

Seite 1

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Erprobung des Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)
in einem deutschen Setting

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Helga-Andrea Fink

aus Bukarest

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. A. Heinz
 2. Prof. Dr. med. H. Dech
 3. Prof. Dr. med. T. Wetterling

Datum der Promotion: 04.02.2011

Inhalt

1. Einleitung	6
1.1. Zur Bedeutung alter Patienten in der Medizin unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung.....	6
1.2. Das Konzept der Multimorbidität.....	16
1.3. Zum Problem der systematischen Erfassung des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs alter Menschen.....	18
1.3.1. Vorstellung des RAI, Instrument für ein standardisiertes Assessment des Pflege- und Hilfsbedarfes.....	20
1.3.1.1. Das Minimum Data Set (MDS)	21
1.3.1.2. Das Triggersystem	23
1.3.1.3. Die Abklärungshilfen-Resident Assessment Protocols (RAPs)	23
1.4. Begründung des Forschungsvorhabens und Entwicklung der Fragestellung.....	25
1.4.1. Entstehungsprozess der englischsprachigen CANE Skala	26
1.4.2. Untersuchungen zu CANE	31
1.5. Methodik und Fragestellung	33
2. Material und Methoden.....	35
2.1. Konzept der Untersuchung	35
2.1.1. Zur Auswahl der standardisierten Instrumente.....	35
2.1.2. Die CANE Skala.....	35
2.1.2.1. Übersetzungsmethodik der deutschsprachigen Version der CANE	36
2.1.3. Der Barthel Index (BI).....	37
2.1.4. Der Mini Mental Status (MMS)	38
2.1.5. Der deutsche SF-36 Health Survey	39
2.1.6. Die Global Deterioration Scale (GDS).....	40
2.2. Erhebung der Daten	41
2.2.1. Vorbereitungen für die Datenerhebung	41
2.2.2. Rekrutierung der Patientenstichprobe	41
2.2.3. Ethische Aspekte	41
2.2.4. Beschreibung der Heime	42

2.3. Dateneingabe und verwendete statistische Methoden	43
3. Ergebnisse.....	44
3.1. Deskriptive Statistik.....	44
3.1.1. Alter	44
3.1.2 Geschlecht	46
3.1.3. Familienstand.....	49
3.1.4. Pflegestufe	51
3.2.5. Dauer des Heimaufenthaltes	54
3.1.6. Gesetzlicher Betreuer	55
3.1.7. Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Jahren	57
3.1.8. Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus.....	60
3.1.9. Physische und psychische Einschränkungen/ Multimorbidität	62
3.1.10. Bedürfnisse im CANE	65
3.1.11. Deskriptive Kennwerte der zur CANE Validierung eingesetzten Instrumente.....	67
3.2. Itemanalyse der CANE Übersetzung getrennt für Patienten und Personalurteile.....	71
3.2.1. Itemselektion nach Schwierigkeit und Trennschärfe.....	72
3.2.2. Konsistenz und Homogenität der CANE Skalen.....	73
3.2.3. Homogenität im Sinne der Iteminterkorrelation.....	74
3.2.4. Homogenitätsprüfung mittels Faktorenanalyse	76
3.2.5. Zusammenfassung der Itemanalyse.....	81
3.2.6. Validität der CANE Skalen unter Berücksichtigung anderer Testskalen.....	81
Zur besonderen Rolle der Gedächtniseinschätzung durch Personal und Patienten.....	81
3.2.7. Zur Validität der Patientenitems.....	82
3.2.8. Zur Validität des Personalitems im CANE.....	83
4. Diskussion.....	85
5. Zusammenfassung.....	91
6. Literaturverzeichnis.....	92
7. Anhang.....	103
7.1. Deutsche CANE Version	103
7.2. Zusatzfragen	129
7.3. Graphik.....	131

Graphik 1: Psychische Störungen, funktionell	131
7.4. Tabellen	132
Tabelle 1: Erhobene Diagnosen aus Patientenakten, Gesamtanzahl	132
Tabelle 2: Psychische Symptome nach Fallzahl und Prozentverteilung nach Häufigkeiten: nie und selten bzw. oft oder fast immer	136
Tabelle 3: Summenscore psychischer Symptome	136
Tabelle 4: Item-Schwierigkeiten für die untersuchten Gruppen (Patienten und Personal).....	137
Tabelle 5: Itemselektion anhand der Trennschärfe und der Schwierigkeit	138
Itemkennwerte für die untersuchten Gruppen (Patienten und Personal).....	138
Tabelle 6: Itemkennwerte für die untersuchten Gruppen (Patienten und Personal).....	139
Tabelle 7: Met und unmet needs aufgeschlüsselt	140
Tabelle 8: Iteminterkorrelationen CANE Patienten (Items dichotom no need/need+unmet need)	143
Tabelle 9: Iteminterkorrelationen CANE Personaleinschätzung der Patienten (Items dichotom no need/need+unmet need)	145
Tabelle 10: 3-Faktoren-Lösung. Rotierte Faktoren mit Itemladungen.....	147
8. Danksagung	148
9. Lebenslauf	149
10. Publikationsliste	150
Erklärung	151

1. Einleitung

In den folgenden Abschnitten werden die Faktoren genannt, die dazu geführt haben, dass in Deutschland neue gesundheitliche Herausforderungen entstanden sind, deren Bewältigung innovative Methoden und Modelle erfordert.

Aufgrund der demographischen Veränderungen, des „kollektiven Alterns“, werden Gesellschaft, Politik und Wissenschaft in zunehmendem Maße gefordert. Die Sozialversicherungssysteme müssen auch zukünftig finanziert und die medizinisch-pflegerische Versorgung gesichert werden (BMGS 2003; Rürup 1999; Görres 1999).

Zunächst wird die Veränderung der Altersstruktur in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt, gleichzeitig ein Blick auf mögliche Entwicklungen in der Zukunft geworfen.

Anschließend wird die teilweise dadurch bedingte Veränderung des Krankheitsspektrums mit Dominanz der chronisch-degenerativen Erkrankungen und die Problematik der Pflegebedürftigkeit diskutiert. Die stetig wachsenden Zahlen der Behandlungsplätze im geriatrischen Bereich und die damit verbundenen Veränderungen in der geriatrischen Versorgung werden kurz erläutert. Erwähnt wird auch die mit zunehmenden Alter steigende Zahl von Personen mit psychischen Störungen (v. a. Demenz).

Eingegangen wird auf die Problematik der Multimorbidität im Alter, der daraus entstehenden Notwendigkeit, zwecks optimaler Patientenversorgung ein multidimensionales geriatrisches Assessmentinstrument zu entwickeln und anzuwenden. Ein erprobtes Instrument, das Resident Assessment Instrument (RAI) wird kurz zusammenfassend dargestellt.

Es folgt die Beschreibung des Entstehungsprozesses eines neuen umfassenden, jedoch deutlich kürzeren und zeitsparenden geriatrischen Assessmentinstrumentes, dem Camberwell Assessment of Need for the Elderly, kurz CANE.

1.1. Zur Bedeutung alter Patienten in der Medizin unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung

Bereits im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts ist die Problematik der alten Menschen bundesweit ins Blickfeld der Öffentlichkeit getreten. Dank der guten Lebensbedingungen und der umfassenden ärztlichen Betreuung hat sich die Lebenserwartung stark erhöht. Dadurch wuchs die Gruppe der alten Menschen immer mehr an, so dass die Gesellschaft deren speziellen Interessen und Bedürfnissen mehr und mehr Aufmerksamkeit schenken musste. Im Folgenden

werden uns die mit diesem Trend verbundenen Krankheitserscheinungen besonders beschäftigen. Nur nebenbei sei bemerkt, dass sich auch das zahlenmäßige Verhältnis zwischen jungen und alten Menschen sehr stark, ja dramatisch verändert hat und weiterhin verändert, weil sich die Folgen der wachsenden Lebenserwartung mit denen des steten Geburtenrückgangs verbinden.

Die Veränderung der Altersstruktur unserer Bevölkerung wird von der Statistik wie folgt wiedergegeben: Innerhalb eines Jahrhunderts, in der Zeit zwischen 1901 und 2000, ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei männlichen Neugeborenen um 30 Jahre und bei neugeborenen Mädchen sogar um 32,5 Jahre gestiegen (Statistisches Bundesamt 2003). Wie aus der folgenden Tabelle zu ersehen, geht das statistische Bundesamt von einem weiteren relevanten Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 aus.

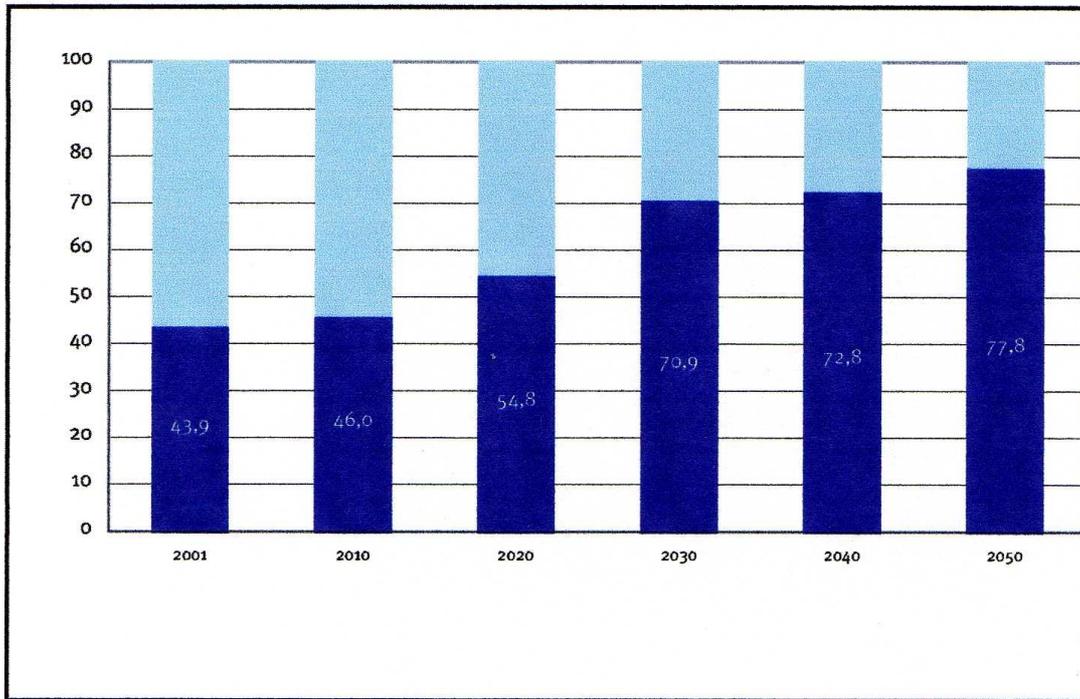
Tabelle A: Entwicklung der Lebenserwartung Neugeborener

Basisjahr	Jungen	Mädchen
1901/1910	44,8	48,3
1924/1926	56,0	58,8
1932/1934	59,9	62,8
1949/1951	64,6	68,5
1960/1962	66,9	72,4
1965/1968	67,6	73,6
1970/1972	67,4	73,8
1975/1977	68,6	75,2
1980/1982	70,2	76,9
1985/1987	71,8	78,4
1991/1993	72,5	79,0
1996/1998	74,0	80,3
1998/2000	74,8	80,8
2020*	78,1	83,8
2035*	79,7	85,4
2050*	81,1	86,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Juni 2003

2001 kamen in Deutschland auf 100 Personen im Erwerbsalter (20 bis 59 Jahre) 44 Personen im Rentenalter (60 Jahre oder älter). Dieser Quotient, auch Altenquotient genannt, wird sich bis zum Jahr 2040 wahrscheinlich auf 73 erhöhen, 2050 voraussichtlich sogar auf 78. Die Entwicklung des Altenquotienten ist nachfolgend graphisch dargestellt.

Altenquotient 60+: Auf 100 20- bis 59-Jährige kommen ... 60-Jährige und ältere



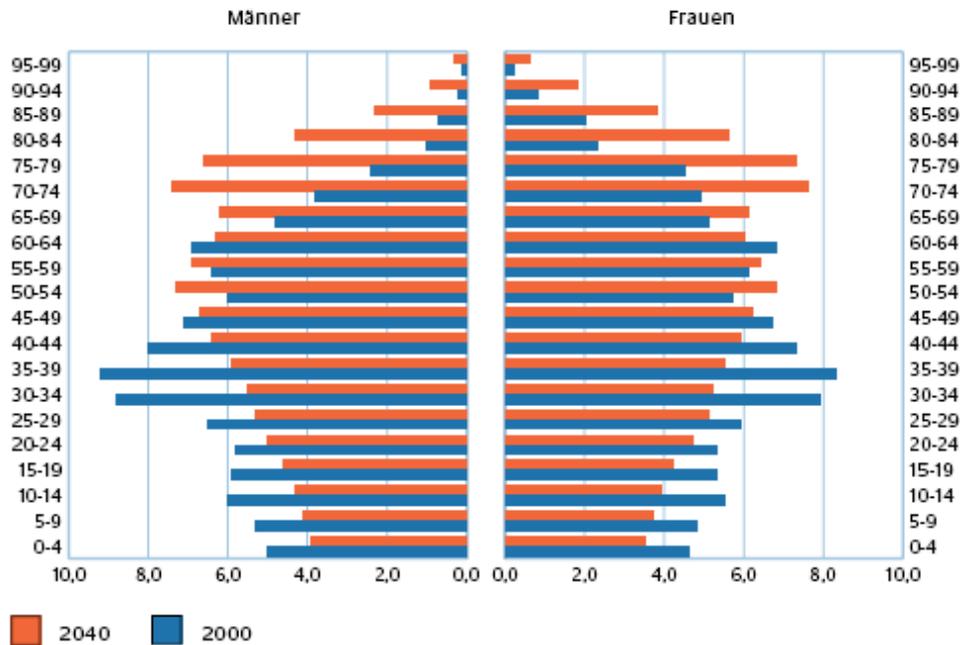
Quelle: Statistisches Bundesamt, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, mittlere Variante

Die Alterung der deutschen Gesellschaft wird nicht erst in 50 Jahren zu Problemen führen, sondern bereits in den nächsten zwei Jahrzehnten eine Herausforderung darstellen. Berücksichtigt man den Altenquotienten, wird laut mittlerer Variante der 10. Bevölkerungsvorausberechnung¹ des Statistischen Bundesamtes eine kritische Beschleunigung der Alterung zwischen 2010 und 2030 deutlich. Der Altenquotient steigt von 2010 bis 2020 von 46 auf 55, um dann bis 2030 sprunghaft auf 71 zuzunehmen.

In der nachfolgenden Graphik ist die voraussichtliche Veränderung der Altersstruktur ausgehend vom Jahr 2000 bis 2040 dargestellt (Statistisches Bundesamt 2003).

¹ Die Ergebnisse der 10. Bevölkerungsvorausberechnung beruhen wesentlich auf dem gegenwärtigen Altersaufbau und auf Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zur Lebenserwartung sowie zu den Auswanderungen. Dafür wurden eine Annahme zur Geburtenhäufigkeit, drei Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung und drei zum Wanderungssaldo getroffen. Insgesamt wurden neun Varianten der Bevölkerungsentwicklung gerechnet.

ALTERSPYRAMIDE IM JAHR 2000 UND 2040 (ANGABEN IN %)



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme

© Redaktionsbüro Gesundheit

Insgesamt lebten Ende Dezember 2005 rund 82,438 Millionen Menschen in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2006a). Davon waren nach Ergebnissen des Mikrozensus¹ 15,870 Millionen Menschen 65 Jahre und älter, ihre Zahl ist von 1995 bis 2005 um 3,138 Millionen (19,77%) gestiegen.

Diese demographische Entwicklung stellt nachdrücklich neue Anforderungen an das System der medizinischen Versorgung, sowohl was den Umfang und das Profil der medizinischen und psychosozialen Leistungen für alte Menschen anbelangt (Medikamente, Pflege, Therapie, Krankenhausbetten), als auch was die enger werdenden finanziellen Spielräume betrifft. Ältere Menschen fordern durchschnittlich weit mehr medizinische Leistungen als die in jüngerem oder in mittlerem Alter. Auch sind ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen zeitlich anhaltend, oft degenerativ und nicht heilbar. Sie tragen ein besonders hohes Krankheitsrisiko und haben

¹ Der Mikrozensus ist die amtliche Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt, an der jährlich 1% aller Haushalte in Deutschland beteiligt sind. Insgesamt nahmen 2005 rund 390.000 Haushalte mit 830.000 Personen am Mikrozensus teil. Alle Haushalte haben beim Mikrozensus die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit.

aufgrund des zunehmenden Anteils an verwitweten Personen auch ein höheres Versorgungsrisiko. Hinzu kommt, dass Betreuungsbedürfnisse oft durch den Partner oder die Angehörigen allein nicht aufgefangen werden können. (Gutzmann 2005; Dech 2001).

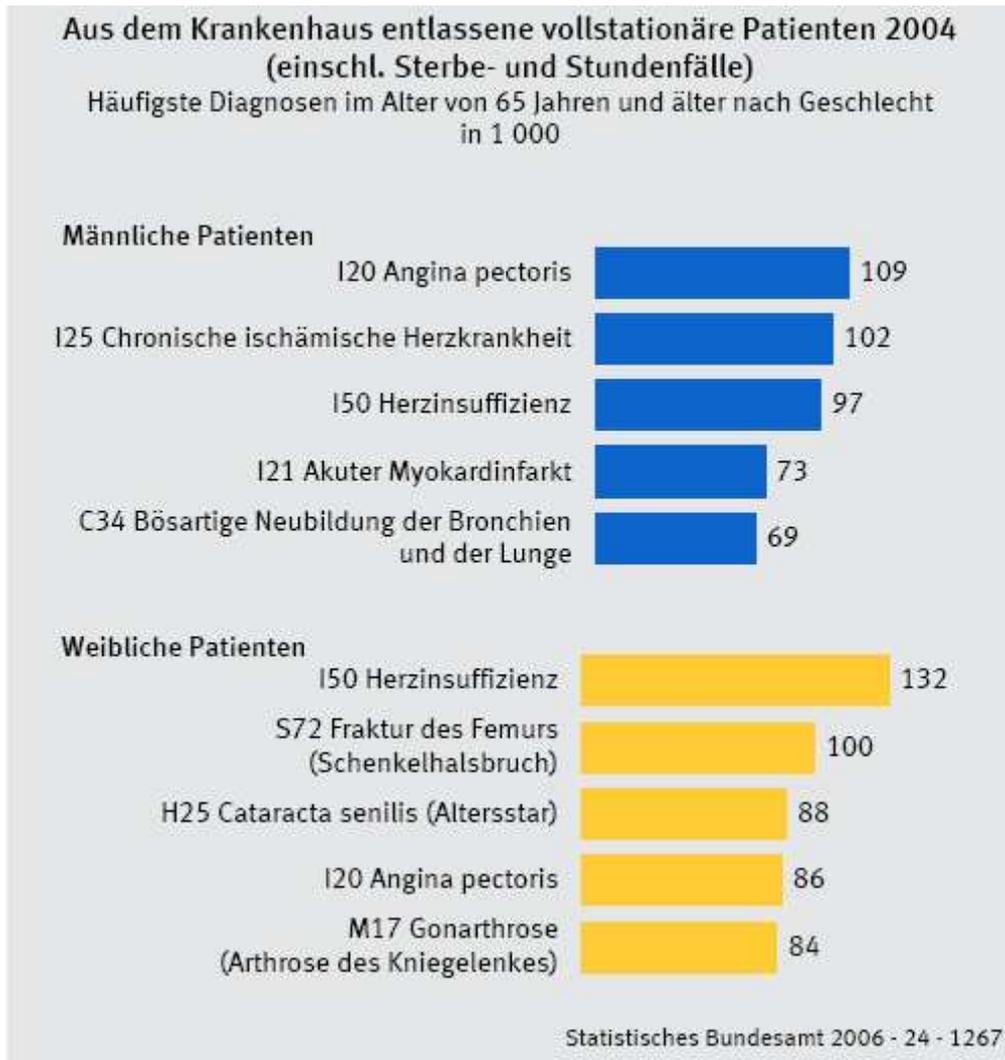
Es ist also offensichtlich, dass die demographischen Veränderungen ein Teil der Ursachen für die Verschiebung der Krankheitsschwerpunkte in unserer Gesellschaft sind. Betrachtet man Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken, hat sich das Spektrum der Krankheiten deutlich verändert. Früher dominierten Infektionskrankheiten, heute sind es chronisch degenerative Krankheiten – allen voran Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, bösartige Neubildungen und Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates.

Die amtliche Krankheitsstatistik nimmt sich folgendermaßen aus: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 2004 in deutschen Krankenhäusern 17,2 Millionen Patienten vollstationär behandelt. Davon waren 6,7 Millionen 65 Jahre und älter. 56,7% dieser Gruppe wiederum waren Frauen und 43,3 % Männer (Statistisches Bundesamt 2006b).

Der hohe Anteil der Frauen an den Patienten der Altersgruppe 65 und älter folgt aus dem Alters- und Geschlechtsaufbau der Bevölkerung in Deutschland, der in den älteren Jahrgängen einen deutlichen Frauenüberschuss aufweist. Die relative Häufigkeit einer Krankenhausbehandlung liegt allerdings bei älteren Männern wesentlich höher als bei den älteren Frauen.

Der häufigste stationäre Behandlungsgrund bei den Patienten mit 65 Jahren und älter waren Kreislauferkrankungen mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Angina pectoris und chronisch ischämische Herzkrankheit. Sie waren auch die häufigsten Behandlungsanlässe bei den 2,9 Millionen männlichen Patienten dieser Altersgruppe. Bei den 3,8 Millionen weiblichen Patienten im Alter von 65 und älter waren demgegenüber die häufigsten Diagnosen Herzinsuffizienz, Fraktur des Femurs und Cataracta senilis (Statistisches Bundesamt 2006c).

Die häufigsten Diagnosen der stationär behandelten Patientengruppe im Alter von 65 Jahren und älter getrennt nach Geschlecht werden in der folgenden Graphik dargestellt.



Die Behandlungsquote bei den 65-Jährigen und Älteren ist 2004 gegenüber 1994 um rund 19% gestiegen. Die Krankheitskosten, welche mit dem Alter überproportional ansteigen, beliefen sich für diese Altersgruppe 2004 auf 102,1 Milliarden Euro, was 45,4% der gesamten Krankheitskosten ausmachte.

Die Veränderungen des Krankheitsspektrums haben weit reichende Konsequenzen, da die chronisch-degenerativen Erkrankungen durch kurative Medizin nur bedingt aufzuhalten sind. Sie sind nicht heilbar im klassischen Sinne (Heinz 1994). Zwar kann die kurative Medizin Linderung der Beschwerden und Symptome erreichen – eine Heilung im Sinne einer vollständigen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und der gesundheitlichen Lebensqualität ist im Allgemeinen jedoch nicht oder nur in eingeschränktem Umfang möglich. Diese Erkrankungen sind meist mit langen Patientenkarrerien verbunden. Sie beginnen häufig schon im mittleren Lebensalter und führen oft zu mittel- und langfristigen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität. Daraus resultieren nicht nur erhebliche ökonomische Belastungen für

das Krankenversicherungssystem, sondern auch die Notwendigkeit, verschiedene Formen sozialer Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Ende 2003 waren insgesamt 2,076 Mio. Menschen, d.h. 2,5% der deutschen Bevölkerung pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Der Anteil der anspruchsberechtigten Personen stieg mit zunehmendem Alter: 81% der Pflegebedürftigen war 65 Jahre und älter, 32% war 85 Jahre und älter. Die Mehrheit (68%) waren Frauen. Insgesamt wurden 1,414 Millionen (68%) zu Hause versorgt und 640.000 in Heimen (32%). Die in Heimen lebenden Anspruchsberechtigten waren tendenziell älter und in höherem Maße pflegebedürftig als die Anspruchsberechtigten im ambulanten Bereich: 34% erhielten Leistungen nach Pflegestufe I, 44% nach Stufe II und 12% nach Stufe III oder als Härtefall (< 0,1%) anerkannt (Statistisches Bundesamt 2005). Zu erkennen ist ein sich abzeichnender Trend hin zur „professionellen Pflege“ in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste: Die Anzahl der durch ambulante Dienste Betreuten stieg innerhalb von zwei Jahren (Ende 2001 bis Ende 2003) um 3,6% (15.000) und die der in Heimen Versorgten um 5,9% (36.000). Insgesamt hat die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Zeit um 1,8% zugenommen.

Wie sich die Pflegebedürftigkeit künftig entwickeln wird, ist Gegenstand einer Reihe von Prognosen. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), geht in einer Enquete für das Jahr 2050 von insgesamt 4,7 Millionen Pflegebedürftigen aus (DIW, 2001). Gegenüber dem Jahr 2000 wäre dies eine Steigerung um insgesamt 124 Prozent. Andere Schätzungen gehen von niedrigeren Zahlen aus, konstatieren aber ebenfalls eine starke Zunahme der Pflegebedürftigkeit (Rothgang 2001; Dietz 2001).

Um eine angemessene Behandlung und Vorbeugung chronischer Erkrankungen zu erreichen, greift der klinisch-medizinischen Ansatz oft zu kurz, und sollte durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen im Sinne einer umfassenden ganzheitlichen Perspektive von Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten erweitert werden.

Aufgrund der in Zukunft zunehmenden Anzahl der Betagten und insbesondere der Hochbetagten und der damit verbundenen Problematik erhalten Gerontologie und Geriatrie immer mehr Bedeutung.

Die Gerontologie oder Altersforschung beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und Alters (Baltes, Baltes 1992).

Das erste Institut für Gerontologie in der Bundesrepublik wurde 1986 in Heidelberg durch Prof. Ursula Lehr gegründet. Ursula Lehr und Hans Thomaе initiierten die erste deutsche Längsschnittstudie zum späten Erwachsenenalter, seiner psychischen Entwicklungsprozesse und der Wechselwirkung mit körperlichen und sozialen Veränderungen (BOLSA). Die Studie, durchgeführt von 1965 bis 1987, verwirklichte erstmals in der BRD einen interdisziplinären Ansatz der gerontologischen Forschung. Ihr zentraler Befund war der Nachweis großer Unterschiede zwischen Senioren in der Form ihres Alterns, abhängig von Persönlichkeit und Umwelt.

Lehr definiert die Entwicklung im Alter als einen Prozess, dessen Einflüsse biologisch, sozial, ökologisch und personal wirken (Lehr 2007). Als weiterführendes Forschungsthema ergab sich die Frage, inwieweit sich Entwicklungsprozesse im Alter durch spezifische Formen der Intervention fördern lassen.

Die Geriatrie ist der medizinische Anteil der Gerontologie, die Altersmedizin. (Lüttje, Teigel 2002). Man versteht sie als eine mehrere herkömmliche Fächer umspannende neue Fachrichtung, welche die Verbesserung oder Wiederherstellung der Selbstständigkeit alter und sehr alter Patienten zum Ziel hat oder dafür Sorge trägt, dass diese Selbstständigkeit im Verlauf einer akuten Erkrankung nicht verloren geht.

Eine ausführliche Definition des Begriffes Geriatrie umfasst die folgenden 17 Dimensionen geriatrischer Medizin, erstellt durch die Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie:

- Wissensmodifikation medizinischer Fachgebiete,
- Multimorbidität,
- Risikoerkennung,
- senile Demenz,
- Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten,
- psychosomatische Zusammenhänge,
- Hierarchisierung von Maßnahmen,
- Rehabilitation,
- Irreversibilität chronischer Krankheiten,
- Todesnähe,
- Polarität (bezüglich Irreversibilität und Todesnähe),
- Weiterversorgung
- Umfeldbezogenheit,

- Angehörigenarbeit,
- Konsiliarwirkung,
- Interdisziplinarität,
- strukturell-organisatorischer Umbruch (Bruder et al. 1991).

Eine Besonderheit dieses Fachgebietes ist, dass die akute medizinische Versorgung und Rehabilitation eng ineinander greifen und nahezu gleichzeitig durchgeführt werden. Internistische Geriatrie und Psychogeriatric sind dabei eng verzahnt. Die Notwendigkeit geriatrischer Tätigkeit ergibt sich also auch daraus, dass in anderen Fachgebieten meist einzelne Diagnosen im Vordergrund stehen, wesentliche gleichzeitig bestehende Erkrankungen der alten Patienten aber häufig übersehen werden oder unbeachtet bleiben. Dies gilt insbesondere für psychische Erkrankungen wie frühe Stadien der Demenz und Depression, aber auch für andere Diagnosen wie Parkinson Syndrom oder Gangstörungen.

Vor ungefähr 20 Jahren begann in Deutschland eine Entwicklung hin zu eigenständigen geriatrischen Fachabteilungen an einzelnen Krankenhäusern. In den verschiedenen Bundesländern werden allerdings unterschiedliche Geriatriekonzepte vertreten. Das verbreitetste Modell ist das der Akutgeriatrie. Das bedeutet, dass Patienten von zu Hause in eine geriatrische Klinik eingewiesen und dort bedürfnisorientiert behandelt werden. Die andere Variante ist die Rehabilitationsgeriatrie, dorthin gelangen die Patienten erst nach der Behandlung ihrer akuten Beschwerden in herkömmlichen Krankenhäusern. Analog zum stationären Bereich existieren teilstationäre Einrichtungen, zum einen akutgeriatrische Tageskliniken, zum anderen teilstationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Nach den Ergebnissen einer Umfrage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Bonn, waren 1997 in der Bundesrepublik Deutschland 141 stationäre akutgeriatrische mit zusammen 7818 Betten sowie 95 Rehabilitationseinrichtungen mit 4684 Betten in Betrieb. Im teilstationären Bereich waren es entsprechend 37 und 29 Tageskliniken mit 675 bzw. 397 Behandlungsplätzen (Fuhrmann, Uhlig 1998). Im Bundesdurchschnitt standen 1997 für 100.000 Einwohner 15,3 geriatrische Betten zur Verfügung. Die Anzahl der bestehenden akutgeriatrischen Einrichtungen ist seit 1997 um 30%, die der Betten um 24% angestiegen. Bei den stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen gab es einen Anstieg um 41%, die Bettenzahl erhöhte sich um 36%. Insgesamt gab es im Jahr 2000 19,4 Betten pro 100.000 Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen geht in ihren „Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation“ davon aus, dass pro 100.000 Einwohner 50-60 Betten benötigt werden (Fuhrmann 2001).

Im teilstationären Bereich gab es von 1997 bis 2000 eine rasante Entwicklung, die Anzahl der geriatrischen Tageskliniken betreffend, und zwar eine Steigerung um 138%. Die Zahl der Plätze erhöhte sich um ca. 104%. Bei den teilstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen war der Anstieg mit 52% etwas geringer. Die Zahl der Plätze ist um ca. 75% gestiegen (Uhlig 2001). Somit wird dem semistationären Bereich zunehmend mehr Beachtung geschenkt, 2000 gab es 2,5 Plätze pro 100.000 Einwohner, die bereits erwähnten „Empfehlungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft gehen von 15 Behandlungsplätzen pro 100.000 Einwohner aus (Fuhrmann 2001).

Im Laufe der Zeit hat sich auch eine umfassendere Sichtweise von Erkrankung herauskristallisiert, so dass die Funktionsstörungen mehr in den Vordergrund rücken und die isolierte Betrachtung von Einzeldiagnosen in den Hintergrund tritt. Die Erhaltung der Lebensqualität alter und älterer Menschen gewinnt immer mehr an Bedeutung.

Die Gerontopsychiatrie, auch Alterspsychiatrie genannt, spielt innerhalb der Geriatrie eine wichtige Rolle. Sie beschäftigt sich mit der Vorbeugung, der Erkennung und der Behandlung psychischer Erkrankungen bei alten Menschen (Wetterling 2001). Die relative Zunahme der psychischen Störungen im Alter kann unter anderem durch folgende Ursachen bedingt sein:

- die Zunahme der über 65-, insbesondere der über 80-Jährigen,
- die Zunahme der damit verbundenen Häufung somatischer Erkrankungen und der Multimorbidität,
- das Übersehen sozialer Krankheitsursachen (z. B. Isolation, Mangelernährung, Verlust von Fertigkeiten zur Selbstversorgung).

Man unterscheidet bei den psychischen Störungen zwischen funktionellen Störungen (abnorme seelische Entwicklungen, Persönlichkeitsstörungen, wahnhaftige Störungen, Schizophrenie, paranoide Entwicklungen, affektive Störungen) und organisch bedingten Störungen (akute Verwirrheitszustände, demenzielle Syndrome verschiedener Ursache).

Trotz der Verwendung verschiedenartiger Erhebungsmethoden, Diagnosekriterien und Klassifikationssysteme kommen die europäischen Querschnittstudien an Zufallsstichproben aus der Altenbevölkerung zu dem übereinstimmenden Ergebnis, dass fast ein Viertel der über 65-Jährigen an einer psychischen Störung leidet (Bickel 1997). Dies gilt auch für die in Deutschland durchgeführten Untersuchungen: In einer Mannheimer Studie lag die Gesamtprävalenz bei 24,4% (Cooper, Sosna 1983). Davon wiesen 10,8% der Untersuchten Neurosen und Persönlichkeitsstörungen auf, bei 5,4% waren leichtere organische Psychosyndrome zu verzeichnen. Hierbei bestehen in der Regel ambulante Behandlungsbedürfnisse. 2,2% der Untersuchten litten unter funktionellen Psychosen. Die Gruppe mit den größten medizinischen,

aber auch sozialen Versorgungsbedürfnissen ist die mit den organisch bedingten psychischen Störungen (Demenz), die bei 6% der über 65-Jährigen diagnostiziert wurden. Von großer Versorgungsrelevanz ist, dass eine Demenz in den höheren Altersgruppen zunehmend häufiger festzustellen ist. Eine Analyse von insgesamt 22 Studien ergab bei der Altersgruppe von 60 bis 95 Jahren eine Verdopplungsrate der Prävalenz alle 5,1 Jahre (Yorm et al. 1987).

Der Anteil von psychisch kranken alten Menschen liegt in den Heimen je nach Aufnahmekriterium und Erfassungsjahr (steigende Tendenz) bei 37% bis 78,5%. Hier ist die häufigste psychische Erkrankung die Demenz, die je nach Studie bei 10% bis über 50% der Bewohner in Altenheimen liegt, in Pflegeheimen sogar noch erheblich höher (Hirsch et al. 1999). Schätzungsweise bis zu 80% der Demenzkranken treten im Verlauf ihrer Erkrankung in ein Pflegeheim ein, da die Versorgung im Privathaushalt nicht mehr gewährleistet werden kann (Bickel 2001). Über andere psychische Störungen liegen nur wenige differenzierte Angaben vor. Eine der aktuelleren epidemiologischen Untersuchungen, die Duderstadt-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass ein bis zu 2-fach höherer Anteil Depressiver sowie ein nahezu 15-facher Anteil Dementer unter den Altenheimbewohnern festzustellen ist, gegenüber den alten Menschen, die in Privathaushalten leben (Welz 1994). Neuere Untersuchungen in der Stadt Mannheim und in anderen Regionen Baden-Württembergs zeigen, dass durchschnittlich 60-70% der Plätze in Alten- und Pflegeheimen von Personen belegt werden, welche an einer mittelschweren bis schweren Demenz leiden (Weyerer et al. 2001; Schäufele et al. 2004).

1.2. Das Konzept der Multimorbidität

Unter Multimorbidität versteht man das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr Krankheiten bei derselben Person.

In den letzten Jahren hat, dank der gestiegenen Lebenserwartung, auch die Prävalenz der chronischen Erkrankungen zugenommen. Zu den häufigen chronischen Erkrankungen bei Älteren gehören der Diabetes mellitus, hoher Blutdruck, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, cerebrale Erkrankungen (insbesondere Ischämien) und die große Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (BMFSFJ 2002). Da der Prozentsatz der älteren Bevölkerung weiterhin ansteigt, wird wahrscheinlich auch derjenige der chronischen Erkrankungen zunehmen. Somit erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Multimorbidität.

Jeder dritte über 70-Jährige Bundesbürger leidet beispielsweise an fünf mittelgradig bis schweren und fast jeder vierte an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen (Baltes und Mayer

1999). Laut dem Viertem Altenbericht der Bundesregierung haben etwa 30% der über 60-Jährigen in Deutschland fünf oder mehr Diagnosen (BMFSFJ 2002).

Die durch die Fortschritte der Medizin so zahlreich gewonnenen Jahre sind also nicht notwendig auch gesunde Jahre.

Allerdings gibt es Meinungsverschiedenheiten darüber, in welchem Gesundheitszustand die Menschen in Zukunft die gewonnenen Lebensjahre verbringen werden. Auf der einen Seite stehen die Meinungen der so genannten „Morbiditykompressionsthese“ mit ihrem Begründer Fries (Fries 2003), auf der anderen Seite die Medikalisierungsthese, vertreten im deutschen Sprachraum insbesondere durch Krämer (Krämer 1997).

Der Kompressionsthese zufolge nimmt die Morbidität bei steigender Lebenserwartung ab, die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch einer chronischen irreversiblen Erkrankung und dem späteren Sterbezeitpunkt wird kleiner. Primärprävention zielt auf das Hinauszögern des Ausbruchs chronischer Morbidität und somit auf die Kompression.

Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass die Gesamtmorbidität zunimmt, die Komplikationen der chronischen Erkrankungen zwar medikamentös behandelt werden können und dadurch die Lebensdauer verlängert werden kann, ohne jedoch das Voranschreiten der Krankheit dauerhaft zu verhindern.

Für die Patienten kann Multimorbidität gravierende Folgen haben. Das Maß des physischen und sozialen Hilfebedarfs wächst mit der Anzahl der medizinischen Erkrankungen. Multimorbidität führt auch zu einer Beeinträchtigung von Familienleben und sozialen Kontakten. Die Pflege der Erkrankten ist zeitintensiv, psychisch und emotional anstrengend, und manchmal ist eine erhebliche Umstellung der Lebensführung für die Pflegenden unabdingbar (Dech et al. 1999b). Multimorbidität bedingt häufig komplexe Therapien und aufwendige Pflege, was kompetente Betreuung, Fachwissen und –kenntnisse des pflegenden Personals voraussetzt. Für die Gesellschaft bedeutet Multimorbidität einen erhöhten Bedarf an Pflegeangeboten im sozialen und medizinischen Bereich, sowie einen Verlust an Produktivität.

Eine umfassende Studie, die sich mit der Problematik der Multimorbidität beschäftigt, wurde in Holland durchgeführt (vgl. van den Akker et al. 1998). Ausgewertet wurde eine Datenbank der Familienärzte, in die 42 holländische Ärzte für Allgemeinmedizin Daten über ihre Patienten einspeisen. Da in Holland jeder Einwohner in einer Praxis für Allgemeinmedizin registriert ist, konnte eine Population erfasst werden, die repräsentativ für die gesamte holländische Bevölkerung ist. Es wurden die Prävalenz, Inzidenz, und die Determinanten der Multimorbidität

sowie die statistische Gruppierung der chronischen und rezidivierenden Erkrankungen untersucht. Man hat festgestellt, dass die Prävalenz der Multimorbidität mit dem Alter ansteigt, von 10% bei den 0-19-Jährigen bis zu 78% für die Gruppe der über 80-Jährigen. Sie betrug insgesamt 29,7%. Wachsendes Alter, niedrigeres Bildungsniveau und Alleinleben begünstigen das Auftreten von Multimorbidität.

Es sei vermerkt, dass die Multimorbidität, obwohl erst mit dem Alter steigend, sich doch durch alle Altersklassen zieht und zunehmend an Bedeutung gewinnt.

1.3. Zum Problem der systematischen Erfassung des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs alter Menschen

Multidimensionales geriatrisches Assessment ist ein diagnostischer Prozess zur systematischen Erfassung der medizinischen, funktionellen und psychosozialen Probleme und Ressourcen bei betagten Patienten, um damit einen umfassenden Plan für die weitere Behandlung und Betreuung aufzustellen (Stuck 1997).

Das geriatrische Assessment geht auf britische Vorreiter der Geriatrie (Marjory Warren, Lionel Cousin und Ferguson Anderson) nach 1930 zurück. Sie fanden in Pflegeinstitutionen viele behinderte betagte Personen, bei denen nie eine sorgfältige und detaillierte Abklärung stattgefunden hatte. Nach Warren sollten diese Patienten nicht mehr in Akutkrankenhäusern hospitalisiert werden, sondern in speziellen geriatrischen Abteilungen aufgenommen werden (Warren 1943).

Es gelang unter Berücksichtigung psychologischer Umstände, des sozialen Umfeldes und der funktionellen Fähigkeiten der chronisch Kranken beeindruckende Therapieerfolge zu erzielen. Dies stellte den Beginn der so genannten „geriatrischen Assessment Units“ dar.

Die damals entwickelten Grundprinzipien haben noch heute ihre Gültigkeit:

- Betagte Patienten benötigen besondere Diagnostik- und Therapiemethoden.
- Kein Patient sollte in eine Pflegeinstitution verlegt werden, ohne dass vorher eine medizinische und psychosoziale Abklärung oder ein Rehabilitationsversuch stattgefunden hat.

Die Gründe für eine spezielle Methodik bei der Diagnostik von Betagten sind vielfältig und sollen nun im Einzelnen erläutert werden. Meist handelt es sich um Patienten, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, also multimorbide sind, deshalb soll das bio-psycho-soziale Modell Berücksichtigung finden, d.h.: somatische, psychische, emotionale, kognitive und soziale Faktoren sind von Bedeutung. Auch erfordert die Therapieplanung die Einbeziehung

funktioneller Aspekte, da die Erhaltung der Selbstständigkeit wesentlich ist. Iatrogene Probleme, die bei älteren Patienten häufig anzutreffen sind, sollen erfasst werden, aus diesem Grund sind Informationen über Medikamente, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte wichtig für die weitere Diagnostik. Eine Quantifizierung der Parameter wie Selbstständigkeit oder kognitive Funktion erfordert besondere Methoden, auch soll die frühzeitige Therapie zur Prävention von Behinderung entscheidend beitragen, da sonst irreversible Zustände resultieren können. Oft werden jedoch Krankheitssymptome von den Patienten, den Betreuern oder dem Pflegepersonal als „normale Alterserscheinungen“ verkannt und Krankheit nicht behandelt.

Zielsetzungen des multidimensionalen geriatrischen Assessments sind (Wettstein et al. 2001):

- Erstellung eines Ausgangsbefundes für eine Verlaufsbeobachtung,
- Schaffung einer Basis zu Präventionszwecken,
- Verbesserung der diagnostischen Treffsicherheit,
- Aufstellung eines koordinierten Therapieplans und Bestimmung des Therapieziels,
- Prognostische Aussage,
- Festlegung der geeigneten Betreuungseinrichtung.

Multidimensionales geriatrisches Assessment erfordert Datenerhebungen in fünf Dimensionen. Es sollen biomedizinische, psychologische, soziale und funktionelle Daten erhoben sowie Wertvorstellungen und Ressourcen erfasst werden.

Die Einführung des Geriatrischen Assessments in Deutschland begann zum Unterschied zu anderen Ländern wie den USA und Großbritannien relativ spät, erst Anfang der 90er Jahre (Nikolaus, Specht-Leible 1992). In diesem Zusammenhang wurde eine deutsch-schweizerische Expertengruppe, die Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) gegründet, welche von internistischer Seite Empfehlungen für ein strukturiertes, so genanntes geriatrisches Basisassessment herausgibt (AGAST 1997).

Eine große randomisierte dreiarmlige Studie konnte zeigen, dass sich ein umfassendes geriatrisches Assessment auch in die Krankenhausstrukturen in Deutschland integrieren lässt und zu einer verbesserten Diagnostik und Patientenplatzierung führt (Nikolaus et al. 1999). Bisher haben jedoch nur wenige Kliniken Assessmentkomponenten in den routinemäßigen diagnostischen Prozess integriert, spezialisierte Aufnahme- und Abklärungsstationen fehlen noch. So sind z. B. die Schnittstellen bei der Aufnahme ins Krankenhaus, bei der Entlassung und bei der weiteren Versorgung durch Pflegedienste in der Praxis nicht ausreichend „verzahnt“. Oft wird die Entlassung nach Hause nur unzureichend zwischen Patienten, Angehörigen,

Sozialarbeitern, Ärzten und Pflegepersonal im Krankenhaus gemeinsam vorbereitet. Nur selten erfolgt eine detaillierte Information über Anamnese, Behandlungsverlauf mit Empfehlungen für die zukünftige Pflege- und Versorgungsplanung. Die unzureichende Vorbereitung der Krankenhausesentlassung sowie mangelnde Kooperation und Koordination zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen führen oft zu einer Neueinweisung ins Krankenhaus (Damkowski et al 1997).

