

HANDLUNGSEMPFEHLUNG



Zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von Pflegebedürftigen

mit dem Ziel eines adäquateren Psychopharmaka-Einsatzes

**für Pflegende, Ärztinnen und Ärzte und weitere
Berufsgruppen im Gesundheitswesen**



**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

Präambel

Untersuchungen zeigen, dass auffordernde Verhaltensweisen^a – vor allem bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen – häufig eine Reaktion auf störende Faktoren oder beunruhigende Situationen sind. Krankheitsbezogene Zustände wie Schmerz oder Delir, aber auch Nebenwirkungen von Medikamenten, Frustration oder Langeweile können auffälliges Verhalten auslösen, welches gegenüber anderen Menschen verbal oder sogar durch körperliche Gewalt zum Ausdruck kommen kann. Solch aufforderndes Verhalten ist häufig extrem belastend – für die Betroffenen selbst und für die betreuenden Personen.

In der Vergangenheit hatten derartige Verhaltensweisen mangels geeigneter Alternativen immer wieder dazu geführt, dass mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen (feM) zur Anwendung kamen. Diese konnten inzwischen durch Initiativen (z.B. durch den Werdenfelser Weg^b), durch gesellschaftliche Diskussionen, Aufklärung und Sensibilisierung und auch durch die Gesetzgebung mit einlösender Rechtsprechung deutlich reduziert werden.

Nun sind die Verordnungen von bestimmten sedierenden Psychopharmaka bei älteren Menschen vermehrt ins Blickfeld geraten. Die Idee und Aufnahme dieses Themas ist durch zahlreiche Hinweise an das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) herangetragen worden. Die Beschreibung erheblicher Nebenwirkungen und unerwünschter Ereignisse wie Stürze, Delir oder Schlaganfälle bis hin zu Todesfällen machen bei diesen Verordnungen eine besonders große Sorgfalt erforderlich. Die gängige Verordnungspraxis weist jedoch eine Diskrepanz auf zwischen den restriktiven Empfehlungen der Fachgesellschaften und der tatsächlichen Verordnungsprävalenz bestimmter Medikamente. So wird im Pflereport 2017 beispielsweise darauf hingewiesen, dass über die Hälfte der analysierten Pflegebedürftigen, die ein Antipsychotikum erhalten, dies entgegen der Fachempfehlungen für mindestens ein Jahr erhalten – wobei ähnliche Dauerverordnungsraten auch bei Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa zu finden sind (1).

Beim inadäquaten Einsatz insbesondere von antipsychotischen Medikamenten, aber auch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen, entsteht ein (nicht zu unterschätzendes) Gefährdungspotenzial. Kommt es zu einer Sedierung mit freiheitseinschränkender Wirkung, bezieht sich die Einschränkung nicht nur

rein auf die Mobilität, sondern auf den Menschen als Ganzes – nicht nur allein auf die Physis, sondern gerade auch auf die Psyche.

Die Verordnung von Medikamenten obliegt allein dem ärztlichen Personal. Es ist Aufgabe der Pflege, die Umsetzung des Medikamentenregimes zu koordinieren, zu überwachen und beobachtungsrelevante Erkenntnisse interprofessionell zu kommunizieren. Hierfür bedarf es sowohl der Etablierung zielgruppenspezifischer Pflegekonzepte, einer entsprechend hohen Personalqualifikation und Personalbesetzung als auch klientelgerecht gestalteter Rahmenbedingungen. Fehlen diese und werden bei Pflegeproblemen keine Alternativen gesehen, so kommt es vor, dass mit der Information über problematisches Verhalten von Pflegenden oder Angehörigen gleichzeitig die Bitte um Anordnung eines entsprechenden Psychopharmakons verknüpft wird.

Mit dieser Handlungsempfehlung wollen wir alle Berufsgruppen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen dazu motivieren, die aktuelle Praxis zu hinterfragen, über alternative Konzepte der Versorgung nachzudenken und diese, wo immer möglich, im Sinne der Patientensicherheit an Stelle medikamentöser Ruhigstellung und feM einzusetzen.

Wir würden uns freuen, wenn sich sowohl Ärzt:innen, Pflegende als auch Angehörige um die Umsetzung von Handlungsalternativen bemühen würden. Zudem fordern wir die Entscheidungsträger in Politik und Management auf, die Rahmenbedingungen zu verbessern, die einen wesentlichen Einfluss auf das Gelingen positiver Veränderungen haben.

a In dieser Handlungsempfehlung wird für herausfordernd erlebte Verhaltensweisen oder psychische Verhaltenssymptome die Bezeichnung „aufforderndes Verhalten“ benutzt. Sie betont, dass Betroffene Bedürfnisse haben, die sie durch ihr Verhalten ausdrücken und dass es wichtig ist, herauszufinden, welche Aufforderung und Botschaft sich hinter den Verhaltenssymptomen verbergen. https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/_19-12-04_MDS_GS_Menschen_mit_Demenz_12-2019_BF.pdf

b Der Werdenfelser Weg ist eine Initiative, die sich darum bemüht, dass gesetzlich vorgesehene Schutzmechanismen greifen, um vermeidbare Freiheitsbeschränkungen konsequent zu unterbinden. <https://www.werdenfelser-weg-original.de/>

Zusammenfassung

Pflegebedürftige Menschen sind eine besonders vulnerable Klientel, welche sehr häufig von Multimorbidität und Polypharmazie betroffen ist.

Besonders an Demenz erkrankte Menschen weisen häufig neuropsychiatrische und Verhaltenssymptome auf. Diese Symptome sind für die Betroffenen selbst, die Personen in ihrem Umfeld (auch andere Bewohner, Nachbarn etc.) und für Pflegende eine besondere Herausforderung. Im Sinne einer verstehenden Diagnostik muss versucht werden die Gründe und Ursachen eines Verhaltens und die Aufforderung, welche sich dahinter verbergen kann, zu verstehen, um eine Veränderung herbei führen zu können.

Besteht ein Pflegeproblem aufgrund auffordernder Verhaltensweisen, sollten Pflegende das Serial Trial Intervention (STI) Schema als definierte Abfolge von Assessments und Interventionen durchführen bzw. initiieren:

1. Körperliches Assessment
2. Affektives Assessment
3. Nicht medikamentöse Maßnahmen
4. Versuchsweise Gabe eines Schmerzmittels
5. Ärztliche Beratung und/oder Gabe eines Psychopharmakons

Die Anwendung von psychopharmakologischen Interventionen bei pflegebedürftigen Menschen verlangt eine besondere Sorgfalt. Diese Medikamente weisen oft kritische Neben- und Wechselwirkungen auf. Sie sollten daher

- erst nach gründlicher Prüfung von Alternativen,
- strikt indikationsbezogen,
- in Abwägung möglicherweise problematischer Interaktionen mit anderen Medikationen,
- in angemessener Dosierung,
- nur für einen definierten Zeitraum,
- unter ausreichendem Monitoring

eingesetzt werden.

Die Anwendung einer verstehenden Diagnostik und die erfolgreiche Umsetzung der vorliegenden Handlungsempfehlung zum besseren Umgang mit auffordernden Verhaltensweisen hängt jedoch auch von Rahmenbedingungen und äußeren Faktoren ab. Hier besteht Handlungsbedarf sowohl auf Einrichtungs-, als auch auf gesundheitspolitischer Ebene bzgl. der

- Bereitstellung personeller Kapazitäten und zeitlicher Ressourcen,
- Sicherstellung der medizinischen, therapeutischen und rehabilitativen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen,
- Bereitstellung bedarfsgerechter Räumlichkeiten,
- Qualitätsförderung,
- Förderung und Angebote inter- und intradisziplinärer Kommunikation,
- Reduzierung von Krankenhauseinweisungen.

