Bernd Reuschenbach
Cornelia Mahler
(Hrsg.)

Pflegebezogene Assessment-instrumente

Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis

2., unveränderte Auflage

hogrefe

Pflegebezogene Assessmentinstrumente

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Pflegebezogene Assessmentinstrumente

Bernd Reuschenbach, Cornelia Mahler (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln;
Franz Wagner, Berlin; Angelika Zegelin, Dortmund

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Bernd Reuschenbach
Cornelia Mahler
(Hrsg.)

Pflegebezogene Assessmentinstrumente

Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis

2., unveränderte Auflage

unter Mitarbeit von
Elke Ahlsdorf
Pia Andersson
Katrin Balzer
Sabine Bartholomeyczik
Sara Bickelhaupt
Iren Bischofberger
Claudia Bohls
Tracy Brazg
Andreas Büscher
Jan Foubert
Elfriede Fritz
Margareta Halek
Christine Hedges
Sascha Köpke
David Kriz
Elisabeth Krupp
Gaye Kyle
Cornelia Mahler
Mona L. Martin
Elke Mertens
Gabriele Meyer
Rüdiger Nübling
Ingalil Rahm Hallberg
Nancy S. Redeker
Bernd Reuschenbach
Berit Rokne
Detlef Rüsing
Jeanne S. Ruggiero
Jürgen Schmidt
Maria Magdalena Schreier
Johannes Schröder
Ricarda Steinmayr
Elke Steudter
Astrid Klopstad Wahl
Klaus Wingenfeld

hogrefe

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Bernd Reuschenbach (Hrsg.). Prof. Dr., Krankenpfleger, Diplom-Psychologe, Leiter des Studiengangs «Angewandte Versorgungsforschung» (M. Sc.) an der Katholischen Stiftungshochschule München, Fakultät für Gesundheit und Pflege
bernd.reuschenbach@ksfh.de

Cornelia Mahler (Hrsg.). Prof. Dr., RN, MA, Professorin für Pflegewissenschaft, Direktorin der Abteilung Pflegewissenschaft, Studiengang Pflege B.Sc. an der Medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität, Tübingen
cornelia.mahler@med.uni-tuebingen.de
https://www.cornelia-mahler.de/

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://www.dnb.de abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann
Übersetzung der engl. Kapitel: Michael Herrmann, Puerto del Rosario
Herstellung: René Tschirren
Umschlagillustration: Getty Images/Hero Images
Umschlag: Claude Borer, Basel
Satz: Kösel Media GmbH, Krugzell
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

2., unveränderte Auflage 2020
© 2020 Hogrefe Verlag, Bern
© 2011 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96062-3)
ISBN 978-3-456-86062-6
http://doi.org/10.1024/86062-000

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Inhaltsübersicht

Vorwort 21

Einleitung 23

1. Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments
Bernd Reuschenbach 27

2. Relevanz von Pflegeassessment-instrumenten
Bernd Reuschenbach 47

3. Gütekriterien
Bernd Reuschenbach 57

4. Entwicklung und Publikation von Assessmentinstrumenten
Bernd Reuschenbach 81

5. Empfehlungen zum praktischen Einsatz
Bernd Reuschenbach 95

6. Richtlinien zur Übersetzung von Assessmentinstrumenten
Cornelia Mahler und Bernd Reuschenbach 101

7. Sleep-Assessment
Christine Hedges, Jeanne S. Ruggiero and Nancy S. Redeker 111

8. Fatigue-Assessment
Jan Foubert 127

9. Mobilitätsassessment
Claudia Bohls 145

10. Sturzrisikoassessment
Sascha Köpke und Gabriele Meyer 169

11. Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit
Klaus Wingenfeld und Andreas Büscher 191

12. Instrumente zur Erfassung und Dokumentation der Ernährungssituation
Sabine Bartholomeyczik und Maria Magdalena Schreier 209

13. Assessment der chemotherapiebedingten Übelkeit
Elisabeth Krupp, Sara Bickelhaupt, Elfriede Fritz und Bernd Reuschenbach 237

14. Oral health and oral health assessment
Ingalill Rahm Hallberg and Pia Andersson 253

15. Assessing quality of life in patients with urinary incontinence
Mona L. Martin and Tracy Brazg 271

16. Dekubitusrisiko-Assessment
Katrin Balzer und Elke Mertens 291

17. Thromboserisiko-Assessment
Gabriele Meyer und Sascha Köpke 327

18. Assessment and risk assessment tools for constipation
Gaye Kyle 339

19. Kognitiver Status bei Demenz
Elke Ahlsdorf und Johannes Schröder 349

20. Verhaltenserfassung bei Demenz
Margareta Halek und Detlef Rüsing 371

21. Quality of life assessment in health sciences
Berit Rokne and Astrid Klopstad Wahl 401

22. Schmerzerfassung – Instrumente und ihr Nutzen für die Pflege
Elke Steudter und Iren Bischofberger 417

23. Erfassung von Angst im Krankenhaus
Ricarda Steinmayr und Bernd Reuschenbach .. 441

24. Patienten-, Bewohner- und Angehörigen-zufriedenheit
Jürgen Schmidt, David Kriz und Rüdiger Nübling 459

Abkürzungsverzeichnis 483

Autorenverzeichnis 493

Anhang – Übersetzung der englischen Kapitel 501

Sachwortverzeichnis 623

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... 21

Einleitung ... 23

1. Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments ... 27
Bernd Reuschenbach

1.1 Vorbemerkung ... 27
1.2 Assessment ... 27
1.3 Pflegeassessment ... 28
1.4 Abgrenzung zu verwandten Begriffen ... 31
1.4.1 Diagnostik und Pflegediagnosen ... 31
1.4.2 Pflegeklassifikationen ... 32
1.4.3 Tests ... 32
1.4.4 Messen ... 32
1.4.5 «Clinical judgement» und «clinical reasoning» ... 33
1.4.6 Screening ... 34
1.5 Systematik von Pflegeassessmentinstrumenten und deren Einsatz ... 34
1.5.1 Instrumentenbezogene Einteilungen ... 35
1.5.1.1 Rolle im Pflegeprozess ... 35
1.5.1.2 Spezifische vs. generische Assessmentverfahren ... 35
1.5.1.3 Einfache vs. komplexe Assessmentverfahren ... 36
1.5.1.4 Ein- vs. mehrdimensionale Assessmentverfahren ... 36
1.5.1.5 Single-Item- vs. Multiple-Item-Assessmentverfahren ... 36
1.5.1.6 Risiko- vs. Nicht-Risikoassessment ... 36
1.5.1.7 Standardisierte vs. nichtstandardisierte Assessmentverfahren ... 37
1.5.1.8 Norm- vs. kriteriumsorientierte Verfahren ... 37
1.5.1.9 Validierte vs. nichtvalidierte Assessmentverfahren ... 37
1.5.1.10 Skalenniveau der Assessmentinstrumente ... 38
1.5.2 Anwendungsvarianten von Assessmentverfahren ... 38
1.5.2.1 Paper-Pencil-Assessments vs. elektronische Assessments ... 38
1.5.2.2 Automatisierte vs. nichtautomatisierte Erfassung ... 39
1.5.2.3 Fremd- vs. Selbstassessment ... 39
1.5.2.4 Unmittelbares vs. verzögertes Assessment ... 40
1.5.2.5 Status- vs. Prozessdiagnostik ... 40
1.6 Exkurs – «Ecological momentary assessment» (EMA) ... 41
1.6.1 Definition ... 41
1.6.2 Planung der Erhebungszeitpunkte ... 41
1.6.3 Vorteile dieser Messstrategie ... 42
1.6.4 Anwendung in der Praxis ... 42
1.6.5 Einsatz in der Pflegewissenschaft ... 42
1.6.6 Problemfelder beim EMA ... 43
1.7 Zusammenfassung ... 43
1.8 Literaturverzeichnis ... 44

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

2. Relevanz von Pflegeassessmentinstrumenten ... 47
Bernd Reuschenbach

2.1 Vorbemerkung ... 47
2.2 Verbreitung von Assessmentverfahren in der Pflege ... 47
2.3 Gründe für den Einsatz von Assessmentinstrumenten ... 49
2.4 Assessmentinstrumente in der Qualitätssicherung ... 50
2.5 Rolle von Assessmentinstrumenten im Pflegeprozess ... 51
2.5.1 Bedeutung verschiedener Einschätzungsvarianten ... 52
2.5.2 Einfluss des Assessments auf Pflegehandlungen ... 54
2.6 Zusammenfassung ... 54
2.7 Literaturverzeichnis ... 55

3. Gütekriterien ... 57
Bernd Reuschenbach

3.1 Vorbemerkung ... 57
3.2 Instrumentenbezogene Gütekriterien ... 58
3.2.1 Klassische Testtheorie (KTT) ... 58
3.2.2 Objektivität ... 59
3.2.3 Reliabilität ... 60
3.2.4 Validität ... 64
3.2.4.1 Inhaltsvalidität ... 64
3.2.4.2 Konstruktvalidität ... 64
3.2.4.3 Kriteriumsvalidität ... 65
3.2.4.4 Augenscheinvalidität ... 69
3.2.5 Übertragbarkeit ... 69
3.2.6 Probabilistische Testtheorie ... 70
3.2.6.1 Das Rasch-Modell ... 70
3.2.6.2 Vorteile der probabilistischen Testtheorie ... 71
3.2.6.3 Nachteile der probabilistischen Testtheorie ... 72
3.3 Anwendungsbezogene Gütekriterien ... 72
3.3.1 Relevanz ... 72
3.3.2 Klinische Wirksamkeit ... 73
3.3.3 Handhabbarkeit, Praktikabilität ... 74
3.3.4 Akzeptanz ... 74
3.3.5 Ökonometrische Bewertung ... 75
3.4 Effektstärkenrelevanz ... 77
3.5 Zusammenfassung ... 77
3.6 Literaturverzeichnis ... 78

4. Entwicklung und Publikation von Assessmentinstrumenten ... 81
Bernd Reuschenbach

4.1 Vorbemerkung ... 81
4.2 Relevanz für die Entwicklung von Assessmentinstrumenten ... 81
4.3 Instrumentenkonstruktion ... 82
4.4 Validierungsstudien und Prüfung der Generalisierbarkeit ... 83
4.5 Forschungsethische Überlegungen ... 83
4.6 Publikation ... 84
4.6.1 Vermarktung des Produktes ... 85
4.6.2 Beschränkung der Anwendung – Testschutz ... 85
4.7 Auswahl von Assessmentmethoden im Forschungskontext ... 85
4.8 Richtlinien für die Forschung und Publikation ... 86
4.8.1 STARD ... 86
4.8.2 GRADE ... 86

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

4.8.3 QUADAS ... 89
4.8.4 TBS-TK ... 90
4.9 Forschungsdesiderate ... 90
4.10 Zusammenfassung ... 91
4.11 Literaturverzeichnis ... 92

5. Empfehlungen zum praktischen Einsatz ... 95
Bernd Reuschenbach

5.1 Vorbemerkung ... 95
5.2 Entscheidung für den Einsatz eines Assessmentinstruments ... 95
5.3 Auswahl eines Assessmentverfahrens ... 96
5.4 Implementierung und Einsatz der Instrumente ... 98
5.5 Evaluation ... 99
5.6 Zusammenfassung ... 99
5.7 Literaturverzeichnis ... 99

6. Richtlinien zur Übersetzung von Assessmentinstrumenten ... 101
Cornelia Mahler und Bernd Reuschenbach

6.1 Einleitung ... 101
6.2 Gründe für die Übersetzung eines Fragebogens ... 101
6.3 Auswahl geeigneter Instrumente ... 101
6.4 Konzeptuelle und kulturelle Anpassung ... 102
6.5 Schwierigkeiten und Problemfelder bei der Übersetzung ... 102
6.6 Richtlinien und Vorgehensweisen der Übersetzung ... 103
6.7 Schlussfolgerungen ... 108
6.8 Literaturverzeichnis ... 108

7. Sleep-Assessment ... 111
Christine Hedges, Jeanne S. Ruggiero and Nancy S. Redeker

7.1 Introduction ... 111
7.2 Choice of sleep measurement ... 111
7.3 Sleep measurement ... 112
7.3.1 Objective measures of sleep ... 112
7.3.1.1 Polysomnography ... 112
7.3.1.2 Multiple Sleep Latency Test ... 112
7.3.1.3 Actigraphy ... 113
7.3.2 Measuring sleepiness ... 113
7.3.2.1 Epworth Sleepiness Scale ... 113
7.3.2.2 Stanford Sleepiness Scale ... 114
7.3.2.3 Karolinska Sleepiness Scale ... 114
7.3.2.4 Sleep-Wake Activity Inventory ... 114
7.3.2.5 Resistance to Sleepiness Scale ... 115
7.3.3 Measuring sleep quality ... 115
7.3.3.1 Pittsburgh Sleep Quality Index ... 115
7.3.3.2 Verran Snyder-Halpern Sleep Scale ... 115
7.3.3.3 St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire ... 116
7.3.3.4 Richards-Campbell Sleep Questionnaire ... 116
7.3.3.5 Sleep Quality Scale ... 116
7.3.3.6 Karolinska Sleep Questionnaire ... 116
7.3.3.7 Leeds Sleep Evaluation Questionnaire ... 117
7.3.3.8 Sleep Behaviors Scale 60+ ... 117
7.3.4 Measuring daily sleep habits ... 117
7.3.4.1 The Sleep Timing Questionnaire ... 118
7.3.4.2 Standard Shiftwork Index Sleep Questionnaire ... 118
7.3.4.3 The Sleep Disturbance Questionnaire ... 118

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

7.3.5 Screening for sleep disorders ... 119
7.3.5.1 The Sleep Disorders Questionnaire ... 119
7.3.5.2 Basic Nordic Sleep Questionnaire ... 119
7.3.5.3 The Sleep Impairment Index ... 119
7.3.5.4 Berlin Questionnaire ... 120
7.3.6 Sleep scales used in outcomes research ... 120
7.3.6.1 Medical Outcomes Study Sleep Scale ... 120
7.3.6.2 Functional Outcomes of Sleep Questionnaire ... 121
7.3.7 Knowledge and attitudes towards sleep ... 121
7.3.7.1 Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep Scale ... 121
7.4 Summary ... 121
7.5 References ... 124

8. Fatigue-Assessment ... 127
Jan Foubert

8.1 Introduction ... 127
8.2 Describing and defining fatigue ... 127
8.3 Diagnosis of fatigue ... 128
8.4 Factors affecting fatigue ... 129
8.5 Screening for potential risk factors ... 129
8.6 Assessment of fatigue ... 129
8.7 Choice of assessment tool ... 130
8.8 Problems in assessment of fatigue ... 131
8.9 Commonly used fatigue tools ... 131
8.9.1 Profile of Mood States ... 131
8.9.2 Fatigue Assessment Scale ... 138
8.9.3 Multidimensional Assessment of Fatigue ... 138
8.9.4 Multidimensional Fatigue Inventory ... 138
8.9.5 Fatigue Symptom Inventory ... 138
8.9.6 The Brief Fatigue Inventory ... 139
8.9.7 The Piper Fatigue Scale ... 139
8.9.8 Piper Fatigue Scale Revised (PFS Revised) ... 139
8.9.9 Functional Assessment of Cancer Therapy – Fatigue and the Fatigue Subscale ... 139
8.10 The National Comprehensive Cancer Network Fatigue Practice Guidelines ... 139
8.11 Assessing fatigue in everyday practice ... 140
8.12 Nursing interventions to help alleviate fatigue ... 140
8.13 Conclusion ... 142
8.14 References ... 142

9. Mobilitätsassessment ... 145
Claudia Bohls

9.1 Zur Relevanz von Mobilität und Bewegung für die Pflege ... 145
9.2 Geschichte und Entwicklung motorischer Assessments ... 146
9.3 Vorstellung einer Auswahl an Mobilitätsassessments ... 147
9.3.1 Zehn-Meter-Gehtest ... 148
9.3.2 Sechs-Minuten-Gehtest ... 149
9.3.3 Rivermead Visual Gait Assessment ... 150
9.3.4 Functional Ambulation Categories ... 150
9.3.5 Dynamic Gait Index ... 151
9.3.6 Rivermead Mobility Index ... 152
9.3.7 Motor Assessment Scale ... 153
9.3.8 Back Performance Scale ... 154
9.3.9 Iowa Level of Assistance Scale ... 155
9.3.10 Barthel-Index und Functional Independence Measure ... 156
9.3.11 Timed Up and Go Test ... 156

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

9.4 Darstellung eines Gleichgewichtstests: Berg Balance Scale mit Testmanual ... 156
9.4.1 Testentwicklung ... 157
9.4.2 Testgütekriterien der BBS ... 157
9.4.3 Anwendungsfelder der BBS ... 157
9.4.4 Testdurchführung, praktische Empfehlungen und Testmanual ... 158
9.5 Zusammenfassung und Empfehlungen ... 159
9.6 Literaturverzeichnis ... 165

10. Sturzrisikoassessment ... 169
Sascha Köpke und Gabriele Meyer

10.1 Hintergrund ... 169
10.1.1 Stürze ... 169
10.1.2 Sturzbedingte Verletzungen ... 169
10.1.3 Sturzrisikofaktoren ... 169
10.1.4 Interventionen zur Sturz- und Frakturprävention ... 170
10.2 Assessment des Sturzrisikos ... 170
10.2.1 Intention des Assessments ... 170
10.2.2 Anforderungen an Assessmentinstrumente ... 171
10.2.3 Problematik der Validierung von Assessmentinstrumenten ... 171
10.2.4 Pflegerisches Sturzassessment ... 172
10.3 Ziel ... 172
10.4 Methoden ... 172
10.4.1 Literaturrecherche ... 172
10.4.2 Ein- und Ausschlusskriterien ... 172
10.4.2.1 Übersichtsarbeiten ... 172
10.4.2.2 Validierungsstudien ... 172
10.4.3 Vorgehen ... 172
10.4.4 Bewertungskriterien ... 173
10.4.4.1 Übersichtsarbeiten ... 173
10.4.4.2 Validierungsstudien ... 173
10.5 Ergebnisse ... 174
10.5.1 Systematische Übersichtsarbeiten ... 174
10.5.2 Eigene Analyse ... 177
10.5.2.1 Glaubwürdigkeit ... 177
10.5.2.2 Genauigkeit ... 178
10.5.2.3 Übertragbarkeit ... 181
10.5.2.4 Fazit ... 184
10.6 Überprüfung des Nutzens in einer RCT ... 184
10.6.1 Pflegerische Einschätzung ... 184
10.6.2 Randomisiert-kontrollierte Studie zur Evaluation des Nutzens des Downton-Index ... 184
10.6.2.1 Vorgehen ... 185
10.6.2.2 Ergebnisse ... 186
10.6.2.3 Fazit ... 186
10.7 Diskussion ... 186
10.8 Schlussfolgerungen ... 187
10.9 Zusammenfassung ... 187
10.10 Literaturverzeichnis ... 188

11. Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ... 191
Klaus Wingenfeld und Andreas Büscher

11.1 Einleitung ... 191
11.2 Das Konstrukt «Pflegebedürftigkeit» ... 191
11.3 Assessmentinstrumente ... 195
11.3.1 Functional Assessment of the Care Environment for Older People ... 195
11.3.2 Resident Assessment Instrument ... 197

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

11.3.3 Camberwell Assessment of Need for the Elderly ... 199
11.3.4 Neues Begutachtungsassessment ... 201
11.3.5 Andere Instrumente ... 203
11.4 Fazit ... 204
11.5 Literaturverzeichnis ... 205

12. Instrumente zur Erfassung und Dokumentation der Ernährungssituation ... 209
Sabine Bartholomeyczik und Maria Magdalena Schreier

12.1 Einleitung und Definition von Grundbegriffen ... 209
12.2 Zur Bedeutung von Mangelernährung ... 210
12.3 Allgemeine Anmerkungen zur Erfassung der Ernährungssituation ... 211
12.3.1 Strukturelle und inhaltliche Überlegungen ... 211
12.3.2 Begriffliche Verwendung von Screening und Assessment ... 212
12.4 Veröffentlichte Erfassungsinstrumente ... 213
12.4.1 Inhalte einer Auswahl von Erfassungsinstrumenten ... 213
12.4.1.1 Instrumente zur Erfassung eines Risikos für Mangelernährung ... 214
12.4.1.2 Differenzierte Einschätzung bei erkanntem Risiko der Mangelernährung ... 214
12.4.1.3 Instrumente zur Erfassung des Appetits ... 223
12.4.1.4 Instrumente zur Erfassung des Essverhaltens von Menschen mit Demenz ... 223
12.4.2 Überblick über einige vergleichbare Aspekte ... 223
12.4.2.1 Allgemeine Anmerkungen zu den Inhalten ... 223
12.4.2.2 Nützlichkeit der Inhalte für die Pflegeprozessgestaltung ... 227
12.4.2.3 Qualität getesteter Gütekriterien ... 227
12.5 Forderungen für die Entwicklung pflegegeeigneter Instrumente ... 227
12.6 Für Mangelernährung Gefährdete aufspüren: Screening ... 228
12.6.1 Anthropometrische Methoden ... 229
12.6.2 Ess-Trink-Protokoll ... 230
12.6.3 Ernährungssituation und aktuelle Lebensumstände ... 230
12.6.4 Ernährungsrelevanten Problembereichen auf den Grund gehen ... 231
12.7 Abschließende Bemerkungen ... 232
12.8 Literaturverzeichnis ... 233

13. Assessment der chemotherapiebedingten Übelkeit ... 237
Elisabeth Krupp, Sara Bickelhaupt, Elfriede Fritz und Bernd Reuschenbach

13.1 Einleitung ... 237
13.2 Epidemiologische Daten ... 237
13.3 Definitionen ... 238
13.4 Management von Übelkeit und Erbrechen ... 239
13.4.1 Pharmakologische Therapien ... 240
13.4.2 Pflegerische Interventionen ... 240
13.5 Relevanz des Übelkeitsassessments ... 241
13.6 Messmethoden ... 242
13.6.1 Klassifikation von Instrumenten ... 242
13.6.2 Nichtstandardisierte Verfahren ... 242
13.6.3 Standardisierte Verfahren ... 243
13.6.3.1 Duke Descriptive Scale ... 243
13.6.3.2 Visuelle Analogskala ... 243
13.6.3.3 Morrow Assessment of Nausea and Emesis ... 244
13.6.3.4 Functional Living Index Emesis ... 244
13.6.3.5 Assessment zur Pflegebedarfseinschätzung für Anorexie/Nausea/Emesis ... 244
13.6.3.6 MASCC Antiemesis Tool ... 245
13.6.3.7 European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire ... 245
13.6.3.8 Index of Nausea, Vomiting and Retching ... 245

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

13.7 Zusammenfassende Implikationen für Forschung und Praxis ... 247
13.8 Literaturverzeichnis ... 248

14. Oral health and oral health assessment ... 253
Ingalill Rahm Hallberg and Pia Andersson

14.1 Introduction ... 253
14.2 The oral area ... 254
14.3 Purposes of systematic assessment ... 254
14.3.1 Oral health in the elderly ... 254
14.3.2 Oral health and cancer ... 255
14.3.3 Oral Health and systemic diseases ... 255
14.3.4 Oral health and functional problems ... 255
14.3.5 Oral health and medication ... 255
14.3.6 Oral health and intensive care ... 256
14.4 How to choose an assessment tool ... 256
14.4.1 Oral assessment from a physical perspective ... 256
14.4.2 Oral assessment from a functional perspective ... 258
14.4.3 Assessing oral self care ... 258
14.4.4 Assessing oral health related quality of life ... 258
14.4.5 Assessing the quality of the measure ... 259
14.5 Assessment tools ... 259
14.5.1 The oral assessment guide ... 260
14.5.2 The brief oral health status examination ... 262
14.5.3 The oral health assessment tool ... 262
14.5.4 Comparison between the three measures ... 265
14.5.5 Oral self care assessment ... 265
14.5.6 Oral health related quality of life assessment ... 266
14.7 Summary and conclusions ... 267
14.8 References ... 267

15. Assessing quality of life in patients with urinary incontinence ... 271
Mona L. Martin and Tracy Brazg

15.1 Introduction ... 271
15.2 Types of urinary incontinence ... 271
15.3 Urinary incontinence and related impacts on quality of life ... 272
15.3.1 Stress urinary incontinence ... 272
15.3.2 Urge urinary incontinence ... 272
15.3.3 Mixed urinary incontinence ... 273
15.3.4 Overactive bladder syndrome ... 273
15.3.5 Urinary incontinence and men ... 273
15.3.6 Fecal incontinence ... 273
15.4 Measuring HRQoL in patients with incontinence ... 274
15.4.1 Steps in identifying the best instrument ... 275
15.4.2 Instruments to consider for use for assessing quality of life in patients with incontinence ... 279
15.4.2.1 Kings Health Questionnaire ... 279
15.4.2.2 Incontinence Impact Questionnaire and Urogenital Distress Inventory ... 279
15.4.2.3 The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire ... 279
15.4.2.4 Quality of Life Questionnaire in Urinary Incontinence ... 280
15.4.2.5 Incontinence Quality of Life Instrument ... 280
15.4.2.6 The Overactive Bladder Questionnaire ... 286
15.4.2.7 Male Urogenital Distress Inventory and Male Urinary Symptom Impact Questionnaire ... 286
15.4.2.8 Fecal Incontinence Quality of Life Scale ... 287
15.4.3 Summary ... 287
15.5 References ... 287

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

16. Dekubitusrisiko-Assessment ... 291
Katrin Balzer und Elke Mertens

16.1 Einleitung ... 291
16.2 Standardisierte Risikoeinschätzung mit Skalen ... 292
16.2.1 Definition und Ziele von Dekubitusrisikoskalen ... 292
16.2.2 Was wird mit Dekubitusrisikoskalen erfasst? ... 295
16.3 Kriterien der Bewertung und Anwendung von Dekubitusrisikoskalen ... 295
16.3.1 Reliabilität und Validität ... 296
16.3.2 Anwendbarkeit ... 296
16.3.3 Effektivität und Effizienz ... 296
16.4 Dekubitusrisikoskalen im Vergleich ... 297
16.4.1 Norton-Skala ... 297
16.4.1.1 Reliabilität und Validität ... 299
16.4.1.2 Anwendbarkeit ... 300
16.4.1.3 Klinische und ökonomische Auswirkungen ... 300
16.4.1.4 Kritische Würdigung ... 301
16.4.2 Waterlow-Skala ... 302
16.4.2.1 Reliabilität und Validität ... 303
16.4.2.2 Anwendbarkeit ... 304
16.4.2.3 Klinische und ökonomische Auswirkungen ... 304
16.4.2.4 Kritische Würdigung ... 304
16.4.3 Braden-Skala ... 305
16.4.3.1 Reliabilität und Validität ... 306
16.4.3.2 Anwendbarkeit ... 307
16.4.3.3 Klinische und ökonomische Auswirkungen ... 310
16.4.3.4 Kritische Würdigung ... 310
16.5 Bereichsspezifische Erfassung des Dekubitusrisikos ... 310
16.5.1 Risikoeinschätzung bei Kindern ... 311
16.5.2 Risikoeinschätzung in der Intensivpflege ... 311
16.6 Diskussion des Forschungsstandes ... 317
16.7 Schlussfolgerungen für die Praxis ... 318
16.7.1 Welche Skala? ... 318
16.7.2 Was ist der beste Schwellenwert? ... 319
16.7.3 Welche Alternativen zu den Risikoskalen gibt es? ... 320
16.8 Aufgaben der Forschung ... 321
16.9 Zusammenfassung ... 322
16.10 Literaturverzeichnis ... 322

17. Thromboserisiko-Assessment ... 327
Gabriele Meyer und Sascha Köpke

17.1 Relevanz des Thromboserisiko-Assessments ... 327
17.2 Intention des Thromboserisiko-Assessments ... 328
17.3 Verfügbare Instrumente ... 328
17.4 Ergebnisse ... 329
17.4.1 Identifizierte Studien ... 329
17.4.2 Die «Autar DVT risk assessment scale» ... 333
17.5 Fazit ... 337
17.6 Zusammenfassung ... 337
17.7 Literaturverzeichnis ... 338

18. Assessment and risk assessment tools for constipation ... 339
Gaye Kyle

18.1 Introduction ... 339
18.1.1 Slow colonic transit constipation ... 339
18.1.2 Evacuation difficulties (obstructive defaecation) ... 339

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

18.2 Definition of constipation ... 339
18.3 Assessment of constipation ... 340
18.3.1 Physical assessment ... 340
18.3.2 Functional assessment ... 342
18.4 Risk factors contributing to constipation ... 342
18.4.1 Risk assessment tools ... 343
18.4.2 Validity ... 344
18.5 Conclusion ... 344
18.6 References ... 347

19. Kognitiver Status bei Demenz ... 349
Elke Ahlsdorf und Johannes Schröder

19.1 Einleitung ... 349
19.2 Diagnostik kognitiver Defizite ... 350
19.3 Allgemeine Anmerkungen zu Testverfahren ... 351
19.4 Testverfahren ... 352
19.4.1 Mini-Mental State Examination ... 352
19.4.1.1 Entwicklung ... 352
19.4.1.2 Aufbau und Anwendung ... 353
19.4.1.3 Gütekriterien ... 353
19.4.1.4 Kritische Würdigung ... 354
19.4.2 Global Deterioration Scale ... 355
19.4.2.1 Entwicklung ... 355
19.4.2.2 Aufbau und Anwendung ... 355
19.4.2.3 Gütekriterien ... 356
19.4.2.4 Kritische Würdigung ... 356
19.4.3 Clinical Dementia Rating ... 356
19.4.3.1 Entwicklung ... 356
19.4.3.2 Aufbau und Anwendung ... 357
19.4.3.3 Gütekriterien ... 357
19.4.3.4 Kritische Würdigung ... 358
19.4.4 Alzheimer's Disease Assessment Scale ... 358
19.4.4.1 Entwicklung ... 358
19.4.4.2 Aufbau und Anwendung ... 359
19.4.4.3 Gütekriterien ... 359
19.4.4.4 Kritische Würdigung ... 360
19.4.5 CERAD-NP-Testbatterie ... 361
19.4.5.1 Entwicklung ... 361
19.4.5.2 Aufbau und Anwendung ... 361
19.4.5.3 Gütekriterien ... 361
19.4.5.4 Kritische Würdigung ... 362
19.4.6 Weitere Verfahren ... 363
19.4.6.1 Uhrentest ... 364
19.4.6.2 Bielefelder Autobiographisches Gedächtnisinventar ... 364
19.5 Zusammenfassung ... 365
19.6 Literaturverzeichnis ... 367

