

Pflegeabhängigkeit von Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege – erste Ergebnisse für Tirol.

Karoline Schermann, Daniela Deufert

Menschen mit Demenz benötigen mehr Unterstützung von Seiten der Pflegepersonen als Menschen ohne dementielle Veränderungen. Ziel der Studie war, die Pflegeabhängigkeit von Menschen mit Demenz in Tiroler Pflegeheimen abhängig vom Schweregrad der Demenz aufzuzeigen. Dafür wurden mittels Fremdeinschätzung Daten von 235 Bewohner/innen mit den Instrumenten Pflegeabhängigkeitskala (PAS) und Functional Assessment Staging (FAST) erhoben. Im Bereich der Kommunikation konnten anhand der PAS signifikante Unterschiede zwischen Bewohner/innen mit der FAST-Stufe 4-6 und der FAST-Stufe 7 bei mittlerer Pflegeabhängigkeit festgestellt werden. Abhängig vom Schweregrad der Demenz konnten auch bei Personen mit einer hohen Pflegeabhängigkeit Unterschiede in den Pflegeabhängigkeitsbereichen aufgezeigt werden.

Care Dependency in Nursing Home Residents with Dementia – first Data for Tyrol.

Care dependency of people with dementia shows differences depending on the severity of the disease. Caregivers have to recognize the individual needs of the residents and promote them to utilize their resources.

Korrespondenzadresse

Karoline Schermann
UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik
Department für Pflegewissenschaft
Eduard Wallnöfer-Zentrum 1
A-6060 Hall in Tirol

Eingereicht am 13.02.2017

Akzeptiert am 08.05.2017

DOI: 10.3936/1504

EINLEITUNG

Menschen mit Demenz entwickeln im Laufe ihrer Erkrankung spezifische Bedürfnisse, welche bei der Betreuung in Langzeitpflegeeinrichtungen berücksichtigt werden müssen. Dabei ist zu beachten, dass sich die Bedürfnisse nicht nur in Abhängigkeit zum Schweregrad der Demenz verändern, sondern vom Alter der betroffenen Person, der Dauer ihres Aufenthalts im Pflegeheim und einem verstärkten herausfordernden Verhalten beeinflusst werden können (Hancock et al, 2006). Neben anderen chronischen Erkrankungen, die mit zunehmendem Alter auftreten wie z.B. Koronare Herzkrankheit, Hypertonie oder Diabetes, ist die Demenz jene Erkrankung, die den höchsten Grad der Pflegeabhängigkeit mit sich bringt (Prince et al, 2013). Menschen mit Demenz benötigen mehr Unterstützung von Seiten der Pflegepersonen als Menschen ohne dementielle Veränderungen. Dies betrifft alle Aktivitäten des täglichen Lebens wie z.B. die Durchführung der Körperpflege, das An- und Auskleiden sowie das Essen und Trinken.

Laut Dijkstra et al (1996) liegt Pflegeabhängigkeit dann vor, wenn die/der Betroffene ihre/seine menschlichen Grundbedürfnisse nicht selbständig oder nur in geringem Ausmaß selbständig stillen kann. Die „Abhängigkeit von personeller Hilfe, die durch ein Missverhältnis zwischen gesundheitsbedingten Einbußen, Belastungen und Anforderungen einerseits und den individuellen Ressourcen“ (Wingenfeld & Büscher, 2011, S. 193) der/des Betroffenen andererseits entsteht, ist ein zentrales Kennzeichen der Pflegebedürftigkeit. Bartholomeyczik (2004) weist darauf hin, dass Pflegebedürftigkeit schwer zu operationalisieren ist und nicht auf die Durchführung von Alltagsaktivitäten, wie sie in Pflegemodellen zum Beispiel als Aktivitäten des täglichen Lebens definiert werden, reduziert werden darf. Darüber hinaus gibt es Pflegebedürftige, die in der Durchführung der Alltagsaktivitäten nicht beeinträchtigt sind, deren Lebenssituation jedoch von Trauer oder Schmerz geprägt ist und sie dadurch Unterstützung von Seiten der Pflegepersonen benötigen (Bartholomeyczik, 2004). Aufgabe der Pflegepersonen ist es daher, der pflegebedürftigen Person von der Abhängigkeit zur größtmöglichen Unabhängigkeit in allen Bereichen des Lebens zu verhelfen. Dies wird durch ein individuelles Assessment im Verlaufe des Pflegeprozesses ermöglicht (Lohrmann, 2004).

HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG

Durch die Verwendung von Assessmentinstrumenten wie z.B. das Camberwell Assessment of Needs in Elderly (CANE) (Hancock et al, 2006), die Physical Self Maintenance Scale (PSMS) (Lawton & Brody, 1969) oder die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) (Eichhorn-Kissel & Lohrmann, 2009; Dijkstra et al, 1996) können die Grundbedürfnisse der Bewohner/innen erfasst werden und notwendige Unterstützungsmaßnahmen abgeleitet werden (Eichhorn-Kissel & Lohrmann, 2009; Dijkstra et al, 1996).

In den vergangenen Jahren wurde in internationalen Studien (Dijkstra et al, 2015; Schüssler et al, 2014; Caljouw et al, 2014) die PAS zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit von Menschen mit Demenz eingesetzt.

Schüssler et al (2014) konnten zwar aufzeigen, dass Menschen mit Demenz im Vergleich zu Menschen ohne dementielle Erkrankung einen höheren Pflegeabhängigkeitsgrad haben, jedoch liegen in Österreich keine Daten über die Pflegeabhängigkeit in Abhängigkeit vom Schweregrad der Demenz vor.

Ziel der Studie war, die Pflegeabhängigkeit von Menschen mit Demenz in Tiroler Pflegeheimen abhängig vom Schweregrad der Demenz aufzuzeigen.

METHODEN

Der Studie liegt ein quantitatives, deskriptives Querschnittsdesign zugrunde.

Stichprobenbildung

Sowohl bei der Auswahl der Wohn- und Pflegeheime als auch bei der Rekrutierung der Bewohner/innen handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Pflegedienst- bzw. Heimleitungen wurden persönlich über das Forschungsprojekt informiert. Die Teilnahme an der Studie erfolgte auf freiwilliger Basis. Aus praktischen Gründen und aufgrund der erforderlichen Ressourcen für die Pflegepraxis konnten die Pflegeheime nicht zufällig rekrutiert werden.