INHALT

Präambel	2
Zusammenfassung	4
1 Ziele und Zielgruppen dieser Empfehlung	7
2 Versorgungssituation von Menschen mit Pflegebedarf	8
2.1 Allgemeines	8
2.2 Häufige Störungen und Erkrankungen bei Menschen mit Pflegebedarf	9
2.3 Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit	13
3 Empfehlungen zum Umgang mit aufforderndem Verhalten	15
3.1 Grundsätze	15
3.2 Empfehlungen bei Pflegeproblemen – Serial Trial Intervention	16
3.3 Empfehlungen zur Gabe von Psychopharmaka	22
4 Rahmenbedingungen	28
Anhang:	
Therapieansätze bei Demenz, Depression und Schlafstörung	32
Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege	40
Literaturverzeichnis	49
Danksagung und Kommentierung	53
Impressum	54

1 Ziele und Zielgruppen

Zeigen Pflegebedürftige auffordernde Verhaltensweisen wie Schreien, Umherwandern, Schlagen, Treten, Beschimpfen, Verweigerungsverhalten etc., ist das extrem belastend für alle Beteiligten. Das Ziel von Pflege und Therapie im Umgang ist hier vor allem die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu erhöhen, den Leidensdruck zu mindern und damit die Pflegesituation zu erleichtern. Hierfür muss zunächst ergründet werden, warum, wann und bei wem es zu den auffordernden Verhaltensweisen kommt, um im nächsten Schritt eine geeignete Lösung zu finden.

Die vorliegende Handlungsempfehlung will dabei unterstützen und

- sensibilisieren für die Vulnerabilität der betroffenen Personengruppen,
- Verständnis wecken für auffordernde Verhaltensweisen,
- Möglichkeiten aufzeigen auffordernde Verhaltensweisen zu reduzieren,
- aufklären über einen adäquaten Umgang mit sedierenden Psychopharmaka und über die Risiken, die durch den nicht sachgerechten Einsatz entstehen können,
- Anstoß geben, das eigene Handeln und auch die aktuelle Behandlung immer wieder zu reflektieren,
- Kooperation fördern, indem alle beteiligten Personengruppen angesprochen und die jeweils möglichen Handlungsspielräume dargestellt werden (insbesondere indem auch Angehörige als wichtige Informationsgeber mit einbezogen werden – sie sind oft die erfahrenen Expertinnen und Experten in Bezug auf die Betroffenen),
- die Dringlichkeit der Verbesserung der Rahmenbedingungen bei Entscheidungsträgern in Politik und Organisationen verdeutlichen.

Die Handlungsempfehlung richtet sich an alle Personengruppen, die Menschen mit Pflegebedarf betreuen und behandeln – allen voran die Pflegenden, aber auch die Ärzt:innen, Apotheker:innen, Therapeut:innen sowie auch das Management, welches die Rahmenbedingungen für die Pflege mitgestaltet.

In einer Patienteninformation werden die Betroffenen selbst, ihre Betreuungspersonen und die Angehörigen angesprochen (Veröffentlichung voraussichtlich Ende 2023, siehe <https://www.aps-ev.de/patienteninformation/>).

2 Versorgungssituation von Menschen mit Pflegebedarf

2.1 Allgemeine Hinweise

Wenn Menschen im Alter pflegebedürftig werden, weisen sie häufig eine Geriatrie-typische Multimorbidität auf und leiden somit zugleich an mehreren Erkrankungen. Typische Merkmale geriatrischer Patient:innen sind Gebrechlichkeit, Sturzneigung, Inkontinenz, Immobilität und eine alterstypisch erhöhte Vulnerabilität (2). Bei Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen besteht eine erhöhte Gefahr von Chronifizierungen. Hierdurch steigt dann wiederum das Risiko eines Autonomieverlustes mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die Multimorbidität führt sehr häufig zu einer Verordnung verschiedener Arzneistoffe (Polypharmazie). So nahmen laut den Ergebnissen der Berliner Altersstudie Männer über 69 Jahren durchschnittlich 5,6 und Frauen 6,2 Wirkstoffe pro Tag ein (3). Der Alterungsprozess führt jedoch zu einer physiologischen Veränderung der Wirksamkeit, der Verteilung, des Abbaus und der Ausscheidung der Arzneistoffe. Die Leistungsfähigkeit von Niere und Leber nimmt ab, wodurch Abbau und Ausscheidung der verabreichten Arzneistoffe verzögert sein können. Parallel vorliegende Erkrankungen wie Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie oder Lebererkrankungen können diese Funktionen weiter einschränken. Auch die Blut-Hirn-Schranke kann – vor allem bei Betroffenen nach Schlaganfall oder mit einer Demenzerkrankung – im Alter durchlässiger werden und schädliche Stoffe passieren lassen. Aufgrund dieser physiologischen und pathologischen Veränderungen kommt es bei älteren Patient:innen zum vermehrten Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen und -wechselwirkungen (4)(5)(6).

Die erhöhte Vulnerabilität dieser Klientel kann zudem dazu führen, dass bereits durch eine kleine Veränderung das bisher noch funktionierende System aus dem Lot gebracht wird. So können Umgebungswechsel, z.B. aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes, die möglicherweise bis dahin noch stabile Situation der Betroffenen deutlich verschlechtern. Gleichzeitig besteht durch die Multimorbidität und Polypharmazie ein erhöhtes Risiko einer Krankenhauseinweisung. Nicht selten erleiden zuvor noch selbständige agierende Menschen einen umfassenden Verlust ihrer Fähigkeiten.

Als besonders vulnerabel ist die Gruppe der Personen mit kognitiven Einschränkungen bzw. Demenzen zu sehen. Bei eingeschränkter Kognition und herabgesetzter verbaler Kommunikationsfähigkeit können Probleme und Bedürfnisse nicht wie gewohnt ausgedrückt werden, so können z.B. Schmerzen schwerer lokalisiert oder benannt und beschrieben werden. Daher wird versucht, andere Kanäle zu nutzen, um sich der unmittelbaren Umwelt mitzuteilen. Dies kann sich in einem gesteigerten agitierten Verhalten zeigen, was häufig als aufforderndes Verhalten wahrgenommen wird ohne dabei die Ursache des Verhaltens zu erkennen. Die Versorgung wird damit vor große Aufgaben im Umgang mit dem Verhalten und der richtigen Behandlung der zugrundeliegenden Ursachen gestellt.

2.2 Häufige Störungen und Erkrankungen bei Menschen mit Pflegebedarf

Psychischen Erkrankungen kommt in der Geriatrie, besonders bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen eine besondere Bedeutung zu. In der Berliner Altersstudie zeigte sich, dass 24% der über 69-jährigen an mindestens einer psychischen Erkrankung litten. Besonders häufig traten in dieser Bevölkerungsgruppe Demenzen (14%) und depressive Störungen (9%) auf (3). Weitere häufige Probleme stellen Schlafstörungen, Schmerzen und Delire dar.

Die genannten Erkrankungen und Störungen gehen häufig mit Pflegeproblemen einher. Ein Verständnis und Bewusstsein für diese ist zum besseren Umgang mit Pflegeproblemen daher unabdingbar. Ein Überblick über nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapiemöglichkeiten der genannten Erkrankungen/Störungen findet sich im Anhang.

Demenzen

Demenzen sind ein vorwiegend gerontopsychiatrisches Krankheitsbild. Die Prävalenz der Demenz unter den 65- bis 69-jährigen liegt bei 1,3%. Sie verdoppelt sich mit steigendem Lebensalter etwa alle fünf Jahre (7). Die am häufigsten vorkommende Form ist die Alzheimer-Krankheit (etwa 60% aller Demenzerkrankungen) gefolgt von der vaskulären Demenz mit etwa 15%-20%. Bei den übrigen Fällen liegen entweder Mischformen vom degenerativ-vaskulären Typ vor oder seltenere Demenzerkrankungen (8).

