

# Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs

Tim Mathes, Dawid Pieper, Thomas Jaschinski, Christoph Mosch, Sunya-Lee Antoine, Sandra Verhülsdonk, Michaela Eikermann



**Schriftenreihe  
Health Technology Assessment (HTA)  
in der Bundesrepublik Deutschland**

---

**Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs**

---

**Tim Mathes<sup>1</sup>, Dawid Pieper<sup>1</sup>, Thomas Jaschinski<sup>1</sup>, Christoph Mosch<sup>1</sup>,  
Sunya-Lee Antoine<sup>1</sup>, Sandra Verhülsdonk<sup>2</sup>, Michaela Eikermann<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Lehrstuhl für Chirurgische Forschung,  
Fakultät für Gesundheit – Department für Humanmedizin, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH

<sup>2</sup> LVR-Klinikum Düsseldorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität

## **Wir bitten um Beachtung**

Dieser HTA-Bericht ist publiziert in der DAHTA-Datenbank des DIMDI ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA) und in der elektronischen Zeitschrift *GMS Health Technology Assessment* ([www.egms.de](http://www.egms.de)).

Die HTA-Berichte des DIMDI durchlaufen ein unabhängiges, grundsätzlich anonymisiertes Gutachterverfahren. Potentielle Interessenkonflikte bezüglich der HTA-Berichte werden dem DIMDI von den Autoren und den Gutachtern offengelegt. Die Literaturlauswahl erfolgt nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Die durchgeführte Literaturrecherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts obliegt den jeweiligen Autoren.

Die Erstellung des vorliegenden HTA-Berichts des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfolgte gemäß gesetzlichem Auftrag nach Artikel 19 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Das Thema stammt aus dem öffentlichen Vorschlagsverfahren beim DIMDI, durch das Kuratorium HTA priorisiert und vom DIMDI beauftragt. Der Bericht wurde mit Mitteln des Bundes finanziert.

---

Herausgegeben vom  
Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Das DIMDI ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

### Kontakt

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information  
Waisenhausgasse 36-38a  
50676 Köln

Tel: +49 221 4724-211  
Fax: +49 2214724-340

E-Mail: [hans-peter.dauben@dimdi.de](mailto:hans-peter.dauben@dimdi.de)  
[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 134  
ISSN: 1864-9645  
1. Auflage 2017  
DOI: 10.3205/hta000130L  
URN: urn:nbn:de:0183-hta000130L1

© DIMDI, Köln 2017. Alle Rechte vorbehalten.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Verzeichnisse</b> .....	V
Tabellenverzeichnis .....	V
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Abkürzungsverzeichnis .....	VI
Glossar .....	VII
<b>Zusammenfassung</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	4
<b>Hauptdokument</b> .....	7
<b>1 Gesundheitspolitischer Hintergrund</b> .....	7
<b>2 Wissenschaftlicher Hintergrund</b> .....	9
2.1 Medizinischer/Pflegerischer Hintergrund .....	9
2.1.1 Epidemiologie .....	9
2.1.2 Pflegewissenschaftliche Begriffsbestimmung .....	9
2.1.3 Methoden zur Erhebung des individuellen Pflegebedarfs .....	12
2.1.4 Psychometrische Eigenschaften von Messinstrumenten .....	13
2.2 Gesundheitsökonomischer Hintergrund .....	16
2.3 Ethischer Hintergrund .....	16
2.4 Sozialer Hintergrund .....	16
2.5 Juristischer Hintergrund .....	17
<b>3 Forschungsfragen</b> .....	19
3.1 Medizinische Forschungsfrage .....	19
3.2 Gesundheitsökonomische Forschungsfrage .....	19
3.3 Ethische Forschungsfrage .....	19
3.4 Soziale Forschungsfrage .....	19
3.5 Juristische Forschungsfrage .....	19
<b>4 Methodik</b> .....	20
4.1 Recherche nach Publikationen zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs .....	20
4.2 Selektion der Publikationen zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs .....	20
4.3 Recherche nach Instrumenten zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs .....	21
4.4 Selektion der Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs .....	21
4.5 Bewertung der Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs .....	21
4.6 Methodik für gesundheitsökonomische Aspekte .....	22
4.7 Methodik für ethische Aspekte .....	22
4.8 Methodik für soziale Aspekte .....	22
4.9 Methodik für juristische Aspekte .....	22
<b>5 Ergebnisse</b> .....	23
5.1 Ergebnisse der Recherchen .....	23
5.2 Identifizierte Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs .....	24
5.2.1 50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire .....	25
5.2.2 Activities of Daily Living nach Finch .....	27
5.2.3 Enforced Social Dependency Scale .....	28
5.2.4 Functional Autonomy Measurement System .....	30
5.2.5 Groningen Activity Restriction Scale .....	33
5.2.6 Health Assessment Questionnaire-Disability Index .....	35
5.2.7 Hierarchical ADL-IADL Scale .....	37
5.2.8 Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung .....	39

5.2.9	Level of Rehabilitation Scale	42
5.2.10	Life Habits Assessment	42
5.2.11	MDK-Begutachtungsverfahren (Teilelement Pflegebedürftigkeit und Härtefall)	44
5.2.12	Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0)	46
5.2.13	Modifizierter Barthel-Index nach Zimmer	47
5.2.14	Multilevel Assessment Instrument (full length version)	49
5.2.15	Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	54
5.2.16	Northamptonshire overview assessment tool	55
5.2.17	Northwick Park Care Needs Assessment	56
5.2.18	Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hulter-Asber und Sonn	58
5.2.19	Record of Independent Living	60
5.2.20	Rehabilitation Activities Profile	62
5.2.21	Self-rated disabilities	64
5.2.22	WHO Assessment of Functional Capacity	65
5.3	Ergebnisse zu gesundheitsökonomischen Aspekten	67
5.4	Ergebnisse zu ethischen Aspekten	67
5.5	Ergebnisse zu sozialen Aspekten	67
5.6	Ergebnisse zu juristischen Aspekten	67
<b>6</b>	<b>Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage</b>	<b>68</b>
6.1	Diskussion und Beantwortung der medizinischen Forschungsfrage	68
6.2	Diskussion und Beantwortung der gesundheitsökonomischen Forschungsfrage	69
6.3	Diskussion und Beantwortung der ethischen Forschungsfrage	70
6.4	Diskussion und Beantwortung der sozialen Forschungsfrage	70
6.5	Diskussion und Beantwortung der juristischen Forschungsfrage	70
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerung und Empfehlungen</b>	<b>71</b>
<b>8</b>	<b>Literatur</b>	<b>72</b>
<b>9</b>	<b>Anhang</b>	<b>76</b>
9.1	Datenbanken	76
9.2	Suchstrategie	76
9.3	Ein-/ausgeschlossene Literatur	80
9.3.1	Eingeschlossene Literatur zur Instrumentenidentifizierung	80
9.3.2	Ausgeschlossene Literatur	124
9.3.3	In die Analyse eingeschlossene Literatur	140
9.4	Ausgeschlossene Instrumente	144

# Verzeichnisse

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	In die Analyse eingeschlossene Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs . . .	24
Tabelle 2:	Beschreibung des „50-item Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Questionnaire“ . . . . .	26
Tabelle 3:	Psychometrische Eigenschaften des „50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire“ . . . . .	27
Tabelle 4:	Beschreibung des Instruments „Activities of daily living nach Finch“ . . . . .	28
Tabelle 5:	Beschreibung des Instruments „Enforced Social Dependency Scale“ . . . . .	29
Tabelle 6:	Beschreibung des Instruments „Functional Autonomy Measurement System“ . . .	30
Tabelle 7:	Psychometrische Eigenschaften des „Functional Autonomy Measurement System“ . . . . .	31
Tabelle 8:	Beschreibung des Instruments „Groningen Activity Restriction Scale“ . . . . .	33
Tabelle 9:	Psychometrische Eigenschaften des „Groningen Activity Restriction Scale“ . . . .	34
Tabelle 10:	Beschreibung des Instruments „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“ . . . . .	36
Tabelle 11:	Psychometrische Eigenschaften des „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“ . . . . .	36
Tabelle 12:	Beschreibung des Instruments „Hierarchical ADL-IADL Scale“ . . . . .	37
Tabelle 13:	Psychometrische Eigenschaften des „Hierarchical ADL-IADL Scale“ . . . . .	38
Tabelle 14:	Beschreibung des „Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“ . . . . .	39
Tabelle 15:	Psychometrische Eigenschaften der „Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“ . . . . .	41
Tabelle 16:	Beschreibung des Instruments „Level of Rehabilitation Scale“ . . . . .	42
Tabelle 17:	Beschreibung des Instruments des „Life Habits Assessment“ . . . . .	43
Tabelle 18:	Beschreibung des Instruments „MDK-Begutachtungsverfahren (Teilelement Pflegebedürftigkeit und Härtefall)“ . . . . .	44
Tabelle 19:	Beschreibung des Instruments „Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0)“ . . . . .	47
Tabelle 20:	Beschreibung des Instruments des „Modifizierter Barthel-Index nach Zimmer“ . . .	48
Tabelle 21:	Psychometrische Eigenschaften des „Modifizierter Barthel-Index nach Zimmer“ . .	49
Tabelle 22:	Beschreibung des MAI (full length version) . . . . .	50
Tabelle 23:	Psychometrische Eigenschaften des „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“ . . . . .	51
Tabelle 24:	Beschreibung des „Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ . . . . .	54
Tabelle 25:	Beschreibung des „Northamptonshire overview assessment tool“ . . . . .	56
Tabelle 26:	Beschreibung des „Northwick Park Care Needs Assessment“ . . . . .	57
Tabelle 27:	Psychometrische Eigenschaften des „Northwick Park Care Needs Assessment“	58
Tabelle 28:	Beschreibung des Instruments „Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hultner-Asber und Sonn“ . . . . .	59
Tabelle 29:	Psychometrische Eigenschaften des „Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hultner-Asber und Sonn“ . . . . .	60
Tabelle 30:	Beschreibung des „Record of Independent Living“ . . . . .	61
Tabelle 31:	Psychometrische Eigenschaften des „Record of Independent Living“ . . . . .	62
Tabelle 32:	Beschreibung des „Rehabilitation Activities Profile“ . . . . .	62
Tabelle 33:	Psychometrische Eigenschaften des „Rehabilitation Activities Profile“ . . . . .	63
Tabelle 34:	Beschreibung des „Self-rated disabilities“ . . . . .	65
Tabelle 35:	Beschreibung des „WHO Assessment of Functional Capacity“ . . . . .	66

Tabelle 36:	Durchsuchte Datenbanken . . . . .	76
Tabelle 37:	Deutsche Suchstrategie via DIMDI . . . . .	76
Tabelle 38:	Englische Suchstrategie via DIMDI . . . . .	78
Tabelle 39:	Suchstrategie via EBSCO . . . . .	79

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ergebnisse der Recherche und des Screening-Prozesses – Publikationen . . . . .	23
Abbildung 2:	Ergebnisse der Recherche und Screening-Prozesses – Instrumente . . . . .	24

## Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens, engl.: Activities of Daily Living
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CA	Cronbach's Alpha
CR	Reproduzierbarkeitskoeffizient; engl. Coefficient of reproducibility
CS	Skalierbarkeitskoeffizient, engl.: Coefficient of scalability
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
HTA	Health Technology Assessment
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, engl.: Instrumental Activities of Daily Living
ICC	Intra-Klassen-Korrelation, engl.: Intra-class-correlation
KI	Kappa-Index
KR-20	Kuder-Richarson-20-Statistik
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MID	Minimal important difference
MSRM	Modifizierter standardisierter mittlerer Rückmeldungswert, engl.: Modified Standardized Response Mean
MWK	Mittlerer gewichteter Kappa-Index, engl.: Median Weighted Kappa-Index
NA	Nicht angegeben
NBA	Neues Begutachtungsinstrument
PADL	Persönliche Aktivitäten des täglichen Lebens, engl.: Personal Activities of Daily Living
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
RP	Pearson's Rho
RS	Spearman's Rho
SGB	Sozialgesetzbuch
SRM	Standardisierter mittlerer Rückmeldungswert, engl.: Standardized Response Mean
WHO	Weltgesundheitsorganisation, engl.: World Health Organisation
WKI	Gewichteter Kappa-Index, engl.: Weighted Kappa-Index

## Glossar

Anosognosie	Vermindertes Störungsbewusstsein.
Bodeneffekt	Messfehler aufgrund der Unterschreitung des Messbereichs.
Cronbach's Alpha (CA)	Maßzahl zur Messung von Übereinstimmung.
Deckeneffekt	Messfehler aufgrund der Überschreitung des Messbereichs
Effektstärke	Maßzahl zur Beschreibung der Änderungssensitivität. Änderungs-Score des Instruments dividiert durch die Standardabweichung der Messung zum Ausgangszeitpunkt.
Endogene Psychose	Psychische Erkrankungen mit weitgehendem Realitätsverlust, mit innerer nicht organischer Ursache.
Gewichteter Kappa-Index (WKI)	Maßzahl zur Beschreibung der Übereinstimmung von Gutachtern.
Gewichteter mittlerer Kappa-Index (MWK)	Maßzahl zur Beschreibung der Übereinstimmung von Gutachtern.
Guttman-Skalierung	Methode zur Ermittlung von Maßzahlen zur Beschreibung der Präzision/Änderungssensitivität.
Intra-Klassen-Korrelation (ICC)	Maßzahl zur Beschreibung der internen Konsistenz. Beschreibt das Ausmaß der Übereinstimmung einer quantitativen Messung innerhalb einer Gruppe.
Kuder-Richarson-20-Statistik (KR-20)	Maßzahl zur Beschreibung der internen Konsistenz (Reliabilität).
Modifizierter standardisierter Rückmeldungsmittelwert	Änderungs-Score des Instruments dividiert durch die Standardabweichung des Änderungs-Score von Personen, die ansonsten unverändert sind.
Mokken-Skalenanalyse	Methode zur Ermittlung von Maßzahlen zur Beschreibung der Präzision/Änderungssensitivität.
Pearson's Rho (RP)	Rangkorrelationskoeffizient nach Pearson: Maßzahl zur Beschreibung der Korrelation.
Psychometrische Eigenschaften	Testeigenschaften eines Messinstruments
Reliabilitätskoeffizient	Maßzahl zur Beschreibung der Reliabilität.
Reproduzierbarkeitskoeffizient (CR)	Übereinstimmung der beobachteten Antworten mit den zu erwartenden Antworten einer perfekten Skala.
Skalierbarkeitskoeffizient (CS)	Maßzahl zur Beschreibung der Präzision/Änderungssensitivität eines Messinstruments. Prozentuale Verbesserung dividiert durch die mögliche prozentuale Verbesserung.
Somatisch	Körperlich, den Körper betreffend.
Spearman's Rho (RS)	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman: Maßzahl zur Beschreibung der Korrelation.
Standardisierter mittlerer Rückmeldungswert (SRM)	Maßzahl zur Beschreibung der Änderungssensitivität. Änderungs-Score des Instruments dividiert durch die Standardabweichung des Änderungs-Score.



## Zusammenfassung

### Gesundheitspolitischer Hintergrund

Das derzeitige Begutachtungsverfahren und der diesem zugrunde liegende Pflegebedürftigkeitsbegriff befinden sich seit längerer Zeit in der Kritik. Der Kern dieser Kritik richtet sich insbesondere auf einen zu engen, verrichtungsbezogenen und einseitig somatisch definierten Pflegebedürftigkeitsbegriff. Ein weiterer Kritikpunkt im Fokus der Diskussion ist die Defizitorientierung. Als erstrebenswert wird eine stärkere Berücksichtigung intra- wie auch interpersoneller Ressourcen erachtet. Ein dritter wesentlicher Kritikpunkt manifestiert sich in einer fehlenden Patientenorientierung. Dieser Health Technology Assessment soll einen Beitrag dazu leisten, wie der individuelle Pflegebedarf realistisch festgestellt werden kann. Insbesondere stellt sich die Frage, wie Aspekte der Pflegebedürftigkeit, die über eine rein somatische und verrichtungsbezogene Betrachtung hinausgehen, adäquat berücksichtigt werden können.

### Wissenschaftlicher Hintergrund

Zur Erfassung des Pflegebedarfs werden vielfältige Methoden und Instrumente genutzt. Hierbei lassen sich mehrere Erhebungsarten unterscheiden. So gibt es Instrumente zur Fremd- und zur Selbsteinschätzung bzw. Kombinationen dieser Erhebungsmethoden. Weiterhin unterscheiden sich die Instrumente durch den Bereich für den Pflegebedarf erhoben wurde. Ein weiterer Unterschied liegt in der Anwendungszielgruppe. Es gibt zum einen Instrumente, die eine erkrankungs- und/oder altersunabhängige Einschätzung ermöglichen, zum anderen gibt es Instrumente, die für die Anwendung bei bestimmten Erkrankungen oder Funktionsstörungen vorgesehen sind.

### Forschungsfragen

- Welche umfassenden Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs gibt es?
- Sind die Instrumente geeignet den Pflegebedarf zu erfassen?
- Sind die Instrumente geeignet den tatsächlich notwendigen Pflegeaufwand/Pflegeleistungsbedarf (z. B. Zeitaufwand/Personal/technische Hilfsmittel) einzuschätzen?
- Sind für die jeweilige Bewertungsinstrumente, Maßnahmen vorgesehen die sicherstellen, dass die Einschätzung des Pflegebedarfs qualitätsgesichert/standardisiert erfolgt?

### Methodik

Die Identifikation und Analyse von Instrumenten zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs erfolgt in mehreren Teilschritten. Zunächst werden potenziell relevante Instrumente über Publikationen identifiziert, in denen Pflegebedarf zum Zweck der Entwicklung oder Evaluation der psychometrischen Eigenschaften eines Instruments oder in einer konkreten Anwendungssituation erhoben wurde. Daran anschließend wird nach weiteren Informationen zu potenziell relevant bewerteten Instrumenten recherchiert, um abschließend beurteilen zu können, welche dieser Instrumente eine umfassende Beurteilung des individuellen Pflegebedarfs erlauben. Die Instrumente werden anhand der gewonnenen Informationen von zwei Gutachtern unabhängig voneinander standardisiert extrahiert, analysiert und bewertet. Hierfür werden standardisierte Tabellen verwendet.

### Ergebnisse

#### *Ergebnisse der Recherchen*

Insgesamt werden 4.478 potenziell relevante Publikationen durch die Datenbankrecherche identifiziert. Von diesen werden 527 Publikationen als relevant eingestuft. In den relevanten Publikationen werden 452 potenziell relevante Instrumente identifiziert. Nach der Überprüfung der einzelnen Instrumente können 22 als relevant bewertet und in die Analyse eingeschlossen werden.

### *Identifizierte Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs*

Die 22 relevanten Instrumente werden in die Analyse eingeschlossen. Von diesen machen 17 Instrumente Angaben zu Bereichen, die über Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung hinausgehen. Es werden insbesondere soziale Teilhabe als auch kommunikative und kognitive Fähigkeiten berücksichtigt. Die Instrumente unterscheiden sich erheblich in der Ausgestaltung und im Umfang. Ein Großteil beruht auf den Konzepten der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Darüber hinaus werden bei vielen Instrumenten die für die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung notwendige Kompetenz sowie das Regeln von finanziellen Angelegenheiten und Kommunikation berücksichtigt.

Insgesamt können nur wenige Studien zu psychometrischen Eigenschaften identifiziert werden. Die hierzu eingeschlossenen Studien zeigen mitunter methodische Schwächen. Die Beurteilung der Eignung der Instrumente zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit ist für die Instrumente, zu denen keine Studien zu psychometrischen Eigenschaften identifiziert werden, nicht möglich. Die psychometrischen Eigenschaften der Instrumente, zu denen Studien vorliegen, können größtenteils als zufriedenstellend beurteilt werden.

### **Ergebnisse zu gesundheitsökonomischen Aspekten**

Die systematische Recherche ergibt keine relevante Publikation zu gesundheitsökonomischen Aspekten der identifizierten Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs.

### **Ergebnisse zu ethischen Aspekten**

In der systematischen Recherche wird keine relevante Publikation zu ethischen Aspekten der identifizierten Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs gefunden.

### **Ergebnisse zu sozialen Aspekten**

Die systematische Recherche macht keine relevante Publikation zu sozialen Aspekten der identifizierten Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs aus.

### **Ergebnisse zu juristischen Aspekten**

Die systematische Recherche findet keine relevante Publikation zu juristischen Aspekten der identifizierten Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs.

### **Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage**

#### *Diskussion und Beantwortung der medizinischen Forschungsfrage*

Welche umfassenden Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs gibt es?

Es können zahlreiche umfassende Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs identifiziert werden.

Sind die Instrumente geeignet den Pflegebedarf zu erfassen (psychometrische Eigenschaften des Instruments)?

Die psychometrischen Eigenschaften der Instrumente, zu denen Studien vorliegen, können größtenteils als zufriedenstellend beurteilt werden. Nichtsdestotrotz ist die Anzahl der vorliegenden Validierungsstudien zu gering, um ein sicheres Urteil abgeben zu können.

Sind die Instrumente geeignet den tatsächlich notwendigen Pflegeaufwand/Pflegeleistungsbedarf einzuschätzen?

Es können nur zwei Instrumente identifiziert werden, die es ermöglichen, den tatsächlich notwendigen Pflegeaufwand zu ermitteln.

Sind für die jeweiligen Bewertungsinstrumente Maßnahmen vorgesehen, die sicherstellen, dass die Einschätzung des Pflegebedarfs qualitätsgesichert/standardisiert erfolgt?

Nur für zwei Instrumente sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorgesehen.

### **Schlussfolgerung und Empfehlungen**

Die Zielsetzung dieses Berichts ist es, umfassende Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs zu identifizieren und zu analysieren. Im Fokus der Analyse steht dabei die Frage der Eignung der Instrumente zur richtigen Einschätzung des Pflegebedarfs. Darüber hinaus ist das Potenzial des Instruments zur Überwindung einer rein defizitären, somatischen Ausrichtung und mangelnden Patientenorientierung der Erhebung von Pflegebedürftigkeit von Interesse. Es können insbesondere zwei Instrumente identifiziert werden, die nach Meinung der Autoren diesen Anforderungen gerecht werden.

## Abstract

### Health political background

The current assessment procedures of care needs and its underlying general notion have long been a subject of debate. The crux of the critique lies particularly in the narrowly defined, operation-oriented and unilateral focus on somatic aspects of the term care needs. A further point of criticism as an issue in the debate is the deficit orientation. A greater consideration of intra- and interpersonal resources is regarded as desirable. A third point of criticism manifests itself in the lacking patient orientation. This Health Technology Assessment should contribute to a realistic determination of the individual care need. In particular the question arises which aspects of care need beyond solely somatic and operation-oriented needs can be adequately addressed.

### Scientific background

Multifaceted methods and instruments are implemented to assess care needs. Several types of assessment instruments can be distinguished. E. g. instruments for self-assessment and external assessment as well as combination of these exist. Moreover, instruments differ with respect to the assessed area of care need. A further difference lies in the application target group. On the one side instruments exist that enable a disease-independent and/or an age-independent assessment, on the other side instruments exist that are intended for specific diseases or malfunctions.

### Research questions

- Which comprehensive instruments to assess the individual care need do exist?
- Are the instruments appropriate to assess care needs?
- Are the instruments appropriate to assess the actually necessary level of care required/the care service required (e. g. expenditure of time /personnel/technical aids)?
- Are measures provided for the respective assessment instruments which ensure that the assessment of care needs was quality-assured/carried out in standardised manner?

### Methods

The identification and analysis of instruments to assess the individual care need is performed in several steps. First, potentially relevant instruments are identified by means of publications in which care needs are assessed for the purpose of developing or evaluating psychometric characteristics of an instrument as well as in a concrete application situation. Thereafter, further information on potentially relevant and evaluated instruments were searched for, in order to conclusively assess which instruments allow for a comprehensive assessment of the individual care needs. The information obtained from the instruments were extracted, analysed and assessed by two reviewers independently. For this, standardised tables were used.

### Results

#### *Results of the searches*

A total of 4,478 potentially relevant publications were identified. Of the 527 potentially relevant publications 452 potentially relevant instruments were identified. After examining the instruments 22 were considered as relevant und were included in the analysis.

#### *Identified instruments for assessing the individual care need*

22 instruments are included in the analysis. 17 instruments provide information on personal hygiene, nutrition, mobility and household assistance. Particularly social participation as well as communicative and cognitive skills are considered. The instruments differ remarkably with respect to the structure and extent. The majority of the instruments are based on the concept of activities of daily living and on the instrumental activities of daily living. Moreover, in most instruments necessary competences to main-

tain autonomy and self-determination, e. g. handling financial affairs and communication, are considered.

In total only few studies on psychometric characteristics were identified. In addition, the included studies on psychometric characteristics show methodological flaws. The eligibility of the instruments for assessing care needs is for those instruments for which no studies on psychometric characteristics could be identified not possible. The psychometric characteristics of those instruments for which studies exist can be rated as satisfactory.

### **Results on health economic aspects**

The systematic search did not result in any relevant publications on health economic aspects of the identified instruments for assessing care needs.

### **Results on ethical aspects**

The systematic search did not result in any relevant publications on ethical aspects of the identified instruments for assessing care needs.

### **Results on social aspects**

The systematic search did not result in any relevant publications on social aspects of the identified instruments for assessing care needs.

### **Results on legal aspects**

The systematic search did not result in any relevant publications on legal aspects of the identified instruments for assessing care needs.

## **Discussion and answer to the research questions**

### *Discussion and answer to the medical research question*

- Which comprehensive instruments to assess the individual care need do exist?

Numerous comprehensive instruments for assessing the individual care need were identified.

- Are the instruments appropriate to assess care needs (psychometric characteristics of the instruments)?

The psychometric characteristics for which studies exist can mostly be rated as satisfactory. Nevertheless, the amount of existing validation studies is too small to provide a definite assessment.

- Are the instruments appropriate to assess the actually necessary level of care required/the care service required?

Only two instruments were identified that enable to determine the actual necessary level of care required.

- Are measures provided for the respective assessment instruments which ensure that the assessment of care needs was quality-assured/carried out in standardised manner?

Only for two instruments measures for quality assurance provided.

## **Conclusions and recommendations**

The aim of this report is to identify and analyse comprehensive instruments for assessing individual care needs. The focus of the analysis was put on the question of the eligibility of instruments for an accurate assessment of care needs. Moreover, the potential of the instrument for overcoming the sole focus on deficient and somatic aspects as well as the lacking patient orientation in assessing care needs is of interest. Especially two instruments were identified which, in the view of the authors, meet these requirements.



## Hauptdokument

### 1 Gesundheitspolitischer Hintergrund

Das derzeitige Begutachtungsverfahren und der diesem zugrunde liegende Pflegebedürftigkeitsbegriff befinden sich seit längerer Zeit in der Kritik<sup>12</sup>. Der Kern dieser Kritik richtet sich hierbei insbesondere auf einen zu engen, verrichtungsbezogenen und einseitig somatisch definierten Pflegebedürftigkeitsbegriff wie er im Sozialgesetzbuch (SGB) XI verstanden wird<sup>80</sup>. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden steigenden Zahl von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sowie der Zunahme anderer psychischer Erkrankungen erscheint eine Ausweitung der aktuellen Begrifflichkeit notwendig. Während aktuell von 1,3 Millionen Menschen mit Demenz ausgegangen wird, gründen Schätzungen auf einer Verdoppelung der Prävalenz bis 2050. Gerade bei diesem Krankheitsbild zeigen sich die Patienten somatisch oftmals wenig eingeschränkt, haben aber einen, je nach Schweregrad, erheblichen Beaufsichtigungs- und Unterstützungsbedarf, was in der Vergangenheit oft nicht berücksichtigt werden konnte<sup>64</sup>.

Um diesem Bedarf gerecht zu werden, stellt der seit 2008 geltende § 87b SGB XI eine Weiterentwicklung dar<sup>9</sup>, der Betreuungsleistungen – unabhängig vom Vorliegen einer Pflegestufe – bei eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund einer psychischen Erkrankung (z. B. Demenz) gewähren kann.

Daneben darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit sowie deren Erfassung längst nicht nur für hochaltrige, multimorbide und/oder Menschen mit Demenz gelten, sondern Menschen aller Altersklassen (plötzlich) von Pflegebedürftigkeit betroffen sein können. Allein die Spannbreite der Altersklassen und die Vielzahl an zugrunde liegenden Ursachen für Pflegebedürftigkeit macht die Komplexität des Konstrukts deutlich.

Als weiterer Kritikpunkt steht die Defizitorientierung im Fokus der Diskussion. Als erstrebenswert wird eine stärkere Berücksichtigung intra- sowie interpersoneller Ressourcen erachtet. Dies meint zum Beispiel Rehabilitationspotenziale, die Berücksichtigung vorhandener Kompetenzen bei der Bewältigung des Alltags seitens der Betroffenen als auch die Infrastruktur des Lebenskontexts sowie vorhandene soziale Unterstützung und wohnortnahe Hilfsangebote<sup>24</sup>.

Ein dritter wesentlicher Kritikpunkt manifestiert sich in einer fehlenden Patientenorientierung. Immer wieder taucht in den Diskussionen die Forderung nach Stärkung der Selbstbestimmung auf, da diese durch eine zunehmende Pflegebedürftigkeit z. T. eingeschränkt werden können. Eine Berücksichtigung von selbstanamnestischen Angaben und von Unterstützungsbedarf in Bereichen, die für ein selbstbestimmtes Leben unabdingbar sind (z. B. Regelung finanzieller Angelegenheiten), käme dieser Forderung entgegen. Vor dem Hintergrund einer Anosognosie, wie sie z. B. bei demenziellen Erkrankungen häufig vorkommt, ist dies im Einzelfall allerdings kritisch abzuwägen. Dieser Aspekt stellt sicherlich eine besondere Herausforderung dar, bei dem es gilt die Balance zwischen dem ethischen Anspruch nach Selbstbestimmung und dem Wohl des Patienten zu finden.

Vor dem Hintergrund jahrelanger Diskussionen reifte schlussendlich ein Konsens darüber die Defizite des derzeitigen Verfahrens unter einer Neuformulierung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und einer dementsprechenden Angleichung des Begutachtungsinstrumentes zu beheben.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Zuge dessen im November 2006 einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einberufen, der entsprechende Empfehlungen erarbeiten sollte. Im Januar 2009 übergab der Beirat seinen Abschlussbericht an das BMG<sup>11</sup>. Hier soll angemerkt werden, dass die Verfasser dieses Health Technology Assessment (HTA)-Berichts bei Auftragsbeginn einen Interessenkonflikt ausschließen konnten: eine Konfliktsituation der Verfasser, etwa durch eine gleichzeitige Beteiligung an Beratungsgremien, lag und liegt nicht vor. Ein zwischenzeitlich eingeforderter Umsetzungsbericht folgte im Mai desselben Jahres. Das Expertengremium legte darin einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vor. Der Beirat zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit formuliert in diesem Bericht fünf Bedarfsgrade, die neben den körperlichen auch psychischen Einbußen Rechnung tragen. Gleichzeitig wurde ein wissenschaftlich entwickeltes und getestetes Begutachtungsinstrument vorgestellt. Eine Begutachtung soll dabei künftig anhand der Beurteilung folgender acht Aspekte erfolgen:

- Mobilität
- Kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Umgang mit Belastungen
- Soziale Kontakte
- Außerhäusliche Aktivitäten

Das Ziel einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu schaffen und gleichzeitig auf die bisherigen Erkenntnisse des Beirats zurückzugreifen, ist im derzeitigen Koalitionsvertrag der Regierungsparteien verankert<sup>50</sup>. Im März 2012 ist vom BMG erneut ein Beirat einberufen worden, der sich mit der konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs befassen sollte. Die Fragen, was unter Pflegebedürftigkeit verstanden wird und wie der tatsächliche Pflegebedarf erhoben werden kann, stehen weiterhin im Fokus der Debatte. Welche Leistungen können Menschen mit einer psychischen Erkrankung, wie z. B. einer Demenz, erhalten, und wie kann hier der individuelle Pflegebedarf erfasst werden? Welche Leistungen werden bei der Erfüllung welcher Kriterien vergeben? Bei welcher Problemlage bzw. bei welchem Bedarf stehen welche Leistungen zur Verfügung, und welche Kriterien müssen erfüllt sein? Vor allem eine Definition der Leistungen steht im Vordergrund.

Am 29. Juni 2012 wurde das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom Deutschen Bundestag und am 21. September 2012 vom Bundesrat beschlossen. Am 01. Januar 2013 ist es in Kraft getreten.

Dieses enthält zahlreiche Änderungen: u. a. eine Erhöhung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung um 0,1 Beitragssatzpunkte, eine Leistungsverbesserung für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, Förderung von Selbsthilfegruppen und betreuten Wohngruppen, eine erhöhte Informationspflicht des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) gegenüber den Antragstellern sowie die Einführung eines steuerfinanzierten Zuschusses zu einer freiwillig abzuschließenden privaten Pflegezusatzversicherung. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der Voraussetzung für ein neues Begutachtungsverfahren ist, wird jedoch bisher nicht umgesetzt<sup>55</sup>. Da das PNG erst am 01. Januar 2013 in Kraft getreten ist, können bisher auch noch keine Aussagen über dessen tatsächliche Auswirkung getroffen werden.

Am 27. Juni 2013 wird ein Bericht zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgelegt<sup>10</sup>. Dieser dient der Erläuterung verbliebener Fragen des Abschlussberichts von 2009, die für die politische Beratung bedeutsam sind und einer entsprechenden Überarbeitung. Neben der Empfehlung zur Schaffung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit, der fünf Pflegegrade differenziert, werden Empfehlungen gegeben, die zur Umsetzung dieses neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Rahmen der Gesetzgebung notwendig sind. Insbesondere werden Fragen zum Leistungsrecht und Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungssystemen, Einführung des neuen Begutachtungsinstrument (NBA), Vertrags- und Vergütungsrecht sowie Überleitungsregelungen dargelegt. Zudem wird ein konkreter Umsetzungsplan zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufgezeigt. Der Bericht bietet somit die Grundlage einer zeitnahen Umsetzung eines neuen Begutachtungsverfahrens in Rahmen der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Inwieweit und wann die Empfehlungen des Expertenbeirats nach der Bundestagswahl umgesetzt werden, bleibt jedoch abzuwarten.

Dieser HTA-Bericht soll einen Beitrag leisten zu klären, wie der individuelle Pflegebedarf realistisch festgestellt werden kann. Insbesondere stellt sich die Frage, wie Aspekte der Pflegebedürftigkeit, die über eine rein somatische und verrichtungsbezogene Betrachtung hinausgehen, adäquat berücksichtigt werden können. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die Berücksichtigung sozialer Teilhabe, kognitiver Defizite und des Rechts auf Selbstbestimmung.

## 2 Wissenschaftlicher Hintergrund

### 2.1 Medizinischer/Pflegerischer Hintergrund

#### 2.1.1 Epidemiologie

2009 gab es laut Daten des Statistischen Bundesamts<sup>63</sup> insgesamt 2.338.252 Pflegebedürftige im System der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Bezogen auf die Pflegestufen ergab sich folgende Verteilung: 53,4 % der Pflegebedürftigen waren der Pflegestufe I zuzuordnen, 33,7 % der Pflegestufe II, 12,5 % der Pflegestufe III (inkl. Härtefälle) und 0,5 % waren ohne Zuordnung. Die pflegebegründenden Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Altersgruppen<sup>55</sup>. Im Kindes- und Jugendalter sind dies vor allem Entwicklungsstörungen und angeborene Behinderungen. Bei den älteren Patienten sind die häufigsten der Pflegebedürftigkeit zugrunde liegenden Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen (darunter Demenz), zerebrovaskuläre Erkrankungen, Krankheiten des Nervensystems (darunter Alzheimer-Krankheit) und Neubildungen; bei Frauen kommen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (darunter Polyarthrose)<sup>56</sup> hinzu. Den höchsten Anteil der Pflegebedürftigen bildet mit 509.383 Personen die Gruppe der 85- bis 90-Jährigen. Wird der Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe betrachtet (Pflegequote), so nimmt diese ab dem 75. Lebensjahr deutlich zu. Für 2009 lag die Pflegequote bei den unter 15-Jährigen bei 0,6 %, bei den 15- bis 60-Jährigen bei 0,5 %. Bei den 75- bis 80-Jährigen betrug sie 10,7 %, bei den 80- bis 85-Jährigen 22,3 %, bei den 85- bis 90-Jährigen 41,6 % und bei den über 90-Jährigen 66,7 %.

45,6 % der Pflegebedürftigen wurden allein durch Angehörige versorgt, 23,7 % zusammen mit oder durch ambulante(n) Pflegedienste(n). Damit wurde insgesamt ein Anteil von 69,3 % der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt und 30,7 % in vollstationären Pflegeeinrichtungen<sup>62</sup>.

2011 wurden vom MDK 1.466.103 Pflegebegutachtungen für die Soziale Pflegeversicherung durchgeführt<sup>46</sup>. Bezogen auf die Begutachtungsarten handelte es sich um 52,5 % Erstbegutachtungen, 40,8 % Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen und 6,7 % Widerspruchsbegutachtungen. Für die Gruppe der ambulant gepflegten Pflegebedürftigen der Stufe I wurde 2010 bei 46,3 % festgestellt, dass der Pflegebedarf der nächsthöheren Pflegestufe entsprach. Für die ambulant gepflegten Pflegebedürftigen der Stufe II lag dieser Anteil bei 35,7 %. Von den stationär Gepflegten der Stufe I wurde ein höherer Hilfebedarf entsprechend der nächsthöheren Pflegestufe bei 71,4 % festgestellt, bei denen der Stufe II bei 55,9 %. Es wurden auch Abstufungen vorgenommen. Bei ca. 6 % der Pflegebedürftigen (ambulant und stationär) waren die Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung nicht mehr gegeben, sodass sie keiner Pflegestufe mehr zugeordnet werden konnten.

#### 2.1.2 Pflegewissenschaftliche Begriffsbestimmung

Pflegebedürftigkeit beschreibt einen Zustand, in dem die betroffene Person aufgrund von Defiziten in ihrer Alltagsbewältigung eingeschränkt ist. Kennzeichnend für das Konstrukt sind dabei eine enorme Komplexität, Multidimensionalität und eine hohe interindividuelle Variabilität. Art und Ausmaß hängen von verschiedenen Faktoren ab. Dies sind zum Beispiel die Art der vorausgegangenen Erkrankung, der Umfang der Einschränkung, der betroffene Lebensbereich sowie das soziale System des Betroffenen. Konsens besteht dahingehend, dass in besagtem Zustand vorhandene Defizite nicht selbstständig kompensiert werden können, und somit Hilfe von außen notwendig ist<sup>60</sup>.

Abzugrenzen ist Pflegebedürftigkeit von Pflegebedarf. Pflegebedürftigkeit stellt ein Merkmal dar, das ausschließlich einer betroffenen Person zuzuordnen ist.

Unter Pflegebedarf ist ein Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Maßnahmen zu verstehen, die als erforderlich gelten, um eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu kompensieren. Der Pflegebedarf ist streng genommen kein Merkmal des Patienten, „sondern das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den u. a. professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche Normen einfließen können“<sup>78</sup>. Ist eine Person pflegebedürftig, bedarf also der Hilfe von außen, und wird dieses Merkmal gemessen, so ergibt sich daraus der individuelle Pflegebedarf.

Hier wird deutlich, wie eng die beiden Begriffe miteinander verbunden sind bzw. dass sich der Pflegebedarf erst aus der Pflegebedürftigkeit einer Person ergibt. Um einen Pflegebedarf ableiten zu können, ist eine Auseinandersetzung mit der Pflegebedürftigkeit einer Person unumgänglich.

Grundsätzlich ist zu betonen, dass Pflegebedürftigkeit rehabilitierbar sein kann und somit auch der Pflegebedarf nicht stabil bleiben muss. Dies ist dann der Fall, wenn Einschränkungen zurückgehen oder Ressourcen zur Kompensation erfolgreich eingesetzt werden<sup>68</sup>.

Für eine Messung der Pflegebedürftigkeit beschreibt Gilberg vier Ansätze<sup>23</sup>:

1. Mittels medizinisch-biologischer Parameter bzw. ärztlicher Diagnosen
2. Mittels der in Anspruch genommenen Hilfeleistungen
3. Mittels der subjektiven Einschätzungen der Betroffenen
4. Mittels Erfassung funktionaler Defizite anhand von Einschränkungen in den Alltagskompetenzen

Letztgenannter Ansatz bezieht sich auf das Konzept der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), das bislang maßgeblich für die Erfassung von Pflegebedürftigkeit herangezogen wurde und aus diesem Grund hier gesondert vorgestellt werden soll. Die ADL sind Teil eines Pflegemodells, das für den deutschsprachigen Raum auf Juchli<sup>33</sup> zurückzuführen ist. Basis der Arbeit von Juchli waren dabei die Ansätze von Henderson<sup>30</sup> („14 Grundbedürfnisse des Menschen“, 1966) und Roper<sup>53</sup> („Zwölf Lebensaktivitäten“, 1976).

Nach diesem Modell gibt es immer wiederkehrende Aktivitäten, die der Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse dienen. Da sie für die Gestaltung des Alltags wesentlich sind, wird auch von basalen Alltagskompetenzen gesprochen. Krankheit und/oder Alter können deren Ausübung erschweren oder sogar verhindern.

Die zwölf ADL sind nach Juchli:

1. Atmen
2. Sich bewegen
3. Sich waschen und kleiden
4. Essen und trinken
5. Ausscheiden
6. Körpertemperatur regulieren
7. Für Sicherheit sorgen
8. Ruhen und schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Kommunizieren
11. Sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten
12. Sinn finden

Im Pflegealltag werden die ADL oft für die individuelle Pflegeplanung herangezogen, indem zu jeder ADL Ressourcen, Defizite und Ziele formuliert werden.

Ergänzt werden diese zwölf Aktivitäten oftmals durch die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), die sich auf etwas komplexere Verrichtungen beziehen, wie Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Umgang mit Finanzen, Einnahme von Medikamenten usw. Zur Erfassung der Alltagskompetenzen stehen verschiedene Instrumente/Skalen zur Verfügung. Hierzu zählt beispielsweise der Barthel-Index<sup>44</sup>, der als Instrument weit verbreitet ist und ursprünglich zur Messung individueller Rehabilitationserfolge entwickelt wurde. Er umfasst daher ausschließlich Tätigkeiten aus den Bereichen Körperpflege, Mobilität und Nahrungsaufnahme. In der Praxis wird der Barthel-Index – entgegen der ursprünglichen Bestimmung – oftmals eingesetzt, um den Grad der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit abzubilden. Für diese Zielsetzung sind die erfassten Bereiche jedoch meist unzureichend, da sie zu körperbezogen sind und wesentliche Bereiche nicht berücksichtigen, z. B. die Kommunikation und die soziale Teilhabe (wie sie bei beispielsweise bei Juchli benannt werden).

Generell ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht nur vielschichtig, sondern in nicht unerheblichem Maß von der fachlichen Perspektive abhängig. So werden beispielsweise unter medizinischen Gesichtspunkten vornehmlich somatische Aspekte unter dem Paradigma der Heilung betrachtet mit

Überlegungen, wie Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann. Wohingegen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive verstärkt Ressourcen und Rehabilitationspotenziale mit in den Fokus genommen werden.

### **Pflegewissenschaftlicher Kontext**

Pflegebedürftigkeit ist ein zentraler Gegenstand der Pflegewissenschaft, weshalb diese im Folgenden als wissenschaftlicher Bezugsrahmen herangezogen wird.

Die Pflegewissenschaft gilt als relativ junge Disziplin und liefert wissenschaftliche Erkenntnisse, die in der Kranken- bzw. Altenpflege eingesetzt werden. Daher wird die Pflegewissenschaft oft als Handlungs- bzw. Praxiswissenschaft bezeichnet.

Van Maanen definiert drei essenzielle Elemente der Pflegewissenschaft<sup>72</sup>:

1. Erfahrungswissen: das, was von dem Patienten im Pflegealltag gelernt wird
2. Theoretische Kenntnisse: das, was von den Patientenbedingungen verstanden wird
3. Forschungsergebnisse: das, was in Studien erarbeitet wird

Als Pionierin der Pflegewissenschaft gilt Florence Nightingale (1820 bis 1910) mit ihrer Forderung nach einer Ergänzung von ärztlichem Wissen um spezifisches pflegerisches Wissen. Die eigentliche Theorieentwicklung setzte jedoch erst in den 1950er Jahren in den USA ein.

Vor allem in dem Zeitraum von 1950 bis 1980 gab es eine Entwicklung von Theorien in der Pflegewissenschaft. Die ersten Theorien verfolgten dabei den Anspruch auf Allgemeingültigkeit und werden auch als große Theorien (Grand Theories) bezeichnet. Sie postulierten einen grundsätzlichen Anspruch an pflegerisches Handeln. Da sie diesem Anspruch jedoch nur unzureichend gerecht werden konnten, wandte sich zu Beginn der 80er Jahre das Interesse an einer allgemeinen Theorie in der Pflegewissenschaft eher der Metaanalyse und der Strukturierung der bestehenden Theorien zu<sup>80</sup>. Im Weiteren rückten die eher phänomenologisch orientierten Theorien in den Fokus, die ihren Ausgangspunkt in den praktischen Erfahrungen und Beobachtungen des Pflegealltags nahmen und neben der Ganzheitlichkeit des Patienten die Persönlichkeit des Pflegenden und somit die Patient-Pfleger-Beziehung in den Blick nahmen<sup>65</sup>. Darüber hinaus wurden zunehmend Theorien mittlerer Reichweite erarbeitet, die sich begrifflichen Konstrukten, die empirisch überprüfbar sind, zuwandten. Allgemein lässt sich eine Entwicklung von allgemeinen zu spezifischen Ansätzen feststellen, die sich ergänzen, diese jedoch nicht ersetzen können<sup>65</sup>. Dabei zeigt sich bei den verschiedenen Ansätzen einerseits stets das Ringen um die Erfüllung wissenschaftlicher Ansprüche und andererseits der Übereinstimmungsproblematik von Theorie und Praxis, auch als Theorie-Praxis-Graben bezeichnet<sup>7</sup>.

Insgesamt existiert eine Vielzahl verschiedener Pflege-theorien, die Meleis<sup>48</sup> folgendermaßen klassifizierte:

- Bedürfnisorientierte Theorien, die vor allem die Probleme in den Aktivitäten und Lebensbereichen, in denen ein Mensch Unterstützung braucht, in den Mittelpunkt stellen (hierzu zählt auch das in Kapitel 2.1.2 erwähnte Konzept der ADL)
- Interaktionsorientierte Pflege-theorien, die auf die Beziehung zwischen den Pflegenden und Gepflegten fokussieren und
- Ergebnisorientierte Theorien mit Schwerpunkt auf dem Ziel des Pflegeprozesses

Kurz erwähnt werden sollen hier ebenfalls die verschiedenen Klassifikationssysteme, die zu Beginn der 80er Jahre in den USA ihren Ursprung nahmen und von verschiedenen Expertengremien/Fachgesellschaften oder Verbänden entwickelt wurden. Diese erheben ebenfalls – wie auch die Theorien – den Anspruch, Gegenstandsbereiche der Pflege zu definieren. Schwerpunkt bilden die Auflistung und Definition relevanter Begrifflichkeiten der Pflege sowie die Entwicklung von Pflegediagnosen<sup>65</sup>.

Bartholomeyczik<sup>3</sup> verweist auf eine insgesamt zunehmende Zahl publizierter systematischer Reviews zu verschiedenen Themen, die vorhandenes und international zugängliches Wissen zusammenfassen.

Die Entwicklung und Analyse der Pflege-theorien sowie die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Klassifikationssystemen trugen nicht nur zur Professionalisierung der Pflege bei, sondern ebenso zur Konzeptualisierung des Konstrukts der Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit liegt nach pflegewissenschaftlicher Sicht dann vor, wenn Beeinträchtigungen durch den Betroffenen selbst nicht kompensiert werden können und sich daraus ein Hilfebedarf ableitet.

Was das Verständnis aus pflegewissenschaftlicher Sicht ausmacht, ist die Ergänzung von Ressourcen, Coping-Strategien und motivationalen Aspekten zu den körperbezogenen Bereichen. Hier rückt das Wechselspiel von Ressourcen und Defiziten in den Vordergrund<sup>27</sup>.

Werner<sup>76</sup> benennt drei wesentliche Aspekte des Konstrukts der Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Sicht:

1. Eine große Anzahl pflegerelevanter Aspekte, die über rein körperbezogenes Verständnis hinausgehen und auch Themen wie Kommunikation und soziale Teilhabe umfassen.
2. Die Berücksichtigung biografischer und situativer Faktoren.
3. Die Integration von sozialunterstützenden Netzwerken.

Anzumerken ist, dass sich für einige pflegewissenschaftliche Positionen die Frage, inwiefern eine Person als pflegebedürftig einzustufen ist, nicht nach einer vorgegebenen abstrakten Theorie beurteilen lässt. Gesundheit und Krankheit werden nicht als dichotome Pole betrachtet. Vielmehr wird hier darauf abgezielt, diese Begrifflichkeiten als Kontinuum zu verstehen, sodass die Bandbreite des Zustands der Pflegebedürftigkeit sehr weit ist<sup>76</sup>.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aus pflegewissenschaftlicher Sicht die Abhängigkeit von personeller Hilfe, und dies nicht nur auf körperliche Bereiche, sondern auch auf psychische und soziale Bereiche bezogen, im Vordergrund der Pflegebedürftigkeit steht.

Hinsichtlich der in Kapitel 7 thematisierten gesundheitspolitischen Debatte und der Wahrnehmung der Pflegewissenschaft ist in diesem Kontext festzustellen, dass die wissenschaftliche Basisarbeit sowohl die Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, als auch die Entwicklung und Überprüfung eines zugehörigen Begutachtungsinstrumentes betreffend einem Institut für Pflegewissenschaft übertragen wurde<sup>2</sup>.

### **2.1.3 Methoden zur Erhebung des individuellen Pflegebedarfs**

Zur Erfassung des Pflegebedarfs werden vielfältige Methoden und Instrumente genutzt. Hierbei lassen sich mehrere Erhebungsarten unterscheiden. So gibt es Instrumente zur Fremd- und zur Selbsteinschätzung bzw. zur Kombinationen dieser Erhebungsmethoden. Für die Fremdeinschätzung werden Bewertungen von Angehörigen, Pflegefachkräften oder Ärzten genutzt. Basis für die meisten Instrumente sind die Funktions- und Fähigkeitsstörungen der Patienten sowie die damit verbundene benötigte Hilfe. Wenige Instrumente fokussieren auf die für die Pflege benötigten Ressourcen.

Weiterhin unterscheiden sich die Instrumente durch den erhobenen Bereich des Pflegebedarfs. Während einige Instrumente eine umfassende Einschätzung ermöglichen, werden von anderen nur Teilbereiche erfasst (z. B. ausschließlich Körperpflege oder Mobilität).

Ein weiterer Unterschied liegt in der Anwendungszielgruppe. Es gibt zum einen Instrumente, die eine erkrankungs- und/oder altersunabhängige Einschätzung ermöglichen. Zum anderen gibt es Instrumente, die für die Anwendung bei bestimmten Erkrankungen oder Funktionsstörungen (z. B. Multiple Sklerose, Demenz) oder für bestimmte Altersgruppen (z. B. ausschließlich Kinder, Hochaltrige) vorgesehen sind.

Auch das Setting (ambulant, stationär, teilstationär) kann in einigen Instrumenten eine Rolle spielen.

Neben Betrachtungen zur Frage der Erfassung von Pflegebedürftigkeit sollten auch die Grenzen einer Erfassung angesprochen werden. Wie bereits dargestellt, handelt es sich hierbei um einen höchst individuellen Zustand, den eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass dieser zum einen nicht fix ist, und zum anderen die Grenzen zwischen Pflegebedürftigkeit und Selbstständigkeit nicht immer eindeutig sind. Kompetenzen und Fähigkeiten sind mitunter veränderlich. Bei vielen Erkrankungen ist der Grad der Hilfebedürftigkeit in hohem Maß von der Tagesver-

fassung abhängig. Eine einmalige Erhebung des Pflegebedarfs muss solche Schwankungen entsprechend berücksichtigen.

Grundsätzlich gilt es eine Balance zu finden zwischen dem Anspruch nach Generalisierbarkeit auf der einen sowie dem Anspruch der Individualität von Person und Situation/Zeitpunkt auf der anderen Seite.

Pflegebedürftigkeit gilt zudem als latentes Konstrukt. „Latent bedeutet, dass das Konstrukt als solches nicht direkt beobachtbar ist, sondern dass die Gesamtbetrachtung der Beobachtungen mehrerer manifesten (beobachtbarer) Variablen, deren wechselseitige Abhängigkeiten oft nicht bekannt sind, eine Aussage über die Ausprägung des latenten Konstrukts machen soll.“<sup>8</sup> Der Messung eines solchen latenten Konstrukts haften grundsätzliche Gefahren der Verzerrung durch ein subjektives Urteil oder eine Einschätzung Dritter an. Diese bestehen sicherlich, können aber durch ein entsprechend standardisiertes Verfahren verringert werden.

Es ist methodisch schwer eine komplexe pflegerische Gesamtsituation über ein standardisiertes Verfahren adäquat abbilden zu können. Ein standardisiertes Instrument kann nicht alle Eventualitäten und sämtliche Aspekte einer Pflegerealität erfassen und beschränkt sich deswegen auf ausgewählte Kernbereiche<sup>3</sup>. Ein Instrument, das sämtlichen Facetten Rechnung tragen würde, würde vom zeitlichen Umfang und damit unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität, sowohl für den Begutachtenden, als auch den Betroffenen an Grenzen stoßen und zu neuen Problemen führen.

#### 2.1.4 Psychometrische Eigenschaften von Messinstrumenten

Vor dem bisher skizzierten Hintergrund ergeben sich unterschiedliche Anforderungen, denen ein Instrument zur Erfassung von Pflegebedürftigkeit entsprechen sollte. Zunächst sind dies allgemeingültige wissenschaftliche Gütekriterien.

Unabhängig davon, worauf eine Messung abzielt, soll sie möglichst exakt und fehlerfrei sein<sup>57</sup>. In der Realität kann davon ausgegangen werden, dass jede Messung mit einem Messfehler behaftet ist, der bei der Interpretation der Messwerte berücksichtigt werden muss. Aus der klassischen Testtheorie lassen sich hierfür Gütekriterien (sogenannte psychometrische Eigenschaften) ableiten. Zur Abgrenzung und Konkretisierung der Kriterien sind bereits viele Methoden veröffentlicht worden<sup>21, 59</sup>. Basis für den vorliegenden Bericht sind der HTA von Fitzpatrick et al.<sup>21</sup> und der Bericht des Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust<sup>59</sup>. Die dort vorgeschlagene Taxonomie ist nicht spezifisch für Instrumente zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit entwickelt worden, kann aber auf diese übertragen werden. Allgemein verbreitete originäre Kriterien, die speziell für Pflegebedürftigkeitseinstufungen erarbeitet worden wären, existieren unseres Wissens nicht.

Die Reliabilität eines Tests gibt den Grad der Genauigkeit an, mit der ein Messergebnis erzeugt wurde, und ist damit ein Maß für die Verlässlichkeit einer Messung. Anders ausgedrückt geht es um die Frage, bis zu welchem Grad wiederholte Messungen eines Objekts mit einem Messinstrument die gleichen Resultate liefern. Dieser Grad wird durch einen Vergleich der wahren mit den gemessenen Werten ausgedrückt. Die Reliabilität ist umso größer, je kleiner der zu jeder Messung gehörende Fehleranteil ist. Die Reliabilität eines Tests kann mit verschiedenen Methoden geschätzt werden. Grundsätzlich muss jedoch bedacht werden, dass die Reliabilität nicht als ein fixes Konstrukt oder gar Maßzahl angesehen werden kann, sondern immer auch in Abhängigkeit von der untersuchten Studienpopulation und dem Kontext betrachtet werden muss<sup>67</sup>.

Interne Konsistenz ist ein Maß für den Zusammenhang der einzelnen Items einer Skala miteinander und beantwortet somit die Frage, inwiefern die einzelnen Items dasselbe Konstrukt messen. Berechnet werden kann sie über die Testhalbierungsmethode mit der das Instrument in zwei gleiche Hälften aufgeteilt wird, wonach die Korrelation zwischen den beiden errechnet werden kann. Als Problem kann hier jedoch die Tatsache angesehen werden, dass in Abhängigkeit davon, wie die beiden Hälften aussehen, sich auch dementsprechend andere Resultate für die interne Konsistenz ergeben. Dies kann durch die Berechnung des Cronbach's Alpha (CA) vermieden werden, denn dieser entspricht dem Mittelwert aller Testhalbierungskoeffizienten<sup>16</sup>. Der Nachteil hierbei liegt jedoch darin, dass das CA durch das Hinzufügen neuer Items bei gleichbleibender Interkorrelation ansteigt. Generell nimmt das CA Werte zwischen 0 und 1 ein, wobei Werte ab 0,7 von einigen Autoren schon als akzeptabel beschrieben werden. Aufgrund der zuvor genannten Einschränkung wird teilweise sogar empfohlen, dass der Wert nicht höher als 0,9 sein sollte<sup>67</sup>.

Neben der internen Konsistenz spielt die Reproduzierbarkeit bei der Beurteilung der Reliabilität eines Instruments eine wesentliche Rolle. Eine vor diesem Hintergrund einfache Frage wäre, inwiefern dasselbe Messinstrument das gleiche Ergebnis erzielt, wenn es an ein und demselben Objekt angewendet wird. Dies kann mit der Test-Retest-Methode erfolgen, die jedoch die Annahme trifft, dass die wahren Werte zwischen beiden Messungen konstant bleiben. Es gibt keine festen Vorgaben hinsichtlich des Zeitintervalls zwischen beiden Messungen. Auf der einen Seite kann ein zu kurz gewähltes Intervall Erinnerungseffekte bei den untersuchten Objekten hervorrufen, während auf der anderen Seite ein längeres Zeitintervall die Annahme der konstanten wahren Werte zu verletzen droht, da sich Gesundheitszustände mit der Zeit verändern können. Deshalb sieht die Paralleltestmethode vor, zur gleichen Zeit zwei (oder mehrere) Instrumente zur Messung derselben Dimension zu verwenden. Offensichtlich ist die Wahl zweier Instrumente, die sich sehr ähneln, extrem schwierig. Wenn Interviewer bzw. Rater (und nicht z. B. der Befragte selbst) für eine Messung verantwortlich sind, spielt die Interrater-Reliabilität eine wichtige Rolle. Sie beziffert das Ausmaß mit dem beide (oder mehrere) Rater das gleiche messen. Die Reproduzierbarkeit wird in den meisten Fällen als Korrelationskoeffizient ausgedrückt, wobei der Koeffizient mindestens 0,7 betragen sollte<sup>21</sup>.

Die Validität gibt an, ob der Test in der Lage ist das zu messen, was er messen soll. Ein Fragebogen kann beispielsweise reliabel sein, wenn er den Interviewten systematisch verneinende Antworten suggeriert. Auch wenn ein Fragebogen dadurch immer die gleichen Antworten liefert, und somit als reliabel eingeschätzt werden würde, wird er nicht das messen, was eigentlich beabsichtigt ist zu messen. Der umgekehrte Fall hingegen ist nicht möglich. Ein Instrument, das das misst, was es vorgibt zu messen, wird dies auch bei wiederholten Messungen zeigen. Im Allgemeinen wird die Validität als Korrelation zwischen dem Instrument und einer anderen Größe/Variablen berechnet<sup>57</sup>. Daraus wird auch ersichtlich, dass es wenig Sinn macht von einem „validierten“ Instrument zu sprechen, ohne dass gleichzeitig angegeben wird, wofür (und womit) die Validierung erfolgt ist. So kann beispielsweise ein Instrument für Patienten mit chronischen Schmerzen als valide angesehen werden. Dies ist aber nicht gleichbedeutend damit, dass es auch in Populationen mit akuten Schmerzen sinnvoll angewendet werden kann.