Seit 1994 erhalten in den Vereinigten Staaten alle Patienten in Pflegeheimen bei der Aufnahme ein standardisiertes geriatrisches Assessment, welches danach in regelmäßigen Abständen wiederholt wird. Das am weitesten verbreitete und ausgereifte Instrument ist das so genannte Minimum Data Set/Resident Assessment Instrument (MDS/RAI; Morris et al. 1990, 1991). Nach der Einführung dieser regelmäßigen Evaluation zeigt sich eine deutliche Besserung der Pflegequalität und Behandlung der Heimbewohner. Das Minimum Data Set wird mittlerweile in einigen Ländern in Pflegeheimen auf freiwilliger Basis durchgeführt, so z. B. in Dänemark, Schweden, Schweiz, Niederlande, Island und Italien (Cipriani et al. 1995).

In Deutschland gibt es noch keine einheitliche Vorgehensweise der Altenpflegeheime bei der Aufnahme neuer Heimbewohner. Wenn überhaupt, werden höchst unterschiedliche Assessmentinstrumente verwendet, welche die Vergleichbarkeit untereinander erschweren. Das hierfür erforderliche Verfahren müsste hinsichtlich Objektivität, Reliabilität und Validität untersucht sein. Die Begutachtung im Rahmen der Pflegeversicherung erfüllt nur teilweise die genannten Kriterien (Kliebsch, Brenner 1995; Becker et al. 1999). Somit fehlen wesentliche Grundlagen für eine effektive Versorgungsplanung und Qualitätsüberwachung. Auf Initiative der Robert-Bosch-Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe wird versucht, das Minimum Data Set in breiterem Rahmen in deutschen Alters- und Pflegeheimen einzusetzen, eine autorisierte Übersetzung dieses Instruments liegt mittlerweile vor (Garms-Homolova et al. 1996)

1.3.1. Vorstellung des RAI, Instrument für ein standardisiertes Assessment des Pflege- und Hilfsbedarfes

Das **Resident Assessment Instrument** (RAI) ist ein System zur Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. Seine Entwicklung wurde 1987 vom US-amerikanischen Kongress beschlossen, 1990 schuf eine beauftragte interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Leitung der Health Care Financing Administration (HCFA) das zentrale Element dieses Systems, das Klientenbeurteilungs- und Dokumentationsinstrument „Minimum Data Set“ (MDS). Dieses

Instrument berücksichtigt, dass jeder guten Abklärungs-, Behandlungs- und Pflegeplanung eine strukturierte Klientenbeurteilung mittels vorgegebener und definierter Kriterien vorausgeht.

Das RAI, ein bedürfnisorientiertes, multidisziplinäres und pflegekoordiniertes System, besteht aus drei Teilen:

- dem Minimum Data Set (MDS)- einem strukturierten Instrument der Klientenbeurteilung und Dokumentation,
- einem Triggersystem, sozusagen einem Alarmsystem, das auf potenzielle Probleme des Klienten hinweist,
- 18 Resident Assessment Protocols (RAPs) – Abklärungshilfen zu den 18 wichtigsten geriatrischen Problembereichen.

1.3.1.1. Das Minimum Data Set (MDS)

Die Entwicklung des **MDS** verfolgte vier Zielsetzungen. Erstens wurde angestrebt, die unstrukturierte Klientenbeurteilung zu ersetzen und zu vereinheitlichen, zweitens sollte durch die Anwendung des Instruments bei den Benutzern ein Lernprozess ausgelöst werden, und so der Einbezug der erhobenen strukturierten Assessmentdaten in den Pflegeprozess gefördert werden. Drittens sollten Pflegeplanung und Pflegequalität verbessert werden, damit eine Erhöhung der Lebensqualität von Bewohnern stationärer Institutionen erreicht wird, und viertens sollte ein Entwicklungsprozess mit dem Ziel der zukünftigen Verbesserung und Anpassung des Instruments an neue Erkenntnisse ermöglicht werden (Garms-Homolova, Gilgen 2000). Somit wurden konzeptionelle Prinzipien festgelegt, nach denen die Patientenbeurteilung zu erfolgen hat:

- Momentane Fähigkeiten und funktionelle Fertigkeiten, nicht nur die potentiellen Fähigkeiten des Klienten sollen beurteilt werden.
- Beobachtbare Sachverhalte und Verhaltensweisen, nicht deren Interpretation, sollen festgehalten werden.
- Durchführung der Beurteilung nach genauen Zeitvorgaben.

Das MDS besteht aus 250 Items, die beim Klienten, meist bezogen auf die letzten sieben Tage, strukturiert beobachtet und erfragt werden. Beurteilt werden die Bereiche:

- Lebensgewohnheiten	- Aktivitäten, Krankheitsdiagnosen
- kognitive Fähigkeiten	- Gesundheitszustand
- kommunikative Fähigkeiten	- Mundstatus
- Sehfähigkeit	- Haut
- ADL-Funktionsfähigkeit	- Medikamente
- Kontinenz	- spezielle Behandlungen
- psychosoziales Wohlbefinden	- freiheitsbeschränkende Maßnahmen.
- Stimmungslage und Verhalten	

Das MDS dient auch zur Dokumentation nach einer signifikanten Statusänderung oder zur periodischen Klientenbeurteilung.

In den USA ist seit 1990 die jährliche Beurteilung des Patienten mittels des MDS-Formulars in den mit staatlichen Mitteln (Medicaid, Medicare) subventionierten Pflegeheimen obligatorisch. Dies hat zu den erwünschten Veränderungen und zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung geführt, Informationen über die Klienten wurden vollständiger erhoben und genutzt. Die Dokumentation von 23 ausgewählten Items stieg von 31 auf 85%, zusätzlich verbesserte sich die Pflegeplanung. Wurden 1990 durchschnittlich 63% der Gesundheitsprobleme in die Pflegeplanung aufgenommen, waren es 1993 bereits 73% (Phillips et al.1996).

Ebenso hatte sich die Benutzung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen um 50%, die inadäquate Benutzung von antipsychotischen Substanzen um 30% vermindert. Die Häufigkeit eines Dehydratationszustandes halbierte sich, die Benutzung von Blasenkathetern nahm um 30% ab (Vladek 1996).

Weitere Entwicklungen auf der Basis des MDS sind Subskalen wie die MDS-Cognitive Performance Scale, die eng mit dem Minimentalstatus nach Folstein korreliert (Morris et al. 1994).

Ausgehend vom MDS wurden weiterhin 30 risikoadjustierte, patientenbezogene Qualitätsindikatoren entwickelt. Sie basieren auf der Zustandsbeurteilung, sind also patientenbezogene outcomes und nicht wie bisherige Qualitätsparameter prozess- oder strukturorientiert. Sie spiegeln Veränderungen der Inzidenz und Prävalenz definierter Patientenzustände wider. Auf der Basis dieser Indikatoren sind stations- und institutionsübergreifende Vergleiche der Behandlungs- und Pflegequalität möglich (Zimmermann et al. 1994; Ramsay et al. 1995)

1.3.1.2. Das Triggersystem

Gewisse Items im MDS (Triggers) weisen als Alarmzeichen darauf hin, dass beim Klienten bestimmte geriatrische Problembereiche in der Pflegeplanung beurteilt und angegangen werden sollten. Die Triggerfragen verbinden sozusagen das MDS mit den Abklärungshilfen, kurz RAPs (Resident Assessment Protocols). Es gibt drei Arten von Signalen:

1. Signale, die anzeigen, dass ein Bewohner eine Störung hat, die weiterer Klärung bedarf und deren Behandlung im Pflegeplan berücksichtigt werden muss (z. B. Harninkontinenz, Delirium).
2. Signale, die auf die Erfassung von Bewohnern abzielen, welche in Gefahr sind, eine Störung zu entwickeln, daher eine präventive Intervention benötigen.
3. Signale, die auf Kandidaten für spezielle Rehabilitationsprogramme hinweisen, durch die die Leistungsfähigkeit trainiert und eventuell verbessert werden kann.

Am Beispiel der Harninkontinenz kann verdeutlicht werden, wie MDS und RAPs ineinander greifen: Das MDS gibt den Pflegenden einen Überblick darüber, ob eine Inkontinenz vorliegt, wie häufig jemand inkontinent ist und welche Art von pflegerischer Hilfe er beim Toilettengang erhält. Um eine gezielte Intervention zu ermöglichen, muss das Problem der Inkontinenz genauer analysiert werden, die Ätiologie und eventuell weitere vorliegende Störungen erfasst werden (z. B. Gedächtnisstörungen, eingeschränkte Mobilität), welche zur Inkontinenz beitragen. Daher enthält das MDS im Anschluss an die Kontinenzfragen den Hinweis, bei Vorliegen einer Inkontinenz das entsprechende Bewohnerassessmentprotokoll hinzuzuziehen.

1.3.1.3. Die Abklärungshilfen-Resident Assessment Protocols (RAPs)

Die Abklärungshilfen geben Richtlinien zur interdisziplinären und strukturierten Abklärung und Behandlung von 18 wichtigen geriatrischen Problembereichen. Dazu gehören:

- akuter Verwirrtheitszustand	- Ernährungszustand
- kognitive Beeinträchtigung/Demenz	- Sonden
- Sehfähigkeit	- Dehydratation
- kommunikative Fähigkeiten	- Mundpflege
- Rehabilitationpotential in ADL	- Druckgeschwüre/Dekubitus
- Beschäftigung/Aktivitäten	- Psychopharmaka
- Stürze	- freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Für jeden Problembereich werden Ursachen ermittelt, die vorgeschlagenen Abklärungsmaßnahmen in einem Kurzprotokoll zusammengefasst. Die Abklärungshilfen setzen zielorientierte und prozedurale Standards und erleichtern die Bestimmung des individuellen Pflegebedarfs.

Die Anwendung des RAI ist vielfältig. Zu erwähnen ist die Nutzung für die Ressourcenallokation mit Hilfe so genannter Resource Utilization Groups (RUGs). Mittels Patientencharakteristika aus dem MDS werden sieben Hauptgruppen mit Nebengruppen, insgesamt 44 verschiedene Isobedarfsgruppen gebildet. In einer solchen Gruppe sind Patienten zusammengefasst, die den gleichen Pflegebedarf aufweisen. Das Gruppensystem erklärt unter Berücksichtigung der Stationscharakteristika einen hohen Anteil (über 70%) der Ausgaben für die Pflege und führt in einigen US-Staaten zur Implementierung dieser Systeme zur Ressourcenallokation (Fries et al. 1994).

Der relative Ressourcengebrauch (lohngewichtete Betreuungszeit) für diese mittels RUGs gebildeten Patientengruppen zeigt in verschiedenen Institutionen innerhalb der USA und auch in anderen Ländern wie Schweden, Japan und England erstaunliche Konsistenz (Fries et al 1991; Ikegami et al. 1994; Carpenter et al. 1995). Es wird deutlich, dass auf der Basis des MDS auch internationale Vergleiche und Analysen der verschiedenen Langzeitpflegesysteme möglich sind. Für die häusliche Versorgung (ambulante Betreuung) wurde ein dem RAI ähnlich strukturiertes Instrument, das RAI-Home Care (RAI-HC), entwickelt (Morris et al.1999). Es ist kompatibel zum RAI für den stationären Bereich. Deshalb können die Assessmentdaten bei Wechsel vom stationäre in ambulante Institutionen für die kontinuierliche Betreuungsplanung verwendet werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Resident Assessment Instrument (RAI) ein pflegekoordiniertes Klientenbeurteilungs- und Dokumentationssystem ist. Der erste Teil, das Minimum Data Set, beschreibt die Stärken und Schwächen des Patienten interdisziplinär. Teil zwei, ein System von Alarmzeichen, weist auf das Vorhandensein von geriatrischen Problembereichen hin. Der dritte Teil stellt eine spezifische Abklärungshilfe für jeden der 18 Problembereiche dar und beschreibt das weitere Vorgehen bezüglich der pflegerischen Aufarbeitung, Abklärung und Behandlung.

Mit diesem System sind etwa 80% der im Langzeitpflegebereich anfallenden Probleme umfassend und strukturiert analysierbar und angebar (Morris et al. 1991).

Aus der Patientenbeurteilung MDS lassen sich zur Ressourcenallokation Isoressourcengruppen (Resource Utilization Groups) bilden. Diese setzen geriatrisch sinnvolle Anreize zur Besserung

der Pflegesituation; sie sind transkulturell konsistent und ermöglichen so eine interkulturelle Vergleichbarkeit.

1.4. Begründung des Forschungsvorhabens und Entwicklung der Fragestellung

Aufgrund der demographischen Entwicklung, der Überalterung der Bevölkerung, entstehen zunehmend Anforderungen an die Medizin, differenziert zu reagieren. Der demographische Umbau führt kurz- bis mittelfristig zu einem moderat vermehrten Versorgungsbedarf in der kurativen Behandlung, Rehabilitation und Pflege für die ältere Bevölkerung. Die für das Alter typische Multimorbidität umfasst, richtig verstanden, unterschiedliche Arten und „Phasen“ von Kranksein und Behinderung nebeneinander, aber zugleich immer auch verbleibende oder erweiterungsfähige Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns und Helfens. Aus dieser gleichzeitigen Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Verlaufsstadien leitet sich die Notwendigkeit eines gleichzeitigen Einbezugs und der gleichberechtigten Stellung von Maßnahmen aller Bereiche ab: Gesundheitsförderung/Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Sie lassen sich in einer zukünftig noch zu entwickelnden, patientenorientierten Versorgungslandschaft weder zeitlich noch räumlich trennen.

Um den komplexen Behandlungs- und Versorgungsbedarf älterer multimorbider Patienten, bei denen oft gleichzeitig psychische Störungen, internistische Erkrankungen, körperliche Funktionseinschränkungen und soziale Probleme nebeneinander existieren, klar zu erfassen, besteht Bedarf nach einem Instrument, welches diese Bedürfnisse multidimensional abbildet (Dech et al. 2004).

In diesem Zusammenhang entstand das Vorhaben, ein Instrument für die umfassende, berufsgruppenübergreifende standardisierte Erhebung des Funktionszustandes, Behandlungs- und Versorgungsbedarfes von über 65-jährigen Patienten zu entwickeln. Dabei sollen auch eventuelle psychiatrische Erkrankungen wie Angststörungen oder Depression bis hin zur demenziellen Erkrankung erfasst werden. Berücksichtigt werden sollen die Einschätzungen/Äußerungen des Betroffenen selbst, des Behandlers sowie des pflegenden Angehörigen. Das Instrument könnte sowohl im ambulanten und stationären Bereich als auch zum Zwecke der Forschungs- und Gesundheitsplanung eingesetzt werden. Ziel sollte es sein, ein effektives, gleichzeitig kurzes und somit zeitsparendes Assessmentinstrument zu finden, welches die geforderte Flexibilität in der medizinischen Versorgung und Pflege unterstützt und verbessert.

1.4.1. Entstehungsprozess der englischsprachigen CANE Skala

Ausgehend von einer in Großbritannien bereits erprobten und international breit eingesetzten allgemeinspsychiatrischen Assessmentskala – *Camberwell Assessment of Needs* (CAN) (Phelan et al. 1995) –, die inzwischen in mehr als 14 Sprachen übersetzt worden ist, wurde eine speziell für gerontopsychiatrische Bereiche angepasste Skala – *Camberwell Assessment of Needs for the Elderly* (CANE) – entwickelt. Für das Projekt verantwortlich zeichnet eine Arbeitsgruppe um Prof. Martin Orrell (University College London Medical School; Editor der Zeitschrift *Age & Ageing*) und Prof. Thornicroft (Dept. of Community Psychiatry, Institute of Psychiatry London) (Orrell, Hancock 2004; Reynolds et al. 2000).

Der genaue Entstehungsprozess der englischsprachigen Originalversion der CANE wird in den folgenden Abschnitten ausführlich erläutert.

Von der allgemeinspsychiatrischen Assessmentskala (CAN) ausgehend, startete die Entwicklung der CANE mittels Fokusgruppen und Konsensuskonferenzen, in die relevante Berufsgruppen (Psychiater, Gerontologen, Gesundheitswissenschaftler, Psychologen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter) sowie Vertreter von Selbsthilfeorganisationen (Age Concern, Alzheimer Disease Society) einbezogen wurden. In der Pilotversion der neuen Skala wurde die Strukturierung und das Format des alten Erhebungsinstrumentes CAN sowie die Anzahl der Fragen beibehalten. Die Formulierungen und die Bereiche des Assessments wurden allerdings der Zielgruppe alter Personen angepasst.

Die auf diese Weise erarbeitete Pilotversion des Instruments, *Camberwell Assessment of Need for the Older Adults* (CANOA) genannt, umfasste 27 Bereiche, 2 davon die pflegende Person betreffend. Sie wurde an einer Londoner Stichprobe von 70 älteren Personen getestet, welche vielfältige psychische Probleme aufwiesen.

Die Ergebnisse wurden ausgewertet und ein Fragebogen den betroffenen Personen, Pflegern und involvierten Berufsgruppen zugesandt. Diese wurden gebeten, die Themen des Erhebungsbogens, ihrer Wichtigkeit nach, auf einer Fünf-Punkte-Skala zu bewerten. Gleichzeitig ersuchte man sie um Vorschläge für weitere wichtige Bereiche, die der Erhebungsbogen eventuell noch nicht erfasst hatte. Das dadurch erhaltene Feedback und zwei weitere Fokusgruppen ermöglichten eine zweite, verbesserte Version, diesmal CANE (*Camberwell Assessment of Need for the Elderly*) genannt, welche 1996 auf einer Konsensuskonferenz am Institute of Psychiatry, London, nach der Delphi Methode analysiert wurde (Pill 1971). Die Ergebnisse erlaubten die Erstellung der vorletzten Version der CANE, welche 1997 finalisiert wurde.

Insgesamt entstanden sieben neue Items für die CANE; zwei wurden nicht eingebracht (Telefon und Erziehung), und das Item „sexuelle Beziehung“ wurde in das Item „Partnerbeziehungen“ verändert. In der folgenden Gegenüberstellung sind die sieben neuen Items der CANE unterstrichen, desgleichen die aus der CAN nicht übernommenen.

Vergleich der Inhalte von CAN und CANE

CAN

1. Wohnverhältnisse
2. Ernährung
3. Führen des Haushalts
4. Körperpflege
5. Beschäftigung
6. Körperliche Gesundheit
7. Psychotische Symptome
8. Angaben über Gesundheitszustand und Behandlung
9. Psychischer Stress
10. Persönliche Sicherheit

11. Gefährdung von anderen

12. Alkohol

13. Medikamente

14. Soziale Kontakte

15. Partnerbeziehungen

16. Sexuelle Beziehungen

17. Versorgung der Kinder

18. Transport

19. Finanzielle Situation

20. Finanzielle Unterstützung
(Sozialhilfe)

21. Schulbildung

22. Telefon

CANE

1. Wohnverhältnisse

2. Ernährung

3. Führen des Haushalts

4. Körperpflege

5. Tägliche Aktivitäten

6. Körperliche Gesundheit

7. Psychotische Symptome

8. Angaben über Gesundheitszustand und Behandlung

9. Psychischer Stress

10. Eigengefährdung

11. Ungewollte Selbstschädigung

12. Persönliche Unversehrtheit

13. Verhalten

14. Alkohol

15. Medikamente

16. Soziale Kontakte

17. Partnerbeziehungen

18. Versorgen eines Angeh.

19. Mobilität/Transport

20. Finanzielle Situation

21. Finanzielle Unterstützung
(Sozialhilfe, Pflegevers. etc.)

1

22. Gedächtnis

23. Seh- und Hörvermögen

24. Kontinenz

Zwei Items für die pflegenden Angehörigen:

A. Informationsbedarf

B. Psychischer Stress

Die CANE besteht somit aus insgesamt 26 Items, wobei die letzten zwei Items sich nicht auf die Patienten selbst, sondern auf die pflegenden/betreuenden Angehörigen beziehen.

Die zweite, verbesserte Version der CANE wurde verwendet, um 10 Patienten einer Tagesklinik, das zuständige Pflegepersonal und die betreuenden Angehörigen zu interviewen. Nach Auswertung der Antworten wurde die endgültige Version der CANE erstellt. Im Vergleich zur vorletzten Version gab es nur geringe Änderungen. Die Ausformulierung einiger Fragen konnte verständlicher gestaltet werden, um das Erhebungsinstrument benutzerfreundlicher zu machen.

An der daraus entstandenen Version orientiert sich auch die vorliegende Arbeit, die darauf zielt, die neu entwickelte Assessmentskala ins Deutsche zu übertragen.

Kopien der endgültigen CANE Version, andere Assessmentskalen und Einzelheiten zum Erheben der Stichproben wurden an drei weitere Zentren in England (North Wales, Liverpool, Southport), eines in Schweden (Jonkoping) und eines in den USA (Lebanon, Pennsylvania) verschickt.

Da bislang kein vergleichbares Instrument existierte, wurden folgende zusätzliche Skalen verwendet, um eine Skalvalidierung zu ermöglichen:

- die *General Health Questionnaire (GHQ-12)* Skala,
- der *Barthel Activities of Daily Living (ADL)* Index, ein Maß für das Funktionsniveaus des Patienten,
- der *SF-36 Fragebogen* zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- die *Behaviour Rating Scale* aus der Clifton Assessment Procedure for the Elderly, als ein Maß für die Einschätzung der Abhängigkeit.

Für die Inter-Rater und Test-Retest Reliabilitätsanalyse wurden 55 Fälle in gerontopsychiatrischen Abteilungen im Raum London (Hertfordshire und Essex) gesammelt.

Die Daten für die Validitätsprüfung beinhalteten die 55 Fälle der Reliabilitätsanalyse und zusätzlich die Daten aus den fünf anderen Zentren (14 Fälle aus Southport, 12 aus Liverpool, 10 aus North Wales, 6 aus Schweden, 5 aus den USA), insgesamt also 102 Fälle.

Die folgende Tabelle zeigt die durchschnittliche Anzahl von Bedürfnissen der Patienten, die vom Pflegepersonal (8,53), den Patienten selbst (6,47) und den pflegenden Angehörigen (9,3) angegeben wurden. Daraus ist ersichtlich, dass das medizinische Personal und die betreuenden Angehörigen etwa die gleiche Anzahl von Bedürfnissen identifizierten, die Patienten selbst aber 30% weniger.

Tabelle B: Bedürfnisse im Durchschnitt für Patienten, Personal und Angehörige

Beurteiler	n	Erfüllte Bedürfnisse	Unerfüllte Bedürfnisse	Summe der Bedürfnisse
Patient	83	5	1,47	6,47
Personal	94	5,78	2,76	8,53
Angehörige	57	6,54	2,75	9,3

Gleiche Anzahl von Bedürfnissen bedeutet aber nicht, dass auch die gleichen Bedürfnisse aufgezählt wurden.

Die augenscheinliche Validität (face validity) der englischen Originalversion der CANE ist als gut zu bezeichnen. Dies wurde ermöglicht durch die intensive Entwicklungsprozedur und die Beteiligung vieler Experten, Kliniker, pflegender Angehörigen und Patienten bei der kontinuierlichen Verbesserung der Versionen.

Man war sich auch einig darüber, dass die CANE die wichtigsten Problemgebiete erfasst, die für die Zielgruppe psychisch kranker, alter Menschen von Bedeutung sind, und Auskunft darüber gibt, welche Bedürfnisse vorhanden sind und ob Hilfe gewährleistet ist.

Die Inhaltsvalidität des sorgfältig entwickelten *CANE* Instrumentes bestätigte sich bei einer Befragung von Patienten (n = 35), pflegenden Angehörigen (n = 30) und Professionellen (n = 55) (Psychiatern, Geriatern, Psychologen, ausgebildetem psychiatrischem Personal, Krankenpflegepersonal). Alle Items des *CANE* Fragebogens wurden als mindestens mittelwichtig (d.h. drei Punkte auf einer Fünf-Punkte-Skala) eingestuft. Zusätzliche Items wurden nur von zwei Befragten vorgeschlagen.

Die Konstruktvalidität wurde analysiert, indem eine Matrix für den ersten Abschnitt (Grad der aktuellen Bedürftigkeit) aller 26 Items erstellt wurde. Dann erfolgte die Prüfung, ob positive oder negative Korrelationen zwischen bestimmten Items existierten. Das waren Items, von denen man annahm, dass ein Zusammenhang zwischen ihnen bestand (konvergent) oder keine Korrelation vorhanden war (divergent).

Konvergente Konstruktvalidität wurde angenommen für die Bereiche Gedächtnis und die Items, die bei beeinträchtigten kognitiven Funktionen beeinflusst werden können. Die Korrelation bei *Gedächtnis* und *Körperpflege* für die Spalte „Professionelles Personal“ war 0,43 ($p < 0.001$); bei *Gedächtnis* und *Unbeabsichtigte Selbstschädigung* 0,39 ($p < 0.001$); bei *Gedächtnis* und *Geldumgang* 0,41 ($p < 0.001$) und bei *Körperpflege* und *Führen des Haushalts* 0,7 ($p < 0.001$). Vergleichbar gute Werte ergaben sich auch für die Spalte der pflegenden Angehörigen. Die Korrelationen für die Patientenspalte waren nicht so deutlich. Wahrscheinlich lässt sich das auf die kognitiven Beeinträchtigungen der Patienten zurückführen, die ihre funktionellen Beeinträchtigungen nicht richtig einschätzen konnten. Trotzdem zeigen die Korrelationskoeffizienten eine annehmbare Konstruktvalidität.

Die Analyse der Kriteriumsvalidität erwies sich als schwierig, weil es noch keine Skala gab, welche die Bedürfnisse von psychisch kranken Alten misst. Wie bereits erwähnt, wurden vier andere Skalen dafür verwendet:

- *CAPE-BRS*, um den Abhängigkeitsgrad und die Verhaltensfunktion zu bestimmen,
- *SF-36*, um die Lebensqualität zu messen,
- der *Barthel Index*, um die physischen Beeinträchtigungen zu quantifizieren,
- *GHQ-12*, um den Stress der Pflegenden zu ermitteln.

Es ergab sich eine starke Korrelation zwischen bestimmten *CANE* Items und ihren entsprechenden Items in der *CAPE-BRS* Skala. Der *CANE* Gesamtscore (Summe aus erfüllten und unerfüllten Bedürfnissen) korreliert stark mit dem *CAPE-BRS* Score ($r = 0.66$) und weist eine starke negative Korrelation zum *Barthel* Gesamtscore auf ($r = -0.53$). Außerdem ergab sich eine starke Korrelation für das Pfleger-Item *Stress und psychische Probleme* und dem *GHQ-12* Skalenscore ($r = 0.6$). Verglich man die vom professionellem Pflegepersonal erhaltenen *CANE* Scores mit den Patientenscores der *SF-36* Skala, ergaben sich nur schwache negative Korrelationen, außer für das Item *Psychischer Stress*, verglichen mit dem Subscore des Items *Allgemeiner Gesundheitszustand* der *SF-36* ($r = -0.46$). Andererseits erhielt man signifikante negative Korrelationen für die *CANE* Items der Patienten und Subscores und die entsprechenden *SF-36* Scores.

Die erhaltenen Ergebnisse deuten auf eine angemessene Übereinstimmungsvalidität (concurrent validity) hin.

Für die Inter-Rater und Test-Retest-Reliabilität wurde der Prozentsatz der Übereinstimmungen (Kappa Koeffizient) für den ersten Abschnitte jedes Items (Grad der aktuellen Bedürftigkeit) bestimmt, jeweils für Patient, Personal und pflegenden Angehörigen. Die Kappa Werte für die Inter-Rater Reliabilität, jeweils für Patient, Personal und pflegenden Angehörigen erwiesen sich

als gut. Mit einer Ausnahme wurden Werte von 0.75 und mehr erzielt. Die Inter-Rater Interviews des Personals ergaben eine durchschnittliche Übereinstimmung von 0.97 (0.87-1.00). Die Übereinstimmungen für die Retest-Reliabilität fielen mit einem Mittelwert von 0.77 (0.35-1.00) für die Personal Spalte etwas geringer jedoch adäquat aus. Die Wiederholungsbefragung des Personals ergab für 63% der Items einen guten Übereinstimmungswert ($Kappa > 0.75$) und für 37% der Items einen ausreichenden oder mittelmäßigen Wert ($Kappa 0.35-0.7$). Für die Patientenspalte war die Übereinstimmung für 36% der Items gut, für 50% ausreichend oder mittelmäßig und für die restlichen 4% gering. Die Kappa Werte für die Angehörigenspalte zeigten eine gute Übereinstimmung für 76% der Items und ausreichende oder mittelmäßige Übereinstimmung für den Rest. Die Korrelation der Summenscores zeigte eine sehr gute Retest und Inter-Rater Reliabilität (siehe Tabelle).

Tabelle C: Reliabilität

Reliabilitätstyp	Patient	Personal	Angehöriger
Inter-Rater (r)	0.99	0.99	0.96
Retest (r)	0.85	0.93	0.93

$p < 0.001$

Insgesamt ergab sich für die *CANE* Skala eine gute Validität und Reliabilität (Reynolds et al. 1998). Die Anwendungsweise dieses neuen Assessmentinstrumentes war einfach zu erlernen, der benötigte Zeitaufwand verkürzte sich erheblich mit der wachsenden Erfahrung in der Handhabung des Instrumentes. Bereits die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten darauf hin, dass die *CANE* ein individuelles multidimensionales und standardisiertes Assessment der Bedürfnisse älterer, psychisch kranker Menschen ermöglicht und besonders darauf ausgerichtet ist, eventuelle Lücken oder Mängel in der Versorgung dieser Zielgruppe aufzudecken.

1.4.2. Untersuchungen zu CANE

In einer wichtigen englischen Studie (Ashaye et al. 2003) wurden innerhalb eines Jahres 112 Patienten in zwei gerontopsychiatrischen Tageskliniken in der Nähe von London mit dem *CANE* Fragebogen untersucht, zusätzlich wurden die Bedürfnisse durch ein multidisziplinäres Team, gemeinsam mit den Patienten und Angehörigen erhoben. Danach erfolgte die Einteilung der Patienten in zwei randomisierte Gruppen. Die Ergebnisse der Erhebung mit dem *CANE* Fragebogen wurden für die erste, experimentelle Gruppe dem Personal der Tagesklinik

mitgeteilt, für die Kontrollgruppe jedoch nicht, hier wurde die bisherige Vorgehensweise in der weiteren Versorgung und Behandlung beibehalten. Nach drei Monaten erfolgte eine erneute Erhebung mit dem CANE. Überraschend wurde festgestellt, dass in beiden Gruppen der gleiche Prozentsatz von 60% unerfüllter Bedürfnisse beseitigt wurde, auch wenn für die Kontrollgruppe das Pflegepersonal nicht über die Ergebnisse der CANE Erhebung informiert worden war. Allerdings gelang es durch den CANE Fragebogen durchschnittlich, eindeutig mehr Gesamtbedürfnisse (Mittelwerte 8,9 versus 5,6), unerfüllte Bedürfnisse (3,5 versus 2,9) und erfüllte Bedürfnisse (5,4 versus 2,6) als durch das interdisziplinäre Team zu identifizieren.

In einer aktuellen Studie (Orrell et al. 2007), bestehend aus zwei randomisierten Gruppen von Altenheimbewohnern über 60 mit Demenz, insgesamt 238 Personen aus 24 Altenheimen, wurde der CANE Fragebogen zur Erhebung der Bedürfnisse herangezogen. Für die eine Gruppe der Heimbewohner wurden die gefundenen unerfüllten Bedürfnisse dem Heimpersonal mitgeteilt und mögliche Lösungswege aufgezeigt, um die Bedürfnisse zu erfüllen. Alle 14 Tage über einen Zeitraum von 20 Wochen erfolgte eine Aktualisierung der Vorgehensweise. In der Kontrollgruppe wurden die Ergebnisse der Erhebung mit CANE dem Heimpersonal nicht mitgeteilt.

Die häufigsten unerfüllten Bedürfnisse waren im Bereich Alltagsaktivitäten, soziale Kontakte, Gedächtnis, Seh- und Hörvermögen und psychologischer Stress zu finden.

Nach einer Zeitspanne von 20 Wochen erfolgte eine erneute Befragung der beiden Gruppen, wobei der Befrager über die Gruppenzugehörigkeit der Heimbewohner nicht informiert war. In beiden Gruppen war die Anzahl der unerfüllten Bedürfnisse deutlich gesunken, in der Interventionsgruppe etwas mehr verglichen mit der Kontrollgruppe. Insgesamt konnten jedoch in den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Reduktion unerfüllter Bedürfnisse festgestellt werden. Vermutet wird eine zu kurze Einsatzdauer. Wahrscheinlich ist auch, dass durch die Befragung der Kontrollgruppe der Umgang des Personals mit den betroffenen Heimbewohnern aufmerksamer wurde, und er so, auch ohne eine Rückmeldung bekommen zu haben, dazu beigetragen hat, die unerfüllten Bedürfnisse zu reduzieren.

Eine weitere Untersuchung (Walters et al. 2000) befasst sich mit der Erhebung von Bedürfnissen mittels des CANE Fragebogens in der primärärztlichen Versorgung. Erhoben wurde eine Stichprobe von 5% (d.h. ein Patient von 20) aus der Gesamtheit über 75-jähriger Patienten von vier ausgesuchten Allgemeinarztpraxen im innerstädtischen- und Randbereich Londons. Befragt wurden zusätzlich die behandelnden Allgemeinärzte oder Krankenschwestern und, wenn

vorhanden, auch die pflegenden Angehörigen (informal carer). Von den 84 ausgesuchten Fällen haben 55 (65,5%) der Patienten und 15 (88,8%) der 17 betreuenden Personen (informal carer) sowie alle der 55 Behandler (lead health professional) am Assessment teilgenommen.

Die drei häufigsten unerfüllten Bedürfnisse der Patienten betrafen die Bereiche Seh- und Hörvermögen, psychologischer Stress und Inkontinenz. Das zuständige medizinische Personal, d.h. Allgemeinmediziner oder Arzthelferin, identifizierten insgesamt weniger unerfüllte Bedürfnisse; die drei häufigsten waren Alltagsaktivitäten, Unterkunft und Mobilität.

Somit lässt sich feststellen, dass die häufigsten angegebenen Bedürfnisse für beide Gruppen deutlich differieren, der Fragebogen somit sinnvoll erscheint, um jene Patientenbedürfnisse offen zu legen, welche dem medizinischen Personal sonst unter Umständen verborgen geblieben wären.

1.5. Methodik und Fragestellung

I. Zunächst ergibt sich die Notwendigkeit, die Items der deutschen CANE Version nach gängigen methodischen Verfahren der klassischen Testtheorie zu überprüfen, um dann zu entscheiden, welche Items brauchbar sind. Das heißt, man führt eine Selektion der Items nach den zwei maßgeblichen Kennwerten Trennschärfe (d.h. die Korrelation des Items zum Skalenwert) und Schwierigkeit (d.h. der Mittelwert) durch, stellt also fest, inwiefern jedes Item zwischen bedürftigen Patienten mit „needs“ und nicht Bedürftigen mit „no needs“ unterscheidet. Diese Art der Itemselektion ergibt sich aus der Tatsache dass, im Vergleich zur englischen Originalversion, diese Untersuchung im Kontext eines etwas anders gewichteten Pflegesystems durchgeführt wurde, welches eher eine stationäre Versorgung befürwortet. Es ist davon auszugehen, dass einige Items wie: Führen des Haushalts, Wohnverhältnisse, Mitversorgung eines Angehörigen, Finanzielle Situation, für den stationären Bereich weder für das Pflegepersonal noch für die Patienten relevant sind.

II. Zusätzlich geht es um die Untersuchung der Fragestellung der Brauchbarkeit des Konzeptes der „met needs“ und „unmet needs“ im deutschen System der Altenversorgung. Der Auswertungsweise des Punktes I folgend, wird überprüft, ob das Konzeptes „unmet needs“ sinnvoll ist.

III. Weiterhin geht es um die Klärung der Frage, ob es für Patienten und Personal Bedürfnisbereiche gibt, die unterschiedlich wahrgenommen werden. Da ein stationäres Pflegesystem sehr strukturiert ist und die Pflege gewisse Standards erfüllen muss, welche eher funktionell ausgerichtet sind, ist anzunehmen, dass die Sichtweise des Personals von der der

Patienten abweicht. Die Prüfung dieser Fragestellung erfolgt mittels Homogenität und interner Konsistenz. Es wird versucht, eine Clusterung der Items nach Bereichen vorzunehmen.

IV. Letztendlich sollte eine Überprüfung der Ergebnisse anhand der Kriterien Konstruktvalidität, konvergente und divergente Validität durch Verwendung anderer gängiger Testverfahren erfolgen. Dafür herangezogen werden sollen in dieser Untersuchung zusätzliche Erhebungsinstrumente und zwar die Global Deterioration Scale, der Mini Mental Status, der Barthel Index sowie der SF-36 Fragebogen.

Für die Patientengruppe ist davon auszugehen, dass mittlere negative Korrelationen zwischen Barthel Index, SF-36 und CANE Score bestehen. Das heißt, dass durchschnittlich mehr Bedürfnisse mit einer niedrig wahrgenommenen Lebensqualität (SF-36) und einer eingeschränkten körperlichen Funktionsfähigkeit (Barthel Index) einhergehen. Auch für die Personalgruppe wird ein ähnlicher Zusammenhang angenommen.

Zu überprüfen wäre auch die Validität der Patientenurteile hinsichtlich der Gedächtniseinschätzung.

2. Material und Methoden

2.1. Konzept der Untersuchung

Da es im deutschen Sprachraum bisher noch kein vergleichbares standardisiertes Instrument gibt, liegt die Überlegung nahe, die CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly) auch in der Bundesrepublik Deutschland zu erproben, um bei Eignung eine Nutzung im Bereich des Gesundheitssystems zu ermöglichen.

2.1.1. Zur Auswahl der standardisierten Instrumente

Um ein multidimensionales umfassendes Assessment multimorbider alter Menschen effektiv zu ermöglichen, wurden folgende standardisierte, breit eingeführte und erprobte Erhebungsinstrumente ausgewählt:

- *MMSE (Einschätzung des kognitiven Status),*
- *ADL-Barthel-Index (Bewertung von Fähigkeiten im Bereich Selbstversorgung und Mobilität),*
- *SF-36 (zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität),*
- *Global Deterioration Scale (Bewertung der kognitiven Leistungsfähigkeit).*

Mit Hilfe dieser oft genutzten, standardisierten Skalen sollen verschiedene Bereiche bzw. Items der deutschen Version der CANE (*Camberwell Assessment of Need for the Elderly*) psychometrisch überprüft werden.

Zusätzlich zu den vier standardisierten Skalen wurde eine Reihe von sorgfältig ausgewählten Zusatzfragen verwendet.

2.1.2. Die CANE Skala

Alte Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen oft eine Kombination psychischer, körperlicher und sozialer Bedürfnisse auf. Eine effektive Evaluation dieser komplexen und vielfältigen Probleme multimorbider alter Patienten wäre schwierig ohne standardisierte Instrumente, welche eine umfassende und systematische Erhebung der Bedürfnisse ermöglichen (Dech et al. 1999a). Zu diesem Zwecke wurde die Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) Skala entwickelt (Reynolds et al. 2000). Der Entstehungsprozess wurde bereits in Abschnitt 1.5.1. beschrieben.

Die CANE besteht insgesamt aus 26 Items, wobei die letzten zwei Items sich nicht auf die Patienten selbst, sondern auf die pflegenden/betreuenden Angehörigen beziehen. Folgende Bereiche werden erfasst:

1. Wohnsituation	14. Psychischer Stress
2. Führen des Haushalts	15. Informiertheit über den Gesundheitszustand
3. Ernährung	16. Selbstgefährdung
4. Körperpflege	17. Gefährdetheit
5. Versorgung von Angehörigen	18. Missbrauch oder Vernachlässigung
6. Alltagsaktivitäten	19. Verhaltensstörungen
7. Gedächtnis	20. Alkoholkonsum
8. Sehen und Hören	21. Soziale Kontakte
9. Mobilität	22. Persönliche Beziehungen
10. Kontinenz	23. Finanzielle Situation
11. Physische Gesundheit	24. Finanzielle Unterstützung
12. Medikamente	25. Angehörigenunterstützung
13. Psychotische Symptome	26. Belastung der Angehörigen

2.1.2.1. Übersetzungsmethodik der deutschsprachigen Version der CANE

Um die neue Assessmentskala CANE in Deutschland anwenden zu können, war zuerst eine sorgfältige Übersetzung erforderlich (Dech et al 2000).

Die Übersetzung dieses Selbst- und Fremdbeurteilungsinstruments ins Deutsche erfolgte nach gängigen internationalen Kriterien für die Übersetzung von psychometrischen Skalen in einer mehrstufigen Prozedur. In einem ersten Schritt wurde die englische Originalversion der CANE iterativ ins Deutsche übersetzt. An der Prozedur beteiligt waren erfahrene Vertreter von Berufsgruppen, welche später am wahrscheinlichsten mit dem Instrument arbeiten würden, im Einzelnen: zwei klinisch versierte zweisprachige Psychiater, jeweils ein Sozialarbeiter, Allgemeinmediziner und Psychologe sowie eine Gemeindegeschwister und ein mit sozialwissenschaftlichen Texten vertrauter Übersetzer. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Gruppenteilnehmer lag bei 4,2 Jahren (Spannbreite 1,5-13 Jahre). Anschließend wurden drei der sechs erarbeiteten deutschen Versionen von einem anderen Gruppenmitglied ins Englische

rückübersetzt, vom Übersetzer überprüft und in einem dritten Schritt erneut ins Deutsche übersetzt. Unterschiede in den nun vorliegenden Übersetzungen wurden ausführlich diskutiert und eine einheitliche deutsche Version der Skala erarbeitet. Danach fand eine Überprüfung der Verständlichkeit der deutschen Version bei fünf Pflegeheimbewohnern und fünf selbständig lebenden älteren Menschen statt. Die Auswertung dieser Pilotstudie ergab, dass keine weiteren Änderungen der erarbeiteten deutschen CANE Version nötig waren.

2.1.3. Der Barthel Index (BI)

Der Barthel Index (BI) ist ein von Mahoney und Barthel im Jahr 1965 entworfenes Verfahren zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen. Die beiden amerikanischen Autorinnen (Ärztin und Physiotherapeutin) entwickelten die Skala primär für Patienten mit neuro-muskulären oder muskulo-skelettalen Erkrankungen (Mahoney, Barthel 1965), sie hat sich aber auch für die Beurteilung von alten Patienten mit allen anderen Erkrankungen gut bewährt und deshalb eine weite Verbreitung in der Geriatrie gefunden (Solomon 1988). Der Barthel Index enthält zehn in 5-, 10- oder 15 Punkteschritten unterschiedlich gewichtete Items zur Bewertung in den Bereichen Selbstpflege und Mobilität. Die Gliederung geht von den elementaren menschlichen Fähigkeiten (Kontinenz, Essen) zu den etwas höheren Funktionen (Bekleidung, Mobilität). Maximal können 100 Punkte vergeben werden. Der BI ist ordinal skaliert. Zahlreiche Untersuchungen belegen eine gute bis sehr gute Validität, Sensitivität und Reliabilität (Collin et al. 1988; Shinar et al. 1987). Er besitzt eine gewisse prädiktive Wertigkeit für die Vorhersage therapeutischer Verläufe (Meier-Baumgartner 1991; Wade 1992; Nikolaus et al. 1996). Er ist geeignet zur Beobachtung des Rehabilitationsverlaufs und zur Evaluation der Selbstständigkeit geriatrischer Patienten, aber nicht geeignet zur Erfassung leichter Behinderung. In den oberen Bereichen, nahe der maximalen Punktezahl von 100, die zwar eine Unabhängigkeit in funktionellen Basisfunktionen ausdrückt, kann durchaus Unterstützungsbedarf bestehen (z. B. im hauswirtschaftlichen Bereich). Eine volle Punktezahl darf nur für eine selbstständige und sichere Durchführung der beobachteten Tätigkeiten vergeben werden. Am zuverlässigsten wird der BI von Pflegekräften erhoben (Ranhoff, Laake 1993; Weinberger et al. 1992), hilfsweise, wenn keine Verhaltensbeobachtung möglich ist, in Form einer Befragung. Die Handhabung des BI ist einfach, der Zeitbedarf liegt bei drei bis vier Minuten. Seine Anwendung wird von der Amerikanischen Gesellschaft für Geriatrie, der Britischen Gesellschaft für Geriatrie, sowie der Deutsch-Schweizerischen Arbeitsgruppe Basisassessment (AGAST) empfohlen (AGAST 1997).

