



**Bernd Reuschenbach**  
**Cornelia Mahler**  
(Hrsg.)

# Pflegebezogene Assessment- instrumente

Internationales Handbuch  
für Pflegeforschung und -praxis

2., unveränderte Auflage

 **hogrefe**

# Pflegebezogene Assessmentinstrumente

# Pflegebezogene Assessmentinstrumente

Bernd Reuschenbach, Cornelia Mahler (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

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

**Bernd Reuschenbach**  
**Cornelia Mahler**  
(Hrsg.)

# Pflegebezogene Assessmentinstrumente

Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis

2., unveränderte Auflage

unter Mitarbeit von

Elke Ahlsdorf  
Pia Andersson  
Katrin Balzer  
Sabine Bartholomeyczik  
Sara Bickelhaupt  
Iren Bischofberger  
Claudia Bohls  
Tracy Brazg  
Andreas Büscher  
Jan Foubert  
Elfriede Fritz  
Margareta Halek  
Christine Hedges  
Sascha Köpke  
David Kriz  
Elisabeth Krupp  
Gaye Kyle

Cornelia Mahler  
Mona L. Martin  
Elke Mertens  
Gabriele Meyer  
Rüdiger Nübling  
Ingalil Rahm Hallberg  
Nancy S. Redeker  
Bernd Reuschenbach  
Berit Rokne  
Detlef Rüsing  
Jeanne S. Ruggiero  
Jürgen Schmidt  
Maria Magdalena Schreier  
Johannes Schröder  
Ricarda Steinmayr  
Elke Steudter  
Astrid Klopstad Wahl  
Klaus Wingenfeld



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

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

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

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

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

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Pflege  
z. Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

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

2., unveränderte Auflage 2020  
© 2020 Hogrefe Verlag, Bern  
© 2011 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96062-3)  
ISBN 978-3-456-86062-6  
<http://doi.org/10.1024/86062-000>

**Nutzungsbedingungen:**

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

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

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

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

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

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

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

**Anmerkung:**

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

# Inhaltsübersicht

<b>Vorwort</b> .....	21	<b>13. Assessment der chemotherapiebedingten Übelkeit</b>	
<b>Einleitung</b> .....	23	<i>Elisabeth Krupp, Sara Bickelhaupt, Elfriede Fritz und Bernd Reuschenbach</i> .....	237
<b>1. Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments</b>		<b>14. Oral health and oral health assessment</b>	
<i>Bernd Reuschenbach</i> .....	27	<i>Ingallil Rahm Hallberg and Pia Andersson</i> ....	253
<b>2. Relevanz von Pflegeassessment-instrumenten</b>		<b>15. Assessing quality of life in patients with urinary incontinence</b>	
<i>Bernd Reuschenbach</i> .....	47	<i>Mona L. Martin and Tracy Brazg</i> .....	271
<b>3. Gütekriterien</b>		<b>16. Dekubitusrisiko-Assessment</b>	
<i>Bernd Reuschenbach</i> .....	57	<i>Katrin Balzer und Elke Mertens</i> .....	291
<b>4. Entwicklung und Publikation von Assessmentinstrumenten</b>		<b>17. Thromboserisiko-Assessment</b>	
<i>Bernd Reuschenbach</i> .....	81	<i>Gabriele Meyer und Sascha Köpke</i> .....	327
<b>5. Empfehlungen zum praktischen Einsatz</b>		<b>18. Assessment and risk assessment tools for constipation</b>	
<i>Bernd Reuschenbach</i> .....	95	<i>Gaye Kyle</i> .....	339
<b>6. Richtlinien zur Übersetzung von Assessmentinstrumenten</b>		<b>19. Kognitiver Status bei Demenz</b>	
<i>Cornelia Mahler und Bernd Reuschenbach</i> ....	101	<i>Elke Ahlsdorf und Johannes Schröder</i> .....	349
<b>7. Sleep-Assessment</b>		<b>20. Verhaltenserfassung bei Demenz</b>	
<i>Christine Hedges, Jeanne S. Ruggiero and Nancy S. Redeker</i> .....	111	<i>Margareta Halek und Detlef Rüsing</i> .....	371
<b>8. Fatigue-Assessment</b>		<b>21. Quality of life assessment in health sciences</b>	
<i>Jan Foubert</i> .....	127	<i>Berit Rokne and Astrid Klopstad Wahl</i> .....	401
<b>9. Mobilitätsassessment</b>		<b>22. Schmerzerfassung – Instrumente und ihr Nutzen für die Pflege</b>	
<i>Claudia Bohls</i> .....	145	<i>Elke Steudter und Iren Bischofberger</i> .....	417
<b>10. Sturzrisikoassessment</b>		<b>23. Erfassung von Angst im Krankenhaus</b>	
<i>Sascha Köpke und Gabriele Meyer</i> .....	169	<i>Ricarda Steinmayr und Bernd Reuschenbach</i> ..	441
<b>11. Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit</b>		<b>24. Patienten-, Bewohner- und Angehörigen-zufriedenheit</b>	
<i>Klaus Wingenfeld und Andreas Büscher</i> .....	191	<i>Jürgen Schmidt, David Kriz und Rüdiger Nübling</i>	459
<b>12. Instrumente zur Erfassung und Dokumentation der Ernährungssituation</b>		<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	483
<i>Sabine Bartholomeyczik und Maria Magdalena Schreier</i> .....	209	<b>Autorenverzeichnis</b> .....	493
		<b>Anhang – Übersetzung der englischen Kapitel</b>	501
		<b>Sachwortverzeichnis</b> .....	623





# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	21
<b>Einleitung</b> .....	23
<b>1. Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments</b> .....	27
<i>Bernd Reuschenbach</i>	
1.1 Vorbemerkung .....	27
1.2 Assessment .....	27
1.3 Pflegeassessment .....	28
1.4 Abgrenzung zu verwandten Begriffen .....	31
1.4.1 Diagnostik und Pflegediagnosen .....	31
1.4.2 Pflegeklassifikationen .....	32
1.4.3 Tests .....	32
1.4.4 Messen .....	32
1.4.5 «Clinical judgement» und «clinical reasoning» .....	33
1.4.6 Screening .....	34
1.5 Systematik von Pflegeassessmentinstrumenten und deren Einsatz .....	34
1.5.1 Instrumentenbezogene Einteilungen .....	35
1.5.1.1 Rolle im Pflegeprozess .....	35
1.5.1.2 Spezifische vs. generische Assessmentverfahren .....	35
1.5.1.3 Einfache vs. komplexe Assessmentverfahren .....	36
1.5.1.4 Ein- vs. mehrdimensionale Assessmentverfahren .....	36
1.5.1.5 Single-Item- vs. Multiple-Item-Assessmentverfahren .....	36
1.5.1.6 Risiko- vs. Nicht-Risikoassessment .....	36
1.5.1.7 Standardisierte vs. nichtstandardisierte Assessmentverfahren .....	37
1.5.1.8 Norm- vs. kriteriumsorientierte Verfahren .....	37
1.5.1.9 Validierte vs. nichtvalidierte Assessmentverfahren .....	37
1.5.1.10 Skalenniveau der Assessmentinstrumente .....	38
1.5.2 Anwendungsvarianten von Assessmentverfahren .....	38
1.5.2.1 Paper-Pencil-Assessments vs. elektronische Assessments .....	38
1.5.2.2 Automatisierte vs. nichtautomatisierte Erfassung .....	39
1.5.2.3 Fremd- vs. Selbstassessment .....	39
1.5.2.4 Unmittelbares vs. verzögertes Assessment .....	40
1.5.2.5 Status- vs. Prozessdiagnostik .....	40
1.6 Exkurs – «Ecological momentary assessment» (EMA) .....	41
1.6.1 Definition .....	41
1.6.2 Planung der Erhebungszeitpunkte .....	41
1.6.3 Vorteile dieser Messstrategie .....	42
1.6.4 Anwendung in der Praxis .....	42
1.6.5 Einsatz in der Pflegewissenschaft .....	42
1.6.6 Problemfelder beim EMA .....	43
1.7 Zusammenfassung .....	43
1.8 Literaturverzeichnis .....	44

