

Bakkalaureats Arbeit

Demenzbeobachtung durch Pflegepersonal bei Bewohnerinnen und Bewohnern in geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen anhand evidenzbasierter Pflegemodelle

vorgelegt von

Robert Brunmayr

0833303

Betreuerin:

Univ. Prof. Dr. Regina Roller – Wirnsberger, MME

Universitätsklinik für Innere Medizin

Gemeinsame Einrichtungen / Geriatrie

Auenbruggerplatz 15

8036 Graz

Tel. 0316/38512274

Medizinische Universität Graz

Lehrveranstaltung: moving into a nursing home

Graz, 15.08. 2011

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

St. Lorenzen, am 15.08.2011

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Robert Brunmayr', written in a cursive style.

(Robert Brunmayr)

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
Ziel	5
Methode.....	5
Ergebnisse	5
Schlussfolgerungen	5
1.) Einleitung	6
1.2) Die Forschungsfrage	7
1.3) Methode	7
2.) Die Demenz.....	7
2.1) Definition	7
2.2) Epidemiologie	8
2.3) Subtypen der Demenz	9
2.4) Schweregrade von Demenz.....	9
2.4.1) Leichte Demenz	9
2.4.2) Mittlere Demenz	9
2.4.3) Schwere Demenz	10
2.5) Die häufigsten Differenzialdiagnosen der Demenz	10
2.5.1) Depression.....	10
2.5.2) Aphasische Störungen.....	10
2.5.3) Akute Verwirrtheit	10
2.5.4) Amnestisches Syndrom.....	10
2.6) Charakteristische Auffälligkeiten bei Demenzkranken	11
2.7) Die Pflege von Demenzkranken	12
2.8) Früherkennung und Diagnostik dementieller Zustände	12
2.8.1) DemTect.....	13
2.8.2) Uhr – Zeichen – Test (UZT)	13
2.8.3) Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD).....	13

2.8.4) Die Mini – Mental – Status – Examination (MMSE)	14
3.) Die in Alten – und Pflegeheimen häufig verwendeten Pflgetheorien und deren Kreuztest mit dem MMSE.....	15
3.1) Das Lebensaktivitätsmodell von Roper, Logan und Tierney.....	15
3.2) Das Pflegemodell nach L. Juchli	16
3.3) Das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem	18
3.4) Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel	21
4.) Die Klassifikationssysteme und deren Kreuztest mit dem MMSE	23
4.1) POP	23
4.2) NANDA	25
4.2.1) Die NANDA-Taxonomie.....	26
5.) Ergebnisse	28
6.) Schlussfolgerungen	28
7.) Literaturverzeichnis.....	30
7.1) Abbildungsverzeichnis:.....	34

Abstract

Ziel

Die vorliegende Bakkalaureats Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob für Pflegefachkräfte, anhand der vorliegenden Pflegekonzepte, das vorzeitige Erkennen dementieller Zustandsbilder in der chronischen Langzeitpflege möglich ist. Die vorliegenden Pflegemodelle und deren Einzelitems werden am Golden Standard in der Demenzerkennung, dem Mini Mental Status Examination Test (MMSE) gemessen.

Methode

Die gängigen Pflege-theorien und Klassifikationssysteme, die in der Langzeitpflege Verwendung finden, werden nach einer Literaturrecherche beschrieben und auf Möglichkeiten zum Erkennen und richtigen Einordnen von dementiellen Zuständen hinsichtlich der Einzelitems untersucht. Dafür wird als „Goldstandard“ der MMSE verwendet. Ergänzend werden aktuelle gesundheitspolitische Gegebenheiten in der Reflexion der Daten beleuchtet.

Ergebnisse

Weder mit den am häufigsten eingesetzten Pflege-theorien noch mit den Klassifikationssystemen NANDA und POP lassen sich dementielle Zustände fachgerecht erkennen oder einordnen.

Schlussfolgerungen

Dementielle Zustandsbilder erhöhen nicht nur die sekundäre Morbidität und Mortalität der Betroffenen, sondern bedingen konsekutiv einen gesteigerten Pflegeaufwand. Obwohl aufgrund dieser bekannten Tatsachen ein offensichtlicher Bedarf zur Früherkennung von Demenz in Langzeitpflegeeinrichtungen besteht, hinkt die Entwicklung für die Pflege anwendbarer Assessments bzw. Pflegeinstrumente nach. Weiterführende Arbeiten im Fachbereich der Pflegewissenschaft sind dringlich angezeigt.

1.) Einleitung

Die Patientenbeobachtung in der geriatrischen Langzeitpflege ist für Pflegefachkräfte eine gesetzlich verankerte Pflicht. Angehörige des gehobenen pflegerischen Dienstes (DGKS/DGKP) sowie Pflegehelferinnen und Pflegehelfer und Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind zur Beobachtung der Ihnen anvertrauten Menschen angehalten (GuKG, 2004, LGBL. Nr.6/1996). Dazu gehört auch die Erkennung der einzelnen Verlaufsstadien von an Demenz Erkrankten.

Für eine strukturierte Wahrnehmung der Demenz ist der Mini – Mental State Examination Test nach Folstein (MMSE) als „Goldstandard“ weltweit anerkannt (King et.al., 2006, Lancu et.al., 2006). Durch Anwendung dieses Assessment – Instrumentes können kognitive Defizite in unterschiedlichen Domänen erkannt, aber auch Verläufe des individuellen kognitiven Zustandes nach verfolgt werden. Der MMSE wird grundsätzlich von Ärztinnen oder Ärzten oder von klinischen Psychologen durchgeführt. Die Ergebnisse werden dann im interdisziplinären geriatrischen Team besprochen, wo auch Therapieziele und Therapiepläne festgelegt werden. Der Nutzen für die Pflegefachkräfte liegt in der genaueren Bestimmung des Grades der Pflegeabhängigkeit, der Möglichkeit der exakten Pflegeplanung und in der Anpassung der Pflegeinterventionen.

„Die Kenntnis der Reduktion von Unabhängigkeit und der kognitive Kapazität ist wesentlich für eine Befriedigung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“ (Talmeli et. al., 2010). Wenn diese Erkenntnis fehlt, kann es zu Fehlern in der Ausführung des Pflegeprozesses aufgrund einer falschen Einschätzung der Möglichkeiten der Bewohnerin / des Bewohners kommen.

Die Voraussetzung für einen fachgerechten Ablauf des zuvor beschriebenen Prozesses ist aber eine Ersterkennung von Frühsymptomen der Demenz durch Pflegefachkräfte. Diese leiten die entsprechenden Informationen an die Ärztin / den Arzt weiter. „Die Kommunikation im Team ist eine der Voraussetzungen für die Festlegung von Behandlungszielen“ (Neubart, 2009).

Um dieser Funktion der Information des Teams entsprechend valide nachkommen zu können, müssen den Pflegefachkräften Instrumente zum Assessment (bzw. zumindest zu einem Screening) kognitiver Funktionen bei geriatrischen Bewohnerinnen und Bewohnern zur Verfügung stehen. Derzeit stehen in der Langzeitpflege unterschiedliche Pflegekonzepte zur Verfügung. Bei der Evaluierung dieser Konzepte ist zu erwarten, „dass die Konzepte der Pflegeklassifikation im Sinn einer pluralen Theoriebildung in eine Vielzahl, sich teilweise widersprechender Theorien einfließen können“ (Stemmer, 2003). Es werden daher in der

vorliegenden Arbeit die am häufigsten eingesetzten Theorien und Klassifikationssysteme verwendet.

1.2) Die Forschungsfrage

Die Forschungsfrage lautet: „Ist aufgrund von Pflegemodellen oder von Pflegediagnosen aus den Klassifikationssystemen das Erkennen und richtige Einordnen von dementiellen Zuständen möglich?“

1.3) Methode

Nach einer Literaturrecherche in der einschlägigen Fachliteratur sowie in PubMed (im Zeitraum von 2005-2011) werden die dementiellen Zustände und Methoden zu ihrer Feststellung beschrieben, die im geriatrischen Bereich häufig eingesetzten Theorien und Klassifikationssysteme ermittelt und deren Einzelitems hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten der Testperson beschrieben. In einem weiteren Schritt werden diese Einzelitems den Bereichen des MMSE zugeordnet und die größtmögliche Konkordanz zwischen einem Pflegemodell und dem MMSE als Goldstandard ermittelt.