Es werden in der Literatur zumeist drei Hauptarten von Validität unterschieden: Inhalts-, Kriteriums- und Konstruktvalidität. Ein Test wird als inhaltsvalide eingestuft, wenn er das zu messende Konstrukt in seinen wichtigsten Aspekten bestmöglich erfasst. Es existieren jedoch keine objektiven Kriterien, an denen Inhaltsvalidität festgemacht werden könnte. Die Beantwortung, ob Inhaltsvalidität vorliegt, muss daher an qualitativen Kriterien festgemacht werden. Ein wesentlicher Aspekt kann hierbei der Entwicklungsprozess des Instruments sein. So sollten beispielsweise bei der Entwicklung eines Fragebogens mehrere Personengruppen involviert sein. Neben Personen mit klinischer/pflegerischer auf der einen und methodischer Expertise auf der anderen Seite<sup>26</sup> sollten auch die Betroffenen selbst in den Entwicklungsprozess miteinbezogen werden<sup>43</sup>.

Kriteriumsvalidität hingegen ist dann gegeben, wenn das Ergebnis einer Merkmalsmessung mit einem korrespondierenden empirischen, externen Merkmal korreliert. Auch hier ist es häufig schwierig in der Praxis einen vernünftigen Komparator zu finden. Ferner kann weiter unterschieden werden zwischen der Vorhersage- und der Übereinstimmungsvalidität. Vorhersagevalide ist ein Instrument dann, wenn eine erste Messung mit dem Instrument hinsichtlich in Zukunft eintreffender Ereignisse mit einem anderen Instrument übereinstimmt. Bei der Übereinstimmungsvalidität hingegen finden beide Messungen zur gleichen Zeit statt.

Die Konstruktvalidität gibt an, ob ein Test geeignet ist ein übergeordnetes aus Theorie bestehendes Konstrukt anhand der Testwerte zu bestätigen<sup>6</sup>. Anders ausgedrückt muss die Beziehung der Messung zu einer anderen Messung theoretisch ableitbar sein und sich folglich auch in der Empirie bestätigen lassen. Dies geschieht häufig unter Hinzuziehung von Korrelationskoeffizienten. Die Überprüfung zwischen einem Messinstrument und einem anderen Messinstrument allein reicht bei weitem nicht aus, um davon sprechen zu können, dass ein Instrument konstruktvalide ist. Hierzu ist vielmehr die Testung an einer ganzen Reihe von anderen (vergleichbaren) Instrumenten<sup>21</sup> notwendig. Je nach Art und Zielsetzung des Instruments mag es auch hier an sinnvollen Komparatoren mangeln. Ein Schwellenwert, der zwischen vorhandener und nicht vorhandener Konstruktvalidität unterscheidet, kann nicht angegeben werden. Ein Korrelationskoeffizient von 1 kann de facto nur erreicht werden, wenn mit beiden Instrumenten exakt dasselbe gemessen werden soll. Korrelationskoeffizienten ab 0,6

können bereits ausreichen, um Konstruktvalidität nachzuweisen. Aufgrund von Unsicherheit und Variabilität kann es sinnvoll sein a priori erwartete Korrelationen anzugeben<sup>45</sup>.

Die Änderungssensitivität geht der Frage nach, ob das Messinstrument in der Lage ist Änderungen über die Zeit aufzudecken. Im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit kommt diesem Kriterium eine herausragende Rolle zu. Wenn sich der Zustand der pflegebedürftigen Person verschlechtert, und somit gleichzeitig der Grad der Pflegebedürftigkeit höher wird, so muss bei der Anwendung des Instruments zu diesen zwei Zeitpunkten der Unterschied auch im Messergebnis sichtbar sein. Zur Bestimmung der Änderungssensitivität werden viele Methoden in Abhängigkeit vom Studiendesign vorgeschlagen und angewendet<sup>32, 36, 40, 41, 47, 58, 66</sup>. Verknüpft mit dem Konzept der Änderungssensitivität sind Decken- und Bodeneffekte. Wenn ein Instrument in der Lage sein soll Änderungen zu messen, müssen diese auch theoretisch gemessen werden können. In diesem Sinn sind Gesamt-Scores, aber auch einzelne Items oder deren Skalierung, die nicht in der Lage sind sinnvoll zwischen mehreren unterschiedlichen Gesundheitszuständen zu diskriminieren, problematisch. Eine beispielhafte Frage könnte lauten: „Hatten Sie irgendwann in den letzten vier Wochen leichte bis schwere Schmerzen?“ Diese Frage, angewandt bei Pflegebedürftigen, wird sehr wahrscheinlich mehrheitlich bejaht werden und daher zu einem Deckeneffekt führen, da Pflegebedürftige in der Regel nicht bei bester Gesundheit sind und leichte Schmerzen in dieser Altersgruppe nichts Außergewöhnliches darstellen. Angenommen, der Grad der Pflegebedürftigkeit würde im Zeitverlauf noch weiter zunehmen, so wäre es bei dieser Messung nicht möglich, dass die Befragten dies adäquat beantworten könnten, um diesem Unterschied Rechnung zu tragen.

Die Interpretierbarkeit befasst sich mit der Frage, wie die Messergebnisse des Instruments gedeutet werden können. Eine Möglichkeit sich dieser Frage zu nähern ist das Konzept der Minimal important difference (MID). Die MID kann definiert werden als die kleinstmögliche Differenz in der Messung, bei der der Patient auch einen spürbaren Unterschied wahrnimmt. Eine andere Möglichkeit sich der Frage der Interpretierbarkeit zu nähern ist der Vergleich mit einer Standardbevölkerung. Ist beispielsweise bekannt, welche Werte ein Messinstrument in einer solchen liefert, kann jede weitere Messung an anderen Personen dazu in Relation gesetzt werden. Solche Referenzwerte sind jedoch lediglich für sehr häufig eingesetzte Messinstrumente zu erwarten.

Unter Machbarkeit wird die generelle Eignung des Messinstruments in seinem Kontext verstanden. So kann beispielsweise der Einsatz von Messinstrumenten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erschwert sein, wenn zusätzlich zum Befragten auch Angehörige und gleichzeitig noch das pflegende Personal benötigt wird. Möglich ist auch das Ausfüllen eines Fragebogens direkt durch das Pflegepersonal. Dies erfordert neben dem Erfüllen der alltäglichen Aufgaben entsprechende Ressourcen, die dafür verfügbar sind, weshalb unter Machbarkeit auch immer monetäre Aspekte verstanden werden, die mit der Anwendung eines Messinstruments einhergehen.

Zudem sollte das Instrument eine möglichst hohe Akzeptanz unter den Befragten besitzen. Die Länge des Fragebogens kann hierbei von entscheidender Bedeutung sein. In der Regel gilt, dass die Akzeptanz mit zunehmender Länge und somit Dauer abnimmt<sup>74</sup>. Es gilt zu berücksichtigen, dass insbesondere unter gesundheitlich eingeschränkten Personen der Einsatz von sich in die Länge ziehenden Befragungen nicht angebracht sein mag. Fühlen sich die Befragten dadurch unwohl oder unter Druck gesetzt, kann dies auch einen Einfluss auf ihr Antwortverhalten haben. Die Akzeptanz spiegelt sich weitergehend darin wider, dass Befragte die Fragen als zu schwer oder zu persönlich empfinden und sie deswegen unbeantwortet lassen. Die optische Gestaltung des Fragebogens bzw. das äußere Erscheinungsbild des Interviewers sind weitere mögliche Determinanten. Auch die Art der Messung kann eine wichtige Rolle spielen. Beispielsweise kann die Akzeptanz eines Fragebogens davon abhängen, ob er schriftlich ausgefüllt wird oder ob die Fragen von einem Interviewer gestellt werden. Zudem sollte das Ergebnis der Einschätzung immer für die Betroffenen nachvollziehbar und transparent sein um die Akzeptanz zu erhöhen.

Vor dem bisher dargestellten wissenschaftlichen Hintergrund ergeben sich zudem weitere Anforderungen:

- Eine globale Erfassung sollte ermöglicht werden. Das Instrument sollte nicht nur körperliche Dimensionen abbilden, sondern weitere Bereiche, beispielsweise Kommunikation, Ressourcen usw. Dies könnte beispielsweise über einen modularen Aufbau erfolgen.

- Anhand des Begutachtungsergebnisses muss eine Zuordnung von Leistungen ermöglicht werden (z. B. Pflegezeit, Bedarf an Hilfsmitteln).
- Es sollten Maßnahmen vorgesehen sein, die die Qualität der Erfassung gewährleisten (z. B. eine Anweisung in einem Handbuch zur Standardisierung der Erhebung).
- Nicht zuletzt bedarf es einer pflege-theoretischen Fundierung des Instruments.

## 2.2 Gesundheitsökonomischer Hintergrund

Insgesamt sind derzeit über zwei Millionen Personen in Deutschland pflegebedürftig. Jährlich werden weitere rund 200.000 Personen pflegebedürftig<sup>46,63</sup> (vgl. 2.1.1): Die Ausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung beliefen sich 2011 derzeit auf knapp 22 Milliarden Euro<sup>22</sup>. Hinzu kommen Kosten, die von den Betroffenen privat übernommen werden. So müssen Frauen etwa 45.000 Euro und Männer etwa 21.000 Euro privat für die pflegerische Betreuung selbst aufbringen<sup>55</sup>. Diese Zahlen verdeutlichen die ökonomische Wichtigkeit von Pflegebedürftigkeit. Aufgrund des demografischen Wandels ist diese Tendenz steigend, da sich nicht nur die Anzahl an Pflegebedürftigen, sondern auch die Dauer der jeweiligen Pflegebedürftigkeit erhöht. Gleichzeitig verschiebt sich jedoch der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit, sodass insgesamt im Zeitverlauf Menschen anteilig nicht mehr Zeit in Pflegebedürftigkeit verbringen<sup>54</sup>. Eine Änderung der Ermittlung von Pflegebedürftigkeit kann zu einer Verschiebung der Pflegestufen und des Anteils der als pflegebedürftig geltenden Personen führen. Dieses kann u. U. finanzielle Auswirkungen haben, sowohl auf die Ausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung sowie die privaten Ausgaben der pflegebedürftigen Personen (vgl. <sup>11</sup>). Eine Änderung der Ermittlung des Pflegebedarfs kann sich darüber hinaus auf den Anteil der auf Sozialleistung angewiesenen Personen auswirken, da bei finanzieller Bedürftigkeit die Sozialhilfeträger die Kosten übernehmen.

## 2.3 Ethischer Hintergrund

Ein Instrument zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs sollte so ausgestaltet sein, dass sich der Pflegebedarf ganzheitlich sowie unabhängig vom geistigen und seelischen Zustand, in dem sich der Betroffene befindet, erfassen lässt. Zudem muss die Erfassung des Pflegebedarfs dahingehend ausgestaltet sein, dass der daraus resultierende Pflegebedarf die Achtung des Willens, der Sitten, der Gewohnheiten sowie der Menschenwürde des Pflegebedürftigen und seines sozialen Umfelds individuell berücksichtigt. Dies kann nur erreicht werden, wenn ein weitestgehend autonomes und selbstbestimmtes Leben sowie die individuelle Freiheit erhalten bleiben. Ein Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs sollte daher auch die Aspekte erfassen, für die Unterstützung notwendig ist, um ein selbstbestimmtes und autonomes Leben zu führen.

Aus ethischer Sicht besteht bei der Erfassung von Pflegebedarf zudem die Herausforderung, dass das Ergebnis der Erfassung sämtliche Präferenzen einschließen sollte. Neben den gesamtgesellschaftlichen Präferenzen müssen auch die (u. U. nicht mit der Gesamtgesellschaft übereinstimmenden) Vorlieben bei den betroffenen Individuen und den beteiligten Organisationen (z. B. Pflegeheime) berücksichtigt werden.

## 2.4 Sozialer Hintergrund

Pflegebedürftigkeit ist ungleich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen verteilt. Der Anteil der Frauen liegt mit 67 % deutlich über dem der Männer<sup>63</sup>. Die durch Pflegebedürftigkeit entstehenden Gesamtkosten sind für Frauen sogar doppelt so hoch wie für Männer<sup>55</sup>. Zudem können die soziale Schicht und das Geschlecht Auswirkungen auf die Ergebnisse der Pflegebegutachtung haben<sup>60</sup>. Ein geeignetes Instrument zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit muss zum einen standardisiert sein, um Transparenz und eine gerechte Leistungsverteilung zu gewährleisten. Zum anderen muss es den individuellen Anforderungen Rechnung tragen, die sich aus den unterschiedlichen Ursachen für Pflegebedürftigkeit und den Unterschieden der betroffenen Bevölkerungsgruppen ergeben, um Verteilungsgerechtigkeit sicherstellen zu können.

## 2.5 Juristischer Hintergrund

Pflegebedürftigkeit ist im deutschen Sozialwesen in § 14 SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) definiert<sup>9</sup>. Demnach sind pflegebedürftige Personen solche, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen.“

Krankheiten oder Behinderungen im Sinn des § 14 SGB XI, Absatz 1 sind:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die Hilfe im Sinn des § 14 SGB XI, Absatz 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.“

Hierbei werden „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen“ wie folgt definiert:

1. „im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.“

Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sowie der Grad der Pflegebedürftigkeit werden für die Pflegekassen von dem jeweiligen MDK geprüft. Der Versicherte muss einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei der Pflegekasse stellen. Diese beauftragt dann einen wohnortnahen MDK mit der Begutachtung. Die Begutachtung erfolgt anhand definierter Kriterien. Wird eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, werden drei Pflegestufen differenziert. Basis der Einstufung ist die Dauer und Häufigkeit der benötigten Hilfe in den Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung. Bei Kindern wird für die Einstufung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zugrunde gelegt. Die einzelnen Stufen sind in § 15 SGB XI definiert:

- Pflegebedürftige der **Pflegestufe I** (erheblich Pflegebedürftige):  
„Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.“
- Pflegebedürftige der **Pflegestufe II** (Schwerpflegebedürftige):  
„Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.“
- Pflegebedürftige der **Pflegestufe III** (Schwerstpflegebedürftige):  
„Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.“

Die Pflegestufen sind gleichzeitig bedeutsam für die Höhe der Leistungsgewährung, wobei diese u. a. vom gewählten Pflegearrangement abhängt. So können beispielsweise in jeder Stufe der Pflegebedürftigkeit höhere Leistungen bei einer Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung als bei einer Versorgung durch einen Angehörigen in der eigenen häuslichen Umgebung gewährt werden.

Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung nach § 45b SGB XI für Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies können Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sein sowie Personen, die einen Hilfebedarf in den Bereichen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der jedoch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Hierbei handelt es sich um Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der MDK im Rahmen der Begutachtung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die ADL festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

## **3 Forschungsfragen**

### **3.1 Medizinische Forschungsfrage**

Um den beschriebenen Herausforderungen Rechnung zu tragen, ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Welche umfassenden Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs gibt es?
- Sind die Instrumente geeignet den Pflegebedarf zu erfassen (psychometrische Eigenschaften des Instruments)?
- Sind die Instrumente geeignet den tatsächlich notwendigen Pflegeaufwand/Pflegeleistungsbedarf (z. B. Zeitaufwand/Personal/technische Hilfsmittel) einzuschätzen? [Anmerkung der Verfasser: Hierunter wird nicht die Einschätzung von Geldleistungen verstanden, da diese systemspezifisch sind und Erkenntnisse aus anderen Gesundheitssystemen daher nicht auf den deutschen Kontext übertragen werden können.]
- Sind für die jeweilige Bewertungsinstrumente Maßnahmen vorgesehen, die sicherstellen, dass die Einschätzung des Pflegebedarfs qualitätsgesichert/standardisiert erfolgt? [Anmerkung der Verfasser: Kontext-/Systemunspezifisch oder für Deutschland]

### **3.2 Gesundheitsökonomische Forschungsfrage**

Welche gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen und Auswirkungen sind für das jeweilige Instrument zu berücksichtigen?

### **3.3 Ethische Forschungsfrage**

Welche ethischen Rahmenbedingungen und Auswirkungen sind für das jeweilige Instrument zu berücksichtigen?

### **3.4 Soziale Forschungsfrage**

Welche sozialen Rahmenbedingungen und Auswirkungen sind für das jeweilige Instrument zu berücksichtigen?

### **3.5 Juristische Forschungsfrage**

Welche juristischen Rahmenbedingungen und Auswirkungen sind für das jeweilige Instrument zu berücksichtigen?

## 4 Methodik

Die Identifikation und Analyse von Instrumenten zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs erfolgen in mehreren Teilschritten. Zunächst werden potenziell relevante Instrumente über Publikationen identifiziert, in denen Pflegebedarf zum Zweck der Entwicklung oder Evaluation der psychometrischen Eigenschaften eines Instruments oder aber in einer konkreten Anwendungssituation erhoben wurde. Daran anschließend wird nach weiteren Informationen zu potenziell als relevant eingestuften Instrumenten recherchiert, um abschließend beurteilen zu können, welche dieser Instrumente eine umfassende Beurteilung des individuellen Pflegebedarfs erlauben.

### 4.1 Recherche nach Publikationen zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs

Es wird eine umfassende systematische Literaturrecherche durch eine Datenbankabfrage des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) durchgeführt. Die durchsuchten Datenbanken sind im Anhang (siehe Tabelle 36) aufgeführt.

Ergänzend werden über EBSCO in den Datenbanken CINAHL und EconLit recherchiert.

Für die Suche in den DIMDI-Datenbanken werden eine deutsch- (siehe Tabelle 37) und eine englischsprachige Suchstrategie (siehe Tabelle 38) entwickelt. Weiterhin wird die englischsprachige Suchstrategie für EBSCO adaptiert (siehe Tabelle 39).

Der Suchzeitraum wird zeitlich nicht begrenzt. Es wird ausschließlich nach deutsch- und englischsprachigen Publikationen recherchiert.

### 4.2 Selektion der Publikationen zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs

Die Studien werden anhand der Titel und Abstracts von zwei Gutachtern unabhängig voneinander auf ihre Relevanz für die Fragestellungen überprüft. Die Ergebnisse dieses Screenings werden verglichen, diskutiert und darüber ein Konsens erzielt.

Als potenziell relevant werden Methodenpublikationen zur Entwicklung, Adaptation und Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften von Instrumenten zur Einschätzung des Pflegebedarfs eingestuft. Um weitere potenziell relevante Instrumente zu identifizieren, werden im ersten Schritt Publikationen eingeschlossen, in denen Pflegeassessmentmethoden und -instrumente angewendet wurden, deren Fokus jedoch eine gesundheitsbezogene Fragestellung war.

Der Studienselktion werden folgende Einschlusskriterien zugrunde gelegt. Studien werden als potenziell relevant betrachtet, wenn sie alle Einschlusskriterien erfüllen:

1. Instrument zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs, d. h. der Pflegebedarf von betroffenen Einzelpersonen nicht von Gesellschaftsgruppen, Angehörigen, Pflegepersonal, Familien usw.
2. Nicht ausschließlich erkrankungs- oder funktionsstörungsspezifisch nutzbares Instrument
3. Instrument, das mindestens vier Teilaspekte (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung) der Pflegebedürftigkeit erfasst
4. Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs bei Personen, die auf Dauer hilfebedürftig sind (voraussichtlich für mindestens sechs Monate)
5. Instrument, das nicht zur ausschließlichen Erfassung des palliativen Pflegebedarfs nutzbar ist
6. Publikationssprache: Englisch oder Deutsch
7. Artikel ist im Volltext verfügbar
8. Es sind ausreichende Informationen für eine abschließende Instrumentenbewertung vorhanden

Die Einschlusskriterien werden dahingehend operationalisiert, dass sie als Mindestanforderung der gesetzlichen Grundlage zu „Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen“ im SGB XI entsprechen.

### **4.3 Recherche nach Instrumenten zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs**

Zu den durch die in Kapitel 4.1 geschilderte Recherche identifizierten Instrumente werden jeweils Recherchen nach zusätzlichen Informationen durchgeführt, da die in den Publikationen enthaltenen Informationen in den meisten Fällen nicht ausreichen, um über den endgültigen Einschluss eines identifizierten Instruments zu entscheiden oder eine Bewertung durchzuführen. Ziel dieses Arbeitsschritts ist es daher, für jedes identifizierte Instrument, die für die Beurteilung der Erfüllung der Einschlusskriterien notwendigen Informationen zu erhalten, im Idealfall das vollständige Instrument. Hierzu erfolgen eine fokussierte Recherche sowie eine Anfrage bei den Autoren, wenn die Informationslage nicht ausreicht.

### **4.4 Selektion der Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs**

Die Instrumente werden anhand sämtlicher – wie in Kapitel 4.3 beschrieben – gewonnenen Informationen von zwei Gutachtern unabhängig voneinander auf die Erfüllung der in Kapitel 4.2 aufgeführten Einschlusskriterien hin überprüft. Die Ergebnisse dieses Screenings werden verglichen, diskutiert und darüber ein Konsens erzielt.

Als relevant werden die Instrumente eingestuft, die eine umfassende Bewertung des Pflegebedarfs ermöglichen, d. h. die jeden der vier in § 14 SGB XI genannten Bereiche (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung) abbilden. Darüber hinaus können weitere Bereiche dargestellt werden (z. B. soziale Teilhabe, Behandlungspflege, Schutz vor Selbstgefährdung). Falls mehrere Versionen desselben Instruments vorliegen, wird nur die aktuellste Version in die Analyse eingeschlossen, sofern sie alle Einschlusskriterien erfüllt.

### **4.5 Bewertung der Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs**

Die Instrumente werden anhand sämtlicher – wie in Kapitel 4.1 und 4.3 beschrieben – gewonnenen Informationen, von zwei Gutachtern unabhängig voneinander standardisiert extrahiert, analysiert und bewertet. Hierfür werden standardisierte Tabellen verwendet.

Folgende Kriterien werden berücksichtigt:

- Basierendes Pflegekonzept
- Umfang der Erhebung (Gesamtanzahl der Items des Instruments)
- Inhaltliche Reichweite (erfasste Dimensionen): Zur Operationalisierung und Vergleichbarkeit der Instrumente wird die inhaltliche Reichweite in verschiedene Dimensionen unterteilt. Hierunter werden insbesondere die Verrichtungen nach SGB XI verstanden sowie Kognition, Kommunikation und soziale Teilhabe. Zur Gewährleistung der Vollständigkeit der Instrumentenbeschreibung werden zusätzlich alle weiteren Aspekte der Pflegebedürftigkeit aufgeführt, die mit dem jeweiligen Instrument erfasst werden (z. B. Kompetenzen der Finanzenregelung) und nicht einer der anderen Dimensionen zurechenbar sind.
- Informationsgewinnung/Erhebungsmethode (Selbst-, Fremdeinschätzung, Gutachter, Befragte usw.)
- Einschätzung des Pflegeaufwands (z. B. benötigte Zeit für pflegerische Versorgung, Anzahl an Pflegekräften, technische Hilfsmittel für die Pflege)
- Standardisierung/Qualitätssicherungsmaßnahmen der Erhebung (z. B. Ausfüllanweisung, Erhebung durch zwei unabhängige Gutachter, Reassessment)
- Informationen zu verschiedenen Adaptionen und Versionen des Instruments
- Genauigkeit der Erhebung: Informationen zu Reliabilität, Validität, Änderungssensitivität, Präzision und Interpretierbarkeit des Instruments
- Geschätzter Aufwand bzw. Machbarkeit der Erhebung
- Akzeptanz der Bewertungsergebnisse

Zu den Studien, die psychometrische Eigenschaften untersuchen, werden die Studieneinschlusskriterien, das Setting und das Jahr der Erhebung von zwei Gutachtern unabhängig voneinander extrahiert.

#### **4.6 Methodik für gesundheitsökonomische Aspekte**

Aufgrund der sensitiv angelegten Recherchestrategie kann davon ausgegangen werden, dass themenrelevante Publikationen zu gesundheitsökonomischen Aspekten identifiziert werden.

Die Zuordnung der Publikationen zu den gesundheitsökonomischen Aspekten erfolgt durch zwei Personen unabhängig voneinander.

Zur Identifikation gesundheitsökonomischer Publikationen wird zusätzlich eine Recherche in EconLit durchgeführt (siehe Kapitel 4.1).

#### **4.7 Methodik für ethische Aspekte**

Aufgrund der sensitiv angelegten Recherchestrategie kann davon ausgegangen werden, dass themenrelevante Veröffentlichungen zu ethischen Gesichtspunkten gefunden werden. Daher wird keine zusätzliche Recherche zu ethischen Aspekten durchgeführt. Die Zuordnung der Publikationen zu den ethischen Aspekten erfolgt durch zwei Personen unabhängig voneinander.

#### **4.8 Methodik für soziale Aspekte**

Aufgrund der sensitiv angelegten Recherchestrategie kann davon ausgegangen werden, dass themenrelevante Publikationen zu sozialen Aspekten identifiziert werden. Daher wird keine zusätzliche Recherche zu sozialen Aspekten durchgeführt. Die Zuordnung der Publikationen zu den sozialen Aspekten erfolgt durch zwei Personen unabhängig voneinander.

#### **4.9 Methodik für juristische Aspekte**

Aufgrund der sensitiv angelegten Recherchestrategie kann davon ausgegangen werden, dass themenrelevante Publikationen zu juristischen Aspekten gefunden werden. Daher wird keine Zusatzrecherche zu juristischen Aspekten durchgeführt. Die Zuordnung der Publikationen zu juristischen Fragestellungen erfolgt durch zwei Personen unabhängig voneinander.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Ergebnisse der Recherchen

Die Recherche in den DIMDI-Datenbanken erfolgt am 27. Mai 2012, die Recherche über EBSCO am 04. Juni 2012.

Durch die Recherche in den DIMDI-Datenbanken werden nach Dublettenbereinigung 67 deutsch- und 3.632 englischsprachige Treffer erzielt. Die Recherche über EBSCO ergibt 1.465 Treffer.

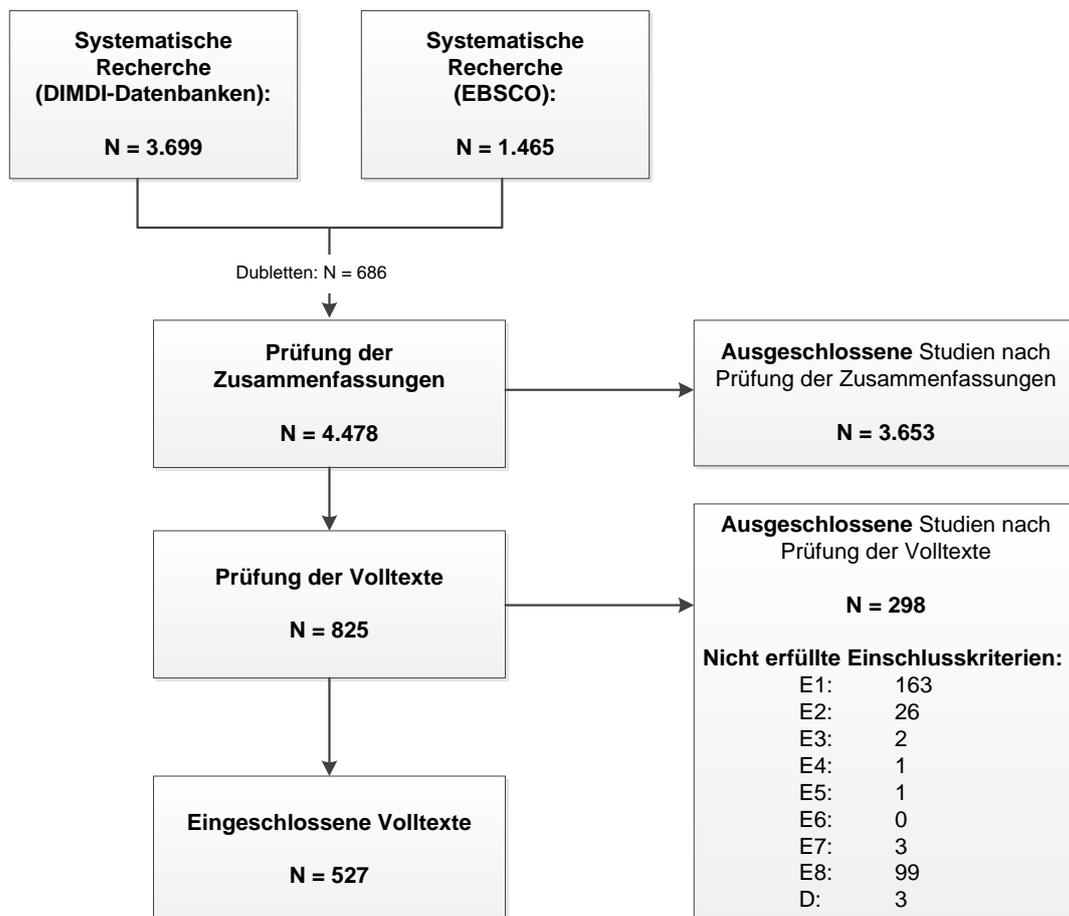
Nach einer weiteren technischen Dublettenbereinigung zum Abgleich der Treffer dieser Suchoberflächen verbleiben insgesamt 4.478 Treffer.

Diese werden auf Erfüllung der Einschlusskriterien geprüft. Durch die Erstselektion wird für insgesamt 825 Artikel übereinstimmend entschieden, dass diese als potenziell relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage einzustufen sind und im Volltext gesichtet werden müssen (siehe Anhang 9.3.1).

Aus den 825 im Volltext gesichteten Publikationen kann in 527 Publikationen mindestens ein potenziell relevantes Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs identifiziert werden. 298 Publikationen können als nicht relevant für die Fragestellungen ausgeschlossen werden.

In den 527 als relevant befundenen Publikationen können 452 potenziell relevante Instrumente identifiziert werden. Zu diesen Instrumenten werden, wie in Kapitel 4.3 beschrieben, Einzelrecherchen durchgeführt und bei nicht ausreichenden Informationen zur Bewertung die Autoren angeschrieben (Antwortrate von 40 %). Nach der Überprüfung der Instrumente können 22 als relevant bewertet und in die Analyse eingeschlossen werden. Zu den eingeschlossenen Instrumenten können insgesamt 79 Publikationen identifiziert und in der Analyse berücksichtigt werden. 16 davon betrachten psychometrische Eigenschaften. Eine Übersicht dieser Studien findet sich im Anhang 9.3.3.

Die Ergebnisse der Recherche und des Screenings sowie die Ausschlussgründe der Instrumentenidentifizierung sind in Abbildung 1 und Abbildung 2 dargestellt.



**Abbildung 1: Ergebnisse der Recherche und des Screening-Prozesses – Publikationen**

DIMDI = Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

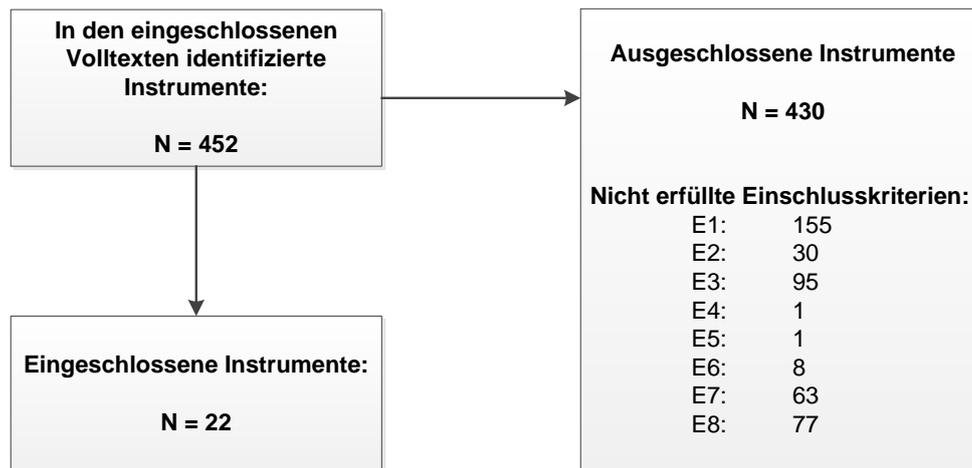


Abbildung 2: Ergebnisse der Recherche und Screening-Prozesses – Instrumente

## 5.2 Identifizierte Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs

Es können 22 Instrumente in die Analyse eingeschlossen werden. 17 Instrumente machen Angaben zu Bereichen, die über Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung hinausgehen. Hierbei werden insbesondere soziale Teilhabe sowie kommunikative und kognitive Fähigkeiten berücksichtigt.

Eine Übersicht der in die Analyse eingeschlossenen Instrumente gibt Tabelle 1.

Tabelle 1: In die Analyse eingeschlossene Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs

Name(n) des Instruments	Dimension 1 (Körperpflege)	Dimension 2 (Ernährung)	Dimension 3 (Mobilität)	Dimension 4 (Hauswirtschaftliche Versorgung)	Sonstige Dimensionen
50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire <sup>25</sup>	X	X	X	X	X
Activities of Daily Living nach Finch <sup>34</sup>	X	X	X	X	X
Enforced Social Dependency Scale <sup>17</sup>	X	X	X	X	X
Functional Autonomy Measurement System <sup>28</sup>	X	X	X	X	X
Groningen Activity Restriction Scale <sup>69</sup>	X	X	X	X	
Health Assessment Questionnaire-Disability Index <sup>83</sup>	X	X	X	X	X
Hierarchical ADL-IADL Scale <sup>73</sup>	X	X	X	X	
Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeversorgung <sup>42</sup>	X	X	X	X	X
Level of Rehabilitation Scale <sup>51</sup>	X	X	X	X	X
Life Habits Assessment <sup>81</sup>	X	X	X	X	X

**Tabelle 1: In die Analyse eingeschlossene Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs – Fortsetzung**

Name(n) des Instruments	Dimension 1 (Körperpflege)	Dimension 2 (Ernährung)	Dimension 3 (Mobilität)	Dimension 4 (Hauswirtschaftliche Versorgung)	Sonstige Dimensionen
MDK Begutachtungsverfahren (Teilelement Pflegebedürftigkeit und Härtefall) <sup>52</sup>	X	X	X	X	
Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0) <sup>15</sup>	X	X	X	X	X
Modifizierter Barthel-Index nach Zimmer <sup>82</sup>	X	X	X	X	
Multilevel Assessment Instrument (full length version) <sup>38</sup>	X	X	X	X	X
Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit <sup>13</sup>	X	X	X	X	X
Northamptonshire Overview Assessment Tool <sup>1</sup>	X	X	X	X	X
Northwick Park Care Needs Assessment <sup>70</sup>	X	X	X	X	X
Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hultner-Asber und Sonn <sup>31</sup>	X	X	X	X	
Record of Independent Living <sup>20</sup>	X	X	X	X	X
Rehabilitation Activities Profile <sup>14</sup>	X	X	X	X	X
Self-rated Disabilities <sup>17</sup>	X	X	X	X	X
WHO Assessment of Functional Capacity <sup>5</sup>	X	X	X	X	

ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens. IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. MDK = Medizinischer Dienst der Krankenkassen. WHO = Weltgesundheitsorganisation.

### 5.2.1 50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire

Der „50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire“ besteht insgesamt aus 50 Items. Neben den vorausgesetzten Verrichtungen nach SGB XI werden die Bereiche Kommunikation, Kognition, Medikamenteneinnahme, motorische Fähigkeiten (z. B. mit den Fingern etwas greifen) und Bewältigung von Verwaltungsaufgaben (z. B. Termine machen) abgedeckt. Elf Items sind keinen Dimensionen zugeordnet bzw. die Dimensionen umfassen nur eine Frage. Jedes Item wird auf einer Skala von 1 bis 4 bewertet (keine Schwierigkeit bis nicht selbständig möglich). Der Gesamt-Score ergibt sich aus der Summe der Score der einzelnen Items und kann folglich in einem Bereich von 50 bis 200 liegen, wobei ein höherer Score-Wert eine stärkere Einschränkung widerspiegelt. Die Fragebögen werden von den potenziell Pflegebedürftigen selbst ausgefüllt (Selbsteinschätzung). Zur Verifikation der Eigenangaben des Begutachteten ist ein Interview zu Hause vorgesehen. Die Angaben werden bei Bedarf vervollständigt. Eine Beschreibung des Instruments bietet Tabelle 2.

**Tabelle 2: Beschreibung des „50-item Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Questionnaire“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/ Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 50</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mobilität (4)</li> <li>– Briefe schreiben (1)</li> <li>– Medikamente einnehmen (3)</li> <li>– Hausarbeit verrichten (12)</li> <li>– Körperpflege (6)</li> <li>– Raus gehen und Erledigung machen (12)</li> <li>– Rechnung bezahlen und Termine machen (2)</li> <li>– Wasserhahn auf und zudreuen (1)</li> <li>– Mit den Fingern etwas greifen (1)</li> <li>– Telefon klingeln hören (1)</li> <li>– Nummern in einem Telefonbuch lesen (1)</li> <li>– Telefon benutzen (1)</li> <li>– Zeit der Nachttischuhr angeben (1)</li> <li>– Telefonnummern merken (1)</li> <li>– Namen von Personen merken (1)</li> <li>– Dran denken Geräte auszuschalten (1)</li> <li>– Artikel für den Einkauf merken (1)</li> </ul> <p><b>Ratings</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keine Schwierigkeiten</li> <li>2. Etwas Schwierigkeiten</li> <li>3. Starke Schwierigkeiten</li> <li>4. Nicht selbständig möglich</li> </ol> <p><b>Gesamt-Score</b> Summe der gerateten Items</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Selbsteinschätzung</p>	NA	Interview zu Hause zur Verifizierung der Eigenangaben (Vervollständigung falls Angaben fehlen)	NA

IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. NA = Nicht angegeben.

Es wird eine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire“ identifiziert<sup>49</sup>. Die Untersuchung beruht auf einer Befragung von 182 Personen, die in Seniorenwohnungen leben. Die Reliabilität des Instruments kann als hoch eingestuft werden, da sowohl die Test-Retest-Reliabilität, als auch die interne Konsistenz größer als 0,9 sind. Die Konstruktvalidität hingegen ist nur niedrig bis mäßig. Die Werte für die Korrelation liegen in Abhängigkeit von der Messung in einem Bereich von 0,24 bis 0,43. Das Instrument weist eine gute Änderungssensitivität auf. Je nach Item liegt der Anteil an Patienten, die angeben keine Schwierigkeiten zu haben, in einem Bereich zwischen 22 und 96 %. Es ist eine Skalierung (Guttman-Skala) des Instruments möglich, sodass auch die Präzision des Instruments als gut zu bezeichnen ist (Skalierbarkeitskoeffizient = 0,93; Reproduzierbarkeitskoeffizient = 0,63).

Die Erhebungsdauer liegt bei nur knapp zwölf Minuten. Allerdings werden bei 27 % der Fragebögen nicht alle Items ausgefüllt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3: Psychometrische Eigenschaften des „50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Myers 1992 <sup>49</sup>	<b>Test-Retest-Reliabilität (2 Wochen)</b> RS = 0,91  <b>Interne Konsistenz</b> CA = 0,95	<b>Konstrukt Validität (Korrelation)</b> Anzahl an Gesundheitsproblemen: r = 0,32*  Wahrgenommene Schwierigkeiten bei Aktivitäten: r = 0,42*  Wahrgenommener Gesundheitsstatus: r = 0,24*  Wohlbefinden: r = -0,34*	<b>Deckeneffekte</b> Spannbreite der Antworthäufigkeiten = 22 bis 96 %  <b>Guttman-Skala</b> Skala A: CR = 0,85  Skala B: CR = 0,93  Skala C: CR = 0,84  Skala D: CR = 0,86  Skala E: CR = 0,83  Skala F: CR = 0,83  Skala A: CS = 0,43  Skala B: CS = 0,63  Skala C: CS = 0,33  Skala D: CS = 0,59  Skala E: CS = 0,35  Skala F: CS = 0,39	NA	Bei 73 % der Fragebögen wurden alle Items ausgefüllt  Durchschnittliche Erhebungsdauer = 12,67 Minuten	NA

CA = Cronbach's Alpha. CR = Reproduzierbarkeitskoeffizient. CS = Skalierbarkeitskoeffizient. NA = Nicht angegeben. RS = Spearman's Rho.

\* Korrelation nicht näher bezeichnet.

### 5.2.2 Activities of Daily Living nach Finch

Das Instrument zur Messung der Pflegebedürftigkeit nach Finch et al.<sup>18</sup> beruht auf den ADL nach Katz et al.<sup>35</sup>. Es umfasst 13 Items, die keinen Dimensionen zugeordnet sind. Diese werden von einem Gutachter erhoben. Abgesehen von Items zur Telefonbenutzung und zur Medikamenteneinnahme umfasst es die Verrichtungen nach SGB XI. Das Instrument sieht verschiedene Ratings mit entweder zwei oder drei Kategorien (abhängig vom jeweiligen Item) vor. Mit diesen Ratings wird der Bedarf an Unterstützung eingeschätzt (z. B. bedarf vollständiger Unterstützung/bedarf weniger Unterstützung/

bedarf keiner Unterstützung). Der Gesamt-Score wird anhand eines komplexen Algorithmus ermittelt (Magnitude Estimation Scale). Hierbei werden den einzelnen Items Gewichte in Form von Punktwerten zugeordnet, die zuvor empirisch determiniert wurden. Es wird hieraus ein Gesamt-Score berechnet der in einem Bereich von 0 bis 8.107 liegt. Jedoch sind keine Schwellenwerte zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit angegeben. Die Beschreibung des Instruments findet sich in Tabelle 4.

**Tabelle 4: Beschreibung des Instruments „Activities of daily living nach Finch“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> Aktivitäten des täglichen Lebens</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 13</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontinenz (1)</li> <li>– Essen anreichen (1)</li> <li>– Körperpflege (1)</li> <li>– Transfer (1)</li> <li>– Laufen (1)</li> <li>– Anziehen (1)</li> <li>– Baden (1)</li> <li>– Mahlzeiten zubereiten (1)</li> <li>– Medikamente einnehmen (1)</li> <li>– Draußen laufen (1)</li> <li>– Telefon benutzen (1)</li> <li>– Einkaufen (1)</li> <li>– Haushaltsreinigung (1)</li> </ul> <p><b>Ratings</b> Verschiedene Ratings mit 2 oder 3 Kategorien in Abhängigkeit vom Item zur Einschätzung des Bedarfs an Unterstützung (z. B. bedarf vollständiger Unterstützung/bedarf wenig Unterstützung/bedarf keiner Unterstützung)</p> <p><b>Gesamt-Score</b> Magnitude Estimation Skala: den einzelnen Itembewertungen werden Gewichte in Form von Punktwerten zugeordnet. Hieraus ergibt sich ein Gesamt-Score (Spannbreite: 0 bis 8.107)</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Durch einen Gutachter</p>	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Es können keine Studien, die die psychometrischen Eigenschaften des Instruments untersuchen, identifiziert werden.

### 5.2.3 Enforced Social Dependency Scale

Die „Enforced Social Dependency Scale“ beinhaltet insgesamt zehn Items. Diese entsprechen den Dimensionen und sind den drei übergeordneten Ebenen der persönlichen Kompetenzen, den Aktivitäten/Fähigkeiten und der Kommunikationskompetenz zugeordnet. Es werden zusätzlich zu den vo-

rausgesetzten Dimensionen noch die Bereiche soziale Teilhabe (Arbeit, zu Hause), Reisen und Kommunikation abgedeckt. Die Ratings variieren in Abhängigkeit von der Ebene (persönliche Kompetenzen: 1 bis 6, Aktivitäten/Fähigkeiten: 1 bis 4, Kommunikationskompetenz: 1 bis 3). Der Gesamt-Score ergibt sich aus der ungewichteten Summe der Itemratings und liegt somit in einem Bereich von 10 bis 51, wobei höhere Scores eine stärkere Einschränkung bedeuten. Die Informationen werden durch ein Patienteninterview gewonnen. Tabelle 5 zeigt die Beschreibung des Instruments. Es gibt zwei Versionen: die eine ist für eine einmalige Testung bzw. Ersttestung, die zweite für eine Mehrfach- bzw. Folgetestung. Die Versionen unterscheiden sich dahingehend, dass die Fragen für die Ratings unterschiedlich formuliert werden. Die Formulierungen der Folgetestung zielen stärker auf eine Veränderung des Zustands ab.

**Tabelle 5: Beschreibung des Instruments „Enforced Social Dependency Scale“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 10</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b> Persönliche Kompetenzen – Essen (1) – Ankleiden (1) – Laufen (1) – Reisen (1) – Baden (1) – Körperpflege (1)</p> <p>Aktivitäten/Fähigkeiten – Stellung zu Hause (1) – Stellung an der Arbeit (1) – Erholung und soziale Wertigkeit (1)</p> <p>Kommunikationskompetenz – Kommunikation (1)</p> <p><b>Ratings</b> Antwortmöglichkeiten persönliche Kompetenzen: 1 bis 6 Aktivitäten/Fähigkeiten: 1 bis 4 Kommunikationskompetenz: 1 bis 3</p> <p><b>Gesamt-Score</b> Nicht gewichtete Summe der Itemratings (Spannbreite: 10 bis 51). Höhere Scores bedeuten größere Abhängigkeit</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Interview mit Patienten</p>	<p>NA</p>	<p>NA</p>	<p>Version für einmalige Testung</p> <p>Version für mehrfache Testung</p>

NA = Nicht angegeben.

Es können keine Studien identifiziert werden, die die psychometrischen Eigenschaften der identifizierten Version untersuchen.

### 5.2.4 Functional Autonomy Measurement System

Das „Functional Autonomy Measurement System“ besteht aus insgesamt 29 Items. Es werden zusätzlich zu den Verrichtungen nach SGB XI die Regelung finanzieller Angelegenheiten, Medikamenteneinnahme, Benutzung von Transportmitteln, Telefonieren sowie diverse Aspekte der Kommunikation (z. B. Sprechen) und psychischen Funktionsfähigkeit (z. B. Orientierung) erfasst. Die Ratings stufen die Einschränkung in der Autonomie ein und reichen von 0 bis -3, wobei 0 vollständig autonom bedeutet und -3 vollständig abhängig. Zudem wird die Stabilität des Zustands eingestuft (abnehmend/zunehmend/gleichbleibend). Es gibt für einige Items die Möglichkeit zusätzlicher Angaben. Diese beziehen sich zumeist auf benötigte Hilfsmittel (z. B. Sondenernährung) oder Tageszeitpunkt (z. B. Inkontinenz Tag/Nacht). Die Erhebung wird durch Gesundheitsfachkräfte durchgeführt. Es ist nicht vorgesehen, einen Gesamt-Score der Pflegebedürftigkeit zu berechnen. Jedoch kann über eine logistische Regressionsgleichung der durchschnittliche Bedarf an Pflegefachkraftminuten am Tag kalkuliert werden. Neben dem hier beschriebenen Instrument gibt es noch eine ältere Version ohne das Rating von -0,5, das 1988 eingeführt wurde, um den (geringen) Pflegebedarf besser differenzieren zu können. Es gibt eine deutsche Version vom ursprünglich englischen Instrument. Die Beschreibung des Instruments findet sich in Tabelle 6.

**Tabelle 6: Beschreibung des Instruments „Functional Autonomy Measurement System“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 29</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktivitäten des täglichen Lebens (7)</li> <li>– Mobilität (6)</li> <li>– Kommunikation (3)</li> <li>– Psychische Funktionsfähigkeit (5)</li> <li>– Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (8)</li> </ul> <p><b>Ratings</b></p> <p>Grad der Autonomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Autonom (0)</li> <li>– Autonom aber mit Schwierigkeiten (-0,5)</li> <li>– Benötigt Anweisung oder Stimulation (-1)</li> <li>– Benötigt Unterstützung (-2)</li> <li>– Abhängig (-3)</li> </ul> <p>Stabilität (Änderung der Autonomie in den kommenden 3 bis 4 Wochen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Abnimmt</li> <li>– Zunimmt</li> <li>– Gleich bleibt oder nicht zutrifft</li> </ul> <p><b>Gesamt-Score</b> NA</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Interview durch eine Gesundheitsfachkraft (Pflegekraft oder Sozialarbeiter)</p>	<p>Logarithmus (Zeitbedarf an professioneller Pflege + 1) = 0,118 + [0,0213 X Fragebogenratings]</p>	<p>NA</p>	<p>Ursprüngliche Version 1988 (Ergänzung einer Zwischenstufe der Bewertung [-0,5])</p> <p>Deutsche Version</p>

NA = Nicht angegeben.

Es können zwei Studien zu psychometrischen Eigenschaften des aktuellen „Functional Autonomy Measurement System“ identifiziert werden (mit Zwischenrating -0,5)<sup>28, 29</sup>. Beide schließen ältere Menschen in verschiedenen Wohnarrangements ein. In der ersten Studie werden 146 (1983) Personen untersucht<sup>28</sup>. Die Interrater-Reliabilität (Gewichteter Kappa-Index [WKI]) des Gesamtinstruments beträgt 0,75 bei einer Spannbreite bezüglich der Dimensionen von 0,53 (Kommunikation) bis 0,76 (IADL). Die Kriteriumsvalidität, ermittelt über die Korrelation des Instruments mit dem Zeitbedarf für die Pflege, liegt bei 0,88 (Spannbreite nach Dimensionen: 0,58 bis 0,89) und kann somit als gut bezeichnet werden. Es dauert im Durchschnitt 42 Minuten, um den Fragebogen auszufüllen. Für 94 % der Befragungen wird weniger als eine Stunde benötigt.

Die zweite Studie untersucht insgesamt 90 Personen (2001)<sup>29</sup>. Die Test-Retest-Reliabilität beträgt für das gesamte Instrument 0,73 bei einer Spannbreite bezüglich der Dimensionen von 0,57 (psychische Funktionsstörungen) bis 0,74 (ADL und Mobilität). Die Übereinstimmung ist somit als gut einzustufen. Auch die interne Konsistenz (Intra-Klassenkorrelation) ist relativ hoch (gesamt = 0,95; Spannbreite nach Dimensionen: 0,78 bis 0,96). Die Kriteriumsvalidität, ermittelt über die Korrelation mit Pflegekosten, ist 0,57 für den ambulanten Pflegebereich und 0,70 für die Langzeitpflege. Die Konstruktvalidität wurde anhand von vier verschiedenen Instrumenten bestimmt. Sie ist bei allen relativ hoch. So liegt sie in einem Bereich von 0,88 (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis 84) bis 0,94 (Functional Independence Measure). Der modifizierte standardisierte Rückmeldungsmittelwert beträgt 14,5. Folglich können Änderungen erfasst werden, die ansonsten nicht aufgedeckt werden würden. Tabelle 7 zeigt die Übersicht der psychometrischen Eigenschaften des „Functional Autonomy Measurement System“.

**Tabelle 7: Psychometrische Eigenschaften des „Functional Autonomy Measurement System“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Hébert 1988 <sup>28</sup>	<b>Interrater-Reliabilität (innerhalb 24 Stunden von verschiedenen Gutachtern)</b> Aktivitäten des täglichen Lebens: WKI = 0,66  Mobilität: WKI = 0,74  Kommunikation: WKI = 0,53  Psychische Funktionsfähigkeit: WKI = 0,58  Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens: WKI = 0,76  Gesamt: WKI = 0,75	<b>Kriteriumsvalidität (Korrelation mit Zeitbedarf an Fachkraftpflege)</b>  Aktivitäten des täglichen Lebens: 0,89*  Mobilität: 0,83*  Kommunikation: 0,58*  Psychische Funktionsfähigkeit: 0,63*  Gesamtindex: 0,88*	NA	NA	Erhebungszeit im Durchschnitt: 42 Minuten  94 % der Evaluationen < 1 Stunden	NA

Tabelle 7: Psychometrische Eigenschaften des „Functional Autonomy Measurement System“ – Fortsetzung

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Hébert 2001 <sup>29</sup>	<p><b>Test-Retest-Reliabilität (Zweiwochenintervall, gleiche Pflegekraft)</b> Aktivitäten des täglichen Lebens: WKI = 0,74</p> <p>Mobilität: WKI = 0,74</p> <p>Kommunikation: WKI = 0,59</p> <p>Psychische Funktionsfähigkeit: WKI = 0,57</p> <p>Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens: WKI = 0,69</p> <p>Gesamt: WKI = 0,73</p> <p><b>Interne Konsistenz</b> Aktivitäten des täglichen Lebens: ICC = 0,96</p> <p>Mobilität: ICC = 0,91</p> <p>Kommunikation: ICC = 0,78</p> <p>Psychische Funktionsfähigkeit: ICC = 0,87</p> <p>Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens: ICC = 0,95</p> <p>Gesamt: ICC = 0,95</p>	<p><b>Konstruktvalidität</b> Functional Independence Measure: r = 0,94</p> <p>Barthel-Index: r = 0,92</p> <p><i>Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis 84:</i> r = 0,88</p> <p><i>Classification par type en milieux de soin prolongé:</i> r = 0,92</p> <p><b>Kriteriumsvalidität (Korrelation mit Kosten für Pflegedienstleistungen)</b> Ambulanter Pflegebereich: r<sup>2</sup> = 0,57</p> <p>Mittlerer Ressourcenverbrauch: r<sup>2</sup> = 0,22</p> <p>Langzeit Pflegeeinrichtungen: r<sup>2</sup> = 0,70</p>	MSRM: 14,5	NA	NA	NA

ICC = Intra-Klassen-Korrelation. MSRM = Modifizierter Standardisierter Rückmeldemittelwert NA = Nicht angegeben. WKI = Gewichteter Kappa-Index. \*Korrelation nicht näher bezeichnet.

## 5.2.5 Groningen Activity Restriction Scale

Die „Groningen Activity Restriction Scale“ umfasst 18 Items zu den Dimensionen ADL und IADL. Für jedes Item gibt es fünf Antwortkategorien, die den Grad der Selbständigkeit beurteilen und von „vollständig selbstständig ohne Schwierigkeiten“ (1) bis „kann nicht ausgeführt werden, nur mit vollständiger Unterstützung“ (5) reichen. Der Gesamt-Score ergibt sich aus der Aufsummierung der einzelnen Items, wobei die Ratings vier und fünf kombiniert werden, sodass sie jeweils mit einem Wert von vier in die Berechnung des Gesamt-Score eingehen. Der Gesamt-Score deckt daher einen Bereich von 0 bis 72 ab. Die Informationen werden mittels eines Interviews gewonnen. In Tabelle 8 findet sich die Beschreibung des Instruments.

**Tabelle 8: Beschreibung des Instruments „Groningen Activity Restriction Scale“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegemodell</b> NA  <b>Gesamtanzahl an Items</b> 18  <b>Dimensionen (Anzahl Items)</b> – Aktivitäten des täglichen Lebens (11) – Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (7)  <b>Ratings</b> 1. Vollständig selbstständig ohne Schwierigkeiten 2. Vollständig selbstständig mit ein wenig Schwierigkeiten 3. Vollständig selbstständig mit großen Schwierigkeiten 4. Nicht vollständig selbstständig, nur mit etwas Unterstützung 5. Kann nicht ausgeführt werden, nur mit vollständiger Unterstützung  <b>Gesamt-Score</b> Summen-Score (Spannbreite: 18 (nicht behindert) – 72 (behindert)). Die Ratings 4 und 5 werden zur Bildung des Summen-Score kombiniert  <b>Informationsgewinnung</b> Interview mit potenziell Pflegebedürftigem	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Es wird eine Studie zu psychometrischen Eigenschaften der „Groningen Activity Restriction Scale“ identifiziert<sup>69</sup>. In dieser werden 630 Patienten mit rheumatoider Arthritis eingeschlossen (1992). Die Konstruktvalidität der gesamten Skala, ermittelt über die Korrelation mit verschiedenen Fragebögen, liegt in einem Bereich von 0,25 bis 0,78. Für die ADL und IADL sind die entsprechenden Werte 0,26 bis 0,77 bzw. 0,21 bis 0,71 und somit als eher niedrig bis mäßig einzustufen. Die Korrelation zwischen den Summen- und den Faktoren-Scores (Faktorenanalyse) als Maß für die interne Konsistenz beträgt 0,99. Die Mokken-Skalenanalyse (Präzision) ergibt für die Gesamtskala einen Skalierbarkeitskoeffizienten von 0,47 (mittelmäßige bis starke Skala) und einen Reproduzierbarkeitskoeffizienten von 0,94 (hohe Reproduzierbarkeit). Die entsprechenden Werte der ADL sind 0,52 (starke Skala) und 0,90 (hohe

Reproduzierbarkeit), die der IADL 0,51 (starke Skala) und 0,89 (hohe Reproduzierbarkeit). Die psychometrischen Eigenschaften der „Groningen Activity Restriction Scale“ sind in Tabelle 9 ersichtlich.

**Tabelle 9: Psychometrische Eigenschaften des „Groningen Activity Restriction Scale“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Suurmeijer 1994 <sup>69</sup>	NA	<p><b>Konstrukt-validität</b> Physische Mobilitätsskala des Nottingham Health Profile: r = 0,78</p> <p>Karnofsky Physical Status Scale: r = 0,68</p> <p>Overall Evaluation of Health: r = 0,40</p> <p>Somatische Symptome Subskala des General Health Questionnaire: r = 0,25</p> <p><b>Konstrukt-validität</b> <i>(Aktivitäten des täglichen Lebens)</i> Physische Mobilitätsskala des Nottingham Health Profile: r = 0,77</p> <p>Karnofsky Physical Status Scale: r = 0,64</p> <p>Overall Evaluation of Health: r = -0,39</p> <p>d) Somatische Symptome Subskala des General Health Questionnaire: r = 0,26</p>	<p><b>Mokken-Skalenanalyse</b> CS = 0,47</p> <p>CS (Aktivitäten des täglichen Lebens) = 0,52</p> <p>CS (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) = 0,51</p> <p>CR = 0,94</p> <p>CR (Aktivitäten des täglichen Lebens) = 0,90</p> <p>CR (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) = 0,89</p>	NA	NA	NA

**Tabelle 9: Psychometrische Eigenschaften des „Groningen Activity Restriction Scale“ – Fortsetzung**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Suurmeijer 1994 <sup>69</sup> (Fortsetzung)		<b>Konstrukt- validität</b> <i>(instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens)</i> Physische Mobilitätsskala des Notting- ham Health Profile: $r = 0,71$  Karnofsky Physical Status Scale: $r = 0,66$  Overall Evalu- ation of Health: $r = -0,37$  Somatische Symptome Subskala des General Health Questionnaire: $r = 0,21$  <b>Interne Konsistenz</b> <i>(Korrelation zwischen Summen- und Faktoren- Scores [Fakto- renanalyse])</i> $r = 0,99$				

CR = Reproduzierbarkeitskoeffizient. CS = Skalierbarkeitskoeffizient. NA = Nicht angegeben.

### 5.2.6 Health Assessment Questionnaire-Disability Index

Der „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“ ist ein Teil des „Health Assessment Questionnaire“. Er setzt sich aus insgesamt 20 Items zusammen. Neben den vorausgesetzten Verrichtungen nach SGB XI wird die Fähigkeit Gegenstände zu greifen abgefragt (z. B. Gläser mit Schraubverschluss öffnen). Jedes Item wird auf einer Skala von 0 bis 3 bewertet. Niedrigere Werte bedeuten eine bessere Funktionsfähigkeit. Zur Berechnung des Gesamt-Score wird die schlechteste Bewertung (d. h. höchster Wert) des Items der jeweiligen Dimension aufsummiert. Die Summe wird durch die Anzahl an Dimensionen dividiert, sodass sich ein Wert zwischen 0 und 3 ergibt. Die Einschätzungen werden vom Patienten selbst abgegeben. Tabelle 10 beschreibt den „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“.

**Tabelle 10: Beschreibung des Instruments „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 20</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anziehen und Körperpflege (2)</li> <li>– Aufstehen (2)</li> <li>– Essen (3)</li> <li>– Laufen (2)</li> <li>– Hygiene (3)</li> <li>– Erreichen von Gegenständen (2)</li> <li>– Greifen (3)</li> <li>– Aktivität (3)</li> </ul> <p><b>Ratings</b> Jedes Item wird auf einer Skala von 0 bis 3 bewertet. Geringere Werte bedeuten eine bessere Funktionsfähigkeit.</p> <p><b>Gesamt-Score</b> Schlechteste Itembewertung jeder Dimension wird aufsummiert und dividiert durch die Gesamtanzahl an Dimensionen. Hieraus ergibt sich ein Gesamt-Score von 0 bis 3.</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Selbsteinschätzung</p>	NA	NA	Deutsche Version

NA = Nicht angegeben.