<b>2. Relevanz von Pflegeassessmentinstrumenten</b> .....	47
<i>Bernd Reuschenbach</i>	
2.1 Vorbemerkung .....	47
2.2 Verbreitung von Assessmentverfahren in der Pflege .....	47
2.3 Gründe für den Einsatz von Assessmentinstrumenten .....	49
2.4 Assessmentinstrumente in der Qualitätssicherung .....	50
2.5 Rolle von Assessmentinstrumenten im Pflegeprozess .....	51
2.5.1 Bedeutung verschiedener Einschätzungsvarianten .....	52
2.5.2 Einfluss des Assessments auf Pflegehandlungen .....	54
2.6 Zusammenfassung .....	54
2.7 Literaturverzeichnis .....	55
<b>3. Gütekriterien</b> .....	57
<i>Bernd Reuschenbach</i>	
3.1 Vorbemerkung .....	57
3.2 Instrumentenbezogene Gütekriterien .....	58
3.2.1 Klassische Testtheorie (KTT) .....	58
3.2.2 Objektivität .....	59
3.2.3 Reliabilität .....	60
3.2.4 Validität .....	64
3.2.4.1 Inhaltsvalidität .....	64
3.2.4.2 Konstruktvalidität .....	64
3.2.4.3 Kriteriumsvalidität .....	65
3.2.4.4 Augenscheinvalidität .....	69
3.2.5 Übertragbarkeit .....	69
3.2.6 Probabilistische Testtheorie .....	70
3.2.6.1 Das Rasch-Modell .....	70
3.2.6.2 Vorteile der probabilistischen Testtheorie .....	71
3.2.6.3 Nachteile der probabilistischen Testtheorie .....	72
3.3 Anwendungsbezogene Gütekriterien .....	72
3.3.1 Relevanz .....	72
3.3.2 Klinische Wirksamkeit .....	73
3.3.3 Handhabbarkeit, Praktikabilität .....	74
3.3.4 Akzeptanz .....	74
3.3.5 Ökonometrische Bewertung .....	75
3.4 Effektstärkenrelevanz .....	77
3.5 Zusammenfassung .....	77
3.6 Literaturverzeichnis .....	78
<b>4. Entwicklung und Publikation von Assessmentinstrumenten</b> .....	81
<i>Bernd Reuschenbach</i>	
4.1 Vorbemerkung .....	81
4.2 Relevanz für die Entwicklung von Assessmentinstrumenten .....	81
4.3 Instrumentenkonstruktion .....	82
4.4 Validierungsstudien und Prüfung der Generalisierbarkeit .....	83
4.5 Forschungsethische Überlegungen .....	83
4.6 Publikation .....	84
4.6.1 Vermarktung des Produktes .....	85
4.6.2 Beschränkung der Anwendung – Testschutz .....	85
4.7 Auswahl von Assessmentmethoden im Forschungskontext .....	85
4.8 Richtlinien für die Forschung und Publikation .....	86
4.8.1 STARD .....	86
4.8.2 GRADE .....	86

4.8.3	QUADAS .....	89
4.8.4	TBS-TK .....	90
4.9	Forschungsdesiderate .....	90
4.10	Zusammenfassung .....	91
4.11	Literaturverzeichnis .....	92
<b>5.</b>	<b>Empfehlungen zum praktischen Einsatz</b> .....	<b>95</b>
	<i>Bernd Reuschenbach</i>	
5.1	Vorbemerkung .....	95
5.2	Entscheidung für den Einsatz eines Assessmentinstruments .....	95
5.3	Auswahl eines Assessmentverfahrens .....	96
5.4	Implementierung und Einsatz der Instrumente .....	98
5.5	Evaluation .....	99
5.6	Zusammenfassung .....	99
5.7	Literaturverzeichnis .....	99
<b>6.</b>	<b>Richtlinien zur Übersetzung von Assessmentinstrumenten</b> .....	<b>101</b>
	<i>Cornelia Mahler und Bernd Reuschenbach</i>	
6.1	Einleitung .....	101
6.2	Gründe für die Übersetzung eines Fragebogens .....	101
6.3	Auswahl geeigneter Instrumente .....	101
6.4	Konzeptuelle und kulturelle Anpassung .....	102
6.5	Schwierigkeiten und Problemfelder bei der Übersetzung .....	102
6.6	Richtlinien und Vorgehensweisen der Übersetzung .....	103
6.7	Schlussfolgerungen .....	108
6.8	Literaturverzeichnis .....	108
<b>7.</b>	<b>Sleep-Assessment</b> .....	<b>111</b>
	<i>Christine Hedges, Jeanne S. Ruggiero and Nancy S. Redeker</i>	
7.1	Introduction .....	111
7.2	Choice of sleep measurement .....	111
7.3	Sleep measurement .....	112
7.3.1	Objective measures of sleep .....	112
7.3.1.1	Polysomnography .....	112
7.3.1.2	Multiple Sleep Latency Test .....	112
7.3.1.3	Actigraphy .....	113
7.3.2	Measuring sleepiness .....	113
7.3.2.1	Epworth Sleepiness Scale .....	113
7.3.2.2	Stanford Sleepiness Scale .....	114
7.3.2.3	Karolinska Sleepiness Scale .....	114
7.3.2.4	Sleep-Wake Activity Inventory .....	114
7.3.2.5	Resistance to Sleepiness Scale .....	115
7.3.3	Measuring sleep quality .....	115
7.3.3.1	Pittsburgh Sleep Quality Index .....	115
7.3.3.2	Verran Snyder-Halpern Sleep Scale .....	115
7.3.3.3	St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire .....	116
7.3.3.4	Richards-Campbell Sleep Questionnaire .....	116
7.3.3.5	Sleep Quality Scale .....	116
7.3.3.6	Karolinska Sleep Questionnaire .....	116
7.3.3.7	Leeds Sleep Evaluation Questionnaire .....	117
7.3.3.8	Sleep Behaviors Scale 60+ .....	117
7.3.4	Measuring daily sleep habits .....	117
7.3.4.1	The Sleep Timing Questionnaire .....	118
7.3.4.2	Standard Shiftwork Index Sleep Questionnaire .....	118
7.3.4.3	The Sleep Disturbance Questionnaire .....	118