Allen Demenzformen gemein ist das häufig zusätzliche Auftreten von neuropsychiatrischen und Verhaltenssymptomen wie Halluzinationen, Wahn, Aggressivität, Unruhe etc., welche als auffordernd empfunden werden können. Durch Funktionsveränderungen spezifischer Gehirnareale und durch Veränderung von Neurotransmittersystemen kommt es zu einer erhöhten Vulnerabilität, unter bestimmten Umgebungsbedingungen mit verändertem psychischen Erleben oder Verhalten zu reagieren (9). Auslösende Faktoren können z.B. Umgebungsveränderungen, neu aufgetretene körperliche Symptome (z.B. Schmerzen) etc. sein (9). Psychische und Verhaltenssymptome führen zu Leidensdruck und Beeinträchtigung der Erkrankten einerseits und erschweren andererseits auch die Pflege und den Umgang mit den Patient:innen deutlich (9).

Depressive Störungen

Sowohl von Patient:innen selbst, den Angehörigen oder auch von den mit pflegebedürftigen Menschen arbeitenden Berufsgruppen wird es häufig als „normal“ erachtet, dass der Mensch sich im Alter zurückzieht, Interessen aufgibt, weniger Freude am Leben hat und zunehmend seinen Zustand beklagt. Depressive Störungen in dieser Altersgruppe werden daher häufig unterdiagnostiziert und infolgedessen auch nicht therapiert.

Hinzu kommt, dass im Rahmen depressiver Störungen die Kognition im Sinne einer „Pseudodemenz“ beeinträchtigt sein kann. Eine hirnorganische Erkrankung wie eine Demenz kann aber umgekehrt auch das Risiko für das Auftreten einer Depression erhöhen (10). Große Sorgfalt ist daher in der Diagnostik geboten.

Depressive Syndrome sind bei Menschen mit Demenz häufig. Sie können im Sinne eines Risikofaktors den kognitiven Einbußen lange vorausgehen, können aber auch als Prodromalsymptomatik (Frühzeichen) auftreten. Erhöhter Leidensdruck, eingeschränkte Lebensqualität und verstärkte kognitive und funktionelle Einbußen sind die Folge. Dabei können bereits leichte depressive Zustandsbilder das Funktionsniveau signifikant beeinträchtigen, das mit deutlicherer Ausprägung der depressiven Symptomatik zunehmend eingeschränkt wird.

Schlafstörungen

Während sich der Schlafbedarf im Alter kaum ändert, nimmt die Schlafqualität ab. Wird der Schlaf als unzureichend empfunden bzw. stellt sich nach normaler Schlafdauer kein Erholungsgefühl ein, so liegt eine Schlafstörung vor. Etwa die Hälfte der älteren Menschen leiden an Schlafstörungen (11), Frauen häufiger als Männer (12).

Ursachen bzw. Auslöser von Schlafstörungen können sein:

- Organische Erkrankungen (z. B. Restless-Legs- oder Schlaf-Apnoe-Syn-drome, Schmerzen, Herzerkrankungen etc.)
- Einnahme bestimmter Substanzen (Alkohol, Koffein, bestimmte Antide-mentiva, z.B. Piracetam, Diuretika, antriebssteigernde Antidepressiva, z.B. SSRI, etc.) (13)
- Psychische Störungen (Demenzen – fast alle Menschen mit Demenz leiden an Ein- oder Durchschlafstörungen, Angststörungen, Schizophrenien etc.) (13)

Schlafstörungen sind nicht banal. Sie verdoppeln die allgemeine Mortalitäts-rate und haben auch einen Einfluss auf die Entwicklung von depressiven und kognitiven Störungen. Insomnie-Kranke entwickeln mehr als doppelt so häu-fig Depressionen wie ungestört Schlafende (14). Insomnie ist bei Menschen mit Depressionen zudem häufig mit Suizidideen verknüpft (15).

Bei an Demenz erkrankten Menschen zeigen sich häufig Verhaltensstörun-gen mit einer ausgeprägt zirkadianen Komponente wie z. B. das sundowning (nachmittägliche Unruhe- und auch Aggressionszustände) oder einer Aufhe-bung des Tag-Nacht-Rhythmus, wie sie im letzten Drittel von Demenzerkran-kungen oft beobachtet wird.

Schmerzen

Die Prävalenz von Schmerzen steigt mit dem Lebensalter. Durch die häufig bestehende Multimorbidität nimmt auch die Zahl der möglichen Schmerz-ursachen zu. Dabei sind die Schmerzen nicht immer eindeutig einer Ursache zuzuschreiben (16). Schmerzen werden zudem bei älteren Menschen seltener als bei jüngeren Menschen angemessen behandelt (17). Bei Menschen mit

kognitiven Einschränkungen wie bei einer Demenzerkrankung ist die Versorgungssituation noch schlechter, sie erhalten nachgewiesenermaßen weniger Schmerzmittel als Menschen ohne kognitive Einschränkungen (Bernabei et al 1998, Morrison und Siu 2000, Husebo et al 2016) aus (16)).

Nicht erkannte und nicht behandelte Schmerzen können zu Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität führen, sowie Depression, Angst und Schlafstörungen fördern (18). Auch auffordernde Verhaltensweisen können auf Schmerzen hinweisen. Der Erkennung von Schmerzen sollte daher besonders große Aufmerksamkeit geschenkt werden (siehe auch 3.2 - STI Schritt 1). Die Multimorbidität mit Polypharmazie und die veränderte Organfunktion sind für die pharmakologische Schmerztherapie von großer Bedeutung, Interaktionen und Komplikationen gilt es zu vermeiden. Die Schmerztherapie sollte multimodal ausgerichtet sein und auch nicht-medikamentöse Therapien einbeziehen (19)(20).

Delir

Das Delir ist eine akute Störung zerebraler Funktionen, welche hauptsächlich durch akute medizinische Erkrankungen, Infektionen, Operationen, Traumata oder die Einnahme multipler, insbesondere psychotroper Medikamente, namentlich Sedativa/Hypnotika ausgelöst wird (21). Als Kernsymptomatik ist die akut auftretende, fluktuierende Störung von Bewusstsein und Aufmerksamkeit zu nennen. Dabei können auch psychotische Symptome wie ein Wahn oder Halluzinationen hinzukommen, die Abgrenzung zu primären psychotischen Störungen im Alter kann im Einzelfall Schwierigkeiten bereiten (21). Verschiedene Faktoren wie hohes Alter, Demenz, Multimorbidität, Alkoholmissbrauch u. a. begünstigen die Entwicklung eines Delirs (21). Es geht mit einer erhöhten Sterblichkeit, einem längeren Krankenhausaufenthalt und einem schlechteren Behandlungsergebnis einher, wobei sich bei etwa 25 % der Patient:innen kognitive Funktionsstörungen verstetigen (22) (siehe auch Leitlinie (23)).

2.3 Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit

Bei der Arzneimitteltherapie von älteren und besonders pflegebedürftigen Menschen ist auf Grund der häufigen Multimorbidität und der damit einhergehenden Vulnerabilität vieler Betroffener eine erhebliche Polypharmazie zu beobachten. Diese birgt eine erhöhte Gefahr unerwünschter, risikoreicher Nebenwirkungen (UAW = Unerwünschte Arzneimittelwirkung). Im Falle kognitiver Einschränkungen kommt – je nach Ausmaß der Einschränkungen – eine abnehmende Fähigkeit, die Wirkungen und Nebenwirkungen der Arzneimittel zu erkennen und zu kommunizieren, erschwerend hinzu.

Treten Nebenwirkungen von Medikamenten auf, die nicht als solche erkannt werden, kann dies wiederum als Indikation zur Verschreibung weiterer Medikamente missdeutet werden. Damit kann eine Verschreibungskaskade ausgelöst werden (24), die zur weiteren Verschärfung der Situation führt.