Es wird eine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“ identifiziert<sup>83</sup>. Diese schließt erwachsene Patienten mit akuten Symptomen von Gelenkentzündungen ein, die in einem Akutkrankenhaus behandelt werden. Die interne Konsistenz ist mit einem CA von 0,93 und einer Korrelation der Einzelitems von 0,68 bis 0,86 relativ hoch. Die Konstruktvalidität, ermittelt anhand der Korrelation (Pearson’s Rho) mit dem Barthel-Index und dem Funktionsfragebogen Hannover, beträgt -0,67 bzw. -0,87. 15 Items weisen Bodeneffekte auf (> 25 % der Befragten). Bei zwei Items scheinen Deckeneffekte zu bestehen (< 25 % der Befragten). Die Spannweite der Antworthäufigkeiten liegt in einem Bereich zwischen 6,2 % und 43,3 % (Bodeneffekt) bzw. zwischen 1,0 % und 41,2 % (Deckeneffekt). Die psychometrischen Eigenschaften des „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“ stellt Tabelle 11 dar.

**Tabelle 11: Psychometrische Eigenschaften des „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Zochling 2007 <sup>83</sup>	<p><b>Interne Konsistenz</b> CA = 0,93</p> <p>Spannbreite der Itemkorrelation = 0,68 bis 0,86</p>	<p><b>Konstruktvalidität</b> Funktionsfragebogen Hannover: RP = -0,87</p> <p>Barthel-Index: RP = -0,67</p>	<p><b>Bodeneffekte</b> Spannbreite der Antworthäufigkeiten = 6,2 % bis 43,3 %</p> <p>15 Items mit Bodeneffekten (&gt; 25 %)</p>	NA	NA	NA

**Tabelle 11: Psychometrische Eigenschaften des „Health Assessment Questionnaire-Disability Index“ – Fortsetzung**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Zochling 2007 <sup>83</sup> (Fortsetzung)			<b>Deckeneffekte</b> Spannweite der Antworthäufigkeiten = 1,0 % bis 41,2 %  2 Items mit Deckeneffekten (< 25 %)  <b>Änderungs-korrelationen</b> Patienten, die die Frage mit „ja“ beantworteten, ob ihr Rheuma besser geworden ist, hatten eine Verbesserung des Gesamt-Score nach 12 Monaten von 0,72			

CA = Cronbach's Alpha. NA = Nicht angegeben. RP = Pearson's Rho.

### 5.2.7 Hierarchical ADL-IADL Scale

Die „Hierarchical ADL-IADL Scale“ besteht aus 18 Items, die den Dimensionen ADL und IADL zugeordnet sind. Es gibt für jedes Item drei Antwortmöglichkeiten (unabhängig ohne Schwierigkeiten/unabhängig mit einigen Schwierigkeiten/abhängig von anderen oder auf Anweisungen anderer angewiesen). Hieraus wird ein Summen-Score ermittelt (Spannbreite: 18 bis 54). Die Items werden von einem Interviewer abgefragt. Tabelle 12 zeigt die Beschreibung des Instruments.

**Tabelle 12: Beschreibung des Instruments „Hierarchical ADL-IADL Scale“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegemodell</b> NA  <b>Gesamtanzahl an Items</b> 18  <b>Dimensionen (Anzahl Items)</b> – ADL (11) – IADL (7)  <b>Ratings</b> 1. Unabhängig ohne Schwierigkeiten 2. Unabhängig mit einigen Schwierigkeiten 3. Abhängig von anderen oder auf Anweisungen anderer angewiesen für die Ausführung einer Aktivität  <b>Gesamt-Score</b> 18 bis 54  <b>Informationsgewinnung</b> Interview mit zu Begutachtendem	NA	NA	NA

ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens. IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. NA = Nicht angegeben.

Es kann eine Studie identifiziert werden, die die psychometrischen Eigenschaften der „Hierarchical ADL-IADL Scale“ untersucht<sup>37</sup>. Diese schließt 101 Personen ein, die mindestens 60 Jahre alt und nicht institutionalisiert sind oder bereits professionelle Pflege in Anspruch nehmen oder in einer Pflegeeinrichtung leben. Die Befragung wird bei den Patienten zu Hause vorgenommen. Die interne Konsistenz kann als hoch bezeichnet werden. CA beträgt für die Gesamtskala 0,94, für die Unterskala ADL 0,92 und für die Unterskala IADL 0,89. Die Spannbreite der Kuder-Richarson-20-Statistik ist für die Gesamtskala 0,91 bis 0,94, für die Unterskala ADL 0,88 bis 0,92 und für die Unterskala IADL 0,86 bis 0,87. Die Spannbreite (in Abhängigkeit von der Skalierung) des Skalierungskoeffizienten in der Guttman-Skalierung liegt zwischen 0,63 und 0,66 für die Gesamtskala (ADL: 0,71 bis 0,73; IADL: 0,78 bis 0,84). Die Spannbreite (in Abhängigkeit von der Skalierung) des Reproduzierbarkeitskoeffizienten in der Guttman-Skalierung liegt zwischen 0,90 und 0,91 für die Gesamtskala (ADL: 0,90 bis 0,95; IADL: 0,93 bis 0,96). Der Skalierungskoeffizient der Mokken-Skalenanalyse beträgt 0,65 für die Gesamtskala, 0,69 für die Unterskala ADL und 0,70 für die Unterskala IADL. Die entsprechenden Reproduzierbarkeitskoeffizienten sind 0,96, 0,95 und 0,93. Auch die Präzision kann somit als gut eingestuft werden. Die durchschnittliche Erhebungsdauer beläuft sich auf zweieinhalb Stunden. Tabelle 13 zeigt die psychometrischen Eigenschaften der „Hierarchical ADL-IADL Scale“.

**Tabelle 13: Psychometrische Eigenschaften des „Hierarchical ADL-IADL Scale“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Kempen 1990 <sup>37</sup>	NA	<p><b>Interne Konsistenz (Faktoren-analyse)</b></p> <p>Gesamt: CA = 0,94</p> <p>ADL : CA = 0,92</p> <p>IADL: CA = 0,89</p> <p>Gesamt: KR-20 (Spann-breite) = 0,91 bis 0,94</p> <p>ADL: KR-20 (Spann-breite) = 0,88 bis 0,92</p> <p>IADL: KR-20 (Spann-breite) = 0,86 bis 0,87</p>	<p><b>Guttman-Skalierung</b></p> <p>CR (Spann-breite) = 0,90 bis 0,91</p> <p>CS (Spann-breite) = 0,63 bis 0,66</p> <p><b>Guttman-Skalierung (ADL)</b></p> <p>CR (Spann-breite) = 0,90 bis 0,95</p> <p>CS (Spann-breite) = 0,71 bis 0,73</p> <p><b>Guttman-Skalierung (IADL)</b></p> <p>CR (Spann-breite) = 0,93 bis 0,96</p> <p>CS (Spann-breite) = 0,78 bis 0,84</p> <p><b>Mokken-Skalenanalyse</b></p> <p>CS = 0,65</p> <p>CR = 0,96</p>	NA	Erhebungs-dauer rund 2,5 Stunden	NA

**Tabelle 13: Psychometrische Eigenschaften des „Hierarchical ADL-IADL Scale“ – Fortsetzung**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Kempen 1990 <sup>37</sup> (Fortsetzung)			<b>Mokken-Skalenanalyse (ADL)</b> CS = 0,69  CR = 0,95  <b>Mokken-Skalenanalyse (ADL)</b> CS = 0,70  CR = 0,93			

ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens. CA = Cronbach's Alpha. CR = Reproduzierbarkeitskoeffizient. CS = Skalierbarkeitskoeffizient. IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. NA = Nicht angegeben. KR-20 = Kuder-Richardson-20-Statistik.

### 5.2.8 Kurzsкала zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung

Die „Kurzsкала zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“ umfasst 18 Items. Zusätzlich zu den vier Verrichtungen nach SGB XI, werden die drei Dimensionen Medikamenteneinnahme, Telefonieren und Eigen-/Fremdgefährdung berücksichtigt. Für jedes Item sind drei Angaben notwendig: die benötigte Hilfestellung, die derzeitige Inanspruchnahme von Hilfe und durch wen die Hilfe geleistet wird. Für die benötigte Hilfestellung wird zunächst erhoben, ob Hilfestellung benötigt wird (Hilfe nötig/nicht nötig). Falls Hilfe nötig ist, werden die erforderliche Mindestdauer (mehr als sechs Monate/weniger) und die erforderliche Häufigkeit („einmal wöchentlich oder weniger“ bis zu „Tag und Nacht“) für das jeweilige Item erfragt. Bei der derzeitigen Inanspruchnahme wird beurteilt, inwieweit der Bedarf sichergestellt ist (Hilfe ist nicht sichergestellt/Hilfe ist fraglich sichergestellt/Hilfe ist sichergestellt). Es können zwei Gesamt-Scores ermittelt werden: zum einen ein Summen-Score der Punktwerte, zum anderen kategoriale Zuordnungen beruhend auf den gesetzlichen Pflegestufen. Mit dem Summen-Score werden das Ausmaß des aktuellen Hilfebedarfs (0 bis 18), das Ausmaß des andauernden Hilfebedarfs (0 bis 18), die Intensität des aktuellen Hilfebedarfs (0 bis 90) und die Intensität des andauernden Hilfebedarfs (0 bis 90) bewertet. Der kategoriale Score differenziert vier Kategorien (Pflegestufe III, Pflegestufe II, Pflegestufe I, keine erhebliche Pflegebedürftigkeit), der entsprechend der Definitionen nach SGB XI ermittelt werden, d. h. entsprechend bestimmter Konstellationen von Bereich, Dauer und Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit. Zur Erhebung der Items befragt ein Interviewer den potenziell Pflegebedürftigen. Sollten Selbstauskünfte des Untersuchten nicht möglich sein, werden die Informationen über eine Pflege- bzw. Betreuungsperson erhoben. Die Beschreibung der „Kurzsкала zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“ ist in Tabelle 14 ersichtlich.

**Tabelle 14: Beschreibung des „Kurzsкала zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“**

Beschreibung	Pflegeaufwand/ Pflegeleistungs- bedarf	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegekonzept</b> NA  <b>Gesamtanzahl an Items</b> 18  <b>Inhaltliche Reichweite (Items)</b> – Körperpflege (3) – Ernährung (2) – Mobilität (6) – Hauswirtschaftliche Versorgung (4) – Medikamente (1) – Telefonieren (1) – Hilfe wegen Eigen- und Fremdgefährdung (1)	NA	NA	NA

**Tabelle 14: Beschreibung des „Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“  
– Fortsetzung**

Beschreibung	Pflegeaufwand/ Pflegeleistungs- bedarf	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Ratings</b> 3 Bewertungen für jedes Item zur Ermittlung des benötigten Pflegebedarfs: – Hilfestellung (Hilfe nötig/nicht nötig), die voraussichtliche Mindestdauer (mehr als 6 Monate/weniger) und die erforderliche Häufigkeit einer Hilfestellung („einmal wöchentlich oder weniger“ bis zu „Tag und Nacht“) – Inanspruchnahme von Hilfe (3 Kategorien): Hilfe ist nicht sichergestellt, Hilfe ist fraglich sichergestellt, Hilfe ist sichergestellt – Vorrangige Hilfestellung durch: Lebenspartner, sonstige Angehörige, informelle Helfer, Fachkräfte, andere Helfer</p> <p><b>Gesamt-Score</b> – Summen-Scores: Ausmaß des aktuellen Hilfebedarfs (0 bis 18), Ausmaß des andauernden Hilfebedarfs (0 bis 18), Intensität des aktuellen Hilfebedarfs (0 bis 90), Intensität des andauernden Hilfebedarfs (0 bis 90) – Kategoriale Zuordnung mittels Algorithmus entsprechend SGB XI (4 Kategorien): Pflegestufe III, Pflegestufe II, Pflegestufe I, keine erhebliche Pflegebedürftigkeit</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Interviewer befragt potenziell Pflegebedürftigen. Sollten Selbstauskünfte des Untersuchten nicht möglich sein, werden die Informationen über eine Pflegeperson bzw. Betreuungsperson erhoben.</p>			

NA = Nicht angegeben. SGB = Sozialgesetzbuch.

Es kann eine Studie, die die psychometrischen Eigenschaften der „Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“ untersucht, identifiziert werden<sup>42</sup>. Die Interrater-Reliabilität des Instruments ist sehr gut. Der Kappa-Index (KI) für die Übereinstimmung des Interviewers und eines Beobachters ist für alle Skalen größer 0,8. Die Übereinstimmung bei dem Summen-Score ist für alle Skalen mindestens 0,998. Auch die interne Konsistenz ist mit einem CA von 0,92 als sehr hoch zu beurteilen. Die Spannweite der Antworthäufigkeiten für die benötigte Hilfestellung liegt in einem Bereich zwischen 10,9 % und 16,0 %. Die Spannweite der Antworthäufigkeiten für das niedrigste Rating der Inanspruchnahme von Hilfe (Bodeneffekt) reicht von 0 bis 2,1 %. Die Spannweite der Antworthäufigkeiten für das höchste Rating der Inanspruchnahme von Hilfe (Deckeneffekt) reicht von 91,1 bis 100 %. Diese Werte weisen auf Decken- bzw. Bodeneffekte bei der Inanspruchnahme von Hilfe hin. Die psychometrischen Eigenschaften der „Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“ sind in Tabelle 15 dargestellt.

**Tabelle 15: Psychometrische Eigenschaften der „Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Präzision	Interpretierbarkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Linden 1998 <sup>42</sup>	<p><b>Interrater-Reliabilität der Items (Interviewer und Beobachter)</b> Hilfestellung: KI = 0,99</p> <p>Dauer der benötigten Hilfestellung: KI = 1</p> <p>Häufigkeit der Hilfestellung: KI = 0,88 Inanspruchnahme von Hilfe: KI = 0,82</p> <p>Vorrangige Hilfestellung leistende Person/en: 0,91*</p> <p><b>Interrater-Reliabilität der Summen-Score (Interviewer und Beobachter)</b> Ausmaß des aktuellen Hilfebedarfs: r = 0,999</p> <p>Ausmaß des andauernden Hilfebedarfs: r = 1</p> <p>Intensität des aktuellen Hilfebedarfs: r = 0,998</p> <p>Intensität des andauernden Hilfebedarfs: r = 0,999</p> <p><b>Interne Konsistenz</b> CA = 0,92</p>	NA	<p><b>Decken-/ Bodeneffekte</b> Wird Hilfestellung benötigt: Spannbreite der Antworthäufigkeiten = 10,9 bis 16,0</p> <p>Inanspruchnahme von Hilfe (Bodeneffekt): Spannbreite der Antworthäufigkeiten = 0 bis 2,1 %</p> <p>Inanspruchnahme von Hilfe (Deckeneffekt): Spannbreite der Antworthäufigkeiten = 91,1 bis 100 %</p>	NA	NA	Durchschnittliche Erhebungsdauer: 5 bis 10 Minuten	NA

CA = Cronbach's Alpha. KI = Kappa-Index. NA = Nicht angegeben.

\* Korrelation nicht näher bezeichnet.

### 5.2.9 Level of Rehabilitation Scale

Die „Level of Rehabilitation Scale“ umfasst insgesamt 47 Items. Neben den Verrichtungen nach SGB XI werden noch 15 Items zu kognitiven Fähigkeiten (z. B. zeitliche Orientierung) und fünf Items zur sozialen Interaktion (z. B. Teilnahme an Spielen) erfasst. Alle Items werden anhand einer fünfstufigen Skala bewertet („Patient will oder kann die Aktivität nicht ausführen“ bis „Patient kann die Aktivität normal ausführen“). Die Items werden von einem Gutachter erhoben. Es gibt noch weitere Versionen der „Level of Rehabilitation Scale“. Diese erfassen allerdings nicht alle Verrichtungen nach SGB XI. Die Beschreibung der „Level of Rehabilitation Scale“ findet sich in Tabelle 16.

**Tabelle 16: Beschreibung des Instruments „Level of Rehabilitation Scale“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegemodell</b> NA  <b>Gesamtanzahl an Items</b> 47  <b>Dimensionen (Anzahl Items)</b> – Aktivitäten des täglichen Lebens (14) – Kognition (15) – Häusliche Aktivitäten (6) – Außerhäusliche Aktivitäten (7) – Soziale Interaktion (5)  <b>Ratings</b> 0. Patient will oder kann die Aktivität nicht ausführen 1. Patient braucht körperliche Unterstützung zur Ausführung der Aktivität 2. Patient kann die Aktivität ausführen aber Hilfestellung durch dabei sein scheint sinnvoll 3. Patient kann die Aktivität durchführen, wenn spezielle Hilfsmittel verfügbar sind 4. Patient kann die Aktivität normal ausführen  <b>Gesamt-Score</b> NA  <b>Informationsgewinnung</b> Durch einen Gutachter	NA	NA	Die Überarbeitungen LORS-II und LORS-III erfassen nicht alle Teilaspekte der Pflegebedürftigkeit.

LORS = Level of Rehabilitation Scale. NA = Nicht angegeben.

Es können keine Studien zu psychometrischen Eigenschaften der „Level of Rehabilitation Scale“ identifiziert werden.

### 5.2.10 Life Habits Assessment

Das „Life Habits Assessment“ besteht aus 248 Items. Diese sind 32 Dimensionen zugeordnet. Zusätzlich zu den Verrichtungen nach SGB XI werden zahlreiche andere Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst, wie beispielsweise aus dem Bereich administrativer Aufgaben (z. B. Finanzen regeln), sozialer Teilhabe (z. B. Kunst und Kultur), Kommunikation (z. B. Telekommunikation), Schlafen oder geistige und körperliche Fitness. Jedes der Items wird auf einer Skala von 0 bis 9 bewertet. In die Bewertung gehen der Grad der Fähigkeiten und die Art der benötigten Hilfestellung ein. Zusätzlich wird die Zufriedenheit der Betroffenen mit dem aktuellen Zustand für jedes Item angegeben. Der (gewichtete)

Gesamt-Score errechnet sich anhand einer vorgegebenen Formel. Zur Informationsgewinnung können die Betroffenen, Angehörige und/oder Gesundheitsprofessionelle befragt werden. Die Beschreibung des „Life Habits Assessment“ zeigt Tabelle 17.

**Tabelle 17: Beschreibung des Instruments des „Life Habits Assessment“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 248</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ernährung ( 2)</li> <li>– Mahlzeiten zubereiten (11)</li> <li>– Mahlzeiten zu sich nehmen (4)</li> <li>– Schlafen (4)</li> <li>– Physische Fitness (2)</li> <li>– Psychische Gesundheit (3)</li> <li>– Persönliche Körperpflege (12)</li> <li>– Ausscheidungen (7)</li> <li>– Anziehen (8)</li> <li>– Gesundheitsversorgung (6)</li> <li>– Orale und Zeichensprache (5)</li> <li>– Schriftliche Kommunikation (3)</li> <li>– Telekommunikation (6)</li> <li>– Aktivitäten zu Hause (3)</li> <li>– Haushaltsführung (19)</li> <li>– Möbel und Haushaltseinrichtungen (18)</li> <li>– Kurze Distanzen zurücklegen (6)</li> <li>– Transportmittel benutzen (12)</li> <li>– Finanzielle Verantwortung (7)</li> <li>– Bürgerliche Verantwortung (6)</li> <li>– Familiäre Verantwortung (12)</li> <li>– Interpersonelle sexuelle Beziehungen (1)</li> <li>– Interpersonelle gefühlsbezogene Beziehung (6)</li> <li>– Soziale Kontakte (7)</li> <li>– Konsum von Gütern und Dienstleistungen (13)</li> <li>– Ehrenamtliche Tätigkeiten (5)</li> <li>– Bildung (13)</li> <li>– Arbeitssuchend (4)</li> <li>– Bezahlte Arbeit (3)</li> <li>– Freiwillige Arbeit (5)</li> <li>– Sport und Spiele (17)</li> <li>– Kunst und Kultur (10)</li> </ul> <p><b>Ratings</b> Jedes Item wird von 0 bis 9 bewertet. Die Bewertung hängt von dem Grad der Fähigkeiten und Art der Hilfestellung ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Grad der Fähigkeiten: keine/mit Schwierigkeit, Durchführung durch einen Vertreter/kann nicht durchgeführt werden/nicht anwendbar</li> <li>– Art der Hilfestellung: keine Hilfestellung, Hilfsmittel, Adaption, menschliche Hilfestellung</li> </ul>	NA	NA	NA

**Tabelle 17: Beschreibung des Instruments des „Life Habits Assessment“ – Fortsetzung**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Gesamt-Score</b> Gewichteter Score = (Summen-Score jeder Dimension x 10) ÷ (Anzahl anwendbarer Items x 9)			
<b>Informationsgewinnung</b> Interview mit betroffenen Personen, Angehörigen oder Gesundheitsprofessionellen			

NA = Nicht angegeben.

Es kann keine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Life Habits Assessment“ identifiziert werden.

### 5.2.11 MDK-Begutachtungsverfahren (Teilelement Pflegebedürftigkeit und Härtefall)

Das Teilelement Pflegebedürftigkeit des „MDK-Begutachtungsverfahrens“ umfasst 49 Items. Hiervon dienen 36 der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Es werden zur Härtefallbewertung 13 Zusatzitems verwendet, falls das Screening auf Vorliegen eines Härtefalls positiv ausfällt. Die Items zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit decken die Verrichtungen nach SGB XI ab. Die Items zur Härtefallbewertung ermöglichen zusätzlich die Erfassung von psychopathologischen Störungen. Zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sind für jedes Item drei Ratings notwendig: die Form der Hilfe, die Häufigkeit pro Woche und die benötigte Dauer. Für die Items des Härtefalls wird nur beurteilt, ob psychopathologische Störungen vorliegen, oder nicht (ja-/nein-Antwort). Auf Grundlage der Bewertungen sind fünf Einstufungen möglich. Die Pflegestufen I bis III, Härtefall und Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe I. Die Einordnung zu der jeweiligen Pflegestufe richtet sich nach bestimmten Kombinationen der beschriebenen Ratings (siehe Tabelle 18). Zur Erhebung befragt ein Gutachter die Antragsteller. Die Antragsteller können eine dritte Person mit hinzuziehen. Mit Einwilligung der Antragsteller können auch pflegende Angehörige, Lebenspartner oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Antragstellers beteiligt sind, befragt werden. Die Beschreibung des „MDK-Begutachtungsverfahrens“ zeigt Tabelle 18.

**Tabelle 18: Beschreibung des Instruments „MDK-Begutachtungsverfahren (Teilelement Pflegebedürftigkeit und Härtefall)“**

Beschreibung	Pflegeaufwand/ Pflegeleistungsbedarf	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegekonzept</b> NA	NA	NA	NA
<b>Gesamtanzahl an Items</b> 49			
<b>Inhaltliche Reichweite (Items)</b> Pflegebedürftigkeit – Körperpflege (17) – Ernährung (3) – Mobilität (10) – Hauswirtschaftliche Versorgung (6) Härtefall – Psychopathologische Befunde (13)			

**Tabelle 18: Beschreibung des Instruments „MDK-Begutachtungsverfahren (Teilelement Pflegebedürftigkeit und Härtefall)“ – Fortsetzung**

Beschreibung	Pflegeaufwand/ Pflegeleistungs- bedarf	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Ratings</b> Pflegebedürftigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Jedes Item wird bewertet mit: Form der Hilfe (Unterstützung, teilweise Übernahme, vollständige Übernahme, Beaufsichtigung, Anleitung, kein Hilfebedarf), Häufigkeit pro Woche, Zeitaufwand am Tag</li> </ul> <p>Härtefall</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Items werden mit ja/nein beantwortet (liegt vor/liegt nicht vor)</li> </ul> <p><b>Gesamt-Score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Eine Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe I ist dann auszuweisen, wenn der Antragsteller einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung aufweist, dieser aber nicht das für die Zuordnung zu Pflegestufe I erforderliche Maß erreicht. Liegt kein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege vor, ist die Frage mit „nein“ zu beantworten</li> <li>1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen</li> <li>2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen</li> <li>3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen</li> <li>– Härtefall: Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens 6 Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen</li> </ul>			

**Tabelle 18: Beschreibung des Instruments „MDK-Begutachtungsverfahren (Teilelement Pflegebedürftigkeit und Härtefall)“ – Fortsetzung**

Beschreibung	Pflegeaufwand/ Pflegeleistungs- bedarf	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Gesamt-Score</b> (Fortsetzung) oder die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege des Nachts durch mehrere Pflegekräfte erfordert, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer Pflegefachkraft mindestens eine weitere Pflegeperson, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige), tätig werden muss</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Hausbesuch durch einen Gutachter der Antragsteller befragt. Der Antragsteller hat das Recht, sich während des Besuchs des Beistandes einer dritten Person zu bedienen. Mit Einverständnis des Antragstellers sollen auch pflegende Angehörige, Lebenspartner oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Antragstellers beteiligt sind, befragt werden.</p>			

NA = Nicht angegeben.

Es kann keine Studie identifiziert werden, die die psychometrischen Eigenschaften des aktuellen „MDK-Begutachtungsverfahrens“ untersucht.

### 5.2.12 Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0)

Das „Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0)“ besteht aus 71 Items. Diese sind in 16 Dimensionen untergliedert. Die Dimension physische Funktionsfähigkeit ist weiter unterteilt in ADL und IADL. Sämtliche Verrichtungen nach SGB XI sind hierin und in den drei Items zur Kontinenz enthalten. Somit gehen alle weiteren 14 Dimensionen über eine Pflegebedarf nach SGB XI hinaus. Die anderen Items dienen primär der Einschätzung medizinischer (z. B. Hautzustand, Medikamente), psychischer (z. B. Kognition) und sozialer Aspekte (z. B. Kommunikation, soziale Teilhabe) der Pflege. Für die Ratings kommen verschiedenstufige Skalen, offene Fragen, Zeitangaben usw. zum Einsatz. Das heißt, es werden verschiedene standardisierte Itemratings angewendet. Es ist für das Instrument keine Bildung eines Gesamt-Score vorgesehen. Die Erhebung erfolgt durch ein Interview mit dem zu Begutachtenden. Es gibt eine chinesische Version des Instruments<sup>15</sup>. Tabelle 19 zeigt die Beschreibung des „Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0)“.

Tabelle 19: Beschreibung des Instruments „Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0)“

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegemodell</b> NA  <b>Gesamtanzahl an Items</b> 71  <b>Dimensionen (Items)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kognition (3)</li> <li>– Kommunikation und Gehör (4)</li> <li>– Sehkraft (3)</li> <li>– Stimmung und Verhalten (4)</li> <li>– Soziale Funktionsfähigkeit/Teilhabe (3)</li> <li>– Informelle Unterstützung (3)</li> <li>– Physische Funktionsfähigkeit (7)</li> <li>– Kontinenz (3)</li> <li>– Erkrankungen/Diagnosen (2)</li> <li>– Allgemeinzustand und präventive Gesundheitsmessung (9)</li> <li>– Ernährungs-/Hydrationszustand (3)</li> <li>– Zahnzustand/Orale Gesundheit (1)</li> <li>– Hautzustand (5)</li> <li>– Umgebungsbeurteilung (2)</li> <li>– Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen (7)</li> <li>– Medikamente (5)</li> </ul> <b>Ratings</b> In Abhängigkeit vom Item. Verschiedenstufige Skalen, offene Fragen, Zeitangaben, Häufigkeitsangaben usw.  <b>Gesamt-Score</b> NA  <b>Informationsgewinnung</b> Interview mit zu Begutachtendem	NA	NA	Chinesische Version

NA = Nicht angegeben.

Es kann keine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0)“ identifiziert werden.

### 5.2.13 Modifizierter Barthel-Index nach Zimmer

Der „Modifizierte Barthel-Index nach Zimmer“ setzt sich aus 15 Items zusammen, die auf dem Barthel-Index beruhen. Die Items werden jeweils auf einer Skala von 1 bis 4 bewertet, wobei die Formulierung der Antwortkategorien für jedes Item anders ist. Die Bildung eines Gesamt-Score ist nicht vorgesehen. Die Information wird über eine Fremdbegutachtung gewonnen. Die Beschreibung des „Modifizierten Barthel-Index nach Zimmer“ findet sich in Tabelle 20.

**Tabelle 20: Beschreibung des Instruments des „Modifizierter Barthel-Index nach Zimmer“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegemodell</b> NA  <b>Gesamtanzahl an Items</b> 15  <b>Dimensionen (Anzahl Items):</b> – Essen (1) – Treppensteigen (1) – Draußen laufen (1) – Anziehen (1) – Hören (1) – Stuhlkontrolle (1) – Wachen(1) – Laufen (1) – Einkaufen (1) – Blasenkontrolle (1) – Rollstuhl (1) – Toilettenbenutzung (1) – Baden/Duschen (1) – Sehen (1) – Stürze (1)  <b>Ratings</b> Vier verschiedene Kategorien. Itemspezifische Fragenformulierung (z. B. vollständig unabhängig, hilfebedürftig, abhängig)  <b>Gesamt-Score</b> Nein  <b>Informationsgewinnung</b> Fremdbegutachtung	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Es kann eine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Modifizierten Barthel-Index nach Zimmer“ identifiziert werden<sup>82</sup>. In dieser werden die psychometrischen Eigenschaften des Instruments anhand von 66 im Pflegeheim lebenden älteren Menschen untersucht. Der KI als Maß für die Interrater-Reliabilität liegt für die verschiedenen Items in einem Bereich zwischen 0,37 (Sehen) und 1,00 (Stürze), d. h. die Übereinstimmung reicht von leicht bis sehr gut. Der überwiegende Teil der Items weist eine mittelmäßige Übereinstimmung auf. Das höchste Rating wird je nach Item mit Werten von 37,1 bis 98,4 % der der Probanden angegeben (Deckeneffekte). Das niedrigste Rating liegt zwischen 0 und 51,6 % (Bodeneffekte). Die psychometrischen Eigenschaften des „Modifizierten Barthel-Index nach Zimmer“ sind in Tabelle 21 ersichtlich.

Tabelle 21: Psychometrische Eigenschaften des „Modifizierter Barthel-Index nach Zimmer“

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Zimmer 1996 <sup>82</sup>	<b>Interrater-Reliabilität</b> Essen: KI = 0,87  Treppensteigen: KI = 0,76  Draußen Laufen: KI = 0,72  Anziehen: KI = 0,69  Hören: KI = 0,62  Stuhlkontrolle: KI = 0,61  Waschen: KI = 0,60  Laufen: KI = 0,58  Einkaufen: KI = 0,58  Blasenkontrolle: KI = 0,54  Rollstuhl: KI = 0,52  Toilettenbenutzung: KI = 0,50  Baden/Duschen: KI = 0,50  Sehen: KI = 0,37  Stürze: KI = 1		<b>Deckeneffekte</b> Spannbreite der Antworthäufigkeiten = 37,1 bis 98,4 <b>Bodeneffekte</b> Spannbreite der Antworthäufigkeiten = 0,0 bis 51,6	NA	NA	NA

KI = Kappa-Index. NA = Nicht angegeben.

### 5.2.14 Multilevel Assessment Instrument (full length version)

Das „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“ umfasst 136 Items unterteilt in sieben Dimensionen. Es werden zusätzlich zu den vorausgesetzten Dimensionen weitere Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst. Diese betreffen vor allem medizinische und soziale Aspekte sowie kognitive Defizite, die den Grad der Pflegebedürftigkeit beeinflussen. Die Skala für die Ratings der Items ist abhängig vom jeweiligen Item. Die Skalen haben zwischen zwei und acht Stufen. Es können Summen-Scores für die einzelnen Dimensionen und Unter-Scores innerhalb der Dimensionen (Sub-

Indizes) ermittelt werden, jedoch kein Gesamt-Score, in den die Bewertung aller Items eingeht. Die Fragen werden dem zu Begutachtenden gestellt oder alternativ werden Personen befragt, die den zu Begutachtenden sehr gut kennen, falls dieser nicht fähig ist selbst zu antworten. Neben der beschriebenen Version gibt es eine Version mittlerer Länge und eine kurze Version des Instruments. Tabelle 22 zeigt die Beschreibung des „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“.

**Tabelle 22: Beschreibung des MAI (full length version)**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 136</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b>                      – Physische Gesundheit (32)                      – Kognition (15)                      – Aktivitäten des täglichen Lebens (16)                      – Zeitaufwand (19)                      – Umgebung (24)                      – Individuelle Anpassung (14)                      – Soziale Interaktion (16)</p> <p><b>Ratings</b>                      Anzahl an Kategorien in Abhängigkeit vom Item (Spannbreite: 2 bis 8)</p> <p><b>Gesamt-Score</b>                      Summenindex für jede Dimension und Sub-Indizes innerhalb der Dimensionen</p> <p><b>Informationsgewinnung</b>                      Interview mit dem zu Begutachtenden oder einem Informanten (Person, die den zu Begutachtenden sehr gut kennt), wenn der zu Begutachtende nicht selbständig fähig ist zu antworten.</p>	NA	NA	<p>Full length MAI (computer based)</p> <p>Mid length MAI (computer based)</p> <p>Short MAI (computer based)</p>

MAI = Multilevel Assessment Instrument. NA = Nicht angegeben.

Es kann eine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“ identifiziert werden<sup>39</sup>. In diese Studie wurden 426 unabhängige Pflegeheimbewohner, 99 ambulant Gepflegte und 65 Probanden, die auf einen institutionellen Pflegeplatz warten, eingeschlossen. Die Interrater-Reliabilität kann als mäßig angesehen werden. Die mediane Intra-Klassen-Korrelation beträgt für den Vergleich der Interviewer mit den Wohnungsverwaltern 0,51 und für Interviewer und Kliniker 0,60. Bei den Interviewern und Korrekturlesern deckt sie einen Bereich zwischen 0,58 und 0,88 ab. Die interne Konsistenz (analysiert mit CA) kann als akzeptabel bis gut angesehen werden. In Abhängigkeit von der Dimension deckt sie einen Bereich zwischen 0,71 und 0,93 ab. Die Retest-Reliabilität ist je nach Dimension akzeptabel bis exzellent. Die Werte für CA liegen hierbei zwischen 0,73 und 0,95. Die Kriteriumsvalidität ist insbesondere für die Dimension Umgebung niedrig. Auch die Dimensionen soziale Interaktion und Kognition zeigen teilweise keine ausreichende Kriteriumsvalidität.

Die Korrelation des Dimensionen-Score mit der Konsensbewertung (Interviewer, Kliniker und Hausverwalter) der Dimensionen liegt je nach Dimension zwischen 0,36 (Umgebung) und 0,87 (ADL). Für sechs von sieben Dimensionen ist sie größer als 0,69. Die multiplen Korrelationen zwischen den Di-

mensionen-Indizes und der Summenbewertung der Dimensionen sind mit Ausnahme der Dimension Umgebung größer als 0,5. Die Korrelation zwischen Dimensionen-Score und Dummy-Kodierung, die abhängige und unabhängige Personen repräsentieren, ist schlecht bis mäßig (Spannbreite nach Dimensionen: 0,05 bis 0,54). Die Korrelationen zwischen Dimensionen-Score und der unabhängigen verblindeten Dimensionenbewertung eines klinischen Psychologen reichen in Abhängigkeit von der Dimension von 0,23 (Kognition) bis 0,69 (individuelle Anpassung) und sind somit eher als niedrig anzusehen. Die Korrelationen zwischen Dimensionen-Score und unabhängigen verblindeten Dimensionenbewertungen durch einen Hausverwalter decken je nach Dimension eine Spannbreite von 0,12 (soziale Interaktion) bis 0,59 (ADL) ab und sind folglich nicht ausreichend. Die psychometrischen Eigenschaften des „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“ zeigt Tabelle 23.

**Tabelle 23: Psychometrische Eigenschaften des „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Lawton 1982 <sup>39</sup>	<p><b>Interrater-Reliabilität (Dimensionen-Score)</b> Interviewer und Korrekturleser: ICC (Spannbreite) = 0,58 bis 0,88</p> <p>Interviewer und Wohnungs-verwalter: ICC (Median) = 0,51</p> <p>Interviewer und Kliniker: ICC (Median) = 0,60</p> <p><b>Interne Konsistenz</b> Physische Gesundheit: CA = 0,74</p> <p>Kognition: CA = 0,87</p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens: CA = 0,93</p> <p>Zeitaufwand: CA = 0,71</p> <p>Umgebung: CA = 0,81</p> <p>Individuelle Anpassung: CA = 0,86</p> <p>Soziale Interaktion: CA = 0,77</p>	<p><b>Kriteriumsvalidität (Korrelation zwischen Dimensionen-Score und Konsensus-bewertung der Dimensionen)</b> Physische Gesundheit: r = 0,79</p> <p>Kognition: r = 0,80</p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens: r = 0,87</p> <p>Zeitaufwand: r = 0,69</p> <p>Umgebung: r = 0,36</p> <p>Individuelle Anpassung: r = 0,73</p> <p>Soziale Interaktion: r = 0,72</p> <p><b>Kriteriumsvalidität (Multiple Korrelationen zwischen Dimensionen-Score und Summenbewertung der Dimensionen)</b> Physische Gesundheit: R<sup>2</sup> = 0,73</p> <p>Kognition: R<sup>2</sup> = 0,70</p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens: R<sup>2</sup> = 0,87</p>	NA	NA	NA	NA

**Tabelle 23: Psychometrische Eigenschaften des „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“  
– Fortsetzung**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Lawton 1982 <sup>39</sup> (Fortsetzung)	<p><b>Retest-Reliabilität (3 Wochen, 22 zu Begutachtende)</b></p> <p>Physische Gesundheit: CA = 0,95</p> <p>Kognition: CA = 0,84</p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens: CA = 0,75</p> <p>Zeitaufwand: CA = 0,94</p> <p>Umgebung: CA = 0,74</p> <p>Individuelle Anpassung: CA = 0,91</p> <p>Soziale Anpassung: CA = 0,73</p>	<p><b>Kriteriumsvalidität (Multiple Korrelationen zwischen Dimensionen-Score und Summenbewertung der Dimensionen)</b> (Fortsetzung)</p> <p>Zeitaufwand: <math>R^2 = 0,54</math></p> <p>Umgebung: <math>R^2 = 0,19</math></p> <p>Individuelle Anpassung: <math>R^2 = 0,60</math></p> <p>Soziale Interaktion: <math>R^2 = 0,57</math></p> <p><b>Kriteriumsvalidität (Korrelation zwischen Dimensionen-Score und Dummy-Kodierung die abhängige und unabhängige Personen repräsentieren)</b></p> <p>Physische Gesundheit <math>r = 0,41</math></p> <p>Kognition: <math>r = 0,25</math></p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens: <math>r = 0,54</math></p> <p>Zeitaufwand: 0,26</p> <p>Umgebung: <math>r = 0,05</math></p> <p>Individuelle Anpassung: <math>r = 0,45</math></p> <p>Soziale Interaktion: <math>r = 0,13</math></p>				

**Tabelle 23: Psychometrische Eigenschaften des „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“ – Fortsetzung**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Lawton 1982 <sup>39</sup> (Fortsetzung)		<p><b>Kriteriumsvalidität (Korrelationen zwischen Dimensionen-Score und den unabhängigen verblindeten Dimensionen-bewertungen eines klinischen Psychologen)</b> Physische Gesundheit r = 0,65</p> <p>Kognition: r = 0,23</p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens: r = nicht ermittelt</p> <p>Zeitaufwand: r = 0,58</p> <p>Umgebung: r = nicht ermittelt</p> <p>Individuelle Anpassung: r = 0,69</p> <p>Soziale Interaktion: r = 0,56</p> <p><b>Kriteriumsvalidität (Korrelationen zwischen Dimensionen-Score und unabhängigen verblindeten Dimensionen-bewertungen durch einen Hausverwalter)</b> Physische Gesundheit r = 0,53</p> <p>Kognition: r = 0,36</p> <p>Aktivitäten des täglichen Lebens: r = 0,59</p> <p>Zeitaufwand: r = 0,47</p> <p>Umgebung: r = nicht ermittelt</p> <p>Individuelle Anpassung: r = 0,45</p> <p>Soziale Interaktion: r = 0,12</p>				

CA = Cronbach's Alpha. ICC = Intra-Klassen-Korrelation. NA = Nicht angegeben.

### 5.2.15 Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Der Bezugspunkt der Entwicklung des „Neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ war „vorrangig die Selbständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, bei der Krankheitsbewältigung sowie bei der Gestaltung von Lebensbereichen und der Teilnahme am Gemeinschaftsleben“<sup>79</sup>. Das Instrument besteht aus 76 Items, die acht Dimensionen zugeordnet sind (sogenannte Module). Über die Verrichtungen nach SGB XI hinaus werden medizinische, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst. Zumeist wird jedes der Items auf einer vierstufigen Skala bewertet. Die Antwortkategorien unterscheiden sich hierbei je nach Modul. Es wird entweder der Grad der Selbständigkeit einer Person (z. B. Selbstversorgung), die Häufigkeit des Auftretens (z. B. Verhaltensweise) oder die Intensität der funktionellen Beeinträchtigung beurteilt (z. B. Kognition). Es können sowohl Scores für die einzelnen Module, als auch zwei Gesamt-Scores gebildet werden. Zur Bildung der Modul-Scores werden die Items zumeist lediglich aufsummiert. Teilweise werden die Items gewichtet oder Zusatzitems berücksichtigt (z. B. Sondenernährung). Es werden zwei Gesamt-Scores unterschieden. Der eine Gesamt-Score bezieht sich auf die Pflegebedürftigkeit, der andere auf die Hilfebedürftigkeit. Der Gesamt-Score der Pflegebedürftigkeit differenziert fünf Stufen. Stufe 1 bis 4 basieren auf der Summe der gewichteten Scores der Module 1 bis 6 (Punktwert 0 bis 100). Stufe 5 ist gegeben, wenn zur Stufe 4 eine besondere Bedarfskonstellation hinzukommt. Der Gesamt-Score für Hilfebedürftigkeit ist in drei Stufen unterteilt basierend auf der Summe der Scores der Module 7 und 8 (Punktwert 0 bis 8). Es ist nicht möglich aus dem Instrument Pflegezeiten oder Pflegeaufwand zu ermitteln, aus dem sich die benötigte Pflegezeit pro Woche ableiten lassen könnte. Zur Verifizierung der Angaben wird geprüft, ob die in den Modulen dokumentierten Beeinträchtigungen eine Korrelation mit dem beschriebenen Befund und der hierzu dargestellten Anamnese, Erkrankung und pflegerischen Versorgung aufweist. Alle Angaben des Instruments werden durch ein Interview erhoben. Hierbei werden Gutachter, Befunde und fremdanamnestische Angaben von Betroffenen, Angehörigen, Pflegefachkräften oder anderen Stellen (z. B. niedergelassenen Ärzten) berücksichtigt. Tabelle 24 zeigt die Beschreibung des „Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“.

**Tabelle 24: Beschreibung des „Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“**

Beschreibung	Pflegeaufwand/ Pflegeleistungs- bedarf	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegekonzept</b> Bezugspunkt des Instruments ist vorrangig die Selbständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, bei der Krankheitsbewältigung sowie bei der Gestaltung von Lebensbereichen und der Teilnahme am Gemeinschaftsleben</p> <p><b>Gesamt Anzahl an Items</b> 76</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Modul 1: Mobilität (5)</li> <li>– Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (11)</li> <li>– Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (13)</li> <li>– Modul 4: Selbstversorgung (12)</li> <li>– Modul 5: Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (15)</li> <li>– Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (6)</li> <li>– Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten (7)</li> <li>– Modul 8: Haushaltsführung (7)</li> </ul>	<p>Mit dem neuen Begutachtungsverfahren werden keine Pflegeleistungen erfasst und keine Pflegezeiten bemessen, aus denen sich der wöchentliche Pflegeaufwand der Pflegepersonen direkt ablesen ließe</p>	<p>In den Modulen dokumentierten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit müssen eine Korrelation mit dem beschriebenen Befund und der hierzu dargestellten Anamnese, Erkrankung und pflegerischen Versorgung aufweisen</p>	<p>NA</p>

**Tabelle 24: Beschreibung des „Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ – Fortsetzung**

Beschreibung	Pflegeaufwand/ Pflegeleistungs- bedarf	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Ratings</b> Zumeist vierstufige Skala in Abhängigkeit vom Modul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Grad der Selbständigkeit einer Person</li> <li>– Intensität einer funktionalen Beeinträchtigung</li> <li>– Häufigkeit des Auftretens</li> </ul> <p><b>Gesamt-Score</b> Modul-Score basierend auf Summenwerten der Items. Teilweise Gewichtung der einzelnen Items und Berücksichtigung von Zusatzitems (z. B. Sondenernährung)</p> <p>Gesamt-Score</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hilfebedürftig: 3 Kategorien (Stufe H1 bis H3) basierend auf der Summe der Module 7 und 8 (Spannbreite: 0 bis 8)</li> <li>– Pflegebedürftig: 5 Kategorien (Stufe P1 bis P5). Stufe P1 bis P4 basierend auf gewichteten Modulen 1 bis 6 (Spannbreite: 0 bis 100). Stufe P5 entspricht Stufe P4 mit zusätzlicher besonderer Bedarfskonstellation</li> </ul> <p><b>Informationsgewinnung</b> Interview: Gutachter, Befunde und fremdanamnestische Angaben von Betroffenen, Angehörigen, professionell Pflegenden oder anderen Stellen (z. B. niedergelassenen Ärzten)</p>			

NA = Nicht angegeben.

Es kann keine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Neues Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ identifiziert werden.

### 5.2.16 Northamptonshire overview assessment tool

Das „Northamptonshire overview assessment tool“ besteht aus 87 Items, denen acht Dimensionen zugeteilt sind. Neben den vorausgesetzten Verrichtungen nach SGB XI werden vor allem kognitive/psychologische, medizinische und soziale Aspekte erfasst. Des Weiteren findet eine Umgebungsbeurteilung (z. B. Lichtverhältnisse) und Berücksichtigung von Lebensereignissen Eingang in das Assessment. Die Ratings sind nicht itemabhängig. Es gibt sowohl offene Fragen als auch Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien verschiedener Anzahl. Die Items des Fragebogens werden durch ein Interview mit den Patienten oder Angehörigen erhoben. Tabelle 25 zeigt die Beschreibung des „Northamptonshire overview assessment tool“.

Tabelle 25: Beschreibung des „Northamptonshire overview assessment tool“

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegemodell</b> NA  <b>Gesamtanzahl an Items</b> 87  <b>Dimensionen (Anzahl Items)</b> – Medizinische Gesundheit (16) – Physische Gesundheit (17) – Mobilität (8) – Psychische Gesundheit (12) – Kommunikation (6) – Soziale Gesundheit (16) – Umgebung (9) – Lebensereignisse (3)  <b>Ratings</b> Bewertungen sind nicht itemabhängig. Offene Fragen und vorgegebene Antwortkategorien.  <b>Gesamt-Score</b> NA  <b>Informationsgewinnung</b> Interview mit zu Begutachtendem oder Angehörigem.	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Es kann keine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Northamptonshire overview assessment tool“ identifiziert werden.

### 5.2.17 Northwick Park Care Needs Assessment

Das „Northwick Park Care Needs Assessment“ umfasst 35 Items. Diese sind den Dimensionen Basispflegebedarf, spezieller Pflegebedarf und Pflegebedarf bei ambulanter Pflege zugeordnet. Der Basispflegebedarf wird auf einer Skala von 1 bis 5 bewertet. Den Punktwerten werden die benötigte Anzahl an Pflegekräften, die zur Unterstützung notwendig sind, die nötige Zeit und Häufigkeit pro Tag zugeordnet (z. B. kann sich selbständig ankleiden [0] bis benötigt Hilfe von zwei Personen und dauert länger als eineinhalb Stunden [5]). Für den speziellen Pflegebedarf und den Pflegebedarf bei ambulanter Pflege wird beurteilt, ob ein bestimmter Aspekt der Pflegebedürftigkeit vorliegt (ja-/nein-Antwort). Zusätzlich wird für den Pflegebedarf bei ambulanter Pflege die Häufigkeit des jeweiligen Pflegebedarfs pro Woche angegeben. Mittels eines computergestützten Algorithmus wird die gesamte Anzahl an tatsächlich wöchentlich benötigten Pflegestunden und die beschränkten Pflegestunden pro Woche kalkuliert. Den Punktwerten werden benötigte Pflegekräfte, benötigte Zeit und Häufigkeit am Tag zugeordnet. Bei den beschränkten Pflegestunden pro Woche wird der Zeitaufwand pro Tageszeitpunkt auf ein Minimum von 30 Minuten und auf ein Maximum von zwei Stunden beschränkt. Die Informationen werden über Patienteninterviews gewonnen. In Tabelle 26 findet sich die Beschreibung des „Northwick Park Care Needs Assessment“.

**Tabelle 26: Beschreibung des „Northwick Park Care Needs Assessment“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 35</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Basis Pflegebedarf (16)</li> <li>– Spezieller Pflegebedarf (7)</li> <li>– Pflegebedarf bei ambulanter Pflege (12)</li> </ul> <p><b>Ratings</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Basis Pflegebedarf: Skala von 0 bis 5. Den Punktwerten werden benötigte Pflegekräfte, benötigte Zeit und Häufigkeit pro Tag zugeordnet. Höhere Werte bedeuten stärkere Abhängigkeit (z. B. kann sich selbständig ankleiden [0] bis benötigt Hilfe von 2 Personen und dauert länger als 1,5 Stunden [5])</li> <li>– Spezieller Pflegebedarf und Pflegebedarf bei ambulanter Pflege: dichotome Skala (ja/nein). Zusätzlich wird die Häufigkeit pro Woche angegeben (Spannbreite: 0 bis 7).</li> </ul> <p><b>Gesamt-Score</b> Gesamte Anzahl an tatsächlich benötigten Pflegestunden pro Woche, Beschränkte Pflegestunden pro Woche</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Patienteninterview</p>	<p>Gesamte Anzahl an tatsächlich benötigten Pflegestunden beschreibt die Summe der benötigten Zeit für die Pflege für jeden Arbeitsschritt für den jeweiligen Tageszeitpunkt</p> <p>Beschränkte Pflegestunden pro Woche, beschränkt den Zeitaufwand pro Tageszeitpunkt auf ein Minimum von 30 Minuten und auf ein Maximum von 2 Stunden.</p>	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Es werden zwei Studien identifiziert, die die psychometrischen Eigenschaften des „Northwick Park Care Needs Assessment“ untersuchen<sup>70, 77</sup>. Eine schließt 35 Patienten mit Hirnverletzungen ein, die mit einer Neurorehabilitation behandelt werden<sup>70</sup>. Die Konstruktvalidität (gemessen an der Korrelation mit einem direktem Interview von unabhängigen Gutachtern) ist mit 0,90 sowohl für die gesamte Anzahl an tatsächlich benötigten sowie für die beschränkte Pflegestunden hoch. Es dauert in dieser Studie im Durchschnitt nur zehn Minuten den Pflegeaufwand zu erheben.

In der anderen Studie werden 28 Patienten in postakuter Rehabilitation betrachtet (2004)<sup>77</sup>. Auch die Vorhersagevalidität ist mit einer Korrelation von 0,86 zwischen den tatsächlichen beobachteten Zeitaufwand und dem vom Instrument geschätzten Zeitaufwand mit gut zu bewerten. Jedoch ist der geschätzte Zeitaufwand signifikant höher (330 versus 103 Minuten) als der tatsächlich benötigte Zeitaufwand. Tabelle 27 zeigt die psychometrischen Eigenschaften des „Northwick Park Care Needs Assessment“.

**Tabelle 27: Psychometrische Eigenschaften des „Northwick Park Care Needs Assessment“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Turner-Stokes 1999 <sup>70</sup>	NA	<b>Konstruktvalidität (Korrelationen zwischen direktem Interview von unabhängigen Gutachtern)</b> Gesamte Anzahl an tatsächlich benötigten Pflegestunden: RS = 0,90	NA	NA	Erhebungsdauer: ca. 10 Minuten	NA
Williams 2007 <sup>77</sup>		Beschränkte Pflegestunden pro Woche: RS = 0,90  <b>Vorhersagevalidität (Korrelation zwischen Zeit ermittelt mit NPCNA und tatsächlich beobachtetem Zeitaufwand)</b> RS = 0,86  Durchschnittlicher Zeitaufwand (Minuten): geschätzt mit Instrument = 330/tatsächlich gemessen = 103; p < 0,001				

NA = Nicht angegeben. NPCNA = Northwick Park Care Needs Assessment. RS = Spearman's Rho.

### 5.2.18 Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hulter-Asber und Sonn

Das Instrument „Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hulter-Asber und Sonn“ hat eine Gesamtanzahl von elf Items, die den Dimensionen persönliche ADL und IADL unterstellt sind. Es werden nur die Verrichtungen nach SGB XI abgedeckt. Es sind für jedes Item drei verschiedene Ratings möglich (unabhängig/teilweise unabhängig/abhängig). Der Gesamt-Score wird durch bestimmte Itemkombinationen gebildet (z. B. abhängig bei Putzen und einer weiteren Aktivität) und reicht von 0 (unabhängig bei allen Aktivitäten) bis 10 (abhängig bei allen Aktivitäten). Die Fragen werden durch ein Interview mit dem zu Begutachtenden erhoben. Tabelle 28 zeigt die Beschreibung des „Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hulter-Asber und Sonn“.

**Tabelle 28: Beschreibung des Instruments „Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hulter-Asber und Sonn“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> Aktivitäten des täglichen Lebens nach Katz</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 11</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b> – Persönliche Aktivitäten des täglichen Lebens (6) – Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (5)</p> <p><b>Ratings</b> 1. Unabhängig 2. Teilweise Unabhängig 3. Abhängig</p> <p><b>Gesamt-Score</b> Basierend auf a priori definierten Kombinationen von Itemratings. Grad 0 (unabhängig bei allen Aktivitäten) bis 10 (abhängig bei allen Aktivitäten)</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Interview mit dem zu Begutachtenden</p>	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Zur Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des Instruments „Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hulter-Asber und Sonn“ können zwei Studien identifiziert werden<sup>31, 61</sup>. Die eine Studie schließt 85 Probanden (Kinder ausgeschlossen) ein (1987). Die Interrater-Reliabilität ist mit einer Übereinstimmung der Gutachter von 98,2 % hoch. Für die Kriteriumsvalidität, bestimmt über die Übereinstimmung mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)-Klassifikation der Beeinträchtigungen, Behinderungen und Handicaps<sup>81</sup>, zeigen sich heterogene Ergebnisse. Es werden zwar 94 % bei beiden Instrumenten als abhängig eingestuft, jedoch nur 49 % übereinstimmend als unabhängig.

Die zweite Studie untersucht 659 Probanden in einem Alter zwischen 70 und 76 Jahren. Die Erhebung findet zu Hause bei den Patienten, im Pflegeheim oder im Krankenhaus statt (1988 bis 1989). Die Kuder-Richarson-20-Statistik für die Gesamtskala ist 0,90, für die persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens 0,84 und für die IADL 0,89. Die interne Konsistenz kann somit auch als hoch angesehen werden. Mit einem Reproduzierbarkeitskoeffizienten von 0,99 und einem Skalierbarkeitskoeffizienten von 0,87 in der Guttman-Skalierung ist auch die Änderungssensitivität als gut einzuordnen. Es werden 90 % der Fragebögen fehlerfrei ausgefüllt. Die psychometrischen Eigenschaften des „Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hulter-Asber und Sonn“ Instruments sind in Tabelle 29 ersichtlich.

**Tabelle 29: Psychometrische Eigenschaften des „Personal and Instrumental Activities of Daily Living nach Hulter-Asber und Sonn“**

Instrument	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Hulter-Asberg 1988 <sup>31</sup>	<b>Interrater-Reliabilität</b> Durchschnittliche Übereinstimmung: 98,2 %	<b>Kriteriumsvalidität (WHO classification of impairments, disabilities and handicaps)</b> Eingestuft als unabhängig auf beiden Skalen: 49 % Eingestuft als abhängig auf beiden Skalen: 94 %	NA	NA	NA	NA
Sonn 1991 <sup>61</sup>	<b>Interne Konsistenz</b> PADL: KR-20 = 0,84  IADL: KR-20 = 0,89  Gesamt: KR-20 = 0,90	NA	<b>Guttman-Skalierung</b> CR = 0,99  CS = 0,87	NA	90 % fehlerfreie Fragebögen	NA

CR = Reproduzierbarkeitskoeffizient. CS = Skalierbarkeitskoeffizient. IADL = Instrumentelle Fähigkeiten des täglichen Lebens. KR-20 = Kuder-Richardson-Statistik. NA = Nicht angegeben. PADL = Persönliche Fähigkeiten des täglichen Lebens. WHO = Weltgesundheitsorganisation.

## 5.2.19 Record of Independent Living

Das „Record of Independent Living“-Instrument umfasst 37 Items. Diese sind den drei Dimensionen Aktivitäten, Kommunikation und Verhalten zugeordnet. Neben den Verrichtungen nach SGB XI werden noch Kommunikation (z. B. Verstehen) und Verhalten bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Aktivitäten und Kommunikation werden auf einer Skala von 0 bis 4 bewertet (keine Änderung im Vergleich zu ehemaligen Fähigkeiten/Schwierigkeiten [0] bis Patient kann die Aktivität nicht länger ausführen [4]). Aktivitäten können auch als nicht anwendbar bewertet werden. Für die Verhaltensdomäne wird jedes Item zweimal bewertet. Zunächst wird beurteilt, ob das Verhalten schon früher zutraf und anschließend, ob das Verhalten derzeit zutrifft. Der Bezugspunkt der Beurteilung ist dabei der Zeitpunkt vor der Erkrankung. Es werden aus den Bewertungen zwei Scores gebildet. Aktivitäten und Kommunikation werden in einem Score zusammengefasst. Hierfür werden die Items der beiden Dimensionen aufsummiert und mit vier multipliziert. Der resultierende Wert wird durch 100 dividiert, um einen Prozentwert zu erhalten. Aus diesem Prozentwert werden dann vier Stufen der Pflegebedürftigkeit abgeleitet. Zur Ermittlung des Verhalten-Score wird von der Anzahl an zutreffenden Items die Anzahl der schon früher zutreffenden Items subtrahiert und anschließend der resultierende Wert durch den theoretischen Maximal-Score dividiert. Hierdurch ergibt sich wiederum ein Anteilswert. Der Fragebogen wird durch eine Auskunftsperson ausgefüllt (z. B. Angehöriger). Tabelle 30 zeigt die Beschreibung des „Record of Independent Living“.

Tabelle 30: Beschreibung des „Record of Independent Living“

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 37</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktivitäten (17)</li> <li>– Kommunikation (4)</li> <li>– Verhalten (16)</li> </ul> <p><b>Ratings</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktivitäten: 0 (keine Änderung im Vergleich zu ehemaligen Fähigkeiten) bis 4 (Patient kann die Aktivität nicht länger ausführen) oder nicht anwendbar</li> <li>– Kommunikation: 0 (keine Schwierigkeiten) bis 4 (Patient kann die Tätigkeit nicht länger ausführen). Es kann mit „weiß ich nicht“ oder „nicht anwendbar“ geantwortet werden</li> <li>– Verhalten: jedes Item wird 2-mal bewertet; traf das Verhalten schon früher zu (1), trifft das Verhalten jetzt zu (2)</li> </ul> <p><b>Gesamt-Score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktivität und Kommunikation: Score = <math>([\text{Summe der Itembewertungen}] \div [\text{Gesamtanzahl an Items} \times 4]) \times 100</math>. Dieser wird unterteilt in 0 bis 25 % = leicht beeinträchtigt; 25 bis 50 % = mäßig beeinträchtigt; 51 bis 75 % schwer beeinträchtigt; &gt; 75 % vollständig abhängig</li> <li>– Verhalten: <math>([\text{Gesamtzahl an zutreffenden Items}] - [\text{Anzahl an Items die schon früher zutrafen}]) \div \text{Maximal-Score}</math></li> </ul> <p><b>Informationsgewinnung</b> Aufgefüllt durch eine Auskunftsperson (z. B. Familienmitglied)</p>	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Es kann eine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Record of Independent Living“ identifiziert werden<sup>75</sup>. In diese werden 42 Patienten und ihre jeweiligen Auskunftsperson eingeschlossen. Die Untersuchung findet im Krankenhaus statt. Die Retest-Reliabilität des Instruments ist sehr gut. Für alle Dimensionen sind Korrelationen von > 0,8 zu beobachten. Jedoch ist die interne Konsistenz nur mäßig. So beträgt die Korrelation zwischen Aktivitäten- und Verhaltens-Score -0,49. Die Kriteriumsvalidität wird anhand der Korrelation mit der „Mattis Dementia Rating Scale“ bestimmt. Die Korrelation ist, je nach Skala, nur niedrig bis mäßig (Spannbreite: 0,25 bis 0,49). Tabelle 31 zeigt die psychometrischen Eigenschaften des „Record of Independent Living“.

