Permanente Hilfen bei Entleerung	9 Items	1 Item
Diagnosen	X	
Überwachungspflichtige Infektionen	X	
Dehydratation	X	
Luftnot	X	
Innere Blutung	X	
Halluzinationen	X	

Unsicherer Gang	X	
Synkope	X	
Rezidive Aspiration	X	
Schmerzen	3 Items	5 Items
Unfallrisiko / Sturzrisiko	1 Item	3 Items
Schluckprobleme	X	
Künstliche Ernährung	9 Items	6 Items
Ulzera	3 Items	3 Items
Psychoaktive Medikation	X	X
Multimedikation	X	X
Spezielle Behandlungen /intensives-extensives Monitoring	12 Items	22 Items
Freiheitseinschränkungen	X	X
Abnorme Laborwerte	X	
Vernachlässigung / Misshandlung		X
Institutionalisierung (früher)		X
Überforderung der Helfer/innen		X
Vorsorgeuntersuchungen		X
Blutdruck	X	X
Terminale Prognose	X	X
Akute Krise		X
Probleme der Wohnung / Mikroumwelt		X
Krisenmanagement		X
Wirtschaftliche Benachteiligung		X
Ärztliche Überwachung der Medikation		X

Die Tabelle 3 stellt die Abklärungshilfen (RAPs, CAPs) zur Feststellung der Beaufsichtigungsnotwendigkeit dar. Mit den in den RAPs / CAPs enthaltenden Richtlinien können zusätzlich mögliche Ursachen der Beaufsichtigungserfordernis ermittelt werden. Die Abklärungshilfen spiegeln sowohl beaufsichtigungswürdige Zustände wieder (Beispiele: extremer Blutdruck, akute Krise), als auch Situationen, in denen Beaufsichtigung / Überwachung notwendig sind (Beispiele: Helferüberforderung, Vernachlässigung).

Tabelle 3: Aufstellung der RAPs / CAPs (Abklärungshilfen), aus denen Beaufsichtigungserfordernisse resultieren

	RAI 2.0 - RAPs	RAI HC CAPs
Institutionalisierungsrisiko		X
Alkoholmissbrauch / exzessives Trinken		X
Akute Verwirrtheit / Delir	X	X
Verhalten	X	X
Depression	X	X
Vernachlässigung / Misshandlung		X
Herz und Atmung		X

Dehydratation	X	X
Stürze / Sturzrisiko	X	X
Schmerzen / Schmerzmanagement		X
Druckgeschwüre	X	X
Zerbrechlichkeit des sozialen Netzes		X
Medikationsmanagement		X
Palliative Versorgung	X	X
Impfung und Vorsorge		X
Psychopharmaka	X	X
Kontinenz	X	X
ADL-Funktionserhaltung	X	X
Sondenernährung	X	
Ernährungszustand	X	X
Freiheitseinschränkungen	X	

Die Tabelle 4 bezieht sich auf den Modul „CHA MH“ zur Einschätzung der geistigen Gesundheit. Es wird ersichtlich, dass dieser Modul weitere Beaufsichtigungssitems beinhaltet, die bei Personen mit psychischen und psychiatrischen Problemen zum Tragen kommen. Das Gleiche trifft auch für das interRAI - Assessment MH für psychiatrische Patienten, das zum integrierten interRAI Assessmentsystem gehört.

Tabelle 4: **Zusätzliche** Beaufsichtigungssitems in Instrumenten des neuen integrierten Systems ¹⁾

	CHA MH / Geistige Gesundheit	interRAI MH für Psychiatrie
Selbstgefährdung / Fremdgefährdung	7 Items	3 Items
Abhängigkeit (Drogen, Alkohol etc.)	8 Items	2 Items
Medikamentenmissbrauch		2 Items
Risiko der Wohnungslosigkeit	X	
Psychosen und andere „gefährdende“ Indikatoren	Liste mit 25 Items	
Suizidgefährdung	X	
Risiko des Arbeitsplatzverlustes	X	
Risiko des Ausbildungsabbruchs	X	

¹⁾ Das Instrument für die Palliative Versorgung und Akut Care-Instrument, die zum integrierten System gehören, wurden hier nicht berücksichtigt, obwohl sie ebenfalls „beaufsichtigungsrelevante Items“ enthalten.

Zu 2) *Betreuungsbedarf / Betreuer* wird mit sämtlichen Instrumenten, sowohl dem RAI 2.0, RAI HC, als auch den Assessments des interRAI integrierten Systems erfasst.

Zu 3) *Betreuungsbedarf* im Sinne des Hilfe-, Pflege, Unterstützungsbedarfs: Zahlreiche Items der beiden Instrumente (und ebenfalls der neuen Instrumente des integrierten Systems) sind so formuliert, dass sie den Bedarf an Hilfen, Unterstützung und Betreuung direkt indizieren. Ein gutes Beispiel stellt in dieser Hinsicht „die körperliche Leistungsfähigkeit“ in den elementaren Aktivitäten des täglichen Lebensvollzugs dar (ADL-Activities of daily living). Hier wird nach „Eigenleistung“ und der „Fremdhilfe“ unterschieden:

- Bei der **Eigenleistung** wird die Fähigkeit zur Selbsthilfe und der eigenständigen Bewältigung der elementaren Aufgaben des Individuums beurteilt: Bewegung im Bett, Transfer, Gehen im Zimmer, Gehen im Flur, Bewegung auf einer (der eigenen) Etage, Bewegung außerhalb des Wohnbereichs, An-/Auskleiden (beim HC-Assesment getrennt nach Ober- und Unterkörper), Toilettenbenutzung, (beim HC-Assesment auch der) Gang zur Toilette, Persönliche Hygiene, Baden / Duschen. Die Rating - Kategorien sind beim RAI 2.0:
 - Unabhängig, das heißt keine Hilfe oder Überwachung, oder Hilfe /Überwachung an nur wein bis zwei Tagen der letzten sieben Tage erforderlich,
 - Aufsicht / Anleitung, das heißt, dass Überwachung, Anleitung, Ermutigung ausreichen und dass sie drei oder mehrmals in den letzten sieben Tagen benötigt wurden,
 - Begrenzte Hilfe, das heißt, das sich die/der Bewohner/in viel beteiligt und eine Unterstützung nur für gezielte Bewegungen erhält beziehungsweise, dass sie nur dreimal in letzten sieben Tagen eine leichte Unterstützung und an einem bis zwei Tagen eine stärkere Unterstützung gebraucht hat, zum Beispiel ein starkes Stützen oder Führen, die eine erhebliche körperliche Kraft erfordern.
 - Auch die weiteren Unterkategorien: (Verstärkte Hilfe, Vollständige Abhängigkeit) sind entsprechend in Begriffen des Bedarfs beschrieben.
- Bei der **Fremdhilfe** wird die Intensität der benötigten Unterstützung / Betreuung beurteilt. Die Rating-Kategorien heißen:
 - Weder Vorbereitung, noch körperliche Hilfen für die Klientin
 - Nur Vorbereitung, keine körperliche Hilfen

- Körperliche Hilfen nur durch eine Person
- Körperliche Hilfen durch zwei oder mehrere Personen.

Sehr ähnlich sind weitere Items formuliert. So wird etwa –bezüglich der kognitiven Fähigkeiten – beurteilt, wie die Person ihre alltäglichen Entscheidungen trifft. Diese Beispiele belegen, dass es zur Philosophie der interRAI – Instrumente gehört, auf der einen Seite den Zustand des Individuums mit der Terminologie seiner eigenen Unabhängigkeit, seiner Fähigkeiten und seiner Leistungen zu beschreiben, auf der anderen Seite auch mit den Begriffen des Bedarfs an Fremdhilfen. Bei der klinischen Symptomatik (Beispiel Schmerz sowie – in den Instrumenten des integrierten Systems - chronische Müdigkeit) wird ermittelt, in wieweit diese die alltäglichen Aktivitäten beeinträchtigt.

Ein weiterer Weg zur genauen Feststellung des „Betreuungsbedarf“ führt über die (zum Teil gewichteten) Skalen und Scores, die aus den Angaben leicht errechnet werden. Zu nennen sind insbesondere:

- **ADLH – Hierarchische ADL-Skala** (Morris et al 1999), die den Maßstab der elementaren Funktionsfähigkeit darstellt. Sie ist siebenstufig:

0 = Unabhängig

1 = Aufsicht erforderlich

2 = Leichte Beeinträchtigung

3 = Umfassende Hilfe erforderlich - 1

4 = Umfassende Hilfe erforderlich - 2

5 = Abhängig

6 = Vollständig abhängig.

- **IADL – Score¹**:

Die IADL-Skala wurde entwickelt, um eine einfache Methode für die Einschätzung der Funktionsfähigkeit bei der Bewältigung instrumenteller Aufgaben zur Verfügung zu haben. Sie besteht aus zwei Teilen, der IADL-Leistungsskala (sIADLP), die acht Items umfasst und die zeigt, was das Individuum tatsächlich leistet, und der Skala der Fähigkeiten (sIADLC). Diese letztgenannte Skala be-

¹ Nicht im RAI 2.0 enthalten, da sich die Anforderungen im institutionellen Kontext in der Regel nicht stellen.

schreibt, was schätzungsweise möglich wäre. Auch sie basiert auf acht Items, die individuelle Fähigkeiten erfassen. Je höher das Score, desto schlechter die Leistung und / oder die Fähigkeit. Höhere Werte der beiden Skalen stellen schlechte Funktionsfähigkeit im IADL-Bereich dar.

- **CPS – Cognitive Performance Scale** (Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit). Diese Skala (CPS) beschreibt die kognitiven Fähigkeiten der Individuen (Phillips et al 1993; Morris et al 1994; Bhalla et al 1999; Landi et al 2000; Yamauchi et al 1999). Diese werden in sieben Kategorien klassifiziert, die leicht nachvollziehbar sind, und daher Aufschlüsse über die benötigte Unterstützung erlauben.

0 = Unabhängig

1 = Borderline / Grenzfall

2 = Leichte Beeinträchtigung

3 = Mittlere Beeinträchtigung

4 = Mittelschwere Beeinträchtigung

5 = Schwere Beeinträchtigung

6 = Sehr schwere Beeinträchtigung

- **sCOMM – Skala der Kommunikationsfähigkeit**. Sie wurde entwickelt, um die Kommunikationsmaße, die in den Instrumenten RAI 2.0 und HC enthalten sind, zusammenzufassen und den Bedarf an kommunikativer Unterstützung zu messen. Die Werte rangieren zwischen 0 und 8:

0 = Kommunikation intakt, unbeeinträchtigt

1 = Borderline

2 = Leichte Beeinträchtigung

3 = Leichte bis mittlere Beeinträchtigung

4 = Mittlere Beeinträchtigung

5 = Mittlere bis schwere Beeinträchtigung

6 = Schwere Beeinträchtigung

7 = Sehr schwere Beeinträchtigung

8 = Kommunikation unmöglich.

Der dritte Weg zur Feststellung des Betreuungsbedarfs führt über die Algorithmen:

a) **Maple-Algorithmus** (Abbildung 1): An erster Stelle soll der Maple – Algorithmus (Methods for Assessing Priority Levels- Hirdes et al 2002) genannt werden. Dieser basiert auf den Items des RAI HC und ermöglicht die Klassifizierung der Personen in fünfzehn verschiedene Bedarfskategorien:

Der ersten Kategorie „**niedriger Bedarf**“ werden Personen zugeordnet, die in körperlichen Hinsicht weitestgehend unabhängig sind, keine offensichtlichen kognitiven Einschränkungen aufweisen und auch gesundheitlich keine relevanten Probleme haben.

In die Kategorie „**leichter Bedarf**“ kommen Personen, die denen in der ersten Kategorie ähneln, jedoch zeigt ein Vorscreening leichte Beeinträchtigungen oder Probleme an, z. B. das Sturzrisiko, Ernährungsrisiko und andere Risiken.

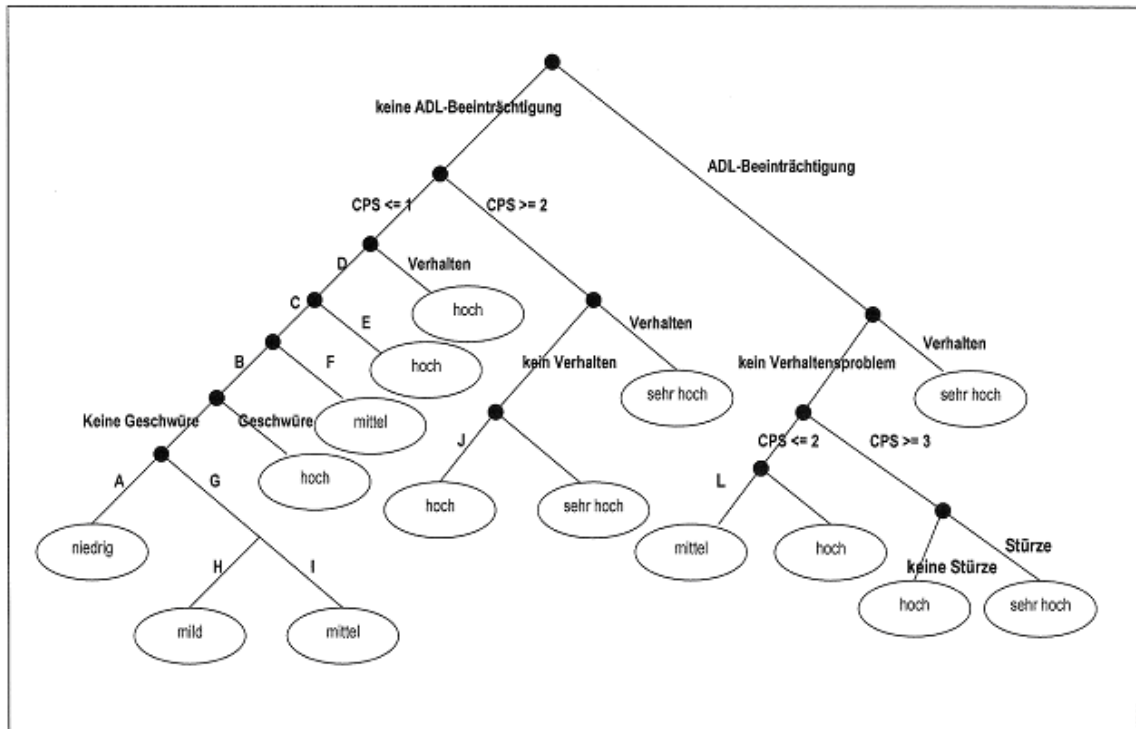
Die Kategorie „**mittlerer Bedarf**“ ist in drei Gruppen unterteilt. In der ersten finden sich ansonsten unabhängige Personen, die jedoch die im Zusammenhang mit leichten Bedarf erwähnten Risiken aufweisen und nicht in der Lage sind, für ihre Mahlzeiten zu sorgen. In der zweiten Untergruppe treten diese Risiken nicht auf. Jedoch werden hierher die Personen eingeordnet, die in einer defizitären Umwelt / Wohnung leben, Probleme mit der Einnahme ihrer Medikation (Compliance, Management), eventuell auch Hautprobleme haben. Personen in der dritten Subgruppe dieser Kategorie haben zwar solche Probleme kaum, dafür jedoch leichte ADL-Beeinträchtigungen (ADLH – Score von 1 bis 2) und ebenso kognitive Probleme (Borderline).

Die Kategorie „**hoher Bedarf**“ wird weiter in sechs Untergruppen differenziert. Die Personen mit hohem Bedarf differieren im Hinblick auf die ADL-Beeinträchtigung und ebenso in den CPS-Werten. Ferner unterschieden sich die Subgruppen hinsichtlich der Verhaltenssymptomatik, der Verschlechterung von Entscheidungsfähigkeit und der Ulzera.

In die Kategorie „**höchster Bedarf**“ werden Personen eingruppiert, die durchwegs kognitive Beeinträchtigungen aufweisen (CPS >2 in den ersten zwei der insgesamt viel Untergruppen, CPS>3 in den restlichen Subgruppen). Dazu gesellen sich ADL-Probleme und /oder Verhaltensauffälligkeiten und /oder Sturz- und andere Risiken.

Abbildung 1: Schematische Darstellung des MAPLE-Algorithmus

Copyright interRAI



b) Erläuterungen zum MI CHOICE – Algorithmus (Fries et al 2002 und 2004)

Dieser Algorithmus dient einer kurzen Einschätzung und vorläufigen Entscheidungsfindung. Speziell „Vorentscheidungen“ (Abbildung 2) von professionellen Mitarbeiter/innen etwa in Beratungsstellen oder Beratungssituationen können auf diese Weise unterstützt werden. Man kann mit dem Algorithmus auch überprüfen, in wie weit die Versorgung, die zugewiesen wurde, angemessen ist (ebenda und Garms-Homolová & Theiss 2007). Verschiedene Ebenen werden unterschieden:

1) Pflegeheim / Stationäre Langzeitversorgung - damit ist angezeigt, dass das Institutionalierungsrisiko hoch ist und dass die Pflegeanforderungen nicht ohne weiteres von informellen Helfer/innen oder außerhalb des institutionellen Kontextes bewältigt werden können. Für die Zuordnung zu dieser Ebene sind folgende

Informationen relevant: Schwere Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit, desorientierte Person, Probleme mit Verständlichkeit / Ausdrucksfähigkeit, verbale Aggressivität, Zeit, in der die Person alleine verbleiben kann, Abhängigkeit bei der Bewegung im Bett, und beim An-/ Ausziehen sowie beim Baden, ferner die Verwendung von einem Rollstuhl (oder Bewegungsprobleme in Räumen), akutes Aufflammen von Erkrankungen, Bedarf an künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr oder Umlagerungshilfen, Vorhandensein eines peripheren Zugangs und Bedarf an starker Unterstützung durch zwei Personen bei der Fortbewegung.

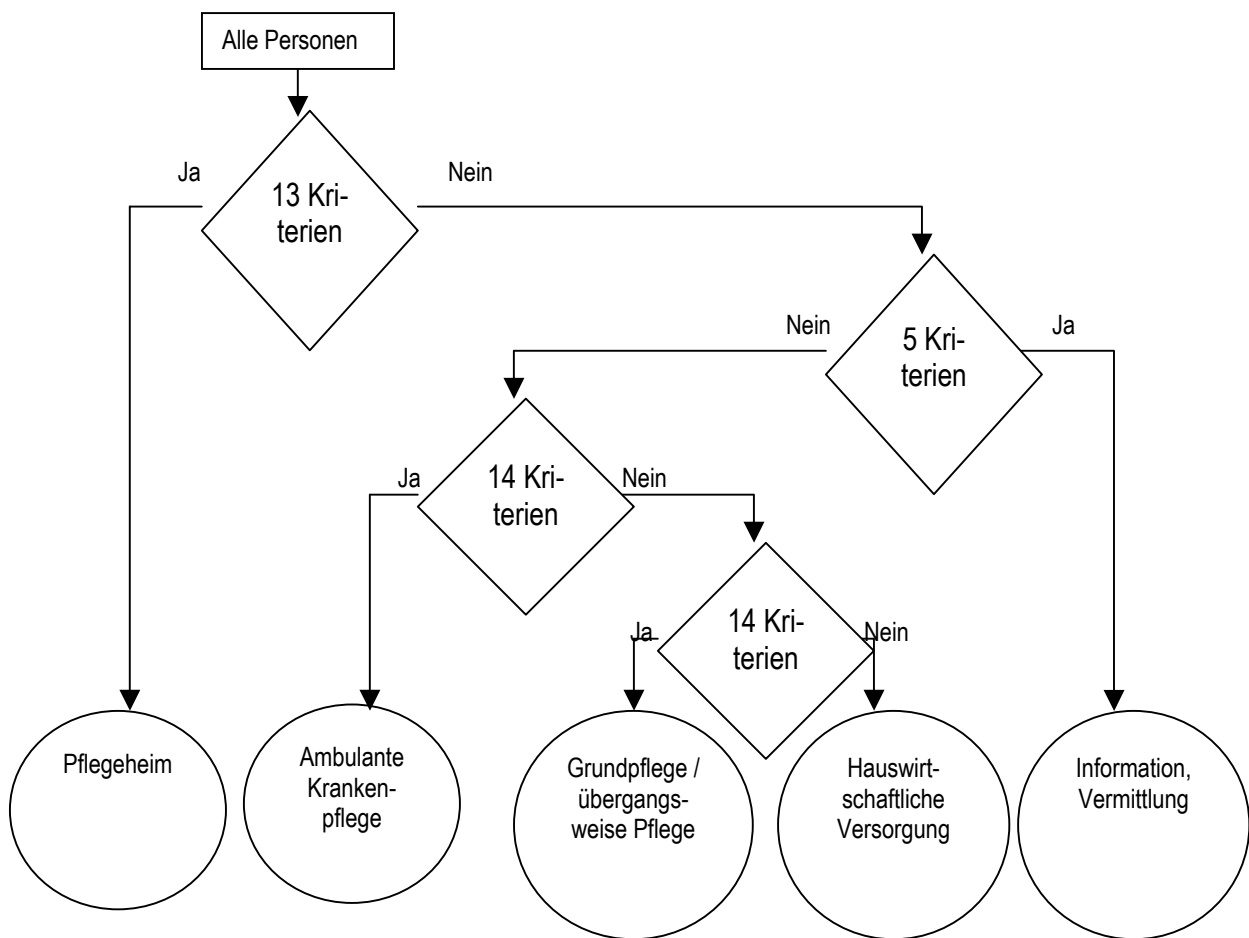
2) Information oder Vermittlung von Diensten reichen aus: Personen, die in den alltäglichen Entscheidungen unabhängig sind, keine Hautprobleme in den letzten 30 Tagen hatten und ihre Hausarbeit ohne Probleme bewältigen, unabhängig baden oder duschen können und mehr als zwei Stunden einer physische Aktivität auf sich nehmen können, werden in diese Gruppe kategorisiert. Ihr Bedarf liegt auf der Ebene der Beratung und Information. Eventuell benötigen sie auch Unterstützung durch eine/n Case-Manager/in, um das hohe Niveau an Selbständigkeit halten zu können.

3) Ambulante Krankenpflege: Personen, bei denen medizinisch-technische Maßnahmen erforderlich sind, z.B. Chemotherapie, Dialyse, Bestrahlung, aber auch Wund- und Tracheapflege, gehören in diese Kategorie. Aus dem Blickwinkel des Zustandes sind es speziell Patient/innen mit erheblichen Ernährungsproblemen (die eine künstliche Ernährungsunterstützung benötigen), Patient/innen mit Ulzera Crura etc., die hier eingeordnet werden.