7.3.5	Screening for sleep disorders .....	119
7.3.5.1	The Sleep Disorders Questionnaire .....	119
7.3.5.2	Basic Nordic Sleep Questionnaire .....	119
7.3.5.3	The Sleep Impairment Index .....	119
7.3.5.4	Berlin Questionnaire .....	120
7.3.6	Sleep scales used in outcomes research .....	120
7.3.6.1	Medical Outcomes Study Sleep Scale .....	120
7.3.6.2	Functional Outcomes of Sleep Questionnaire .....	121
7.3.7	Knowledge and attitudes towards sleep .....	121
7.3.7.1	Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep Scale .....	121
7.4	Summary .....	121
7.5	References .....	124
<b>8.</b>	<b>Fatigue-Assessment</b> .....	<b>127</b>
	<i>Jan Foubert</i>	
8.1	Introduction .....	127
8.2	Describing and defining fatigue .....	127
8.3	Diagnosis of fatigue .....	128
8.4	Factors affecting fatigue .....	129
8.5	Screening for potential risk factors .....	129
8.6	Assessment of fatigue .....	129
8.7	Choice of assessment tool .....	130
8.8	Problems in assessment of fatigue .....	131
8.9	Commonly used fatigue tools .....	131
8.9.1	Profile of Mood States .....	131
8.9.2	Fatigue Assessment Scale .....	138
8.9.3	Multidimensional Assessment of Fatigue .....	138
8.9.4	Multidimensional Fatigue Inventory .....	138
8.9.5	Fatigue Symptom Inventory .....	138
8.9.6	The Brief Fatigue Inventory .....	139
8.9.7	The Piper Fatigue Scale .....	139
8.9.8	Piper Fatigue Scale Revised (PFS Revised) .....	139
8.9.9	Functional Assessment of Cancer Therapy – Fatigue and the Fatigue Subscale .....	139
8.10	The National Comprehensive Cancer Network Fatigue Practice Guidelines .....	139
8.11	Assessing fatigue in everyday practice .....	140
8.12	Nursing interventions to help alleviate fatigue .....	140
8.13	Conclusion .....	142
8.14	References .....	142
<b>9.</b>	<b>Mobilitätsassessment</b> .....	<b>145</b>
	<i>Claudia Bohls</i>	
9.1	Zur Relevanz von Mobilität und Bewegung für die Pflege .....	145
9.2	Geschichte und Entwicklung motorischer Assessments .....	146
9.3	Vorstellung einer Auswahl an Mobilitätsassessments .....	147
9.3.1	Zehn-Meter-Gehtest .....	148
9.3.2	Sechs-Minuten-Gehtest .....	149
9.3.3	Rivermead Visual Gait Assessment .....	150
9.3.4	Functional Ambulation Categories .....	150
9.3.5	Dynamic Gait Index .....	151
9.3.6	Rivermead Mobility Index .....	152
9.3.7	Motor Assessment Scale .....	153
9.3.8	Back Performance Scale .....	154
9.3.9	Iowa Level of Assistance Scale .....	155
9.3.10	Barthel-Index und Functional Independence Measure .....	156
9.3.11	Timed Up and Go Test .....	156

9.4	Darstellung eines Gleichgewichtstests: Berg Balance Scale mit Testmanual .....	156
9.4.1	Testentwicklung .....	157
9.4.2	Testgütekriterien der BBS .....	157
9.4.3	Anwendungsfelder der BBS .....	157
9.4.4	Testdurchführung, praktische Empfehlungen und Testmanual .....	158
9.5	Zusammenfassung und Empfehlungen .....	159
9.6	Literaturverzeichnis .....	165
<b>10.</b>	<b>Sturzrisikoassessment</b> .....	<b>169</b>
	<i>Sascha Köpke und Gabriele Meyer</i>	
10.1	Hintergrund .....	169
10.1.1	Stürze .....	169
10.1.2	Sturzbedingte Verletzungen .....	169
10.1.3	Sturzrisikofaktoren .....	169
10.1.4	Interventionen zur Sturz- und Frakturprävention .....	170
10.2	Assessment des Sturzrisikos .....	170
10.2.1	Intention des Assessments .....	170
10.2.2	Anforderungen an Assessmentinstrumente .....	171
10.2.3	Problematik der Validierung von Assessmentinstrumenten .....	171
10.2.4	Pflegerisches Sturzassessment .....	172
10.3	Ziel .....	172
10.4	Methoden .....	172
10.4.1	Literaturrecherche .....	172
10.4.2	Ein- und Ausschlusskriterien .....	172
10.4.2.1	Übersichtsarbeiten .....	172
10.4.2.2	Validierungsstudien .....	172
10.4.3	Vorgehen .....	172
10.4.4	Bewertungskriterien .....	173
10.4.4.1	Übersichtsarbeiten .....	173
10.4.4.2	Validierungsstudien .....	173
10.5	Ergebnisse .....	174
10.5.1	Systematische Übersichtsarbeiten .....	174
10.5.2	Eigene Analyse .....	177
10.5.2.1	Glaubwürdigkeit .....	177
10.5.2.2	Genauigkeit .....	178
10.5.2.3	Übertragbarkeit .....	181
10.5.2.4	Fazit .....	184
10.6	Überprüfung des Nutzens in einer RCT .....	184
10.6.1	Pflegerische Einschätzung .....	184
10.6.2	Randomisiert-kontrollierte Studie zur Evaluation des Nutzens des Downton-Index .....	184
10.6.2.1	Vorgehen .....	185
10.6.2.2	Ergebnisse .....	186
10.6.2.3	Fazit .....	186
10.7	Diskussion .....	186
10.8	Schlussfolgerungen .....	187
10.9	Zusammenfassung .....	187
10.10	Literaturverzeichnis .....	188
<b>11.</b>	<b>Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit</b> .....	<b>191</b>
	<i>Klaus Wingenfeld und Andreas Büscher</i>	
11.1	Einleitung .....	191
11.2	Das Konstrukt «Pflegebedürftigkeit» .....	191
11.3	Assessmentinstrumente .....	195
11.3.1	Functional Assessment of the Care Environment for Older People .....	195
11.3.2	Resident Assessment Instrument .....	197