2.1.4. Der Mini Mental Status (MMS)

Kognitive Fähigkeiten lassen im Alter häufig nach. Der Übergang von physiologischen Gedächtnisschwierigkeiten zu pathologischen Veränderungen (Demenzsyndromen unterschiedlicher Ätiologie) ist fließend. Da die Verminderung kognitiver Fähigkeiten die Alltagskompetenz erheblich einschränkt und zur Pflegebedürftigkeit führen kann, ist die Klärung von Gedächtnisschwierigkeiten von erheblicher Bedeutung.

Der Mini Mental Status (MMS) wurde 1975 von Folstein und Mitarbeitern als „praktische Methode für den Kliniker zur Einschätzung des kognitiven Status von Patienten“ vorgeschlagen (Folstein et al. 1975). Der Mini Mental Status Test (MMST, im englischen auch MMSE) ist das am häufigsten angewandte Screeningverfahren bei Gedächtnisstörungen und wird zur Beurteilung des Schweregrades von demenziellen Erkrankungen eingesetzt (Kukull et al. 1994). Er besteht aus insgesamt 30 Items. In den Fragen bzw. Aufgaben werden zeitliche und räumliche Orientierung, Aufmerksamkeit, Rechenfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis, Merkfähigkeit, Kopfrechnen, Sprach- und Textverständnis und das Vorliegen einer Anomie, Agraphie oder Apraxie überprüft.

Eine Übersicht der methodischen Studien zu Reliabilität (interne Konsistenz, Test-Retest) und Validität (Sensitivität, Spezifität) in tabellarischer Form findet sich bei Tombaugh und McIntyre (1992).

Der MMS umfasst einen Wertebereich von 0 bis 30, wobei 0 einer sehr schweren kognitiven Störung entspricht (keine Frage bzw. Aufgabe richtig gelöst) und 30 der maximal erreichbare Score bei einer fehlerfreien Beantwortung ist. Die Grenze zwischen dem Normalbefund und einem pathologischen kognitiven Defizit, welches differentialdiagnostisch abgeklärt werden sollte, wird von verschiedenen Autoren mit 24 Punkten angegeben. Es besteht allerdings Einigkeit darüber, dass der MMST kein geeignetes Instrument zur Demenz-Frühdiagnostik ist, da auch Scores oberhalb von 24 eine Demenz im Frühstadium nicht sicher ausschließen. Der Übergang von leichten zu mittelschweren Demenzformen wird bei etwa 18-20 Punkten gesehen, der Übergang von mittelschweren zu schweren Formen etwa bei 10 Punkten (Kukull et al. 1994). Laut der Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment AGAST, gilt folgende Ergebnisinterpretation: Für einen Wertebereich von 25-30 Punkten ist keine kognitive Einschränkung anzunehmen, zwischen 18 und 24 Punkten kann eine milde kognitive Beeinträchtigung vermutet werden, und für 17 Punkte oder weniger ist eine schwere bis schwerste kognitive Beeinträchtigung wahrscheinlich (AGAST 1997).

Der MMS korreliert gut mit biologischen Befunden, wie zum Beispiel bildgebenden Verfahren und Untersuchungen zum Hirnstoffwechsel (Kessler et al. 1991).

Der Zeitbedarf für den MMS beträgt etwa 10 Minuten. Die Anwendung dieses Assessmentinstrumentes ist leicht erlernbar und durchführbar und erlaubt es, wichtige kognitive Funktionen auf einfache und standardisierte Weise zu prüfen. Allerdings wird berichtet, dass die Testergebnisse durch affektive Störungen wie Depression verfälscht werden können (Kafonek et al. 1989; Pearson et al. 1989). In einigen Fällen kann der MMS vor allem depressive Patienten und solche mit niedrigem Bildungsniveau von kognitiv gestörten Personen nicht sicher unterscheiden (Schumacher et al. 1997).

2.1.5. Der deutsche SF-36 Health Survey

Die Auswirkung von Krankheit und Behandlung auf den subjektiven Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten wird zunehmend als wichtige Fragestellung in Epidemiologie und klinischer Forschung erkannt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird oft mit subjektiven Gesundheitsindikatoren gleichgesetzt und bezeichnet ein multidimensionales psychologisches Konstrukt, das operationalisiert wird durch vier wesentliche Komponenten:

- das psychische Befinden,
- die körperliche Verfassung,
- die sozialen Beziehungen,
- die funktionale Kompetenz des Befragten.

Wichtig ist hier, dass die Befragten selbst Auskunft über ihr Befinden und ihre Funktionsfähigkeit geben.

Der Short-Form-36 Health Survey, kurz SF-36 genannt, ist ein aus der amerikanischen Medical Outcome Study (MOS; Stewart, Ware 1992) durch das International Quality of Life Assessment Project (Aaronson et al. 1992; Ware et al. 1994) entwickeltes Standardinstrument zur krankheitsübergreifenden Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität, dessen internationale Verfügbarkeit zunehmend nachgefragt wird (Ware, Gandek 1998).

Die Entwicklung und Bearbeitung der deutschen Form des SF-36 erfolgte durch die Arbeitsgruppe um Frau Prof. Dr. Monika Bullinger, Abteilung für Medizinische Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Ergebnisse für die psychometrische Testung und Normierung der deutschen Version 1.0 waren zufrieden stellend (Bullinger et al. 1995; Bullinger, Kirchberger 1998).

Die SF-36 Skala ist ein aus 36 Fragen (Items) bestehender Fragebogen, der acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit mit unterschiedlichen Itemzahlen erfasst:

- körperliche Funktionsfähigkeit (10 Items),
- Rollenfunktion in körperlicher Hinsicht (4 Items),
- Rollenfunktion in emotionaler Hinsicht (3 Items),
- soziale Funktionsfähigkeit (2 Items),
- körperliche Schmerzen (2 Items),
- psychisches Wohlbefinden (5 Items),
- Vitalität (4 Items),
- allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items).

Hinzu kommt ein Einzelitem, das die Veränderung der Gesundheit betrifft und kein Bestandteil der anderen acht Skalen ist.

Der SF-36 Health Survey ist konstruiert worden, um von Patienten unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand und Alter einen Selbstbericht der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erhalten. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt 10 Minuten. Die Auswertung (Ware et al. 1993) erfolgt über Addition der angekreuzten Itembeantwortungen pro Skala, wobei für einige Skalen spezielle Gewichtungen einbezogen werden. Ausgewertet werden können Skalen dann, wenn weniger als 50% der Items fehlen, in diesem Fall wird eine Mittelwertersetzung durchgeführt.

2.1.6. Die Global Deterioration Scale (GDS)

Die *GDS* (Reisberg et al. 1982; dt. Übersetzung von Ihl und Fröhlich 1991) ist eine Ratingskala zur Schweregradbestimmung einer Demenz, mit der das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigungen durch die Demenz eingeschätzt werden kann. Sie ist Bestandteil der Reisberg-Skalen, zu denen außerdem noch die *Brief Cognitive Rating Scale (BCRS)* und das *Functional Assessment Staging (FAST)* gehören. Die Einschätzung des Patienten mittels der *GDS* erfolgt auf einer siebenstufigen Likert-Skala, die von „keine Leistungseinbußen“ bis zu „sehr schwere kognitive Leistungseinbußen“ reicht. Durch eine gute Operationalisierung der einzelnen Stufen kann die Zuordnung zu den einzelnen Demenzgraden rasch und relativ einfach getroffen werden (Gatterer 1997). Die einzelnen *GDS*-Stufen korrelieren hoch mit der *Mini Mental State Examination*. Auch korreliert die Schweregradeinteilung mit der *GDS* mit Befunden aus der Bildgebung (Kessler et al. 1991).

2.2. Erhebung der Daten

2.2.1. Vorbereitungen für die Datenerhebung

Die Daten wurden durch die Verfasserin selbst erhoben. Um eine korrekte Datenerhebung zu gewährleisten, wurde die Verfasserin während einer Hospitation in London von Prof. Martin Orrell und Dr. Olakunle Ashaye in die Nutzung des CANE Fragebogens eingewiesen. Fünf Wochen lang war die Doktorandin aktiv daran beteiligt, in stationären und ambulanten gerontopsychiatrischen Einrichtungen im Großraum London, Datenerhebungen mit dem CANE Fragebogen und zusätzlichen Erhebungsinstrumenten durchzuführen. Die Doktorandin konnte mit Prof. Martin Orrell und Dr. Olakunle Ashaye auch viele Hausbesuche bei betreuten gerontopsychiatrischen Patienten machen und dabei den CANE Fragebogen und etliche andere Assessmentinstrumente nutzen.

2.2.2. Rekrutierung der Patientenstichprobe

Die innerhalb eines Jahres erhobene Personenstichprobe setzt sich aus Bewohnern zweier großer Pflegeheime in Gießen zusammen. Die rekrutierte Stichprobe besteht aus 94 pflegebedürftigen, älteren und alten (65 Jahre und mehr) Leuten.

2.2.3. Ethische Aspekte

Es handelt sich um eine nicht invasive Untersuchung.

Vor Beginn der Datensammlung in den beiden Altenpflegeheimen wurde die Heimleitung kontaktiert, über Einzelheiten zur Untersuchung detailliert informiert und anschließend um Erlaubnis gebeten, Daten von Heimbewohnern und Personal zu erheben. Es wurde ausdrücklich auf die Anonymisierung der Daten hingewiesen. Die Heimbewohner oder, wenn vorhanden, deren gesetzliche Betreuer wurden vor der Erhebung um ihre Zustimmung gebeten und es wurden ihnen Erklärungen zur Untersuchung gegeben. Bis auf acht von 102 angesprochenen Heimbewohnern waren alle Probanden bzw. deren gesetzliche Betreuer mit der Untersuchung einverstanden.

2.2.4. Beschreibung der Heime

Beide Heime liegen in Stadtrandlage, in verkehrsberuhigter Gegend und verfügen über eine große Gartenanlage mit ebenen, rollstuhlgerechten Wegen.

Fachlich qualifiziertes Pflegepersonal gewährleistet rund um die Uhr eine Versorgung der Heimbewohner. Dazu gehören Altenpfleger/innen, Krankenschwestern, Krankenpfleger und Pflegehilfskräfte. Die ärztliche Versorgung erfolgt durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Umgebung. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben freie Arztwahl.

Das „*Sankt Anna Pflegeheim*“ der Caritas wurde 1984 fertig gestellt und verfügt über 96 Plätze in 32 Einzel- und 32 Zweibettzimmern. Jeweils 8 Einbett- und 8 Zweibettzimmer bilden eine Wohneinheit und Pflegeeinheit. Alle Zimmer sind mit einer behindertengerechten Nasszelle mit Waschbecken, Dusche und Toilette ausgestattet und verfügen über eine Schwesternrufanlage. Zwei Gemeinschaftsräume auf jeder Etage sollen die Kommunikation zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern fördern.

Fast täglich können die Heimbewohner an Freizeitangeboten wie Gymnastik, Singen, Basteln und Gedächtnistraining teilnehmen. In der hauseigenen Kapelle werden regelmäßig katholische und evangelische Gottesdienste gefeiert

Täglich werden fünf Mahlzeiten zu bewohnerfreundlichen Zeiten gereicht. Es besteht die Möglichkeit, zwischen Vollkost, Schonkost und Diabetikerkost zu wählen. Die Mahlzeiten werden auf den Zimmern serviert, können auf Wunsch aber auch in den Tagesräumen eingenommen werden.

Das *Pflegeheim „Seniorenzentrum Philosophenwald“* der Arbeiterwohlfahrt wurde 1995 komplett renoviert und verfügt über 200 Plätze in 154 Einzelzimmern und 23 Doppelbettzimmern. Die insgesamt 7 Pflegeeinheiten sind etwa gleich groß, mit durchschnittlich 29 Bewohnern pro Station. Alle Zimmer sind mit einer Rufanlage ausgestattet.

Für die Heimbewohner gibt es täglich verschiedene Gruppenangebote wie z. B. Gymnastik, Singen, Malen, Lesestunden und Gedächtnistraining. Zum Heim gehört eine eigene Kapelle, in welcher Gottesdienste für drei Konfessionen abgehalten werden.

Vier ausgewogene Mahlzeiten, wahlweise normale Verpflegung, vegetarische Kost oder Diabetikerkost, werden serviert. Im Erdgeschoss des Hauses gibt es einen großen Speisesaal, in welchem sich die mobilen Heimbewohner aller Stationen zu den Mahlzeiten treffen. Hier wird

auch ein stationärer Mittagstisch für Senioren von außerhalb angeboten. Angeschlossen ist eine Cafeteria für Besucher.

2.3. Dateneingabe und verwendete statistische Methoden

Die Dateneingabe und -auswertung erfolgte mit SPSS für Windows (Statistical Package for Social Science; deutsche Version 10.0.5).

Für die Auswertung, auch bezüglich der deskriptiven Statistik, werden folgende Gruppierungen vorgenommen:

- Die *Gesamtstichprobe* umfasst alle untersuchten Heimbewohner (n=94) der beiden Pflegeheime aus Gießen.
- Die Gruppe *Heim 1* umfasst alle erhobenen Probanden (n=48) aus dem Caritas-Pflegeheim „St. Anna Gießen“.
- Die Gruppe *Heim 2* beinhaltet die erhobenen Heimbewohner (n=46) des AWO Pflegeheimes „Seniorenzentrum am Philosophenwald“.

Die Items der CANE Übersetzung werden anschließend nach den Kriterien der klassischen Testtheorie (Fisseni 1990) untersucht, die Itemselektion erfolgt anhand der Itemcharakteristiken Schwierigkeit und Trennschärfe. Bei der Skalenbildung werden Skalenkonsistenz und Skalendimensionalität mittels Faktorenanalyse überprüft. Dabei wird für die Durchführung der Faktorenanalyse die Methode der Hauptkomponentenanalyse ausgewählt.

Die Validität der CANE Skalen wird durch Korrelation mit den zusätzlich eingesetzten standardisierten Instrumenten beurteilt.

3. Ergebnisse

3.1. Deskriptive Statistik

Die Gesamtstichprobe der untersuchten Probanden (n=94) wurde, wie bereits erwähnt, in zwei Gruppen aufgeteilt, und zwar nach dem Kriterium Heimaufenthalt. Dabei ergaben sich zwei fast gleich große Gruppen:

- Die Gruppe *Heim 1* umfasst alle erhobenen Probanden (n=48) aus dem Caritas Pflegeheim
- Die zweite Gruppe *Heim 2* enthält die untersuchten Heimbewohner (n=46) des AWO Pflegeheimes.

Zunächst werden die Basisdaten, die bei allen Probanden erhoben wurden, getrennt für beide Gruppen (*Heim 1*, *Heim 2*), dargestellt.

3.1.1. Alter

Das minimale Alter betrug 69 Jahre in der Gruppe *Heim 1* und 65 Jahre in der Gruppe *Heim 2*. Das maximale Alter lag in der ersten Gruppe bei 102, in der zweiten Gruppe bei 98 Jahren. Es ergab sich ein Mittelwert von 86,85 Jahren für die erste Gruppe bzw. 85,37 Jahren für die zweite. Es bestand kein signifikanter Unterschied für die Altersverteilung in den beiden Heimen. Die Altersverteilungen sind den folgenden Histogrammen zu entnehmen.

Schaubild: Verteilung der Altersgruppen, Heim 1

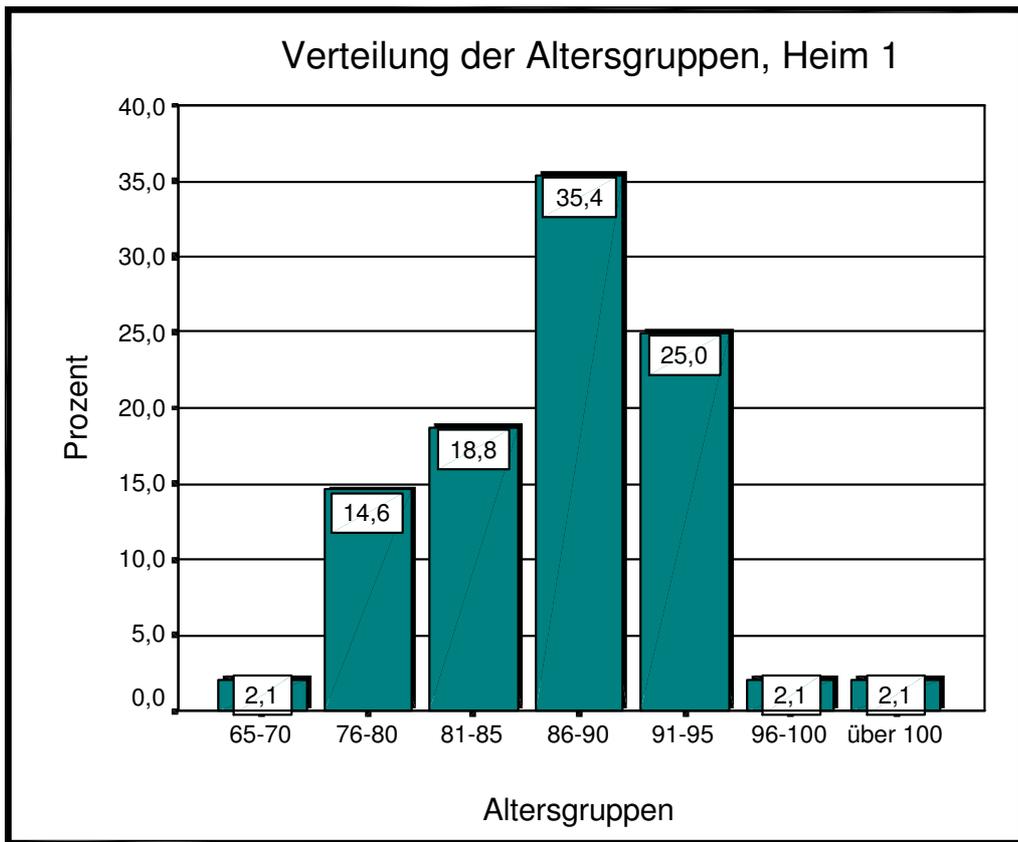
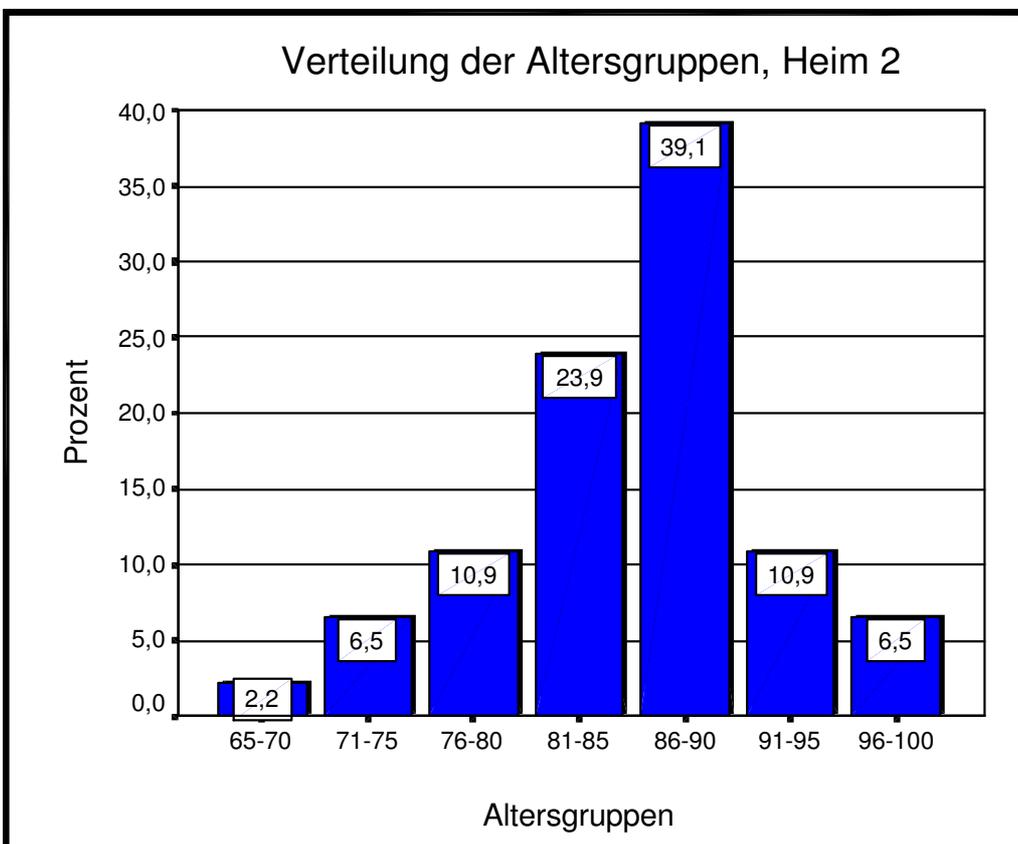
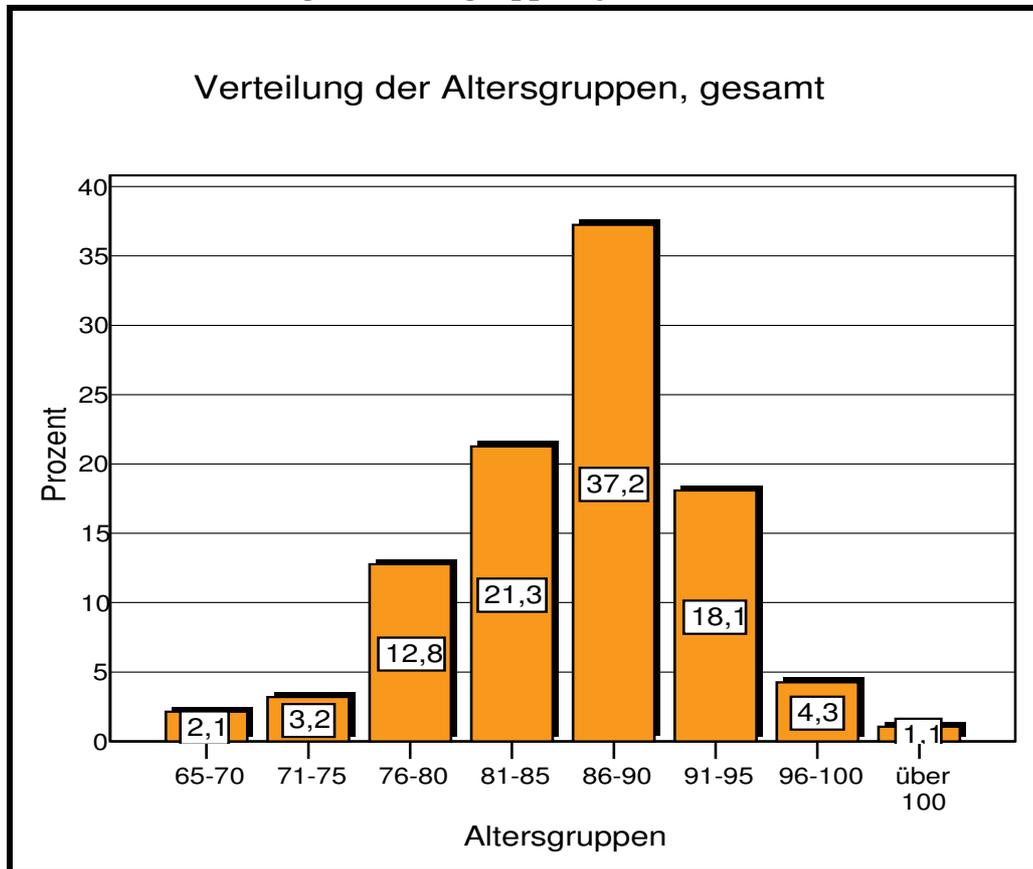


Schaubild: Verteilung der Altersgruppen, Heim 2



Zusammengefasst betrug das Alter der Gesamtstichprobe im Durchschnitt 86,1 Jahre, der niedrigste Wert betrug 65, der höchste 102 Jahre. In der folgenden Abbildung ist die Altersverteilung der Gesamtstichprobe nach Altersgruppen dargestellt.

Schaubild: Verteilung der Altersgruppen, *gesamt*



3.1.2 Geschlecht

Von den 48 Heimbewohnern der ersten Gruppe waren 41 (85,4%) Personen weiblich und 7 männlich (14,6%). Die Gruppe *Heim 2* mit 46 Personen bestand aus 40 (87%) weiblichen und 6 (13%) männlichen Probanden. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Geschlechtsverteilung zwischen den beiden untersuchten Heimen (asymptotische Signifikanz beidseitig 0,830).

Die Geschlechtsverteilung ist den beiden Kreisdiagrammen zu entnehmen.

Schaubild: Geschlecht, *Heim 1*

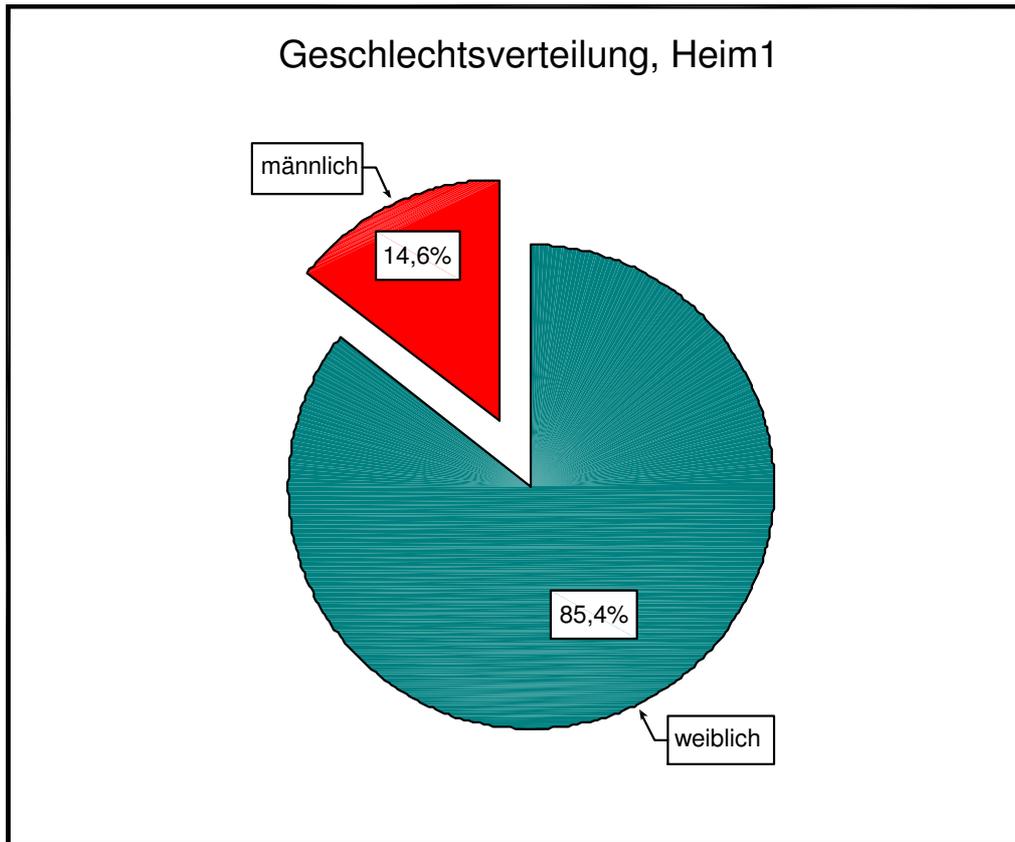
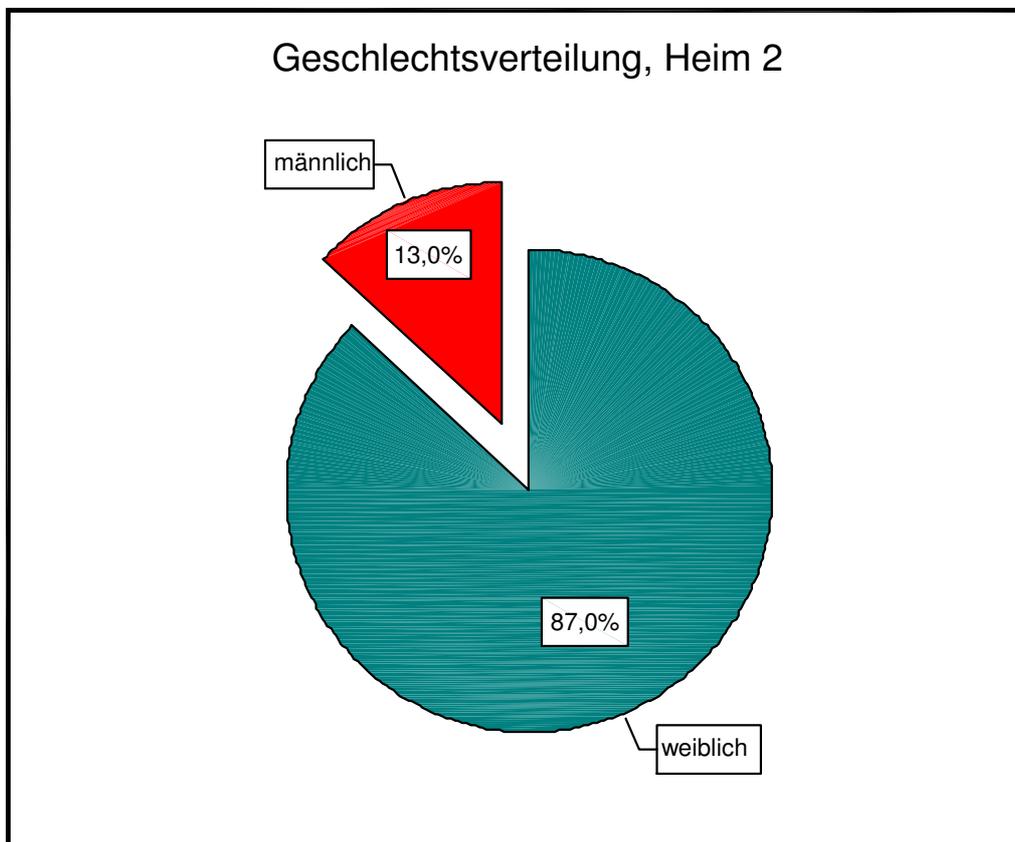
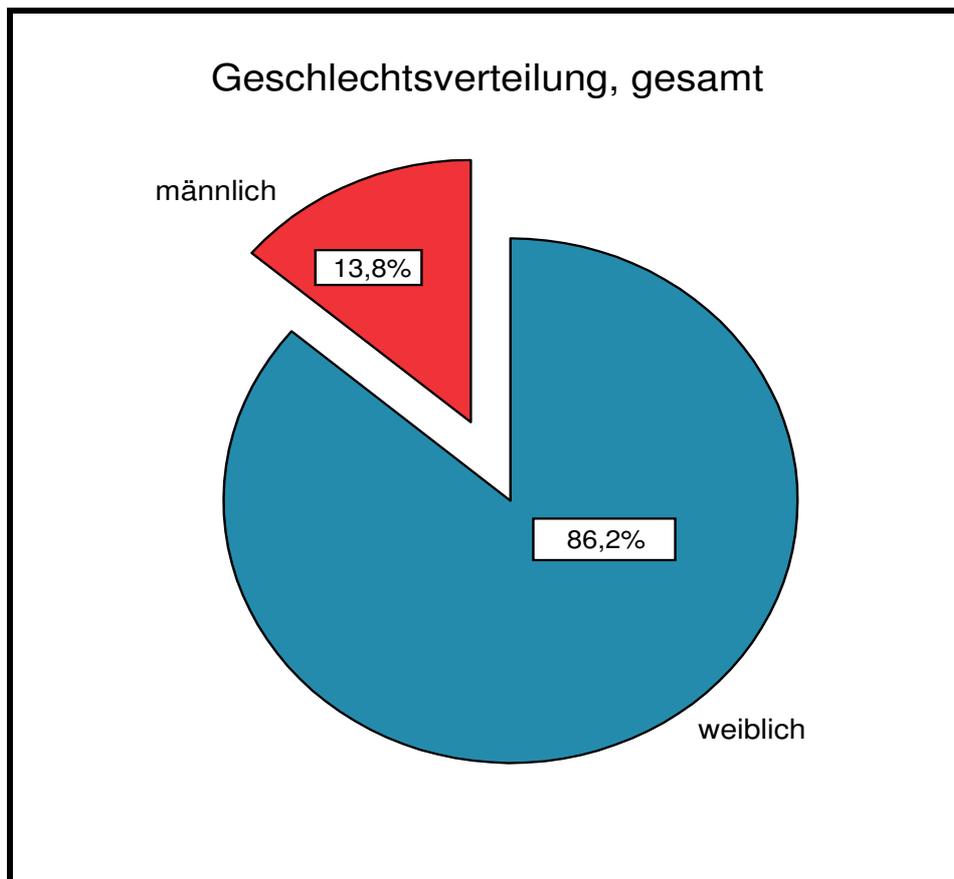


Schaubild: Geschlecht, *Heim 2*

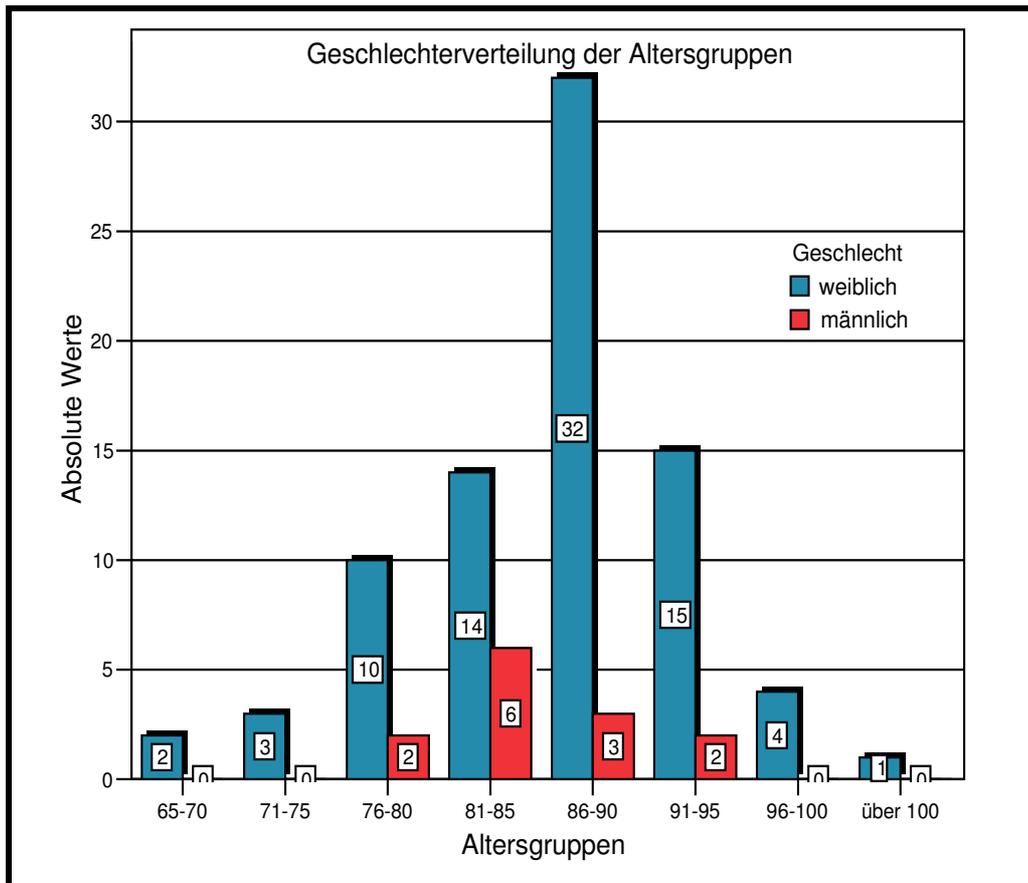


Wie in den Diagrammen ersichtlich, ist der Anteil der Frauen in den beiden Gruppen mehr als 7-mal so hoch wie der Anteil der Männer. Dies verdeutlicht die nächste Graphik für die Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe. Der Anteil der Männer beträgt 13,8%, der der Frauen 86,2% an der Gesamtstichprobe.

Schaubild: Geschlechtsverteilung, gesamt



Da in der Gesamtstichprobe ein geringer Anteil von Männern vorhanden ist, wurde die Verteilung der beiden Geschlechter auf die Altersgruppen im Vergleich zueinander dargestellt. Die Verteilung ist dem folgenden Schaubild zu entnehmen.

Schaubild: Geschlechterverteilung der Altersgruppen

3.1.3. Familienstand

In der Gruppe *Heim 1* waren 40 (83,3%) Personen verwitwet, 5 (10,4 %) ledig, 3 (4,2%) verheiratet und eine (2,1%) Person geschieden. In der Gruppe *Heim 2* waren 30 (65,2%) Bewohner verwitwet, 8 (17,4%) verheiratet, 5 (10,9%) ledig und 3 (6,5%) geschieden.

Der Familienstand der beiden Gruppen ist den folgenden Kreisdiagrammen zu entnehmen.

Schaubild: Familienstand, Heim 1

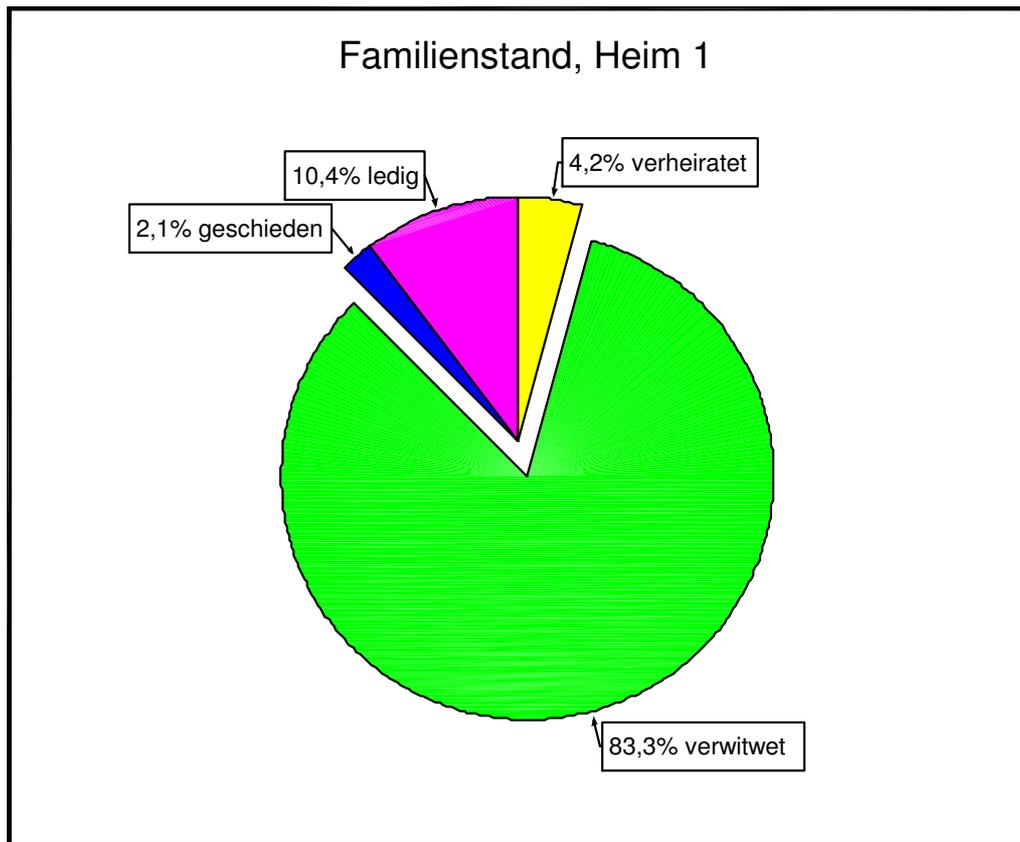


Schaubild: Familienstand, Heim 2

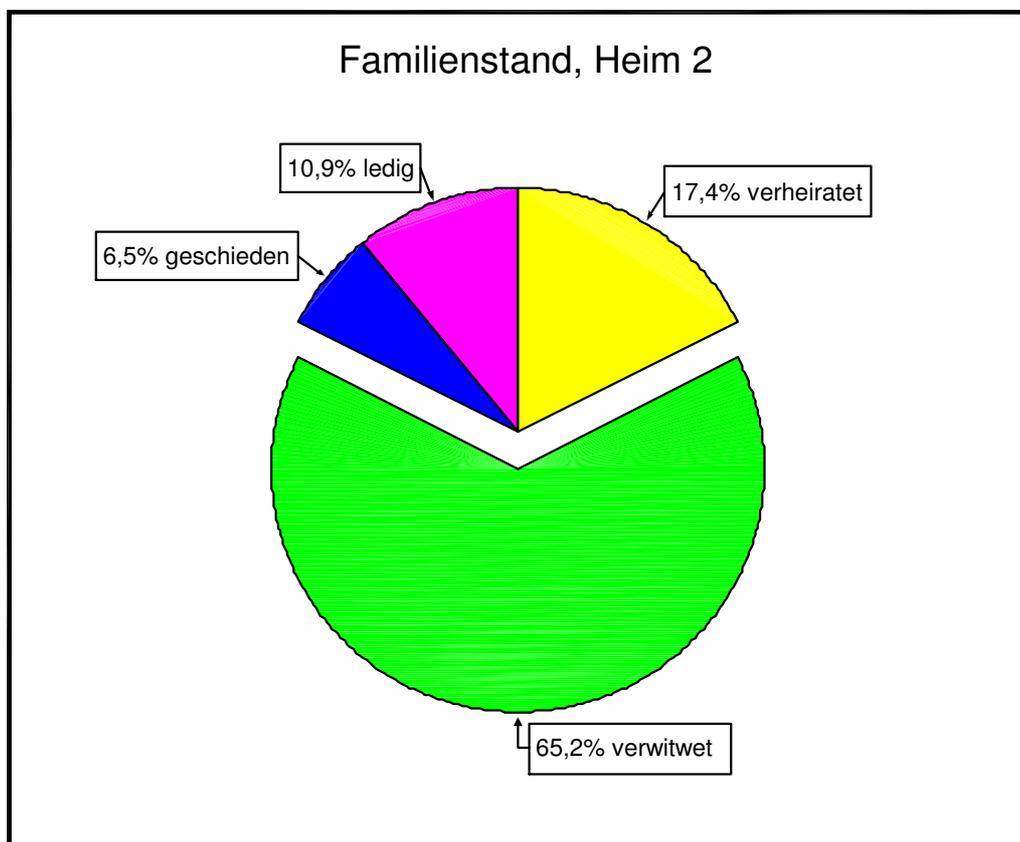
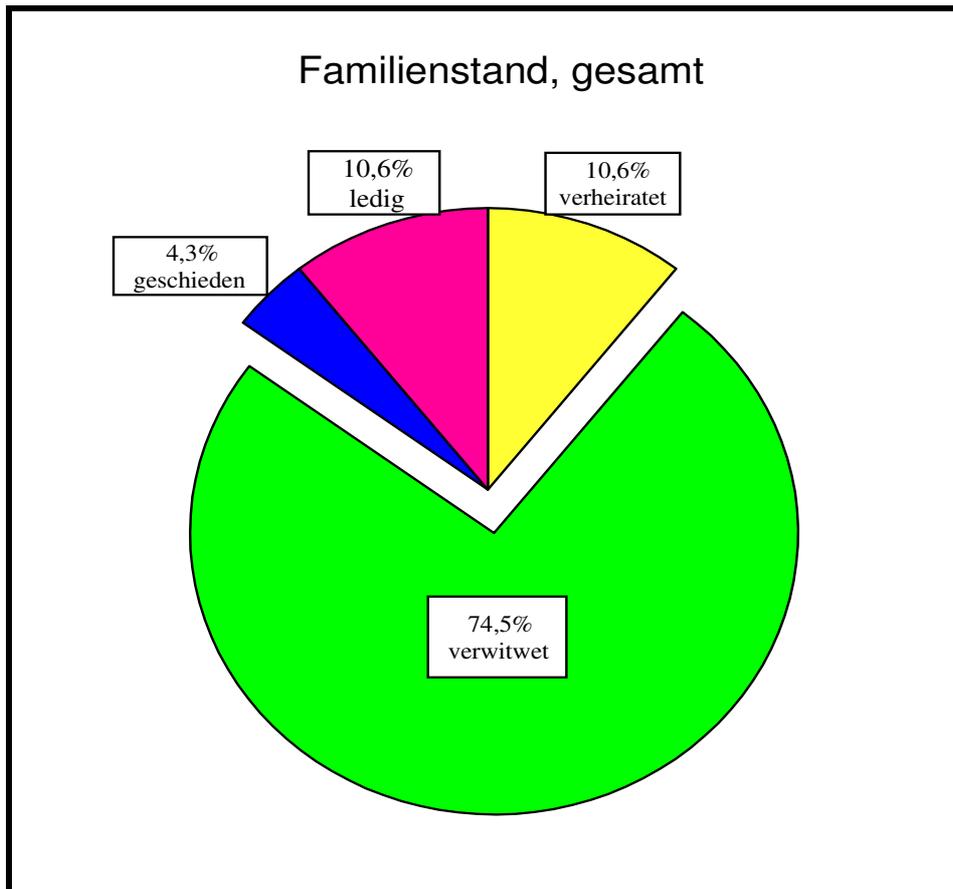


Schaubild: Familienstand, *gesamt*

Deutlich zu erkennen ist, dass der überwiegende Teil der Heimbewohner verwitwet ist und nur ein geringer Teil noch einen Ehepartner hat. Insgesamt waren 74,5% der Personen in der Gesamtstichprobe verwitwet, 10,3 % verheiratet und der gleiche Anteil ledig, der Rest von 4,3% geschieden.

