



Hier können Sie zwei
CME-Punkte erwerben



Zertifizierte Fortbildung

Folge: 646

Teilnahme unter
www.springermedizin.de/kurse-mmw

Herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz

Handlungsempfehlungen für die hausärztliche Versorgung im Pflegeheim -- Autoren: H. Güther, H. Baranzke, U. Höhmann

Apathisch, ängstlich, aggressiv – auffälliges Verhalten von Personen mit Demenz kann eine adäquate Reaktion auf unbehandelte Schmerzen sein. Das Konzept „Herausforderndes Verhalten“ indiziert eine grundlegend neue Wahrnehmung von Demenzbetroffenen als sinnvoll handelnde Subjekte. Dieser Beitrag vermittelt das Potenzial dieser Sichtweise für den hausärztlichen Umgang mit Demenzbetroffenen in der stationären Langzeitpflege.



**Dr. rer. cur.
Helen Güther**
Department für
Humanmedizin,
Universität Witten/
Herdecke

Epidemiologie und Stand der hausärztlichen Versorgung

Bis zu 70% der Bewohnerschaft in deutschen Altenpflegeeinrichtungen gelten als demenziell verändert [1]. Die Prävalenz von „Herausforderndem Verhalten“ (HV) in Pflegeheimen in Deutschland liegt je nach Datengrundlage bei mindestens 50%. Insgesamt tragen Demenzbetroffene mit HV ein hohes Risiko für eine Heimeinweisung [2].

In Pflegeheimen existiert eine hohe hausärztliche Versorgungsdichte (> 90%), zudem sind neurologische und/oder psychiatrische Kontakte für Bewohner mit Demenz vorhanden. Versorgungslücken bestehen allerdings in der weiteren fachärztlichen v. a.

in der gerontopsychiatrischen Versorgung [3]. Die hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen wurde in den letzten Jahren gesetzlich gestärkt [4, 5]. Tragfähige Modelle zur Umsetzung fehlen jedoch [3]. Folgende Problembereiche in der stationären Langzeitpflege drängen auf Veränderung:

Medizinisch: Grundsätzlich besteht die Gefahr einer unzureichenden Demenz- sowie Differenzialdiagnostik (Demenztypen; Depression/Delir/Schmerzen). Zudem sind einige weitere Punkte zu beachten: –Nicht medikamentöse Therapien sind entsprechend der Leitlinien einer Verordnung von Psychopharmaka vorzuordnen. Neuroleptika zeigen oft nur

This article is part of a
supplement not sponsored
by the industry.



Auffälliges Verhalten, welches die Person mit Demenz selbst sowie andere nicht gefährdet, sollte als adäquater Kommunikationsversuch verstanden werden.

Im multiprofessionellen Team und mit Angehörigen sollte u. a. über die unterschiedliche Wahrnehmung von Symptomen, über Perspektiven sowie über Belastungsgrenzen der Personen mit Demenz gesprochen werden.

wenig Wirkung, können die Symptomatik sogar verstärken und mit erheblichen Nebenwirkungen sowie einer gesteigerten Mortalität verbunden sein [6, 7, 8, 9].

- Schmerzen können eine Ursache für HV sein [10].
- Unerkannte Kau- und Schluckprobleme können zu Essstörungen führen [11].

Strukturell-prozessual: Zentrale Anforderungen sind:

- Die unter Nutzen-Risiko-Abwägung weitgehende Vermeidung von Klinikeinweisungen (bei chronischen Erkrankungen und ambulant behandelbaren Akuterkrankungen). Wenn Kliniken nicht über demenzsensible Strukturen verfügen, kann sich HV bei Personen mit Demenz durch die Stress auslösende Umgebung und Abläufe verstärken. Körperliche und kognitive Fähigkeiten und das psychische Wohlbefinden sowie medikamentöse Nebenwirkungen (z. B. bei Sedierung) können sich verschlechtern und u. a. zu Stürzen, Infektionen, Dehydrierung, Ängsten, Desorientierung und Delir führen. Behandlungen sollten für diese Personengruppe daher möglichst im vertrauten Lebensumfeld angeboten werden [12].
- Klare (schriftlich dokumentierte) Absprachen mit verbindlichen Ansprechpartnern, -zeiten und Abläufen, die Sicherstellung einer jederzeitigen (haus-)ärztlichen Versorgung in Notfällen sowie die Kommunikation mit (fach-)ärztlich/klinischen und nicht medizinischen Versorgungsbeteiligten [13].

Kommunikation: Es bedarf einer person-zentrierten Verständigung:

- Mit Demenzbetroffenen selbst, die ihre verbalen, mimischen und körpersprachlichen Kommunikationsbedürfnisse adressieren. Sie zu übergehen kann HV induzieren [14]. Darüber hinaus ist in einer empathischen, die emotionalen Bedürfnisse und kognitiven Fähigkeiten der Person mit Demenz berücksichtigenden person-zentrierten Kommunikation, insbesondere bei der Einwilligung in medizinische Behandlungen, aufzuklären [15]. Die

seit 2009 in Deutschland in Kraft getretene UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet dazu, Menschen mit Behinderung – also auch mit Demenz – bei der Wahrnehmung ihrer Menschen- und Grundrechte, nicht zuletzt ihres Selbstbestimmungsrechts u. a. kommunikativ zu assistieren [16].

- Im multiprofessionellen Team und mit Angehörigen bedarf es der Verständigung über unterschiedliche Symptomwahrnehmungen, Präferenzen, Perspektiven, Belastungsgrenzen und Kommunikationsweisen der Versorgungsbeteiligten [17].
- Zudem sollte eine Reflexion der eigenen Erwartungshaltungen und Arbeitsroutinen erfolgen, die u. a. bei Überlastung Einfluss auf die medizinisch-therapeutischen Interventionen nehmen [18, 19].