4) Grundpflege / Übergangspflege stellt die Kategorie dar, in die Personen eingruppiert werden, die entweder übergangsweise oder auf Dauer einerseits Unterstützung bei der Alltagsbewältigung benötigen (IADL-Beeinträchtigung), andererseits Selbstversorgungsdefizite (ADLs) aufweisen und zusätzlich von einer Aktivierung oder Entlastung (bei einer chronischen Erschöpfung) profitieren würden. Auch Personen, deren informelle Helfer/innen überfordert sind, werden hierher eingeordnet.

5) Hauswirtschaftliche Versorgung: In diese Kategorie werden die Personen eingeordnet, deren Bedarf ausschließlich durch IADL-Beeinträchtigungen legitimiert ist und die diese Unterstützung brauchen, um keine intensivere Versorgungsart beanspruchen zu müssen.

Abbildung 2: MI CHOICE - Algorithmus



c) Erläuterungen zu den RUG-Bedarfskategorien (vgl. auch Aerrowsmith et al 1998; Björkgren et al 1999; 2000; 2004; Carpenter 1995; Carpenter et al 1997 und 2003; Fuchs et al. 2002; etc.)

Auch die sogenannten „RUG-Kategorien“, die auf regulären Daten des MDS 2.0² beruhen, repräsentieren einen Algorithmus, mit denen Personen – je nach ihrer Funk-

² RUGs-III basieren auf dem RAI 2.0, RUGs HC auf dem RAI HC

tionsfähigkeit und Unabhängigkeit, die im Assessment eingeschätzt wird - in die sogenannten „Ressourcenverbrauchsgruppen“ klassifiziert werden. Wenn hier von „Funktionsfähigkeit und Unabhängigkeit“ gesprochen wird, so sind in erster Linie die geistigen Fähigkeiten und die ADL-Fähigkeiten gemeint, aber auch klinische Merkmale, die allesamt im MDS enthalten sind. Zusätzliche Informationen werden nicht benötigt. **Somit ist die Identifizierung der passenden RUG-Kategorie und Untergruppe nur ein Klassifizierungsvorgang, der keinen besonderen Aufwand erfordert.** Die Klassifizierung erfolgt stufenweise. Zunächst wird die Hauptkategorie bestimmt, danach wird die Untergruppe identifiziert, da sich der „Betreuungsbedarf“ und „Ressourcenverbrauch“ der Individuen auch innerhalb der Hauptkategorien unterscheidet. Die Hauptkategorien sind:

- **Rehabitativer Bedarf** (Personen in dieser Kategorie haben einen hohen rehabilitativen Bedarf, teilweise werden speziell ausgebildete Fachleute benötigt, um diesen Bedarf zu decken, teilweise können auch die Pflegekräfte durch Mobilisierung, Aktivierung, Gehtraining, Schlucktraining, Toilettentraining, Anziehtraining etc. den Bedarf decken).
- **Umfassender Pflegebedarf** (Personen in dieser Kategorie benötigen Grundpflege, Alltagshilfen, aber auch gewisse Anteile von Krankenpflege / medizinischen Pflege).
- **Spezieller Pflegebedarf** (Personen in dieser Kategorie benötigen Grundpflege, Alltagshilfen, jedoch größere Anteile von Krankenpflege / medizinischen Pflege).
- **Klinisch komplexer Bedarf** (bei Personen in dieser Kategorie spielen die Krankenpflege und professionelle Überwachung eine zentrale Rolle).
- **Bedarf vorwiegend aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen** (In diese Kategorie werden in erster Linie Personen mit geistigen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten eingruppiert, die jedoch gleichzeitig nicht in der Lage sind, die elementaren Anforderungen des Alltags selbständig zu bewältigen).
- **Bedarf vorwiegend aufgrund der Einschränkung körperlicher Fähigkeiten.** (In diese Kategorie werden in erster Linie Personen eingruppiert, die aufgrund des Verlustes elementarer ADL-Fähigkeiten die Anforderungen des Alltags nicht bewältigen).

2.2 Bei der Standardisierung und der Ergebnisdarstellung muss für die identifizierten Alarmzeichen eine Entscheidung getroffen werden, ob sie eine Intervention im Pflegeplan erforderlich machen oder nicht.

2.2.1 Frage 1: „Welche Auswirkungen – mit Blick auf die zu treffende Entscheidung – entstehen durch die Anwender/innen hinsichtlich der durch RAI vorgegebenen Standardisierung in Bezug auf die Ergebnisdarstellung?“

Antwort

Alarmzeichen (Triggers) sind einzelne Items oder Verbindungen mehrerer Items im MDS (Minimum Data Set), die auf mögliche Beeinträchtigungen, Probleme, Risiken, Pflege- /Überwachungserfordernisse oder förderungswürdige Potentiale und Stärken der Personen hinweisen. Die Alarmzeichen sind „evidenzbasiert“. Damit ist gemeint, dass genügend gute empirische Studien belegen, warum die Anwesenheit bestimmter Zustands- oder Situationsmerkmale ein Problem, ein Risiko, ein Pflegeerfordernis oder eine förderungswürdige Stärke konstituieren. Wenn Alarmzeichen vorhanden sind, sollen die sogenannten „Abklärungshilfen“ durchgeführt werden (RAPs oder CAPs – je nach Instrument). Die Durchführung besteht darin, dass entlang von „Richtlinien“, die einen zentralen Bestandteil jeder Abklärungshilfe darstellen, nach den Ursachen von Beeinträchtigungen, Problemen, Risiken, Pflege- /Überwachungserfordernissen oder förderungswürdigen, aber nicht geförderten Potentiale / Stärken, gesucht wird - und zwar in einer strukturierten Weise. In gleicher Weise werden die in Frage kommenden Interventionsmöglichkeiten entlang der Richtlinien geprüft. Diese Vorgehensweise bietet den Pflegemitarbeiter/innen eine erhebliche Erleichterung, da sie nicht völlig freihändig und intuitiv aus einer Vielzahl von Zustandsmerkmalen die „relevanten“ aussuchen müssen, sondern sich auf eine evidenzbasierte „Vorauswahl“ stützen können. Allein diese Hilfe minimiert die Fehler und Unterlassungen, die ansonsten für das herkömmliche Dokumentations- und Pflegeplanungsverfahren typisch sind.

2.2.2 Begründung / Erläuterung

Eine hinreichende Anzahl von Untersuchungen belegt die Schwächen und Defizite einer vorwiegend intuitiven Zustandseinschätzung. Es zeigt sich, dass Pflegekräfte (aber auch die Angehörige anderer Gesundheitsberufe) ohne eine strukturierten und evidenzbasierte Vorgehensweise die Probleme und Risiken nicht richtig erkennen.. Gabriele Niehörster mit Kolleginnen (Niehörster et al 1998) rezipiert eine Auswahl solcher Studien.

Die Verfasserin dieser Expertise untersuchte dieses Problem im Auftrag der Enquete-kommission des NRW-Landtags (Garms-Homolová & Engel 2004; Garms-Homolová & Roth 2004) an 17 ausgewählten Merkmalen (Tabelle 5). Es ging darum herauszufinden, wie weit diese in der herkömmlichen Dokumentation und Pflegeplanung erkannt und berücksichtigt werden. In den ambulanten Diensten waren lediglich die Einnahme von Antidepressiva, Anxiolytika und von Diuretika vollständig dokumentiert. Sehr selten wurden die Merkmale der sozialen Situation berücksichtigt (Veränderung sozialer Aktivitäten nur in jedem 7,5. Fall, Isolation in jedem 6,6. Fall), obwohl die Pflegekräfte in Gesprächen immer viel Wert auf diese Charakteristika der individuellen Lebensweise legten. Verheerend war die Feststellung, dass Schmerzen nur in jedem siebten Fall angemessen erkannt und berücksichtigt wurden. Das Gleiche galt für die Hinweise auf akute Verwirrtheit (Deliranzeichen), die einen lebensbedrohlichen Zustand darstellt. Aber auch Mundprobleme und das Sturzrisiko wurden viel zu selten berücksichtigt.

Die Anzahl der klinischen Merkmale, die richtig erkannt, eingeschätzt und beachtet wurden, „reduzierte“ sich noch, wenn es darum ging, sie im Zuge der Aufstellung des Pflegeplanes zu berücksichtigen. Im Regelfall fand sich nur die Hälfte der dokumentierten Befunde in den Zielen, Maßnahmenwahl und Evaluationsergebnissen wieder. Es war klar, dass Pflegekräfte Schwierigkeiten hatten, Entscheidungen darüber zu treffen, was relevant und was irrelevant. Eine positive Ausnahme bildeten Hautprobleme: Wenn sie dokumentiert wurden, waren sie auch Gegenstand der Pflegeplanung. Besonders oft unberücksichtigt blieben: Veränderung der sozialen Aktivitäten, Stürze in der Vergangenheit und die zu geringe Nahrungs- sowie Flüssigkeitsaufnahme.

Tabelle5: Häufigkeit der Berücksichtigung pflegerelevanter Probleme in der herkömmlichen Pflegedokumentation der ambulanten Pflege in NRW (Quelle: Garms-Homolová & Roth 2004)

Problembereich	Dokumentiert wurde (nur) jeder
Deliranzeichen, akute Verwirrtheit	7.Fall
Depression	4.Fall
Umherirren	3.Fall
Harnwegsinfekt	2.Fall
Schwindel	4,5. Fall
Schmerzen	7.Fall
Sturz innerhalb der letzten 90 Tage	2. Fall
Sturzrisiko	3.Fall
Gewichtsverlust	3,4.Fall
Zu geringe Nahrungsaufnahme	4. Fall
Zu geringe Flüssigkeitsaufnahme	2,4. Fall
Mundprobleme	6. Fall
Hautprobleme	1,7. Fall
Veränderung der sozialen Aktivitäten	7,5. Fall
Isolation (Klientin verbringt die meiste Zeit alleine)	6,6. Fall
Einnahme von Antidepressiva	Jeder Fall
Einnahme von Diuretika	Jeder Fall

Vergleichbare Ergebnisse fanden sich auch in der stationären Langzeitpflege. Die Liste der nicht erkannten und nicht beachteten Merkmale ist lang: Hinweise auf ein Delir (obwohl in acht Fällen aufgetreten, wurden niemals dokumentiert), das Umherirren oder Wandern war 15mal bekannt, aber nur viermal dokumentiert und in den Pflegeplan aufgenommen. Tägliche und starke Schmerzen manifestierten sich bei 31 der 141 Bewohner/innen, kamen jedoch nur achtmal in der Dokumentation und im Pflegeplan vor. Ähnliches ist zu berichten über Harnwegsinfekte, Schwindel, Gewichtsverlust (in weniger als der Hälfte der Fälle dokumentiert), Mund- und Zahnstatus (dokumentiert bei 6% der Fälle) und weitere Probleme /Risiken.

Viele Studien, die eine herkömmliche, weitestgehend unsystematische Anamneseerhebung / Problemfindung mit einer strukturierten, standardisierten Vorgehensweise verglichen, unterstreichen die Vorteile der standardisierten und strukturierten Vorgehens-

weise. Diese Vorteile zeigen sich nicht nur bei Pflegekräften, sondern auch bei Ärzt/innen (Referenzen bei Niehörster et al 1998). Eine Begutachtung, die auf ein gutes, evidenzbasiertes Assessment verzichtet, wird lückenhafte Ergebnisse und damit auch Ungerechtigkeiten zutage fördern. Im Versorgungsalltag müssen solche Defizite zudem mit gravierenden Qualitätsmängeln gleichgesetzt werden. Es ist also nicht die Vorstrukturierung und die empirische Auswahl von Triggers, die den Pflegekräften und den potentiellen Assessorinnen die Arbeit erschwert, sondern die Unterlassung der Verwendung solcher Hilfsmittel.

Wenn im Handbuch zum RAI 2.0 (Garms-Homolová & Gilgen 2000) unterstrichen wird, dass die Mitarbeiter/innen in der klinischen Praxis eine Entscheidung treffen müssen, so ist hiermit nicht gemeint, dass durch die Alarmzeichen besonders schwierige Entscheidungsaufgaben evoziert werden. Solche Interpretation ist eine Fehldeutung des Bielefelder Gutachtens. Vielmehr handelt es sich um ein Hinweis darauf, dass die Anwendung der standardisierten Tools individuell und individuumsbezogen erfolgen sollte, was eine Fallbesprechung notwendig macht, und dass keine Rezepte geliefert werden. Jedoch erhalten diese Entscheidungen eine bessere Qualität, als wenn sie ohne die evidenzbasierte Grundlage der Triggers und Richtlinien getroffen werden müssten. Ähnlich, wie die Anwendung ärztlicher Leitlinien und nationaler Pflegestandards, kann auch die Nutzung von CAPs und RAPs nicht mechanistisch erfolgen, sondern muss die Individualität berücksichtigen.

2.2.3 Frage 2: „Wie können durch die Anwender mögliche Fehlentscheidungen vermieden bzw. gering gehalten werden?“

Antwort:

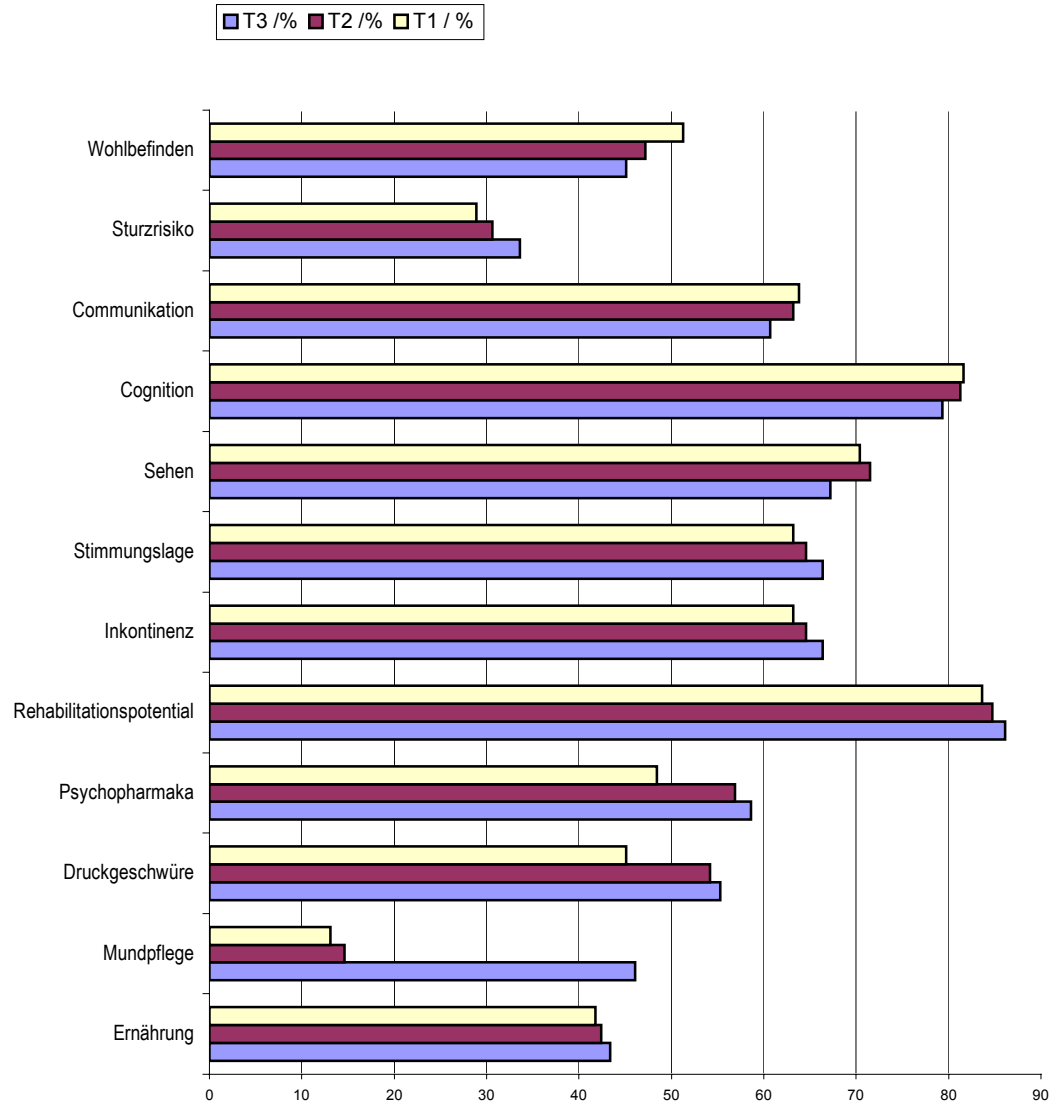
Durch die Verwendung der Abklärungshilfen (RAPs und CAPs) werden die Fehlentscheidungen (in der Regel handelt es sich um das Nichterkennen oder die Nichtbeachtung der vorhandenen Probleme, Risiken, Pflegeanforderungen – vgl. Hansebo et al 1998; Garms-Homolová & Engel 2004; Garms-Homolová & Roth 2004) auf ein Minimum eingeschränkt. Insofern ist die Motivation zur Verwendung der Abklärungshilfen der beste Weg zur Vermeidung von Fehlentscheidungen. Gleichzeitig ist eine ausreichende

Schulung der Pflegekräfte notwendig. Speziell muss darauf geachtet werden, dass neue Mitarbeiter/innen in das Instrument eingeführt werden. Deshalb empfiehlt es sich, eine Einarbeitungsstrategie festzulegen. Weitere wichtige Maßnahmen sind: regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung, Besprechungen im Team, Plausibilitätskontrollen der durchgeführten Assessments, und von Zeit zu Zeit auch eine Überprüfung der Reliabilität der Assessments (oder Begutachtungsdaten). Bewährt haben sich Feedback-Verfahren (Erfahrungen in Finnland), bei denen die Ergebnisse der Evaluation mit Fachleuten diskutiert werden. Erfolgreich sind Kontrollen durch eine/n zuständige/n Koordinator/in und /oder eine Supervision der praktischen Anwendung.

2.2.4 Begründung / Erläuterung

Ein Beispiel für die Relevanz der RAI-Schulungen und praktischen Übungen mit dem Instrument lässt sich der Doktorarbeit von Katrin Engel (2005) entnehmen. Die Autorin untersuchten deren Auswirkungen in drei Zeitabschnitten (T1, T2 und T3). Die Assessor/innen waren Pflegekräfte in vier Pflegeheimen in Sachsen. Verwendet wurde das RAI 2.0 beziehungsweise die dazu gehörenden Abklärungshilfen. Die Schulung brachte Verbesserung bei den meisten Alarmzeichen und Abklärungshilfen, so bei der Ernährung, Mundpflege (hochsignifikante Steigerung), bei den Alarmzeichen und Abklärungshilfen Druckgeschwüre, Psychopharmaka (in beiden Fällen eine signifikante Verbesserung), Delirium, Rehabilitationspotential, Inkontinenz, Stimmungslage, Sturzrisiko, Sonden, und Verhalten (Abbildung 3). Sie fand aber auch einige Verschlechterungen. Zum Beispiel hat sich die Handhabung der Abklärungshilfe „Sehen“ zunächst verbessert (von T1 zu T2), danach jedoch verschlechtert. Das Gleiche passierte bei der Abklärungshilfe Hydratation. Die Verwendung der Abklärungshilfe „Kommunikation“ hat sich zunächst (zwischen T1 und T2) gar nicht verändert, bei T3 hat sie sich jedoch verschlechtert. Auch Kognition ist geringfügig schlechter geworden. Freilich war keine dieser Verschlechterungen signifikant. Jedoch kann auf diese Weise erkannt werden, welche Zustände und Zustandsmerkmale in den Trainings und anschließenden Maßnahmen (Auffrischung, Supervision, Fallbesprechungen, Feedbacks) eine besondere Beachtung finden sollten.

Abb. 3: Korrekte Handhabung der Abklärungshilfen nach drei Trainingsabschnitten und praktischer Übung (Quelle Engel 2005)



Gleiche Beobachtungen hinsichtlich der Trainingseffekte finden sich bei anderen Autoren. Bereits die erste Postimplementationsstudie (Hines et al. 1994) hat gezeigt, wie erheblich der Kompetenzzuwachs bei der Identifizierung von Problemen, Risiken etc., bei der Entscheidungsfindung war. Francesco Landi und Luca Cipriani evaluierten mit Kolleg/innen Trainings für Physiotherapeut/innen und examinierte Pflegekräfte, bei denen das RAI als das zentrale Unterrichtsmittel verwendet wurde (Landi 1996). Die

Verbesserungen der Problem-/Risikoidentifizierung im Verlauf der Schulungszeit (aufgeteilt über mehrere Wochen) waren hochsignifikant sowohl bezüglich der Einzelitems als auch der Verwendung von Triggers und RAPs.

2.3 Studien zur Überprüfung der methodischen Güte der deutschsprachigen Fassung des RAI 2.0 konnten nicht identifiziert werden.

2.3.1 Frage 1: „Ist die Feststellung zutreffend? Wenn nicht, sollten entsprechende Angaben/Hinweise gegeben werden.“

Antwort:

Die Feststellung trifft nur teilweise zu. Sie stimmt hinsichtlich des Mangels an Publikationen und der Tatsache, dass die deutsche Version des RAI 2.0 nicht insgesamt einer Reliabilitätsprüfung und Validierung unterzogen wurde. Jedoch wurden einzelne Items und Skalen entsprechenden Prüfungen unterzogen. Diese Studien wurden nur teilweise veröffentlicht (vgl. z. B. Polak 2005), teilweise noch nicht publiziert.