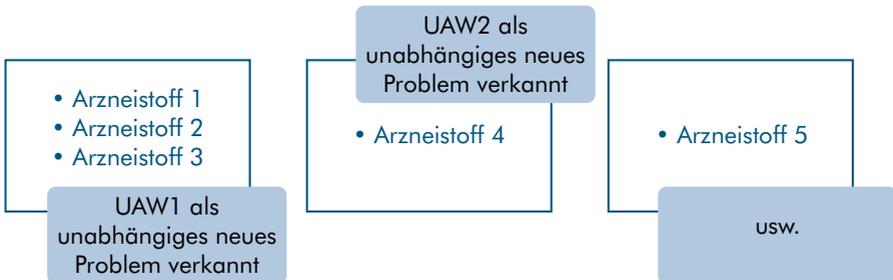


Abbildung 1: Verschreibungskaskade aus (24)

Die Behandlung von multimorbiden Patient:innen ist komplex, eine, allein einzelne medizinische Leitlinien aufsummierende Therapie problematisch. Leitlinienempfehlungen beziehen sich auf Einzelerkrankungen, eine Kumulation einzelner Leitlinien begründet oft eine Polypharmazie, führt zu unerwünschten Wirkungen, unüberschaubaren Interaktionen und insgesamt zu widersprüchlichen Behandlungsstrategien (25). Hohe Kompetenz ist daher gefordert.

Die Nutzung des bundeseinheitlichen Medikationsplanes^c kann einen Beitrag dazu leisten die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen.

c Anspruch auf einen Medikationsplan haben Patienten, die mindestens drei zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel gleichzeitig einnehmen oder anwenden.

Schließlich sollte berücksichtigt werden, dass es Wissenslücken bei der Arzneimitteltherapie im Alter gibt. Die Zulassung vieler Standardpräparate ist zu einer Zeit erfolgt, als noch kein gesondertes Gewicht auf die Bedürfnisse und Bedingungen älterer Menschen gelegt wurde. Ärztliche Erfahrung, die sorgfältige Beobachtung der Wirkungen und Nebenwirkungen sowie eine zeitnahe Reaktion sind daher von besonderer Bedeutung.

Um die Arzneimitteltherapiesicherheit bei geriatrischen Patient:innen zu verbessern, wurden Listen von Arzneistoffen erarbeitet, die bei dieser Patientengruppe mit einem erhöhten Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen verbunden sind (PIM - potentiell inadäquate Medikation). Die Priscus-Liste (26) z.B. enthält 83 Wirkstoffe, die als potenziell inadäquat gelten, zeigt medikamentöse Alternativen auf und lenkt den Blick auf potentielle Gefährdungen, falls das Arzneimittel dennoch verwendet werden sollte. Die FORTA-Liste (27) ordnet Substanzen bzw. Substanzklassen, die älteren Menschen besonders häufig verordnet werden, bezüglich ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit ein. Dadurch entsteht eine Übersicht sowohl über untaugliche als auch über nachweislich nützliche Arzneimittel für ältere Patient:innen.

3 Empfehlungen zum Umgang mit aufforderndem Verhalten

Der Umgang mit aufforderndem Verhalten gehört in vielen Bereichen der Pflege zum Arbeitsalltag. Eine hohe Arbeitsbelastung, gepaart mit oft fehlenden Ansprechpartner:innen, erschwert Pflegenden den Umgang mit der Situation.

Dabei sollte generell bedacht werden, dass das Verhalten der Pflegebedürftigen immer auch als Kommunikationsversuch z. B. bei Hunger, Schmerzen, Langeweile, Angst etc. gedeutet werden kann und dass gerade Menschen mit Demenz je nach Schwere der Erkrankung möglicherweise in ihren Mitteilungsmöglichkeiten sehr eingeschränkt sind (siehe auch (28) und (29)). Auch können somatische Ursachen oder Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten dem auffordernden Verhalten zugrunde liegen.

Im Sinne einer verstehenden Diagnostik muss versucht werden, die Gründe und Ursachen eines Verhaltens und die Aufforderung, welche sich dahinter verbergen kann, zu erkennen. Hier tragen auch die Biografie-Arbeit und der Austausch mit den An- und Zugehörigen zum Verständnis bei. So können Ansatzpunkte gefunden werden, das Verhalten zu beeinflussen und Verhaltenssymptome zu reduzieren, um damit den Leidensdruck der Betroffenen zu verringern, die Lebensqualität und schließlich die Pflegesituation insgesamt zu optimieren.

Dafür bedarf es eines ständigen Reflexionsprozesses aller am Pflegeprozess Beteiligten bei der wesentlichen Fragestellung, wie ein beobachtetes Problem für den Pflegebedürftigen am besten gelöst werden kann (30). Auch Psychopharmaka spielen eine wichtige Rolle, wenn sie indikationsgerecht und mit Augenmaß eingesetzt werden. Vor allen Maßnahmen muss aber zunächst systematisch nach den Ursachen des Problems gefragt werden.

3.1 Grundsätze

- Die Einstellung und das Verhalten aller am Pflegeprozess beteiligten Personen gegenüber pflegebedürftigen Menschen, sollte durch Wertschätzung geprägt sein, regelmäßig hinterfragt und reflektiert werden. (www.pflege-charta.de als Leitlinie für alle, die Verantwortung in Pflege, Betreuung und Behandlung übernehmen)

- Eine gute, offene und wertschätzende Kommunikationskultur sollte von allen Beteiligten gepflegt werden. Zudem können durch regelmäßigen und strukturierten Informationsaustausch im gesamten Team (einschließlich den behandelnden Ärzt:innen und Apotheker:innen) und während des gesamten Therapiezeitraums Therapieentscheidungen zeitnah mit Betroffenen und Bevollmächtigten/Betreuenden besprochen werden. Allen beteiligten Personen sollte Raum zur Verarbeitung von persönlicher Betroffenheit gegeben werden. Eine gute Kommunikationskultur trägt wesentlich zu Fehlervermeidung, besseren Behandlungsergebnissen und einem positiven Betriebsklima bei. Dies fördert die Mitarbeiterzufriedenheit, die sich wiederum positiv auf die pflegebedürftigen Personen auswirkt.
- Die Angehörigen können einen wichtigen Beitrag leisten, um das Verhalten eines Menschen zu verstehen. Ihre Beobachtungen sind als wertvolle Hinweise aufzunehmen. Der Austausch mit Angehörigen muss deshalb bewusst und gezielt gesucht werden.

3.2 Empfehlungen bei Pflegeproblemen – Serial Trial Intervention

Werden auffordernde Verhaltensweisen als Pflegeproblem festgestellt, so beruht das auf den Beobachtungen von den am individuellen Pflegeprozess beteiligten Personen. Treten die entsprechenden Verhaltensweisen regelhaft auf und wird ein subjektiver Leidensdruck der betroffenen Person wahrgenommen oder vermutet, ist ein pflegefachlich fundiertes Handeln angezeigt. Ein entsprechender Handlungsplan für Pflegende ist als „Serial Trial Intervention“ (STI) in den USA erarbeitet und in eine deutsche Fassung übertragen worden. Neben dem Erkennen von Veränderungen im Verhalten von pflegebedürftigen Menschen wird dabei eine definierte Abfolge von Assessments und eine ebenso definierte Abfolge von Interventionen fokussiert.

Die STI als „Assessmentgestütztes Entscheidungsmodell“ (31) in fünf Schritten verfolgt das Ziel

- auffordernden Verhaltensweisen adäquat zu begegnen,
- die individuellen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen zu erkennen und zu befriedigen, Schmerzen zu minimieren
- und den Einsatz von Psychopharmaka so weit wie möglich zu vermeiden (32).

Die deutsche Version der STI stellt sehr konkret einen pflegerischen Ansatz zur Reduktion auffordernder Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz dar. Nach Ansicht der Autorinnen und Autoren dieser Empfehlung lässt sie sich weitestgehend auch auf den Umgang mit auffordernden Verhaltensweisen bei anderen Personengruppen übertragen.