Insgesamt nahmen 28 Pflegeheime in Tirol an der Studie teil. Für die Bewohner/innen wurden folgende Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie formuliert:

- Dauerhafter Aufenthalt im Pflegeheim seit mehr als einem Monat
- Vorliegen einer demenziellen Erkrankung, operationalisiert entweder durch
 - entsprechende ärztliche Diagnose oder
 - eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, operationalisiert durch den Mini-Mental-Status-Test (MMST); MMST-Wert ≤ 24 Punkte
- Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie
- Bei nicht-einwilligungsfähigen Personen: Vorliegen einer durch die Sachwalterin / den Sachwalter erteilten Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie – dafür musste im Vorfeld geklärt werden, ob die Sachwalterin /der Sachwalter für alle Angelegenheiten oder nur eine Auswahl von Angelegenheiten bestellt ist. Je nachdem ist die zusätzliche Information / Einwilligungserklärung der Probandin / des Probanden mehr oder weniger relevant.

Die Vorinformation, die Kontaktaufnahme bzw. das Versenden des Informationsschreibens zur Teilnahme an der Studie an potenzielle Bewohner/innen, deren Angehörigen bzw. Sachwalter/innen erfolgte durch die Pflegedienst- bzw. Heimleitungen der teilnehmenden Pflegeheime. Für Bewohner/innen mit einer diagnostizierten Demenz, die nicht besachwaltet waren, wurde von den Pflegepersonen eine Vorentscheidung bzgl. einer möglichen Teilnahme an der Studie getroffen.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte von November 2013 bis Juli 2015 mit den standardisierten Fremdeinschätzungsinstrumenten PAS (Pflegeabhängigkeitsskala) (Eichhorn-Kissel & Lohrmann, 2009; Dijkstra et al, 1996) für das Erfassen der Pflegeabhängigkeit und FAST (Functional Assessment Staging) (Sclan & Reisberg, 1992) für das Erfassen des Schweregrads der Demenz.

Ergänzend wurden die soziodemographischen Daten Alter, Geschlecht, Dauer des Aufenthalts im Pflegeheim, die Pflegestufe nach dem österreichischen Bundespflegegeldgesetz (BGBl. I Nr. 12/2015) und der MMST-Wert erhoben.

Hierbei ist zu erwähnen, dass der MMST-Wert nicht im Rahmen der Studie erhoben wurde, sondern die Ergebnisse aus früheren Einschätzungen anhand der Patientendokumentation verwendet wurden.

Die Datenerhebung erfolgte durch Studienassistentinnen und Pflegepersonen in den teilnehmenden Pflegeheimen. Die Studienassistentinnen unterstützten die Pflegepersonen bei der Einschätzung der Bewohner/innen. Hierbei war wichtig, dass die Pflegepersonen 14 Tage retrospektiv die Pflegesituation einschätzen konnten. Die teilnehmenden Bewohner/innen wurden nicht direkt in die Datenerhebung einbezogen.

Einschätzungsinstrumente

Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) wurde von Dijkstra et al (1996) in den Niederlanden zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit von Menschen mit psychogeriatrischen Erkrankungen oder einer geistigen Beeinträchtigung entwickelt. Die Fremdeinschätzung durch die Pflegepersonen erfolgt anhand folgender Items: *Essen und Trinken, Kontinenz, Körperhaltung, Mobilität, Tag- und Nachtrhythmus, An- und Auskleiden, Körpertemperatur, Körperpflege, Vermeiden von Gefahren, Kommunikation, Kontakte mit anderen, Sinn für Regeln und Werte, Alltagsaktivitäten, Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung und Lernfähigkeit*. Die Einschätzung der 15 Items der PAS erfolgt anhand einer fünfstufigen Likertskala von völlig unabhängig bis völlig abhängig (siehe Tabelle 1) (Eichhorn-Kissel & Lohrmann, 2009).

Aus den Antworten zu den einzelnen Items können Werte zwischen 15 und 75 berechnet werden, wobei niedrige Werte eine höhere Pflegeabhängigkeit bedeuten. Das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit wird unterteilt in *hohe Pflegeabhängigkeit* (15 - 44 Punkte), *mittlere Pflegeabhängigkeit*

(45 - 59 Punkte) und *niedrige Pflegeabhängigkeit* (60 - 75 Punkte) (Eichhorn-Kissel & Lohrmann, 2009).

Das Functional Assessment Staging (FAST)

Mit dem siebenstufigen Functional Assessment Staging (FAST) kann der Verlust von komplexen physischen Funktionen, welchen multifaktorielle Ursachen zu Grunde liegen können, erhoben werden (Franssen & Reisberg, 1997). Durch die FAST kann sowohl der Verlauf der Demenzerkrankung als auch die Pflegebedürftigkeit eingeschätzt werden (siehe Tabelle 2, nächste Seite) (Reisberg, 2007).

Datenauswertung

Für die vorliegende Studie wurde eine Sekundärdatenanalyse der Daten aus dem Projekt *Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Tiroler Wohn- und Pflegeheimen (LQDemTyrol)* durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS für Windows Version 20.0 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL). Die deskriptive Datenauswertung erfolgte durch Berechnung der Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimum und Maximum. Die Berechnung möglicher Unterschiede in der Pflegeabhängigkeit nach Schweregrad der Demenz erfolgte unter Verwendung des T-Tests. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha=5\%$ festgelegt.

Ethische Aspekte

Für das Projekt LQDemTyrol lag ein positives Votum des research committee for scientific and ethical questions (rcseq) der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) vor (RCSEQ 298/13).

ERGEBNISSE

Stichprobe

Insgesamt konnten die Daten von 235 Bewohner/innen ausgewertet werden. Von den untersuchten Personen waren 183 (77,9%) Frauen und 52 (22,1%) Männer im Alter zwischen 44 und 101 Jahre (Mw 83,7; SD +/- 9,16). Über die Hälfte (55,3%; n=130) der Studienteilnehmer/innen war 85 Jahre und älter. Die meisten Personen befanden sich in den österreichischen Pflegestufen 5 (31,5%; n=74) und 6 (22,6%; n=53). Die eingeschätzten Bewohner/innen lebten zwischen einem Monat und 14 Jahren (Mw 3,46; SD +/- 7,66) in dem jeweiligen Pflegeheim (siehe Tabelle 3, nächste Seite).