2.)Die Demenz

2.1) Definition

Demenz – Syndrome sind auf eine fortschreitende kortikale und / oder subkortikale Atrophie des Hirnparenchyms zurückzuführen und sind als pathologische Veränderungen von der physiologischen, altersassoziierten zerebralen Involution zu unterscheiden. Bei einem Teil der Demenz – Syndrome sind molekulargenetische Veränderungen bekannt. Das psychopathologische Bild demenzerkrankter Menschen ist geprägt von Merkfähigkeitsstörungen, Beeinträchtigung des abstrakten Denkens und einer Akzentuierung präorbider Persönlichkeitszüge (Masuhr et.al, 2005). In fortgeschrittenen Stadien der Demenz gesellen sich vor allem somatische Begleiterscheinungen wie Inkontinenz und eine erhöhte Sturzneigung, Sarkopenie und Mangelernährung, aber auch eine sekundäre Morbidität hinsichtlich internistischer und traumatologischer Veränderungen hinzu. „Die meisten Patienten sterben nach einer Krankheitsdauer von 5 bis 8 Jahren an Infekt - bedingten Komplikationen der Bettlägerigkeit (z.B. Pneumonie)“ (Masuhr et.al, 2005). Hinzu kommt mitunter im Spätstadium der Demenz eine Aphasie (Verlust des Sprechvermögens und

des Sprachverständnisses durch eine Störung des Sprachzentrums im Gehirn). Mit fortschreitender Hirnatrophie leidet die Kommunikation. Sie reduziert sich auf stereotype verbale und gestische Äußerungen (Masuhr et.al, 2005). Eine verbale Kommunikation ist nicht mehr möglich, die Zuordnung von Symptomen erfolgt lediglich über affektive Reizäußerungen. Mit gezielter Beobachtung ist es anhand von z. B. physiologischen Schmerzsymptomen (gesteigerte Herz- und Atemfrequenz, Schwitzen etc.) wie auch anhand von physischen Zeichen (Grimassieren, schmerzverzerrter Gesichtsausdruck etc.) möglich, Informationen zu motivational - affektiven Aspekten des Schmerzerlebens zu erhalten. „In der BESD-Skala (Beurteilung von Schmerz bei Demenz), die ins Deutsche übersetzte Version der amerikanischen PAINAD-Scale (Pain Assessment in Advanced Dementia, Warden 2003) – (Basler 2006), wird ein klar definiertes Beurteilungssystem für die Interpretation des Gesichtsausdrucks herangezogen“ (Winkler, 2008).

2.2) Epidemiologie

Während im Jahr 1951 35500 Personen. in Österreich unter einer Demenzerkrankung litten, bis zum Jahr 2050 wird sich diese Zahl auf etwa 233800 vervielfacht haben (Wancata et.al., 2001). Das bedeutet einen zu erwartenden Multiplikator von 6,5 der Anzahl an Demenzerkrankten in 100 Jahren! „Trotz unterschiedlicher Angaben zur altersspezifischen Prävalenz (Erkrankungsrate) ist übereinstimmend zwischen 65 und 90 Jahren ein steiler, nach jeweils etwa fünf weiteren Altersjahren zur Verdopplung der Raten führender Anstieg der Demenzprävalenz zu beobachten.

Im Jahr 2000 – bezogen auf die über 60-jährige Bevölkerung Österreichs – gab es insgesamt 90.500 Demenzkranke, wobei 57.100 auf die Alzheimer-Demenz und 15.700 auf die vaskuläre Demenz entfallen“ (BMASK, 2008).

Das Tempo der Zunahme wird sich aber möglicherweise durch die rapide Zunahme des Lebensalters und der damit steigenden Zahl Höchstaltriger deutlich beschleunigen (Wancata et.al., 2001). Verschiedene Expertenschätzungen gehen davon aus, dass in etwa ein Drittel der Hochaltrigen in Österreich an Demenz erkranken werden und damit in ihrer Alltagskompetenz weitgehend eingeschränkt sein werden (BMASK, 2009).

Demenzerkrankungen führen häufig zu Pflegebedürftigkeit und erhöhen das Risiko einer Aufnahme ins Pflegeheim. In einer bundesdeutschen Studie konnte gezeigt werden, dass Demenzerkrankungen nicht nur die Liste der Gründe für Heimaufnahmen (43 Prozent), sondern für Pflegebedürftigkeit überhaupt (47 Prozent) mit großem Abstand vor allen anderen Ursachen anführen (BMASK, 2008).

2.3) Subtypen der Demenz

Es kann nach der Entstehung der Erkrankung unterschieden werden in:

- „Primäre Demenz: Ursache der Erkrankung liegt direkt im Gehirn (z.B. degenerativ und / oder vaskulär)
- Sekundäre Demenz: Folge einer anderen körperlichen Erkrankung (Herz – Kreislauf Erkrankungen, endokrine, infektiöse oder entzündliche Erkrankungen, Intoxikationen, Stoffwechselerkrankungen, Vitamin – Mangelzustände)“ (Masuhr et.al, 2005).

Nach den klinischen Symptomen kann in drei psychopathologische Subtypen der Demenz unterschieden werden:

- Kortikale Demenz: vorherrschende Störung von Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache, Ausführung von Bewegungen und Handlungen sowie der räumlichen Leistung bei geringgradiger Veränderung der Persönlichkeit.
- Frontale Demenz: ausgeprägter Wandel der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens sowie des planenden und organisierenden Denkens bei vergleichsweise gut erhaltenen Fähigkeiten des Gedächtnisses, der Orientierungsfähigkeit und der räumlichen Leistung.
- Subkortikale Demenz: die Verlangsamung des psychischen Tempos steht im Vordergrund. Dazu bestehen Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, erschwerte Umstellungsfähigkeit und affektive Störungen, z.B. vermehrte Reizbarkeit, Apathie, Initiativlosigkeit (Masuhr et.al, 2005).

2.4) Schweregrade von Demenz

2.4.1) Leichte Demenz

Sie wird charakterisiert durch Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Wortfindungsstörungen, sowie der Unmöglichkeit anspruchsvoller Tätigkeiten. Beginnende Schwierigkeiten in fremder Umgebung und eingeschränktes Urteilsvermögen sind beobachtbar. Vielfache Stimmungsschwankungen finden in ungewöhnlich kurzen Abständen statt. Die meisten Alltagstätigkeiten sind in vertrauter Umgebung aber noch möglich (Menche, 2007).

2.4.2) Mittlere Demenz

Erkennbar sind: Störungen des Langzeitgedächtnisses, Orientierungsstörung auch in vertrauter Umgebung und Verkennen vertrauter Personen, zunehmender Verlust von Sprache

und Alltagskompetenzen. Diese Zustände sind oft begleitet von zwanghaftem Verhalten (z.B. Räumen), Unruhe, Wahnvorstellungen, Störungen des Tag – Nacht Rhythmus. Beginnende Hilfs – und Aufsichtsbedürftigkeit. Die Krankheit kann nach außen nicht mehr verleugnet werden (Menche, 2007).

2.4.3) Schwere Demenz

Hilfe ist in allen lebenspraktischen Bereichen nötig, die betroffenen Personen sprechen allenfalls noch weniger Wörter, fortschreitender Verlust motorischer Fähigkeiten, zunehmende neurologische Symptome und körperliche Komplikationen (Menche, 2007).

2.5) Die häufigsten Differenzialdiagnosen der Demenz

2.5.1) Depression

Die Depression kann zu einer Pseudodemenz führen. Dabei verläuft- im Gegensatz zur echten organischen Demenz - das Auftreten der Leistungsstörungen rascher. Es wird ausdrücklich und wiederholt über Gedächtnisstörungen geklagt. Der Patient beschwert sich darüber, dass er eine verlangte Aufgabe nicht lösen kann, oder verzichtet gar darauf, es zu versuchen, während es der echte Demente erfolglos probiert (Wallesch et.al., 2005).

2.5.2) Aphasische Störungen

Diese Störungen werden immer wieder mit einer Demenz verwechselt, weil die Verarbeitung verbaler Information beeinträchtigt ist. Nicht zu vergessen ist jedoch, dass eine Aphasie und andere neuropsychologische Ausfälle durchaus zum Bild der häufigsten Demenzform, zur senilen Demenz vom Alzheimer - Typ, gehören können (Wallesch et.al., 2005).