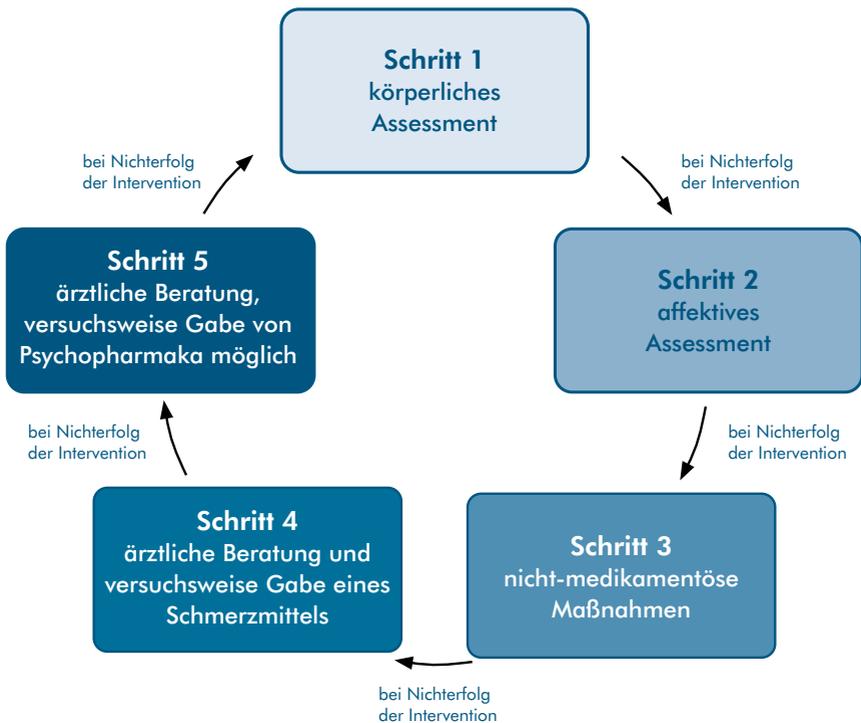


Abbildung 2: Serial Trial Intervention (eigene, vereinfachte Darstellung der STI; angelehnt an: (31, S. 45.)

SCHRITT 1: KÖRPERLICHES ASSESSMENT

Im ersten Schritt erfolgt die Überprüfung, ob körperliche Ursachen vorliegen, die die von den Pflegenden häufig als herausfordernd erlebten psychischen Verhaltensweisen der Betroffenen auslösen können. Dazu werden z. B.

- Vitalwerte erhoben.
- grundlegende körperliche Bedürfnisse, wie z. B. Hunger, Durst oder das Bedürfnis, zur Toilette zu gehen und mögliche Beschwerden im Zusammenhang mit Schlucken, Verdauung und Ausscheidung eruiert.
- Beschwerden aufgrund von Erkrankungen oder bereits vorhandenen körperlichen Einschränkungen tiefergehend betrachtet.
- auf vorliegende Schmerzen geprüft. Ist eine zuverlässige Selbsteinschätzung des Menschen nicht mehr möglich, können genaue Beobachtungen von z.B. Mimik, Gestik, Atmung und auch auffälliges Verhalten Hinweise auf vorhandene Schmerzen geben. Auch gibt es Fremdeinschätzungsinstrumente wie z.B. die BESD, die Beurteilung von Schmerzen bei Demenz.
- auch zunächst kleinere Beschwerden und Störfaktoren, wie z. B. ein nicht-funktionierendes Hörgerät, fehlende Brille, falsche Sehstärke oder zu enge Kleidung, berücksichtigt, welche einzeln vorliegen oder sich summieren und bestimmte Verhaltensweisen auslösen können.

Wichtig ist dabei auch Folgendes zu berücksichtigen:

- Psychische Auffälligkeiten können auf einer somatischen Erkrankung beruhen, zum Beispiel einer rheumatologischen Erkrankung oder einem endokrinen Tumor (z. B. (33)).
- Manche psychischen Symptome, wie z. B. Unruhe oder depressive Verstimmung sind selbst Nebenwirkung anderer Medikamente und ziehen unerkannt eine Verschreibung psychotroper Medikamente nach sich (34). (siehe hierzu auch 2.3)
- Auch Entzugserscheinungen sind zu berücksichtigen. Geschätzte 30 bis 35 % der Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial werden nicht wegen akuter medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet (35).
- Besonders hervorzuheben ist das Delir (siehe hierzu auch 2.2).

Finden sich körperliche Ursachen, sollte dringend ein medizinischer Rat eingeholt werden, um eine entsprechende Therapie einzuleiten. Finden sich z. B. Auffälligkeiten im Urin, so kann die Gabe von Antibiotika erforderlich sein. Gibt es Hinweise auf Schmerzen, müssen diese mit (nicht-) medikamentösen Therapien schnellstmöglich behandelt werden. (siehe hierzu auch 2.2).

Tritt nach der erfolgten Intervention und entsprechendem Zeitfenster keine signifikante Verhaltensänderung ein oder können tatsächlich keinerlei körperliche Probleme gefunden werden, folgt Schritt zwei (36).

SCHRITT 2: AFFEKTIVES ASSESSMENT

In diesem Schritt gilt es, psychosoziale und umgebungsbezogene Faktoren zu erkennen, die auf das Wohlbefinden und den psychischen Zustand des Menschen mit Demenz Einfluss nehmen können, z.B.

- Stress, der durch eine Vielzahl von unterschiedlichsten Reizen in der Umgebung ausgelöst und z.B. von dem Menschen mit Demenz kaum differenziert verortet werden kann.
- das grundlegende menschliche Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit, welches nicht ausreichend gestillt ist.

Für ein systematisches Vorgehen können z.B. die in Deutschland verbreitete Cohen-Mansfield Skala oder auch das umfangreichere „Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz für die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen“ (H.I.L.DE-QS) (siehe hierzu genauer (37)) hilfreich sein.

Bei Schlafstörungen bzw. nächtlichen Wachphasen, wie sie bei an Demenz Erkrankten häufig sind, sollte in diesem Schritt auch überprüft werden, inwieweit die vom Umfeld erwartete Schlafdauer des Betroffenen seinen biografisch geprägten Gewohnheiten entspricht. Der Ablauf der Einrichtungen bzw. Dienste sollte sich dabei an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen orientieren (Wenn Pflegebedürftige um 19 Uhr zu Bett gebracht werden, kann nicht erwartet werden, dass sie bis zum Frühstück um 8 Uhr durchschlafen). Zudem können nächtliche Beschäftigungsangebote wie Nachtcafés sinnvoll sein.

Schließlich sollte auch Berücksichtigung finden, dass der Tiefschlafanteil bei älteren Menschen sinkt und sie häufiger auf relativ leise Geräusche mit Aufwachen reagieren – ein Wiedereinschlafen ist erschwert.

Die genannten Faktoren gilt es vonseiten der Pflegenden zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, sodass eine individuelle, Biographie-orientierte Umgebungs- und Tagesgestaltung gewährleistet werden kann.

Bleibt das Verhalten der bzw. des Pflegebedürftigen auch nach einer Anpassung der psychosozialen und umgebungsbezogenen Faktoren unverändert oder lassen sich keine affektiven Bedürfnisse beobachten, folgt der dritte Schritt (36).

SCHRITT 3: NICHT-MEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN

Das Ausschöpfen nicht-medikamentöser Maßnahmen nimmt in der Begleitung von Menschen mit Demenz bzw. in der adäquaten Begegnung mit aufforderndem Verhalten, einen ganz besonders hohen Stellenwert ein. Dies schließt eine angemessene verbale und nonverbale Kommunikation ein.

Die konkreten Maßnahmen sind individuell und sollten stets vor dem Hintergrund der Biografie der Person bzw. deren Vorlieben gesehen werden. Hierzu zählen u.a.:

- Körperliche Aktivierung,
- Training kognitiver Funktionen,
- Kreativtherapeutische Aktivitäten,
- Aromatherapeutische Maßnahmen,
- Maßnahmen der basalen Stimulation,
- Angebote jahreszeitlich geprägter Einzel- und Gruppenaktivitäten.