2.3.2 Begründung / Erläuterung:

Im Rahmen ihrer Dissertation hat Ute Polak das RAI AC für die Akutversorgung einer Reliabilitätsprüfung unterzogen (Polak 2005). Auch das RAI AC beinhaltet Items und Skalen, die deckungsgleich in den Instrumenten RAI 2.0 und RAI HC vorkommen. Das betrifft speziell die Items zur Feststellung der körperlichen Funktionsfähigkeit bei den elementaren Verrichtungen (ADL), die IADL-Items (Fähigkeiten zur Bewältigung instrumenteller Anforderungen im Alltag), eine Reihe kognitiver Items, Hör-/Sehfähigkeit, Verständlichkeit, Verhalten, Entscheidungskontrolle, Druckgeschwüre, Schmerzen und noch weitere Punkte. (Tabelle 6). Im Mittelpunkt der Untersuchung von Polak stand die „Interrater-Reliabilität“. Die zu beurteilenden Individuen wurden jeweils durch zwei unabhängige Personen beurteilt. In der Tabelle 6 sind die Kappa-Koeffizienten für die Items aufgeführt, die in allen drei Instrumenten identisch sind, und zwar jeweils an drei Zeitpunkten: vor der Aufnahme, bei der Aufnahme und kurz vor der Entlassung. Die Ergebnisse bestätigen eine hervorragende Reliabilität für die deutsche Version aller ADL-Items, weiter für die Blasen- und Darmkontrolle, Häufigkeit von Schmerzen, einige Verhaltensitems, das Kurzzeitgedächtnis und Kognition (Entscheidungen in Alltagsangelegenheiten). Bei den letztgenannten Items bildet der prä-morbide Zustand (vor der Aufnahme) eine Ausnahme: der Kappa-Wert ist größer als

0,50 aber kleiner als 0,60, was für eine zufriedenstellende, aber nicht herausragende Reliabilität spricht. Die höchsten Werte, etwa bei den ADL-Items, betragen 0,88 (beachtliche Reliabilität – vgl. Borz & Döhring 1995). Schwach sind die Koeffizienten für die „Gewichtsveränderung“, das Verhaltensitem „Wandern/Umherirren“ und das Schmerzmanagement bei der Entlassung.

Tabelle 6: Kappa-Koeffizienten für Items, die in den interRAI-Instrumenten identisch sind (Interrater-Reliabilität im Krankenhaus, Quelle: Polak 2005)

Item	Kappa		
	Zustand vor Aufnahme	Zustand bei Aufnahme	Zustand vor Entlassung
ADL- Bewegung im Bett	> .70	> .80	> .80
ADL-Transfer	> .70	> .70	> .80
ADL-Gehen	> .70	> .70	
ADL-An-/Auskleiden	> .80	> .60	> .80
ADL-Fähigkeit zu essen	> .80	> .80	> .60
ADL-Toilettenbenutzung	> .70	> .70	> .60
ADL-Persönliche Hygiene	> .70	> .70	> .60
Hilfsmittel	> .50	> .70	> .50
IADL-Essenszubereitung	> .40	Nicht berechnet	Nicht berechnet
IADL-leichte Hausarbeit	> .50	Nicht berechnet	Nicht berechnet
IADL-Medikamenten-Management	> .40	Nicht berechnet	Nicht berechnet
IADL-Telefonbenutzung	> .40	Nicht berechnet	Nicht berechnet
IADL-Einkaufen	> .60	Nicht berechnet	Nicht berechnet
IADL-Transport	> .40	Nicht berechnet	Nicht berechnet
Blasenkontrolle	> .70	> .60	> .50
Darmkontrolle	> .80	> .80	> .50
Druckgeschwüre	> .40	> .80	> .70
Hören	> .40	> .60	> .70
Verständlichkeit	> .70	> .80	> .80
Sehfähigkeit	> .40	> .60	> .50
Verhalten-Umherirren	Nicht berechnet	> .40	Nicht berechnet
Verhalten-verbale Aggressivität	> .60	> .70	Nicht berechnet
Verhalten-körperliche Aggressivität	Nicht berechnet	Nicht berechnet	Nicht berechnet
Verhalten-sozial unangemessen	> .60	> .40	> .40
Verhalten-widersetzt sich	Nicht berechnet	> .80	> .80
Kognitive Fähigkeiten	> .50	> .80	> .60

(Entscheidung in alltäglichen Situationen)			
Kurzzeitgedächtnis	> .50	> .80	> .80
Häufigkeit von Schmerzen	> .70	> .60	> .70
Schmerzmanagement	> .50	> .40	> .40
Gewichtsveränderung	> .40	Nicht berechnet	Nicht berechnet
Indikatoren für Vernachlässigung	> .60	Nicht berechnet	Nicht berechnet

Eine gute Reliabilität weisen die Verhaltensitems „verbale Aggressivität“, „sozial unangemessenes Verhalten“ (nur vor der Hospitalisierung) und Indikatoren für Vernachlässigung auf. Die IADL-Items, die nur vor der Aufnahme der Patientinnen getestet wurden, nicht aber im Krankenhaus (wo die Aktivitäten nicht anfallen) zeigen eine annehmbare bis gute Reliabilität. Das gleiche trifft für das „Schmerzmanagement“ zu (Ausnahme: Zustand bei der Entlassung). Ute Polak testete die Übereinstimmung der Rater (ebenda). Sie sind für die identischen Items in Tabelle 7 wiedergegeben. Auch hierbei überzeugt der hohe Übereinstimmungsgrad, was für die Güte der Items spricht. Die Urteile der Rater sind zum Teil 100%ig deckungsgleich, vielfach sind die Werte > 90% oder > 80%.

Tabelle 7: Prozentuale Übereinstimmung der beiden Rater/innen an verschiedenen Messzeitpunkten (Quelle: Polak 2005, Wiedergabe der identischen Items)

Item	% Übereinstimmung		
	Zustand vor Aufnahme	Zustand bei Aufnahme	Zustand vor Entlassung
ADL- Bewegung im Bett	72,7	71,6	70,0
ADL-Transfer	65,6	61,6	61,9
ADL-Gehen	66,7	65,7	62,5
ADL-An-/Auskleiden	60,7	65,7	59,8
ADL-Fähigkeit zu essen	87,2	68,6	72,5
ADL-Toilettenbenutzung	71,0	52,0	72,5
ADL-Persönliche Hygiene	71,0	65,0	65,8
Hilfsmittel	70,0	56,0	61,8
IADL-Essenszubereitung	61,8	Nicht erhoben	Nicht erhoben
IADL-leichte Hausarbeit	56,2	Nicht erhoben	Nicht erhoben
IADL-Medikamenten-Management	66,6	Nicht erhoben	Nicht erhoben
IADL-Telefonbenutzung	84,3	Nicht erhoben	Nicht erhoben
IADL-Einkaufen	65,7	Nicht erhoben	Nicht erhoben

IADL-Transport	71,6	Nicht erhoben	Nicht erhoben
Blasenkontrolle	81,3	71,0	54,0
Darmkontrolle	90,6	91,5	87,2
Druckgeschwüre	89,3	87,5	83,8
Hören	61,4	63,9	67,5
Verständlichkeit	81,2	82,4	79,0
Sehfähigkeit	74,2	77,1	62,5
Verhalten-Umherirren	90,3	88,2	94,7
Verhalten-verbale Aggressivität	96,7	96,1	91,9
Verhalten-körperliche Aggressivität	93,7	91,2	100
Verhalten-sozial unangemessen	96,7	93,1	88,9
Verhalten-widersetzt sich	93,5	91,2	100
Kognitive Fähigkeiten (Entscheidung in alltäglichen Situationen)	79,3	84,4	64,8
Kurzzeitgedächtnis	83,3	84,5	94,7
Häufigkeit von Schmerzen	66,7	64	65,9
Schmerzmanagement	68,8	59,3	62,5
Gewichtsveränderung	77,8	Nicht berechnet	Nicht berechnet
Indikatoren für Vernachlässigung	93,5	Nicht berechnet	Nicht berechnet

Mit Daten einer Untersuchung zu Evaluation der Humorthherapie (Garms-Homolová & Kiki 2003 und 2002), für die das RAI 2.0 verwendet wurde, konnte die Schmerzskala, die Skala der Verhaltensauffälligkeiten, das Item „verbale Aggressivität“, die Items der Entscheidungsfähigkeit (Kognition) und die Gedächtnisitems einer Reliabilitätsprüfung unterzogen werden. Für die Einzelitems wurde Durchschnittskappa (binäre Daten) berechnet, für die Skalen gewichtete Kappa-Koeffizienten (Fleiss-Cohen-Gewichtung). Bis auf das Kurzzeitgedächtnis (Tabelle 8) sind die Kappa - Werte gut bis exzellent und auch die prozentuale Übereinstimmung (Dual – Assessment) ist hoch.

Ferner wurde die Validität der Skala der Verhaltensauffälligkeiten mit Hilfe der Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), die in der Untersuchung ebenfalls angewandt wurde, kalkuliert (Cohen-Mansfield et al 1989; Cohen-Mansfield 1991). Die Spearman-Korrelation zwischen dem Mittelwert der CMAI und dem Mittelwert der Verhaltenssymptomatik (5 Items) war hoch = .59.

Tabelle 8: Inter-Rater – Reliabilität von Skalen und Einzelitems des RAI 2.0 (n=61)

Skala oder Item	Durchschnitts-Kappa	Prozentuale Übereinstimmung
Verhaltenssymptome /Skala, (5 Items)	0.78	73,6%
verbale Aggressivität	0,76	70,7%
Schmerzskala (Pain – Score)	0,53	86,5%
Entscheidungsfähigkeit im Alltag (Kognition), 1 Item	0,79	85,1%
Kurzzeitgedächtnis, 1 Item	0,39	68,2%
Langzeitgedächtnis, 1 Item	0,57	70,2%

Schließlich wurde im Zusammenhang mit der Übersetzung des neuen interRAI HC – Assessment, das zum integrierten interRAI- Assesmentsystem gehört, die Validität der DRS (Depression Rating Scale) in der deutschen Version anhand der Vergleich mit dem weit verbreitetem BDI (Beck Depression Inventar – vgl. Beck & Steer, 1987; Hautzinger et al 1994; Richter et al. 1994)geprüft. Die gleiche Skala kann auch mit den Instrumenten RAI 2.0 und RAI HC berechnet werden, denn die Items sind deckungsgleich. Die Korrelation (n=40 Fälle) erreichte einen mittleren Wert (Spearman Koeffizient betrug 0.47). Die Homogenität (Cronbach – Alpha – Koeffizient) erreichte für die deutsche DRS-Version einen hohen Wert.

Zusammenfassend soll unterstrichen werden, dass die vorliegenden biometrischen Prüfungen – wenn gleich sie an kleinen Stichproben durchgeführt wurden - den deutschen Versionen der Instrumente eine hohe methodischen Güte bescheinigen.

2.4 Das Instrument ist hochkomplex und erfordert eine große Aufmerksamkeit (gründliches Lesen der Erläuterungen im Handbucheil ist Voraussetzung).

2.4.1 Frage 1: „Bedingt die Komplexität des Instruments bestimmte Anforderungen an die Begutachter / Begutachterinnen?“

Antwort

Nach unserer Einschätzung sollen die Gutachter/innen eine Reihe von Anforderungen erfüllen, von denen allerdings nur der kleinere Teil aus den Anforderungen des RAI 2.0 und RAI HC resultieren würde (vgl. Abbildung 4):

- 1) Gutachter/innen müssen ausreichende Kenntnisse des SGB XI und der allgemeinen Begutachtungsgrundsätze mitbringen.
- 2) Gutachter/innen müssen über ausreichendes klinisches und epidemiologisches Basiswissen verfügen, das alternativ
 - im Medizinstudium,
 - im pflegewissenschaftlichen Studium oder
 - aber auch in einer guten Pflegeausbildung mit nachträglichen, gezielten Fortbildungen erworben werden kann.

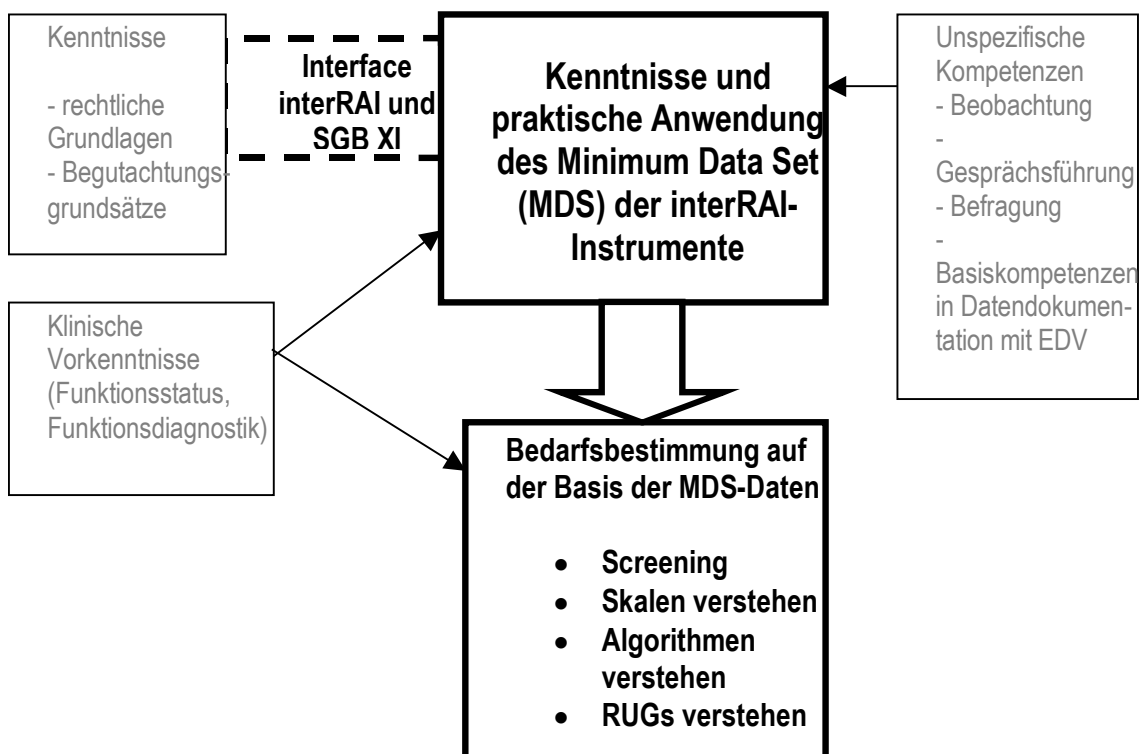
(Im übrigen wird davon ausgegangen, dass die Gutachter/innen bereits heute über eine höhere Qualifikation und über umfassendere Kompetenzen verfügen, als durchschnittlich qualifizierte Pflegekräfte in ambulanten und stationären Langzeiteinrichtungen oder in Krankenhäusern, die in der Regel keine Probleme haben, die Anwendung des RAI 2.0 oder RAI HC in einer angemessenen Schulungszeit zu erlernen).

- 3) Ihnen soll das interRAI – Assessment bekannt sein und sie müssen speziell das Minimum Data Set des interRAI HC (alternativ des interRAI 2.0) praktisch anwenden können. Dazu gehört die genaue Einschätzung des Zustandes des Individuums, das die Leistungen des SGB XI begehrt, Erfassung/Dokumentation der gewonnenen Informationen und die Interpretation der gewonnenen Informationen.
- 4) Sie sollten die Algorithmen zur präzisen und gerechten (reliablen) Bedarfsbestimmung kennen und in der Lage sein, diese bei der Anspruchsberechtigungsprüfung und LeistungsberechtigungsEinstufung zu verwenden.

- 5) Sie sollen über eine Reihe weiterer wichtiger Kompetenzen verfügen, die wir als unspezifisch bezeichnen sollen. Dazu gehören insbesondere die klinische Beobachtung, Fähigkeit, Gespräche zu führen (und zwar unter Umständen auch mit Personen, deren kommunikative oder kognitive Kompetenzen beeinträchtigt sind), gezielte Befragungen durchzuführen und in der Lage sein, Informationen EDV-mäßig (Notebook, Handheld o.ä.) zu erfassen, falls dieses erwartet wird.

Es soll noch einmal ausdrücklich unterstrichen werden, dass von den genannten Anforderungskomplexen nur die unter 3 und 4 genannten Anforderungen aus den interRAI-Instrumenten resultieren. Die übrigen Anforderungen stellen sich auch dann, wenn andere Begutachtungsverfahren eingesetzt werden.

Abbildung 4: Anforderungen an die Begutachter/Begutachterinnen



2.4.2 Begründung / Erläuterung

„Das gründliche Lesen“ des Handbuchs ist ein großer Vorteil, den nur wenige der im Gutachten von der Universität Bielefeld angesprochenen Verfahren ebenfalls anbieten. Das Handbuch hilft, eine genaue und standardisierte Beurteilung der Klientinnen und Klienten durchzuführen. Im Handbuch finden sich inhaltliche Beschreibungen aller zu beurteilenden Bereiche und Items einschließlich der jeweiligen Skalierung. Das und die genauen Definitionen und Instruktionen, wie man das MDS HC ausfüllen soll, sind Voraussetzungen für eine reliable Handhabung des Assessment. Ebenfalls vorhanden sind Zeitvorgaben für die Beobachtung und gegenwärtige sowie retrospektive Zustands- und Situationsbeurteilung. Ferner finden sich dort Empfehlungen hinsichtlich der Informationsquellen und der Wege, wie man die wichtigen, oft jedoch delikatsten Angaben am besten erfragt oder überprüft. Das Handbuch steht auch für die weitere täglichen Arbeit bereit. Wenn der/die Nutzer/in etwas nicht weiss, kann er /sie es dort zu jeder Zeit nachschlagen. Die Verwendung des Handbuchs erleichtert die Arbeit und erhöht die Genauigkeit der Beurteilung.

2.4.3 Frage 2: „Wie können Probleme bei der Handhabbarkeit durch die Komplexität des Instruments minimiert werden?“

Antwort

Bei ausreichend trainierten Mitarbeiter/innen in den Pflegeeinrichtungen sind entsprechende Probleme nicht aufgetreten. Deshalb sind sie auch nicht bei den Gutachter/innen zu erwarten, die mindestens die gleiche Qualifikation haben, wie durchschnittliche, examinierte Krankenpflegekräfte mit einem RAI-Training.

2.3.4 Begründung / Erläuterung

Ein gutes Beispiel für das „erfolgreiche Erlernen“ bietet die Evaluation. Nach der Durchführung der ersten Phase des RAI 2.0 – Trainings, während dessen standardisierte Kasuistik verwendet wurde, haben wir die Übereinstimmung der Resultate der Teilnehmer/innen mit den Ergebnissen verglichen, die erzielt werden sollten. Dabei konzentrierten wir uns speziell auf die Bereiche, die den Schulungsteilnehmer/innen normalerweise schwierig vorkommen (Beispiel Kognition und ADL). Es zeigt sich, dass

die Ergebnisse (Kappa – Koeffizienten für die Übereinstimmung) herausragend gut waren, für ADL sehr gut (Tabelle 9).

Tabelle 9: Evaluation des Trainings beim Ausfüllen des MDS des RAI 2.0 (n = 16)

Item	Kappa ¹⁾
Kognition / Entscheidungsfähigkeit	0,82
Kommunikation / Hören	0,83
ADL	0,69
Kontinenz	0,70
Ernährung	0,82

¹⁾ Es wurde zunächst ein paarweiser Vergleich berechnet. Die angegebenen Werte sind Mittelwerte.

Über ähnliche Ergebnisse wird auch aus anderen Ländern berichtet, wie etwa die Studie von Landi et al 1996 zeigt (Tabelle 10).

Tabelle 10: Auswirkungen des Trainings beim Ausfüllen des MDS des RAI 2.0 (Italien), Übereinstimmung beim Ausfüllen des MDS

Bereich	Kappa
Kognitive Fähigkeiten	0,81
Kommunikation / Hörstrukturen	0,83
Sehmuster	0,74
Körperliche Funktionsfähigkeit - ADL	0,77
Kontinenz	0,72
Psychosoziales Wohlbefinden	0,82
Stimmungs- und Verhaltensmuster	0,73
Aktivität und Beschäftigungsmuster	0,89
Gesundheitszustand	0,78
Krankheitsdiagnosen	0,85
Mund - / Zahnstatus	0,71
Ernährungszustand	0,84
Hautzustand	0,91
Medikationen	0,89
Spezielle Behandlungen und Maßnahmen	0,78

Wie wir noch weiter unten (Abschnitt 2.5.8) zeigen, halten sich 50 bis 60% der Schulungsteilnehmer/innen bereits nach dem Absolvieren der Basisschulung für kompetent in der Handhabung des MDS. Unterstrichen werden speziell:

- die erworbene Fähigkeit, Klient/innen umfassend zu sehen,
- gelernt zu haben, genau und umfassend zu beobachten

- die Fülle und Güte der Informationen, die man von und über die Klient/innen bekommt
- neue Perspektive entwickelt zu haben
- das erworbene Verständnis für die Zustände von Menschen mit Pflegebedarf
- und die Fähigkeit, den Angehörigen und Klient/innen die Erfordernisse ihrer Versorgung zu erläutern.

Zeitkonsumierend ist das Erlernen der Pflegeplanung (die aber für die Begutachter/innen nicht relevant ist), speziell auch deshalb, weil die Teilnehmer/innen zu wenig Kenntnisse auf diesem Gebiet mitbringen.

2.5 Vor Anwendung des Instruments sind umfassende, mehrtätige Schulungen (theoretisch wie praktisch) mit Übungen in der Praxis erforderlich

2.5.1 Frage 1: „Welcher Personenkreis, mit welcher Qualifikation sollte diese Schulungen absolvieren bzw. geben?“

Antwort

1) Das RAI 2.0 und das RAI HC sind – wie auch die Instrumente des neuen integrierten interRAI – Assessmentsystems – grundsätzlich interdisziplinär konzipiert und können daher von verschiedenen Professionen mit einer guten Basisausbildung in der Pflege, Medizin, aber auch Physio- und Ergotherapie – verwendet werden, vorausgesetzt, dass diese Personen in Schulungen entsprechende Kompetenzen in der Verwendung der Instrumente erhalten haben.

2) Mit Blick auf die Aufgabe der Begutachtung soll wiederholt werden, was bereits zum Komplex 2.4 geschrieben wurde:

- Die Gutachter/innen müssen ausreichende Kenntnisse des SGB XI und der allgemeinen Begutachtungsgrundsätze mitbringen.
- Die Gutachter/innen müssen über ausreichendes klinisches und epidemiologisches Basiswissen verfügen, das alternativ
 - im Medizinstudium,
 - im pflegewissenschaftlichen Studium oder
 - aber auch in einer guten Pflegeausbildung mit nachträglichen, gezielten Fortbildungen erworben werden kann.
- Die Gutachter/innen sollen gut mit dem interRAI – Assessment vertraut sein und insbesondere sollen sie das Minimum Data Set des interRAI HC (alternativ des interRAI 2.0) praktisch anwenden können. Dazu gehört die genaue Einschätzung des Zustandes des Individuums, das die Leistungen des SGB XI begehrt, Erfassung/Dokumentation der gewonnenen Informationen und die Interpretation der gewonnenen Informationen.
- Die Gutachter/innen sollten die Algorithmen zur präzisen und gerechten (reliablen) Bedarfsbestimmung kennen und in der Lage sein, diese bei der

Anspruchsberechtigungsprüfung und LeistungsberechtigungsEinstufung zu verwenden.