20. Verhaltenserfassung bei Demenz ... 371
Margareta Halek und Detlef Rüsing

20.1 Einleitung ... 371
20.2 Assessment ... 372
20.2.1 Erfassung des Verhaltens ... 372
20.2.2 Erfassung der Gründe des Verhaltens ... 373
20.3 Vorstellung der Instrumente ... 374
20.3.1 Cohen Mansfield Agitation Inventory ... 374

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

20.3.1.1 Entstehung, Aufbau und Anwendung ... 374
20.3.1.2 Gütekriterien ... 375
20.3.1.3 Kritische Würdigung ... 375
20.3.2 NOSGER ... 376
20.3.2.1 Entstehung ... 376
20.3.2.2 Ziel und Inhalt ... 376
20.3.2.3 Anwendung ... 376
20.3.2.4 Aufbau ... 376
20.3.2.5 Auswertung ... 376
20.3.2.6 Gütekriterien ... 377
20.3.2.7 Kritische Würdigung ... 378
20.3.3 BEHAVE-AD ... 379
20.3.3.1 Entstehung ... 379
20.3.3.2 Ziel und Inhalt ... 379
20.3.3.3 Anwendung ... 379
20.3.3.4 Aufbau ... 379
20.3.3.5 Auswertung ... 380
20.3.3.6 Gütekriterien ... 380
20.3.3.7 Modifikationen und weitere Formen ... 380
20.3.3.8 Kritische Würdigung ... 380
20.3.4 Neuropsychiatrisches Inventar ... 381
20.3.4.1 Entstehung ... 381
20.3.4.2 Ziel und Inhalt ... 381
20.3.4.3 Anwendung ... 381
20.3.4.4 Aufbau ... 381
20.3.4.5 Auswertung ... 382
20.3.4.6 Gütekriterien ... 382
20.3.4.7 Modifikationen und weitere Formen ... 382
20.3.4.8 Kritische Würdigung ... 383
20.3.5 Challenging Behaviour Scale ... 383
20.3.5.1 Entstehung, Aufbau und Anwendung ... 383
20.3.5.2 Gütekriterien ... 385
20.3.5.3 Kritische Würdigung ... 385
20.3.6 Dementia Care Mapping ... 386
20.3.6.1 Entstehung, Aufbau und Anwendung ... 386
20.3.6.2 Hintergrund ... 386
20.3.6.3 Instrument und Methode ... 386
20.3.6.4 Zielpopulation und Einsatzgebiete ... 387
20.3.6.5 Dimensionen und Items ... 387
20.3.6.6 Art der Datenerfassung ... 389
20.3.6.7 Auswertung ... 389
20.3.6.8 Training ... 389
20.3.6.9 Gütekriterien ... 389
20.3.6.10 Weiterentwicklungen ... 390
20.3.6.11 Kritische Würdigung ... 390
20.4 Schlussfolgerungen und Zusammenfassung ... 391
20.5 Literaturverzeichnis ... 397

21. Quality of life assessment in health sciences ... 401
Berit Rokne, Astrid K. Wahl

21.1 Introduction ... 401
21.2 A short historical review ... 401
21.3 Why has quality of life research become so extensive in the clinical context? ... 401
21.4 Quality of life as a concept ... 402
21.4.1 Examples of theoretical perspectives on quality of life in the medical and health context ... 403
21.4.2 Attempt to clarify concepts ... 404

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

21.5 How to measure quality of life? ... 404
21.6 Advantages and disadvantages of different types of questionnaires ... 406
21.7 Examples of questionnaires in the various categories ... 406
21.7.1 Globally-focused quality of life questionnaires ... 407
21.7.1.1 World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL 100/WHOQOL-BREF) ... 407
21.7.1.2 Quality of Life Scale ... 407
21.7.1.3 Ferrans & Power's Quality of Life Index ... 408
21.7.2 Health-focused quality of life instruments ... 408
21.7.2.1 Sickness Impact Profile ... 408
21.7.2.2 Nottingham Health Profile ... 409
21.7.2.3 Short Form-36 ... 409
21.7.3 Disease/symptom-focused quality of life ... 410
21.7.3.1 Audit of Diabetes Dependent Quality of Life ... 410
21.7.3.2 Dermatological Life Quality Index ... 410
21.7.4 What is clinical significance? ... 411
21.8 What steers our choice of questionnaire? ... 412
21.9 What is the utility of quality of life research? ... 413
21.10 Conclusion ... 414
21.11 References ... 414

22. Schmerzerfassung – Instrumente und ihr Nutzen für die Pflege ... 417
Elke Steudter und Iren Bischofberger

22.1 Einleitung ... 417
22.2 Geschichtlicher Hintergrund ... 417
22.3 Schmerzerfassung und klinische Relevanz ... 417
22.4 Schmerzdimensionen und -merkmale ... 418
22.5 Ausgewählte Assessmentverfahren zur Schmerzerfassung ... 419
22.6 Ausgewählte Assessmentinstrumente im Überblick ... 420
22.6.1 Eindimensionale Analogskalen ... 420
22.6.1.1 Beschreibung ... 420
22.6.1.2 Gütekriterien ... 422
22.6.1.3 Anwendung ... 423
22.6.1.4 Kritische Würdigung ... 424
22.6.2 Schmerzempfindungsskala ... 424
22.6.2.1 Beschreibung ... 424
22.6.2.2 Gütekriterien ... 425
22.6.2.3 Anwendung ... 425
22.6.2.4 Kritische Würdigung ... 425
22.6.3 Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung ... 426
22.6.3.1 Beschreibung ... 426
22.6.3.2 Gütekriterien ... 426
22.6.3.3 Anwendung ... 426
22.6.3.4 Kritische Würdigung ... 426
22.6.4 Tübinger Bogen zur Erfassung des Schmerzverhaltens ... 427
22.6.4.1 Beschreibung ... 427
22.6.4.2 Gütekriterien ... 427
22.6.4.3 Anwendung ... 427
22.6.4.4 Kritische Würdigung ... 428
22.6.5 Echelle comportementale de la douleur pour personnes agèes non communicantes ... 428
22.6.5.1 Beschreibung ... 428
22.6.5.2 Gütekriterien ... 428
22.6.5.3 Anwendung ... 428
22.6.5.4 Kritische Würdigung ... 429
22.6.6 Brief Pain Inventory ... 429
22.6.6.1 Beschreibung ... 429

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

22.6.6.2 Gütekriterien ... 431
22.6.6.3 Anwendung ... 432
22.6.6.4 Kritische Würdigung ... 432
22.6.7 Kindliche Unbehagens- und Schmerzskala ... 432
22.6.7.1 Beschreibung ... 432
22.6.7.2 Gütekriterien ... 433
22.6.7.3 Anwendung ... 433
22.6.7.4 Kritische Würdigung ... 433
22.7 Umfassende Schmerzermittlungsverfahren ... 434
22.7.1 Deutscher Schmerzfragebogen ... 434
22.7.2 Schmerztagebücher ... 434
22.8 Diskussion ... 435
22.8.1 Der Kontext der Schmerzerfassung ... 435
22.8.2 Entwicklungsstand ... 435
22.8.3 Anwendung ... 436
22.9 Fazit ... 436
22.10 Relevante Web-Seiten ... 437
22.11 Literaturverzeichnis ... 437

23. Erfassung von Angst im Krankenhaus ... 441
Ricarda Steinmayr und Bernd Reuschenbach

23.1 Einleitung ... 441
23.2 Angst als Pflegephänomen ... 441
23.3 Definitionen der Angst ... 442
23.4 Relevanz des Angstassessments ... 443
23.5 Interventionen ... 445
23.5.1 Informationsvermittlung ... 446
23.5.2 Gestaltung der Umgebung ... 447
23.5.3 Musik ... 447
23.5.4 Einreibungen, Massagen, Handhalten ... 447
23.5.5 Zusammenfassung ... 448
23.6 Messinstrumente ... 448
23.6.1 Hamilton-Angstskala ... 449
23.6.1.1 Anwendungsbereich ... 449
23.6.1.2 Erfasste Dimensionen ... 449
23.6.1.3 Durchführung und Auswertung ... 449
23.6.1.4 Gütekriterien und Normen ... 449
23.6.2 State-Trait-Anxiety Inventory ... 450
23.6.2.1 Anwendungsbereich ... 450
23.6.2.2 Aufbau und erfasste Dimensionen ... 450
23.6.2.3 Durchführung und Auswertung ... 450
23.6.2.4 Gütekriterien und Normen ... 450
23.6.3 Self-Rating Anxiety Scale ... 451
23.6.3.1 Anwendung ... 451
23.6.3.2 Aufbau und erfasste Dimensionen ... 451
23.6.3.3 Durchführung und Auswertung ... 451
23.6.3.4 Gütekriterien und Normen ... 451
23.6.4 Anxiety Status Inventory ... 451
23.6.4.1 Anwendung ... 451
23.6.4.2 Aufbau und erfasste Dimensionen ... 452
23.6.4.3 Durchführung und Auswertung ... 452
23.6.4.4 Gütekriterien und Normen ... 452
23.6.5 Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version ... 452
23.6.5.1 Anwendung ... 452
23.6.5.2 Aufbau und erfasste Dimensionen ... 452
23.6.5.3 Durchführung und Auswertung ... 453

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

23.6.5.4 Gütekriterien und Normen ... 453
23.6.6 Pain Anxiety Symptoms Scale ... 453
23.6.6.1 Anwendung ... 453
23.6.6.2 Aufbau und erfasste Dimensionen ... 453
23.6.6.3 Durchführung und Auswertung ... 454
23.6.6.4 Gütekriterien und Normen ... 454
23.7 Zusammenfassung ... 454
23.8 Literaturverzeichnis ... 455

24. Patienten-, Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit ... 459
Jürgen Schmidt, David Kriz und Rüdiger Nübling

24.1 Einleitung ... 459
24.2 Zufriedenheit als Qualitätskriterium ... 460
24.3 Erhebungsinstrumente für Patientenbefragungen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ... 462
24.3.1 Fragen zur Patientenzufriedenheit (FPZ) ... 462
24.3.2 Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt (HFK) ... 462
24.3.3 Fragebogen zur Krankenhausqualität bei Kurzzeit-Patienten (FKKP) ... 463
24.3.4 Kölner Patientenfragebogen (KPF) ... 464
24.3.5 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) ... 465
24.3.6 Verona Service Satisfaction Scale – deutsche Version (VSSS-54) ... 466
24.3.7 Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie ... 466
24.3.8 Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000) ... 467
24.3.9 Münchener Fragebogen zur Bewertung stationärer psychiatrischer Behandlung (MFBB-24) ... 468
24.3.10 Klinikspezifisches Patienten-Inventar zur Beurteilung der Leistungen in der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS) ... 469
24.3.11 Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation (PFB) ... 470
24.3.12 Qualitätsbeurteilungen durch Patienten (QbP) ... 471
24.4 Erhebungsinstrumente für Bewohner- und Angehörigenbefragungen in stationären Pflegeeinrichtungen ... 472
24.4.1 Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen – Bewohnerversion (HVZP-B) ... 472
24.4.2 Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen – Angehörigenversion (HVZP-A) ... 476
24.4.3 Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Altenpflegeeinrichtungen (FQA) ... 476
24.4.4 Angehörigenzufriedenheit mit stationären Altenpflegeeinrichtungen (ZUF-A-7) ... 477
24.5 Fazit ... 479
24.6 Literaturverzeichnis ... 480

Abkürzungsverzeichnis ... 483

Autorenverzeichnis ... 493

Anhang – Übersetzung der englischen Kapitel ... 501

Sachwortverzeichnis ... 623

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Vorwort

Assessmentinstrumente nehmen im pflegerischen Alltag zunehmend einen festen Platz ein. Im deutschsprachigen Raum findet derzeit ein regelrechter «Assessment-Boom» statt, der in der Vielfalt der Suche und Anwendung unterschiedlichster Instrumente Ausdruck findet.
Während der Pflegeprozess international als Kern und theoretischer Rahmen für die Arbeit examinierter Pflegefachpersonen akzeptiert ist, wirft der Einsatz von Assessmentinstrumenten immer wieder Fragen auf. Wo und wie sind Assessmentinstrumente in der Pflege angesiedelt? Wann und von wem sollen sie angewandt werden und was ist ihr Nutzen?
Der Pflegeprozess wird von einer Vielzahl weltweiter Pflegeverbände als verbindlich betrachtet und es besteht ein internationaler Konsens darüber, dass Pflegende Assessments durchführen, Pflegediagnosen stellen, Pflegeinterventionen planen, umsetzen und evaluieren (American Nurses Association, 2009). Bereits im Jahre 1974 entwickelte der Amerikanische Pflegeberufsverband einen Praxisstandard zum Pflegeprozess, der folgende Phasen umfasst: Assessment, Pflegediagnose, Planung, Implementierung und Evaluation. Auch in der neueren Literatur wird der Pflegeprozess als *der* gemeinsame verbindende Faden dargestellt, welcher Pflegende, die in den verschiedensten Fachgebieten arbeiten, weltweit verbindet. Der Pflegeprozess gilt als Kern der Pflegepraxis registrierter Pflegender, um holistische und patientenzentrierte Pflege zu ermöglichen (American Nurses Association, 2009). Das Assessment wird dort wie folgt definiert: Die registrierte Pflegende sammelt und analysiert Daten über Patienten in systematischer und dynamischer Art und Weise. Das Assessment ist der erste Schritt, um überhaupt Pflege anbieten zu können. Das Pflegeassessment umfasst nicht nur physiologische Daten, sondern auch psychosoziale, soziokulturelle, spirituelle, ökonomische Faktoren sowie Faktoren der Lebensweise. Zum Beispiel umfasst das Assessment von Pflegenden bei einem hospitalisierten Patienten, der Schmerzen hat, nicht nur die physischen Ursachen und Ausdrucksformen des Schmerzes, sondern auch die Reaktionen des Patienten auf den Schmerz: ob er Schwierigkeiten hat, vom Bett aufzustehen, das Essen verweigert, sich von Familienmitgliedern zurückzieht, Ärger gegenüber Spitalangestellten, Angst oder das Bedürfnis nach mehr Schmerzmitteln äußert. Als Schlussfolgerung des Assessments werden Pflegediagnosen gestellt.
Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung von Reaktionen des Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitszustände oder Bedürfnisse. Zum Beispiel zeigt die Pflegediagnose nicht nur, dass ein Patient Schmerzen hat, sondern auch, dass der Schmerz weitere Probleme wie Angst, schlechte Ernährung, Familienkonflikte oder die Möglichkeit von Komplikationen verursachen kann. Beispiel dafür ist eine Pneumonie, die wiederum eine potenzielle Gefahr für einen immobilen Patienten darstellt. Die Pflegediagnose stellt die Basis der Pflegeplanung dar (American Nurses Association, 2009). In Literatur und Praxis wird unter dem «Pflegeassessment» also eine umfassende Einschätzung verstanden und es liegen dafür vielfältige Anleitungen zur Erhebung und Dokumentation vor.

Assessmentinstrumente – im Sinne von Messinstrumenten – sollen die erste Phase der systematischen Datensammlung und Analyse im Pflegeprozess ergänzen. Genau zu dieser Thematik schließt dieses Buch eine Lücke der bisherigen deutschsprachigen Literatur. In der Einleitung werden Definitionen und Abgrenzungen zwischen Pflegeassessment, Pflegediagnosen, Klassifikationssystemen, Tests und Screenings verdeutlicht. Die Herausgebenden erklären den Begriff und Vorgang des Messens kritisch, theoretisch fundiert und umfassend. Sie erörtern Bezüge zwischen Assessmentinstrumenten und klinischer Entscheidungsfindung, die im Englischen als «clinical judgement» und «clinical reasoning» bezeichnet werden. Sie bieten systematische Beschreibungen von Assessmentinstrumenten und erklären spezifische und generische Assessmentverfahren, einfache versus komplexe Verfahren, ein- oder mehrdimensionale Verfahren oder Single-Item- versus Multiple-Item-Assessmentverfahren. Es wird auf validierte und nichtvalidierte Assessmentverfahren sowie auf Skalenniveaus eingegangen und die automatisierte beziehungsweise nichtautomatisierte Erfassung wird erklärt. Unter anderen werden Aspekte von Fremdbeziehungsweise Selbstassessments oder Zeitdimensionen wie unmittelbare oder verzögerte Assessments erläutert.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Die Herausgebenden gehen ausführlich auf begriffliche Einordnungen und Definitionen von Assessmentverfahren ein, beschreiben Anforderungen an die Instrument-Entwicklung sowie an Gütekriterien von Messinstrumenten und legen literaturbasierte Bewertungskriterien vor. Zudem werden wissenschaftliche Richtlinien zur Übersetzung von Assessments vorgestellt. Die Verbreitung und der Nutzen von Assessmentinstrumenten und deren Einfluss auf Pflegehandlungen werden kritisch beleuchtet.

Im Hauptteil dieses Werks werden Assessmentverfahren, also strukturierte Erhebungen mittels Skalen, Testverfahren oder Fragebögen, beschrieben.
Die Wahl der vorgestellten Instrumente geht über den somatischen Bereich hinaus und berücksichtigt die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Viele der in diesem Buch beschriebenen Assessmentinstrumente ermöglichen eine genaue, messbare Beschreibung von Pflegediagnosen, wie beispielsweise Übelkeit, Fatigue, Gefahr der Obstipation oder Angst. Andere Instrumente erfassen die Lebensqualität oder Patienten-, Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit und sind damit über den eigentlichen Pflegeprozess hinaus anwendbar.
Die Herausgebenden machen auf wohltuende Weise deutlich, dass für den Einsatz jedes Assessmentinstrumentes die jeweilige Indikation beachtet werden sollte. Die grundsätzliche Kritik an der Überflutung der Praxis mit Assessmentinstrumenten, für die keine Daten zur klinischen Relevanz vorliegen, wird begründet aufgenommen. Wenn der Einsatz solcher Instrumente im wissenschaftlichen Kontext bleibt und die erhobenen Assessmentdaten keine entsprechenden Pflegemaßnahmen zur Folge haben, haben die Patienten davon keinen Nutzen.

Dieses Buch ist als internationales Handbuch angelegt und wurde mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus dem deutschsprachigen Raum, Belgien, Norwegen, Schweden und den USA verfasst. Es ist den Herausgebenden auf eindrückliche Art und Weise gelungen, in dieses Gesamtwerk Pflegewissenschaftlerinnen, Mediziner, Psychologinnen und Physiotherapeutinnen einzubeziehen. Daher handelt es sich – nach englischem Vorbild – genauer ausgedrückt eigentlich um «Health Care Measurements». Das Buch bietet eine umfassende, wissenschaftliche Darstellung von Assessmentverfahren, ist aber erweiterbar, und daher sind weitere Bände sinnvoll und geplant.
Das vorliegende Werk stellt eine erste wissenschaftlich fundierte, deutschsprachige Übersichtsarbeit zu Assessmentinstrumenten dar und hat beinahe enzyklopädischen Charakter.
Es sei all denen empfohlen, die mit der wissenschaftlichen Anwendung von Assessmentmethoden vertraut und betraut sind oder die mit entsprechenden methodischen Kompetenzen vor der Wahl stehen, ob ein Verfahren zur Anwendung kommen soll und, wenn ja, welches. Das Studium dieses Buches wird all denen Freude bereiten, die bereit sind, sich auf eine vertiefte und kritische Auseinandersetzung mit Assessmentverfahren einzulassen.

Maria Müller-Staub, PhD, MNS, EdN, RN

Literatur

American Nurses Association (2009). *The nursing process: A common thread amongst all nurses.* Kansas City: American Nurses Publishing.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Einleitung

Das Thema «Pflegeassessment» ist seit den 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts ein Trendthema in der internationalen Pflegewissenschaft. Kennzeichnend für solche Forschungstrends ist, dass sie das wissenschaftliche Handeln für einige Jahre im Sinne einer «research agenda» bestimmen und sich hieraus Empfehlungen, Standards oder Leitlinien entwickeln, die auch Auswirkungen auf die Praxis haben. Kritische Auseinandersetzungen setzen in wissenschaftlichen Innovationszyklen zeitlich verzögert ein und führen erst spät zu einer Relativierung der einstmals so gepriesenen Konzepte und Theorien. Dies lässt sich am Beispiel der Pflegeplanung verdeutlichen, die mit großem Implementierungsdruck in die Praxis gebracht wurde und nach unzähligen (Forschungs-)Projekten und Schulungsmaßnahmen noch immer nicht in der erforderlichen Qualität umgesetzt wird, weil – das zeigen nun auch wissenschaftliche Arbeiten – das Konzept der Pflegeplanung systemimmanente logische Fehler beinhaltet (Fischbach, 2006; Reuschenbach, 2008). Bis solche gut etablierten «Paradigmen» überwunden und durch neue theoretische Sichtweisen ersetzt sind, dauert es viele Jahre (Kuhn, 2001).
Droht den pflegerischen Assessmentinstrumenten ein ähnliches Schicksal?

Zum jetzigen Zeitpunkt fällt eine Antwort schwer. Dennoch mehren sich die Anzeichen, dass die bisher postulierten positiven Wirkungen von Assessmentverfahren auf die pflegerische Ergebnisqualität nicht in allen Fällen nachgewiesen werden können.
Nach einer Phase uneingeschränkter Wertschätzung für die vielfältigen Assessmentverfahren ist in der «scientific community» nun eine Phase eingetreten, in der auch kritische Stimmen zum praktischen Einsatz, zur Relevanz und zu den etablierten Gütekriterien laut werden. Diese wachsende Kritik hat auch Auswirkungen auf die Gestaltung dieses Handbuchs.
Wenn hier Instrumente vorgestellt und bewertet werden, dann lässt sich daraus nicht unmittelbar eine Praxisempfehlung ableiten. Einige Autoren verzichten aus Angst vor einer voreiligen Übernahme von Einschätzungsinstrumenten, deren klinische Relevanz nicht belegt ist, auf die Darstellung von Fragebögen oder Skalen. Andere weisen im Text ausdrücklich darauf hin, dass neben den testtheoretischen Gütekriterien für den routinemäßigen Einsatz in der Praxis viele weitere Aspekte, wie etwa die Anwenderkompetenz oder die Prävalenz des entsprechenden Pflegephänomens (s. Kap. 3) zu beachten sind.[1]

Es ist ein zentrales Anliegen dieses Handbuchs, zu einem kritischen Umgang mit den Instrumenten anzuregen. Daraus ergibt sich die Zielgruppe des Buches. Es ist für Personen gedacht, die mit der wissenschaftlichen Anwendung von Assessmentmethoden vertraut und betraut sind oder die mit entsprechenden methodischen Kompetenzen vor der Wahl stehen, ob und, wenn ja, welches Verfahren zur Anwendung kommen soll. Das Handbuch verzichtet daher auf eine kompakte vergleichende Darstellung im Stil von Produkttests, sondern diskutiert abwägend Vor- und Nachteile einzelner Verfahren, auch vor dem Hintergrund der jeweiligen Einsatzmöglichkeiten in der Praxis und im Bereich der Wissenschaft und Forschung.

Die Anzahl der verfügbaren Assessmentinstrumente liegt international sicher im fünfstelligen Bereich. Hieraus galt es, für dieses Handbuch eine Auswahl zu treffen. Vier Aspekte waren dabei leitend:

1. Die Forschungsexpertise in deutschsprachigen Ländern war ein erstes Auswahlkriterium. So werden die Themen «Mangelernährung» und «Pflegeabhängigkeit» sowie die Risikoassessments für Sturz, Thrombose und Dekubitus, die in Deutschland derzeit stark beforscht werden, umfassend dargestellt.
2. Weiterhin wurden Bereiche ausgewählt, in denen international ein großer Wissensfundus existiert. Das heißt, es werden Pflegephänomene beschrieben, zu denen es bereits mehrere Assessmentinstrumente gibt, die in der Praxis erprobt sind und zu denen schon erste vergleichende Übersichtsarbei-

1 Bei der Bewertung der Assessmentinstrumente muss die jeweilige Indikation beachtet werden. Von der grundsätzlichen Kritik an der Überflutung der Praxis mit Assessmentinstrumenten, für die keine Daten zur klinischen Relevanz vorliegen, bleibt daher der Einsatz solcher Instrumente im wissenschaftlichen Kontext, also ohne pflegerische Handlungsrelevanz, unberührt.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

ten existieren. Anregungen erhielten wir hierzu durch Beiträge und Rezensionen im *Journal of Nursing Measurement* sowie durch die angloamerikanischen Sammelbände von Frank-Stromberg & Olsen (2004), Waltz & Strickland (1988, 1990), Strickland & Waltz (1988, 1990) und Doran (2003), die uns in vieler Hinsicht als Vorbilder dienten.

3. In der deutsprachigen Forschungsszene herrscht derzeit eine deutliche Fokussierung auf somatische oder medizinische Aspekte (Dekubitus, Sturz, Ernährung). Für die Pflege, die sich von der somatisch orientierten Medizin oft durch ein ganzheitliches Verständnis (hier definiert als Beachtung somatischer, sozialer und psychischer Dimensionen) abgrenzt, sind solche Schwerpunktsetzungen sicherlich problematisch und zwingen zu einer Reflexion über die Priorisierung von Assessmententwicklungen (s. Kap. 4). Es war daher ein Anliegen, neben diesen somatischen Aspekten auch Verfahren aufzunehmen, die auf psychische Aspekte Bezug nehmen, wie etwa Angst oder Lebenszufriedenheit.
4. Eine weitere Eingrenzung ergibt sich durch die anvisierte Zielgruppe der Assessmentverfahren. Es werden Assessmentverfahren dargestellt, die bei Erwachsenen zum Einsatz kommen können. Die Darstellung pflegerelevanter Verfahren für Kinder ist für einen Folgeband geplant.

Die durch die vier Dimensionen begründete Auswahl führt zur Darstellung von Assessmentinstrumenten, die nicht auf der gleichen Abstraktionsebene liegen. Wenn man die Taxonomie von NANDA-International zu Grunde legt, dann kann jedes Kapitel einer NANDA-Domäne zugeordnet werden. Innerhalb eines Kapitels können sich einzelne Assessmentverfahren auf Domänen, Klassen und wieder andere auf Pflegediagnosen («nursing diagnoses») beziehen. Diese Variabilität in der taxonomischen Hierarchieebene erklärt sich einerseits durch die Granularität (Feinkörnigkeit) und andererseits durch die Anzahl der jeweils verfügbaren Verfahren. Instrumente mit hohem Granularitätsgrad messen – im Gegensatz zu solchen mit hohem Abstraktionsgrad – pflegerische Phänomene differenzierter, weil die zu messenden Konzepte konkreter beschrieben und die Items daher einen höheren Operationalisierungsgrad aufweisen. Die Autorinnen und Autoren der einzelnen Kapitel haben sich bemüht, Einschätzungsinstrumente darzustellen und doch eine Abstraktionsebene zu wählen, bei der die Anzahl der Verfahren zur jeweiligen Domäne überschaubar bleibt. Dies erklärt die unterschiedliche thematische Weite der einzelnen Kapitel. Da nicht nur die Anzahl an Assessmentverfahren kontinuierlich steigt, sondern auch immer mehr Pflegephänomene mittels Assessmentverfahren erfasst werden, ist in Nachfolgebänden geplant, weitere Instrumente für andere Phänomene vorzustellen.

Die umfangreichsten Kapitel im Handbuch thematisieren Einschätzungsinstrumente, die derzeit in Deutschland stark beforscht oder diskutiert werden. Hierzu zählt das Kapitel «Pflegebedürftigkeit» (Kap. 11), das von Klaus Wingenfeld und Andreas Büscher geschrieben wurde, weiterhin das Themengebiet «Dekubitusrisikoassessment» (Kap. 16), das Katrin Balzer und Elke Mertens verantworten, sowie die von Gabriele Meyer und Sascha Köpke verfassten Beiträge zum Sturzrisikoassessment (Kap. 10) und zum Thromboserisikoassessment (Kap. 17).

Bei der Suche nach Autorinnen und Autoren für unser Handbuch stellten wir fest, dass es schwierig war, für alle ausgewählten Themenbereiche deutschsprachige Expertinnen und Experten zu finden. Daher haben wir auch einige renommierte internationale Pflegewissenschaftler hinzugezogen. Christine Hedges, Jeanne S. Ruggiero und Nancy S. Redeker (USA) stellen in Kapitel 7 Messverfahren für Schlaf und Schlafstörungen vor. Ingalill Rahm Hallberg und Pia Andersson aus Schweden thematisieren Messverfahren zur Erfassung der Mundgesundheit (Kap. 14). Zwei Kapitel beschäftigen sich mit der Lebensqualität. Berit Rokne und Astrid Wahl aus Norwegen stellen generelle Messmethoden für die Lebenszufriedenheit vor (Kap. 21), während Mona L. Martin und Tracy Brazg (USA) spezielle Verfahren für die Messung der Lebenszufriedenheit bei Kontinenzproblemen thematisieren (Kap. 15). Die in den deutschsprachigen Ländern bisher nur wenig bekannten Assessmentinstrumente zur Einschätzung des Obstipationsrisikos werden von Gaye Kyle (Großbritannien) in Kapitel 18 des Handbuchs vorgestellt. Jan Foubert aus Belgien beschäftigt sich mit Einschätzungsinstrumenten für Fatigue (Kap. 8).
Die bisher genannten Kapitel sind in englischer Sprache verfasst. Wer auf die Idee kommt, die dort dargestellten Verfahren ins Deutsche zu übersetzen, erfährt in Kapitel 6, welche Richtlinien bei der Übersetzung der Verfahren einzuhalten sind und welche Fallstricke es bei der Anpassung und Validierung der Verfahren geben kann.
Die Schweiz ist durch Irene Bischofberger und Elke Steudter vertreten, die aktuelle Methoden zur Schmerzmessung vorstellen (Kap. 22).
Autorinnen aus Österreich sind zum einen Elfriede Fritz, die gemeinsam mit Elisabeth Krupp und Sara Bickelhaupt Messmethoden zur Erfassung von Übelkeit bei Chemotherapiepatienten darstellt (Kap. 13), sowie Maria Magdalena Schreier, die mit Sabine Bartholomeyczik Dokumentations- und Erfassungsinstrumente für die Ernährungssituation beschreibt und bewertet (Kap. 12).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Neben einer internationalen Besetzung des Autorenteams war es uns auch ein Anliegen, ein multidisziplinäres Autorinnen- und Autorenteam zusammenzustellen.