Es gilt auch hier, niemals über den Menschen hinweg, sondern mit ihm zusammen zu erkunden, welche Maßnahmen für ihn geeignet sind.

Lässt sich das Verhalten auch durch diese Maßnahmen nicht reduzieren, ist der vierte Schritt geboten (36).

SCHRITT 4: ÄRZTLICHE BERATUNG UND VERSUCHSWEISE GABE EINES SCHMERZMITTELS

Der ausreichenden Versorgung älterer Menschen mit Schmerzmedikamenten kommt eine besondere Bedeutung zu – gerade Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind häufig nicht ausreichend versorgt (siehe auch 2.2).

Auch wenn beim körperlichen Assessment in Schritt 1 keine Hinweise gefunden wurden, die auf Schmerzen hindeuten, wird hier in Schritt 4 die Verabreichung von Schmerzmitteln abhängig von der ggf. bereits bestehenden Anordnung verändert bzw. begonnen:

- Anordnung eines Schmerzmittels als Bedarfsmedikation besteht bereits: diese sollte nun für mehrere Tage hintereinander genutzt werden.
- Anordnung eines Schmerzmittels als Regelmedikation besteht bereits: Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärzt:innen, um eine Neubewertung der Anordnung zu besprechen.
- Bisher keine Anordnung einer Schmerzmedikation: versuchsweise Gabe des Schmerzmedikaments nach Anordnung durch behandelnde Ärzt:innen sowie unter fortlaufender Beobachtung und Dokumentation über einen festgelegten Zeitraum. Dieses muss in ausreichend hoher Dosierung gegeben werden, um die Wirkung sicher beurteilen zu können.

Die dokumentierten Beobachtungen sind vonseiten der Pflegenden und der behandelnden Ärzt:innen zu evaluieren. Führt die versuchsweise Gabe von Analgetika zu einer Minderung des Verhaltens und treten keine bzw. vertretbare Neben- oder Wechselwirkungen auf, sollten sie langfristig angeordnet werden. Entsprechend Schritt 1 sollte zudem die Schmerzursache ermittelt und therapiert werden.

Mindert die Intervention die Verhaltensweisen nicht, kann die Prüfung einer höheren Dosis oder der Übergang zu Schritt fünf angezeigt sein (36).

SCHRITT 5: **ÄRZTLICHE BERATUNG, VERSUCHSWEISE GABE VON PSYCHOPHARMAKA MÖGLICH**

Dieser Schritt wird erst dann notwendig, wenn alle bisherigen Interventionen nicht dazu beitragen konnten, die Verhaltensweisen im Sinne der Betroffenen abzumildern. Spätestens jetzt sollten Beratungsgespräche mit den behandelnden Ärzt:innen, (Geronto-) Psychiater:innen sowie anderen Fachkräften erfolgen.

- Erhalten pflegebedürftige Menschen bereits Psychopharmaka, sollte die Dosierung evaluiert und ggf. angepasst werden. Auch Auslassversuche sind zu erwägen, um paradoxe und unerwünschte Reaktionen auf Psychopharmaka auszuschließen, auch wenn die Gefahr einer kurzfristigen Verschlimmerung besteht. Das Absetzen von Medikamenten, das systematische Reduzieren und Auslassversuche – besonders von Dauermedikationen – ist eine sehr anspruchsvolle Intervention, denn auch eine Fehl- oder Unterversorgung gilt es zu vermeiden.
- Die versuchsweise Gabe von Psychopharmaka an Personen, die bisher keine diesbezügliche Medikation erhalten, ist in diesem Schritt ebenfalls möglich.

Bestehen die Verhaltensweisen auch nach diesem fünften Schritt fort, beginnt der Prozess erneut, wie in Abbildung 1 dargestellt. Die systematische und unter Umständen zyklische Abfolge von Assessments und Interventionen endet erst dann, wenn eine bedeutsame Verhaltensminderung erreicht wurde (36).

Alle Schritte der STI sind ohne Verzögerung hintereinander durchzuführen, um problematische Situationen nicht zu verstetigen. Das Ziel ist eine schnelle Hilfe.

3.3 Empfehlungen zur Gabe von Psychopharmaka

Grundsätzlich muss aufgrund der besonderen Situation älterer Menschen die Sicherheit im Umgang mit Medikation jeglicher Art in besonderem Maße gewährleistet sein (siehe Abb. 3). Die Verantwortung liegt bei der anordnenden Ärztin bzw. bei dem anordnenden Arzt.

Das Ziel muss sein, unter Berücksichtigung der Vulnerabilität und Multimorbidität der betreffenden Klientel die richtigen Medikamente bei richtiger Indi-

kation in richtiger Dosierung für einen definierten Zeitraum und unter ausreichendem Monitoring einzusetzen (9). Dieser generelle Grundsatz erhält im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Menschen eine besondere Bedeutung, da Betroffene selbst nicht adäquat reagieren können. Zusätzliche externe Beobachtung und Initiative sind daher unabdingbar.

Der spezifischen Therapie mit Psychopharmaka, wie sie in Schritt fünf des STI empfohlen wird, gehen daher essenzielle Schritte voraus.

- Ärztliche Diagnosestellung: Hier werden auch bereits bekannte Diagnosen einer kritischen Betrachtung unterzogen, um z. B. die unreflektierte Übernahme von Diagnosen aus Arztbriefen nach einem Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.
- Sachliche Bewertung aller möglichen alternativen Handlungskonzepte: Die Bewertung, inwiefern diese wirklich ausgeschöpft wurden, sollte im Rahmen einer Fallbesprechung, an der alle beteiligten Personen teilhaben, erfolgen.
- Ziel der Psychopharmaka-Gabe definieren und reflektieren: Hierbei ist es wichtig, zu erörtern, ob die Verhaltensweisen mit der Gabe eines spezifischen Psychopharmakons (Antidepressivum, Sedativum oder Antipsychotikum) behandelt werden können oder ob der Mensch ruhiggestellt werden soll.

In letzterem Fall handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme (feM), die einer richterlichen Genehmigung bedarf. Hier sind ethische und juristische Aspekte in besonderer Weise und strikt zu beachten (siehe Anhang). Ein enger Austausch mit dem Gericht ist empfehlenswert. Grundsätzlich sollten rechtliche Betreuungspersonen, die mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge betraut sind oder bevollmächtigte Personen unbedingt in den Prozess der Therapieentscheidung einbezogen werden, da nur diese berechtigt sind, die Maßnahmen bei den Gerichten zu beantragen.

- Abgleich mit bereits verordneten Medikamenten bzgl. Kontraindikationen und/oder Wechselwirkungen mithilfe pharmazeutischer Expertise und unter Berücksichtigung von Priscus- oder Forta-Liste. Auch die verordnete Bedarfsmedikation ist in regelmäßigen Abständen kritisch zu hinterfragen, insbesondere bzgl. der konkreten Indikation und der Einzel- und Tageshöchstdosis.

Ist die Therapieentscheidung getroffen und die ggf. erforderliche richterliche Genehmigung erteilt, beginnt die Gabe des spezifischen Psychopharmakons.

Dabei ist eine regelmäßige kritische Überprüfung wichtig. Empfehlungen zum Deprescribing in Bezug auf Antipsychotika bei Demenz haben Roßmeier, et al. 2022 (39) veröffentlicht (siehe Abb. 4 auf der Folgeseite).