11.3.3	Camberwell Assessment of Need for the Elderly .....	199
11.3.4	Neues Begutachtungsassessment .....	201
11.3.5	Andere Instrumente .....	203
11.4	Fazit .....	204
11.5	Literaturverzeichnis .....	205
<b>12.</b>	<b>Instrumente zur Erfassung und Dokumentation der Ernährungssituation</b> .....	<b>209</b>
	<i>Sabine Bartholomeyczik und Maria Magdalena Schreier</i>	
12.1	Einleitung und Definition von Grundbegriffen .....	209
12.2	Zur Bedeutung von Mangelernährung .....	210
12.3	Allgemeine Anmerkungen zur Erfassung der Ernährungssituation .....	211
12.3.1	Strukturelle und inhaltliche Überlegungen .....	211
12.3.2	Begriffliche Verwendung von Screening und Assessment .....	212
12.4	Veröffentlichte Erfassungsinstrumente .....	213
12.4.1	Inhalte einer Auswahl von Erfassungsinstrumenten .....	213
12.4.1.1	Instrumente zur Erfassung eines Risikos für Mangelernährung .....	214
12.4.1.2	Differenzierte Einschätzung bei erkanntem Risiko der Mangelernährung .....	214
12.4.1.3	Instrumente zur Erfassung des Appetits .....	223
12.4.1.4	Instrumente zur Erfassung des Essverhaltens von Menschen mit Demenz .....	223
12.4.2	Überblick über einige vergleichbare Aspekte .....	223
12.4.2.1	Allgemeine Anmerkungen zu den Inhalten .....	223
12.4.2.2	Nützlichkeit der Inhalte für die Pflegeprozessgestaltung .....	227
12.4.2.3	Qualität getesteter Gütekriterien .....	227
12.5	Forderungen für die Entwicklung pflegegeeigneter Instrumente .....	227
12.6	Für Mangelernährung Gefährdete aufspüren: Screening .....	228
12.6.1	Anthropometrische Methoden .....	229
12.6.2	Ess-Trink-Protokoll .....	230
12.6.3	Ernährungssituation und aktuelle Lebensumstände .....	230
12.6.4	Ernährungsrelevanten Problembereichen auf den Grund gehen .....	231
12.7	Abschließende Bemerkungen .....	232
12.8	Literaturverzeichnis .....	233
<b>13.</b>	<b>Assessment der chemotherapiebedingten Übelkeit</b> .....	<b>237</b>
	<i>Elisabeth Krupp, Sara Bickelhaupt, Elfriede Fritz und Bernd Reuschenbach</i>	
13.1	Einleitung .....	237
13.2	Epidemiologische Daten .....	237
13.3	Definitionen .....	238
13.4	Management von Übelkeit und Erbrechen .....	239
13.4.1	Pharmakologische Therapien .....	240
13.4.2	Pflegerische Interventionen .....	240
13.5	Relevanz des Übelkeitsassessments .....	241
13.6	Messmethoden .....	242
13.6.1	Klassifikation von Instrumenten .....	242
13.6.2	Nichtstandardisierte Verfahren .....	242
13.6.3	Standardisierte Verfahren .....	243
13.6.3.1	Duke Descriptive Scale .....	243
13.6.3.2	Visuelle Analogskala .....	243
13.6.3.3	Morrow Assessment of Nausea and Emesis .....	244
13.6.3.4	Functional Living Index Emesis .....	244
13.6.3.5	Assessment zur Pflegebedarfseinschätzung für Anorexie/Nausea/Emesis .....	244
13.6.3.6	MASCC Antiemesis Tool .....	245
13.6.3.7	European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire .....	245
13.6.3.8	Index of Nausea, Vomiting and Retching .....	245

13.7	Zusammenfassende Implikationen für Forschung und Praxis .....	247
13.8	Literaturverzeichnis .....	248
<b>14.</b>	<b>Oral health and oral health assessment</b> .....	<b>253</b>
	<i>Ingalill Rahm Hallberg and Pia Andersson</i>	
14.1	Introduction .....	253
14.2	The oral area .....	254
14.3	Purposes of systematic assessment .....	254
14.3.1	Oral health in the elderly .....	254
14.3.2	Oral health and cancer .....	255
14.3.3	Oral Health and systemic diseases .....	255
14.3.4	Oral health and functional problems .....	255
14.3.5	Oral health and medication .....	255
14.3.6	Oral health and intensive care .....	256
14.4	How to choose an assessment tool .....	256
14.4.1	Oral assessment from a physical perspective .....	256
14.4.2	Oral assessment from a functional perspective .....	258
14.4.3	Assessing oral self care .....	258
14.4.4	Assessing oral health related quality of life .....	258
14.4.5	Assessing the quality of the measure .....	259
14.5	Assessment tools .....	259
14.5.1	The oral assessment guide .....	260
14.5.2	The brief oral health status examination .....	262
14.5.3	The oral health assessment tool .....	262
14.5.4	Comparison between the three measures .....	265
14.5.5	Oral self care assessment .....	265
14.5.6	Oral health related quality of life assessment .....	266
14.7	Summary and conclusions .....	267
14.8	References .....	267
<b>15.</b>	<b>Assessing quality of life in patients with urinary incontinence</b> .....	<b>271</b>
	<i>Mona L. Martin and Tracy Brazg</i>	
15.1	Introduction .....	271
15.2	Types of urinary incontinence .....	271
15.3	Urinary incontinence and related impacts on quality of life .....	272
15.3.1	Stress urinary incontinence .....	272
15.3.2	Urge urinary incontinence .....	272
15.3.3	Mixed urinary incontinence .....	273
15.3.4	Overactive bladder syndrome .....	273
15.3.5	Urinary incontinence and men .....	273
15.3.6	Fecal incontinence .....	273
15.4	Measuring HRQoL in patients with incontinence .....	274
15.4.1	Steps in identifying the best instrument .....	275
15.4.2	Instruments to consider for use for assessing quality of life in patients with incontinence ..	279
15.4.2.1	Kings Health Questionnaire .....	279
15.4.2.2	Incontinence Impact Questionnaire and Urogenital Distress Inventory .....	279
15.4.2.3	The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire .....	279
15.4.2.4	Quality of Life Questionnaire in Urinary Incontinence .....	280
15.4.2.5	Incontinence Quality of Life Instrument .....	280
15.4.2.6	The Overactive Bladder Questionnaire .....	286
15.4.2.7	Male Urogenital Distress Inventory and Male Urinary Symptom Impact Questionnaire .....	286
15.4.2.8	Fecal Incontinence Quality of Life Scale .....	287
15.4.3	Summary .....	287
15.5	References .....	287