**Tabelle 31: Psychometrische Eigenschaften des „Record of Independent Living“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
Weintraub 1986 <sup>75</sup>	<b>Retest Reliabilität (Korrelation innerhalb 1 bis 3 Wochen)</b> Aktivitäten: r = 0,93  Kommunikation: r = 0,81  Verhalten: r = 0,95  <b>Interne Konsistenz</b> Aktivitäten- und Verhaltens-Score: r = -0,49	<b>Kriteriums-validität</b> Aktivitäts-Score und Mattis Dementia Rating Scale: r = -0,49  Kommunika-tions-Score und Mattis Dementia Rating Scale: r = -0,30*  Verhaltens-Score und Mattis Dementia Rating Scale: r = 0,25	NA	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

### 5.2.20 Rehabilitation Activities Profile

Das „Rehabilitation Activities Profile“ besteht aus 21 Items und 71 Subitems. Diese sind den Dimensionen Kommunikation, Mobilität, Körperpflege, alltägliche Arbeiten und Beziehungen zugeordnet. Es werden über die Verrichtungen nach SGB XI hinaus noch soziale Aspekte, Kommunikationsfähigkeiten, Freizeitgestaltung und Teilnahme am Berufsleben berücksichtigt. Jedes Item wird zweimal bewertet. Für die Dimensionen Kommunikation, Mobilität, Körperpflege und alltägliche Beschäftigungen wird zunächst die Fähigkeitsstörung auf einer vierstufigen Skala (ohne Mühe/mit einiger Mühe/mit viel Mühe oder einiger Hilfe/überhaupt nicht) beurteilt. Für die Dimension Beziehung wird auf einer vierstufigen Skala angegeben, ob eine Veränderung besteht (keine Veränderung/wenig Veränderung/viel Veränderung/sehr viel Veränderung). Unabhängig von der Dimension muss darüber hinaus auf einer vierstufigen Skala das Problemerkennen durch die Befragten angegeben werden (kein Problem/leichtes Problem/mäßiges Problem/schweres Problem). Es ist nicht vorgesehen einen Gesamt-Score zu ermitteln. Die Informationen werden durch ein Interview der Patienten und/oder Angehörigen/Pflegekräften erhoben. Tabelle 32 enthält eine Beschreibung des „Rehabilitation Activities Profile“.

**Tabelle 32: Beschreibung des „Rehabilitation Activities Profile“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<b>Basierendes Pflegemodell</b> NA  <b>Gesamtanzahl an Items</b> 21 (71 Subitems)  <b>Dimensionen (Anzahl Items)</b> – Kommunikation (2) – Mobilität (6) – Körperpflege (6) – Alltägliche Arbeiten (4) – Beziehungen (3)	NA	NA	NA

**Tabelle 32: Beschreibung des „Rehabilitation Activities Profile“ – Fortsetzung**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Ratings</b>            Jeder Item wird 2-mal bewertet oder mit nicht anwendbar bzw. nicht bewertbar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fähigkeitsstörungen (Kommunikation, Mobilität, Körperpflege, Alltägliche Beschäftigungen Arbeiten): ohne Mühe (0), mit einiger Mühe (1), mit viel Mühe oder einiger Hilfe (2), überhaupt nicht (3)</li> <li>– Veränderung (Beziehungen): keine Veränderung (0), wenig Veränderung (1), viel Veränderung (0), sehr viel Veränderung (3)</li> <li>– Problemerleben (allen Dimensionen): kein Problem (0), leichtes Problem (1), mäßiges Problem (2), schweres Problem (3)</li> </ul> <p><b>Gesamt-Score</b>            NA</p> <p><b>Informationsgewinnung</b>            Interview mit Patienten und/oder Angehörigen/Pflegekräften</p>			

NA = Nicht angegeben.

Zur Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des „Rehabilitation Activities Profile“ werden zwei Studien identifiziert<sup>18, 71</sup>. Die eine schließt 273 Patienten aus fünf Rehabilitationseinrichtungen ein<sup>71</sup>. Sowohl die Interrater-Reliabilität als auch die Intrarater-Reliabilität sind als sehr gut zu bezeichnen. Der mittlere gewichtete Kappa-Index (MWK) ist für die Interrater-Reliabilität 0,88 (Funktionsstörungen) und 0,90 (Problemerleben). Die Intrarater-Reliabilität beträgt 0,89 (Funktionsstörungen) und 0,92 (Problemerleben).

In der zweiten Studie werden 76 Patienten in einem Alter zwischen 30 und 70 Jahren mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) eingeschlossen<sup>18</sup>. Die Kriteriumsvalidität kann als mäßig bis gut angesehen werden. Die Spannweite (drei Erhebungszeitpunkte) des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman (Spearman's Rho) liegt für die „Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Ratings Scale“ in einem Bereich zwischen -0,58 und -0,72, für das „Functional Independence Measure“ in einem Bereich zwischen -0,67 und -0,80, für den Barthel-Index zwischen -0,54 und -0,79 und für den „Frenchay Activities Index“ zwischen -0,72 und 0,83. Das Instrument weist eine mäßige bis gute Änderungssensitivität auf. Die Effektstärke deckt in Abhängigkeit vom Erhebungszeitpunkt einen Bereich von 0,44 (Erhebungszeitpunkt 1 und 2) bis 0,85 (Erhebungszeitpunkt 1 und 2) ab. Der standardisierte Rückmeldungsmittelwert liegt je nach Erhebungszeitpunkt in einer Spannweite von 0,71 bis 1,2. Tabelle 33 zeigt die psychometrischen Eigenschaften des „Rehabilitation Activities Profile“.

**Tabelle 33: Psychometrische Eigenschaften des „Rehabilitation Activities Profile“**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
van Bennekom 1995 <sup>71</sup>	<p><b>Interrater-Reliabilität</b>            Funktionsstörungen:            MWK = 0,88</p> <p>Problemerleben:            MWK = 0,90</p>	NA	NA	NA	NA	NA

**Tabelle 33: Psychometrische Eigenschaften des „Rehabilitation Activities Profile“ – Fortsetzung**

Studie	Reliabilität	Validität	Änderungs-sensitivität	Interpretier-barkeit	Machbarkeit	Akzeptanz
van Bennekom 1995 <sup>71</sup> (Fortsetzung)	<b>Intrarater-Reliabilität</b> Funktionsstörungen: MWK = 0,89  Problemerleben: MWK = 0,92					
de Groot 2006 <sup>18</sup>	NA	<b>Kriteriumsvalidität</b> <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Ratings Scale:</i> RS (Spannbreite der 3 Erhebungszeitpunkte) = -0,58 bis -0,72  <i>Functional Independence Measure:</i> RS (Spannbreite der 3 Erhebungszeitpunkte) = -0,67 bis -0,80  <i>Barthel-Index:</i> RS (Spannbreite der 3 Erhebungszeitpunkte) = -0,54 bis -0,79  <i>Frenchay Activities Index:</i> RS (Spannbreite der 3 Erhebungszeitpunkte) = -0,72 bis 0,83	<b>Effektstärke</b> Erhebungszeitpunkte 1 und 2: 0,44  Erhebungszeitpunkte 2 und 3: 0,48  Erhebungszeitpunkte 1 und 3: 0,85  <b>SRM</b> Erhebungszeitpunkte 1 und 2: 0,71  Erhebungszeitpunkte 2 und 3: 0,97  Erhebungszeitpunkte 2 und 3: 1,2	NA	NA	NA

MWK = Mittlerer gewichteter Kappa-Index. NA = Nicht angegeben. RS = Spearman's Rho. SRM = Standardisierter Rückmeldungsmittelwert.

### 5.2.21 Self-rated disabilities

Das „Self-rated disabilities“ Instrument umfasst 16 Items, die keinen Dimensionen zugeordnet sind. Zusätzlich zu den Verrichtungen nach SGB XI wird die Fähigkeit Finanzen zu regeln, zu telefonieren und Medikamente einzunehmen erhoben. Alle Items werden auf einer Vierpunkteskala bewertet. Diese reicht von „Ausführung ohne Schwierigkeiten“ bis „unfähig auszuführen“. Es kann ein Summen-Score der Items gebildet werden. Zur Erhebung der Items wird der zu Begutachtende direkt befragt. Die Beschreibung des „Self-rated disabilities“ Instruments ist in Tabelle 34 abgebildet.

**Tabelle 34: Beschreibung des „Self-rated disabilities“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 16</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rausgehen</li> <li>– Draußen laufen</li> <li>– Treppensteigen</li> <li>– Mindestens 400 Meter gehen</li> <li>– Ein schweres Objekt heben (5kg)</li> <li>– Die Toilette benutzt</li> <li>– Sich eigenständig waschen</li> <li>– An- und ausziehen</li> <li>– Rein und raus aus dem Bett</li> <li>– Zehennägel schneiden</li> <li>– Telefon benutzen</li> <li>– Medikamente einnehmen</li> <li>– Finanzen regeln</li> <li>– Selbständig essen</li> <li>– Leichte Haushaltstätigkeit</li> <li>– Schwere Haushaltstätigkeit</li> </ul> <p><b>Ratings</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausführung ohne Schwierigkeit</li> <li>2. Ausführen mit Schwierigkeit, aber ohne Hilfe</li> <li>3. Ausführen nur mit Unterstützung</li> <li>4. Unfähig auszuführen</li> </ol> <p><b>Gesamt-Score</b> Summen-Score der Items</p> <p><b>Informationsgewinnung</b> Interview mit zu Begutachtendem</p>	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Es kann keine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „Self-rated disabilities“-Instruments identifiziert werden.

### 5.2.22 WHO Assessment of Functional Capacity

Das „WHO Assessment of Functional Capacity“-Instrument besteht aus 14 Items. Diese sind keinen Dimensionen zugeordnet. Es werden nur die Verrichtungen nach SGB XI erfasst. Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala oder als nicht anwendbar bewertet. Auf Basis des Summen-Score der Items wird der Grad der Selbständigkeit bzw. der Hilfebedarf in drei Kategorien eingeteilt (vollständig selbständig [kein Hilfebedarf]/mäßig eingeschränkt [gelegentlicher Hilfebedarf]/stark eingeschränkt [dauerhafter Hilfebedarf]). Die Informationen werden durch ein Interview mit den Betroffenen gewonnen. Tabelle 35 zeigt die Beschreibung des „WHO Assessment of Functional Capacity“.

**Tabelle 35: Beschreibung des „WHO Assessment of Functional Capacity“**

Beschreibung	Schätzung des Pflegeaufwands	Qualitätssicherung/ Standardisierung	Adaptionen/Versionen
<p><b>Basierendes Pflegemodell</b> NA</p> <p><b>Gesamtanzahl an Items</b> 14</p> <p><b>Dimensionen (Anzahl Items)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zwischen verschiedenen Räumen bewegen (1)</li> <li>– Draußen herumlaufen (1)</li> <li>– Treppen benutzen (1)</li> <li>– Mindestens 400 Meter laufen (1)</li> <li>– Fahrstuhl benutzen (1)</li> <li>– Waschen und Baden (1)</li> <li>– An- und Ausziehen (1)</li> <li>– Rein und raus aus dem Bett kommen (1)</li> <li>– Selbständig Essen (1)</li> <li>– Fußnägel schneiden (1)</li> <li>– Essen kochen (1)</li> <li>– Leichte Hausarbeit (1)</li> <li>– Schwere Hausarbeit (1)</li> <li>– Schwere Objekte heben (ca. 5 kg) über eine Distanz von ca. 100 Metern (1)</li> </ul> <p><b>Ratings</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ohne Schwierigkeiten</li> <li>2. Mit Schwierigkeiten, aber ohne Unterstützung</li> <li>3. Mit partieller Unterstützung</li> <li>4. Unterstützung bei der gesamten Aktivität</li> <li>5. Nicht fähig durchzuführen</li> <li>6. Wird nicht gemacht aufgrund von Tradition, Gewohnheiten und kulturellen Einstellungen</li> </ol> <p><b>Gesamt-Score</b></p> <p>3 Stufen der Selbständigkeit basierend auf dem Summen-Score</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vollständig selbständig (kein Hilfebedarf)</li> <li>– Mäßig eingeschränkt (gelegentlicher Hilfebedarf)</li> <li>– Stark eingeschränkt (dauerhafter Hilfebedarf)</li> </ul> <p><b>Informationsgewinnung</b> Interview</p>	NA	NA	NA

NA = Nicht angegeben.

Es kann keine Studie zu psychometrischen Eigenschaften des „WHO Assessment of Functional Capacity“ Instruments identifiziert werden.

### **5.3 Ergebnisse zu gesundheitsökonomischen Aspekten**

Es kann durch die systematische Recherche keine relevante Publikation zu gesundheitsökonomischen Aspekten zu den identifizierten Instrumenten zur Erfassung des Pflegebedarfs ausgemacht werden.

### **5.4 Ergebnisse zu ethischen Aspekten**

Es kann durch die systematische Recherche keine relevante Publikation zu ethischen Aspekten zu den identifizierten Instrumenten zur Erfassung des Pflegebedarfs gefunden werden.

### **5.5 Ergebnisse zu sozialen Aspekten**

Es kann durch die systematische Recherche keine relevante Publikation zu sozialen Aspekten zu den identifizierten Instrumenten zur Erfassung des Pflegebedarfs ausgemacht werden.

### **5.6 Ergebnisse zu juristischen Aspekten**

Es kann durch die systematische Recherche keine relevante Publikation zu juristischen Aspekten zu den identifizierten Instrumenten zur Erfassung des Pflegebedarfs gefunden werden.

## 6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

### 6.1 Diskussion und Beantwortung der medizinischen Forschungsfrage

- Welche umfassenden Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs gibt es?

Es können zahlreiche umfassende Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs identifiziert werden. Sie unterscheiden sich erheblich in der Ausgestaltung und im Umfang. Ein Großteil der Instrumente beruht auf dem Konzept der ADL und der IADL. Basis für diese Instrumente sind die Funktions- und Fähigkeitsstörungen der Patienten sowie die damit verbundene benötigte Hilfe. Diese Instrumente fokussieren auf die für die Pflege benötigten Ressourcen, was zu einer defizitorientierten Betrachtung führt.

Die meisten der identifizierten Instrumente ermöglichen eine Erfassung, die über die Berücksichtigung von Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung hinausgeht. Insbesondere Aspekte des Soziallebens, kognitive Einschränkungen und medizinische Versorgung finden hier häufig Berücksichtigung. Darüber hinaus werden bei vielen Instrumenten für die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung notwendige Kompetenzen beachtet, wie das Regeln finanzieller Angelegenheiten und die Kommunikationsfähigkeit. Oftmals werden jedoch nur einzelne der genannten Bereiche zusätzlich erfasst.

Auch die Art der Fragen und die Ratings unterscheiden sich stark. Die meisten Instrumente verwenden einheitliche Ratings für alle Items oder einheitliche Ratings innerhalb einer Dimension. Überwiegend werden die Items auf drei-, vier- oder fünfstufigen Skalen bewertet. Der Vorteil eines einheitlichen Ratings ist, dass sich bei diesen Instrumenten Gesamt-/Sub-Score einfacher bilden lassen. Einige Fragebögen sehen keine einheitlichen Ratings vor, d. h., es kommen verschiedenstufige Skalen und offene Fragen zum Einsatz. Der Vorteil derartiger Fragebögen ist, dass die Antwortkategorien tendenziell besser an das jeweilige Item, und die Formulierung der Items an das jeweilige Erhebungsmerkmal angepasst werden können. Jedoch wird die Bildung eines Gesamt-Score erschwert. Abgesehen von wenigen Ausnahmen (z. B. „Self-rated disability“-Instrument) werden bei allen Fragebögen die Items durch ein Interview mit den Betroffenen erhoben. Zusätzlich ist oftmals die Anwesenheit von Angehörigen und Pflegepersonal vorgesehen bzw. die ausschließliche Nutzung fremdanamnestischer Angaben, falls der Betroffene nicht in der Lage ist, diese selbst zu machen. Obgleich die Einschlusskriterien dahingehend gewählt wurden generische Instrumente zu identifizieren, scheinen die Instrumente teilweise für spezifische Populationen (z. B. ältere Menschen) entwickelt worden zu sein. Es finden sich in den eingeschlossenen Publikationen jedoch für keines der Instrumente genaue Spezifikationen der Zielpopulation. Insbesondere die Eignung der Instrumente zur Begutachtung von Kindern ist jedoch bei vielen Instrumenten fraglich, da - je nach Altersstufe - jedes Kind in bestimmten Bereichen Unterstützung braucht und es vielmehr um einen Mehraufwand geht, der wiederum schwer abzubilden ist.

- Sind die Instrumente geeignet den Pflegebedarf zu erfassen (psychometrische Eigenschaften des Instruments)?

Ein Mangel an Informationen zu psychometrischen Eigenschaften und die falsche Anwendung von psychometrischer Testung sind in der pflegewissenschaftlichen Forschung häufig anzutreffen<sup>19</sup>. Dies spiegelt sich auch in diesem HTA-Bericht wider. Insgesamt können nur wenige Studien zu psychometrischen Eigenschaften identifiziert werden. Zudem zeigen die eingeschlossenen Studien zu psychometrischen Eigenschaften mitunter methodische Schwächen. Die Beurteilung der Eignung der Instrumente zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit ist nicht möglich für die Instrumente, zu denen keine Studien zu psychometrischen Eigenschaften identifiziert werden können. Die psychometrischen Eigenschaften der Instrumente, zu denen Studien vorliegen, können größtenteils als zufriedenstellend beurteilt werden. Nichtsdestotrotz ist die Anzahl der verfügbaren Validierungsstudien zu gering, um ein sicheres Urteil abgeben zu können. Nur für wenige Instrumente („50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire“, „Groningen Activity Restriction Scale“, „Multilevel Assessment“-Instrument) sind einzelne psychometrische Eigenschaften als nicht ausreichend anzusehen. Die Aussagekraft und Repräsentativität werden im überwiegenden Teil der Studien jedoch eingeschränkt

durch die kleine Fallzahl und die Betrachtung eines sehr spezifischen Kollektivs. Darüber hinaus ist die Vergleichbarkeit der psychometrischen Eigenschaften der Instrumente zusätzlich eingeschränkt, da verschiedene psychometrische Eigenschaften untersucht werden und eine Vielzahl an unterschiedlichen statistischen Maßzahlen zur Berechnung angewendet werden.

Weiterhin ergeben sich Limitationen aus der hier angewandten Methodik. In die Analyse gehen lediglich psychometrische Studien ein, die im Rahmen der Instrumentenidentifizierung mit identifiziert werden. Es wird nicht separat für jedes der eingeschlossenen Instrumente systematisch nachrecherchiert.

- Sind die Instrumente geeignet den tatsächlich notwendigen Pflegeaufwand/Pflegeleistungsbedarf einzuschätzen?

Es können nur zwei Instrumente identifiziert werden („Functional Autonomy Measurement System“, „Northwick Park Care Needs Assessment“), die es ermöglichen den tatsächlich notwendigen Pflegeaufwand zu ermitteln. Das „Functional Autonomy Measurement System“ erlaubt nur eine Ermittlung der benötigten Pflegezeit. Mit dem „Northwick Park Care Needs Assessment“ werden zusätzlich für den jeweiligen Pflegebedarf (Item) die Häufigkeit pro Tag und die Anzahl an benötigten Pflegekräften ermittelt. Theoretisch können jedoch jedem Instrument mit Gesamt-Score Zeiteinheiten oder Geldleistungen zugewiesen werden. Eine solche Quantifizierung ist jedoch kritisch zu sehen, da nicht von linearen Zusammenhängen ausgegangen werden kann<sup>8</sup>. Der Bedarf an Hilfsmitteln und Umbaumaßnahmen, die für die Pflege bzw. für ein selbstständiges Leben notwendig sind, werden teilweise mit den Ratings („Life Habits Assessment“) oder mit bestimmten Dimensionen erfasst, wie beispielsweise über eine Umgebungsbeurteilung („Minimum Data Set for Home Care“). Einige Instrumente (MDK-Begutachtungsverfahren, Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und -versorgung) erlauben zwar nicht die Ermittlung des Pflegebedarfs insgesamt, jedoch werden in umgekehrter Weise den einzelnen Items zunächst Häufigkeiten des Bedarfs und Minutenwerte zugerechnet und hieraus der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt.

- Sind für die jeweiligen Bewertungsinstrumente Maßnahmen vorgesehen, die sicherstellen, dass die Einschätzung des Pflegebedarfs qualitätsgesichert/standardisiert erfolgt?

Alle identifizierten Instrumente folgen dem Prinzip einer standardisierten Erhebung. Die meisten Instrumente erlauben zudem die Bildung eines Gesamt-Score, wodurch prinzipiell eine standardisierte Zuordnung von Leistung ermöglicht wird. Nur für zwei Instrumente sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorgesehen. Die Fragen des „50-item Instrumental Activities of Daily Living Questionnaire“ werden zunächst vom Betroffenen selbst ausgefüllt. Zur Verifikation der Angaben erfolgt ein Interview zu Hause. Die Angaben des „Neuen Begutachtungsinstruments“ sollen mit der pflegerischen Vorgeschichte und der Anamnese korreliert sein. Abgesehen von diesen beiden Instrumenten können keine Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Erhebungsprozess gefunden werden, obgleich hierzu Möglichkeiten vorstellbar sind, wie die Erhebung durch zwei unabhängige Gutachter, Plausibilitätsprüfungen, vorgeschriebene Zeitabstände für Reassessments oder Vorabschulung/Ausbildung der Gutachter. Dies ist vermutlich unter anderem der Tatsache geschuldet, dass keine systematischen Nachrecherchen für jedes Instrument vorgenommen werden, und somit auch keine Handbücher für diese vorliegen.

## **6.2 Diskussion und Beantwortung der gesundheitsökonomischen Forschungsfrage**

Für keines der Instrumente wird eine Studie identifiziert, die die ökonomischen Rahmenbedingungen und Implikationen untersucht. Die möglichen ökonomischen Auswirkungen, wie Ausgabenänderungen für Kostenträger, können daher nicht beurteilt werden. Vor dem Hintergrund der ökonomischen Tragweite von Pflegebedürftigkeit wird jedoch deutlich, dass ein Eingriff in das Bewertungsverfahrens Ausgabenänderungen nach sich ziehen kann. Die möglichen ökonomischen Auswirkungen eines neuen Bewertungsverfahrens sollten daher vor dessen Einführung genau untersucht werden (z. B. mit einer Budget-Impact-Analyse) wie beispielweise im Rahmen eines neuen Begutachtungsinstruments erfolgt, um notwendige Systemanpassungen (z. B. Beitragssatzanpassung) rechtzeitig vornehmen zu können<sup>79</sup>.

### **6.3 Diskussion und Beantwortung der ethischen Forschungsfrage**

Es kann keine Studie zu ethischen Aspekten für eines der Instrumente identifiziert werden.

Die meisten der identifizierten Instrumente ermöglichen eine Erfassung, der über die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung hinausgehenden Dimensionen. Es finden häufig Aspekte des Soziallebens, der Selbstbestimmung und Autonomie sowie der Kommunikation Berücksichtigung. Dies macht deutlich, dass sich zunehmend die Ansicht durchsetzt, dass zu einer adäquaten ganzheitlichen pflegerischen Versorgung, die ein menschenwürdiges Leben ermöglicht, mehr gehört als die bloße Befriedigung von körperlichen Grundbedürfnissen. Weiterhin werden viele Instrumente identifiziert, die den Unterstützungsbedarf in Lebensbereichen erfassen, die für ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben notwendig sind.

Pflegebedürftigkeit ist ein sozial, körperlich und geistig vulnerabler und instabiler Zustand, der durch diverse Faktoren, z. B. deren Entstehung, persönliche Erlebnisse und Bewältigungskompetenzen, geprägt ist. Einige Instrumente berücksichtigen den individuellen Bedarf und die individuell wahrgenommene Belastung der Betroffenen und können somit der Individualität von Pflegebedürftigkeit eher Rechnung tragen. Positiv festzustellen ist ebenfalls, dass sich nicht alle Instrumente auf die Defizite des Pflegebedürftigen fokussieren, sondern die individuellen Kompetenzen in den Mittelpunkt rücken und somit zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls der Betroffenen beitragen können. Eine Beurteilung des individuellen Pflegebedarfs mit einer Selbsteinschätzung der Patienten findet sich nur in wenigen Instrumenten. Selbstbestimmung und Akzeptanz könnten durch eine Berücksichtigung von selbstanamnestischen Angaben gestärkt werden.

### **6.4 Diskussion und Beantwortung der sozialen Forschungsfrage**

Es kann keine Studie zu sozialen Implikationen der eingeschlossenen Instrumente identifiziert werden.

Die Einschlusskriterien für die Bewertungsinstrumente werden bewusst dahingehend gewählt, dass das Instrument die Einschätzung jeder Person, die von Pflegebedürftigkeit betroffen ist, ermöglicht. Darüber hinaus werden ausschließlich standardisierte Instrumente identifiziert. Somit kann prinzipiell von einer einheitlichen Bewertung ausgegangen werden. Die Anforderung an die pflegerische Versorgung und somit auch die Anforderung<sup>4</sup> an ein Pflegeassessment können nach Geschlecht, Alter und sozialer Schicht variieren. Inwieweit die Instrumente tatsächlich den verschiedenen Anforderungen gerecht werden, die sich aus der Diversität des Betroffenenkreises ergeben, bleibt offen. Die Einführung eines neuen Bewertungssystems kann außerdem zu einer Verschiebung von Leistungen führen, von denen verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich stark betroffen sein können. So kann sich beispielweise der Anteil an Personen, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, verändern<sup>55</sup>. Vor der Einführung eines neuen Instruments müssen gerechtigkeitsrelevante Implikationen analysiert werden.

### **6.5 Diskussion und Beantwortung der juristischen Forschungsfrage**

Es kann keine Studie zu juristischen Aspekten der eingeschlossenen Instrumente identifiziert werden. Alle eingeschlossenen Instrumente ermöglichen die Erfassung der Verrichtungen nach SGB XI. Für die Instrumente, die einen darüber hinausgehenden Pflegebedarf erfassen, bleibt allerdings fraglich, inwieweit diese zusätzlichen Dimensionen bei der Leistungsgewährung berücksichtigt werden könnten, da hierfür eine neue Definition des Pflegebegriffs im SGB XI notwendig wäre.

## 7 Schlussfolgerung und Empfehlungen

Die Zielsetzung dieses Berichts ist es umfassende Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs zu identifizieren und zu analysieren. Im Fokus der Analyse steht dabei die Frage der Eignung der Instrumente zur richtigen Einschätzung des Pflegebedarfs. Darüber hinaus ist das Potenzial des Instruments zur Überwindung einer rein defizitären, somatischen Ausrichtung und mangelnden Patientenorientierung in der Erhebung von Pflegebedarf von Interesse. Es können insbesondere zwei Instrumente identifiziert werden, die nach Meinung der Autoren diesen Anforderungen am ehesten gerecht werden: das „Functional Autonomy Measurement System“ und das „Multilevel Assessment Instrument (full length version)“ scheinen diese Anforderungen am ehesten zu erfüllen. Einschränkend ist anzumerken, dass die Ermittlung der psychometrischen Eigenschaften für beide Instrumente an spezifischen und relativ kleinen Kollektiven vorgenommen wurde, und zudem die Studien nicht in Deutschland durchgeführt wurden. Die Eignung der beiden Instrumente zur richtigen Einschätzung des Pflegebedarfs, kann daher für den deutschen Versorgungskontext nicht abschließend beantwortet werden. Neben diesen beiden Instrumenten scheinen das „Life Habits Assessment“, das „Minimum Data Set for Home Care (Version 2.0)“ sowie das „Neue Begutachtungsinstrument“ die genannten Anforderungen zu erfüllen. Zu diesen drei Instrumenten liegen jedoch keine Studien zu psychometrischen Eigenschaften vor. Es ist erhebliche Forschung notwendig, um die Eignung der Instrumente für eine Anwendung in Deutschland unter Berücksichtigung der genannten Anforderungen abschließend beurteilen zu können. Hierzu wären zunächst separate systematische Literaturrecherchen für jedes der vorgeschlagenen Instrumente und, bei weiterem Informationsbedarf, Primärstudien zur Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften für den deutschen Kontext notwendig. Darüber hinaus müssten für die Instrumente die ökonomischen, ethischen, sozialen und juristischen Implikationen geprüft werden.

## 8 Literatur

1. Amaral T, Hine N, Arnott J, Curry R, Barlow J. Integrating the Single Assessment Process into a lifestyle-monitoring system - From Smart Homes to Smart Care. 2005.
2. Bartholomeyczik S. Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellungen, Perspektiven. In: Wingenfild K, Schaeffer D (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. 2011: 67-97.
3. Bartholomeyczik S, Halek M. Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. 1. Auflage, Hannover 2004.
4. Behrens J. Ökonomisches, soziales und kulturelles, „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.). Soziale Ungleichheit und Pflege. 2008: 180-211.
5. Bennett JA. Maintaining and improving physical function in elders. *Annu Rev Nurs Res* 2002; 20: 3-33.
6. Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. überarbeitete Auflage, Heidelberg 2009.
7. Brandenburg H. Gerontologie und Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2001; 34(2): 130-136.
8. Brühl A. Pflegebedürftigkeit messen? Herausforderungen bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments. 2012.
9. Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) elftes Buch (XI): "Soziale Pflegeversicherung" (Zuletzt geändert durch Art. 2c G v. 21.7.2012 I 1601). [www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/index.html). (30.06.2013).
10. Bundesministerium für Gesundheit. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. [www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/130627\\_Bericht\\_Expertenbeirat\\_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/130627_Bericht_Expertenbeirat_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf) (30.06.2013).
11. Bundesministerium für Gesundheit. Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2009/090525\\_umsetzungsbericht\\_des\\_beirats\\_zur\\_ueberpruefung\\_des\\_pflegebeduerftigkeitsbegriffs\\_vom\\_20\\_mai\\_2009.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2009/090525_umsetzungsbericht_des_beirats_zur_ueberpruefung_des_pflegebeduerftigkeitsbegriffs_vom_20_mai_2009.pdf) (30.06.2013).
12. Büscher A, Wingenfild K. Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.). Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin 2009: 257-281.
13. Büscher A, Wingenfild K, Schaeffer D. Determining eligibility for long-term care-lessons from Germany. *Int J Integr Care* 2011; 11: 19.
14. Cardol M, Brandsma JW, de Groot IJ, van den Bos GA, de Haan RJ, de Jong BA. Handicap questionnaires: what do they assess? *Disabil Rehabil* 1999; 21(3): 97-105.
15. Chang CW, Chen YM, Su CC. Care needs of older patients in the intensive care units. *J Clin Nurs* 2012; 21(5-6): 825-832.
16. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 287-334.
17. Daniels R, Metzelthin S, van Rossum E, de Witte L, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *Eur J Ageing* 2010; 7: 37-55.
18. de Groot IJ, Post MW, van Heuveln T, van den Berg LH, Lindeman E. Measurement of decline of functioning in persons with amyotrophic lateral sclerosis: responsiveness and possible applications of the Functional Independence Measure, Barthel Index, Rehabilitation Activities Profile and Frenchay Activities Index. *Amyotroph Lateral Scler* 2006; 7(3): 167-172.
19. deVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, Savoy SM, Kostas-Polston E. A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(2): 155-164.

20. Fields JA, Machulda M, Aakre J, Ivnik RJ, Boeve BF, Knopman DS, Petersen RC, Smith GE. Utility of the DRS for predicting problems in day-to-day functioning. *Clin Neuropsychol* 2010; 24(7): 1167-1180.
21. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998; 2(14): i-iv, 1-74.
22. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung. [www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=62468961&nummer=579&p\\_sprache=D&p\\_indsp=99999999&p\\_aid=16810768](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=62468961&nummer=579&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=16810768) (30.06.2013).
23. Gilberg R. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen – Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. 2000.
24. Gohde J. [Self-responsibility as a component of quality-oriented care-reflections on further development of nursing care insurance]. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38(4): 256-261.
25. Griffiths P, Ullman R, Harris R. Self Assessment of Health and Social Care Needs by Older People: A multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience. 2005.
26. Guyatt G, Cook D. Health status, quality of life and the individual. *JAMA* 1994; 272: 630–631.
27. Hasseler M. Der Begriff Pflegebedürftigkeit in der Diskussion – eine pflegewissenschaftliche Perspektive. [www.b-b-e.de](http://www.b-b-e.de) (30.06.2013).
28. Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and ageing* 1988; 17: 293-302.
29. Hébert R, Guilbault J, Desrosiers J, Dubuc N. The functional autonomy measurement system (SMAF): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics today: Journal of the canadian geriatrics society* 2001; 4: 141-147.
30. Henderson V. Grundregeln der Krankenpflege, Weltbund der Krankenschwestern. 3. Ausgabe, 1977.
31. Hulter Asberg K, Sonn U. The cumulative structure of personal and instrumental ADL – a study of elderly people in a health service district. *Scand J Rehab Med* 1988; 21: 171-177.
32. Igl W, Zwingmann C, Faller H. Änderungssensitivität. *Rehabilitation* 2005; 44: 100-106.
33. Juchli L. Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. Auflage, Stuttgart 1997.
34. Kane R, Flood S, Keckhafer G, Bershadsky B, Lum Y-S. Nursing home residents covered by Medicare risk contracts: Early findings from the EverCare evaluation project. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50: 719-727.
35. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31(12): 721-727.
36. Kazis L, Anderson J, Meenan R. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989; 27: 178–189.
37. Kempen G, Suurmeijer T. The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *The Gerontologist* 1990; 30(4): 497-502.
38. Lawton M, Moss M, Fulcomer M, Kleban M. Philadelphia Geriatric Center Multi-level Assessment Instrument: Manual for Full-length MAI. Wales 1982.
39. Lawton M, Moss M, Fulcomer M, Kleban M. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology* 1982; 37(1): 91-99.
40. Liang M, Fossel A, Larson M. Comparisons of five health status instruments for orthopedic evaluation. *Med Care* 1990; 28: 632–642.

41. Liang M, Larson M, Cullen K, Schwartz J. Comparative measurement efficiency and sensitivity of five health status instruments for arthritis research. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 542–547.
42. Linden M, Gilberg R, Schimpf S. Kurzskala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeversorgung (PBV-Skala). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1998; 31: 170-183.
43. Lomas J, Pickard L, Mohide A. Patient versus clinician item generation for quality-of-life measures. The case of language-disabled adults. *Med Care* 1987; 25: 764–769.
44. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 56–61.
45. McDowell I, Jenkinson C. Development standards for health measures. *J Hlth Serv Res Policy* 1996; 1: 238–246.
46. Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Ergebnisse von Pflegebegutachtungen. [www.mds-ev.de/Pflegebegutachtung\\_Ergebnisse.htm](http://www.mds-ev.de/Pflegebegutachtung_Ergebnisse.htm) (30.06.2013).
47. Meenan R, Anderson J, Kazis L, Egger M, Altz Smith M, Samuelson CJ, al. e. Outcome assessment in clinical trials. Evidence for the sensitivity of a health status measure. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 1344–1352.
48. Meleis A. Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H, Meleis A (Hrsg.). *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. 1997: 17-37.
49. Myers A. The clinical Swiss army knife. Empirical evidence on the validity of IADL functional status measures. *Med Care* 1992; 30(5 Suppl): 96-111.
50. N. N. Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode. [www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf). (30.06.2013).
51. Rappaport M, Hall K, Hopkins K, Belleza T, Cope N. Disability Rating Scale for Severe Head Trauma: Coma to Community. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63: 118-123.
52. Reus U, Huber H, Heine U. Pflegebegutachtung und Dekubitus - Eine Datenerhebung aus der Pflegebegutachtung des MDK-WL. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 210-217.
53. Roper N. A Model of nursing and nursology. *Journal of Advanced Nursing* 1976; 1: 219-227.
54. Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2011 – Schwerpunktthema: zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, St. Augustin 2011.
55. Rothgang H, Müller R, Rainer U, Christian W, Annika W. Barmer GEK Pflegereport 2012 – Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit, Schwäbisch Gmünd 2012.
56. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Sondergutachten 2009. [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf) (30.06.2013).
57. Schnell R, Hill P, Esser E. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 1998.
58. Schuck P. Designs und Kennziffern zur Ermittlung der Änderungssensitivität von Fragebogen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2000; 9: 125-130.
59. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11(3): 193-205.
60. Simon M. Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. *Journal of Public Health* 2004; 12(3): 218-228.
61. Sonn U, Hulter Asberg K. Assessment of activities of daily living in the elderly – a study of a population of 76-year-olds in Gothenburg, Sweden. 1991.
62. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. *Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich*. Wiesbaden 2012.

63. Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2012 – Kapitel 4: Gesundheit. [www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/GesellschaftundStaat/Gesundheit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/GesellschaftundStaat/Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile). (30.06.2013).
64. Statistisches Bundesamt, Deutschen Zentrums für Altersfragen, Robert Koch-Institut. Gesundheit und Krankheit im Alter – Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). [www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter\\_gesundheit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile). (30.06.2013).
65. Stemmer R. Pflge-theorien und Pflegeklassifikationen. *Pflege und Gesellschaft* 2003; 2: 51-58.
66. Stratford P, Binkley J, Riddle D. Health status measures: Strategies and analytic methods for assessing change scores. *Physical Therapy* 1996; 76: 1109-1123.
67. Streiner D, Norman G. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 2. Auflage, Oxford 1995.
68. Ströbel A, Weidner F. Ansätze zur Pflegeprävention - Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung 2003.
69. Suurmeijer T, Doeglas D, Moum T, Briancon S, Krol B, Sanderman R, Guillemin F, Bjelle A, van den Heuvel W. The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: its utility in international comparisons. *American Journal of Public Health* 1994; 84(8): 1270-1273.
70. Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park Care Needs Assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999; 13(3): 253-267.
71. Van Bennekom CA, Jelles F, Lankhorst GJ. Rehabilitation Activities Profile: the ICDH as a framework for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 1995; 17(3-4): 169-175.
72. Van Maanen H. Pflegewissenschaft in Deutschland – Quo Vadis. *PfleGe* 3Jg 1998; 1: 4.
73. Ward G, Jagger C, Harper W. A review of instrumental ADL assessments for use with elderly people. *Reviews in clinical gerontology* 1998; 8(1): 65-71.
74. Ware J. Methodological considerations in the selection of health status assessment procedures. In: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J (Hrsg.). *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. 1984: 87-111.
75. Weintraub S. The record of independent living: An informant-completed measure of activities of daily living and behavior in elderly patients with cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis other Demen* 1986; 1: 35-39.
76. Werner B. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Kontext der Medizin und der Pflegewissenschaft. In: Brandenburg H (Hrsg). *Kooperation und Kommunikation in der Pflege*. 2004.
77. Williams H, Harris R, Turner-Stokes L. Northwick Park Care Needs Assessment: adaptation for inpatient neurological rehabilitation settings. *J Adv Nurs* 2007; 59(6): 612-622.
78. Wingenfeld K. Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. 2000: 339-361.
79. Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*, Bielefeld/Münster 2008.
80. Wingenfeld K, Büscher A, Schaeffer D. *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten*. Bielefeld 2007
81. World Health Organisation. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. Geneva 1980.
82. Zimmer J, Gaeth K, Weyerer S. Alltagsaktivitäten, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Kontakte bei Altenheimbewohnern: Wie zuverlässig sind die Beurteilungen durch das Pflegepersonal? *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 1996; 3: 167-179.
83. Zochling J, Stucki G, Grill E, Braun J. A comparative study of patient-reported functional outcomes in acute rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology* 2007; 34: 64-69.

## 9 Anhang

### 9.1 Datenbanken

Tabelle 36: Durchsuchte Datenbanken

ID	DATENBANK
CC00	CCMED
CDSR93	Cochrane Database of Systematic Reviews
DAHTA	DAHTA-Datenbank
AR96	Deutsches Ärzteblatt
GA03	gms
GM03	gms Meetings
HN69	HECLINET
HG05	Hogrefe-Verlagsdatenbank und Volltexte
KR03	Karger-Verlagsdatenbank
KP05	Krause & Pacherneegg Verlagsdatenbank
MK77	MEDIKAT
CDAR94	Database of Abstracts of Reviews of Effects
INAHTA	Health Technology Assessment Database
SM78	SOMED
TVPP	Thieme-Verlagsdatenbank PrePrint
TV01	Thieme-Verlagsdatenbank
CCTR93	Cochrane Central Register of Controlled Trials
ED93	ETHMED
ME60	MEDLINE
NHSEED	NHS Economic Evaluation Database
CV72	CAB Abstracts
CB85	AMED
AZ72	GLOBAL Health
IA70	IPA
EM47	EMBASE
BA26	BIOSIS Previews
DH64	Derwent Drug Backfile
EA08	EMBASE Alert
DD83	Derwent Drug File
II78	ISTPB + ISTEP/ISSHP
IS74	SciSearch
IN73	Social SciSearch
PI67	PsycINFO
PY81	PSYINDEX

### 9.2 Suchstrategie

Tabelle 37: Deutsche Suchstrategie via DIMDI

Nr.	Suchbegriff/Textfeld
1	FRAGEBOGEN/(TI;AB)
2	FRAGEB##GEN/(TI;AB)
3	FRAGENKATALOG/(TI;AB)
4	INTERVIEW?/(TI;AB)
5	TOOL?/(TI;AB)
6	INSTRUMENT?/(TI;AB)
7	SKALA/(TI;AB)
8	1 TO 7
9	BEWERTUNG?/(TI;AB)
10	BEURTEILUNG?/(TI;AB)
11	EINSCH##TZUNG?/(TI;AB)
12	GUTACHTEN?/(TI;AB)
13	BEGUTACHTUNG?/(TI;AB)

Tabelle 37: Deutsche Suchstrategie via DIMDI – Fortsetzung

Nr.	Suchbegriff/Textfeld
15	MESSUNG/(TI;AB)
16	ERFASSUNG?/(TI;AB)
17	ERMITTLUNG/(TI;AB)
18	EINSTUFUNG/(TI;AB)
19	ERHEBUNG/(TI;AB)
20	9 TO 19
21	PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT?/(TI;AB)
22	PFLEGEBED##RFTIGKEIT?/(TI;AB)
23	PFLEGEBEDARF?/(TI;AB)
24	PFLEGEAUFWAND?/(TI;AB)
25	PFLEGELEISTUNG?/(TI;AB)
26	PFLEGEF##RSORGE/(TI;AB)
27	PFLEGERISCHE VERSORGUNG/(TI;AB)
28	PFLEGEABH##NGIGKEIT/(TI;AB) OR PFLEGEABHAENGIGKEIT/(TI;AB)
29	PFLEGE?, BED##RFTIGKEIT?.
30	PFLEGE?, BEDARF?.
31	PFLEGE?, AUFWAND?.
32	PFLEGE?, LEISTUNG?.
33	PFLEGE?, F##RSORGE?.
34	PFLEGE?, ABH##NGIGKEIT?.
35	PFLEGE?, ABHÄNGIGKEIT?.
36	21 TO 35
37	PFLEGEASSESSMENT?/(TI;AB)
38	PFLEGEGUTACHTEN?/(TI;AB)
39	PFLEGEBEGUTACHTUNG?/(TI;AB)
40	PFLEGEBEURTEILUNG?/(TI;AB)
41	PFLEGEESTUFUNG?/(TI;AB)
42	PFLEGEDIAGNOSE?/(TI;AB)
43	PFLEGE?, ASSESSMENT?.
44	PFLEGE?, GUTACHTEN?.
45	PFLEGE?, BEGUTACHT?.
46	KRANKENPFLEGE?, GUTACHTEN?.
47	PFLEGE?, BEURTEILUNG?.
48	PFLEGE?, EINSTUFUNG?.
49	PFLEGE?, DIAGNOSE?.
50	37 TO 49
51	HEIMBEWOHNER?/(TI;AB)
52	BEWOHNER?/(TI;AB)
53	PFLEGEHEIMBEWOHNER?/(TI;AB)
54	BEHINDER?/(TI;AB)
55	GERIATRISCH?/(TI;AB)
56	BED##RFTIG?/(TI;AB) OR BEDUERFTIG?/(TI;AB)
57	LANGZEITPFLEGE/(TI;AB)
58	AELTERE/(TI;AB) OR ÄLTERE/(TI;AB)
59	ALTE MENSCHEN/(TI;AB)
60	PFLEGENDE/(TI;AB)
61	CTG=GERIATRISCHE BEURTEILUNG
62	CTG=BEHINDERTE PERSONEN
63	CTG=ALTE MENSCHEN
64	51 TO 63
65	8 AND 20 AND 36
66	65 OR 50
67	64 AND 66
68	LA=GERMAN OR LA=DEUTSCH?
69	67 AND 68

**Tabelle 38: Englische Suchstrategie via DIMDI**

<b>Nr.</b>	<b>Suchbegriff/Textfeld</b>
71	TOOL?/(TI;AB)
72	INSTRUMENT?/(TI;AB)
73	QUESTIONNAIRE?/(TI;AB;CT)
74	CT=STRUCTURED QUESTIONNAIRE
75	INTERVIEW?/(TI;AB)
76	SCALE?/(TI;AB)
77	71 TO 76
78	NURS? # # CARE/(TI;AB)
79	CAREGIVER # # NEED?/(TI;AB)
80	HEALTH CARE NEED/(TI;AB)
81	CARE # # NEED?/(TI;AB)
82	CARE # # DEPENDEN?/(TI;AB)
83	HIGH # MAINTENANCE/(TI;AB)
84	ENTRY # REQUIREMENT?/(TI;AB)
85	78 TO 84
86	ASSESS?/(TI;AB)
87	APPRAISAL?/(TI;AB)
88	ELIGIBILITY/(TI;AB)
89	DIAGNOS?/(TI;AB)
90	MEASURE?/(TI;AB)
91	EXAMIN?/(TI;AB)
92	EVALUAT?/(TI;AB)
93	86 TO 92
94	OLDER PEOPLE/(TI;AB)
95	OLDER PERSON/(TI;AB)
96	NURSING HOME PATIENT?/(TI;AB)
97	CT=AGED
98	GERIATRIC?/(TI;AB)
99	RESIDENT?/(TI;AB)
100	CT=DISABLED PERSONS
101	ELDERL?/(TI;AB)
102	ELDERLY CARE/(TI;AB)
103	DISABILIT?/(TI;AB)
104	HANDICAP?/(TI;AB)
105	DISABLEMENT?/(TI;AB)
106	DEFICIENC?/(TI;AB)
107	LONG TERM/(TI;AB)
108	COMPREHENSIVE/(TI;AB)
109	INDEPENDENCE/(TI;AB)
110	DEPENDENCE/(TI;AB)
111	94 TO 110
112	LA=GERMAN OR LA=ENGLISH OR LA=ENGLISCH
113	77 AND 85 AND 93 AND 111
114	113 AND 112

**Tabelle 39: Suchstrategie via EBSCO**

Nr.	Suchbegriff/Textfeld
1	tool*/(TI;AB)
2	instrument*/(TI;AB)
3	questionnaire*/(TI;AB)
4	interview*/(TI;AB)
5	scale*/(TI;AB)
6	questionnaires+/(MH)
7	structured interview guides/(MM)
8	1 TO 7
9	nurs* care/(TI;AB)
10	caregiver need*/(TI;AB)
11	care need*/(TI;AB)
12	care dependen*/(TI;AB)
13	high maintenance/(TI;AB)
14	entry requirement/(TI;AB)
15	9 TO 14
16	assess*
17	appraisal/(TI;AB)
18	eligibility/(TI;AB)
19	diagnos*/(TI;AB)
20	measure*/(TI;AB)
21	examin*/(TI;AB)
22	evaluat*/(TI;AB)
23	16 TO 22
24	nursing assessment/(MM)
25	needs assessment/(MM)
26	geriatric assessment/(MM)
27	geriatric functional assessment/(MM)
28	24 TO 27
29	residential care/(MM)
30	gerontologic care/(MM)
31	nursing home patients/(MM)
32	older people/(TI;AB)
33	older person*/(TI;AB)
34	geriatric*/(TI;AB)
35	resident*/(TI;AB)
36	elder*/(TI;AB)
37	disabilit*/(TI;AB)
38	handicap*/(TI;AB)
39	disable*/(TI;AB)
40	deficienc*/(TI;AB)
41	long term(TI;AB)
42	comprehensive(TI;AB)
43	independence(TI;AB)
44	dependence(TI;AB)
45	29 TO 44
46	GERMAN/(LA) OR ENGLISH/(LA)
47	23 OR 28
48	8 AND 45 AND 46 AND 47

## 9.3 Ein-/ausgeschlossene Literatur

### 9.3.1 Eingeschlossene Literatur zur Instrumentenidentifizierung

1. Abdellah FG. A nationwide study to evaluate the care of patients in nursing homes. *Public Health Reports* 1977; 92(1): 30-32.
2. Abendstern M, Hughes J, Clarkson P, Sutcliffe C, Challis D. The Pursuit of Integration in the Assessment of Older People with Health and Social Care Needs. *British Journal of Social Work* 2011; 41(N3): 467-485.
3. Achterberg WP, Holtkamp CC, Kerkstra A, Pot AM, Ooms ME, Ribbe MW. Improvements in the quality of co-ordination of nursing care following implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(2): 268-275.
4. Adams-Wendling L, Piamjariyakul U, Bott M, Taunton RL. Strategies for translating the resident care plan into daily practice. *Journal of Gerontological Nursing* 2008; 34(8): 50-56.
5. Adams KB, Sanders S. Measurement of developmental change in late life: a validation study of the Change in Activities and Interests Index. *Clinical Gerontologist* 2010; 33(2): 92-108.
6. Adler MW, Illife JL, Holland WW, Kasap HS. Assessment of medical care needs of individuals with chronic cardiorespiratory disease using subjective measures. *International journal of epidemiology* 1973; 2(1): 73-79.
7. Ahn YH, Kim MJ. Health care needs of elderly in a rural community in Korea. *Public health nursing (Boston, Mass)* 2004; 21(2): 153-161.
8. Ahs AM, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2006; 78(2-3): 178-193.
9. Aijaenseppae S, Notkola IL, Tjihuis M, van Staveren W, Kromhout D, Nissinen A. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. *Journal of epidemiology and community health* 2005; 59(5): 413-419.
10. Akamatsu K, Saito A, Wada T, Ishine M, Roriz-Cruz M, Okumiya K, Matsubayashi K. Analysis of comprehensive geriatric assessment of elderly residents in a social welfare home for the aged compared with those in a residential care home in an urban area in Japan. *Geriatrics & Gerontology International* 2005; 5(1): 53-58.
11. Akechi T, Okuyama T, Endo C, Sagawa R, Uchida M, Nakaguchi T, Akazawa T, Yamashita H, Toyama T, Furukawa TA. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology* 2011; 20(5): 497-505.
12. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(4): 646-653.
13. Algera-Osinga JT, Halfens R, Hasman A, Wiersma D. A Dutch patient classification system for community care. *The Journal of nursing administration* 1994; 24(7-8): 32-38.
14. Algera M, Francke AL, Kerkstra A, van der Zee J. An evaluation of the new home-care needs assessment policy in the Netherlands. *Health & Social Care in the Community* 2003; 11(3): 232-241.
15. Alhusban MA, Abualrub RF. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management* 2009; 17(6): 749-758.
16. Alonso J, Orfila F, Ruigomez A, Ferrer M, Anto JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. 1997: 87.
17. Alt-White AC, Washington TG, Treuer J, Romano E. Interdisciplinary interventions to improve the quality of life of nursing home patients: research in progress. *ASHP Midyear Clinical Meeting* 1990; 25: 58.
18. Alves, Batista. Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem* 2011; 3(5): 193-201.
19. Amaral T, Hine N, Arnott J, Curry R, Barlow J. Integrating the Single Assessment Process into a lifestyle-monitoring system. *From smart homes to smart care* 2005; 15: 42-49.

20. Amezaga AMJ. A comparison of the Functional Independence Measure (FIM) and the Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) to Goal Attainment Scaling. US: ProQuest Information & Learning, US; 1995.
21. Amin K. The productivity of comprehensive geriatric assessment. *GM: Midlife & Beyond* 2011; 41(11): 589-592.
22. Aminzadeh F, Dalziel WB, Martell C, Amos S. A survey of residential care facilities in the Ottawa-Carleton region. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society* 2001; 4(3): 130-135.
23. Anderson KJ, Campbell IG. Comparison of frail elders' satisfaction and their caregivers' burden in community-based and nursing home systems of long-term care. Submitted in partial fulfillment of the Master of Science Degree in Nursing, Simmons College, June 1993. *Nursing Scan in Research* 1993; 6(6): 9-10.
24. Anderson W, Bungay H. Assessing patients' eligibility for fully funded nursing care. *Nursing Times* 2004; 100(2): 38-41.
25. Andersson IS, Lindgren M. The Karen instruments for measuring quality of nursing care. Item analysis. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden* 2008; 28(3): 14-18.
26. Annells M, Koch T. 'The real stuff': implications for nursing of assessing and measuring a terminally ill person's quality of life. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10(6): 806-812.
27. Annells M, Koch T, Brown M. Client relevant care and quality of life: the trial of a Client Generated Index (CGI) tool for community nursing. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38(1): 9-16.
28. Annunziata MA, Muzzatti B, Altoe G. A contribution to the validation of the Needs Evaluation Questionnaire (NEQ): A study in the Italian context. *Psycho-Oncology* 2009; 18(5): 549-553.
29. Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F, Lamers C, Holthaus S. *Professionelle Pflege. Band 1. Theoretische und praktische Grundlagen*: Bern 1999.
30. Arling G, Nordquist RH, Brant BA, Capitman JA. Nursing home case mix. Patient classification by nursing resource use. *Medical care* 1987; 25(1): 9-19.
31. Arnadottir S, Mercer VS. Functional assessment in geriatric physical therapy. *Issues on Aging* 1999; 22(2): 3-12.
32. Arnaert A, Delesie L. Ijking van meetgegevens: Riziv A.D.L. – Index. Gauging care-need questionnaires: The example of the RIZIZ ADL index. *Acta Hospitalia* 1999; 39(4): 19-31.
33. Artsanthia J, Mawn BE, Chaiphibalsarisdi P, Nityasuddhi D, Triamchaisri SK. Exploring the Palliative Care Needs of People Living in Thailand With End-Stage Renal Disease: A Pilot Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2011; 13(6): 403-410.
34. Arvidsson H, Hultsjo S. Needs and care of migrants considered as severely mentally ill – cross-sectional and longitudinal studies of a Swedish sample. *European Psychiatry* 2009; 24(8): 533-539.
35. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Gender difference in health-related needs and quality of life in patients with acute chest pain. *British Journal of Cardiology* 2005; 12(6): 459-464.
36. Ashokkumar T, Chacko TV, Munuswamy S. Health care and social needs of the elderly: Assessed by the tool Camberwell Assessment of need for the elderly. *International Journal of Tropical Medicine* 2011; 6(5): 97-99.
37. Au A, Lam WW, Kwong A, Suen D, Tsang J, Yeo W, Suen J, Ho WM, Yau TK, Soong I, Wong KY, Sze WK, Ng A, Girgis A, Fielding R. Validation of the Chinese version of the short-form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF34-C). *Psycho-Oncology* 2011; 20(12): 1292-1300.
38. Aud MA, Rantz MJ, Zwygart-Stauffacher M, Manion P. Developing a residential care facility version of the observable indicators of Nursing Home Care Quality Instrument. *Journal of Nursing Care Quality* 2004; 19(1): 48-57.
39. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses* 2005; 14(3): 202-210.

40. Bååth C, Hall-Lord M, Johansson I, Larsson BW. Nursing assessment documentation and care of hip fracture patients' skin. *Journal of Orthopaedic Nursing* 2007; 11(1): 4-14.
41. Badley EM, Tennant A. Disablement associated with rheumatic disorders in a British population: problems with activities of daily living and level of support. *British journal of rheumatology* 1993; 32(7): 601-608.
42. Badley EM, Tennant A. A survey of disablement in a British population using an action-orientated measure, physical independence handicap: problems with activities of daily living and level of support. *International disability studies* 1991; 13(3): 91-98.
43. Baggs J. Psychometric evaluation of collaboration and satisfaction about care decisions (CSACD) instrument. *Heart & Lung* 1992; 21(3): 296-296.
44. Bailey C, Corner J, Addington-Hall J, Kumar D, Haviland J. Older patients' experiences of treatment for colorectal cancer: an analysis of functional status and service use. *European journal of cancer care* 2004; 13(5): 483-493.
45. Bailey LJ, Sheehy RJ. The state of residential care for people with mental illness; insights from an audit of the screening tool for entry to licensed residential facilities. *Australian and New Zealand journal of public health* 2009; 33(2): 140-143.
46. Balaswamy S, Dabelko HI. Using a stakeholder participatory model in a community-wide service needs assessment of elderly residents: a case study. *Journal of Community Practice* 2002; 10(1): 55-70.
47. Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, Reichelt K, Lee L, Swann A, Fossey J. Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *International psychogeriatrics/IPA* 2001; 13(1): 93-106.
48. Bangerter RS, Smith LL. Assessing functional abilities of elderly outpatients. *Health & Social Work* 1981; 6(2): 33-40.
49. Bar-Yosef C, Weinblatt N, Katz N. Reliability and validity of the Cognitive Performance Test (CPT) in an elderly population in Israel. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 1999; 17(1): 65-79.
50. Barad MB. Functional assessment for transitions in patient acuity and care. *Nursing Clinics of North America* 1999; 34(N3): &.
51. Barbara A, Whiteford G. Clinical utility of the Handicap Assessment and Resource Tool: an investigation of its use with the aged people in hospital. *Australian Occupational Therapy Journal* 2005; 52(1): 17-25.
52. Barnes C, Conner D, Legault L, Reznickova N, Harrison-Felix C. Rehabilitation outcomes in cognitively impaired patients admitted to skilled nursing facilities from the community. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2004; 85(10): 1602-1607.
53. Baron AM, Baron YM, Spencer NJ. The care and health needs of children in residential care in the Maltese Islands. *Child: care, health and development* 2001; 27(3): 251-262.
54. Barrera C, Machanga M, Connolly PM, Yoder M. Nursing care makes a difference. Application of the Omaha System. *Outcomes management* 2003; 7(4): 181-185.
55. Barrett JR, Strayer SM, Schubart JR. Assessing medical residents' usage and perceived needs for personal digital assistants. *International journal of medical informatics* 2004; 73(1): 25-34.
56. Bartels SJ, Miles KM, Dums AR, Levine KJ. Are nursing homes appropriate for older adults with severe mental illness? Conflicting consumer and clinician views and implications for the Olmstead decision. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51(11): 1571-1579.
57. Bartholomeyczik S, Morgenstern M. Quality dimensions in patient records – a standardised analysis of nursing home resident records [Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen]. 2004; 17: 187-195.