2.5.3) Akute Verwirrtheit

Die Patienten weisen eine Rastlosigkeit auf, ein unangebrachtes / „inkohärentes“ Verhalten, eine Unfähigkeit, folgerichtig eine Aufgabe zu erfüllen und sinnvoll zu handeln. Eine Störung der Aufmerksamkeit (synonym Sofortgedächtnis, engl. „working memory“) ist hierbei das zentrale Merkmal (Wallesch et.al., 2005).

2.5.4) Amnestisches Syndrom

Der meistens ältere Patient ist lediglich während Stunden unfähig, seine Eindrücke zu speichern, sodass er immer wieder die gleichen Fragen stellt (z.B. warum er sich hier

befinde). Die Betroffenen Personen erscheinen dabei unruhig und ängstlich, leichte vegetative Symptome (u.a. Übelkeit) und Kopfschmerzen sind oft Begleiterscheinungen (Wallesch et.al., 2005).

2.6) Charakteristische Auffälligkeiten bei Demenzkranken

➤ Raumorientierung

findet von der Bushaltestelle nicht in das Wohnhaus

findet vom Keller nicht in die Wohnung zurück

findet in der Wohnung die Toilette nicht

➤ Sprache

Sprachliche Vereinfachung, stockend, Wortsuche, wenig Blickkontakt

➤ Räumlich – konstruktiv

Probleme beim: Uhr zeichnen, Uhrzeit in eine gezeichnete Uhr eintragen, Details von Fahrzeugen oder Häusern zeichnen

➤ Zeitraster

Weiß das aktuelle Datum nicht, Verstorbene werden in Pflegepersonen wiedererkannt, Kinder werden zu Eltern oder Geschwistern

➤ Praxie

Schwierigkeiten beim ankleiden (weiß nicht, wozu eine Unterhose da ist), beim Bedienen von Küchen – und anderen Geräten. Komplexere Handlungen sind generell erschwert.

➤ Antrieb

Herausforderungen werden gemieden, Rückzug nach innen, Vernachlässigung der Person und der Umgebung

➤ Affekt

Es kommt zu affektiven Durchbrüchen, von gehoben bis depressiv, manchmal aggressiv

➤ Denkleistungen

Zunehmender Verlust des kognitiven Denkvermögens und der Intelligenz

➤ Merkfähigkeit

Ereigniserinnerung ist eingeschränkt, einkaufen wird problematisch, Tabletteneinnahme ist erschwert (Möller, 2009)

2.7) Die Pflege von Demenzkranken

Verbindliche Vorgehensweisen für den Umgang mit Demenzkranken gibt es nicht. Die Pflege des einzelnen Betroffenen wird auf individuelle Bedürfnisse abgestimmt. Allerdings gibt es Richtlinien, die den Umgang mit Dementen erleichtern und zu Ihrem Wohlbefinden beitragen.

Zu Beginn der Erkrankung suchen die Betroffenen (noch) nach Hinweisen zur Orientierung. Dabei helfen können ihnen die Mittel und Maßnahmen, die auch der Prophylaxe von Verwirrtheit dienen, wie gut sichtbare Uhren, Tür – und Namensschilder und ein fest strukturierter Tagesablauf. Im Verlauf der Zeit werden die Orientierungshilfen dem Erkrankungszustand der betroffenen Personen angepasst, es wird nur die Hilfe angeboten, die von den betroffenen Personen auch verstanden werden kann.

Die spätere Stadien einer Demenz sind durch zunehmende Verwirrung und einen fortschreitenden Wirklichkeitsverlust gekennzeichnet, der sich oft durch verzweifertes, abweisendes, aggressives Verhalten und / oder einen zunehmenden Rückzug des verwirrten Menschen in seine eigene Erlebniswelt zeigt. Viele betroffene Personen leben „in der Vergangenheit“ (deuten z.B. Pflegende als längst Verstorbene), vergessen immer mehr Alltagshandlungen (können sich z.B. nicht mehr anziehen) und verstehen Aufforderungen nicht mehr (Menche, 2007).

Es existieren grundsätzlich 2 Pflegeansätze: der Ansatz der Spezialisierung und den der Integration. In spezialisierten Abteilungen finden ausschließlich an Demenz erkrankte Personen ihre Betreuung, während bei integrativen Ansatz die an Demenz erkrankten Personen gemeinsam mit Personen ohne dementiellen Anzeichen gepflegt werden.

In einer Studie der Stadt Zürich wurde nachgewiesen, dass der Ansatz der Spezialisierung mehrere Vorteile bietet, unter Anderem sind die Bewohner selbstständiger, verfügen über einen größeren Lebensraumdurchmesser und die Beanspruchung des Pflegepersonals sinkt im Vergleich zum integrierten Ansatz (Oppikofer et.al., 2005).

2.8) Früherkennung und Diagnostik dementieller Zustände

Die Diagnostik bei Demenzerkrankungen basiert grundsätzlich auf klinischen Befunden und Zusatzuntersuchungen. Sie sollte so früh als möglich im Demenzverlauf erfolgen, da ein rechtzeitiger Therapiebeginn die Prognose des Verlaufes verbessern kann. Für die Diagnose und die differentialdiagnostische Zuordnung von dementiellen Veränderungen werden neben der klinisch-neurologischen Basisuntersuchung auch neuropsychologische, labordiagnostische und bildgebende Verfahren herangezogen (BMASK, 2008).

Es gibt noch eine Reihe von Screening Tests für Ärztinnen, Ärzte und Psychologen, wovon die 4 gebräuchlichsten kurz vorgestellt werden.

In weiterer Folge wird allerdings auf Grund der Forschungsfrage lediglich auf den Minimal – Mental – Status – Test (MMSE) Bezug genommen werden.

2.8.1) DemTect

DemTect ist ein kostengünstiges, neurophysiologisches Screening Instrument, um kognitive Funktionsstörung sogar in Vordemenz-Stufen der Alzheimer Krankheit entdecken zu können (Scheurich et.al., 2005). Der Test wurde von Pascal Calabrese et.al. im Jahr 2002 beschrieben. Es handelt sich um ein einfaches, rasch (8 – 10 Minuten) und objektiv auszuwertendes Screening Verfahren, das in Form einer Befragung durchgeführt wird. Der Test wird bei beginnender und bei nur wenig fortgeschrittener kognitiver Störung angewandt. In 5 Aufgaben kann die kognitive Leistungsfähigkeit in den Bereichen Gedächtnis, intellektuelle Flexibilität, Aufmerksamkeit und Wortflüssigkeit festgestellt werden. Bei insgesamt 18 zu erreichenden Punkten gelten Werte ab 13 Punkten als angemessen, zwischen 9 und 12 Punkten wird von einer milden kognitiven Beeinträchtigung ausgegangen und unter 8 Punkten von einem dementiellen Zustand.

2.8.2) Uhr – Zeichen – Test (UZZT),(engl. Clock Drawing Test, CDT)

Der von Seigerschmidt et.al. im Jahr 2002 beschriebene Test ist für die Erfassung von visuellen – räumlichen und konstruktiven Defiziten bei mild ausgeprägten dementiellen Symptomen (engl. Mild Cognitive Impairment – MCI) als Screening Instrument entworfen worden. Es wird dabei die Aufgabe gestellt, das Ziffernblatt einer Uhr zu zeichnen, in dem die Zeiger auf z.B. 9:30 Uhr stehen. Die Art der Darstellung gibt Auskunft über das mehr oder weniger starke Vorhandensein dementieller Zustände.

In einem systematischen Review aus 2010 wurde allerdings die Feststellung getroffen, dass dieser Test nicht für das Screening von mild ausgeprägten dementiellen Symptomen verwendet werden sollte. Die Sensitivität und Spezifität des Tests sind zu wenig ausgeprägt (Ehreke et.al., 2010).