Herausforderndes Verhalten (HV)

Seit 2006 wird der heilpädagogisch inspirierte und psychosozial gefasste Begriff HV auch in der deutschsprachigen Langzeitpflege bei Personen mit Demenz empfohlen [20]. In der psychiatrischen Fachterminologie wird der Terminus Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) verwendet [6]. HV umfasst Verhaltensformen von Agitation, Enthemmung, Aggression über Ängste, Wahn und Halluzinationen bis hin zu Apathie und Appetitänderung [8], die Personen mit Demenz unmittelbar oder qua sozialer Exklusion belasten. Im Unterschied zu pathologisierenden Ausdrücken wie „Verhaltensstörung“ oder „Verhaltensprobleme“ transportiert der Begriff HV die Herausforderung an die soziale Umwelt, auffälliges Verhalten von Personen mit Demenz zuerst als potenziell adäquate Anpassungsleistung an ihre veränderte Wahrnehmung oder als Kommunikationsversuch zu verstehen und wertzuschätzen. Voraussetzung ist, dass das auffällige Verhalten die Person mit Demenz nicht selbst belastet und keine Gefahr für sich selbst sowie für andere darstellt [20].

Empfohlener Handlungsrahmen

Der in den USA und den Niederlanden evaluierte, dialogisch strukturierte und systematisierte Behandlungsprozess Serial Trial Intervention (STI, – im niederländischen STA OP!) wurde zur Behandlung von HV und Schmerzen in Pflegeheimen entwickelt [21]. Die international vergleichbaren Ergebnisse dieser Strategie ermöglichen den Transfer der Prinzipien dieses Verfahrens auf deutsche Pflegeheime, mit einigen individuellen Modifikationen. Hausärzte spielen in dem Rahmenmodell eine Schlüsselrolle als medizinische Experten mit einer häufig langjährigen Beziehung zu den Patienten, zu deren Familien sowie zu dem versorgenden Pflegeteam. Sie stellen ferner ein Bindeglied zwischen Fachärzten und Fachkliniken dar.





Grundsätzlich sollte der Behandlungsprozess in der vorgeschlagenen Reihenfolge aufgebaut werden (siehe **Tab. 1**). Es ist allerdings notwendig, diesen an den Demenzbetroffenen auszurichten, Einzelschritte ggf. zu wiederholen, immer wieder zu reflektieren und durch Interventionen anzupassen. Die Assessmentergebnisse geben Hinweise auf eventuelle Mängel, die behoben werden sollten, und zeigen auf, ob weitere

Disziplinen und Professionen hinzugezogen werden sollten. Erfolgreiche Maßnahmen sind durch Kommunikation mit Kollegen sowie im multiprofessionellen Versorgungsteam und durch präzise Dokumentation mit genauen Zeitangaben, Handlungsanweisungen und Durchführungsverantwortlichkeiten zu sichern. Uneffektive Behandlungen (v. a. medikamentöse Fehl- oder Überdosierungen) sind

Tab. 1 Strukturierter Behandlungsprozess in Anlehnung an Serial Trial Intervention (STI bzw. STA OP!)

Prozessschritte/Aus- und Behandlungsphasen	Maßnahmen
<p>1. Beginnen Sie mit der Identifikation des herausfordernden Verhaltens</p>	<p>Leitfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – In welcher Situation wird welches Verhalten als belastend wahrgenommen? – Tritt das Verhalten neu oder wiederkehrend auf? – Für wen ist das Verhalten in welcher Hinsicht belastend? Für die demenzbetroffene Person, die Mitbewohner, die Betreuungspersonen? – Welche Maßnahmen zur Beeinflussung des HV in der Vergangenheit wurden unternommen? <p>Durchführungsverantwortung: Hausarzt, Bezugspflegeperson sowie weitere pflegerische, soziale, pädagogische und andere Therapeuten</p> <p>Handlungsimpulse (strukturell-prozessual und kommunikativ): Kooperationen mit Pflegeheimen (Fallbesprechung, Visiten), Reflexion der ärztlichen Einweisungspraxis, person-zentrierte Kommunikation (mit der Person mit Demenz, mit Pflegenden [MultiTANDEmplus] und Angehörigen)</p>
<p>2. Führen Sie Assessments durch und überprüfen Sie, ob die Basisbedürfnisse erfüllt sind</p>	<p>Fragen nach Basisbedürfnissen und Lebensqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hunger, Durst, funktionstüchtige Brille, Hörgeräte, Toilettengänge – Stress auslösende Umgebungsbedingungen – Balance zwischen stimulierenden und entspannenden Tagesaktivitäten – Gestaltung sinnhafter, beziehungsbasierter Interaktionen mit der Person mit Demenz – Pflegerische Assessments (DCM, H.I.L.DE.-QS) <p>Medizinische Assessments:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schmerzassessments (BESD, BISAD) – Geriatrisches Assessment (MAGIC) – Geriatrisches Ambulantes Mundgesundheits-Screening (GAMS) – Neurologische Assessments (NPI, BEHAVE-AD, CERAD-BRSD) <p>Durchführungsverantwortung: Hausarzt, Bezugspflegeperson sowie weitere pflegerische, soziale, pädagogische und andere Therapeuten</p> <p>Handlungsimpulse (medizinisch): Verstehende Diagnostik (Need driven Dementia compromised Behaviour model, NDB-Modell)</p>
<p>3. Erstellen Sie ein individuell gestaltetes Probekzept nicht medikamentöser Therapien</p>	<p>Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erprobung und Variation sowohl psychosozialer als auch situativer, umgebungsgestaltender Interventionen – wie in der S3-Leitlinie „Demenzen“ empfohlen (Validation, Musiktherapie etc.) – Evaluierung der in einem definierten Zeitrahmen durchgeführten Intervention – Dokumentation und Kommunikation erfolgreicher Interventionen im multiprofessionellen Team <p>Durchführungsverantwortung: Hausarzt, Bezugspflegeperson sowie weitere pflegerische, soziale, pädagogische und andere Therapeuten</p> <p>Handlungsimpulse (medizinisch): Leitliniengerechte Behandlung</p>
<p>4. Erstellen Sie ein probeweise angelegtes, analgetisches Konzept</p>	<p>Empfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erstellung und Erprobung eines neuen Konzepts oder (modifizierender) Rückgriff auf ein bestehendes Konzept der Bedarfsmedikation, das ggf. die Steigerung von Analgetika erlaubt <p>Durchführungsverantwortung: Hausarzt in Absprache mit Bezugspflegernden/Angehörigen</p> <p>Handlungsimpulse (medizinisch): Leitliniengerechte Behandlung</p>
<p>5. Erstellen Sie ein probeweise angelegtes, psychopharmakologisches Konzept und ziehen Sie ggf. fachärztlichen (insbesondere psychiatrischen und neurologischen) Rat hinzu</p>	<p>Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abwägung potenzieller Nebenwirkungen gegenüber der zu erzielenden Lebensqualität für den Bewohner – Überwachung der pharmakologischen Behandlung hinsichtlich neu auftretender Probleme – Regelmäßige Durchführung umfassender Assessments – Entwicklung klarer Kriterien für die Evaluation von Problemen, Effektivität, Behandlungsbedarf und möglichen Nebenwirkungen <p>Durchführungsverantwortung: Hausarzt in Absprache mit Bezugspflegernden/Angehörigen</p> <p>Handlungsimpulse (strukturell-prozessual): Kooperation mit ambulanten Akteuren und Kliniken (z. B. KL-Dienste, StäB)</p>

