

Was für den Einsatz von Pflegediagnosen bei demenzkranken Kunden spricht

# Pflegekunden besser erfassen



*Will ein Pflegedienst einem demenzkranken Kunden gerecht werden, stößt er schnell an seine Grenzen. Eine medizinische Diagnose bringt nicht viel weiter. Hilfreich ist der Einsatz von Pflegediagnosen. Vor allem ENP-Pflegediagnosen sind inzwischen so weit entwickelt, dass sie, eingesetzt bei Demenzkranken, deren Versorgungsqualität deutlich verbessern.*

*Von Hildegard Klein*

*Der Hilfe- und Pflegebedarf von demenzkranken Menschen lässt sich mit Pflegediagnosen besser erfassen.*

Foto:  
Deutsche  
Seniorenliga

**W**ie weit sind Pflegediagnosen aus dem Bereich Demenz zwischenzeitlich fortgeschritten? Reichen sie aus, um einen Patienten mit Demenz ausreichend zu erfassen? Ein im Folgenden angelegter Vergleich von **ENP**- (= European Nursing care Pathways) und **NANDA**-Pflegediagnosen soll helfen, einen Überblick zu gewinnen.

## Informationen zum Thema Demenz erheben

Vor dem Erheben einer Pflegediagnose erfolgt, laut Pflegeprozess, die Informationssammlung. Diese ist im Bereich Demenz besonders umfangreich. Das Erheben biografischer Daten, der Pflegeanamnese und die Risikoskalenauswertung der Expertenstandards – inzwischen in der ambulanten Pflege selbstverständlich – geben schon mal Aufschluss über Verhaltensweisen des zu Betreuenden beziehungsweise helfen, dass einige Missverständnisse und Annahmen über den Patienten von Anfang an vermieden werden können.

Aber für die Informationssammlung wird noch mehr benötigt. Zu-

nächst ist es sehr schwer, einen offenen, vertrauensvollen Kontakt zum Patienten/Kunden herzustellen, zum anderen ist es ebenso schwer, die genauen Kennzeichen, Symptome, möglichen Ursachen der Erkrankung und des Verhaltens sowie die verbliebenen Fähigkeiten im Bereich Demenz genau zu erfassen. Auch ist es schwierig die Informationen der Angehörigen genau auszuwerten, sind diese doch häufig dermaßen überfordert mit der Versorgung eines dementen Angehörigen, dass auch sie selbst dringend Betreuung benötigen.

In manchen Pflegediensten, in denen es speziell ausgebildete Pflegepersonen für den Bereich Demenz gibt, ist es bereits möglich, Verfahren wie das DCM (Dementia Care Mapping) anzuwenden, oder auch Aspekte der „Validation“ nach *Naomi Feil* zu berücksichtigen. Dazu ist aber eine spezielle Ausbildung erforderlich, und diese Methoden benötigen Zeit, weil viele Menschen, die an einer Demenz erkranken, häufig nur bedingt beziehungsweise nicht sofort und auch nicht wie „gewohnt“ Auskunft über sich ge-

ben können. Deshalb ist es nötig, sich zunächst ein genaues Bild von den zu Pflegenden zu machen. Das läuft bei Pflegediensten in der Regel so ab, dass zunächst alle Pflegepersonen alles, was ihnen auffällt, in den Pflegebericht schreiben. Nach zirka zwei Wochen wird dann der Pflegebericht ausgewertet und die Pflegeprobleme erhoben. So war es jedenfalls bisher.

## Von der Infosammlung zur Pflegediagnose

Wie kommt man nun aber von der Informationssammlung zur Pflegediagnose? Und welche Pflegediagnosen kann man dafür bereits nutzen? Die Pflegediagnose ist bekanntlich der zweite Schritt im Pflegeprozess. Um nun eine Pflegediagnose zu erheben, gibt es nur die Möglichkeit, sich die Literatur zu den gängigsten Pflegediagnosen zu beschaffen. Zur Auswahl stehen Bücher über NANDA-Pflegediagnosen, insbesondere:

- Pflegediagnosen und Maßnahmen von *Doenges, M. E.; Frances, M.*, u. a. (Deutschsprachige Ausgabe von *Abderhalden, C. u. Regula, R.* 2002, Bern, 3. Auflage)

- und seit 2006 nun auch ein Grundlagenwerk über ENP (*Wie-teck, Pia; Opel, Britta: Planen, Formulieren, Dokumentieren, Recomverlag 2006*).