Die Texte von Expertinnen unterschiedlicher Fachrichtung verdeutlichen den besonderen Blickwinkel der jeweiligen Disziplin, aus dem sich auch für die Pflegewissenschaft wichtige Anregungen ergeben. Für uns als Herausgeber wurde dies beispielsweise im Kapitel über Motorik deutlich, das ursprünglich mit «Mobilität» überschrieben war und Instrumente zur Erfassung der Beweglichkeit darstellen sollte. Der von der Physiotherapeutin Claudia Bohls (Kap. 9) erstellte Beitrag zeigt, welch differenzierte Bewegungskonzepte notwendig sind, um die «Beweglichkeit» – präziser formuliert: die Motorik – der zu Pflegenden zu beschreiben.

Bei der Darstellung von Verfahren, die bei Dementen zum Einsatz kommen können, haben wir uns für eine Zweiteilung entschieden. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht stellen Margareta Halek und Detlef Rüsing Instrumente zur Erfassung behavioraler Aspekte, insbesondere von herausforderndem Verhalten vor (Kap. 20), während für den kognitiven Status mit Johannes Schröder ein Psychiater und mit Elke Alsdorf eine Psychologin das Kapitel 17 übernommen haben. Psychologen haben weiterhin die Kapitel zur Erfassung der Patienten- und Bewohnerzufriedenheit (Kap. 24, von Jürgen Schmidt, David Kriz und Rüdiger Nübling) und der präoperativen Angst (Kap. 23, von Ricarda Steinmayr und Bernd Reuschenbach) erstellt.

Die Einbindung anderer Fachdisziplinen hat dazu geführt, dass wir uns mit den definierenden Merkmalen eines Pflegeassessments auseinandersetzen mussten: Was macht ein Assessment zu einem Pflegeassessment? Die Beantwortung dieser Frage ist für die Entwicklung und Bewertung von Assessmentinstrumenten (Kap. 3 und 4), aber auch zur Klärung der Durchführungs- und Nutzungsverantwortung in der Praxis wichtig.

Während die Dekubitus- und Sturzrisikoassessments klar in der Pflege verortet sind, ist zu klären, ob das Assessment der Ernährungssituation nicht besser bei der Diätassistentin, das Motorikassessment bei der Physiotherapeutin, die kognitive Diagnostik der Demenz beim Gerontologen und das Schmerzassessment nicht besser beim Anästhesisten aufgehoben sind. Den Pflegenden als Berufsgruppe mit den längsten Kontaktzeiten kommt hier die wichtige Rolle zu, das Basisassessment durchzuführen und dann zu entscheiden, welche Berufsgruppen noch zu beteiligen sind.

Die ersten Kapitel dieses Handbuchs gehen auf diese definitorischen Fragen des Pflegeassessments und die Relevanz im Pflegeprozess ein.

Ein solcher Sammelband ist eine Mammutaufgabe. Von der ersten Idee zu diesem Handbuch im Herbst 2006 bis zur Fertigstellung des Manuskripts sind unzählige Vorversionen, Korrekturversionen und letztlich die finale Fassung entstanden. Knapp 1700 ein- und ausgehende E-Mails zeugen von dem großen Umfang dieses Projekts, das von Anfang an mit enzyklopädischen Dimensionen geplant war. Die dabei anfallenden Aufgaben waren nicht ohne die unterstützenden Personen zu bewerkstelligen, denen wir an dieser Stelle zu danken haben.

Unser erster Dank gilt unseren Familien, die uns Freiräume geschaffen und gelassen haben, dieses Buchprojekt neben den sonstigen Verpflichtungen zu realisieren.

Wir möchten uns bei allen Autorinnen und Autoren bedanken, die selbst viel Zeit und Energie investiert haben, um umfangreiche Beiträge von hoher Aktualität zu schreiben. Viele mussten erfahren, dass der Begriff «Deadline» in anderen Ländern und anderen Disziplinen anders verstanden wird. Dies führte dazu, dass einige Beiträge schon alle Korrekturphasen durchlaufen hatten, während von anderen Beteiligten noch kein Beitrag in Sicht war. Der Anspruch, möglichst aktuelle Beiträge zu verfassen, führte dadurch bei vielen zu erheblicher Mehrarbeit. Wir möchten uns bei allen für die konstruktive Zusammenarbeit bedanken, für die Bereitschaft, Änderungen im Sinne der Herausgeber umzusetzen, und für das Durchhaltevermögen über einen Zeitraum von knapp drei Jahren.

Ein weiterer Dank gilt Carolin Berude, die die Texte umfangreich im Hinblick auf formale Richtlinien und die einheitliche Gestaltung von Zitationen, Grafiken und Literaturangaben redigiert und korrigiert hat. Dies hat sie stets mit großer Ausdauer und Akribie gemacht. Herzlichen Dank! Wir danken dem Lektor Michael Herrmann für seine sorgfältige Durchsicht, Überarbeitung und Angleichung der Kapitel. Die Arbeit mit ihm war stets freundlich und kollegial.

Last but not least danken wir Jürgen Georg vom Huber Verlag. Er war von der Idee eines solchen Herausgeberbandes von Anfang an begeistert. Er hat uns die vergangenen Jahre in der Realisierung sehr unterstützt und wichtigen Freiraum gelassen, um eigene Ideen und Konzeptionen umzusetzen. Wir haben in ihm einen hilfsbereiten, freundlichen Ansprechpartner gefunden, der uns auch bei der Wahl der Autorinnen und Autoren behilflich war. Jürgen Georg hat uns in motivationalen Durststrecken mit aufmunternden Worten ermutigt und eine gute Balance zwischen Termindruck und Qualitätssicherung gefunden.

Heidelberg, April 2011
Bernd Reuschenbach und *Cornelia Mahler*

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Literatur

Doran, D. M. (2003). *Nursing sensitive outcomes – state of the art*. Sudbury: Jones & Bartlett.

Fischbach, A. (2006). *Zur Logik der geplanten Pflege*. Melsungen: Bibliomed.

Frank-Stromborg, M. & Olsen, S. J. (2004). *Instruments for clinical health-care research*. Sudbury: Jones & Bartlett.

Kuhn, T. S. (2001). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Reuschenbach, B. (2008). *Einfluss der Expertise auf das Planen und Problemlösen im komplexen Handlungsfeld Pflege*. Berlin: Logos.

Strickland, O. L., & Waltz, C. F. (1988). *Measurement of nursing outcomes. Volume two: Measuring nursing performance: practice, education and research*. New York: Springer.

Strickland, O. L., & Waltz, C. F. (1990). *Measurement of nursing outcomes. Volume four: Measuring client self-care and coping skills*. New York: Springer.

Waltz, C. F. & Strickland, O. L. (1988). *Measurement of nursing outcomes. Volume one: Measuring client outcomes*. New York: Springer.

Waltz, C. F. & Strickland, O. L. (1990). *Measurement of nursing outcomes. Volume three: Measuring clinical skills and professional development in education and practice*. New York: Springer.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

1. Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments

Bernd Reuschenbach

1.1 Vorbemerkung

Als Einstieg in eine Thematik sind Definitionen hilfreich, da diese einen Rahmen abstecken, in dem weitergehende theoretische Auseinandersetzungen stattfinden können.
Zunächst soll der Begriff *Assessment* definiert werden (s. Kap. 1.2), um dann die definierende Komponente eines *Pflegeassessments* zu beleuchten (s. Kap. 1.3). Im vierten Abschnitt dieses Kapitels geht es um eine Abgrenzung zu den Begriffen Diagnostik, Pflegediagnose, Messen, Testen und Screening (s. Kap. 1.4).
Unter der Überschrift «Pflegeassessment» lassen sich viele verschiedene Instrumententypen und unterschiedliche Anwendungsformen subsummieren (s. Kap. 1.5). Eine Auseinandersetzung mit diesen Varianten und innovativen Strategien wie dem «ecological momentary assessment» (s. Kap. 1.6) sind wichtig, um für die Praxis und im wissenschaftlichen Kontext gegenstandsangemessene Methoden auszuwählen.

1.2 Assessment

Zur Erklärung des Wortes «Assessment» kann das Wortfeld für das Verb «to assess» in der englischen Sprache weiterhelfen. Im Merriam-Websters (2009) finden sich unter anderem zwei Wortbedeutungen:

a) «to determine a rate or amount»
b) «to determine the importance, size, or value of …»

Es geht also offensichtlich um eine Festsetzung von Größen und Wertigkeiten und um die Bestimmung der Wichtigkeit und Relevanz für das Handeln.
In der deutschen Übersetzung finden sich dafür die Begriffe «schätzen», «veranschlagen», «festsetzen» (Langenscheidt, 2008). Das Wort «assessment» wird als «Einschätzung» übersetzt. Die Wurzeln des Wortes liegen im lateinischen «assidere», was als «dabeisitzen» oder «Beisitzer, Amtshelfer oder Assistenz sein» zu übersetzen ist. In etymologischen Quellen taucht die Kombination «assess» und «ment» erstmals 1548 auf (Beckwith, Dickinson & Kendall, 2010).
Aus dieser etymologischen Perspektive lässt sich Assessment am ehesten als «*Einschätzung*» übersetzen, die jedoch nicht vage im Sinne eines ersten *Eindrucks* ist, sondern als Festsetzung und Festlegung verstanden werden muss. Diese Einschätzung ist zielgerichtet (intentional) und *kann* zur Planung oder Realisierung von Maßnahmen genutzt werden. Assessments sind das Ergebnis eines *deliberativen kognitiven* Prozesses («Deliberative means assessment has purpose and direction», Gordon, 2008, S. 3). Das Ergebnis dieses Prozesses sind Einschätzungen im Sinne von Grobeinschätzungen, aber auch schon Schlussfolgerungen in Form von Diagnosen, Einstufungen etc. Sie unterscheiden sich damit von intuitiven Wissensgrundlagen. So verstanden ist das Assessment ein kognitiver, psychologischer Prozess und damit entfernt von der Bedeutungseinengung auf ein (Assessment-)Instrument. Eine neuere qualitative Begriffsanalyse von Beckwith et al. (2010) stärkt die Sichtweise, dass inmitten der vielen unklaren Bedeutungen des Begriffs «nursing assessment» die Kernkategorie «judical» für alle Konzepte gilt. Damit ist die abwägende, bewertende, von Erfahrungswissen und analytischen Prozessen beeinflusste Einschätzung gemeint, die in engem Bezug zur Pflegediagnose steht. Gordon (2008) spricht daher auch von «diagnostic judgement» als einer zentralen Dimension des Assessments.
Die Ausklammerung des intuitiven Moments als Form des Assessments begründet sich hier aus der Etymologie und aus methodischen Gründen. Will man das Assessment als zentrale pflegerische Aufgabe ansehen, so bedarf es auch einer Operationalisierung der Einschätzung. Dies ist jedoch bei der Intuition erschwert (Reuschenbach, 2008). Eine andere Sichtweise, die auch die Intuition als Teil des Assessments versteht, findet sich bei Lake und John (2001). Die

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Frage, ob die Intuition Teil des «decision making» und der Ein*schätzung* ist, hängt maßgeblich von dem zu Grunde liegenden kognitiven Modell ab, ist aber für die hier bedeutsame Abgrenzung zu den Assessmentinstrumenten von untergeordneter Bedeutung.
Wenn in der Pflege der Begriff «Assessment» genutzt wird, dann muss nicht automatisch die Einschätzung eines Patienten gemeint sein. Im Rahmen eines Assessment-Centers für Pflegende können auch Pflegende Objekt eines Assessments sein (Reuschenbach, 2004). Außerdem gibt es strukturierte Assessments, die das Stationsklima (Brodbeck, Andersen & West, 2001) oder das Pflegesystem mit validierten Methoden erfassen (Schippers et al., 2010). Auch hier bestehen Bezüge zwischen Assessmentmethode und Pflege. Dennoch handelt es sich nicht um ein Pflegeassessment im Sinne der Definition, wie sie im nächsten Abschnitt entwickelt wird.

1.3 Pflegeassessment

Bei dem Versuch, vorhandene Definitionen des Begriffs «Pflegeassessment» zu finden, lohnt sich zunächst eine Analyse des englischen Begriffs «nursing assessment». Hurst et al. (1991) haben in einer Metaanalyse die verschiedenen Stufenmodelle des Pflegeprozesses untersucht und erstellen eine Synopse von fünf Stufen. Danach folgt nach der Stufe der «problem identification» auf der zweiten Stufe das «problem assessment». Dieses definieren sie als «collecting, estimating and judging the value and significance of data. […] The second stage helps to: a) break down the problem into sub-problems; b) find their causes; and c) discover fresh problems» (S. 1446). Erst dann folgt in einem dritten Schritt die Planung von Pflegemaßnahmen. Im Sinne dieser Definition geht es beim Pflegeassessment, ganz im Sinne der oben genannten allgemeinen Definition, nicht nur um eine unreflektierte Wahrnehmung, sondern um eine zielgerichtete Beobachtung und Datensammlung («collecting»). Aus der folgen eine Problemidentifikation und die Bewertung des Problems («judging», «estimating»). Neuere Modelle gehen aber von einem fünfschrittigen Prozess aus: 1. Assessment, 2. Diagnose, 3. Planung, 4. Implementierung, 5. Evaluation (z. B. Gordon, 2008). Hier ist das Assessment als Methode der Informationssammlung angelegt und die Interpretation der zweite Schritt.
Im Sinne dieser beiden weiten Definitionen ist jede Einschätzung oder Informationsgewinnung, unabhängig davon, ob sie mit oder ohne die Anwendung von Assessmentinstrumenten zustande kommt, ein Pflegeassessment.
Dabei kommen verschiedene Assessmentmethoden zum Einsatz:

- Befragungen der zu Pflegenden oder ihrer Angehörigen
- zielgerichtete Beobachtung der zu Pflegenden
- physiologische Messungen (Blutdruck oder Temperatur) oder das Ablesen und Bewerten automatisiert erhobener physiologischer Parameter (z. B. Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz etc.)
- strukturierte Erhebungen mittels Skalen, Testverfahren oder Fragebögen. Diese werden als Assessmentverfahren oder Assessmentinstrumente bezeichnet.

Einschätzungen können schriftlich fixiert werden und damit Teil der Dokumentation sein oder aber ohne schriftlichen Nachweis unmittelbare Grundlage für die daraus abgeleiteten pflegerischen Interventionen sein.

Wenn das Pflegeassessment als integraler Bestandteil des Pflegeprozesses verstanden und gelehrt wird, dann wird meist diese weitgefasste Definition des Pflegeassessmentbegriffs verwandt. Die Betrachtung außerhalb des Pflegeprozesses führt zu einer Fokussierung auf die Instrumente. Diesem eher eingeengten Verständnis von Pflegeassessment folgend, werden Pflegeassessments auf strukturierte Einschätzungsinstrumente *oder die Nutzung* derselben reduziert. Der Grad der Strukturierung solcher Assessmentinstrumente reicht dabei von Beobachtungen, Anleitungen für die Durchführung von Interviews (z. B. der Zorgkompass zur Erfassung der Belastung pflegender Angehöriger; Blom & Duijnstee, 1999) bis hin zu Fragebögen, Tests oder Skalen, die testtheoretisch validiert wurden, oder zur automatisierten Messung. Für diese Methoden werden im Folgenden die Begriffe *«Assessmentverfahren»* oder *«Assessmentinstrumente»* genutzt. Solche Instrumente stehen im Mittelpunkt dieses Buches.
In **Abbildung 1-1** wird das Zusammenspiel von Intuition, Pflegeassessment und der Anwendung von Assessmentinstrumenten zusammengefasst.
Instrumentengestütztes und nicht instrumentengestütztes Assessment sind dabei nicht unabhängig, sondern bedingen sich. So kann der strukturierte klinische Eindruck ein erstes Basisassessment sein, aus dem sich dann erst die Nutzung weiterer «In-depth»-Instrumente ergibt. Die häufig zu findende Unterscheidung zwischen Basisassessment und Fokusassessment ist wichtig, weil auch das diagnostische Vorgehen graduell gestuft sein muss, um handlungsfähig zu bleiben. Während das Basisassessment eine erste grobe Einschätzung als Einstieg in den diagnostischen Prozess – mit einem Screening vergleichbar – ist, stellt das Fokusassessment ein bestimmtes Pflegeproblem in den Mittelpunkt und erfasst es gründlicher, d. h. vielschichtiger. Es sind Hinweise («cues»)

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

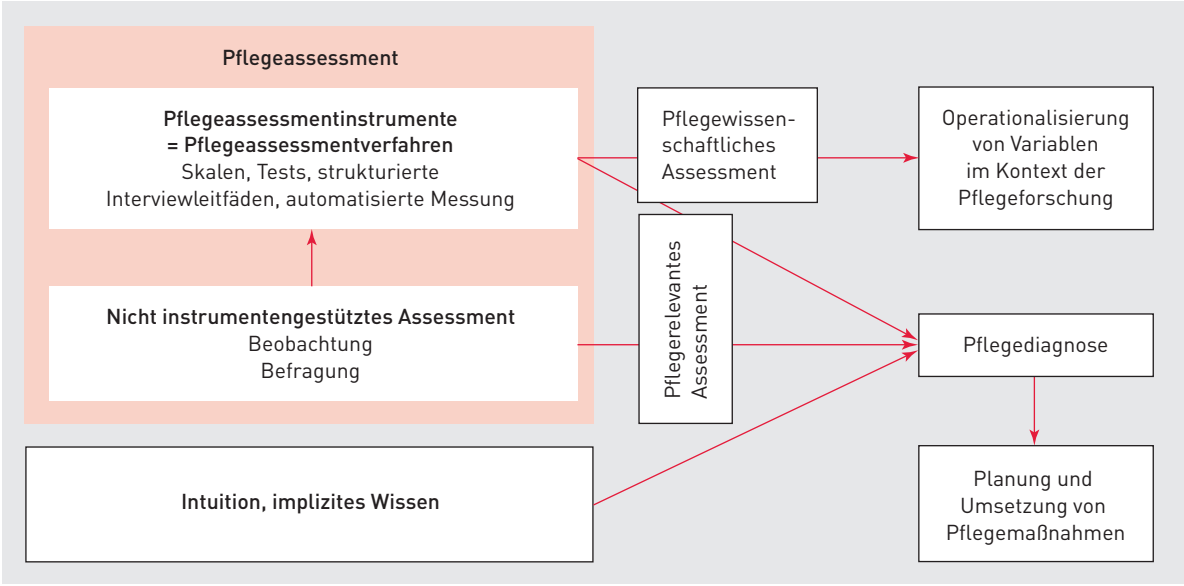

Abbildung 1-1: Einfluss von Assessment, Intuition und Assessmentinstrumenten auf die Pflegepraxis

über einen weiteren Abklärungsbedarf, die einen fließenden Übergang vom Basisassessment in das Fokusassessment bedingen. Dies geht häufig mit der Anwendung von Assessmentinstrumenten einher, zwingt aber nicht dazu. Denn auch ohne Instrument kann eine Fokussierung vorgenommen werden. Sowohl das Basis- als auch das Fokusassessment sind nicht nur Teil des Erstkontakts, sondern sollten im Pflegeprozess kontinuierlich stattfinden und zur Diagnose, Prognose und Evaluation genutzt werden.
Welche Facetten des Assessments nun genutzt werden, ist von vielen Faktoren abhängig. Beckwith, Dickinson und Kendall (2010) nennen in ihrer Überblicksarbeit beispielsweise: Art des Patienten, vorausgehende Hinweise im Pflegeprozess, Erwartungen, Wahrnehmung, Ressourcenallokation, Kultur, erster Eindruck, Prognose und Expertise der Pflegenden.

Was ist das Pflegespezifische am Pflegeassessment?

Zur Klärung dieser Frage bieten sich zwei Möglichkeiten an:

a) Das pflegespezifische Moment ergibt sich durch die *Nutzung* und/oder *Durchführung* von Pflegenden.
b) Das pflegespezifische Moment ergibt sich durch die *Fokussierung auf ein Pflegephänomen*.

Beide Aspekte sind häufig miteinander verbunden, aber nicht zwingend gleichzusetzen.

Zu a) Die weitgefasste Bedeutung von Pflegeassessments als Teil des Pflegeprozesses weist darauf hin, dass das *Pflege*assessment von Pflegenden genutzt und durchgeführt wird. Beide Dimensionen (Nutzung und Durchführung) sind nicht zwingend verbunden. So kann das Schmerzassessment von Pflegenden durchgeführt und dokumentiert werden. Es ist aber bedauerlicherweise nicht immer pflegerisch handlungsrelevant, sondern dient Ärzten als Grundlage für die Schmerzmedikation. Damit ist ein prozessorientierter Einsatz des «Pflegeassessments» nicht gegeben. Dennoch ist das Kriterium der pflegerischen Durchführung erfüllt. An solchen, aus der Praxis gelegentlich geschilderten Fällen wird aber auch deutlich, dass die Nutzung des Assessments im Pflegeprozess nicht umgesetzt wurde.
Ein weiteres Beispiel ist das Selbstassessment in Form eines patientengeführten Schlaftagebuchs. In diesem Fall liegt die Durchführung nicht bei den Pflegenden, aber die durch den Patienten erhobenen Daten können pflegerisch relevant sein. Die Beispiele zeigen, dass Nutzung und Durchführung nur sehr vage Kriterien für das pflegespezifische Moment sein können.

Im Hinblick auf die Nutzung des Assessments sind zwei weitere Begriffe wichtig:

- Unter *pflegerelevanten Assessments* versteht man Assessement(-verfahren), die für die Pflege eine Handlungsrelevanz besitzen, also durch Pflegende oder für die Pflege genutzt werden.
- Unter *pflegewissenschaftlichen Assessmentmethoden* werden Instrumente verstanden, die als Operationalisierungsmethoden für Variablen im Forschungsprozess dienen.

Diese Unterscheidung ist für die Bewertung von Assessmentverfahren wichtig. Für pflegewissenschaftliche Assessmentverfahren spielen Praktikabilitätsas-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

pekte, die Akzeptanz in der Praxis oder die klinische Effektivität nur eine untergeordnete Rolle, für pflegerelevante Assessmentverfahren sind diese Bewertungskriterien unerlässlich, wenngleich sie auch zu selten evaluiert werden (s. Kap. 3).

Zu b) Eine weitere – hier präferierte – Möglichkeit, das pflegespezifische Moment am Pflegeassessment zu spezifizieren, besteht darin, das Einschätzungsobjekt in den Mittelpunkt zu stellen. Demnach kann von einem Pflegeassessment gesprochen werden, wenn ein **Pflegephänomen** (z. B. Bewegungseinschränkung) oder ein **Pflegekonzept** (z. B. Schmerz) im Mittelpunkt steht. Ein Phänomen ist im etymologischen Sinne eine «Erscheinung» (griech. «phainomenon» = Erscheinung), also etwas, «das mit den menschlichen Sinnen wahrnehmbar ist, was sich zeigt und was auf eine subjektiv erlebbare und interpretierbare Weise erscheint» (Georg & Frowein, 1999). Dies entspricht der Ansicht im Sinne der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Phänomene sind zunächst nicht vorgegeben, sondern werden beispielsweise ausgehend von Pflegetheorien, Diagnosesystemen oder «health perception – health management patterns» (Gordon, 2008) konstruiert.
Im Sinne der ICNP werden Pflegephänomene als «pflegerelevante Begriffe und Aspekte des Menschseins, des menschlichen Lebens in Zusammenhang mit gesund sein (Gesundheit), krank sein (Krankheit) und der menschlichen Entwicklung bis hin zum Sterben» definiert (Wied, 2007).
Phänomene sind daher immer auch Konstrukte. Diese sind, anders als Pflegekonzepte, aber immer erfassbar. Konzepte inkludieren auch die nicht unmittelbar erlebbaren, aber erschließbaren pflegerelevanten Konstrukte. Damit ist der Begriff «Pflegekonzept» weiter gefasst als der Begriff «Pflegephänomen». Waltz, Strickland und Lenz (2010) definieren Konzepte als «aspects of reality that can be thought about and communicated to others» (S. 27), daher bestimmen sie auch die Pflegefachsprache. Konzepte sind für die Messung wichtig, weil sie die Kontentvalidität des Messinstruments sichern (s. Kap. 3). Zu den Pflegekonzepten zählen Einstellungen, Wissen, Emotionen, Kognitionen oder Intentionen in Abhängigkeit vom pflegerischen Blickwinkel.
Die Sichtweise, was «pflegerelevant» ist, also im Fokus der Aufmerksamkeit steht, ist durch historische, professionstheoretische, einrichtungsspezifische, organisatorische Aspekte und durch das berufliche Selbstverständnis beeinflusst und lässt damit Raum für Veränderungen. Ob die Messung der präoperativen Angst beispielsweise ein Pflegeassessment ist oder nicht, ergibt sich durch das Pflegeverständnis. Wenn die Erfassung dieser psychischen Dimension als pflegerische Aufgabe angesehen wird und damit dem holistischen Ansatz der NANDA-II-Taxonomie folgt, dann ist dies im Sinn der hier präferierten Definition ein Pflegeassessment. Wer dagegen Pflege auf somatische Aspekte beschränkt, wird die Erfassung der präoperativen Angst als Aufgabe von Psychologen oder Ärzten ansehen und dies folglich nicht als Pflegeassessment definieren.
Eine Orientierung am Pflegephänomen bedeutet auch eine Fokussierung auf den Patienten, also auf seinen Zustand. Davon abzugrenzen sind pflegehandlungsbezogene oder aufwandsbezogene Assessments, die Pflegehandlungen erfassen, etwa die Leistungserfassungssysteme (z. B. LEP®, www.lep.ch). Auch hier wird gelegentlich von einem Pflegeassessment gesprochen. Im Sinn der hier präferierten Definition handelt es sich aber nicht um ein Pflegeassessment, da Pflegehandlungen und nicht die Patienten in Form von Pflegephänomenen oder -konzepten im Mittelpunkt stehen.
Kleinpell (2009) unterscheidet in ähnlicher Weise zwischen «care related measurement » (z. B. Wartezeit im Krankenhaus), «performance related measurement» (z. B. Vollständigkeit der Dokumentation) und «patient related measurement». Zur letzteren Gruppe gehören beispielsweise die Patientenzufriedenheit, die Compliance, Krankheitswissen oder der funktionelle Status. Die in diesem Handbuch dargestellten Aspekte fokussieren auf die «patient related measurements».
Weiter gefasst als der Begriff «Pflegeassessmentinstrument» sind die im Englischen genutzten Begriffe «health care measurements», «nursing sensitive outcome measurements» oder «patient reported outcome measurements» (PRO).[1]

Diese pflege- und professionstheoretisch begründete Varianz des Einschätzungsobjektes führt dazu, dass es keinen verbindlichen Kanon an Pflegeassessments geben kann. Was heute ein Pflegeassessment ist, kann morgen schon keines mehr sein. An dieser Stelle wird deutlich, dass für die Entwicklung, Durchführung und Nutzung von Pflegeassessmentinstrumenten immer auch eine Auseinandersetzung über pflegerische Aufgabenfelder und das pflegerische Berufsverständnis notwendig ist (s. Kap. 5).

1 Analysiert man die derzeit verfügbaren und eingesetzten Assessmentinstrumente, dann wird eine Dominanz somatischer Aspekte deutlich. Diese somatische Orientierung der Assessmentinstrumente im deutschsprachigen Raum steht im Widerspruch zum psychosozialen Menschenbild, wie es in den meisten Pflegetheorien zu finden ist. Gordon (2008) nutzt hingegen ein ganzheitliches Assessment, bei dem, neben dem «family assessment», auch ein «community assessment» zur Anwendung kommt. Beispielsweise sollen mittels «community assessment» Probleme und Ressourcen im inner- und außerhäuslichen Umfeld (Verfügbarkeit von Supermärkten) als Einflussfaktor für die Mangelernährung eingeschätzt werden.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Dennoch gibt es nach derzeitigem Stand übliche, d. h. häufig genutzte Instrumente, die auf bedeutsame Pflegephänomene und -konzepte bezogen sind. Diese sind Teil dieses Handbuchs und begründen den Titel des Buches: «*Pflegebezogene Assessmentverfahren*».
Aus den eben dargestellten Erörterungen leitet sich folgende Definition des Begriffs Pflegeassessment ab, die als Arbeitsdefinition für dieses Buch zu verstehen ist.

Definition

Pflegeassessment bezeichnet jegliche Form der deliberativen und intentionalen Einschätzung pflegerischer Phänomene und Konzepte. Hierzu zählt auch die Nutzung strukturierter Einschätzungs-, Beobachtungs- und Abklärungsinstrumente (Fragebögen, Skalen, Tests, Interview-Leitfäden). Diese werden als Pflegeassessmentinstrumente oder Pflegeassessmentverfahren bezeichnet und stellen eine Konkretisierung des Pflegeassessments dar.

Mit der Festlegung auf das Einschätzungsobjekt (hier pflegerische Phänomene/Konzepte) wird offen gelassen, ob die Durchführung durch Pflegende oder die Nutzung durch Pflegende definierend für ein Pflegeassessment ist.