<b>16. Dekubitusrisiko-Assessment</b> .....	291
<i>Katrin Balzer und Elke Mertens</i>	
16.1 Einleitung .....	291
16.2 Standardisierte Risikoeinschätzung mit Skalen .....	292
16.2.1 Definition und Ziele von Dekubitusrisikoskalen .....	292
16.2.2 Was wird mit Dekubitusrisikoskalen erfasst? .....	295
16.3 Kriterien der Bewertung und Anwendung von Dekubitusrisikoskalen .....	295
16.3.1 Reliabilität und Validität .....	296
16.3.2 Anwendbarkeit .....	296
16.3.3 Effektivität und Effizienz .....	296
16.4 Dekubitusrisikoskalen im Vergleich .....	297
16.4.1 Norton-Skala .....	297
16.4.1.1 Reliabilität und Validität .....	299
16.4.1.2 Anwendbarkeit .....	300
16.4.1.3 Klinische und ökonomische Auswirkungen .....	300
16.4.1.4 Kritische Würdigung .....	301
16.4.2 Waterlow-Skala .....	302
16.4.2.1 Reliabilität und Validität .....	303
16.4.2.2 Anwendbarkeit .....	304
16.4.2.3 Klinische und ökonomische Auswirkungen .....	304
16.4.2.4 Kritische Würdigung .....	304
16.4.3 Braden-Skala .....	305
16.4.3.1 Reliabilität und Validität .....	306
16.4.3.2 Anwendbarkeit .....	307
16.4.3.3 Klinische und ökonomische Auswirkungen .....	310
16.4.3.4 Kritische Würdigung .....	310
16.5 Bereichsspezifische Erfassung des Dekubitusrisikos .....	310
16.5.1 Risikoeinschätzung bei Kindern .....	311
16.5.2 Risikoeinschätzung in der Intensivpflege .....	311
16.6 Diskussion des Forschungsstandes .....	317
16.7 Schlussfolgerungen für die Praxis .....	318
16.7.1 Welche Skala? .....	318
16.7.2 Was ist der beste Schwellenwert? .....	319
16.7.3 Welche Alternativen zu den Risikoskalen gibt es? .....	320
16.8 Aufgaben der Forschung .....	321
16.9 Zusammenfassung .....	322
16.10 Literaturverzeichnis .....	322
<b>17. Thromboserisiko-Assessment</b> .....	327
<i>Gabriele Meyer und Sascha Köpke</i>	
17.1 Relevanz des Thromboserisiko-Assessments .....	327
17.2 Intention des Thromboserisiko-Assessments .....	328
17.3 Verfügbare Instrumente .....	328
17.4 Ergebnisse .....	329
17.4.1 Identifizierte Studien .....	329
17.4.2 Die «Autar DVT risk assessment scale» .....	333
17.5 Fazit .....	337
17.6 Zusammenfassung .....	337
17.7 Literaturverzeichnis .....	338
<b>18. Assessment and risk assessment tools for constipation</b> .....	339
<i>Gaye Kyle</i>	
18.1 Introduction .....	339
18.1.1 Slow colonic transit constipation .....	339
18.1.2 Evacuation difficulties (obstructive defaecation) .....	339



18.2	Definition of constipation .....	339
18.3	Assessment of constipation .....	340
18.3.1	Physical assessment .....	340
18.3.2	Functional assessment .....	342
18.4	Risk factors contributing to constipation .....	342
18.4.1	Risk assessment tools .....	343
18.4.2	Validity .....	344
18.5	Conclusion .....	344
18.6	References .....	347
<b>19.</b>	<b>Kognitiver Status bei Demenz</b> .....	<b>349</b>
	<i>Elke Ahlisdorf und Johannes Schröder</i>	
19.1	Einleitung .....	349
19.2	Diagnostik kognitiver Defizite .....	350
19.3	Allgemeine Anmerkungen zu Testverfahren .....	351
19.4	Testverfahren .....	352
19.4.1	Mini-Mental State Examination .....	352
19.4.1.1	Entwicklung .....	352
19.4.1.2	Aufbau und Anwendung .....	353
19.4.1.3	Gütekriterien .....	353
19.4.1.4	Kritische Würdigung .....	354
19.4.2	Global Deterioration Scale .....	355
19.4.2.1	Entwicklung .....	355
19.4.2.2	Aufbau und Anwendung .....	355
19.4.2.3	Gütekriterien .....	356
19.4.2.4	Kritische Würdigung .....	356
19.4.3	Clinical Dementia Rating .....	356
19.4.3.1	Entwicklung .....	356
19.4.3.2	Aufbau und Anwendung .....	357
19.4.3.3	Gütekriterien .....	357
19.4.3.4	Kritische Würdigung .....	358
19.4.4	Alzheimer's Disease Assessment Scale .....	358
19.4.4.1	Entwicklung .....	358
19.4.4.2	Aufbau und Anwendung .....	359
19.4.4.3	Gütekriterien .....	359
19.4.4.4	Kritische Würdigung .....	360
19.4.5	CERAD-NP-Testbatterie .....	361
19.4.5.1	Entwicklung .....	361
19.4.5.2	Aufbau und Anwendung .....	361
19.4.5.3	Gütekriterien .....	361
19.4.5.4	Kritische Würdigung .....	362
19.4.6	Weitere Verfahren .....	363
19.4.6.1	Uhrentest .....	364
19.4.6.2	Bielefelder Autobiographisches Gedächtnisinventar .....	364
19.5	Zusammenfassung .....	365
19.6	Literaturverzeichnis .....	367
<b>20.</b>	<b>Verhaltens erfassung bei Demenz</b> .....	<b>371</b>
	<i>Margareta Halek und Detlef Rüsing</i>	
20.1	Einleitung .....	371
20.2	Assessment .....	372
20.2.1	Erfassung des Verhaltens .....	372
20.2.2	Erfassung der Gründe des Verhaltens .....	373
20.3	Vorstellung der Instrumente .....	374
20.3.1	Cohen Mansfield Agitation Inventory .....	374