2.8.3) Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD)

Im Jahr 2000 wurde von Ihl et.al. dieser Test vorgestellt, der in der ärztlichen Praxis die Früherkennung von Demenz erleichtern soll. Es wurden sowohl Items zusammengestellt, die sich besonders zur Erkennung von Demenz eignen. Zusätzlich werden Symptome einer

depressiven Störung erhoben. Der Demenzteil umfasst die Bereiche unmittelbare Reproduktion, zeitliche Orientierung, Anweisungen befolgen, konstruktive Praxis (Uhren – Zeichen – Test!), verzögerte Reproduktion und Wortflüssigkeit. Anschließend folgt eine Fremdbeurteilung zur Depression und eine Selbstbeurteilung zur Depression, beides auf einer 10 – teiligen Likert - Skala. Die Testdauer wird mit 5 – 10 Minuten angegeben, die Auswertung erfolgt getrennt nach Demenzteil und Depressionsteil (Ihl et.al., 2000).

2.8.4) Die Mini – Mental – Status – Examination (MMSE)

Das zweifellos bekannteste Verfahren ist der MMSE, der ursprünglich als Methode zur raschen Schweregradeinschätzung kognitiver Defizite bei Patienten mit Demenzverdacht entwickelt wurde. Der MMSE untersucht die Orientierung, das unmittelbare und kurzfristiges Gedächtnis, die Aufmerksamkeit und die Berechnung, die Sprache und die Praxis (Anm.d. Autors: visuell – konstruktive Fähigkeiten) (Lancu, 2006). Das Verfahren besteht aus elf Aufgaben aus den Bereichen Orientierung, Gedächtnis, Rechenfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Sprache, Motorik und Schreiben. Es dient der Erfassung von kognitiven Beeinträchtigungen. Bei 30 maximal erreichbaren Punkten weisen Ergebnisse mit Werten von 24 Punkten und weniger auf eine kognitive Beeinträchtigung bzw. auf eine leichte Demenzform hin. Ab einem Wert von weniger als 20 Punkten liegt bereits eine mittelschwere Demenz vor. Liegt der MMSE-Score unter 10, so handelt es sich wahrscheinlich um eine schwere Demenz (BMASK, 2008).

Dieses Verfahren ist kostengünstig, rasch durchführbar und einfach auszuwerten. Diesen stehen allerdings gravierende Mängel gegenüber (*Dunn, Owen u. Sahakian, 2000*):

- Die MMSE ist wenig sensitiv für geringgradig ausgeprägte kognitive Defizite
- Es generiert allzu leicht falsch – negative Diagnosen bei Probanden mit hohem Bildungsstand bzw. falsch – positive Diagnosen bei Probanden mit geringem Bildungsstand.
- Es ist nicht hinreichend kulturfair und – der aus neuropsychologischer Sicht wichtigste Einwand –
- Es ermöglicht mit seinen 10 funktional heterogenen Items, die zu einem Summenwert zusammengefasst werden, keine differenzierte Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit einer Person (Jahn, 2005).

Trotz aller Einwände gilt der MMSE als „Goldstandard“ der Untersuchungsinstrumente für dementielle Zustände. Daher findet mit Ihm der Kreuztest zu den Pflgetheorien statt.

3.)Die in Alten – und Pflegeheimen häufig verwendeten Pflegetheorien und deren Kreuztest mit dem MMSE

3.1) Das Lebensaktivitätsmodell von Roper, Logan und Tierney

Sie sieht das Hauptziel des Menschen darin, sich selbst zu verwirklichen und in jeder Lebensaktivität innerhalb der Grenzen die größtmögliche Unabhängigkeit zu erlangen.

Roper hat 12 Aktivitäten das menschliche Verhalten eruiert, die lebensnotwendig sind:

1. Atmen
2. Essen und Trinken
3. Ausscheiden
4. Körpertemperatur regulieren
5. Schlafen
6. Sich bewegen
7. Sterben - die kulturellen und sozialen Einflüssen unterliegen
8. Für eine sichere Umgebung sorgen
9. Kommunizieren
10. Waschen und sich kleiden
11. Arbeiten und Spielen
12. Sexualität ausdrücken und ausüben

Diese Ursachen können das Eingreifen der Pflegeperson erforderlich machen:

- Hilfsbedürftigkeit bedingt durch den biologischen Lebenslauf
- körperliche und geistige Behinderung
- gestörte oder ausgefallene biologische Funktionen
- krankhafte oder degenerative Gewebeeränderungen
- Unfälle
- Injektionen
- Probleme, die sich aus dem physischen, psychischen oder sozialen Umfeld ergeben

Die Verhaltensmuster, nach denen Pflegehandlungen erfolgen, sind:

- dem Eintreten bestimmter Gefahren vorbeugen
- die Lage erleichtern durch die Förderung physischen und psychischen Wohlbefindens
- die Unterstützung des Strebens nach Selbständigkeit

(Senioren – und Behindertenpflege, 2011).

Wenn diese Items ins Verhältnis zu den Bereichen des MMSE gesetzt werden, ergibt sich folgendes Bild:

Roper	MMSE						
	Orientierung	unmittelbares G.	kurzfristiges G.	Aufmerksamkeit	Berechnung	Sprache	Praxis
Atmen							
Essen, Trinken							
Ausscheiden							
Körpertemperatur regulieren							
Schlafen							
Sich bewegen							
Sterben							
Für sichere Umgebung sorgen							
Kommunizieren							
Waschen und kleiden							
Arbeit und Spiel							
Sexualität ausdrücken und ausüben							
Hilfsbedürftigkeit durch den biol. Lebenslauf							
Körperliche und geistige Behinderung							
Gestörte oder ausgefallene biol. Funktionen							
Krankhafte oder degen. Gewebeveränderungen							
Unfälle							
Injektionen							
Probleme, die sich aus dem physischen, psychischen oder sozialen Umfeld ergeben							
Praxis = visuell konstruktive Fähigkeiten							
G. = Gedächtnis							

Abb. 1: Kreuztest Roper / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Die meisten Punkte, die einen Rückschluss auf Demenz zulassen, finden sich in den Bereichen der Praxis, der Orientierung und der Probleme, die sich aus dem physischen, psychischen und sozialen Umfeld ergeben. Es ist damit allerdings weder das fachgerechte Erkennen noch die richtige Einordnung von dementiellen Zuständen möglich.

3.2) Das Pflegemodell nach L. Juchli

Das Modell der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) ist unter anderem auf der Grundlage der Pflegemodelle von V. Henderson und N. Roper entwickelt worden.

Wichtige Elemente in diesem Pflegemodell sind die Lebenskraft, die Ganzheitlichkeit des Menschen, die ATL, und die Prozesse des Lebens (Wachstum, Entwicklungs- und Sterblichkeitsprozess).

Juchli ergänzte die von Henderson aufgeführten Grundbedürfnisse um die ATL Sinn finden; hier befasst sie sich in sehr einfühlsamer Weise mit Themen der Philosophie, der Religion und der Lebensanschauung im Zusammenhang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens.

Die ATL sind aufeinander bezogen, beeinflussen sich gegenseitig und betreffen den Menschen in seiner Ganzheit. Sie können als Raster (Orientierungshilfe, Gedankenstütze, Strukturhilfe) bei der Erfassung des Pflegebedarfs, der Planung und Durchführung von Pflegediensten. Sie müssen aber stets im Sinn einer Rückkoppelung zusammenhängend betrachtet werden, wegen der gegenseitigen Beeinflussung.

Die ATL sind im Zusammenhang mit den grundlegenden Schlüsselkonzepten zu sehen:

- der Mensch als Individuum und Beziehungswesen (Eigenwelt, Mitwelt, Umwelt, Überwelt)
- Gesundheit und gesundes Leben, Krankheit und Krankheitsbewältigung
- Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Handlungskonzepte der Pflege (Pflegeprozess).

Daraus beschreibt L. Juchli die 5 Kategorien der Pflege in Form von Leitlinien.

1. Selbsthilfeanteile der Pflege:

Gemeint sind das Anleiten, Stützen und Fördern der Selbsthilfe.

2. Pädagogische Anteile:

Bei der Lebensgestaltung insbesondere hinsichtlich der Gesundheit und Gesundheitsbildung sowie im Umgang mit neuen Situationen (z. B. Behinderung) lehren und anleiten.

3. Ressourcenorientierte Anteile:

Gemeint ist die Orientierung an den Kräften, Fähigkeiten und Möglichkeiten, etwas für das eigene Gesundsein und Gesundwerden zu tun sowie mit Krankheit zu leben.

4. Begleiten in Krisensituationen des Lebens:

Pflegende begleiten Menschen in schwierigen Lebenssituationen, z. B. im Leiden und in der Angst.