3.1.4. Pflegestufe

Zunächst eine kurze Erklärung zu den Pflegestufen.

Die soziale Pflegeversicherung, eingeführt 1994 durch das Sozialgesetzbuch XI, teilt die Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit von Art, Häufigkeit und Dauer des Pflegebedarfs in drei Stufen ein. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) benötigen bei der Körperpflege, der

Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe. Zusätzlich ist mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht nur, wenn Pflegekassen den Anspruch des Antragstellers anerkennen. Der Leistungsanspruch wird auf Antrag von Ärzten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung überprüft und gegebenenfalls in die drei Pflegestufen eingeteilt. Ein Leistungsanspruch existiert, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht, während Kurzzeitpflege weiterhin von den Krankenkassen finanziert wird. Leistungsberechtigte haben die Wahl zwischen Geldleistungen, professioneller häuslicher Krankenpflege oder professioneller Krankenpflege im Pflegeheim.

Die Pflegestufenverteilung in den beiden Pflegeheimen erwies sich als signifikant unterschiedlich (asymptotische Signifikanz 2-seitig 0,020). In der Gruppe *Heim 1* war eine (2,1%) Person noch nicht eingestuft worden; 9 (18,8%) Heimbewohner hatten die Pflegestufe 1; 24 (50%) die Pflegestufe 2 und 14 (29,2%) waren in der dritten Pflegestufe. In der Gruppe *Heim 2* war ebenfalls eine Person (2,2%) vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen noch nicht eingestuft worden, 21 (45,7%) Heimbewohner hatten die Pflegestufe 1, 15 (32,6%) Probanden die Pflegestufe 2 und 9 (19,6%) Personen waren in der höchsten Pflegestufe.

Die Pflegestufenverteilung, getrennt für die beiden Gruppen, ist den folgenden Kreisdiagrammen zu entnehmen.

Schaubild: Pflegestufenverteilung, Heim 1

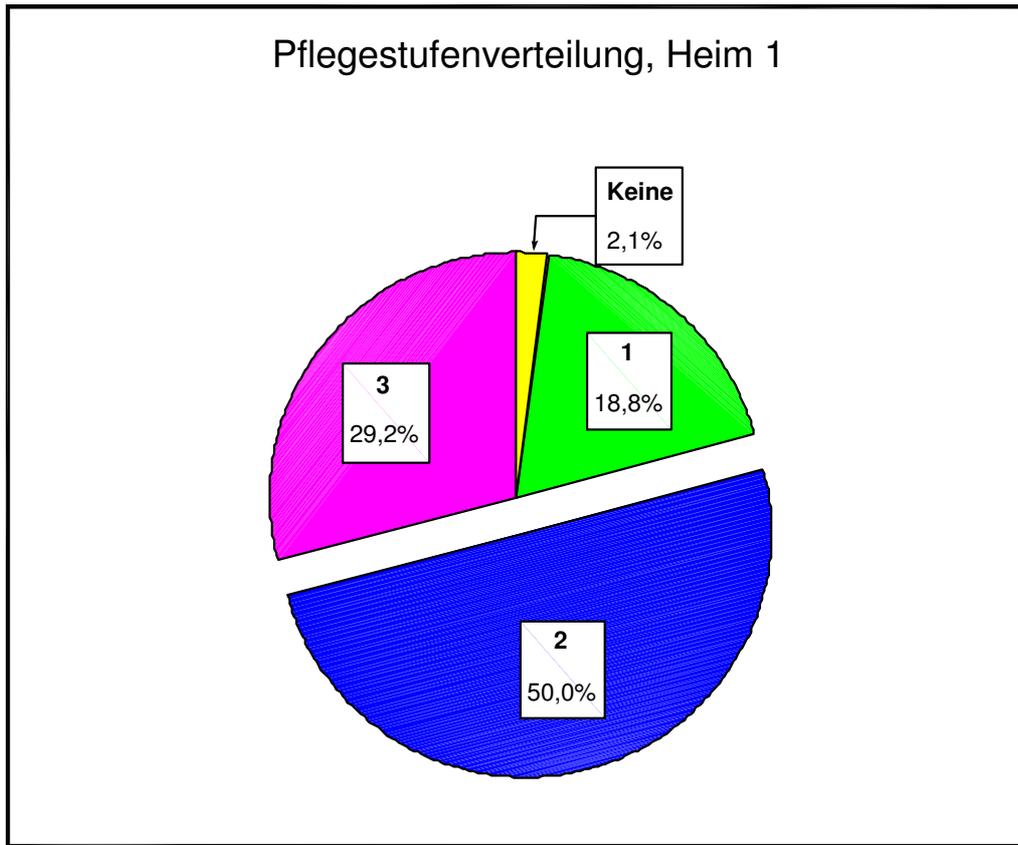
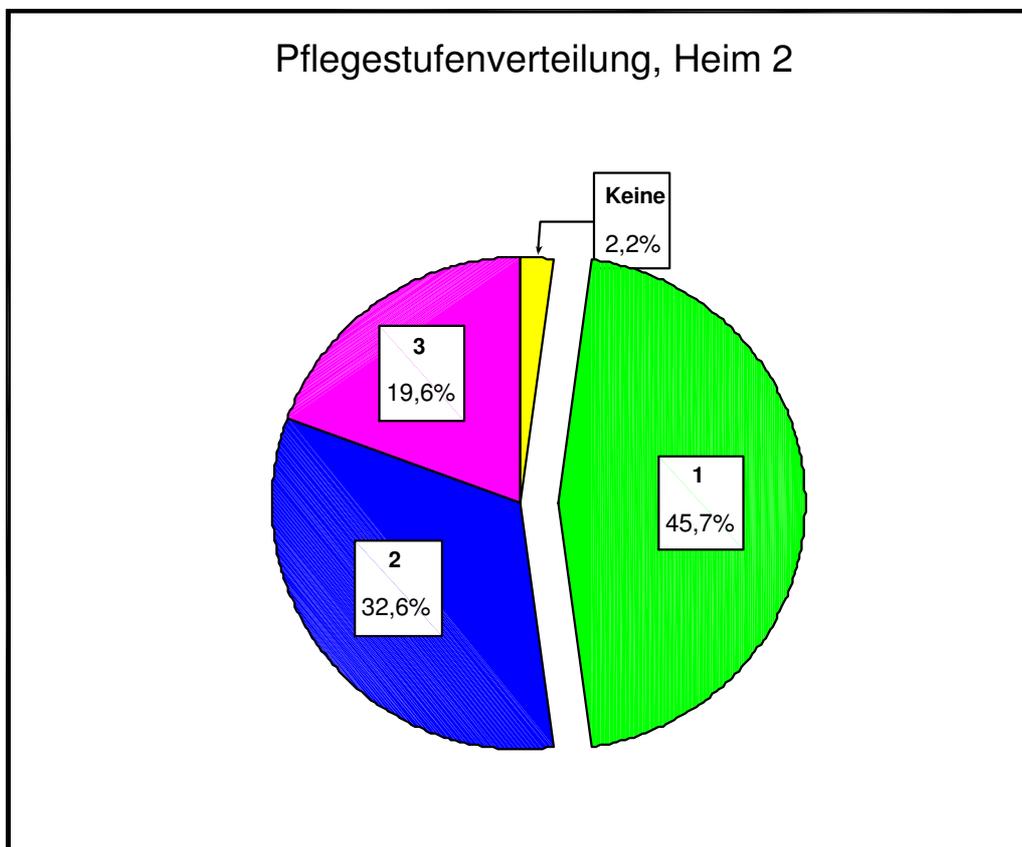


Schaubild: Pflegestufenverteilung, Heim 2



Es lässt sich leicht erkennen, dass in der ersten Gruppe, die meisten Pflegefälle auf die Pflegestufe 2 entfallen, rund 50%. In der Gruppe *Heim 2* sind die meisten Pflegefälle, immerhin 45,7%, in der Pflegestufe 1. Eine plausible Erklärung für den signifikanten Unterschied konnte nicht gefunden werden.

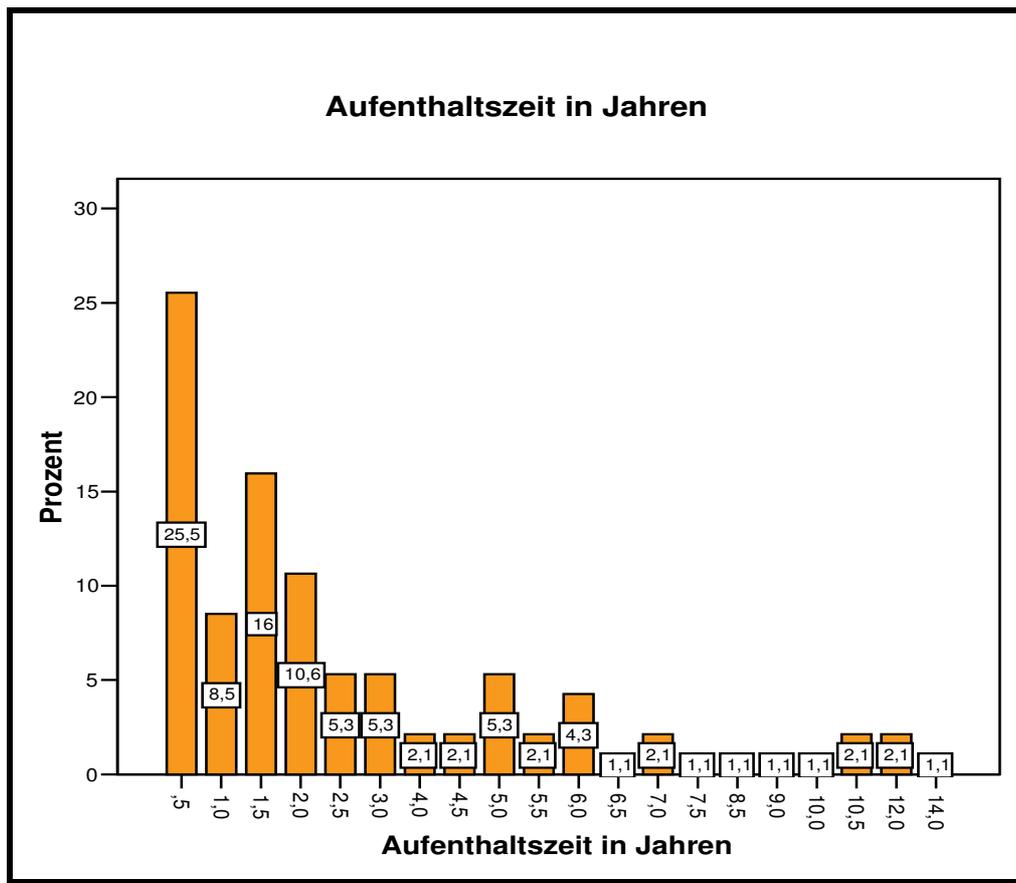
Schaubild: Pflegestufenverteilung, *gesamt*



Insgesamt waren 31,9% der Patienten in der Pflegestufe 1 eingruppiert. 41,5% der Heimbewohner waren in der Pflegestufe 2 und 24,5% in der Pflegestufe 3. Die übrigen 2,1 % waren zum Zeitpunkt der Erhebung vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen noch nicht eingestuft worden.

3.2.5. Dauer des Heimaufenthaltes

Die durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer der erhobenen Bewohner betrug 33,54 Monate (Standardabweichung 37,07), wobei das Minimum bei einem Monat lag, das Maximum bei 166 Monaten. Für eine bessere Übersichtlichkeit wurde im folgenden Balkendiagramm die Heimaufenthaltsdauer in Jahren dargestellt.

Schaubild: Heimaufenthaltsdauer in Jahren

3.1.6. Gesetzlicher Betreuer

Die beiden untersuchten Gruppen von Heimbewohnern unterscheiden sich signifikant (asymptotische Signifikanz 2-seitig 0,000) bei dem Kriterium der gesetzlichen Betreuung. In der Gruppe *Heim 1* haben 72,9% Bewohner einen gesetzlichen Betreuer, in der Gruppe *Heim 2* sind es sogar 91,3%. Der deutliche Unterschied zwischen den beiden Gruppen lässt sich vielleicht durch eine unterschiedliche Handhabungsweise der Heimleitung bei der Beantragung einer gesetzlichen Betreuung erklären. Auch sind in der Gruppe *Heim 2* mehr Heimbewohner mit psychischen Störungen zu finden als in der Gruppe *Heim 1*, was eine mögliche Erklärung für den höheren Anteil an gesetzlichen Betreuungen sein könnte.

Die folgenden Kreisdiagramme stellen den Anteil der Heimbewohner ohne und mit gesetzlichem Betreuer graphisch dar.

Schaubild: Gesetzlicher Betreuer, Heim 1

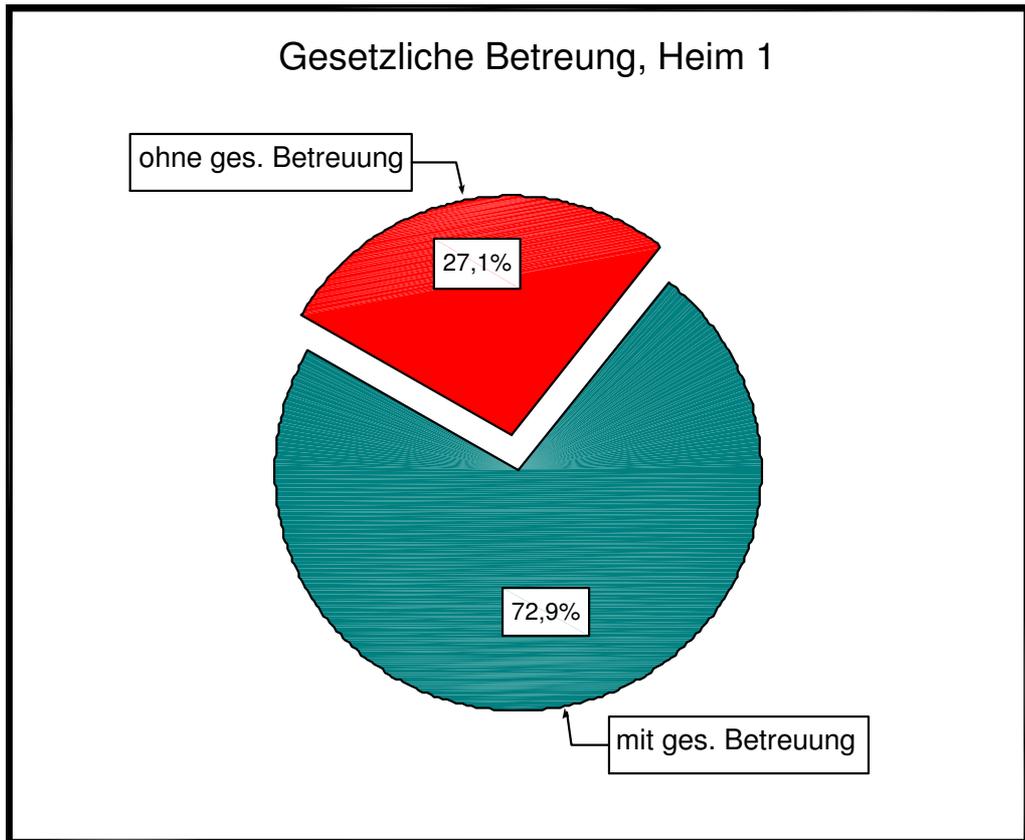


Schaubild: Gesetzlicher Betreuer, Heim 2

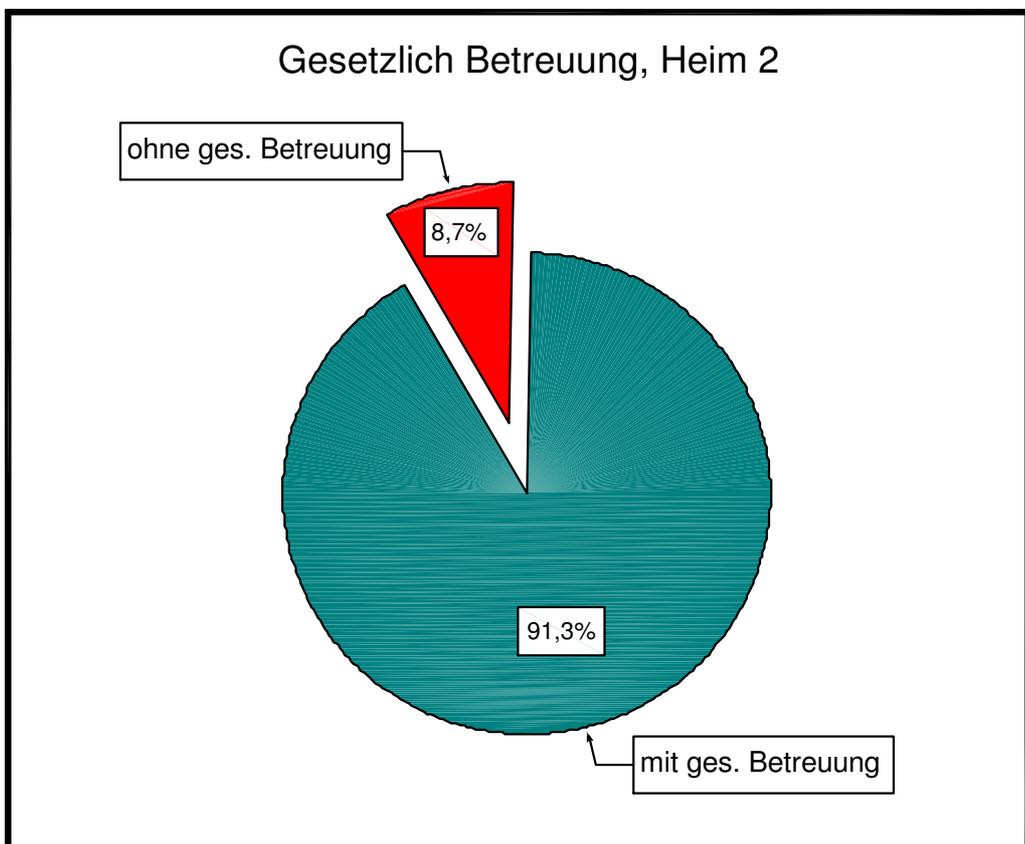
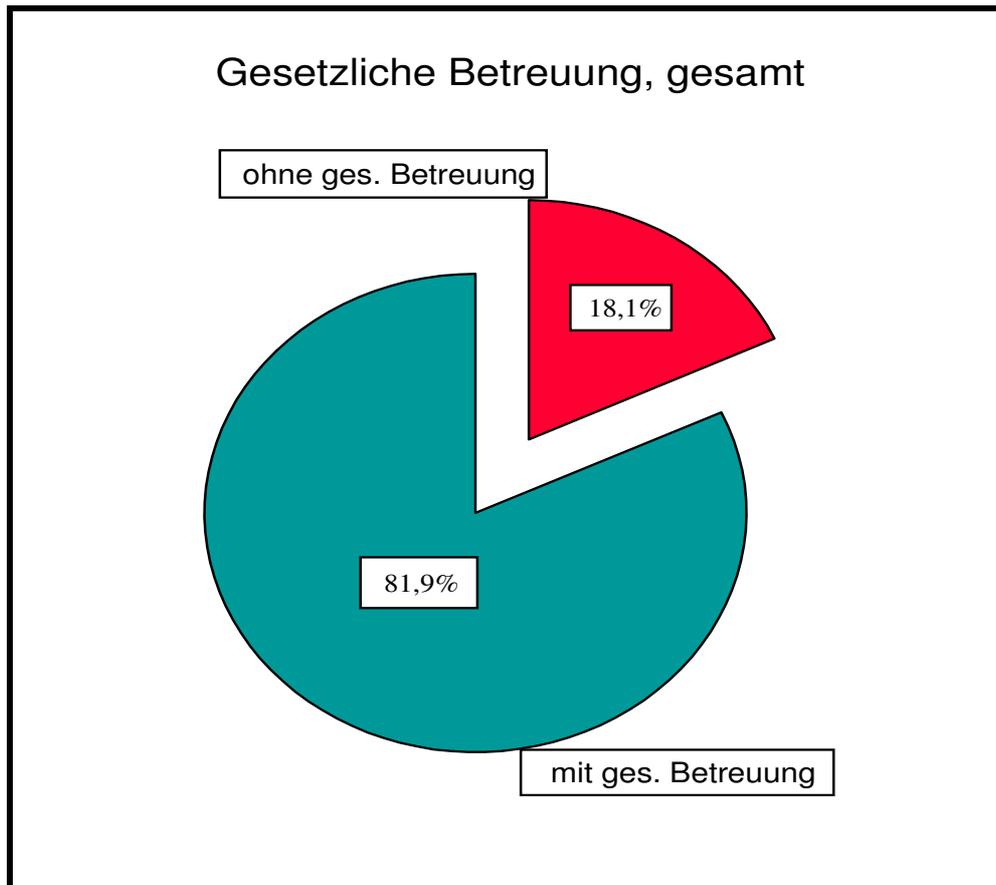


Schaubild: Gesetzlicher Betreuer, gesamt

Insgesamt wird der Großteil der Heimbewohner (81,9%) gesetzlich betreut.

3.1.7. Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Jahren

Die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte konnte zum größten Teil aus den Krankenakten der erhobenen Heimbewohner aufgezeichnet werden. Bei fehlenden oder unvollständigen Krankenakten wurden die Heimbewohner, das Pflegepersonal, Angehörige oder gesetzliche Betreuer zusätzlich befragt.

Für die Gruppe *Heim 1* ergab sich ein Mittelwert von 1,63 (Standardabweichung 1,21) Krankenhausaufenthalten in den letzten 3 Jahren. Das Maximum lag bei fünf Krankenhausbereitsuchen in drei Jahren (2,1%), das Minimum bei keinem Aufenthalt im Krankenhaus in den letzten 3 Jahren (18,8%). Die meisten Heimbewohner waren in den letzten 3 Jahren ein Mal (29,2%) oder zwei Mal (33,3%) im Krankenhaus in stationärer Behandlung.

Für die Gruppe *Heim 2* ergab sich ein Mittelwert von 1,85 (Standardabweichung 1,63) Krankenhausaufenthalten in den letzten 3 Jahren. Das Maximum lag bei acht

Krankenhausbesuchen in drei Jahren (2,2%), das Minimum bei keinem Aufenthalt im Krankenhaus in den letzten 3 Jahren (10,9%). Die meisten Heimbewohner waren in den letzten 3 Jahren ein Mal (41,3%) oder zwei Mal (28,3%) in stationärer Behandlung im Krankenhaus.

Die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte für die beiden Gruppen und die Gesamtheit ist in den folgenden Balkendiagrammen dargestellt.

Schaubild: Häufigkeit der KH-Aufenthalte in den letzten 3 Jahren, Heim 1

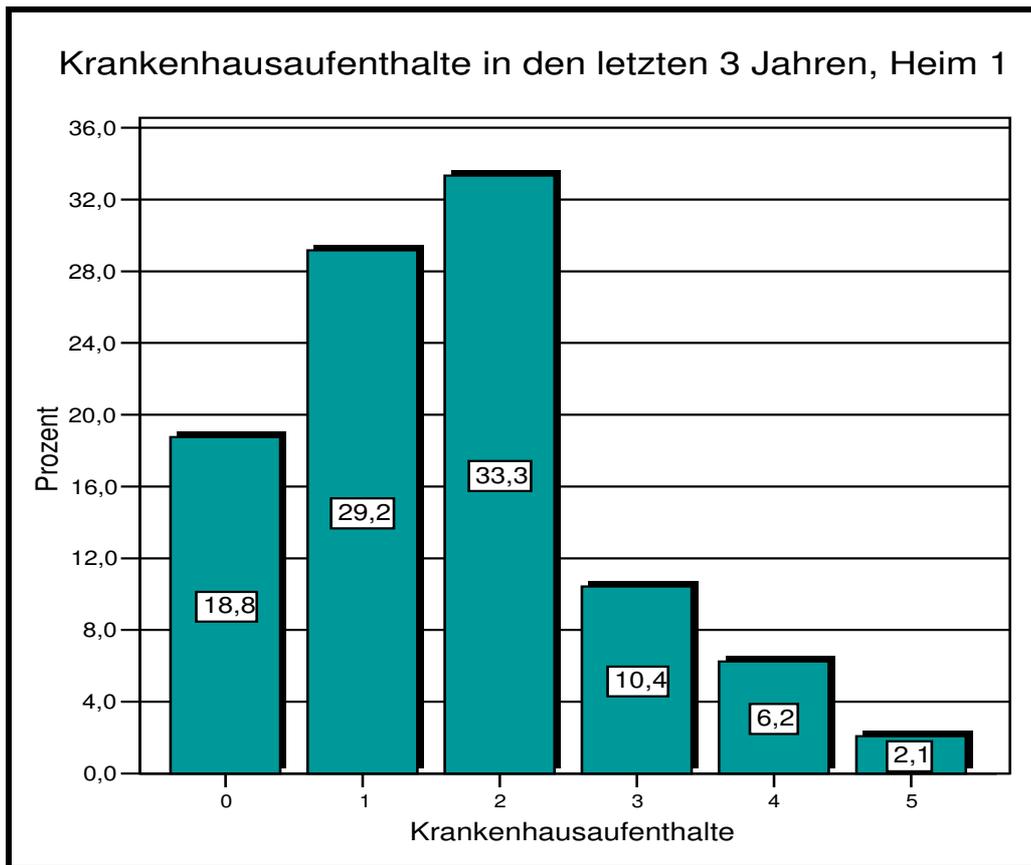


Schaubild: Häufigkeit der KH-Aufenthalte in den letzten 3 Jahren, Heim 2

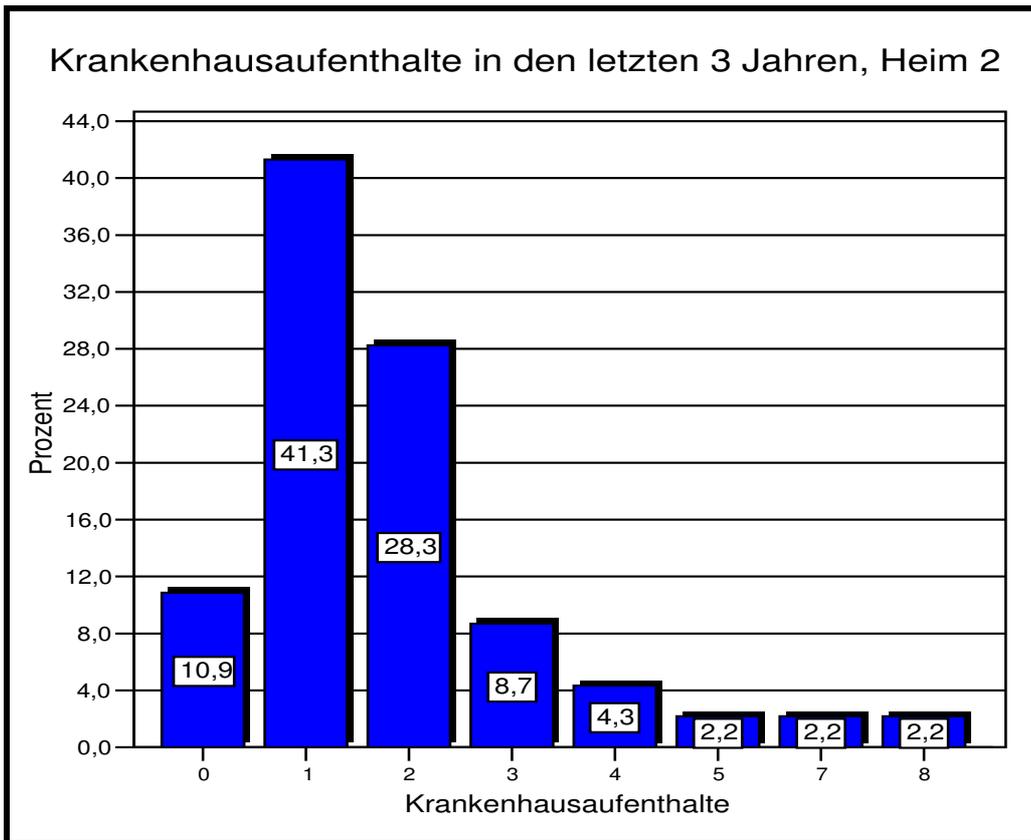
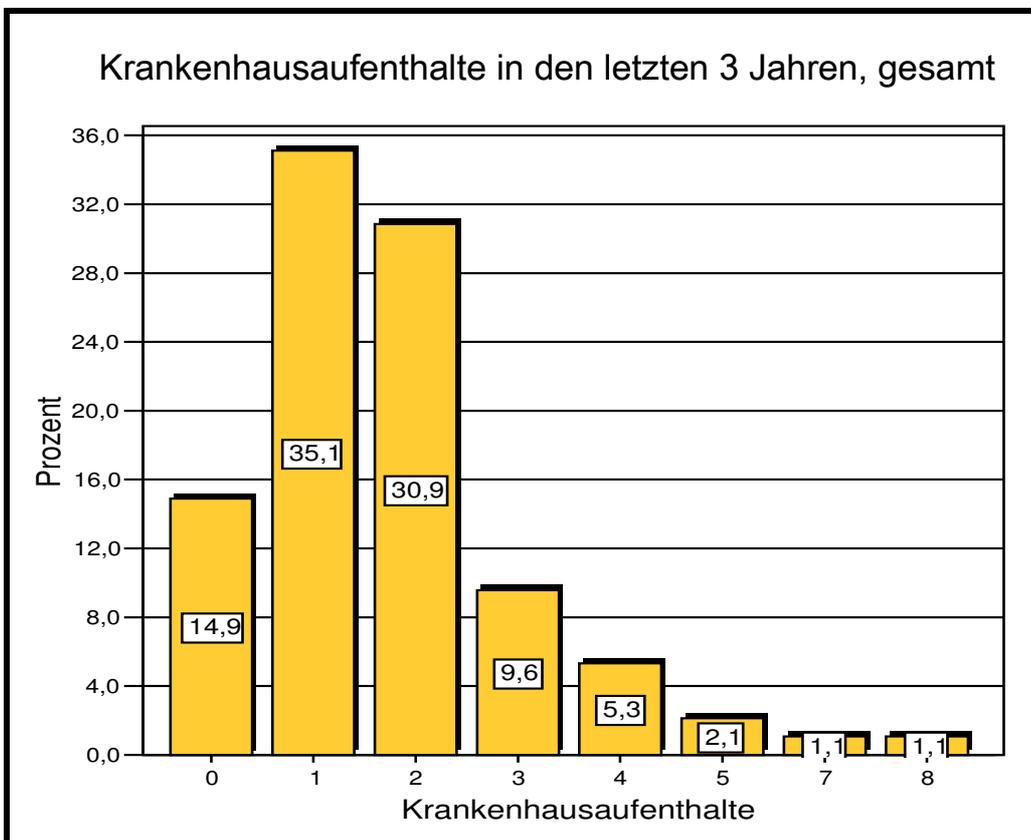


Schaubild: Häufigkeit der KH-Aufenthalte in den letzten 3 Jahren, *gesamt*



Insgesamt waren 85,1% der Heimbewohner mindestens ein Mal in den letzten drei Jahren im Krankenhaus, nur eine geringe Prozentzahl von 14,9 % gar nicht. Rund 50% der Heimbewohner waren zwei Mal oder öfter in den letzten Jahren im Krankenhaus,

3.1.8. Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus

Unter Berücksichtigung der vorhandenen Pflegedaten der erhobenen Heimbewohner und zusätzlicher Angaben von befragten Heimbewohnern, Pflegepersonal, Angehörigen und gesetzlichen Betreuern konnte festgestellt werden, ob die jeweiligen Heimbewohner jemals stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurden.

Aus der Gruppe *Heim 1* wurden 18,8% der erhobenen Heimbewohner ein- oder mehrmals stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt, bei 4,2% konnten keine genauen Angaben darüber erhalten werden, ob je eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erfolgte oder nicht.

Für die Gruppe *Heim 2* ergab sich, dass 32,6% der Heimbewohner schon wenigstens ein Mal stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurden, für 4,3 % der Heimbewohner konnten keine präzisen Angaben darüber gemacht werden, ob schon mal eine stationäre psychiatrische Behandlung erfolgte oder nicht.

Ob eine Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus erfolgte, ist den folgenden Kreisdiagrammen zu entnehmen.

Insgesamt wurden 25,5% der gesamten Stichprobe schon einmal im Psychiatrischen Krankenhaus behandelt.

Schaubild: Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus, Heim 1

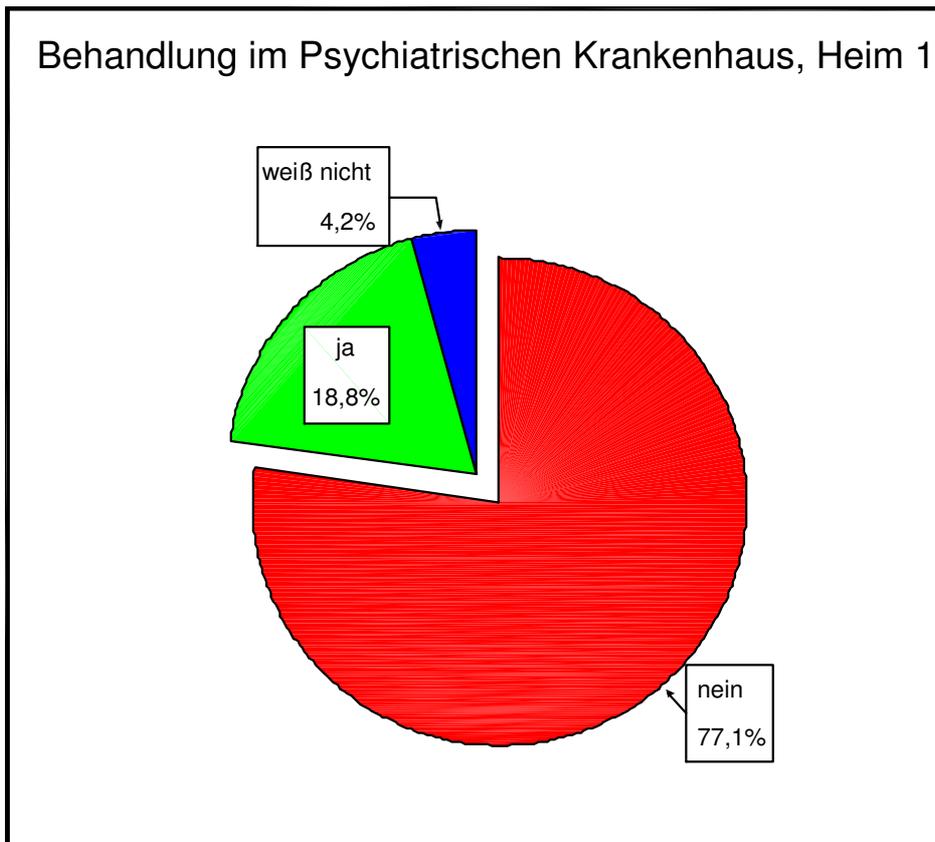


Schaubild: Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus, Heim 2

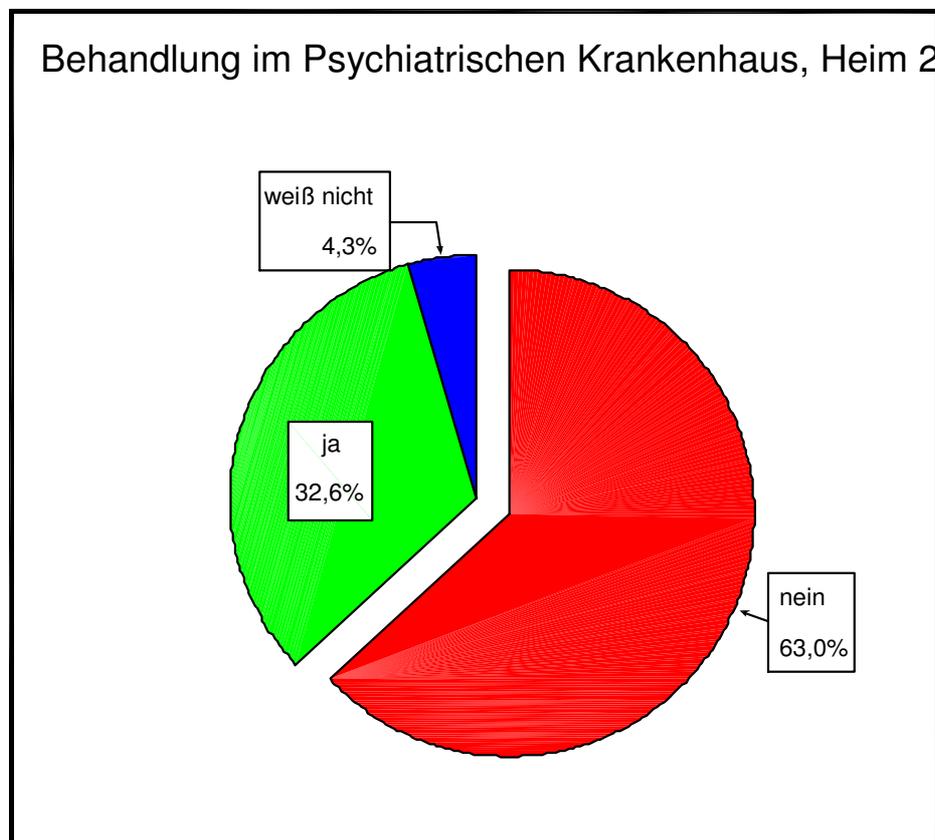
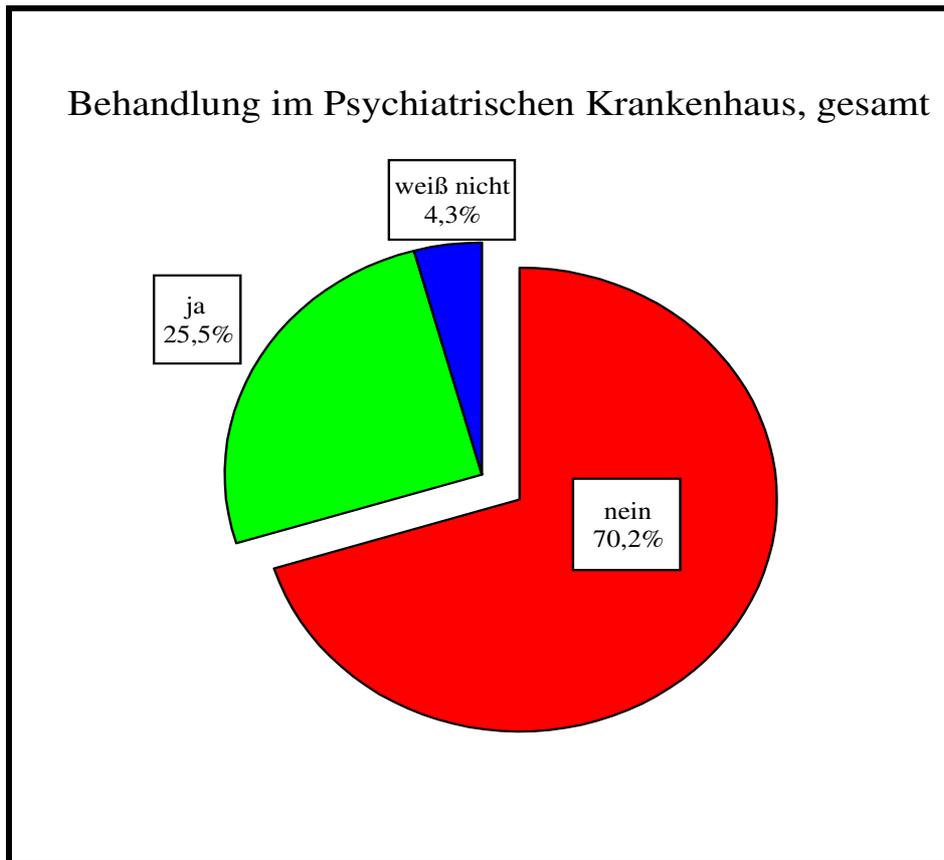


Schaubild: Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus, *gesamt*

In Übereinstimmung mit diesem Ergebnis fiel der Summenscore der 8 Zusatzfragen bezüglich der psychischen Auffälligkeiten aus. Der prozentuale Anteil der Probanden, welche in mehr als drei Items deutliche Anzeichen psychischer Auffälligkeiten aufwiesen, betrug 33,0% der Gesamtstichprobe. Die Antworthäufigkeiten der Zusatzfragen bezüglich des psychischen Zustandes und die Verteilung des Gesamtscores sind im Anhang in Tabelle 2 und Tabelle 3 dargestellt.

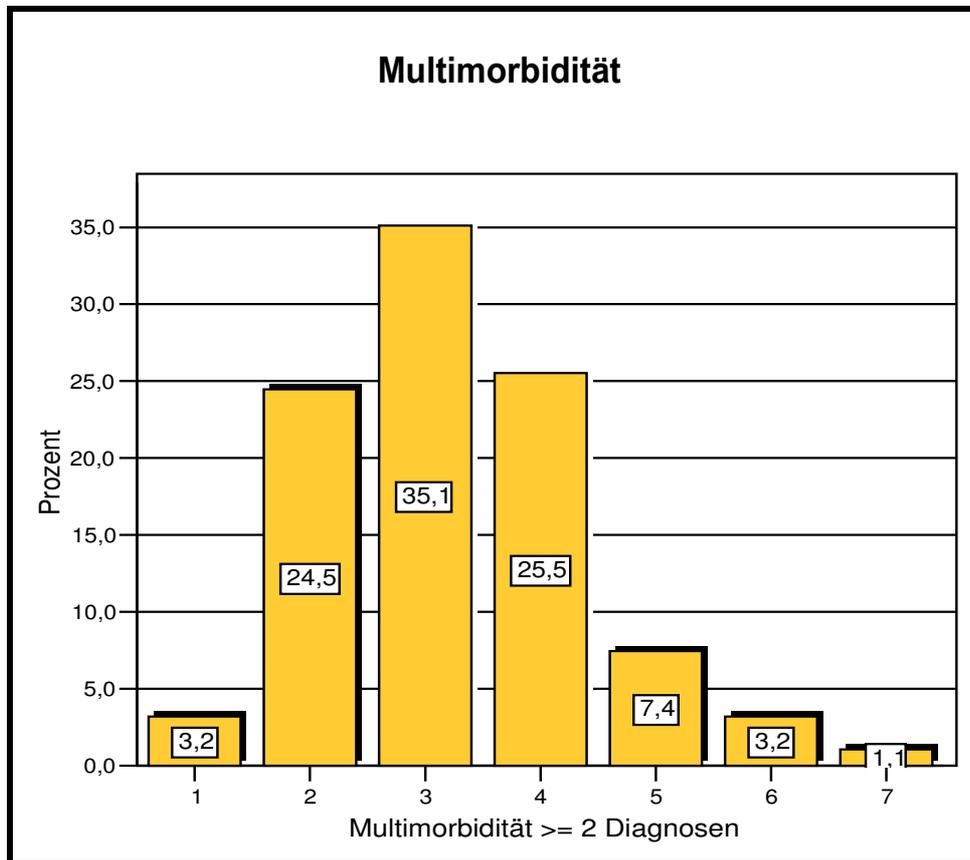
3.1.9. Physische und psychische Einschränkungen/ Multimorbidität

In der Gesamtstichprobe lassen sich bezüglich allgemeiner Erkrankungen Schätzungen hinsichtlich der Multimorbidität aus der Häufigkeit der stationären Aufenthalte im Krankenhaus grob ableiten. 85,1% der Gesamtstichprobe wurde mindestens einmal in den letzten drei Jahren in einem Krankenhaus stationär behandelt. Eine genauere Einschätzung der Multimorbidität ergibt sich bei der untersuchten Stichprobe aus der Auswertung der Patientenakten bezüglich der vorhandenen Diagnosen. Dies erfolgte über die Aufzählung der Diagnosenanzahl bei den

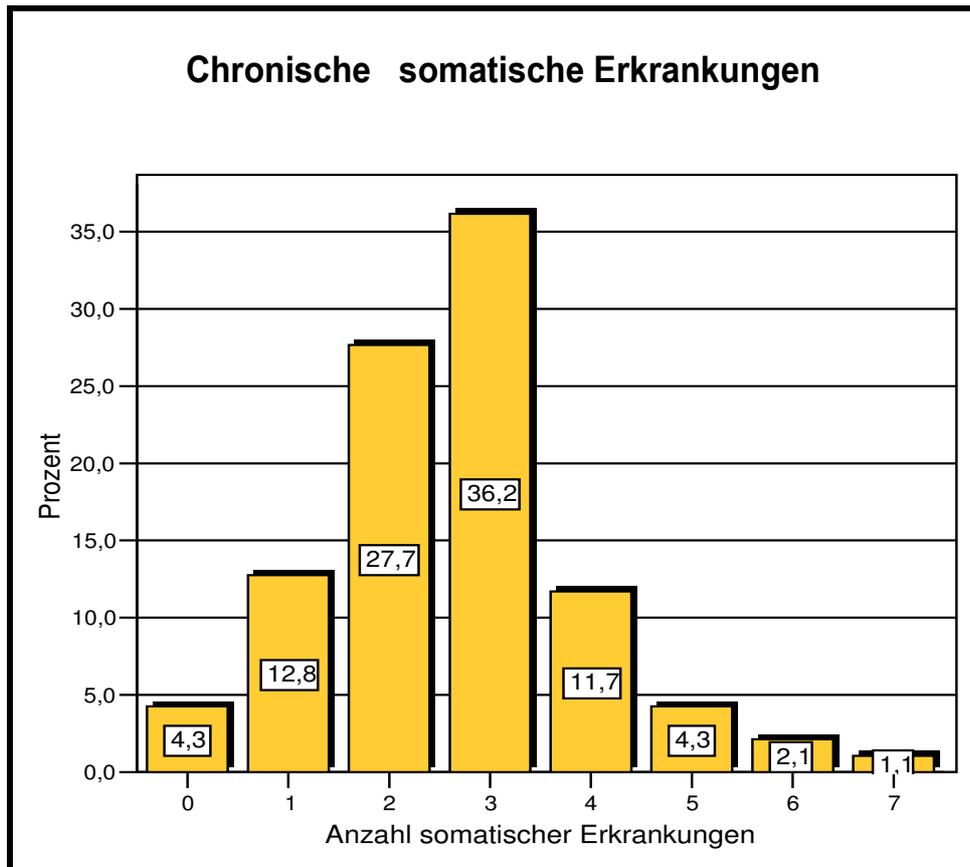
Probanden. Definitionsgemäß liegt bei mehr als zwei Diagnosen eine Multimorbidität vor. Somit sind 96,8% der Gesamtstichprobe multimorbide.