modifiziert nach [21]



umgehend zu revidieren [21]. Als primäre Behandlungsziele im Umgang mit HV gelten der Erhalt der Lebensqualität sowie die Förderung der sozialen Teilhabe und der Selbstständigkeit der Personen mit Demenz [1, 7].

Medizinische Handlungsimpulse

Verstehende Diagnostik

Eine hoch qualifizierte Begleitung von Personen mit Demenz und HV verbindet medizinische (s. u. leitliniengerechte Behandlung) mit sozialpsychologisch-pflegerischer Ursachenforschung (z. B. DCM und H.I.L.DE.-QS [1]) im Sinne einer „Verstehenden Diagnostik“. Diese orientiert sich am Need driven Dementia compromised Behaviour model (NDB-Modell, siehe **Abb. 1**). In diesem Modell werden dauerhaft bestehende Hintergrundfaktoren wie der neurologische Status, der allgemeine Gesundheitszustand und biografisch bekannte Angaben zur Persönlichkeit der Person mit Demenz berücksichtigt. Davon unterschieden werden aktuelle physiologische Bedürfnisse wie Schmerzen, eine mangelnde Ernährung, Erschöpfung z. B. infolge eines umgekehrten Schlaf-Wach-Rhythmus durch nächtliche Hypoglykämie oder Nykturie bei einer dekompensierten Herzinsuffizienz oder bei einer zu schnellen und hohen Gabe von Neuroleptika. Darüber hinaus werden psychosoziale Bedürfnisse wie Ängste, aber auch Wahn und Halluzinationen, die u. a. durch eine psychopharmakologische Überdosierung, eine posttraumatische Belastungsstörung oder durch fehlende bzw. unzureichende optische oder akustische Hilfs-

mittel bedingt sein können, die physikalische Umwelt (Lärmquellen, fehlende Orientierungspunkte und Einöde) sowie die soziale Umgebung (fehlende Ansprache) beachtet. Bei Personen mit Demenz ist unbedingt die Einhaltung einer leitliniengerechten Behandlung angeraten, die neben Diagnostik und Therapie v. a. immer die Prävention von HV im Blick hat [8, 9, 20].