Stufen der Likertskala	Bedeutung der Antwort
Völlig unabhängig	Alles wird eigenständig getan
Überwiegend unabhängig	Eigenständigkeit mit wenig Hilfe oder Anleitung
Teilweise abhängig	Eingeschränkte Eigenständigkeit, Hilfestellung bzw. Anleitung sind notwendig
Überwiegend abhängig	Stark eingeschränkte Eigenständigkeit, Hilfe bzw. Anleitung oft in größerem Umfang notwendig
Völlig abhängig	Keine Eigenständigkeit, Hilfe bzw. Anleitung immer notwendig

Tabelle 1: Antwortkategorien der PAS (Eichhorn-Kissel & Lohrmann, 2009)

FAST-Stufe	Charakteristika	Schweregrad der Demenzerkrankung
1	Keine subjektiven oder objektiven Funktionseinschränkungen	Keine kognitiven Einbußen – gesunder Erwachsener
2	Subjektive Vergesslichkeit z.B. vergisst gut bekannte Namen, vergisst wo Gegenstände hingelegt wurden	Sehr geringe kognitive Einbußen – gesunder, alternder Erwachsener
3	Schwierigkeiten werden von der familiären Umgebung wahrgenommen; Einschränkungen in Bezug auf die Orientierung an bekannten Orten	Geringe kognitive Einbußen – beginnende Demenz
4	Einschränkungen bzgl. Kurzzeitgedächtnis, Rechenfähigkeit, Mobilität	leichte kognitive Einbußen – leichte Demenz
5	Einschränkungen in der zeitlichen und örtlichen Orientierung, Hilfe bei der Kleiderauswahl ist notwendig	Mäßige kognitive Einbußen – mäßige Demenz
6	Schwere Einschränkungen in der Orientierung, Hilfe beim Essen und Trinken, bei der Körperpflege ist notwendig, Auftreten von Inkontinenz	Mittelschwere kognitive Einbußen – mittelschwere Demenz
7	Schwere Einschränkungen in der Sprechfähigkeit (Sprachverlust), schwere motorische Einschränkungen	Schwere kognitive Einbußen – schwere Demenz

Tabelle 2: Einteilung des Schweregrads der Demenzerkrankung mittels FAST (Reisberg, 2007)

Bei 63 Bewohner/innen (26,8%), die an der Studie teilnahmen, lag trotz einer ärztlich diagnostizierten Demenzerkrankung kein MMST-Wert vor. Der in der Einrichtung dokumentierte MMST-Wert der untersuchten Bewohner/innen (73,2%; n=172) lag zwischen 0 und 30 (Mw 13,71; SD +/- 7,66). Bei 20 (8,5%) Personen lag ein MMST-Wert von 0 Punkten vor, da der Test laut Aussage des Pflegepersonals nicht mehr durchführbar war (s. Tab. 3).

Schweregrad der Demenz und Pflegeabhängigkeit

Die Einschätzung der kognitiven Veränderungen und der damit verbundene Demenzschweregrad wurden mit der FAST erhoben. 80 Personen (34%) wurden in die Stufe 7 der FAST (= schwere Demenz) eingestuft. In die FAST-Stufen 4-6 (= leichte bis mittelschwere Demenz) wurden insgesamt 146 Bewohner/innen (62,1%) eingestuft. In den FAST-Stufen 1-3 befanden sich neun Bewohner/innen (3,9%), die für die weitere Datenanalyse ausgeschlossen wurden. In Tabelle 4 (siehe nächste Seite) ist ersichtlich, in welchem Pflegeabhängigkeitsbereich sich Personen mit der FAST-Stufe 4-6 bzw. FAST-Stufe 7 befanden. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen konnten nur in Bezug auf die hohe Pflegeabhängigkeit ermittelt werden ($p \leq 0,000$).

Anhand der Gesamtpunktzahl der PAS konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der FAST-Stufe 4-6 und der FAST-Stufe 7 in Bezug auf den niedrigen ($p=0,116$) und den mittleren Pflegeabhängigkeitsbereich festgestellt werden ($p=0,533$). Da sich die Gesamtpunktzahl jedoch auf 15 Items bezieht, werden im Folgenden die Unterschiede in der Pflegeabhängigkeit in Abhängigkeit zum Schweregrad der Demenz auf Itemebene der PAS dargestellt (siehe Tabelle 5, Seite 123/4).

Mittlere Pflegeabhängigkeit differenziert nach Schweregrad der Demenz

Beim Vergleich der Bewohner/innen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz und jenen Personen mit einer schweren Demenz konnte anhand des Items *Kommunikation* ein statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,000$) bei jenen Personen festgestellt werden, bei denen eine mittlere Pflegeabhängigkeit eingeschätzt wurde (s. Tab. 5). Dies bedeutet, dass Menschen mit einer schweren Demenz im Bereich der Kommunikation mehr Unterstützung durch Pflegepersonen benötigen als Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz (s. Abb. 1). Obwohl anhand der anderen Items keine statistische Signifikanz festgestellt werden konnte ($p > 0,05$), erreichten die Personen in der FAST-Stufe 7 in den Items *Mobilität*, *Körperhaltung*, *Kontinenz*, *Essen und Trinken*, *Lernfähigkeit*, *Alltagsaktivitäten*

n = 235	N (%)
Männlich	52 (22,1%)
Weiblich	183 (77,9%)
Alter (in Jahren)	Mw 83,7 (Min. 44; Max. 101; SD +/- 9,16)
Alterskategorien	
≤ 64 Jahre	12 (5,1%)
65 – 74 Jahre	20 (8,5%)
75 – 84 Jahre	73 (31,1%)
≥ 85 Jahre	130 (55,3%)
Keine Pflegestufe	2 (0,9%)
Pflegestufe 1	2 (0,9%)
Pflegestufe 2	12 (5,1%)
Pflegestufe 3	38 (16,2%)
Pflegestufe 4	49 (20,9%)
Pflegestufe 5	74 (31,5%)
Pflegestufe 6	53 (22,6%)
Pflegestufe 7	5 (2,1%)
Aufenthalt im Pflegeheim (in Jahren)	Mw 3,46 (Min. 1 Monat; Max. 14 Jahre; SD +/- 3,08)
MMST (n=172)	Mw 13,71 (Min. 0; Max. 30; SD +/- 7,66)