5. Unterstützung der ATL:

Hier geht es um die stellvertretenden oder unterstützende Übernahme der ATL pflegebedürftiger Menschen durch Pflegende, besonders um vorbeugende und gesunderhaltende Maßnahmen. (Zünder, 2011).

Der Vergleich dieser Items mit den Bereichen des MMSE :

Juchli			MMSE				
	Orientierung	unmittelbares G.	kurzfristiges G.	Aufmerksamkeit	Berechnung	Sprache	Praxis
Atmen							
Essen, Trinken							
Ausscheiden							
Körpertemperatur regulieren							
Schlafen							
Sich bewegen							
Sterben							
Für sichere Umgebung sorgen							
Kommunizieren							
Waschen und kleiden							
Arbeit und Spiel							
Sexualität ausdrücken und ausüben							
Sinn finden							
Selbsthilfanteile der Pflege							
Pädagogische Anteile der Pflege							
Ressourcenorientierte Anteile							
Begleiten in Krisensituationen							
Unterstützung der ATL							
Praxis = visuell konstruktive Fähigkeiten		heisst: lässt einen Rückschluss auf Demenz zu					
G. = Gedächtnis							

Abb.2: Kreuztest Juchli / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Durch die Ähnlichkeit mit dem Modell von Nancy Roper ergibt sich hier ein ähnliches Bild. Bei den 5 Kategorien ergeben sich noch weitere Anhaltspunkte für das Bestehen von dementiellen Zuständen, das fachgerechte Erkennen oder die richtige Einordnung kann aufgrund dieses Pflegekonzeptes jedoch nicht vorgenommen werden.

3.3) Das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem

Orems Theorie ist mit der von Hendersons nah verwandt. Auch nach Orem ist es das Ziel der Pflege, dem Patienten zu helfen, seine Unabhängigkeit weitestgehend wiederzuerlangen.

Orem teilt ihr ganzes Konzept in drei unterschiedliche Theorien ein:

- die Theorie der Selbstpflege,
- die Theorie des Selbstpflegedefizits
- die Theorie der Krankenpflegesysteme.

Nach Ihr besteht eine allgemeine Pflege Theorie aus diesen 3 Bestandteilen.

Die Theorie der Selbstpflege enthält drei zentrale Begriffe: Selbstpflege, Selbstpflegebedarf und therapeutischer Selbstpflegebedarf.

Die 8 Bedürfnisse nach Orem sind:

1. Aufrechterhaltung einer ausreichenden Aufnahme von Luft.
2. Aufrechterhaltung einer ausreichenden Aufnahme von Wasser.
3. Aufrechterhaltung einer ausreichenden Aufnahme von Nahrung.
4. Pflege, die an Ausscheidungsvorgänge und Abfallstoffe gebunden ist.
5. Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe.
6. Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion.
7. Vorbeugung von Gefahren für das menschliche Leben, Funktionen des Menschen und sein Wohlbefinden.
8. Förderung der Entwicklung des Menschen innerhalb sozialer Gruppen unter Berücksichtigung seiner menschlichen Fähigkeiten, seiner Grenzen und seinem Wunsch, normal zu sein.

Die 6 Kategorien der krankheitsbedingten Selbstpflegebedürfnissen sind:

1. Die entsprechende medizinische Versorgung in Verbindung mit einer Krankheit oder Behinderung wählen und sicherstellen.
2. Sich über die Auswirkungen der pathologischen Zustände, ein schließlich ihrer Auswirkung auf die eigene Entwicklung, im Klaren sein und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.
3. Medizinisch verordnete, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen auf eine effektive Weise durchführen.
4. Sich über unbequeme oder schädliche Auswirkungen der medizinischen Behandlung im Klaren sein, auf diese reagieren und versuchen, sie auszugleichen.
5. Das Selbstbild dahingehend reflektieren, dass es dem einzelnen bewusst ist, dass er sich in einem bestimmten Gesundheitszustand befindet oder dass er derzeit von Unterstützung abhängig ist.
6. Mit den Folgen pathologischer Zustände und den Auswirkungen der medizinischen Diagnostik und Behandlung leben lernen und dies in einen Lebensstil, der weitere persönliche Entwicklung fördert, integrieren.

Die Theorie des Selbstpflagedefizits

Hier spricht Orem von 3 neuen Begriffen: Selbstpflegefähigkeit, Selbstpflegebegrenzungen und das Selbstpflagedefizit.

- Selbstpflegefähigkeit definiert sie als eine komplexe, (an)gelernte Fähigkeit, den kontinuierlichen Anforderungen zu genügen, welche die Lebensprozesse regulieren, die wieder die strukturelle und funktionelle Integrität und Entwicklung des Menschen aufrechterhalten und fördern, und die Wohlbefinden bewirken.
- Selbstpflegebegrenzungen sind Beschränkungen, die auf die Selbstpflege Einfluss nehmen.
- Selbstpflegedefizit ist das Missverhältnis und die Diskrepanz zwischen der Selbstpflegefähigkeit eines Menschen und seinem therapeutischen Selbstpflegebedarf.

(Burns, 2009)

Vergleich Orem und MMSE:

Orem			MMSE				
	Orientierung	unmittelbares G.	kurzfristiges G.	Aufmerksamkeit	Berechnung	Sprache	Praxis
Aufnahme von Luft							
Aufnahme von Wasser							
Aufnahme von Nahrung							
Ausscheidungsvorgänge und Abfallstoffe							
Gleichgewicht Aktivität und Ruhe							
Gleichgewicht Alleinsein Interaktion							
Vorbeugung von Gefahren							
Förderung der Entwicklung							
Medizinische Versorgung sichern							
Über Auswirkungen klar sein							
Therapie durchführen							
über unbequeme medizinische Wirkung Klarheit							
Selbstbild reflektieren							
Mit Folgen d. Krankheit leben							
Selbstpflegefähigkeit							
Selbstpflegebegrenzung							
Selbstpflegedefizit							
Praxis = visuell konstruktive Fähigkeiten							
G. = Gedächtnis							

Abb.3: Kreuztest Orem / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Hier ergeben sich besonders bei der unmittelbaren und kurzfristigen Gedächtnisleistung sowie bei den Kategorien Selbstpflegefähigkeit, Selbstpflegebegrenzung und – daraus resultierend – Selbstpflegedefizit Anhaltspunkte für das Vorliegen dementieller Zustände.

Die fachgerechte Erkennung und die richtige Einordnung dieser Zustände ist aber mit der Pflgetheorie nach Orem nicht möglich.

3.4) Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel

Es handelt sich um eine Personenbezogene, Fähigkeits- und Förderorientierte Theorie, die nicht an Defiziten orientiert ist.

Oberstes Ziel ist, dass der Mensch seine Bedürfnisse entwickeln können soll und lernt, mit seinen Fähigkeiten umzugehen. Krohwinkel erweiterte die Items der Pflegemodelle nach Roper, Logan/Tierney und Orem um die „existentiellen Erfahrungen“ des Menschen.

Die fünf Teilkonzepte lauten:

- AEDL Strukturmodell
- Pflegerahmenmodell
- Pflegeprozessmodell
- Pflegemanagementmodell
- Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen

Das AEDL Strukturmodell

Die 13 Bereiche entsprechen den 11 Lebensaktivitäten nach Roper, Logan/Tierney.

1. kommunizieren
2. sich bewegen
3. vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
4. sich pflegen
5. essen und trinken
6. ausscheiden
7. sich kleiden
8. ruhen und schlafen
9. sich beschäftigen
10. sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. für eine sichere Umgebung sorgen
12. Bereich – „soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können“
13. AEDL – „mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“

Krohwinkel unterscheidet: Existenzfördernde, Existenzgefährdende Erfahrungen und Erfahrungen, die fördernd und gefährdend sein können.

Beispiele:

Die Existenz gefährdende Erfahrungen wie:

Verlust von Unabhängigkeit, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen, Sterben

Die Existenz fördernde Erfahrungen:

Wiedergewinnung von Unabhängigkeit, Zuversicht, Freude, Vertrauen, Integration, Sicherheit, Hoffnung und Wohlbefinden.

Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden:

kulturgebundene Erfahrungen wie Weltanschauungen, Glauben und Religionsausübung, lebensgeschichtliche Erfahrungen. (Altenheim Grünburg, 2009).