Die Ergebnisse des Assessments können für eine klinische Urteilsbildung genutzt werden und sind damit eine Basis für pflegerisches Handeln. Durch die Eingrenzung auf deliberative Entscheidungsgrundlagen grenzt sich das Assessment von impliziten Handlungsgrundlagen, die oft als Intuition oder implizites (Handlungs-)Wissen bezeichnet werden, ab. Auch das implizite, erfahrungsbasierte Wissen ist für die pflegerischen Handlungen bedeutsam. Es ist aber keine deliberative Entscheidungs- oder Handlungsgrundlage.
Mit der Unterscheidung zwischen implizitem Wissen auf der einen Seite und dem Pflegeassessment auf der anderen Seite wird deutlich, dass das so definierte Pflegeassessment nur *eine mögliche* Grundlage für das «clinical decison making» ist. Dies relativiert die Bedeutung von Pflegeassessments und Pflegeassessmentverfahren im klinischen Kontext (s. Kap. 2).
Die immer wieder betonte Komplexität des pflegerischen Handelns und Entscheidens kann mit einer Fokussierung wie sie ein Assessmentinstrument darstellt, nicht erfasst werden. Assessmentverfahren sind daher eine Unterstützung des diagnostischen Prozesses, in dem weitere Bedeutungs- und Relevanzstrukturen der Pflegenden wirken. Schrems (2007) sieht in der sinnhaften Deutung der instrumentenbedingten Einschätzung inmitten des pflegerischen Kontextes die zentrale Aufgabe der Pflege. Hier müssen die Lebenswelt der Patienten, deren subjektives Krankheitsgefühl und Krankheitswissen, das Erfahrungswissen der Pflegenden und wissenschaftliche Erkenntnisse zu einer Diagnose vereint werden.
Eine zentrale pflegerische Aufgabe ist es, «Bedeutung und subjektives Erleben inhaltlich als integrative Bestandteile in die jeweiligen Assessments einzubauen und diese methodisch so zu gestalten, dass die mit der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation einhergehende und für BeobachterInnen nicht erkennbare Blindheit so weit wie möglich eingeschränkt wird» (Schrems, 2007, S. 223). Die Gegenüberstellung eines hermeneutischen Zugangs auf der einen und eines streng rationalen und an Instrumenten orientierten Zugangs auf der anderen Seite ist jedoch nur eine künstliche Trennung, die im praktischen Alltag kaum möglich ist (Standing, 2008).

1.4 Abgrenzung zu verwandten Begriffen

1.4.1 Diagnostik und Pflegediagnosen

Die Bedeutung des Wortes «*Diagnose*» weist Gemeinsamkeiten mit dem Begriff «Assessment» auf. Beides sind deliberative Prozesse, die die Grundlage für nachgeordnete Entscheidungen oder Maßnahmen bilden.
Fisseni (1997) nennt Diagnostik einen kognitiven Vorgang, der vom Erkennen zum Beschließen führt. Andere Autoren beschreiben für die Psychologie die Diagnostik als «das systematische Sammeln und Aufbereiten von Informationen mit dem Ziel, Entscheidungen und daraus resultierende Handlungen zu begründen, zu kontrollieren und zu optimieren» (Jäger & Petermann, 1995, S. 11). In diesem Informationsverarbeitungsprozess geht es darum, Daten zu sammeln und zu einem Urteil (Diagnose) zusammenzufassen. Analog zu Assessments können nicht nur Personen, sondern auch Personengruppen, Institutionen, Situationen oder Gegenstände im Mittelpunkt des diagnostischen Prozesses stehen.
Diagnostische Methoden dienen also dazu, ein Phänomen bzw. Konzept zu erfassen und diesem eine Diagnose als strukturgebende Kategorie zuzuordnen. Diese Zuordnung begründet sich:

a) aus der Abklärung, ob bestimmte Symptome überhaupt vorhanden sind
b) aus der Schwere, mit der diese Symptome vorherrschen und
c) aus einem differenzierten Urteil, welche Facetten des relevanten Phänomens nachzuweisen sind.

Für alle drei Aspekte leisten Diagnosen ihren Beitrag und sind damit für die Handlungsplanung wichtig.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Pflegediagnosen werden von der NANDA wie folgt definiert:

A nursing diagnosis is a clinical judgement about an individual, family or community response to actual or potential health problems or life processes. A nursing diagnosis provides the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse is accountable (NANDA-I, 2007).

In dieser Definition wird deutlich, dass auch Pflegediagnosen eine deliberative Einschätzung («clinical judgement») darstellen. Anders als beim Pflegeassessment wird hier die Handlungsrelevanz betont. Pflegediagnosen sind also Grundlagen für pflegerische Interventionen, was bei Pflegeassessments nicht der Fall sein muss, wie weiter oben erläutert wurde (s. Kap. 2.2).
Zwar ist die Nutzung eines Pflegeassessments ebenfalls ein diagnostischer Akt, das Ergebnis der Einschätzung ist aber nicht mit einer Pflegediagnose gleichzusetzen, sondern vielmehr ein unterstützender Beitrag für die Bildung einer Pflegediagnose. «Diagnostic categories, or nursing diagnoses, summarize the assessment data into meaningful clusters of information» (Gordon, 2008, S. 120). Pflegeassessments liefern also Hinweise («cues») für die Diagnosestellung. Damit kann das Pflegeassessment im diagnostischen Prozess auch als «cue acquisition» bezeichnet werden. Für die Diagnosestellung sind neben der Einschätzung des **P**roblems auch die Suche nach möglichen Gründen («**e**tiology or related factors») und die Suche nach Zeichen und **S**ymptomen notwendig (PES-Schema).

1.4.2 Pflegeklassifikationen

Pflegeklassifikationen liefern über individuelle Ausprägungen hinweg übergreifende, d. h. standort- und personenunabhängige Beschreibungen von Pflegephänomenen und Ergebnissen. Ziele einer Klassifikation sind die Systematisierung von Phänomenen und die Weiterentwicklung differenzierender Merkmale, sodass hieraus auch ein genaueres Bild über Definitionen, Konzepte und Abgrenzungen entsteht. Diese Merkmale sind begründet und strukturgebend. Aus den nicht trennscharfen Abgrenzungen ergeben sich Richtlinien für die Differenzialdiagnostik und Anregungen für eine Anpassung des Klassifikationssystems. Diese Strukturgebung ist für die Pflegeassessmentinstrumente bedeutsam, weil sie mit der Inhaltsvalidität des Instruments (s. Kap. 3) in Verbindung steht. Ein Pflegeklassifikationssystem leistet daher eine Eingrenzung und Definition des zu erfassenden Messobjektes.

Davon zu unterscheiden sind *Patientenklassifikationssysteme*, mittels derer Patienten und Bewohner je nach Erfüllung der diagnostischen Kriterien eingeordnet werden.

1.4.3 Tests

Der Begriff «Test» stammt aus der Psychologie und bezeichnet ein diagnostisches Mittel, das nach den Regeln einer Testtheorie (s. Kap. 3) entwickelt wurde. In einem engeren Verständnis werden Tests auch als Prüfverfahren beschrieben, die zur Ausschaltung systematischer Störvariablen eine standardisierte Situation vorsehen (Fisseni, 1997). In Anlehnung an den Klassiker der Testliteratur (Lienert & Raatz, 1994) lassen sich folgende Merkmale nennen:

- Tests sind wissenschaftliche Routineverfahren. Die Wissenschaftlichkeit bezieht sich dabei auf die Konstruktion und auf die standardisierte Anwendung.
- Tests dienen der Bestimmung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Phänomene.
- Tests ermöglichen eine Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung. Dies setzt voraus, dass sich wenigstens zwei Personen in der Ausprägung unterscheiden. Der Vergleich ergibt sich durch eine Norm oder ein Kriterium.

Ausgehend von diesen Kennzeichen wird deutlich, dass Tests eine besondere Variante des Pflegeassessments und eine besondere Variante von Pflegeassessmentinstrumenten sind.

1.4.4 Messen

Im Alltagsverständnis wird Messen als die Zuweisung von Zahlen zu einem Merkmal verstanden. Wir messen die Körpergröße, den Blutdruck oder die Temperatur und erwarten als Ergebnis einen Zahlenwert in einer bestimmten Messeinheit, der die wahre Größe wiedergibt.
Ein umfangreiches Verständnis, was Messen bedeutet, liefert die Messtheorie, die sich um Regeln für die Durchführung von Messungen und um eine generelle Definition des Messens bemüht.
Messen ist demnach «eine Zuordnung von Zahlen zu Objekten oder Ereignissen, sofern diese Zuordnung eine homomorphe Abbildung eines empirischen Relativs in ein numerisches Relativ ist» (Bortz & Döring, 2006, S. 65). Zur Messung bedarf es daher zunächst einer Auseinandersetzung mit der Beziehung der Messobjekte (empirisches Relativ), um danach die Zahlenrelation (numerisches Relativ) zu konstruieren. Die Abbildung zwischen numerischem Relativ

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

und empirischem Relativ soll strukturerhaltend, also homomorph sein.
Die Messtheorie formuliert Kriterien, wie diese Abbildung erfolgen soll. Sie soll eindeutig sein. Eindeutigkeit betrifft die Transformationsregeln, die im numerischen Relativ mathematisch möglich sind, ohne die Relation des empirischen Relativs zu verfälschen. Diese Transformationsregeln formen die bekannten Skalenniveaus. Nominalskalen ermöglichen beispielsweise eine Aussage im Sinne von «gleich/ungleich», Ordinalskalen im Sinne von «größer/kleiner». Intervallskalen lassen Transformationen zu, bei denen die Gleichheit der Differenzen gewahrt bleibt und Rationalskalen erlauben Transformationen, bei denen der Abstand zum Nullpunkt exakt wiedergegeben wird.

1.4.5 «Clinical judgement» und «clinical reasoning»

Der Begriff «clinical judgement» ist eng mit dem hier postulierten, weitgefassten Assessmentbegriff verbunden. Auch das «clinical judgement» gilt als Grundlage für pflegerische Handlungen. Es geht der Ableitung pflegerischer Maßnahmen voran. «Clinical judgement» wird einerseits als **Prozess** verstanden (z. B. Redelmeier et al., 2001) und lässt sich dann als «Urteilsfindung» oder «Beurteilung» übersetzen. Andererseits gibt es aber auch Definitionen, die das *Ergebnis*, also das Urteil in den Mittelpunkt stellen. So findet sich im 7-Achsen-Modell des International Council of Nurses (ICN) folgende Definition für «clinical judgement»: «Clinical opinion or determination related to the focus of nursing practice (e. g., decreasing level, risk, enhanced, interrupted, abnormal)» (http://www.icn.ch/icnp_v1book_ch4.htm, Stand: 15. 11. 2009). Eine echte Unterscheidung zum Assessment gelingt mit dieser Definition nicht, denn auch das Assessment bezieht sich auf einen pflegerischen Fokus und ist als eine Art Festlegung oder Feststellung («determination») zu verstehen. Will man die Abgrenzungsversuche zwischen «assessment» und «clinical judgement» systematisieren, so gibt es drei Sichtweisen, die nicht miteinander kompatibel sind:

1. *Assessment als Voraussetzung für «clinical judgement»:* Standing (2008) definiert «judgement» in Anlehnung an Dowie (1993) als «assessment of alternatives» und «choosing between alternatives» (S. 125). So verstanden, ist beim «clinical judgement» die Abwägung zwischen wenigstens zwei Alternativen (Handlungs- oder auch Entscheidungsalternativen) bedeutsam. Das Assessment wäre dann eine wichtige Grundlage für das «clinical judgement» und diesem vorgelagert. Der Unterschied lässt sich an einem praktischen Beispiel verdeutlichen: Konfrontiert mit einer Patientin, die über Übelkeit klagt, dienen ein Assessment und der Einsatz von Pflegeassessmentinstrumenten dazu, die Intensität oder Art der Übelkeit einzuschätzen. Welche übelkeitsreduzierenden Maßnahmen daraus abgeleitet werden, erklärt sich durch die Gesamtbeurteilung der Lage: Welche Interventionen sind für den Patienten hilfreich? Welche der Interventionen sind am effektivsten? Welche Ressourcen sind zur Durchführung notwendig und welche anderen Pflegemaßnahmen möglich? Diese kritischen Abwägungen sind im Sinne der Definition von Dowie (1993) das «clinical judgement».
2. *Assessment und «clinical judgement» als konkurrierende Aktivitäten:* Diese Auffassung findet man dort, wo eine Einschätzung mittels Assessmentinstrumenten der Anwendung ohne eine solche Methode gegenübergestellt wird. Die instrumentenfreie Einschätzung wird als «clinical judgement» definiert (z. B. Moore, Martin & Stonehouse, 1996; Turkowski et al., 1997; Myers & Nikoletti, 2003) und in Vergleichsstudien der Effektivität und Genauigkeit durch die Nutzung von Assessmentinstrumenten gegenübergestellt.
3. *«Clinical judgement» als Grundlage für ein Assessment:* Murphy (2002) beschreibt für die Risikoeinschätzung eine dritte Variante der Abhängigkeit beider Begriffe: «collective judgement is the optimal method of assessing risk». Er plädiert dafür, zur Reduktion von Fehlerquellen in der Einschätzung eines Risikos das «clinical judgement» verschiedener Personen und Berufsgruppen strukturiert zu erfassen. So gesehen dient das kollektive «clinical judgement» dazu, die Validität einer Einschätzung («assessment») zu erhöhen.

Die drei Sichtweisen verdeutlichen die unklare Verwendung des Begriffs, sodass auch die Bezüge zueinander nicht deutlich werden können. Diese Problematik wird verschärft, weil auch andere Begriffe, die aus der kognitiven Psychologie entliehen wurden, im medizinischen und pflegerischen Kontext unscharf verwendet werden. Beispielsweise wird der Begriff des «clinical reasoning» häufig synonym genutzt: «Clinical judgement can be defined as the exercise of reasoning under uncertainty when caring for patients» (Redelmeier, 2001, S. 358). Simmons (2010) hat als Ergebnis einer Konzeptanalyse «clinical reasoning» definiert als …

… complex cognitive process that uses formal and informal thinking strategies to gather and analyse patient information, evaluate the significance of this information and weight alternative actions» (S. 1155).

Auch hier sind alle Bestimmungsstücke auf das Assessment und «clinical judgement» übertragbar.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Welche Konsequenz hat diese Begriffsverwirrung? Ganz allgemein bedarf es in der Pflegewissenschaft dringend einer Klärung und Abgrenzung dieser Begriffe, damit hier trennscharfe Konstrukte beforscht und deren Einfluss auf die Einschätzung der Patienten bzw. Bewohner geklärt werden kann. Der lesenswerte Beitrag von Simmons (2010) ist hier ein erster Ansatz.

1.4.6 Screening

Häufig werden Screening und Assessment einander als verschiedene Begriffe gegenübergestellt. Diese Auffassung wird hier nicht geteilt, da die eben genannten definierenden Merkmale für ein Assessment auch für das Screening gelten. Auch beim Screening geht es um eine Einschätzung sowie um die Aufdeckung eines Handlungsbedarfs, auch ein Screening ist ein diagnostischer Prozess. Screenings sind daher als eine besondere Form des Assessments und damit als eine besondere Form des diagnostischen Vorgehens zu verstehen.
Nach Sichtung der Literatur lassen sich drei häufig genutzte Kennzeichen des Screenings benennen:

1. Ein Screening liefert eine *dichotome Kategorisierung* (Phänomen vorhanden vs. Phänomen nicht vorhanden; Risiko vorhanden vs. Risiko nicht vorhanden). Eine graduell differenzierte Bewertung, beispielsweise im Sinne von starkem vs. mittlerem vs. schwachem Risiko spricht demnach eher für ein Nicht-Screening. «The goal of screening is to differentiate correctly between persons who have a previously unrecognized illness, development delay or other health alteration and those who do not» (Heiss, 2005, S. 436).
2. Ein Screening ist der *erste Schritt im diagnostischen Prozess*, dem dann weitere Assessments folgen, die meist aufwändiger, aber von höherer diagnostischer Güte sind. Screenings geben Hinweise für die weitere Diagnostik, aber nicht für unmittelbare therapeutische Maßnahmen. Auch Personen, die noch keine bewussten gesundheitsbezogenen Probleme haben, können an einem Screening teilnehmen, um frühzeitig weitere Diagnostik einzuleiten (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006). Ein so verstandenes Screening dient also der Selektion der ausführlicher zu testenden Patienten. Anders formuliert: Das Screening reduziert die Anzahl der Patienten, für die eine weitere Diagnostik ratsam oder notwendig ist (Reischies, 2005). Dies setzt jedoch voraus, dass es weitere diagnostische Verfahren zur Einschätzung eines Phänomens gibt. Die nachgeschalteten Verfahren, werden im Englischen auch «second-line assessment tools» genannt (z. B. beim FACE, s. Kap. 11).
3. Ein Screening ist ein diagnostisches Verfahren, das mit *geringem Aufwand* durchgeführt werden kann und daher im Vergleich zur nachfolgenden Diagnostik *kostengünstig* ist. Daher eignet es sich zur Anwendung an größeren Patientengruppen, z. B. im Rahmen von medizinischen Reihenuntersuchungen oder für epidemiologische Studien. Mit der breiten Anwendung geht oft einher, dass Screenings ungenauer sind, d. h. eine **höhere Fehlerwahrscheinlichkeit** (höhere Rate an falsch-positiven und/oder falsch-negativen Ergebnissen) gegenüber den Nicht-Screening-Assessments aufweisen. Wegen dieser Fehlerwahrscheinlichkeit sind Verfahren zu wählen, die für den Patienten möglichst wenig belastend sind. Die Grenze zwischen Diagnostikum mit hoher vs. niedriger Fehlerrate und zwischen geringem vs. hohem Durchführungsaufwand ist allerdings schwer zu ziehen. Insbesondere dann, wenn im diagnostischen Prozess mehrere Assessmentmethoden nacheinander zum Einsatz kommen, um die diagnostische Güte sukzessive zu erhöhen.

Verwandt mit dem Begriff des Screenings ist die Unterscheidung zwischen Basis- und Fokusassessment (Gordon, 2008). Ein solches Basisassessment ist auch eine erste grobe Einschätzung, die weiteren diagnostischen Bedarf nach sich ziehen kann, aber nicht muss. Beim Fokusassessment wird nach der Identifikation der Probleme eine genauere Einschätzung vorgenommen, meist unter Nutzung von genaueren und spezifischeren Assessmentinstrumenten («in-depth-assessment»).

1.5 Systematik von Pflegeassessmentinstrumenten und deren Einsatz

Die Anzahl der verfügbaren Assessmentinstrumente und ihr Einsatzgebiet wachsen stetig. Um die Kommunikation über Assessments zu erleichtern und spezifische Gütekriterien anzulegen, ist daher eine Systematik hilfreich. Die im Folgenden dargestellten Facetten bilden in ihrer Gesamtheit ein polyhierachisches Klassifikationssystem. In jeder Klasse können wenigstens zwei disjunkte Unterkategorien unterschieden werden, in denen sich die einzelnen pflegerischen Assessments einordnen lassen. Die Systematik verdeutlicht, welche vielfältigen Formen, Umsetzungsmöglichkeiten und Ansatzpunkte für ein pflegerisches Assessment existieren, die bekannt sein müssen, um die geeignete Variante gegenstandsangemessen auswählen zu können.
Zur weiteren Unterscheidung der Assessmentkategorien werden zwei Dimensionen genutzt: einerseits Dimensionen, die die Variation in den Instrumenten

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

selbst betreffen und eine Dimension, die die Anwendung dieser Verfahren betrifft.

1.5.1 Instrumentenbezogene Einteilungen

1.5.1.1 Rolle im Pflegeprozess

Mit dem Hinweis auf die Fokussierung des Pflegeassessments auf Pflegephänomene geht einher, dass Assessments anhand der Stufen des Pflegeprozesses gegliedert werden können. Demnach sind zu unterscheiden:

- Instrumente zur Ersteinschätzung, also zur Nutzung im Rahmen des Erstkontaktes. Hierbei handelt es sich bevorzugt um Basisassessments, die dann den weiteren Einsatz der Fokusassessments leiten.
- Instrumente zur Messung von Veränderungen im weiteren Pflegeverlauf, also als Evaluationsinstrumente.
- Instrumente zur Feststellung des pflegerischen Outcomes am Ende des Pflegeprozesses.

Die drei Anwendungsgebiete können dann weiter in ein Selbst- und ein Fremdassessment untergliedert werden.
Die besondere Rolle, die beruflich Pflegende in der Anwendung von Assessmentinstrumenten haben, wird auch in den «Standards of Care» der American Nurses Association dargestellt. Dort heißt es:

- Standard I: The nurse collects health data systematically. The ongoing collection involves the patient, family and, when appropriate, other care providers.
- Standard II: The nurse analyzes assessment data in determining diagnoses. When possible, judgements are validated with the patient (Gordon, 2008, S. 1).

1.5.1.2 Spezifische vs. generische Assessmentverfahren

Im Hinblick auf ein Pflegekonzept (z. B. Schmerz, Übelkeit) und den damit in Beziehung stehenden Pflegephänomenen (z. B. Schonhaltung, verzerrter Gesichtsausdruck, Kaltschweißigkeit) können Instrumente zum Einsatz kommen, die für alle Varianten geeignet sind *(generisches Assessment)* oder aber auf spezielle Erlebniskomponenten, Formen, Auslöser, Bedingungen, Zielpopulationen, Erkrankungsarten oder Settings zugeschnitten sind *(spezifisches Assessment)*. Von generischen zu spezifischen Verfahren erhöht sich die Genauigkeit, weil Items an einer kleineren Zielpopulation validiert und gezielt auf diese hinentwickelt wurden. Die Zielpopulation ist beim Einsatz spezifischer Assessmentinstrumente homogener. Dies erhöht die Validität des Verfahrens. Ein weiterer Vorteil spezifischer Assessments ist die Testökonomie. Denn das Verfahren muss nicht allen Situationen und Personen gerecht werden, sondern die Items sind auf die Befragten ausgerichtet. Anderseits ist durch die Instrumentenspezifität die Generalisierbarkeit herabgesetzt. Dieser Widerspruch zwischen Genauigkeit bei einer spezifischen Messung auf der einen Seite und die fehlende Generalisierbarkeit und Passung zum möglichen Spektrum des Konstruktes auf der anderen Seite wird im «bandwidth dilemma» aufgegriffen (Cronbach & Gleser, 1965, zit. n. Bock & Wood, 1971). Analog zur Herstellung eines Radios ist es nicht möglich, ein Verfahren zu entwickeln, das eine hohe «fidelity» ermöglicht und gleichzeitig eine hohe Bandbreite im Sinne eines großen Spektrums des Messobjektes bietet. Beispielsweise ist die Schmerzmessung mittels visueller Analogskala (VAS) (s. Kap. 22) ein generisches Assessment, da sie bei allen Schmerzformen vom Geburtsschmerz bis zu Kopfschmerzen genutzt werden kann. Demgegenüber ist die «Infants Postoperative Pain Scale» (Büttner et al., 1998) ein spezifisches Assessment, da diese Skala nur bei Kindern und nur für postoperative Schmerzen anwendbar ist. Die Nutzung von spezifischen Assessmentverfahren ist sinnvoll, wenn sich aus der Einschätzung eine genauere Planung von Maßnahmen ergeben kann. Häufig werden spezifische Assessments eingesetzt, wenn ein vorhergehendes Screening schon erste Hinweise auf einen Handlungsbedarf ergeben hat und nachfolgend mittels eines spezifischen Assessments eine genauere Einschätzung vorgenommen werden soll.
Ein Beispiel aus der Demenzdiagnostik kann das verdeutlichen. Für die Messung des kognitiven Status wird häufig der Mini-Mental-Status-Test (s. Kap. 20) eingesetzt. Er erlaubt unter anderem eine Einschätzung der Gedächtnisleistung, der räumlichen und zeitlichen Orientierung, der Zeichenfähigkeit und der Aufmerksamkeit. Wenn es hier zu Normabweichungen kommt, dann sind weitere spezifische Assessments notwendig, die den Grad der Beeinträchtigung abklären, Aussagen über die Ursachen ermöglichen oder für die Altersgruppe eine genauere Einordnung des Schweregrades ermöglichen. Beispielsweise können mit dem Alters-Konzentrations-Test (Gatterer, 2008) die Vigilanz und Konzentrationsfähigkeit genauer beurteilt werden. Spezifische Assessmentverfahren leisten also für die Diagnosesicherung einen Mehrwert gegenüber generalistischen Assessments.
Eine weitere Eingrenzung des Einsatzgebietes kann sich durch die Zielpopulation ergeben: Als Beispiel kann hier das Resident Assessment Instrument (RAI)

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

genannt werden, das für die häusliche Versorgung (RAI home care), den Akutpflegebereich (RAI acute care), die psychiatrische Versorgung (RAI mental health), den Rehabilitationsbereich (RAI post acute care) und die Palliativversorgung (RAI palliative care) vorliegt (s. Kap. 11).

1.5.1.3 Einfache vs. komplexe Assessmentverfahren

Diese Dimension bezieht sich auf den Aufwand bei der Durchführung und Auswertung des Verfahrens. Einfache Assessmentverfahren lassen sich leicht in den pflegerischen Alltag integrieren, es wird daher auch von «*bedside tests*» gesprochen. Komplexe Assessments bedürfen eines erhöhten Aufwands, weil die Zeit zur Durchführung und/oder Auswertung lange dauert oder weil entsprechende Testmaterialien oder Instrumentarien bereitgestellt werden müssen.
Assessmentverfahren, die sich auf mehrere Facetten eines Phänomens beziehen, sind häufig komplexe Assessmentverfahren.
Die Komplexität kann sich auch durch die kombinierte Anwendung verschiedener Assessmentverfahren ergeben. Dann wird von einer *Testbatterie* gesprochen.

1.5.1.4 Ein- vs. mehrdimensionale Assessmentverfahren

Eindimensionale Assessmentverfahren erfassen ein Konstrukt *nicht* in seinen vielfältigen Facetten, sondern nur in einer Dimension. Beispiele sind die Messung der Körpertemperartur oder der Herzfrequenz. Ebenso ist die Messung des Schmerzes auf *einem* Zahlenstrahl, wie man es bei der numerischen Analogskala (s. Kap. 22) findet, ein eindimensionales Assessmentverfahren.
Mehrdimensionale Assessments beruhen auf Modellannahmen über die Facetten der zu Grunde liegenden Konstrukte, der Phänomene oder verschiedener Wirkfaktoren. Mehrdimensionale Verfahren bestehen aus Subskalen, in denen die Items einzelner Dimensionen zusammengeführt werden können. Die Zuordnung von Items auf die Subskala ergibt sich auf Grund theoretischer Annahmen oder auf Grund datenreduzierender statistischer Methoden (z. B. der Faktorenanalyse). Als Beispiel kann der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) (Fahrenberg et al., 2000) genannt werden. Dieser Fragebogen ermöglicht neben der Erfassung der generellen Lebenszufriedenheit auch die Messung der spezifischen Lebenszufriedenheit für zehn verschiedene Lebensbereiche, z. B. die Zufriedenheit mit der Gesundheit oder dem Beruf.
Mehrdimensionale Assessmentverfahren sind meist durch eine größere Anzahl an Items gekennzeichnet.

1.5.1.5 Single-Item- vs. Multiple-Item-Assessmentverfahren

Während sich die Dimension einfach vs. komplex auf das zu Grunde liegende Modell bezieht, ist für diese Dimension die Anzahl an Items entscheidend. Ein-Item-Verfahren, z. B. «Wie stark sind Ihre Schmerzen derzeit?», kommen dann zur Anwendung, wenn die Belastung für den Patienten bzw. die Bewohner durch die Anwendung des Assessmentverfahrens gering sein soll, wenn es sich nicht um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt und es um eine globale Einschätzung ohne weitere Differenzierung geht. Ein wesentlicher Grund für die Wahl von Multiple-Item-Verfahren liegt darin, dass sich hiermit leichter Reliabilitätskoeffizienten (s. Kap. 3) berechnen lassen, obwohl vergleichende Studien zwischen itemreichen Skalen und Ein-Item-Skalen in vielen Fällen eine hohe Übereinstimmung und vergleichbare testtheoretische Güte zeigen (z. B. DeSalvo et al., 2006, für die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes).

1.5.1.6 Risiko- vs. Nicht-Risikoassessment

Zu den häufigsten derzeit genutzten Risikoassessments zählen die Dekubitusrisikoassessments (z. B. die Braden-Skala) und die Sturzrisikoassessments (z. B. die STRATIFY-Skala). Durch die Anwendung eines Risikoassessments soll es gelingen, dass die Aussagen über die Wahrscheinlichkeiten bzw. Chancen des Auftretens eines Pflegeproblems (Sturz, Dekubitus) genauer werden. Wenn man beispielsweise ohne die Anwendung eines Risikoassessments von 20 % gefährdeten Personen weiß, dann sollte durch die Anwendung des Risikoassessments eine Gruppe gebildet werden, in der der prozentuale Anteil der als «gefährdet» klassifizierten Personen höher ist, Das heißt, die als dekubitusgefährdet klassifizierten Personen sollten tatsächlich ein höheres Risiko haben als die Personen, die nicht als gefährdet klassifiziert wurden. Das Risikoassessment trennt Gefährdete von Nichtgefährdeten, was mit genaueren Aussagen zur Wahrscheinlichkeit des Auftretens in den beiden Gruppen einhergeht. Das Assessment ermöglicht so passgenauere Maßnahmen. Hier geht es nicht wie beim Screening um das frühzeitige Erkennen eines Problems, sondern um das Erkennen eines möglichen Risikos für das Auftreten der Problematik. Dies erschwert die Erfassung und Validierung der Verfahren, da es an geeigneten Außenkriterien fehlt (s. Kap. 3).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Aus der Tatsache, dass frühzeitig eingeleitete prophylaktische Maßnahmen meist mit geringerem Aufwand und Kosten verbunden sind als die Behandlung von Spätfolgen, erklärt sich die Relevanz des Risikoassessments.
Das definierende Element eines Risikoassessments ist also die Identifikation von Faktoren, die Wahrscheinlichkeitsaussagen über eine Gefährdung ermöglichen. Nicht-Risikoassessments, z. B. eine Schmerzmessung, operieren nicht mit Wahrscheinlichkeiten, sondern beschreiben unmittelbar die Ausprägung eines Phänomens, aus dem sich ein Handlungsbedarf ergibt. *Nicht definierend* für ein Risikoassessment ist die prospektive Orientierung des Assessments, da Risikoassessments wie auch Nicht-Risikoassessments eine unmittelbare Einschätzung des Handlungsbedarfs ermöglichen.