Die folgenden Ausführungen dienen dem Zweck, diese beiden Arten von Pflegediagnosen im Bereich Demenz gegenüberzustellen, um einen Eindruck zu gewinnen, wie weit diese jeweils bereits entwickelt sind und sich für die Praxis ambulanter Pflegedienste empfehlen.

### EDV-Systeme benötigen noch etwas Zeit

Auf der Messe „Altenpflege + ProPflege 2008“ in Hannover wurde deutlich, dass Ökonomen und Pflegewissenschaftler zusammen mit EDV-Anbietern schon bald in der Lage sein werden, anwendbare Komplettlösungen auch für den ambulanten Bereich anzubieten. Im Moment benötigen diese Anwendungen aber noch viel Schulungs- und Erklärungsbedarf. Auch hier geht es um ENP- beziehungsweise NANDA-Pflegediagnosen.

Sah es zunächst so aus, als seien die am besten ausgearbeiteten Diagnosen die von NANDA, so haben nun die ENP-basierten Systeme mit ihren 577 bereits veröffentlichten Pflegediagnosen gleichwertig neben NANDA Einzug in die Pflegeprozessplanung gehalten. Im Gegensatz zu NANDA basiert ENP auf einer einheitlichen Fachsprache, der jeweils bestimmte Diagnosen zugeordnet werden. ENP wird im Rahmen einer Komplettlösung in Verbindung mit einem EDV-System

Wer sich für Pflegediagnosen interessiert, sollte sie in der Praxis ausprobieren

*Tabelle 1: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von ENP und NANDA-Pflegediagnosen (Ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Quelle: H.Klein*