Werden die einzelnen Items ins Verhältnis zu den Bereichen des MMSE gesetzt, ergibt sich folgendes Bild:

Krohwinkel	MMSE						
	Orientierung	unmittelbares G.	kurzfristiges G.	Aufmerksamkeit	Berechnung	Sprache	Praxis
Kommunizieren							
Sich bewegen							
Vitalfunktionen aufrecht erhalten							
Sich pflegen							
Essen und trinken							
Ausscheiden							
Sich kleiden							
Ruhen und schlafen							
Sich beschäftigen							
Sich als Mann oder Frau fühlen							
für sichere Umgebung sorgen							
Soziale Beziehungen gestalten können							
mit existenziellen Erfahrungen umgehen							
Existenz gefährdende Erfahrungen							
Existenz fördernde Erfahrungen							
Existenz gefährdende und fördernde Erfahrungen							
Praxis = visuell konstruktive Fähigkeiten		heisst: lässt einen Rückschluss auf Demenz zu					
G. = Gedächtnis							

Abb. 4: Kreuztest Krohwinkel / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Die Kategorien Kommunikation, soziale Beziehungen gestalten können sowie die Existenz gefährdenden oder fördernden Erfahrungen lassen in dieser Theorie den Rückschluss auf das Bestehen von dementiellen Zuständen zu. Wieder sind die Bereiche Praxis und Orientierung jene Teile im MMSE, die im Kreuztest die meisten Entsprechungen finden..

Die fachgerechte Erkennung und die richtige Einordnung dieser Zustände ist aber auch mit der Pflgetheorie nach Krohwinkel nicht möglich.

4.)Die Klassifikationssysteme und deren Kreuztest mit dem MMSE

Seit der Erlassung des GuKG im Jahr 2004 gehören die Erstellung von Pflegediagnosen sowie der darauffolgende Pflegeprozess zu den Pflichten des gehobenen Pflegedienstes.

In Form eines Pflege - Assessments, in dem der allgemeine und spezielle Zustand der betroffenen Personen erhoben wird, bestimmen die diplomierten Pflegepersonen die Domänen, in denen pflegerische Unterstützung notwendig erscheint. Eine genauere Unterteilung erfolgt in den untergeordneten Klassen, die schließlich zu den einzelnen Pflegediagnosen führen. Anschließend erfolgt unter Einbeziehung der betroffenen Personen, soweit diese möglich ist, ein Ranking der Diagnosen und eine Festlegung der mit der Pflege zu erreichenden Ziele. Damit ist der eigentliche Pflegeprozess eingeleitet, die Bestimmung der Interventionen mit Zeitplan und Durchführungsfestlegung stellen den nächsten Schritt dar. Die in Alten – und Pflegeheimen gebräuchlichsten Systeme sind POP (**P**raxisorientierte **P**flegediagnostik) und NANDA (**N**orth **A**merican **N**urse **D**iagnosis **A**ssociation).

4.1) POP

Als Gegenstück zur NANDA wurde das System im und für den deutschsprachigen Bereich entwickelt. Die Pflegediagnosen sind konkrete Beschreibungen pflegerischer Einschätzungen von gesundheitsbezogenen Verhaltens – und Reaktionsweisen. Pflegediagnosen sind das erste Resultat des Pflegeassessments und haben für die weitere Erstellung des Pflegeplans eine Schlüsselfunktion.. Pflegediagnosen sind nach dem PÄSR (Pflagediagnosetitel – Ätiologie – Symptome – Ressourcen) Format bei aktuellen Pflegediagnosen, nach dem PRFR (Pflagediagnosetitel – Risikofaktoren – Ressourcen) Format bei Risiko – Pflegediagnosen und nach dem PR (Pflagediagnosetitel – Ressource) Format bei der formuliert (Stefan et.al., 2009).

Sind eine oder mehrere Voraussetzungen (= Ressourcen) für die Führung eines normalen Lebens beeinträchtigt, so ist die Selbstständigkeit des Menschen reduziert. Daraus kann, nach Einschätzung des Betroffenen und der Pflegenden, ein Unterstützungsbedarf bestimmt werden (z. B. Unterstützung in Form von Hilfsmitteln oder Hilfestellungen durch Personen) (Stefan et.al., 2009).

Die POP – Klassifikation besteht in der aktuellen Version aus 9 Bereichen (Domänen), 19 Klassen und 150 Diagnosetiteln.

1. Domäne: Luft - in der Klasse Atmung
2. Domäne: Wasser – in der Klasse Flüssigkeitshaushalt
3. Domäne: Nahrung – in der Klasse Nahrungsaufnahme
4. Domäne: Ausscheidung – in den Klassen Stuhlausscheidung, Harnausscheidung und Gewebeintegrität
5. Domäne: Aktivität und Ruhe – in den Klassen Mobilität, Selbstpflege, Selbstorganisation und Ruhe
6. Domäne: Allein sein und soziale Interaktion – in den Klassen Kommunikation und Sozialverhalten
7. Domäne: Abwendung von Gefahren – in den Klassen Körperregulation und körperliche Integrität
8. Domäne: Integrität der Person – in den Klassen Bewältigungsformen, Selbstkonzept und Selbstwahrnehmung, Spiritualität, emotionale Integrität
9. Domäne: Soziales Umfeld – in der Klasse Familiensystem (Stefan et.al., 2009).

Die POP – Klassifikation ist lizenzfrei einsetzbar, kommt aus dem deutschsprachigen Bereich und ist ausgesprochen ressourcenorientiert.

Für den Kreuztest mit dem MMSE wurden die Klassen herangezogen, weil ein Vergleich mit jeder der 150 Pflegediagnosen zu unübersichtlich werden würde bei anzunehmendem gleichem Ergebnis, da die Pflegediagnosen schließlich Details der Klassen darstellen.

Im Jahr 2002 wurde NANDA erneut als NANDA International gestartet, um das weltweit steigende Interesse zum Ausdruck zu bringen und um eine internationale Verbreitung zu ermöglichen (Mosebach, 2010).

Das Problem muss genau identifiziert sein (das P in PES). Jeder Pflegediagnose werden verschiedene, wahrscheinlich ursächliche Faktoren zugeordnet (E=Etiologie = Ätiologie). Da die Pflege geht von einem ganzheitlichen Fokus aus daher, müssen die Gründe für die Pflegediagnose in der Pathophysiologie, im Verhalten und den Umgebungsfaktoren beschrieben sein. Die Ätiologie bildet die Basis der Pflegeinterventionen und wird daher für jede Pflegediagnose beschrieben. Den Pflegediagnosen werden Zeichen und Symptome (Signs = Symptom in PES) zugeordnet (Müller -Staub, 2005).

4.2.1) Die NANDA-Taxonomie

Eine Taxonomie ist ein systematisches Ordnungssystem, anhand dessen die Pflegediagnosen leichter aufzufinden und anzuwenden sind.

Die NANDA-Taxonomie II besteht aus 13 Bereichen:

1. Gesundheitsförderung, 2. Ernährung, 3. Ausscheidung, 4. Aktivität und Ruhe, 5. Perzeption/Kognition, 6. Selbstwahrnehmung, 7. Rolle/Beziehung, 8. Sexualität, 9. Coping/Stresstoleranz, 10. Lebensprinzipien, 11. Sicherheit und Schutz, 12. Wohlbehagen, 13. Wachstum/Entwicklung. Diese 13 Bereiche sind in 46 Klassen weiter spezifiziert, die in 188 Pflegediagnosen aufgeteilt sind (Berens, 2008).

Wie bei POP wurden für den Kreuztest die einzelnen Klassen herangezogen, weil eine Abgleichung des MMSE mit den 188 Pflegediagnosen zu unübersichtlich werden würde, bei anzunehmendem gleichem Ergebnis des Kreuztests, weil die Pflegediagnosen Details der Klassen darstellen.