Tabelle 3: Charakteristika der Stichprobe

tion ein statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,000$) bei jenen Personen festgestellt werden, bei denen eine mittlere Pflegeabhängigkeit eingeschätzt wurde (s. Tab. 5). Dies bedeutet, dass Menschen mit einer schweren Demenz im Bereich der Kommunikation mehr Unterstützung durch Pflegepersonen benötigen als Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz (s. Abb. 1). Obwohl anhand der anderen Items keine statistische Signifikanz festgestellt werden konnte ($p > 0,05$), erreichten die Personen in der FAST-Stufe 7 in den Items *Mobilität*, *Körperhaltung*, *Kontinenz*, *Essen und Trinken*, *Lernfähigkeit*, *Alltagsaktivitäten*

Pflegeabhängigkeitsbereich	FAST 4-6		FAST 7		p-Werte (t-Test)
	N (%)	Mw (SD)	N (%)	Mw (SD)	
Niedrige Pflegeabhängigkeit (PAS 1)	38 (16,2)	66,53 (+/- 3,998)	1 (0,4)	60,00 (+/- 0)	0,116
Mittlere Pflegeabhängigkeit (PAS 2)	55 (23,4)	51,53 (+/- 4,290)	10 (4,3)	50,60 (+/- 4,377)	0,533
Hohe Pflegeabhängigkeit (PAS 3)	53 (22,6)	34,45 (+/- 7,181)	69 (29,4)	23,94 (+/- 7,690)	≤ 0,000

Tabelle 4: Pflegeabhängigkeit nach Schweregrad der Demenz

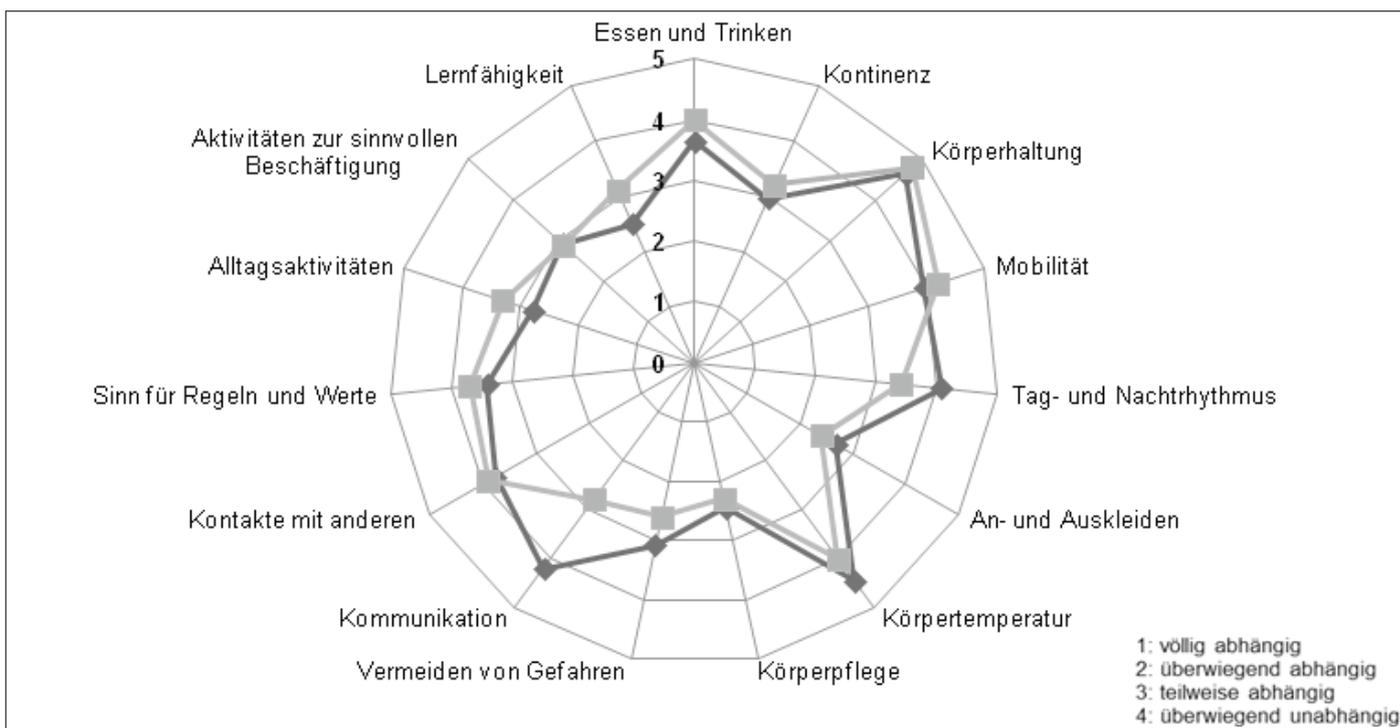


Abbildung 1: Mittlere Pflegeabhängigkeit (PAS 2) nach Schweregrad der Demenz

sowie *Sinn für Regeln und Werte* höhere Mittelwerte in Bezug auf die Pflegeabhängigkeit (s. Tab. 5) als die Bewohner/innen in der FAST-Stufe 4-6, was für eine geringere Abhängigkeit der Menschen mit einer schweren Demenz von den Pflegepersonen spricht (s. Abb. 1).

Hohe Pflegeabhängigkeit differenziert nach Schweregrad der Demenz

Bei Personen mit hoher Pflegeabhängigkeit lagen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bewohner/innen mit der FAST-Stufe 4-6 und der FAST-Stufe 7 vor ($p \leq 0,05$). Diese Unterschiede konnten anhand der Items *Kontinenz* ($p=0,036$), *Körperpflege* ($p=0,003$), *Sinn für Regeln und Werte* ($p \leq 0,000$), *Alltagsaktivitäten* ($p \leq 0,000$), *Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung* ($p \leq 0,000$) und *Lernfähigkeit* ($p \leq 0,000$) aufgezeigt werden (s. Tab. 5). Menschen mit einer schweren Demenz (FAST-Stufe 7) hatten insgesamt eine höhere Pflegeabhängigkeit als Personen in den FAST-Stufen 4-6. Dies zeigte sich durch die niedrigeren Mittelwerte der Bewohner/innen in der FAST-Stufe 7 auf Itemebene der PAS (s. Abb. 2).