Die Multimorbidität in Prozent ist nachfolgend graphisch dargestellt.

Schaubild: Multimorbidität in Prozent



Durchschnittlich kamen drei Diagnosen pro Patient vor. Bei 37,2% lagen vier oder mehr Diagnosen vor. Die Morbidität bezüglich somatischer Erkrankungen (KHK, Diabetes, Niereninsuffizienz, Arthrose, Osteoporose, obstruktive Lungenerkrankungen, Apoplex, Parkinson, siehe Tabelle 1 im Anhang) betrug im Durchschnitt 2,65 Erkrankungen. 56,3% der Probanden hatten drei bis sieben gleichzeitig auftretende somatische Erkrankungen, wie nachfolgender Graphik zu entnehmen ist.

Schaubild: Chronische somatische Erkrankungen, Häufigkeit in Prozent

Ein Indikator für das Vorhandensein von psychischen Erkrankungen ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus während des Heimaufenthaltes. 25,5% der Gesamtstichprobe wurden mindestens einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus stationär therapiert (Siehe Schaubild: Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus, gesamt: Seite 62). Unterschieden wird zwischen demenziellen Erkrankungen und funktionellen psychischen Störungen. Die prozentuale Häufigkeit der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus deckt sich genau mit der prozentuellen Häufigkeit der erhobenen Diagnosen bezüglich funktioneller psychischer Störungen¹, welche auch bei 25,5% der Probanden vorkamen. (Siehe Graphik 1 im Anhang).

Demenzielle Störungen und hirnorganische Psychosyndrome kamen bei 29,8% der Heimbewohner vor.

¹ Funktionelle psychische Störungen sind hier paranoid halluzinatorische Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie.

3.1.10. Bedürfnisse im CANE

Wie aus folgender Tabelle zu ersehen ist, waren die fünf häufigsten Items, für welche laut Pflegepersonal in der Gesamtheimstichprobe noch unerfüllte Bedürfnisse bestanden: Alltagsaktivitäten (39,4%), Soziale Kontakte (24,5%), Psychotische Symptome (20,2%), Partnerbeziehungen (17%) und Medikamente (16%).

Tabelle D: Met und unmet needs. Angaben des Pflegepersonals (n=94). Ohne Item 25 und 26, die betreuende Person betreffend

CANE-Item	No needs		Met needs		Unmet needs		Weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wohnverhältnisse	0	0%	94	100%	0	0%	0	0%
Führen des Haushalts	0	0%	93	98,9%	1	1,1%	0	0%
Ernährung	0	0%	91	96,8%	3	3,2%	0	0%
Körperpflege	0	0%	94	100%	0	0%	0	0%
Versorgung von Angehörigen	0	0%	94	100%	0	0%	0	0%
Alltagsaktivitäten	1	1,1%	56	59,6%	37	39,4%	0	0%
Gedächtnis/Erinnerungsverm.	19	20,2	71	75,5%	4	4,3%	0	0%
Seh- und Hörvermögen	36	38,3%	52	55,3%	6	6,4%	0	0%
Mobilität	16	17,0%	70	74,5%	8	8,5%	0	0%
Kontinenz	15	16,0%	77	81,9%	2	2,1%	0	0%
Körperliche Gesundheit	3	3,2%	86	91,5%	5	5,3%	0	0%
Medikamente	1	1,1%	78	83,0%	15	16,0%	0	0%
Psychotische Symptome	35	37,2%	40	42,6%	19	20,2%	0	0%
Psychischer Stress	22	23,4%	52	55,3%	10	10,6%	10	10,6%
Inform. zum Gesundheitszust.	61	64,9%	33	35,1%	0	0%	0	0%
Eigengefährdung	92	98,8%	2	2,1%	0	0%	0	0%
Unbeabsicht. Selbstschädig.	51	54,3%	40	42,6%	3	3,2%	0	0%
Missbrauch/Vernachlässigung	93	98,9%	0	0%	0	0%	1	1,1%
Verhalten	50	53,2%	36	38,3%	8	8,5%	0	0%
Alkohol	92	97,9%	2	2,1%	0	0%	0	0%
Soziale Kontakte	1	1,1%	69	73,4%	23	24,5%	1	1,1%
Partnerbeziehungen	31	33,0%	47	50,0%	16	17,0%	0	0%

Finanzielle Situation	2	2,1%	92	97,9%	0	0%	0	0%
Finanzielle Unterstützung	65	69,1%	28	29,8%	0	0%	1	1,1%
Total Needs	686		1397		160		13	
	(7,28)		(14,86)		(1,70)		(0,14)	

Die Heimbewohner selbst gaben, wie folgende Tabelle zeigt, weniger unerfüllte Bedürfnisse an. Soziale Kontakte, Partnerbeziehungen, Alltagsaktivitäten, Seh- und Hörvermögen sowie psychischer Stress waren die hier am häufigsten genannten Items. Die letzten zwei Items, welche die betreuende Person, z. B. einen Angehörigen betreffen, wurden nicht berücksichtigt, da für die Gruppe der Pflegeheimbewohner anzunehmen war, dass wenig betreuende Personen existierten.

Tabelle E: Met und unmet needs. Angaben der Heimbewohner (n=80, 14 fehlend). Ohne Item 25 und 26, die betreuende Person betreffend.

CANE-Item	No needs		Met needs		Unmet needs		Weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wohnverhältnisse	3	3,2%	75	79,8%	1	1,1%	1	1,1%
Führen des Haushalts	1	1,1%	77	81,9%	1	1,1%	1	1,1%
Ernährung	1	1,1%	79	84,0%	0	0%	0	0%
Körperpflege	5	5,3%	75	79,8%	0	0%	0	0%
Versorgung von Angehörigen	80	85,1%	0	0%	0	0%	0	0%
Alltagsaktivitäten	3	3,2%	66	70,2%	7	7,4%	4	4,3%
Gedächtnis/Erinnerungsverm.	41	43,6%	38	40,4%	0	0%	1	1,1%
Seh- und Hörvermögen	33	35,1%	43	45,7%	4	4,3%	0	0%
Mobilität	19	20,2%	61	64,9%	0	0%	0	0%
Kontinenz	25	26,6%	55	58,5%	0	0%	0	0%
Körperliche Gesundheit	7	7,4%	71	75,5%	1	1,1%	1	1,1%
Medikamente	4	4,3%	74	78,7%	0	0%	2	2,1%
Psychotische Symptome	68	72,3%	5	5,3%	1	1,1%	6	6,4%
Psychischer Stress	41	43,6%	32	34,0%	4	4,3%	3	3,2%
Inform. zum Gesundheitszust.	48	51,1%	25	26,6%	0	0%	7	7,4%
Eigengefährdung	76	80,9%	4	4,3%	0	0%	0	0%
Unbeabsicht. Selbstschädig.	58	61,7%	20	21,3%	0	0%	2	2,1%
Missbrauch/Vernachlässigung	76	80,9%	2	2,1%	0	0%	2	2,1%

Verhalten	69	73,4%	4	4,3%	0	0%	7	7,4%
Alkohol	79	84,0%	1	1,1%	0	0%	0	0%
Soziale Kontakte	12	12,8%	57	60,6%	10	10,6%	1	1,1%
Partnerbeziehungen	52	55,3%	15	16,0%	9	9,6%	4	4,3%
Finanzielle Situation	8	8,5%	68	72,3%	1	1,1%	3	3,2%
Finanzielle Unterstützung	60	63,8%	14	14,9%	0	0%	6	6,4%
Total Needs	869		961		39		51	
	(10,86)		(12,01)		(0,49)		(0,64)	

Vom Pflegepersonal wurden im Schnitt 14,86 erfüllte und 1,70 unerfüllte Bedürfnisse identifiziert. Die Heimbewohner gaben im Schnitt 12,01 erfüllte und 0,49 unerfüllte Bedürfnisse an. Die Summe der insgesamt vom Personal angegebenen Bedürfnisse lag mit 4,06 Bedürfnissen mehr deutlich höher als die von den Bewohnern selbst angegebenen (16,56 versus 12,5).

3.1.11. Deskriptive Kennwerte der zur CANE Validierung eingesetzten Instrumente

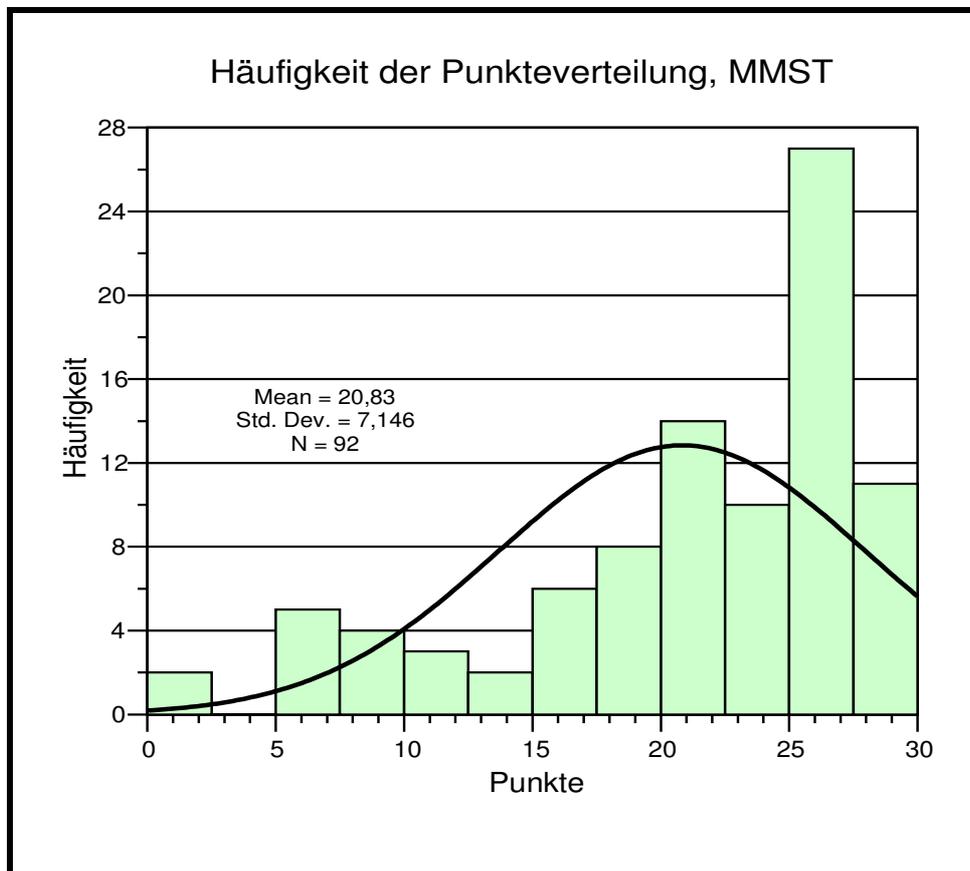
Die bereits im Kapitel „Material und Methoden“ vorgestellten standardisierten Skalen Mini Mental Status Test (MMST), Barthel-Index (BI), SF-36 und Global Deterioration Scale (GDS), welche in dieser Arbeit zur psychometrischen Überprüfung der deutschen CANE Version herangezogen werden, sollen nun für die erhobene Stichprobe kurz deskriptiv dargestellt werden.

Im Mini Mental Status Test (MMST), eingesetzt zum Screening kognitiver Fähigkeiten, erreichten die Probanden einen Durchschnittswert von 20,83 Punkten. Ein Proband erzielte einen Wert von 0 und 5 Probanden einen Maximalwert von 29 Punkten. Je höher die Punktzahl im MMST, desto niedriger die Einschränkung im kognitiven Bereich.

Ausgehend von den angegebenen Punktebereichen der Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST 1997), gewählt zur Beurteilung einer kognitiven Beeinträchtigung, ergibt sich folgende Verteilung: 41,3% der Stichprobe erreichten einen Wert zwischen 25 und 29 Punkten, so dass konform AGAST keine kognitive Beeinträchtigung anzunehmen ist; 34,8% der Heimbewohner kamen im MMST auf eine Punktezahl zwischen 24 und 18 Punkten, ein Bereich, für welchen eine leichte kognitive Einschränkung vermutet werden kann. Bei 23,9 % der erhobenen Stichprobe mit einer Punktezahl von 17 bis 0 sind schwerste kognitive Einschränkungen wahrscheinlich. Somit weisen über die Hälfte der Probanden, genauer 58,7%, Gedächtnisstörungen auf.

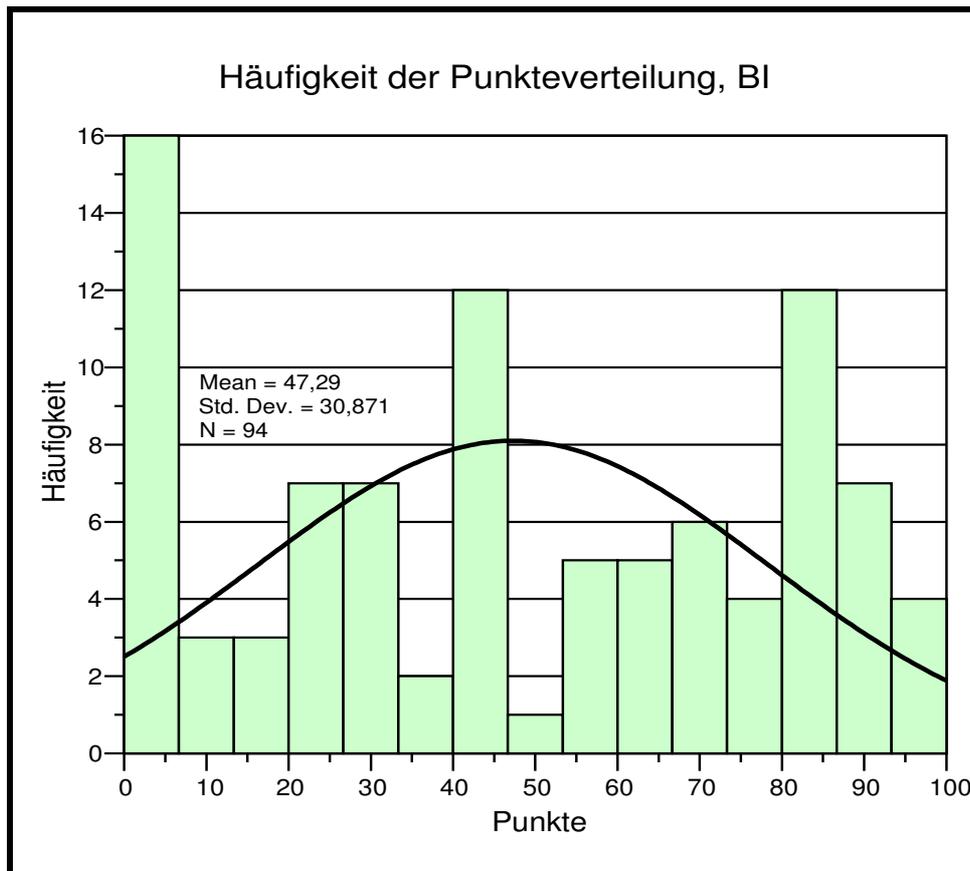
Die Häufigkeit der Punkteverteilung im MMST ist dem folgenden Histogramm zu entnehmen.

Schaubild: Mini Mental Status Test, Häufigkeit der Punkteverteilung



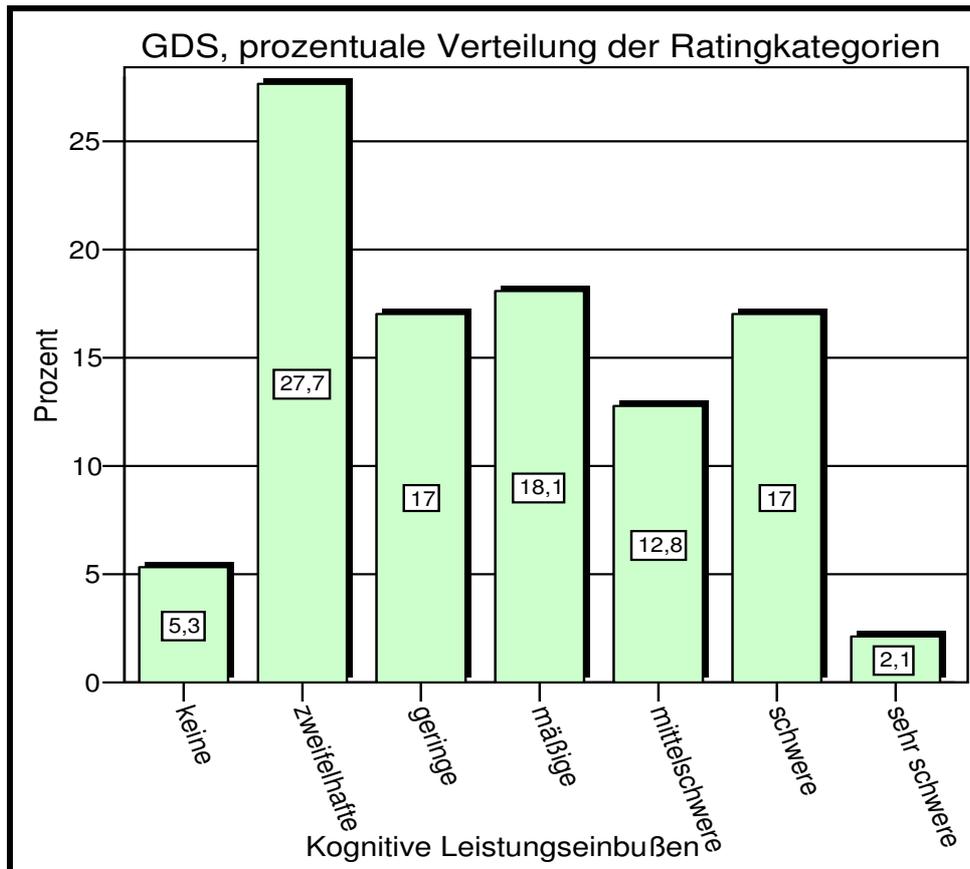
Im ordinal skalierten Barthel Index, entwickelt zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen, erreichte die Gesamtstichprobe einen Mittelwert von 47,29 Punkten. Der Maximalwert lag bei 95 Punkten. Über die Hälfte der Probanden (53,2%) erzielten 0 bis 45 Punkte, d.h. weniger als die Hälfte der maximalen Punktzahl. Ausgehend von diesen Kennwerten und von der Tatsache, dass nur 16% der Stichprobe einen Wert von über 80 Punkten erreichte, ist anzunehmen, dass grundlegende Alltagsfunktionen in dieser Stichprobe eingeschränkt sind.

Die Häufigkeitsverteilung der erreichten Punktezahl im Barthel Index ist im folgenden Histogramm abgebildet.

Schaubild: Barthel Index, Häufigkeit der Punkteverteilung

Die Auswertung der Global Deterioration Scale, einer Ratingskala zur Schweregradbestimmung von Demenzen ergibt folgende Verteilung bezüglich der kognitiven Funktionsbeeinträchtigung der Stichprobe: 50 Prozent der Stichprobe zeigen in der GDS keine bis geringe kognitive Leistungseinbußen (Ratingkategorie 1-3); 30,9% der Stichprobe weisen mäßige bis mittelschwere kognitive Leistungseinbußen auf (Ratingkategorie 3-5), die restlichen 19,1 % weisen schwere bis sehr schwere kognitive Leistungseinbußen auf (Ratingkategorie 6 und 7).

Die Gesamtverteilung der GDS Kategorien in Prozenten wird in der folgenden Abbildung dargestellt.

Schaubild: Global Deterioration Scale, prozentuale Verteilung der Ratingkategorien

Wenden wir uns nun dem SF-36 Fragebogen zu, entwickelt zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder subjektiven Gesundheit.

Betrachtet man die Ergebnisse der erhobenen Stichprobe und vergleicht diese mit den Normdaten einer für Deutschland erhobenen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, speziell für die Altersgruppe der über 70-Jährigen (für die deutsche Normstichprobe siehe Bullinger, Kirchberger 1998), stellt man fest, dass die Mittelwerte für sieben Dimensionen der subjektiven Gesundheit zum Teil erheblich niedriger ausfallen. Dies gilt für die Heimstichprobe, vor allem für die Dimensionen Körperliche Funktionsfähigkeit und Vitalität, sowie emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Alleine für die Skala Körperliche Schmerzen liegt der Mittelwert der untersuchten Heimstichprobe geringfügig (2,49 Punkte) höher. Somit ist die subjektiv empfundene Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die erhobene Heimstichprobe insgesamt deutlich ausgeprägter als bei der Altersgruppe der über 70-Jährigen der Normpopulation.

Tabelle F: Vergleich deutsche Normstichprobe, Altersgruppe über 70 Jahre versus Heimstichprobe

Deutsche Normstichprobe, Altersgruppe über 70 Jahren	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	SOFU	EMRO	PSYC
Mittelwert	58,59	62,16	64,20	55,30	53,91	83,94	83,04	71,41
Standardabw.	27,44	40,80	28,13	20,96	21,39	21,27	33,72	17,21
Min./Max.	0/100	0/100	0/100	0/100	0/100	0/100	0/100	12/100
Heimstichprobe	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	SOFU	EMRO	PSYC
Mittelwert	14,44	42,90	66,69	51,09	39,14	73,77	60,49	58,32
Standardabw.	22,90	44,59	30,93	19,66	22,70	24,09	45,37	21,34
Min./Max.	0/85	0/100	10/100	10/87	0/100	12,5/100	0/100	4/96

3.2. Itemanalyse der CANE Übersetzung getrennt für Patienten und Personalurteile

Die 26 Items der CANE Übersetzung wurden nach den Kriterien der klassischen Testtheorie (Fisseni 1990) analysiert. Diese Analyse wurde einerseits durchgeführt, weil es sich um eine Erstanwendung im deutschen Sprachraum handelt, und andererseits aufgrund des unterschiedlichen Patientengutes (ambulante Patienten in den Stichproben der englischen Untersuchung zu CANE, stationär untergebrachte Patienten in der erhobenen deutschen Stichprobe).

Das Ziel der Analyse war, geeignete Items für die unter anderen Umständen als die Eichstichprobe untergebrachten deutschen Patienten zu identifizieren. Die Analyse orientierte sich an der üblichen Vorgehensweise bezüglich der Itemselektion, nämlich anhand der Itemcharakteristiken Schwierigkeit und Trennschärfe. Zusätzlich wurden bei der Skalenbildung die Skalenkonsistenz nach Kuder-Richardson (siehe Fisseni 1990) und die Skalendimensionalität mittels Faktorenanalyse überprüft.

3.2.1. Itemselektion nach Schwierigkeit und Trennschärfe

Das Selektionskriterium *Schwierigkeit* (Mittelwert eines Items) bedeutet das Verhältnis zwischen den Probanden (Pb.), die das Item richtig beantwortet haben bzw. Bedürfnisse (needs) angegeben haben, und der Anzahl der Probanden, die das Item überhaupt beantwortet haben.

Bei der Betrachtung der Itemschwierigkeit gilt als Orientierung nach Fisseni das Intervall zwischen 0,8 und 0,2. Das heißt, dass 80% bzw. 20% der Probanden in diesem Falle ein Bedürfnis angegeben haben und somit das jeweilige Item eine gewisse Information bezüglich der Fragestellung liefert.

Die Verteilungen der Itemantworten für Patienten und Personal (Anhang, Tabelle 4) zeigten, dass wenige nicht erfüllte Bedürfnisse (unmet needs) von beiden Gruppen angegeben wurden. Dies zeigt sich auch in den Schwierigkeitskoeffizienten, die nur für unmet needs berechnet wurden (Anhang, Tabelle 5). Inhaltlich ist anzunehmen, dass die im Altenpflegeheim untergebrachte untersuchte Population aufgrund der umfassenden Versorgung im Pflegeheim relativ wenig unerfüllte Bedürfnisse äußert. Dies gilt auch für die Angaben des Personals. Aus diesem Grund wurden met needs und unmet needs zusammengefasst.

Die *Trennschärfe (Korrelation des Items zum Skalenwert)* eines Items gibt an, inwiefern ein Item zwischen Probanden, die ein Bedürfnis angeben, und Probanden, die keine Bedürfnisse angeben, differenzieren kann. Es spiegelt den Zusammenhang zwischen Gesamtscore und Itemscore bzw. Gesamtzahl der Bedürfnisse und dem Vorliegen eines Bedürfnisses wider. Da es sich um dichotome Items handelt, wurde für diesen Zusammenhang der biserielle Korrelationskoeffizient verwendet. Zusätzlich wurde die Trennschärfe korrigiert, indem vom Testscore der Itemscore abgezogen wurde. Somit konnte der Zusammenhang zwischen Testscore und Itemscore nicht künstlich erhöht werden. Generell gilt ein Trennschärfekoeffizient von 0,30 (Fisseni 1990) als befriedigend.

Die Itemcharakteristiken für den Gesamttest sind in der Tabelle 6 des Anhangs dargestellt. Bei der Itemauswahl wurden sowohl Schwierigkeit, als auch Trennschärfe berücksichtigt, wobei die Trennschärfe das Hauptselektionskriterium war. Die ausgewählten Items sind mit den Itemcharakteristiken in der Tabelle G dargestellt.

Tabelle G: Selektierte Items anhand von Schwierigkeit (p) und Trennschärfe (r_{pbis})

Itemnr.	ITEM	Pat. p	Pat. r_{pbis}	Pers. p	Pers. r_{pbis}
4	Körperpflege	0,94	0,48		
6	Tägliche Aktivitäten	0,96	0,32		
7	Gedächtnis/ Erinnerungsvermögen	0,48	0,41	0,80	0,32
8	Seh- und Hörvermögen	0,59	0,30		
9	Mobilität	0,76	0,57		
10	Kontinenz	0,69	0,53		
11	Körperliche Gesundheit	0,91	0,39		
13	Psychotische Symptome			0,63	0,44
14	Psychischer Stress			0,74	0,32
17	Unbeabsicht. Selbstschädigung			0,46	0,42
19	Verhalten gegenüber anderen			0,47	0,47
Cronbach Alpha		0,69		0,64	
N		74		84	

Nach der Itemselektion stellte sich heraus, dass Patienten und Personal unterschiedliche Bereiche mit brauchbaren Items liefern. Das einzige gemeinsame Item bezieht sich auf die Selbst- und Fremangaben bezüglich des Gedächtnisses.

Items die ausreichend Itemcharakteristiken für die Probandenurteile aufweisen, decken folgende Bereiche ab: Körperpflege, tägliche Aktivitäten, Gedächtnis, Seh-/Hörvermögen, Mobilität, Kontinenz und körperliche Gesundheit. Das Personal liefert differenzierte Aussagen für die Items Gedächtnis und Unbeabsichtigte Selbstschädigung einerseits. Andererseits schätzt das Personal befriedigend die Items Psychotische Syndrome, Psychischer Stress und Verhalten gegenüber anderen ein.

3.2.2. Konsistenz und Homogenität der CANE Skalen

Für die zwei Skalen wurden zusätzlich die Konsistenz und Homogenität berechnet.

Mit **Konsistenz** ist das Ausmaß, mit dem vom selben Probanden alle Items in gleicher Weise beantwortet wurden, gemeint. Die Konsistenzkoeffizienten für dichotome Items, Cronbach Alfa

(Cronbach 1951), liegen zwischen 0,69 (CANE-Patienten) und 0,64 (CANE-Personal) und können als akzeptabel angenommen werden. Die Einteilung der Cronbach Alpha Werte erfolgt in der Regel wie folgt: $0,90 \geq \alpha \geq 0,70$ = optimal, $0,69 \geq \alpha \geq 0,50$ = akzeptabel, $\alpha < 0,50$ = ungenügend.

Homogenität bedeutet im engeren Sinne, dass alle Items einer Skala dieselbe Eigenschaftskategorie bzw. eine Eigenschaft messen. Die Homogenität eines Tests oder einer Skala kann entweder als Interkorrelation der Skalenitems erfasst werden oder im Sinne der Faktorenanalyse, wenn alle Skalenitems gemeinsam und vergleichsweise hoch auf einen Faktor laden.

Im Folgenden wurde zum einem getrennt für Personal- und Patientenurteile die Homogenität als Iteminterkorrelation ermittelt. Zum anderen wurde mittels einer Faktorenanalyse die Dimensionalität der CANE-Skalen überprüft, das heißt, die Personal- und Patientenurteile wurden gemeinsam in der Faktorenanalyse berücksichtigt und es wurde überprüft, ob sie getrennten Dimensionen, bzw. Faktoren zuzuordnen sind.

3.2.3. Homogenität im Sinne der Iteminterkorrelation

Zur Bestimmung der Homogenität eines Items (Homogenitätsindex) bzw. der Zugehörigkeit eines Bedürfnisses zu einer Bedürfniskategorie (Skala) werden Korrelationen des Items mit allen anderen Items gemittelt. Für die Kategorie bzw. Skala wird die Homogenität als Mittelwert der Itemhomogenitätsindices berechnet. Allgemein empfiehlt es sich, die Iteminterkorrelationen in Fischer's Z-Werte zu überführen und dann die gemittelten Korrelationskoeffizienten für Items und Skalen zu berechnen. Die gemittelten Fischer's Z-Werte werden danach in Korrelationskoeffizienten umgewandelt.

In den Tabellen H und I sind die Iteminterkorrelationen transformiert nach Fischer's Z, und die Items- sowie Skalenhomogenitätsindices getrennt für Patienten- und Personalurteilen dargestellt. Die Skalenhomogenitätsindices betragen für die Patientenurteilen 0,28 und für die Personalurteile 0,25.

Tabelle H: Gemittelte nach Fischer's Z transformierte Iteminterkorrelationen für die Patientenurteile mit rücktransformierten Homogenitätsindex r

ITEMS	Körper- pflege	Tägl. Aktivit.	Gedäch- nis	Mobilität	Sehen Hören	Kontinenz	Körperl. Ges.	Homo- genität
Körperpfl.	1,00	0,26	0,25	0,31	0,49	0,40	0,28	0,33
Tägliche Aktivitäten		1,00	0,16	0,10	0,20	0,16	0,21	0,18
Gedächtnis			1,00	0,14	0,31	0,46	0,27	0,27
Seh-/Hör- vermögen				1,00	0,31	0,14	0,10	0,18
Mobilität					1,00	0,47	0,35	0,36
Kontinenz						1,00	0,38	0,34
Körperl. Ges.							1,00	0,27
0,28								
Homogenität gesamt (rücktransformierter r = 0,28)								

Tabelle I: Gemittelte nach Fischer's Z transformierte Iteminterkorrelationen für die Personalurteile mit rücktransformierten Homogenitätsindex r

ITEMS	Gedäch- nis	Psychotische Symptome	Psychischer Stress	Unbeabsicht. Selbstschädig.	Verhalten gegenüber anderen	Homo- genität
Gedächtnis	1,00	0,27	0,13	0,31	0,15	0,22
Psychotische Symptome		1,00	0,20	0,13	0,48	0,24
Psychischer Stress			1,00	0,28	0,25	0,24
Unbeabsicht. Selbstschädig.				1,00	0,29	0,25
Verhalten gegen. anderen					1,00	0,29
0,25						
Homogenität gesamt (rücktransformierter r = 0,25)						

Angesichts der Streubreite der Schwierigkeitskoeffizienten, der niedrigen Schwierigkeitsindices (Korrelation zwischen Testscore und Itemscore) und der heterogenen Iteminhalte, zumindest bei der Patientenskala, können die Skalenhomogenitätsindices als befriedigend angesehen werden. Das heißt, die Items der zwei Skalen können in einem mittleren Maß als homogene Bedürfniskategorien betrachtet werden.

3.2.4. Homogenitätsprüfung mittels Faktorenanalyse

Um zu überprüfen, ob die zwei Skalen Bedürfniskategorien im Sinne von Dimensionalität repräsentieren, bzw. ob die von Patienten und Personal angegebenen Bedürfnisse unterschiedliche in sich konsistente Dimensionen darstellen, wurde mit allen ausgewählten Items eine Faktorenanalyse durchgeführt. Die Faktorenanalyse ist ein multivariates Analyseverfahren, das anhand von Korrelationen synthetische Variablen generiert, mit dem Zweck, Items- oder Personengruppen auf wenige Dimensionen zu reduzieren. In diesem Fall dient die Faktorenanalyse eher der Beantwortung der Frage, die vorhin gestellt wurde: Repräsentieren die Items, die für die zwei Gruppen mittels Itemcharakteristiken ausgewählt wurden, unterschiedliche Dimensionen, so dass Patienten- und Personalitems jeweils eine Dimension bilden?

Bei einer Faktorenanalyse geht es darum, die Interkorrelationsmatrix der Variablen, sprich Items, annähernd durch synthetische Variablen (Faktoren) zu reproduzieren. Dabei müssen drei Aspekte berücksichtigt werden:

- **Methode**, d. h. Varianzauffassung,
- **Rotation der Achsen**, die Variablen repräsentieren sollen,
- **Kriterien zur Auswahl** der relevanten Faktoren.

Um diese Technik darzustellen, werden folgende Begriffe verwendet:

- **Faktorladung**, diese umschreibt die Korrelation zw. einer Variablen und dem Faktor,
- **Kommunalität**, diese gibt den Anteil der Varianz einer Variablen wieder, der durch alle relevanten Faktoren erklärt wird,
- **Eigenwert**, dieser gibt den Anteil der Variablenvarianz wieder, der durch einen Faktor aufgeklärt wird.

Bei der Durchführung der Faktorenanalyse wurde die Methode Hauptkomponentenanalyse ausgewählt. Bei dieser Methode wird angenommen, dass die Gesamtvarianz der berücksichtigten Eingangsvariablen (Items) durch die extrahierten Faktoren erklärt werden kann. Der durch die Faktoren nicht erklärte Anteil der Variablenvarianz wird also bewusst in Kauf genommen und nicht als Fehlervarianz deklariert.

Als Rotationstechnik wurde die Varimax Rotation ausgewählt. Damit wird das Kriterium der Einfachstruktur nach Thurstone (Bortz 1999) erfüllt, d. h. zum einen laden auf einen Faktor einige Variablen möglichst hoch, während andere möglichst niedrig laden. Zum anderen laden auf verschiedenen Faktoren unterschiedliche Variablen hoch. Zusammenfassend kann die

Varimax Rotation wie folgt beschrieben werden: Die Faktoren werden so rotiert, dass pro Faktor die Varianz der quadrierten Variablenladungen maximiert wird. Als Bedingung gilt, dass die Unabhängigkeit der extrahierten Faktoren beibehalten wird. Diese Rotationstechnik deckt sich mit dem Ziel der Analyse, zu beweisen, dass Patienten- und Personalitems unterschiedliche, voneinander unabhängige Bedürfnisbereiche abdecken.

Als Auswahlkriterium gelten der Scree-Test und das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium. Im Scree-Test werden die Faktoren in Form eines Diagramms dargestellt, auf der Ordinate werden die Beträge der Faktoren (Eigenwerte) aufgetragen und auf der Abszisse sind die Faktoren ihrer Größe nach geordnet dargestellt. Es entsteht eine Kurve, die (ab einer bestimmten Anzahl extrahierter Faktoren) wie folgt aussieht: Beginnend mit dem kleinsten Eigenwert ist die Zunahme der Höhe der Eigenwerte relativ gering und konstant. Der erste Eigenwert, der aus dieser Kontinuität herausfällt, bewirkt einen Knick (Scree) in der Eigenwertverlaufskurve. Der erste Faktor, dessen Eigenwert diesen Knick bewirkt, sowie die Faktoren mit noch höheren Eigenwerten gelten als bedeutsam. Laut Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium sind diejenigen Faktoren wichtig, deren Eigenwert größer als 1 ist, d.h. sie erklären mehr als die Varianz einer einzigen Variablen. Bei der Faktorenanalyse wurden in diesem Fall die Faktoren, die deutlich mehr als eine Variable aufklären und über dem Screeknick liegen, berücksichtigt.

Insgesamt wurden in der Analyse 69 Versuchspersonen, die keine Missingswerte in den Patienten und Personalitems hatten, berücksichtigt. Die folgende Tabelle gibt die deskriptiven Daten der analysierten Items wieder.

Tabelle J: Werte der selektierten Items

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Körperpflege	,94	,235	69
Alltagsaktivitäten	,97	,169	69
Gedächtnis Pat.	,46	,502	69
Sehen und Hören	,58	,497	69
Mobilität	,75	,434	69
Kontinenz	,68	,469	69
Physische Gesundheit	,94	,235	69
Gedächtnis Pers.	,72	,450	69
Psychotische Syndrome	,57	,499	69
Psychischer Stress	,71	,457	69

Unbeabsichtigte Gefährdung	,41	,495	69
Verhaltensstörungen	,38	,488	69

Es wurden mehrere mögliche Faktorenlösungen in Erwägung gezogen, in diesem Fall haben wir uns für die 2-Faktoren-Lösung entschieden, da bei dieser Lösung die Eigenwerte größer als 1,5 sind und damit überprüft werden kann, ob es sich tatsächlich bei den zwei Skalen um unterschiedliche Bedürfnisbereiche handelt. Ein möglicher Nachteil dieser Entscheidung ist, dass die Kommunalitäten einiger Variablen geringer als bei der 3-Faktoren-Lösung ausfallen. In der folgenden Tabelle werden die Kommunalitäten dargestellt.

Tabelle K: Kommunalitäten

ITEM	Anfänglich	Extraktion
Körperpflege	1,000	,468
Alltagsaktivitäten	1,000	,219
Gedächtnis Pat.	1,000	,389
Sehen und Hören	1,000	,224
Mobilität	1,000	,556
Kontinenz	1,000	,541
Physische Gesundheit	1,000	,290
Gedächtnis Pers.	1,000	,280
Psychotische Syndrome	1,000	,566
Psychischer Stress	1,000	,389
Unbeabs. Gefährdung	1,000	,406
Verhaltensstörungen	1,000	,464

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

Der Unterschied zwischen der 2- und 3-Faktoren-Lösung liegt in der getrennten Erfassung der Personalitems über zwei unterschiedliche Faktoren. Da aber inhaltlich in unserer Fragestellung nicht so relevant war, inwiefern innerhalb der Personalitems unterschiedliche Dimensionen bestehen, wurde die 2-Faktoren-Lösung vorgezogen. Mittels der 2-Faktoren-Lösung wurden insgesamt 40% der Itemvarianz aufgeklärt. Der erste Faktor erklärte 23,5% und der zweite 16,5% der Gesamtvarianz. In den folgenden Darstellungen werden der Screeplot, die rotierte Faktorenlösung und die 2-Faktoren-Lösung graphisch sowie tabellarisch präsentiert.