Leitliniengerechte Behandlung

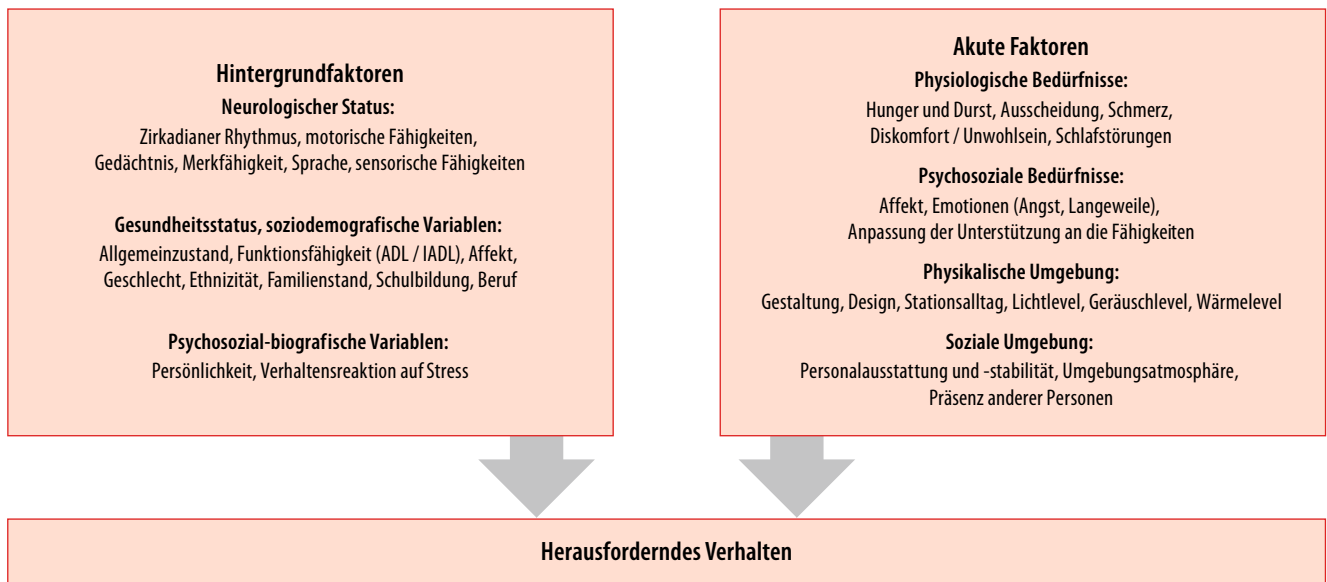
Die leitliniengerechte Behandlung [7] erfordert eine differenzialdiagnostische Abklärung der vorliegenden Demenzerkrankung sowie ein „individualisiertes multiprofessionelles Vorgehen“, welches nicht pharmakologische psychosoziale Interventionen gegenüber einer psychopharmakologischen Therapie priorisiert. Für die Diagnostik von HV empfehlen sich standardisierte Assessments (Neuropsychiatric Inventory [NPI], Alzheimer’s Disease Rating Scale [BEHAVE-AD], Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease-Behavior Rating Scale for Dementia [CERAD-BRSD]) [8]. Psychosoziale Interventionen sollten je nach Schweregrad der Demenz variieren. Ab einer beginnenden Demenz sinnvoll sind Validation, Erinnerungspflege, kognitive Stimulation, körperliche Aktivität und Angehörigenfortbildungen. Multisensorische Verfahren wie Aroma- oder Lichttherapie und Snoezelen empfehlen sich eher im späteren Stadium der Demenz, basale und sensorische Stimulation sowie körperliche Berührung hingegen in akuten Krisensituationen. Zusätzlich können gezielte Angebote wie Aroma- und Musiktherapie bei Agitation und



© PhotosG / Fotolia

Auch eine Aromatherapie kann zum Wohlbefinden der Patienten mit einer fortgeschrittenen Demenz beitragen.

Abb. 1 Need driven Dementia compromised Behaviour model (NDB-Modell)



modifiziert nach [20]



Aggression, strukturierte Freizeitangebote sowie körperliche Bewegung bei Depressionen, eine strukturierte Tagesgestaltung bei einer Tag-Nacht-Umkehr sowie eine verbale Unterstützung und eine familienähnliche Speisesituation bei mangelnder Nahrungsaufnahme begünstigend wirken [8].

Die medikamentöse Therapie ist nachrangig, spezifisch für die Art der Demenzerkrankung und erfolgt ausschließlich zur Behandlung psychotischer Symptome wie Agitation, Aggression und Depression [8]. Außerdem sind bei Antipsychotika Nebenwirkungen sowie zerebro- und kardiovaskuläre Risiken abzuwägen und das Prinzip „start low, go slow“ zu beherzigen [9]. In-House-Schulungen des Pflegepersonals durch Haus- und Fachärzte sowie Fallbesprechungen können eine gelingende Umsetzung befördern.

Besondere Aufmerksamkeit und Sorgfalt gebührt der Schmerzdiagnostik und -therapie. Dazu empfehlen sich Beobachtungsskalen wie die Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) sowie das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD) [10]. Als zentrale Bestandteile werden neben der medikamentösen Therapie mit Analgetika individuell adäquate, nicht medikamentöse Therapien wie Bewegungsprogramme (z. B. Fitness-Gehen, Aerobic, Geh- und Krafttraining), Kälte- und Wärmeanwendungen, transkutane elektrische Stimulationen, Akupunktur, Musik- und Aromatherapie, Snoezelen, soziale und psychologische Interventionen sowie die Schmerz- edukation von Angehörigen und Betroffenen empfohlen. Diesen kommt insbesondere bei lange bestehendem Schmerzgeschehen mit funktionellen Beeinträchtigungen hohe Bedeutung zu und richtet sich nach der Grunderkrankung, der Umsetzbarkeit und den Vorlieben des Demenzbetroffenen [22].

Kau- und Schluckprobleme erfordern eine zahnärztliche Behandlung [11]. Das Fragentool MAGIC im geriatrischen Assessment empfiehlt sich hierbei als Basis der hausärztlichen Diagnostik [11, 23]. Ein spezifisches Mundgesundheitscreening (GAMS) ist in Entwicklung [11].

Strukturell-prozessuale Handlungsimpulse

Kooperationen mit Pflegeheimen

Zentrale Elemente gelingender hausärztlicher Versorgung im Pflegeheim bilden gemäß § 119b Abs. 1 SGB V die multiprofessionelle Zusammenarbeit, Visiten und Fallbesprechungen (z. B. Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz – narrativer Ansatz WELCOME-NEO [1]), feste Ansprechpartner in der stationären Pflegeeinrichtung, gezielte Kommunikationsstrukturen und -zeiten (z. B. vereinbarte Sprechzeiten) [4, 5]. Die aufgeführten

Aufgaben und Pflichten für Hausärzte sind in der **Infobox 1** zusammengefasst.

Reflexion der ärztlichen Einweisungspraxis

Hier soll das eigene berufliche Handeln hinterfragt werden. Im Fokus stehen u. a. der Stand demenzspezifischer Fortbildungen im multiprofessionellen Team und die Einweisungsgründe (medizinische Notwendigkeit, Wunsch der Angehörigen oder Pflegenden, fehlende Patientenverfügung, HV). Darüber hinaus sollte bei einer Einweisung überprüft werden, ob eine demenzsensible Umgebung sowie die Möglichkeiten zu alternativen Behandlungen vorhanden sind. Die Perspektive sowie der mutmaßliche Wille der Betroffenen müssen vor einer Einweisung ebenfalls ermittelt und berücksichtigt werden [12].