- Die Gutachter/innen sollen über eine Reihe weiterer wichtiger Kompetenzen verfügen, die wir als unspezifisch bezeichnen sollen. Dazu gehören insbesondere die klinische Beobachtung, Fähigkeit, Gespräche zu führen (und zwar unter Umständen auch mit Personen, deren kommunikative oder kognitive Kompetenzen beeinträchtigt sind), gezielte Befragungen durchzuführen und in der Lage sein, Informationen EDV-mäßig (Notebook, Handheld o.ä.) zu erfassen, falls dieses erwartet wird.

2.5.2 Begründung / Erläuterung

Im deutschsprachigen Raum existieren bisher Erfahrungen mit examinierten Krakenschwestern / Krankenpflegern (dreijährige Ausbildung), mit Altenpfleger/innen (dreijährige Ausbildung), mit Ärzt/innen und Sozialarbeiter/innen (die im Rahmen des Projekts „persönliches Pflegebudget“ das RAI HC verwenden). Es gibt teilweise Erfahrungen mit Pflegemitarbeiter/innen, die nicht examiniert, sondern nur erfahren und fortgebildet sind. Sie sind in der Lage, nach entsprechenden Trainings innerhalb ihrer Teams zur Vervollständigung des Minimum Data Set (MDS) beizutragen, sollen aber nicht alleine für die Durchführung zuständig sein. Berichte aus anderen Ländern bestätigen die deutschen und österreichischen Erfahrungen:

Tabelle 11: Erfahrungen in anderen Ländern. USA „Wer kann das MDS-RAI erfolgreich durchführen?“ (Befragung von Heimleiter/innen nach der Implementation, n = 237 = 93% des Gesamtsample; Quelle: Phillips et al. 1993)

Berufsgruppe	Angaben in %
Registered Nurses RN	79
Licensed Practical Nurse LPN	74
Pflegehilfen (nursing aids)	41

Tabelle 11 zeigt die Meinungen der Leitungen von 237 Pflegeeinrichtungen aus der ersten Postimplementationszeit. Die meisten berichten, dass eine gut qualifizierte Pflegekraft das RAI durchführen soll. Die Durchführung war dabei jedoch mit

Aufgaben der Pflegeplanung, nicht mit der Feststellung der Anspruchsberechtigung, verbunden.

Dagegen zeigt die Tabelle 12, wer in den USA in der gleichen Zeit tatsächlich an der Durchführung in der klinischen Praxis der Langzeitversorgung beteiligt war. Auch hierbei überwogen die ausgebildeten Pflegekräfte, gefolgt von Sozialarbeiter/innen, Diätassistent/innen und Aktivierungskräften (speziell in der Versorgung demenziell erkrankter Personen).

Tabelle 12: „Wer ist an der Durchführung des MDS-RAI in den Einrichtungen beteiligt gewesen?“ (Postimplementationsbefragung USA, n = 233 Pflegeeinrichtungen, Mehrfachnennungen möglich) Quelle: Phillips et al. 1993

Berufsgruppe	Anteil der Nennungen in %
Pflegekräfte	99
Sozialarbeiter/innen	78
Therapeuten/innen (Ergo-, Physio-, etc.)	31
Aktivierungskräfte	66
Diätassistenten/innen / Diätberater/innen	66
Ärzt/innen	5
Hilfskräfte	4

Die im Abschnitt 2.5.6 präsentierte Tabelle 13 gibt die Erfahrungen aus verschiedenen Ländern in und außerhalb Europa wieder (interne Befragung der interRAI, Stand 2004). Dort ist auch aufgeführt, wie die jeweiligen Berufsgruppen geschult werden. Im Zusammenhang mit der Feststellung der Anspruchsberechtigung gibt es am ehesten Erfahrungen aus Japan - sogenannte Care Manager/innen. Diese haben eine Basisausbildung, die vorwiegend die Elemente einer Sozialarbeiterausbildung trägt, ohne jedoch mit dem deutschen Studium der Sozialarbeit vergleichbar zu sein (Die meisten Care Manager/innen in Japan wurden im Schnellverfahren in einer einjährigen Ausbildung für die Care Managementaufgaben qualifiziert). Insofern erweist sich auch in Japan die Anwendung durch Pflegekräfte und Ärzt/innen oft erfolgreicher, als die Verwendung des RAI HC durch die Care Manager/innen, was weniger am RAI, stärker jedoch an dem allgemeinen Qualifikationsstand liegt.

2.5.3 Frage 2: „Welche Voraussetzungen hinsichtlich des institutionellen Rahmens müssen zur Schulung gegeben sein?“

Antwort:

- 1) Im Bereich der Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) hat sich am besten die innerbetriebliche Schulung bewährt, nicht nur in Deutschland, sondern in den meisten Ländern, die über entsprechende Erfahrungen verfügen.
- 2) Räumliche / technische Ausstattung: Ein heller freundlicher Raum für die Gesamtgruppe, Bestuhlung im Kreis oder im Hufeisen, Schreibmöglichkeiten für alle Teilnehmer, zwei zusätzliche kleine Räume für die Arbeit in Kleingruppen und „Minigruppen“, Notebook und Beamer.
- 3) Nach unserer Erfahrung sollen die Gruppen nicht mehr als maximal 16 Personen umfassen. Im Verlauf der Schulung wird immer wieder auch in kleineren Gruppen und in Minigruppen (zwei bis drei Personen) geübt.
- 4) Die Teilnehmer/innen sollen vergleichbare Erfahrungen oder Basisqualifikationen mitbringen – eine zu starke Heterogenität der Zusammensetzung ist nicht günstig.
- 5) Sofern die Schulung innerbetrieblich durchgeführt wird, ist die Zustimmung und die Motivation der Leitungen dieser Betriebe von herausragender Bedeutung.

2.5.4 Begründung / Erläuterung

Die hier aufgeführten Bedingungen entsprechen den Voraussetzungen für das Lernen Erwachsener und die zeitgemäße Erwachsenenbildung.

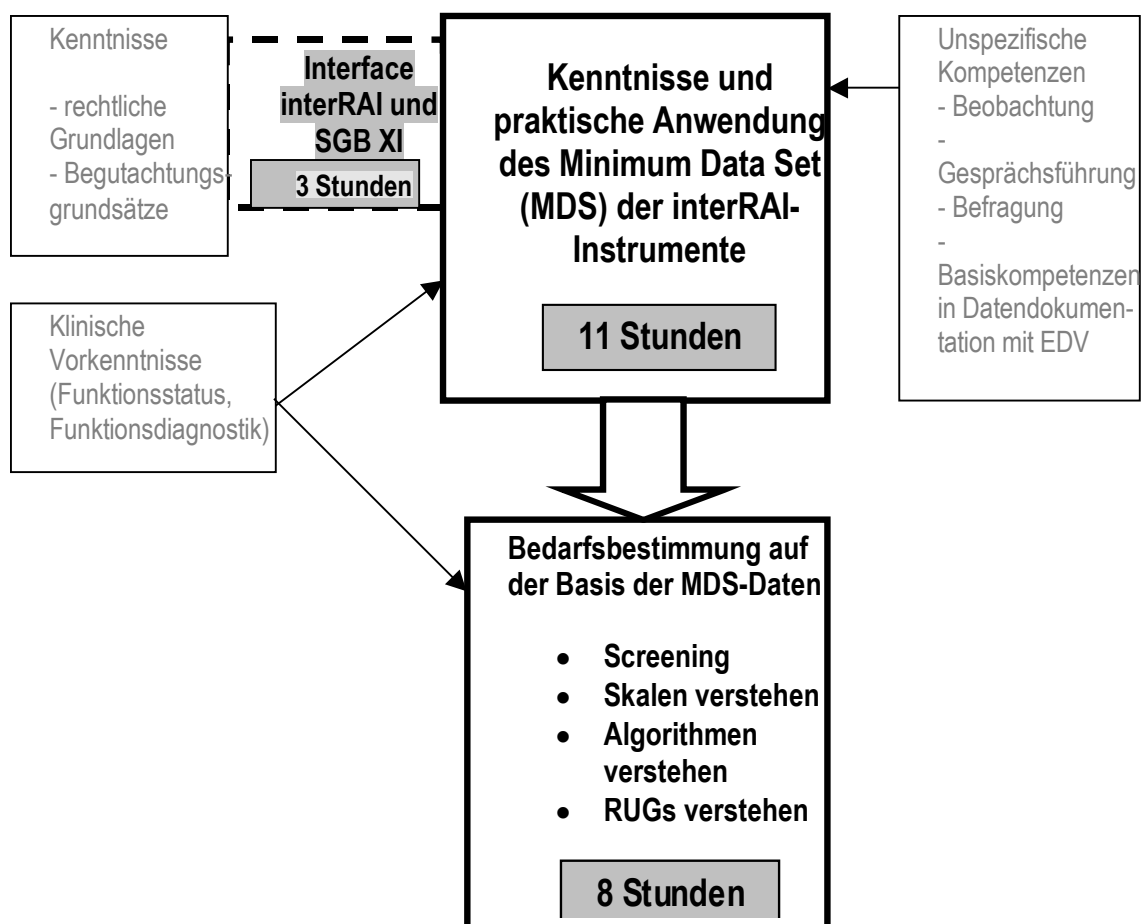
2.5.5 Frage 3: „Welchen Stundenumfang besitzen diese Schulungen?“

Antwort

- 1) Entsprechend den bisherigen Erfahrungen mit Pflegekräften und Ärzt/innen sollten die Schulungen für die Assessorinnen einen Umfang von 22 Stunden haben. In dieser Zeit werden den Begutachter/innen einerseits Kenntnisse und Kompetenzen in der praktischen Anwendung des Minimum Data Set vermittelt (11 Stunden) und andererseits das Verfahren der Bedarfsbestimmung und Entscheidungsfindung auf der Basis der RAI – Assessments (8 Stunden).

Weitere 3 Stunden sollen dazu genutzt werden, ein Verständnis der Beziehung zwischen den Grundsätzen des SGB XI und der interRAI Philosophie zu entwickeln (Abbildung 6). Die angegebene Zeit von 22 Stunden schließt die Vermittlung anderer Kompetenzen, etwa der rechtlichen Grundlagen des SGB XI, die Basiskenntnisse der Funktionsdiagnostik oder der Befragung, Beobachtung und EDV, nicht ein.

Abbildung 6: Zeitlicher Umfang der Schulungsmaßnahmen



2.5.6 Begründung / Erläuterung

- Bei den Schulungen für die Pflegekräfte in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern haben sich aus unserer Sicht am besten Schulungen von 28 Stunden bewährt. Sie finden in zwei Phasen statt: Die erste Phase ist der Vermittlung einer kompetenten Handhabung des MDS

RAI beziehungsweise MDS HC gewidmet. Sie dauert zwei Tage. Die zweite Phase findet nach etwa vier bis acht Wochen statt. In der Zwischenzeit sind die Teilnehmer zur Durchführung von mindestens drei praktischen Assessments verpflichtet. Die zweite Phase hat zum Ziel, die Assessmentinformation über den Zustand des Klienten / der Klientin anzuwenden lernen, entweder für die Pflegeplanung, das Case Management oder die Qualitätssicherung.

- Die zu letzt genannten Anwendungen werden für die Begutachter/innen irrelevant sein. Dagegen sollen diese Personen andere Anwendungen lernen, etwa für ihre zentralen Aufgabe der Bedarfsfeststellung. Dieser Kompetenzen würden nach unserer Einschätzung in ca. 8 Stunden zuverlässig erlernbar sein (Abbildung 6).
- Personen, die eine andere Funktion besitzen (etwa Heimleiter/innen, Inhaber von Pflegediensten etc.) werden eintägig geschult. Sie benötigen lediglich eine Übersicht über das Assessment, müssen es jedoch nicht praktisch anwenden.
- Die Multiplikatoren absolvieren die Basisschulung und nach einer bestimmten Zeit eine weitere zweitägige Schulung. Sie müssen die praktische Durchführung von mindestens 15 Assessments nachweisen.

In der Tabelle 13 wurden verschiedene Länder aufgelistet und eine Übersicht über die Trainingszeiten gegeben. Diese differieren erheblich, wobei ganz offensichtlich auch die „Ausgangssituation“ eine Rolle spielt. Dort, wo es Defizite in klinischen Kompetenzen gibt (Korea und China, wo nur Sozialarbeiter/innen trainiert werden) müssen längere Schulungen stattfinden. Auch spielt es eine Rolle, ob die Teilnehmer/innen Kompetenzen in strukturierten Vorgehen besitzen, und ob sie es gewohnt sind, mit strukturierten und standardisierten Verfahren zu arbeiten, wie es teilweise in Island und anderen nordischen Ländern der Fall ist. Wenn solche Kompetenzen nicht präsent (Italien), oder diese nur sehr eingeschränkt vorhanden sind (Deutschland und Frankreich), dann müssen solche Fähigkeiten in den Schulungen nachgeholt werden. Es muss aufgezeigt werden, welche Vorteile eine genaue Information bringt und wie man mit ihr umgehen beziehungsweise sie nutzen kann. In diesem Sinne dienen die RAI – Schulungen auch als eine „Kompensation“ der Defizite der Basisausbildung. Das Gleiche betrifft das

geriatriische Wissen beziehungsweise die Kenntnisse von Funktionseinschränkungen bei chronisch Kranken und behinderten Menschen. Es zeigt sich immer wieder, dass auch Ärzt/innen und gut ausgebildete Pflegekräfte einen erheblichen Nachholbedarf aufweisen – auch in Deutschland. Insbesondere in Italien werden die RAI – Training dafür genutzt, ein geriatriisches Grundwissen zu vermitteln. Aus diesem Grunde werden lange Schulungen durchgeführt. Diese Trainings wurden konzipiert für alle, die für die Versorgung alter Menschen auf kommunalen Ebene zuständig sind, zum Beispiel für Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Personen, die für die Wohnraumanpassung verantwortlich sind. Denn auch sie müssen „den Bedarf“ genau einschätzen können. In China wurde darüber hinaus auf der Basis der RAI-Instrumente ein „distant –learning-program“ für Mediziner in ländlichen Regionen, die keinen Zugang zu Fortbildungen haben, entwickelt. Gegenwärtig läuft die Erprobung dieser Maßnahme.

Tabelle 13: Erfahrungen aus europäischen und außereuropäischen Ländern (Auswahl)

Land	Dauer	Adressat/innen	Anmerkung
Dänemark	1 Tag Schulung 1 Tag individuelle Supervision	Pflegekräfte	Breite Teile „innerbetrieblich“ am Patienten
Finnland	20 Stunden und kontinuierliche Supervision (Feedback)	Pflegekräfte / Heimleiter/innen	Innerbetrieblich aber auch extern (regionale Veranstaltungen)
Frankreich	5 Tage im Vorlauf von 2 Monaten danach 2 zweistündige Sitzungen innerhalb von 4 Monaten	Pflegekräfte Selten Ärzte Selten Sozialarbeiter	Innerbetrieblich Aber Auch extern
Island	8 Stunden an einem Tag	Pflegekräfte Sozialarbeiter Selten Ärzte	Innerbetrieblich Aber Auch extern Konzepte für werden vorbereitet
Italien	7 Tage, 8 Stunden pro Tag	Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter Ärzte aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst	Andere Schlüsselpersonen bei Care Management
Niederlande	2 Tage	Pflegekräfte Ärzte in Pflegeheimen	Innerbetrieblich aber auch extern
Norwegen	Bisher 1 Tag	Pflegekräfte	Innerbetrieblich Formale Ausbildung wird vorbereitet

Schweden	2 Tage Grundlagen nach 2 Wochen weitere 2 Stunden und praktische Übungen mit Feedback	Pflegekräfte	Innerbetrieblich, direkt in Stationen / Wohnbereichen
Spanien / Kastilien	12-20 Stunden	Pflegekräfte	
Spanien / Katalonien	20 Stunden	Pflegekräfte Administration Heimleiter	
Spanien / Galizien	12-15 Stunden in Pflegeheimen 15 Stunden in der ambulanten Pflege	Pflegekräfte Heimleiter	
China	5 Tage	Sozialarbeiter Ärzte	Großer Nachholbedarf da keine Gesundheitskenntnisse Distant learning Program von Microsoft
Korea	7 Tage, 8 Stunden pro Tag	Sozialarbeiter	

Tabelle 14 zeigt die Erfahrungen aus den USA in der Postimplementationszeit des RAI 2.0. Die Mindestzeiten (Durchschnitt) sind niedriger angesetzt, als in den meisten europäischen Ländern. Es ist auch bekannt, dass die Trainingszeiten vom Bundesstaat zu Bundesstaat sehr variieren von 0 Stunden bis zu Schulungen, die mehrere Wochen dauern und aus zwei- bis dreistündigen Sitzungen bestehen. Entsprechend differiert dort auch die Qualität der Assessments.

Tabelle 14: Erfahrungen aus den USA: „Wie lange soll die Schulung dauern?“
(Befragung von Heimleiter/innen nach der Implementation, n = 237 = 93% des
Gesamtsample; Quelle: Phillips et al. 1993)

Berufsgruppe	Dauer in Stunden
Schulung für Verwaltungskräfte	10
Schulung für Pflegekräfte	16

2.5.7 Frage 4: „Müssen ggf. Nachschulungen stattfinden? Wenn ja, in welchen Zeitabständen und Zeitumfang muss dies erfolgen?“

Antwort

- 1) Nachschulungen oder eine andere Form nachhaltiger Begleitung der Begutachter/innen und/oder der Praxismitarbeiter/innen, die mit den Instrumenten arbeiten, erscheinen geboten.

- 2) Der Zeitabstand soll ein Jahr nicht übersteigen, es sei denn, es gibt andere Methoden der Unterstützung und Begleitung der Personen, die mit den interRAI-Instrumenten arbeiten (Feedback, Supervision, Erfahrungsaustausch, eine Hotline oder Antworten auf Fragen über Internet, wobei persönliche Methoden mehr Zuspruch erhalten.)
- 3) Wenn nur eine Nachschulung stattfindet (keine sonstige Begleitung oder Unterstützung), sollte diese mindestens 6 Stunden betragen.

2. 5.8 Begründung / Erläuterung

Die angegebenen Werte basieren auf unseren eigenen Erfahrungen und Evaluationen. Gut ein Viertel der Gruppe von 269 Teilnehmer/innen an Schulungsmaßnahmen haben in einer offenen Frage, was ihre Arbeit mit dem RAI verbessern könnte, Wiederholungsschulungen genannt. Von Schulungsteilnehmer/innen, die in einer vollstrukturierten schriftlichen Befragung nach der Erwünschtheit der Auffrischungsschulung befragt wurden, haben sich die meisten für die Nachschulung und Auffrischung ausgesprochen. (Tabelle 15).

Frage15: Was halten Sie für die beste Methode, das in den RAI-Schulungen erworbene Wissen „weiterzugeben“? (Mehrfachnennungen möglich) Angaben in % (N_{HC} = 416 ; N_{RAI.2.0} = 98)

	Ja = Positive Antworten stationär	Ja = Positive Antworten ambulant
Innerbetriebliche Kurse	58,2	77,6
Vorbild, Vorzeigen	17,3	40,4
Permanente Supervision	17,3	20,9
Von Zeit zu Zeit Auffrischung / Nachschulung durch externe Trainerinnen	68,4	74,8
Entwicklung und Implementierung eines Einarbeitungskonzeptes für neues Personal	37,8	46,4
Externe Fortbildungen für die Leitenden	20,4	38
Sonstiges	4,1	7,7

Die Antworten auf die Frage, ob Multiplikatoren benötigt werden, und welche Qualifikationen sie haben sollten, finden sich in der Tabelle 16. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen (Tabelle 13), dass dort, wo bisher keine Nachschulkonzepte existieren, diese entwickelt werden – aus der Erkenntnis, dass der Personalwechsel, jedoch auch die Erosion des Gelernten Auffrischungsangebote erfordern.

Tabelle 16: Bedeutung des Einschaltens von Multiplikatoren und Fähigkeiten, die von den Multiplikatoren erwartet werden, Angaben in % ($N_{HC} = 416$; $N_{RAI\ 2.0} = 98$). In diesem Abschnitt gibt es unterschiedliche gestaltete Antwortmöglichkeiten für einige Fragen. Deshalb ergeben sich folgende Ns: $N_1 = 416$; $N_2 = 73$; $N_3 = 343$)

	Ja = Anteile positiver Antworten Stationär %	Ja = Anteile positiver Antworten ambulant %
Ich sehe kein Problem darin, unseren Pflegekräften den Gebrauch des RAI HC richtig zu vermitteln (N_1)	28,6	36,3
Es müsste jemand ins Haus kommen, um das zuständige Personal richtig zu schulen (N_3)	36,7	42
Ich kenne mich mit dem RAI HC jetzt gut aus (N_3)	47,96	52,2
Eine Supervision für die Multiplikatoren wäre wichtig (N_3)	35,7	33,5
Traue mir nicht ohne weiteres zu, dieses Wissen weiter zu geben (N_2)		43,8
Das RAI beherrscht jeder auch ohne Schulungen (N_2)		1,4

Auf die Frage, was Multiplikatoren im Einzelnen lernen sollen, werden aber nicht nur Inhalte der Assessmentinstrumente genannt (Dokumentation), sondern vor allem allgemeine Kompetenzen der Beobachtung, Dokumentation und Zeitplanung (Tabelle 17).

Tabelle 17: Inhaltliche Schwerpunkte für Multiplikatoren, die sie befähigen sollen, das Wissen „weiterzugeben“ (Mehrfachnennungen möglich), Angaben in % ($N_{HC} = 416$; $N_{RAI 2.0} = 98$)

	Ja = Positive Antworten stationär	Ja = Positive Antworten ambulant
Die Beobachtung und Befragung der Klient/innen	61,2	67,3
Führung einer Dokumentation ganz allgemein	42,9	38,5
Dokumentation mit dem MDS HC (RAI HC)	57,1	73,6
Zeitplanung / Zeitmanagement	33,7	37,5

2.5.9 Frage 5: „Wie sehen die Übungen in der Praxis konkret aus?“

Antwort

- 1) Die Schulungen, an deren Entwicklung und Umsetzung in Deutschland und Österreich die Autorin dieser Expertise mitgewirkt hat, zeichnen sich durch die Verbindung von Theorie und Praxis aus.
- 2) Zu den praktischen Übungen gehören insbesondere
 - a. Durchführung der Einschätzung eines fiktiven Falls mit eingeschränktem Informationsangebot. Ziel: Sensibilisierung dafür, welche Informationen benötigt werden und Übung, wie diese angesichts der Klient/innen zu beschaffen sind.
 - b. Erfahrungsaustausch.
 - c. Arbeit mit standardisierten Fallsequenzen und standardisierten Fällen, die eingeschätzt werden müssen. Ziel: Übung der Einschätzung und (Selbst)Kontrolle der Richtigkeit.
 - d. Einschätzung eines selbstgewählten Falls im Team mit anschließender Analyse und Feedback durch die Kursleitung.
 - e. Rollenspiele: „Wie informiere ich die Klient/innen (Angehörige) über das Assessment?“, „Wie informiere ich Schlüsselpersonen, von denen ich Informationen brauche?“
 - f. Quiz zur Verfestigung der richtigen Handhabung der Instrumente.