| ▶ Pflegediagnosen im Vergleich  |  | Tabelle 1 |
|---|--|-----------|
| ENP (European Nursing care Pathways) Pflegediagnosen  | NANDA-Pflegediagnosen  |           |
| Anzahl der veröffentlichten Pflegediagnosen: 516 (Version 2.4.)   | Anzahl der veröffentlichten Pflegediagnosen: 188 (2007-2008)   |           |
| Kann in Kombination mit den bekannten Pflegemodellen angewandt werden, zum Beispiel AEDL  | Kann in Kombination mit den bekannten Pflegemodellen angewandt werden, zum Beispiel AEDL   |           |
| Bezieht Ressourcen mit ein, problem- und ressourcenorientiert   | Bezieht Ressourcen nicht mit ein, eher problemorientiert. Ressourcen müssen extra hinzugefügt werden   |           |
| Pflegediagnose = Pflegeproblem + Ursache + Kennzeichen + Ressource ENP®, Pflegeziele und -interventionen werden zu einer Praxisleitlinie verknüpft  | Pflegediagnose = P = Pflegeproblem + E = Etiologie (bedingt durch) + S=Symptom (angezeigt durch)   |           |
| Einheitliche Pflegefachsprache, einfach und klar verständlich   | International ausgerichtet, muss jeweils verständlich für den Patienten angepasst werden   |           |
| Für alle Bereiche anwendbar, Ursprung liegt in der Akutpflege. Seit 2006 gut verständliche Literatur zur Anwendung in der stationären Altenpflege   | Schwerpunkt liegt noch auf der Akutpflege, Anwendung in Altenpflege und ambulanter Pflege in Entwicklung   |           |
| Kann zu Übungszwecken handgestrickt angewendet werden, ist verständlich, läuft in der Regel in Kombination mit einem EDV-System.  | Kann handgestrickt angewendet werden, ist aber sehr viel Arbeit, Anwendung in Kombination mit einem EDV-System ratsam  |           |
| In Kombination mit Zielen und Maßnahmen schon sehr weit ausgereift  | Kann zum Beispiel mit NIC (Nursing Intervention Classification) und NOC (Nursing Outcomes Classification) verknüpft angewandt werden. Dann wird ähnliche Komplexität wie bei ENP erreicht.   |           |
| Berücksichtigt MDK-Anforderungen  | Berücksichtigt keine MDK-Anforderungen, müssen hinzugefügt werden  |           |
| Beispiele aus verschiedenen Pflegebereichen vorhanden, z. B. stationäre Altenpflege, Krankenhaus, ambulante Pflege, Psychiatrie, Rehabilitation und behinderten Pflege 2008.  | Beispiele aus Psychiatrie und Akutpflege vorhanden. In <i>Doenges Morhouse</i> wird beschrieben, dass für die Prozessdokumentation noch eigene Formulierungen ergänzt werden müssen. Siehe Doenges S. 925 ff.  |           |
| In den Pflegeplan kommen alle Probleme des Patienten, die von der Pflegeperson ausgewählt werden. Interventionen sind variabel.   | In den Pflegeplan werden auch Verdachtsdiagnosen mit einbezogen; das führt zu Überschneidungen mit der Risikoerhebung bei der Informationssammlung   |           |
| Praktische Anwendung i.d.R. in Kranken- u. Altenpflegeschulen und zu Forschungszwecken. In der ambulanten Pflege läuft bisher nur die Informationssammlung (Elektronische Patienten Akte) und die Pflegeplanung per EDV, die Pflegedokumentation wird weiterhin auf Papier vor Ort beim Patienten gemacht. In der stationären Pflege läuft ENP bereits in einigen Einrichtungen völlig ohne Papier. | Praktische Anwendung in einigen Einrichtungen (Auswahl von Pflegediagnosen wird per Hand eingearbeitet). I. d. R. in Kranken- u. Altenpflegeschulen und zu Forschungszwecken. In der ambulanten Pflege läuft bisher nur die Informationssammlung (z. B. in Kombination mit RAI) und die Pflegeplanung per EDV, die Pflegedokumentation wird weiterhin auf Papier vor Ort beim Patienten gemacht. Reine EDV-Lösungen im stationären |           |
| Durch eine einfache, klare Fachsprache ist ENP gut verständlich.  | Reine EDV-Lösungen im stationären Bereich nicht bekannt. Unklar ist, inwieweit diese Systeme bereits von Pflegenden verstanden werden. Altenpflege 2008: umsetzbar mit hohem Schulungsbedarf. Wird in der Regel noch ohne standardisierte Ziele und Interventionen genutzt.  |           |

### ▶ Problem + Lösung

**Problem:** Die Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen ist zeitaufwendig und muss individuell auf die Bedarfe des Pflegekunden zugeschnitten werden.

**Lösung:** Der Einsatz von Pflegediagnosen hilft, notwendige Pflegemaßnahmen gegenüber MDK und Kostenträgern zu argumentieren. Pflegediagnosen tragen so zu mehr Pflege- und Lebensqualität bei.