DISKUSSION UND AUSBLICK

In der vorliegenden Studie wurden die Pflegestufen der Bewohner/innen erhoben, um sowohl den Pflegebedarf in den Pflegeheimen als auch die notwendige pflegerische Versorgung der Menschen mit Demenz abschätzen zu können. Dabei zeigte sich, dass 20,9% ($n=49$) der Bewohner/innen nach dem österreichischen Bundespflegegeldgesetz (BGBl. I Nr. 12/2015) in der Pflegestufe 4 waren, 31,5% ($n=74$) in der Pflegestufe 5 und 22,6% ($n=53$) der Bewohner/innen in der Pflegestufe 6. Demgegenüber standen 2,1% ($n=5$) der Menschen mit Demenz, die in der Pflegestufe 7 waren. Diese niedrige Zahl könnte durch das Kalkulationsmodell zur Berechnung der Heimtarife und des Personalbedarfs des Landes Tirol begründet sein. Aufgrund dieses Modells sind sowohl für die Pflegestufen 5 und 6 als auch für die Pflegestufe 7 je 136 Pflegeminuten vorgesehen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2011), weshalb für viele Bewohner/innen kein Antrag auf Erhöhung der Pflegestufe ab Pflegestufe 5 gestellt wird. Seit dem Jahr 2009 können in Österreich für Menschen mit Demenz monatlich 25 Stunden

Items der PAS	Schweregrad der Demenz	Mittlere Pflegeabhängigkeit				Hohe Pflegeabhängigkeit			
		N (%)	Mittelwert	Standardabweichung	p-Wert	N (%)	Mittelwert	Standardabweichung	p-Wert
Essen und Trinken	FAST 4-6	55 (23,4%)	3,65	0,865	0,246	53 (22,6%)	2,70	0,911	≤ 0,000
	FAST 7	10 (4,3%)	4,00	0,816		69 (29,4%)	1,75	1,020	
Kontinenz	FAST 4-6	55 (23,4%)	2,96	1,360	0,625	53 (22,6%)	1,64	1,128	0,027
	FAST 7	10 (4,3%)	3,20	1,619		69 (29,4%)	1,26	0,741	
Körperhaltung	FAST 4-6	55 (23,4%)	4,65	0,821	0,588	53 (22,6%)	3,72	1,277	≤ 0,000
	FAST 7	10 (4,3%)	4,80	0,422		69 (29,4%)	2,62	1,446	
Mobilität	FAST 4-6	55 (23,4%)	3,96	1,036	0,521	53 (22,6%)	2,57	1,323	0,001
	FAST 7	10 (4,3%)	4,20	1,229		69 (29,4%)	1,78	1,211	
Tag- und Nachtrhythmus	FAST 4-6	55 (23,4%)	4,07	1,034	0,076	53 (22,6%)	3,15	1,350	0,006
	FAST 7	10 (4,3%)	3,40	1,350		69 (29,4%)	2,43	1,460	
An- und Auskleiden	FAST 4-6	55 (23,4%)	2,67	1,055	0,462	53 (22,6%)	1,72	0,948	0,022
	FAST 7	10 (4,3%)	2,40	1,174		69 (29,4%)	1,33	0,834	
Körpertemperatur	FAST 4-6	55 (23,4%)	4,45	0,857	0,164	53 (22,6%)	2,91	1,596	0,063
	FAST 7	10 (4,3%)	4,00	1,333		69 (29,4%)	2,36	1,572	
Körperpflege	FAST 4-6	55 (23,4%)	2,45	0,857	0,951	53 (22,6%)	1,43	0,605	0,001
	FAST 7	10 (4,3%)	2,30	0,675		69 (29,4%)	1,14	0,355	
Vermeiden von Gefahren	FAST 4-6	55 (23,4%)	3,07	1,069	0,203	53 (22,6%)	1,34	0,553	0,159
	FAST 7	10 (4,3%)	2,60	1,075		69 (29,4%)	1,20	0,502	
Kommunikation	FAST 4-6	55 (23,4%)	4,20	0,970	≤ 0,000	53 (22,6%)	3,25	1,223	≤ 0,000
	FAST 7	10 (4,3%)	2,80	0,919		69 (29,4%)	1,70	1,075	
Kontakte mit anderen	FAST 4-6	55 (23,4%)	3,76	1,138	0,727	53 (22,6%)	2,68	1,140	≤ 0,000
	FAST 7	10 (4,3%)	3,90	1,101		69 (29,4%)	1,61	1,046	
Sinn für Regeln und Werte	FAST 4-6	55 (23,4%)	3,42	1,301	0,525	53 (22,6%)	2,51	1,310	≤ 0,000
	FAST 7	10 (4,3%)	3,70	1,160		69 (29,4%)	1,39	0,958	

Alltagsaktivitäten	FAST 4-6	55 (23,4%)	2,78	0,956	0,126	53 (22,6%)	1,53	0,668	≤ 0,000
	FAST 7	10 (4,3%)	3,30	1,059		69 (29,4%)	1,13	0,380	
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	FAST 4-6	55 (23,4%)	2,91	0,928	0,978	53 (22,6%)	1,62	0,814	≤ 0,000
	FAST 7	10 (4,3%)	2,90	1,197		69 (29,4%)	1,16	0,407	
Lernfähigkeit	FAST 4-6	55 (23,4%)	2,49	1,120	0,122	53 (22,6%)	1,70	0,952	≤ 0,000
	FAST 7	10 (4,3%)	3,10	1,197		69 (29,4%)	1,06	0,338	