58. Bartholomeyczik S, Reuther S, Luft L, Nie NV, Meijers J, Schols J, Halfens R. Prevalence of Malnutrition, Interventions and Quality Indicators in German Nursing Homes – First Results of a Nationwide Pilot Study [Praevalenz von Mangelernaehrung, Massnahmen und Qualitaets-indikatoren in deutschen Altenpflegeheimen – erste Ergebnisse einer landesweiten Pilotstudie]. 2010; 72: 868-874.
59. Bartolo M, de Luca D, Serrao M, Sinforiani E, Zucchella C, Sandrini G. Caregiver burden and needs in community neurorehabilitation. 2010. p. 818-822.
60. Bath P, Philp I. A hierarchical classification of dependency amongst older people: use of artificial neural networks. *Health Care in Later Life* 1998; 3(1): 59-69.
61. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Kühnbach R, Haberland B, Higginson IJ. Understanding Breathlessness: Cross-Sectional Comparison of Symptom Burden and Palliative Care Needs in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cancer. *Journal of Palliative Medicine* 2010; 13(9): 1109-1118.
62. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family practice* 2008; 25(4): 287-293.
63. Bean JF, Ölveczky DD, Kiely DK, LaRose SI, Jette AM. Performance-Based Versus Patient-Reported Physical Function: What Are the Underlying Predictors? *Physical Therapy* 2011; 91(12): 1804-1811.
64. Becker G, Rott C, D'Heureuse V, Kliegel M, Schoenemann-Gieck P. Funktionale Kompetenz und Pflegebeduerftigkeit nach SGB XI bei Hundertjaehrigen. Die besondere Bedeutung des kognitiven Status [Functional competence and nursing care in centenarians. The importance of the cognitive status]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2003; 36(6): 437-446.
65. Beesley V, Eakin E, Steginga S, Aitken J, Dunn J, Battistutta D. Unmet needs of gynaecological cancer survivors: implications for developing community support services. *Psycho-Oncology* 2008; 17(4): 392-400.
66. Beesley V, Janda M, Eakin E, Obermair A, Battistutta D. Lymphedema after gynecological cancer treatment : prevalence, correlates, and supportive care needs. *Cancer* 2007; 109(12): 2607-2614.
67. Behringer W, Vogel W. Geriatric Treatment of Rheumatic Patients. *Geriatrische Behandlung von Rheuma-Patienten*. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York; 2012. p. 52-56.
68. Beltz SK. Comprehensive, in-hospital geriatric assessment plus an interdisciplinary home intervention after discharge reduced length of subsequent readmissions and improved functioning... commentary on Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing* 1999 Oct;28(6):543-50. *Evidence Based Nursing* 2000; 3(3): 83-83.
69. Bennett EJ. Health needs assessment of a rural county: impact evaluation of a student project. *Family & Community Health* 1993; 16(1): 28-35.
70. Bennett JA. Maintaining and improving physical function in elders. *Annual review of nursing research* 2002; 20: 3-33.
71. Bentley J, Carter L, Brooks L, Cotter A. Developing a combined service to asses older people's needs. *Health Visitor* 1998; 71(2): 59-61.
72. Berg RL, Browning FE, Hill JG, Wenkert W. Assessing the health can needs of the aged. *Health Services Research* 1970; 5(1): 819-826.
73. Berg RL, Browning FE, Hill JG, Wenkert W. Assessing the health care needs of the aged. *Health Services Research* 1970; 5(1): 36-59.
74. Berg RL, Browning FE, Hill JG, Wenkert W. Assessing the health cave needs of the aged. *Health Services Research* 1970; 5(1): 910-927.
75. Bergener M, Behrends K, Zimmermann R. Entwicklung und Anwendung einer Pflegebedürftigkeitsskala. Development and application of a scale for the need for nursing care. *Social Psychiatry* 1975; 10(1): 39-50.

76. Bergland A, Kirkevold M, Edvardsson D. Psychometric properties of the Norwegian Person-centred Climate Questionnaire from a nursing home context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012.
77. Berthold H, Landahl S, Larsson M, Svanborg A. Intermittent nursing home care. Development of an alternative to institutional care. *Comprehensive gerontology Section A, Clinical and laboratory sciences* 1989; 3 Suppl: 28-38.
78. Bethell CD, Read D, Stein RE, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambulatory pediatrics: the official journal of the Ambulatory Pediatric Association* 2002; 2(1): 38-48.
79. Bethoux F, Calmels P, Gautheron V. Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time: a preliminary report. *American journal of physical medicine & rehabilitation/Association of Academic Physiatrists* 1999; 78(1): 19-23.
80. Betschon E, Brach M, Hantikainen V. Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design [SRCTN24344776]. *BMC Nursing* 2011; 10: 10.
81. Betz CL, Redcay G, Tan S. Self-reported health care self-care needs of transition-age youth: a pilot study. *Issues in comprehensive pediatric nursing* 2003; 26(3): 159-181.
82. Biein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku* (1995) 2005; 50 Suppl 1: 189-192.
83. Biggs AJ. Family caregiver versus nursing assessments of elderly self-care abilities. *Journal of Gerontological Nursing* 1990; 16(8): 11-16.
84. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological medicine* 2000; 30(3): 657-668.
85. Billek-Sawhney B, Gay J, Wells CL, Sheakley J, Rank S. Reliability of the Adapted Reach Test and its comparability to the Functional Reach Test in community-dwelling older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2006; 22(1): 78-85.
86. Birdwell SW, Calearic H. Identifying health care needs of rural Ohio citizens: an evaluation of a two-stage methodology. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association* 1996; 12(2): 130-136.
87. Black K. Health and aging-in-place: implications for community practice. *Journal of Community Practice* 2008; 16(1): 79-95.
88. Blank JJ, Clark L, Longman AJ, Atwood JR. Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers. *Cancer nursing* 1989; 12(2): 78-84.
89. Bloom KK, Nazar GB. Functional assessment following selective posterior rhizotomy in spastic cerebral palsy. *Child's nervous system: ChNS: official journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery* 1994; 10(2): 84-86.
90. Boecker FM, Seibold I, Neundoerfer B. Behinderung im Alltag und subjektives Befinden bei Patienten mit fortgeschrittener myotrophischer Lateralsklerose (ALS) [Disability in everyday tasks and subjective status of patients with advanced amyotrophic lateral sclerosis]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 1990; 58(6): 224-236.
91. Boehler T, Bruckner T, Hannes W, Diepgen T, Mohrmann M. Pflegebeduerftigkeit von Kindern und Jugendlichen nach SGB XI. Qualitaet der begutachtung durch den medizinischen dienst der krankenversicherung [Legal position on the requirement for nursing home care of children and adolescents. Quality of assessments by the medical services of the statutory health insurance]. *Monatsschrift fur Kinderheilkunde* 2007; 155(6): 549-555.
92. Boehm E. Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose [Understanding the aged. Foundations and practice of care-oriented diagnosis]. Bonn 1991.
93. Boehm E. Pflegediagnose--Pflegeimpulse [Nursing diagnosis--nursing impulse]. *Oesterreichische Krankenpflegezeitschrift* 1989; 42(8-9): 288-294.

94. Boggatz T, Farid T, Mohammedin A, Dijkstra A, Lohrmann C, Dassen T. Cultural adequacy of the care dependency scale for older persons in Egypt: a Delphi study. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society/Transcultural Nursing Society* 2009; 20(1): 51-60.
95. Boggatz T, Farid T, Mohammedin A, Dijkstra A, Lohrmann C, Dassen T. Psychometric properties of the extended Care Dependency Scale for older persons in Egypt. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(23): 3280-3289.
96. Bond MJ, Clark MS. Predictors of the decision to yield care of a person with dementia. *Australasian Journal on Ageing* 2002; 21(2): 86-91.
97. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Girgis A, Burton L, Cook P, Boyes A. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2000; 88(1): 217-225.
98. Booth T, Barritt A, Berry S, Martin D N, Melotte C, Stone S. Levels of dependency in local authority homes for the elderly. *Journal of epidemiology and community health* 1982; 36(1): 53-57.
99. Borders TF. Older Persons' Evaluations of Health Care: The Effects of Medical Skepticism and Worry about Health. *Health Services Research* 2004; 39(1): 35-52.
100. Boss BJ, Barlow D, McFarland SM, Sasser L. A self-care assessment tool (SCAT) for persons with a spinal cord injury: an expanded abstract. *Axone (Dartmouth, NS)* 1996; 17(3): 66-67.
101. Bowen ME, González HM. Childhood socioeconomic position and disability in later life: results of the health and retirement study. *American Journal of Public Health* 2010; 100(S1): S197-203.
102. Bowers LJ. Clinical assessment of geriatric patients: unique challenges. *Topics in Clinical Chiropractic* 1996; 3(2): 10.
103. Bowie CR, Fallon C, Harvey PD. Convergence of clinical staff ratings and research ratings to assess patients with schizophrenia in nursing homes. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2006; 57(6): 838-843.
104. Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). *Journal of evaluation in clinical practice* 2009; 15(4): 602-606.
105. Boyes A, Newell S, Girgis A. Rapid assessment of psychosocial well-being: are computers the way forward in a clinical setting? *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2002; 11(1): 27-35.
106. Branch LG. Assessment of chronic care need and use. *The Gerontologist* 2000; 40(4): 390-396.
107. Bravo G, Charpentier M, Dubois MF, DeWals P, Emond A. Profile of residents in unlicensed homes for the aged in the eastern townships of Quebec [see comments]. *CMAJ* 1998; 159(2): 143-148.
108. Breckman R, Adelman R, Lachs M, Anderson M, Ansell P, Capello C, Chin D, Mole D, Pillemer K, Race J, Rao A, Reid C, Rosenstiel D. A geriatrics psychosocial screening tool for use in primary care practice: Needs assessment and instrument development. *Gerontologist* 2003; 43(S11): 298-298.
109. Bridges J. "Introducing yourself to strangers": Nurses' views on assessing older people with complex care needs": Comment. *Journal of Research in Nursing* 2007; 12(4): 363-364.
110. Brint JM, Clark KA. Geriatric evaluation is a useful adjunct to traditional medical care of the frail older patient. *Tennessee medicine: journal of the Tennessee Medical Association* 1998; 91(4): 146-148.
111. Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging clinical and experimental research* 2003; 15(3): 243-253.
112. Brown CA. Pain in communication impaired residents with dementia: Analysis of Resident Assessment Instrument (RAI) data. *Dementia (14713012)* 2010; 9(3): 375-389.

113. Brown EL, Bruce ML, Raue PJ, Nassisi P. How well do clinicians recognize depression in home care patients? *Home Healthcare Nurse* 2004; 22(8): 569-571.
114. Bruhl A, Avlund K. Validity and internal consistency of mobility scales for healthy older people in Germany. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics* 2012; 3(1): 29-35.
115. Brunner C, Spiegel R. Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients), einem neuen Beurteilungsinstrument fuer die Psychogeriatric [A validation study with the Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER), a new psychogeriatric assessment instrument]. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie* 1990; 19(3): 211-229.
116. Buchanan RJ, Alston RJ. Medicaid policies and home health care provisions for persons with disabilities. *Journal of Rehabilitation* 1997; 63(3): 20-34.
117. Buescher A, Wingenfeld K, Schaeffer D. Determining eligibility for long-term care-lessons from Germany. *International journal of integrated care* 2011; 11: 019.
118. Burfield AH. Cohort study of pain behaviors in the elderly residing in skilled nursing care. US: ProQuest Information & Learning, US; 2010.
119. Burnip LG, Erber NP. Staff perceptions of communication difficulty among nursing-home residents. *Australian journal on ageing* 1996; 15(N3): 127-131.
120. Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses* 1998; 14(4): 161-169.
121. Burton CR, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age and ageing* 2010; 39(5): 554-559.
122. Buurman BM, van Munster BC, Korevaar JC, de Haan RJ, de Rooij SE. Variability in measuring (instrumental) activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology* 2011; 64(6): 619-627.
123. Byles JE, Tavener MA, Fitzgerald PEB, Nair BR, Higginbotham N, Jackson CL, Heller RF, Newbury JW. A checklist for comprehensive health assessment for the over 70's. *Australasian Journal on Ageing* 2002; 21(1): 14-20.
124. Byrne G, Brady AM, Horan P, Macgregor C, Begley C. Assessment of dependency levels of older people in the community and measurement of nursing workload. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60(1): 39-49.
125. Calheiros MM, Lopes D, Patricio JN. Assessment of the needs of youth in residential care: Development and validation of an instrument. *Children and youth services review* 2011; 33(N10): 1930-1938.
126. Calver J, Lewin G, d'Arcy C, Holman J. Reliability of a primary, generic assessment instrument for home care. *Australasian Journal on Ageing* 2002; 21(4): 185-191.
127. Cameron K, O'Neill K. Carenap (Care Needs Assessment Package) – A practical example of innovation in joint working and single shared assessment. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice* 2005; 4(1): 149-155.
128. Candeias A. The utilization of a patient classification system to improve nursing effectiveness. *Cahiers de sociologie et de demographie medicales* 2007; 47(3): 315-330.
129. Caprio AJ, Rollins VP, Roberts E. Health Care Professionals' Perceptions and Use of the Medical Orders for Scope of Treatment (MOST) Form in North Carolina Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13(2): 162-168.
130. Carcagno GJ, Kemper P. The evaluation of the national long term care demonstration: An overview of the channeling demonstration and its evaluation. 1988: 23.
131. Cardol M, Brandsma JW, de Groot IJ, van den Bos GA, de Haan RJ, de Jong BA. Handicap questionnaires: what do they assess? 1999. p. 21.
132. Carey TG, Owens JM, Horne P. An analysis of a new longstay population: The need for mental hospitals. *Irish Journal of Psychological Medicine* 1993; 10(2): 80-85.
133. Carone DA. A tale of two compendiums. United Kingdom: Taylor & Francis, United Kingdom; 2010.

134. Carpenter GI, Challis DJ, Swift C. 'Single' assessment for older people: comparison of the MDS-HC with current auditable methods in the home care setting. *Journal of Integrated Care* 2005; 13(5): 35-41.
135. Carpenter I, Perry M, Challis D, Hope K. Erratum: Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the minimum data set resident assessment instrument (MDS/RAI) and resource utilisation groups version III (RUG-III) (*Age and Ageing* (2003) vol. 32 (3) (279-286)). *Age and ageing* 2003; 32(6): 686.
136. Casarett D, Karlawish J, Morales K, Crowley R, Mirsch T, Asch DA. Improving the use of hospice services in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2005; 294(2): 211-217.
137. Cason CL, Rhoads C, Dean J. Identifying skilled management and evaluation needs of home health care patients. *Geriatric nursing (New York, NY)* 1997; 18(4): 169-174.
138. Cassidy EL, Rosen C, Cook J, Greenbaum MA, Chow H, Solano N, Sheikh JI. Assessment to intervention: utilizing a staff needs assessment to improve care for behaviorally challenging residents in long term care (part I). *Clinical Gerontologist* 2005; 28(4): 29-42.
139. Cassidy EL, Rosen C, Solano N, Walker S, Krinsky A, Kuhlman G, Wilson D, Sheikh JI. Assessment to intervention: utilizing a staff needs assessment to improve care for behaviorally challenging residents in long term care (part II). *Clinical Gerontologist* 2005; 29(1): 27-38.
140. Castle SC, Uyemura K, Rafi A, Akande O, Makinodan T. Comorbidity is a better predictor of impaired immunity than chronological age in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53(9): 1565-1569.
141. Catovic A, Bergman V, Catic A. Qualitative evaluation of elderly home residents' fixed and removable prostheses in relation to the ADL index. *Journal of dentistry* 2003; 31(1): 3-8.
142. Cavaiola LJ. A unified approach to patient classification and nurse staffing for long-term care facilities. *Abstracts of Hospital Management Studies* 1977; 13(3): 16639.
143. Celebioglu A, Ozsoy SA, Peters D. Study of the reliability and validity of the Community Health Intensity Rating Scale (CHIRS) in the Turkish community. *Public health nursing (Boston, Mass)* 2007; 24(3): 283-292.
144. Centre for Reviews and Dissemination. The effectiveness of intrathecal baclofen in the management of patients with severe spasticity (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2000 (2012 Issue 2): 12000008518.
145. Centre for Reviews and Dissemination. The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2000 (2012 Issue 2): 12000000541.
146. Centre for Reviews and Dissemination . Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2008 (2012 Issue 2): 12008103322.
147. Centre for Reviews and Dissemination. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2010 (2012 Issue 2): 12010003752.
148. Centre for Reviews and Dissemination. Maintaining independence in the cognitively intact elderly care home population: a systematic review of intervention trials (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2003 (2012 Issue 2): 12004009643.
149. Centre for Reviews and Dissemination. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2007 (2012 Issue 2): 12007007068.
150. Centre for Reviews and Dissemination. Rehabilitation of cerebrovascular disorder (stroke): early discharge and support. A critical appraisal of the literature (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 1999 (2012 Issue 2): 11999009288.

151. Centre for Reviews and Dissemination. Self assessment of health and social care needs by older people: a multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2005 (2012 Issue 2): 12006008132.
152. Centre for Reviews and Dissemination. Telehealth interventions to improve clinical nursing of elders (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2002 (2012 Issue 2): 12002004109.
153. Centre for Reviews and Dissemination, Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management (Structured abstract). Journal of the American Geriatrics Society 2001; 49(4): 351-359.
154. Centre for Reviews and Dissemination, Brooten D, Youngblut JM, Brown L, Finkler SA, Neff DF, Madigan E. A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: outcomes and costs (Structured abstract). American Journal of Managed Care 2001; 7(8): 793-803.
155. Centre for Reviews and Dissemination, Burton LC, Weiner JP, Stevens GD, Kasper J. Health outcomes and Medicaid costs for frail older individuals: a case study of a MCO versus fee-for-service care (Structured abstract). Journal of the American Geriatrics Society 2002; 50(2): 382-388.
156. Centre for Reviews and Dissemination, Challis D, Clarkson P, Williamson J, Hughes J, Venables D, Burns A, Weinberg A. The value of specialist clinical assessment of older people prior to entry to care homes (Structured abstract). Age and ageing 2004; 33(1): 25-34.
157. Centre for Reviews and Dissemination, Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic DM, Quinn LM, Allen KR, Covinsky KE, Landefeld CS. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital (Structured abstract). Journal of the American Geriatrics Society 2000; 48(12): 1572-1581.
158. Centre for Reviews and Dissemination, Cuthbertson BH, Rattray J, Campbell MK, Gager M, Roughton S, Smith A, Hull A, Breeman S, Norrie J, Jenkinson D, Hernandez R, Johnston M, Wilson E, Waldmann C. The PRaCTICaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomised controlled trial (Structured abstract). BMJ 2009; 339:b3723.
159. Centre for Reviews and Dissemination, Harris R, Ashton T, Broad J, Connolly G, Richmond D. The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial (Structured abstract). Journal of Health Services Research and Policy 2005; 10(3): 158-166.
160. Centre for Reviews and Dissemination, Johansen G. An economic appraisal of two strategies in geriatric screening (Structured abstract). Scandinavian Journal of Social Medicine 1994; 22(4): 293-298.
161. Centre for Reviews and Dissemination, Lim WK, Lambert SF, Gray LC. Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge (Structured abstract). Medical Journal of Australia 2003; 178(6): 262-266.
162. Centre for Reviews and Dissemination, Piroo MH, Landefeld CS, Brennan PF, Daly B, Fortinsky RH, Kim U, Rosenthal GE. Outcomes-based trial of an inpatient nurse practitioner service for general medical patients (Structured abstract). Journal of evaluation in clinical practice 2001; 7(1): 21-33.
163. Chabeli MM. Health care needs of older people living permanently in a residential home setting in Gauteng. Curationis 2003; 26(4): 14-21.
164. Chagnon M, Audette LM, Lebrum L, Tilquin C. A patient classification system by level of nursing care requirements. Nursing research 1978; 27(2): 107-112.
165. Challiner Y, Julious S, Watson R, Philp I. Quality of care, quality of life and the relationship between them. In long-term care institutions for the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry 1996; 11(10): 883-888.

166. Challis D, Mozley CG, Sutcliffe C, Bagley H, Price L, Burns A, Huxley P, Cordingley L. Dependency in older people recently admitted to care homes. *Age and ageing* 2000; 29(3): 255-260.
167. Chan SSM, Li CHM, Pang SLK, Wong CSM, Chiu HFK, Lam LCW. Optimal cut-off score on the Chinese version of Executive Interview (C-EXIT25) in a Hong Kong Chinese population. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 2009; 19(3): 97-102.
168. Chandler JM, Duncan PW, Weiner DK, Studenski SA. Special feature: the Home Assessment Profile – a reliable and valid assessment tool. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2001; 16(3): 77-88.
169. Chang CH, Boni-Saenz AA, Durazo-Arvizu RA, DesHarnais S, Lau DT, Emanuel LL. A system for interactive assessment and management in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007; 33(6): 745-755.
170. Chang CW, Chen YM, Su CC. Care needs of older patients in the intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(5-6): 825-832.
171. Charalambous A, Chappell NL, Katajisto J, Suhonen R. The conceptualization and measurement of individualized care. *Geriatric nursing (New York, NY)* 2012; 33(1): 17-27.
172. Chen K, Fan Y, Hu R, Yang T, Li K. Impact of Depression, Fatigue and Disability on Quality of Life in Chinese Patients with Multiple Sclerosis. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress* 2012.
173. Chen MK. A health needs index based on the health goals model. *Public health reports (Washington, DC : 1974)* 1983; 98(2): 181-184.
174. Chen SC, Tsai MC, Liu CL, Yu WP, Liao CT, Chang JT. Support needs of patients with oral cancer and burden to their family caregivers. *Cancer nursing* 2009; 32(6): 473-481.
175. Chevarley FM, Thierry JM, Gill CJ, Ryerson AB, Nosek MA. Health, preventive health care, and health care access among women with disabilities in the 1994-1995 National Health Interview Survey, Supplement on Disability. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 2006; 16(6): 297-312.
176. Chiu L, Shyu WC, Liu YH. Comparisons of the cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients. 2001. p. 380-386.
177. Chong AML. Cognitive predictors of satisfaction in Hong Kong institutional care residents. *Journal of Applied Gerontology* 2012; 31(3): 354-376.
178. Chou K. Direct Assessment of Functional Abilities (DAFA): a validation study with Hong Kong Chinese elders. *Clinical Gerontologist* 2001; 23(1/2): 55-63.
179. Chou K. Hong Kong Chinese Everyday Competence Scale: a validation study. *Clinical Gerontologist* 2003; 26(1/2): 43-51.
180. Chou K, Chi I, Leung AC, Wu YM, Liu C. Validation of Minimum Data Set for nursing home in Hong Kong Chinese elders. *Clinical Gerontologist* 2001; 23(1/2): 43-54.
181. Christianson S, Marren J. The Impact of Event Scale-Revised (IES-R). *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 2008; (19): 2p.
182. Chuang KY, Wu SC, Ma AH, Chen YH, Wu CL. Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei. *The journal of nursing research: JNR* 2005; 13(2): 117-128.
183. Chung MC, Cumella S, Bickerton W, Winchester C. Assessing the need for challenging behaviour services in an English health district. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1997; 11(1): 20-24.
184. Cipriani L, Landi F, Sgadari A, Zuccala G, Bernabei R. A gerontological continuing education program – the resident assessment instrument as a teaching tool for nursing-home professionals. *Educational Gerontology* 1995; 21(N7): 683-699.
185. Claesson L, Sullivan M, Siösteen A. Activity, mood and overall quality of life in relation to age in spinal cord injured persons. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1999; 6(3): 135-142.

186. Clark D, Dellasega C. Unmet health care needs. Comparison of rural and urban senior center attendees. *Journal of Gerontological Nursing* 1998; 24(12): 24-33.
187. Clark EM, Gould V, Morrison L, Ades A, Dieppe P, Tobias JH. Randomized controlled trial of a primary care-based screening program to identify older women with prevalent osteoporotic vertebral fractures: Cohort for skeletal health in Bristol and Avon (COSHIBA). *Journal of Bone and Mineral Research* 2012; 27(3): 664-671.
188. Clark WR, Clark LA. Measuring functional service quality using SERVQUAL in a high-dependence health service relationship. *Health Care Manager* 2007; 26(4): 306-317.
189. Clauser SB, Fries BE. Nursing home resident assessment and case-mix classification: cross-national perspectives. *Health care financing review* 1992; 13(4): 135-155.
190. Clauson KA, Khanfar NM, Polen HH, Gibson F. Nurse prescribers' interactions with and perceptions of pharmaceutical sales representatives. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(2): 228-233.
191. Click Fenter P, Bellew J. A correlation analysis of the components of the Senior Fitness Test and the Physical Activity Questionnaire. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2005; 28(3): 125-126.
192. Clifford PA, Cipher DJ. The Geriatric Multidimensional Pain and Illness Inventory: a new instrument assessing pain and illness in long-term care. *Clinical Gerontologist* 2005; 28(3): 45-61.
193. Cohen J, Gorenberg B, Schroeder B. A study of functional status among elders at two academic nursing centers. *Home care provider* 2000; 5(3): 108-112.
194. Cohen J, Saylor C, Holzemer WL, Gorenberg B. Linking nursing care interventions with client outcomes: a community-based application of an outcomes model. *Journal of Nursing Care Quality* 2000; 15(1): 22-31.
195. Coll-Planas L, Bergmann A, Schwarz P, Guillen-Grima F, Schulze J. Vergleich der Versorgungsqualitaet alterer Diabetiker durch ambulante Pflegedienste im haeuslichen Bereich mit der im stationaeren Bereich in Pflegeheimen in Dresden [Quality of care among older adults with diabetes mellitus: comparison between community-dwelling adults attended to by home care services and nursing home residents in Dresden]. *Zeitschrift fuer aertzliche Fortbildung und Qualitaetssicherung* 2007; 101(9): 623-629.
196. Conforti DA, Basic D, Rowland JT. Emergency department admissions, older people, functional decline, and length of stay in hospital. *Australasian Journal on Ageing* 2004; 23(4): 189-194.
197. Conner-Spady BL, Slaughter S, MacLean SL. Assessing the usefulness of the Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) in a geriatric day hospital. *Canadian Journal of Rehabilitation* 1999; 12(4): 265-272.
198. Conway R, Graham J, Kidd J, Levack P, Scottish Cord Compression G. What happens to people after malignant cord compression? Survival, function, quality of life, emotional well-being and place of care 1 month after diagnosis. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))* 2007; 19(1): 56-62.
199. Cornbleth T. Evaluation of goal attainment in geriatric settings. *Journal of the American Geriatrics Society* 1978; 26(9): 404-407.
200. Cornbleth T, Cornbleth C. Evaluation of the effectiveness of reality orientation classes in a nursing home unit. 1979. p. 27.
201. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Agreement between the Geriatric Depression Scale and the General Health Questionnaire in a population-based elderly cohort: the Bambuí Health & Ageing Study (BHAS). *Clinical Gerontologist* 2003; 26(3/4): 69-82.
202. Coster W, Haley SM, Jette A, Tao W, Siebens H. Predictors of basic and instrumental activities of daily living performance in persons receiving rehabilitation services. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2007; 88(7): 928-935.
203. Courtney M, Edwards H, Stephan J, O'Reilly M, Duggan C. Quality of life measures for residents of aged care facilities: a literature review. *Australasian Journal on Ageing* 2003; 22(2): 58-64.
204. Coutu-Wakulczyk G, Chartier L. French validation of the critical care family needs inventory. *Heart & lung : the journal of critical care* 1990; 19(2): 192-196.

205. Covinsky KE, Eng C, Lui LY, Sands LP, Sehgal AR, Walter LC, Wieland D, Eleazer GP, Yaffe K. Reduced employment in caregivers of frail elders: impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2001; 56(11): 707-713.
206. Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Wood J, Sands L, Dane K, Yaffe K. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18(12): 1006-1014.
207. Covinsky KE, Rosenthal GE, Chren MM, Justice AC, Fortinsky RH, Palmer RM, Landefeld CS. The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal of General Internal Medicine* 1998; 13(4): 223-229.
208. Creason NS. Toward a model of clinical validation of nursing diagnoses: developing conceptual and operational definitions of impaired physical mobility. In: Carroll-Johnson RM, editor. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the ninth conference held in Orlando, FL, 1990*. J.B. Lippincott; 1991. p. 241-241.
209. Crotty M, Whitehead CH, Wundke R, Giles LC, Ben-Tovim D, Phillips PA. Transitional care facility for elderly people in hospital awaiting a long term care bed: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)* 2005; 331(7525): 1110.
210. Crouch R, Williams S. Patient dependency in the emergency department (ED): reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT). *Accident and emergency nursing* 2006; 14(4): 219-229.
211. Cuijpers CJT, Nelissen LH, Lenssen AF. Intra- and inter-rater reliability of the Dutch version of the Elderly Mobility Scale in the frail elderly. *Nederlands Tijdschrift Voor Fysiotherapie* 2004; 114(4): 110-113.
212. Curran AL, Sharples PM, White C, Knapp M. Time costs of caring for children with severe disabilities compared with caring for children without disabilities. *Developmental medicine and child neurology* 2001; 43(8): 529-533.
213. Curry LC, Bradley P, Benefield LE. Nursing assessment of families with young children: developmental screening tools for home use. *Home Health Care Management & Practice* 1997; 9(3): 63-73.
214. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderhamn O. Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24(3): 523-532.
215. Dale B, Sævareid HI, Soederhamn O. Testing and using Goldberg's General Health Questionnaire: Mental health in relation to home nursing, home help, and family care among older, care-dependent individuals. *International journal of mental health nursing* 2009; 18(2): 133-143.
216. Daly MP, Fredman L. A simple function-based scale for practitioners to assess the patient – caregiver dyad. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 1998; 14(1): 45-53.
217. Dance P, Brown R, Bammer G, Sibthorpe B. Aged care services for indigenous people in the Australian Capital Territory and surrounds: analysing needs and implementing change. *Australian and New Zealand journal of public health* 2004; 28(6): 579-583.
218. Darton R, Bäumker T, Callaghan L, Netten A. Improving housing with care choices for older people: the PSSRU evaluation of extra care housing. *Housing, Care & Support* 2011; 14(3): 77-82.
219. Dassen T, Balzer K, Bansemir G, Kuehne P, Saborowski R, Dijkstra A. The Care Dependency Scale, an assessment instrument [Die Pflegeabhaengigkeitsskala, eine methodologische Studie]. 2001. p. 0123-0127.
220. Davidoff D, Slater PE. Domestic care dependency in the aged: a total community survey in Israel. *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1982; 32(240): 403-409.

221. de Groot IJ, Post MW, van Heuveln T, van den Berg LH, Lindeman E. Measurement of decline of functioning in persons with amyotrophic lateral sclerosis: responsiveness and possible applications of the Functional Independence Measure, Barthel Index, Rehabilitation Activities Profile and Frenchay Activities Index. *Amyotrophic lateral sclerosis: official publication of the World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases* 2006; 7(3): 167-172.
222. de Jonge P, Hoogervorst EL, Huyse FJ, Polman CH. INTERMED: a measure of biopsychosocial case complexity: one year stability in Multiple Sclerosis patients. *General hospital psychiatry* 2004; 26(2): 147-152.
223. de Jonge P, Maarten-Friso Ruinemans G, Huyse FJ, ter Wee PM. A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2003; 18(12): 2622-2628.
224. de Magalhaes Sousa RM, Scazufca M, Menezes PR, Crepaldi AL, Prince MJ. Feasibility and reliability of the elderly version of the Camberwell Assessment of Needs (CANE): results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2009; 31(1): 34-38.
225. de Veer AJ, de Bakker DH. Measuring unmet needs to assess the quality of home health care. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua* 1994; 6(3): 267-274.
226. de Witte L, Schoot T, Proot I. Development of the client-centred care questionnaire. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56(1): 62-68.
227. Dellasega C. SCOPE: a practical method for assessing the self-care status of elderly persons. *Rehabilitation Nursing Research* 1995; 4(4): 128-135.
228. Dellefield ME. The work of the RN Minimum Data Set coordinator in its organizational context. *Research in Gerontological Nursing* 2008; 1(1): 42-51.
229. Department of Veterans A. Technical revisions to update reference to the required assessment tool for state nursing homes receiving per diem payments from VA. Final rule. *Federal register* 2012; 77(86): 26183-26184.
230. Deuchar N, Chung MC, Cumella S, Mohan R, Doshi M, Evans J, George S, Lengua C. Physical morbidity in a long-stay psychiatric population scheduled for relocation: The extent of the problem and its likely impact on successful placement. *European Journal of Psychiatry* 1995; 9(4): 217-225.
231. di Gangi Herms AM, Pinggera GM, de Jonge P, Strasser H, Soellner W. Assessing health care needs and clinical outcome with urological case complexity: a study using INTERMED. *Psychosomatics* 2003; 44(3): 196-203.
232. Diederichs C, Muehlenbruch K, Lincke HO, Heuschmann PU, Ritter MA, Berger K. Predictors of dependency on nursing care after stroke: results from the Dortmund and Muenster stroke registry. *Deutsches Aerzteblatt international* 2011; 108(36): 592-599.
233. Dietl M, Pohle R, Weingaertner M, Polgar R, Graessel E, Schwab S, Kolominsky-Rabas P. Stroke Etiology and Long-Term Need of Care in Ischemic Stroke Patients [Schlaganfallursache und Pflegebeduerftigkeit im Langzeitverlauf]. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York; 2009. p. 714-719.
234. Dijkstra A, Brown L, Havens B, Romeren TI, Zanotti R, Dassen T, van den Heuvel W. An international psychometric testing of the care dependency scale. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(4): 944-952.
235. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. A criterion-related validity study of the Nursing-Care Dependency (NCD) scale. *International Journal of Nursing Studies* 1998; 35(3): 163-170.
236. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. Nursing-care dependency. Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1996; 10(3): 137-143.
237. Dijkstra A, Buist G, Moorer P, Dassen T. Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8(4): 380-388.

238. Dijkstra A, Buist G, Moorer P, Dassen T. A reliability and utility study of the care dependency scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2000; 14(3): 155-161.
239. Dijkstra A, Coleman M, Tomas C, Vaelimaeki M, Dassen T. Cross-cultural psychometric testing of the Care Dependency Scale with data. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43(2): 181-187.
240. Dijkstra A, Muszalik M, Kedziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Care Dependency Scale – psychometric testing of the Polish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24 Suppl 1: 62-66.
241. Dijkstra A, Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Care Dependency Scale – psychometric testing of the Polish version A. Dijkstra et al. Care Dependency Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24: 62-66.
242. Dijkstra A, Tiesinga LJ, Goossen WT, Dassen TW. Further psychometric testing of the Dutch Care Dependency Scale on two different patient groups. *International journal of nursing practice* 2002; 8(6): 305-314.
243. Dijkstra A, Tiesinga LJ, Plantinga L, Veltman G, Dassen TW. Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(4): 410-416.
244. Dimech J, Agius D, Attard A, Bonnici L, Fiorini H, Grixti J, Muscat V, Schembri L, Sultana D. An evaluation of in-patient respite care at St. Vincent de Paul Residence. *Malta Medical Journal* 2009; 21(2): 18-21.
245. Disler PB, Roy CW, Smith BP. Predicting hours of care needed. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 1993; 74(2): 139-143.
246. Dixon AJ, Dixon MP, Dixon JB. Prospective study of long-term patient perceptions of their skin cancer surgery. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2007; 57(3): 445-453.
247. Doran D, Carryer J, Paterson J, Goering P, Nagle L, Kushniruk A, Bajnok I, Clark C, Srivastava R. Integrating evidence-based interventions into client care plans. *Studies in health technology and informatics* 2009; 143: 9-13.
248. Douglass AB, Maxwell TL, Whitecar PS. Principles of palliative care medicine part 1: patient assessment. *Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine* 2004; 4(1): 15.
249. Dowd S, Davidhizar R. Opening up to the Katz Index. *Elderly Care* 1999; 11(1): 9-12.
250. Dowrick C. Self-assessment by elderly people – a means of identifying unmet need in primary care. *Health & Social Care in the Community* 1993; 1(5): 289-296.
251. Dragone MA. Perspectives of chronically ill adolescents and parents on health care needs. *Pediatric nursing* 1990; 16(1): 45-50.
252. Drury K, Dugmore L. Measuring needs. *Elderly Care* 1999; 11(5): 17-21.
253. Dubuc N, Hebert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of gerontology and geriatrics* 2006; 42(2): 191-206.
254. Duffin C. Nurses demand national tool for care assessment. *Nursing Standard* 2002; 16(22): 8-8.
255. Duffy-Durnin K, Campbell-Heider N. Geriatric functional assessment in acute care: a pilot project. *The Journal of the New York State Nurses' Association* 1994; 25(3): 14-19.
256. Edberg AK. Assessment by nurses of mood, general behaviour and functional ability in patients with dementia receiving nursing home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2000; 14(1): 52-61.
257. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S. Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International psychogeriatrics/IPA* 2010; 22(1): 101-108.
258. Ehmann M, Voelkel I. *Pflegediagnosen in der Altenpflege/Marlies Ehmann; Ingrid Voelkel. Germany: Muenchen [u. a.]: Urban & Fischer; 2000.*
259. Ehmann M, Voelkel I. *Pflegediagnosen in der Altenpflege/Marlies Ehmann; Ingrid Voelkel. Germany: Muenchen [u. a.]: Elsevier, Urban & Fischer; 2004.*

260. Eichhorn-Kissel J, Dassen T, Lohrmann C. Comparison of the responsiveness of the Care Dependency Scale for rehabilitation and the Barthel Index. *Clinical rehabilitation* 2011; 25(8): 760-767.
261. Eichhorn-Kissel J, Dassen T, Lohrmann C. Responsiveness of the Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R). *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012; 26(1): 194-202.
262. Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *American family physician* 2011; 83(1): 48-56.
263. Emami A, Momeni P, Afzali M, Hossein A, Maddah SS. Developing a questionnaire for conducting cross-national studies – 'Self-reported health and needs among elderly Iranians and Swedes'. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24(N2): 372-379.
264. Emanuel LL, Alpert HR, Emanuel EE. Concise screening questions for clinical assessments of terminal care: the needs near the end-of-life care screening tool. *Journal of Palliative Medicine* 2001; 4(4): 465-474.
265. Engel K. The Resident Assessment Instrument – Application of this instrument as an indicator of nursing care quality. *Gesundheitswesen* 2004; 66(N8-9): 570-570.
266. English ML, Harrison AL, Stiles NJ, Feltner KD, McIntosh MS, Miller BR. A screening tool for identification of signs of functional decline in older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2001; 24(3): 20-20.
267. Ericson-Lidman E, Norberg A, Persson B, Strandberg G. Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012.
268. Ertl P. A recipe for assessment. *Journal of District Nursing* 1992; 10(8): 10-14.
269. Eskildsen M, Price T. Nursing home care in the USA. *Geriatrics & Gerontology International* 2009; 9(1): 1-6.
270. Evans A, Williamson E, Hunt D. Assessing the wellness needs of residents of a continuing care retirement community. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2004; 27(3): 123-124.
271. Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *International Journal of Nursing Studies* 1993; 30(4): 331-342.
272. Faber MJ, Bosscher RJ, van Wieringen PCW. Clinimetric properties of the performance-oriented mobility assessment. *Physical Therapy* 2006; 86(7): 944-954.
273. Farrell MK. Using functional assessment and screening tools with frail older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2004; 20(1): 14-20.
274. Fasching P, Flatz TM, Oehlinger R, Gastromed C. *Qualitaet im Pflegeheim. Ein praxisorientierter Leitfaden zur Einfuehrung interdisziplinaren Qualitaetsmanagements und Qualitaetssicherung in Pflegeinstitutionen.* Wien 1998.
275. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Emir B, Mastey V, Subbiah P, Donepezil MSIG. Efficacy of donepezil on maintenance of activities of daily living in patients with moderate to severe Alzheimer's disease and the effect on caregiver burden. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51(6): 737-744.
276. Fields JA, Machulda M, Aakre J, Ivnik RJ, Boeve BF, Knopman DS, Petersen RC, Smith GE. Utility of the DRS for predicting problems in day-to-day functioning. *The Clinical neuropsychologist* 2010; 24(7): 1167-1180.
277. Fields SD, Selwyn PA. The physiologic health care needs of HIV-infected black men on admission to an AIDS-dedicated nursing home. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC* 2003; 14(1): 63-72.
278. Finlayson M, Mallinson T, Barbosa VM. Activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) items were stable over time in a longitudinal study on aging. *Journal of clinical epidemiology* 2005; 58(4): 338-349.
279. Finne-Soveri H, Tilvis RS. Daily pain, its associates and impact on work load in institutional long-term care. *Archives of gerontology and geriatrics* 1998; 27(2): 105-114.

280. Fischer W, Blanco J, Butt M, Hund M, Boldt C. Leistungsorientiertes Tarifmodell Rehabilitation (LTR). Erste ergebnisse zur patientenklassifikation in der neurologischen rehabilitation – Performance oriented payment system for rehabilitation. *Neurologie und Rehabilitation* 2010; 16(3): 113-130.
281. Fitch MI, Steele R. Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique* 2010; 20(2): 66-74.
282. Fitch MI, Steele R. Supportive care needs of individuals with lung cancer. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique* 2010; 20(1): 15-22.
283. Fitz D, Evenson RC. Recommending client residence: a comparison of the St. Louis Inventory of Community Living Skills and Global Assessment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1999; 23(2): 107-112.
284. Fitzpatrick JJ. Brief reports. Signs of silent suicide among depressed hospitalized geriatric patients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2005; 11(5): 290-292.
285. Fjelltun AM, Henriksen N, Norberg A, Gilje F, Normann HK. Carers' and nurses' appraisals of needs of nursing home placement for frail older in Norway. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(22): 3079-3088.
286. Flaherty E. Try this: best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Assessing pain in older adults. *Urologic Nursing* 2006; 26(2): 154-155.
287. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15(12): 1498-1508.
288. Foley KT, Palmer RM. Evaluation of the frail elderly: tools for office practice. *Hospital Medicine* 1996; 32(6): 21.
289. Forbes ML, Brown HN. Developing an instrument for measuring patient satisfaction. *AORN journal* 1995; 61(4): 737-739.
290. Ford P. Future assessment. *Elderly Care* 1997; 9(6): 12-14.
291. Ford P, McCormack B. Determining older people's need for registered nursing in continuing healthcare: the contribution of the Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8(6): 731-742.
292. Forrest CB, Bevans KB, Riley AW, Crespo R, Louis TA. School outcomes of children with special health care needs. *Pediatrics* 2011; 128(2): 303-312.
293. Forrester DA, Murphy PA, Price DM, Monaghan JF. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. *Heart & lung: the journal of critical care* 1990; 19(6): 655-661.
294. Fortinsky RH, Granger CV, Seltzer GB. The use of functional assessment in understanding home care needs. *Medical care* 1981; 19(5): 489-497.
295. Fournier CJ, Davis MJ, Patnaik A, Elliott TR, Dyer JA, Jasek EE, Phillips CD. Modeling caregivers' perceptions of children's need for formal care: physical function, intellectual disability, and behavior. *Disability and health journal* 2010; 3(3): 213-221.
296. Fracchia S, Grasso A, Pagani M, Corsini C, Cerina G, Ghirmai S, Bernardini B, Berra C, Badalamenti S, Campanati P, Boncinelli S, Respizzi S. Il paziente anziano nel setting di cura per acuti: Ruolo di uno strumento di assessment rapido multidimensionale nell'identificazione dei pazienti a rischio [The hospitalized older patient: The function of a quick multidimensional assessment tool in identifying patients at increased risk]. *Giornale di Gerontologia* 2011; 59(3): 130-139.
297. Francesconi P, Cantini E, Bavazzano E, Lauretani F, Bandinelli S, Buiatti E, Ferrucci L. Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). *Aging clinical and experimental research* 2006; 18(2): 133-140.
298. Francisco GE, Latorre JM, Ivanhoe CB. Intrathecal baclofen therapy for spastic hypertonia in chronic traumatic brain injury. *Brain injury : [BI]* 2007; 21(3): 335-338.

299. Frank L, Kleinman L, Ciesla G, Rupnow MF, Brodaty H. The effect of risperidone on nursing burden associated with caring for patients with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52(9): 1449-1455.
300. Freyne A, Dolan M, Cooney C. Carer-rated needs assessment of a cohort of people with dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2010; 27(2): 72-76.
301. Fricke J, Unsworth C. Occupational therapists' conceptions of instrumental activities of daily living in relation to evaluation and intervention with older clients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1998; 5(4): 180-191.
302. Frilund M, Fagerstroem L. Oulu Patient Classification instrument within primary health care. *Studies in health technology and informatics* 2009; 146: 30-35.
303. Frilund M, Fagerstroem L. Validity and reliability testing of the Oulu patient classification: instrument within primary health care for the older people. *International Journal of Older People Nursing* 2009; 4(4): 280-287.
304. Gallagher D, Mhaolain AN, Crosby L, Ryan D, Lacey L, Coen RF, Walsh C, Coakley D, Walsh JB, Cunningham C, Lawlor BA. Dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias* 2011; 26(2): 110-114.
305. Garces J, Rodenas F, Sanjose V. Care needs among the dependent population in Spain: an empirical approach. *Health & Social Care in the Community* 2004; 12(6): 466-474.
306. Gargett S. Public policy and the dependency of nursing home residents in Australia: 1968-69 to 2006-07. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2010; 96(2): 143-153.
307. Garms-Homolova V, Gilgen R. RAI - Resident Assessment Instrument Tests Review – Resident Assessment Instrument. 2000.
308. Gaskill D, Isenring EA, Black LJ, Hassall S, Bauer JD. Maintaining nutrition in aged care residents with a train-the-trainer intervention and Nutrition Coordinator. *The journal of nutrition, health & aging* 2009; 13(10): 913-917.
309. Gasquet I, Dehe S, Gaudebout P, Falissard B. Regular visitors are not good substitutes for assessment of elderly patient satisfaction with nursing home care and services. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2003; 58(11): 1036-1041.
310. Gauggel S, Heinemann AW, Böcker M, Lämmle G, Borchelt M, Steinhagen-Thiessen E. Patient-staff agreement on Barthel Index scores at admission and discharge in a sample of elderly stroke patients. *Rehabilitation Psychology* 2004; 49(1): 21-27.
311. Gawel J, Vengrow D, Collins J, Brown S, Buchanan A, Cook C. The short physical performance battery as a predictor for long term disability or institutionalization in the community dwelling population aged 65 years old or older. *Physical Therapy Reviews* 2012; 17(1): 37-44.
312. Geenen SJ, Powers LE, Sells W. Understanding the role of health care providers during the transition of adolescents with disabilities and special health care needs. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2003; 32(3): 225-233.
313. Georg J. Pflegeassessment in der Langzeitpflege. *Nova* 2004; (10): 15.
314. Georg J. Pflegediagnosen bei Menschen mit geistiger Behinderung. *NOVAcura* 2009; 40(5): 17.
315. George LK. Choosing among established assessment tools: scientific demands and practical constraints. *Generations* 1997; 21(1): 32-36.
316. Geraedts M, Holle B, Vollmar HC, Bartholomeyczik S. Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege: Aktuelle Entwicklungen und Besonderheiten [Quality management in ambulatory care nursing and inpatient nursing in Germany. Specifics and current trends]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2011; 54(2): 185-193.
317. Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Galanis P, Brokalaki H. Risk factors for prolonged stay in cardiac surgery intensive care units. *Nursing in critical care* 2011; 16(5): 243-251.
318. Giles LC, Hawthorne G, Crotty M. Health-related Quality of Life among hospitalized older people awaiting residential aged care. *Health and quality of life outcomes* 2009; 7: 71.

319. Gilgen R. Assessment der Pflegebeduerftigkeit [Assessment of need for nursing care]. *Therapeutische Umschau Revue therapeutique* 1997; 54(6): 351-355.
320. Gilgen R, Garms-Homolova V. Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege – eine Uebersicht [The Resident Assessment Instrument (RAI): A system for the evaluation of clients and the documentation of long-term care. An overview]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 1995; 28(1): 25-28.
321. Giovannetti AM, Leonardi M, Pagani M, Sattin D, Raggi A. Burden of caregivers of patients in Vegetative State and Minimally Conscious State. *Acta neurologica Scandinavica* 2012.
322. Girgis A, Lambert S, Lecathelinais C. The supportive care needs survey for partners and caregivers of cancer survivors: development and psychometric evaluation. *Psycho-Oncology* 2011; 20(4): 387-393.
323. Glasby J. Social services and the Single Assessment Process: early warning signs? *Journal of Interprofessional Care* 2004; 18(2): 129-139.
324. Glaser J, Lampert B, Weigl M. Interaction, work-load, health and work design in nursing for the elderly [Interaktion, Arbeitslast, Gesundheit und Arbeitsgestaltung in der Altenpflege]. München 2007.
325. Gobbens RJ, van Assen MA. Frailty and its prediction of disability and health care utilization: The added value of interviews and physical measures following a self-report questionnaire. *Archives of gerontology and geriatrics* 2012.
326. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association* 2010; 11(5): 344-355.
327. Gorecki SM. The effects of knowledge and burden upon caregivers and its relation to placement of elderly patients. US: ProQuest Information & Learning, US; 1997.
328. Gorey KM, Brice GC, Rice RW. An elder care training needs assessment among employee assistance program staff employed by New York State government: Brief report of a systematic replication. *Employee Assistance Quarterly* 1990; 6(2): 57-70.
329. Graesel E. When home care ends – changes in the physical health of informal caregivers caring for dementia patients: a longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50(5): 843-849.
330. Graessel E. Haeusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil 1: Inanspruchnahme professioneller Plegehilfe [Home care of dementia and nondementia patients. Part 1: Users and non-users of respite care]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 1998; 31(1): 52-56.
331. Graessel E. Koerperbeschwerden und Belastung pflegender Familienangehoeriger bei haeuslicher Pflege eines ueber laengere Zeit hilfsbeduerftigen Menschen [Somatic symptoms and burden among family caregivers providing nursing care at home for a long period]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 1996; 46(5): 189-193.
332. Graessel E, Donath C, Lauterberg J, Haag C, Neubauer S. Dementia Patients and Levels of Care: Do Symptoms of the Illness Affect the Grading? [Demenzkranke und Pflegestufen: Wirken sich Krankheitssymptome auf die Einstufung aus?] New York 2008.
333. Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 2007; (23): 2p.
334. Graf C. Try this: best practices in nursing care to older adults. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *American Journal of Nursing* 2008; 108(4): 59-60.
335. Granger CV, Cotter AC, Hamilton BB, Fiedler RC. Functional assessment scales: A study of persons after stroke. 1993. p. 74.
336. Granger CV, Cotter AC, Hamilton BB, Fiedler RC, Hens MM. Functional assessment scales: a study of persons with multiple sclerosis. 1990. p. 71.
337. Granger CV, Divan N, Fiedler RC. Functional assessment scales. A study of persons after traumatic brain injury. *American journal of physical medicine & rehabilitation/Association of Academic Physiatrists* 1995; 74(2): 107-113.

338. Grant AM, Grinspun D, Hernandez CA. The revision of a workload measurement tool to reflect the nursing needs of patients with traumatic brain injury. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses* 1995; 20(6): 306-309.
339. Grant PR, Skinkle RR, Lipps G. The impact of an interinstitutional relocation on nursing home residents requiring a high level of care. *The Gerontologist* 1992; 32(6): 834-842.
340. Greiner L. *The predictive validity of the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status for long-term functional, social, vocational, and psychiatric outcome in traumatic and nontraumatic brain-injured patients*. US: ProQuest Information & Learning, US; 2006.
341. Grieshaber U. Standpunkt. Pflege durch Pflegende begutachten lassen. *Forum Sozialstation* 2002; 26(115): 3.
342. Griesser AC, Vlastos G, Morel L, Beaume C, Sappino AP, Haller G. Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. *European journal of cancer care* 2011; 20(4): 466-474.
343. Griffiths P. Self-assessment of health and social care needs by older people: a review. *British journal of community nursing* 2005; 10(11): 520.
344. Griffiths P, Sironi C. Care needs and point prevalence of post-acute patients in the acute medical wards of an Italian hospital. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42(5): 507-512.
345. Gulley SP, Rasch EK, Chan L. If we build it, who will come? Working-age adults with chronic health care needs and the medical home. *Medical care* 2011; 49(2): 149-155.
346. Gutzmann H, Metzler P, Schmidt KH. Entwicklung einer Skala zur Beurteilung der Pflegebeduerftigkeit von Senioren (BPS) unter Beruecksichtigung gerontopsychiatrisch relevanter Dimensionen [Development of a scale for the assessment of the need for nursing in old age considering relevant geriatric psychiatric dimensions]. Göttingen 2000.
347. Gutzmann H, Metzler P, Schmidt KH. Werden psychische Erkrankungen in der Vergabe von Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz hinreichend beruecksichtigt? Evaluation mit Hilfe einer neuer Skala zur Beurteilung der Pflegebeduerftigkeit von Senioren (BPS) [Are psychiatric illnesses adequately considered in distribution of nursing care levels according to the nursing care insurance law? Evaluation using a new scale for evaluating need for nursing care by senior citizens]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2000; 33(6): 488-494.
348. Gutzmann H, Schmidt KH, Vulturius H. Untersuchungen zur Validitaet der Beurteilungsskala fuer Geriatriische Patienten (BGP) [A validation study of the Beurteilungsskala fuer Geriatriische Patienten (Rating Scale for Assessment of Geriatric Patients)]. *Zeitschrift fuer Gerontopsychologie und -psychiatrie* 1998; 11(1): 35-43.
349. Haeussler M, Streit A, Strassburg HM. Validitaet der Pflegebegutachtung bei koerperbehinderten und bei geistig behinderten Kindern. *Das Gesundheitswesen* 2002; 64(10): 527.
350. Hager K, Nennmann U. Einflussfaktoren auf die entlassung ins altenheim nach der geriatriischen rehabilitation [Factors influencing discharge to senior citizens' homes after geriatric rehabilitation]. *Geriatric Forschung* 1997; 7(4): 163-170.
351. Haley SM, Ludlow L, Coster W, Langmuir L. Self-reporting of capable versus typical functional activity performance in community-dwelling older adults: is there a difference? *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2002; 25(1): 3-10.
352. Halloran EJ. Nursing workload, medical diagnosis related groups, and nursing diagnoses. *Research in nursing & health* 1985; 8(4): 421-433.
353. Hansebo G, Kihlgren M, Ljunggren G. Review of nursing documentation in nursing home wards – changes after intervention for individualized care. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(6): 1462-1473.
354. Harris R, Ullman R, Griffiths P. Self-assessment of health and social care needs by older people. *Reviews in Clinical Gerontology* 2006; 16(4): 301-312.
355. Harrison T, Stuijbergen A, Adachi E, Becker H. Response by Harrison, Stuijbergen, Adachi, and Becker. *Western journal of nursing research* 2004; 26(3): 291-292.

356. Hartigan I. A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing* 2007; 2(3): 204-212.
357. Hartman ML, Fisher AG, Duran L. Assessment of functional ability of people with Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1999; 6(3): 111-118.
358. Hartz GW, Splain DM. *Psychosocial intervention in long-term care: An advanced guide*. US: The Haworth Press, Binghamton, NY, US; 1997.
359. Hayes N. A risk assessment score predicted which elderly patients would fall during a hospital stay [commentary on Oliver D, Britton M, Seed P, et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BR MED J* 1997;315(7115):1049-53]. *Evidence Based Nursing* 1998; 1(3): 90-90.
360. Hays BJ, Willborn EH, Lopez P. Measuring the need for nursing care in older adults living at home. *Public health nursing (Boston, Mass)* 1997; 14(1): 37-41.
361. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and ageing* 1988; 17(5): 293-302.
362. Hebert R, Guilbault J, Desrosiers J, Dubuc N. The functional autonomy measurement system (SMAF): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society* 2001; 4(3): 141-147.
363. Hebert R, Raiche M, Gueye NR. Survey disability questionnaire does not generate valid accurate data compared to clinical assessment on an older population. *Archives of gerontology and geriatrics* 2012; 54(2): 57-62.
364. Heinze C, Dassen T, Halfens R, Lohrmann C. Screening the risk of falls: a general or a specific instrument? *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(3): 350-356.
365. Heinze C, Halfens RJ, Roll S, Dassen T. Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 53(3): 327-332.
366. Heitmann D, Kleina T. Durchführung eines pflegerischen Assessments: Die Versorgung angemessen planen [Carrying out a nursing assessment: planning nursing care accordingly]. *Pflege Zeitschrift* 2007; 60(10): 544-547.
367. Helberg JL. Use of home care nursing resources by the elderly. *Public health nursing (Boston, Mass)* 1994; 11(2): 104-112.
368. Herlitz C. Functional status of the non-institutionalized elderly in Sweden. *Journal of Gerontological Social Work* 1997; 27(4): 41-55.
369. Hermanson C, Das JP. Measuring adaptive functions: Factor analysis of a popular scale. *Mental Retardation Bulletin* 1977; 5(2): 62-69.
370. Herrmann N, Cappell J, Eryavec GM, Lanctot KL. Changes in nursing burden following memantine for agitation and aggression in long-term care residents with moderate to severe Alzheimer's disease: an open-label pilot study. *CNS drugs* 2011; 25(5): 425-433.
371. Hilton C, Simons B. Dental surgery attendance amongst patients with moderately advanced dementia attending a day unit: a survey of carers' views. *British dental journal* 2003; 195(1): 39-40.
372. Hirdes JP, Fries BE, Rabinowitz T, Morris JN. *Comprehensive assessment of persons with bipolar disorder in long-term care settings: The potential of the interRAI family of instruments*. Sajatovic M, Blow FC, editors. US: Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, US; 2007.
373. Hirdes JP, Mitchell L, Maxwell CJ, White N. Beyond the 'Iron Lungs of Gerontology': Using Evidence to Shape the Future of Nursing Homes in Canada. *Canadian Journal on Aging* 2011; 30(3): 371-390.
374. Hirst M. Dependency and family care of young adults with disabilities. 1985; 11(4): 241-257.
375. Hirvensalo MH, Cohen-Mansfield J, Rind S, Guralnik J. Assessment of impairments that limit exercise and use of impairment information to generate an exercise. *Journal of Aging & Physical Activity* 2007; 15(4): 459-479.

376. Hiura M, Nemoto H, Nishisaka K, Higashi K, Katoh T. The Association Between Walking Ability and Falls in Elderly Japanese Living in the Community Using a Path Analysis. *Journal of community health* 2011.
377. Hockley J, Watson J, Oxenham D, Murray SA. The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation. *Palliative medicine* 2010; 24(8): 828-838.
378. Hoeltmann B, Tsusche P. Pflegegesetzadaptiertes geriatrisches Basis-Assessment Instrument zur Messung von Funktionalitaet, Selbstaendigkeit, Behandlungsbedarf und Pflegebeduerftigkeit Hilfe zur Operationalisierung geriatrischer Arbeit und zur Dokumentation, Verlaufsbeurteilung, Qualitaetssicherung in vernetzten Strukturen Kurzfassung fuer die Praxis. Muenchen: MMV Medizin Verlag; 1996. p. 1996.
379. Hoeltmann BJ, Tausche P. Pflegegesetzadaptiertes geriatrisches Basis-Assessment: Instrument zur Messung von Funktionalitaet, Selbstaendigkeit, Behandlungsbedarf und Pflegebeduerftigkeit; Hilfe zur Operationalisierung geriatrischer Arbeit und zur Dokumentation – Verlaufsbeurteilung – Qualitaetssicherung in vernetzten Strukturen; Kurzfassung fuer die Praxis/B. Hoeltmann; P. Tausche. Muenchen: MMV, Medizin-Verl.; 1996.
380. Hoffman K, West A, Nott P, Cole E, Playford D, Liu C, Brohi K. Measuring acute rehabilitation needs in trauma: Preliminary evaluation of the Rehabilitation Complexity Scale. *Injury* 2011.
381. Hoi LV, Pham T, Lindholm L. Elderly care in daily living in rural Vietnam: need and its socio-economic determinants. *BMC geriatrics* 2011; 11(81): 2.
382. Holland DE, Hansen DC, Matt-Hensrud NN, Severson MA, Wenninger CR. Continuity of care: a nursing needs assessment instrument. *Geriatric nursing (New York, NY)* 1998; 19(6): 331-334.
383. Holmes D, Teresi J, Kong J. Service inputs and costs of care related to outcomes among cognitively impaired nursing home residents. *The journal of mental health policy and economics* 2000; 3(3): 121-127.
384. Holmquist IB, Svensson B, Hoeglund P. Psychotropic drugs in nursing- and old-age homes: relationships between needs of care and mental health status. *European journal of clinical pharmacology* 2003; 59(8-9): 669-676.
385. Holtkamp CC, Kerkstra A, Ooms ME, van Campen C, Ribbe MW. Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38(6): 619-628.
386. Hoogervorst EL, de Jonge P, Jelles B, Huyse FJ, Heeres I, van der Ploeg HM, Uitdehaag BM, Polman CH. The INTERMED: a screening instrument to identify multiple sclerosis patients in need of multidisciplinary treatment. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 2003; 74(1): 20-24.
387. Hook JN, Han DY, Smith CA. Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) and depressive complaints in older adults. *Clinical Gerontologist* 2010; 33(2): 84-91.
388. Hopper T, Bayles KA, Harris FP, Holland A. The relationship between minimum data set ratings and scores on measures of communication and hearing among nursing home residents with dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2001; 10(4): 370-381.
389. Horgas AL, Margrett JA. Measuring behavioral and mood disruptions in nursing home residents using the Minimum Data Set. *Outcomes Management for Nursing Practice* 2001; 5(1): 28-35.
390. Houtjes W, van Meijel B, Deeg DJ, Beekman AT. Major depressive disorder in late life: a multifocus perspective on care needs. *Aging & Mental Health* 2010; 14(7): 874-880.
391. Hoven E, Lannering B, Gustafsson G, Boman KK. The met and unmet health care needs of adult survivors of childhood central nervous system tumors: a double-informant, population-based study. *Cancer* 2011; 117(18): 4294-4303.
392. Huber JP, Saldutto B, Huerny C, Conzelmann M, Beutler M, Fusek M, Muenzer T. Erhebung der Patientenzufriedenheit in der Geriatrie: Eine methodologische Pilotstudie [Assessment of patient satisfaction in geriatric hospitals: a methodological pilot study]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2008; 41(2): 124-131.