1.5.1.7 Standardisierte vs. nichtstandardisierte Assessmentverfahren

Die Unterscheidung ergibt sich durch die An- bzw. Abwesenheit genauer Verfahrensvorschriften, wie das Assessmentinstrument anzuwenden ist. Bei standardisierten Assessementverfahren wird durch einen erläuternden Text, meist in einem begleitenden Manual, beschrieben, wer das Verfahren in welcher Weise anwenden sollte und wie es auszuwerten ist. Von einem standardisierten Assessmentverfahren wird aber auch dann gesprochen, wenn nur «Ankreuz-Items» genutzt werden, ohne dass es Möglichkeiten für freie Antworten gibt. Bei einer Teilstandardisierung (z. B. dem Pflegekompass von Blom & Duijnstee, 1999) oder fehlender Standardisierung gibt es Variationsmöglichkeiten im Antwortverhalten. Die Möglichkeit, mit offenen Antworten die individuelle Sichtweise der Patienten oder Bewohner zu erfassen, wird mit einer komplexeren Auswertung und größerem Interpretationsspielraum in der Auswertung der verbalen Daten erkauft. Nichtstandardisierte Verfahren ermöglichen die Erfassung der individuellen vielgestaltigen Facetten eines Pflegephänomens. Sie haben meist eine geringe Reliabilität und Validität (s. Kap. 3), was aber nicht zwingend gegen die praktische Anwendung spricht. Häufig sind standardisierte Assessmentverfahren daher auch validiert und gelegentlich normiert. Dennoch dürfen die Begriffe Standardisierung, Normierung und Validierung nicht gleichgesetzt werden.

1.5.1.8 Norm- vs. kriteriumsorientierte Verfahren

Ein gemessener Wert, der durch den Einsatz eines Assessmentinstruments zustande gekommen ist, muss zur Ableitung von geeigneten Maßnahmen immer auch bewertet werden. Bei der Überführung der Zahlenwerte in die für die Diagnostik relevante Einschätzung werden zwei Strategien verfolgt:

- die Orientierung an einem vorher festgelegten Kriterium (kriteriumsorientierte Diagnostik) oder
- die Orientierung an einer Normstichprobe (normorientierte Diagnostik).

Normierte Testverfahren setzen einen Referenzwert voraus, vor dem eine quantifizierte Einschätzung beurteilt werden kann. Die Referenzwerte stammen aus vorherigen Testungen an einer anderen Stichprobe (Normstichprobe).
Insbesondere bei progredienten Verläufen, z. B. bei der Abnahme der Gedächtnisleistung bei Demenz, ist es schwer zu ermitteln, welcher Wert noch als «normal» anzusehen ist. Weil Angaben zur früheren, prämorbiden kognitiven Leistungsfähigkeit fehlen, werden zur Beurteilung Normen herangezogen, die einen Anhaltspunkt liefern können, ob der Abbau in Relation zur Alterskohorte noch normgerecht, unterdurchschnittlich oder überdurchschnittlich ist. Damit werden – und das ist der wesentliche Nachteil einer normorientierten Statusdiagnostik – nicht die zurückliegenden individuellen Unterschiede, sondern die Referenzstichprobe zur Beurteilung herangezogen. Auf einer ideographischen Ebene kann das Ergebnis daher anders bewertet werden als auf einer normvergleichenden Ebene.
Da die Verteilungen der Messwerte in der Normstichprobe und den meist alters- und geschlechtsdifferenzierten Substichproben bekannt sind, lassen sich für einen Messwert – unter der Annahme der Voraussetzungen der klassischen Testtheorie (s. Kap. 3) Vertrauensbereiche angeben, in denen der tatsächliche Wert mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit liegt (Konfidenzintervall).
Nichtnormierte Verfahren werden meist als *kriterienorientierte Verfahren* konstruiert. Dabei wird auf Grund der klinischen Relevanz oder der prädiktiven Bedeutung ein Wert als Referenz angegeben, der zu erreichen ist, z. B. eine Gehstrecke in einem Mobilitätstest. Das Messinstrument stellt eine Auswahl der relevanten Anforderungen (z. B. Gehstrecken) dar. Aus dem Erreichen des Kriteriums wird auf die Ausprägung des relevanten Konstrukts geschlossen. Die Berechnung von Gütekriterien (s. Kap. 3) unterscheidet sich zwischen kriteriumsorientierten und normorientierten Verfahren (Klauer, 1987).

1.5.1.9 Validierte vs. nichtvalidierte Assessmentverfahren

Validierte Assessmentverfahren sind testtheoretisch überprüfte Verfahren, das heißt, es wurden Kenn-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

werte wie die Validität, die Reliabilität und die Objektivität ermittelt (s. Kap. 3). In der Regel wird die «Validierung» eines Verfahrens also nicht ausschließlich auf die Prüfung der Validität bezogen, sondern auch auf andere Gütekriterien. Im Forschungsprozess wird durch die Nutzung validierter Assessmentverfahren sichergestellt, dass die erhobenen Daten zuverlässig und gültig sind und nicht durch systematische Messfehler zu Stande kamen. Für die Auswahl und den grundsätzlichen Einsatz von Assessmentverfahren spielt die Validierung eine wichtige Rolle. Nicht nur die Höhe der testtheoretischen Kennwerte, sondern auch die Vergleichbarkeit der Validierungsstichprobe und des Erhebungssettings mit dem geplanten Einsatzgebiet sind jedoch zu beachten (s. Kap. 3).

Mit nichtvalidierten Assessmentverfahren ist man meist im Rahmen von Validierungsstudien konfrontiert, an deren Ende erst die Validierung steht. In der Praxis finden sich darüber hinaus viele «selbst gebastelte» Verfahren, die auf Grund von Plausibilitätsannahmen und auf Grund der offensichtlichen Passung zum Konstrukt als eine Facette der Augenscheinvalidität entwickelt wurden. Deren Validität, Reliabilität und Objektivität sind zunächst noch ungeprüft und die damit vorgenommenen Einschätzungen möglicherweise mit systematischen Fehlern verbunden. Diese mögliche, aber nicht zwingend vorhandene Fehlerkomponente nichtvalidierter Assessmentverfahren ist bei der Nutzung der Instrumente im Pflegekontext zu beachten.

1.5.1.10 Skalenniveau der Assessmentinstrumente

Die Frage des Skalenniveaus ist für die Validierung und die Genauigkeit, mit der ein Pflegephänomen erfasst werden kann, bedeutsam. Es lassen sich drei Klassen unterscheiden:

- *Kategoriale Assessments*, auch nominale Assessments genannt, bei denen Summenwerte des Assessments mittels eines «cut-off-point» in zwei Klassen (z. B. gefährdet vs. nichtgefährdet) eingeteilt werden oder auf Grund eines «single-item-measurement» (Haben Sie Schmerzen? – Ja/Nein) eine klare Zuordnung möglich ist.
- *Assessments auf ordinalem Skalenniveau*, bei denen eine Rangreihenbildung durch separierte Klassen (z. B. starke, mittlere, schwache Ausprägung) möglich ist.
- *Assessment auf dem Niveau von Intervallskalen oder Rationalskalen*, bei denen die Merkmalsausprägung verschiedenen Zahlen zugeordnet werden kann. Intervall- und Rationalskalen unterscheiden sich nur dadurch, dass letztere einen natürlichen Nullpunkt haben, wie es beispielsweise beim Blutdruck der Fall ist. Bei Items, die auf subjektive Einschätzungen bezogen sind, fehlt ein solcher absoluter Nullpunkt. Intervallskalierte Assessmentverfahren ermöglichen eine graduelle Abstufung im Hinblick auf die Merkmalsausprägung und damit auch Vergleiche zwischen Personen, Gruppen und über die Zeit hinweg. Weil Mittelwerte, Streuung und Korrelationen berechnet werden können, ist die Bestimmung testtheoretischer Kennwerte bei Intervall- und Rationalskalen erleichtert.

1.5.2 Anwendungsvarianten von Assessmentverfahren

Die folgenden Einteilungen weisen auf Unterschiede in den Umsetzungsmöglichkeiten *eines* Assessmentverfahrens hin. Hier geht es also um Varianten in der Anwendung und nicht um Verfahren selbst. Durch den veränderten Durchführungsmodus ist eine spezifische testtheoretische Überprüfung notwendig, um die Äquivalenz je nach Durchführungsart zu sichern.

1.5.2.1 Paper-Pencil-Assessments vs. elektronische Assessments

Diese Dimension klärt darüber auf, mit welchem Mittel die Einschätzung vorgenommen wird und wie die Einschätzungsgrundlagen (Daten) gesammelt werden. Derzeit dominieren noch Paper-Pencil-Verfahren, das heißt, die Einschätzung wird handschriftlich dokumentiert, entweder vom Patienten bzw. Bewohner selbst oder aber vom Pflegepersonal. Wenn die Pflegeperson verantwortlich ist, dann kann sich die Einschätzung durch einen Frage-Antwort-Dialog mit dem Patienten ergeben. Beispielsweise kann das Schmerzempfinden abgefragt und dann von den Pflegenden dokumentiert werden. Denkbar ist aber auch, dass sich die Einschätzung ohne Befragung des Patienten durch eine genaue Krankenbeobachtung ergibt, wie dies beispielsweise bei der Schmerzeinschätzung bei sedierten Patienten mittels der Behavioural Pain Scale (BPS) (Cade, 2008) der Fall ist. In beiden Fällen wird die Einschätzung durch das Pflegepersonal handschriftlich dokumentiert.

Eine Alternative stellt das elektronische Assessment dar. Die Eingaben werden hierbei durch den Patienten selbst oder die Pflegenden mittels eines elektronischen Gerätes vorgenommen. Die Eingabe der Daten ist mittels Handheld-Computer, auch Personal Digital Assistent (PDA) genannt, Smartphones oder Abfragen via Internet (Online-Fragebogen) oder Telefon («interactive voice response», IVA) möglich. Ein Vorteil von elektronischen Assessments ist die

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

unkomplizierte, ressourcensparende und fehlerfreie Überführung in die Dokumentation. Außerdem können automatisierte Auswertungen vorgenommen werden.
Die Compliance ist meist höher als bei Paper-Pencil-Bögen (z. B. Lauritsen et al., 2004). Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die technischen Geräte den Eindruck einer besonderen Wertschätzung und Wichtigkeit vermitteln.
Die Geräte sind so programmierbar, dass die Daten der vorherigen Angaben nicht mehr für den Patienten selbst einsehbar sind. Dies verhindert, dass die Eingaben durch die vorherigen Antworten beeinflusst werden und sich erst durch die Betrachtung der Verläufe ein Eindruck von «Veränderungen» bei den Patienten bildet.
Eine umfassende Darstellung der Vorteile von elektronischen Assessmentinstrumenten findet sich bei Bolger, Davis und Rafaeli (2003).
Aus der Sicht der Patienten stellt sich das elektronische Assessment so dar: Nach einer umfassenden Instruktion über den Zweck des Assessments erfolgt eine Einführung in die Bedienung des Gerätes. Die Geräte können entweder im stationären Alltag genutzt oder dem Patienten als Leihgabe mit nach Hause gegeben werden.
Als Nachteile sind die hohen Anschaffungskosten, die Veränderung in der Patienten-Pflegenden-Interaktion und die nicht für alle Patientengruppen nutzbaren technischen Geräte zu nennen. Bei der Überführung eines klassischen Paper-Pencil-Verfahrens in eine elektronische Form muss die inhaltliche und testtheoretische Äquivalenz überprüft werden.
Häufig werden elektronische Assessments in eine Messstrategie zur unmittelbaren und ökologisch validen Einschätzung relevanter Phänomene integriert. Diese wird als «ambulantes Assessment» oder «ecological momentary assessment» bezeichnet (s. Kap. 1.6).

1.5.2.2 Automatisierte vs. nichtautomatisierte Erfassung

Daten können auch automatisiert erhoben werden, ohne dass es einer Einschätzung auf Grund von Beobachtungen, Befragungen oder einer diagnostischen Maßnahme (z. B. Blutdruckmessung) bedarf. Solche automatisierten Messungen findet man gehäuft im Bereich der Intensivpflege. Jedes Monitoring ist eine automatisierte Messmethode, aber damit noch keine deliberative Einschätzung, also kein Pflegeassessment, denn die automatisiert erhobenen Daten sind mittels pflegerischer Expertise zu beurteilen und im Hinblick auf eine mögliche Handlungsrelevanz zu bewerten. Erst dann können daraus eine Diagnose und eine gezielte Intervention abgeleitet werden.
Allerdings schwinden die Grenzen zwischen Messung und Intervention dort, wo aus der Messung automatisiert und maschinell Routinen abgeleitet werden. Als Beispiel ist hier ein automatisches Lagerungssystem zu nennen, das, ausgehend von der Messung des Auflagendrucks, automatisch ein Verstellen der Bettebene bewirkt (Abe et al., 2003). Da die Ableitung von maschinellen Routinen keinen Raum für ein komplexes Fallverstehen lässt, können solche Systeme Pflegende nur unterstützen, pflegerische Expertise aber nicht ersetzen.
Eine weitere Variante der automatisierten Messung und Intervention, ohne direkten Kontakt zu Pflegenden, stellt das Telecaring oder Telenursing dar (Lorentz, 2008). Es werden Verfahren beschrieben, bei denen Messungen aus der häuslichen Umgebung direkt zu örtlich entfernten Pflegenden übermittelt werden, die dann aus der Ferne Interventionen planen.

Während Assessmentverfahren, die sich auf das Antwortverhalten des Patienten verlassen, durch Retrospektionseffekte und die soziale Erwünschtheit verzerrt sein können, sind automatisierte Messverfahren nichtreaktive Messinstrumente, die ohne entsprechende Bias-Komponenten valide das jeweilige Phänomen erfassen. Ein Beispiel ist die Messung der Mobilität mittels Akzelerometrie, mit der die Bewegung im Bett automatisiert erfasst werden kann. In einer Studie von Bates-Jensen et al. (2003) wurde mittels eines solchen Akzelerometers («thigh monitors») die Mobilität erfasst. Das Gerät sendet alle 4 Sekunden drahtlos Daten an ein externes Aufzeichnungsgerät. Die ermittelten Daten zeigen eine – im Vergleich zur Einschätzung durch die Pflegenden – validere und unmittelbare Messung der Mobilität und einen höheren Zusammenhang zum Auftreten eines Dekubitus. Weiterhin ermöglicht eine solche Erfassung auch die Aufdeckung von Unterschieden zwischen Lagerungs- und Mobilisationsvermerken in der Dokumentation und den tatsächlichen Lagerungen bzw. Mobilisationen. Ein weiteres Beispiel ist die Erfassung der Arzneimitteltherapietreue, bei der die Selbsteinschätzung der Patienten oft kein verlässliches Maß ist. Mittels automatischer Medikamentendispenser kann die tatsächliche Medikamenteneinnahme verlässlicher erfasst werden (Dunbar-Jacob et al., 1998).

1.5.2.3 Fremd- vs. Selbstassessment

Wie in der Definition (s. Kap. 1.3) deutlich wurde, ist die Fokussierung auf ein Pflegephänomen definierend für ein Pflegeassessment, nicht jedoch die Durchführung oder Nutzung durch Pflegende. Einschätzungen, die allein durch Pflegende vorgenom-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

men werden, können als Fremdassessment definiert werden, während beim Selbstassessment die Durchführungsverantwortung beim Patienten bzw. Bewohner selbst liegt. Bewertungsmaßstab für «fremd» und «selbst» ist hier der autonome Patient. Im englischen Sprachgebrauch wird das Fremdassessment auch «observational assessment» oder «surveilance assessment» genannt und dem «self-assessment» oder «self-report» gegenübergestellt (Suls & Martin, 1993). Gerade durch die elektronischen Assessments gibt es viele erweiterte Möglichkeiten des Selbstassessments, die – eine entsprechende Adhärenz vorausgesetzt – die Partizipation des Patienten stärken und für die Pflegenden eine Entlastung bieten. Die vom Patienten durchgeführten Assessments können für die Pflegediagnosen genutzt werden und sind damit wieder in der pflegerischen Verantwortung.

Einige Assessmentinstrumente sind auch multiperspektivisch angelegt, das heißt, es gibt eine Version für die Angehörigen, für den Patienten, für Pflegende oder andere Beurteiler. Dabei hat die Aufdeckung von Unterschieden in den Einschätzungen selbst wieder einen diagnostischen Wert. Als Beispiel kann das Verfahren Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit genannt werden (Reynolds et al., 2000), in dem unterschiedliche Beurteiler den Grad der Pflegebedürftigkeit einschätzen können (s. Kap. 11).

1.5.2.4 Unmittelbares vs. verzögertes Assessment

Für die Validität von Einschätzungsinstrumenten sind der Zeitpunkt und Zeitraum, auf die sich die Einschätzung beziehen, von großer Bedeutung. Eine unmittelbare Erfassung, d. h. eine Einschätzung direkt nach dem Auftreten eines pflegerelevanten Ereignisses findet man eher selten. Mit der Messstrategie des «ecological momentary assessments» (s. Kap. 1.6) wird diese Strategie realisiert. Häufiger findet man zeitlich verzögerte Assessments, bei denen Patienten bzw. Bewohner gebeten werden, Angaben über einen zurückliegenden Zeitraum zu machen («Wie stark waren die Schmerzen in der letzten Stunde?») oder sich an ein zurückliegendes Ereignis zu erinnern («Wann hatten Sie das letzte Mal starke Schmerzen?»). Solche retrospektiven Abfragen führen zu Verzerrungen (Pohl, 2004).

Dies lässt sich an folgendem Beispiel verdeutlichen: Zur Erfassung des postoperativen Schmerzverlaufs in der postoperativen stationären Pflege wird eine mehrmalige Einschätzung mittels visueller Analogskala (VAS) vorgenommen. Eine derartige Anwendung geht von der Vorstellung aus, dass eine dreimalige Schmerzangabe durch den Patienten das Schmerzempfinden über den Tag hinweg verlässlich widerspiegelt und sich damit die Schmerzmedikation adaptiv bestimmen lässt. Die Einteilung wird von den Patienten auf Nachfrage vom Pflegepersonal vorgenommen. Der Zeitpunkt des Assessments ist weitgehend ungeplant und ergibt sich im Rahmen zufälliger Pflegeperson-Patient-Kontakte.

Viele Studien zeigen jedoch, dass mit einem solchen Vorgehen keine *Verlaufsmessung* möglich ist. So gibt die Antwort auf die Frage: «Wie stark sind Ihre Schmerzen *jetzt?*» nur den aktuellen Schmerzzustand wieder und ist deshalb kaum für eine Verlaufsmessung geeignet. Das Schmerzempfinden des zurückliegenden Zeitraums bleibt damit offen.

Die Frage: «Wie stark waren Ihre Schmerzen *in den letzten Stunden?*» zwingt die Person zu einer retrospektiven Mittelwertbildung, die typischen Verzerrungen unterworfen ist. Beispielsweise ist die Antwort auf eine solche Frage von den stärksten Schmerzen im vergangenen Zeitraum überlagert (Stone & Shiffmann, 2002). Es gibt viele Facetten solcher **Retrospektionseffekte:**

- Die Aufforderung, die stärkste zurückliegende Erfahrung zu erinnern, führt zu Angaben, die durch die nachfolgenden Erfahrungen überlagert sind («Effort-after-meaning»-Effekt; siehe Stone, Shiffman & DeVries, 1999).
- Sollen Zeiträume erinnert werden («Wann war Ihnen zuletzt übel?»), kommt es zu einem so genannten «Telescoping»-Effekt, das heißt, Zeiträume werden nach vorne verlagert und die Zeiträume verkürzt wahrgenommen (Stone & Shiffmann, 2002).

Solche gut dokumentierten Verzerrungstendenzen finden sich nicht nur bei Schmerzskalen, sondern auch bei anderen Selbsteinschätzungs- und Fremdeinschätzungsskalen, die zeitlich verzögerte Angaben notwendig machen oder zu einer Durchschnittsbildung auffordern (Käppler & Rieder, 2001). Sie treten bei älteren Personen und Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufiger auf.

Das ist kritisch, wenn anhand der erhobenen Messwerte der Erfolg einer pflegerischen Maßnahme geprüft werden soll oder pflegerische Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Zur Begrenzung oder Vermeidung solcher Verzerrungen ist also eine *unmittelbare Messung* notwendig.

1.5.2.5 Status- vs. Prozessdiagnostik

Statusdiagnostik bezeichnet die einmalige Messung, um den Status oder Zustand eines Patienten zu bewerten. Prozessdiagnostik zielt darauf ab, Veränderungen über die Zeit hinweg zu erfassen. Dazu sind mehrfache Einschätzungen notwendig. Der beson-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

dere Wert der Prozessdiagnostik (manchmal wird auch von *Verlaufsdiagnostik* gesprochen) liegt darin, dass für die Bewertung nicht eine Normstichprobe herangezogen wird, sondern Vergleichsdaten von der Person selbst genutzt werden können (ideographischer Ansatz). Prozessdiagnostik kommt dann zum Einsatz, wenn der Erfolg einer Intervention kontrolliert werden soll. Dies ist beispielsweise durch einen Vorher-Nachher-Vergleich (zwei Einschätzungszeitpunkte) möglich. Da ein Assessment im ersten Schritt des Pflegeprozesses bedeutsam ist und auf dessen Grundlage Pflegediagnosen und Maßnahmen initiiert werden sollen, die dann selbst wieder zu evaluieren sind, ist im Idealfall das Pflegeassessment stets Teil der Prozessdiagnostik. Mehrfache Einschätzungen bieten gegenüber einmaligen Statusmessungen außerdem den Vorteil, dass Verläufe oder Abweichungen von interindividuellen Mustern analysiert werden können.

1.6 Exkurs – «Ecological momentary assessment» (EMA)

Selbsteinschätzungen von Patienten und Fremdeinschätzungen durch Pflegende sind vielfachen Verzerrungen unterworfen. Ein Teil dieser Verzerrungen lässt sich durch eine besondere Messstrategie vermeiden, bei der das Assessment unmittelbar («momentary») erfolgt und in dem Kontext vorgenommen wird, für den die Assessmentergebnisse handlungsrelevant sind («ecological»). Um solche Verzerrungen zu vermeiden oder zu reduzieren, formuliert der Ansatz des «ecological momentary assessment» (EMA) Empfehlungen für die Durchführung von Assessments.

1.6.1 Definition

«Ecological momentary assessment» (EMA) ist eine konzeptuelle Messstrategie und kein eigenständiges Assessment. Der Begriff geht auf Stone und Shiffman (1994) zurück, die dies als alternative Erhebungsmethode in die Verhaltensmedizin einführten. In deutschsprachigen Publikationen wird auch von «ambulanter Messung» oder «ambulantem Monitoring» gesprochen (Fahrenberg & Myrtek, 2001), obwohl die ambulante Messung nur eine der vielen definierenden Komponenten des EMA-Ansatzes ist.
Die wesentlichen Kennzeichen dieser Messstrategie lassen sich anhand der Begriffe «ecological» und «momentary» erklären:

- *Unmittelbare Messung («momentary»):* Die unmittelbare Einschätzung dient dazu, die Verzerrungen durch eine verzögerte Abfrage zu reduzieren. Hierzu bedient man sich meist elektronischer Geräte wie Personal Digital Assistant (PDA), Handys oder Smartphones. Während bei den automatisierten Messungen der Einsatz technischer Geräte (z. B. von Bewegungssensoren) unabdingbar ist, ist beim «self-monitoring» oder «self-assessment» der Einsatz solcher technischer Instrumente nicht zwingend notwendig. Beispielsweise wird auch die zeitnahe Einschätzung des Schmerzempfindens mittels einer visuellen Analogskala in Papierform dem Anspruch einer unmittelbaren Messung gerecht. Für die zeitnahe Einschätzung wird im Englischen auch der Begriff «real-time data capturing» (RTDC) genutzt.
- *Ökologisch valide Messung («ecological»):* Die Relevanz für eine Messung in der natürlichen Umgebung wird am Beispiel der «office-hypertension» deutlich (Pickering, 1988). Der Blutdruck ist bei der Messung in der Arztpraxis in der Regel höher als bei der Messung in der häuslichen Umgebung. Diese Unterschiede konnten erst durch die Möglichkeit einer kontinuierlichen Blutdruckmessung in der natürlichen Umgebung nachgewiesen werden. Solche Verzerrungen gibt es auch bei anderen Konzepten, beispielsweise der Messung der Patientenzufriedenheit, die außerhalb des stationären Kontextes anders ausfällt als bei der Erfassung in der Einrichtung.

1.6.2 Planung der Erhebungszeitpunkte

Durch die unmittelbare Dateneingabe ist es notwendig, eine durchdachte Strategie für die Erhebungszeitpunkte zu wählen. Dies wird beim EMA «Sampling-Strategie» oder «recording paradigm» genannt.
Die Wahl des Zeitpunktes für ein Pflegeassessment wird *derzeit* bevorzugt durch folgende Faktoren beeinflusst:

- zeitliche Ressourcen der Pflegenden
- Kompatibilität des Pflegeassessments mit anderen organisatorischen Aufgaben.

Diese Faktoren sind nicht immer mit dem Anspruch kompatibel, ein pflegerelevantes Problem dann zu messen, wenn es auftritt oder für den Patienten relevant ist. Auch hier bietet der Einsatz technischer Geräte einen Vorteil, da die Messung nicht an die Verfügbarkeit der Pflegenden gebunden ist. Voraussetzung ist natürlich die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung durch den Patienten oder eine automatisierte Messung.
Zur Systematisierung der verschiedenen Sampling-Strategien haben sich drei verschiedene «recording paradigms» bewährt (z. B. Hufford, Shiffman, Paty, & Stone, 2001):

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

- *«Event contingent recording»:* Hierbei wird der Beginn der Messung durch ein Ereignis gesteuert. Die Verantwortung für die Wahrnehmung dieses relevanten Events liegt beim Patienten selbst. Wenn beispielsweise die Schmerzen nach einer selbstinitiierten Entspannungsübung gemessen werden sollen, dann ist die Entspannungsübung das auslösende Ereignis für die Messung.
- *«Interval contingent recording»* bezeichnet ein in regelmäßigen Abständen stattfindendes Assessment. Innerhalb der Pflege ist dies das gebräuchlichste Verfahren. Ein einmaliges Assessment pro Tag im Rahmen der Pflegevisite wäre eine Umsetzung im Sinne dieses Paradigmas. Diese Strategie ist vor allem dann geeignet, wenn ein relevantes Phänomen für den Patienten längerfristige Wertigkeit und Relevanz besitzt und sich nicht systematisch verändert.
- *«Signal contingent recording»:* Hierbei fordert ein Prompting – meist ein akustisches oder optisches Signal, das vom Eingabegerät ausgeht – dazu auf, eine Einschätzung vorzunehmen. Die Zeiträume sind randomisiert oder intervallbezogen gleich bleibend.

Die Wahl der Sampling-Strategie ist vom Verlaufsmuster des Phänomens (Chronizität, Periodizität), der Belastbarkeit der Person, der Art des Datenrekorders und den Prompting-Möglichkeiten abhängig.

1.6.3 Vorteile dieser Messstrategie

Die Möglichkeit, mittels elektronischer Geräte Einschätzungen selbstständig, zeitnah und an jedem beliebigen Ort vornehmen zu können, hat viele Vorteile. Zum einen ermöglicht es eine von der Pflegeperson unabhängige Erfassung, fördert also das Selbstassessment und die Patientenautonomie. Es ist in vielen Fällen nicht verständlich, warum Pflegende den Patienten befragen und die Angaben dokumentieren, obwohl der Patient selbst die Einschätzung mittels PDA vornehmen und dokumentieren könnte.
Die mehrfachen Angaben und deren elektronische Speicherung ermöglichen eine direkte Verwendung der Daten zur Verlaufskontrolle. Außerdem lassen sich die Einschätzungen direkt in die elektronische Patientenakte übernehmen, wodurch Übertragungsfehler minimiert werden.
Der besondere Mehrwert liegt jedoch in den messtheoretischen Vorteilen: Die Methode sichert eine hohe Validität, reduziert Reaktivitätseffekte und Verzerrungen, die durch retrospektive (Fremd-)Einschätzungen zu Stande kommen. Mehrfache zeitnahe Messungen ermöglichen die Darstellung von Verlaufsmustern. EMA eignet sich daher auch zur Prozessdiagnostik. Die parallele Erfassung weiterer Variablen (z. B. Befindlichkeit, Situationsfaktoren) kann mögliche Einflussfaktoren aufdecken.
Durch eine durchdachte Sampling-Strategie bleibt die Belastung für den Patienten gering und sichert so eine hohe Adhärenz.

1.6.4 Anwendung in der Praxis

Durch die zunehmende Verlagerung der Pflege in den häuslichen Bereich und den längeren Pflegebedarf bei chronischen Erkrankungen kommt dem EMA eine besondere Bedeutung zu. So ist es möglich, dass der Patient ohne die Anwesenheit einer Pflegeperson über einen längeren Zeitraum Einschätzungen vornehmen kann, die dann später von der Pflegeperson eingesehen oder die unmittelbar automatisiert über Internet- oder Telefonverbindung weitergeleitet werden (Lorentz, 2008).

Erfahrungen aus dem Schmerzmanagement zeigen, dass die Anwendung von elektronischen Tagebüchern mit entsprechenden Sampling-Strategien die Compliance erhöht und selbst bei Kindern ab acht Jahren anwendbar ist (Palermo, Valenzuela, & Stork, 2004).
Für die Anwendung in der Praxis ist eine intensive Schulung des Patienten erforderlich, denn dies beeinflusst die Akzeptanz und damit die Validität der Daten. Hierbei hat es sich bewährt, zunächst in einem Vortest zu überprüfen, ob die Personen mit der Bedienung der technischen Geräte und/oder der Instruktion für die unmittelbare Einschätzung zurechtkommen. Nach der Nutzung der Geräte sollten in einem Postmonitoring-Interview Probleme bei der Handhabung der Geräte und mögliche fehlerhafte Eingaben besprochen werden. Auf Seiten der Pflegenden müssen hierzu entsprechende Schulungskompetenzen und ein ausreichendes technisches Verständnis vorhanden sein.
Für eine Überblicksarbeit zur Verwendung von EMA in der Pflegepraxis kann auf die Beiträge von Rust und Tafflinger (2004) sowie von Reuschenbach (2006) verwiesen werden.