Tabelle 5: Mittelwertvergleich auf Itemebene der PAS

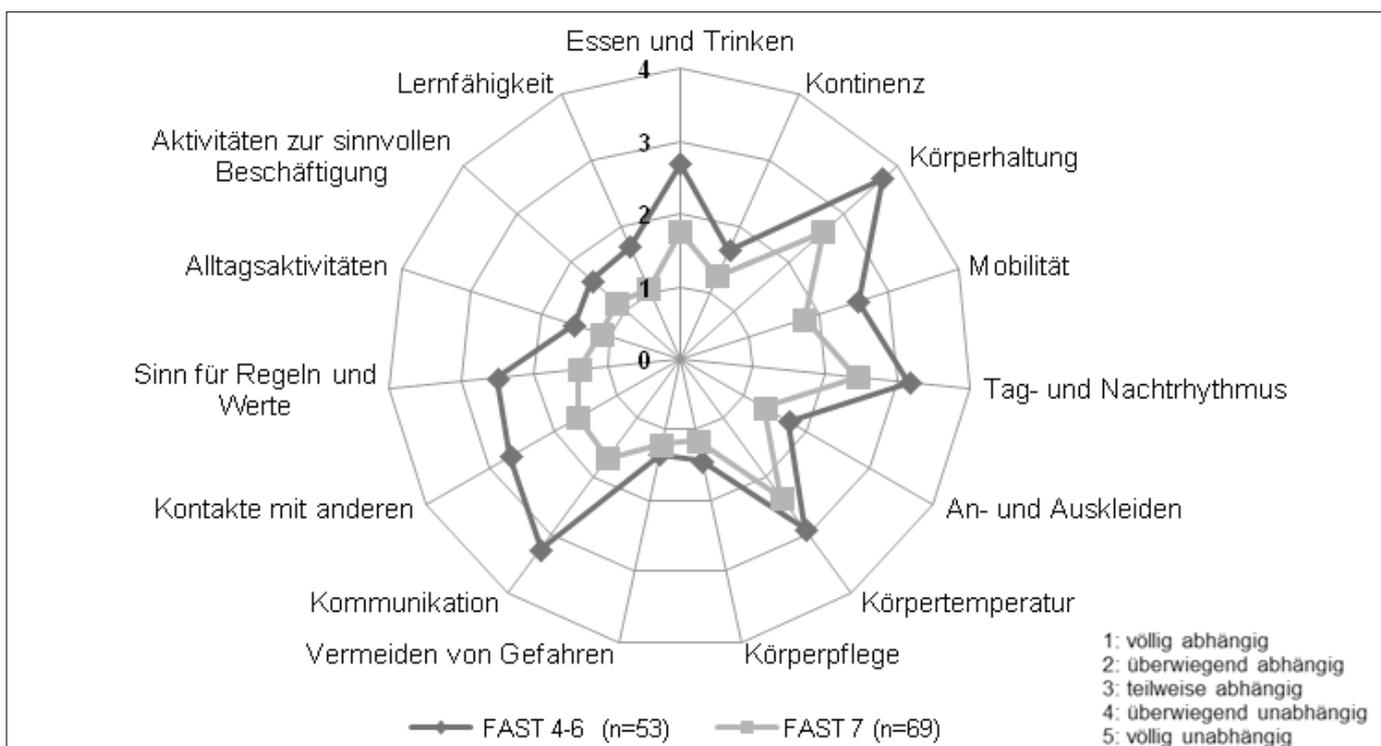


Abbildung 2: Hohe Pflegeabhängigkeit (PAS 3) nach Schweregrad der Demenz

zusätzlicher Pflegebedarf kalkuliert werden, was jedoch zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Bewohner/innen führt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2011). Trotz der hohen finanziellen Belastung müssen viele Menschen mit Demenz auf Grund von herausfordernden Verhaltensweisen in ein Pflegeheim einziehen (Rovner & Katz, 1993, zit. aus Wood et al, 2000, S. 75). Diese Verhaltensänderungen haben zur Folge, dass in der Vergangenheit übliche Verhaltensmuster nun entgegengesetzt gelebt werden. Dies kann das Zusammenleben im Alltag gravierend beeinflussen (Bauernschmidt & Dorschner, 2014), da in den Langzeitpflegeeinrichtungen Erkrankungen, die die Stimmung bzw. Gemütsverfassung der betroffenen Person beeinflussen, zu wenig beachtet werden (Hancock et al, 2006). Aufgrund dessen müssen Pflegepersonen die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz kennen und im pflegerischen Alltag berücksichtigen.

Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen, dass die PAS-Kategorie *Körperpflege* von keinem/r der untersuchten Bewohner/innen selbstständig durchgeführt werden

konnte. Schäufele et al (2009) kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass 90,4% der Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz und 98,7% der Menschen mit einer schweren Demenz die Körperpflege nicht selbstständig durchführen konnten. Der Bereich *Körperpflege* ist jene Dimension, in der häufig zuerst die vollständige Unterstützung der Menschen mit Demenz von den Pflegepersonen benötigt wird. Hierbei ist kritisch zu hinterfragen, ob evtl. aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen der Pflegepersonen in Pflegeheimen eine Förderung der Menschen mit Demenz zur selbständigen Durchführung der Körperpflege nicht umgesetzt werden kann. Hinzu kommt, dass viele Pflegepersonen sich verpflichtet fühlen, die Bewohner/innen zu versorgen und ihnen Sicherheit zu bieten. Diesem Anspruch werden sie häufig durch routinierte Arbeitsabläufe gerecht (Heusinger & Knoch, 2009). Aktivierungs- und Trainingsprogramme zur Förderung der Selbständigkeit bei der Körperpflege, der Alltagsgestaltung aber auch bei der Pflege von sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb des Pflegeheims erfordern oftmals

nur einen geringen zeitlichen Mehraufwand (Heusinger & Knoch, 2009) und haben doch große Auswirkungen auf die Selbständigkeit der Menschen mit Demenz. Aus diesem Grund ist die Implementierung von Aktivierungsprogrammen in den pflegerischen Tagesablauf notwendig. Eine solche Veränderung erfordert ein hohes Maß an Flexibilität, eine entsprechende Organisation der Tagesstruktur und diesbezüglich qualifizierte Mitarbeiter/innen (Heusinger & Knoch, 2009).