393. Hughes C, Osman C, Woods AK. Relationship among performance on stair ambulation, functional reach, and timed up and go tests in older adults. *Issues on Aging* 1998; 21(3): 18-22.
394. Huijbregts MP, Teare GF, McCullough C, Kay TM, Streiner D, Wong SK, McEwen SE, Otten I. Standardization of the continuing care activity measure: a multicenter study to assess reliability, validity, and ability to measure change. *Physical Therapy* 2009; 89(6): 546-555.
395. Hung LC, Liu CC, Kuo HW. Unmet nursing care needs of home-based disabled patients. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(1): 96-104.
396. Huybrechts KF, Caro JJ. The Barthel Index and modified Rankin Scale as prognostic tools for long-term outcomes after stroke: a qualitative review of the literature. *Current medical research and opinion* 2007; 23(7): 1627-1636.
397. Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JPJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balough N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M. COMPRI - An instrument to detect patients with complex care needs. *Psychosomatics* 2001; 42(3): 222-228.
398. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP, de Jonge P, Fink P, Gans RO, Guex P, Herzog T, Lobo A, Smith GC, van Schijndel RS. "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *General hospital psychiatry* 1999; 21(1): 39-48.
399. Hwang SS, Chang VT, Alejandro Y, Osenenko P, Davis C, Cogswell J, Srinivas S, Kasimis B. Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. *Palliative & supportive care* 2003; 1(4): 319-329.
400. Hyduk CA. The dynamic relationship between social support and health in older adults: assessment implications. *Journal of Gerontological Social Work* 1996; 27(1/2): 149-165.
401. Igarashi A, Morita T, Miyashita M, Kiyohara E, Inoue S. Changes in medical and nursing care after admission to palliative care units: a potential method for improving regional palliative care. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2010; 18(9): 1107-1113.
402. Iglesias C, Alonso Villa MJ. A system of patient classification in long-term psychiatric inpatients: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2005; 12(1): 33-37.
403. Ipek Coban G, Kasikci M. Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a Turkish population. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(13-14): 1929-1934.
404. Irlinger Wimmer E, Glaus A, Spreeuwenberg C. The assessment of nursing care needs in cancer patients [Pflegebedarfserhebung auf onkologischen Abteilungen in einem deutschen Universitätsklinikum]. 2008.
405. Isaksson U, Graneheim UH, Astroem S, Karlsson S. Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & Mental Health* 2011; 15(5): 573-579.
406. Isforth M, Bruehl A. Patientenklassifikationssysteme. Leistungsdaten im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 2) [Patient classification systems. Nursing workload from the perspective of applied research (part 2)]. *Pflege Zeitschrift* 2008; 61(1): 28-32.
407. Ishine M, Sakagami T, Sakamoto R, Wada T, Khampitak K, Fushida M, Kawakita T, Okumiya K, Kita T, Matsubayashi K. Comprehensive geriatric assessment for community-dwelling elderly in Asia compared with those in Japan: VII. Khon Khen in Thailand. *Geriatrics & Gerontology International* 2006; 6(1): 40-48.
408. Ivbijaro GO, Kolkiewicz LA, McGee LSF, Gikunoo M. Addressing long-term physical healthcare needs in a forensic mental health inpatient population using the UK primary care Quality and Outcomes Framework (QOF): an audit. *Mental Health in Family Medicine* 2008; 5(1): 51-60.
409. Iverson GL, Sawyer DC, Friesen IC. The Behavioural Assessment Scale: monitoring adaptive functioning in long-term care. *Journal of Cognitive Rehabilitation* 2001; 19(3): 18-21.
410. Iwarsson S, Horstmann V, Oswald F, Wahl H. Impact of sociocultural care and service context on instrumental activities of daily living dependence among very old European women. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2009; 25(3): 251-264.

411. Iwarsson S, Horstmann V, Oswald F, Wahl H. Sociocultural care, service context, and IADL dependence among very old European women. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2010; 26(1): 32-45.
412. Izawa S, Kuzuya M, Okada K, Enoki H, Koike T, Kanda S, Iguchi A. The nutritional status of frail elderly with care needs according to the mini-nutritional assessment. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)* 2006; 25(6): 962-967.
413. Jacques J, Spencer S, Gilluley P. Long-term care needs in male medium security. *British Journal of Forensic Practice* 2010; 12(3): 37-44.
414. Jagger C, Collerton JC, Davies K, Kingston A, Robinson LA, Eccles MP, von Zglinicki T, Martin-Ruiz C, James OF, Kirkwood TB, Bond J. Capability and dependency in the Newcastle 85+ cohort study. Projections of future care needs. *BMC geriatrics* 2011; 11: 21.
415. Jakobsson U, Karlsson S. Predicting Mortality With the ADL-Staircase in Frail Elderly. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2011; 29(2): 136-147.
416. Janssen DJ, Franssen FM, Wouters EF, Schols JM, Spruit MA. Impaired health status and care dependency in patients with advanced COPD or chronic heart failure. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2011; 20(10): 1679-1688.
417. Jessee WF, Ford LG, Pebbutt JS. Implications of PSROs for long term care. *Hospitals* 1976; 50(15): 140-150.
418. Jogerst G, Daly J, Zimmerman MB. Physician use of and attitudes regarding the Minimum Data Set. *Journal of the American Medical Directors Association* 2002; 3(2): S39-45.
419. Johnston MV, Graves D, Greene M. The uniform postacute assessment tool: systematically evaluating the quality of measurement evidence. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2007; 88(11): 1505-1512.
420. Jones DA, Barrett F. Development and testing of a functional health pattern assessment screening tool. In: Rantz MJ, editor. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the twelfth conference, North American Nursing Diagnosis Association*. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; 1997. p. 228-235.
421. Jones DA, Foster FB. Further development and testing of a functional health pattern assessment screening tool. In: Rantz MJ, editor. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the thirteenth conference, North American Nursing Diagnosis Association Celebrating the 25th anniversary of NANDA*. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; 1999. p. 471-477.
422. Jones HL, Dowrick C. Assessing community care needs within general practice. *Health & Social Care in the Community* 1996; 4(4): 234-237.
423. Joos SK, Ewart S. A health survey of Klamath Indian elders 30 years after the loss of tribal status. *Public health reports (Washington, DC : 1974)* 1988; 103(2): 166-173.
424. Kalkhoff S, Mueller-Staub M. Elektronisches Pflegeassessment. Rehaspezifisch und massgeschneidert [Electronic nursing assessment. Rehabilitation specific and customized]. *Krankenpflege Soins infirmiers* 2011; 104(12): 14-16.
425. Kane RL, Flood S, Keckhafer G, Bershady B, Lum YS. Nursing home residents covered by Medicare risk contracts: early findings from the EverCare evaluation project. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50(4): 719-727.
426. Karkkainen O, Eriksson K. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12(2): 198-205.
427. Karlsson S, Edberg AK, Hallberg IR. Professional's and older person's assessments of functional ability, health complaints and received care and service. A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47(10): 1217-1227.
428. Karlsson S, Edberg AK, Westergren A, Hallberg IR. Functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs. public care only. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008; 22(1): 136-148.

429. Kaye JA, Maxwell SA, Mattek N, Hayes TL, Dodge H, Pavel M, Jimison HB, Wild K, Boise L, Zitzelberger TA. Intelligent Systems for Assessing Aging Changes: Home-Based, Unobtrusive, and Continuous Assessment of Aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 2011; 66B(supp 1): i180-190.
430. Kennedy CC, Madra P, Reddon JR. Assessing treatment outcome in psychogeriatric inpatients: the utility of the Global Assessment of Functioning Scale. *Clinical Gerontologist* 1999; 20(3): 3-11.
431. Kennedy P, Smithson EF, Blakey LC. Planning and Structuring Spinal Cord Injury Rehabilitation: The Needs Assessment Checklist. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* 2012; 18(2): 135-137.
432. Kersten P, George S, McLellan L, Smith JA, Mullee MA. Met and unmet needs reported by severely disabled people in southern England. *Disability and rehabilitation* 2000; 22(16): 737-744.
433. Kim IK, Maeda D. A comparative study on sociodemographic changes and long-term health care needs of the elderly in Japan and South Korea. *Journal of cross-cultural gerontology* 2001; 16(3): 237-255.
434. Kingston A, Collerton J, Davies K, Bond J, Robinson L, Jagger C. Losing the ability in activities of daily living in the oldest old: A hierarchic disability scale from the Newcastle 85+ study. *PLoS ONE* 2012; 7(2).
435. Kjervik DK, Carlson J, Weisensee MG. Incapacity assessment of older persons: a tool to reduce subjectivity in decisions about guardianship. *Journal of Nursing Law* 2004; 9(3): 37-44.
436. Kliebsch U, Brenner H. Inter-Rater-Reliabilitaet von Instrumenten zur Beurteilung der Pflegebeduerftigkeit: Ein Review der internationalen Literatur [Interrater reliability of instruments for the evaluation of needs of bedridden persons: a review of the international literature]. *Sozial- und Praeventivmedizin* 1996; 41(5): 303-314.
437. Kliebsch U, Reiser K, Brenner H. Reliabilitaetsstudie zum Begutachtungsverfahren der Pflegebeduerftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung [Reliability of expert assessment in disability evaluation within the scope of disability insurance]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Aerzte des Oeffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 1997; 59 Suppl 1: 34-41.
438. Koch N, Stiefel F, de Jonge P, Fransen J, Chamot AM, Gerster JC, Huyse F, So AK. Identification of case complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and rheumatism* 2001; 45(3): 216-221.
439. Kono A, Fujita T, Tsumura C, Kondo T, Kushiyama K, Rubenstein LZ. Preventive home visit model targeted to specific care needs of ambulatory frail elders: preliminary report of a randomized trial design. *Aging clinical and experimental research* 2009; 21(2): 167-173.
440. Kono A, Kanaya Y, Fujita T, Tsumura C, Kondo T, Kushiyama K, Rubenstein LZ. Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2012; 67(3): 302-309.
441. Koschel D, Prassler R. Ein Jahr Schlaganfall-Station an einer Medizinischen Klinik. Ergebnisse und Perspektiven [Stroke unit in a medical clinic: one year results and perspectives]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 2001; 126(25-26): 739-744.
442. Kose G, Hatipoglu S. The effect of low back pain on the daily activities of patients with lumbar disc herniation: a Turkish military hospital experience. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses* 2012; 44(2): 98-104.
443. Kottner J, Halfens R, Dassen T. Interrater reliability and agreement of the Care Dependency Scale in the home care setting in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24 Suppl 1: 56-61.
444. Kotynia-English R, McGowan H, Almeida OP. A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: impact on health outcomes. *International psychogeriatrics/IPA* 2005; 17(3): 475-485.
445. Kovess-Masfety V, Wiersma D, Xavier M, de Almeida JM, Carta MG, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Torres-Gonzalez F, Moreno Kustner B, Walsh D. Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH* 2006; 2: 22.

446. Krieke Lvd, Sytema S, Wiersma D, Tielen H, Hemert AMv. Evaluating the CANSAS self-report (CANSAS-P) as a screening instrument for care needs in people with psychotic and affective disorders. *Psychiatry Research* 2011; 188(3): 456-458.
447. Kronk RA, Ogonowski JA, Rice CN, Feldman HM. Reliability in assigning ICF codes to children with special health care needs using a developmentally structured interview. *Disability and rehabilitation* 2005; 27(17): 977-983.
448. Krumm N, Stiel S, Ostgathe C, Lindena G, Nauck F, Elsner F, Radbruch L. Subjective Well-being in Palliative Patients Results from the German Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) – Subjektives Befinden bei Palliativpatienten Ergebnisse der Hospiz- und Palliativ-erhebung (HOPE). Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York; 2008. p. 132-138.
449. Kumlien S, Axelsson K, Ljunggren G, Winblad B. Stroke patients ready for discharge from acute care – a multi-dimensional assessment of functions and further care. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal* 1999; 21(1): 31-38.
450. Kurowska K, Bak I. Poczucie koherencji (SOC) a funkcjonowanie w codziennym zyciu mieszkancow domow pomocy spoLecznej dla przewlekle i somatycznie chorych [Sense of coherence (SOC) and every day functioning in chronically ill pensioners of nursing homes]. *Psychogeriatrya Polska* 2010; 7(2): 37-44.
451. Kuys SS, Brauer SG. Validation and reliability of the Modified Elderly Mobility Scale. *Australasian Journal on Ageing* 2006; 25(3): 140-144.
452. Kwan C, Chi I, Lam T, Lam K, Chou K. Validation of Minimum Data Set for Home Care assessment instrument (MDS-HC) for Hong Kong Chinese elders. *Clinical Gerontologist* 2000; 21(4): 35-48.
453. Lachwitz K. Probleme bei den Feststellungen von Pflegebeduerftigkeit (SGB XI) Rechtliche Fragestellungen zur Praxis der Begutachtung von Menschen mit geistiger Behinderung. 1997. p. 93.
454. Lambert S, Cheung W, Davies S, Gardner L, Thomas V. Comparison of two tools developed to assess the needs of older people with complex care needs. *Journal of Research in Nursing* 2009; 14(5): 421-436.
455. Lambert S, Thomas V, Gardner L. 'Introducing yourself to strangers': nurses' views on assessing older people with complex care needs. *Journal of Research in Nursing* 2007; 12(4): 349-361.
456. Lambing A, Adams D. ELDERS assessment tool guides the way. *Nursing Spectrum (Midwest)* 2003; 4(9): 30-31.
457. Lambing A, Adams D. ELDERS assessment tool guides the way. *Nursing Spectrum – New York & New Jersey Edition* 2004; 16(3): NJ/NY16-17.
458. Landi F, Sgadari A, Zuccala G, Pahor M, Carbonin P, Bernabei R. A brief training program on resident assessment instrument improves motivation of nursing home staff. *The journal of nutrition, health & aging* 1999; 3(1): 24-28.
459. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *Journal of epidemiology and community health* 1996; 50(4): 456-462.
460. Langkamp-Henken B. Usefulness of the MNA in the long-term and acute-care settings within the United States. *The journal of nutrition, health & aging* 2006; 10(6): 502-506.
461. Larsson C, Axell AG, Ersson A. Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings. *Acta anaesthesiologica Scandinavica* 2007; 51(7): 888-892.
462. Lee E, Lum CM, Xiang YT, Ungvari GS, Tang WK. Psychosocial condition of family caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Hong Kong. *East Asian Archives of Psychiatry* 2010; 20(4): 180-185.
463. Lee J, Rantz M. Correlates of post-hospital physical function at 1 year in skilled nursing facility residents. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62(4): 479-486.

464. Lee JS, Chau PP, Hui E, Chan F, Woo J. Survival prediction in nursing home residents using the Minimum Data Set subscales: ADL Self-Performance Hierarchy, Cognitive Performance and the Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs scales. *European journal of public health* 2009; 19(3): 308-312.
465. Lee Y, Choi K. Functional disability of older persons in long-term care facilities in Korea. *Archives of gerontology and geriatrics* 2002; 34(2): 93-106.
466. Lehmann C, Koch U, Mehnert A. Psychometric properties of the German version of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF34-G). *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2012.
467. Leistner K. Ist die ICDH fuer die geriatriische Rehabilitation geeignet? [Is the ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) suitable for geriatric rehabilitation?]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2001; 34 Suppl 1: 30-35.
468. Leon J, Moyer D. Potential cost savings in residential care for Alzheimer's disease patients. *The Gerontologist* 1999; 39(4): 440-449.
469. Leveille SG, Guralnik JM, Ferrucci L, Corti MC, Kasper J, Fried LP. Black/White differences in the relationship between MMSE scores and disability: the Women's Health and Aging Study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 1998; 53B(3): P201-208.
470. Lewis CB, Lindsay T, Scott C. Functional assessment in the psychosocial realm. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 1996; 11(4): 64-83.
471. Li IC, Lien IN, Lin YC. Long-term care services needs for spinal-cord injury patients in Taiwan. *The journal of nursing research: JNR* 2001; 9(4): 127-138.
472. Lima JC, Allen SM. Targeting risk for unmet need: not enough help versus no help at all. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences* 2001; 56(5): 302-310.
473. Linden M, Gilberg R, Schimpf S. Kurzsкала zur Erfassung der Pflegebeduerftigkeit und Pflege-versorgung (PBV-Skala) [Brief scale for assessment of need for care and provision of care]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 1998; 31(3): 170-183.
474. Lintz K, Moynihan C, Steginga S, Norman A, Eeles R, Huddart R, Dearnaley D, Watson M. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-Oncology* 2003; 12(8): 769-783.
475. Liu LF, Wen MJ. A longitudinal evaluation of residents' health outcomes in nursing homes and residential care homes in Taiwan. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2010; 19(7): 1007-1018.
476. Lobo E, de Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Rabanaque MJ, Lobo A. Early detection of pneumo-logy inpatients at risk of extended hospital stay and need for psychosocial treatment. *Psycho-somatic medicine* 2007; 69(1): 99-105.
477. Loeschner VK, Metzner H. Erhebungsinstrument zur Erfassung von Betreuungsbedarf aelterer Buerger [Assessment instrument for the evaluation of health care needs of elderly citizens]. *ZfA Zeitschrift fuer Altersforschung* 1988; 43(1): 37-41.
478. Lohrmann C. Die Pflegeabhaengigkeitsskala (PAS): Das Mass ist die Unabhaengigkeit [Nursing Care Dependency Scale: a measure of independence]. *Pflege Zeitschrift* 2002; 55(7): 501-505.
479. Lohrmann C, Balzer K, Dijkstra A, Dassen T. Pflegeabhaengigkeit im Pflegeheim – eine psycho-metrische Studie [Care dependency in nursing homes--a psychometric study]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2003; 36(4): 255-259.
480. Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. The Care Dependency Scale: an assessment instrument for elderly patients in German hospitals. *Geriatric nursing (New York, NY)* 2003; 24(1): 40-43.
481. Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. Care dependency: testing the German version of the Care Dependency Scale in nursing homes and on geriatric wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17(1): 51-56.
482. Loos-Ayav C, Chau N, Riani C, Guillemin F. Functional disability in France and its relationship with health-related quality of life – a population-based prevalence study. *Clinical and experimental rheumatology* 2007; 25(5): 701-708.

483. Lopez-Aqueres W, Kemp B, Plopper M, Staples FR, Brummel-Smith K. Health needs of the Hispanic elderly. *Journal of the American Geriatrics Society* 1984; 32(3): 191-198.
484. Lorensen M, Eriksen R. The effect of systematic assessment in rehabilitation on self-care capability, length of hospital stay, patient satisfaction, and interdisciplinary collaboration. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing* 2003; 11(3): 4-18.
485. Lubaczewski J, Pezzoli SA. Alternatives to institutionalization: identifying and addressing the needs of urban homebound elderly. *Journal of Multicultural Nursing & Health (JMCNH)* 1998; 4(3): 49-53.
486. Lucas JA, Levin CA, Lowe TJ, Robertson B, Akincigil A, Sambamoorthi U, Bilder S, Paek EK, Crystal S. The relationship between organizational factors and resident satisfaction with nursing home care and life. *Journal of aging & social policy* 2007; 19(2): 125-151.
487. Lucke M, Messner T, Lucke C. Erfahrungen in der Umsetzung von Vorgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz--Erhebungen im haeuslichen Bereich nach der Begutachtung durch den MDKN [Experiences in realization of guidelines of the nursing care insurance regulation--outcome in home care service after expert assessment by medical service personnel]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Aerzte des Oeffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 1996; 58(12): 641-647.
488. Lum TY, Lin WC, Kane RL. Use of proxy respondents and accuracy of minimum data set assessments of activities of daily living. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2005; 60(5): 654-659.
489. Lyons D, Cohen M, Henderson T, Walker N. Partnership nursing home care for dementia: The Glasgow experience-One-year follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997; 12(7): 765-766.
490. Macfarlane DJ, Lee CCY, Flo EY, Chan KL, Chan DTS. Reliability and validity of the Chinese version of IPAQ (short, last 7 days). *Journal of science and medecine in sport* 2007; 10(N1): 45-51.
491. Macvean ML, White VM, Pratt S, Grogan S, Sanson-Fisher R. Reducing the unmet needs of patients with colorectal cancer: a feasibility study of The Pathfinder Volunteer Program. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2007; 15(3): 293-299.
492. Maidhof R, Pirk O, Winkel M, Hartung J. Es geht auch anders--Ein neues Instrument zur Begutachtung der Pflegestufen? [A different approach--a new instrument for expert assessment of disability stages?]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Aerzte des Oeffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 1999; 61(8-9): 380-384.
493. Maidhof R, Schneider F, Rachold U, Gerber J, Niehoff JU, Sann J. Der Barthel-Index: eine Alternative zum Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung? [The "Barthel Index": alternative to expertising in compulsory care insurance?]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Aerzte des Oeffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2002; 64(1): 54-59.
494. Makai P, Brouwer WB, Koopmanschap MA, Nieboer AP. Capabilities and quality of life in Dutch psycho-geriatric nursing homes: an exploratory study using a proxy version of the ICECAP-O. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2012; 21(5): 801-812.
495. Malmstroem M, Johansson SE, Sundquist J. A hierarchical analysis of long-term illness and mortality in socially deprived areas. *Social science & medicine (1982)* 2001; 53(3): 265-275.
496. Martin JC, Engle VF, Graney MJ. Health status gender differences of newly admitted black nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997; 45(2): 166-173.
497. Martin MD, Hancock GA, Richardson B, Simmons P, Katona C, Mullan E, Orrell M. An evaluation of needs in elderly continuing-care settings. *International psychogeriatrics/IPA* 2002; 14(4): 379-388.
498. Mau L. *Measuring the functional status and service utilization patterns of the elderly in Taiwan*. US: ProQuest Information & Learning, US; 1997.
499. McCarron M, Gill M, Lawlor B, Beagly C. A pilot study of the reliability and validity of the Care-giver Activity Survey – Intellectual Disability (CAS-ID). *Journal of Intellectual Disability Research* 2002; 46(part 8): 605-612.

500. McDougall GJ. A review of screening instruments for assessing cognition and mental status in older adults. *The Nurse practitioner* 1990; 15(11): 18-28.
501. McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psycho-Oncology* 2010; 19(5): 508-516.
502. McGilloway S, Donnelly M. Out of home, out of mind - the mental health and service needs of adult homeless family members. *The Irish Journal of Psychology* 2002; 23(1-2): 52-61.
503. McMaughan Moudouni D. Three issues in long term care and aging health policy: In-hospital mortality from fall related-injuries, the relationship between formal and informal personal care, and consumer experiences of nursing home care. 2010.
504. McNab C, Meadows G. The general-practice users' perceived need inventory ('GUPI': a brief general practice tool to assist in bringing mental healthcare needs to professional attention. *Primary Care Mental Health* 2005; 3(2): 93-101.
505. Meester-Delver A, Beelen A, Hennekam R, Hadders-Algra M, Nollet F. Predicting additional care in young children with neurodevelopmental disability: a systematic literature review. *Developmental medicine and child neurology* 2006; 48(2): 143-150.
506. Meester-Delver A, Beelen A, Hennekam R, Nollet F, Hadders-Algra M. The Capacity Profile: a method to classify additional care needs in children with neurodevelopmental disabilities. *Developmental medicine and child neurology* 2007; 49(5): 355-360.
507. Meester-Delver A, Beelen A, Ketelaar M, Hadders-Algra M, Nollet F, Gorter JW. Construct validity of the Capacity Profile in preschool children with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology* 2009; 51(6): 446-453.
508. Meier-Baumgartner HP, von Renteln-Kruse W. Rehabilitationsziele: Assessment und Erfolgsbewertung [Goals in rehabilitation: assessment and outcome evaluation]. *Therapeutische Umschau Revue therapeutique* 1997; 54(6): 337-339.
509. Mertens E, Dassen T, Scheufele R, Halfens RJ, Tannen A. Diagnostic validity of the care dependency scale as a screening tool for pressure ulcer and fall risks in Dutch and German hospitals. *Central European Journal of Medicine* 2010; 5(5): 577-587.
510. Mertens E, Tannen A, Lohrmann C, Dassen T. Dependency of care in hospitals – A descriptive study [Pflegeabhaengigkeit im Krankenhaus - Eine beschreibende Studie]. 2002; 15.
511. Mertens EI, Halfens RJ, Dassen T. Using the Care Dependency Scale for fall risk screening. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 58(6): 594-601.
512. Mertens EI, Halfens RJ, Dietz E, Scheufele R, Dassen T. Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale. *Journal of evaluation in clinical practice* 2008; 14(6): 1018-1025.
513. Meyer D, Marx T, Ball-Seiter V. Social isolation and telecommunication in the nursing home: A pilot study. *Gerontechnology* 2011; 10(1): 51-58.
514. Meyer J. Comment: Comparison of two tools developed to assess the needs of older people with complex care needs. *Journal of Research in Nursing* 2009; 14(5): 437-438.
515. Meyer S, Graeske J, Worch A, Wolf-Ostermann K. Ernaehrungssituation und Alltagsfaehigkeiten von pflegebeduerftigen aelteren Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften [Nutritional status and activities of daily living in older care-dependent persons living in shared-housing arrangements]. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2011; 24(89): 117-125.
516. Michel E, Zernikow B, Wichert SA. Use of an artificial neural network (ANN) for classifying nursing care needed, using incomplete input data. *Medical informatics and the Internet in medicine* 2000; 25(2): 147-158.
517. Middleton H, Adeniran R, Brewin CR, Brady C, Duggan C, Hopkins N, Raleigh K, Walton M. Using needs assessments to understand continuing disability in patients with enduring mental illness. Implications for considerations of service development. *Journal of Mental Health* 2002; 11(1): 55-65.
518. Miller A. A study of the dependency of elderly patients in wards using different methods of nursing care. *Age and ageing* 1985; 14(3): 132-138.

519. Miller JB. The development and implementation of a patient classification system in a chronic disease hospital. *Abstracts of Hospital Management Studies* 1973; 10(2): 10798.
520. Minstrell M, Winzenberg T, Rankin N, Hughes C, Walker J. Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time. *Psycho-Oncology* 2008; 17(1): 58-65.
521. Mitchell JL, Williams SM, Campbell AJ. Measuring care and dependency of elderly people in residential homes: an unreliable exercise. *The New Zealand medical journal* 1992; 105(930): 108-110.
522. Molassiotis A, Wilson B, Blair S, Howe T, Cavet J. Unmet supportive care needs, psychological well-being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners. *Psycho-Oncology* 2011; 20(1): 88-97.
523. Mor V. A comprehensive clinical assessment tool to inform policy and practice: applications of the minimum data set. *Medical care* 2004; 42(4 Suppl): 50-59.
524. Mueller C, Degenholtz H, Kane R. Do evidence-based clinical and administrative policies/practices in nursing homes influence quality? *Nursing & Health Policy Review* 2004; 3(1): 35-47.
525. Mueller M, Lohmann S, Strobl R, Boldt C, Grill E. Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study. *BMC health services research* 2010; 10.
526. Muszalik M, Dijkstra A, Kdziora-Kornatowska K, Zielinska-Wieczkowska H, Kornatowski T. Independence of elderly patients with arterial hypertension in fulfilling their needs, in the aspect of functional assessment and quality of life (QoL). *Archives of gerontology and geriatrics* 2011; 52(3): 204-209.
527. Muszalik M, Dijkstra A, Kdziora-Kornatowska K, Zielinska-Wieczkowska H. Health and nursing problems of elderly patients related to bio-psycho-social need deficiencies and functional assessment. *Archives of gerontology and geriatrics* 2012; 55(1): 190-194.
528. N. N. Boost effectiveness of fall prevention with assessment tool. *Senior Care Management* 2005; 8(8): 89-90.
529. N. N. Long-term elderly health care and assessment tool to be launched. *Journal of Nursing Management* 1998; 6(2): 119-119.
530. N. N. New aged-care assessment tool. *Kai Tiaki Nursing New Zealand* 2011; 17(8): 8-8.
531. N. N. New screening tool emphasizes functional abilities. *Senior Care Management* 2002; 5(3): 33-36.
532. N. N. Pflegediagnosen in der Alten- und Langzeitpflege. *Nova* 2002; 33(1): 10.
533. N. N. Try this: best practices in nursing care to older adults. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *Annals of Long Term Care* 2007; 15(7): 21-22.
534. Nagaratnam N, Gayagay G, Jr. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in hospitalized nonagenarians. *Archives of gerontology and geriatrics* 2007; 44(1): 29-36.
535. Naglekerk J. Commentary on Kitson's Therapeutic Nursing Function Indicator as a predictor of the quality of nursing care in hospital wards [original article by Norman IJ et al. appears in *INT J NURS STUD* 1994;31(2):109-18]. *AONE's Leadership Perspectives* 1994; 2(6): 16-16.
536. Nakanishi M, Setoya Y, Kodaka M, Makino H, Nishimura A, Yamauchi K, Mimura M, Sato H, Arata H, Yukumi H, Amagasa T, Ueno H, Miyamoto Y, Sugie T, Anzai N. Symptom dimensions and needs of care among patients with schizophrenia in hospital and the community. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2007; 61(5): 495-501.
537. Nakrem S, Vinsnes AG, Harkless GE, Paulsen B, Seim A. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46(6): 848-857.
538. Nancarrow SA. Measuring outcomes of care in older people following a comprehensive assessment... including commentary by Batorski RE, and Shah S. *International Journal of Therapy & Rehabilitation* 2005; 12(11): 479-484.

539. Nelms L, Johnson V, Teshuva K, Foreman P, Stanley J. Social and Health Factors Affecting Community Service Use by Vulnerable Older People. *Australian social work* 2009; 62(N4): 507-524.
540. Nelson C, Johnston M. Adult Needs and Strengths Assessment-Abbreviated Referral Version to specify psychiatric care needed for incoming patients: exploratory analysis. *Psychological reports* 2008; 102(1): 131-143.
541. Ng L, Kee K, Amatya B, Khan F, Chiã² A. Patient/carer perceptions of disability in motor neurone disease and carer coping... ...including commentary by Chio A. *International Journal of Therapy & Rehabilitation* 2011; 18(10): 568-578.
542. Nichols AC, Wirginis MB. Linking standards of care with nursing quality assurance--the SCORE method. *QRB Quality review bulletin* 1985; 11(2): 57-63.
543. Nickel W, Hanns S, Braehler E, Born A. Care Counselling – The Client's Expectations [Pflegerberatung – die Erwartungen der Betroffenen]. 2012.
544. Nikmat AW, Hawthorne G, Al-Mashoor SH. Quality of life in dementia patients: nursing home versus home care. *International psychogeriatrics/IPA* 2011; 23(10): 1692-1700.
545. Nikolaus T, Bach M, Oster P, Schlierf G. The Timed Test of Money Counting: a simple method of recognizing geriatric patients at risk for increased health care. *Aging (Milan, Italy)* 1995; 7(3): 179-183.
546. Nitz JC, Hourigan SR. Measuring mobility in frail older people: reliability and validity of the Physical Mobility Scale. *Australasian Journal on Ageing* 2006; 25(1): 31-35.
547. Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2001; 56(10): 638-643.
548. Nocon A. GPs' assessments of people aged 75 and over: identifying the need for occupational therapy services. *British Journal of Occupational Therapy* 1993; 56(4): 123-127.
549. Noelle DR, Schulz M, Behrens J, Driessen M. The Amount of Professional Nursing Care in a Gerontopsychiatric Hospital Comparison of the System of the Psychiatry Personnel Act and the Long-Term Care Insurance [Der Arbeitsaufwand professioneller Pflege in der stationären Gerontopsychiatrie Vergleichende Ressourcenbemessung nach der Logik von Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) und Pflegeversicherung]. New York 2010.
550. Norman IJ, Redfern SJ. The validity of Qualpacs. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22(6): 1174-1181.
551. Norman IJ, Redfern SJ. The validity of two quality assessment instruments: Monitor and Senior Monitor. *International Journal of Nursing Studies* 1996; 33(6): 660-668.
552. Norman IJ, Redfern SJ, Tomalin DA, Oliver S. Kitson's Therapeutic Nursing Function Indicator as a predictor of the quality of nursing care in hospital wards. *International Journal of Nursing Studies* 1994; 31(2): 109-118.
553. O'Brien MT. Multiple sclerosis: health-promoting behaviors of spousal caregivers. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses* 1993; 25(2): 105-112.
554. O'Connell B. Development of screening and assessment tools for continence management in residential aged care... 16th National Conference on Incontinence, Gold Coast, Queensland, 2007. *Australian & New Zealand Continence Journal* 2007; 13(4): 118-119.
555. O'Connell B, Ostaszkievicz J, Hawkins M. A suite of evidence-based continence assessment tools for residential aged care. *Australasian Journal on Ageing* 2011; 30(1): 27-32.
556. O'Rourke N, Chappell NL, Caspar S. Measurement and analysis of individualized care inventory responses comparing long-term care nurses and care aides. *The Gerontologist* 2009; 49(6): 839-846.
557. O'Shea E, Blackwell J. The relationship between the cost of community care and the dependency of old people. *Social science & medicine (1982)* 1993; 37(5): 583-590.

558. O'Shea E, Murray P. Care Provision and Dependency in Long-Stay Institutions. *Economic and Social Review* 1997; 28(1): 43-61.
559. Odell KH, Wollack JA, Flynn M. Functional outcomes in patients with right hemisphere brain damage. *Aphasiology* 2005; 19(9): 807-830.
560. Ohshima H, Murashima S, Takahashi R. Assessments and nursing care for right brain-damaged stroke patients: focusing on neglect and related symptoms. *Nursing & Health Sciences* 2004; 6(2): 115-121.
561. Okochi J, Takahashi T, Takamuku K, Matsuda S, Takagi Y. Reliability of a geriatric assessment instrument with illustrations. *Geriatrics & Gerontology International* 2005; 5(1): 37-47.
562. Oktay JS, Volland PJ. Post-Hospital Support Program for the frail elderly and their caregivers: A quasi-experimental evaluation. 1990. p. 80.
563. Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, Toyama T, Endo C, Sagawa R, Uchida M, Furukawa TA. Reliability and validity of the Japanese version of the Short-form Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34-J). *Psycho-Oncology* 2009; 18(9): 1003-1010.
564. Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, Toyama T, Nakaguchi T, Uchida M, Furukawa TA. Oncologists' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients in a breast cancer outpatient consultation. *Japanese journal of clinical oncology* 2011; 41(11): 1251-1258.
565. Olaison A, Cedersund E. Home care as a family matter? Discursive positioning, storylines and decision-making in assessment talk. *Communication & medicine* 2008; 5(2): 145-158.
566. Olazaran J, Agueera-Ortiz L, Osorio RS, Leon-Salas B, Dobato JL, Cruz-Orduna I, Gonzalez B, Valenti M, Gil-Ruiz N, Frades B, Ramos-Garcia MI, Martinez-Martin P. Promoting research in advanced dementia: early clinical results of the Alzheimer Center Reina Sofia Foundation. *Journal of Alzheimer's disease: JAD* 2012; 28(1): 211-222.
567. Oleni M, Johansson P, Fridlund B. Nursing care at night: an evaluation using the Night Nursing Care Instrument. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(1): 25-32.
568. Oliveira MF, Campos MJ, Padilha JM, Pereira F, Sousa P. Exploring the family caregiving phenomenon in nursing documentation. *Online Journal of Nursing Informatics* 2011; 15(1): 9p.
569. Olivius G, Hallberg IR, Olsson B. Elderly care recipients in a Swedish municipality living in their own homes: their diseases, functional health status and care provided as reported by formal carers. *Health & Social Care in the Community* 1996; 4(3): 133-141.
570. Onega LL, Kaplan MS, Adamek ME. Nurse practitioners' use of scales to assess elderly clients for depression... 33rd Annual Communicating Nursing Research Conference/14th Annual WIN Assembly, "Building on a Legacy of Excellence in Nursing Research," held April 13-15, 2000 at the Adam's Mark Hotel, Denver, Colorado. *Communicating Nursing Research* 2000; 33: 233-233.
571. Ong BN. Multi-dimensional measurement of need and outcome in physical disability. *Journal of Interprofessional Care* 1995; 9(3): 275-287.
572. Pablo RY. The evaluation of the physical and mental impairments of a long term and rehabilitation hospital patient population. *Canadian Journal of Public Health* 1976; 67(4): 305-313.
573. Pablo RY. Patient care classification in a long term care and rehabilitation hospital. *Hospital Administration in Canada* 1977; 19(2): 38-42.
574. Padwo DJ, McCaffery M. Tape 1: nursing assessment of the patient with pain. McCaffery on pain: nursing assessment and pharmacologic intervention in adults: Lippincott Williams & Wilkins; 1992.
575. Pajalic Z, Karlsson S, Westergren A. Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54(4): 457-466.
576. Palombi L, Marazzi MC, Mancinelli S, Sallabanda A, Buonomo E. Disability and the need for rehabilitative facilities in the young Albanian population of the Lezha district. *Functional neurology* 1996; 11(6): 301-306.
577. Paquay L, de Lepeleire J, Schoenmakres B, Stessens J, Bouwen A, van der Burg M, di Notte D, Gazon R, Ylief M, Fontaine O, Buntinx F. The Qualidem project in Belgium. A two-center study on care needs and provision in dementia care: Inclusion criteria and description of the population. *Archives of Public Health* 2004; 62(3-4): 125-142.

578. Paquay L, de Lepeleire J, Milisen K, Ylieff M, Buntinx F. A randomized clinical trial using an educational intervention demonstrated no effect on interobserver agreement on assessments of functional status. *Archives of Public Health* 2009; 67(3): 128-141.
579. Park BW, Hwang SY. Unmet needs of breast cancer patients relative to survival duration. *Yonsei medical journal* 2012; 53(1): 118-125.
580. Parker A. Using the Barthel index in care homes. *Elderly Care* 1998; 10(3): 12-14.
581. Parsons RJ, Higley HB, Okerlund VW, Thorstensen CT, Gray HR. Elderly health care needs assessment: an application of marketing orientation to the nonprofit sector. *Journal of Hospital Marketing* 1996; 10(2): 49-59.
582. Patsios D, Gallagher J, Cooper M. Towards a national assessment tool. *Working with Older People: Community Care Policy & Practice* 2001; 5(1): 11-15.
583. Pearson ML, Lee JL, Chang BL, Elliott M, Kahn KL, Rubenstein LV. Structured implicit review: a new method for monitoring nursing care quality. *Medical care* 2000; 38(11): 1074-1091.
584. Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M, Noro A, Finne-Soveri H, Leskinen E. Resident care needs and work stressors in special care units versus non-specialized long-term care units. *Research in nursing & health* 2006; 29(5): 465-476.
585. Penhale B. Ethical dilemmas in charging for care: contrasting the views of social work and legal professionals. *Journal of Interprofessional Care* 2002; 16(3): 235-247.
586. Perrin T. Occupational need in dementia care: a literature review and implications for practice. *Health Care in Later Life* 1997; 2(3): 166-176.
587. Persoon A, Schoonhoven L, Joosten-Weyn BL, Kessels R, Olde RM, van Achterberg T. Development and validation of the NOSCA – nurses' observation scale for cognitive abilities... Fourth European Nursing Congress. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 127-127.
588. Peters DA. Development of a community health intensity rating scale. *Nursing research* 1988; 37(4): 202-207.
589. Petersen C, Scherwath A, Fink J, Koch U. Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit einem Schaedel-Hirn-Trauma [Health care needs of children and adolescents with a traumatic brain injury]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2008; 51(6): 629-636.
590. Pettersen R, Wyller TB. Prognostic significance of micturition disturbances after acute stroke. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006; 54(12): 1878-1884.
591. Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies* 1990; 27(1): 61-75.
592. Pick P. Pflegeversicherungsgesetz [The nursing care insurance law]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Aerzte des Oeffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 1993; 55(11): 607-611.
593. Piechowiak H. Schwerpflegebeduerftigkeit. Teil 1: Richtlinien und bisherige Erfahrungen [Eligibility for intensive nursing care. Part 1: Guidelines and current experience]. *Fortschritte der Medizin* 1992; 110(19): 351-353.
594. Pieper R, Vaarama M, Ljunggren G, Emilsson T. The Care Keys toolkit. Care-related quality of life in old age: Concepts, models, and empirical findings. New York 2008.
595. Pinquart M, Sorensen S. Development of a questionnaire about preparation for future care needs (PFCN): Scale construction and psychometric properties. *Diagnostica* 2000; 46: 130-139.
596. Plant P, McEwen J, Prescott K. Use of the Nottingham Health Profile to test the validity of census variables to proxy the need for health care. *Journal of public health medicine* 1996; 18(3): 313-320.
597. Plantinga E, Tiesinga LJ, van der Schans CP, Middel B. The criterion-related validity of the Northwick Park Dependency Score as a generic nursing dependency instrument for different rehabilitation patient groups. *Clinical rehabilitation* 2006; 20(10): 921-926.
598. Poehlmann K, Hofer J. Altere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstuetzung durch Hauptpflegeperson und professionelle Hilfsdienste [Elderly patients requiring help and nursing care: instrumental support by chief caregiver and professional helping services]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 1997; 30(5): 381-388.

599. Polikandrioti M, Goudevenos I, Michalis L, Nikolaou V, Dilanas C, Olympios C, Votteas V, Elisaf M. Validation and reliability analysis of the questionnaire "Needs of hospitalized patients with coronary artery disease". *Health Science Journal* 2011; 5(2): 137-148.
600. Poole J. The delegate's dilemma: ACAT re-assessment in hostels. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association* 2000; 23(4): 181-186.
601. Popovich B, Grubba C, Jirovec M. Functional assessments in home care. *Home Healthcare Nurse* 1990; 8(6): 16-20.
602. Portney LG, Hogan DP, Liebowitz DA, Pignato JC, Salter SP, Gill-Body K. Relationship between item measures on the Berg Balance Scale and lower extremity impairments. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2002; 25(3): 38-38.
603. Post J. Aktuelle Probleme bei Pflegebeduerftigkeit - Begutachtungsaspekte. 2000. p. 96.
604. Powell J, Robison J, Roberts H, Thomas G. The single assessment process in primary care: older people's accounts of the process. *British Journal of Social Work* 2007; 37(6): 1043-1058.
605. Purvis S, Brenny-Fitzpatrick M. Innovative use of electronic health record reports by clinical nurse specialists. *Clinical nurse specialist CNS* 2010; 24(6): 289-294.
606. Quadri P, Tettamanti M, Bernasconi S, Trento F, Loew F. Lower limb function as predictor of falls and loss of mobility with social repercussions one year after discharge among elderly in-patients. *Aging clinical and experimental research* 2005; 17(2): 82-89.
607. Quartararo M, Glasziou P, Kerr CB. Classification trees for decision making in long-term care. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 1995; 50(6): 298-302.
608. Rabinove A. Predictive effect of depression, pain and poor cognitive function on medical outcomes and quality of life in elderly cancer patients. US: ProQuest Information & Learning, US; 2010.
609. Radwin LE, Cabral HJ. Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66(3): 683-689.
610. Raina P, Wong M. Understanding the Relationship between Income Status and the Restrictions in Instrumental Activities of Daily Living among Disabled Older Adults. 2002.
611. Rakoski MO, McCammon RJ, Piette JD, Iwashyna TJ, Marrero JA, Lok AS, Langa KM, Volk ML. Burden of cirrhosis on older Americans and their families: analysis of the health and retirement study. *Hepatology (Baltimore, Md)* 2012; 55(1): 184-191.
612. Ramroth H, Specht-Leible N, Koenig HH, Brenner H. Medical care for nursing home residents: National perspectives in international context [Medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern: Nationale Perspektiven im internationalen Kontext.] 2006.
613. Ranhoff AH. Activities of daily living, cognitive impairment and other psychological symptoms among elderly recipients of home help. *Health & Social Care in the Community* 1997; 5(3): 147-152.
614. Rappaport M, Hall KM, Hopkins K, Belleza T, Cope DN. Disability rating scale for severe head trauma coma to community. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 1982; 63(3): 118-123.
615. Raya A, Mantas J, Priami M, Andrea S, Brokalaki H, Kyritsi H, Androulaki O. Formulation and testing of a nursing assessment form for mental patients as a basis for individualized nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 1995; 2(1): 23-32.
616. Reddon JR, Dautovich ND, North CA. Goal Attainment Scaling (GAS) in relation to the Global Assessment of Functioning (GAF) scale in functional disorders and organic disorders in psychogeriatric inpatients. *Clinical Gerontologist* 2001; 23(3/4): 69-82.
617. Redinbaugh EM, Baum A, Tarbell S, Arnold R. End-of-Life Caregiving: What Helps Family Caregivers Cope? *Journal of Palliative Medicine* 2003; 6(6): 901-909.
618. Reed J, Watson B, Cook M. Assessing the Registered Nursing Care Contribution for older people in care homes: issues of reliability and validity. *Health & Social Care in the Community* 2007; 15(2): 136-145.

619. Rehnstroem L, Christensson L, Leino-Kilpi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17(3): 308-314.
620. Reibis R, Voeller H, Treszl A, Langheim E, Buhler H, Wegscheider K. Versorgungsaufwand und Kosten waehrend der kardiologischen Rehabilitation [Determinants of health care expenses during cardiac rehabilitation]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 2010; 135(16): 795-800.
621. Resnick B, Gaines J, Parrish J, Parrish S, Applebaum G, Narrett M. The resident profile: is it sufficient for establishing level of care needs? *Journal of Social Work in Long-Term Care* 2005; 3(3/4): 87-102.
622. Resnick B, Jung DY. Utility of the Maryland Assisted Living Functional Assessment tool. *Journal of Housing for the Elderly* 2006; 20(3): 109-121.
623. Resnick B, Perry D, Applebaum G, Armstrong L, Cotterman M, Dillman S, Elliott S, McCarthy M, Narrett M, Parrish JM, Parrish S. A tool to determine the appropriate level of care for seniors entering continuing care retirement communities. *Long-Term Care Interface* 2001; 2(8): 33-37.
624. Restrepo A. Critical care extra: diagnostic tests. The Katz Activities of Daily Living Scale. *American Journal of Nursing* 1999; 99(1 part 1): 24BB-dd.
625. Reus U, Huber H, Heine U. Pflegebegutachtung und Dekubitus. Eine Datenerhebung aus der Pflegebegutachtung des MDK-WL [Nursing care assessment and decubitus ulcer. A data evaluation of nursing care in the MDK-WL]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2005; 38(3): 210-217.
626. Richter D, Lowens S, Liekenbrock A. Psychosozialer Pflegebedarf in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim [Need for psychosocial nursing care in a psychogeriatric nursing home]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2000; 33(1): 17-23.
627. Riedel O, Dodel R, Deuschl G, Foerstl H, Henn F, Heuser I, Oertel W, Reichmann H, Riederer P, Trenkwalder C, Wittchen HU. Demenz und Depression determinieren Pflegebeduerftigkeit bei M. Parkinson: Untersuchung an 1449 Patienten im ambulanten Versorgungssektor in Deutschland [Dementia and depression determine care dependency in Parkinson's disease: analysis of 1,449 outpatients receiving nursing care in Germany]. *Der Nervenarzt* 2011; 82(8): 1012-1019.
628. Riedel O, Dodel R, Deuschl G, Klotsche J, Foerstl H, Heuser I, Oertel W, Reichmann H, Riederer P, Trenkwalder C, Wittchen HU. Depression and care-dependency in Parkinson's disease: Results from a nationwide study of 1449 outpatients. *Parkinsonism & related disorders* 2012; 18(5): 598-601.
629. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, Wu JR, Dickson VV, Carlson B, Cameron J. Heart failure self-care in developed and developing countries. *Journal of cardiac failure* 2009; 15(6): 508-516.
630. Rodger S, Brown GT. *I Can Do It: Developing, Promoting and Managing Children's Self-Care Needs*. Rodger S, Ziviani J, editors: Blackwell Publishing, Malden; 2006.
631. Rogers JC, Gwinn SMG, Holm MB. Comparing activities of daily living assessment instruments: FIM, MDS, OASIS, MDS-PAC. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2001; 18(3): 1-25.
632. Rogers JC, Holm MB. Daily-living skills and habits of older women with depression... Habits I Conference [January 1999]. *Occupational Therapy Journal of Research* 2000; 20: 68S-85s.
633. Rogerson SL, Weiss LJ, Phillips SL. What do our seniors need? Outcomes of at-home comprehensive geriatric assessments. *Annals of Long Term Care* 2006; 14(10): 31-34.
634. Romito F, Corvasce C, Montanaro R, Mattioli V. Do elderly cancer patients have different care needs compared with younger ones? *Tumori* 2011; 97(3): 374-379.
635. Ron R, Bar-Tal Y. Quality nursing care survey, 1988-1990. *Quality assurance in health care: the official journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care/ISQA* 1993; 5(1): 57-65.
636. Rosewarne RC. Australian approaches to resident classification and quality assurance in residential care. *Journal of aging & social policy* 2001; 13(2-3): 117-135.

637. Ruland CM, Kresevic D, Lorensen M. Including patient preferences in nurses' assessment of older patients. *Journal of Clinical Nursing* 1997; 6(6): 495-504.
638. Ruud T, Martinsen EW, Friis S. Chronic patients in psychiatric institutions: psychopathology, level of functioning and need for care. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1998; 97(1): 55-61.
639. Sahinoz S, Sahinoz T, Eker HH, Unlu SE. Assessment of medical home care needs in Turkish population. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2010; 26(3): 688-691.
640. Saito E, Yasumura S, Kaneko C, Ueki S. Comparison of characteristics and care-needs certification proportion between participants and non-participants in a geriatric health examination over a 3-year follow-up. *Archives of gerontology and geriatrics* 2011; 53(1): 46-50.
641. Saks K, Urban R. Adaptation of interRAI instruments for comprehensive assessment of patients with care needs. *Advances in gerontology = Uspekhi gerontologii/Rossiiskaia akademiia nauk, Gerontologicheskoe obshchestvo* 2008; 21(2): 286-292.
642. Sakurai T, Iimuro S, Sakamaki K, Umegaki H, Araki A, Ohashi Y, Ito H, Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Study G. Risk factors for a 6-year decline in physical disability and functional limitations among elderly people with type 2 diabetes in the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial. *Geriatrics & Gerontology International* 2012; 12 Suppl 1: 117-126.
643. Salmon JR. The contribution of personal control and personal meaning to quality of life in home, assisted living facility, and nursing home settings. US: ProQuest Information & Learning, US; 2002.
644. Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology* 2010; 19(5): 480-489.
645. Sandgren A, Fridlund B, Nyberg P, Strang P, Petersson K, Thulesius H. Symptoms, care needs and diagnosis in palliative cancer patients in acute care hospitals: a 5-year follow-up survey. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 2010; 49(4): 460-466.
646. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2000; 88(1): 226-237.
647. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P, Ackland S, Baker R, Berry M, Biggs J, Bishop J, Bokey L, Burnard A, Clingan P, Cregan P, Dunn S, Friedlander M, Goulston K, Hacker N, Kearsley J, Langlands A, Levi J, Moylan E, Stewart J, Tattersall M. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer* 2000; 88(1): 225-236.
648. Sawada A, Porter SE, Kayama M, Setoya N, Miyamoto Y. Nursing care delivery in Japanese psychiatric units. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)* 2006; 15(17): 920-925.
649. Saywell Rm Jr, Zollinger TW, Schafer ME, Schmit TM, Ladd JK. Children with special health care needs program: urban/rural comparisons. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association* 1993; 9(4): 314-325.
650. Scandrett KG, Reitschuler-Cross EB, Nelson L, Sanger JA, Feigon M, Boyd E, Chang CH, Paice JA, Hauser JM, Chamkin A, Balfour P, Stolbunov A, Bennett CL, Emanuel LL. Feasibility and effectiveness of the NEST13+ as a screening tool for advanced illness care needs. *Journal of Palliative Medicine* 2010; 13(2): 161-169.
651. Scheele N. RSS-Ratgeber Pflegerecht. Profi-Tips fuer Pflegebeduerftige, pflegende Angehoerige und Pflegedienste. RSS-Ratgeber Pflegerecht Profi-Tips fuer Pflegebeduerftige, pflegende Angehoerige und Pflegedienste 1999: 329.
652. Scheffer AC, van Munster BC, Schuurmans MJ, de Rooij SE. Assessing severity of delirium by the Delirium Observation Screening Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011; 26(3): 284-291.
653. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher [Health care needs of children and adolescents with chronic conditions]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2008; 51(6): 592-601.
654. Schmidl E. Lebensqualitaet nach der Aufnahme zur geriatrischen Langzeitbetreuung unter besonderer Beruecksichtigung von Copingstrategien 2003.

655. Schmidt R, Entzian H, Giercke KI, Klie T. Die Versorgung pflegeduerftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und buergerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Die Versorgung pflegeduerftiger alter Menschen in der Kommune Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und buergerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege 1999: 328.
656. Schmidt SG, Palm R, Dichter M, Hasselhorn HM. Arbeitsbedingte Praediktoren fuer Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationaeren Altenpflegeeinrichtungen [Work related predictors for "satisfaction with dementia care" among nurses working in nursing homes]. Pflege 2011; 24(2): 85-95.
657. Schneekloth U, Potthoff P. Hilfe- und Pflegebeduerftige in privaten Haushalten Bericht zur Repraesentativerhebung im Forschungsprojekt "Moeglichkeiten und Grenzen selbstaendiger Lebensfuehrung" im Auftrag des Bundesministeriums fuer Familie und Senioren. Persons in need of help and care in private households. 1994.
658. op Reimer WJ, Scholte de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Bos GA. Unmet care demands as perceived by stroke patients: Deficits in health care? Quality in Health Care 1999; 8(1): 30-35.
659. Schouffoer AA, Zirkzee EJ, Henquet SM, Caljouw MA, Steup-Beekman GM, van Laar JM, Vlieland TP. Needs and preferences regarding health care delivery as perceived by patients with systemic sclerosis. Clinical rheumatology 2011; 30(6): 815-824.
660. Schrijnemaekers VJJ, Haveman MJ. Effects of preventive outpatient geriatric assessment: short-term results of a randomized controlled study. Home Health Care Services Quarterly 1995; 15(2): 81-97.
661. Schultz AA. Identification of needs of and utilization of resources by rural and urban elders after hospital discharge to the home. Public health nursing (Boston, Mass) 1997; 14(1): 28-36.
662. Schulz H, Standke HJ. Integration des FIM-Assessments: Pflegeprozessplanung kann billiger und besser sein [Integration of the functional independence measure assessment: the planning of the nursing process may be cheaper and better]. Pflege Zeitschrift 1999; 52(12): 862-867.
663. Schwab S, Steiner T, Aschoff A, Schwarz S, Steiner HH, Jansen O, Hacke W. Early hemi-craniectomy in patients with complete middle cerebral artery infarction. Stroke; a journal of cerebral circulation 1998; 29(9): 1888-1893.
664. Schwappach DL, Blaudszun A, Conen D, Ebner H, Eichler K, Hochreutener MA. 'Emerge': Benchmarking of clinical performance and patients' experiences with emergency care in Switzerland. International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua 2003; 15(6): 473-485.
665. Scott SN, Gilchrist G, Hooke A, Roy CW. Eligibility criteria for NHS long stay care: the relationship between clinical need, dependency, and staff perception. Disability and rehabilitation 1998; 20(5): 179-188.
666. Seekles WM, Cuijpers P, van deVen PM, Penninx B, Verhaak PFM, Beekman ATF, van Straten A. Personality and perceived need for mental health care among primary care patients. Journal of Affective Disorders 2012; 136(3): 666-674.
667. Semke J, Chiem M, Mahar L, Black M. A reliability study of case manager assessments of activities of daily living. Journal of Social Work in Long-Term Care 2005; 3(3/4): 69-85.
668. Sermeus W, Delesie L, van den Heede K. Updating the Belgian Nursing Minimum Data Set: framework and methodology. Studies in health technology and informatics 2002; 93: 89-93.
669. Shao W, Yang X, Li S. Needs and satisfaction analysis of inpatient nursing care. Asian Journal of Nursing 2008; 11(2): 89-92.
670. Shaw C, McColl E, Bond S. The relationship of perceived control to outcomes in older women undergoing surgery for fractured neck of femur. Journal of Clinical Nursing 2003; 12(1): 117-123.
671. Shehorn CA. The role of executive control function in predicting level of care in a long-term care setting. US: ProQuest Information & Learning, US; 1997.

672. Shimanouchi S, Uchida E, Kamei T, Sasaki A, Shinoda M. Development of an assessment sheet for a home care. *International journal of nursing practice* 2001; 7(3): 140-145.
673. Shin DW, Kim SY, Cho J, Sanson-Fisher RW, Guallar E, Chai GY, Kim HS, Park BR, Park EC, Park JH. Discordance in perceived needs between patients and physicians in oncology practice: a nationwide survey in Korea. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2011; 29(33): 4424-4429.
674. Shin DW, Park JH, Shim EJ, Choi JY, Kim SG, Park EC. The development of a comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers in patient-caregiver dyads. *Psycho-Oncology* 2010.
675. Shin DW, Park JH, Shim EJ, Choi JY, Kim SG, Park EC. The development of a comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers in patient-caregiver dyads. *Psycho-Oncology* 2011; 20(12): 1342-1352.
676. Silveira JM, Winstead-Fry P. The needs of patients with cancer and their caregivers in rural areas. *Oncology Nursing Forum* 1997; 24(1): 71-76.
677. Sim K, Ng LL. The utility of the revised elderly persons disability scale (REPDS) in an Asian psychogeriatric patient group. *Australasian Journal on Ageing* 2002; 21(2): 101-104.
678. Simmons SF. Criteria to identify nursing home residents capable of accurate self-report: Implications for the measurement and improvement of care quality. US: ProQuest Information & Learning, US; 1999.
679. Simmons SF, Schnelle JF. The identification of residents capable of accurately describing daily care: implications for evaluating nursing home care quality. *The Gerontologist* 2001; 41(5): 605-611.
680. Simons K, Connolly RP, Bonifas R, Allen PD, Bailey K, Downes D, Galambos C. Psychosocial Assessment of Nursing Home Residents via MDS 3.0: Recommendations for Social Service Training, Staffing, and Roles in Interdisciplinary Care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13(N2).
681. Simsarian JP, Saunders C, Michelle Smith D. Five-day regimen of intramuscular or subcutaneous self-administered adrenocorticotrophic hormone gel for acute exacerbations of multiple sclerosis: A prospective, randomized, open-label pilot trial. *Drug Design, Development and Therapy* 2011; 5: 381-389.
682. Sinclair AJ, Conroy SP, Davies M, Bayer AJ. Post-discharge home-based support for older cardiac patients: a randomised controlled trial. *Age and ageing* 2005; 34(4): 338-343.
683. Sjoberg K, Bicknell MR. The development of a research tool to evaluate and compare the standard of patient care. *Abstracts of Health Care Management Studies* 1979; 16(1): 20898.
684. Slater P, McCormack B. Determining older people's needs for care by Registered Nurses: the Nursing Needs Assessment Tool. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(6): 601-608.
685. Sloan S, Callaway L, Winkler D, McKinley K, Ziino C, Anson K. Changes in Care and Support Needs Following Community-Based Intervention for Individuals With Acquired Brain Injury. *Brain Impairment* 2009; 10(N3): 295-306.
686. Sloan S, Winkler D, Anson K. Long-term outcome following traumatic brain injury. *Brain Impairment, Special Issue: Long term care and support* 2007; 8(3): 251-261.
687. Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot AM. The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *International psychogeriatrics/IPA* 2012; 24(5): 722-732.
688. Smith DW, Hogan AJ, Rohrer JE. Activities of daily living as quantitative indicators of nursing effort. *Medical care* 1987; 25(2): 120-130.
689. Snowdon J, Lane F. Use of the Geriatric Depression Scale by nurses. *Aging & Mental Health* 1999; 3(3): 227-233.
690. Snyder CF, Blackford AL, Brahmer JR, Carducci MA, Pili R, Stearns V, Wolff AC, Dy SM, Wu AW. Needs assessments can identify scores on HRQOL questionnaires that represent problems for patients: an illustration with the Supportive Care Needs Survey and the QLQ-C30. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2010; 19(6): 837-845.