NANDA	MMSE						
	Orientierung	unmittelbares G.	kurzfristiges G.	Aufmerksamkeit	Berechnung	Sprache	Praxis
Domäne 1: Gesundheitsförderung							
Klasse: Gesundheitsbewusstsein							
Klasse: Gesundheitsmanagement							
Domäne 2: Ernährung							
Klasse: Nahrungsaufnahme							
Klasse: Verdauung							
Klasse: Absorption							
Klasse: Stoffwechsel							
Klasse: Hydratation							
Domäne 3: Ausscheidung							
Klasse: Harnausscheidung							
Klasse: Verdauungsausscheidung							
Klasse: Integumentausscheidung							
Klasse: Atmungssystem Ausscheidung							
Klasse: Hautausscheidung							
Domäne 4: Aktivität / Ruhe							
Klasse: Schlaf / Ruhe							
Klasse: Aktivität / Bewegung							
Klasse: Energiegleichgewicht							
Klasse: kardiovaskuläre/ pulmonale Reaktionen							
Domäne 5: Wahrnehmung / Kognition							
Klasse: Aufmerksamkeit							
Klasse: Orientierung							
Klasse: Empfinden / Wahrnehmen							
Klasse: Kognition							
Klasse: Kommunikation							
Domäne 6: Selbstwahrnehmung							
Klasse: Selbstkonzept							
Klasse: Selbstwertgefühl							
Klasse: Körperbild							
Domäne 7: Rollenbeziehungen							
Klasse: Fürsorg Rollen							
Klasse: Familienbeziehungen							
Klasse: Rollenverhalten							
Domäne 8: Sexualität							
Klasse: sexuelle Identität							
Klasse: Sexualfunktion							
Klasse: Fortpflanzung							
Domäne 9: Coping / Bewältigungsverhalten							
Klasse: Posttraumatische Reaktionen							
Klasse: Bewältigungsreaktionen							
Klasse: Neurobehavioraler Stress							
Domäne 10: Lebensprinzipien							
Klasse: Werte							
Klasse: Überzeugungen							
Klasse: Wertekompetenz							
Klasse: Überzeugungskompetenz							
Klasse: Handlungskompetenz							
Domäne 11: Sicherheit / Schutz							
Klasse: Injektionen							
Klasse: Körpervletzung							
Klasse: Gewalt							
Klasse: Umweltgefahren							
Klasse: Körperabwehr							
Klasse: Thermoregulation							
Domäne 12: Befinden							
Klasse: Körperliches Befinden							
Klasse: Umgebungsbezogenes Befinden							
Klasse: Soziales Befinden							
Domäne 13: Wachstum / Entwicklung							
Klasse: Entwicklung							
Klasse: Wachstum							

Praxis = visuell konstruktive Fähigkeiten

G. = Gedächtnis

heisst: lässt einen Rückschluss auf Demenz zu

Praxis = visuell konstruktive Fähigkeiten								
G. = Gedächtnis								
	heisst: lässt einen Rückschluss auf Demenz zu							

Abb. 6: Kreuztest NANDA / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Es gibt viele Domänen und Klassen im NANDA, die einen Rückschluss auf dementielle Zustände zulassen. Im Bereich der Orientierung sind die meisten Anhaltspunkte zu finden, weil hier ein dementieller Zustand für die Pflege am ehesten ersichtlich wird.

Ein fachgerechtes Erkennen und richtiges Einordnen von dementiellen Zuständen ist jedoch auch mit dem Klassifikationssystem NANDA nicht möglich.

5.) Ergebnisse

Weder mit den am häufigsten eingesetzten Pflgetheorien noch mit dem Klassifikationssystem NANDA lassen sich dementielle Zustände umfassend und fachgerecht erkennen oder einordnen. In allen behandelten Pflgetheorien gibt es die Möglichkeit des Rückschlusses auf das Bestehen eines dementiellen Zustandes. Im Vordergrund stehen die allgemeinen Bedürfnisse der betroffenen Personen und die daraus resultierenden Maßnahmen im Pflegeprozess. Die Möglichkeit zur Zusammenfassung der notwendigen Maßnahmen aufgrund des richtigen Erkennens und Einordnens von dementiellen Zuständen kann in der Pflege nicht wahrgenommen werden.

6.) Schlussfolgerungen

Die Brisanz der Thematik wird durch die dramatischen epidemiologischen Berichte und Prognosen deutlich. Die gesamte Pflege und die Pflegewissenschaft beschäftigt sich mit dem Umgang mit an dementiellen Zuständen erkrankten Personen, weniger aber mit einem treffenden theoretischen Hintergrund dazu. Obwohl ein offensichtlicher Bedarf besteht, wurde bisher noch keine international validierte und für Pflegefachkräfte einfach anzuwendende Pflgetheorie entwickelt, die sich innerhalb des Modells mit dem Thema der dementiellen Zustände beschäftigt und eine Möglichkeit zur Messung des Schweregrades oder des Verlaufes der Erkrankung oder deren Zuordnung bereit stellt.

Lediglich im Bundesgebiet der Schweiz gibt es Ansätze zur Entwicklung spezifischer Instrumente zur Demenzerkennung für Pflegekräfte. Die NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) Skala wurde bereits 1990 in Basel entwickelt. Die insgesamt 30 Items der NOSGER verteilen sich auf folgende Dimensionen mit jeweils 5 Items: (1)

Gedächtnis, (2) Instrumental Activities of Daily Life (IADL), (3) Körperpflege (Activities of Daily Life, ADL), (4) Stimmung, (5) Soziales Verhalten, (6) Störendes Verhalten. Es soll die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Verhaltensweisen des Patienten für die letzten zwei Wochen beurteilt werden (Brunner, 1990). Vorgegeben sind jeweils fünf Antwortmöglichkeiten von "immer" bis "nie". Das Verfahren ist für ein Screening ambulanter und stationärer Probanden mit dem Verdacht des Vorliegens einer altersbedingten Demenz vorgesehen. Die NOSGER- Skala“ wurde mit dem Ziel zusammengestellt, ein leicht verständliches Inventar von Verhaltensweisen zur Verfügung zu haben, das auch durch von Ärzten verschiedene Personen, bis zum Laien, anwendbar ist. Es können damit mehrere für klinische Studien in der Psychogeriatric relevante Bereiche - Gedächtnis, IADL, Körperpflege, Stimmung, Soziales Verhalten, Störendes Verhalten - erfasst werden (Brunner, 1990). Sie ist primär in der Früherkennung einzusetzen, eine Monitoring von Demenzverläufen, der damit verbundenen Pflegeabhängigkeit und ein Ansprechen auf mögliche Interventionen erlaubt sie allerdings nicht. Da sie parallel zu bestehenden Pflegeinstrumenten angewendet wird, ist ihr Einsatz, zumindest in Österreich, nach dem Wissen des Autors der vorliegenden Arbeit, stark begrenzt.

Aus diesen Daten ergibt sich die zwingende Forderung nach der Entwicklung neuer Screening - und Assessmentverfahren, welche unmittelbar in bestehende Pflegekonzepte im Alltag eingepflegt werden können. Im psychosozialen und psychologischen Feld braucht es eine eigene Bewertung des Pflegeaufwands, des richtigen Umgangs mit den Erkrankten, eine klare Beurteilung und Würdigung der Rolle und der Belastung der Angehörigen sowie des Betreuungs- und Pflegepersonals, bei diesem besonders in Hinsicht auf Qualifikation, Belastung und Aufgabenteilung in der Betreuung demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner (BMASK, 2009). In den Empfehlungen des Beirates für psychische Gesundheit für eine nationale Strategie zur psychischen Gesundheit vom 22.11.2009 wird auf der Basis des „Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit“ aus 2005 und dem „European Pact for Mental Health and Well – Being“ aus 2008 ein komplettes Maßnahmenpaket vorgestellt, das auch Personen mit dementiellen Zuständen betrifft. Diese Kernaussagen umreißen auf lediglich 4 Seiten das Spektrum der Tätigkeiten zur Versorgung, Betreuung und Verhinderung oder Verlangsamung von psychischen Erkrankungen ganz ausgezeichnet (BMG, 2009). Dies impliziert für Österreich die Verpflichtung zur Umsetzung dieser Kernaussagen und deren Einbettung in die bestehenden Pflegesysteme.

Auch die Profession der Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler wird sich aufgrund der Aktualität der Problematik in Zukunft vermehrt diesen Fragestellungen in

Projekten annehmen müssen, um wissenschaftliche Grundlagen für die Entwicklung praxisbezogener Pflegeinstrumente zu liefern.