Die Kategorie *Körpertemperatur* der PAS wird in der vorliegenden Studie von allen Menschen mit einer dementiellen Veränderung am längsten selbständig durchgeführt. Zum einen ist diese Kategorie durch die Fremdeinschätzung schwer zu erfassen, weil das Temperaturempfinden individuell ist. Zum anderen wird es Bewohner/innen in Wohn- und Pflegeheimen nicht immer gestattet dem eigenen Bedürfnis nachzugehen und z. B. eine Strickjacke anzuziehen oder eine dickere Decke zu verwenden (Buchholz & Schürenberg, 2009). Zu beachten ist, dass sowohl durch eine erhöhte als auch durch eine zu niedrige Körpertemperatur die Desorientiertheit gesteigert werden kann. Bei alten Menschen ist die Regulation der Körpertemperatur physiologisch verändert (Buchholz & Schürenberg, 2009), weshalb Pflegepersonen trotz der in der vorliegenden Studie dargestellten Selbständigkeit der Bewohner/innen auf eine angepasste Regulierung der Körpertemperatur achten sollen.

Weiters muss auf Grund der vorliegenden Ergebnisse von Seiten der Pflegepersonen darauf geachtet werden, dass Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz entsprechenden Alltagsaktivitäten nachgehen können, um dadurch ihre Selbständigkeit zu erhalten. Bei Menschen mit einer sehr schweren Demenz müssen Pflegepersonen Unterstützung beim Erhalt von sozialen Kontakten anbieten, sodass die Betroffenen trotz krankheitsbedingter Einschränkungen ausreichend Zuwendung durch Angehörige oder Besuchsdienste erhalten.

Im Alltag werden Pflegepersonen häufig mit dem ruhelosen Umhergehen der Bewohner/innen konfrontiert. Dieses ruhelose Umhergehen von Menschen mit Demenz wird als Wandering bezeichnet und zählt zu den herausfordernden Verhaltensweisen, wobei es häufig mit Agitation gleichgesetzt wird (Robinson et al, 2007). Allerdings findet sich in der Literatur keine einheitliche Definition für das Phänomen Wandering. Obwohl das Herumgehen der Menschen mit Demenz häufig den Eindruck des ziellosen Gehens erweckt, so kann es doch auch Ausdruck des Bedürfnisses nach Sicherheit und dem Suchen einer vertrauten Umgebung sein (Halek & Bartholomeyczik, 2006). Insbesondere abends haben Menschen das Bedürfnis einen Ort der Geborgenheit aufzusuchen – so auch Menschen mit Demenz. Dieses Phänomen wird als Sundowning bezeichnet. Zeit seines Lebens geht der Mensch in den meisten Fällen abends nach Hause. Nächtliches unruhiges Umhergehen ist für die Suche nach „dem Zuhause“ charakteristisch (Stokes, 2011). Obwohl Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen bereits den Tag „zuhause“ verbringen, haben viele Bewohner/innen doch am Abend das Bedürfnis nach Hause zu

gehen. In der vorliegenden Studie konnte aufgezeigt werden, dass Menschen mit einer mittleren Pflegeabhängigkeit und mit einer schweren Demenz in Bezug auf ihre Mobilität weniger Unterstützung von Pflegepersonen benötigen als Menschen mit einer mittleren Pflegeabhängigkeit und einer leichten bis mittelschweren Demenz. Laut Halek und Bartholomeyczik (2006) tritt das Phänomen Wandering in jeder Phase der Erkrankung auf, wird aber vermehrt bei Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz beobachtet. Dies erklärt auch, warum in der vorliegenden Studie Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz im Bereich der Mobilität eine höhere Pflegeabhängigkeit aufweisen als Menschen mit einer schweren Demenz.

LIMITATIONEN

In der vorliegenden Studie wurden die unterschiedlichen Demenzformen weder zum Zeitpunkt der Rekrutierung der Proband/inn/en noch bei der Datenerhebung berücksichtigt, was eine Limitation der Ergebnisse darstellt (Tereda et al, 2012). Das Forschungsdesign sah keine Erhebung der Diagnosestellung der Demenzerkrankung im Hinblick auf die Differenzialdiagnostik vor. Die Frage, ob eine klassische medizinische Demenzdiagnostik durchgeführt wurde, kann daher nicht beantwortet werden. Nebendiagnosen und andere Erkrankungen der teilnehmenden Menschen mit Demenz wurden im Zuge der Datenerhebung nicht erfasst. Deshalb konnten mögliche Überschneidungen mit anderen Krankheiten wie z.B. Depressionen, Delir und neurodegenerative Angststörungen (Onega et al, 2006) nicht ausgeschlossen werden. Bei den Bewohner/innen der Tiroler Pflegeheime wurde weder der Verlauf der Demenzerkrankung erhoben noch die bisherige Dauer der Erkrankung berücksichtigt. Weiters muss darauf hingewiesen werden, dass die vorliegenden Ergebnisse nicht auf die Versorgung von Menschen mit Demenz, die zuhause leben, übertragen werden können. In Bezug auf die soziodemographischen Daten der Menschen mit Demenz wurden der Familienstand, die absolvierte Berufsausbildung und der früher ausgeübte Beruf nicht erhoben. O`Bryant et al (2008) gaben jedoch an, dass vor allem die früher absolvierte Ausbildung einen Einfluss auf die Manifestation der Demenzerkrankung haben kann. So verfügen Menschen mit einer höheren Schulbildung z.B. über bessere Kompensationstechniken bzgl. ihrer kognitiven Einschränkungen als Menschen mit einer niedrigeren Schulbildung.

In der vorliegenden Arbeit war es aufgrund von forschungspragmatischen und ethischen Aspekten nicht vermeidbar (Brandenburg et al, 2014), eine Gelegenheitsstichprobe zu bilden, wodurch ein möglicher Selektionsbias vorliegt. Ein weiterer Selektionsbias liegt durch die Auswahl der Proband/inn/en durch die Pflegedienstleitungen bzw. Bezugspflegepersonen vor. Dadurch haben mitunter nicht alle potentiellen Studienteilnehmer/innen bzw. deren Angehörigen oder Sachwalter/innen Informationen über die Durchführung der Studie erhalten.