1.6.5 Einsatz in der Pflegewissenschaft

Für die Erhebung von Variablen im Forschungskontext bietet das EMA viele erweiterte Möglichkeiten und sichert eine verzerrungsarme Operationalisierung relevanter Variablen. Die Möglichkeit mehrfacher Messungen unter Kontrolle der Messzeitpunkte erlaubt die Analyse von Verläufen und die Wirkung abhängiger Variablen über die Zeit hinweg.
Über den praktischen Nutzen hinaus liefert die Mess-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

konzeption auch einen wichtigen Beitrag zur Bewertung klassischer Assessmentinstrumente. Eine parallele Messung mittels EMA und der klassischen Methodik ermöglicht einen Vergleich messtheoretischer Kennwerte wie Objektivität, Reliabilität und Validität und liefert damit Rückschlüsse auf mögliche Verzerrungen der klassischen Einschätzungsformate. Das EMA leistet damit auch einen wichtigen Beitrag für die Grundlagenforschung.

EMA wird innerhalb der Pflegewissenschaft bisher nur wenig angewandt und theoretisch diskutiert. Die technischen Weiterentwicklungen und die Stärkung der Patientenautonomie werden jedoch dazu führen, dass diese Messstrategie an Bedeutung gewinnt. Die 2009 gegründete Society for Ambulatory Assessment (www.ambulatory-assessment.org) bemüht sich darum, diesen Ansatz zu verbreiten und bietet entsprechende Trainings und Fachtagungen an.

Da es sich um eine für die Pflege relativ neue Messstrategie handelt, sollte die Methode vor der Einführung in die Praxis oder der Implementierung in Studien sorgfältig überprüft werden. Erste Anwendungen in der Pflege belegen den Nutzen und die besondere Bedeutung der Messkonzeption. Es liegen Studien zur Einschätzung für Schlaf, Wachheit, Fatigue, Angst, Schmerz, Wahrnehmung der Atmung, Substanzmissbrauch, Stress und Workload, gesundheitspräventives Verhalten und viele weitere pflegerelevante Konzepte vor (Reuschenbach & Funke, im Druck).

1.6.6 Problemfelder beim EMA

Trotz der beschriebenen Vorteile müssen vor der Anwendung jedoch folgende Problemfelder berücksichtigt werden:

- Im Fall einer Adaptation klassischer Paper-Pencil-Verfahren auf elektronische Formate müssen die messtheoretische *Äquivalenz* und die Erfahrungsäquivalenz, also die Einstellung der Patienten und Pflegenden gegenüber dieser Methode, vorab geprüft werden.
- Ebenso sollten Patientenadhärenz und *Akzeptanz* vorab überprüft und ggf. durch Anpassung der «Sampling»-Strategie und der Ergonomie erhöht werden.
- Die Anwendung nichtreaktiver automatisierter Messverfahren ist mit *größerem technischen Aufwand* verbunden. Neben den Anschaffungskosten fallen überdies Kosten für die Schulung der Pflegenden und die Instandhaltung an.
- Eine besondere Herausforderung stellt die *Auswertung der Daten* dar, wenn man sie nicht auf einfache deskriptive Verlaufsdarstellungen und Mittelwertberechnungen reduziert. Vor allem die Erhebung mehrerer Variablen zu verschiedenen Messzeitpunkten über einen längeren Zeitraum im Rahmen von Studien führt zu großen Datenmengen, deren Auswertung hohes methodisches und statistisches Wissen voraussetzt. Zur Auswertung sind hierarchisch lineare Modelle (HLM) die Methoden der Wahl. Die Darstellungen von Schwartz und Stone (1998) sowie von Bolger et al. (2003) geben eine hilfreiche Einführung in die Auswertungsmöglichkeiten. Für die Einzelfallanalyse und die Ableitung pflegerischer Handlungen im klinischen Kontext sind derart aufwändige Erhebungen jedoch nicht notwendig.
- **Ethische Aspekte** bedürfen bei der Anwendung der Methode einer besonderen Beachtung. Dies ist vor allem bei nichtreaktiven Erhebungsmethoden wichtig. Ein Kennzeichen dieser automatischen Messungen ist ja gerade die fehlende Beeinflussbarkeit und Unaufdringlichkeit der Messung. Patienten vergessen hierbei oft, dass eine Messung stattfindet. In klassischen Assessments, die durch die Pflegenden vorgenommen werden, kann der Patient immer wieder über den Sinn und Zweck der Maßnahme aufgeklärt werden. Von der einen zur anderen Messung kann er entscheiden, ob er ein solches Assessment wünscht oder nicht. Bei einer langfristigen und automatischen Messung in der häuslichen Umgebung ist dies kaum möglich. Der Patient ist damit gezwungen, prospektiv sein Einverständnis zur Messung in Situationen zu geben, die er zu Beginn der Instruktion nicht abschätzen kann. Hier wird deutlich, dass eine umfassende Aufklärung über Sinn und Zweck der Messung notwendig ist, die auch die möglichen zukünftigen Assessmentsituationen (z. B. in der häuslichen Umgebung) thematisiert. Im Hinblick auf die Verwendung von elektronischen Tagebüchern müssen für den Patienten Möglichkeiten geschaffen werden, das Assessment jederzeit selbstständig zu beenden. Weiterhin ist darauf zu achten, dass die Eingabeaufforderungen nicht zu einem Belastungsfaktor werden. Für eine ethische Diskussion zur Nutzung von «Self-Assessment»-Daten empfiehlt sich die Lektüre von Bersoff und Bersoff (2000).

1.7 Zusammenfassung

Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit pflegerischen Assessments zwingt zu einer Arbeitsdefinition des Begriffs «Assessment». Die etymologischen Wurzeln weisen darauf hin, dass das Assessment als Produkt und Prozess einer Einschätzung verstanden werden kann. Diese Einschätzung ist ein bewusster, intentionaler und damit metakognitiv zugänglicher Prozess. Sie grenzt sich von intuitiven Prozessen ab,

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

die ebenfalls handlungswirksam sein können. Für die Eingrenzung des Pflegeassessments erscheint es sinnvoll, das Einschätzungsobjekt und nicht die Nutzung oder Durchführung von Pflegenden in den Mittelpunkt zu stellen.

Somit ergibt sich folgende finale Definition, die dem Handbuch zu Grunde liegt: Pflegeassessment bezeichnet jegliche Form der deliberativen und intentionalen Einschätzung pflegerischer Phänomene und Konzepte. Hierzu zählt auch die Nutzung strukturierter Einschätzungs-, Beobachtungs- und Abklärungsinstrumente (Fragebögen, Skalen, Tests, Interviewleitfäden). Diese werden als Pflegeassessmentinstrumente oder Pflegeassessmentverfahren bezeichnet und stellen eine Konkretisierung des Pflegeassessments dar.

Pflegeassessmentinstrumente sind Diagnostika, gelegentlich Tests und beinhalten auch Screening-Verfahren. Im wissenschaftlichen Kontext müssen verschiedene Varianten des Assessments unterschieden werden, die besondere Anforderung an den Einsatz und die Bestimmung der Gütekriterien stellen. Als bedeutsame instrumentenbezogene Varianten gelten: Risiko- vs. Nicht-Risikoassessments, ein- vs. mehrdimensionale Skalen, validierte vs. nichtvalidierte Assessmentinstrumente. Im Hinblick auf die Anwendung muss die besondere Rolle im Pflegeprozess insbesondere in Ergänzung und Abgrenzung zu den nicht instrumentenbezogenen Assessments beachtet werden. Die Anwendung in der Praxis wird erleichtert, indem die Durchführungsverantwortung beim Patienten oder Bewohner liegt (Selbstassessment), automatisierte Messungen erfolgen oder elektronische Geräte zur Durchführung verwendet werden.

1.8 Literaturverzeichnis

Abe, H., Taguchi, K., Morikawa, M., Kadakami, H. & Ogawa, A. (2003). Postural chance long-term care bed. Hist. *SANYO Technical Review, 35*(2), http://sanyo.com/technical_review/jp/no73/data-e.html (Zugriff vom 01.09.2009).

Bates-Jensen, B. M., Cadogan, M., Jorge, J. & Schnelle, J. F. (2003). Standardized quality-assessment system to evaluate pressure ulcer care in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*, 1194 – 1202.

Beckwith, S., Dickinson, A. & Kendall, S. (2010). Exploring understanding of the term nursing assessment: A mixed method review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 7*(2), 98 – 110.

Bergstrom, N., Braden, B. J., Kemp, M., Champagne, M. & Ruby, E. (1998). Reliability and validity of the Braden Scale: A multi-site study. *Nursing Research, 47*, 261 – 269.

Bersoff, D. M. & Bersoff, D. N. (2000). Ethical issues in the collection of self-report data. In A. A. Stone, J. S. Turkhan, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman & V. S. Cain (Eds.), *The science of self-report. Implications for research and practice* (pp. 9 – 24). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Blom, M. & Duijnstee, M. (1999). *Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompass die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen.* Bern: Huber.

Bock, R. D. & Wood, R. (1971). Test Theory. *Annual Review of Psychology, 22*, 165 – 224.

Bolger, N., Davis, A. & Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology, 54*, 579 – 616.

Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. Genf: World Health Organization.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Brodbeck, F. C., Anderson, N. & West, M. (2001). *Teamklima Inventar*. Göttingen: Hogrefe.

Büttner, W., Finke, W., Hilleke, M., Reckert, S., Vsianska, L. & Brambrink, A. (1998). Entwicklung eines Fremdbeobachtungsbogens zur Beurteilung des postoperativen Schmerzes bei Säuglingen. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, 33*, 353 – 361.

Cade, C. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care, 13*, 288 – 297.

DeSalvo, K. B., Fisher, W. P., Tran, K., Bloser, N., Merrill, W. & Peabody, J. (2006). Assessing measurement properties of two single-item general health measures. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 15*, 191 – 201.

Dowie, J. (1993). The research-practice gap and the role of decision analysis in closing it. *Health Care Analysis 4*, 5 – 18.

Dunbar-Jacob, J., Sereika, S., Rohay, J. & Burke, L. E. (1998). Electronic methods in assessing adherence to medical regimens. In D. S. Krantz & A. Baum (Eds.), *Technology and methods in behavioral medicine* (pp. 95 – 113). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Fahrenberg, J. & Myrtek, M. (2001). *Progress in ambulatory assessment: Computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies.* Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *FLZ-Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*. Göttingen: Hogrefe.

Fisseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.

Gatterer, G. (2008). *Der Alters-Konzentrations-Test. 2. Aufl.* Göttingen: Hogrefe.

Georg, J. & Frowein, M. (1999). *Pflege Lexikon*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Gordon, M. (2008). *Assess Notes*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Heiss, G. L. (2005). Screening and referral. In F. A. Maurer & C. Smith. *Community/public health nursing practice* (pp. 436 – 453). St. Louis: Elsevier-Saunders.

Hufford, M. R., Shiffman, S., Paty, J. & Stone, A. A. (2001). Electronic momentary assessment: Real-world, real-time measurement of patient experience. In J. Fahrenberg & M. Myrtek (Eds.), *Progress in ambulatory assessment. Computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies* (pp. 69 – 92). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.

Hurst, K., Dean, A. & Trickey, S. (1991). The recognition and non-recognition of problem-solving stages in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 1444 – 1455.

Jäger, R. S. & Petermann, F. (1995). *Psychologische Diagnostik*. Weinheim: PVU.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Käppler, C. & Rieder, S. (2001). Does the retrospection effect hold as a stable phenomenon? First results from a transcultural self-monitoring study of mood and cognitive states in Brazil and Germany. In J. Fahrenberg & M. Myrtek (Eds.), *Progress in ambulatory assessment. Computer-assisted psychological and psychophysiological methods in monitoring and field studies* (pp. 113 – 122). Seattle, WA, 2001: Hogrefe & Huber.

Klauer, K. J. (1987). *Kriteriumsorientierte Tests*. Göttingen: Hogrefe.

Kleinpell, R. M. (2009). *Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing*. New York: Springer.

Lake, S. & John, R. (2001). Patient assessment in nursing care using fuzzy logic. *IT in Nursing, 13*, 10 – 15.

Langenscheidt-Verlag (2008). *Taschenwörterbuch Englisch*. München: Langenscheidt.

Lauritsen, K., Degl' Innocenti, A., Hendel, L., Praest, J., Lytje, M. F., Clemmensen-Rotne, K. et al. (2004). Symptom recording in a randomised clinical trial: paper diaries vs. electronic or telephone data capture. *Controlled Clinical Trials, 25*, 585 – 597.

Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: PVU.

Lorentz, M. M. (2008). Telenursing and home healthcare. The many facets of technology. *Home Healthcare Nurse, 26*, 237 – 243.

Merriam-Webster Incorporated (2009). Merriam-Webster Online Dictionary. http://www.merriam-webster.com, Zugang am 12.01.2010.

Moore, T., Martin, J. & Stonehouse, J. (1996). Predicting falls: risk assessment tool versus clinical judgement. *Perspectives, 20*, 8 – 11.

Murphy, D. (2002). Risk assessment as collective clinical judgement. *Criminal Behaviour and Mental Health, 12*, 169 – 178.

Myers, H. & Nikoletti, S. (2003). Fall risk assessment: a prospective investigation of nurses' clinical judgement and risk assessment tools in predicting patient falls. *International Journal of Nursing Practice, 9,* 158 – 165.

Palermo, T. M., Valenzuela, D. & Stork, P. P. (2004). A randomized trial of electronic versus paper pain diaries in children: impact on compliance, accuracy, and acceptability. *Pain, 107,* 213 – 219.

Pickering, T. G. (1988). Blood pressure monitoring outside the office for the evaluation of patients with resistant hypertension. *Hypertension, 11*(3 Pt 2), 96 – 100.

Pohl, R. F. (2004). *Cognitive illusions: A handbook on fallacies and biases in thinking, judgement and memory.* New York: Psychology Press.

Redelmeier, D. A., Ferris, L. E., Tu, J. V., Hux, J. E. & Schull, M. J. (2001). Problems for clinical judgement: introducing cognitive psychology as one more basic science. *Canadian Medical Association Journal*, *164*, 358 – 360.

Reischies, F. M. (2005). Screeninguntersuchungen und neuropsychologische Markertests in der Demenzdiagnostik. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 18*, 105 – 114.

Reuschenbach, B. (2004). *Personalgewinnung und Personalauswahl für die Pflege*. München: Elsevier.

Reuschenbach, B. (2006). Ecological momentary assessment (EMA) – Anwendungen und Perspektiven in der Pflegewissenschaft. *PrInternet, 8*, 487 – 496.

Reuschenbach, B. (2008). *Einfluss der Expertise auf das Planen und Problemlösen im komplexen Handlungsfeld Pflege*. Berlin: Logos.

Reuschenbach, B. & Funke, J. (im Druck). Ambulantes Assessment. In L. Hornke & M. Amelang (Hrsg.), Verfahren zur (individuellen) Leistungsdiagnostik (= Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich B, Serie II). Göttingen: Hogrefe. In L. Hornke & M. Amelang (Eds.), *Verfahren zur (individuellen) Leistungsdiagnostik.* Göttingen: Hogrefe.

Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M. et al. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry, 176*, 444 – 452.

Rust, J. E. & Tafflinger, T. (2004). Quality in your hands: Using PDA technology for data collection. *Clinical Nurse Specialist 18*(4), 175 – 177.

Schippers, A. D., Abderhalden, C., Feuchtinger, J., Schaepe, C., Schori, E. & Welscher, R. (2010). Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP. *Pflegezeitschrift, 63*, 40 – 44.

Schrems, B. (2007). Standardisierte Assessmentinstrumente im Lichte der Hermeneutik. *Pflege 20,* 218 – 224.

Schwartz, J. & Stone, A. A. (1998). Data analysis for EMA studies. *Health Psychology, 17*, 6 – 16.

Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 66, 1151 – 1158.*

Standing, M. (2008). Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing, 62*, 124 – 134.

Stone, A. A. & Shiffman, S. (1994). Ecological Momentary Assessment (EMA) in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine, 16*, 199 – 202.

Stone, A. A. & Shiffman, S., U. (2002). Capturing momentary, self-report data: A proposal for reporting guidelines. *Annals of Behavioral Medicine 24,* 236 – 243.

Stone, A. A. Shiffman, S. S. & DeVries, M. W. (1999). Ecological momentary assessment. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 26 – 39). *Russell Sage Foundation, New York, 1999.* (pp. 26 – 39). New York: Russell Sage Foundation.

Suls, J. & Martin, R. E. (1993). Daily recording and ambulatory monitoring methodologies in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine, 15*, 3 – 7.

Turkoski, B., Pierce, L. L., Schreck, S., Salter, J., Radziewicz, R., Guhde, J. et al. (1997). Clinical nursing judgement related to reducing the incidence of falls by elderly patients. *Rehabilitation Nurse, 22*(3), 124 – 130.

Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research, 4th edition*. New York: Springer.

Wied, S. (2007). *Pflege Pschyrembel*. Berlin: de Gruyter.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

2. Relevanz von Pflegeassessment-instrumenten

Bernd Reuschenbach

2.1 Vorbemerkung

Bis zum Ende der 80er-Jahre des 20. Jahrhunderts wurden in Deutschland, Österreich und der Schweiz strukturierte Assessmentinstrumente nur sehr selten oder gar nicht genutzt. Gleichzeitig fehlte bis dato eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema. Will man die Relevanz der Pflegeassessmentinstrumente verstehen, dann lohnt ein Blick auf die Entwicklung, die zum aktuellen Assessment-Boom geführt hat (s. Kap. 2.2). Dabei wird deutlich, dass es je nach Einsatzort unterschiedliche Gründe für die Nutzung gibt und folglich unterschiedliche Maßstäbe an die Qualität von Assessmentverfahren anzulegen sind (s. Kap. 2.3). Für die Praxis ist vor allem die Rolle in der Qualitätssicherung (s. Kap. 2.4) und die Einbindung in den Pflegeprozess (s. Kap. 2.5) bedeutsam.

2.2 Verbreitung von Assessmentverfahren in der Pflege

Während die Medizin mit ihrem biologisch orientierten Menschenbild und der Fokussierung auf objektivierbare klinische Outcomes schon immer Diagnostik betrieben hat und dazu entsprechende Assessmentinstrumente nutzte, ist in der Pflege(wissenschaft) erst seit Mitte der 60er-Jahre des 20. Jahrhunderts eine Beschäftigung mit dem Thema festzustellen.

In der Schnittfläche zwischen den Begriffen «assessment», «scale» oder «measur*» und «nurs*» taucht in den gängigen Datenbanken (CINAHL, MEDLINE, PSYNDEX) das erste strukturierte Assessmentverfahren im Jahre 1956 auf. Baker und Thorpe (1956) stellen eine Assessmentmethode zur Erfassung psychotischer Symptome vor, auf deren Grundlage pflegerische Interventionen entwickelt werden sollen. Die Durchführungsverantwortung für das Assessment sehen die Autoren bei den Pflegenden. Auch in den 60er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts finden sich gehäuft pflegerische Skalen zur Einschätzung psychiatrischer Symptome (Honigfeld, Klett & Honigfeld, 1965; Sherman, Eldred, Bell & Longabaugh, 1966; Pile, Clark & Elder, 1968).

Ein weiterer bevorzugter Einsatzbereich in den 60er-Jahren ist die Einschätzung des funktionellen Status und der Pflegeabhängigkeit (Gaitz, 1969; Dinnerstein, Lowenstein & Dexter, 1965).[1]

Eine Analyse der Zeitschrift *Pflege* (Verlag Hans Huber, Bern) zeigt, dass das Thema «Pflegeassessment» im deutschsprachigen Raum erst in den 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts verstärkt beforscht wurde und vermutlich in dessen Folge auch in der Praxis vermehrt entsprechende Instrumente zum Einsatz kamen. Ein erster Fachartikel mit der expliziten Nutzung des Begriffs «Pflegeassessment» innerhalb der Zeitschrift *Pflege* stammt von Abu-Saad (1991) und thematisiert die Schmerzmessung in der Pädiatrie. Eine systematische Auswertung der Jahrgänge 2002 bis 2007 der Zeitschrift *Pflege* zeigt, dass in diesem Zeitraum insgesamt 23 verschiedene Assessmentverfahren genutzt oder vorgestellt wurden. Am häufigsten kamen dabei Schmerzassessments und Verfahren zur Messung der Pflegeabhängigkeit zum Einsatz. In zwölf Beiträgen wurden die testtheoretische Gütekriterien explizit überprüft. Dabei dominiert die Prüfung der prädiktiven Validität und der internen Konsistenz, während nur selten eine Kosten-Nutzen-

1 Eine Suche nach den ersten pflegerischen Assessmentinstrumenten ist erschwert, da eine klare Zuweisung zum pflegerischen Aufgabenfeld nicht definierend für ein Pflegeassessment ist und es in den vergangenen Jahrzehnten auch einen Wandel des Aufgabenprofils gab. Es ist daher sinnvoller, für jedes Instrument zu prüfen, wann es entwickelt wurde, um dann in einem zweiten Schritt Indizien zu finden, die belegen, dass dieses Assessment im damaligen Verständnis auf ein Pflegephänomen oder Pflegekonzept bezogen war.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Analyse oder eine Bewertung der Praktikabilität vorgenommen wird (s. Kap. 3).

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Assessmentmethoden wurde insbesondere durch die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) vorangetrieben. Auffällig ist, dass nach der Publikation eines Expertenstandards in der zeitlichen Folge die dazu passenden Assessmentinstrumente gehäuft genutzt und beforscht wurden

So erleben beispielsweise derzeit Sturzrisikoassessments einen Boom (Dassen, 2008), obwohl der Nachweis der klinischen Relevanz (s. Kap. 4) noch nicht erbracht wurde. In studentischen Abschlussarbeiten wurden, vermutlich auch durch die Expertenstandards bedingt, häufig das Dekubitusrisikoassessment, das Sturzrisikoassessment, das Schmerzassessment und die Assessmentmethoden im Kontext der Kontinenzförderung thematisiert.[2]

Die Anzahl der international verfügbaren pflegebezogenen Assessmentinstrumente ist schwer zu schätzen. Für den deutschsprachigen Raum können die regelmäßig aktualisierten Übersichten des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation einen ersten Anhalt bieten. Mit Stand Januar 2010 (http://www.zpid.de/pub/tests/verz_teil1.pdf) sind dort 6220 Testnachweise auf 834 Seiten aufgelistet. Die klinischen Verfahren, viele davon mit expliziter Nennung der Pflege im Testnamen, nehmen 66 Seiten ein. Vorsichtig geschätzt wird die Anzahl an pflegebezogenen Assessmentinstrumenten im deutschsprachigen Raum bei etwa 200 Verfahren liegen.

Es fehlt nicht nur an genauen Zahlen zur *Menge* pflegebezogener Assessmentinstrumente, sondern auch zur aktuellen *Nutzung*. Lediglich für die Dekubitusrisikoassessments konnte mittels Online-Befragung von knapp 1000 beruflich Pflegenden eine Nutzungshäufigkeit von 85,1 % über alle pflegerischen Bereiche hinweg ermittelt werden (Reuschenbach & Mahler, 2009). Dabei dominiert die Anwendung der Bradenskala deutlich vor der Norton- oder Waterlow-Skala.

Als Gründe für den derzeitigen verstärkten Einsatz der Assessmentinstrumente in Forschung und Praxis können folgende drei Aspekte genannt werden (Reuschenbach, 2008):

- *gesundheitspolitische Rahmenbedingungen:* Der vermehrt aufkommende gesetzliche Druck, Pflegeleistungen und pflegerische Handlungsgrundlagen zu quantifizieren, wurde insbesondere mit dem Sozialgesetzbuch XI ab dem Jahre 1995 forciert. In dieser gesetzlichen Grundlage wie auch in den darauf bezogenen Begutachtungsrichtlinien (z. B. zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sensu § 18 SGB XI) und Verfahrensfestlegungen (z. B. Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) wird der Einsatz von Einschätzungsinstrumenten gefordert. Vorbild waren hier die USA. In den 1980er-Jahren kam es dort zu der gesundheitspolitischen Entscheidung, strukturierte Assessments zur Erfassung von Leistungsdaten flächendeckend einzusetzen. Inzwischen sind dort beispielsweise der Einsatz des Resident Assessment Instrument (RAI) für den stationären Pflegebereich und des Outcome and Assessment Information Set (OASIS) für den ambulanten Bereich verpflichtend (s. Kap. 11). Die erhobenen Daten fungieren als Qualitätsindikatoren, regeln aber auch die Leistungsbewilligung sowie die Festlegung von Entgelten. Auch in Deutschland gehört der Einsatz von Assessmentinstrumenten zu den leistungsrechtlichen Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Assessmentinstrumente werden also auch zur Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung genutzt.
- *wissenschaftliche Gründe:* Ein weiterer Grund für den Assessment-Boom liegt in der methodischen Weiterentwicklung innerhalb der Pflegewissenschaft. «Die Verwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten als Teilaspekt einer evidenzgestützten Pflegepraxis ist die logische Folge ihrer wissenschaftlichen Fundierung» (Schrems, 2007, S. 218). Die wachsende Kompetenz im Umgang mit quantitativen Daten und mit testtheoretischen Validierungen führte zu einer vermehrten Anwendung von Assessmentinstrumenten als Operationalisierungsgrundlage, aber auch zur Neuentwicklung von Assessmentinstrumenten. Studien zu testtheoretischen Gütekriterien sind leicht realisierbar und werden bei der weiteren Nutzung solcher Verfahren häufig zitiert. Daher ist die Forschung zu Assessmentmethoden forschungsökonomisch lukrativer als umfangreiche qualitative Studien. Leider ist die pflegewissenschaftliche Forschung im deutschsprachigen Raum zu häufig auf

2 Da mit jedem weiteren Expertenstandard vermutlich weitere Assessmentverfahren in die Pflegepraxis Einzug halten, ist es dringend geboten zu klären, für welche Bereiche welche Assessments überhaupt sinnvoll sind. Sonst werden Pflegende zukünftig nicht mehr in der Lage sein, inmitten der intensivierten Diagnostik angemessene pflegerische Maßnahmen durchzuführen. Diese Forderung gilt nicht nur für die Assessmentinstrumente, sondern für die Expertenstandards selbst. Auch hier ist eine Diskussion über die Priorisierung pflegerischer Schwerpunkte dringend notwendig, da eine ideale Umsetzung aller Standards, Leitlinien und Richtlinien in ein und demselben pflegerischen Kontext kaum möglich ist. Studien mit Simulationspatienten in der Medizin zeigen sogar, dass eine Umsetzung aller Leitlinien bei einem Patienten negative Folgen haben kann (z. B. Boyd et al., 2001).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

der Stufe einfacher testtheoretischer Studien stehen geblieben und hat es versäumt, Studien zur klinischen Wirksamkeit von Pflegeassessmentverfahren zu initiieren (s. Kap. 3). Dadurch fehlt eine wichtige Argumentationsgrundlage für den Einsatz entsprechender Assessmentmethoden in der Praxis. Weiterhin ist die wachsende Bedeutung von EbN- und EbM-Konzepten, die eine Quantifizierung pflegerelevanter Outcomes fördern, ein wesentlicher Grund für die wachsende Bedeutung der Assessmentverfahren.

- *ökonomische Gründe:* Ein Grund ist sicherlich auch darin zu sehen, dass mit der Entwicklung und dem Vertrieb entsprechender Verfahren auch Geld zu verdienen ist. Ein Blick in die Testzentrale des Hogrefe-Verlages (www.testzentrale.de) zeigt, dass hier ein großer und wachsender Markt entstanden ist, in dem auch die Pflegewissenschaft zunehmend ihren Beitrag leistet.

2.3 Gründe für den Einsatz von Assessmentinstrumenten

Der Einsatzort bestimmt die Nutzung von Assessmentinstrumenten. Dabei ist die Unterscheidung zwischen pflegerischer Praxis und Anwendung im *Forschungskontext* bedeutsam.

Im *wissenschaftlichen Kontext* dienen Assessmentinstrumente als Operationalisierung relevanter Variablen. Assessmentverfahren erlauben eine Evaluation der Wirkung einer Intervention durch einen Vorher-Nachher-Vergleich oder einen Kontrollgruppen- vs. Treatment-Gruppen-Vergleich. Die vorher oder parallel ermittelten testtheoretischen Gütekriterien liefern Hinweise darauf, ob die quantifizierten Effekte tatsächlich durch die Intervention oder aber durch systematische, dem Assessmentverfahren inhärente Messfehler zu Stande gekommen sind.