- g. Erarbeitung einer Checkliste für die Schaffung von organisatorischen Implementationsvoraussetzungen in der Einrichtung.
- h. Praktische individuelle Durchführung von mindestens drei Klientenbeurteilungen (selbstgewählte Fälle) in der Zeit zwischen den zwei Schulungsphasen.
- i. Nutzung dieser eigens durchgeführten Assessments für die Identifizierung von Risiken und Problemen sowie förderungswürdigen Potentialen der Klient/innen („Risikoerkennung mit Triggers“).
- j. Abklärung auf der Grundlage der selbstgewählten Fälle.
- k. Aufstellung eines Pflegeplans auf der Basis der Abklärung.
- l. Nach Bedarf: Befragungstechnik, Beobachtungstechnik, Zielformulierung.

2.5.10 Begründung / Erläuterung

Das Konzept der Schulung resultiert aus konsequenten Evaluationen sämtlicher Schulungen, die das Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e. V. , Berlin, bisher in Deutschland und der Steiermark durchgeführt hat. Ferner basiert es auch auf Erfahrungen ausländischer interRAI-Kolleg/innen, wobei sich einige Methoden hierzulande nicht bewährt haben, etwa ein Video- oder Internettraining (entwickelt in Kanada). Der persönliche Kontakt zu den Geschulten kann nicht vollständig ersetzt werden.

Tabelle 18: Erfahrungen in anderen Ländern. USA. Methoden der Schulung.
(Basis 237 Pflegeeinrichtungen, Mehrfachnennungen waren möglich,
Quelle: Phillips et al. 1993)

Methode	Anteil in %
Handbuch / Arbeit mit dem Handbuch	77
Andere schriftliche Informationen	57
Audio-visuelle Methoden	20
Praktische Übungen	48
Persönliche Instruktion (one-to-one)	65
Arbeit in Kleingruppen	53
Vortrag	31
Rollenspiele	8
Praktische Probeassessments mit Supervision	57

In der Tabelle 18 sind die Schulungsmethoden aus der US-Postimplementationsphase dargestellt. Gegenwärtig gibt es dort wie auch in Kanada Bemühungen um eine starke Standardisierung der Trainings. Die Teilnahme wird an die Pflichtfortbildungen für RN (registrierte Pflegekräfte) angerechnet, deshalb dürfen sich die Schulungen nicht unterscheiden. Außerdem sind solche Kurse kostensparender, als der individualisierte Unterricht durch Dozent/innen und Instruktor/innen.

2.6 Pflegekräfte benötigen bei der Durchführung des Assessments mit dem MDS für das erste Drittel der Pflegebedürftigen im Mittel 129 Minuten, 100 für das zweite und 90 Minuten für das letzte Drittel der Pflegebedürftigen. Für die Auswertung liegen keine Zeitangaben vor (bezogen auf das RAI 2.0).

2.6.1 Frage1: „Wie kann man diesen Zeitaufwand minimieren?“

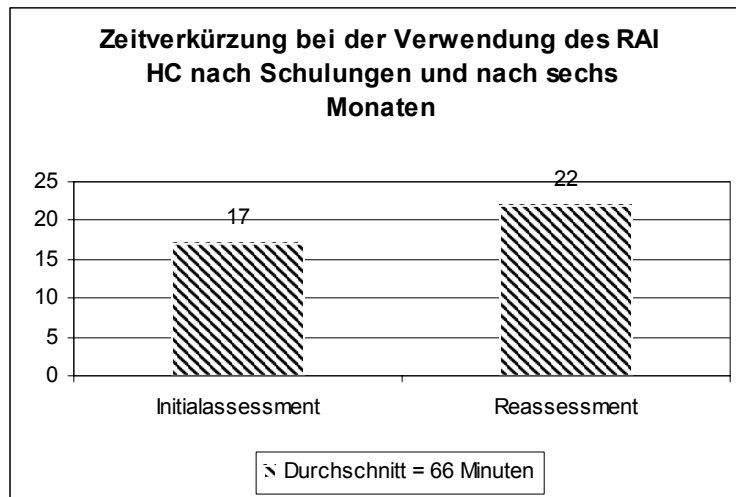
Antwort

- 1) Die angegebene Zeit unterscheidet sich erheblich von den Zeiten, die von uns anhand von Befragungen ermittelt wurden. Da keine Referenz angegeben ist, können wir nicht nachvollziehen, warum die Durchführung so lange dauerte. Wir vermuten, dass die Personen zum ersten Mal das Assessment durchgeführt haben und vorher nicht geschult worden sind.
- 2) Unsere Daten zeigen, dass sich die Durchschnittszeiten von 63 bis 70 Minuten bewegen, dieses bei Personen, die eine der beschriebenen Schulungen absolviert und nach den drei Übungsassessments mindestens drei weitere durchgeführt haben.
- 3) Mit jeder praktischen Assessmentdurchführung reduziert sich die benötigte Zeit.

2.6.2 Begründung / Erläuterung / Erläuterung

Im Rahmen der Europäischen AD HOC –Studie (The Aged in Home Care in European Countries), deren deutscher Teil in Nürnberg und Umgebung durchgeführt wurde, stellten wir fest, wie sich die Praxis auf die Zeit auswirkt (Abbildung 6). Nach den ersten drei Monaten der Arbeit mit RAI HC in ambulanten Diensten verkürzte sich die Zeit um durchschnittlich 17 Minuten, nach weiteren drei Monaten um zusätzliche 22 Minuten, dieses obwohl zwischenzeitlich ein Personalwechsel stattfand. Die Mitarbeiter/innen wurden von einer Diplomplegewirtin supervidiert. Lediglich wenn mehrere ungünstige Voraussetzungen zusammengetroffen waren (völlig unbekannte Person, alleinlebend, keine Angehörigen erreichbar, manifeste Kommunikations- und kognitive Beeinträchtigungen vorhanden) ließ sich die Zeit nicht reduzieren.

Abbildung 6: Zeitverkürzung in Minuten bei der Verwendung von RAI HC nach Schulungen (Initialassessment) und nach 6 Monaten (Reassessment) in 24 ambulanten Pflegediensten



2.6.3 Frage 2: „Ist dieser Umfang zur Durchführung des Assessments und der Auswertung notwendig? Wenn ja, warum?“

Antwort

- 1) Die Frage nach dem Zeitaufwand wurde bereits unter 2.6.1 und 2.6.2 beantwortet.
- 2) Ein umfassendes Assessment von der Art der interRAI Instrumente ist erforderlich, um den Zustand genau zu erfassen und der Situation der Klient/in gerecht zu werden.
- 3) Bei der Verwendung in der klinischen Praxis sollen die Reassessments alle drei Monate durchgeführt werden, es sei denn, dass signifikante Veränderungen eingetreten sind, oder der Zustand instabil ist. In diesen Zeitabständen sollte es möglich sein, dass sich eine Fachkraft für die Dauer von 70 Minuten (oder sogar darüber) mit dem Zustand der Person mit Pflegebedarf beschäftigt und diesen bewertet. Nachweislich (so zeigt die Hintergrundliteratur) trägt es zur Verbesserung der individuellen Versorgungs- und Lebensqualität bei.

2.6.4 Frage 3: „Wie kann dieser hohe Zeitaufwand in der Praxis geleistet werden?“

Antwort

Zu empfehlen ist ein Vorgehen in Schritten:

- 1) Ein Screening mit rund 60 Items kann zu einer Vorauswahl und einer allgemeinen Entscheidung darüber dienen, ob Pflegebedürftigkeit besteht. Es dient auf der groben Bestimmung des Bedarfsprofils (vgl. „Screener“ unter 1.4 und Ausführungen zum Betreuungsbedarf unter 2.1.1, MI-Choice).
- 2) Bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit wird ein Vollassessment durchgeführt, um die Einstufung festzulegen und den Pflegenden erste Hinweise auf die erforderliche Versorgung zu geben.
- 3) Da das Assessment nicht nur der Pflegebedürftigkeitsbestimmung, sondern auch anderen Zwecken dienen kann, reduziert sich der Aufwand für die Wiederbegutachtung – diese kann auf der Basis der Reassessments und Fallverläufe durchgeführt werden.
- 4) Die Mehrfachnutzung der Assessmentdaten (vgl. Abbildung 7), trägt zur Kosten-/Zeitersparnis und definitiv vor allem zum Abbau von Bürokratie bei.

2.6.5 Begründung / Erläuterung

zu 1) Beispiele hierzu liefert unsere Studie in drei Berliner Krankenhäusern (Garms-Homolová & Theiss 2007).

zu 3): Fachleute kritisieren seit Langem, dass die heutigen Begutachtungen und speziell Wiederbegutachtungen Momentaufnahmen sind. Die Nutzung von Fallverläufen würde die Begutachtungspraxis deutlich verbessern helfen.

2.7 Bei der leistungsgerechten Zuordnung, Zielgruppen, Ergebnistransparenz lassen sich auf der Grundlage der RUG's im Grundsatz leistungsgerechte Zuordnungen vornehmen, allerdings ist umstritten, inwieweit die für die USA entwickelten RUG's in anderen nationalen Sicherungssystemen verwendbar sind. Die Zielgruppe besteht dem Verwendungszweck entsprechend vorwiegend in älteren Menschen.

2.7.1 Frage 1: „Inwiefern wären die entwickelten RUG's im deutschen „Pflegeversicherungssystem“ verwendbar?“

Antwort

1) Sowohl die RUGsIII, als auch die RUGs HC sind im deutschen System sofort und ohne weiteres für die folgenden Belange verwendbar:

- Klassifizierung der Klient/innen der stationären / ambulanten Versorgung
- Bedarfsfeststellung / Klassifizierung der Bewerber/innen um die Pflegeversicherungsleistungen in unterschiedliche Bedarfskategorien
- Kontrolle des Case Mix
- Verbesserungs der Belegungspraxis
- Ressourcenplanung
- Qualitätskontrolle und Anreizsysteme für die Ergebnisse der Aktivierenden und selbständigkeitsfördernden Pflege
- Outcome-Messung
- Controlling
- Feedbackverfahren für Mitarbeiter/innen
- Integrierte Budgets
- Forschung

- 2) Es ist vorstellbar, dass die RUGs-III, als auch die RUGs HC auch für die Leitungsbemessung und Kostenerstattung verwendet werden könnten, denn auch die jetzige Praxis repräsentiert eine besondere Form von Pauschalierung. Jedoch würde die Anpassung eine Gesetzesänderung erfordern, schon auch deshalb, weil das derzeitige deutsche System mit nur drei Leistungsstufen eine zu geringe Differenzierung vorsieht.
- 3) Umgekehrt müsste das RUGs-III – System auf die Tatsache angepasst werden, dass die Pflegeversicherung für keine krankenpflegerischen Leistungen aufkommen kann. Diese unterliegen dem SGBV. Die RUGs-III und auch die RUGs HC schließen jedoch Personen mit Krankenpflegebedarf und mit Rehabilitationsbedarf nicht aus. Es wäre also notwendig, die Anzahl der Kategorien und der Subgruppen zu modifizieren.

2.7.2 Begründung / Erläuterung

zu 1) Entsprechende Erfahrungen, etwa hinsichtlich des Controlling und Benchmarking, konnten auch hierzulande gemacht werden: im Rahmen des sogenannten Berliner Projekts (www.aok-gesundheitspartner.de; www.kvberlin.de).

Zu 3) Eine ähnliche Modifikation wurde in der Schweiz (Spitex) durchgeführt, als sich herausgestellt hat, dass diese Organisation kaum Krankenpflege, dafür aber persönliche Grundversorgung und hauswirtschaftliche Hilfe leistet.

2.7.3 Frage 2: „Welcher zeitliche und finanzielle Aufwand wäre mit dem Abstellen auf deutsche Gegebenheiten verbunden?“

Antwort

Sollte eine Umstellung erforderlich sein, wie sie unter 2.7.1, Punkte 2 und 3 beschrieben wurde, und würde dabei die Intention verfolgt werden, dass diese Veränderung der RUGs den üblichen Forschungsstandards genügen muss, so wäre ein Projekt von rund 14 bis 16 Monaten erforderlich. Kostenrahmen: schätzungsweise 550 Tsd. Euro.

2.7.4 Begründung / Erläuterung

Notwendig wäre die Analyse einer repräsentativen Stichprobe von Nutzer/innen (n=>5000 Fälle). Da die RAI-Daten, die in Deutschland existieren, nur bestimmte Settings repräsentieren, müssten neue Daten erhoben und analysiert werden. Qualifizierte Wissenschaftler und beratende Praktiker müssten mit der Aufgabe betraut werden.

2.7.5 Frage 3: „Inwiefern können Kinder und Jugendliche als Zielgruppe in dem Instrumentarium umfassend berücksichtigt werden?“

Antwort

1) Die interRAI besitzt derzeit keine vollprobierten pädiatrischen Assessments. Jedoch werden derzeit zwei Instrumente getestet:

- Assessment für Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren
- Assessment für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 20 Jahren.

Die Ziele dieser beiden Instrumente sind:

- Einschätzung des Bedarfs für persönliche Pflege und Grundpflege, insbesondere auf der Basis der körperlichen Fähigkeiten (ADL und IADL) und des erreichten Entwicklungsstatus.
- Beurteilung der Erfordernis der Unterstützung, Pflege oder Behandlung durch professionelle Kräfte und /oder die Angemessenheit einer Institutionalisierung.
- Im Falle der 0- bis 3jährigen Kinder geht es ebenso darum zu beurteilen, wie sich der medizinische Status der betroffenen Kinder auf die Fähigkeit ihrer Eltern auswirkt, die Kinder zu versorgen und sie zu pflegen. Eingeschätzt wird insbesondere, wie viel zusätzliche Zeit erforderlich ist wie viele Personen benötigt werden, um das Kind bedürfnis- und sachgerecht zu versorgen.

2) Die interRAI verfügt über ein Modul für die Einschätzung von Personen mit “intellektuellen Beeinträchtigungen” (früher “mentale Retardation und entwicklungsbedingte Einschränkungen”). Dieses Instrument eignet sich für Kinder, jedoch auch für andere Altersgruppen dieses Problemkreises. Es geht um das Instrument

interRAI ID, das mit dem Assessment für die stationären Einrichtungen (bisher RAI 2.0, jetzt LTCF) koordiniert ist.

2.7.6 Weitere Erläuterungen

zu 1): Die Instrumente sind so konzipiert, dass sie von Case Manager/innen und Sozialarbeiter/innen angewandt werden können. In dem Instrument für die 4- bis 20jährigen finden sich einige Skalen, die auch in den Assessments für Erwachsene vorkommen. Der Leiter der Test und Validierungsstudien ist Charles D. Phillips, PhD, MPH, Professor für Health Policy and Management in the School of Public Health /TAMU, Texas, USA.

2.8 Das Instrument RAI 2.0 besitzt eine inhaltliche Konsistenz. Dementsprechend scheinen Ergänzungen und/oder Modifikationen nicht ohne erheblichen Aufwand möglich zu sein. Modifikationen liegen innerhalb der interRAI insofern vor, als dass es unterschiedliche Verwendungskontexte gibt. Das Instrument RAI HC selbst sieht keine Modifikationsmöglichkeiten vor.

2.8.1 Frage 1: „Sind Modifikationen möglich, wenn ja: können diese auch durch Dritte, z.B. eine bestimmte Anwendergruppe gefordert und durchgesetzt werden?“

Antwort

Die InterRAI Instrumente lassen sich modifizieren und vor allem erweitern, wenn damit das Copyright und die bio- beziehungsweise psychometrischen Eigenschaften der Instrumente nicht beeinträchtigt werden. Dazu legt die InterRAI genaue Regeln fest:

- 1) In den neuen Instrumenten sind länderspezifische Items gekennzeichnet. Sie können jederzeit ersetzt werden.
- 2) Erweiterungen sollen erkennen lassen, dass sie nicht Bestandteile der interRAI – Instrumente sind.
- 3) Schriftliche Vereinbarungen mit der InterRAI werden empfohlen.
- 4) Darin werden die Regeln der Wahrung des geistigen Eigentums festgelegt.
- 5) Die InterRAI ist jederzeit für eine Kooperation offen.
- 6) Die Erweiterungen / Veränderungen sollen nicht 15 bis 20 % übersteigen und sollen evidenzbasiert sein.

2.8.2 Begründung / Erläuterung

Die Satzung verpflichtet die interRAI, sich für die Verbesserung der Versorgung von chronisch kranken und behinderten Menschen einzusetzen. Zu diesem Zweck entwickelt die interRAI Assessments auf hohem methodischen Niveau. Diese Qualität der Assessments muss gewahrt bleiben, jedoch könnte sie durch willkürliche Veränderungen der Instrumente beschädigt werden. Auch die (internationale)

Vergleichbarkeit der Assessmentresultate und der Datenaustausch würden entfallen, wenn jeder die Instrumente nach eigenem Gutdünken verändern würde.

2.9 Aus den Ergebnissen der Untersuchung besteht für den weiteren Prozess der Entwicklung eines Begutachtungs-Instruments eine Option in der Entscheidung der Instrumentenentwicklung ohne Rückgriff auf verfügbare Verfahren. Wie die Untersuchungsergebnisse weiterhin erkennen lassen, ist keines der analysierten Instrumente so überzeugend, dass dies Option außer Betracht beleiben müsste. Diese Variante hat den Vorzug, dass sich zeitliche Unwägbarkeiten, die aus der Übernahme vorhandener Instrumente bzw. aus den damit verbundenen Anpassungserfordernissen resultieren würden, vermeiden ließen. Diese Lösung böte mehr Spielräume für die Harmonisierung des Prozesses der Instrumentenentwicklung und des Prozesses der Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

2.9.1 Frage 1: „Wie bewerten Sie aus fachlicher Sicht diese Aussagen?“

Antwort

Dieser Aussage möchte ich widersprechen, sofern die Entwicklung eines Instrumentariums angestrebt wird, dass die interRAI Instrumente übertreffen sollte. Hiermit ist nicht nur die methodische Güte gemeint, sondern vor allem die vielfältigen Verwendungsmöglichkeiten (Abbildung 7 und Abschnitt 2.7.1). Ein völlig neues Verfahren würde eine erhebliche Investition an Geld, Zeit, an Know How von hochqualifizierten Wissenschaftler/innen und von einer motivierten Praxis erfordern, die bereit und in der Lage sein müssten, an der Entwicklung, Erprobung und Optimierung mitzuwirken.

2.9.2 Begründung / Erläuterung

Diese Feststellung wurde vor dem Hintergrund der fast schon zwanzigjährigen Entwicklungs- und Optimierungsarbeit der interRAI – Instrumente getroffen. Auch wenn die oben dargestellte Investition getätigt werden könnte, so bleibt es völlig unsicher, wie gut das Resultat der Neuentwicklung werden kann. Das Gutachten der

Bielefelder Universität lässt erkennen, dass sich die Forscher/innen nur in einem limitierten Maße mit den zu begutachteten Tools auseinander setzen konnten. Ansonsten ist es nicht zu erklären, dass sie von den vielfältigen Funktionen der interRAI – Assessments keine Notiz genommen haben.

2.9.3 Frage 2: „Welche Möglichkeiten und Grenzen bieten RAI 2.0 und/oder RAI HC in diesem Kontext?“

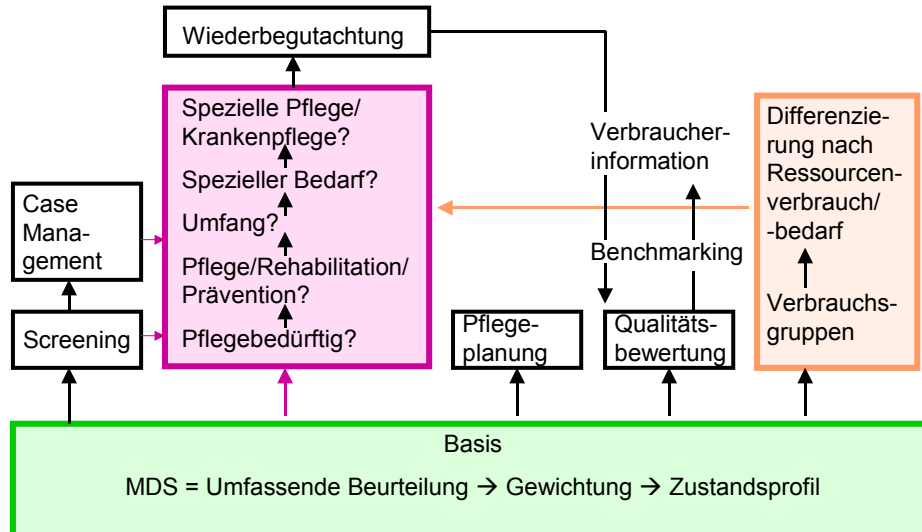
Antwort

In der Abbildung 7 sind die vielfältigen Funktionen der beiden Instrumente abgebildet. Dieses ausgereifte System ist nicht nur für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Leistungszuweisung bestimmt, sondern ist eine Grundlage für die Pflegepraxis, d.h. für die Pflegeplanung. Dafür gibt das RAI den Pflegekräften viele Hilfestellungen, so dass die drei Aufgaben, die für Pflegekräfte schwierig sind (Relevanzbewertung, Prioritätensetzung, Entscheidung) beträchtlich erleichtert werden. Das RAI 2.0 und RAI HC sind Instrumente der Qualitätsmessung, wobei sie zu den wenigen Methoden gehören, für die ein System standardisierter Qualitätsindikatoren entwickelt und validiert wurde. Die neue interRAI-Assessmentfamilie ist integriert, jedoch zugleich modularisiert, was die ressourcensparende Nutzung befördert. Die Verfahren sind empirisch abgesichert, weil eine enorme Datenbasis existiert, die für diese Zwecke angelegt wurde.

Nicht zuletzt würde der Einsatz der interRAI – Assessments zu einer enormen Verringerung von Bürokratie beitragen können, denn eine einzige Datengrundlage könnte für zahlreiche Anwendungsaufgaben richtig ausgeschöpft werden.