Weiters liegt ein möglicher Recall Bias vor, welcher durch die Fremdeinschätzung der Menschen mit Demenz durch

eine Bezugspflegeperson entstanden sein könnte. Da die befragte Pflegeperson nicht 24 Stunden am Tag im Pflegeheim anwesend war, wäre es möglich, dass sie nicht alle Verhaltensweisen, die beim Bewohner / bei der Bewohnerin auftraten, in Erinnerung hatte. Durch das Studiendesign wurde versucht diesen Bias durch das definierte Einschlusskriterium, die Pflegeperson muss den Bewohner / die Bewohnerin 14 Tage rückblickend einschätzen können, zu umgehen bzw. zu reduzieren.

- Buchholz, T., & Schürenberg, A. (2009): *Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen. Anregungen zu Lebensbegleitung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2011): *Bericht des Rechnungshofes. Altenbetreuung in Kärnten und Tirol*. http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/berichte/teilberichte/bund/bund_2011_02/Bund_2011_02_2.pdf am 20.12.2016.
- Bundespflegegeldgesetz BGBl. I Nr. 12/2015: *Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird*. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008859/BPGG%2c%20Fassung%20vom%2016.12.2016.pdf> am 16.12.2016.
- Caljouw, M., Cools, H., & Gussekloo, J. (2014). *Natural course of care dependency in residents of long-term care facilities: prospective follow-up study*. *BioMed Central Geriatrics*, 14, 67.
- Dijkstra, A., Suzuki, M., Kazimier, H., Fujiwara, M., & Saegusa, T. (2015). *Relationship between care dependency and behavioral symptoms among elderly inpatients with Alzheimer's disease in Japan and Netherlands*. *SAGE Open Medicine*, DOI: 10.117/2050312115590425.
- Dijkstra, A., Buist, G., & Dassen, T. (1996). *Nursing-Care Dependency. Development of an Assessment Scale for Demented and Mentally Handicapped Patients*. *Scandinavian University Press*, 10, 3, 137-143.
- Eichhorn-Kissel, J., & Lohrmann, C. (2009). *Die Pflegeabhängigkeitsskala*. In S. Bartholomeyczik & M. Halek (Hrsg.), *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen* (pp. 46-60). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Franssen, E.H., & Reisberg, B. (1997): *Neurologic Markers of the Progression of Alzheimer's Disease*. *International Psychogeriatrics*, 9, 1, 297-306.
- Halek, M., & Bartholomeyczik, S. (2006). *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Hancock, G.A., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2006). *The needs of older people with dementia in residential care*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 43-49.
- Heusinger, J., & Knoch, T. (2009). *Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen*. In U. Schneekloth & H-W. Wahl (Hrsg.), *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“* (pp. 288 - 336). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Lawton, M.P., & Brody E.M. (1969). *Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living*. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lohrmann, C. (2004). *Die Pflegeabhängigkeitsskala*. In S. Bartholomeyczik & M. Halek (Hrsg.), *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen* (pp. 55 - 60). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- O'Bryant, S.E., Humphreys, J.D., Smith, G.E., Ivnik, R.J., Graff-Radford, N.R., Petersen, R.C., & Lucas, J.A. (2008). *Detecting Dementia with the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Highly Educated Individuals*. *National Institutes of Health Public Access*, 65, 7, 963-967.
- Omega, L.L. (2006). *Assessment of Psychoemotional and Behavioral Status in Patients with Dementia*. *Nursing Clinics of North America*, 41, 23-41.

LITERATUR

- Bartholomeyczik, S. (2004). *Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit - Assessments und ihre Möglichkeiten*. In S. Bartholomeyczik & M. Halek (Hrsg.), *Assessmentinstrumente in der Pflege Möglichkeiten und Grenzen* (pp. 11-20). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.
- Bauernschmidt, D., & Dorschner, S. (2014). *Männer, die ihre Ehefrauen pflegen - Zwei phänomenologische Studien zum Erleben männlicher Hauptpflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements. Teil II: Pflegenden Männer demenziell erkrankter Ehefrauen*. *Pflege*, 27, 5, 297-306.
- Brandenburg, H., Adam-Paffrath, R., & Güther, H. (2014). *Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeoase aus der Sicht der Pflegenden und Angehörigen - qualitative Befunde einer Evaluationsstudie*. *Pflege*, 27, 2, 69-80.

- Prince, M., Prina, M., & Guerchet, M. (2013). *World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia*. London; Alzheimer Disease International.
- Reisberg, B. (2007). *Global measures: utility in defining and measuring treatment response in dementia*. *International Psychogeriatrics*, 19, 3, 421-456
- Robinson, L., Hutchings, D., Dickinson, H.O., Corner, L., Beyer, F., Finch, T., Hughes, J., Vanoli, A., Ballard, C., & Bond, J. (2007). *Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review*. *International Journal of geriatric psychiatry*, 22, 9-22.
- Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S., & Weyerer, S. (2009). *Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation*. In U. Schneekloth & H-W. Wahl (Hrsg.), *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“* (pp. 159 – 221). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schüssler, S., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2014). *Care dependency and nursing care problems in nursing home residents with and without dementia: a cross-sectional study*. *Aging Clinical and Experimental Research*, DOI 10.1007/s40520-014-0298-8.
- Sclan, S.G., & Reisberg, B. (1992). *Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer`s Disease: Reliability, Validity, and Ordinality*. *International Psychogeriatrics*, 4, 1, 55-69.
- Statistik Austria (2014). *Demographisches Jahrbuch 2013. Tabellenanhang*. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/index.html am 20.12.2016.
- Stokes, G. (2011). *Wir gehen, sie wndern*. In M. Marshall & K. Allan (Hrsg.), *„Ich muss nach Hause“: Ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen* (pp. 48 – 56). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Tereda, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., Sasaki, K., & Uchitomi, Y. (2012). *Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities*. *Psychiatry Research*, 205, 1-2, 103-108.
- Wingenfeld, K., & Büscher, A. (2011). *Instrumente zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit*. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg), *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis* (pp. 191-207). Bern: Hans Huber Verlag.
- Wood, S., Cummings, J.L., Hus, M-A., Barclay, T., Wheatley, M.V., Yarema, K.T., & Schnelle, J.F. (2000). *The Use of the Neuropsychiatric Inventory in Nursing Home Residents. Characterization and Measurement*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 1, 75-83.