| ▶ ENP und NANDA-Pflegediagnosen zum Bereich Alzheimer/Demenz im Vergleich <span style="float: right;">Tabelle 2</span> |   |  |   |
|--|---|--|---|
| AEDL   | Pflegeproblem des Patienten laut Beispiel   | ENP-Pflegediagnosen mit EDV-System Grips erhoben   | NANDA-Pflegediagnosen 2007-2008 (Berger et. al., Recom 2008)  |
| Kommunizieren können   | Die Patientin hat: Gedächtnislücken, eingeschränkte Wahrnehmung, Desorientierung (verkürzt wiedergegeben) | <p><b>Pflegediagnose: Version 2.4</b><br/>Der Patient ist aufgrund einer beeinträchtigten Informationsverarbeitung in der Selbstfürsorge eingeschränkt</p> <p><b>Kennzeichen/Symptom:</b> aufgenommene Infos können nicht/nur schwer selektiert werden<br/> <b>Ursache /Ätologie:</b> kognitive Fähigkeiten sind eingeschränkt<br/> <b>Ressourcen:</b> Kann einfache, kurze Sätze verstehen<br/> <b>Ziel:</b> Fühlt sich angenommen und akzeptiert<br/> <b>Pflegediagnose:</b> Der Patient kann sich nur schwer auf Gespräche konzentrieren, es besteht eine beeinträchtigte Interaktion<br/> <b>Kennzeichen/Symptom:</b> Antwort ist nicht adäquat zum Gesprächsinhalt/Gesprächsfluss<br/> <b>Ursache /Ätologie:</b> Demenzielle Veränderung<br/> <b>Ressourcen:</b> Kann sich auf kurze Gespräche konzentrieren<br/> <b>Ziel:</b> Alle wichtigen Informationen werden aufgenommen. Kann dem Gespräch konzentriert zuhören<br/> <b>Pflegediagnose:</b> Der Patient zieht sich vom sozialen Geschehen zurück, es besteht das Risiko der sozialen Isolation<br/> <b>Kennzeichen/Symptom:</b> Der Patient ist aufgrund von Merk-/Gedächtnisstörungen in der Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt; er ist aufgrund von Desorientierung in der selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt; er kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten</p> | <p><b>Pflegediagnose: 2.1.1.1.</b><br/>Beeinträchtigte verbale Kommunikation, Def.: Reduzierte, verzögerte oder fehlende Fähigkeiten, Zeichen zu empfangen, zu verarbeiten, weiterzugeben bzw. zu benutzen</p> <p><b>Bestimmende Merkmale:</b><br/>Desorientierung gegenüber Personen, Schwierigkeiten, Gedanken sprachlich auszudrücken(z. B. Aphasie, Dysphasie, Apraxie,Dislexie)</p> <p><b>Beeinflussende Faktoren:</b><br/>Veränderte Wahrnehmung, verändertes Selbstkonzept, veränderte Durchblutung im Gehirn, verändertes zentrales Nervensystem.</p> |
| Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können  | Sturzgefahr Weglauftendenz  | <p><b>Pflegediagnose:</b><br/>Der Patient hat ein <b>Sturzrisiko</b></p> <p><b>Kennzeichen:</b> Bekannte Stürze in der Anamnese<br/> <b>Ursache /Ätologie:</b> Orientierungsstörung<br/> <b>Ressource:</b> Akzeptiert Nachtbeleuchtung, meldet sich bei Bedarf bei Ehemann<br/> <b>Ziel:</b> Sturzgefahr ist reduziert<br/> <b>Pflegediagnose:</b> Der Patient zeigt Weglauftendenzen, es besteht das Risiko der Selbstgefährdung<br/> <b>Kennzeichen/Symptom:</b> Findet nicht mehr in den Lebensraum zurück. Umtriebigkeit und psychomotorische Unruhe<br/> <b>Ursache /Ätologie:</b> Alzheimer<br/> <b>Ressource:</b> Freut sich, wenn sie wieder nach Hause zurück/in den Wohnbereich kommt.<br/> <b>Ziel:</b> Weglaufen der Patientin ist sofort erkannt</p>  | <p><b>Pflegediagnose: 1.6.1.7.</b><br/>Risiko eines Sturzes</p> <p><b>Risikofaktoren:</b><br/>Kognitiv: verminderter psychischer Zustand</p>  |

angeboten. NANDA kann mit verschiedenen Klassifikationssystemen verknüpft werden (siehe *Tabelle 1*).

### Entscheidungshilfe durch den direkten Vergleich

Ein solcher Vergleich sieht auf den ersten Blick so aus, als vergleiche man Äpfel mit Birnen. Doch kann ein Pflegedienst sich die Entscheidung für die richtige Pflegediagnose erleichtern, indem er beispielsweise die ENP- und NANDA-Pflegediagnosen zum Thema Demenz nebeneinanderstellt.

Um bei diesem Beispiel zu bleiben: Ziel ist es, einen Eindruck da-

von zu geben, wie unterschiedlich NANDA und ENP an diese Fragestellungen rund um das Krankheitsbild Senile Demenz/Alzheimer herangehen. Weiterhin ist es interessant zu sehen, inwieweit sich beide Systeme bereits mit dem Thema Demenz auseinandergesetzt haben.