Kooperation mit ambulanten Akteuren und Kliniken

Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste (KL-Dienste) können die Zahl der Krankenhauseinweisungen und die damit einhergehenden Risiken für Demenzbetroffene deutlich minimieren und Gesundheitskosten reduzieren. Der Leistungskatalog der KL-Dienste umfasst die medizinische Beratung, Fortbildungen, Diagnostik, Behandlungen und sozialpflegerische Interventionen (Fallbegleitung und Konzeptberatung). Zielgruppen der Zusammenarbeit sind behandelnde Haus-, Fach- und Krankenhausärzte sowie Pflegepersonal [24].

Um eine Akutsituation möglichst zu vermeiden, ist präventiv auf das Konzept der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) hinzuweisen, das seit 2018 (geronto-)psychiatrischen Kliniken eine stationär aufsuchende Behandlung nach § 115d SGB V erlaubt. Voraussetzung bildet die haus- oder

Grundsätzlich gilt bei Herausforderndem Verhalten: Psychosoziale Ursachenforschung vor psychopharmakologischer Symptomkontrolle.

Infobox 1 Aufgaben und Pflichten für Hausärzte, Auszüge aus [4]

- „Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses“
- „Veranlassung und Durchführung und/oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen [...] einschließlich der Einbeziehung aller an dieser Maßnahme beteiligten Berufsgruppen, insbesondere des Pflegepersonals der stationären Pflegeeinrichtung“
- „Sicherstellung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit und eines kontinuierlichen Informationsaustausches [auch im Krankheitsfall und Urlaub] der beteiligten Haus- und Fachärzte sowie der beteiligten Pflegefachkräfte“
- „Die erforderlichen Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung [sind] orientiert am Patientenwohl und am Patientenwillen sowie unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen vorzunehmen“
- „Kommunikation mit den behandelnden Krankenhausärzten nach einer Krankenhauseinweisung und nach der Entlassung“



In der Kommunikation mit Demenzbetroffenen sollten zur Klärung von Sachverhalten möglichst Ja- oder Nein-Fragen gestellt werden.

fachärztlich bescheinigte klinische Behandlungsnotwendigkeit z. B. bei Delir und HV. Die StÄB wird im multiprofessionellen Team erbracht, welches sich in der Regel aus gerontopsychiatrischen Fachpflegekräften, Fachärzten, Ergo-, Physio- und Psychotherapeuten und Sozialpädagogen zusammensetzt [25]. Die StÄB bietet tägliche Visiten sowie eine jederzeitige Erreichbarkeit in Notfällen an. Erfahrungen des Klinikums Stuttgart zeigen, dass 85% der Patienten erfolgreich ambulant behandelt werden konnten. Aufgrund des SARS-CoV-2-Infektionsrisikos wurden alternativ Telefonsprechstunden, Webinare und Telefonhotlines zum Austausch mit Pflegeheimen und Hausarztpraxen angeboten [25].

Erfahrungen aus dem benachbarten Ausland belegen, dass ein Zusammenwirken aus ambulant arbeitenden Therapeuten (z. B. im Rahmen der mobilen geriatrischen Rehabilitation § 40 SGB V zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Förderung der sozialen Teilhabe) sowie fach- und hausärztlichen Diensten im unmittelbaren Umfeld für Personen mit Demenz hilfreich sind [26].

Handlungsimpulse Kommunikation

Person-zentrierte Kommunikation mit Demenzbetroffenen

Die person-zentrierte Kommunikation ist hochbedeutsam für das Wohlbefinden von Demenzbetroffenen und für die HV-Prävention [27, 28]. Empirische Studien zeigen, dass Betroffene bis zum schweren Demenzstadium aktiv (verbal, nonverbal sowie

paraverbal) kommunizieren, um ihrer Persönlichkeit, ihrer sozialen Position und ihren Emotionen Ausdruck zu verleihen [14]. Ihre verbale Ausdrucksfähigkeit kann durch den Gesprächspartner mittels komplexitätsreduzierter, ruhiger und einfühlsamer (non)verbaler Kommunikation und Sprachmelodie sowie Humor unterstützt werden (siehe **Infobox 2**).

Sie erleichtert eine erfolgreiche medizinische Betreuung in Hinblick auf Anamnese, Diagnostik, Einwilligungsverfahren [15] sowie die frühzeitige Klärung von Behandlungswünschen (z. B. bezüglich Krankenhauseinweisungen, Notfallsituationen). Neben der Einbeziehung von Angehörigen und weiteren Bezugs- und Versorgungspersonen ist die Kommunikation mit Personen mit Demenz u. a. durch die Weiterentwicklung des „informed consent“ zum „ongoing consent“ zu beachten. Dabei wird die Einwilligung zu einer Maßnahme im Verlauf einer Behandlung fortwährend überprüft, um der eingeschränkten Erinnerungsfähigkeit von Personen mit Demenz Rechnung zu tragen. Hier ist v. a. auch auf nonverbales Abwehrverhalten zu achten [29].