691. Snyder CF, Dy SM, Hendricks DE, Brahmer JR, Carducci MA, Wolff AC, Wu AW. Asking the right questions: investigating needs assessments and health-related quality-of-life questionnaires for use in oncology clinical practice. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2007; 15(9): 1075-1085.
692. Söderhamn O. Health and the internal structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2001; 8(2): 67-71.
693. Söderhamn O, Cliffordson C. The internal structure of the Appraisal of Self-care Agency (ASA) Scale. *Theoria Journal of Nursing Theory* 2001; 10(4): 5-12.
694. Soederhamn O, Berthold H. Geriatric nursing assessment--the use of a standardized assessment instrument in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1993; 7(3): 141-147.
695. Soerensen S, Pinquart M. Preparation for future care needs by West and East German older adults. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences* 2000; 55(6): 357-367.
696. Soo C, Tate R, Hopman K, Forman M, Secheny T, Aird V, Browne S, Coulston C. Reliability of the care and needs scale for assessing support needs after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2007; 22(5): 288-295.
697. Soo C, Tate RL, Aird V, Allaous J, Browne S, Carr B, Coulston C, Diffley L, Gurka J, Hummell J. Validity and responsiveness of the care and needs scale for assessing support needs after traumatic brain injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2010; 91(6): 905-912.
698. Soo C, Tate RL, Williams L, Waddingham S, Waugh MC. Development and validation of the Paediatric Care and Needs Scale (PCANS) for assessing support needs of children and youth with acquired brain injury. *Developmental neurorehabilitation* 2008; 11(3): 204-214.
699. Sood JR, Cisek E, Zimmerman J, Zaleski EH, Fillmore HH. Treatment of depressive symptoms during short-term rehabilitation: an attempted replication of the DOOR project. *Rehabilitation Psychology* 2003; 48(1): 44-49.
700. Sorbye LW, Schroll M, Finne-Soveri H, Jonnson PV, Ljunggren G, Topinkova E, Bernabei R, Ad HOCPRG. Home care needs of extremely obese elderly European women. *Menopause international* 2007; 13(2): 84-87.
701. Sowinski C. "Pflichtlektuere fuer Pflegende." RAI-Pflegeassessment: ein vielversprechendes Beurteilungsinstrument fuer die stationaere Altenpflege. *Altenpflege* 1996; 21(No.9): 590-591.
702. Spallek J, Reeske A, Grosser A, Schwabe W, Rieger M, Krahn U, Razum O. Need for Nursing Care among Infants of Turkish and Non-Turkish Origin. An Analysis of Registry Data of the Medical Service of the Statutory Health Insurance in Westphalia-Lippe, Germany, 2004-2008. Pflegebeduerftigkeit bei tuerkischstaemmigen und nicht-tuerkischstaemmigen Saeuglingen. Eine Analyse der Pflegegutachten des MDK Westfalen-Lippe von 2004 bis 2008. 2011.
703. Spence W. Implementing functional assessment in older adult care: the experience of direct care staff. *Quality in Ageing & Older Adults* 2011; 12(4): 197-209.
704. Spiegel R. Die Bedeutung der Fremdbeurteilung bei Alters-Hirnkrankheiten [Significance of impartial assessment of geriatric brain diseases]. *Therapeutische Umschau Revue therapeutique* 1997; 54(6): 314-320.
705. Spieler JF, Lanoe JL, Amarenco P. Costs of Stroke Care according to Handicap Levels and Stroke Subtypes. *Cerebrovascular Diseases – Official Journal of the European Stroke Council* 2004; 17(2-3): 134-142.
706. Spoelstra S, Given B, von Eye A, Given C. Fall risk in community-dwelling elderly cancer survivors: a predictive model for gerontological nurses. *Journal of Gerontological Nursing* 2010; 36(2): 52-60.
707. Steel K, Ljunggren G, Topinkova E, Morris JN, Vitale C, Parzuchowski J, Nonemaker S, Frijters DH, Rabinowitz T, Murphy KM, Ribbe MW, Fries BE. The RAI-PC: an assessment instrument for palliative care in all settings. *The American journal of hospice & palliative care* 2003; 20(3): 211-219.

708. Stegbauer CC, Engle VF, Graney MJ. Admission health status differences of black and white indigent nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995; 43(10): 1103-1106.
709. Steginga SK, Occhipinti S, Dunn J, Gardiner RA, Heathcote P, Yaxley J. The supportive care needs of men with prostate cancer (2000). *Psycho-Oncology* 2001; 10(1): 66-75.
710. Steinauer R. Assessmentinstrumente: Pflegende muessen ueberzeugt sein. *Psych Pflege heute* 2012; 18(2): 74.
711. Stepien JM, White H, Wundke R, Giles LC, Whitehead CH, Crotty M. The Resident Classification Scale: is it a valid measure of functional dependence? *Australasian Journal on Ageing* 2006; 25(1): 42-45.
712. Stergiopoulos V, Dewa C, Durbin J, Chau N, Svoboda T. Assessing the mental health service needs of the homeless: a level-of-care approach. *Journal of health care for the poor and underserved* 2010; 21(3): 1031-1045.
713. Stevenson J. Comprehensive assessment of older people. *Managing Community Care* 1999; 7(5): 7-16.
714. Stewart K, Worden A, Challis D. Assessing the needs of older people in care homes. *Nursing & Residential Care* 2003; 5(1): 22-25.
715. Stewart S, O'Riley A, Edelstein B, Gould C. A Preliminary Comparison of Three Cognitive Screening Instruments in Long Term Care: The MMSE, SLUMS, and MoCA. *Clinical Gerontologist* 2012; 35(1): 57-75.
716. Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JP, Lyons JS, Spagnoli J, Vannotti M. "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *General hospital psychiatry* 1999; 21(1): 49-56.
717. Straker JK, Bailer AJ. A review and characterization of the MDS process in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing* 2008; 34(10): 36-44.
718. Suhonen R, Alikleemola P, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Nurses' assessments of individualised care in long-term care institutions. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(7-8): 1178-1188.
719. Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Vaelimaeki M, Leino-Kilpi H. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45(11): 1586-1597.
720. Suhonen R, Schmidt LA, Radwin L. Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 59(1): 77-85.
721. Suhonen R, Stolt M, Launis V, Leino-Kilpi H. Research on ethics in nursing care for older people: a literature review. *Nursing ethics* 2010; 17(3): 337-352.
722. Suhonen R, Stolt M, Puro M, Leino-Kilpi H. Individuality in older people's care – challenges for the development of nursing and nursing management. *Journal of Nursing Management* 2011; 19(7): 883-896.
723. Suhonen R, Vaelimaeki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Patient characteristics in relation to perceptions of how individualized care is delivered--research into the sensitivity of the Individualized Care Scale. *Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing* 2006; 22(4): 253-261.
724. Sullivan MT. The Modified Caregiver Strain Index (CSI). *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 2007; (14): 2.
725. Sumi E, Takechi H, Wada T, Ishine M, Wakatsuki Y, Murayama T, Yokode M, Tanaka M, Kita T, Matsubayashi K, Arai H. Comprehensive Geriatric Assessment for outpatients is important for the detection of functional disabilities and depressive symptoms associated with sensory impairment as well as for the screening of cognitive impairment. *Geriatrics & Gerontology International* 2006; 6(2): 94-100.
726. Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, McLachlan SA. Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. *European journal of cancer care* 2009; 18(6): 577-584.

727. Svane O. Assessment of needs of care for the elderly. *Zeitschrift fur Gerontologie* 1973; 6(4): 307-315.
728. Svensson S, Sonn U, Stibrant Sunnerhagen K. Reliability and validity of the Northwick Park Dependency Score (NPDS) Swedish version 6.0. *Clinical rehabilitation* 2005; 19(4): 419-425.
729. Sys J, Weyler J, van der Zijden T, Parizel P, Michielsen J. Platelet-rich plasma in mono-segmental posterior lumbar interbody fusion. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 2011; 20(10): 1650-1657.
730. Takei T, Takahashi H, Nakatani H. Developing a uniformed assessment tool to evaluate care service needs for disabled persons in Japan. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2008; 86(2-3): 373-380.
731. Talkowski JB, Wert D, van Swearingen J, Brach J. Validation of the Late Life Function and Disability Index (LLFDI) and Gait Efficacy Scale (GES) with performance based measures of function and mobility in community dwelling older adults... Combined Sections Meeting 2008: section on geriatrics poster and platform presentations. February 6-9, 2008, Nashville, TN. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2007; 30(3): 136-136.
732. Tan JEE, Hultsch DF, Hunter MA, Strauss E. Psychometric investigation of the modified Scales of Independent Behavior-Revised in an elderly sample. *Clinical Gerontologist* 2010; 33(2): 69-83.
733. Tannen A, Schuetz T, Dassen T, van Nie-Visser N, Meijers J, Halfens R. Mangelernaehrung in deutschen Pflegeheimen und Krankenhaeusern – Pflegebedarf und pflegerische Versorgung [Malnutrition in German nursing homes and hospitals – care dependency and nursing interventions]. *Aktuelle Ernahrungsmedizin* 2008; 33(4): 177-183.
734. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I, Memantine Study G. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2004; 291(3): 317-324.
735. Tate RL. Assessing support needs for people with traumatic brain injury: the Care and Needs Scale (CANS). *Brain injury: [BI]* 2004; 18(5): 445-460.
736. Tennant A, Hillman M, Fear J, Pickering A, Chamberlain MA. Are we making the most of the Stanford Health Assessment Questionnaire? *British journal of rheumatology* 1996; 35(6): 574-578.
737. Terriff DL, Williams JV, Patten SB, Lavorato DH, Bulloch AG. Patterns of disability, care needs, and quality of life of people with Parkinson's disease in a general population sample. *Parkinsonism & related disorders* 2012.
738. Thorsell KB, Nordstroem BM, Nyberg P, Sivberg BV. Can care of elderly be measured? A method for estimating the individual care of recipients in community health care. *BMC geriatrics* 2006; 6: 14.
739. Thorsell KBE, Nordstrom B, Nyberg P, Sivberg BV. Measuring care of the elderly: Psychometric testing and modification of the Time in Care instrument for measurement of care needs in nursing homes. *BMC geriatrics* 2008; 8.
740. Thyen U, Sperner J, Morfeld M, Meyer C, Ravens-Sieberer U. Unmet health care needs and impact on families with children with disabilities in Germany. *Ambulatory pediatrics: the official journal of the Ambulatory Pediatric Association* 2003; 3(2): 74-81.
741. Thygesen E, Saevareid HI, Lindstrom TC, Engedal K. Psychological distress and its correlates in older care-dependent persons living at home. *Aging & Mental Health* 2009; 13(3): 319-327.
742. Thygesen E, Saevareid HI, Lindstrom TC, Nygaard HA, Engedal K. Predicting needs for nursing home admission – does sense of coherence delay nursing home admission in care dependent older people? A longitudinal study. *International Journal of Older People Nursing* 2009; 4(1): 12-21.
743. Tischler H, Platzer A, Vian P, Genetti B. The FIM scale as a planning tool for medical, nursing and physiotherapy requirements in rehabilitation. Use in a recovery and functional rehabilitation unit at Merano Hospital. 2001; 37: 39-50.

744. Tokem Y, Durmaz A, Argon G. The relationship between disability and self-care agency of Turkish people with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(N3A,S): 44-50.
745. Tong AYC, Man DWK. The validation of the Hong Kong Chinese Version of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for institutionalized elderly persons. *OTJR: Occupation, Participation & Health* 2002; 22(4): 132-142.
746. Tork H, Dassen T, Lohrmann C. Care dependency of children in Egypt. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(3): 287-295.
747. Tork H, Lohrmann C, Dassen T. Care dependency among school-aged children: literature review. *Nursing & Health Sciences* 2007; 9(2): 142-149.
748. Tork H, Lohrmann C, Dassen T. Psychometric testing of the modified Care Dependency Scale among hospitalized school-aged children in Germany. *Nursing & Health Sciences* 2008; 10(1): 17-22.
749. Townsend MC. *Pflegediagnosen und Massnahmen fuer die psychiatrische Pflege Handbuch zur Pflegeplanerstellung*. 1998.
750. Treneman M, Corkery A, Dowdney L, Hammond J. Respite-care needs--met and unmet: assessment of needs for children with disability. *Developmental medicine and child neurology* 1997; 39(8): 548-553.
751. Tsutsui T, Muramatsu N. Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53(3): 522-527.
752. Tuckett AG. Residents' rights and nurses' ethics in the Australian nursing home. *International nursing review* 2005; 52(3): 219-224.
753. Turner-Stokes L. Outcome measures for inpatient neurorehabilitation settings. 1999; 9: 329-343.
754. Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park Care Needs Assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clinical rehabilitation* 1999; 13(3): 253-267.
755. Turner-Stokes L, Tonge P, Nyein K, Hunter M, Nielson S, Robinson I. The Northwick Park Dependency Score (NPDS): a measure of nursing dependency in rehabilitation. *Clinical rehabilitation* 1998; 12(4): 304-318.
756. Turner-Stokes L, Williams H, Howley D, Jackson D. Can the Northwick Park Dependency Scale be translated to a Barthel Index? *Clinical rehabilitation* 2010; 24(12): 1112-1120.
757. Turner-Stokes L, Williams H, Siegert RJ. The Rehabilitation Complexity Scale version 2: a clinimetric evaluation in patients with severe complex neurodisability. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 2010; 81(2): 146-153.
758. Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C, Yamashita H, Toyama T, Furukawa TA. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Japanese journal of clinical oncology* 2011; 41(4): 530-536.
759. Vaelimaeki M, Dijkstra A, Soini H, Antila ML, Zanotti R, Dassen T. Elderly patient's care dependency. *Hallym International Journal of Aging* 2004; 6(1): 79-93.
760. van Beljouw I, Verhaak P, Prins M, Cuijpers P, Penninx B, Bensing J. Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2010; 61(3): 250-257.
761. van der Roest HG, Meiland FJ, Comijs HC, Derksen E, Jansen AP, van Hout HP, Jonker C, Droeess RM. What do community-dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. *International psychogeriatrics/IPA* 2009; 21(5): 949-965.
762. Vargas AP, Carod-Artal FJ, Nunes SV, Melo M. Disability and use of healthcare resources in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Disability and rehabilitation* 2008; 30(14): 1055-1062.
763. Varjabic M, Bakran Z, Tusek S, Bujisic G. Assessment of long-term activity limitations and participation restrictions of persons with traumatic brain injury using the disability rating scale. *Collegium antropologicum* 2010; 34 Suppl 1: 157-164.
764. Viswanathan N. Community needs assessment: a case study of geriatric health assessment of the low-income minority older adult residents of a public housing development in New York City. *Journal of Housing for the Elderly* 2006; 20(1/2): 47-74.

765. Vitacca M, Clini E, Porta R, Ambrosino N. Preliminary results on nursing workload in a dedicated weaning center. *Intensive care medicine* 2000; 26(6): 796-799.
766. Volkens KM, Scherder EJ. The effect of regular walks on various health aspects in older people with dementia: protocol of a randomized-controlled trial. *BMC geriatrics* 2011; 11: 38.
767. von Gunten A, Mosimann UP. Delirium upon admission to Swiss nursing homes: a cross-sectional study. *Swiss Medical Weekly* 2010; 140(25-26): 376-381.
768. Wada T, Okumiya K, Suzuki K, Roriz-Cruz M, Ishine M, Sakagami T, Kita T, Matsubayashi K. Comprehensive geriatric assessment for community-dwelling elderly in Asia compared with those in Japan: VI. Maubin in Myanmar. *Geriatrics & Gerontology International* 2005; 5(4): 276-285.
769. Wahl HW. Kompetenzeinbussen im Alter: eine Auswertung der Literatur zu "Activities of Daily Living" und Pflegebeduerftigkeit [Decline of competence in aging: an evaluation of the literature on "activities of daily living" and need for nursing care]. *Zeitschrift fuer Gerontologie* 1993; 26(5): 366-377.
770. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool for older adults. *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 2007; (1): 2p.
771. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 1998; (1): 2p.
772. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Insight: The Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses* 1999; 24(1): 13-13.
773. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice* 2000; 14(1): 35-36.
774. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults... permission to reprint granted by The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University. *Geriatric Nursing* 2000; 21(3): 147-147.
775. Wallace M, Fulmer T. Try this: best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *MEDSURG Nursing* 2002; 11(1): 44-45.
776. Wallace M, Fulmer T. Try this: best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Urologic Nursing* 2005; 25(5): 375-376.
777. Wallace M, Fulmer T. Try this: best practices in nursing care to older adults. Fulmer SPICES: an overall assessment tool for older adults. *American Journal of Nursing* 2007; 107(10): 45-46.
778. Wallace M, Fulmer T. Try this: best practices in nursing care to older adults. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. Update: *Society of Otorhinolaryngology & Head-Neck Nurses* 2001; 23(1): 12-13.
779. Wang C, Sheu C, Protas E. Construct validity and physical performance of older adults in different hierarchical physical-disability levels. *Journal of Aging & Physical Activity* 2007; 15(1): 75-89.
780. Wang JJ, Yen M, OuYang WC. Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of gerontology and geriatrics* 2009; 49(2): 227-232.
781. Wang K, Chang N, Wu T, Hsu C, Lee Y, Lee S. Post-discharge health care needs of patients after lung cancer resection. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(17/18): 2471-2480.
782. Ward G, Jagger C, Harper W. A review of instrumental ADL assessments for use with elderly people. *Reviews in Clinical Gerontology* 1998; 8(1): 65-71.
783. Waszynski CM. Try this: best practices in nursing care to older adults from The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Confusion Assessment Method (CAM). *MEDSURG Nursing* 2004; 13(4): 269-270.
784. Waszynski CM. Try this: best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Confusion assessment method (CAM)... reprinted with permission from "Try this: best practices in nursing care to older adults" series from the John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing. *Dermatology Nursing* 2004; 16(3): 309-310.

785. Waszynski CM. Try this: best practices in nursing care to older adults. Confusion Assessment Method (CAM)... reprinted with permission from the John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, Vol. 2, No. 13, November 2001. *Journal of Gerontological Nursing* 2002; 28(4): 4-5.
786. Wendt S. Richtig begutachten – gerecht beurteilen Die Begutachtung geistig behinderter Menschen zur Erlangung von Pflegeleistungen. 1998.
787. Wendt S, Schaedler J. Richtig begutachten – gerecht beurteilen Die Begutachtung geistig behinderter Menschen zum Erlangen von Pflegeleistungen. 1996: 3.
788. Wendt S, Schaedler J. Richtig begutachten – gerecht beurteilen Handreichung fuer die Begutachtung geistig behinderter Menschen zur Erlangung von Pflegeleistungen der Krankenkassen und Sozialhilfe. 1993.
789. Weppner DM, Brownscheidle CM. The evaluation of the health care needs of women with disabilities. *Primary care update for Ob/Gyns* 1998; 5(4): 210.
790. Westra BL, Holland DE, Aufenthie J, Cullen L, Finley J, Griebenow L, Hess G, Jacobson T, Kennebek S, McHale J, McMyler E, Ohland J, Ryan S, Wollan P. Testing the Uniform Needs Assessment Instrument for hospital discharge planning with older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 1998; 24(5): 42-46.
791. Whelan TJ, Mohide EA, Willan AR, Arnold A, Tew M, Sellick S, Gafni A, Levine MN. The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center. *Cancer* 1997; 80(8): 1518-1524.
792. White KJ, Roydhouse JK, D'Abrew NK, Katris P, O'Connor M, Emery L. Unmet psychological and practical needs of patients with cancer in rural and remote areas of Western Australia. *Rural and remote health* 2011; 11(N3).
793. Wilber ST, Blanda M, Gerson LW, Allen KR. Short-term functional decline and service use in older emergency department patients with blunt injuries. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 2010; 17(7): 679-686.
794. Wilcock A, Klezlova R, Coombes S, Rawson A, Bentley R, Hooper D, Maddocks M. Identifying supportive and palliative care needs in people with a recent diagnosis of thoracic cancer: acceptability of the SPARC questionnaire. 2010; 65: 937-938.
795. Wilcox J, Jones B, Alldrick D. Identifying the support needs of people with dementia and older people with mental illness on a joint community team: a preliminary report. *Journal of Mental Health* 1995; 4(2): 157-163.
796. Wild B, Lechner S, Herzog W, Maatouk I, Wesche D, Raum E, Mueller H, Brenner H, Slaets J, Huyse F, Soellner W. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: the INTERMED for the Elderly (IM-E). *Journal of psychosomatic research* 2011; 70(2): 169-178.
797. Williams H, Harris R, Turner-Stokes L. Northwick Park Care Needs Assessment: adaptation for inpatient neurological rehabilitation settings. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 59(6): 612-622.
798. Williams HG, Ullmann G, Gossard JL, Hussey JR, Brotherton SS, Laditka J, Cornman C. Functional status assessment for Community Long-Term Care: preliminary observations. *Home Health Care Services Quarterly* 2009; 28(4): 151-171.
799. Wilms HU, Riedel-Heller SG, Busse A, Angermeyer MC. Hilfe- und Pflegebeduerftigkeit im Alter in den neuen Bundeslaendern: Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevoelkerung (LEILA75+) [Need for help and nursing care in the elderly of the new German territories: results of a Leipzig long-term study of the elderly population (LEILA75+)]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2001; 34(5): 348-355.
800. Winkler D, Farnworth L, Sloan S, Brown T, Callaway L. Comparison of people with ABI living in two accommodation settings: Shared supported accommodation and residential aged care. *Brain Impairment* 2010; 11(3): 313-325.
801. Winkler D, Sloan S, Callaway L. People under 50 with acquired brain injury living in residential aged care. *Brain Impairment* 2010; 11(3): 299-312.
802. Wodchis W. Implementing the Minimum Data Set. *Canadian Nursing Home* 1998; 9(3): 20-21.

803. Wodchis W, Nytko B. Using the Minimum Data Set. *Canadian Nursing Home* 1998; 9(2): 15-20.
804. Wolf-Ostermann K, Worch A, Wulff I, Graeske J. Ambulant betreute Wohngemeinschaften fuer pflegebeduerftige aeltere Menschen – Angebots- und Nutzerstrukturen [Shared-housing arrangements for older care-dependent persons – Characteristics of residents and structures of supply]. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2011; 24(Heft 89): 83-96.
805. Wolfe CD, Tilling K, Beech R, Rudd AG. Variations in case fatality and dependency from stroke in western and central Europe. The European BIOMED Study of Stroke Care Group. *Stroke; a journal of cerebral circulation* 1999; 30(2): 350-356.
806. Won A, Morris JN, Nonemaker S, Lipsitz LA. A foundation for excellence in long-term care: the Minimum Data Set. *Annals of Long Term Care* 1999; 7(3): 92-97.
807. Wright K. Assessment for long-term care: a snapshot of nursing practice. *British journal of community nursing* 2003; 8(1): 6-14.
808. Wu LF. Predictive factors of self-care capacity in veterans care institution residents. *The journal of nursing research: JNR* 2002; 10(3): 195-204.
809. Wulff I, Graeske J, Fischer T, Wolf-Ostermann K. Versorgungsstrukturen fuer aeltere, pflegebeduerftige Menschen mit und ohne Vorliegen einer Demenzerkrankung im Vergleich zwischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereichen vollstationaerer Einrichtungen [Service structures for older care-dependent people with and without dementia – A comparison between shared-housing arrangements and special care units in nursing homes]. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2011; 24(Heft 89): 97-105.
810. Yamamoto-Mitani N, Sugishita C, Ishigaki K, Hasegawa K, Maekawa N, Kuniyoshi M, Hayashi K. Development of instruments to measure appraisal of care among Japanese family caregivers of the elderly. *Scholarly inquiry for nursing practice* 2001; 15(2): 113-135.
811. Yamanaka T, Takasugi E, Hotta N, Kubo Y, Otsuka K. Daily living functions of the elderly requiring home visits: a study at a comprehensive assessment clinic for the elderly. *Geriatrics and Gerontology International* 2007; 7(4): 388-392.
812. Yaretzky A, Lif-Kimchi O, Finkelov B, Karpin H, Turani-Feldman T, Shaked-Bregman Y, Peleg L, Feldman J, Spiegel D, Weinblatt N. Reliability and validity of the "Middlesex Elderly Assessment of Mental State" (MEAMS) among hospitalized elderly in Israel as a predictor of functional potential. *Clinical Gerontologist* 2000; 21(4): 91-98.
813. Yaretzky A, Lif-Kimchi O, Turani-Feldman T, Karpin H, Shaked-Bregman Y, Feldman J, Laxer J, Finkelov B. The effect of anxiety on a Clock Completion Test (CCT) in elderly patients in a geriatric rehabilitative unit preliminary study. *Clinical Gerontologist* 1998; 20(1): 15-27.
814. Yeung S, Lui MH, Ross F, Murrells T. Family carers in stroke care: examining the relationship between problem-solving, depression and general health. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(2): 344-352.
815. Yildirim Y, Tokem Y, Bozkurt N, Fadiloglu C, Uyar M, Uslu R. Reliability and validity of the Turkish version of the Memorial Symptom Assessment Scale in cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP* 2011; 12(12): 3389-3396.
816. Yohannes AM, Roomi J, Waters K, Connolly MJ. A comparison of the Barthel index and Nottingham extended activities of daily living scale in the assessment of disability in chronic airflow limitation in old age. *Age & Ageing* 1998; 27(3): 369-374.
817. Young A. Assessment for rehabilitation after stroke. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 1988; 17(2): 267-274.
818. Young AJ, Rogers A, Addington-Hall JM. The quality and adequacy of care received at home in the last 3 months of life by people who died following a stroke: a retrospective survey of surviving family and friends using the Views of Informal Carers Evaluation of Services questionnaire. *Health & Social Care in the Community* 2008; 16(4): 419-428.
819. Young J, Harrison J, Solomon M, Butow P, Dennis R, Robson D, Auld S. Development and feasibility assessment of telephone-delivered supportive care to improve outcomes for patients with colorectal cancer: pilot study of the CONNECT intervention. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2010; 18(4): 461-470.

820. Zafonte RD, Wood DL, Harrison-Felix CL, Valena NV, Black K. Penetrating head injury: a prospective study of outcomes. *Neurological research* 2001; 23(2-3): 219-226.
821. Zarzycka D. Objective assessment of self-care and non-professional care: a proposal. *Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska Sectio D: Medicina* 2002; 57(1): 502-512.
822. Zheng J, Tian WZ, Chen DD. Requirements of patients with bladder cancer for rehabilitative information. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation* 2004; 8(23): 4855-4857.
823. Zimmer J, Gaeth K, Weyerer S. Alltagsaktivitaeten, Verhaltensauffaelligkeiten und soziale Kontakte bei Altenheimbewohnern: Wie zuverlaessig sind die Beurteilungen durch das Pflegepersonal? [Activities of daily living, behavior problems, and social activities of residents in a home for the aged: How reliable are staff's ratings?] *Zeitschrift fuer Gerontopsychologie und -psychiatrie* 1996; 9(3): 167-179.
824. Zintl-Wiegand A, Krumm B. Werden Demenzkranke bei der Feststellung der Pflegebeduerftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz benachteiligt? Die Erfassung von kognitiver Einschraenkung im Pflegegutachten (MDK) und mit standardisierten Instrumenten [Are mental disorders given due consideration in the adjustment of stage of care according to the German Health Care Act? Assessment of cognitive impairment by medical expert record (MDK) and standardised methods of the research team]. *Der Nervenarzt* 2003; 74(7): 571-580.
825. Zochling J, Stucki G, Grill E, Braun J. A comparative study of patient-reported functional outcomes in acute rheumatoid arthritis. *The journal of rheumatology* 2007; 34(1): 64-69.

### 9.3.2 Ausgeschlossene Literatur

#### Einschlusskriterium E1

1. Abendstern M, Hughes J, Clarkson P, Sutcliffe C, Challis D. The Pursuit of Integration in the Assessment of Older People with Health and Social Care Needs. *British Journal of Social Work* 2011; 41(N3): 467-485.
2. Adams KB, Sanders S. Measurement of developmental change in late life: a validation study of the Change in Activities and Interests Index. *Clinical Gerontologist* 2010; 33(2): 92-108.
3. Adler MW, Illife JL, Holland WW, Kasap HS. Assessment of medical care needs of individuals with chronic cardiorespiratory disease using subjective measures. *International journal of epidemiology* 1973; 2(1): 73-79.
4. Ahs AM, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2006; 78(2-3): 178-193.
5. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(4): 646-653.
6. Algera M, Francke AL, Kerkstra A, van der Zee J. An evaluation of the new home-care needs assessment policy in the Netherlands. *Health & Social Care in the Community* 2003; 11(3): 232-241.
7. Alhusban MA, Abualrub RF. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management* 2009; 17(6): 749-758.
8. Alonso J, Orfila F, Ruigomez A, Ferrer M, Anto JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. 1997: 87.
9. Aminzadeh F, Dalziel WB, Martell C, Amos S. A survey of residential care facilities in the Ottawa-Carleton region. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society* 2001; 4(3): 130-135.
10. Andersson IS, Lindgren M. The Karen instruments for measuring quality of nursing care. Item analysis. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden* 2008; 28(3): 14-18.
11. Annunziata MA, Muzzatti B, Altoe G. A contribution to the validation of the Needs Evaluation Questionnaire (NEQ): A study in the Italian context. *Psycho-Oncology* 2009; 18(5): 549-553.
12. Aud MA, Rantz MJ, Zwygart-Stauffacher M, Manion P. Developing a residential care facility version of the observable indicators of Nursing Home Care Quality Instrument. *Journal of Nursing Care Quality* 2004; 19(1): 48-57.

13. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses* 2005; 14(3): 202-210.
14. Bååth C, Hall-Lord M, Johansson I, Larsson BW. Nursing assessment documentation and care of hip fracture patients' skin. *Journal of Orthopaedic Nursing* 2007; 11(1): 4-14.
15. Baggs J. Psychometric evaluation of collaboration and satisfaction about care decisions (CSACD) instrument. *Heart & Lung* 1992; 21(3): 296-296.
16. Baron AM, Baron YM, Spencer NJ. The care and health needs of children in residential care in the Maltese Islands. *Child: care, health and development* 2001; 27(3): 251-262.
17. Barrett JR, Strayer SM, Schubart JR. Assessing medical residents' usage and perceived needs for personal digital assistants. *International journal of medical informatics* 2004; 73(1): 25-34.
18. Bartholomeyczik S, Morgenstern M. Quality dimensions in patient records – a standardised analysis of nursing home resident records. *Qualitaetsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen*. 2004; 17: 187-195.
19. Bartholomeyczik S, Reuther S, Luft L, Nie NV, Meijers J, Schols J, Halfens R. Prevalence of Malnutrition, Interventions and Quality Indicators in German Nursing Homes – First Results of a Nationwide Pilot Study [Praevalenz von Mangelernaehrung, Massnahmen und Qualitätsindikatoren in deutschen Altenpflegeheimen – erste Ergebnisse einer landesweiten Pilotstudie]. 2010; 72: 868-874.
20. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family practice* 2008; 25(4): 287-293.
21. Beesley V, Janda M, Eakin E, Obermair A, Battistutta D. Lymphedema after gynecological cancer treatment : prevalence, correlates, and supportive care needs. *Cancer* 2007; 109(12): 2607-2614.
22. Beltz SK. Comprehensive, in-hospital geriatric assessment plus an interdisciplinary home intervention after discharge reduced length of subsequent readmissions and improved functioning... commentary on Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age ageing* 1999 Oct;28(6):543-50. *Evidence Based Nursing* 2000; 3(3): 83.
23. Bennett EJ. Health needs assessment of a rural county: impact evaluation of a student project. *Family & Community Health* 1993; 16(1): 28-35.
24. Bentley J, Carter L, Brooks L, Cotter A. Developing a combined service to asses older people's needs. *Health Visitor* 1998; 71(2): 59-61.
25. Bethell CD, Read D, Stein RE, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambulatory pediatrics: the official journal of the Ambulatory Pediatric Association* 2002; 2(1): 38-48.
26. Betschon E, Brach M, Hantikainen V. Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design [SRCTN24344776]. *BMC Nursing* 2011; 10: 10.
27. Betz CL, Redcay G, Tan S. Self-reported health care self-care needs of transition-age youth: a pilot study. *Issues in comprehensive pediatric nursing* 2003; 26(3): 159-181.
28. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological medicine* 2000; 30(3): 657-668.
29. Billek-Sawhney B, Gay J, Wells CL, Sheakley J, Rank S. Reliability of the Adapted Reach Test and its comparability to the Functional Reach Test in community-dwelling older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2006; 22(1): 78-85.
30. Birdwell SW, Calesaric H. Identifying health care needs of rural Ohio citizens: an evaluation of a two-stage methodology. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association* 1996; 12(2): 130-136.

31. Boehm E. Pflegediagnose – Pflegeimpulse [Nursing diagnosis – nursing impulse]. Oesterreichische Krankenpflegezeitschrift 1989; 42(8-9): 288-294.
32. Breckman R, Adelman R, Lachs M, Anderson M, Ansell P, Capello C, Chin D, Mole D, Pillemer K, Race J, Rao A, Reid C, Rosenstiel D. A geriatrics psychosocial screening tool for use in primary care practice: Needs assessment and instrument development. *Gerontologist* 2003; 43(S11): 298-298.
33. Bridges J. "Introducing yourself to strangers": Nurses' views on assessing older people with complex care needs": Comment. *Journal of Research in Nursing* 2007; 12(4): 363-364.
34. Brown EL, Bruce ML, Raue PJ, Nassisi P. How well do clinicians recognize depression in home care patients? *Home Healthcare Nurse* 2004; 22(8): 569-571.
35. Buchanan RJ, Alston RJ. Medicaid policies and home health care provisions for persons with disabilities. *Journal of Rehabilitation* 1997; 63(3): 20-34.
36. Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses* 1998; 14(4): 161-169.
37. Calheiros MM, Lopes D, Patricio JN. Assessment of the needs of youth in residential care: Development and validation of an instrument. *Children and youth servicesreview* 2011; 33(N10): 1930-1938.
38. Caprio AJ, Rollins VP, Roberts E. Health Care Professionals' Perceptions and Use of the Medical Orders for Scope of Treatment (MOST) Form in North Carolina Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13(2): 162-168.
39. Carcagno GJ, Kemper P. The evaluation of the national long term care demonstration: An overview of the channeling demonstration and its evaluation. 1988: 23.
40. Cassidy EL, Rosen C, Cook J, Greenbaum MA, Chow H, Solano N, Sheikh JI. Assessment to intervention: utilizing a staff needs assessment to improve care for behaviorally challenging residents in long term care (part I). *Clinical Gerontologist* 2005; 28(4): 29-42.
41. Cassidy EL, Rosen C, Solano N, Walker S, Krinsky A, Kuhlman G, Wilson D, Sheikh JI. Assessment to intervention: utilizing a staff needs assessment to improve care for behaviorally challenging residents in long term care (part II). *Clinical Gerontologist* 2005; 29(1): 27-38.
42. Castle SC, Uyemura K, Rafi A, Akande O, Makinodan T. Comorbidity is a better predictor of impaired immunity than chronological age in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53(9): 1565-1569.
43. Cavaiola LJ. A unified approach to patient classification and nurse staffing for long-term care facilities. *Abstracts of Hospital Management Studies* 1977; 13(3): 16639.
44. Centre for Reviews and Dissemination. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2007 (2012 Issue 2): 12007007068.
45. Centre for Reviews and Dissemination, Brooten D, Youngblut JM, Brown L, Finkler SA, Neff DF, Madigan E. A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: outcomes and costs (Structured abstract). *American Journal of Managed Care* 2001; 7(8): 793-803.
46. Centre for R, Dissemination, Johansen G. An economic appraisal of two strategies in geriatric screening (Structured abstract). *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1994; 22(4): 293-298.
47. Centre for Reviews and Dissemination, Lim WK, Lambert SF, Gray LC. Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge (Structured abstract). *Medical Journal of Australia* 2003; 178(6): 262-266.
48. Chabeli MM. Health care needs of older people living permanently in a residential home setting in Gauteng. *Curationis* 2003; 26(4): 14-21.
49. Chang CH, Boni-Saenz AA, Durazo-Arvizu RA, DesHarnais S, Lau DT, Emanuel LL. A system for interactive assessment and management in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007; 33(6): 745-755.

50. Chang CW, Chen YM, Su CC. Care needs of older patients in the intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(5-6): 825-832.
51. Chen MK. A health needs index based on the health goals model. *Public health reports (Washington, DC : 1974)* 1983; 98(2): 181-184.
52. Chevarley FM, Thierry JM, Gill CJ, Ryerson AB, Nosek MA. Health, preventive health care, and health care access among women with disabilities in the 1994-1995 National Health Interview Survey, Supplement on Disability. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 2006; 16(6): 297-312.
53. Christianson S, Marren J. The Impact of Event Scale-Revised (IES-R). *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 2008; (19): 2p.
54. Clark EM, Gould V, Morrison L, Ades A, Dieppe P, Tobias JH. Randomized controlled trial of a primary care-based screening program to identify older women with prevalent osteoporotic vertebral fractures: Cohort for skeletal health in Bristol and Avon (COSHIBA). *Journal of Bone and Mineral Research* 2012; 27(3): 664-671.
55. Clark WR, Clark LA. Measuring functional service quality using SERVQUAL in a high-dependence health service relationship. *Health Care Manager* 2007; 26(4): 306-317.
56. Clauson KA, Khanfar NM, Polen HH, Gibson F. Nurse prescribers' interactions with and perceptions of pharmaceutical sales representatives. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(2): 228-233.
57. Click Fenter P, Bellew J. A correlation analysis of the components of the Senior Fitness Test and the Physical Activity Questionnaire. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2005; 28(3): 125-126.
58. Conway R, Graham J, Kidd J, Levack P, Scottish Cord Compression G. What happens to people after malignant cord compression? Survival, function, quality of life, emotional well-being and place of care 1 month after diagnosis. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))* 2007; 19(1): 56-62.
59. Coutu-Wakulczyk G, Chartier L. French validation of the critical care family needs inventory. *Heart & lung: the journal of critical care* 1990; 19(2): 192-196.
60. Crouch R, Williams S. Patient dependency in the emergency department (ED): reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT). *Accident and emergency nursing* 2006; 14(4): 219-229.
61. Curry LC, Bradley P, Benefield LE. Nursing assessment of families with young children: developmental screening tools for home use. *Home Health Care Management & Practice* 1997; 9(3): 63-73.
62. Dale B, Saevareid HI, Soederhamn O. Testing and using Goldberg's General Health Questionnaire: Mental health in relation to home nursing, home help, and family care among older, care-dependent individuals. *International journal of mental health nursing* 2009; 18(2): 133-143.
63. de Witte L, Schoot T, Proot I. Development of the client-centred care questionnaire. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56(1): 62-68.
64. Dixon AJ, Dixon MP, Dixon JB. Prospective study of long-term patient perceptions of their skin cancer surgery. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2007; 57(3): 445-453.
65. Douglass AB, Maxwell TL, Whitecar PS. Principles of palliative care medicine part 1: patient assessment. *Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine* 2004; 4(1): 15.
66. Dragone MA. Perspectives of chronically ill adolescents and parents on health care needs. *Pediatric nursing* 1990; 16(1): 45-50.
67. Duffin C. Nurses demand national tool for care assessment. *Nursing Standard* 2002; 16(22): 8.
68. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S. Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International psychogeriatrics/IPA* 2010; 22(1): 101-108.
69. Emami A, Momeni P, Afzali M, Hossein A, Maddah SS. Developing a questionnaire for conducting cross-national studies – 'Self-reported health and needs among elderly Iranians and Swedes'. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24(N2): 372-379.

70. English ML, Harrison AL, Stiles NJ, Feltner KD, McIntosh MS, Miller BR. A screening tool for identification of signs of functional decline in older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2001; 24(3): 20.
71. Eskildsen M, Price T. Nursing home care in the USA. *Geriatrics & Gerontology International* 2009; 9(1): 1-6.
72. Evans A, Williamson E, Hunt D. Assessing the wellness needs of residents of a continuing care retirement community. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2004; 27(3): 123-124.
73. Fitch MI, Steele R. Supportive care needs of individuals with lung cancer. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique* 2010; 20(1): 15-22.
74. Fitzpatrick JJ. Brief reports. Signs of silent suicide among depressed hospitalized geriatric patients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2005; 11(5): 290-292.
75. Fjelltun AM, Henriksen N, Norberg A, Gilje F, Normann HK. Carers' and nurses' appraisals of needs of nursing home placement for frail older in Norway. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(22): 3079-3088.
76. Flaherty E. Try this: best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Assessing pain in older adults. *Urologic Nursing* 2006; 26(2): 154-155.
77. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15(12): 1498-1508.
78. Forbes ML, Brown HN. Developing an instrument for measuring patient satisfaction. *AORN journal* 1995; 61(4): 737-739.
79. Forrester DA, Murphy PA, Price DM, Monaghan JF. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. *Heart & lung: the journal of critical care* 1990; 19(6): 655-661.
80. Gasquet I, Dehe S, Gaudebout P, Falissard B. Regular visitors are not good substitutes for assessment of elderly patient satisfaction with nursing home care and services. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2003; 58(11): 1036-1041.
81. Geenen SJ, Powers LE, Sells W. Understanding the role of health care providers during the transition of adolescents with disabilities and special health care needs. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2003; 32(3): 225-233.
82. George LK. Choosing among established assessment tools: scientific demands and practical constraints. *Generations* 1997; 21(1): 32-36.
83. Geraedts M, Holle B, Vollmar HC, Bartholomeyczik S. Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege: Aktuelle Entwicklungen und Besonderheiten [Quality management in ambulatory care nursing and inpatient nursing in Germany. Specifics and current trends]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2011; 54(2): 185-193.
84. Gorecki SM. The effects of knowledge and burden upon caregivers and its relation to placement of elderly patients. US: ProQuest Information & Learning, US; 1997.
85. Graessel E. Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil 1: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe [Home care of dementia and nondementia patients. Part 1: Users and non-users of respite care]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 1998; 31(1): 52-56.
86. Graessel E. Körperbeschwerden und Belastung pflegender Familienangehöriger bei häuslicher Pflege eines über längere Zeit hilfsbedürftigen Menschen [Somatic symptoms and burden among family caregivers providing nursing care at home for a long period]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 1996; 46(5): 189-193.
87. Greiner L. The predictive validity of the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status for long-term functional, social, vocational, and psychiatric outcome in traumatic and nontraumatic brain-injured patients. US: ProQuest Information & Learning, US; 2006.
88. Griffiths P. Self-assessment of health and social care needs by older people: a review. *British journal of community nursing* 2005; 10(11): 520.

89. Haley SM, Ludlow L, Coster W, Langmuir L. Self-reporting of capable versus typical functional activity performance in community-dwelling older adults: is there a difference? *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2002; 25(1): 3-10.
90. Halloran EJ. Nursing workload, medical diagnosis related groups, and nursing diagnoses. *Research in nursing & health* 1985; 8(4): 421-433.
91. Harris R, Ullman R, Griffiths P. Self-assessment of health and social care needs by older people. *Reviews in Clinical Gerontology* 2006; 16(4): 301-312.
92. Hayes N. A risk assessment score predicted which elderly patients would fall during a hospital stay [commentary on Oliver D, Britton M, Seed P, et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BR MED J* 1997;315(7115):1049-53]. *Evidence Based Nursing* 1998; 1(3): 90-90.
93. Hoven E, Lannering B, Gustafsson G, Boman KK. The met and unmet health care needs of adult survivors of childhood central nervous system tumors: a double-informant, population-based study. *Cancer* 2011; 117(18): 4294-4303.
94. Igarashi A, Morita T, Miyashita M, Kiyohara E, Inoue S. Changes in medical and nursing care after admission to palliative care units: a potential method for improving regional palliative care. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2010; 18(9): 1107-1113.
95. Ipek Coban G, Kasikci M. Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a Turkish population. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(13-14): 1929-1934.
96. Isforth M, Bruehl A. Patientenklassifikationssysteme. Leistungsdaten im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 2) [Patient classification systems. Nursing workload from the perspective of applied research (part 2)]. *Pflege Zeitschrift* 2008; 61(1): 28-32.
97. Ivbijaro GO, Kolkiewicz LA, McGee LSF, Gikunoo M. Addressing long-term physical healthcare needs in a forensic mental health inpatient population using the UK primary care Quality and Outcomes Framework (QOF): an audit. *Mental Health in Family Medicine* 2008; 5(1): 51-60.
98. Jessee WF, Ford LG, Pebbutt JS. Implications of PSROs for long term care. *Hospitals* 1976; 50(15): 140-150.
99. Johnston MV, Graves D, Greene M. The uniform postacute assessment tool: systematically evaluating the quality of measurement evidence. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2007; 88(11): 1505-1512.
100. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *Journal of epidemiology and community health* 1996; 50(4): 456-462.
101. Larsson C, Axell AG, Ersson A. Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings. *Acta anaesthesiologica Scandinavica* 2007; 51(7): 888-892.
102. Leistner K. Ist die ICDH fuer die geriatriische Rehabilitation geeignet? [Is the ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) suitable for geriatric rehabilitation?]. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie* 2001; 34 Suppl 1: 30-35.
103. Macvean ML, White VM, Pratt S, Grogan S, Sanson-Fisher R. Reducing the unmet needs of patients with colorectal cancer: a feasibility study of The Pathfinder Volunteer Program. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2007; 15(3): 293-299.
104. Minstrell M, Winzenberg T, Rankin N, Hughes C, Walker J. Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time. *Psycho-Oncology* 2008; 17(1): 58-65.
105. Molassiotis A, Wilson B, Blair S, Howe T, Cavet J. Unmet supportive care needs, psychological well-being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners. *Psycho-Oncology* 2011; 20(1): 88-97.

106. Nelms L, Johnson V, Teshuva K, Foreman P, Stanley J. Social and Health Factors Affecting Community Service Use by Vulnerable Older People. *Australian social work* 2009; 62(N4): 507-524.
107. Nelson C, Johnston M. Adult Needs and Strengths Assessment-Abbreviated Referral Version to specify psychiatric care needed for incoming patients: exploratory analysis. *Psychological reports* 2008; 102(1): 131-143.
108. Nichols AC, Wirginis MB. Linking standards of care with nursing quality assurance--the SCORE method. *QRB Quality review bulletin* 1985; 11(2): 57-63.
109. Nickel W, Hanns S, Braehler E, Born A. Care Counselling – The Client's Expectations [Pflegeberatung – die Erwartungen der Betroffenen]. 2012.
110. Nocon A. GPs' assessments of people aged 75 and over: identifying the need for occupational therapy services. *British Journal of Occupational Therapy* 1993; 56(4): 123-127.
111. Norman IJ, Redfern SJ, Tomalin DA, Oliver S. Kitson's Therapeutic Nursing Function Indicator as a predictor of the quality of nursing care in hospital wards. *International Journal of Nursing Studies* 1994; 31(2): 109-118.
112. O'Rourke N, Chappell NL, Caspar S. Measurement and analysis of individualized care inventory responses comparing long-term care nurses and care aides. *The Gerontologist* 2009; 49(6): 839-846.
113. Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, Toyama T, Endo C, Sagawa R, Uchida M, Furukawa TA. Reliability and validity of the Japanese version of the Short-form Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34-J). *Psycho-Oncology* 2009; 18(9): 1003-1010.
114. Olaison A, Cedersund E. Home care as a family matter? Discursive positioning, storylines and decision-making in assessment talk. *Communication & medicine* 2008; 5(2): 145-158.
115. Oliveira MF, Campos MJ, Padilha JM, Pereira F, Sousa P. Exploring the family caregiving phenomenon in nursing documentation. *Online Journal of Nursing Informatics* 2011; 15(1): 9p.
116. Onega LL, Kaplan MS, Adamek ME. Nurse practitioners' use of scales to assess elderly clients for depression... 33rd Annual Communicating Nursing Research Conference/14th Annual WIN Assembly, "Building on a Legacy of Excellence in Nursing Research," held April 13-15, 2000 at the Adam's Mark Hotel, Denver, Colorado. *Communicating Nursing Research* 2000; 33: 233-233.
117. Parsons RJ, Higley HB, Okerlund VW, Thorstensen CT, Gray HR. Elderly health care needs assessment: an application of marketing orientation to the nonprofit sector. *Journal of Hospital Marketing* 1996; 10(2): 49-59.
118. Pearson ML, Lee JL, Chang BL, Elliott M, Kahn KL, Rubenstein LV. Structured implicit review: a new method for monitoring nursing care quality. *Medical care* 2000; 38(11): 1074-1091.
119. Penhale B. Ethical dilemmas in charging for care: contrasting the views of social work and legal professionals. *Journal of Interprofessional Care* 2002; 16(3): 235-247.
120. Petersen C, Scherwath A, Fink J, Koch U. Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit einem Schaedel-Hirn-Trauma [Health care needs of children and adolescents with a traumatic brain injury]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2008; 51(6): 629-636.
121. Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies* 1990; 27(1): 61-75.
122. Plant P, McEwen J, Prescott K. Use of the Nottingham Health Profile to test the validity of census variables to proxy the need for health care. *Journal of public health medicine* 1996; 18(3): 313-320.
123. Purvis S, Brenny-Fitzpatrick M. Innovative use of electronic health record reports by clinical nurse specialists. *Clinical nurse specialist CNS* 2010; 24(6): 289-294.
124. Radwin LE, Cabral HJ. Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66(3): 683-689.

125. Rehnstroem L, Christensson L, Leino-Kilpi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17(3): 308-314.
126. Reibis R, Voeller H, Treszl A, Langheim E, Buhler H, Wegscheider K. Versorgungsaufwand und Kosten waehrend der kardiologischen Rehabilitation [Determinants of health care expenses during cardiac rehabilitation]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 2010; 135(16): 795-800.
127. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, Wu JR, Dickson VV, Carlson B, Cameron J. Heart failure self-care in developed and developing countries. *Journal of cardiac failure* 2009; 15(6): 508-516.
128. Rogerson SL, Weiss LJ, Phillips SL. What do our seniors need? Outcomes of at-home comprehensive geriatric assessments. *Annals of Long Term Care* 2006; 14(10): 31-34.
129. Sahinoz S, Sahinoz T, Eker HH, Unlu SE. Assessment of medical home care needs in Turkish population. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2010; 26(3): 688-691.
130. Salmon JR. The contribution of personal control and personal meaning to quality of life in home, assisted living facility, and nursing home settings. US: ProQuest Information & Learning, US; 2002.
131. Sandgren A, Fridlund B, Nyberg P, Strang P, Petersson K, Thulesius H. Symptoms, care needs and diagnosis in palliative cancer patients in acute care hospitals: a 5-year follow-up survey. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 2010; 49(4): 460-466.
132. Saywell Rm Jr, Zollinger TW, Schafer ME, Schmit TM, Ladd JK. Children with special health care needs program: urban/rural comparisons. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association* 1993; 9(4): 314-325.
133. Scandrett KG, Reitschuler-Cross EB, Nelson L, Sanger JA, Feigon M, Boyd E, Chang CH, Paice JA, Hauser JM, Chamkin A, Balfour P, Stolbunov A, Bennett CL, Emanuel LL. Feasibility and effectiveness of the NEST13+ as a screening tool for advanced illness care needs. *Journal of Palliative Medicine* 2010; 13(2): 161-169.
134. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher [Health care needs of children and adolescents with chronic conditions]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2008; 51(6): 592-601.
135. Schmidt SG, Palm R, Dichter M, Hasselhorn HM. Arbeitsbedingte Praediktoren fuer Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationaeren Altenpflegeeinrichtungen [Work related predictors for "satisfaction with dementia care" among nurses working in nursing homes]. *Pflege* 2011; 24(2): 85-95.
136. Schwappach DL, Blaudszun A, Conen D, Ebner H, Eichler K, Hochreutener MA. 'Emerge': Benchmarking of clinical performance and patients' experiences with emergency care in Switzerland. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua* 2003; 15(6): 473-485.
137. Simmons SF. Criteria to identify nursing home residents capable of accurate self-report: Implications for the measurement and improvement of care quality. US: ProQuest Information & Learning, US; 1999.
138. Sjoberg K, Bicknell MR. The development of a research tool to evaluate and compare the standard of patient care. *Abstracts of Health Care Management Studies* 1979; 16(1): 20898.
139. Snyder CF, Blackford AL, Brahmer JR, Carducci MA, Pili R, Stearns V, Wolff AC, Dy SM, Wu AW. Needs assessments can identify scores on HRQOL questionnaires that represent problems for patients: an illustration with the Supportive Care Needs Survey and the QLQ-C30. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2010; 19(6): 837-845.
140. Snyder CF, Dy SM, Hendricks DE, Brahmer JR, Carducci MA, Wolff AC, Wu AW. Asking the right questions: investigating needs assessments and health-related quality-of-life questionnaires for use in oncology clinical practice. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2007; 15(9): 1075-1085.

141. Spieler JF, Lanoe JL, Amarenco P. Costs of Stroke Care according to Handicap Levels and Stroke Subtypes. *Cerebrovascular Diseases - Official Journal of the European Stroke Council* 2004; 17(2-3): 134-142.
142. Steinauer R. Assessmentinstrumente: Pflegende muessen ueberzeugt sein. *Psych Pflege heute* 2012; 18(2): 74.
143. Suhonen R, Stolt M, Launis V, Leino-Kilpi H. Research on ethics in nursing care for older people: a literature review. *Nursing ethics* 2010; 17(3): 337-352.
144. Sullivan MT. The Modified Caregiver Strain Index (CSI). *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 2007; (14): 2.
145. Svane O. Assessment of needs of care for the elderly. *Zeitschrift fur Gerontologie* 1973; 6(4): 307-315.
146. Thyen U, Sperner J, Morfeld M, Meyer C, Ravens-Sieberer U. Unmet health care needs and impact on families with children with disabilities in Germany. *Ambulatory pediatrics: the official journal of the Ambulatory Pediatric Association* 2003; 3(2): 74-81.
147. Tuckett AG. Residents' rights and nurses' ethics in the Australian nursing home. *International nursing review* 2005; 52(3): 219-224.
148. Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C, Yamashita H, Toyama T, Furukawa TA. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Japanese journal of clinical oncology* 2011; 41(4): 530-536.
149. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool for older adults. *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 2007; (1): 2p.
150. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* 1998; (1): 2p.
151. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Insight: The Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses* 1999; 24(1): 13-13.
152. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice* 2000; 14(1): 35-36.
153. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults... permission to reprint granted by The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University. *Geriatric Nursing* 2000; 21(3): 147-147.
154. Wallace M, Fulmer T. Try this: best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *MEDSURG Nursing* 2002; 11(1): 44-45.
155. Wallace M, Fulmer T. Try this: best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Urologic Nursing* 2005; 25(5): 375-376.
156. Wallace M, Fulmer T. Try this: best practices in nursing care to older adults. Fulmer SPICES: an overall assessment tool for older adults. *American Journal of Nursing* 2007; 107(10): 45-46.
157. Wallace M, Fulmer T. Try this: best practices in nursing care to older adults. Fulmer SPICES: an overall assessment tool of older adults. *Update: Society of Otorhinolaryngology & Head-Neck Nurses* 2001; 23(1): 12-13.
158. White KJ, Roydhouse JK, D'Abrew NK, Katris P, O'Connor M, Emery L. Unmet psychological and practical needs of patients with cancer in rural and remote areas of Western Australia. *Rural and remote health* 2011; 11(N3).
159. Wilcox J, Jones B, Alldrick D. Identifying the support needs of people with dementia and older people with mental illness on a joint community team: a preliminary report. *Journal of Mental Health* 1995; 4(2): 157-163.
160. Williams HG, Ullmann G, Gossard JL, Hussey JR, Brotherton SS, Laditka J, Cornman C. Functional status assessment for Community Long-Term Care: preliminary observations. *Home Health Care Services Quarterly* 2009; 28(4): 151-171.

161. Wulff I, Graeske J, Fischer T, Wolf-Ostermann K. Versorgungsstrukturen fuer aeltere, pflegebeduerftige Menschen mit und ohne Vorliegen einer Demenzerkrankung im Vergleich zwischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereichen vollstationaerer Einrichtungen [Service structures for older care-dependent people with and without dementia – A comparison between shared-housing arrangements and special care units in nursing homes]. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2011; 24(Heft 89): 97-105.
162. Yamamoto-Mitani N, Sugishita C, Ishigaki K, Hasegawa K, Maekawa N, Kuniyoshi M, Hayashi K. Development of instruments to measure appraisal of care among Japanese family caregivers of the elderly. *Scholarly inquiry for nursing practice* 2001; 15(2): 113-135.
163. Young J, Harrison J, Solomon M, Butow P, Dennis R, Robson D, Auld S. Development and feasibility assessment of telephone-delivered supportive care to improve outcomes for patients with colorectal cancer: pilot study of the CONNECT intervention. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2010; 18(4): 461-470.

### Einschlusskriterium E2

1. Akechi T, Okuyama T, Endo C, Sagawa R, Uchida M, Nakaguchi T, Akazawa T, Yamashita H, Toyama T, Furukawa TA. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology* 2011; 20(5): 497-505.
2. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Girgis A, Burton L, Cook P, Boyes A. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group. Cancer* 2000; 88(1): 217-225.
3. Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). *Journal of evaluation in clinical practice* 2009; 15(4): 602-606.
4. Boyes A, Newell S, Girgis A. Rapid assessment of psychosocial well-being: are computers the way forward in a clinical setting? *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2002; 11(1): 27-35.
5. de Jonge P, Hoogervorst EL, Huyse FJ, Polman CH. INTERMED: a measure of biopsychosocial case complexity: one year stability in Multiple Sclerosis patients. *General hospital psychiatry* 2004; 26(2): 147-152.
6. Fitch MI, Steele R. Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique* 2010; 20(2): 66-74.
7. Girgis A, Lambert S, Lecathelinais C. The supportive care needs survey for partners and caregivers of cancer survivors: development and psychometric evaluation. *Psycho-Oncology* 2011; 20(4): 387-393.
8. Griesser AC, Vlastos G, Morel L, Beaume C, Sappino AP, Haller G. Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. *European journal of cancer care* 2011; 20(4): 466-474.
9. Lintz K, Moynihan C, Steginga S, Norman A, Eeles R, Huddart R, Dearnaley D, Watson M. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-Oncology* 2003; 12(8): 769-783.
10. McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psycho-Oncology* 2010; 19(5): 508-516.
11. O'Connell B, Ostaszkievicz J, Hawkins M. A suite of evidence-based continence assessment tools for residential aged care. *Australasian Journal on Ageing* 2011; 30(1): 27-32.
12. Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, Toyama T, Nakaguchi T, Uchida M, Furukawa TA. Oncologists' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients in a breast cancer outpatient consultation. *Japanese journal of clinical oncology* 2011; 41(11): 1251-1258.
13. Park BW, Hwang SY. Unmet needs of breast cancer patients relative to survival duration. *Yonsei medical journal* 2012; 53(1): 118-125.