Für den Einsatz in der *klinischen Praxis* lassen sich sechs Begründungen nennen, die abhängig vom Pflegephänomen und vom jeweiligem Instrument von den Befürwortern genannt werden:

1. Assessmentinstrumente *unterstützen die klinische Entscheidungsfindung*, das heißt, sie können die nicht methodengestützte Einschätzung ergänzen, nicht aber ersetzen. In Kapitel 2.4 wird der mögliche Mehrwert der Assessmentverfahren gegenüber klinischen Einschätzungen diskutiert.
2. Assessmentverfahren ermöglichen den *effektiven und effizienten Einsatz von Ressourcen*. Dieser Anspruch betrifft vor allem Risikoassessments, mit denen Personengruppen getrennt werden, die ein erhöhtes, beziehungsweise ein geringes Gefährdungspotenzial haben. Durch diese datenbasierte Gruppenbildung werden präventive Maßnahmen auf die Personen beschränkt, die gefährdet sind. Die Anwendung des Risikoassessments reduziert also den Umfang präventiver Maßnahmen auf ein notwendiges Mindestmaß. Allerdings ist auch hier zu prüfen, ob nicht der klinische Eindruck für den zielgerichteten Einsatz von Maßnahmen ausreichend ist.
3. Assessmentverfahren sind eine wichtige *Grundlage für (Pflege-)Standards*. Sie liefern klare Kennwerte, denen nach einer Pflegediagnose pflegerische Maßnahmen im Sinne von Standards zugeordnet werden können (aber nicht müssen). Als Beispiel kann ein gestuftes Schema in der Schmerztherapie angeführt werden, dem je nach Ausprägung der Schmerzempfindung unterschiedliche schmerzreduzierende Interventionen zugeordnet sind. Ohne solche Assessmentverfahren wären die Handlungsgrundlagen undefiniert und das «clinical judgement» müsste ohne entsprechende strukturierte Einschätzungshilfen auskommen.
4. Assessmentmethoden *lenken die Aufmerksamkeit*. Ein häufig vorgebrachtes Argument für den Einsatz von Assessmentinstrumenten ist, dass durch die Anwendung in der Praxis die Aufmerksamkeit auf mögliche Risikofaktoren oder pflegerelevante Phänomene gerichtet wird. Ohne ein solches Assessment würden die Handlungsgrundlagen vage bleiben und wichtige pflegerelevante Zustände übersehen. Assessmentverfahren sollten im Sinne dieser Argumentation daher primär die Aufmerksamkeit in der Patientenbeobachtung leiten oder ein Anlass sein, um mögliche übersehene oder nicht beachtete Pflegephänomene in den Blick zu nehmen. Für das Dekubitusrisikoassessment konnte eine Studie von Saleh, Anthony und Parboteeah (2009) jedoch zeigen, dass es neben dem Einsatz von Assessmentmethoden geeignetere Wege gibt, um die klinische Urteils- und Entscheidungsfähigkeit der Pflegenden zu verbessern und nachweislich das Auftreten von Dekubiti zu reduzieren. Je nach Pflegephänomen ist daher der Mehrwert gegenüber einem nicht methodengestützten Assessment zu überprüfen: in erster Linie durch die Genauigkeit, mit der ein Pflegephänomen erfasst wird und in zweiter Linie durch die Handlungswirksamkeit der Einschätzung. Leider gibt es einen Mangel an solchen vergleichenden Effektivitätsstudien.
5. Assessmentmethoden dienen dem *Nachweis pflegerischer Handlungsgrundlagen*. Pflegehandeln soll begründet sein, so fordern es schon viele Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Assessmentinstrumente stellen eine Möglichkeit dar, diese

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Handlungsgrundlagen zu erfassen und entsprechend zu dokumentieren. Sie erfüllen eine wichtige rechtliche Funktion, weil dokumentiert wird, warum etwas getan wird oder eben nicht. Dennoch ist auch bei der Nutzung eines Assessmentinstruments der zentrale diagnostische Prozess der eigentliche Vorgang, der den Handlungen vorausgeht. Die Einschätzung durch Assessmentinstrumente ermöglicht daher die vollständige Erschließung der Handlungsgrundlagen.

6. Weiterhin leisten Assessmentmethoden auch eine wichtige Funktion für die *Leistungsermittlung*. Denn sie stellen die pflegerischen Ausgangslagen dar, vor deren Hintergrund die pflegerelevanten Outcomes in Abhängigkeit von Personen und Stationen im Sinne eines Benchmarkings verglichen werden können. Beispielsweise können Prävalenz- und Inzidenzwerte (z. B. die Anzahl an Dekubiti pro Einrichtung) mittels Assessmentinstrumenten ermittelt werden (Panfil & Linde, 2007) und ausgehend von diesen Daten kann wiederum der prognostische Wert von Risikoassessments bestimmt werden.
7. Assessmentmethoden dienen als *didaktisches Mittel*. Eng mit dem Aspekt der Aufmerksamkeitsfokussierung ist die Nutzung von Assessmentmethoden als didaktisches Mittel verbunden. Pflegerische Assessmentinstrumente bestehen häufig aus Abfragen zur Befindlichkeit des Patienten oder enthalten Hinweise für die gezielte Krankenbeobachtung. Im Rahmen der Ausbildung sind sie daher hilfreich, um Handlungsbegründungen zu erschließen («Warum wird etwas getan?»).
   Hierzu zwei Beispiele: Mittels der verschiedenen Thromboserisikoassessments lassen sich die Risikofaktoren einer Thrombose darstellen und unterschiedliche theoretische und empirische Ansätze zu den relevanten Risikofaktoren aufzeigen. Mittels der Skalen zur Erfassung des herausfordernden Verhaltens kann das Konstrukt «herausforderndes Verhalten» erschlossen und die Varianz an typischen Verhaltensmustern von Dementen im Rahmen der Ausbildung verdeutlicht werden.

Aus der Annahme, die sich aus der Expertiseforschung ableiten lässt (Benner, 1984; Gobet & Chassey, 2008), dass Auszubildende zunächst regelgeleitet und später erfahrungsbasiert handeln, lässt sich folgern, dass Assessmentmethoden für Auszubildende eine wichtige Hilfe sind, deren handlungsleitende Funktion mit steigender beruflicher Erfahrung reduziert wird. Mit anderen Worten: Auf Grund der wachsenden Expertise nimmt die Relevanz von Assessmentinstrumenten zur Ableitung von Pflegemaßnahmen ab.

2.4 Assessmentinstrumente in der Qualitätssicherung

Wie in Kapitel 2.2 deutlich wurde, werden Assessments auch als Mittel zur Qualitätssicherung deklariert. Tatsächlich werden sie für alle Qualitätsdimensionen eingesetzt. Im Bereich der Strukturqualität beispielsweise zur Erfassung der Kompetenzen und Qualifikationsniveaus der Pflegenden. In der Prozessqualität, um Risikoprofile der Patienten zu erstellen (Sturzrisiko oder Dekubitusrisiko) und natürlich zur Erfassung der Ergebnisqualität, beispielsweise zur Messung der Patientenzufriedenheit.

Ohne Frage stellt ein validiertes Assessmentverfahren eine Grundlage dar, um mögliche pflegerelevante Problemfelder zu dokumentieren. Indem Handlungsgrundlagen und Handlungsergebnisse quantifiziert werden, leisten Assessmentmethoden einen relevanten Beitrag für die Struktur- und Prozessqualität. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, dass durch die Anwendung und Dokumentation der Einschätzung auch die Pflegeergebnisse im Sinne der Ergebnisqualität positiv beeinflusst werden. Niemand würde auf die Idee kommen, alleine von einer Röntgenaufnahme eine Besserung der Beschwerden zu erwarten. Bei den Assessmentverfahren wird die Argumentationslinie aber oft genutzt, wenn beispielsweise allein von der Nutzung einer Risikoskala erwartet wird, dass entsprechende positive Effekte auf die Pflege wirken.

Zwischen der Nutzung eines Assessmentinstruments und der klinischen Urteilsbildung, d. h. der Schlussfolgerung aus dem Assessment, ist es ein weiter Weg. Von der Nutzung eines Assessments bis zur Umsetzung entsprechender pflegerischer Maßnahmen erst recht.

Weil zur klinischen Urteilsbildung neben den Assessmentmethoden andere, nicht methodengestützte Assessments und die Intuition herangezogen werden, kann aus der Anwendung der Assessmentverfahren alleine in der Regel keine Pflegemaßnahme abgeleitet werden. Zwischengeschaltet ist der pflegerische diagnostische Prozess, das Herzstück pflegerischer Expertise. Weiterhin kann die Umsetzung einer geplanten pflegerischen Maßnahme auf Grund von Widrigkeiten im Praxisfeld scheitern.

Abbildung 2-1 verdeutlicht, dass die bloße Anwendung eines Assessmentverfahrens nicht dazu führt, dass dieses für die Praxis relevant ist.

Auf viele der dargestellten Schritte zwischen der Anwendung des Assessmentverfahrens und dem Pflegeergebnis wirken Einflussfaktoren:

- Patientenmerkmale (z. B. Mitsprachemöglichkeit, Mitsprachewille, sonstige pflegerelevante Pflegephänomene)

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

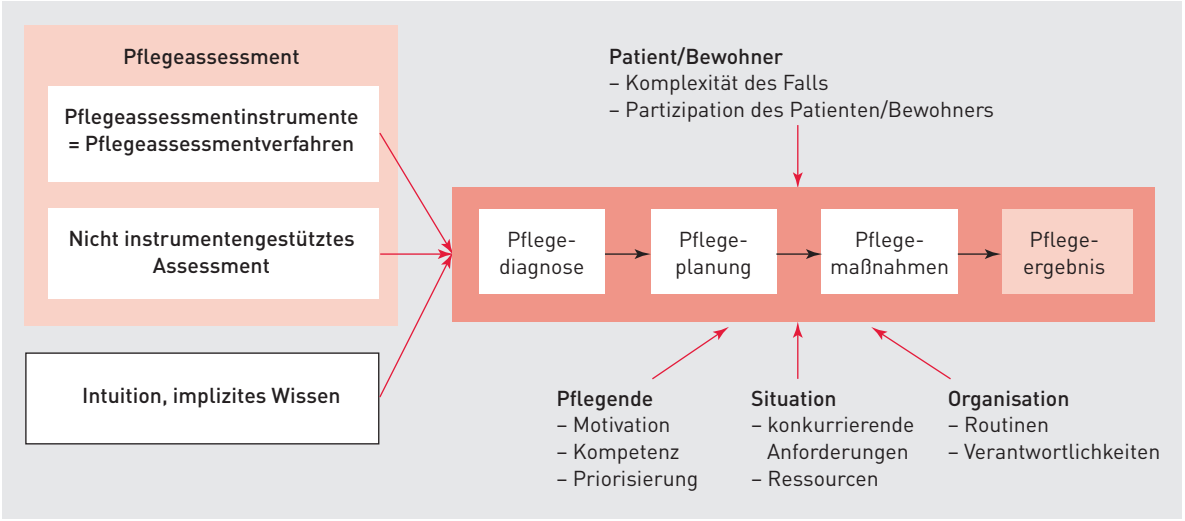

Abbildung 2-1: Einfluss von Pflegeassessmentverfahren auf die Ergebnisqualität

- Pflegendenmerkmale (z. B. Kompetenz, Wissen, Umsetzungsmotivation, Priorisierung von Maßnahmen)
- Situationsmerkmale (z. B. konkurrierende Maßnahmen bei anderen Patienten, zeitliche und personelle Ressourcen, Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln)
- Organisationsmerkmale (z. B. Verantwortlichkeiten, Verwertungsregeln der gewonnenen Erkenntnisse, Regeln zur Realisierung von Maßnahmen, Kostendruck etc.).

Aus dieser Multikausalität der Ergebnisqualität leitet sich ab, dass die Assessmentnutzung und die Ergebnisqualität nur unsystematisch miteinander verbunden sind. Für die Bewertung des praktischen Nutzens (hier der Ergebnisqualität) müssen immer auch die beeinflussenden personalen, organisatorischen und systemischen Variablen berücksichtigt werden.

Inwieweit die Nutzung von Assessmentmethoden wirklich klinisch wirksam ist, muss empirisch geprüft werden. So weisen einige Studien bereits darauf hin, dass der Einsatz von Risikoassessmentinstrumenten keinen nachweisbaren Effekt auf die Reduktion von Stürzen (Meyer, Köpke, Haastert & Mühlhauser, 2009) oder Dekubiti hat (z. B. Saleh et al., 2009). Vor dem Hintergrund eines multikausalen Wirkgeschehens ist es jedoch schwierig, solche Ergebnisse zu verallgemeinern. Vielmehr muss die Äquivalenz zwischen Studie und Einsatzfeld im Hinblick auf Patienten, Pflegende, Organisationen und Systemen geprüft werden. Für die Beurteilung der Generalisierbarkeit sind die Empfehlungen der GRADE-Arbeitsgruppe (Schünemann, 2009) hilfreich (s. Kap. 4).
Zudem muss der Einsatz von Assessmentverfahren im Rahmen des Qualitätsmanagements immer auch vor dem Hintergrund des klinisches Mehrwerts («efficacy») beurteilt werden: Wie bedeutsam sind die Auswirkungen der Nutzung eines Assessmentverfahrens im Vergleich zu anderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements?
Wenn vereinzelt von einer Fehlallokation pflegerischer Ressourcen durch die Nutzung von Assessmentmethoden gesprochen wird (s. Kap. 10), so ist dies immer auch vor dem Hintergrund der verfügbaren Ressourcen zu sehen. Ohne eine Rationierung der Gesundheitsleistungen kann ein Assessmentinstrument, trotz eines hohen Aufwands, durchaus sinnvoll sein, auch wenn dadurch nur ein geringer Mehrwert erreicht werden kann. Erst die Ressourcenknappheit und damit die höhere Relevanz unmittelbar wirksamer patientennaher Pflegemaßnahmen führt zu einer Infragestellung von Assessmentmethoden für die Sicherung der Ergebnisqualität.
Solche Nutzenbewertungen müssen bei der Bewertung der Assessmentinstrumente für das Qualitätsmanagement beachtet werden (s. Kap. 3).

2.5 Rolle von Assessmentinstrumenten im Pflegeprozess

Wie in Kapitel 1 bereits verdeutlicht wurde, wird im englischen Sprachgebrauch der Begriff «assessment» häufig auch mit der ersten Stufe des Pflegeprozesses gleichgesetzt. Dabei sind Assessmentinstrumente nur ein Baustein inmitten anderer Einschätzungsmöglichkeiten (z. B. Beobachtung, Nachfrage beim Patienten) die zum Einsatz kommen können, um eine Entscheidung für geeignete Pflegemaßnahmen zu treffen («decision making»).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Weiterhin wird die deliberative Entscheidungsfindung auch durch implizites Handlungswissen ergänzt. Es gibt in der Praxis also ein Nebeneinander von Einschätzungen durch die Anwendung von Assessmentmethoden (Skalen, Tests etc.), durch nicht methodengestützte Einschätzungen und durch implizites Handlungswissen (s. Abb. 1-1).
Will man die Relevanz von Assessmentverfahren klären, dann muss auch geklärt werden, wie wichtig diese Einschätzungsmethoden inmitten der anderen Einschätzungsgrundlagen sind (s. Kap. 2.5.1) und inwieweit die Einschätzungen wirklich handlungsrelevant sind (s. Kap. 2.5.2).

2.5.1 Bedeutung verschiedener Einschätzungsvarianten

Der Verdeutlichung der konkurrierenden Einschätzungsvarianten soll **Abbildung 2-2** dienen. Darin wird für dichotome Einschätzungen (pflegerelevantes Phänomen vorhanden vs. nicht vorhanden) gezeigt, in welchen Fällen es zwischen der Anwendung eines Assessmentverfahrens und der nichtinstrumentengestützten Eindrucksbildung Übereinstimmungen oder Abweichungen gibt. Die Darstellung anhand eines kategorialen Urteils (ja vs. nein) wurde zum leichteren Verständnis gewählt. Sie kann auch zur Darstellung von Übereinstimmungsmaßen (z. B. Sensitivität, Spezifität; s. Kap. 3) genutzt werden. Die Überlegungen sind auf höhere Skalenniveaus übertragbar. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn auf Grund des klinischen Eindrucks von geringen Schmerzen ausgegangen wird, die Anwendung eines validierten Schmerzassessments möglicherweise aber zu anderen Einschätzungen über die Intensität der Schmerzwahrnehmung gelangt.

			Pflegeassessmentinstrument: Phänomen vorhanden/relevant	
			Ja	Nein
Klinischer Eindruck (nicht instrumentengestütztes Assessment): Phänomen vorhanden/relevant		Ja	A	C
		Nein	B	D
	Unklar/nicht beurteilbar		E	F

Abbildung 2-2: Zusammenspiel von Assessmentinstrument und klinischem Eindruck

Zunächst zwei Beispiele (Fall A und D) in denen beide Einschätzungen identisch sind:

- *Fall A:* Im Bereich der Intensivstation sind Pflegende mit einem langzeitbeatmeten und sedierten, mangelernährten Patienten im Alter von 92 Jahren konfrontiert. Pflegende würden hier das Ergebnis der Anwendung einer Braden-Skala vorwegnehmen können und von einem hohen Dekubitusrisiko ausgehen.
- *Fall D:* Im Bereich der Pädiatrie sind Pflegende mit einem 4 Jahre alten Kleinkind am zweiten postoperativen Tag nach einer komplikationslosen Tonsillektomie konfrontiert. Auch hier würde das Urteil der Pflegenden («keine Dekubitusgefährdung») mit hoher Wahrscheinlichkeit mit den Einschätzungen der Braden-Skala übereinstimmen.

In beiden Fällen sind also die Einschätzungen identisch und dennoch wird in der Praxis auch für solche Fälle der Einsatz entsprechender Verfahren oft empfohlen oder vorgeschrieben. Unabhängig von der Relevanz des Assessments für die Dokumentationspflicht oder als Leistungsbemessungsgrundlage, lässt sich für diese Fälle ableiten, dass es nur einen geringen Mehrwert einer Risikoassessmentskala gegenüber der nicht instrumentengestützten Einschätzung gibt. Eine solche nicht instrumentengestützte Einschätzung des Dekubitusrisikos ist kein Zufall, sondern ergibt sich schon durch pflegerisches Erfahrungswissen. Laien können die Gefährdung vermutlich nicht so gut einschätzen wie Pflegende mit langjähriger Erfahrung, da ihnen Kriterien für die Risikoeinschätzung fehlen. Somit profitieren diese vom Einsatz solcher Risikoassessmentinstrumente, während Experten solche Instrumente lediglich als belastende Pflicht ohne praktische Relevanz wahrnehmen.

Allerdings ist der immer wieder betonte Expertenblick, der das Pflegehandeln leiten soll, unter kognitionspsychologischer Sicht auch kritisch zu bewerten, denn im Sinne der «bounded rationality» kommt es bei komplexen Fällen, großer Arbeitsverdichtung und unsicheren Entscheidungsgrundlagen zu typischen Beurteilungs- und Entscheidungsfehlern, deren sich Pflegende nicht immer bewusst sind (Harbison, 2001). Es kann also manchmal eine trügerische Sicherheit sein, wenn man sich allein auf die nicht instrumentengestützte Einschätzung verlässt.
Neben dem Erfahrungswissen ist auch die Prävalenz eines Phänomens entscheidend für den Mehrwert. Bei hoher Prävalenz (z. B. hoher Wahrscheinlichkeit

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

einer Dekubitusgefährdung auf der Intensivstation (Fall A), ist es ratsamer, routinemäßig vom Vorliegen einer Gefährdung auszugehen und entsprechende Maßnahmen zu realisieren, als Instrumente zu nutzen, die mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu einer fehlerhaften Einschätzung führen (Basisratenproblem, s. Kap. 3).

Abbildung 2-2 zeigt aber auch Fälle (B und C), in denen die Einschätzungen durch das Assessmentinstrument und den klinischen Eindruck nicht kongruent sind. In der Annahme, dass die Assessmentmethoden tatsächlich das jeweilige Phänomen valider erfassen, ist hier ein Mehrwert der Assessmentmethode vorhanden, der auch für die klinische Praxis ein Argument für den Einsatz solcher Methoden ist. Dieser Mehrwert, d. h. die höhere Validität der Assessmentmethode, ist jedoch empirisch zu belegen.

Zum Fall B kann es kommen, wenn der klinische Blick durch einen schleichenden Verlauf die Veränderung nicht erfasst, keine Kompetenzen für die Einschätzung vorhanden sind oder der Wille zu einer gezielten Einschätzung fehlt. Beispielhaft kann hier auf die Befunde zur Demenzdiagnostik verwiesen werden. Die Übersichtsarbeit von Leifer (2009) zeigt, dass eine Demenz in der Primärversorgung trotz langer Bekanntheit der Patienten oft nicht oder nicht rechtzeitig erkannt wird. Mit einem routinemäßigen Einsatz von Assessmentmethoden könnten hingegen frühzeitig kognitive Einbußen wahrgenommen werden.

Der Fall C kann eintreten, wenn die Validität des Assessmentinstruments niedrig ist oder der klinische Blick eine genauere Einschätzung ermöglicht.

Für die beiden Fälle (B und C) besteht in der Praxis das Problem, dass bei widersprüchlichen Einschätzungen eine Entscheidung getroffen werden muss. Hierbei sind die Folgen einer Fehleinschätzung abzuwägen, wozu es wiederum einer klinischen Expertise bedarf.

Ohne pflegerische Expertise besteht die Gefahr, dass die Quantifizierung durch das Assessmentinstrument eine falsche Verlässlichkeit suggeriert:

> Vielleicht macht dies auch einen Teil der Faszination (Anmerk.: der Assessmentinstrumente) aus, weil Zahlen eine Vorstellung von Genauigkeit und Klarheit vermitteln. Dabei wird leicht übersehen, dass Ungenauigkeiten der Sprache durch Zahlen auch nicht genauer, sondern allenfalls verdeckt werden. (Bartholomeyczik, 2007, S. 214)

Die in **Abbildung 2-2** dargestellten Fälle E und F betreffen Phänomene, die durch den klinischen Eindruck ohne entsprechende Methoden nicht angemessen zu erfassen sind. Anders als im Fall B oder C sind sich die Pflegepersonen über die fehlenden Einschätzungsmöglichkeiten und damit die Relevanz des Assessmentinstruments im Klaren. Dies betrifft die für Außenstehende schwer beurteilbaren Konzepte wie Schmerz, Übelkeit, Lebenszufriedenheit oder Angst. Erst ab einem kritischen Niveau äußern sich Patienten ungefragt und unaufgefordert, um beispielsweise Hilfen zur Reduktion von Schmerzen oder Übelkeit einzufordern. Assessmentmethoden bieten ein niederschwelliges Angebot, um die relevanten Aspekte zu erfragen und zu erfassen. Damit können frühzeitig, d. h. selbst bei niedriger Ausprägung, entsprechende Interventionen eingeleitet werden. Dies ist beispielsweise bei der chemotherapiebedingten Übelkeit wichtig, um eine antizipatorische Übelkeit zu verhindern (s. Kap. 13).

Die Fälle E und F betreffen außerdem komplexe Pflegephänomene, bei denen eine große Anzahl an relevanten Hinweisen («cues») kombiniert werden muss, um zu einer validen Einschätzung zu gelangen. Als Beispiel kann hier die Erfassung von Agitiertheit oder Schmerz bei kommunikationsbeeinträchtigten Menschen genannt werden. Im Sinne einer Checkliste müssen dazu mögliche Hinweise strukturiert beobachtet und dokumentiert werden. Erst aus der Summe der vielen Hinweise ergibt sich dann eine valide Einschätzung. Assessmentverfahren sind insbesondere dann sinnvoll, wenn die Aufnahmekapazität der Pflegenden nicht ausreicht, um ad hoc eine angemessene Einschätzung vornehmen zu können.

Auch hier wird wieder deutlich, dass der Mehrwert vor dem Hintergrund vieler Rahmenbedingungen zu bewerten ist. So hängt die Genauigkeit der Einschätzung ab von:

- der Dauer des Pflegenden-Patienten-Kontaktes,
- den parallel anfallenden Aufgaben während des Assessments,
- der Komplexität des Phänomens und
- kognitiven Fähigkeiten, wie dem «critical thinking» (Lunney, 2010).

Grundsätzlich fehlt es für viele Assessmentmethoden an Forschungsarbeiten, die den Mehrwert, hier im Sinne einer verbesserten Validität und klinischen Effektivität, gegenüber dem klinischen Eindruck untersuchen. Dies wäre aber eine wichtige Argumentationsgrundlage, die die Implementierung in der Praxis erleichtern würde. Dies wäre auch wichtig, um die Akzeptanz für den Einsatz solcher Instrumente zu erhöhen. Eine Pflegekraft würde heute nicht mehr auf das Blutdruckmessgerät zur Erfassung des Blutdrucks verzichten wollen, weil es selbstverständlich ist, dass die klinischen Zeichen zur Einschätzung nicht ausreichen. Analog würde man sich in der Pflege mehr Assessmentinstrumente wünschen, die einen ähnlichen Mehrwert und eine ebenso hohe Akzeptanz haben.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Letztlich ist jede Einrichtung bei der Implementierung aufgefordert, einen Nachweis zu erbringen, dass die Einschätzung mittels der Pflegeassessmentverfahren zu verlässlicheren Einschätzungen führt und klinische Relevanz hat.

2.5.2 Einfluss des Assessments auf Pflegehandlungen

Im vorherigen Abschnitt wurde deutlich, dass es Konstellationen geben kann, in denen Pflegeassessmentverfahren eine nicht notwendige Bedingung sind, um zu einer angemessenen Einschätzung zu kommen. Nun soll dargestellt werden, dass Assessmentmethoden keine hinreichende Bedingung für pflegerische Maßnahmen sind. Auch nicht in den Fällen, in denen eine Assessmentmethode bedeutsam oder gar notwendig für das «clinical decision making» ist (Fall E oder F, s. Abb. 2-2).
Diese Sichtweise relativiert die Bedeutung von Assessmentmethoden im Pflegeprozess. Folgende Gründe lassen sich dafür nennen:

- Assesmentinstrumente werden der Komplexität des Patienten nicht gerecht. Sie beziehen sich nur auf isolierte Pflegephänomene und können konstruktionsbedingt nicht alle für die Pflege relevanten Faktoren und Rahmenbedingungen erfassen. Die Aussagekraft des Assessments ist daher stets vor dem Hintergrund anderer Pflegebereiche zu bewerten.
  Ein Beispiel kann dies verdeutlichen: Wenn ein Dekubitusrisikoassessment auf eine Dekubitusgefährdung hinweist, dann können daraus nicht zwingend Maßnahmen zur Prophylaxe abgeleitet werden. Bei einem terminalen Patienten, bei dem jede Lagerung mit großen Schmerzen verbunden ist, muss von dem Algorithmus «hoher Wert im Risikoassessment = Umsetzung der prophylaktischen Maßnahme» abgewichen werden, weil zunächst andere Pflegebereiche (Schmerzen) bedeutsamer sind. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie wichtig eine Priorisierung der verwendeten Assessmentverfahren und der pflegerischen Maßnahmen ist.
- Damit die Einschätzungen der Pflegeassessmentinstrumente handlungswirksam werden, gilt es zunächst die Sichtweise des Patienten zu berücksichtigen. Insbesondere dann, wenn es sich um ein Fremdassessment (s. Kap. 1) handelt, das heißt, wenn die Pflegeperson das Assessmentverfahren anwendet, um die Problemlage des Patienten zu bewerten, besteht die Gefahr, dass voreilig aus einem Pflegendenproblem ein Patientenproblem wird. Eine automatisierte Ableitung von Maßnahmen ohne Partizipation des Patienten widerspricht dem Anspruch an eine patientenzentrierte Versorgung. So muss einem Tumorpatienten trotz hoher Werte in einem Schmerzassessment das Recht zugebilligt werden, auf Schmerzmedikationen zu verzichten, weil er Nebenwirkungen fürchtet, er seine Autonomie erhalten möchte oder Schmerzen als «dazugehörend» interpretiert (de la Fuente Briones, 2009). Die Maßnahmenrelevanz des Assessments muss also immer auch an den Bedürfnissen der Patienten relativiert werden.[3]
- Einschätzungen werden patientenbezogen vorgenommen, müssen aber im Kontext patientenübergreifender und pflegeferner Anforderungen in Handlungen umgesetzt werden. Mit anderen Worten: Ob das Ergebnis einer Assessmentanwendung bei einem Patienten Auswirkungen auf die Pflegemaßnahmen am gleichen Patienten hat, hängt auch davon ab, welche Anforderungen aktuell im Stationssetting zu bewältigen sind. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass die Wertigkeit des Assessments immer auch vor dem Hintergrund konkurrierender Anforderungen inmitten einer impliziten Rationierung bestimmt wird (Reuschenbach, 2008).

Bei der Nutzung des Assessments für die Ableitung von Maßnahmen, sind also immer auch die Präferenzen des Patienten, konkurrierende patientennahe und -ferne Aufgaben, die Realisierbarkeit und die Einflüsse durch andere Pflegeaspekte, die nicht durch das Assessment erfasst wurden, zu berücksichtigen. Pflegende benötigen hierzu ein komplexes Fall- und Situationsverstehen (Schrems, 2007).
Für die Praxis leitet sich daraus ab, dass Assessmentmethoden nur als zusätzliches Hilfsmittel für die klinische Entscheidung zu nutzen sind. Sie sind nicht hinreichend und nicht immer notwendig für die Sicherung der Ergebnisqualität. Deren Rolle im diagnostischen Prozess ist zukünftig stärker aufzuklären.

2.6 Zusammenfassung

Die in den vergangenen Jahren steigende Anzahl an Neuentwicklungen und Validierungen von Assessmentinstrumenten kann durch den Druck zu einer Objektivierung von Pflegeleistungen und -ergebnissen im Kontext der Qualitätsdebatten erklärt werden. Weiterhin sind dafür methodische Weiterentwicklungen in der Pflegewissenschaft verantwortlich.

3 Letztlich ist die Partizipationswilligkeit des Patienten im Pflegeprozess selbst schon eine relevante Variable, die dem Forschungsfeld «shared clinical decision making» zuzuordnen ist. Zu deren Erfassung stehen vielfältige Instrumente zur Verfügung (Dy, 2007).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Bei den Gründen für den Einsatz muss zwischen einem pflegewissenschaftlichen und einem pflegepraktischen Einsatz unterschieden werden. In der Pflegewissenschaft werden Assessmentinstrumente zur Messung von Variablen genutzt. Die Testgenauigkeit des Verfahrens spielt dabei eine wesentliche Rolle. In der Praxis begründet sich der Einsatz durch rechtliche und ökonomische Gründe, aber auch durch die Verbesserung der Pflegequalität. Idealerweise sollten sie die Ergebnisqualität verbessern, d. h. auf die patientenbezogenen Endpunkte wirken. Dies setzt wiederum voraus, dass Pflegeassessmentinstrumente auch das pflegerische Handeln beeinflussen.

Um die Akzeptanz der Verfahren in der Praxis zu erhöhen, ist es wichtig, den Mehrwert der Assessmentinstrumente gegenüber dem klinischen Eindruck deutlich zu machen – zum einen im Hinblick auf die Genauigkeit der Einschätzung, aber auch im Hinblick auf den Nutzen für Patienten und Bewohner.

2.7 Literaturverzeichnis

Abu-Saad, H. H. (1991). Schmerzmessung bei Schulkindern. *Pflege, 4*, 173 – 177.

Baker, A. A. & Thorpe, J. G. (1956). Deteriorated psychotic patients – their treatment and its assessment. *Journal of Mental Science, 102*, 780 – 789.

Bartholomeyczik, S. (2007). Kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten. *Pflege, 20*, 211 – 217.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Boyd, C. M., Darer, J., Boult, C., Fried, L. P., Boult, L. & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *Journal of the American Medical Association, 294*, 716 – 724.