Beachtung und detaillierte Kenntnis von Herstellerangaben und Fachinformationen:

- Jede Anwendung von Medikamenten, sollte nur in dem notwendigen Maße erfolgen – sowohl bezüglich Dosis, als auch Dauer der Anwendung.
- engmaschige und systematische Überprüfung der Wirkungen und Nebenwirkungen und auch der Wechselwirkungen mit anderen Präparaten durch eine:n Apotheker:in des Vertrauens
- Kenntnis der entsprechenden Beobachtungsparameter und -zeiträume (z.B. Überwachung des Blutbildes und/ oder der Vitalparameter) → Nur bei detaillierter Kenntnis können entsprechende Kontrollen angeordnet, Veränderungen von Blutdruck, Pulsfrequenz, Hautreaktionen, Verdauung, Einfluss auf Sprache, Gangbild, etc. systematisch beobachtet und bewertet werden.
- Beachtung der Dosierungsschemata („Einschleichen“ und „Aus-schleichen“)
- Kenntnis der Einnahmehinweise und Einnahmezeiträume bis Wirkungseintritt

Beachtung der PRISCUS-Liste bzw. FORTA-Liste

Nutzung des bundeseinheitlichen Medikationsplanes

Durchführung von

- Auslassversuchen
- Dosierungsanpassungen

Sorgfältige, wertungsfreie und standardisierte Dokumentation von

- Therapiebeginn
- Vergabe
- Beobachtungen

Evaluierung der Maßnahme

Planung und regelmäßige Durchführung im Rahmen der Pflegeprozessplanung

Abbildung 3: Voraussetzungen für einen sicheren Umgang mit Medikamenten

Deprescribing (=Reduktion und Ausschleichen) von Antipsychotika bei Menschen mit Demenz und Psychischen und Verhaltenssymptomen (BPSD)

^a Besserung der Symptome für einen angemessenen Zeitraum (z.B. 3 Monate)

^b Reduktionsintervalle je nach Einschätzung, z.B. 1-2 Wochen

Abbildung 4

aus Roßmeier, C., Gast, J., Riedl, L. et al. „Deprescribing“ von Antipsychotika bei Demenz. Nervenarzt 93, 912–920 (2022).

<https://doi.org/10.1007/s00115-022-01343-w>

Patient:in mit mindestens 1 Antipsychotikum

Alle 4 Wochen Indikation zum Deprescribing prüfen

- Stabile Besserung der BPSD^a?
- oder • Indikation für das Antipsychotikum nicht mehr vorhanden?
- oder • Nebenwirkungen (z.B. Extrapyramidal motorische Symptome, Schwindel, Stürze)?
- oder • Wirkungslosigkeit des Antipsychotikums?

Ja

Nein

Reduktion (Deprescribing) durchführen:

- Kommunikation mit Patient:in, gesetzl. Vertreter:in, Angehörigen, Pflegepersonal
- Schema: schrittweise, z.B. 75%, 50%, 25% der Ausgangsdosis, ggf. modifiziert je nach Höhe der Ausgangsdosis und ursprünglicher Ausprägung der BPSD^b
- Falls mehrere Antipsychotika, nacheinander reduzieren

Alle 2-4 Wochen während der Reduktion Verlauf kontrollieren:

- Erneute BPSD?
- oder • Entzugssyptome/Absetzsymptome?

Nein

Ja

Reduktion fortsetzen

- Ursachen abklären, wenn möglich beseitigen
- Reduktion stoppen oder
- Dosis auf den vorhergehenden Reduktionsschritt erhöhen

4 Rahmenbedingungen

Die erfolgreiche Umsetzung der vorliegenden Handlungsempfehlung hängt auch von Rahmenbedingungen und äußeren Faktoren ab. Viel zu oft stoßen diejenigen, die in der direkten Versorgung tätig sind an Grenzen, die sie kaum beeinflussen können. Sie befinden sich dann in dem Dilemma, wider besseren Wissens handeln zu müssen.

Die Gestaltung von günstigen Rahmenbedingungen, ist daher essentiell für eine gute Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Hier tragen Politik, Träger und Management eine hohe Verantwortung.

Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen in den folgenden Bereichen ist notwendig:

1. Bereitstellung personeller Kapazitäten und zeitlicher Ressourcen

Sie bilden die unabdingbare Voraussetzung, um die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem Tagesablauf begleiten zu können, nicht-medikamentöse Maßnahmen ausgiebig durchzuführen und zu evaluieren, und auch, um das Verhalten der Betroffenen intensiv zu beobachten und Fallbesprechungen, wann immer erforderlich, durchzuführen. Auch für Angebote zu Teilhabe und Aktivierung, wie Nachtcafés für Menschen mit nächtlichen Wachphasen oder Bewegungs- und Kreativangebote, müssen ausreichend Kapazitäten bereitgestellt werden.

2. Sicherstellung der medizinischen, therapeutischen und rehabilitativen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen

- a. Die medizinische Versorgung ist eine wichtige Voraussetzung, um die Gesundheit und Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu erhalten bzw. zu verbessern. Hierbei ist neben Diagnostik auch an Vorsorgeuntersuchungen oder disease management Programme zu denken. Vor allem im fachärztlichen Bereich gibt es jedoch Hinweise auf Versorgungsdefizite (40).
- b. Eine psychotherapeutische Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Menschen findet – trotz Leitlinienempfehlung bei Depression – praktisch nicht statt (41)(42). Hier werden als zusätzliche Ursachen ein defizitorientiertes Altersbild und Defizite im Bereich der gerontologischen Qualifikation von Psychotherapeuten vermutet (42).

- c. Schließlich gilt es auch den Bedarf an rehabilitativen und therapeutischen Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie zu decken.

Neben Zugangsschwierigkeiten aufgrund körperlicher und kognitiver Einschränkungen wird „häufig – zu Unrecht – angenommen, dass die medizinische Versorgung durch die Pflegeeinrichtung sichergestellt wird“ (43). Koordinationsprobleme sowie zusätzliche Belastungen für Pflegefachkräfte, die den Kontakt zur Ärzteschaft initiieren, sind die Folge (43).

Hier gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten, die es zu fördern gilt wie z.B. Heimarzt- und Heimapothekenmodelle, Konsiliar- und Liaison-Dienste, aufsuchende Angebote von Ärzt:innen und Therapeut:innen oder andere Kooperationen/Verträge. Die Einrichtung apparativer Mindestausstattung für ärztliche Zusatzuntersuchungen und/oder die Förderung telemedizinischer/teletherapeutischer Angebote können die Versorgung zusätzlich verbessern.

Vor allem im Bereich der Rehabilitation gilt es zudem ökonomische Fehlanreize zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung abzubauen.

3. Bereitstellung bedarfsgerechter Räumlichkeiten

- a. Die Wohnbereiche sollten speziell den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht werden. In einer europäischen Analyse konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Therapie mit Neuroleptika in denjenigen Einrichtungen sinkt, die einen Wohnbereich speziell für Menschen mit Demenz vorhalten (44). Ähnliches konnte für die Unterbringung in Einzelzimmern gezeigt werden (45). Stressarme Umgebungsgestaltung, individuell und persönlich eingerichtete Zimmer, Rückzugs- und Teilhabemöglichkeiten etc. sind weitere Möglichkeiten der positiven Wohngestaltung.
- b. Gleichzeitig müssen – gerade bei Menschen mit einem großen Bewegungsdrang – ausreichende und sichere Bewegungsmöglichkeiten vorhanden sein. Hierfür bieten sich weitläufige Außenanlagen und auch (Rund-) Wege im Haus an. Kann dem Drang sich frei zu bewegen, d.h. auch unbegleitet, nachgegeben werden, wirkt sich dies positiv auf die Pflegesituation aus. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Wege geschützt und gefahrungsarm sind. Bei einigen Menschen können Dementenschutzsysteme, wie Bewegungsdetektoren, GPS-Ortung aber auch fest installierte Sicherungs- und Meldeeinrichtungen, sinnvoll sein und eine

sichere Bewegungsfreiheit ermöglichen. Mögliche Genehmigungspflichten sind hierbei zu berücksichtigen.

Professionelle Beratung von spezialisierten Architektinnen und Architekten oder Anbietern von Sicherungssystemen sowie der Einbezug von Pflegefachwissen ist hier zwingend notwendig! Dabei muss sich die Einrichtung frühzeitig und auch fortwährend mit vorhandenen und passenden Möglichkeiten auseinandersetzen und den Pflegenden Handlungs- und Entscheidungsspielräume zugestehen.