14. Persoon A, Schoonhoven L, Joosten-Weyn BL, Kessels R, Olde RM, van Achterberg T. Development and validation of the NOSCA – nurses' observation scale for cognitive abilities... Fourth European Nursing Congress. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 127-127.
15. Polikandrioti M, Goudevenos I, Michalis L, Nikolaou V, Dilanas C, Olympios C, Votteas V, Elisaf M. Validation and reliability analysis of the questionnaire "Needs of hospitalized patients with coronary artery disease". *Health Science Journal* 2011; 5(2): 137-148.
16. Raya A, Mantas J, Priami M, Andrea S, Brokalaki H, Kyritsi H, Androulaki O. Formulation and testing of a nursing assessment form for mental patients as a basis for individualized nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 1995; 2(1): 23-32.
17. Riedel O, Dodel R, Deuschl G, Klotsche J, Foerstl H, Heuser I, Oertel W, Reichmann H, Riederer P, Trenkwalder C, Wittchen HU. Depression and care-dependency in Parkinson's disease: Results from a nationwide study of 1449 outpatients. *Parkinsonism & related disorders* 2012; 18(5): 598-601.
18. Romito F, Corvasce C, Montanaro R, Mattioli V. Do elderly cancer patients have different care needs compared with younger ones? *Tumori* 2011; 97(3): 374-379.
19. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2000; 88(1): 226-237.
20. Seekles WM, Cuijpers P, van Ven P De, Penninx B, Verhaak PFM, Beekman ATF, van Straten A. Personality and perceived need for mental health care among primary care patients. *Journal of Affective Disorders* 2012; 136(3): 666-674.
21. Shehorn CA. The role of executive control function in predicting level of care in a long-term care setting. US: ProQuest Information & Learning, US; 1997.
22. Steginga SK, Occhipinti S, Dunn J, Gardiner RA, Heathcote P, Yaxley J. The supportive care needs of men with prostate cancer (2000). *Psycho-Oncology* 2001; 10(1): 66-75.
23. Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, McLachlan SA. Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. *European journal of cancer care* 2009; 18(6): 577-584.
24. Waszynski CM. Try this: best practices in nursing care to older adults from The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Confusion Assessment Method (CAM). *MEDSURG Nursing* 2004; 13(4): 269-270.
25. Waszynski CM. Try this: best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Confusion assessment method (CAM)... reprinted with permission from "Try this: best practices in nursing care to older adults" series from the John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing. *Dermatology Nursing* 2004; 16(3): 309-310.
26. Waszynski CM. Try this: best practices in nursing care to older adults. Confusion Assessment Method (CAM)... reprinted with permission from the John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, Vol. 2, No. 13, November 2001. *Journal of Gerontological Nursing* 2002; 28(4): 4-5.

### **Einschlusskriterium E3**

1. Hiura M, Nemoto H, Nishisaka K, Higashi K, Katoh T. The Association Between Walking Ability and Falls in Elderly Japanese Living in the Community Using a Path Analysis. *Journal of community health* 2011.
2. Portney LG, Hogan DP, Liebowitz DA, Pignato JC, Salter SP, Gill-Body K. Relationship between item measures on the Berg Balance Scale and lower extremity impairments. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2002; 25(3): 38-38.

### **Einschlusskriterium E4**

1. Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Galanis P, Brokalaki H. Risk factors for prolonged stay in cardiac surgery intensive care units. *Nursing in critical care* 2011; 16(5): 243-251.

### **Einschlusskriterium E5**

1. Emanuel LL, Alpert HR, Emanuel EE. Concise screening questions for clinical assessments of terminal care: the needs near the end-of-life care screening tool. *Journal of Palliative Medicine* 2001; 4(4): 465-474.

### **Einschlusskriterium E6**

1. Arnaert A, Delesie L. Ijking van meetgegevens: Riziv A.D.L. – Index. Gauging care-need questionnaires: The example of the RIZIZ ADL index. *Acta Hospitalia* 1999; 39(4): 19-31.
2. Fracchia S, Grasso A, Pagani M, Corsini C, Cerina G, Ghirmai S, Bernardini B, Berra C, Badalamenti S, Campanati P, Boncinelli S, Respizzi S. Il paziente anziano nel setting di cura per acuti: Ruolo di uno strumento di assessment rapido multidimensionale nell'identificazione dei pazienti a rischio - The hospitalized older patient: The function of a quick multidimensional assessment tool in identifying patients at increased risk. *Giornale di Gerontologia* 2011; 59(3): 130-139.
3. Zheng J, Tian WZ, Chen DD. Requirements of patients with bladder cancer for rehabilitative information. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation* 2004; 8(23): 4855-4857.

### **Einschlusskriterium E7**

1. Alt-White AC, Washington TG, Treuer J, Romano E. Interdisciplinary interventions to improve the quality of life of nursing home patients: research in progress. *ASHP Midyear Clinical Meeting* 1990; 25: 58.
2. Alves, Batista. Efeito da estimulado cognitiva em Idosos. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem* 2011; 3(5): 193-201.
3. Amin K. The productivity of comprehensive geriatric assessment. *GM: Midlife & Beyond* 2011; 41(11): 589-592.
4. Anderson KJ, Campbell IG. Comparison of frail elders' satisfaction and their caregivers' burden in community-based and nursing home systems of long-term care. Submitted in partial fulfillment of the Master of Science Degree in Nursing, Simmons College, June 1993. *Nursing Scan in Research* 1993; 6(6): 9-10.
5. Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F, Lamers C, Holthaus S. *Professionelle Pflege. Band 1. Theoretische und praktische Grundlagen: Bern* 1999.
6. Arnadottir S, Mercer VS. Functional assessment in geriatric physical therapy. *Issues on Aging* 1999; 22(2): 3-12.
7. Artsanthia J, Mawn BE, Chaiphibalsarisdi P, Nityasuddhi D, Triamchaisri SK. Exploring the Palliative Care Needs of People Living in Thailand With End-Stage Renal Disease: A Pilot Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2011; 13(6): 403-410.
8. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Gender difference in health-related needs and quality of life in patients with acute chest pain. *British Journal of Cardiology* 2005; 12(6): 459-464.
9. Balaswamy S, Dabelko HI. Using a stakeholder participatory model in a community-wide service needs assessment of elderly residents: a case study. *Journal of Community Practice* 2002; 10(1): 55-70.
10. Bath P, Philp I. A hierarchical classification of dependency amongst older people: use of artificial neural networks. *Health Care in Later Life* 1998; 3(1): 59-69.
11. Bergland A, Kirkevold M, Edvardsson D. Psychometric properties of the Norwegian Person-centred Climate Questionnaire from a nursing home context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012.
12. Black K. Health and aging-in-place: implications for community practice. *Journal of Community Practice* 2008; 16(1): 79-95.
13. Boehm E. *Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose [Understanding the aged. Foundations and practice of care-oriented diagnosis]. Bonn* 1991.

14. Bruhl A, Avlund K. Validity and internal consistency of mobility scales for healthy older people in Germany. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics* 2012; 3(1): 29-35.
15. Burfield AH. Cohort study of pain behaviors in the elderly residing in skilled nursing care. US: ProQuest Information & Learning, US; 2010.
16. Carpenter GI, Challis DJ, Swift C. 'Single' assessment for older people: comparison of the MDS-HC with current auditable methods in the home care setting. *Journal of Integrated Care* 2005; 13(5): 35-41.
17. Centre for Reviews and Dissemination. The effectiveness of intrathecal baclofen in the management of patients with severe spasticity (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2000 (2012 Issue 2): 12000008518.
18. Centre for Reviews and Dissemination. The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2000 (2012 Issue 2): 12000000541.
19. Centre for Reviews and Dissemination. Maintaining independence in the cognitively intact elderly care home population: a systematic review of intervention trials (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2003 (2012 Issue 2): 12004009643.
20. Centre for Reviews and Dissemination. Telehealth interventions to improve clinical nursing of elders (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* 2002 (2012 Issue 2): 12002004109.
21. Centre for Reviews and Dissemination, Challis D, Clarkson P, Williamson J, Hughes J, Venables D, Burns A, Weinberg A. The value of specialist clinical assessment of older people prior to entry to care homes (Structured abstract). *Age and ageing* 2004; 33(1): 25-34.
22. Chen K, Fan Y, Hu R, Yang T, Li K. Impact of Depression, Fatigue and Disability on Quality of Life in Chinese Patients with Multiple Sclerosis. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress* 2012.
23. Conner-Spady BL, Slaughter S, MacLean SL. Assessing the usefulness of the Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) in a geriatric day hospital. *Canadian Journal of Rehabilitation* 1999; 12(4): 265-272.
24. Creason NS. Toward a model of clinical validation of nursing diagnoses: developing conceptual and operational definitions of impaired physical mobility. In: Carroll-Johnson RM, editor. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the ninth conference held in Orlando, FL, 1990*: J.B. Lippincott; 1991. p. 241-241.
25. Cuijpers CJT, Nelissen LH, Lenssen AF. Intra- and inter-rater reliability of the Dutch version of the Elderly Mobility Scale in the frail elderly. *Nederlands Tijdschrift Voor Fysiotherapie* 2004; 114(4): 110-113.
26. Dellasega C. SCOPE: a practical method for assessing the self-care status of elderly persons. *Rehabilitation Nursing Research* 1995; 4(4): 128-135.
27. Dellefield ME. The work of the RN Minimum Data Set coordinator in its organizational context. *Research in Gerontological Nursing* 2008; 1(1): 42-51.
28. Ehmann M, Voelkel I. *Pflegediagnosen in der Altenpflege/Marlies Ehmann; Ingrid Voelkel. Germany: Muenchen [u. a.] : Urban & Fischer; 2000.*
29. Ericson-Lidman E, Norberg A, Persson B, Strandberg G. Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012.
30. Ertl P. A recipe for assessment. *Journal of District Nursing* 1992; 10(8): 10-14.
31. Fasching P, Flatz TM, Oehlinger R, Gastromed C. *Qualitaet im Pflegeheim. Ein praxisorientierter Leitfaden zur Einfuehrung interdisziplinaeren Qualitaetsmanagements und Qualitaetssicherung in Pflegeinstitutionen. Wien 1998.*
32. Forrest CB, Bevans KB, Riley AW, Crespo R, Louis TA. School outcomes of children with special health care needs. *Pediatrics* 2011; 128(2): 303-312.

33. Garms-Homolova V, Gilgen R. RAI - Resident Assessment Instrument Tests Review – Resident Assessment Instrument. 2000.
34. Giovannetti AM, Leonardi M, Pagani M, Sattin D, Raggi A. Burden of caregivers of patients in Vegetative State and Minimally Conscious State. *Acta neurologica Scandinavica* 2012.
35. Glaser J, Lampert B, Weigl M. Interaction, work-load, health and work design in nursing for the elderly [Interaktion, Arbeitslast, Gesundheit und Arbeitsgestaltung in der Altenpflege]. München 2007.
36. Gobbens RJ, van Assen MA. Frailty and its prediction of disability and health care utilization: The added value of interviews and physical measures following a self-report questionnaire. *Archives of gerontology and geriatrics* 2012.
37. Hartz GW, Splain DM. Psychosocial intervention in long-term care: An advanced guide. US: The Haworth Press, Binghamton, NY, US; 1997.
38. Hebert R, Raiche M, Gueye NR. Survey disability questionnaire does not generate valid accurate data compared to clinical assessment on an older population. *Archives of gerontology and geriatrics* 2012; 54(2): 57-62.
39. Hoeltmann B, Tsusche P. Pflegegesetzadaptiertes geriatrisches Basis-Assessment Instrument zur Messung von Funktionalitaet, Selbstaendigkeit, Behandlungsbedarf und Pflegebeduerftigkeit Hilfe zur Operationalisierung geriatrischer Arbeit und zur Dokumentation, Verlaufsbeurteilung, Qualitaetssicherung in vernetzten Strukturen Kurzfassung fuer die Praxis. Muenchen: MMV Medizin Verlag; 1996. p. 1996.
40. Hoeltmann BJ, Tausche P. Pflegegesetzadaptiertes geriatrisches Basis-Assessment : Instrument zur Messung von Funktionalitaet, Selbstaendigkeit, Behandlungsbedarf und Pflegebeduerftigkeit; Hilfe zur Operationalisierung geriatrischer Arbeit und zur Dokumentation – Verlaufsbeurteilung – Qualitaetssicherung in vernetzten Strukturen; Kurzfassung fuer die Praxis/B. Hoeltmann; P. Tausche. Muenchen: MMV, Medizin-Verl.; 1996.
41. Hoffman K, West A, Nott P, Cole E, Playford D, Liu C, Brohi K. Measuring acute rehabilitation needs in trauma: Preliminary evaluation of the Rehabilitation Complexity Scale. *Injury* 2011.
42. Hughes C, Osman C, Woods AK. Relationship among performance on stair ambulation, functional reach, and timed up and go tests in older adults. *Issues on Aging* 1998; 21(3): 18-22.
43. Hwang SS, Chang VT, Alejandro Y, Osenenko P, Davis C, Cogswell J, Srinivas S, Kasimis B. Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. *Palliative & supportive care* 2003; 1(4): 319-329.
44. Jones DA, Barrett F. Development and testing of a functional health pattern assessment screening tool. In: Rantz MJ, editor. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the twelfth conference, North American Nursing Diagnosis Association. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; 1997. p. 228-235.
45. Jones DA, Foster FB. Further development and testing of a functional health pattern assessment screening tool. In: Rantz MJ, editor. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the thirteenth conference, North American Nursing Diagnosis Association Celebrating the 25th anniversary of NANDA. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; 1999. p. 471-477.
46. Kjervik DK, Carlson J, Weisensee MG. Incapacity assessment of older persons: a tool to reduce subjectivity in decisions about guardianship. *Journal of Nursing Law* 2004; 9(3): 37-44.
47. Kurowska K, Bak I. Poczucie koherencji (SOC) a funkcjonowanie w codziennym zyciu mieszkancow domow pomocy spoLecznej dla przewlekle i somatycznie chorych [Sense of coherence (SOC) and every day functioning in chronically ill pensioners of nursing homes]. *Psychogeriatrya Polska* 2010; 7(2): 37-44.
48. Lachwitz K. Probleme bei den Feststellungen von Pflegebeduerftigkeit (SGB XI) Rechtliche Fragestellungen zur Praxis der Begutachtung von Menschen mit geistiger Behinderung. 1997. p. 93.
49. Lambing A, Adams D. ELDERS assessment tool guides the way. *Nursing Spectrum (Midwest)* 2003; 4(9): 30-31.

50. Lambing A, Adams D. ELDERS assessment tool guides the way. *Nursing Spectrum – New York & New Jersey Edition* 2004; 16(3): NJ/NY16-17.
51. Lehmann C, Koch U, Mehnert A. Psychometric properties of the German version of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF34-G). *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2012.
52. Li IC, Lien IN, Lin YC. Long-term care services needs for spinal-cord injury patients in Taiwan. *The journal of nursing research: JNR* 2001; 9(4): 127-138.
53. Lubaczewski J, Pezzoli SA. Alternatives to institutionalization: identifying and addressing the needs of urban homebound elderly. *Journal of Multicultural Nursing & Health (JMCNH)* 1998; 4(3): 49-53.
54. McMaughan Moudouni D. Three issues in long term care and aging health policy: In-hospital mortality from fall related-injuries, the relationship between formal and informal personal care, and consumer experiences of nursing home care. 2010.
55. Meyer D, Marx T, Ball-Seiter V. Social isolation and telecommunication in the nursing home: A pilot study. *Gerontechnology* 2011; 10(1): 51-58.
56. Miller JB. The development and implementation of a patient classification system in a chronic disease hospital. *Abstracts of Hospital Management Studies* 1973; 10(2): 10798.
57. Mueller C, Degenholtz H, Kane R. Do evidence-based clinical and administrative policies/practices in nursing homes influence quality? *Nursing & Health Policy Review* 2004; 3(1): 35-47.
58. Muszalik M, Dijkstra A, Kdziora-Kornatowska K, Zielinska-Wiczowska H, Kornatowski T. Independence of elderly patients with arterial hypertension in fulfilling their needs, in the aspect of functional assessment and quality of life (QoL). *Archives of gerontology and geriatrics* 2011; 52(3): 204-209.
59. N. N. Boost effectiveness of fall prevention with assessment tool. *Senior Care Management* 2005; 8(8): 89-90.
60. N. N. New screening tool emphasizes functional abilities. *Senior Care Management* 2002; 5(3): 33-36.
61. N. N. Try this: best practices in nursing care to older adults. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *Annals of Long Term Care* 2007; 15(7): 21-22.
62. Naglekerk J. Commentary on Kitson's Therapeutic Nursing Function Indicator as a predictor of the quality of nursing care in hospital wards [original article by Norman IJ et al appears in *INT J NURS STUD* 1994;31(2):109-18]. *AONE's Leadership Perspectives* 1994; 2(6): 16-16.
63. O'Shea E, Murray P. Care Provision and Dependency in Long-Stay Institutions. *Economic and Social Review* 1997; 28(1): 43-61.
64. Padwo DJ, McCaffery M. Tape 1: nursing assessment of the patient with pain. *McCaffery on pain: nursing assessment and pharmacologic intervention in adults: Lippincott Williams & Wilkins*; 1992.
65. Parker A. Using the Barthel index in care homes. *Elderly Care* 1998; 10(3): 12-14.
66. Patsios D, Gallagher J, Cooper M. Towards a national assessment tool. *Working with Older People: Community Care Policy & Practice* 2001; 5(1): 11-15.
67. Perrin T. Occupational need in dementia care: a literature review and implications for practice. *Health Care in Later Life* 1997; 2(3): 166-176.
68. Rabinove A. Predictive effect of depression, pain and poor cognitive function on medical outcomes and quality of life in elderly cancer patients. *US: ProQuest Information & Learning, US*; 2010.
69. Ramroth H, Specht-Leible N, Koenig HH, Brenner H. Medical care for nursing home residents: National perspectives in international context [Medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern: Nationale Perspektiven im internationalen Kontext]. 2006.
70. Resnick B, Gaines J, Parrish J, Parrish S, Applebaum G, Narrett M. The resident profile: is it sufficient for establishing level of care needs? *Journal of Social Work in Long-Term Care* 2005; 3(3/4): 87-102.

71. Resnick B, Perry D, Applebaum G, Armstrong L, Cotterman M, Dillman S, Elliott S, McCarthy M, Narrett M, Parrish JM, Parrish S. A tool to determine the appropriate level of care for seniors entering continuing care retirement communities. *Long-Term Care Interface* 2001; 2(8): 33-37.
72. Restrepo A. Critical care extra: diagnostic tests. *The Katz Activities of Daily Living Scale. American Journal of Nursing* 1999; 99(1 part 1): 24BB-dd.
73. Rodger S, Brown GT. *I Can Do It: Developing, Promoting and Managing Children's Self-Care Needs*. Rodger S, Ziviani J, editors: Blackwell Publishing, Malden; 2006.
74. Saito E, Yasumura S, Kaneko C, Ueki S. Comparison of characteristics and care-needs certification proportion between participants and non-participants in a geriatric health examination over a 3-year follow-up. *Archives of gerontology and geriatrics* 2011; 53(1): 46-50.
75. Saks K, Urban R. Adaptation of interRAI instruments for comprehensive assessment of patients with care needs. *Advances in gerontology = Uspekhi gerontologii/Rossiiskaia akademiia nauk, Gerontologicheskoe obshchestvo* 2008; 21(2): 286-292.
76. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group. Cancer* 2000; 88(1): 226-237.
77. Scheele N. RSS-Ratgeber Pflegerecht. Profi-Tips fuer Pflegebeduerftige, pflegende Angehoerige und Pflegedienste. *RSS-Ratgeber Pflegerecht Profi-Tips fuer Pflegebeduerftige, pflegende Angehoerige und Pflegedienste* 1999: 329.
78. Schmidl E. *Lebensqualitaet nach der Aufnahme zur geriatrischen Langzeitbetreuung unter besonderer Beruecksichtigung von Copingstrategien* 2003.
79. Schmidt R, Entzian H, Giercke KI, Klie T. *Die Versorgung pflegeduerftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und buergerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Die Versorgung pflegeduerftiger alter Menschen in der Kommune Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und buergerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege* 1999: 328.
80. Schneekloth U, Potthoff P. *Hilfe- und Pflegebeduerftige in privaten Haushalten Bericht zur Repraesentativerhebung im Forschungsprojekt "Moeglichkeiten und Grenzen selbstaendiger Lebensfuehrung" im Auftrag des Bundesministeriums fuer Familie und Senioren [Persons in need of help and care in private households].* 1994.
81. Semke J, Chiem M, Mahar L, Black M. A reliability study of case manager assessments of activities of daily living. *Journal of Social Work in Long-Term Care* 2005; 3(3/4): 69-85.
82. Shao W, Yang X, Li S. Needs and satisfaction analysis of inpatient nursing care. *Asian Journal of Nursing* 2008; 11(2): 89-92.
83. Shin DW, Park JH, Shim EJ, Choi JY, Kim SG, Park EC. The development of a comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers in patient-caregiver dyads. *Psycho-Oncology* 2011; 20(12): 1342-1352.
84. Simons K, Connolly RP, Bonifas R, Allen PD, Bailey K, Downes D, Galambos C. Psychosocial Assessment of Nursing Home Residents via MDS 3.0: Recommendations for Social Service Training, Staffing, and Roles in Interdisciplinary Care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13(N2).
85. Söderhamn O, Cliffordson C. The internal structure of the Appraisal of Self-care Agency (ASA) Scale. *Theoria Journal of Nursing Theory* 2001; 10(4): 5-12.
86. Spence W. Implementing functional assessment in older adult care: the experience of direct care staff. *Quality in Ageing & Older Adults* 2011; 12(4): 197-209.
87. Stewart K, Worden A, Challis D. Assessing the needs of older people in care homes. *Nursing & Residential Care* 2003; 5(1): 22-25.
88. Terriff DL, Williams JV, Patten SB, Lavorato DH, Bulloch AG. Patterns of disability, care needs, and quality of life of people with Parkinson's disease in a general population sample. *Parkinsonism & related disorders* 2012.
89. Townsend MC. *Pflegediagnosen und Massnahmen fuer die psychiatrische Pflege Handbuch zur Pflegeplanerstellung.* 1998.

90. Treneman M, Corkery A, Dowdney L, Hammond J. Respite-care needs--met and unmet: assessment of needs for children with disability. *Developmental medicine and child neurology* 1997; 39(8): 548-553.
91. Vaelimaeki M, Dijkstra A, Soini H, Antila ML, Zanotti R, Dassen T. Elderly patient's care dependency. *Hallym International Journal of Aging* 2004; 6(1): 79-93.
92. Wendt S. Richtig begutachten – gerecht beurteilen Die Begutachtung geistig behinderter Menschen zur Erlangung von Pflegeleistungen. 1998.
93. Wendt S, Schaedler J. Richtig begutachten – gerecht beurteilen Die Begutachtung geistig behinderter Menschen zum Erlangen von Pflegeleistungen. 1996: 3.
94. Wendt S, Schaedler J. Richtig begutachten – gerecht beurteilen Handreichung fuer die Begutachtung geistig behinderter Menschen zur Erlangung von Pflegeleistungen der Krankenkassen und Sozialhilfe. 1993.
95. Wilcock A, Klezlova R, Coombes S, Rawson A, Bentley R, Hooper D, Maddocks M. Identifying supportive and palliative care needs in people with a recent diagnosis of thoracic cancer: acceptability of the SPARC questionnaire. 2010; 65: 937-938.
96. Winkler D, Farnworth L, Sloan S, Brown T, Callaway L. Comparison of people with ABI living in two accommodation settings: Shared supported accommodation and residential aged care. *Brain Impairment* 2010; 11(3): 313-325.
97. Winkler D, Sloan S, Callaway L. People under 50 with acquired brain injury living in residential aged care. *Brain Impairment* 2010; 11(3): 299-312.
98. Wodchis W. Implementing the Minimum Data Set. *Canadian Nursing Home* 1998; 9(3): 20-21.
99. Wodchis W, Nytko B. Using the Minimum Data Set. *Canadian Nursing Home* 1998; 9(2): 15-20.

### 9.3.3 In die Analyse eingeschlossene Literatur

1. Amaral T, Hine N, Arnott J, Curry R, Barlow J. Integrating the Single Assessment Process into a lifestyle-monitoring system – From Smart Homes to Smart Care. 2005.
2. Bennett JA. Maintaining and improving physical function in elders. *Annu Rev Nurs Res* 2002; 20: 3-33.
3. Benoliel J, McCorkle R, Young K. Development of a social dependency scale. *Research in nursing and health* 1980; 3: 3-10.
4. Böhler T, Bruckner T, Hannes W, Diepgen T, Mohrmann M. Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen nach SGB XI. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 2007; 155: 549-555.
5. Bravo G, Charpentier M, Dubois M, DeWals P, Emod A. Profile of residents in unlicensed homes for the aged in the Eastern Townships off Quebec. *CMAJ* 1998; 159: 143-148.
6. Büscher A, Wingenfeld K, Schaeffer D. Determining eligibility for long-term care-lessons from Germany. *Int J Integr Care* 2011; 11: e019.
7. Cardol M, Brandsma JW, de Groot IJ, van den Bos GA, de Haan RJ, de Jong BA. Handicap questionnaires: what do they assess? *Disabil Rehabil* 1999; 21(3): 97-105.
8. Carey R, Posavac E. Program Evaluation of a Physical Medicine and Rehabilitation Unit: a new Approach. *Arch Phys Med Rehabil* 1978; 59: 330-337.
9. Carey R, Posavac E. Rehabilitation Programm Evaluation using a revised level of rehabilitation scale (LORS-II). *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63: 367-370.
10. Chang CW, Chen YM, Su CC. Care needs of older patients in the intensive care units. *J Clin Nurs* 2012; 21(5-6): 825-832.
11. Chin A Paw M, de Jong N, Schouten E, Hiddink G, Kok F. Physical exercise and/or enriched foods for functional improvement in frail, indepently living elderly: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 811-817.
12. Daniels R, Metzethin S, van Rossum E, de Witte L, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *Eur J Ageing* 2010; 7: 37-55.

13. de Groot IJ, Post MW, van Heuveln T, van Den Berg LH, Lindeman E. Measurement of decline of functioning in persons with amyotrophic lateral sclerosis: responsiveness and possible applications of the Functional Independence Measure, Barthel Index, Rehabilitation Activities Profile and Frenchay Activities Index. *Amyotroph Lateral Scler* 2006; 7(3): 167-172.
14. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trotter L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services. *Archives of gerontology and geriatrics* 2006; 42: 191-206.
15. Faber M, Bosscher R, van Wieringen P. Clinimetric properties of the performance-oriented mobility assessment. *Physical Therapy* 2006; 86: 944-954.
16. Ferrucci L, Guralnik JM, Baroni A, Tesi G, Antonini E, Marchionni N. Value of combined assessment of physical health and functional status in community-dwelling aged: a prospective study in Florence, Italy. *J Gerontol* 1991; 46(2): M52-56.
17. Fields JA, Machulda M, Aakre J, Ivnik RJ, Boeve BF, Knopman DS, Petersen RC, Smith GE. Utility of the DRS for predicting problems in day-to-day functioning. *Clin Neuropsychol* 2010; 24(7): 1167-1180.
18. Finch M, Kane R, Philp I. Developing a new metric for ADLs. *JAGS* 1995; 43: 877-884.
19. Gobbens R, van Assen M, Luijkx K, Wijnen-Sponselee M, Schols J. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. *Journal of the American Medical Directors Association* 2010; 11: 344-355.
20. Grieshaber U. Pflege durch Pflegende begutachten lassen. *Forum Sozialstation* 2002; 26: 3.
21. Griffiths P, Ullman R, Harris R. Self Assessment of Health and Social Care Needs by Older People: A multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience. 2005.
22. Gutzmann H, Metzler P, Schmidt K. Werden psychische Erkrankungen in der Vergabe von Pflegestufen nach Pflegeversicherungsgesetz hinreichend berücksichtigt? *Z Gerontol Geriatr* 2000; 33: 488-494.
23. Gutzmann H, Schmidt K, Vulturius H. Untersuchungen zur Validität der Beurteilungsskala für geriatrische Patienten (BGP). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 1998; 11: 35-42.
24. Häußler M, Streit A, Straßburg H. Validität der Pflegebegutachtung bei körperbehinderten und bei geistig behinderten Kindern. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 527-533.
25. Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and ageing* 1988; 17: 293-302.
26. Hébert R, Guibault J, Desrosiers J, Dubuc N. The functional autonomy measurement system (SMAF): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics today: Journal of the canadian geriatrics society* 2001; 4: 141-147.
27. Hulter Asberg K, Sonn U. The cumulative structure of personal and instrumental ADL – a study of elderly people in a health service district. *Scand J Rehab Med* 1988; 21: 171-177.
28. Jagger C, Collerton J, Daviers K, Kingston A, Robinson L, Eccles M, von Zglinicki T, Martin-Ruiz C, James O, Kirkwood T, Bond J. Capability and dependency in the Newcastle 85+ cohort study. Projections of future care needs. *BMC Geriatrics* 2011; 11: 21.
29. Kane R, Flood S, Keckhafer G, Bershadsky B, Lum Y-S. Nursing home residents covered by Medicare risk contracts: Early findings from the EverCare evaluation project. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50: 719-727.
30. Karlsson S, Edberg A, Hallberg I. Professional's and older person's assessments of functional ability, health complaints and received care and service. A descriptive study. *International journal of nursing studies* 2010; 47: 1217-1227.
31. Karlsson S, Edberg A, Westergren A, Hallberg I. Functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs. public care only. *Scandinavian journal of caring sciences* 2008; 22: 136-148.
32. Kempen G, Suurmeijer T. The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *The Gerontologist* 1990; 30(4): 497-502.

33. Kliebsch U, Brenner H. Inter-Rater-Reliabilität von Instrumenten zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. *Sozial- und Präventivmedizin* 1996; 41: 303-314.
34. Kliebsch U, Reiser K, Brenner H. Reliabilitätsstudie zum Begutachtungsverfahren der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung. *Gesundheitswesen* 1997; 59(Suppl 1): 34-41.
35. Lawton M, Moss M, Fulcomer M, Kleban M. *Multi-Level Assessment Instrument Manual – Madlyn and Leonard Abramson Center for Jewish Life.*
36. Lawton M, Moss M, Fulcomer M, Kleban M. *Philadelphia Geriatric Center Multi-level Assessment Instrument: Manual for Full-length MAI.* Wales 1982.
37. Lawton M, Moss M, Fulcomer M, Kleban M. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology* 1982; 37(1): 91-99.
38. Linden M, Gilberg R, Schimpf S. Kurzsкала zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeversorgung (PBV-Skala). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1998; 31: 170-183.
39. Lohrmann C. [Nursing Care Dependency Scale: a measure of independence]. *Pflege Z* 2002; 55(7): 501-505.
40. Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. Care dependency: testing the German version of the Care Dependency Scale in nursing homes and on geriatric wards. *Scand J Caring Sci* 2003; 17(1): 51-56.
41. Lucke M, Messner T, Lucke C. Erfahrungen in der Umsetzung von Vorgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz – Erhebungen im häuslichen Bereich nach der Begutachtung durch den MDKN. *Gesundheitswesen* 1996; 58: 641-647.
42. Maidhof R, Pirk O, Winkel M, Hartung J. Es geht auch anders – ein neues Instrument zur Begutachtung der Pflegestufen). *Gesundheitswesen* 1999; 61: 380-384.
43. Maidhof R, Schneider F, Rachold U, Gerber J, Niehoff JU, Sann J. [The "Barthel Index": alternative to expertising in compulsory care insurance?]. *Gesundheitswesen* 2002; 64(1): 54-59.
44. McCorkle R, Benoliel J, Donaldson G, Georgiadou F, Moinpour C, Goodell B. A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. *Cancer* 1989; 15(1375-1382).
45. Meester-Delver A, Beelen A, Hennekam R, Hadders-Algra M, Nollet F. Predicting additional care in young children with neurodevelopmental disability: a systematic literature review. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48(2): 143-150.
46. Michel E, Zernikow B, Wichert S. Use of an artificial neural network (ANN) for classifying nursing care needed, using incomplete input data. *Medical informatics and the Internet in Medicine* 2000; 25: 147-158.
47. Myers A. The clinical Swiss army knife. Empirical evidence on the validity of IADL functional status measures. *Med Care* 1992; 30(5 Suppl): MS96-111.
48. Myers A, Holiday P, Harvey K, Hutchinson K. Functional performance measures: Are they superior to self-assessments? *Journal of Gerontology* 1993; 48(5): M196-M206.
49. Myers A, Huddy L. Evaluating physical capabilities in the elderly: The relationship between ADL self-assessments and basic abilities. *Canadian Journal on Aging* 1985; 4(4): 189-200.
50. Naylor M, Brooten D, Campbell R, Jacobsen B, Mezey M, Pauly M, Schwartz J. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders - a randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281: 613-620.
51. Noelle DR, Schulz M, Behrens J, Driessen M. [The amount of professional nursing care in a gerontopsychiatric hospital--comparison of the system of the psychiatry personnel act and the long-term care insurance]. *Gesundheitswesen* 2010; 72(4): 233-239.
52. Osler M, de Groot L, Enzi G. Life-style: physical activities of daily living. *European Journal of Clinical Nutrition* 1991; 45(3): 139-151.
53. Pajalic Z, Karlsson S, Westergren A. Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. *Journal of advanced nursing* 2006; 54: 457-466.
54. Pick P. Pflegeversicherungsgesetz. *Gesundheitswesen* 1993; 55: 607-611.

55. Piechowiak H. Schwerflegebedürftigkeit – Teil 1: Richtlinien und bisherige Erfahrungen. *Fortschritte der Medizin* 1992; 110: 351-353.
56. Post J. Aktuelle Probleme bei Pflegebedürftigkeit – Begutachtungsaspekte. *Der medizinische Sachverständige* 2000; 2: 44-46.
57. Rappaport M, Hall K, Hopkins K, Belleza T, Cope N. Disability Rating Scale for Severe Head Trauma: Coma to Community. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63: 118-123.
58. Reus U, Huber H, Heine U. Pflegebegutachtung und Dekubitus – Eine Datenerhebung aus der Pflegebegutachtung des MDK-WL. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 210-217.
59. Riedel O, Dodel R, Deuschl G, Forstl H, Henn F, Heuser I, Oertel W, Reichmann H, Riederer P, Trenkwalder C, Wittchen HU. Demenz und Depression determinieren Pflegebedürftigkeit bei M. Parkinson. *Nervenarzt* 2011; 82(8): 1012-1019.
60. Shah S, Vancly F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel-index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42(8): 703-709.
61. Sonn U, Hulter Asberg K. Assessment of activities of daily living in the elderly – a study of a population of 76-year-olds in Gothenburg, Sweden. 1991.
62. Spallek J, Reeske A, Grosser A, Schwabe W, Rieger M, Krahn U, Razum O. Pflegebedürftigkeit bei türkischstämmigen und nicht-türkischstämmigen Säuglingen. Eine Analyse der Pflegegutachten des MDK Westfalen-Lippe von 2004 bis 2008. *Gesundheitswesen* 2012; 74(8-9): 485-487.
63. Suurmeijer T, Doeglas D, Moum T, Briancon S, Krol B, Sanderman R, Guillemin F, Bjelle A, van den Heuvel W. The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: its utility in international comparisons. *American Journal of Public Health* 1994; 84(8): 1270-1273.
64. Tang S, McCorkle R. A user's manual for the enforced social dependency scale. 2002.
65. Turner-Stokes L. Outcome measures for inpatient neurorehabilitation settings. *Neuropsychological Rehabilitation* 1999; 9(3/4): 329-343.
66. Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park Care Needs Assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999; 13(3): 253-267.
67. Turner-Stokes L, Tonge P, Nyein K, Hunter M, Nielson S, Robinson I. The Northwick Park Dependency Score (NPDS): a measure of nursing dependency in rehabilitation. *Clin Rehabil* 1998; 12(4): 304-318.
68. Turner-Stokes L, Williams H, Howley D, Jackson D. Can the Northwick Park Dependency Scale be translated to a Barthel Index? *Clin Rehabil* 2010; 24(12): 1112-1120.
69. van Bennekom CA, Jelles F, Lankhorst GJ. Rehabilitation Activities Profile: the ICIDH as a framework for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 1995; 17(3-4): 169-175.
70. Velozo C, Magalhaes L, Pan A, Leiter P. Functional Scale Discrimination at Admission and Discharge: Rasch Analysis of the Level of Rehabilitation Scale-III. *Arch Phys Med Rehabil* 1995; 76: 705-712.
71. Ward G, Jagger C, Harper W. A review of instrumental ADL assessments for use with elderly people. *Reviews in clinical gerontology* 1998; 8(1): 65-71.
72. Weintraub S. The record of independent living: An informant-completed measure of activities of daily living and behavior in elderly patients with cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis other Demen* 1986; 1: 35-39.
73. Williams H, Harris R, Turner-Stokes L. Northwick Park Care Needs Assessment: adaptation for inpatient neurological rehabilitation settings. *J Adv Nurs* 2007; 59(6): 612-622.
74. Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Bielefeld/Münster 2008.
75. Wolf-Ostermann K, Worch A, Wulff I, Gräske J. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen – Angebots- und Nutzerstrukturen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2011; 24: 83-96.

76. World Health Organisation. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Geneva 1980.
77. Zimmer J, Gaeth K, Weyerer S. Alltagsaktivitäten, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Kontakte bei Altenheimbewohnern: Wie zuverlässig sind die Beurteilungen durch das Pflegepersonal? Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 1996; 3: 167-179.
78. Zintl-Wiegand A, Krumm B. Werden Demenzkranke bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz benachteiligt? Nervenarzt 2003; 74: 571-580.
79. Zochling J, Stucki G, Grill E, Braun J. A comparative study of patient-reported functional outcomes in acute rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology 2007; 34: 64-69.

## 9.4 Ausgeschlossene Instrumente

### Einschlusskriterium E1

1.	45 Item Sickness Profile: Physical Functioning Dimensionen (SIP:PFD)
2.	5-item version of the Pearlin and Schooler mastery scale (MAS)
3.	Abilities Assessment Instrument (AAI)
4.	Activities of Daily Living (ADL) (Morris)
5.	Activities of Daily Living (ADL) und Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (Schneekloth)
6.	Activities of Daily Living (ADL) und Instrumental Activities of Daily Living (IADL) items used in the "Aging in Manitoba Longitudinal Study" (AIM)
7.	Activities of Daily Living (ADL)-Staircase
8.	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE)
9.	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II
10.	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) III
11.	Advanced Myatrophic Lateral Sclerosis (ALS) Score
12.	Aktivitäten des täglichen Lebens (Juchli)
13.	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDL)
14.	Algemene Gehandicapten Attitude Schaal (AGAS) (Dutch handicap scale)
15.	Amount of Assistance Questionnaire (AAQ)
16.	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
17.	Basic Care Needs (BCN)
18.	Battelle Developmental Inventory (BDI)
19.	Behavioral Rating Scale for geriatric patients
20.	Boles functional assessment guideline tool
21.	Brief Mini Mental State Examination (B-MMSE)
22.	CAGE (Cut Down – Annoyed – Guilty – Eye-opener) questionnaire
23.	Capacity Profile (CAP)
24.	Cardinal Needs Schedule
25.	Care Keys Toolkit
26.	Care Needs Assessment Package for the Elderly (CARENAPe)
27.	Classification System (Daubert)
28.	Classification System (Harris)
29.	Clifton Assessment Procedure for the Elderly - behaviour rating Scale (CAPE-BRS)
30.	Community Client Need Classification System (CCNCS)
31.	Community Integration Questionnaire (CIQ)
32.	Community Rehabilitation Program Questionnaire
33.	Craig Handicap Assessment (and Reporting Technique)
34.	Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-g)/CIRS Severity Index
35.	Duke Activity Status Index
36.	Duke Health Profile
37.	Edmonton Frail Scale
38.	Everyday Problems Test
39.	Functional Life Scale (FLS)

**Einschlusskriterium E1 – Fortsetzung**

40.	Functional Limitations Index
41.	Functional Limitations Profile (FLP)
42.	Functional Reach Assessment
43.	Functional Status Questionnaire
44.	Funktionelle Verhaltensmuster (FVM)
45.	General Health Questionnaire (GHQ)
46.	Geriatric Depression Scale (GDS)
47.	Geriatric Evaluation and Management, GEMU Evaluations
48.	Geriatric Evaluation by Relatives Rating Instrument (GERRI)
49.	Geriatric Multidimensional Pain and Illness Inventory (GMPI)
50.	Global Assessment of Functioning (GAF)
51.	Global Deterioration Scale (GDS)
52.	Global Impairment Impact Rating (developed in the Research Institute on Aging and Health at the Hebrew Home of Greater Washington)
53.	Goal Attainment Scale (GAS)
54.	Grace, Reynolds Application and Study of Poland, English, Thornton and Owens (GRASP)
55.	Gross Motor Function Classification System (GMFCS)
56.	Handicap Assessment and Resource Tool (HART); Name geändert in: Personal Care – Participation and Resource Tool (PC-PART)
57.	Health of the Nation Outcome Scale for Older Adults (HONOS 65+)
58.	Health of the Nations Outcomes Scale (HONOS)
59.	Health Self Report (HSR)
60.	Health Utility Index (HUI-3)
61.	Helbergs Patient Classification System
62.	Hierarchic Disability Scale
63.	Home Assessment Profile (HAP)
64.	Individualized Care Instrument (ICI)
65.	Individualized Care Scale (ICS)
66.	Informant Questionnaire for Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)
67.	Institutional Version of the Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (INCARE)
68.	INTERMED for the Elderly (IM-E)
69.	Intermediate Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-int)
70.	International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)
71.	Japanese Long-term Care Insurance: Care Level System
72.	Karnofsky Performance Status Scale (KPS)/Karnofsky-Index
73.	Late Life Function and Disability Index (LLFDI)
74.	Lebensaktivitäten (Roper)
75.	Lindmark Motor Capacity and Manual Dexterity
76.	London Handicap Scale (LHS)
77.	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) physical activity questionnaire (LAPAQ)
78.	Medical Expenditure Panel Survey Household Component (MEPS-HC)
79.	Medical Information Form (MIF)
80.	Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)
81.	Memorial Symptom Assessment Scale Short-Form (MSAS-SF)
82.	Memorial University of Newfoundland Activities Inventory (MUNAIS)
83.	Menschliche Reaktionsmuster, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)/Human Response Patterns
84.	Million Handicap Index
85.	Mini Mental State Examination (MMSE)
86.	Minimal Record of Disability for Multiple Sclerosis (MRD)
87.	Minimal Social Behaviour Scale
88.	Modified Ashworth Scale (MAS)
89.	Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS)

**Einschlusskriterium E1 – Fortsetzung**

90.	Modified Rankin Scale
91.	Modified Strain in Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS)
92.	Motor Fitness Scale
93.	National Needs Assessment
94.	Needs for Care Assessment Schedule (NFCAS)
95.	Nelson's Modified Card Sorting Test
96.	Night Nursing Care Instrument (NNCI)
97.	Northwick Park Therapy Dependency Assessment Tool (NPTDA)
98.	Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE)
99.	Nursing Diagnosis: Definitions and Classification (NANDA) – Nursing Interventions Classification (NIC) – Nursing Outcomes Classification (NOC) [NNN] Klassifikation
100.	Nursing Minimal Data Set for the Netherlands (NMDSN)
101.	Nursing Needs Assessment Instrument (NNAI)
102.	Nursing Personnel Regulation (PPR)
103.	Older American Resources Services (OARS) Questionnaire
104.	Oswestry Disability Index (ODI)
105.	Patient Generated Index (PGI)
106.	Perceived Handicap Questionnaire (PHQ)
107.	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)
108.	Physical Activities of Daily Living (PADL)
109.	Physical and Mental Impairment of Function Evaluation (PAMIE)
110.	Physical Performance Test
111.	Planification Informatisé e des Soins Infirmiers Requis (PLAISIR)
112.	Postal Questionnaire for Physical Disability (kein Name genannt)
113.	Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL)
114.	Project for Research in Nursing (PRN) 74 Classification
115.	PULSES Profile
116.	RAFAELA Patient Classification System
117.	Rancho Los Amigo Scale (LCFS)
118.	Rankin Scale
119.	Rappaport Disability Rating Scale (DRS)
120.	Registered Nursing Care Contribution (RNCC)
121.	Rehabilitation Complexity Scale (RCS)
122.	Reuben's Physical Performance Test (PPT)
123.	Rotterdam Symptom Check List (RSCL)
124.	Sandoz Clinical Assessment-Geriatric Skala (SCAG)
125.	Scaled Performance Satisfaction Questionnaire (SPSQ)
126.	School Function Assessment (SFA)
127.	Selbstpfleegerfordernisse (SPE)
128.	Self-Care Independence Scale (SCIS)
129.	Self-Completed Postal Questionnaire (Kein Name genannt)
130.	Seriousness of Illness Rating Scale (SIRS)
131.	Severe Impairment Battery (SIB)
132.	Severe Mini-Mental-State Examination (sMMSE)
133.	Shanas Index of Ambulatory Function
134.	Short Physical Performance Battery (SPPB)
135.	Sickness Impact Profile (SIP)
136.	Single Assessment Process for Health and Social Care (SAP)
137.	Social Adaptive Functioning Evaluation (SAFE)
138.	Sodring Scale
139.	Southampton Needs Assessment Questionnaire (SNAQ)
140.	Special Nursing Needs
141.	Standardised Assessment of Elderly People in Primary Care in Europe (STEP)

### Einschlusskriterium E1 – Fortsetzung

142.	Starting Out from the Personal ADL (PADL)
143.	Strain in Nursing Care Assessment Scale (NCAS)
144.	Supervision Rating Scale (SRS)
145.	Supports Intensity Scale (SIS)
146.	Test for Severe Impairment (TSI)
147.	Tilburg Frailty Indicator (TFI)
148.	Time Oriented Score System (TOSS)
149.	Unified ADL Evaluation FORM
150.	Vineland Adaptive Behaviour Scale (VABS)
151.	Waterlow Assessment
152.	Zebra
153.	Zubrod Performance Status Score
154.	Duke Severity of Illness Checklist (DSIC)
155.	Environmental Status Scale (ESS)

### Einschlusskriterium E2

1.	Alzheimers Disease Cooperative Study Activities of Daily Living for Severe AD (ADCS-ADLsev)
2.	Bangor Assessment of Need Profile
3.	Beurteilungsbogen zur Pflegebedürftigkeit von Senioren (BPS)
4.	Beurteilungsskala für geriatrische Patienten (BGP)
5.	Camberwell Assessment of Need (CAN)
6.	Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)
7.	Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly - Revised (CAMDEX-RN)
8.	CAN Self-Report (CANSAS-P)
9.	Care and Needs Scale (CANS)
10.	Care Needs Assessment Pack (CareNAP)
11.	Cleveland Scale for Activities of Daily Living
12.	Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)
13.	Comprehensive Needs Assessment Tool – Short Form (CNAT-SF)
14.	Comprehensive Needs Assessment Tool (CNAT)
15.	Dependence Scale
16.	Direct Assessment of Functional Skills
17.	Disability Assessment for Dementia (DAD)
18.	Disability Rating Scale (DRS)
19.	Kurtzke Disability Status Scale (DSS)
20.	Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS)
21.	Memory and Behaviour Problem Checklist (MBPC)
22.	Modified Mini Mental State Examination (MMSE) (Teng)
23.	Nursing Care Dependency Scale (NCD)
24.	Pediatric Care and Needs Scale (PCANS)
25.	Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ)
26.	Personal Care Assessment Form (PCAF)
27.	Pflegebedürftigkeitsskala
28.	Rehabilitation Evaluation Hall and Baker (REHAB)
29.	Structural Assessment of Independent Living Skills
30.	Unified Parkinsons Disease Rating Scale (UPDRS)

### Einschlusskriterium E3

1.	18-Item Postal Questionnaire (kein Name angegeben)
2.	Aberrant Behaviour Checklist
3.	Activities of Daily Living (ADL)-Scale (Guttman)

**Einschlusskriterium E3 – Fortsetzung**

4.	Activities of Daily Living (ADL) (Collin)
5.	Activities of Daily Living (ADL) (WHO Questionnaire)
6.	Activities of Daily Living Scale (Nouri and Lincoln)
7.	Activity Measure for Post Acute Care (AM-PAC) Scale
8.	Adelaide Activities Profile (AAP)
9.	Aged Care Funding Instrument (ACFI)
10.	Assessment Tool for Nursing Older People
11.	Barthel-Index
12.	Basic (personal care) Activities of Daily Living (BADL)
13.	Belgian Evaluation Scale (BES)
14.	Booth Scale
15.	Brief Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Tool (Fillenbaum)
16.	Brief Symptom Inventory (BSI)
17.	Care Dependency Scale (CDS); Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)
18.	Care Dependency Scale-Rehabilitation (CDS-R)
19.	Care Dependency Scale for Pediatrics (CDS-P)
20.	Care Needs Assessment (CNA)
21.	Classification System (Churness)
22.	Clinical Global Impression of Change in Physical Frailty Scale (CGIC-PF)
23.	Clinical Outcomes Variable Scale (COVS)
24.	Colorado Client Assessment Record (CCAR)
25.	Continuing Care Activity Measure (CCAM)
26.	COOP/WONCA (World Organization of Family Doctors) Charts
27.	Dartmouth Coop Functional Health Assessment Charts
28.	Direct Assessment of Functional Abilities (DAFA)
29.	Disability Assessment Schedule (DAS)
30.	Domestic Care Dependency (DCD) Index
31.	Edinburgh Rehabilitation Status Scale (ERSS)
32.	Eigener Fragebogen (Dowrick)
33.	Esslinger Transferskala
34.	Extended Activities of Daily Living (EADL)
35.	Frail and Autonomy Instrument Leuven (FRAIL)
36.	FRAIL Scale
37.	Frailty Scale
38.	Frenchay Activities Index
39.	Functional Activities Questionnaire (FAQ)
40.	Functional Assessment Measure (FAM) in Kombination mit Functional Independence Measure (FIM)
41.	Functional Assessment Staging (FAST)
42.	Functional Independence Measure (FIM) [Funktionaler Selbständigkeitsindex]; in Kombination mit Functional Assessment Measure (FAM)
43.	Functional Independence Measure for Children (WeeFim)
44.	Functional Status Rating Scale (FSRS)
45.	Geriatric Rating Scale (GRS)
46.	Geriatric Resident Goal Scale (GRGS)
47.	Gordon's Functional Health Patterns
48.	Groningen Frailty Indicator
49.	Hannover Funktionsfragebogen (FFBH)
50.	Health Assessment Questionnaire (HAQ)
51.	Holmlund Classification System
52.	Incapacity Status Scale (ISS)
53.	Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (Lawton)
54.	INTERMED
55.	Joensuu Classification Model

**Einschlusskriterium E3 – Fortsetzung**

56.	Katz-P-Activities of Daily Living (ADL) Index
57.	Kenny Self Care Evaluation
58.	Klein-Bell Activities of Daily Living (ADL)-Scale
59.	Mayo Portland Adaptability Inventory (MPAI)
60.	Modified Elderly Mobility Scale (MEMS)
61.	Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ)
62.	Modifizierter Activities of Daily Living (ADL) Index (Sheik)
63.	Modifizierter Barthel-Index (Collin)
64.	Modifizierter Barthel-Index (Fortinsky)
65.	Modifizierter Barthel-Index (Shah)
66.	Modifizierter Barthel-Index (Granger)
67.	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES)
68.	Multidimensional Functional Assessment of Older Adults Questionnaire (OM-FAQ)
69.	NCC Questionnaire
70.	Needs and Provision Complexity Scale (NPCS)
71.	Needs Assessment Checklist (NAC)
72.	Northwick Park Nursing Dependency Scale (NPDS)
73.	Norton Scale (Norton's Bed Scores Risk Assessment Scale)
74.	Nottingham Extended Activities of Daily Living (ADL) Scale
75.	Nursing Home Physical Performance Test (NHPPT)
76.	Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)
77.	Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)
78.	Pfeiffer's Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)
79.	Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) [Care Dependency Scale (CDS)]
80.	Physical Selfmaintenance Scale (Lawton)
81.	Rapid Disability Rating Scale
82.	Rating Scale of Ability in Activities of Daily Living (ADL)
83.	Refined Activities of Daily Living (ADL) Scale (Tappen)
84.	Resident Classification Scale (RCS)
85.	Resource Utilization Group T-18 (RUG-T-18)
86.	Scale of Patient's and Care Provider's Agency (SPCPA)
87.	Scaled Outcome Criteria (SOC)
88.	St. Louis Inventory of Community Living Skills (SLICLS)
89.	Stockton Geriatric Rating Scale
90.	Time in Care for Need (TIC-n)
91.	Time in Care for Time (TIC-t)
92.	Time in Care Instrument (TIC)
93.	Tokio Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence – instrumental self-maintenance (TMIG-IC)
94.	Typology of the Aged with Illustrations (TAI)
95.	WHO Disability Assessment Scale II (WHODAS II)

**Einschlusskriterium E4**

1.	Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (SPARC)
----	---

**Einschlusskriterium E5**

1.	Activities of Daily Living (ADL)/Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (Kempen und Suurmeijer)
----	---

### Einschlusskriterium E6

1.	Activities of Daily Living (ADL) (Lorensen)
2.	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR)
3.	Classification Par Type en Millieux de Soins Prolongés (CTMSP)
4.	Dementia Rating Scale (DRS)
5.	Health Care Needs Scale
6.	Rating Scale for Elderly Patients (RSEP)
7.	SAMSPRAK
8.	Swedish National Study on Ageing and Care (SNAC) – Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

### Einschlusskriterium E7

1.	Activities of Daily Living (ADL) Hierarchy (Hirdes)
2.	Activities of Daily Living (ADL) und Instrumental Activities of Daily Living (IADL) durch Cognitive Performance Test (CPT)
3.	Adaptive Functioning of the Dependent Handicapped (ADFH)
4.	Appraisal of Self-Care Agency Scale
5.	Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST)
6.	Assessment Inventory for Disposition and Evaluation of the Home Health Care Setting (AIDE)
7.	Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR)
8.	Assessment of Nursing Activity (ANA)
9.	Belgian Activities of Daily Living (ADL) Evaluation Scale
10.	Berger Scale
11.	BIGGS Elderly Self-Care Assessment Tool (BESCAT)
12.	Branch Functional Assessment
13.	Ciechaniewicz's Inventory of Nurse Caring Actions
14.	Client Generated Index (CGI)
15.	Cognitive Impairment Scale – 4 Items (CIS-4)
16.	Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE)
17.	Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)
18.	Comprehensive Health Care Needs Assessment (CHCNA)
19.	Dependence Nursing Scale (DNS)
20.	Disability Score for the Health and Activity Limitation Survey
21.	Domestic and Community Skills Assessment
22.	Easley Storfjell Patient Classification System
23.	Elder Care Competence Index (ECCI)
24.	Engstrom Classification According Level of Care
25.	Erhebungsinstrument zur Erfassung von Betreuungsbedarf älterer Bürger
26.	Evaluation of Functional Level
27.	External Operational and Information System (EBIS)
28.	Maryland Index
29.	Modified Crichton Royal Behaviour Rating Scale (MCRBRS)
30.	Modified Scales of Independent Behavior-Revised (mSIB-R)
31.	Monitor Patient Dependency Classification System
32.	Multidimensional Functional Assessment (MFA/MFAQ)
33.	Northwick Park (Activities of Daily Living) ADL Assessment
34.	Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)
35.	Nursing Load Score (NLS)
36.	Office of Population Censuses and Surveys (OPCS) Disability Survey Questionnaire
37.	Omaha Problem Classification Scheme
38.	Omaha System
39.	Outcome and Assessment Information Set (OASIS)
40.	Patient Appraisal and Care Evaluation (PACE)
41.	Patient Classification Form

**Einschlusskriterium E7 – Fortsetzung**

42.	Patient Classification System
43.	Patient Classification System for Home Health Nursing
44.	Patient Needs Scale (PNS)
45.	Pavasaris Patient Classification Tool in Home Health Care
46.	Personal Care – Participation and Resource Tool (PC-PART); vorheriger Name: Handicap Assessment and Resource Tool (HART)
47.	Psychogeriatric Rating Scale
48.	Psychogeriatric Symptom Inventory (PGSI)
49.	Resident Classification Instrument (RCI)
50.	Routine Task Inventory (RTI II)
51.	Rush Medicus Nursing Process Methodology
52.	Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R)
53.	Self-Assessment Scale – Geriatric (SASG)
54.	Self-Care Assessment Tool (SCAT)
55.	Social and Health Care Needs Questionnaire (SHCNQ)
56.	Southampton Community Ability Rating Scale
57.	Specific Level of Function Scale (SLOF)
58.	Standard Activities of Living Format
59.	Standard System AB
60.	Uniform Needs Assessment Instrument (UNAI)
61.	Ward function Inventory (WFI)
62.	Wilkinson Scale
63.	Wyke's Assessment of (Service) Need Questionnaire

**Einschlusskriterium E8**

1.	37-Item Test (Drury)
2.	Aged Care Assessment Program (ACAP)
3.	Badley-Independence Handicap Scale
4.	Beakta
5.	Cambridgeshire Assessment Tool (CAT)
6.	Cambridgeshire Assessment Tool (Version 2)
7.	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
8.	Care Need Index (CNI)
9.	Care Scale
10.	Community Health Intensity Rating Scale (CHIRS)
11.	Disability Index (DI)
12.	Easy Care
13.	Easy Care Elderly Assessment System
14.	Eigene Checkliste (kein Name genannt)
15.	Elderly Health Care Needs Assessment Questionnaire (EHCNAQ)
16.	Everyday Competence Scale
17.	Extended Activities of Daily Living (ADL) Scale for the Elderly
18.	Faellessprog
19.	Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment
20.	Frenchay Independence in Activities of Daily Living Scale
21.	Functional Ability (Bond)
22.	Functional Assessment of Care Environments (FACE)
23.	Functional Disability (kein Name genannt)
24.	Functional Level of Performance
25.	Functional Performance Inventory
26.	Health Issues Survey
27.	Health Status Scale/Score

**Einschlusskriterium E8 – Fortsetzung**

28.	Healthcare Needs Charts Abstraction Form (HCNAF)
29.	Home Health Care Classification (HHCC)
30.	Hospital Systems Study Group (HSSG) Patient Classification System
31.	Index of Independence in Activities of Daily Living
32.	Individual Care Needs Data Set (IPLOS)
33.	Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (Sager)
34.	Instrumentarium der Heidelberg Hundertjährigen-Studie
35.	interRAI Community Health Assessment
36.	interRAI Contact Assessment
37.	Joint Unit for Social Services Research Assessment Schedule (JUSSR)
38.	Knowsley Overview Assessment of Need
39.	Lorensen Self-Care Capability Scale (LSCS)
40.	LTCIS Assessment Form
41.	Maryland Assisted Living Functional Assessment (MALFA)
42.	Mean Performance Score (MPS)
43.	Medicus System
44.	Missouri Level of Care (MLC)
45.	Nursing Assessment and Management of the Frail Elderly
46.	Nursing Care Hours needed (NCHN)
47.	Nursing Care Utilization Rate (NCUR)
48.	Nursing Patient Classification System
49.	OT Department Checklist
50.	Oulu Patient Classification (OPC)
51.	Oxford Handicap Scale (OHS)
52.	Patient Assessment Forms
53.	Patient Classification System for Nurses (SCD/E)
54.	Patient Service-Patient Need Classification
55.	Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS)
56.	Personal Activities of Daily Living (PADL) (kein Name genannt)
57.	Personal Care Assessment Instrument
58.	Physical Disability Questionnaire
59.	Physical independence Handicap (PIH)
60.	Popovich Scale
61.	Primary Assessment Form (PAF)
62.	Problemcheckliste (PC)
63.	Psychogeriatric Nursing Assessment Protocol
64.	Rapid Mini Mental State Examination (rMMSE)
65.	Reintegration to Normal Living Index (RNL)
66.	Revised Elderly Persons Disability Scale (REPDS)
67.	Schmidt Perception of Nursing Care Survey (SPNCS)
68.	Schwab and England Activity of Daily Living (ADL)
69.	Screening Tool for Entry to Licensed Residential Centres (Boarding House Screening Tool)
70.	Selbstständigkeitsindex (SI)
71.	Self-Care Ability Scale for the Elderly (SASE)
72.	Self-Care Agency ASA Scale
73.	Self-Reported Performance in Activities of Daily Living (kein Name genannt)
74.	Sickness Impact Profile for Nursing Homes (SIP-NH)
75.	Tower Hamlets Single Assessment Process (SAP)
76.	UK's NSF for Older People (NSF) for England and Wales
77.	Wilson Functional Outcome Assessment Tool

Die systematische Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren, *Health Technology Assessment* (HTA), ist mittlerweile integrierter Bestandteil der Gesundheitspolitik. HTA hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten, die Aussagen machen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dabei fallen unter den Begriff Technologie sowohl Medikamente als auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben dabei Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.