20.3.1.1	Entstehung, Aufbau und Anwendung	374
20.3.1.2	Gütekriterien	375
20.3.1.3	Kritische Würdigung	375
20.3.2	NOSGER	376
20.3.2.1	Entstehung	376
20.3.2.2	Ziel und Inhalt	376
20.3.2.3	Anwendung	376
20.3.2.4	Aufbau	376
20.3.2.5	Auswertung	376
20.3.2.6	Gütekriterien	377
20.3.2.7	Kritische Würdigung	378
20.3.3	BEHAVE-AD	379
20.3.3.1	Entstehung	379
20.3.3.2	Ziel und Inhalt	379
20.3.3.3	Anwendung	379
20.3.3.4	Aufbau	379
20.3.3.5	Auswertung	380
20.3.3.6	Gütekriterien	380
20.3.3.7	Modifikationen und weitere Formen	380
20.3.3.8	Kritische Würdigung	380
20.3.4	Neuropsychiatrisches Inventar	381
20.3.4.1	Entstehung	381
20.3.4.2	Ziel und Inhalt	381
20.3.4.3	Anwendung	381
20.3.4.4	Aufbau	381
20.3.4.5	Auswertung	382
20.3.4.6	Gütekriterien	382
20.3.4.7	Modifikationen und weitere Formen	382
20.3.4.8	Kritische Würdigung	383
20.3.5	Challenging Behaviour Scale	383
20.3.5.1	Entstehung, Aufbau und Anwendung	383
20.3.5.2	Gütekriterien	385
20.3.5.3	Kritische Würdigung	385
20.3.6	Dementia Care Mapping	386
20.3.6.1	Entstehung, Aufbau und Anwendung	386
20.3.6.2	Hintergrund	386
20.3.6.3	Instrument und Methode	386
20.3.6.4	Zielpopulation und Einsatzgebiete	387
20.3.6.5	Dimensionen und Items	387
20.3.6.6	Art der Datenerfassung	389
20.3.6.7	Auswertung	389
20.3.6.8	Training	389
20.3.6.9	Gütekriterien	389
20.3.6.10	Weiterentwicklungen	390
20.3.6.11	Kritische Würdigung	390
20.4	Schlussfolgerungen und Zusammenfassung	391
20.5	Literaturverzeichnis	397
<b>21.</b>	<b>Quality of life assessment in health sciences</b>	<b>401</b>
	<i>Berit Rokne, Astrid K. Wahl</i>	
21.1	Introduction	401
21.2	A short historical review	401
21.3	Why has quality of life research become so extensive in the clinical context?	401
21.4	Quality of life as a concept	402
21.4.1	Examples of theoretical perspectives on quality of life in the medical and health context	403
21.4.2	Attempt to clarify concepts	404

21.5	How to measure quality of life? .....	404
21.6	Advantages and disadvantages of different types of questionnaires .....	406
21.7	Examples of questionnaires in the various categories .....	406
21.7.1	Globally-focused quality of life questionnaires .....	407
21.7.1.1	World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL 100/WHOQOL-BREF) .....	407
21.7.1.2	Quality of Life Scale .....	407
21.7.1.3	Ferrans & Power's Quality of Life Index .....	408
21.7.2	Health-focused quality of life instruments .....	408
21.7.2.1	Sickness Impact Profile .....	408
21.7.2.2	Nottingham Health Profile .....	409
21.7.2.3	Short Form-36 .....	409
21.7.3	Disease/symptom-focused quality of life .....	410
21.7.3.1	Audit of Diabetes Dependent Quality of Life .....	410
21.7.3.2	Dermatological Life Quality Index .....	410
21.7.4	What is clinical significance? .....	411
21.8	What steers our choice of questionnaire? .....	412
21.9	What is the utility of quality of life research? .....	413
21.10	Conclusion .....	414
21.11	References .....	414
<b>22.</b>	<b>Schmerzerfassung – Instrumente und ihr Nutzen für die Pflege</b> .....	<b>417</b>
	<i>Elke Steudter und Iren Bischofberger</i>	
22.1	Einleitung .....	417
22.2	Geschichtlicher Hintergrund .....	417
22.3	Schmerzerfassung und klinische Relevanz .....	417
22.4	Schmerzdimensionen und -merkmale .....	418
22.5	Ausgewählte Assessmentverfahren zur Schmerzerfassung .....	419
22.6	Ausgewählte Assessmentinstrumente im Überblick .....	420
22.6.1	Eindimensionale Analogskalen .....	420
22.6.1.1	Beschreibung .....	420
22.6.1.2	Gütekriterien .....	422
22.6.1.3	Anwendung .....	423
22.6.1.4	Kritische Würdigung .....	424
22.6.2	Schmerzempfindungsskala .....	424
22.6.2.1	Beschreibung .....	424
22.6.2.2	Gütekriterien .....	425
22.6.2.3	Anwendung .....	425
22.6.2.4	Kritische Würdigung .....	425
22.6.3	Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung .....	426
22.6.3.1	Beschreibung .....	426
22.6.3.2	Gütekriterien .....	426
22.6.3.3	Anwendung .....	426
22.6.3.4	Kritische Würdigung .....	426
22.6.4	Tübinger Bogen zur Erfassung des Schmerzverhaltens .....	427
22.6.4.1	Beschreibung .....	427
22.6.4.2	Gütekriterien .....	427
22.6.4.3	Anwendung .....	427
22.6.4.4	Kritische Würdigung .....	428
22.6.5	Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes .....	428
22.6.5.1	Beschreibung .....	428
22.6.5.2	Gütekriterien .....	428
22.6.5.3	Anwendung .....	428
22.6.5.4	Kritische Würdigung .....	429
22.6.6	Brief Pain Inventory .....	429
22.6.6.1	Beschreibung .....	429

22.6.6.2	Gütekriterien .....	431
22.6.6.3	Anwendung .....	432
22.6.6.4	Kritische Würdigung .....	432
22.6.7	Kindliche Unbehagens- und Schmerzskala .....	432
22.6.7.1	Beschreibung .....	432
22.6.7.2	Gütekriterien .....	433
22.6.7.3	Anwendung .....	433
22.6.7.4	Kritische Würdigung .....	433
22.7	Umfassende Schmerzermittlungsverfahren .....	434
22.7.1	Deutscher Schmerzfragebogen .....	434
22.7.2	Schmerztagebücher .....	434
22.8	Diskussion .....	435
22.8.1	Der Kontext der Schmerzerfassung .....	435
22.8.2	Entwicklungsstand .....	435
22.8.3	Anwendung .....	436
22.9	Fazit .....	436
22.10	Relevante Web-Seiten .....	437
22.11	Literaturverzeichnis .....	437
<b>23.</b>	<b>Erfassung von Angst im Krankenhaus</b> .....	<b>441</b>
	<i>Ricarda Steinmayr und Bernd Reuschenbach</i>	
23.1	Einleitung .....	441
23.2	Angst als Pflegephänomen .....	441
23.3	Definitionen der Angst .....	442
23.4	Relevanz des Angstassessments .....	443
23.5	Interventionen .....	445
23.5.1	Informationsvermittlung .....	446
23.5.2	Gestaltung der Umgebung .....	447
23.5.3	Musik .....	447
23.5.4	Einreibungen, Massagen, Handhalten .....	447
23.5.5	Zusammenfassung .....	448
23.6	Messinstrumente .....	448
23.6.1	Hamilton-Angstskala .....	449
23.6.1.1	Anwendungsbereich .....	449
23.6.1.2	Erfasste Dimensionen .....	449
23.6.1.3	Durchführung und Auswertung .....	449
23.6.1.4	Gütekriterien und Normen .....	449
23.6.2	State-Trait-Anxiety Inventory .....	450
23.6.2.1	Anwendungsbereich .....	450
23.6.2.2	Aufbau und erfasste Dimensionen .....	450
23.6.2.3	Durchführung und Auswertung .....	450
23.6.2.4	Gütekriterien und Normen .....	450
23.6.3	Self-Rating Anxiety Scale .....	451
23.6.3.1	Anwendung .....	451
23.6.3.2	Aufbau und erfasste Dimensionen .....	451
23.6.3.3	Durchführung und Auswertung .....	451
23.6.3.4	Gütekriterien und Normen .....	451
23.6.4	Anxiety Status Inventory .....	451
23.6.4.1	Anwendung .....	451
23.6.4.2	Aufbau und erfasste Dimensionen .....	452
23.6.4.3	Durchführung und Auswertung .....	452
23.6.4.4	Gütekriterien und Normen .....	452
23.6.5	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version .....	452
23.6.5.1	Anwendung .....	452
23.6.5.2	Aufbau und erfasste Dimensionen .....	452
23.6.5.3	Durchführung und Auswertung .....	453