Interprofessionelle Kommunikation

Zur Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation ist auf das Programm MultiTANDEM^{plus} hinzuweisen. Hier werden Pflegefachkräfte in den Bereichen der kommunikativen Kompetenz und Selbstwahrnehmung, des Informationsaustauschs sowie in der strukturierten Vermittlung von Anliegen geschult und können so als Multiplikatoren für eine gelingende Kommunikation mit Mediziner fungieren

Infobox 2 Empfehlungen für die person-zentrierte Kommunikation

Die Beachtung folgender Grundregeln erleichtert eine emotionsbasierte, empathische und achtsame Unterstützung der Kommunikation. Entscheidend sind Zeit, innere Ruhe und Bereitschaft sowie freundliche Körpersprache:

- Gehen Sie mit innerer Ruhe und ohne Zeitdruck in die kommunikative Begegnung
- Machen Sie sich stets mit Ihrem Namen bekannt
- Suchen Sie freundlichen Blickkontakt und sprechen Sie die Person mit Demenz immer wieder mit ihrem Namen an
- Integrieren Sie wohlwollende Berührungen, sofern die Person mit Demenz diese nicht ablehnt
- Sprechen Sie langsam und in einfachen Sätzen. Darüber hinaus sollten Sie immer nur eine Sache (z. B. Auswahlmöglichkeit) in einem Satz ansprechen
- Unterstützen Sie Gesagtes – wenn möglich – visuell, z. B. durch das Vorzeigen von Gegenständen oder Bildern
- Geben Sie Ihrem Gegenüber Zeit, die Information zu verarbeiten und darauf zu reagieren
- Vermeiden Sie offene Warum- und andere W-Fragen (Wo? Wann? Wer?), da sie die Person mit Demenz eventuell aufgrund der eingeschränkten Gedächtnisfunktionen überfordern. Ja- oder Nein-Fragen sind oftmals geeigneter
- Korrigieren Sie eine Person mit Demenz nicht, wenn sie Worte verwechselt oder Ihre Frage missverstanden hat! Eine Konfrontation mit Fehlleistungen untergräbt das Selbstwertgefühl der betroffenen Person. Versuchen Sie vielmehr, sich in ihre Sicht der Dinge einzufühlen



[17]. Ferner ist zur Unterstützung von Angehörigen an die S3-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“ zu erinnern [30]. Durch Supervision, Teambesprechung und Balint-Gruppen kann der multiprofessionelle Austausch verbessert werden, die eigene Professionalisierung gesteigert, aber auch eine Entlastung erzielt werden. ■

Literatur:

1. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Grundsatzstellungnahme: Menschen mit Demenz – Begleitung, Pflege und Therapie; Essen 2019; www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/_19-12-04_MDS_GS_Menschen_mit_Demenz_12-2019_BF.pdf, abgerufen am 05.06.2021
2. Balzer K, Butz S, Bentzel J et al. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment. 2013, Bd. 125
3. Kleina T, Horn A, Suhr R, Schaeffer D. Gesundheitswesen. 2017;79:382–87
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Vereinbarung nach §119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen; Berlin 2019; www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf
5. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). Deutscher Bundestag Drucksache 19/4453, Berlin 2018; <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/044/1904453.pdf>
6. International Psychogeriatric Association (IPA). The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). 2015; www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd
7. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S-3-AWMF-Leitlinie 038-013 „Demenzen“; 2016
8. Retzlik J, Jessen F. Der Neurologe & Psychiater. 2016;17:46–54
9. Kratz T. Deutsches Ärzteblatt. 2017;114:447–54
10. Lukas A. Schmerzmedizin. 2018;34:22–29
11. Barbe A G, Spiritus S, Hagemeyer A et al. Erfassung der Mundgesundheit von ambulant betreuten Senioren durch Hausärzte. Entwicklung und Validierung des geriatrischen ambulanten Mundgesundheits-Screenings. Z Gerontol Geriat. 2020. <https://doi-org.ezproxy.uni-wh.de/10.1007/s00391-020-01730-5>
12. Scheel J, Kratzer A, Vollar C et al. Geriatrie-Report. 2020;15:32–38
13. Karsch-Völk M, Lüssenheide J, Linde K et al. ZEFQ. 2015;109:570–77
14. Sachweh S. Non-verbale Kommunikation. Demenz Support Stuttgart (Hrsg.) – Teil 2: Verständigung. DeSSorientiert 1-1. 2009:6–21
15. DGG/DGPPN/DGN. Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis (AWMF-Leitlinie Registernummer 108 – 001); Stuttgart 2020
16. Klie T, Vollmann J, Pantel J. Informationsd Altersfr. 2014;41:5–15
17. Meyer-Kühling J, Wendelstein B, Pantel J et al. Pflege. 2015;28:277–85
18. Almutairi S, Masters K, Donyai P. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2018;25:307–18
19. Janus SJ, van Manen JG, van Til JA et al. International Psychogeriatrics. 2017;29:1377–89
20. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C. Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit; Witten 2006
21. Pieper MJC, van der Steen JT, Francke AL et al. Palliative Medicine. 2018;32:682–92
22. Schuler M. Z Gerontol Geriat. 2019;52:607–22
23. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis. S1-AWMF-Leitlinie 053–015; 2018
24. Kirchen-Peters S, Diefenbacher A. Z Gerontol Geriat. 2014;47:595–604
25. Spannhorst S, Weller S, Thomas C. Z Gerontol Geriat. 2020;53:713–20
26. Van den Bussche H, Schröfel C-Ch, Löschmann Ch et al. Z Allg Med. 2009;85:296–301
27. Powell J. Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Demenz-Service 2. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA); Köln 2002
28. Goldsmith M. Hearing the voice of people with dementia. Opportunities and Obstacles. Jessica Kingsley Publishers; London 1996
29. Bödecker F. Wie forschen mit Menschen mit Demenz? Probleme, Lösungen und offene Fragen. In: Schneider A. (Hrsg.): Forschung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen – Konzepte – Perspektiven. Budrich, Opladen/Berlin/Toronto 2015, S. 151–164
30. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Pflegerische Angehörige von Erwachsenen. S3-AWMF-Leitlinie 053–006; 2018

Title:

Challenging behavior in longterm care

Keywords:

Person with dementia, challenging behavior, person-centred communication, general practitioner care, right for autonomy

Autoren:

Dr. rer. cur. Helen Güther

Fakultät für Gesundheit
Department für Humanmedizin
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Str. 12
D-58453 Witten
E-Mail: helen.guether@uni-wh.de

Dr. theol. Heike Baranzke

Fakultät für Geistes- und Kulturwissenschaften
Bergische Universität Wuppertal

Prof. Dr. rer. medic. Ulrike Höhmann

Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin
Universität Witten/Herdecke

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Vorrangiges Behandlungsziel im Umgang mit Personen mit Demenz und HV ist die (Wieder-)Herstellung ihres Wohlbefindens. Ihr Selbstbestimmungsrecht muss respektiert werden.
2. Entsprechend der S3-Leitlinie „Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz“ gilt: Nicht pharmakologische, psychosoziale Interventionen vorrangig vor einer Psychopharmakotherapie anwenden.
3. Voraussetzungen einer erfolgreichen medizinischen Betreuung von Personen mit Demenz sind eine fundierte Diagnostik von Demenzform und -stadium sowie eine Differenzialdiagnostik (Demenz vs. Depression, Delir oder unerkannte Schmerzen).
4. Für die hausärztliche Versorgung von Personen mit Demenz und HV in der stationären Langzeitpflege ist ein multiprofessioneller, differenzierter Behandlungsprozess im Sinne der Serial Trial Intervention (STI) anzuraten.
5. STI verbindet medizinische Diagnostik und psychosoziale Interventionen auf der Basis von interprofessioneller Kommunikation, um medizinische, strukturellprozessuale und kommunikationsunterstützende Handlungsimpulse für eine Versorgung zu entwickeln.
6. Die zentralen Handlungsimpulse sind: 1) Eine Verstehende Diagnostik und eine leitliniengerechte Behandlung unter weitgehender Vermeidung belastender Klinikeinweisungen. 2) Kooperationen mit Pflegeheimen sowie Kliniken und ambulanten Akteuren. 3) Eine person-zentrierte Kommunikation mit Demenzbetroffenen sowie mit Angehörigen und Pflegenden. Referenzpunkt ist der Wille der Person mit Demenz.

INTERESSENKONFLIKT

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: Keine. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten bestätigt wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Herausforderndes Verhalten bei Personen mit Demenz

FIN gültig bis 16.12.2021:

MM2102WK

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von SpringerMedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.



Dieser CME-Kurs ist auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) zwölf Monate verfügbar. Sie finden ihn, wenn Sie die FIN oder den Titel in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren oder den QR-Code links scannen.

? Was versteht man unter

„Herausforderndem Verhalten“ (HV)?

- Eine aus Sicht von Demenzbetroffenen potenziell sinnvolle Äußerungsform von Unbehagen, unerkannten Schmerzen oder Ängsten, die verbal oft nicht mehr mitgeteilt werden können.
- Eine bewusste Provokation und ein soziales Fehlverhalten von Personen mit Demenz.
- Eine demenzspezifische Verhaltenssymptomatik, die durch strukturelle Veränderungen im Gehirn ausgelöst wird und medikamentös behandelt werden muss.
- Ein auffälliges Verhalten von Personen mit Demenz, das durch soziale Beziehungsgestaltung von Betreuungspersonen **nicht** beeinflusst werden kann.
- Ein Störverhalten, das es in jedem Fall zu unterbinden gilt, da es die Versorgungsprozesse in Altenpflegeeinrichtungen beeinträchtigt.

? Welche besonderen Probleme treten in der hausärztlichen Versorgung von Demenzbetroffenen mit HV in Pflegeheimen auf?

- Es bestehen **keine** Probleme.
- Oft besteht das Problem einer fehlenden Demenz-, Differenzialdiagnostik und Schmerzbehandlung. Zudem wird vorrangig eine pharmakologische Behandlung durchgeführt und es besteht u. a. ein erhöhtes Risiko für

Krankenhauseinweisungen sowie einer Interventionsbeeinflussung durch fremde Präferenzen (z. B. von Pflegenden oder Angehörigen).

- Das vorrangige Problem ist die mangelhafte Abstimmung mit Konsiliardiensten und Pflegeheimen.
- Das Problem ist, mit Personen mit Demenz **nicht** kommunizieren zu können.
- Es besteht ein Mangel an hausärztlicher Versorgung in Pflegeheimen.

? Welche Aufgaben und Pflichten hat der Hausarzt gemäß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV Spitzenverbands im Pflegeheim?

- Der Hausarzt hat **keine** besonderen Aufgaben und Pflichten.
- Die ausschließliche Steuerung des medizinischen Behandlungsprozesses und die alleinige Durchführung von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen.
- Die Orientierung am Wunsch von Pflegenden und Angehörigen (z. B. zur pharmakologischen Therapie).
- Die Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses zwischen Pflegepersonen, Fachärzten und Krankenhausärzten und die Veranlassung sowie Durchführung von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen. Maßgebend sind Wille und Wohl der Pflegeheimbewohner.

- Wenn der Hausarzt verhindert ist (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit) obliegt es der Pflegeeinrichtung, sich um die Sicherstellung einer Vertretung durch einen geeigneten Arzt rechtzeitig zu kümmern.

? Was versteht man unter der Bezeichnung: „Verstehende Diagnostik“?

- Eine assessment-gestützte Diagnostik neurologischer Ursachen.
- Eine assessment-gestützte pflegerische Diagnostik psychosozialer Umweltbedingungen.
- Eine Diagnostik, die ohne Assessments durchgeführt wird.
- Eine Diagnostik, die die Verstehensfähigkeit von Personen mit Demenz prüft.
- Eine multiprofessionelle und assessment-gestützte Analyse der Sinnperspektive von Demenzbetroffenen, um mögliche physische, psychosoziale oder neurologische Ursachen von HV zu eruieren.