Die Aufzählung würde unvollständig bleiben, würden die vielen Nebenprodukte, das heißt ausgereifte Schulungskonzepte, Medien, Unterrichtsmaterialien, EDV etc., unerwähnt bleiben. Für ein neues Verfahren müssten sie erst entwickelt, erprobt und evaluiert werden – auch eine Investition, die möglicherweise besser in die Implementation der interRAI – Instrumente in Deutschland einfließen könnte.

Abbildung 7: Nutzung von interRAI MDS-Daten für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und weitere Anwendungen



2.10 Grundlage des Modellvorhabens ist der Aufbau eines modularen Begutachtungsinstrumentariums (vgl. Ausschreibung Vorphase/Hauptphase)

2.10.1 Frage1: „Inwiefern wäre eine Einbindung von Elementen / Komponenten innerhalb der InterRAI, in einem aus mehreren Bausteinen (Subskalen) aufgebauten Begutachtungs-Instruments möglich?“

Antwort

Im Punkt 2.6.7 haben wir ein Vorgehen in Stufen empfohlen. Vor die eigentlichen Assessments würde ein Screening vorgelagert, um Personen zu identifizieren, die offensichtlich keinen Bedarf im Sinne des SGB XI haben (interRAI Screener). Bei den berechtigten Personen würde ein Vollassessment durchgeführt werden. Informationen anderer Stellen könnten von der Begutachtungsinstitution genutzt werden, sofern sie mit einem der Assessments des integrierten Systems ermittelt würden (Tabelle 1). Der Aufwand für die Wiederbegutachtung würde sich aufgrund des Vorhandenseins von Routinedaten verringern. Kurzmodule interRAI CHA (für die körperliche Funktionsfähigkeit und für die psychische Gesundheit) könnten ergänzend oder substituierend eingesetzt werden.

2.10.2 Frage 2: „Welche Bereiche bzw. Inhalte der interRAI sollten in diesem Zusammenhang unbedingt genutzt/aufgegriffen werden?“

Antwort

Unerlässlich sind die Items, die eine Grundlage für die Bedarfsfeststellung bilden– wie sie unter 2.1.1 und 2.1.2 beschrieben wurde. Alle Items für die Skalen, Algorithmen und Klassifikation sind unverzichtbar.

2.10.3 Begründung / Erläuterung

Mit der Reduzierung dieser konstitutiven Items würde ein erheblicher Verlust der Funktionen verbunden sein, die das interRAI – System von anderen Verfahren unterscheidet, die sich zwar zur Datensammlung eignen, aber keine Verwendungsmöglichkeiten vorstrukturieren.

3. Zusammenfassende Darstellung der Fragen und Antworten

2.1.1 Frage 1: „ Welche Möglichkeiten einer Erweiterung zum Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf lassen sich möglicherweise darstellen bzw. sind in den Instrumenten vorhanden?“

Antwort

1) *Beaufsichtigungsbedarf*: Das RAI 2.0 enthält 81 Einzelitems, mit denen Risiken und Beaufsichtigungserfordernisse beurteilt und erfasst werden (Tabelle 2). Das RAI HC enthält 76 solche Items (ebenda). Darüber hinaus wird mit 13 strukturierten Abklärungshilfen des RAI 2.0 (RAPs = Resident Assessment Protocols) der Beaufsichtigungsbedarf ermittelt (Tabelle 3). Für das RAI HC gilt, dass 19 der insgesamt 30 Abklärungshilfen (CAPs = Client Assessment Protocols) zur Feststellung des Beaufsichtigungsbedarfs herangezogen werden können (ebenda). In den neuen Instrumenten der sogenannten „Integrierten interRAI –Systems“ (integrated interRAI Suite) finden sich weitere relevante Items, insbesondere im Modul „CHAMH“ – Geistige Gesundheit und im „interRAI MH“ für psychiatrische Patient/innen. Diese dienen der Feststellung des Beaufsichtigungsbedarfs (Tabelle 4).

2) *Betreuungsbedarf*: Der Betreuungsbedarf im Sinne des Betreuungsgesetzes wird mit beiden Instrumenten (RAI 2.0 und RAI HC) sowie mit sämtlichen zum integrierten Assessmentsystem gehörenden Instrumenten erfasst.

3) *Betreuungsbedarf im Sinne des Hilfe-, Pflege, Unterstützungsbedarfs* bildet den Schwerpunkt aller interRAI – Assessments. Sowohl die Mehrheit der Einzelitems, als auch die meisten Skalen und sämtliche Algorithmen sind so konzipiert, dass sie den Betreuungsbedarf direkt abbilden. Insbesondere die Algorithmen MICHoice, MAPLE sowie die RUGs-Kategorien erlauben Aussagen, die sogar weit über die einfache Kategorisierung des Bedarfs hinausgehen. Sie sind in der Lage, Entscheidungen hinsichtlich des Umfangs und der Art benötigter Versorgung und Pflege abzusichern und Anhaltspunkte für die erforderliche Qualifikation (Fachlichkeit und Spezialisierung) zu liefern.

4) *Der Betreuungsbedarf in Stunden an normalen Werktagen und am Wochenende* wird genau mit dem interRAI HC erfasst. In dem neuen Instrument des integrierten interRAI-Assessmentsystems wird er für die letzten drei Tage erfasst.

5) Angesichts dieser Vielfalt der Möglichkeiten, den Betreuungs- / Beaufsichtigungsbedarf mit den interRAI-Instrumenten zu messen, sehen wir gar keine Erfordernis der Erweiterung in der angesprochenen Hinsicht.

2.2.1 Frage 1: „Welche Auswirkungen – mit Blick auf die zu treffende Entscheidung – entstehen durch die Anwender/innen hinsichtlich der durch RAI vorgegebenen Standardisierung in Bezug auf die Ergebnisdarstellung?“

Antwort

Alarmzeichen (Triggers) sind einzelne Items oder Verbindungen mehrerer Items im MDS (Minimum Data Set), die auf mögliche Beeinträchtigungen, Probleme, Risiken, Pflege- /Überwachungserfordernisse oder förderungswürdige Potentiale und Stärken der Personen hinweisen. Die Alarmzeichen sind „evidenzbasiert“. Damit ist gemeint, dass genügend gute empirische Studien belegen, warum die Anwesenheit bestimmter Zustands- oder Situationsmerkmale ein Problem, ein Risiko, ein Pflegeerfordernis oder eine förderungswürdige Stärke konstituiert. Wenn Alarmzeichen vorhanden sind, sollen die sogenannten „Abklärungshilfen“ durchgeführt werden (RAPs oder CAPs – je nach Instrument). Die Durchführung besteht darin, dass entlag von „Richtlinien“, die einen zentralen Bestandteil jeder Abklärungshilfe darstellen, nach den Ursachen von Beeinträchtigungen, Problemen, Risiken, Pflege- /Überwachungserfordernissen oder förderungswürdigen, aber nicht geförderten Potentiale / Stärken, gesucht wird - und zwar in einer strukturierten Weise. In gleicher Weise werden die in Frage kommenden Interventionsmöglichkeiten entlang der Richtlinien geprüft. Diese Vorgehensweise bietet den Pflegemitarbeiter/innen eine erhebliche Erleichterung, da sie nicht völlig freihändig und intuitiv aus einer Vielzahl von Zustandsmerkmalen die „relevanten“ aussuchen müssen, sondern sich auf eine evidenzbasierte „Vorauswahl“ stützen können. Allein diese Hilfe minimiert die Fehler und Unterlassungen, die ansonsten für das herkömmliche Dokumentations- und Pflegeplanungsverfahren typisch sind.

2.2.3 Frage 2: „Wie können durch die Anwender mögliche Fehlentscheidungen vermieden bzw. gering gehalten werden?“

Antwort:

Durch die Verwendung der Abklärungshilfen (RAPs und CAPs) werden die Fehlentscheidungen (in der Regel handelt es sich das Nichterkennen oder die Nichtbeachtung der vorhandenen Probleme, Risiken, Pflegeerfordernisse – vgl. Hansebo et al 1998; Garms-Homolová & Engel 2004; Garms-Homolová & Roth 2004) auf ein Minimum eingeschränkt. Insofern ist die Motivation zur Verwendung der Abklärungshilfen der beste Weg zur Vermeidung von Fehlentscheidungen. Gleichzeitig ist eine ausreichende Schulung der Pflegekräfte notwendig. Speziell muss darauf geachtet werden, dass neue Mitarbeiter/innen in das Instrument eingeführt werden. Deshalb empfiehlt es sich, eine Einarbeitungsstrategie festzulegen. Weitere wichtige Maßnahmen sind: regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung, Besprechungen im Team, Plausibilitätskontrollen der durchgeführten Assessments, und von Zeit zu Zeit auch eine Überprüfung der Reliabilität der Assessments (oder Begutachtungsdaten). Bewährt haben sich Feedback-Verfahren (Erfahrungen in Finnland), bei denen die Ergebnisse der Evaluation mit Fachleuten diskutiert werden. Erfolgreich sind Kontrollen durch eine/n zuständige/n Koordinator/in und /oder eine Supervision der praktischen Anwendung.

2.3.1 Frage 1: „Ist die Feststellung zutreffend? Wenn nicht, sollten entsprechende Angaben/Hinweise gegeben werden.“

Antwort:

Die Feststellung trifft nur teilweise zu. Sie stimmt hinsichtlich des Mangels an Publikationen und der Tatsache, dass die deutsche Version des RAI 2.0 nicht insgesamt einer Reliabilitätsprüfung und Validierung unterzogen wurde. Jedoch wurden einzelne Items und Skalen entsprechenden Prüfungen unterzogen. Diese Studien wurden nur teilweise veröffentlicht (vgl. z. B. Polak 2005), teilweise noch nicht publiziert.

2.4.1 Frage 1: „Bedingt die Komplexität des Instruments bestimmte Anforderungen an die Begutachter / Begutachterinnen?“

Antwort

Nach unserer Einschätzung sollen die Gutachter/innen eine Reihe von Anforderungen erfüllen, von denen allerdings nur der kleinere Teil aus den Anforderungen des RAI 2.0 und RAI HC resultieren würde (vgl. Abbildung 4):

- Gutachter/innen müssen ausreichende Kenntnisse des SGB XI und der allgemeinen Begutachtungsgrundsätze mitbringen.
- Gutachter/innen müssen über ausreichendes klinisches und epidemiologisches Basiswissen verfügen, das alternativ
 - im Medizinstudium,
 - im pflegewissenschaftlichen Studium oder
 - aber auch in einer guten Pflegeausbildung mit nachträglichen, gezielten Fortbildungen erworben werden kann.

(Im übrigen wird davon ausgegangen, dass die Gutachter/innen bereits heute über eine höhere Qualifikation und über umfassendere Kompetenzen verfügen, als durchschnittlich qualifizierte Pflegekräfte in ambulanten und stationären Langzeiteinrichtungen oder in Krankenhäusern, die in der Regel keine Probleme haben, die Anwendung des RAI 2.0 oder RAI HC in einer angemessenen Schulungszeit zu erlernen).

- Ihnen soll das interRAI – Assessment bekannt sein und sie müssen speziell das Minimum Data Set des interRAI HC (alternativ des interRAI 2.0) praktisch anwenden können. Dazu gehört die genaue Einschätzung des Zustandes des Individuums, das die Leistungen des SGB XI begehrt, Erfassung/Dokumentation der gewonnenen Informationen und die Interpretation der gewonnenen Informationen.
- Sie sollten die Algorithmen zur präzisen und gerechten (reliablen) Bedarfsbestimmung kennen und in der Lage sein, diese bei der Anspruchsberechtigungsprüfung und Leistungsberechtigungseinstufung zu verwenden.
- Sie sollen über eine Reihe weiterer wichtiger Kompetenzen verfügen, die wir als unspezifisch bezeichnen sollen. Dazu gehören insbesondere die klinische Beobachtung, Fähigkeit, Gespräche zu führen (und zwar unter Umständen auch mit Personen, deren kommunikative oder kognitive Kompetenzen beeinträchtigt sind), gezielte Befragungen durchzuführen und in der Lage

sein, Informationen EDV-mäßig (Notebook, Handheld o.ä.) zu erfassen, falls dieses erwartet wird.

Es soll noch einmal ausdrücklich unterstrichen werden, dass von den genannten Anforderungskomplexen nur die unter 3 und 4 genannten Anforderungen aus den interRAI-Instrumenten resultieren. Die übrigen Anforderungen stellen sich auch dann, wenn andere Begutachtungsverfahren eingesetzt werden.

2.4 3 Frage 2: „Wie können Probleme bei der Handhabbarkeit durch die Komplexität des Instruments minimiert werden?“

Antwort

Bei ausreichend trainierten Mitarbeiter/innen in den Pflegeeinrichtungen sind entsprechende Probleme nicht aufgetreten. Deshalb sind sie auch nicht bei den Gutachter/innen zu erwarten, die mindestens die gleiche Qualifikation haben, wie durchschnittliche, examinierte Krankenpflegekräfte mit einem RAI-Training.

2.5.1 Frage 1: „Welcher Personenkreis, mit welcher Qualifikation sollte diese Schulungen absolvieren bzw. geben?“

Antwort

1) Das RAI 2.0 und das RAI HC sind – wie auch die Instrumente des neuen integrierten interRAI – Assessmentsystems – grundsätzlich interdisziplinär konzipiert und können daher von verschiedenen Professionen mit einer guten Basisausbildung in der Pflege, Medizin, aber auch Physio- und Ergotherapie – verwendet werden, vorausgesetzt, dass diese Personen in Schulungen entsprechende Kompetenzen in der Verwendung der Instrumente erhalten haben.

2) Mit Blick auf die Aufgabe der Begutachtung soll wiederholt werden, was bereits zum Komplex 2.4 geschrieben wurde:

- Die Gutachter/innen müssen ausreichende Kenntnisse des SGB XI und der allgemeinen Begutachtungsgrundsätze mitbringen.
- Die Gutachter/innen müssen über ausreichendes klinisches und epidemiologisches Basiswissen verfügen, das alternativ

-im Medizinstudium,
-im pflegewissenschaftlichen Studium oder
-aber auch in einer guten Pflegeausbildung mit nachträglichen,
gezielten Fortbildungen erworben werden kann.

- Die Gutachter/innen sollen gut mit dem interRAI – Assessment vertraut sein und insbesondere sollen sie das Minimum Data Set des interRAI HC (alternativ des interRAI 2.0) praktisch anwenden können. Dazu gehört die genaue Einschätzung des Zustandes des Individuums, das die Leistungen des SGB XI begehrt, Erfassung/Dokumentation der gewonnenen Informationen und die Interpretation der gewonnenen Informationen.
- Die Gutachter/innen sollten die Algorithmen zur präzisen und gerechten (reliablen) Bedarfsbestimmung kennen und in der Lage sein, diese bei der Anspruchsberechtigungsprüfung und Leistungsberechtigungseinstufung zu verwenden.
- Die Gutachter/innen sollen über eine Reihe weiterer wichtiger Kompetenzen verfügen, die wir als unspezifisch bezeichnen sollen. Dazu gehören insbesondere die klinische Beobachtung, Fähigkeit, Gespräche zu führen (und zwar unter Umständen auch mit Personen, deren kommunikative oder kognitive Kompetenzen beeinträchtigt sind), gezielte Befragungen durchzuführen und in der Lage sein, Informationen EDV-mäßig (Notebook, Handheld o.ä.) zu erfassen, falls dieses erwartet wird.

2.5.3 Frage 2: „Welche Voraussetzungen hinsichtlich des institutionellen Rahmens müssen zur Schulung gegeben sein?“

Antwort:

- 1) Im Bereich der Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) hat sich am besten die innerbetriebliche Schulung bewährt, nicht nur in Deutschland, sondern in den meisten Ländern, die über entsprechende Erfahrungen verfügen.
- 2) Räumliche / technische Ausstattung: Ein heller freundlicher Raum für die Gesamtgruppe, Bestuhlung im Kreis oder im Hufeisen, Schreibmöglichkeiten für

alle Teilnehmer, zwei zusätzliche kleine Räume für die Arbeit in Kleingruppen und „Minigruppen“, Notebook und Beamer.

3) Nach unserer Erfahrung sollen die Gruppen nicht mehr als maximal 16 Personen umfassen. Im Verlauf der Schulung wird immer wieder auch in kleineren Gruppen und in Minigruppen (zwei bis drei Personen) geübt.

4) Die Teilnehmer/innen sollen vergleichbare Erfahrungen oder Basisqualifikationen mitbringen – eine zu starke Heterogenität der Zusammensetzung ist nicht günstig.

5) Sofern die Schulung innerbetrieblich durchgeführt wird, ist die Zustimmung und die Motivation der Leitungen dieser Betriebe von herausragender Bedeutung.

2.5.5 Frage 3: „Welchen Stundenumfang besitzen diese Schulungen?“

Antwort

Entsprechend den bisherigen Erfahrungen mit Pflegekräften und Ärzt/innen sollten die Schulungen für die Assessorinnen einen Umfang von 22 Stunden haben. In dieser Zeit werden den Begutachter/innen einerseits Kenntnisse und Kompetenzen in der praktischen Anwendung des Minimum Data Set vermittelt (11 Stunden) und andererseits das Verfahren der Bedarfsbestimmung und Entscheidungsfindung auf der Basis der RAI – Assessments (8 Stunden). Weitere 3 Stunden sollen dazu genutzt werden, ein Verständnis der Beziehung zwischen den Grundsätzen des SGB XI und der interRAI Philosophie zu entwickeln (Abbildung 6). Die angegebene Zeit von 22 Stunden schließt die Vermittlung anderer Kompetenzen, etwa der rechtlichen Grundlagen des SGB XI, die Basiskenntnisse der Funktionsdiagnostik oder der Befragung, Beobachtung und EDV, nicht ein.

2.5.7 Frage 4: „Müssen ggf. Nachschulungen stattfinden? Wenn ja, in welchen Zeitabständen und Zeitumfang muss dies erfolgen?“

Antwort

- Nachschulungen oder eine andere Form nachhaltiger Begleitung der Begutachter/innen und/oder der Praxismitarbeiter/innen, die mit den Instrumenten arbeiten, erscheinen geboten.

- Der Zeitabstand soll ein Jahr nicht übersteigen, es sei denn, es gibt andere Methoden der Unterstützung und Begleitung der Personen, die mit den interRAI-Instrumenten arbeiten (Feedback, Supervision, Erfahrungsaustausch, eine Hotline oder Antworten auf Fragen über Internet, wobei persönliche Methoden mehr Zuspruch erhalten.)
- Wenn nur eine Nachschulung stattfindet (keine sonstige Begleitung oder Unterstützung), sollte diese mindestens 6 Stunden betragen.

2.5.9 Frage 5: „Wie sehen die Übungen in der Praxis konkret aus?“

Antwort

- Die Schulungen, an deren Entwicklung und Umsetzung in Deutschland und Österreich die Autorin dieser Expertise mitgewirkt hat, zeichnen sich durch die Verbindung von Theorie und Praxis aus.
- Zu den praktischen Übungen gehören insbesondere
 - A: Durchführung der Einschätzung eines fiktiven Falls mit eingeschränktem Informationsangebot. Ziel: Sensibilisierung dafür, welche Informationen benötigt werden und Übung, wie diese angesichts der Klient/innen zu beschaffen sind.
 - B: Erfahrungsaustausch.
 - C: Arbeit mit standardisierten Fallsequenzen und standardisierten Fällen, die eingeschätzt werden müssen. Ziel: Übung der Einschätzung und (Selbst)Kontrolle der Richtigkeit.
 - D: Einschätzung eines selbstgewählten Falls im Team mit anschließender Analyse und Feedback durch die Kursleitung.
 - E: Rollenspiele: „Wie informiere ich die Klient/innen (Angehörige) über das Assessment?“, „Wie informiere ich Schlüsselpersonen, von denen ich Informationen brauche?“
 - F: Quiz zur Verfestigung der richtigen Handhabung der Instrumente.
 - G: Erarbeitung einer Checkliste für die Schaffung von organisatorischen Implementationsvoraussetzungen in der Einrichtung.

H: Praktische individuelle Durchführung von mindestens drei Klientenbeurteilungen (selbstgewählte Fälle) in der Zeit zwischen den zwei Schulungsphasen.

I: Nutzung dieser eigens durchgeführten Assessments für die Identifizierung von Risiken und Problemen sowie förderungswürdigen Potentialen der Klient/innen („Risikoerkennung mit Triggers“).

J: Abklärung auf der Grundlage der selbstgewählten Fälle.

K: Aufstellung eines Pflegeplans auf der Basis der Abklärung.

L: Nach Bedarf: Befragungstechnik, Beobachtungstechnik, Zielformulierung.

2.6.1 Frage1: „Wie kann man diesen Zeitaufwand minimieren?“

Antwort

- Die angegebene Zeit unterscheidet sich erheblich von den Zeiten, die von uns anhand von Befragungen ermittelt wurden. Da keine Referenz angegeben ist, können wir nicht nachvollziehen, warum die Durchführung so lange dauerte. Wir vermuten, dass die Personen zum ersten Mal das Assessment durchgeführt haben und vorher nicht geschult worden sind.
- Unsere Daten zeigen, dass sich die Durchschnittszeiten von 63 bis 70 Minuten bewegen, dieses bei Personen, die eine der beschriebenen Schulungen absolviert und nach den drei Übungsassessments mindestens drei weitere durchgeführt haben.
- Mit jeder praktischen Assessmentdurchführung reduziert sich die benötigte Zeit.

2.6.3 Frage 2: „Ist dieser Umfang zur Durchführung des Assessments und der Auswertung notwendig? Wenn ja, warum?“

Antwort

- Die Frage nach dem Zeitaufwand wurde bereits unter 2.6.1 und 2.6.2 beantwortet.

- Ein umfassendes Assessment von der Art der interRAI Instrumente ist erforderlich, um den Zustand genau zu erfassen und der Situation der Klient/in gerecht zu werden.
- Bei der Verwendung in der klinischen Praxis sollen die Reassessments alle drei Monate durchgeführt werden, es sei denn, dass signifikante Veränderungen eingetreten sind, oder der Zustand instabil ist. In diesen Zeitabständen sollte es möglich sein, dass sich eine Fachkraft für die Dauer von 70 Minuten (oder sogar darüber) mit dem Zustand der Person mit Pflegebedarf beschäftigt und diesen bewertet. Nachweislich (so zeigt die Hintergrundliteratur) trägt es zur Verbesserung der individuellen Versorgungs- und Lebensqualität bei.