Abbildung: Scree test

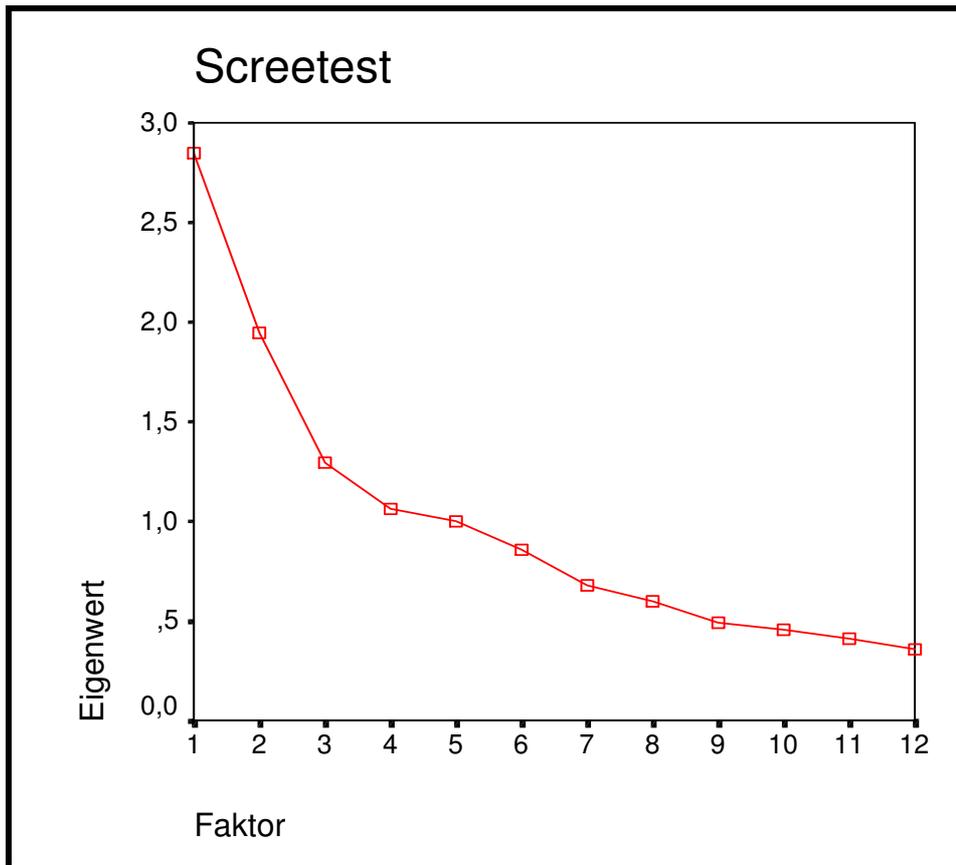
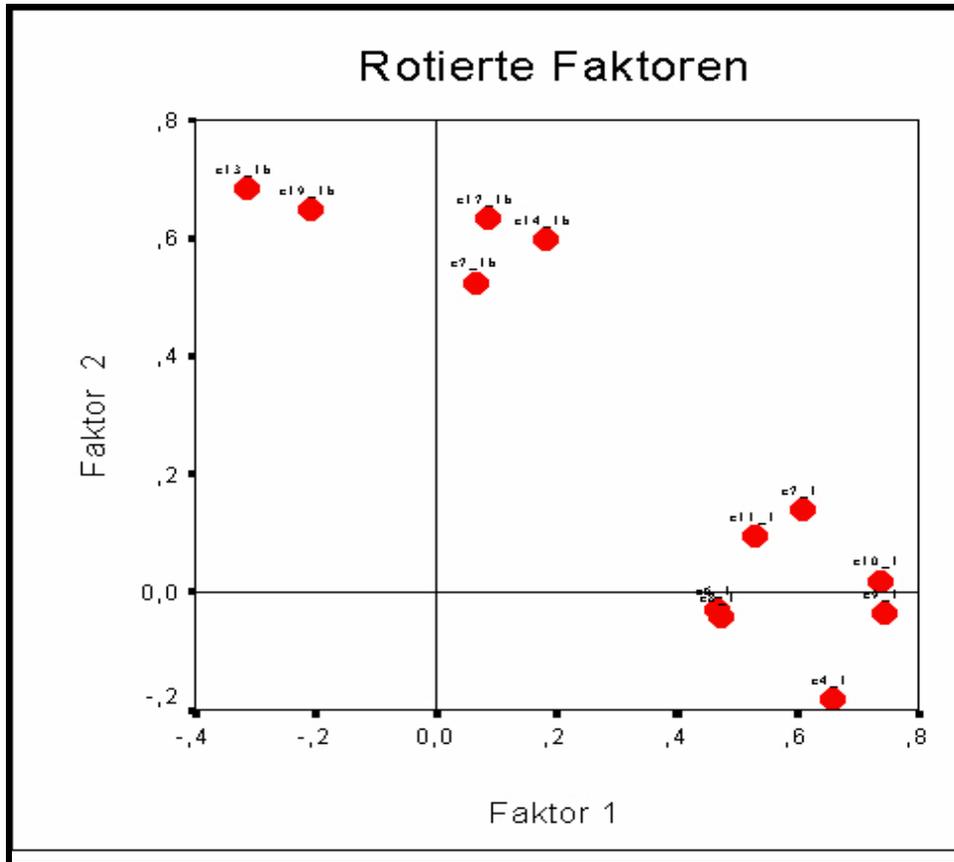


Tabelle L: Rotierte Faktoren mit Itemladungen

ITEM	Faktor	
	1	2
Körperpflege	,659	-,183
Alltagsaktivitäten	,467	-0,031
Gedächtnispat	,608	,138
Sehen und Hören	,471	-0,043
Mobilität	,745	-0,035
Kontinenz	,736	0,018
Physische Gesundheit	,530	0,093
Gedächtnis Pers.	0,066	,525
Psychotische Syndrome	-,315	,683
Psychischer Stress	,182	,596
Unbeabsicht. Gefährdung	0,084	,632
Verhaltensstörungen	-,209	,648

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Abbildung: Rotierte Faktorenlösung



Auf der Abbildung mit dem Scree-Test ist deutlich zu erkennen, dass die ersten zwei Faktoren den größten Anteil der Varianz erklären, und dass die Berücksichtigung einer 3-Faktoren-Lösung die Ergebnisse geringfügig ändern würde, in dem Sinne, dass zum einen die Personalitems auf zwei Faktoren erfasst werden, und zum anderen, dass geringfügige Ladungen der schon zum größten Teil erklärten Variablen hinzukommen würden (siehe Anhang Ladung 3-Faktoren-Lösung).

Die Faktorladungen in der 2-Faktoren-Lösung verdeutlichen, dass Patientenitems und Personalitems unabhängig voneinander repräsentierbar sind. Das heißt, Patientenitems korrelieren relativ hoch ($>0,30$) mit dem ersten Faktor und niedrig mit dem zweiten Faktor. Umgekehrte Beziehungen bestehen zwischen den Personalitems und den zwei Faktoren. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass Patienten- und Personalitems unterschiedliche Bedürfnisbereiche abdecken, die konsistent auf jeweils einer Dimension repräsentiert werden können.

3.2.5. Zusammenfassung der Itemanalyse

Unter Anwendung der Kriterien zur Itemselektion laut der klassischen Testtheorie, sprich Schwierigkeit und Trennschärfe, stellte sich heraus, dass 7 Patientenitems und 5 Personalitems ausreichend zwischen den Versuchspersonen dieser Stichprobe trennen können. Ein Item, das sowohl in der Patienten-, als auch in der Personalgruppe relevant war, bezieht sich auf die Einschätzung des Gedächtnisses. Ansonsten deckten die Personal- und Patientenitems zwei, inhaltlich gesehen, unterschiedliche Bedürfnisbereiche ab. Die Patientenitems beziehen sich auf den funktionellen Bedürfnisbereich (Kontinenz, Mobilität, Sehen, Hören, physische Gesundheit) und auf den alltäglichen Bedürfnisbereich (Körperpflege, Alltagsaktivitäten), während die Personalitems den psychischen Zustand und die unbeabsichtigte Gefährdung beinhalten.

Die Konsistenz- und Homogenitätindizes deuten auf mäßige Zusammenhänge zwischen den Items der jeweiligen Gruppen hin, was als ausreichend für die Homogenität der beiden Skalen gesehen werden kann. Um die Genauigkeit dieser Aussage zu überprüfen, wurde die oben dargestellte Faktorenanalyse durchgeführt. Aus den faktorenanalytischen Ergebnissen ist zu entnehmen, dass die durch Personal- und Patientenitems erfassten Bereiche tatsächlich als unabhängig voneinander und in sich konsistent zu sehen sind.

3.2.6. Validität der CANE Skalen unter Berücksichtigung anderer Testskalen.

Zur besonderen Rolle der Gedächtniseinschätzung durch Personal und Patienten

Die Einschätzungen des Gedächtnisses durch Patienten und Personal (Item7) wurden mittels Korrelationen (Kendall's Tau) untersucht. Es stellte sich heraus, dass die Angaben der zwei Gruppen nicht übereinstimmen. Kendall's Tau betrug 0,184 und war statistisch nicht signifikant ($p=0,10$).

Um Hinweise bezüglich der Validität der Gedächtniseinschätzungen durch die zwei Gruppen zu erhalten, wurden die zwei CANE Items mit den Ratings des Personals in der Global Deterioration Scale und mit den Patientenangaben in dem MMS korreliert. In der Tabelle M sind diese Zusammenhänge abgebildet.

Tabelle M: Zusammenhänge zwischen den Gedächtniseinschätzungen durch die zwei Gruppen und Global Deterioration Scale sowie MMS

CANE ITEMS	GDS		MMS	
	Kendall's Tau	p	Kendall's Tau	p
Gedächtnis Patienten	0,192	0,056	-0,138	0,149
Gedächtnis Personal	0,546	0,000	-0,484	0,000

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Zusammenhänge zwischen der Gedächtniseinschätzung durch die Patienten und den anderen Gedächtnismaßen (GDS, MMS) schwach ausgeprägt und nicht bedeutsam sind. Im Gegensatz dazu sind die Übereinstimmungen zwischen der Gedächtniseinschätzung des Personals und der GDS sowie MMS konsistent und überzufällig. Wenn im Gedächtnisitem Bedürfnisse (needs) vom Personal angegeben werden, dann sind die Leistungseinbußen der Patienten im kognitiven Bereich (GDS) um so schwerwiegender.

Bezüglich der Gedächtnisleistung im MMS gilt: Wenn im Gedächtnisitem needs vom Personal angegeben werden, dann sinkt die Gedächtnisleistung im MMS.

Fazit: Die Einschätzung der Patienten bezüglich ihrer Gedächtnisleistung deckt sich nicht mit der Personaleinschätzung und mit den Leistungen in MMS und GDS. Es ist anzunehmen, dass die Patienteneinschätzung bezüglich ihrer Gedächtnisleistung nicht genau ist.

Beim Personal hingegen ergeben sich durch die Zusammenhänge der Ratings mit den Leistungen in GDS und MMS valide Angaben bezüglich des Gedächtnisses.

3.2.7. Zur Validität der Patientenitems

Wie oben erwähnt, beziehen sich die ausgewählten Patientenitems auf die folgenden Bereiche: Gedächtnis, Körperpflege, Körperliche Gesundheit, Aktivitäten im Alltag sowie mehrere Funktionsbereiche (Sehen/Hören, Kontinenz, Mobilität). Die Validität dieses Bedürfnisbereiches wurde durch Korrelationen des Gesamtscores (Pat. needs) mit dem Barthel Index und Skalen aus SF-36 berechnet. In der Tabelle N sind diese Zusammenhänge dargestellt.

Tabelle N: Zusammenhänge zwischen CANE-Patienten Gesamt, Barthel-Index und Skalen aus SF-36.

SKALEN UND INDICES	CANE-Patienten Gesamtscore	
	R	P
Barthel-Index	-0,402	0,000
Skalen des SF-36		
Körperl. Funktionsfähigkeit	-0,559	0,000
Körperl. Rollenfunktion	-0,295	0,000
Allgemeine Gesundheit	-0,251	0,026
Vitalität	-0,257	0,022

Bezüglich des funktionell-alltäglichen Bedürfnisbereiches, der durch den Gesamtscore CANE-Patienten ausgedrückt wird, besteht Übereinstimmung mit dem Barthel Index. Das heißt, je mehr Bedürfnisse im CANE Patienten zum Ausdruck kommen, desto eingeschränkter sind die Alltagsaktivitäten, gemessen im Barthel Index. Ähnliche Zusammenhänge ergeben sich zwischen den CANE Patienten und den SF 36 Skalen bezüglich des funktionellen Zustandes und des Gesundheitszustandes, vor allem mit der Skala, die eher der CANE Skala entspricht, nämlich Körperliche Funktionsfähigkeit. Je mehr Bedürfnisse angegeben werden, um so niedriger wird die Lebensqualität wahrgenommen, insbesondere im Bereich körperliche Funktionsfähigkeit. Zusammenfassend kann die Validität der Patientenangaben in CANE bezüglich des körperlich-funktionellen Bedürfnisbereiches anhand der Übereinstimmung mit den Angaben aus BI und SF 36 als gegeben eingeschätzt werden.

3.2.8. Zur Validität des Personalitems im CANE

Die ausgewählten Personalitems beziehen sich auf folgende Bereiche: Gedächtnis, psychotische Symptome, psychischer Stress, unbeabsichtigte Selbstschädigung und Verhalten gegenüber anderen.

Zur Überprüfung der Personalangaben im CANE wurde der Gesamtscore bezüglich des psychischen Bereichs mit Skalen aus SF 36 und mit der Summe der zusätzlich erhobenen Fragen hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigung der Patienten korreliert.

Die zuletzt erwähnten Zusatzfragen beziehen sich auf Symptome psychischer Störungen wie Ängste, Wahn, Depression, etc. Insgesamt wurden durch die Zusatzskalen acht Symptome erfasst.

Die Zusammenhänge zwischen CANE Personal und den anderen Skalen sind in der Tabelle O dargestellt.

Tabelle O: Zusammenhänge zwischen CANE Personal Gesamtscore, Skalen aus SF-36 und Zusatzfragen

SKALEN UND INDICES	CANE-Personal Gesamtscore	
	r	p
Skalen des SF-36		
Soziale Funktionsfähigkeit	-0,414	0,000
Emotionale Rollenfunktion	-0,314	0,004
Psychisches Wohlbefinden	-0,289	0,009
Zusatzfragen	0,645	0,000

CANE Personal korreliert negativ mit SF-36 Skalen bezüglich der sozialen Funktionsfähigkeit, der emotionalen Rollenfunktion und des psychischen Wohlbefindens. Alle Korrelationskoeffizienten sind hoch signifikant.

Diese Zusammenhänge weisen darauf hin, dass die Lebensqualität durch die Patienten im psychosozialen und emotionalen Bereich desto negativer eingeschätzt wird, je mehr Bedürfnisse im CANE durch das Personal bezüglich der psychischen Beeinträchtigung der Patienten angegeben werden.

CANE Personal korreliert positiv (Pearson) mit der Einschätzung des Personals bezüglich einzelner psychiatrischer Symptome (Summenwert 0 bis 8). Das heißt, je mehr Bedürfnisse im CANE Personal angegeben werden, um so auffälliger werden die Patienten im psychiatrischen Bereich eingeschätzt.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Personaleinschätzungen bezüglich der psychischen Verfassung der Patienten ausreichend valide sind.

4. Diskussion

Um den komplexen Behandlungs- und Versorgungsbedarf älterer multimorbider Patienten klar zu erfassen, entstand das Vorhaben, ein geeignetes Instrument zu entwickeln, welches sowohl im ambulanten und als auch im stationären Bereich sowie zum Zwecke der Forschungs- und Gesundheitsplanung eingesetzt werden kann.

Der CANE Fragebogen, ein Instrument gedacht für die umfassende, standardisierte Erhebung des Funktionszustandes, Behandlungs- und Versorgungsbedarfes von über 65-jährigen Patienten, soll auch eventuelle psychiatrische Erkrankungen wie Angststörungen oder Depression sowie demenzielle Erkrankung erfassen.

Berücksichtigt werden die Einschätzungen/Äußerungen des Betroffenen selbst, des Behandlers und unter Umständen auch der pflegenden Angehörigen.

Das Instrument wurde im Rahmen dieser Arbeit in der deutschen Version im stationären Langzeitpflegebereich an insgesamt 94 Heimbewohnern aus zwei verschiedenen Altenpflegeheimen erprobt (Dech, Machleidt 2004).

Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 86,1 Jahre, wobei der Anteil der Männer in der Gesamtstichprobe bei 13,8% lag. Diese Daten widerspiegeln die aktuelle demographische Entwicklung und verdeutlichen die höhere Lebenserwartung der Frauen, auch wenn in dieser Stichprobe der Anteil der Männer sehr gering ist (vergleiche Gerber, von Stützner 1999). Verbunden mit der hohen Lebenserwartung ist auch eine erhöhte Multimorbidität feststellbar. In dieser Stichprobe gab es bei 96,8% der Probanden mindestens zwei gesicherte Diagnosen, was definitionsgemäß auf Multimorbidität hindeutet (siehe Pschyrembel 1994). Der Anteil der Patienten mit vier oder mehr chronischen Erkrankungen betrug 37,2%. Dieser Stand ist vergleichbar mit den Ergebnissen der Untersuchungen von Baltes und Mayer (1999) sowie mit dem Vierten Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2002). Die etwas höheren Prävalenzen in den beiden Untersuchungen (ca.10% höher) könnten sich auch dadurch erklären lassen, dass dort auch aktuell behandelte, nicht chronische Erkrankungen berücksichtigt wurden.

Im Bezug auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der untersuchten Stichprobe sind die Ergebnisse durchaus vergleichbar mit Studien von Cooper, Sosna (1983) und Bickel (1997), wenn der Anteil der Personen, welche im letzten Jahr im psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurde, als Vergleich herangezogen wird (ca. 25%). Auch bezüglich der Demenz und HOPS ist der Anteil der Erkrankten dieser Stichprobe vergleichbar mit den Prävalenzen in anderen Studien. Der Anteil der Erkrankten in der erhobenen Stichprobe liegt mit 29,8% im mittleren

Bereich der Prävalenzen (10 bis 50%) der erwähnten Studien (siehe Hirsch et al. 1999, Yorm et al. 1987). Allerdings wurden für die erhobene Stichprobe nur die bereits festgestellten Diagnosen aus den Patientenakten berücksichtigt, um von einer Erkrankung auszugehen. Orientiert man sich jedoch auch an den Ergebnissen im MMS und der GDS, wo 58,7% der Heimbewohner leichte bis schwerste kognitive Einschränkungen zeigen (24-0 Punkte im MMS), bzw. bei 50% mäßige bis schwerste kognitive Leistungseinbußen bestehen (GDS Stadium 4-7), so kann man anhand dieser Zahlen von einer deutlich höheren Prävalenz in der vorliegenden Stichprobe ausgehen.

In Zusammenhang mit der Überprüfung der deutschen CANE Version nach gängigen methodischen Verfahren der klassischen Testtheorie erfolgte zunächst die Itemanalyse. Das Ziel der Analyse war, geeignete Items für die unter anderen Umständen als die englische Eichstichprobe untergebrachten deutschen Patienten zu identifizieren. Die Selektion der brauchbaren Items wurde unter Berücksichtigung der Itemcharakteristiken Schwierigkeit und Trennschärfe durchgeführt, wobei die Trennschärfe das Hauptselektionskriterium war.

Nach der Itemselektion stellte sich heraus, dass Patienten und Personal unterschiedliche Bereiche mit brauchbaren Items liefern. Das einzige gemeinsame Item bezog sich auf die Selbst- und Fremdanfragen bezüglich des Gedächtnisses.

Für die Probandengruppe deckten die Items mit ausreichenden Itemcharakteristiken folgende Bereiche ab: Körperpflege, Tägliche Aktivitäten, Gedächtnis, Seh-/Hörvermögen, Mobilität, Kontinenz und Körperliche Gesundheit. Das Personal liefert differenzierte Aussagen für die Items Gedächtnis und unbeabsichtigte Selbstschädigung und schätzt befriedigend die Items Psychotische Syndrome, Psychischer Stress und Verhalten gegenüber anderen ein.

Um zu überprüfen, ob die von Patienten und Personal angegebenen Bedürfnisse unterschiedliche in sich konsistente Dimensionen darstellen, wurde mit allen ausgewählten Items eine Faktorenanalyse durchgeführt, und zwar wurde die Methode der Hauptkomponentenanalyse gewählt.

Die Faktorladungen in der gewählten 2-Faktoren-Lösung verdeutlichten, dass Patientenitems und Personalitems unabhängig voneinander darstellbar sind, somit unterschiedliche Bedürfnisbereiche abdecken, die konsistent auf jeweils einer Dimension repräsentiert werden können.

Korreliert man die selektierten Patientenitems und Personalitems mit den erhobenen Daten der anderen Skalen (MMS, GDS, SF-36, BI), so lässt sich feststellen, dass die Patienten den körperlichen Funktionsbereich adäquat einschätzen können, das Personal fokussiert mehr auf die psychischen Probleme der Patienten und beurteilt diese zutreffend.

Versucht man die Ergebnisse der Erhebung mit ähnlichen Untersuchungen zu vergleichen, so tauchen einige Probleme auf, da es zur Zeit noch keine vergleichbaren Untersuchungen mit stationären Patienten im europäischen Sprachraum gibt. Im Vereinigten Königreich erhobene Daten beziehen sich überwiegend auf Patienten, welche in Tageskliniken, also ambulant, versorgt werden.

In einer englischen Studie (Martin et al. 2002) wurde der CANE Fragebogen angewandt, um Bedürfnisse bei 40 Bewohnern zweier Altenheime (nursing care) und 34 Bewohnern eines Altenpflegeheims (residential care) zu identifizieren. Festgestellt wurde, dass, je höher der Abhängigkeitsgrad, d.h. die Unselbstständigkeit der Bewohner war, desto mehr Bedürfnisse mittels CANE identifiziert werden konnten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, auch hier waren bei steigender Zahl der Bedürfnisse, welche in den 7 relevanten Patientenitems zum Ausdruck kamen, die Alltagsaktivitäten, gemessen im Barthel Index, zunehmend eingeschränkt, die Lebensqualität im Bereich körperliche Funktionsfähigkeit des SF 36 deutlich niedriger.

Das von insgesamt 61 Heimbewohnern (82%) und somit als häufigstes unerfülltes Bedürfnis identifizierte Item war Gedächtnis (siehe auch Iliffe et al. 2004). Auch in der vorliegenden Untersuchung kommt dem Item Gedächtnis besondere Bedeutung zu. Es ist das einzige Item, welches nach Anwendung der Kriterien der klassischen Testtheorie sowohl in der Patientengruppe als auch beim Personal als brauchbar identifiziert wurde, auch wenn die Einschätzung der Patienten bezüglich ihrer Gedächtnisleistung sich nicht mit der Personaleinschätzung und den Leistungen in MMS und GDS deckt, somit nicht valide ist. Die Patienten sind wahrscheinlich auch aufgrund der teilweise bereits erheblichen kognitiven Beeinträchtigung nicht mehr in der Lage, ihre Gedächtnisleistung adäquat zu beurteilen.

In einer weiteren, bereits erwähnten Studie (Ashaye et al. 2003), in welcher 112 Patienten zweier gerontopsychiatrischer Tageskliniken in der Nähe von London mittels CANE untersucht wurden, erwies sich der CANE Fragebogen zwar als geeignetes Instrument zum Aufdecken der Bedürfnisse älterer Patienten im geronto-psychiatrischen Bereich, konnte jedoch in dieser Untersuchung keine eindeutigen zusätzlichen Vorteile zur bisherigen Assessmentpraxis der Tageskliniken aufweisen.

Auch in einer neueren Studie (Orrell et al. 2007), in welcher der CANE Fragebogen neben einem anderen Instrument (Quality of Life in Alzheimer`s disease, QoL-AD) zum Einsatz kam, fand sich keine signifikante Verbesserung im Ausmaß der Reduktion der unerfüllten Bedürfnisse, verglichen mit der bisherigen Vorgehensweise. Untersucht wurden 238 demente

Altenheimbewohner über sechzig Jahren aus 24 Heimen, aufgeteilt in zwei randomisierte Gruppen, eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe. Mittels CANE konnten die unerfüllten Bedürfnisse zwar effektiv identifiziert und in der Interventionsgruppe deutlich reduziert werden, jedoch verringerten sich in der Kontrollgruppe die unerfüllten Bedürfnisse ähnlich.

Häufigstes unerfülltes Bedürfnis war laut Personalangaben der Bereich Alltagsaktivitäten (siehe auch Hancock et al. 2006), so auch in der hier untersuchten Stichprobe mit 94 Altenpflegeheimbewohnern.

Eine vierte Untersuchung (Walters et al. 2000), auf welche schon im Abschnitt 1.5.2. kurz eingegangen wurde, benutzt CANE für die Erfassung von Bedürfnissen in der primärärztlichen Versorgung. Nach Auswertung der Daten lässt sich auch für diese Untersuchung feststellen, dass Angaben der Patienten und des medizinischen Fachpersonals, die Bedürfnisse betreffend, deutlich differieren.

Es wurden 104 unerfüllte Bedürfnisse durch insgesamt 31 Patienten und 11 Angehörige identifiziert und es wurde durch eine zusätzliche Befragung festgestellt, dass nur für 25 (24%) der Bedürfnisse überhaupt Hilfe angefordert oder beantragt wurde (Walters et al 2001). Als Gründe für das geringe Ausmaß an Hilfesuche schienen Isolation, niedrige Erwartungen und Resignation eine Rolle zu spielen.

Auch in einer weiteren Untersuchung den primärärztlichen Bereich betreffend (Smith, Orrell 2007) wurden insgesamt 67 ältere Patienten über 65 Jahren aus zwei Hausarztpraxen nahe London mittels CANE befragt. Es ließ sich feststellen, dass auch nach dem Arztbesuch noch unerfüllte Bedürfnisse vorhanden waren. Selbst bei fast der Hälfte (28 von 59, 47,4%) der Patienten, welche angegeben hatten, durch den Arztbesuch seien die bestehenden Bedürfnisse erfüllt worden, wurden mittels CANE noch ein oder mehrere unerfüllte Bedürfnisse identifiziert. Viele Patienten waren jedoch beim Arztbesuch nicht auf bestehende, meist chronische gesundheitliche Probleme eingegangen. Vermutet wird, dass die begrenzte Zeitdauer, welche dem Arzt für einen Patienten zur Verfügung steht, eine Rolle spielt, aber auch eine gewisse Resignation und niedrige Erwartungen seitens der Patienten.

Somit lässt sich der CANE Fragebogen als effizientes Instrument zur Aufdeckung persistierender unerfüllter Bedürfnisse nutzen, und er kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung leisten.

Speziell für die hier untersuchte Stichprobe zeigt das Konzept der separaten Erhebung von unmet und met needs, dass ein Großteil der unbestreitbar vorhandenen Bedürfnisse allein schon durch die Unterbringung und Versorgung im Altenpflegeheim erfüllt ist. So haben z. B. die

Bedürfnisse (needs): Wohnverhältnisse, Führen des Haushalts, Ernährung, Finanzielle Situation und Finanzielle Unterstützung für die untersuchte Stichprobe keine große Relevanz. Ebenso kann das Item Mitversorgung eines Angehörigen für diese Patientengruppe ganz ausgeklammert werden.

Pflegende Angehörige, welche im Fragebogen auch berücksichtigt werden sollen, gibt es in dieser Stichprobe nicht, die Pflege wird durch das Pflegepersonal der Heime gewährleistet. Allerdings könnte die Meinung der meist als Betreuer eingesetzten Angehörigen, oder der Angehörigen, die noch einen intensiven Kontakt zu den im Heim untergebrachten Verwandten pflegen, berücksichtigt werden.

Angenommen werden könnte auch, dass durch die Abhängigkeit der Patienten vom Pflegeheim, im Sinne einer eingeschränkten Autonomie, Bedürfnisse, welche früher Relevanz hatten und jetzt nicht mehr erfüllt werden, aus dem Fokus der Aufmerksamkeit der Betroffenen entrücken. Daher ergibt sich die Notwendigkeit, bei einer getrennten Erhebung von met und unmet needs, wie es von den Autoren des CANE vorgeschlagen wird, den Grad der Abhängigkeit der Betroffenen von der behandelnden Institution immer zu berücksichtigen. Es ist anzunehmen, dass bei hoher Abhängigkeit, d.h. zum Beispiel im Falle einer stationären Unterbringung und Eingruppierung in eine höhere Pflegestufe (II und III), das Konzept der unmet needs im Rahmen einer Fragebogenerhebung weniger sinnvoll ist. Im Gegensatz dazu wird bei niedriger Abhängigkeit der Betroffenen von der behandelnden Institution (zum Beispiel nur regelmäßiger Besuch einer Tagesklinik), wie in den meisten britischen Studien zu CANE, die Relevanz der getrennten Erhebung von unmet needs durch die Ergebnisse untermauert.

Es stellt sich die Frage, ob durch das derzeitig praktizierte Pflegesystem in Deutschland, mit Augenmerk auf die körperlichen Aspekte der Pflege, nicht eine zusätzliche Einschränkung der Alltagsautonomie der Patienten stattfindet. Dafür würde auch die Tatsache sprechen, dass die in der vorliegenden Untersuchung von den Patienten angegebenen relevanten Bedürfnisse (d.h. die brauchbaren Patientenitems) eher im funktionellen Bereich liegen. Wahrscheinlich wird mit zunehmender Abhängigkeit, also steigender Pflegebedürftigkeit, nicht mehr wahrgenommen, dass außerhalb der pflegerelevanten Aspekte auch andere Bedürfnisse existieren könnten.

Somit wird auch durch die durchgeführte Erhebung deutlich, dass im Pflegeheimbereich durchaus noch Interventionsbedarf besteht, wenn es um die psychosozialen Aspekte geht.

Im Kontext einer Heimunterbringung mit relativ wenig Autonomie für die Betroffenen wäre eine kürzere Version des CANE Fragebogens, mit Fokussierung auf die festgestellten relevanten Bedürfnisbereiche funktionell (Kontinenz, Mobilität, Sehen, Hören, Physische Gesundheit,

Gedächtnis) und alltäglich (Körperpflege, Alltagsaktivitäten), sowie die Berücksichtigung der psychotischen Symptome und dem damit verbundenem Verhalten gegenüber anderen zu überlegen.

Als Fazit empfiehlt sich als Basis für eine Qualitätsverbesserung und für eine effektive Qualitätssicherung im Falle der Altenpflegeheime die Einführung eines einheitlichen Bewohnerassessmentsystems. Funktionelles Assessment kann und soll in der praktischen Arbeit angewandt werden, um das Vorliegen und die Schwere von Krankheiten zu ermitteln, den Versorgungsbedarf zu klären sowie Veränderungen im Verlauf festzuhalten (Besdine 1988).

Neben dem kurz erwähnten Resident Assessment Instrument ist der bereits vielfach eingesetzte, hier untersuchte CANE Fragebogen ökonomischer, weil nicht so umfangreich und somit zeitsparender. Er konzentriert sich auf die pflegerelevanten Bereiche und ermöglicht einen direkten Vergleich der Personal- und Bewohnereinschätzung.

Allerdings wurde auch im Rahmen dieser Untersuchung deutlich, dass die straffe, möglichst personal- und kosteneffektive Organisation in einem Altenpflegeheim auf den funktionellen Aspekt der Pflege zielt und kaum Raum für die Entfaltung anderer Bedürfnisse lässt. Es besteht die Gefahr, dass das Selbsthilfepotenzial der Bewohner häufig nicht erkannt und gefördert wird, was zu zunehmender Behinderung führen kann.

Weitere Untersuchungen mit dem CANE Fragebogen zur genaueren Itemselektion und eventuell Ergänzung, angepasst an die Patientenzielgruppe und die Art der Versorgung (häuslicher Bereich, ambulant oder stationär), sind erforderlich. Daraus könnte man verschiedene, leicht modifizierte Versionen des CANE für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche entwickeln, welche dann, falls die Versorgungsart für eine Person sich ändert, miteinander kompatibel wären.

5. Zusammenfassung

In einer alternden Gesellschaft mit stetig steigender Lebenserwartung, wie der europäischen, verändert sich auch das Spektrum der Krankheiten, es dominieren chronisch-degenerative Erkrankungen, Multimorbidität bei älteren und alten Patienten ist immer häufiger anzutreffen.

Um eine effektive und systematische Erfassung der medizinischen, funktionellen sowie psychosozialen Probleme und Ressourcen bei betagten Patienten zu ermöglichen - und gegebenenfalls eine weitere Betreuung und Behandlung planen zu können - empfiehlt sich ein multidimensionales geriatrisches Assessment.

Eine bereits in England erprobte gerontopsychiatrische Skala, Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE), wurde ins Deutsche übersetzt und im Altenpflegeheimbereich angewandt. Es wurden 94 Heimbewohner aus 2 Altenpflegeheimen befragt.

Die deutsche Version der CANE Skala ist nach gängigen methodischen Verfahren der klassischen Testtheorie überprüft worden, auch hat man zur psychometrischen Überprüfung zusätzliche standardisierte Skalen (Barthel Index, MMSE, SF-36, GDS) verwendet.

Nach Selektion der Items nach Trennschärfe und Schwierigkeit stellte sich heraus, dass Patienten und Personal brauchbare Items in unterschiedlichen Bereichen liefern, was die Faktorenanalyse zusätzlich bestätigte.

Die Patientenitems beziehen sich sowohl auf den funktionellen Bedürfnisbereich (Kontinenz, Mobilität, Sehen, Hören, physische Gesundheit), als auch auf den alltäglichen (Körperpflege, Alltagsaktivitäten), während die Personalitems den psychischen Zustand und die unbeabsichtigte Gefährdung beinhalten.

Die CANE Skala erwies sich auch in der hier durchgeführten Untersuchung als effektives Assessmentinstrument, welches sich auf die pflegerelevanten Bereiche konzentriert und einen direkten Vergleich der Personal- und Bewohnereinschätzung ermöglicht.

Für den Altenpflegeheimbereich wäre die Konzeption einer kürzeren Version denkbar. Diese könnte im Rahmen eines einheitlichen Bewohnerassessmentsystems als Basis für Qualitätsverbesserung und effiziente Qualitätssicherung dienen.

6. Literaturverzeichnis

AGAST, Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.)(1997): Geriatrisches Basisassessment: Handlungsanleitungen für die Praxis. - 2. Aufl.- München: MMV Medizin Verlag

Aronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. (1992): International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Quality of Live Research 1: 349-351

Ashaye OA, Livingston G, Orrell M (2003): Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? A randomized controlled trial. Ageing and mental health 7 (3): 195-199

Baltes PB, Baltes MM (1992) Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes PB, Mittelstrass J (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, 1-34. Berlin: de Gruyter Verlag

Baltes PB, Mayer KU (Hrsg.) (1999): Die Berliner Altersstudie. - 2. Aufl.- Berlin: Akademie Verlag

Becker C, Walter-Jung B, Kapfer E, Scheppach B, Nikolaus T (1999): Medizinische Behandlung in Pflegeheimen. Fortschr Med: 43-47

Besdine RW (1988): Functional Assessment as a model for clinical evaluation of geriatric patients. Public Health Rep 103: 530-535

Bickel H (1997): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. In: Förstl H (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie, 1-15. Stuttgart: Enke Verlag

Bickel H (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: 108-115

Bortz J (1999): Statistik für Sozialwissenschaftler. (5. Aufl.). Berlin: Springer Verlag

Bruder J, Lucke C, Schramm A, Tews HP, Werner H (1991): Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie zur Definition des Faches Geriatrie. Rügenheim: Eigenverlag

Bullinger M, Kirchberger I, Ware J (1995): Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3: 21-36

Bullinger M, Kirchberger I (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe-Verlag

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Berlin

BMGS, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin

Carpenter GI, Main A, Turner OF (1995): Casemix for The Elderly Inpatient Resource Utilization Groups (RUGs) Validation Project. Age and Ageing 24: 5-13.

Cipriani L, Landi F, Sgardari A, Zuccala G, Bernabei R (1995): A gerontological continuing education program: RAI as a teaching tool for nursing home professionals. Educ Gerontol 21: 683-699

Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V (1988): The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Studies 10: 61-63

Cooper B, Sosna U (1983): Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. Der Nervenarzt 54: 239-249

Cronbach LJ (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16: 297-334

Dankowski W, Klie T, Kronseder E, Luckey K, Stappenbeck J (1997): *Ambulante Pflegedienste. Veränderungen wahrnehmen, Ideen umsetzen*. Hannover: Vincentz-Verlag

Dech H (2001): Die versteckten Opfer der Demenz – Zur Situation pflegender Angehöriger. In: Hessisches Sozialministerium (Hrsg.): *Altenhilfe in Europa*. Wiesbaden: HSM

Dech H, Fink H, Engel S, Gallhofer B, Orrell M (2000): The Camberwell Assessment of Needs of the Elderly (CANE) – The German translation and Applicability. *World Congress Innovations in Psychiatry*, London, 4/00

Dech H, Fink H, Orrell M (2004): Ressourcenallokation und Bedarfsassessment – Ergebnisse aus einer deutschen Studie. *Das Gesundheitswesen* 66: 590-591

Dech H, Fink H, Höflich A, Orrell M (1999a): Needs of elderly people with psychiatric problems – Results from a German investigation. *Int. Conf. Gerontology*, Berlin 7/99

Dech H, Machleidt W (2004): Relevance and applicability of the CANE in the German health care system. In: Orrell M, Hancock G (Hrsg.): *CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly*. London: Gaskell

Dech H, Rath B, Höflich A, Fink H, Murray J (1999b): „Carer Burden“-Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen von Alzheimer Patienten. *DGGPP and EAP Conf. Düsseldorf* 3/99

Dietz B (2001): Kosten steigen schneller als erwartet. Entwicklung des Pflegebedarfs bis 2050. *Soziale Sicherheit*, 50 Jg., H. 1: 2-9

DIW-Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2001): Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. *DIW-Wochenbericht*, 68. Jg., H. 5: 65-77

Fisseni HJ (1990): *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe-Verlag

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975): Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 12: 189-198

Fries JF (2003): Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. *Ann Intern, Jg.* 139, 455-459

Fries BE, Ljunggren G, Winblad B (1991): International Comparison of Nursing Homes: The Need for Resident-Level Classification. *J Am Geriatr Soc* 39: 10-16

Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E (1994): Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III), *Med Care* 32: 668-85

Fuhrmann R, Uhlig T (1998): Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland. *Geriatrie Praxis* 9: 16-24

Fuhrmann R (2001): Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 34: Suppl 1, I/16-I/20

Garms-Homolova V, Gilgen R (2000): RAI 2.0 - Resident Assessment Instrument - Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern: Huber Verlag

Garms-Homolova V, Gilgen R, Weiss U (1996): RAI-System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation. *Forum* 28. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gatterer G (1997): Psychodiagnostische Verfahren. In: Weis S, Weber G: *Handbuch Morbus Alzheimer*. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Gerber U, Von Stünzner W (1999): Entstehung, Entwicklung und Aufgaben der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg : Springer Verlag

Görres S (1999) Prävention und Intervention: Die gesundheitliche Versorgung im Alter. In: Niederfranke A, Naegele G, Frahm E (Hrsg.) (1999): Funkkolleg Altern. Bd. 2: 341-379. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Gutzmann H, Zank S (2005): Dementielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell M (2006): The needs of older people with dementia in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry* 21: 43-49

Heinz A (1994): Degenerative Erkrankungen. In: Olbrich E, Sames K, Schramm A (Hrsg.): *Kompendium der Gerontologie*, 15.6: 1-3. Landsberg: Ecomed Verlag

Hirsch RD, Holler G, Reichwaldt W, Gervink T (1999): Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Baden-Baden: Nomos Verlag

Ihl R, Frölich L (1991): Die Reisberg-Skalen. Weinheim: Beltz Verlag

Ikegami N, Fries BE, Takagi Y, Ikeda S, Ibe T (1994): Applying RUG-III in Japanese Long-Term Care Facilities. *Gerontologist* 34: 628-639

Iliffe S, Lenihan P, Orrell M, Walters K, Drennan V, See Tai S (2004): The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *Br J Gen Practice* 54: 914-918

Kafonek S, Ettinger WH, Roca R, Kittner S, Taylor N, German PS (1989): Instruments for screening for depression and dementia in long-term care facility. *J Am Geriatr Soc* 1989: 29-34

Kessler J, Herholz K, Grond M, Heiss WD (1991): Impaired metabolic activation in Alzheimer's disease: a PET study during continuous visual recognition. *Neuropsychologica* 29: 229-243

Kliebsch U, Brenner H (1995): Untersuchungen zur Inter-rater-Reliabilität des Begutachtungsverfahrens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zum Vorliegen der Schwerpflegebedürftigkeit. *Gesundheitswesen* 57: 638-644

Krämer W (1997): Hippokrates und Sisyphus- die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolges. In: Kirch W, Kliemt H (Hrsg.): *Rationierung im Gesundheitswesen*. Regensburg: Roderer-Verlag

Kukull WA, Larson EB, Teri L, Bowen J, McCormick W, Pfanschmidt ML (1994): The Mini-Mental State Examination score and the clinical diagnosis of dementia. *J Clin Epidemiol* 47: 1061-1067

Lehr U (2007): *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle und Meyer Verlag

Lüttje D, Teigel D (2002): Altersmedizin aus der Sicht des Geriaters. *Der Gynäkologe* 35: 996-1001

Mahoney FI, Barthel DW (1965): Functional evaluation. The Barthel Index . *Md State Med J* 14/2: 61-65

Martin MD, Hancock GA, Richardson B, et al. (2002): An evaluation of needs in elderly continuing-care settings. *International psychogeriatrics / IPA* 14 (4): 379-388

Meier-Baumgartner HP (1991): *Geriatrische Rehabilitation im Krankenhaus., Heidelberg und Wiesbaden: Quelle und Meyer Verlag*

Morris JN, Bernabei R, Ikegami N, et al. (1997): *RAI Home Care (RAI-HC)© assessment manual for Version 2.0*. Washington, DC: interRAI Corporation

Morris JN, Fries BE, Mehr DR, et al. (1994): MDS Cognitive Performance Scale. *J of Gerontology* 49(4): M174-M182

Morris JN, Hawes C, Fries BE, et al. (1990): Designing the National Resident Assessment Instrument for nursing homes. *Gerontologist* 30: 293-307

Morris JN, Hawes C, Murphy K, Phillips CD, Fries BE, Mor V (1991): Resident Assessment Instrument Training Manual. Natick, Mass.: Eliot Press

Nikolaus T, Bach M, Oster P, Schlierf G (1996): Prospective value of self-report and performance-based tests of functional status for 18-month outcomes in elderly patients. *Ageing Clin Exp Res* 8: 271-276

Nikolaus T, Specht-Leible N (1992): *Das geriatrische Assessment*. Schriftenreihe Geriatrie Praxis. München: MMV Medizin Verlag

Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schlierf G (1999): A randomised trial of comprehensive assessment and home intervention in the care of hospitalised patients. *Age Ageing* 28: 543-550

Orrell M, Hancock G (2004): *CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly*. London: Gaskell

Orrell M, Hancock G, Hoe J, Woods B, Livingston G, Challis D (2007): A cluster randomised controlled trial to reduce the unmet needs of people with dementia living in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry* 22: 1127-1134

Pearson JL, Cherrier M, Teri L (1989): The Mini-Mental State Exam and the Mental Status Questionnaire. *Clin Gerontol* 84: 31-37

Phelan M, Slade M, Thornicroft G, et al. (1995): The Camberwell Assessment of Need : The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 167: 589-595

Phillips CD, Hawes C, Mor V, Fries BE, Morris JN (1996): Evaluation of the Nursing Home Resident Assessment Instrument. Executive Summary. Health Care Financing Administration

Pill J (1971): The Delphi method: substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio-Economic Planning Science* 5: 57-71

Pschyrembel W (1994): Klinisches Wörterbuch. - 257. neu bearb. Auflage.- Berlin, New York: de Gruyter Verlag

Ramsay JD, Sainfort F, Zimmermann D (1995): An Empirical Test of the Structure, Process, and Outcome Quality Paradigm Using Resident-Based, Nursing Facility Assessment Data, *Am J of Medical Quality* 10 (2): 63-75

Ranhoff AH, Laake K (1993): The Barthel ADL Index: scoring by the physician from patient interview is not reliable. *Age Ageing* 22: 171-174

Reisberg B, Ferris SH, deLeon MJ, Crook T (1982): The global deterioration scale (GDS): an instrument for the assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 139: 1136-1139

Reynolds T, Orrell M, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J (1998): The Camberwell Assessment of Need for the Elderly: development, validity and reliability. Oral presentation at the Winter Meeting of the Royal College of Psychiatrists.

Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, et al. (2000): Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *Br J Psychiatry* 176: 444-452

Rothgang, H (2001): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages. Bremen

Rürup B (1999): Hält der Generationenvertrag? Soziale Sicherung im Alter. In: Niederfranke A, Naegele G, Frahm E (Hrsg.): *Funkkolleg Altern*. Bd. 2: 287-339. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Schäufele M, Teufel S, Weyerer S (2004): Stationäre Versorgung Demenzerkrankter in Baden-Württemberg im Umbruch: Neue und traditionelle Konzepte im Vergleich (VEDESTA). Abschlussbericht an das Sozialministerium Baden-Württemberg. Stuttgart (unveröffentlicht)

Schumacher J, Zedlick D, Frenzel G (1997): Depressivität und kognitive Beeinträchtigungen bei Altenpflegeheim-Bewohnern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30: 46-53

Shinar D, Gross CR, Bronstein KS, et al. (1987): Reliability of the activities of daily living scale and its use in the telephone interview. Arch Phys Med Rehabil 68: 723-728

Smith F, Orrell M (2007): Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? Age and Ageing 36: 628-631

Solomon D (1988): National Institutes of Health consensus development conference statement: Geriatric assessment methods for clinical decision-making. J Am Geriatr Soc 36: 342-347

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005): Pflegestatistik 2003. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006a): Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006b): Gesundheitswesen. In: Statistisches Jahrbuch 2006. Für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006c): Gesundheit im Alter. Wiesbaden

Stewart AL, Ware JE, (Hrsg.) (1992): Measuring functioning and well-being: The Medical Outcomes Study Approach. Durham and London: Duke University Press

Stuck A (1997): Multidimensionales Geriatrisches Assessment. In: Wettstein A (Gesamtkoordinator): Checkliste Geriatrie, 101-104. Stuttgart: Thieme Verlag

Tombaugh TN, McIntyre NJ (1992): The Mini-Mental State Examination: a comprehensive review. J Am Geriatr Soc 40: 922-935

Uhlig, T (2001): Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 34: Suppl 1, I/70-I/78

Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA (1998): Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent disease. *J Clin Epidemiol* 51: 367-375

Vladek BC (1996): The Past, Present, and Future of Nursing Home Quality. *JAMA* 275 (6): 425

Wade DT (1992): Measurement in neurological rehabilitation. Oxford-New York-Tokyo: Oxford University Press

Walters K, Illiffe S, Tai SS, Orrell M (2000): Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: The Camberwell Assessment of need for the Elderly people in primary care. *Age and ageing* 29 (6): 505-510

Walters K, Illiffe S, Orrell M (2001): An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family practice* 18 (3): 277-282

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B (1993): SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston: Nisural Press

Ware JE, Gandek B, & the IQOLA Project Group (1994): The SF-36 Health Survey: Development and use in the mental health research and the IQOLA Project. *Int J Mental Health* 23: 49-73

Ware JE, Gandek B (1998): Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 51 (11): 903-912

Warren MW (1943): Care of the chronic sick. A case for treating chronic sick in blocks in a general hospital. *Br Med J* 2 : 822-823

Weinberger M, Samsa GP, Schmader K, Greenberg SM, Carr DB, Wildmann DS (1992): Comparing proxy and patients' perceptions of patients' functional status: Results from an outpatient geriatric clinic. *J Am Geriatr Soc* 40: 585-588

Welz R (1994): *Epidemiologie psychischer Störungen im Alter*. Regensburg: Roderer-Verlag

Wetterling, T (2001): *Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden zur Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer Verlag

Wettstein A, Conzelmann M, Heiß HW (2001): *Checkliste Geriatrie.-2., komplett überarb. und erw. Auflage*. Stuttgart: Thieme Verlag

Weyerer S, Schäufele M, Hönig T (2001): *Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation*. In: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter*, 9-18. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Yorm AF, Korten AE, Henderson AS (1987): The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 76: 465-479

Zimmermann DR, Sainfort F, Arling G, Collins TM, Karon SL, Ryther BJ (1994): The development, analysis and use of assessment-based quality indicators; in Rey J.C., Tilquin C. (eds.): *Dependency, The Challenge for the Year 2000*, Lausanne, Switzerland, Swiss Institute for Public Health: 219-225

7. Anhang

7.1. Deutsche CANE Version

1.) Wohnverhältnisse

Beurteiler

Patient

Personal

Angehörige

Sind die Wohnverhältnisse der Person angemessen?