7.)Literaturverzeichnis

Altenheim Grünburg, 2009, <http://www.altenheim-gruenburg.at/index.php?page=4> , Abfrage vom 01.08.2011

Berens, C., 2008, Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten, http://www.thieme.de/detailseiten/musterseiten/pdf/9783131415219_193_198.pdf , Abfrage 05.08.2011

Bienstein, C., 2007, Tagung „Wohnen mit Demenz“ des Fonds Soziales Wien. Wien, 17. Jänner 2007, in: BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), 2008, Demenzhandbuch, BMASK, Wien

BMG (Bundesministerium für Gesundheit), 2009, http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/1/4/CH1167/CMS1262851509545/nationale_strategie_zur_psychischen_gesundheit_-_fuer_homepage-veroeffentlichung.pdf , Abfrage vom 04.08.2011

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), 2008, Demenzhandbuch, BMASK, Wien, <http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/4/8/CH0184/CMS1229092151364/demenzhandbuch.pdf> , Abfrage vom 05.08.2011

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), 2009, Hochaltrigkeit in Österreich, eine Bestandsaufnahme, BMASK, Wien, http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/6/4/CH0184/CMS1240821992988/hochaltrigen_bericht_ende11.pdf , Abfrage vom 05.08.2011

Burns, E., 2009, Unterlagen im Fach „Modelle und Theorien“ im Bachelorlehrgang der Gesundheits – und Pflegewissenschaften der Medizinischen Universität Graz

Brobst, R., 2007, Der Pflegeprozess in der Praxis, Huber Hans, Hofgreffe AG, Bern

Brunner, C. & Spiegel, R., 1990, Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients, http://www.zpid.de/pub/tests/pt_2549_Testbeschreibung_NOSGER.pdf , Abfrage am 08.08.2011

Ehreke, L., Luppá, M., König, HH., Riedel-Heller, SG., 2010, Is the Clock Drawing Test a screening tool for the diagnosis of mild cognitive impairment? A systematic review, Int. Psychogeriatr. 2010 Feb;22(1):56-63, PMID: 19691908, <http://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19691908> , Abfrage vom 12.08.2011

Golding, J., 2006, Geriatric health maintenance. In: UpToDate, in: BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), 2009, Hochaltrigkeit in Österreich, eine Bestandsaufnahme, BMASK, Wien

GuKG, 2004, Bundesgesetz über Gesundheits – und Krankenpflegeberufe (Gesundheits – und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl. I Nr. 108/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 6/2004, http://www.austropersonal.com/data/GuKG_2005.pdf , Abfrage 15.07.2011

Ihl, R., Grass – Kapanake, B., Lahrem, P., Brinkmeyer, J., Fischer, S., Gaab, N., Kaupmannsennecke, C., 2000, Entwicklung und Validierung eines Tests zur Früherkennung einer Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD), Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie 2000, 68, 413 – 423, <http://han.meduni-graz.at/han/9386/https/www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/fdn/doi/10.1055/s-2000-11799.pdf> , Abfrage vom 12.08.2011

Jahn, T., 2005, in: Wallesch C.F., Förstl H., 2005, Demenzen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 95

King, JT Jr., DiLuna, ML., Cicchetti, DV., Tsevat, J., Roberts, MS., 2006, Cognitive functioning in patients with cerebral aneurysms measured with the mini mental state examination and the telephone interview for cognitive status, in: Neurosurgery. 2006 Oct;59(4):803-10, PMID: 17038944

Lancu, I., Olmer, A., 2006, The minimal state examination--an up-to-date review, Harefuah. 2006 Sep;145(9):687-90, 701, PMID: 17078433

Lang, G., Löger, B. & Amann, A., 2006, Life Quality in the Nursing Home. unpubliziertes Manuskript, Wien, in: BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), 2009, Hochaltrigkeit in Österreich, eine Bestandsaufnahme, BMASK, Wien

Langenscheidt, 2011, Online Fremdwörterbuch, <http://services.langenscheidt.de/fremdwb/fremdwb.html> , Abfrage vom 18.07.2011

Masuhr A.B., Dr.med., Neumann, M., Dr.med., 2005, Neurologie, 5., vollständig überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Menche, N., 2007, Dr. med., Pflege Heute, Lehrbuch für Pflegeberufe, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer Verlag, München

Möller, H-J., Dr. Prof., Laux, G., Dr. Prof., Deistner, A., Dr. Prof., 2009, Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Mosebach, H., 2010, Pflegediagnosen – Definitionen und Klassifikation 2009 – 2011, Recom – Verlag, Kassel, Deutschland

Neubart, R., Dr., 2009, Anforderungen an die geriatrische Pflege aus Sicht der Medizin, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, http://www.dggg-online.de/publikationen/pdf/Neubart_DGGG.pdf

Oppikofer, S., Dr., Schelling, H.R., 2005, Demenz – Pflege – Evaluation, Zentrum für Gerontologie, Stadt Zürich, http://www.sgg-ssg.ch/cms/media/pdf/DPE_Pressebericht.pdf , Abfrage vom 21.08.2011

Pschyrembel, 2011, online Pschyrembel, [http://han.meduni-graz.at/han/Pschrembel/www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=karlo46pavlovic64meduni45graz46at3110876661700&startbk=pschyrembel_pflege&bk=pschyrembel_pflege&hitnr=1&start=%2F%2F*\[%40node_id%3D%271798%27\]&anchor=el#_pschyrembel_pflege%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27s19795749%27\]](http://han.meduni-graz.at/han/Pschrembel/www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=karlo46pavlovic64meduni45graz46at3110876661700&startbk=pschyrembel_pflege&bk=pschyrembel_pflege&hitnr=1&start=%2F%2F*[%40node_id%3D%271798%27]&anchor=el#_pschyrembel_pflege%2F%2F*[%40attr_id%3D%27s19795749%27]) Abfrage vom 19.07.2011

Rappold, E., Mag. Dr. Wiss.MA., 2009, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien, in: BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), 2009, Hochaltrigkeit in Österreich, eine Bestandsaufnahme, BMASK, Wien

Scheurich, A., Muller, MJ., Siessmeier, T., Bartenstein, P., Schmidt, LG., Fellgiebel, A., 2005, Validating the DemTect with 18-fluoro-2-deoxy-glucose positron emission tomography as a sensitive neuropsychological screening test for early alzheimer disease in patients of a memory clinic, Dement Geriatr Cogn Disord. 2005;20(5):271-7., PMID: 16158009, <http://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16158009> , Abfrage vom 12.08.2011

Senioren – und Behindertenpflege, 2011, http://www.senioren-behindertenpflege.de/X_Alte%20Internetseite/nancy_roper.htm , Abfrage vom 02.08.2011

Stefan H., Allmer F., Eberl J., Hansmann R., Jedelsky, Michalek A., Pandzic R., Schalek K., Tomacek D., 2009, POP- PraxisOrientierte Pflegediagnostik, Pflegegediagnosen – Maßnahmen – Ziele, Springer – Verlag, Wien

Stemmer, R., Dr. Prof. 2003, Pflge-theorien und Pflegeklassifikationen. Pflege und Gesellschaft 8, Ausgabe. 2, S. 51 – 58

Talmelli, LF., Gratão, AC., Kusumota, L., Rodrigues, RA., 2010, Rev Esc Enferm USP. 2010 Dec;44(4):933-9, PMID: 21337774

van der Bruggen, H., 2002, Pflegeklassifikationen, Huber Hans Verlag, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle

Wackata J., Kaup B., Krautgartner M., 2001, Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich in den Jahren 1951 bis 2050, Wiener Klinische Wochenschrift (2001) 113/5–6: 172–180, Springer Verlag

Wallesch C.F., Förstl H., 2005, Demenzen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Winkler, A., Prim. Dr., 2008, Schmerz bei Demenz II, Der Einfluss von Hirnleistungsstörungen auf Nozizeption und Schmerzwahrnehmung, <http://www.springermedizin.at/img/db/docs/1908.pdf> , Abfrage vom 12.08.2011

Zünder, R., 2011, Hospital zum Heiligen Geist, Altenpflegeheim Langenargen, <http://www.langenargen.de/servlet/PB/show/1251516/Pflegekonzept%20ohne%20Organigramm.pdf> , Abfrage vom 02.08.2011

7.1) Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Kreuztest Roper / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Abb.2: Kreuztest Juchli / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Abb.3: Kreuztest Orem / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Abb. 4: Kreuztest Krohwinkel / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Abb.5: Kreuztest POP / MMSE Quelle: eigene Darstellung

Abb. 6: Kreuztest NANDA / MMSE Quelle: eigene Darstellung