Die in *Tabelle 2* aufgelisteten Pflegediagnosen beziehen sich wegen der Komplexität des Themas lediglich auf die AEDL 1 und 11 der Strukturierungshilfe des Pflegemodelles von *Monika Krohwinkel*. Ausgewählt wurde das Beispiel der Frau T. aus dem oben bereits erwähnten Buch „Planen, Formu-

lieren, Dokumentieren“ von Pia Wieteck und Britta Opel (S. 441). Die Pflegeprobleme im Bereich Körperpflege sowie Stuhl- und Urininkontinenz wurden nicht berücksichtigt.

Erstaunlich ist, wie genau die Pflegediagnosen von ENP das Pflegeproblem differenzieren können. Im Bereich Kommunikation gibt es dort bereits drei verschiedene Ebenen der Differenzierung von Pflegediagnosen (vgl. Wieteck 2006: S. 103 ff.):

1. Pflegediagnosen im Zusammenhang mit dem Kommunikations-



stil; es folgen zehn verschiedene Pflegediagnosen,

2. Pflegediagnosen im Zusammenhang mit: „Beeinträchtigte Interaktion“; es folgen sieben verschiedene Pflegediagnosen,

3. Pflegediagnosen: „Sprach- und Sprechstörungen“; es folgen acht verschiedene Pflegediagnosen.

Alleine aufgrund der Anzahl (= 25 Pflegediagnosen im Bereich: „Kommunizieren können“), stößt man bei NANDA auf 15 Pflegediagnosen, von denen sich jedoch nur die beeinträchtigte verbale Kommunikation (siehe *Tabelle 1*) eindeutig auf die Diagnose Demenz anwenden lässt.

### ENP-Diagnosen bei Demenz weiter ausgearbeitet

Somit kann also gesagt werden, dass sich die Pflegediagnosen von ENP inzwischen sehr weit entwickelt haben, sprachlich sehr gut verständlich sind und im Bereich der AEDL: „Kommunizieren können“ bei Demenz bereits erheblich weiter ausgearbeitet sind als die NANDA-Pflegediagnosen. Vorliegender Vergleich ist natürlich nur der Versuch einer „Momentaufnahme“, was ist aber nun dem ambulanten Pflegedienst zu raten?

Wer sich für Pflegediagnosen interessiert, sollte es ausprobieren, damit zu arbeiten. Es ist nur eine Frage der Zeit, wann sie kommen. Auf der Messe „Altenpflege + ProPflege 2008“ in Hannover war jedenfalls der Stand der Kollegen beim Seminar zum Thema Pflegediagnosen der, dass einige Kollegen aus dem Bereich südliches Niedersachsen bereits mit Pflegediagnosen arbeiten. Sie werden regelmäßig vom MDK aufgefordert, behandlungspflegerische Maßnahmen mit Pflegediagnosen zu begründen. Die Mehrheit hatte bereits davon gehört. Der Rest der Teilnehmer war noch nicht informiert. ■

#### Mehr zum Thema ▼

E-Mail-Kontakt zur Autorin:  
[info@hildegard-klein.de](mailto:info@hildegard-klein.de),  
[www.hildegard-klein.de](http://www.hildegard-klein.de)

Es ist nur eine Frage der Zeit, bis Pflegediagnosen zum Einsatz kommen



**Hildegard Klein,**  
*Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Fachkrankenschwester für ambulante Pflege, Beraterin und Coach*



Stille Post war früher...

C&S Mobile®

Mobile Leistungserfassung in der ambulanten Pflege – jetzt ausgezeichnet mit dem Solution Award mobility im Gesundheitswesen!



- ✓ Mehr Freiräume für die Patientenbetreuung durch optimierte Kommunikationsprozesse für Pflege und Verwaltung
- ✓ Einfache, problemlose Anbindung an die Zentrale für den Datenabgleich
- ✓ Durchgängige Lösung von der Patientenaufnahme über das Pflegemanagement bis hin zur Personaleinsatzplanung und Abrechnung

Informieren Sie sich gleich hier:

C&S Info-Telefon: +49 821-2582-0  
oder per Internet: [mobile.managingcare.de](http://mobile.managingcare.de)

Ihr Partner mit Know-how – Software – Service  
C&S Computer und Software GmbH, 86153 Augsburg  
[info@managingcare.de](mailto:info@managingcare.de) | [www.managingcare.de](http://www.managingcare.de)