In welcher Art Wohnung wohnen Sie? Sind Sie angemessen untergebracht oder gibt es Probleme mit Ihrer Wohnsituation?

0 = keine Probleme z. B. *hat angemessene, geeignete Wohnung (auch wenn zur Zeit im Krankenhaus)*

1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. *Umbau/ Renovierung der Wohnung*

2 = ernste Probleme z. B. *obdachlos, ungeeignete Unterkunft, fehlende oder mangelhafte Grundeinrichtungen wie Wasser, Strom, Gas*

9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 2

Wie viel Hilfe und Unterstützung **erhält** die Person in ihrer Wohnung von Freunden oder Verwandten?

0 = keine

1 = wenig Hilfe z. B. *gelegentliche Hilfe für kleinere Arbeiten oder Reparaturen*

2 = mittlere Hilfe z. B. *erhebliche Hilfe zum Anpassen der Wohnungseinrichtung (Renovierung, Reparaturen)*

3 = viel Hilfe z. B. *wohnt mit Angehörigen, da eigene Wohnung ungeeignet*

9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei ihrer Wohnung von örtlichen Hilfsdiensten?

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei ihrer Wohnung durch örtliche Hilfsdienste?

0 = keine

1 = wenig Hilfe z. B. *geringe Hilfe durch Hilfsdienste für kleinere Arbeiten/ Reparaturen*

2 = mittlere Hilfe z. B. *erhebliche Anpassung notwendig; Suche nach anderer Wohnmöglichkeit*

3 = viel Hilfe z. B. *betreutes Wohnen, Pflegeheim, Krankenhaus*

9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe in ihrer Wohnsituation?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß an Unterstützung beim Wohnen?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

Bemerkungen

2.) Führen des Haushalts

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Hat die Person Schwierigkeiten, ihren Haushalt selbstständig zu führen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sind Sie in der Lage, Ihren Haushalt alleine zu versorgen? Hilft Ihnen jemand dabei?

0 = keine Probleme	<i>z. B. Haushalt kann unordentlich sein, ist aber sauber</i>
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden	<i>z. B. Haushaltsführung eingeschränkt, bekommt regelmäßige Hilfe</i>
2 = ernste Probleme	<i>z. B. unfähig Hausarbeit zu verrichten, potenzielle Gefahr durch Unfall, Feuer, Verirren</i>
9 = weiß nicht	

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 3

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei der Haushaltsführung von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. gelegentlich, oder Hilfe beim Saubermachen</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. gelegentlich, oder Hilfe beim Saubermachen mindestens wöchentlich</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. erledigen aller/ fast aller Haushaltsarbeiten</i>
9 = weiß nicht	

Wie viel Hilfe **erhält** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. gelegentlich, oder Betreuung durch Hilfsdienste</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. erledigen einiger Haushaltsarbeiten</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. überwiegender Teil des Haushalts wird von Hilfsdiensten durchgeführt</i>
9 = weiß nicht	

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei der Haushaltsführung?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Haushaltshilfe?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

--

3.) Ernährung

Beurteiler		
Patient	Personal	Angehörige

Kann die Person sich ausreichend ernähren?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sind Sie in der Lage, Ihre eigenen Mahlzeiten zuzubereiten und selbst einzukaufen? Bekommen Sie die richtige Art von Ernährung?

- | | |
|--|--|
| 0 = keine Probleme | <i>z. B. kann alleine einkaufen und selbstständig geeignete Mahlzeiten zubereiten</i> |
| 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden | <i>z. B. kann Mahlzeiten nicht selbst zubereiten, werden teilweise bereitgestellt</i> |
| 2 = ernste Probleme | <i>z. B. eingeschränkte, unzureichende Ernährung, kulturell unpassend, kann nicht selbstständig einkaufen, Mahlzeiten zubereiten</i> |
| 9 = weiß nicht | |

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 4

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei der Ernährung von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | |
|--------------------|--|
| 0 = keine | |
| 1 = wenig Hilfe | <i>z. B. gelegentliche Mahlzeiten, gelegentliches Einkaufen</i> |
| 2 = mittlere Hilfe | <i>z. B. Hilfe beim wöchentl. Einkaufen, Mahlzeiten werden mehrmals/Woche bereitgestellt, aber nicht täglich</i> |
| 3 = viel Hilfe | <i>z. B. Mahlzeiten werden täglich bereitgestellt</i> |
| 9 = weiß nicht | |

Wie viel Hilfe **erhält** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | |
|--------------------|---|
| 0 = keine | |
| 1 = wenig Hilfe | <i>z. B. 1-4 Mahlzeiten/Woche werden bereitgestellt oder tägliche Hilfe für eine Mahlzeit</i> |
| 2 = mittlere Hilfe | <i>z. B. mehr als 4 Mahlzeiten/Woche werden bereitgestellt oder Hilfe für alle Mahlzeiten</i> |
| 3 = viel Hilfe | <i>z. B. alle Mahlzeiten werden bereitgestellt</i> |
| 9 = weiß nicht | |

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei der Ernährung?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei ausreichender Ernährung?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

--

4.) Körperpflege

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Hat die Person Schwierigkeiten mit der Körperpflege?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie Schwierigkeiten mit der Körperpflege, wie z. B. Waschen, Baden, Nägelschneiden, Anziehen? Benötigen Sie bei diesen Tätigkeiten Hilfe?

- 0 = keine Probleme z. B. *angemessen gepflegt und gekleidet*
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. *braucht und erhält Hilfe bei der Körperpflege*
 2 = ernste Probleme z. B. *unzureichende Körperpflege, unfähig sich zu waschen oder anzukleiden*
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 5

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei der Körperpflege von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. *gelegentlich (z. B. beim Umziehen)*
 2 = mittlere Hilfe z. B. *regelmäßige Hilfe z. B. wöchentlich oder öfter*
 3 = viel Hilfe z. B. *tägliche Hilfe bei Körperpflege (z. B. Anziehen, Waschen), wöchentlich Wäsche waschen*
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei der Körperpflege von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei der Körperpflege von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. *gelegentlich*
 2 = mittlere Hilfe z. B. *wöchentliche Betreuung beim Waschen und anderen Aspekten der Körperpflege*
 3 = viel Hilfe z. B. *Betreuung bei fast der gesamten Körperpflege; Hilfe fast täglich*
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei der Körperpflege?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei der Körperpflege?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

5.) Mitversorgen eines Angehörigen

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Hat die Person Schwierigkeiten, eine andere Person mit zu versorgen?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Versorgen Sie jemanden im Haushalt mit? Haben Sie Schwierigkeiten, diese Person mit zu versorgen?

0 = keine Probleme z. B. niemanden zu pflegen oder keine Schwierigkeiten damit
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. Schwierigkeiten bei der Pflege, erhält Hilfe
 2 = ernste Probleme z. B. erhebliche Schwierigkeiten bei Betreuung oder Pflege
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 6

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei der Mitversorgung eines Angehörigen von Freunden oder Verwandten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. gelegentliche Hilfe, seltener als ein Mal pro Woche
 2 = mittlere Hilfe z. B. Hilfe an den meisten Tagen
 3 = viel Hilfe z. B. zu pflegende Person muss zu Angehörigen, um gepflegt zu werden
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei der Mitversorgung eines Angehörigen von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. tägliche Versorgung, wöchentliche Hilfe zu Hause
 2 = mittlere Hilfe z. B. fast tägliche Hilfe zu Hause; es besteht ein Versorgungs-/Pflegedienst
 3 = viel Hilfe z. B. dauernde Pflegehilfe, 24-Stunden Pflege oder Pläne für Pflegeheim
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei der Mitversorgung eines Angehörigen?
 (0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei der Mitversorgung eines Angehörigen?
 (0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Bemerkungen

--

6.) Tägliche Aktivitäten

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Hat die Person Probleme mit regelmäßigen, ihr angemessenen Aktivitäten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie verbringen Sie Ihren Tag? Machen Sie kleine Unternehmungen? Haben Sie genug zu tun?

- 0 = keine Probleme z. B. *adäquate soziale Aktivitäten, Arbeit oder Freizeitgestaltung*
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. *einige Einschränkungen, nimmt an organisierten Aktivitäten teil, z. B. Tagesstätte*
 2 = ernste Probleme z. B. *keine adäquaten sozialen Aktivitäten, Arbeit oder Freizeitgestaltung*
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen sie weiter zu Frage 7

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei täglichen Aktivitäten von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. *gelegentlich Hilfe beim Organisieren von Aktivitäten*
 2 = mittlere Hilfe z. B. *wenigstens wöchentlich*
 3 = viel Hilfe z. B. *tägliche Hilfe bei Organisation der Aktivitäten*
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei täglichen Aktivitäten von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei täglichen Aktivitäten von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. *wöchentliche Aktivitäten (z. B. VHS Kurse)*
 2 = mittlere Hilfe z. B. *Tageszentrum 2-4 Tage/Woche*
 3 = viel Hilfe z. B. *besucht Tageszentrum oder Tagesklinik 5 Tage/Woche oder öfter*
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei täglichen Aktivitäten?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei täglichen Aktivitäten?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

7.) Gedächtnis/ Erinnerungsvermögen

Beurteiler
 Patient Personal Angehörige

Hat die Person Probleme mit dem Gedächtnis?

Haben Sie häufig Probleme damit, sich an kurz zurückliegende Dinge zu erinnern? Vergessen Sie häufig, wo Sie irgendwelche Sachen hingelegt haben?

- 0 = keine Probleme *z. B. vergisst gelegentlich Dinge, erinnert sich aber später daran*
- 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden *z. B. leichte Gedächtnisprobleme, hat aber Hilfe*
- 2 = ernste Probleme *z. B. klare Defizite beim Erinnern neuer Informationen; verliert Sachen, räumlich und/oder zeitlich desorientiert*
- 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 8

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei nachlassendem Gedächtnis von Freunden oder Verwandten?

- 0 = keine
- 1 = wenig Hilfe *z. B. gelegentlich Notizen, Erinnerungshilfen; wöchentlicher Besuch*
- 2 = mittlere Hilfe *z. B. Hilfe/Betreuung an den meisten Tagen*
- 3 = viel Hilfe *z. B. lebt mit Angehörigen, dauernde Betreuung*
- 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

- 0 = keine
- 1 = wenig Hilfe *z. B. einige Anweisungen*
- 2 = mittlere Hilfe *z. B. regelmäßig Tagesklinik, Arztbesuche, professionelle Hilfe*
- 3 = viel Hilfe *z. B. Aufenthalt im Pflegeheim/Krankenhaus*
- 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei nachlassendem Gedächtnis?
 (0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei nachlassendem Gedächtnis?
 (0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

Bemerkungen

8.) Seh- und Hörvermögen

	Beurteiler	
	Patient	Personal Angehörige

Hat die Person Probleme mit dem Seh- oder Hörvermögen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie Schwierigkeiten damit, in einem ruhigen Raum zu hören, was jemand zu Ihnen sagt? Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Sehvermögen, z.B. Zeitung zu lesen oder beim Fernsehen?

0 = keine Probleme	<i>z. B. keine Schwierigkeiten (Brille und Hörhilfen können vorhanden sein)</i>
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden	<i>z. B. einige Schwierigkeiten, aber Hilfen kompensieren einen Teil</i>
2 = ernste Probleme	<i>z. B. erhebliche Schwierigkeiten beim Sehen/Hören</i>
9 = weiß nicht	

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 9

Wie viel Hilfe **erhält** die Person von Freunden oder Verwandten in Bezug auf das Seh- und Hörvermögen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. Hilfe bei Terminvereinbarungen für Behandlungen von Seh-/Hörproblemen</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. regelmäßige Hilfe bei schwierigen Arbeiten z. B. Briefe vorlesen</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. Hilfe bei fast allen schwierigen Arbeiten, was Hör-/Sehprobleme angeht</i>
9 = weiß nicht	

Wie viel Hilfe **erhält** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person dabei von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. Unterstützung</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. Untersuchungen/Behandlungen; regelmäßig Hilfestellung</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. Hilfe mehrmals wöchentlich; Terminvereinbarungen mit spezialisierten Diensten</i>
9 = weiß nicht	

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe beim Seh- und Hörvermögen?
(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe beim Seh- und Hörvermögen?
(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

9.) Mobilität

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Ist die Mobilität der Person eingeschränkt, stürzt sie häufig oder hat sie damit Probleme, öffentliche Transportmittel zu benutzen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie Schwierigkeiten, sich außerhalb oder innerhalb Ihrer Wohnung fortzubewegen? Kommt es vor, dass Sie stolpern, hinfallen oder stürzen? Sind Sie in der Lage, allein den Zug oder den Bus zu benutzen?

0 = keine Probleme	<i>z. B. körperlich fit und mobil</i>
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden	<i>z. B. einige Schwierigkeiten beim Laufen, Treppen steigen, Benutzung öffentl. Verkehrsmittel, aber mit Hilfe (z. B. Gehhilfen) dazu fähig; einige Stürze</i>
2 = ernste Probleme	<i>z. B. sehr eingeschränkte Mobilität, auch mit Gehhilfen, öfters Stürze</i>
9 = weiß nicht	

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 10

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei eingeschränkter Mobilität von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. gelegentlich Hilfe z. B. Beförderung</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. regelmäßige Hilfe bei Mobilität/im öffentlichen Verkehr, beim Umbau der Wohnung</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. täglich Mobilitäts-, und Transporthilfe</i>
9 = weiß nicht	

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei eingeschränkter Mobilität von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei eingeschränkter Mobilität von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. Ratschläge; eine oder mehrere Hilfen</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. in Behandlung und/oder Physiotherapeut; regelmäßiger Transport, z. B. zur Tagesstätte</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. vollständige Hilfe beim Umbau. Hilfestellung an den meisten Tagen.</i>
9 = weiß nicht	

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei eingeschränkter Mobilität?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei eingeschränkter Mobilität?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

--

10.) Kontinenz

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Hat die Person Probleme mit Inkontinenz?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kommt es zu Einnässen, wenn Sie schnell genug eine Toilette finden? (Wie schwerwiegend ist das Problem? Geht auch gelegentlich Stuhlgang in die Hose? Bekommen Sie Hilfe diesbezüglich?)

0 = keine Probleme	<i>z. B. nicht inkontinent</i>
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden	<i>z. B. gelegentlich inkontinent, bekommt geeignete Hilfe/Behandlung</i>
2 = ernste Probleme	<i>z. B. regelmäßig inkontinent</i>
9 = weiß nicht	

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 11

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Inkontinenz von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. Unterstützung zur Erhaltung der Kontinenz</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. regelmäßig bei Wäsche, Hygiene und dem Gebrauch von Inkontinenzhilfen</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. vollständige Unterstützung bei Wäsche, Hygiene u. dem Gebrauch von Inkontinenzhilfen</i>
9 = weiß nicht	

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Inkontinenz von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei Inkontinenz von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. gelegentlich zur Erhaltung der Kontinenz und Beschaffung von Inkontinenzhilfen</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. Untersuchungen/Behandlungen; regelmäßige Hilfe bei Wäsche, Hygiene, Gebrauch von Inkontinenzhilfen</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. benötigt ärztliche Hilfe (z. B. OP), rundum Pflege und Hilfe (z. B. im Pflegeheim)</i>
9 = weiß nicht	

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei Inkontinenz?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei Inkontinenz?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

--

11.) Körperliche Gesundheit

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Leidet die Person an körperlichen Krankheiten oder Gebrechen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie geht es Ihnen körperlich? Werden Sie von Ihrem Arzt wegen körperlichen Krankheiten behandelt?

- | | |
|--|---|
| 0 = keine Probleme | <i>z. B. körperlich gesund</i> |
| 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden | <i>z. B. körperliche Gebrechen wie Bluthochdruck, unter geeigneter Behandlung</i> |
| 2 = ernste Probleme | <i>z. B. unbehandelte körperliche Gebrechen; Krankheit im Endstadium; wartet auf lebenswichtige Operation</i> |
| 9 = weiß nicht | |

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 12

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei körperlichen Krankheiten von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | |
|--------------------|--|
| 0 = keine | |
| 1 = wenig Hilfe | <i>z. B. Terminvereinbarung für Arztbesuch</i> |
| 2 = mittlere Hilfe | <i>z. B. regelmäßige Begleitung zum Arzt/ins Krankenhaus</i> |
| 3 = viel Hilfe | <i>z. B. tägliche Hilfe während Rekonvaleszenz, z. B. wohnt mit Angehörigen für die Zeit der Rekonvaleszenz oder Krankheit</i> |
| 9 = weiß nicht | |

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei körperlichen Krankheiten von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei körperlichen Krankheiten von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | |
|--------------------|---|
| 0 = keine | |
| 1 = wenig Hilfe | <i>z. B. medizinische Beratung und Diätberatung; gelegentliche Besuche beim Hausarzt</i> |
| 2 = mittlere Hilfe | <i>z. B. Verschreibung der Medik.; regelm. ärztliche Kontrolle (Hausarzt, KH, Krankenschw.)</i> |
| 3 = viel Hilfe | <i>z. B. stationäre Behandlung; 24-Stunden Pflege</i> |
| 9 = weiß nicht | |

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei körperlichen Krankheiten?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei körperlichen Krankheiten?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

--

12.) Medikamente

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Hat die Person Probleme bezüglich einer medikamentösen Behandlung, z. B. mit Nebenwirkungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gibt es Problem mit den Medikamenten, die Sie einnehmen, z. B. Nebenwirkungen? Wie viele verschiedene Sorten von Tabletten nehmen Sie ein? Wurde die Medikamentenverschreibung in letzter Zeit von Ihrem Arzt überprüft, oder wird das Rezept einfach abgeholt? Nehmen Sie außerdem Medikamente ein, die nicht direkt vom Arzt verschrieben wurden?

- 0 = keine Probleme z. B. keine Probleme mit Compliance, Nebenwirk., Medikamentenabusus/-abhängigkeit
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. regelmäßige Überprüfung der Medikation; Medikamente werden verabreicht; Tablettenspender
 2 = ernste Probleme z. B. schlechte Compliance; Über-/Unterdosierung; Medikamentenabusus/-abhängigkeit
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 13

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei der Medikamenteneinnahme von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. gelegentliche Hilfe; Aufklärung über Risiken/Missbrauch
 2 = mittlere Hilfe z. B. besorgen, erinnern, überprüfen der Medikation
 3 = viel Hilfe z. B. Verabreichung u. Verwahrung der Medikamente, Unterstützung für die Entzugsdauer
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei der Medikamenteneinnahme von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei der Medikamenteneinnahme von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. ärztliche Beratung, Hilfe bei Medikamenteneinnahme
 2 = mittlere Hilfe z. B. Betreuung durch Krankenschwester/Tagesklinik
 3 = viel Hilfe z. B. Verabreichung u. Verwahrung der Medikamente, Unterstützung für die Entzugsdauer
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei der Medikamenteneinnahme?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei der Medikamenteneinnahme?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

13.) Psychotische Symptome

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Zeigt die Person psychotische Symptome, wie wahnhafte Einbildungen, Halluzinationen, Denkstörungen, Autismus/ Passivität?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hören Sie Stimmen, oder sehen seltsame Dinge, oder haben Sie Schwierigkeiten mit ungeordneten, seltsamen Gedanken? Nehmen Sie deswegen Medikamente ein?

0 = keine Probleme *z. B. keine erkennbaren Symptome; keine Medikation gegen psychotische Symptome*
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden *z. B. medikamentöse Behandlung oder andersartige Hilfe*
 2 = ernste Probleme *z. B. hat regelmäßige Symptome oder ist gefährdet symptomatisch zu werden*
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 14

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei psychotischen Symptomen von Freunden oder Verwandten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. gelegentliche Hilfe*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. Unterstützung durch Pfleger bei Bewältigungsstrategien oder Medikamenteneinnahme*
 3 = viel Hilfe *z. B. regelmäßige Überwachung der Medikamenteneinnahme, Unterstützung bei Bewältigung*
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei psychotischen Symptomen von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei psychotischen Symptomen von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. mentaler Status u. Medikation werden alle 3 Monate od. seltener überprüft; Selbsthilfegr.*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. mentaler Status und Medikation werden öfter als drei Monate überprüft; häufige geeignete ärztliche Therapie beim Arzt, Tagesklinik*
 3 = viel Hilfe *z. B. in ständiger Behandlung (stationär, Tagesklinik od. Krisenintervention zu Hause)*
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei psychotischen Symptomen?
 (0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei psychotischen Symptomen?
 (0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Bemerkungen

14.) Psychischer Stress

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Leidet die Person unter psychischem Stress oder einer psychischen Belastungssituation?

--	--	--

Haben Sie sich in letzter Zeit besonders traurig oder überfordert gefühlt? Haben Sie sich in letzter Zeit unruhig, ängstlich oder besorgt gefühlt?

- 0 = keine Probleme *z. B. gelegentlich oder geringe Belastung*
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden *z. B. braucht und erhält laufend Hilfe*
 2 = ernste Probleme *z. B. ernste Beeinträchtigung der Lebensführung, hindert Person an Aktivitäten*
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 15

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei psychischem Stress von Freunden oder Verwandten?

--	--	--

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. gelegentliche Unterstützung*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. wöchentliche Möglichkeit zum Gespräch über Stress, bekommt Hilfe bei Bewältigung*
 3 = viel Hilfe *z. B. regelmäßige Betreuung und Unterstützung*
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei psychischem Stress von örtlichen Hilfsdiensten?

--	--	--

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei psychischem Stress von örtlichen Hilfsdiensten?

--	--	--

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. Beurteilung des mentalen Status oder gelegentlich Unterstützung*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. psychologische Hilfe bei Angstzuständen; wöchentlich ärztliche Hilfe*
 3 = viel Hilfe *z. B. Hilfe stationär oder Krisenintervention zu Hause*
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei psychischem Stress?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

--	--	--

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei psychischem Stress?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

--	--	--

Bemerkungen

15.) Angaben über Gesundheitszustand und Behandlung

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Hat die Person klare mündliche oder schriftliche Informationen über ihren Gesundheitszustand und die Behandlung erhalten?

Haben Sie klare Informationen über Ihren Gesundheitszustand, Ihre medikamentöse oder anderweitige Behandlung bekommen? Möchten Sie solche Informationen? Wie hilfreich waren diese Informationen für Sie?

- 0 = keine Probleme *z. B. hat klare Informationen erhalten und verstanden oder wünscht keine Informationen; fortgeschrittene Demenz schließt Notwendigkeit der Information aus*
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden *z. B. hat unvollst. Informationen erh. od. nicht alles verst.*
 2 = ernste Probleme *z. B. hat inadäquate oder keine Informationen erhalten*
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 16

Wie viel Hilfe **erhält** die Person von Freunden oder Verwandten bei Informationen über den Gesundheitszustand?

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. einige Ratschläge*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. Informationsbroschüren, oder Kontakt mit Selbsthilfegruppen*
 3 = viel Hilfe *z. B. regelmäßiger Kontakt mit Fachpersonal, freiwilligen Gruppen (z. B. Alzheimer Gesellschaft) über Freunde und Verwandte*
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Informationen über den Gesundheitszustand von örtlichen Hilfsdiensten?

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei Informationen über den Gesundheitszustand von örtlichen Hilfsdiensten?

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. kurze mündliche oder schriftliche Informationen über Krankheit/Behandlung*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. Einzelheiten über Selbsthilfegruppen. ; ausführliche Informationen, z. B. während Aufenthalt in Tagesklinik*
 3 = viel Hilfe *z. B. spezifische persönliche Schulung mit oder ohne detaillierte schriftliche Informationen*
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei Informationen über den Gesundheitszustand?
 (0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei Informationen über den Gesundheitszustand?
 (0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

Bemerkungen

16.) Eigengefährdung

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Ist die Person eine Gefahr für sich selbst,
besteht Eigengefährdung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie jemals daran gedacht, sich selbst Schaden zuzufügen? Oder haben Sie sich selbst schon einmal geschädigt oder sich etwas angetan?

0 = keine Probleme	<i>z. B. keine Gedanken an Selbstgefährdung oder Selbstmord</i>
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden	<i>z. B. Suizidgefährdung wird überwacht; bekommt Hilfe</i>
2 = ernste Probleme	<i>z. B. hat Selbstmordgedanken geäußert; erfolgte Selbstgefährdung, oder hat sich in den letzten Monaten in erhebliche Gefahr gebracht</i>
9 = weiß nicht	

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 17

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Eigengefährdung
von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit Freunden/Verwandten bei Unsicherheit/Problemen</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. gelegentlich Kontakt und Interesse von Freunden/Verwandten</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. regelmäßig Kontakt und starkes Interesse am Zustand der Person und an Hilfeleistung</i>
9 = weiß nicht	

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Eigengefährdung von
örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei Eigengefährdung
von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. Möglichkeit zur Kontaktaufnahme bei Unsicherheit/Problemen</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. wöchentliche Kontrolle des medizinischen Personals; regelmäßige Betreuung</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. tägliche Betreuung und Überwachung; stationäre Behandlung</i>
9 = weiß nicht	

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe
bei Eigengefährdung?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß
der Hilfe bei Eigengefährdung?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

--

17.) Unfreiwillige/ unbeabsichtigte Selbstschädigung

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Besteht das Risiko, dass die Person sich selbst ungewollt Schaden zufügt?

Ist es vorgekommen, dass Sie Dinge getan haben, mit denen Sie sich unbeabsichtigt in Gefahr gebracht haben (z. B. Gasherd anlassen, offenen Kamin unbeaufsichtigt lassen, sich verirrt haben)?

0 = keine Probleme z. B. keine unbeabsichtigte Selbstgefährdung
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. Betreuung oder Hilfe, z. B. Erinnerungshilfen
2 = ernste Probleme z. B. häufiges gefährliches Verhalten, z. B. Verlaufen Gas-/Feuergefährdung
9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 18

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei unbeabsichtigter Selbstschädigung von Freunden oder Verwandten?

0 = keine
1 = wenig Hilfe z. B. regelmäßige Betreuung, wöchentlich oder seltener
2 = mittlere Hilfe z. B. Betreuung an 3-5 Tagen pro Woche
3 = viel Hilfe z. B. ständige Betreuung/ 24-Stunden Überwachung
9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei unbeabsichtigter Selbstschädigung von örtlichen Hilfsdiensten?

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei unbeabsichtigter Selbstschädigung von örtlichen Hilfsdiensten?

0 = keine
1 = wenig Hilfe z. B. Verhaltenskontrolle wöchentlich oder seltener
2 = mittlere Hilfe z. B. tägliche Betreuung
3 = viel Hilfe z. B. ständige Betreuung, z. B. im Pflegeheim
9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei unbeabsichtigter Selbstschädigung?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei unbeabsichtigter Selbstschädigung?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

Bemerkungen

18.) Persönliche Unversehrtheit (Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung, Ausnutzen durch andere)

Beurteiler
 Patient Personal Angehörige

Ist die Person durch andere gefährdet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hat jemand Sie schwerer geängstigt oder Ihnen Schaden zugefügt oder Ihre Situation ausgenutzt?

- 0 = keine Probleme z. B. keine Gefährdung/Vernachlässigung
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. benötigt und bekommt Schutz und Unterstützung
 2 = ernste Probleme z. B. regelmäßig angeschrien, gestoßen od. vernachlässigt
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 19

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Gefährdung durch Dritte von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. gelegentlich Ratschläge
 2 = mittlere Hilfe z. B. regelmäßige Unterstützung und Schutz
 3 = viel Hilfe z. B. konstante Unterstützung; regelmäßig Schutz; Schlichten
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Gefährdung durch Dritte von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei Gefährdung durch Dritte von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. Möglichkeit bei Angst oder Bedrohung Kontakt aufzunehmen
 2 = mittlere Hilfe z. B. regelmäßig Unterstützung; gelegentlich Schutz
 3 = viel Hilfe z. B. konstante Betreuung; gesetzliche/gerichtliche Hilfe; Trennung von der bedrohenden Pers.
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei Gefährdung durch Dritte?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei Gefährdung durch Dritte?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

19.) Verhalten

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Ist das Verhalten der Person gefährlich, bedrohlich, störend oder belästigend für andere?

--	--	--

Haben Sie häufiger Probleme oder Streit mit anderen (z. B. indem Sie sich in deren Angelegenheiten mischen oder andere stören oder verärgern)? Was geschieht in solchen Fällen?

- 0 = keine Probleme z. B. keine Auffälligkeiten beim Umgang mit anderen Personen
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. Betreuung nötig, da potenzielles Risiko
 2 = ernste Probleme z. B. aggressives, bedrohendes oder störendes Verhalten
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 20

Wie viel Hilfe **erhält** die Person zur Reduzierung bedrohlichen Verhaltens von Freunden oder Verwandten?

--	--	--

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. Hilfe/Betreuung wöchentlich oder seltener
 2 = mittlere Hilfe z. B. Hilfe/Betreuung öfter als ein Mal wöchentlich
 3 = viel Hilfe z. B. ständige Betreuung wegen anhaltendem störendem Verhalten
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person zur Reduzierung bedrohlichen Verhaltens von örtlichen Hilfsdiensten?

--	--	--

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person zur Reduzierung bedrohlichen Verhaltens von örtlichen Hilfsdiensten?

--	--	--

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. Verhaltenskontrolle wöchentlich oder seltener
 2 = mittlere Hilfe z. B. Tägliche Betreuung oder Nachtwache
 3 = viel Hilfe z. B. ständige Betreuung; Verhaltenstherapie
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe zur Reduzierung bedrohlichen Verhaltens?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

--	--	--

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe zur Reduzierung bedrohlichen Verhaltens?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

--	--	--

Bemerkungen

20.) Alkohol

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Trinkt die Person übermäßig, oder hat sie ein Problem, ihre Trinkgewohnheiten zu kontrollieren?

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? Bereitet Ihnen das Trinken Probleme? Hatten Sie deswegen Schuldgefühle? Wünschen Sie sich, weniger zu trinken, die Menge reduzieren zu können?

0 = keine Probleme	<i>z. B. trinkt nicht oder wenig</i>
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden	<i>z. B. suchtgefährdet, erhält Hilfe</i>
2 = ernste Probleme	<i>z. B. Alkoholabusus</i>
9 = weiß nicht	

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 21

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Alkoholproblemen von Freunden oder Verwandten?

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. Rat, Konsum zu reduzieren</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. Information über Selbsthilfegruppen, z. B. Anonyme Alkoholiker</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. konstante Hilfe und/oder Kontrolle des Alkoholkonsums</i>
9 = weiß nicht	

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Alkoholproblemen von örtlichen Hilfsdiensten?

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei Alkoholproblemen von örtlichen Hilfsdiensten?

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. Informationen über Risiken</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. Hilfe durch zuständige Stellen und Informationen über Selbsthilfegruppen</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. Alkoholentzug in Klinik; Suchttherapie</i>
9 = weiß nicht	

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei Alkoholproblemen?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei Alkoholproblemen?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

Bemerkungen

--

21.) Soziale Kontakte

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Braucht die Person Unterstützung bei dem Herstellen und Unterhalten von sozialen Kontakten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Sind Sie mit Ihren sozialen Kontakten und sozialen Aktivitäten zufrieden? Wünschen Sie sich, dass Sie mehr Kontakte zu anderen hätten?

0 = keine Probleme	<i>z. B. kann ausreichend soziale Kontakte organisieren, hat genügend Kontakte zu Freunden</i>
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden	<i>z. B. nachts alleine, aber nimmt tagsüber an regelmäßigen Aktivitäten teil</i>
2 = ernste Probleme	<i>z. B. fühlt sich oft alleine und isoliert; sehr spärliche soziale Kontakte</i>
9 = weiß nicht	

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 22

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei sozialen Kontakten von Freunden oder Verwandten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. sozialer Kontakt/Besuch seltener als ein Mal pro Woche</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. sozialer Kontakt wöchentlich oder öfter</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. sozialer Kontakt mindestens vier Mal pro Woche</i>
9 = weiß nicht	

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei sozialen Kontakten von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei sozialen Kontakten von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. gelegentliche Besuche von Bekannten oder freiwilligen Helfern; Verweisung an ein Tageszentrum</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. regelmäßiger Besuch eines Tageszentrums; regelmäßige organisierte Aktivitäten</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. Besuch eines Tageszentrums oder Hausbesuche drei mal pro Woche oder öfter</i>
9 = weiß nicht	

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei sozialen Kontakten?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei sozialen Kontakten?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Bemerkungen

--

22.) Partnerbeziehungen

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Hat die Person einen Partner, Verwandte oder Freunde, zu dem/ denen eine enge emotionale/ körperliche Beziehung besteht?

Haben Sie einen Partner/ Lebensgefährten, dem Sie sich eng verbunden fühlen? Kommen Sie gut miteinander aus? Können Sie über Ihre Sorgen und Probleme miteinander sprechen? Fehlt Ihnen körperlicher Kontakt/ Intimleben?

0 = keine Probleme *z. B. zufrieden mit bestehender Partnerschaft oder wünscht keine*

1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden *z. B. Beratung, die hilfreich ist*

2 = ernste Probleme *z. B. sehr einsam, keine Vertrauensperson vorhanden*

9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 23

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Partnerbeziehungen oder Einsamkeit von Freunden oder Verwandten?

0 = keine

1 = wenig Hilfe *z. B. gelegentliche Zuwendung*

2 = mittlere Hilfe *z. B. regelmäßig Unterstützung*

3 = viel Hilfe *z. B. Hilfe beim Kontaktieren von Beratungsdiensten und Möglichkeit, die Person dorthin zu begleiten*

9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Partnerbeziehungen oder Einsamkeit von örtlichen Hilfsdiensten?

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei Partnerbeziehungen oder Einsamkeit von örtlichen Hilfsdiensten?

0 = keine

1 = wenig Hilfe *z. B. einige Unterstützung/Ratschläge*

2 = mittlere Hilfe *z. B. regelmäßig Unterstützung/Ratschläge*

3 = viel Hilfe *z. B. intensive Zuwendung, spezifische Therapie, Beratung*

9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei Partnerbeziehungen oder Einsamkeit?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei Partnerbeziehungen oder Einsamkeit?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

Bemerkungen

23.) Finanzielle Situation

	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Hat die Person Problem damit, mit ihrem Geld umzugehen, oder das Geld einzuteilen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie Schwierigkeiten, Ihr Geld zu verwalten, mit Ihrem Geld zurechtzukommen? Können Sie den Überblick über Ihre Rechnungen behalten, können Sie Ihre Rechnungen bezahlen?

0 = keine Probleme	<i>z. B. fähig, nötige Sachen einzukaufen und Rechnungen zu bezahlen</i>
1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden	<i>z. B. erhält Hilfe beim Geldumgang</i>
2 = ernste Probleme	<i>z. B. hat öfter kein Geld für nötige Sachen oder Rechnungen, unfähig, finanzielle Angelegenheiten zu regeln</i>
9 = weiß nicht	

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage 24

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei ihrer finanziellen Situation von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. gelegentliche Hilfe z. B. beim Verwalten von Haushaltsrechnungen</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. Berechnen des Wochenbudgets, Betreuung bei Rentenauszahlung</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. komplette Übernahme der finanziellen Angelegenheiten, gesetzlicher Betreuer vorhanden</i>
9 = weiß nicht	

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei ihrer finanziellen Situation von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei ihrer finanziellen Situation von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine	
1 = wenig Hilfe	<i>z. B. gelegentlich Hilfe bei Budgeteinteilung</i>
2 = mittlere Hilfe	<i>z. B. Betreuung bei Rentenauszahlung, bekommt wöchentlich Taschengeld</i>
3 = viel Hilfe	<i>z. B. komplette Übernahme der finanziellen Angelegenheit; gerichtliche Überwachung; gesetzlicher Betreuer</i>
9 = weiß nicht	

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei ihrer finanziellen Situation?

(0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei ihrer finanziellen Situation?

(0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

--

24.) Finanzielle Unterstützung, Zuschüsse

Beurteiler
 Patient Personal Angehörige

Ist sichergestellt, dass die Person sämtliche finanzielle Unterstützung erhält, zu der sie berechtigt ist?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Sind Sie sicher, dass Sie all die finanzielle Unterstützung erhalten, die Ihnen zusteht?

- 0 = keine Probleme z. B. benötigt keine finanzielle Unterstützung od. bekommt sämtliche ihr zustehende Unterst.
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden z. B. erhält Hilfe bei Beantragung von Leistungen/Unterst.
 2 = ernste Probleme z. B. nicht sicher oder bekommt nicht die ihr zustehende finanzielle Unterstützung
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage A

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Beantragung finanzieller Unterstützung von Freunden oder Verwandten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. gelegentlich Nachfrage, ob Person überhaupt Unterstützung bekommt
 2 = mittlere Hilfe z. B. Erkundigen nach Möglichkeiten finanzieller Unterstützung, Hilfe beim Beantragen
 3 = viel Hilfe z. B. Freunde/Verwandte haben sichergestellt, dass Person volle finanzielle Unterst. erhält
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die Person bei Beantragung finanzieller Unterstützung von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die Person bei Beantragung finanzieller Unterstützung von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe z. B. gelegentlich Beratung über zustehende finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten
 2 = mittlere Hilfe z. B. Hilfe beim Beantragen von zusätzlicher Unterstützung
 3 = viel Hilfe z. B. umfassende Bewertung der nötigen aktuellen finanziellen Unterstützung
 9 = weiß nicht

Erhält die Person die **richtige Art** von Hilfe bei Beantragung finanzieller Unterstützung?
 (0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ist die Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei Beantragung finanzieller Unterstützung?
 (0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Bemerkungen

A.) Informationsbedarf des betreuenden/ pflegenden Angehörigen

Beurteiler
Patient Personal Angehörige

Hat der betreuende/ pflegende Angehörige klare Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten und über sämtliche verfügbaren Behandlungsmethoden und Unterstützungsangebote erhalten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie klare Informationen über den Gesundheitszustand von dem betreuenden/pflegenden Angehörigen und Behandlungsmöglichkeiten sowie unterstützende Hilfsdienste erhalten?

Wie hilfreich waren diese Informationen für Sie?

0 = keine Probleme *z. B. Informationen bekommen und verstanden*
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden *z. B. nicht alle Informationen bekommen od. verstanden*
 2 = ernste Probleme *z. B. geringe oder keine Informationen erhalten*
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, gehen Sie weiter zu Frage B

Wie viel Hilfe **erhält** die betreuende Person zum Erlangen solcher Informationen von Freunden oder Verwandten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. einige Ratschläge*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. Informationsmaterial oder Herstellen eines Kontaktes mit Selbsthilfegruppen*
 3 = viel Hilfe *z. B. regelmäßiger Kontakt mit Arzt oder professioneller Hilfe*
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die betreuende Person zum Erlangen solcher Informationen von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie viel Hilfe **benötigt** die betreuende Person zum Erlangen solcher Informationen von örtlichen Hilfsdiensten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. kurze mündliche oder schriftliche Informationen über Zustand/Behandlung/Probleme*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. Einzelheiten über Selbsthilfegruppen, persönliche Erklärungen über Behandlungsmöglichkeiten, Alternativen, Gesundheitszustand*
 3 = viel Hilfe *z. B. hat ausführliche schriftliche Informat. bekommen, an Problemschulung teilgenommen*
 9 = weiß nicht

Erhält die betreuende Person die **richtige Art** von Hilfe zum Erlangen solcher Informationen?
 (0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist die betreuende Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe zum Erlangen solcher Informationen?
 (0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen

B.) Stress und psychische Probleme des pflegenden/ betreuenden Angehörigen	Beurteiler		
	Patient	Personal	Angehörige

Ist der betreuende/ pflegende Angehörige derzeit psychisch überfordert?

*Ist es schwierig oder sehr belastend für Sie, den Angehörigen zu betreuen bzw. zu pflegen?
Haben Sie das Gefühl, dass Sie eine Pause benötigen, oder selbst viel mehr Unterstützung brauchen?*

- 0 = keine Probleme *z. B. kommt gut zurecht*
 1 = keine/geringe Probleme, da Hilfe vorhanden *z. B. wenig Stress; bekommt Hilfe*
 2 = ernste Probleme *z. B. gibt erheblichen Stress oder Depressivität an, wünscht Pflegeentlastung*
 9 = weiß nicht

Falls 0 oder 9 gewählt wurde, ist die Befragung zu Ende

Wie viel Hilfe **erhält** die betreuende Person bei Stress von Freunden oder Verwandten?

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. gelegentlich Ratschläge/Unterstützung*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. wöchentliche praktische und/oder emotionale Unterstützung und/oder Pflegepause*
 3 = viel Hilfe *z. B. regelmäßige Ruhepause und Hilfe bei Pflegeaufgaben (z. B. 3-4 mal pro Woche)*
 9 = weiß nicht

Wie viel Hilfe **erhält** die betreuende Person bei Stress von örtlichen Hilfsdiensten?

Wie viel Hilfe **benötigt** die betreuende Person bei Stress von örtlichen Hilfsdiensten?