? Wie ist die Kommunikation mit Personen mit Demenz zu gestalten?

- Die Kommunikation erfordert eine ungeteilte Aufmerksamkeit, eine ruhige warme Stimmlage, eine zugewandte Körpersprache und eine komplexitätsreduzierte Sprache.
- Die Kommunikation erfolgt immer über körperliche Berührungen.

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriel unterstützte Online-Maßnahme) zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

- Sie würde zur Überforderung führen und sollte deshalb vermieden werden.
- Fehler von Demenzbetroffenen sollten korrigiert werden und ihnen sollten viele Auswahlmöglichkeiten in einem Satz aufgezeigt werden.
- Eine begleitende Visualisierung des Gesagten überfordert Demenzbetroffene.

? Warum ist eine person-zentrierte Kommunikation mit Demenzbetroffenen von zentraler Bedeutung?

- Eine Kommunikation mit Personen mit Demenz ist im späten Stadium einzustellen, da diese von den Betroffenen **nicht** mehr nachvollzogen werden kann.
- Eine person-zentrierte Kommunikation mit Demenzbetroffenen dient der einmaligen Einholung der Einwilligung in eine medizinische Behandlung.
- Eine person-zentrierte Kommunikation ist eine Form kommunikativer Assistenz, auf die Personen mit Demenz einen Anspruch haben. Sie fördert die soziale Teilhabe und das Wohlbefinden der Demenzbetroffenen. Zudem wirkt sie präventiv gegen HV und ist u. a. bedeutsam für Anamnese und Diagnostik.
- Die person-zentrierte Kommunikation soll Personen mit Demenz ihre Fehlleistungen aufzeigen und sie über ihre Erkrankung aufklären.
- Die person-zentrierte Kommunikation ist ein Akt der ärztlichen Höflichkeit.

? Welche der folgenden Aussagen über die Bedeutung von strukturell-prozessualen Handlungsimpulsen ist richtig?

- Eine Kooperation mit ambulanten Akteuren und Kliniken ist lediglich in Akutsituationen anzufordern, maßgebend ist die ärztliche Einweisungspraxis.
- Eine konsiliardienstliche Zusammenarbeit sollte nur auf Wunsch des Pflegeheims angestrebt werden.

- Eine konsiliardienstliche Zusammenarbeit und eine Stationsäquivalente Behandlung (StäB) sind nur anzufordern, wenn **keine** hausärztliche Versorgung verfügbar ist.
- Die Zusammenarbeit mit ambulanten Akteuren, Kliniken und der StäB sowie die Reflexion der ärztlichen Einweisungspraxis zielen auf die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen sowie auf eine systematische Prävention von Krankenhauseinweisungen ab.
- Sie haben **keine** Bedeutung.

? Was versteht man unter Serial Trial Intervention (STI bzw. STA OP)?

- Ein vorrangig pflegerisches Behandlungskonzept, welches den Hausarzt bei medizinischen Fragen hinzuzieht.
- Ein streng schematisch einzuhaltender Behandlungsablauf, der zu routinierten und zeitsparenden Handlungsabläufen im Pflegeheim führen soll.
- Ein systematischer Behandlungsprozess, der ausschließlich auf medizinischer Diagnostik und Therapie basiert.
- Ein Behandlungskonzept, welches ausschließlich in den USA und den Niederlanden gültig ist.
- Ein systematischer, individuell anzupassender Behandlungsprozess, der auf eine person-zentrierte Kommunikation mit Demenzbetroffenen sowie den Angehörigen, einem multiprofessionellen Perspektivabgleich und einer Assessment gestützten Diagnostik sowie der Evaluierung der getroffenen Maßnahmen basiert.

? Sie werden von einem Pflegeheim um ärztlichen Rat im Umgang mit einem Bewohner mit agitiertem Verhalten gebeten. Wie gehen Sie vor?

- Bei agitiertem Verhalten sollte ein Psychopharmakon verschrieben werden.

- Der Behandlungsprozess ist vonseiten des Pflegeheims zu initiieren. Der Hausarzt ist ausschließlich für medizinische Assessments und die medikamentöse Therapie verantwortlich.
- Auf eine Verstehende Diagnostik kann verzichtet werden, da der Hausarzt die alleinige Durchführungsverantwortung im Behandlungsprozess von HV hat.
- Zunächst sollte eine Verstehende Diagnostik im multiprofessionellen Team unter Einbeziehung der Person mit Demenz angeordnet werden. Zudem sollten bevorzugt **nicht** medikamentöse Verfahren angesetzt und Psychopharmaka lediglich als letzte Option unter fortwährender Prüfung verordnet werden. Auch die Kooperation mit Fachärzten und ambulanten Konsiliardiensten sollte angestrebt werden.
- Kann das HV **nicht** reduziert werden, ist der Behandlungsprozess abzubrechen.

? Was versteht man unter nicht medikamentösen Therapien?

- Die hausärztliche Einweisung von Personen mit Demenz in eine psychiatrische Fachklinik.
- Therapien, die unterstützend zu psychopharmakologischen Behandlungen eingesetzt werden können, um HV weiter zu reduzieren.
- Physiotherapeutische, umweltreizüberprüfende, sinnstimulierende und psychosoziale Verfahren, die gegenüber einer medikamentösen Symptomkontrolle an den vielfältigen Ursachen von HV ansetzen.
- Alternativmedizinische Empfehlungen medizinisch unaufgeklärter Laien, um sich gegen HV von Demenzbetroffenen zu schützen.
- Die Arbeit sozialer Betreuungskräfte in Altenpflegeheimen.