23.6.5.4 Gütekriterien und Normen .....	453
23.6.6 Pain Anxiety Symptoms Scale .....	453
23.6.6.1 Anwendung .....	453
23.6.6.2 Aufbau und erfasste Dimensionen .....	453
23.6.6.3 Durchführung und Auswertung .....	454
23.6.6.4 Gütekriterien und Normen .....	454
23.7 Zusammenfassung .....	454
23.8 Literaturverzeichnis .....	455
<b>24. Patienten-, Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit .....</b>	<b>459</b>
<i>Jürgen Schmidt, David Kriz und Rüdiger Nübling</i>	
24.1 Einleitung .....	459
24.2 Zufriedenheit als Qualitätskriterium .....	460
24.3 Erhebungsinstrumente für Patientenbefragungen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken .....	462
24.3.1 Fragen zur Patientenzufriedenheit (FPZ) .....	462
24.3.2 Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt (HFK) .....	462
24.3.3 Fragebogen zur Krankenhausqualität bei Kurzzeit-Patienten (FKKP) .....	463
24.3.4 Kölner Patientenfragebogen (KPF) .....	464
24.3.5 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) .....	465
24.3.6 Verona Service Satisfaction Scale – deutsche Version (VSSS-54) .....	466
24.3.7 Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie .....	466
24.3.8 Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000) .....	467
24.3.9 Münchener Fragebogen zur Bewertung stationärer psychiatrischer Behandlung (MFBB-24) .....	468
24.3.10 Klinikspezifisches Patienten-Inventar zur Beurteilung der Leistungen in der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS) .....	469
24.3.11 Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation (PFB) .....	470
24.3.12 Qualitätsbeurteilungen durch Patienten (QbP) .....	471
24.4 Erhebungsinstrumente für Bewohner- und Angehörigenbefragungen in stationären Pflegeeinrichtungen .....	472
24.4.1 Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen – Bewohnerversion (HVZP-B) .....	472
24.4.2 Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen – Angehörigenversion (HVZP-A) .....	476
24.4.3 Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Altenpflegeeinrichtungen (FQA) .....	476
24.4.4 Angehörigenzufriedenheit mit stationären Altenpflegeeinrichtungen (ZUF-A-7) .....	477
24.5 Fazit .....	479
24.6 Literaturverzeichnis .....	480
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>483</b>
<b>Autorenverzeichnis .....</b>	<b>493</b>
<b>Anhang – Übersetzung der englischen Kapitel .....</b>	<b>501</b>
<b>Sachwortverzeichnis .....</b>	<b>623</b>



## Vorwort

Assessmentinstrumente nehmen im pflegerischen Alltag zunehmend einen festen Platz ein. Im deutschsprachigen Raum findet derzeit ein regelrechter «Assessment-Boom» statt, der in der Vielfalt der Suche und Anwendung unterschiedlichster Instrumente Ausdruck findet.

Während der Pflegeprozess international als Kern und theoretischer Rahmen für die Arbeit examinierter Pflegefachpersonen akzeptiert ist, wirft der Einsatz von Assessmentinstrumenten immer wieder Fragen auf. Wo und wie sind Assessmentinstrumente in der Pflege angesiedelt? Wann und von wem sollen sie angewandt werden und was ist ihr Nutzen?

Der Pflegeprozess wird von einer Vielzahl weltweiter Pflegeverbände als verbindlich betrachtet und es besteht ein internationaler Konsens darüber, dass Pflegende Assessments durchführen, Pflegediagnosen stellen, Pflegeinterventionen planen, umsetzen und evaluieren (American Nurses Association, 2009). Bereits im Jahre 1974 entwickelte der Amerikanische Pflegeberufsverband einen Praxisstandard zum Pflegeprozess, der folgende Phasen umfasst: Assessment, Pflegediagnose, Planung, Implementierung und Evaluation. Auch in der neueren Literatur wird der Pflegeprozess als *der* gemeinsame verbindende Faden dargestellt, welcher Pflegende, die in den verschiedensten Fachgebieten arbeiten, weltweit verbindet. Der Pflegeprozess gilt als Kern der Pflegepraxis registrierter Pfleger, um holistische und patientenzentrierte Pflege zu ermöglichen (American Nurses Association, 2009). Das Assessment wird dort wie folgt definiert: Die registrierte Pflegende sammelt und analysiert Daten über Patienten in systematischer und dynamischer Art und Weise. Das Assessment ist der erste Schritt, um überhaupt Pflege anbieten zu können. Das Pflegeassessment umfasst nicht nur physiologische Daten, sondern auch psychosoziale, soziokulturelle, spirituelle, ökonomische Faktoren sowie Faktoren der Lebensweise. Zum Beispiel umfasst das Assessment von Pflegenden bei einem hospitalisierten Patienten, der Schmerzen hat, nicht nur die physischen Ursachen und Ausdrucksformen des Schmerzes, sondern auch die Reaktionen des Patienten auf den Schmerz: ob er Schwierigkeiten hat, vom Bett aufzustehen, das Essen verweigert, sich von Familienmitgliedern zurückzieht, Ärger gegenüber Spitalan-

gestellten, Angst oder das Bedürfnis nach mehr Schmerzmitteln äußert. Als Schlussfolgerung des Assessments werden Pflegediagnosen gestellt.

Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung von Reaktionen des Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitszustände oder Bedürfnisse. Zum Beispiel zeigt die Pflegediagnose nicht nur, dass ein Patient Schmerzen hat, sondern auch, dass der Schmerz weitere Probleme wie Angst, schlechte Ernährung, Familienkonflikte oder die Möglichkeit von Komplikationen verursachen kann. Beispiel dafür ist eine Pneumonie, die wiederum eine potenzielle Gefahr für einen immobilen Patienten darstellt. Die Pflegediagnose stellt die Basis der Pflegeplanung dar (American Nurses Association, 2009). In Literatur und Praxis wird unter dem «Pflegeassessment» also eine umfassende Einschätzung verstanden und es liegen dafür vielfältige Anleitungen zur Erhebung und Dokumentation vor.