Dassen, T. (2008). *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Prävalenz – Erhebung 2008*. Berlin: Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

De la Fuente Briones, F. (2009). Schmerzbelastung bei Tumorpatienten in der Radio- und Chemotherapie – Eine multizentrische Studie. In B. Reuschenbach, C. Mahler, E. Müller, C. Berendonk & M. Hoben (Eds.), *Brücken bauen – Beiträge der AG Pflegeforschung Rhein-Neckar* (S. 197 – 206). Stuttgart: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Süd-West.

Dinnerstein, A. J., Lowenthal, M. & Dexter, M. (1965). Evaluation of a rating scale of the ability in activities of daily living. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 46*, 579 – 584.

Dy, S. M. (2007). Instruments for evaluating shared medical decision making: a structured literature review. *Medical Care Research and Review, 64*, 623 – 649.

Gaitz, C. (1969). Functional assessment of the suspected mentally ill aged. *Journal of the American Geriatric Society, 17*, 541 – 548.

Gobet, F. & Chassey, P. (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies, 45*, 129 – 139.

Harbison, J. (2001). Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice. *Journal of Advanced Nursing, 35*, 126 – 133.

Honigfeld, G. Klett, C. J. & Honigfeld, K. C. (1965). The nurses' observation scale for inpatient evaluation: A new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology, 21*, 65 – 71.

Leifer, B. P. (2009). Alzheimer's disease: Seeing the signs early. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*, 588 – 595.

Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 21*(2), 82 – 89.

Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B. & Mühlhauser, I. (2009). Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age Ageing, 38*, 417 – 423.

Panfil, E.-M. & Linde, E. (2007). Valide und reliable Methoden zur Wundbeschreibung von Dekubitus und Ulcus cruris – Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege, 20*, 225 – 247.

Pile, E. N., Clark, J. R. & Elder, R. D. (1968). A behavior rating scale for assessing nursing care requirements of psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6*, 150 – 153.

Reuschenbach, B. (2008). Wer bewahrt die Praxis vor ungeeigneten Pflegeassessments? *Pflege, 21*, 295 – 298.

Reuschenbach, B. (2008). *Einfluss der Expertise auf das Planen und Problemlösen im komplexen Handlungsfeld Pflege*. Berlin: Logos.

Reuschenbach, B. & Mahler, C. (2009). *Nutzen von Dekubitusrisikoassessements in der Sichtweise der Anwenderinnen und Anwender.* Vortrag bei der 7. Internationalen Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft «Pflege – wozu und wohin?» 24. – 25. September 2009 im Universitätsklinikum Ulm.

Saleh, M., Anthony, D. & Parboteeah, S. (2009). The impact of pressure ulcer risk assessment on patient outcomes among hospitalised patients. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1923 – 1929.

Schrems, B. (2007). Standardisierte Assessmentinstrumente im Licht der Hermeneutik. *Pflege, 20*, 218 – 224.

Schünemann, H. J. (2009). GRADE: Von der Evidenz zur Empfehlung – Beschreibung des Systems und Lösungsbeitrag zur Übertragbarkeit von Studienergebnissen *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 103,* 391 – 400.

Sherman, L. J., Eldred, S. H., Bell, N. W. & Longabaugh, R. H. (1966). A revised use of the multidimensional scale for rating psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology 22,* 248 – 251.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

3. Gütekriterien

Bernd Reuschenbach

3.1 Vorbemerkung

Gütekriterien haben für die Konstruktion, Bewertung, Auswahl, Implementierung und Anwendung von Assessmentverfahren eine wichtige Bedeutung. Für Forschende sind die Gütekriterien Prüfstandards, die für die Konstruktion und Auswahl von Assessmentinstrumenten leitend sind. In der Praxis sind sie wichtig, um den grundsätzlichen Einsatz eines Assessmentverfahrens zu legitimieren oder, wenn mehrere Instrumente zur Erfassung eines Pflegephänomens vorliegen, die Auswahlentscheidung für ein Instrument zu begründen. Gütekriterien lassen sich nicht nur für Instrumente (Skalen, Tests) bestimmen, sondern auch für andere Assessments (Beobachtung oder die Einschätzung auf Grund von Interviews).

Die Anzahl an Pflegeassessments, für die nach den Regeln der Kunst Gütekriterien ermittelt wurden, wächst stetig. Jacobson (2004) berichtet von einer Untersuchung aus dem Jahre 1982, derzufolge damals in 38 % aller Assessmentstudien keine Reliabilitäten angegeben wurden und in 58 % der Studien Angaben zur Validität fehlten. In der Praxis trifft man immer wieder auf Assessmentinstrumente für die bisher keinerlei Gütekriterien ermittelt wurden. Prominente Beispiele sind die Atemerfassungsskala nach Bienstein und die Sturzrisikoskala nach Huhn. Über diese im Internet verfügbaren Instrumente hinaus gibt es einen nicht unerheblichen «Schwarzmarkt» an selbst entwickelten Verfahren, die keine testtheoretische Bewertung erfahren haben.

Während Einigkeit darin besteht, dass die Kennwerte, die aus der klassischen Testtheorie abgeleitet wurden (Reliabilität, Validität und Objektivität) zum Grundkanon der Gütekriterien gehören, gibt es für die praxisbezogenen Gütekriterien (z. B. Akzeptanz, Kosten-Nutzen-Analyse) in der Literatur unterschiedliche Empfehlungen. Deren Einsatz hängt auch von der Zielsetzung des Verfahrens ab. Es ist daher ratsam, an Stelle eines universellen Kanons von Gütekriterien die Kriterien anzulegen, die zur Zielsetzung passen. In den vergangenen Jahren reifte in der Pflegewissenschaft die Erkenntnis, dass diese praxisbezogenen Gütekriterien verstärkt in den Mittelpunkt zu stellen sind, weil die Implementierungsgüte nicht allein von den Eigenheiten des Instruments beeinflusst wird, sondern auch von praxisbezogenen Faktoren, wie beispielsweise von der Kompetenz der Anwender oder der Umsetzbarkeit von Maßnahmen, die aus dem Assessment abgeleitet werden.

Eine eigene Auswertung der Beiträge, die in der Zeitschrift *Pflege* (Verlag Hans Huber) in den Jahren 2002 bis 2007 veröffentlicht wurden, ergab, dass in 14 Beiträgen Assessmentinstrumente genutzt wurden, sei es, weil explizit deren Gütekriterien untersucht oder weil diese zur Erhebung relevanter Variablen herangezogen wurden. Insgesamt wurden in diesen 14 Beiträgen 24 verschiedene Assessmentinstrumente verwandt. **Abbildung 3-1** zeigt, welche Gütekriterien dabei veröffentlicht wurden.

Es dominieren hier die klassischen, verfahrensbezogenen Gütekriterien, insbesondere Cronbachs Alpha als Reliabilitätsmaß sowie Angaben zur Inhaltsvalidität. Anwendungsbezogene Kriterien, die für den Einsatz in der Praxis wichtig sind, werden seltener erhoben oder angegeben. So fehlt es oft an Angaben zur Akzeptanz oder zur Kosten-Nutzen-Abwägung. Häufig wird die Durchführungsdauer genannt, selten wird die Praktikabilität dargestellt.

Die Unterscheidung von instrumentenbezogenen und anwendungsbezogenen Kriterien gliedert auch dieses Kapitel. Die klassischen Gütekriterien, wie Objektivität, Reliabilität und Validität, die aus der klassischen Testtheorie (KTT) abgeleitet werden, sind Gegenstand von Kapitel 3.2.

Eine Weiterentwicklung der KTT ist die probabilistische Testtheorie, die für die Konstruktion und Bewertung von Pflegeassessments vorteilhafter ist, aber noch immer selten genutzt wird (s. Kap. 3.2.6).

Kapitel 3.3 behandelt die anwendungsbezogenen Gütekriterien. Sie sind für die Auswahl des Instruments in der Praxis wichtig (s. Kap. 4).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

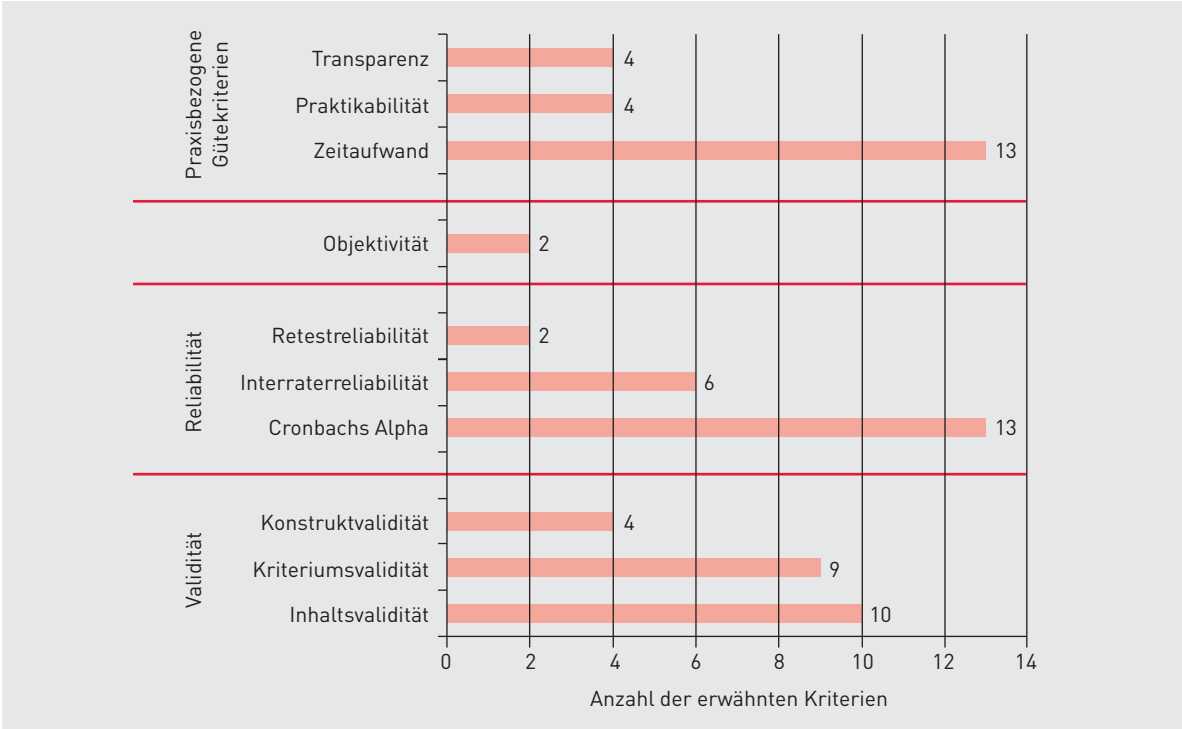

Abbildung 3-1: Anzahl der berichteten Gütekriterien in Beiträgen der Zeitschrift *Pflege* der Jahrgänge 2002 bis 2007

Die Auswahl der angelegten Gütekriterien ist nicht beliebig. Inzwischen gibt es einige Empfehlungen, welche Gütekriterien im Rahmen von Forschungsprojekten zu ermitteln, welche zu veröffentlichen und welche bei der Auswahl für die Pflegepraxis heranzuziehen sind. Diese Empfehlungen werden in Kapitel 4 aufgelistet.

3.2 Instrumentenbezogene Gütekriterien

Zu der üblichen Trias der Gütekriterien werden die Objektivität (s. Kap. 3.2.2), die Reliabilität (s. Kap. 3.2.3) und die Validität (s. Kap. 3.2.4) gezählt. Diese Kriterien ergeben sich aus der klassischen Testtheorie (s. Kap. 3.2.1), die in der Psychologie ihren Ursprung hat. Dies erklärt, warum gelegentlich von psychometrischen Kennwerten gesprochen wird, auch wenn psychische Momente gar nicht im Mittelpunkt stehen. Es sollte daher besser von testtheoretischen statt von psychometrischen Gütekriterien gesprochen werden.
Ergänzend zu den klassischen Kriterien werden in diesem Abschnitt auch die Übertragbarkeit von Kennwerten (s. Kap. 3.2.5) und probabilistische Testtheorien (s. Kap. 3.2.6) dargestellt.
Hier kann nur ein kurzer Einblick gegeben werden. Für umfassendere Darstellungen sei auf die deutschsprachigen Ausführungen von Rost (2004), Bühner (2006) und Moosbrugger und Kelava (2007) verwiesen. Eine sehr gelungene Einführung, speziell für gesundheitsbezogene Messinstrumente, ist das Lehrbuch von Streiner und Norman (2008).

3.2.1 Klassische Testtheorie (KTT)

Zum Verständnis der Gütekriterien sind die Grundprinzipien der klassischen Testtheorie relevant.
Die Testtheorie ist aus der psychologischen Methodenlehre entstanden. Sie erlebte ihren Höhepunkt in den 50er- bis 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts. Auswirkungen hat sie aber bis heute und die aus ihr abgeleiteten Kennwerte sind auch in der Pflegewissenschaft dominierend.
Zum Verständnis der Reliabilität, insbesondere der Maße der internen Konsistenz (s. Kap. 3.2.3), sind die fünf Axiome der KTT notwendig.

Axiom 1: Ein beobachteter Wert (X) setzt sich zusammen aus dem wahren Wert (T, für «true score») und dem Fehler (E, für «error»): $X = T + E$.

Axiom 2: Der Erwartungswert der Fehler (ε [E]) und die Summe der Fehler (Σ [E]) sind gleich Null: $\varepsilon (E) = \Sigma (E) = 0$.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

Daraus kann abgeleitet werden, dass der Mittelwert der wahren Werte dem Mittelwert der beobachteten Werte entspricht. Dies gilt jedoch nur dann – und dies ist eine Voraussetzung, die in der Pflege oft verletzt ist – wenn der wahre Wert (T) stabil ist. Die KTT geht also immer von einer Merkmalskonstanz aus. Bei einer Varianz des wahren Wertes, z. B. zwischen zwei Messzeitpunkten, ist die Voraussetzung nicht mehr erfüllt.

Axiom 3: Fehlerwert und wahrer Werter korrelieren nicht systematisch miteinander: $\rho TE = 0$.

Axiom 4: Der wahre Wert des einen $Tests_a$ (T_a) und der Fehlerwert eines zweiten $Tests_b$ (E_b) korrelieren nicht systematisch miteinander: $\rho T_a E_b = 0$.

Axiom 5: Auch die Fehlerwerte (E) zweier Tests (a, b) korrelieren nicht systematisch miteinander: $\rho E_a E_b = 0$.

Oft wird die Testtheorie auf diese Axiome und Aussagen über das Verhältnis von beobachtbaren Werten und tatsächlichem Wert beschränkt. Darüber hinaus liefert die KTT aber auch Anregungen für die Testkonstruktion. So ist die Idee von Items als quantitative Repräsentanten des relevanten Konstruktes aus der KTT abgeleitet.
Die theoretischen Annahmen über die Fehlervarianz erlauben beim Vorliegen einer Normstichprobe die Berechnung des Vertrauensbereichs, innerhalb dessen sich der wahre Wert befindet.
Für die pflegerische, psychologische und medizinische Diagnostik ist die KTT noch immer sehr einflussreich und die meisten der publizierten Verfahren orientieren sich an ihr. Dennoch weist sie einige Schwachstellen auf, die den Einsatz der probabilistischen Testtheorie (s. Kap. 3.2.6) nahe legen.
Als Kritikpunkte sind stichwortartig zu nennen:

- Die Axiome entspringen einer epistemologischen Überzeugung, der man folgen kann oder nicht. Sie sind in sich stimmig, aber nicht theoretisch fundiert und in ihrer Gesamtheit nicht falsifizierbar.
- Die Nullkorrelation von wahrem Wert und Messfehler ist eine kontraintuitive Annahme.
- Die Invarianz des wahren Wertes ist in der Pflege vermutlich selten anzutreffen. Interpersonelle Varianz (relativ und absolut) ist eher die Regel.
- Die Kennwerte sind stichproben- und populationsabgängig. Dies erschwert die Generalisierbarkeit und erhöht die Gefahr einer künstlichen Beeinflussung der Kennwerte (z. B. Erhöhung der Reliabilität durch Testung an einer heterogenen Stichprobe).
- Reliabilität und Homogenität stehen in paradoxer Wechselwirkung. So ist bei einer homogenen Stichprobe die Reliabilität Null, obwohl es sich dennoch um eine zuverlässige Messung handelt.
- Die Nichtlinearität der Summenscores: Die KTT ist nur für Werte definiert, für die Berechnungen von Differenzen sinnvoll sind, die also mindestens Intervallskalenniveau besitzen. Die Intervallskalenqualität der Rohwertsummen wird allerdings nur unterstellt, aber nicht überprüft.

Dass die KTT trotz dieser gravierenden Mängel immer noch in der Pflegewissenschaft, Psychologie und Medizin dominierend ist, liegt zum einen am größeren Aufwand zur Nutzung alternativer Messtheorien, zum anderen hat sie sich in der Praxis bewährt.

3.2.2 Objektivität

Die KTT spielt zur Ableitung von Anforderungen an die Objektivität eine untergeordnete Rolle. Da eine mangelnde Objektivität aber zu systematischen Messfehlern führt, hat sie Einfluss auf die Reliabilität und damit auch auf die Validität. Als Objektivität kann der Grad der Unabhängigkeit der Einschätzung von der Anwendung oder dem Anwender definiert werden. Systematische Einflussfaktoren in der Durchführung, Auswertung und Interpretation bedrohen die Objektivität.

Die **Durchführungsobjektivität** betrifft die Standardisierung der Assessmentanwendung. Wenn beispielsweise bei chirurgischen Patienten einmal täglich eine Schmerzerfassung mittels visueller Analogskala durchgeführt wird, dann sollte die Einschätzung stets in gleichen Kontexten vorgenommen werden. Wenn ein Anwender diese Schmerzskala bevorzugt nach der Mobilisation nutzt und eine andere Person davor, dann ist die Durchführungsobjektivität bedroht.
Ebenso kann auch die Pflegenden-Patienten-Interaktion Einfluss auf die Einschätzung haben und damit die Durchführungsobjektivität bedrohen. Auch das Unvermögen, eine Einschätzung vorzunehmen oder die fehlende Bereitschaft des Patienten, die Einschätzung zu unterstützen, sind Einflussfaktoren auf die Objektivität. Denn unter dem allgemeinen Dokumentationsdruck gibt es unterschiedliche Strategien, wie mit diesen fehlenden Angaben umgegangen wird.
Die Durchführungsobjektivität kann durch eine genaue Durchführungsanweisung, z. B. durch ein Manual, die Schulung der Anwender und eine genaue Instruktion der Patienten erreicht werden. Die Durchführungsobjektivität kann empirisch bestimmt werden, indem die Übereinstimmung der AnwenderInnen (Reproduzierbarkeit) überprüft wird.

Zur **Auswertungsobjektivität** gehört die angemessene Verrechnung von Items zu einem Gesamtscore. Fehler bei der Dateneingabe, Nutzung falscher Schwellenwerte, ein ungeregelter Umgang mit «mis-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

sing data» oder auch Fehler beim Übertrag in die Pflegedokumentation sind häufige Ursachen für die reduzierte Auswertungsobjektivität.
Die Auswertungsobjektivität lässt sich durch die Prüfung der Übereinstimmung der Anwender überprüfen. Dabei ist auch zu klären, ob die Übereinstimmung auf der Ebene der Items oder auf der Ebene des Summenscores relevant ist. Dies hängt von der jeweiligen Testkonstruktion ab. Automatische Auswertungen und genaue Verfahrensanweisungen durch ein begleitendes Manual wirken sich günstig auf die Auswertungsobjektivität aus.

Die **Interpretationsobjektivität** spielt im pflegerischen Kontext eine besondere Rolle, da die Ergebnisse durch den Gesamteindruck des Patienten zu relativieren sind. Beispielsweise ist ein hoher Wert auf einer Schmerzskala nach einem kürzlich erfolgten Verbandswechsel anders zu interpretieren als die Schmerzangaben vor dem Verbandwechsel. Die Interpretation des Ergebnisses wird vor allem dann erschwert, wenn der klinische Eindruck zu einer anderen Einschätzung kommt als das Assessmentinstrument. Die Interpretationsobjektivität lässt sich durch einen Vergleich der aus der Einschätzung abgeleiteten Maßnahmen erschließen. Verschiedene Interpretatoren sollten hier zu gleichen Ergebnissen gelangen und damit ähnliche pflegerische Maßnahmen planen. Zur Sicherung dieser Facette der Objektivität sind fallorientierte Schulungen und Praxisbegleitungen wichtig (s. Kap. 5).

3.2.3 Reliabilität

Reliabilität wird oft mit **Zuverlässigkeit** übersetzt. Die verschiedenen Reliabilitätskennwerte geben Auskunft darüber, mit welcher **Genauigkeit** ein Verfahren ein reproduzierbares Ergebnis liefert. Es ist also ein Maß für die **Instrumentenpräzision**. Die Reliabilität kann hoch sein, auch wenn das Instrument nicht das misst, was es eigentlich zu messen vorgibt.
Die Reliabilität ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Validität. Anders formuliert: Keine Validität ohne Reliabilität, aber eine hohe Reliabilität sichert nicht zwingend und alleine eine hohe Validität. Gleichzeitig lässt sich aus der KTT herleiten, dass es einen U-förmigen Zusammenhang zwischen Reliabilität und Validität gibt: Eine perfekte Reliabilität geht auf Kosten der Validität (Lienert & Raatz, 1998).
In der formalen Sprache der KTT ist die Reliabilität der Anteil, den die wahre Varianz an der beobachteten Varianz aufklärt. Daher gilt: Bei hoher Zuverlässigkeit ist die Fehlervarianz klein und die Reliabilität strebt gegen 1. Bei einem unzuverlässigen Instrument ist die Fehlervarianz hoch, daher strebt die Reliabilität gegen 0.
Bei der Konstruktion der Skalen und der Anwendung der Testinstrumente ist daher darauf zu achten, dass systematische Verzerrungen («bias») minimiert werden.
Bekannte Biasformen sind, neben dem in Kapitel 2 schon thematisierten «recall bias», Angaben im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder ein Bestätigungs-Bias (für weitere Darstellungen siehe Streiner & Norman, 2008).

Aus den Axiomen der klassischen Testtheorie kann weiterhin abgeleitet werden, dass aus der Korrelation zweier Instrumente, die das gleiche Konstrukt erfassen, der wahre Wert bzw. der Umfang des Messfehlers und die Zuverlässigkeit erschlossen werden können.
Die vier gebräuchlichsten Varianten der Reliabilitätsmessung greifen alle diese Ideen der KTT auf und gelten folglich auch nur unter deren Voraussetzungen (z. B. Stabilität der Konstrukte):

1. *Retestreliabilität:* Zur Bestimmung wird das Instrument zeitlich verzögert nochmals eingesetzt. Die Übereinstimmung über die zwei Messzeitpunkte ist das Maß für die Zuverlässigkeit und – in der Annahme konstanter wahrer Werte – auch ein Stabilitätskoeffizient. Zur Prüfung der Übereinstimmung werden korrelative Verfahren in Abhängigkeit vom Skalenniveau genutzt.
   Problematisch an diesem Vorgehen ist, dass es – anders als es die KTT-Axiome annehmen – in der Pflege schnelle Merkmalsfluktuationen gibt. Die Korrelation ist dann eher ein Maß für die Änderungssensitivität. Außerdem können Reaktanz- und Lerneffekte den wahren Wert systematisch verschleiern, d. h. die Korrelation zwischen den beiden Messzeitpunkten beeinflussen.
2. *Paralleltestreliabilität:* Sie wird in der Psychologie häufig, in der Pflegewissenschaft aber selten genutzt. Dazu werden parallele Einschätzungen durch zwei Instrumente vorgenommen, die auf das gleiche Konstrukt zielen. Die Äquivalenz beider Versionen wird dadurch erreicht, dass die beiden Instrumente aus einem gemeinsamen Itempool stammen und daher auch die gleiche theoretische Basis haben. Die Äquivalenz der Parallelformen kann durch den Vergleich der Verteilungskennwerte und die Validität der beiden Testformen ermittelt werden.
3. *Halbierungsreliabilität:* Sie wird auch Split-half-Reliabilität genannt, bei der zwei Teile desselben Tests miteinander verglichen werden. Es können aber nicht nur halbe Tests, sondern auch Viertel, Achtel etc. verglichen werden.
   Da aus der KTT abgeleitet werden kann, dass mit steigender Länge des Verfahrens die Reliabilitäts-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.

koeffizienten steigen, sind einige Korrekturmöglichkeiten (z. B. mittels Spearman-Brown-Formel) eingeführt worden, mit denen die einfache Korrelation der Summenscores der jeweiligen Teile korrigiert werden kann. Die weitere Teilung des Tests führt dann schließlich zur Itemebene und damit zur internen Konsistenz.

4. *Interne Konsistenz:* Sie ist der am häufigsten genutzte Reliabilitätsparameter in der Gesundheitsforschung, sicherlich auch durch die leichte Berechenbarkeit mittels gängiger Statistikprogramme begründet. Die interne Konsistenz ist ein Maß für die Homogenität des Verfahrens.

Der gebräuchlichste Parameter ist Cronbachs Alpha. Zu dessen Berechnung werden die Anzahl der Items (N), die Varianz der beobachteten Gesamttestscores σ_X^2 bei den getesteten Personen sowie die Summe der Varianz der einzelnen Testitems σ_{Yi}^2 herangezogen.

Die Berechnungsformel lautet dann:

$$\alpha = \frac{N}{N-1}\left(\frac{\sigma_X^2 - \sum_{i=1}^{N}\sigma_{Yi}^2}{\sigma_x^2}\right)$$

Es wird also die Varianz der Testsummen über alle Personen zur Varianz der Einzelitems in Beziehung gesetzt.
Hohe Koeffizienten sind Ausdruck einer hohen Homogenität, das heißt, die Items werden gleichförmig beantwortet, die Varianz ist gering.
Die Berechnung der internen Konsistenz ist nur dann sinnvoll, wenn alle Items auf dasselbe Konstrukt bezogen sind. Besteht ein Instrument aus Subskalen, dann sind für diese jeweils getrennte Homogenitätswerte anzugeben.
Für dichotome Items ist Cronbachs Alpha-Koeffizient nicht geeignet. Eine Alternative stellen die verschiedenen Kuder-Richardson-Koeffizienten dar (Lienert & Raatz, 1998).

Die Messung der Reliabilität erfolgt häufig und routinehaft, obwohl es für die Anwendung einige Einschränkungen gibt:

1. Wenn Reliabilität als Messgenauigkeit verstanden wird, dann ist der Alpha-Koeffizient von diesem Anspruch entfernt, denn er stellt die Varianz der Testsummen über alle Personen zur Varianz der Einzelitems in Beziehung. Der Koeffizient nähert sich dem Wert 1, wenn sich die Personen bei der Beantwortung der Items nicht unterscheiden. Damit wird aber die Idee einer individuellen und differenzierenden Diagnostik verlassen.
2. Zur Berechnung sind nach der obigen Formel wenigstens zwei Items notwendig. Ein Single-Measurement-Item kann aber dennoch eine reliable Messung, im Sinne von Zuverlässigkeit, ermöglichen (DeSalvo et al., 2006).
3. Die für die Berechnung der Reliabilität maßgeblichen Axiome der KTT sind bei pflegerelevanten Variablen meist nicht erfüllt. Eine Fluktuation des Merkmals und damit eine systematische Varianz des wahren Wertes sind hier eher die Regel. Die Berechnung von Reliabilitätskoeffizienten ist daher nach den Regeln der KTT falsch, auch wenn sich die Koeffizienten in der Forschung etabliert haben.
4. Kennwerte, die als hohe Reliabilität interpretiert werden, können, wenn es um die Erfassung pflegerischer Variablen geht, auch als Konstruktenge (bei der internen Konsistenz) und fehlende Änderungssensitivität (bei der Retestreliabilität) interpretiert werden.
5. Beeinflussbarkeit durch die Testlänge: Das Streben nach Verfahren mit hoher Reliabilität wird ad absurdum geführt, wenn man bedenkt, dass eine hohe Reliabilität auch durch hinreichend lange Verfahren zu erreichen ist. Dies ist aber testökonomisch ungünstig, da bei langen Verfahren auf Grund hoher Interkorrelationen der Items gleiche Erkenntnisse auch mit einer geringeren Itemanzahl zu erreichen sind, bei steigender Itemanzahl die systematische Fehlervarianz erhöht ist und so mehrdimensionale Skalen erzeugt werden können.
6. Die Reliabilitäten werden meist gruppenweise angegeben, sind aber nicht auf den Einzelfall übertragbar. Da die Varianz oft nicht im Sinne der Testtheorie unsystematisch ist, sondern (individuelle) Einflussfaktoren bekannt sind, können mittels Generalisierbarkeitsstudien (G-Studie) diese Einflussfaktoren (dort Facetten genannt) identifiziert und deren Wirksamkeit im Hinblick auf die Ausprägung des wahren Wertes kontrolliert werden. Diese Techniken gehen auf die Generalisierbarkeitstheorie von Cronbach, Rajaratnam und Gleser (1963) zurück und sind als Versuch zu verstehen, die «liberalization of reliability theory» durch Hinzunahme von weiteren Varianz aufklärenden Facetten zu erreichen. Die Methode ähnelt varianzanalytischen Ansätzen. Solche in der Pflegewissenschaft leider vernachlässigten Methoden sind wichtig, um die Übertragbarkeit der Kennwerte zu bestimmen. Eine pflegebezogene Einführung in das Prozedere liefern Chen und Hu (2002).

So bleibt festzuhalten, dass das Konzept der Reliabilität gerade bei der Erfassung von flukturierenden und subjektbezogenen Phänomenen zu unkritisch genutzt wird. Als Alternative empfiehlt Fahrenberg (2006):

Strategisch folgt daraus zweierlei: (1) sich primär um die Analyse der viel wichtigeren empirischen Validität zu kümmern («valide Tests sind de facto reliabel») und (2)

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Reuschenbach (Hrsg.) – Assessmentinstrumente, 2. Auflage
(ISBN 9783456960623) © 2020 Hogrefe, Bern.