2.6.4 Frage 3: „Wie kann dieser hohe Zeitaufwand in der Praxis geleistet werden?“

Antwort

Zu empfehlen ist ein Vorgehen in Schritten:

- Ein Screening mit rund 60 Items kann zu einer Vorauswahl und einer allgemeinen Entscheidung darüber dienen, ob Pflegebedürftigkeit besteht. Es dient auf der groben Bestimmung des Bedarfsprofils (vgl. „Screener“ unter 1.4 und Ausführungen zum Betreuungsbedarf unter 2.1.1, MI-Choice).
- Bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit wird ein Vollassessment durchgeführt, um die Einstufung festzulegen und den Pflegenden erste Hinweise auf die erforderliche Versorgung zu geben.
- Da das Assessment nicht nur der Pflegebedürftigkeitsbestimmung, sondern auch anderen Zwecken dienen kann, reduziert sich der Aufwand für die Wiederbegutachtung – diese kann auf der Basis der Reassessments und Fallverläufe durchgeführt werden.
- Die Mehrfachnutzung der Assessmentdaten (vgl. Abbildung 7), trägt zur Kosten-/Zeitersparnis und definitiv vor allem zum Abbau von Bürokratie bei.

2.7.1 Frage 1: „Inwiefern wären die entwickelten RUG's im deutschen „Pflegeversicherungssystem“ verwendbar?“

Antwort

- Sowohl die RUGsIII, als auch die RUGs HC sind im deutschen System sofort und ohne weiteres für die folgenden Belange verwendbar:
 - Klassifizierung der Klient/innen der stationären / ambulanten Versorgung
 - Bedarfsfeststellung / Klassifizierung der Bewerber/innen um die Pflegeversicherungsleistungen in unterschiedliche Bedarfskategorien
 - Kontrolle des Case Mix
 - Verbesserungs der Belegungspraxis
 - Ressourcenplanung
 - Qualitätskontrolle und Anreizsysteme für die Ergebnisse der Aktivierenden und selbständigkeitsfördernden Pflege
 - Outcome-Messung
 - Controlling
 - Feedbackverfahren für Mitarbeiter/innen
 - Integrierte Budgets
 - Forschung
- Es ist vorstellbar, dass die RUGsIII, als auch die RUGs HC auch für die Leitungsbemessung und Kostenerstattung verwendet werden könnten, denn auch die jetzige Praxis repräsentiert eine besondere Form von Pauschalierung. Jedoch würde die Anpassung eine Gesetzesänderung erfordern, schon auch deshalb, weil das derzeitige deutsche System mit nur drei Leistungsstufen eine zu geringe Differenzierung vorsieht.
- Umgekehrt müsste das RUGsIII – System auf die Tatsache angepasst werden, dass die Pflegeversicherung für keine krankenpflegerischen Leistungen aufkommen kann. Diese unterliegen dem SGBV. Die RUGs-III und auch die

RUGs HC schließen jedoch Personen mit Krankenpflegebedarf und mit Rehabilitationsbedarf nicht aus. Es wäre also notwendig, die Anzahl der Kategorien und der Subgruppen zu modifizieren.

2.7.3 Frage 2: „Welcher zeitliche und finanzielle Aufwand wäre mit dem Abstellen auf deutsche Gegebenheiten verbunden?“

Antwort

Sollte eine Umstellung erforderlich sein, wie sie unter 2.7.1, Punkte 2 und 3 beschrieben wurde, und würde dabei die Intention verfolgt werden, dass diese Veränderung der RUGs den üblichen Forschungsstandards genügen muss, so wäre ein Projekt von rund 14 bis 16 Monaten erforderlich. Kostenrahmen: schätzungsweise 550 Tsd. Euro.

2.7.5 Frage 3: „Inwiefern können Kinder und Jugendliche als Zielgruppe in dem Instrumentarium umfassend berücksichtigt werden?“

Antwort

1) Die interRAI besitzt derzeit keine vollereprobten pädiatrischen Assessments. Jedoch werden derzeit zwei Instrumente getestet:

- Assessment für Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren
- Assessment für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 20 Jahren.

Die Ziele dieser beiden Instrumente sind:

- Einschätzung des Bedarfs für persönliche Pflege und Grundpflege, insbesondere auf der Basis der körperlichen Fähigkeiten (ADL und IADL) und des erreichten Entwicklungsstatus.
- Beurteilung der Erfordernis der Unterstützung, Pflege oder Behandlung durch professionelle Kräfte und /oder die Angemessenheit einer Institutionalisierung.
- Im Falle der 0- bis 3jährigen Kinder geht es ebenso darum zu beurteilen, wie sich der medizinische Status der betroffenen Kinder auf die Fähigkeit ihrer Eltern auswirkt, die Kinder zu versorgen und sie zu pflegen. Eingeschätzt wird

insbesondere, wie viel zusätzliche Zeit ist erforderlich ist wie viele Personen benötigt werden, um das Kind bedürfnis- und sachgerecht zu versorgen.

2) Die interRAI verfügt über ein Modul für die Einschätzung von Personen mit “intellektuellen Beeinträchtigungen” (früher “mentale Retardation und entwicklungsbedingte Einschränkungen”). Dieses Instrument eignet sich für Kinder, jedoch auch für andere Altersgruppen dieses Problemkreises. Es geht um das Instrument interRAI ID, das mit dem Assessment für die stationären Einrichtungen (bisher RAI 2.0, jetzt LTCF) koordiniert ist.

2.8.1 Frage 1: „Sind Modifikationen möglich, wenn ja: können diese auch durch Dritte, z.B. eine bestimmte Anwendergruppe gefordert und durchgesetzt werden?“

Antwort

Die InterRAI Instrumente lassen sich modifizieren und vor allem erweitern, wenn damit das Copyright und die bio- beziehungsweise psychometrischen Eigenschaften der Instrumente nicht beeinträchtigt werden. Dazu legt die InterRAI genaue Regeln fest:

- In den neuen Instrumenten sind länderspezifische Items gekennzeichnet. Sie können jederzeit ersetzt werden.
- Erweiterungen sollen erkennen lassen, dass sie nicht Bestandteile der interRAI – Instrumente sind.
- Schriftliche Vereinbarungen mit der InterRAI werden empfohlen.
- Darin werden die Regeln der Wahrung des geistigen Eigentums festgelegt.
- Die InterRAI ist jederzeit für eine Kooperation offen.
- Die Erweiterungen / Veränderungen sollen nicht 15 bis 20 % übersteigen und sollen evidenzbasiert sein.

2.9.1 Frage 1: „Wie bewerten Sie aus fachlicher Sicht diese Aussagen?“

Antwort

Dieser Aussage möchte ich widersprechen, sofern die Entwicklung eines Instrumentariums angestrebt wird, dass die *interRAI* Instrumente übertreffen sollte. Hiermit ist nicht nur die methodische Güte gemeint, sondern vor allem die vielfältigen Verwendungsmöglichkeiten (Abbildung 7 und Abschnitt 2.7.1). Ein völlig neues Verfahren würde eine erhebliche Investition an Geld, Zeit, an Know How von hochqualifizierten Wissenschaftler/innen und von einer motivierten Praxis erfordern, die bereit und in der Lage sein müssten, an der Entwicklung, Erprobung und Optimierung mitzuwirken.

2.9.3 Frage 2: „Welche Möglichkeiten und Grenzen bieten RAI 2.0 und/oder RAI HC in diesem Kontext?“

Antwort

In der Abbildung 7 sind die vielfältigen Funktionen der beiden Instrumente abgebildet. Dieses ausgereifte System ist nicht nur für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Leistungszuweisung bestimmt, sondern ist eine Grundlage für die Pflegepraxis, d.h. für die Pflegeplanung. Dafür gibt das RAI den Pflegekräften viele Hilfestellungen, so dass die drei Aufgaben, die für Pflegekräfte schwierig sind (Relevanzbewertung, Prioritätensetzung, Entscheidung) beträchtlich erleichtert werden. Das RAI 2.0 und RAI HC sind Instrumente der Qualitätsmessung, wobei sie zu den wenigen Methoden gehören, für die ein System standardisierter Qualitätsindikatoren entwickelt und validiert wurde. Die neue *interRAI*-Assessmentfamilie ist integriert, jedoch zugleich modularisiert, was die ressourcensparende Nutzung befördert. Die Verfahren sind empirisch abgesichert, weil eine enorme Datenbasis existiert, die für diese Zwecke angelegt wurde.

Nicht zuletzt würde der Einsatz der *interRAI* – Assessments zu einer enormen Verringerung von Bürokratie beitragen können, denn eine einzige Datengrundlage könnte für zahlreiche Anwendungsaufgaben richtig ausgeschöpft werden.

Die Aufzählung würde unvollständig bleiben, würden die vielen Nebenprodukte, das heißt ausgereifte Schulungskonzepte, Medien, Unterrichtsmaterialien, EDV etc., unerwähnt bleiben. Für ein neues Verfahren müssten sie erst entwickelt, erprobt und evaluiert werden – auch eine Investition, die möglicherweise besser in die Implementation der *interRAI* – Instrumente in Deutschland einfließen könnte.

2.10.1 Frage 1: „Inwiefern wäre eine Einbindung von Elementen / Komponenten innerhalb der *InterRAI*, in einem aus mehreren Bausteinen (Subskalen) aufgebauten Begutachtungs-Instrument möglich?“

Antwort

Im Punkt 2.6.7 haben wir ein Vorgehen in Stufen empfohlen. Vor die eigentlichen Assessments würde ein Screening vorgelagert, um Personen zu identifizieren, die offensichtlich keinen Bedarf im Sinne des SGB XI haben (*interRAI* Screener). Bei den berechtigten Personen würde ein Vollassessment durchgeführt werden. Informationen anderer Stellen könnten von der Begutachtungsinstitution genutzt werden, sofern sie mit einem der Assessments des integrierten Systems ermittelt würden (Tabelle 1). Der Aufwand für die Wiederbegutachtung würde sich aufgrund des Vorhandenseins von Routinedaten verringern. Kurzmodule *interRAI* CHA (für die körperliche Funktionsfähigkeit und für die psychische Gesundheit) könnten ergänzend oder substituierend eingesetzt werden.

2.10.2 Frage 2: „Welche Bereiche bzw. Inhalte der *interRAI* sollten in diesem Zusammenhang unbedingt genutzt/aufgegriffen werden?“

Antwort

Unerlässlich sind die Items, die eine Grundlage für die Bedarfsfeststellung bilden – wie sie unter 2.1.1 und 2.1.2 beschreiben wurde. Alle Items, die für Skalen, Algorithmen und RUGs benötigt werden sind Schlüsselitems.

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

- ADL-** Activities of Daily Living, Aktivitäten der elementaren Selbstversorgung
- ADLH** – hierarchischer ADL-Score
- CAPs** – Client Assessment Protocols, zu deutsch: Abklärungshilfen
- CHA MH:** Community Health Assessment für die geistige Gesundheit
- CMH** = Community Mental Health, Gemeindepsychiatrie, gemeindenaher psychiatrische Versorgung
- CPS** – Cognitive Performance Scale – Skala der kognitiven Funktionsfähigkeit
- IADL-** Instrumental Activities of Daily Living, Aktivitäten der instrumentellen Alltagsbewältigung
- interRAI** – ein Konsortium von Wissenschaftler/innen und Forscher/innen aus rund 30 Ländern, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Qualität der Versorgung, Behandlung und Pflege durch die Entwicklung und Implementation standardisierter und evidenzbasierter Assessmentverfahren zu verbessern.
- interRAI AC** – Assessment des neuen integrierten interRAI-Assessmentsystems für die Akutversorgung und Überleitung
- interRAI MH** – Assessment des neuen integrierten interRAI-Assessmentsystems für die psychiatrische Versorgung und Personen mit psychiatrischen Problemen
- interRAI PC** – Assessment des neuen integrierten interRAI-Assessmentsystems für die palliative Versorgung
- interRAI Screener** – ein Kurzinstrument zur Identifizierung von Personen mit bestimmten (Bedarfs-)Merkmalen
- MAPLE**-Algorithmus = Methods for Assessing Priority Levels, eine Methode zur Feststellung des Bedarfsniveaus, die auf den Items des Minimum Data Set basiert
- MDS** – Minimum Data Set, der Teil der RAI oder interRAI-Assessments, der zur strukturierten und standardisierten Einschätzung / Beurteilung der Person und zur Dokumentation der Daten dient.
- MDS HC** – Minimum Data Set für die häusliche Versorgung
- MDS RAI 2.0** – Minimum Data Set für die stationäre Versorgung
- MH** – Mental Health = geistige Gesundheit

MI CHOICE-Algorithmus = eine Methode der vorläufigen Entscheidungsfindung bei der Bestimmung des Versorgungs- / Betreuungsbedarfs

PAC – postacute Care, postakute/subakute Versorgung

RAI 2.0: Resident Assessment Instrument für die stationäre Pflege und geriatrische Kliniken sowie Rehabilitationseinrichtungen

RAI HC: Resident Assessment Instrument Home Care für die häusliche Versorgung und Pflege

RAPs – Resident Assessment Protocols, zu deutsch: Abklärungshilfen

RUG oder RUGs oder RUGs III – Resource Utilization Groups (zu deutsch: Ressourcenverbrauchsgruppen) ist ein Klassifikationssystem, das zur Bestimmung des Pflege- / Versorgungsaufwandes dient. Es basiert auf den Informationen des RAI 2.0 oder PAI PAC.

RUGs HC – eine analog dem RUGs-System entwickelte Klassifikation, die auf dem RAI HC-Instrument basiert. Sie hat die gleichen Funktionen wie die RUGs / RUG III

sCOMM – Skala der Kommunikationsfähigkeit

Screening – Fallfindung, Fallidentifizierung oder eine Vorsorgeuntersuchung, die zur Fallidentifizierung dient.

SGB – Sozialgesetzbuch

sIADLC = Skala der instrumentellen Fähigkeiten

sIADLP = IADL-Leistungsskala

T1, T2, T3 – in dieser Expertise ist das die Kennzeichnung von drei Trainingsabschnitten

Trigger – Zielpunkt, in diesem Zusammenhang als „Alarmzeichen“ verwendet

Verzeichnis der zitierten Literatur und der Hintergrundliteratur

- Abbott, P.A.; Quirolgico, S; Manchand, R.; Canfield, K. & Adya, M (1998): Can the US Minimum Data Set be Used for Predicting Admissions to Acute Care Facilities?"" *Medinfo* 9(2), 1318-1321.
- Abicht-Swensen, L.M. & Debner, L.K. (1999): The Minimum Data Set 2.0: A Functional Assessment to Predict Mortality in Nursing Home Residents. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 16(3), 527-532.
- Achterberg, W.P.; van Campen, C.; Margriet, A.P.; Kerkstra, A. & Ribbe, M.W. (1999): Effects of the Resident Assessment Instrument on the Care Process and Health Outcomes in Nursing Homes. A Review of the Literature. *Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine*, 31(3), 131-137.
- Arrowsmith, D.; Carpenter G.I. (1998): The use of Resource Utilisation Groups (RUGs) as a measure of casemix in the elderly post-acute setting: a pilot site perspective. *Proceedings of the Third National Casemix Conference-Using casemix in the new NHS*. 48. National Casemix Office, Winchester.
- Ashcraft, M.L.F; Fries, B.E.; Nerenz, D.R.; Falcon, S.P.; Srivastava, S.V.; Lee, C.Z.; Berki, S.E. & Errera, P. (1989): A Psychiatric Patient Classification System: An Alternative to Diagnosis-Related Groups. *Medical Care*, 27(5), 543-557.
- Auerbach, K. (1997): Innovation im Pflegeprozess am Beispiel des Resident Assessment Instruments. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Pflegewirtin an der FH SS „Alice Salomon“ im Studiengang Pflege / Pflegemanagement im WS 1997 / 1998.
- Banaszak-Holl, J. & Hines, M.A. (1996): Factors Associated with Nursing Home Staff Turnover. *The Gerontologist*, 36(4), 512-517.
- Beck, A. T.; Steer, R. A. (1987): Beck Depression Inventory (BDI). San Antonio: The Psychological Corporation, Inc.
- Berg, K.; Mor, V.; Morris, J.; Murphy, K.M.; Moore, T. & Harris, Y. (2002): Identification and Evaluation of Existing Nursing Homes Quality Indicators. *Health Care Financing Review*, 23(4), 19-36.
- Berg, K.; Sherwood, S.; Murphy, K.; Carpenter, G.I.; Gilgen, R. & Phillips, C.D. (1997): Rehabilitation in Nursing Homes: A Cross-National Comparison of Recipients. *Age and Aging*, 26(2), 37-42.
- Bernabei, R.; Landi, F.; Gambassi, G.; Sgadari, A.; Zuccala, G. & Mor, V. (1998): Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People Living in the Community. *British Medical Journal* 316(7141), 1348-1351.

- Bernabei, R.; Murphy, K.; Frijters, D.; DuPaquier, J.N. & Gardent, H. (1997): Variation in Training Programmes for Resident Assessment Instrument Implementation. *Age and Aging*, 26(2), 31-35.
- Bhalla, A. & Carpenter G.I. (1999): Cross validation of the minimum data set (MDS) cognitive performance scale (CPS) with the abbreviated mental test score (AMT). *Age and Aging*, 28, Supplement 1, 38.
- Bhalla, A.; Patel, R.; Boukhatem, R. & Carpenter G.I. (1999): Reliability of the Resident Assessment Instrument for Acute Care (RAI-AC). *Age and Aging*, 28, Supplement 2, 30.
- Binder, E.F.; Miller, J.P. & Ball, L.J. (2001): Development of a Test of Physical Performance for the Nursing Home Setting. *The Gerontologist*, 41(5), 671-679.
- Björkgren, M.A.; Finne-Soveri, H. & Sairaala, K. (1995): RUG: A Classification System for Institutional Long-Term Care. *Stakes*, 4, 39-42.
- Björkgren, M.A.; Fries, B.E.; Häkkinen, U. & Brommels, M. (2004): Case-Mix Adjustment and Efficiency Measurement. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 464-471.
- Björkgren, M.A.; Fries, B.E. & Shugarman, L.R. (2000): A RUG-III Based Case-Mix System for Home Care. *Canadian Journal on Aging*, 19(2), 106-125.
- Björkgren, M.A.; Häkkinen, U. & Brommels, M. (1999): RUG III Classification and Need of Care in the Care Register Systems in Institutional Long-Term Care. *Terveystaloustieteen Paiva*, 45, 41-43.
- Björkgren, M.A.; Häkkinen, U.; Finne-Soveri, H. & Fries, B.E. (1999): Validity and Reliability of Resource Utilization Groups (RUG III) in Finnish Long-Term Care Facilities. *Scandinavian Journal Public Health*, 27, 228-234.
- Björkgren, M.A.; Häkkinen, U. & Linna, M. (2001): Measuring efficiency of long-term care units in Finland. *Health Care Management Science*, 4(3), 193-200.
- Blair, A.; Brunton, B. & Rook, M. (1999): Communication: Implementation of the Resident Assessment Instrument (RAI): The Benefits of a Structured Communication Plan. *Healthcare Management Forum*, 12(2), 54-56.
- Boelicke, C. & Wlosinski, B. (1999): Qualitätsmessung in der Pflege. Eine Praxisinformation. Berlin: ASFH, 58.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2. Aufl.

- Botz, C.K.; Bestard, S.; Demaray, M. & Molloy, G. (1993): Resource Utilization Groups (RUGs): Defining Chronic Care, Rehabilitation and Nursing Home Case Mix in Canada. *Health Care Management Forum*, 6(4), 5-11.
- Bricioli, E.; Berbabei, R.; Grechi, F.; Masera, F.; Landi, F.; Bandinelli, S.; Cavazzini, C.; Gangemi, S. & Ferrucci, L. (2002): Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(3), 243-253.
- Burrows, A.B.; Morris, J.N.; Simon, S.E.; Hirdes, J.P. & Phillips, C.D. (2000): Development of a Minimum Data Set-Based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes. *Age and Ageing*, 29(2), 165-172.
- Buttar, A.B.; Mhyre, J.; Fries, B.E. & Blaum, C.S. (2003): Six-Month Cognitive Impairment Improvement in nursing Home Residents with Severe Cognitive Impairment. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 16(2), 100-108.
- Carpenter, G.I. (1996): International comparisons of RUG-III case mix and resource allocation. *The Gerontologist*, 36, Special Issue 1, 255.
- Carpenter, G.I.; Challis, D. (2003): A Thread from Many Strands: Assessment, the interRAI MDS System, and Health and Social Care Policy in England and Wales. In: *Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term Care in Eight Countries*. Milbank Memorial Fund Electronic Reports.
- Carpenter, G.I.; Field, J.; Challis, D. & Swift, C. (2002): Routine use of standardised assessment for monitoring the outcomes of community-based care. (Abstract). *Age and Ageing*, 31, Supplement 1, 34.
- Carpenter, G.A.; Gambassi, G.; Garms-Homolová, V.; Topinkova, E.; Schroll, M.; Finne-Soveri, H.; Henrard, J.-C.; Jonsson, P.; Frijters, D.; Sorbye-Wergeland, L.; Ljunggren, G.; Onder, G.; Bernabei, R. (2004): Community Care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 259-269.
- Carpenter, G.I.; Gill, S.; Patter, J.M. & Maxwell, C. (1999): A comparison of MDS/RAI activity of daily living, cognitive performance and depression scales with widely used scales. (Abstract). *Age and Ageing*, 28, Supplement 2, 29.
- Carpenter, G.I.; Hastie, C.L.; Morris, J.N.; Fries, B.E. & Ankri, J. (2006): Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatrics*, 6, 7.
- Carpenter, G.I.; Hirdes, J.P.; Ribbe, M.W.; Ikegami, N.; Challis, D. & Steel, K. (1999): Targeting Quality of Nursing Home Care. A Five Nation Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 11(2), 83-89.