- 0 = keine
 1 = wenig Hilfe *z. B. Beratung über andere Möglichkeit der Pflege, z. B. Pflegeheim*
 2 = mittlere Hilfe *z. B. wöchentlich Hilfe, gelegentl. Pflegepause, Besuch von Sozialarbeitern, Selbsthilfegruppen*
 3 = viel Hilfe *z. B. regelmäßig Pflegepause; Behandlung gegen Stress/Depression*
 9 = weiß nicht

Erhält die betreuende Person die **richtige Art** von Hilfe bei Stress?
 (0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht)

Ist die betreuende Person insgesamt **zufrieden** mit dem Ausmaß der Hilfe bei Stress?
 (0 = nicht zufrieden 1 = zufrieden)

Bemerkungen

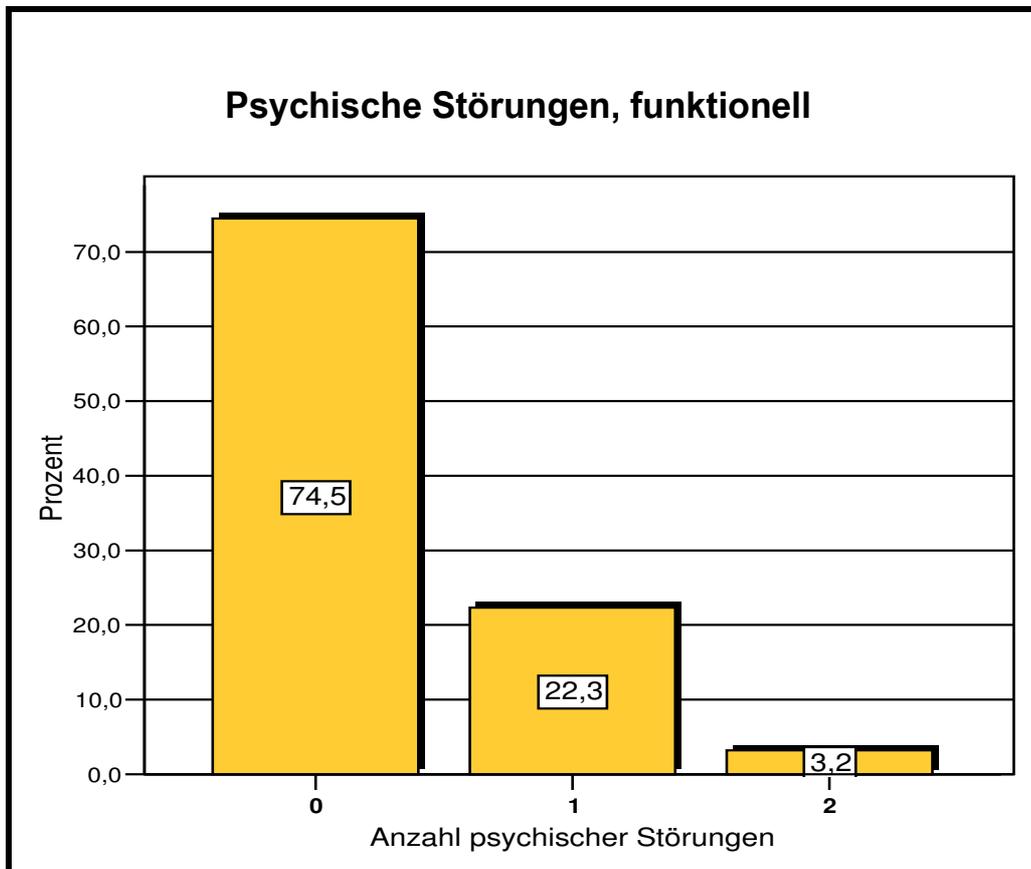
7.2. Zusatzfragen

1. Name des Beurteilers:	
2. Name des Patienten:	
3. Alter des Patienten:	
4. Geschlecht:	
5. Einrichtung:	
6. Seit wann in der Einrichtung:	
7. Diagnosen:	
8. Familienstand:	
9. Herkunft (Nationalität):	
10. Pflegestufe (I, II, III):	
11. Wie oft Besuch von Angehörigen oder Freunden/Woche?	
12. Dauer der Besuche insgesamt:	<ul style="list-style-type: none"> - weniger als 1 Stunde - bis 4 Stunden - bis 8 Stunden - mehr als 8 Stunden
13. Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Jahren	
14. Erfolgte Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nein - weiß nicht
15. Mit welchen der folgenden Personen/Institutionen hat die Person in den letzten 4 Wochen Kontakt gehabt?	<ul style="list-style-type: none"> - Arzt - Psychiater - Psychologe - Ergotherapeut - freiwilliger Helfer - Tagesstätte
16. Hat die Person einen rechtlichen Betreuer?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nein
17. Wer ist die engste Bezugsperson?	
18. Wie anstrengend ist der Patient?	<ul style="list-style-type: none"> - im normalen Bereich - ist belastender als andere

	<ul style="list-style-type: none"> - ist sehr belastend - weiß ich nicht 			
19. Ist auch nachts ein Ansprechpartner erforderlich?	<ul style="list-style-type: none"> - nein - gelegentlich - fast immer - weiß nicht 			
<p>20. Wie oft gab es in den letzten 4 Wochen bei der Person Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - von Wahnideen, d. h. Überzeugungen, die unbegründet, unrealistisch u. eigentümlich sind (z. B. Verfolgungsideen, Größenideen, Verarmungsideen)? - von Erregung (z. B. Hin- und Herlaufen, Überempfindlichkeit auf Reize usw.)? - von Halluzinationen (z. B. Stimmenhören, Visionen usw.) - von Feindseligkeit (z. B. verbaler und nicht verbaler Ausdruck von Ärger, Groll usw.)? - davon, dass sich die Person gefühlsmäßig zurückgezogen hat (z. B. fehlendes Interesse an Ereignissen, scheint weit weg u. nicht ansprechbar usw.) - von sozialer Passivität (z. B. weniger Initiative, mit anderen Menschen etwas zu unternehmen, die meisten Aktivitäten werden mechanisch erledigt)? - von Angst (z. B. Unruhe, welche von übermäßiger Besorgtheit über Gegenwart u. Zukunft bis zur Panik reicht usw.)? - von Depression (z. B. Gefühle der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit usw.)? <p>von besonders ungewöhnlichen Denkinhalten (z. B. bizarre, befremdliche oder phantastische Denkinhalte, welche verzerrt oder unlogisch sind usw.)?</p>	Nie	selten	oft	fast immer

7.3. Graphik

Graphik 1: Psychische Störungen, funktionell



7.4. Tabellen

Tabelle 1: Erhobene Diagnosen aus Patientenakten, Gesamtanzahl

Pers. Nr.	Erhobene Diagnosen aus Patientenakten	Anzahl Diagnosen
1	Herzinsuffizienz bei KHK; Hypertonie; drohende Erblindung	3
2	Diabetes mellitus Typ 2; Parkinson; KHK; Z. n. Myokardinfarkt	3
3	Herzinsuffizienz bei KHK; Depression	2
4	Hypertonie; Hemiparese nach Stammganglieninfarkt 7/98; Z. n. Radiusfraktur li.	2
5	Diabetes mellitus Typ 2; Herzinsuffizienz bei KHK; DAT; HOPS; Z. n. Hysterektomie 1977 bei Uterus CA	4
6	Endogene Depression; TEP bds. bei Coxarthrose; V.a. Parkinson	3
7	Herzinsuffizienz bei KHK mit Lungenödem; Klappenvitien	2
8	Dekompensierte Niereninsuff.; Z. n. Blasen CA mit Harninkontinenz; Synkopen	3
9	Diabetes mellitus Typ 2; KHK mit 5-fach ACVB; Herzschrittmacher	3
10	TIA; Hypertonus; KHK; Niereninsuffizienz	4
11	AVK; KHK mit Herzinsuffizienz; instabiler LWK; Rheuma; Diabetes mellitus Typ 2; kompensierte Niereninsuff.; Adipositas p .m.	7
12	Diabetes mellitus Typ 2; Mitralklappeninsuff. II-III° und TI III°; renale Nephropatie; Synkopen; Herzinsuffizienz bei KHK	5
13	Diabetes mellitus Typ 2; Syringomyelie; Depressives Syndrom	3
14	Parkinson; Symptomatische Epilepsie; vask. Leukenzephalopathie	3
15	Depression; Herzinsuffizienz bei KHK; Niereninsuffizienz	3
16	Z. n. Mama CA; Z. n. Hirnstamminfarkt; Herzinsuffizienz	2
17	MS ; Depressives Syndrom	2
18	Arthrose; Osteoporose; Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Polyneuropathie; Varizen	3
19	Diabetes mellitus Typ 2; Hypertonie; Alzheimer; Arthrose	4
20	Herzinsuffizienz bei KHK; TIA bei ACI Stenose; schwere Kyphoskoliose; Alzheimer; CVI	4
21	Diabetes mellitus Typ 2; Depression; Z. n. Melanom OP;	4

	Herzrhythmusstörungen; Cerebrovaskuläre Insuff.	
22	Spinale Ataxie; bulbäre Sprachstörung bei Hirnatrophie und Z. n. Apoplex; Penisamputation	3
23	Senile Demenz; Z. n. Kolon CA mit Anus praeter Versorgung	2
24	Involutionspsychose mit depr. Symptomatik; Hypertonie; Parkinson; Herzschrittmacher	4
25	HOPS vom Alzheimer Typ; Multiinfarktdemenz; globale Herzinsuffizienz bei KHK; pulmonale Hypertonie mit Tricuspidalinsuff.	4
26	Depressives Syndrom; Parkinson; Arthrose	3
27	HOPS; Diabetes mellitus Typ 2; Angina pectoris bei KHK mit Herzinsuffizienz; Niereninsuffizienz; Z. n. Mama Ca 1996	4
28	Parkinson; KHK; Apoplex; Z. n. Kolon CA mit Hemicolectomie 1997; Hypakusis	5
29	Hypertonie; Depression; Parkinson	3
30	Z. n. Hysterektomie; Hypertonie; Adipositas per magna; Z. n. Nephrektomie links	3
31	Diabetes; Herzschrittmacher; KHK	2
32	TIA; KHK; Diabetes mellitus Typ 2; Alzheimer	4
33	KHK; Mitralinsuff. III°; Oberschenkelamputation re. und Zehenamputation li. bei pAVK; Absolute Arrhythmie; KHK; Struma nodosa	6
34	Parkinson; fortgeschrittene DAT; Hypertonie	3
35	Diabetes mellitus Typ 2; HOPS; Herzinsuffizienz bei KHK	3
36	Herzinsuffizienz bei KHK; Diabetes Typ 2; DAT	3
37	KHK; Hypertonie mit Herzinsuffizienz; Aszites; Niereninsuff.; Mitralstenose und Aortenstenose; Diabetes mellitus Typ 2	6
38	Herzinsuffizienz bei KHK; manifeste Osteoporose mit Sitz- und Schambeinfraktur '95, Z. n. Apoplex mit motorischer Aphasie	3
39	Diabetes mellitus Typ 2; Depression	2
40	Parkinson; Herzinsuffizienz I; (Z. n. Magen OP bei Perforation)	2
41	HOPS; Synkopen bei TIA; Herzinsuffizienz; Z. n. Cholezystektomie	3
42	Diabetes mellitus Typ 2; Depression; Rheuma; Arthrose; HOPS	5
43	Hypertonus; manifeste Osteoporose; Hyperthyreose;	4

	Herzrhythmusstörungen	
44	Herzinsuffizienz bei KHK; Herzschrittmacher; Depression	3
45	Herzinsuffizienz bei KHK; Z. n. Rektumperforation mit A. p. Anlage; Schultersteife nach Humerusfraktur	3
46	Z. n. Apoplex; Hypertonie	2
47	Herzschrittmacher; Z. n. Myokardinfarkt bei KHK; LWS Fraktur stabilisiert bei manifester Osteoporose	3
48	HI bei KHK; Apoplex mit diskreter Hemiparese; Parkinson; Hypothyreose	4
49	Demenz	1
50	DAT; Hypertonie; Herzinsuffizienz bei KHK	3
51	Parkinson; Hypertonie; Herzinsuffizienz bei KHK; Rheuma	4
52	DAT	1
53	Parkinson; Herzinsuffizienz bei KHK; Diabetes; Polyarthrit	4
54	D.m. Typ 2; Apoplex `96 mit Hemiparese li.; Schizophrenie; Involutionen Depression; Psychose mit Wahnvorstellungen	4
55	Dekompens. Herzinsuffizienz bei KHK; DAT	2
56	DAT	1
57	Diabetes mellitus Typ 2; KHK; cerebrale Durchblutungsstörungen; Struma multinodosa; Involutionen Depression; HOPS; Parkinson	5
58	HOPS; Polyarthrose	2
59	Psychose aus schizophrenem Formenkreis; Angstzustände; Depression	2
60	Herzinsuffizienz bei KHK; Polyarthrose; chron. rezidiv. Gastritis; HOPS; Oligophrenie	4
61	Demenz; HOPS; Altersdepression; KHK; Osteoporose; Hepathopathie; rezidiv. Subileus	5
62	Hypertonie; TEP bei Coxarthrose; Diabetes; Herzinsuffizienz bei KHK	4
63	Diabetes mellitus Typ 2; Parkinson; Apoplex	3
64	Herzinsuffizienz bei KHK; Herzschrittmacher bei VHF; Lungenödem	2
65	Z. n. MammaCA; Lungenfibrose; KHK; TIA; Lendenwirbelfraktur bei Osteop.; vaskuläre Enzephalopathie	5
66	Wirbelfraktur mit Spinalkanaleinengung; Diabetes mellitus Typ 2; Herzinsuffizienz bei KHK	3

67	Herzinsuffizienz bei KHK; Schrittmacher bei VHF; Bauchaortenaneurysma; endogene Depression	4
68	Hirntumor operiert, symptomatische Epilepsie	2
69	Apoplex; Leukenzephalopathie; paranoide Halluzin. Psychose; Herzinsuffizienz bei KHK; Z. n. Herzinfarkt	5
70	HOPS; intracerebrale Blutung 94; Diabetes; Hypertonie	4
71	Depression; Herzinsuffizienz bei KHK	2
72	Depression; Hirnatrophie; Borderlinesyndrom; Z. n. Suizidversuch; Klappenstenose	3
73	HOPS bei cerebrovaskuläre Insuffizienz; Mitralinsuffizienz	2
74	KHK; Hypertonie; Vorhofflimmern; Trigeminusneuralgie	4
75	Herzinsuffizienz bei KHK; Z. n. Sprunggelenksfraktur; Herzrhythmusstörungen	2
76	Z. n. Hirnstamminfarkt; Niereninsuffizienz; Herzinsuffizienz bei KHK; Diabetes; Involutionsdepression; Peroneusparese	6
77	Apoplex mit Halbseitenlähmung; Diabetes mellitus Typ 2; Herzinsuffizienz bei KHK	3
78	BWK Fraktur bei manifester Osteoporose; Z. n. Mamma CA; Arthrose	2
79	Arthrose; Depression	2
80	TEP bei Coxarthrose; Herzinsuffizienz bei KHK	2
81	cerebrale DBS; Herzinsuffizienz bei KHK; Arrhythmien	3
82	Hypertonie; vaskuläre Leukenzephalopathie; Demenz; Grand mal Anfälle	4
83	Diabetes ; Herzinsuffizienz; Hypothyreose	3
84	Arthrose; Herzinsuffizienz bei KHK; DAT; Diabetes mellitus Typ 2	4
85	Apoplex mit Hemiparese; Hypertonie; Herzinsuffizienz bei KHK; Diabetes mellitus Typ 2	4
86	Herzschrittmacher; TEP; Herzinsuffizienz bei KHK; COPD	3
87	Diabetes mellitus Typ 2; globale Herzinsuffizienz bei KHK; Hypothyreose; schizophrene Psychose	4
88	KHK; Herzinsuffizienz mit Klappenvitien; starke Gangunsicherheit	3
89	Involutionsdepression; V.a . Magen Ca	2
90	Diabetes mellitus Typ 2; Parkinson; Hemiparese re.	3

91	Herzinsuffizienz; Osteoporose; Psychosen mit Erregungszuständen	3
92	Apoplex; paranoid-halluzinat. Psychose; Z. n. Kehlkopf CA	3
93	Herzrhythmusst.; Herzinsuffizienz; Prostatahypertrophie; Hautkrebs	4
94	HOPS nach Hirnblutung; Hypotonus	2

Tabelle 2: Psychische Symptome nach Fallzahl und Prozentverteilung nach Häufigkeiten: nie und selten bzw. oft oder fast immer

	nie oder selten		oft oder fast immer	
	Fallzahl	Prozent	Fallzahl	Prozent
Wahnideen	67	71,3%	27	28,7%
Erregung	53	56,4%	41	43,6%
Halluzinationen	78	83,0%	16	17,0%
Feindseligkeit	74	78,7%	20	21,3%
Rückzug	60	68,3%	34	36,2%
Passivität	60	63,8%	34	36,2%
Angst	76	80,9%	18	19,1%
Depressionen	62	66,0%	32	34,0%
Denkinhalte	73	77,7%	21	22,3%

Tabelle 3: Summenscore psychischer Symptome

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	26	27,7	27,7	27,7
1	11	11,7	11,7	39,4
2	11	11,7	11,7	51,1
3	15	16,0	16,0	67,0
4	12	12,8	12,8	79,8
5	6	6,4	6,4	86,2
6	7	7,4	7,4	93,6
7	3	3,2	3,2	96,8
8	3	3,2	3,2	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Tabelle 4: Item-Schwierigkeiten für die untersuchten Gruppen (Patienten und Personal)

Itemschwierigkeit mit Zufallskorrektur nach Gilford (1936, in Fisseni 1990, S.31), Items werden dichotomisiert ja/nein $p = \frac{NR}{NB}$ (need+unmet need/NB; unmet need/NB), Schwierigkeitsgrenzen (0,2 – 0,8)

Itemnr.	ITEM	Pat. need + unmet p	Pat. unmet p	Pers. need+ unmet p	Pers. unmet p
1	Wohnverhältnisse	0,96	0,01	1	0,01
2	Führen des Haushalts	0,99	0,01	1	0,03
3	Ernährung	0,99	0,00	1	0,03
4	Körperpflege	0,94	0,00	1	0,00
5	Mitversorgen eines Angehörigen	0,00	0,00	0,00	0,00
6	Tägliche Aktivitäten	0,96	0,09	0,99	0,39
7	Gedächtnis/ Erinnerungsvermögen	0,48	0,00	0,80	0,04
8	Seh- und Hörvermögen	0,59	0,05	0,62	0,06
9	Mobilität	0,76	0,00	0,83	0,09
10	Kontinenz	0,69	0,00	0,83	0,02
11	Körperliche Gesundheit	0,91	0,01	0,97	0,05
12	Medikamente	0,95	0,00	0,99	0,16
13	Psychotische Symptome	0,08	0,01	0,63	0,20
14	Psychischer Stress	0,47	0,05	0,74	0,11
15	Angaben über Gesundheits-zustand und Behandlung	0,34	0,00	0,35	0,00
16	Eigengefährdung	0,05	0,00	0,02	0,02
17	Unfreiwillige/ unbeabsichtigte Selbstschädigung	0,26	0,00	0,46	0,03
18	Misshandlung	0,03	0,00	0,01	0,00
19	Verhalten gegenüber anderen	0,05	0,00	0,47	0,09
20	Alkohol	0,01	0,00	0,02	0,00
21	Soziale Kontakte	0,85	0,13	0,99	0,24
22	Partnerbeziehungen	0,32	0,12	0,67	0,17

23	Finanzielle Situation	0,90	0,01	0,98	0,00
24	Finanzielle Unterstützung, Zuschüsse	0,19	0,00	0,30	0,00
25	A.) Informationsbedarf des betreuenden/ pflegenden Angehörigen	0,03	0,00	0,09	0,01
26	B.) Stress und psychische Probleme des pflegenden/ betreuenden Angehörigen	0,13	0,01	0,29	0,01

Tabelle 5: Itemselektion anhand der Trennschärfe und der Schwierigkeit

Itemkennwerte für die untersuchten Gruppen (Patienten und Personal)

1 Itemschwierigkeit (1936, in Fisseni 1990, S.31)

Items werden dichotomisiert ja/nein $p=NR/NB$ (need + unmet need/NB)

Schwierigkeitsgrenzen (0,2 – 0,8)

2 Korrigierte Trennschärfe bei zweifach gestuften Items($\geq 0,30$)

Itemnr.	ITEM	Pat	Pat	Pers	Pers
		need unmet	need unmet	need unmet	need unmet
		p	r _{pbis}	p	r _{pbis}
4	Körperpflege	0,94	0,46		
6	Tägliche Aktivitäten	0,96	0,34		
7	Gedächtnis/ Erinnerungsvermögen	0,48	0,39	0,80	0,33
8	Seh- und Hörvermögen	0,59	0,30		
9	Mobilität	0,76	0,53		
10	Kontinenz	0,69	0,49		
11	Körperliche Gesundheit	0,91	0,41		
13	Psychotische Symptome			0,63	0,44
14	Psychischer Stress			0,74	0,32
17	Unfreiwillige/ unbeabsichtigte Selbstschädigung			0,46	0,42
19	Verhalten gegenüber anderen			0,47	0,47
Chrombachs Alpha		0,67		0,64	
N		70		84	

Tabelle 6: Itemkennwerte für die untersuchten Gruppen (Patienten und Personal)

1 Itemschwierigkeit (1936, in Fisseni, 1990, S.31)

Items werden dichotomisiert ja/nein $p=NR/NB$ (need + unmet need/NB)

Schwierigkeitsgrenzen (0,2 – 0,8)

2 Korrigierte Trennschärfe bei zweifach gestuften Items ($\geq 0,30$)

(Pat. mit bis zu 3 Missingwerten N=72, Personalurteile mit bis zu 2 Missingwerten N=94)

Itemnr.	ITEM	Pat. need unmet p	Pat. need unmet r_{pbis}	Pers. need unmet p	Pers. need unmet r_{pbis}
1	Wohnverhältnisse	0,97	0,00	1	0,00
2	Führen des Haushalts	0,99	0,32	1	0,00
3	Ernährung	0,99	0,00	1	0,00
4	Körperpflege	0,94	0,44	1	0,00
5	Mitversorgen eines Angehörigen	0,00	0,00	0,00	0,00
6	Tägliche Aktivitäten	0,96	0,22	0,99	0,16
7	Gedächtnis/ Erinnerungsvermögen	0,48	0,41	0,80	0,51
8	Seh- und Hörvermögen	0,59	0,24	0,62	0,12
9	Mobilität	0,76	0,48	0,83	0,15
10	Kontinenz	0,69	0,36	0,83	0,10
11	Körperliche Gesundheit	0,91	0,30	0,97	0,02
12	Medikamente	0,95	0,09	0,99	0,16
13	Psychotische Symptome	0,08	0,00	0,63	0,25
14	Psychischer Stress	0,47	0,41	0,74	0,33
15	Angaben über Gesundheits-zustand und Behandlung	0,34	0,13	0,35	0,29
16	Eigengefährdung	0,05	0,04	0,02	0,06
17	Unfreiwillige/ Selbstschädig. unbeabsicht.	0,26	0,28	0,46	0,35
18	Misshandlung	0,03	0,11	0,01	0,00
19	Verhalten gegenüber anderen	0,05	0,08	0,47	0,30

20	Alkohol	0,01	0,08	0,02	0,16
21	Soziale Kontakte	0,85	0,14	0,99	0,29
22	Partnerbeziehungen	0,32	0,17	0,67	0,23
23	Finanzielle Situation	0,90	0,08	0,98	0,26
24	Finanzielle Unterstützung, Zuschüsse	0,19	-0,01	0,30	-0,01
25	A.) Informationsbedarf des betreuenden/ pflegenden Angehörigen	0,03	0,26	0,09	0,29
26	B.) Stress und psychische Probleme des pflegenden/ betreuenden Angehörigen	0,13	0,20	0,29	0,13

Tabelle 7: Met und unmet needs aufgeschlüsselt

Nr.	Patient				Personal			
	Weiß nicht	No needs	Met needs	Unmet needs	Weiß nicht	No needs	Met needs	Unmet needs
1	0	12	13	1	0	14	11	1
2	0	12	14	0	0	9	16	1
3	0	13	13	0	0	13	13	0
4	1	10	15	0	0	12	11	3
5	0	9	16	1	0	5	18	3
6	0	14	10	1	0	14	10	1
7	0	14	12	0	0	11	15	0
8	0	10	14	2	0	9	14	3
9	0	17	9	0	0	17	9	0
10	0	12	14	0	0	13	13	0
11	0	13	13	0	0	12	10	4
12	0	15	11	0	0	10	16	0
13	1	9	15	1	0	8	13	5
14	0	12	14	0	0	8	18	0
15	0	10	16	0	0	7	18	1

16	2	12	12	0	0	13	11	2
17	0	13	12	1	0	11	13	2
18	0	14	12	0	0	13	13	0
19	0	13	13	0	0	7	14	5
20	0	13	13	0	0	12	14	0
21	0	17	9	0	0	13	13	0
22	2	13	10	1	1	5	14	6
23	1	11	14	0	0	10	16	0
24	1	12	13	0	1	7	15	3
25	1	18	7	0	0	11	13	2
26	1	10	13	1	0	7	16	2
27	0	15	11	0	0	11	15	0
28	1	9	16	0	1	6	18	1
29	0	18	8	0	0	13	13	0
30	0	13	13	0	0	9	15	2
31	0	16	10	0	0	10	16	0
32	3	8	14	0	0	5	13	7
33	0	15	11	0	0	13	11	2
34	,	,	,	,	0	10	15	1
35	,	,	,	,	1	9	9	7
36	,	,	,	,	0	9	16	1
37	0	13	12	1	0	10	15	1
38	,	,	,	,	1	11	11	3
39	0	9	15	2	0	9	15	2
40	3	8	14	1	1	7	16	2
41	0	14	12	0	0	10	15	1
42	3	7	16	0	0	6	20	0
43	0	11	15	0	1	9	16	0
44	0	13	12	1	0	10	12	4
45	0	12	13	1	0	11	14	1
46	0	13	12	1	0	9	15	2
47	0	17	9	0	0	14	12	0
48	0	14	10	2	0	11	12	3

49	,	,	,	,	0	8	17	1
50	2	12	12	0	0	12	14	0
51	0	12	14	0	0	11	14	1
52	,	,	,	,	0	9	13	4
53	0	13	13	0	0	14	12	0
54	1	11	11	2	0	11	11	3
55	3	10	13	0	0	10	16	0
56	5	13	8	0	0	10	16	0
57	0	11	12	3	0	9	15	2
58	3	12	10	0	0	9	13	3
59	0	18	8	0	0	16	10	0
60	7	13	6	0	0	13	13	0
61	4	11	11	0	0	11	14	1
62	1	10	12	2	0	10	14	1
63	,	,	,	,	0	6	14	6
64	0	10	14	2	0	8	17	1
65	,	,	,	,	2	13	10	1
66	0	10	16	0	0	10	16	0
67	0	9	17	0	0	8	18	0
68	0	9	14	2	0	10	13	2
69	,	,	,	,	1	9	14	2
70	,	,	,	,	0	9	17	0
71	0	15	11	0	0	10	16	0
72	,	,	,	,	0	6	14	5
73	0	14	12	0	0	10	16	0
74	0	8	17	1	0	8	15	3
75	0	13	13	0	0	13	13	0
76	0	15	11	0	0	14	12	0
77	0	8	14	3	1	7	14	3
78	0	18	8	0	0	10	16	0
79	1	14	11	0	0	10	14	2
80	1	10	15	0	0	9	16	1
81	0	13	13	0	0	9	17	0

82	3	7	16	0	0	7	18	1
83	2	11	13	0	0	10	15	1
84	8	8	10	0	1	9	14	2
85	1	10	13	2	1	7	13	5
86	0	15	11	0	0	13	13	0
87	,	,	,	,	0	8	10	8
88	3	17	2	4	1	5	14	6
89	3	17	5	0	0	8	14	4
90	,	,	,	,	0	9	17	0
91	5	10	10	1	0	8	13	5
92	0	13	13	0	1	6	19	0
93	0	15	11	0	1	11	14	0
94	,	,	,	,	0	7	15	4

Tabelle 8: Iteminterkorrelationen CANE Patienten (Items dichotom no need/need+unmet need)
 Korrelationen 1. Kendall's Tau 2. Signifikanz zweiseitig 3. Anzahl der Vpn.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1,000	-,022	-,022	-,052	,	-,042	,062	-,168	-,108	,013	-,058	-,046	,061	,057	,121	,046	,097	,027	,041	,022	,099	,140	-,056	-,132	,030	,073
	,843	,843	,648	,720	,589	,137	,341	,910	,612	,683	,602	,622	,304	,685	,399	,816	,730	,843	,383	,228	,625	,258	,804	,576		
	79	79	79	79	79	75	78	79	79	79	78	78	74	76	73	79	77	77	72	79	78	75	76	74	68	60
2	-,022	1,000	-,013	,436	,	,111	,134	,208	,171	,395	-,026	,035	,110	,	,026	,068	,019	,029	,013	-,049	-,169	-,040	,057	,	,051	
	,843	,910	,000	,	,330	,238	,066	,130	,001	,816	,766	,343	,	,817	,554	,870	,808	,910	,670	,145	,732	,629	,	,695		
	79	79	79	79	79	75	78	79	79	79	78	78	74	76	73	79	77	77	72	79	78	75	76	74	68	60
3	-,022	-,013	1,000	,436	-,	-,023	,109	,134	,202	,167	-,035	,490	,035	-,122	,085	,026	,067	,018	,028	,013	,	,078	,337	,	,	
	,843	,910	,000	,	,839	,336	,233	,073	,138	,755	,000	,766	,286	,470	,819	,557	,871	,810	,910	,	,497	,003	,	,	,	
	79	79	80	80	80	76	79	80	80	80	79	78	74	77	73	80	78	78	73	80	79	76	77	74	69	60
4	-,052	,436	,436	1,000	,	,255	,250	,308	,463	,383	,285	,176	-,117	,141	,174	,059	,154	,042	-,207	,029	,063	,066	,083	-,037	,037	,105
	,648	,000	,000	,	,027	,027	,006	,000	,001	,012	,122	,316	,218	,140	,599	,177	,709	,080	,796	,577	,567	,469	,751	,761	,421	
	79	79	80	80	80	76	79	80	80	80	79	78	74	77	73	80	78	78	73	80	79	76	77	74	69	60
5	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	79	79	80	80	80	76	79	80	80	80	79	78	74	77	73	80	78	78	73	80	79	76	77	74	69	60
	-,042	,	-,023	,255	,	1,000	,159	,107	,205	,161	,218	-,049	-,254	,057	,008	,048	-,029	,034	-,252	,023	,097	,140	-,054	,099	,031	,093
6	,720	,	,839	,027	,	,171	,355	,076	,164	,060	,675	,035	,623	,945	,679	,803	,770	,036	,839	,406	,233	,645	,405	,803	,481	
	75	75	76	76	76	76	75	76	76	75	74	70	74	71	76	74	74	70	76	75	73	74	71	67	58	
	,062	,111	,109	,250	,	,159	1,000	,148	,305	,437	,274	,108	-,182	,158	,216	,009	,294	-,157	-,101	,118	,060	,046	,072	,133	,170	,247
7	,589	,330	,336	,027	,	,171	,	,192	,007	,000	,016	,346	,119	,171	,068	,938	,010	,171	,393	,299	,598	,693	,531	,261	,160	,060
	78	78	79	79	79	75	79	79	79	79	78	77	74	76	72	79	77	77	72	79	78	75	77	73	69	59
	-,168	,134	,134	,308	,	,107	,148	1,000	,308	,147	,106	,161	-,132	,104	,055	,192	,206	-,025	-,166	-,134	-,062	-,146	,058	-,136	,152	,145
8	,137	,238	,233	,006	,	,355	,192	,	,006	,191	,351	,159	,260	,367	,641	,088	,071	,825	,159	,233	,585	,205	,611	,247	,211	,265

	79	79	80	80	80	76	79	80	80	80	79	78	74	77	73	80	78	78	73	80	79	76	77	74	69	60
9	-,108	,208	,202	,463	,205	,305	,308	1,000	,448	,346	,287	-,062	,210	,124	,128	,060	,092	-,002	,063	,106	,112	,003	,086	,099	-,096	
	,341	,066	,073	,000	,076	,007	,006	,000	,002	,012	,594	,067	,291	,255	,601	,419	,987	,577	,347	,331	,982	,462	,415	,460		
	79	79	80	80	80	76	79	80	80	79	78	74	77	73	80	78	78	73	80	79	76	77	74	69	60	
10	,013	,171	,167	,383	,161	,437	,147	,448	1,000	,375	-,023	-,228	,043	,159	-,093	,089	,111	-,088	,076	,104	,218	,037	-,002	,107	,043	
	,910	,130	,138	,001	,164	,000	,191	,000	,001	,841	,051	,709	,176	,409	,436	,328	,456	,500	,359	,059	,750	,986	,380	,742		
	79	79	80	80	80	76	79	80	80	80	79	78	74	77	73	80	78	78	73	80	79	76	77	74	69	60
11	-,058	,395	-,035	,285	,218	,274	,106	,346	,375	1,000	-,067	,081	,271	-,033	,072	-,019	,052	,073	,035	-,134	,097	,059	-,006	,044	,118	
	,612	,001	,755	,012	,060	,016	,351	,002	,001	,556	,491	,019	,780	,525	,870	,653	,538	,755	,240	,404	,612	,962	,722	,364		
	78	78	79	79	79	75	78	79	79	79	79	78	73	76	73	79	77	77	72	79	78	75	76	73	68	60
12	-,046	-,026	,490	,176	-,049	,108	,161	,287	-,023	-,067	1,000	,072	-,135	,174	-,209	,141	,039	,060	,026	,099	-,090	,495	,101	,038	-,200	
	,683	,816	,000	,122	,675	,346	,159	,012	,841	,556	,541	,246	,140	,066	,223	,737	,617	,816	,390	,443	,000	,392	,758	,124		
	78	78	78	78	78	74	77	78	78	78	78	73	75	73	78	76	76	71	78	77	74	75	73	67	60	
13	,061	,035	,035	-,117	-,254	-,182	-,132	-,062	-,228	,081	,072	1,000	-,089	,065	-,071	-,049	-,051	,408	-,035	,133	,003	,107	-,026	-,051	-,111	
	,602	,766	,766	,316	,035	,119	,260	,594	,051	,491	,541	,459	,592	,544	,678	,668	,001	,766	,260	,979	,369	,832	,681	,406		
	74	74	74	74	74	70	74	74	74	73	73	74	71	68	74	72	72	68	74	73	70	72	70	65	57	
14	,057	,110	-,122	,141	,057	,158	,104	,210	,043	,271	-,135	-,089	1,000	-,205	,133	,084	,172	-,232	,122	-,179	,234	-,064	,033	,195	,336	
	,622	,343	,286	,218	,623	,171	,367	,067	,709	,019	,246	,459	,088	,248	,467	,138	,053	,286	,121	,047	,586	,777	,114	,010		
	76	76	77	77	77	74	76	77	77	77	76	75	71	77	70	77	75	75	70	77	76	73	74	73	67	59
15	,121	,085	,174	,008	,216	,055	,124	,159	-,033	,174	,065	-,205	1,000	-,174	,093	-,123	,096	,163	,170	,051	,133	-,196	,061	,025		
	,304	,470	,140	,945	,068	,641	,291	,176	,780	,140	,592	,088	,140	,434	,299	,426	,166	,153	,675	,264	,106	,627	,848			
	73	73	73	73	73	71	72	73	73	73	73	68	70	73	73	72	72	69	73	72	70	72	69	65	58	
16	,046	,026	,026	,059	,048	,009	,192	,128	-,093	,072	-,209	-,071	,133	-,174	1,000	,263	-,038	-,058	-,026	,098	-,033	-,112	,037	,387	,135	
	,685	,817	,819	,599	,679	,938	,088	,255	,409	,525	,066	,544	,248	,140	,021	,741	,623	,819	,388	,773	,328	,751	,001	,300		
	79	79	80	80	80	76	79	80	80	80	79	78	74	77	73	80	78	78	73	80	79	76	77	74	69	60
17	,097	,068	,067	,154	-,029	,294	,206	,060	,089	-,019	,141	-,049	,084	,093	,263	1,000	,090	,008	-,067	,157	,078	,099	,028	,302	,012	
	,399	,554	,557	,177	,803	,010	,601	,436	,870	,223	,678	,467	,434	,021	,427	,947	,557	,171	,504	,391	,811	,014	,928			
	77	77	78	78	78	74	77	78	78	77	76	72	75	72	78	78	78	72	78	77	74	76	73	68	59	
18	,027	,019	,018	,042	,034	-,157	-,025	,092	,111	,052	,039	-,051	,172	-,123	-,038	,090	1,000	-,041	-,018	,067	,241	,056	,131	-,021	-,074	
	,816	,870	,871	,709	,770	,171	,825	,419	,328	,653	,737	,668	,138	,299	,741	,427	,730	,871	,561	,040	,625	,265	,862	,572		
	77	77	78	78	78	74	77	78	78	77	76	72	75	72	78	78	78	72	78	77	74	76	73	68	59	
19	,041	,029	,028	-,207	-,252	-,101	-,166	-,002	-,088	,073	,060	,408	-,232	,096	-,058	,008	-,041	1,000	-,028	,108	,092	,086	-,120	-,046	-,097	
	,730	,808	,810	,080	,036	,393	,159	,987	,456	,538	,617	,001	,053	,426	,623	,947	,730	,810	,361	,442	,470	,324	,713	,471		
	72	72	73	73	73	70	72	73	73	72	71	68	70	69	73	72	72	73	73	72	71	72	69	64	56	
20	,022	,013	,013	,029	,023	,118	-,134	,063	,076	,035	,026	-,035	,122	,163	-,026	-,067	-,018	-,028	1,000	,048	,170	,039	-,057	-,021	-,051	
	,843	,910	,910	,796	,839	,299	,233	,577	,500	,755	,816	,766	,286	,166	,819	,557	,871	,810	,672	,141	,733	,629	,863	,695		
	79	79	80	80	80	76	79	80	80	80	79	78	74	77	73	80	78	78	73	80	79	76	77	74	69	60
21	,099	-,049	,063	,097	,060	-,062	,106	,104	-,134	,099	,133	-,179	,170	,098	,157	,067	,108	,048	1,000	,065	,112	-,068	-,149	,044		
	,383	,670	,577	,406	,598	,585	,347	,359	,240	,390	,260	,121	,153	,388	,171	,561	,361	,672	,573	,334	,559	,220	,736			
	78	78	79	79	79	75	78	79	79	79	78	77	73	76	72	79	77	77	72	79	79	75	76	74	69	60
22	,140	-,169	,078	,066	,140	,046	-,146	,112	,218	,097	-,090	,003	,234	,051	-,033	,078	,241	,092	,170	,065	1,000	,125	-,021	,250	,269	
	,228	,145	,497	,567	,233	,693	,205	,331	,059	,404	,443	,979	,047	,675	,773	,504	,040	,442	,141	,573	,284	,860	,044	,044		
	75	75	76	76	76	73	75	76	76	76	75	74	70	73	70	76	74	71	76	75	76	74	70	66	57	
23	-,056	-,040	,337	,083	-,054	,072	,058	,003	,037	,059	,495	,107	-,064	,133	-,112	,099	,056	,086	,039	,112	,125	1,000	,148	,049	-,055	
	,625	,732	,003	,469	,645	,531	,611	,982	,750	,612	,000	,369	,586	,264	,328	,391	,625	,470	,733	,334	,284	,212	,688	,676		
	76	76	77	77	77	74	77	77	77	76	75	72	74	72	77	76	76	72	77	76	74	77	72	68	58	
24	-,132	,057	,037	,099	,133	-,136	,086	-,002	-,006	,101	-,026	,033	-,196	,037	,028	,131	-,120	-,057	-,068	-,021	,148	1,000	-,088	,111		
	,258	,629	,751	,405	,261	,247	,462	,986	,962	,392	,832	,777	,106	,751	,811	,265	,324	,629	,559	,860	,212	,480	,401			

	74	74	74	74	74	71	73	74	74	74	73	73	70	73	69	74	73	73	69	74	74	70	72	74	66	58
25	,030	,	,	,037	,031	,170	,152	,099	,107	,044	,038	-,051	,195	,061	,387	,302	-,021	-,046	-,021	-,149	,250	,049	-,088	1,000	-,054	
	,804	,	,	,761	,803	,160	,211	,415	,380	,722	,758	,681	,114	,627	,001	,014	,862	,713	,863	,220	,044	,688	,480	,	,686	
	,68	,68	,69	,69	,69	,67	,69	,69	,69	,69	,68	,67	,65	,67	,65	,69	,68	,68	,64	,69	,69	,66	,68	,66	,69	,57
26	,073	,051	,	,105	,093	,247	,145	-,096	,043	,118	-,200	-,111	,336	,025	,135	,012	-,074	-,097	-,051	,044	,269	-,055	,111	-,054	1,000	
	,576	,695	,	,421	,481	,060	,265	,460	,742	,364	,124	,406	,010	,848	,300	,928	,572	,471	,695	,736	,044	,676	,401	,686	,	
	,60	,60	,60	,60	,60	,58	,59	,60	,60	,60	,60	,60	,57	,59	,58	,60	,59	,59	,56	,60	,60	,57	,58	,58	,57	,60

Blau Hauptdiagonale

Rot signifikante Zusammenhänge (p<0,050)

Gelb- marginal signifikant p zwischen 0,05 und 0,055

Tabelle 9: Iteminterkorrelationen CANE Personaleinschätzung der Patienten (Items dichotom no need/need+unmet need)

Korrelationen 1. Kendal's Tau 2. Signifikanz zweiseitig 3. Anzahl der Vpn

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
2	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
3	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
4	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
5	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,
6	,	,	,	,	1,000	-,052	,132	-,047	-,045	-,019	-,011	-,080	,	,076	,015	,095	,	,097	,015	,	,148	-,015	,068	,033	,070	
	,	,	,	,	,615	,204	,651	,663	,856	,917	,441	,	,462	,883	,359	,	,348	,883	,	,154	,883	,512	,756	,519	,	
	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
7	,	,	,	,	-,052	1,000	,094	-,016	,142	,059	,206	,270	,131	,204	,074	,303	,	,154	,074	,206	,098	,293	-,074	,159	,179	
	,	,	,	,	,615	,365	,874	,170	,567	,047	,009	,233	,049	,474	,004	,	,138	,474	,048	,346	,005	,476	,130	,101	,	
	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
8	,	,	,	,	,132	,094	1,000	,284	-,045	-,019	,132	-,064	,131	,075	,116	,108	,	-,094	-,035	,134	-,134	,035	-,056	,245	,143	
	,	,	,	,	,204	,365	,006	,668	,858	,204	,540	,234	,469	,263	,296	,	,363	,732	,198	,197	,732	,592	,020	,189	,	
	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
9	,	,	,	,	-,047	-,016	,284	1,000	,189	,240	,229	-,056	,056	,096	,067	,018	,	-,029	,067	-,048	,044	-,067	,051	,143	,028	
	,	,	,	,	,651	,874	,006	,068	,021	,027	,589	,611	,355	,520	,861	,	,780	,520	,649	,674	,520	,626	,174	,798	,	
	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85
10	,	,	,	,	-,045	,142	-,045	,189	1,000	,086	-,045	-,035	,005	,077	-,137	,050	,	,059	,064	,238	,127	,137	-,095	,132	,018	
	,	,	,	,	,663	,170	,668	,068	,406	,663	,735	,963	,457	,186	,628	,	,566	,536	,023	,221	,186	,364	,209	,868	,	
	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,94	,84	,94	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,94	,94	,93	,91	,85

Blau Hauptdiagonale

Rot signifikante Zusammenhänge ($p < 0,050$)

Gelb- marginal signifikant p zwischen 0,05 und 0,055

Tabelle 10: 3-Faktoren-Lösung. Rotierte Faktoren mit Itemladungen

ITEM	Faktor		
	1	2	3
Körperpflege	,610	-,306	,120
Alltagsaktivitäten	,331	-,354	,516
Gedächtnispat.	,568	-,029	,284
Sehen und Hören	,420	-,184	,199
Mobilität	,784	-,011	-,103
Kontinenz	,755	-,009	2,478E-03
Physische Gesundheit	,647	,275	-,322
Gedächtnispers.	-,033	,199	,697
Psychotische Syndrome	-,234	,738	,110
Psychischer Stress	,248	,594	,594
Unbeabsichtigte Gefährdung	1,181E-02	,340	,667
Verhaltensstörungen	-,124	,709	8,431E-02

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

8. Danksagung

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich in erster Linie bei meiner Doktormutter, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. ger. Heike Dech, welche mich geduldig und mit viel zeitlichem Aufwand konzeptionell begleitet und maßgeblich unterstützt hat. Sie stand mir bei allen aufkommenden Fragen beratend zur Seite, so dass ich die Arbeit letztendlich in dieser Form finalisieren konnte.

Bei Prof. Dr. med. Andreas Heinz bedanke ich mich für das wohlwollende Interesse und die Unterstützung dieser Arbeit. Das gilt ebenso für Herrn Dr. med. Dr. phil. Michael A. Rapp.

Dank gebührt auch Prof. Dr. med. Orrell für die interessanten fachlichen Gespräche, besonders die Problematik des geronto-psychiatrischen Assessments betreffend, auch für die Möglichkeit, diesbezüglich in London im Rahmen einer Famulatur erste Erfahrungen zu sammeln.

Herrn Dipl.-Psych. Patrick Popescu sei für seine kompetente und engagierte Unterstützung die statistische Auswertung betreffend herzlich gedankt.

Meinem Mann danke ich für die seelische Unterstützung und die während des Entstehungsprozesses aufgebrachte Geduld. Ebenso danke ich herzlichst meinen Eltern für alle guten Ratschläge und die in vielfältiger Weise geleistete Unterstützung.

.

9. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

10. Publikationsliste

Dech H, **Fink H**, Engel S, Gallhofer B, Orrell M (2000): The Camberwell Assessment of Needs of the Elderly (CANE) – The German translation and Applicability. World Congress Innovations in Psychiatry, London, 4/00

Dech H, **Fink H**, Orrell M (2004): Ressourcenallokation und Bedarfsassessment – Ergebnisse aus einer deutschen Studie. Das Gesundheitswesen 66: 590-591

Dech H, **Fink H**, Höflich A, Orrell M (1999a): Needs of elderly people with psychiatric problems – Results from a German investigation. Int. Conf. Gerontology, Berlin 7/99

Dech H, Rath B, Höflich A, **Fink H**, Murray J (1999b): „Carer Burden“-Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen von Alzheimer Patienten. DGGPP and EAP Conf. Düsseldorf 3/99

Erklärung

„Ich, Helga-Andrea Fink, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Erprobung des Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in einem deutschen Setting selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Gießen, den 12.11.09

Helga-Andrea Fink