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

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

Im Hauptteil dieses Werks werden Assessmentverfahren, also strukturierte Erhebungen mittels Skalen, Testverfahren oder Fragebögen, beschrieben.

Die Wahl der vorgestellten Instrumente geht über den somatischen Bereich hinaus und berücksichtigt die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Viele der in diesem Buch beschriebenen Assessmentinstrumente ermöglichen eine genaue, messbare Beschreibung von Pflegediagnosen, wie beispielsweise Übelkeit, Fatigue, Gefahr der Obstipation oder Angst. Andere Instrumente erfassen die Lebensqualität oder Patienten-, Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit und sind damit über den eigentlichen Pflegeprozess hinaus anwendbar.

Die Herausgebenden machen auf wohlthuende Weise deutlich, dass für den Einsatz jedes Assessmentinstrumentes die jeweilige Indikation beachtet werden sollte. Die grundsätzliche Kritik an der Überflutung der Praxis mit Assessmentinstrumenten, für die keine Daten zur klinischen Relevanz vorliegen, wird begründet aufgenommen. Wenn der Einsatz solcher Instrumente im wissenschaftlichen Kontext bleibt und die erhobenen Assessmentdaten keine entsprechenden Pflegemaßnahmen zur Folge haben, haben die Patienten davon keinen Nutzen.

Dieses Buch ist als internationales Handbuch angelegt und wurde mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus dem deutschsprachigen Raum, Belgien, Norwegen, Schweden und den USA verfasst. Es ist den Herausgebenden auf eindrückliche Art und Weise gelungen, in dieses Gesamtwerk Pflegewissenschaftlerinnen, Mediziner, Psychologinnen und Physiotherapeutinnen einzubeziehen. Daher handelt es sich – nach englischem Vorbild – genauer ausgedrückt eigentlich um «Health Care Measurements». Das Buch bietet eine umfassende, wissenschaftliche Darstellung von Assessmentverfahren, ist aber erweiterbar, und daher sind weitere Bände sinnvoll und geplant.

Das vorliegende Werk stellt eine erste wissenschaftlich fundierte, deutschsprachige Übersichtsarbeit zu Assessmentinstrumenten dar und hat beinahe enzyklopädischen Charakter.

Es sei all denen empfohlen, die mit der wissenschaftlichen Anwendung von Assessmentmethoden vertraut und betraut sind oder die mit entsprechenden methodischen Kompetenzen vor der Wahl stehen, ob ein Verfahren zur Anwendung kommen soll und, wenn ja, welches. Das Studium dieses Buches wird all denen Freude bereiten, die bereit sind, sich auf eine vertiefte und kritische Auseinandersetzung mit Assessmentverfahren einzulassen.

*Maria Müller-Staub, PhD, MNS, EdN, RN*

## Literatur

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



# Einleitung

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

Zum jetzigen Zeitpunkt fällt eine Antwort schwer. Dennoch mehren sich die Anzeichen, dass die bisher postulierten positiven Wirkungen von Assessmentverfahren auf die pflegerische Ergebnisqualität nicht in allen Fällen nachgewiesen werden können.

Nach einer Phase uneingeschränkter Wertschätzung für die vielfältigen Assessmentverfahren ist in der «scientific community» nun eine Phase eingetreten, in der auch kritische Stimmen zum praktischen Einsatz, zur Relevanz und zu den etablierten Gütekriterien laut werden. Diese wachsende Kritik hat auch Auswirkungen auf die Gestaltung dieses Handbuchs. Wenn hier Instrumente vorgestellt und bewertet werden, dann lässt sich daraus nicht unmittelbar eine Praxisempfehlung ableiten. Einige Autoren verzichten aus Angst vor einer voreiligen Übernahme von Einschätzungsinstrumenten, deren klinische Relevanz nicht belegt ist, auf die Darstellung von Fragebögen oder Skalen. Andere weisen im Text ausdrücklich darauf hin, dass neben den testtheoretischen Gütekrite-

rien für den routinemäßigen Einsatz in der Praxis viele weitere Aspekte, wie etwa die Anwenderkompetenz oder die Prävalenz des entsprechenden Pflegephänomens (s. Kap. 3) zu beachten sind.<sup>1</sup>

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

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

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

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

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

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

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

werden, ist in Nachfolgebänden geplant, weitere Instrumente für andere Phänomene vorzustellen.

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

Bei der Suche nach Autorinnen und Autoren für unser Handbuch stellten wir fest, dass es schwierig war, für alle ausgewählten Themenbereiche deutschsprachige Expertinnen und Experten zu finden. Daher haben wir auch einige renommierte internationale Pflegewissenschaftler hinzugezogen. Christine Hedges, Jeanne S. Ruggiero und Nancy S. Redeker (USA) stellen in Kapitel 7 Messverfahren für Schlaf und Schlafstörungen vor. Ingalill Rahm Hallberg und Pia Andersson aus Schweden thematisieren Messverfahren zur Erfassung der Mundgesundheit (Kap. 14). Zwei Kapitel beschäftigen sich mit der Lebensqualität. Berit Rokne und Astrid Wahl aus Norwegen stellen generelle Messmethoden für die Lebenszufriedenheit vor (Kap. 21), während Mona L. Martin und Tracy Brazg (USA) spezielle Verfahren für die Messung der Lebenszufriedenheit bei Kontinenzproblemen thematisieren (Kap. 15). Die in den deutschsprachigen Ländern bisher nur wenig bekannten Assessmentinstrumente zur Einschätzung des Obstipationsrisikos werden von Gaye Kyle (Großbritannien) in Kapitel 18 des Handbuchs vorgestellt. Jan Foubert aus Belgien beschäftigt sich mit Einschätzungsinstrumenten für Fatigue (Kap. 8).

Die bisher genannten Kapitel sind in englischer Sprache verfasst. Wer auf die Idee kommt, die dort dargestellten Verfahren ins Deutsche zu übersetzen, erfährt in Kapitel 6, welche Richtlinien bei der Übersetzung der Verfahren einzuhalten sind und welche Fallstricke es bei der Anpassung und Validierung der Verfahren geben kann.

Die Schweiz ist durch Irene Bischofberger und Elke Steudter vertreten, die aktuelle Methoden zur Schmerzmessung vorstellen (Kap. 22).

Autorinnen aus Österreich sind zum einen Elfriede Fritz, die gemeinsam mit Elisabeth Krupp und Sara Bickelhaupt Messmethoden zur Erfassung von Übelkeit bei Chemotherapiepatienten darstellt (Kap. 13), sowie Maria Magdalena Schreier, die mit Sabine Bartholomeyczik Dokumentations- und Erfassungsinstrumente für die Ernährungssituation beschreibt und bewertet (Kap. 12).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Heidelberg, April 2011

*Bernd Reuschenbach und Cornelia Mahler*