- Carpenter, G.I.; Ikegami, N.; Ljunggren, G.; Carrillow, E. & Fries, B.E. (1997): RUG-III and Resource Allocation: Comparing the Relationship of Direct Care Time with Patient Characteristics in Five Countries. *Age and Ageing*, 26(2), 61-65.
- Carpenter, G.I.; Main, A. & Turner, G.F. (1995): Case-Mix for the Elderly Inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) Validation Project. *Age and Ageing*, 24(1), 5-13.
- Carpenter, G.I.; Morris, J.; Ikegami, N.; Hirdes, J. & Topinkova, E. (1997): Standardised assessment for community care - field testing of the RAI-HC. *Age and Aging*, 26, Supplement 3, 23.
- Carpenter, G.I.; Perry, M.; Challis, D. & Hope, K. (2003): Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups Version III (RUG-III). *Age and Ageing*, 32, 279-285.
- Carpenter, G.I.; Turner, G.F. & Fowler, R.W. (1997): Case-Mix for Inpatient Care of Elderly People: Rehabilitation and Post-Acute Care. *Age and Ageing*, 26(2), 123-131.
- Cohen-Mansfield, J. (1991): Instruction manual for the Cohen Mansfield Agitation Inventory (CLAI). Rockville, Maryland: Research institute for the Hebrew Home of Greater Washington (Manuskript)
- Cohen-Mansfield, J.; Marx, M. S.; Rosenthal, A. S. (1989): A description of agitation in the nursing home. *Journ. of Gerontology*, 44, 77 – 84
- Engel, K (2006): Qualität in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung. Eine Interventionsstudie mit dem „Resident Assessment Instrument“ zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin für Gesundheitswissenschaften an der TU Berlin
- Fries, B.E.; James, M.; Hammer, S.S.; Shugarman, L.R. & Morris, J.N. (2004): Is Telephone Screening Feasible? Accuracy and Cost-Effectiveness of Identifying Persons Medically Eligible for Home- and Community-Based Services. *The Gerontologist*, 44(5), 680-688.
- Fries B.E., Shugarman L.S., Morris J.N., Simon S., James M. A (2002): Screening System for Michigan's Home and Community-Based Long-Term Care Programs. (2002) *The Gerontologist* 42(4):462-474.
- Fries, B.E.; Ljunggren, G. & Winblad, B. (1991): International Comparison of Long-Term Care: The Need for Resident-Level Classification. *Journal of the American Geriatrics Society* 39(1), 10-16.
- Fries, B.E.; Mehr, D.R.; Schneider, D.; Foley, W.J. & Burke, R. (1993): Mental Dysfunction and Resource Use in Nursing Homes. *Medical Care*, 31(10), 898-920.

- Fries, B.E.; Morris, J.N.; James, M. & Carpenter, G.I. (1999): Building eligibility criteria for continuing care from systematic assessment data. *Age and Ageing*, 28 Suppl. 2, 30.
- Fries, B.E.; Schneider, D.P.; Foley, W.J.; Gavazzi, M.; Burke, R. & Cornelius, E. (1994): Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care*, 32(7), 668-685.
- Fries, B.E.; Shugarman, L.R.; Morris, J.N.; Simon, S.E. & James, M. (2002): A Screening System for Michigan's Home- and Community-Based Long-Term Care Programs. *The Gerontologist*, 42(4), 462-474.
- Fries, B.E.; Simon, S.E.; Morris, J.N.; Flodstrom, C. & Bookstein., F.L. (2001): Pain in US Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. *The Gerontologist*, 41(2), 173-179.
- Frijters, D.H.; Mor, V.; DuPaquier, J.N.; Berg, K. & Carpenter, G.I. (1997): Transitions Across Various Continuing Care Settings. *Age and Ageing*, 26(2), 73-76.
- Fuchs, H.; Garms-Homolová, V.; Kardorff, E.v.; Lungen, M.; Lauterbach, K. (2002): Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen für die medizinische Rehabilitation. *Arbeit und Sozialpolitik*, 56, 3 u. 4, 22-28.
- Garms-Homolová, V. (1995a): Präzision statt Schema F. Klientenbeurteilung und Pflegeplanung mit Resident Assessment Instrument (RAI). *Forum Sozialstation*, 19 (10), 40-41.
- Garms-Homolová, V. (1995b): Das RAI-System: Ein internationales Instrument zur Bewertung der Kosten und Verbesserung der Pflegequalität. *Public Health Forum*, 3 (8), 18-20.
- Garms-Homolová, V. (1996a): Das RAI-System – Ein Weg zur Verbesserung der Versorgung für chronisch Kranke und pflegebedürftige Personen. In: Walter, U. & Paris, W. (Hg.): *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*. Meran: Alfred & Söhne, 323-329.
- Garms-Homolová, V. (1996b): Prerequisites for a Better Integration of Chronically Ill Elderly. In: Mollenkopf, H. (ed.): *Elderly People in Industrialised Societies. Social Integration in Old Age by or despite Technology?* Berlin: Rainer Bohm Verlag, Ed. Sigma, 139-146.
- Garms-Homolová, V. (1998a): Minimum Data Set: Voraussetzungen für die Implementierung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Steinhagen-Thiessen, E. (Hg.): *Das geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung*, 48, Stuttgart: Schattauer Verlag, 247-262.
- Garms-Homolová, V. (1998b): Qualitätsmessung in der ambulanten Pflege. Erste Erfahrungen mit dem RAI HC-System in Deutschland und Österreich. *Pflegen ambulant*, 9(2), 18-20.

- Garms-Homolová, V. (1999a): Disability Profiles in Selected Home Care Facilities in Germany. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, Suppl. 1, II/28.
- Garms-Homolová, V. (1999b): Stellenwert und Voraussetzungen von Pflegeplanung/-dokumentation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): *Selbstbestimmung in Einrichtungen, Qualitätsentwicklung und Dienstleitung in der Altenpflege*. Berlin: BMFSFJ, 42-45.
- Garms-Homolová, V. (1999c): Resident Assessment Instrument und Pflegediagnosen – zwei konkurrierende oder sich ergänzende Instrumente der professionellen Pflege? In: Kollak, I. & Georg, M. (Hg.): *Pflegediagnosen: Was leisten sie – was leisten sie nicht?* Frankfurt / Main: Mabuse Verlag, 59-66.
- Garms-Homolová, V. (2001): Rehabilitative Orientierung der häuslichen Pflege alter Menschen. *Psychomed*, 13 (4), 229-234.
- Garms-Homolová, V. (2002a): Das RAI – Zum Zusammenhang von Qualitätssicherung und Personalbemessung. In: Kardorff, E.v.; Kondratowitz, H. J. (Hg.): *Personalbemessung in der Altenhilfe. Wissenschaftliche, praxisbezogene und sozialpolitische Verständigungsversuche*. Regensburg: Transfer Verlag, Beiträge zur Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 14, 101-112.
- Garms-Homolová, V. (2002b): *Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument – Home Care*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Garms-Homolová, V. (2005a): Impfung gegen Influenza bei Personen mit Pflegebedarf in 11 europäischen Ländern. *Journal of Public Health*, 13, Supplement 1, S27.
- Garms-Homolová, V. (2005b): Trotz erhöhter Gefährdung: Mehrheit der Kunden ambulanter Pflegedienste nicht geimpft. *Forum Sozialstation*, 29 (133), 16-17.
- Garms-Homolová, V. (2006a): Vorstellung des RAI- und RUG III – Systems. In: Bierlein, K. H. (Hg.): *Suchet der Pflege Bestes*. Berlin: DEVAP, Deutscher Evangelischer Verband für Altenpflege e.V., 125-136.
- Garms-Homolová, V. (2006b): Depressivität bei Klient/innen ambulanter Pflegedienste in Europa. In: Needham, I.; Schoppmann, S.; Schulz, M.; Stefan, H. (Hrsg.): *Wissen schafft Pflege, Pflege schafft Wissen. Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft*. Unterostendorf: Ibicura, S.326 – 327.
- Garms-Homolová, V. (2007): InterRAI-Assessmentinstrumente. In: Wied, S. & Warmbrunn, A. (Hrsg.): *Psyhyrembel Pflege*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 2. überarbeitete Auflage, 413-415.
- Garms-Homolová, V. unter Mitwirkung von Engel, K. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln in Nordrhein – Westfalen. Empirischer Teil zum Abschlussbericht des Projekts im Auftrag der Enquetekommission „Zukunft der Pflege in Nordrhein – Westfalen. IGK e. V. Berlin, Manuskript, 86.

- Garms-Homolová, V. & Hack, M. (2003): Die Wahl der Instrumente ist entscheidend. Das Minimum Data Set des RAI HC erweist sich als eine Zeit sparende und effektive Dokumentationsmethode. *Häusliche Pflege*, 6, 34 – 36.
- Garms-Homolová, V. & Kiki, N. (2003): Clowns im Pflegeheim? Zur Frage der Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten durch die humorthapeutische Intervention. *Psychomed*, 15 (2), 106-113.
- Garms-Homolová, V. & Kiki, N. (2002): Auswirkungen der Humorthherapie auf den Zustand der Bewohner/innen und die Pflegearbeit. Abschlussbericht einer Untersuchung im Auftrag des GSD Krankenhauses Genthiner Straße 24 – 28, Berlin, vorgelegt vom Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e. V. in Berlin, 100S.
- Garms-Homolová, V. & Niehörster, G. (1997): Pflegedokumentation. Auswählen und erfolgreich anwenden in Pflegeeinrichtungen. Hannover: Vincentz-Verlag.
- Garms-Homolová, V. & Nielsen, H. (1995): Analyse der Implementationsvoraussetzungen für das Resident Assessment Instrument in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht über eine Pilotstudie. Berlin: Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V., 61.
- Garms-Homolová, V. und Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln in Pflegeeinrichtungen im Land Nordrhein – Westfalen. Abschlussbericht zum Projekt der Enquetekommission „Zukunft der Pflege in Nordrhein – Westfalen. (Veröffentlicht von der Enquete Kommission Zukunft der Pflege des Landtags NRW im Internet, unter www.GBI/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp)
- Garms-Homolová, V. & Theiss, K. (2007): Verbesserung der Versorgung mehrfach erkrankter alter Menschen durch die Optimierung des Überleitungsmanagement zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten – „Screening – Projekt“. Abschlussbericht vorbereitet für den QVNIA – Qualitätsverbund Netzwerk im Alter und die Robert Bosch Stiftung. Berlin: Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e. V. 114 S.
- Gilgen, R. & Garms-Homolová, V. (1995): Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege - Eine Übersicht. *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*, 26, 1, 25-26.
- Gilgen, R.; Weiss, U. (1998): Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege. Eine Übersicht. In: Steinhagen-Thiessen, E. (Hg.): *Das Geriatrie Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung* 48, Stuttgart: Schattauer Verlag, 239-245.
- Grebe, C. (2004): Pflegeklassen nach SGB XI und RUG-III. Eine explorative Korrelationsstudie. Comparing the groups of the German nursing insurance with the

- Resource Utilization Groups (RUG-III). An explorative correlational study. *PRInterNet*, 3, 54-61.
- Gruber-Baldini, A.; Zimmerman, S.; Mortimore, E. & Magaziner, J. (2000): The Validity of the Minimum Data Set in Measuring the Cognitive Impairment of Persons Admitted to Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1601-1606.
- Hansebo, G.; Kihlgren, M.; Ljunggren, G. & Winbald, B. (1998): Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 642-653.
- Hartmaier, S.L.; Sloane, P.D.; Guess, H.A. & Kock, G.G. (1994): The MDS Cognition Scale: A Valid Instrument for Identifying and Staging Nursing Home Residents with Dementia Using the Minimum Data Set. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(11), 1173-1179.
- Hartmaier, S.L.; Sloane, P.D.; Guess, H.A.; Kock, G.G., Mitchell, C.M. & Phillips, C.D. (1995): Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: Agreement with the Mini-Mental State Examination. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 50A(2), M128-M133.
- Hautzinger, M.; Bailer, M.; Worall, H.; Keller, F. (1994): *Becks-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Hans Huber Verlag
- Hawes, C.; Morris, J.; 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*, 26(2), 19-25.
- Hawes, C.; Morris, J.; Phillips, C.D.; Mor, V.; Fries, B.E. & Nonemaker, S. (1995): Reliability Estimates for the Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS). *The Gerontologist* 35(2), 172-178.
- Henrard, J.C.; Ankri, J.; Frijters, D.; Carpenter, I.; Garms-Homolová, V.; Topinkova, E.; Finne-Soveri, H.; Sorbye, L.W.; Jonsson, P.V.; Ljunggren, G.; Schroll, M.; Wagner, C. & Bernabei, R. (2006): Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons: application in several European cities. *International Journal of Integrated Care*, 6, 1-9.
- Hines, M. A.; Mor, V.; Hawes, C.; Phillips, C.; Morris, J.; Fries, B. (1994): Developing of Resident Assessment System and Data Base for nursing home residents. Post implementation telephone survey report. Submitted to Health Standards and Quality Bureau, HCFA, Baltimore, Maryland, Contract # 500-88-0055
- Hirdes, J.P.(1995): Final Report: Classification of Patients in Metropolitan Toronto Continuing Care Beds According to the U.S. Minimum Data Set 2.0 and RUG III Grouping Methodology. Metropolitan Toronto Hospital Restructuring Committee.

- Hirdes, J.P.; Botz, C.A.; Kozak, J. & Lepp, V. (1996): Identifying an Appropriate Case Mix Measure for Chronic Care: Evidence from an Ontario pilot study. *Healthcare Management Forum*, 9(1), 40-46.
- Hirdes, J.P. & Carpenter, G.I. (1997): Health Outcomes Among the Frail Elderly in Communities and Institutions: Use of the Minimum Data Set (MDS) to Create Effective Linkages Between Research and Policy. *Canadian Journal on Aging*, 23, Special Joint Issue: Aging, 53-69.
- Hirdes, J.P.; Fries, B.E.; Morris, J.; Steel, K.; Mor, V. & Frijters, D.H. (1999): Integrated Health Information Systems Based on the RAI/MDS Series of Instruments. *Healthcare Management Forum*, 12(4), 30-40.
- Hirdes, J.P.; Frijters, D. & Teare, G. (2003): The MDS-CHESS Scale: A New Measure to Predict Mortality in Institutionalized Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1), 96-100.
- Hirdes, J.P.; Prendergast, P.; Smith, T.F.; Morris, J.N.; Rabinowitz, T.; Ikegami, N.; Yamauchi, K.; Phillips, C.D.; Perez, E.; Fries, B.E. & Curtin, T. N. (2002): The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-rater Reliability and Convergent Validity. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 29(4), 419-432.
- Hirdes, J.P., Poss, J., Curtin Telegdi, N., Chase, M. (2002) Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) for Community and Institutional Services, Montreal: Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Association on Gerontology.
- Ikegami, N. (1995): Functional Assessment and its Place in Health Care. *The New England Journal of Medicine*, 332(9), 598-599.
- Inrator, O.; Castle, N.G. & Mor, V. (1999): Facility Characteristics Associated with Hospitalization of Nursing Home Residents: Results of a National Study. *Medical Care*, 37(3), 228-237.
- Karon, S.L.; Sainfort, F. & Zimmerman, D. (1999): Stability of Nursing Home Quality Indicators Over Time. *Medical Care*, 37(6), 570-579.
- Karon, S.L. & Zimmerman D. (1996): Using Indicators to Structure Quality Improvement Initiatives in Long-Term Care. *Quality Management in Health Care*, 4(3), 54-66.
- Koehler, M.; Rabinowitz, T.; Hirdes, J.; Stones, M.; Carpenter, G.I.; Fries, B.E.; Morris, J.N. & Jones, R.N. (2005): Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study. *BMC Geriatrics*, 5(1).
- Landi, F.; Onder, G.; Carpenter, I.; Garms-Homolová, V.; Bernabei, R. (2005): Prevalence and predictors of influenza vaccination among frail community – living elderly patients: An international observation study. *Vaccine*, 23, 3896 – 3901.

- Landi, F.; Sgadari, A.; Cipriani, L.; Castellani, M.; Pahor, M. & Carbonin, P.U. (1996): A Simple Program to Train Case Managers in Community Elderly Care. *Aging*, 8(3), 211-218.
- Landi, F.; Tua, E.; Onder, G.; Carrara, B.; Sgadari, A. & Rinaldi, C. (2000): Minimum Data Set for Home Care: A Valid Instrument to Assess Frail Older People Living in the Community. *Medical Care*, 38(12), 1184-1190.
- Lawton, M.P.; Casten, R.; Parmelee, P.A.; Van Haitsma, K.; Corn, J. & Kleban, M.H. (1998): Psychometric Characteristics of the Minimum Data Set II: Validity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(6), 736-744.
- Ljunggren, G. & Brandt, L. (1996): Predicting Nursing Home Length of Stay and Outcome with a Resource-Based Classification System. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12(1), 72-79.
- Maxwell, C.; Zimmerman, D.; Karon, S.L.; Sainfort, F. & Purnell, M. (1998): Estimating Quality Indicators for Chronic Care From the MDS 2.0: Risk-Adjustment Issues and Concerns. *Canadian Journal of Quality in Health Care*, 14(3), 4-13.
- Miller, S.C.; Mor, V. & Teno, J. (2003): Hospice Enrolment and Pain Assessment and Management in Nursing Homes. *Journal of Pain Symptom Manage*, 26(3), 791-799.
- Mitchell, S.L.; Kiely, D.K.; Hamel, M.B.; Park, P.; Morris, J.N. & Fries, B.E. (2004): Estimating Prognosis for Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2734-2740.
- Mor, V.; Angelelli, J.; Gifford, D.; Morris, J. & Moore, T. (2003): Benchmarking and Quality in Residential and Nursing Homes: Lessons from the U.S. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(3), 258-66.
- Mor, V.; Berg, K.; Angelelli, J.; Gifford, D.; Morris, J. & Moore, T. (2003): The Quality of Quality Measurement in U.S. Nursing Homes. *The Gerontologist*, 43(2), 37-46.
- Morris, J.; Fries, B.E.; Mehr, D.R.; Hawes, C.; Phillips, C.D. & Mor, V. (1994): MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 49A(4), M174-M182.
- Morris, J.; Fries, B.E. & Morris, S.A. (1999): Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 54A(11), M546-M553.
- Morris, J.; Hawes, C.; Fries, B.E.; Phillips, C.D.; Mor, V. & Katz, S. (1990): Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *The Gerontologist*, 30(3), 293-307.

- Morris, J.N.; Hawes, C.; Murphy, K. & Nonemaker, S. (1995): Long-Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual – Version 2.0. Baltimore: Health Care Financing Administration.
- Murphy, K.M.; Morris, J.N.; Fries, B.E. & Zimmerman, D.R. (1998): Minimum Data Set: gegenwärtige und künftige Entwicklung in den USA. In: Steinhagen-Thiessen, E. (Hg.): Das Geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung 48, Stuttgart: Schattauer Verlag, 285-299.
- Netten, A.; Darton, R.; Bebbington, A.; Forder, J.; Brown, P. & Mummery, K. (2001): Residential and Nursing Home Care of Elderly People with Cognitive Impairment: Prevalence, Mortality and Costs. *Aging & Mental Health*, 5(1), 14-22.
- Niehörster, G.; Garms-Homolová, V.; Vahrenhorst, V. (1998): Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer, Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 147(4).
- Nielsen, H. (1998): Minimum Data Set: Voraussetzungen für die Implementierung in der Bundesrepublik Deutschland. Empirischer Teil. In: Steinhagen-Thiessen, E. (Hg.): Das Geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung 48, Stuttgart: Schattauer Verlag, 263-274.
- Ooi, W.L.; Morris, J.; Brandeis, G.H.; Hossain, M. & Lipsitz, L. (1999): Nursing Home Characteristics and the Development of Pressure Sores and Disruptive Behaviour. *Age and Ageing*, 28(1), 45-52.
- Perry, M. & Carpenter, G.I. (2002): Identification of nursing care of residents in UK nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). *Age and Aging*, 31, Suppl. 1, 31.
- Phillips, C.D.; Chu, C.; Morris, J. & Hawes, C. (1993): Effects of Cognitive Impairment on the Reliability of Geriatric Assessments in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(2), 136-142.
- Phillips, C.; Mor, V.; Hawes, C.; Fries, B. & Morris, J.N. (1993): Development of an Resident Assessment System and Data Base for Nursing Home Residents. Implementation Report directed to the Health Standards and Quality Bureau. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute (Hg.).
- Pientka, I. (1996): Sinnvolle Datenerfassung. Die Bedeutung des geriatrischen Assessments für die Häusliche Pflege. *Häusliche Pflege*, 5, 2, 117-122.
- Rantz, M.J.; Mehr, D.R.; Conn, V.S.; Hicks, L.L.; Porter, R.; Madsen, R.W.; Petrowski, G.F. & Maas, M. (1996): Assessing quality of nursing home care: the foundation for improving resident outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10, 1-9.

- Rantz, M.J.; Popejoy, L.; Mehr, D.R.; Zwygart-Stauffacher, M.; Hicks, L.L. & Grando, V. (1997): Verifying Nursing Home Care Quality Using Minimum Data Set Quality Indicators and Other Quality Measures. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(2), 54-62.
- Schlentz, M. (1993): The Minimum Data Set and Levels of Prevention in the Long-Term Care Facility. *Geriatric Nursing*, 14(2), 79-83.
- Schnelle, J.F.; Wood, S.; Schnelle, E.R. & Simmons, S.F. (2001): Measurement Sensitivity and the Minimum Data Set Depression Quality Indicator. *The Gerontologist*, 41(3), 401-405.
- Stewart, K.; Challis, D.; Carpenter, G.I. & Dickinson, E. (1999): Assessment Approaches for Older People Receiving Social Care: Content and Coverage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 147-156.
- Stineman, M.G. & Maislin, G. (2000): Clinical, Epidemiological, and Policy Implications of Minimum Data Set Validity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1734-1736.
- Sturdy, D. & Carpenter, G.I. (1997): Benefits of Standardised Assessment. *Nursing Times* 93(13), 53-55.
- Teno, J.M.; Kabumoto, G.; Wetle, T.; Roy, J. & Mor, V. (2004): Daily Pain that was Excruciating at Some Time in the Previous Week: Prevalence, Characteristics, and Outcomes in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 762-767.
- Topinková, E. & Garms-Homolová, V. (1999): Resident Assessment Instrument – Results of Evaluation of Health Status in Institutional Facilities and Home Care Agencies. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, Suppl. 1, II/45.
- Trapisch, H. J. & Windeler, J. (2000): *Medizinische Statistik*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2. Aufl.
- Turner, G.F.; Main, A. & Carpenter, G.I. (1995): Casemix, Resource Use and Geriatric Medicine in England and Wales. *Age and Ageing*, 24(1), 1-4.
- Williams, B.C.; Fries, B.E.; Foley, W.J.; Schneider, D. & Gavazzi, M. (1994): Activities of Daily Living and Costs in Nursing Homes. *Health Care Financing Review*, 15(4), 117-135.
- Williams, B.C.; Li, Y.; Fries, B.E. & Warren, R.L. (1997): Predicting patient scores between the functional independence measure and the minimum data set: development and performance of a FIM-MDS “crosswalk”. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 48-54.
- Yamauchi, K. & Ikegami, N. (1999): Cognitive Performance Scale (CPS). *Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(8), 943-952.