4. Qualitätsförderung

- a. Eine ausreichende gerontopsychiatrische Kompetenz im Team ist essentiell und muss gefördert werden. Hierzu zählen die gezielte Weiterbildung, aber auch die Wissensvertiefung mit dem Schwerpunkt auf der Beobachtung von psychiatrischen Auffälligkeiten, von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und möglicher alternativer Interventionen. Im Sinne einer verstehenden Pflege ist der zu pflegende Mensch mit all seinen Facetten anzuerkennen und wahrzunehmen, seine verbleibenden Fähigkeiten sind zu fördern und ein sensibler und wertschätzender Umgang ist zu fokussieren.
- b. Zusätzlich sollten einrichtungsinterne Standards etabliert werden. Das Vorhalten leicht verständlicher und umsetzbarer Vorgaben zum Umgang mit als belastend empfundenen Situationen (Bsp. STI), regelmäßige Fallbesprechungen einschließlich der Bereitstellung der dafür erforderlichen Ressourcen sowie die konsequente Überprüfung deren Anwendung sind originäre Aufgaben des Pflegemanagements und der Qualitätssicherung. Insbesondere die Arzneimitteltherapie erfordert hier eine nachvollziehbare Konsequenz.

5. Förderung und Angebote inter- und intradisziplinärer Kommunikation

Es ist dringend notwendig, dass Pflegefachkräften Ansprechpartner:innen zur Seite gestellt werden, an die sie sich bei Fragen und Unsicherheiten bzgl. Verordnungen, Indikationsstellungen, möglicher Nebenwirkungen etc. wenden können. Sämtliche Kooperationen wie z.B. die bereits erwähnten Heimarztmodelle, Heimpapothekenverträge etc. sind hier förderlich.

6. Reduzierung von Krankenhauseinweisungen

Gerade bei älteren, multimorbiden Patient:innen ist die Aufnahme ins Krankenhaus ein Hochrisikoprozess – kognitive Einschränkungen und Polypharmazie erschweren die Situation zusätzlich. Neben der psychischen Belastung durch Ängste aufgrund des Umgebungswechsels und Orientierungslosigkeit, besteht auch die Gefahr der Zustandsverschlechterung durch längere Immobilisation oder mögliche Infektionen.

Hinzu kommen Kommunikations- und Koordinationsschwierigkeiten durch die Sektorengrenzen. Unvollständige oder fehlerhafte Angaben zu Medikation, Anamnese, Diagnose etc. induzieren fehlerhafte Therapieempfehlungen; unzureichendes Entlassmanagement, fehlende Begründungen von Therapieänderungen und ähnliches fördern Anwendungsfehler oder Nichtbeachtung. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Re-Hospitalisierungen können die Folge sein.

Eine verbesserte Kommunikation über die Sektoren hinweg, die Anwendung des Medikationsplanes, der digitalen Patientenakte, gutes Entlassmanagement etc. können die Ergebnisse wesentlich verbessern. Insgesamt sollte jedoch auf eine sektorenübergreifende Digitalisierung hingearbeitet werden, um Kommunikationsbrüche auszuschließen.

Zusätzlich muss auf den besonderen Bedarf von Menschen mit Pflegebedarf allgemein und speziell mit Demenz eingegangen werden. Hierzu zählen ausreichendes Fachwissen über Demenzerkrankungen, angemessene Strukturen und Abläufe im Krankenhaus, z.B. Rooming-In für Angehörige, Kooperation mit den Angehörigen etc. Hier gibt es bereits zahlreiche Projekte, welche auf eine verbesserte Versorgung von Patient:innen mit Demenz im Krankenhaus abzielen. (siehe auch <https://www.deutsche-alzheimer.de/mit-demenz-leben/mit-demenz-im-krankenhaus>)

Vor allem sollten jedoch Krankenhausaufenthalte so weit wie möglich vermieden werden. Das Projekt „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausaufenthalte“ untersucht beispielsweise bei welchen Fällen ein Krankenhausaufenthalt vermeidbar und welche Bedingungen dafür notwendig wären (siehe auch <https://www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de/>).

Anhang

THERAPIEANSÄTZE BEI DEMENZ, DEPRESSION UND SCHLAFSTÖRUNG

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die Therapieansätze der wichtigsten Störungen/Erkrankungen bei pflegebedürftigen Menschen gegeben werden.

1. Demenz

„Die Therapie von Demenzerkrankungen umfasst die pharmakologische Behandlung und die psychosozialen Interventionen (...) im Kontext eines Gesamtbehandlungsplans“ (9). Die Therapie besteht dabei einerseits aus der Behandlung der Kersnsymptomatik (u. a. kognitive Störungen, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten) und andererseits, falls notwendig, einer Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen (z.B. Depression, Wahn, Halluzinationen, Apathie) (9).

1.1 Kersnsymptomatik

Die Behandlung der Kersnsymptomatik ist abhängig von der Demenzform. Dem Demenzsyndrom liegt eine große Anzahl möglicher Ursachen zugrunde, die zum Teil klinisch, zum Teil in paraklinischen Untersuchungen (Labor, cCT, MRT) erhebliche Unterschiede aufweisen. Eine grobe Einteilung erfordert die Gliederung in primär degenerative, vaskuläre, sowie sekundäre Demenzen^d. Unter den primär degenerativen Demenzen wird eine heterogene Gruppe von Erkrankungen zusammengefasst, die das Muster eines neurodegenerativen Prozesses zeigen^e. Zu dieser Gruppe zählen insbesondere die Alzheimer-Demenz, die Demenz mit Lewy-Körperchen, die Parkinsondemenz und die Frontotemporale Demenz. Allein auf die Alzheimer-Demenz entfallen etwa 50-75 % aller Erkrankungsfälle, wobei sich darunter auch etwa ein

d Sekundäre Demenzen bleiben im Folgenden außer Betracht, da bei ihnen therapeutisch die Grunderkrankung (z.B. eine Hypothyreose) im Vordergrund steht.

e Obgleich angesichts rascher Fortschritte in der Beschreibung der zugrundeliegenden Mechanismen der demenziellen Erkrankungen zunehmende Differenzierungen zu erwarten sind, erscheint der globale Begriff der primär degenerativen Demenzen weiterhin nützlich.

Drittel Demenzen mit Lewy-Körperchen befinden dürften. Aufgrund uneinheitlicher Diagnosekriterien und der hohen Zahl von Mischformen schwanken die Angaben zur Häufigkeit der vaskulären Demenz, die meist die Folge vieler kleiner Infarkte oder auch eines einzigen Schlaganfalls ist. Sie dürfte mit 15-25% die zweithäufigste Form der dementiellen Erkrankungen darstellen. Die übrigen Demenzformen machen deutlich weniger als 10% aus.

Bei der Alzheimer-Demenz sollte, abhängig vom Schweregrad, ein Therapieversuch mit Antidementiva durchgeführt werden (9). Zu den Antidementiva gehören der Acetylcholinesterasehemmer (Rivastigmin, Galantamin und Donepezil), sowie der NMDA-Rezeptor-Antagonist (Memantin). Ab dem Vorliegen einer mittelschweren Demenz ist auch die gleichzeitige Gabe von Memantin und einem Acetylcholinesterasehemmer möglich (9).

Der den Symptomen zugrundeliegende Untergang von Nervenzellen wird durch diese Medikamente nicht aufgehalten. Deswegen nehmen die Beschwerden trotz medikamentöser Therapie im Verlauf weiter zu. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass Antidementiva – zumindest vorübergehend – zu einer Verlangsamung des Verlusts kognitiver Funktionen und der Fähigkeit zur Ausführung von Alltagsfunktionen sowie zur Verbesserung von psychischen und Verhaltenssymptomen führen können (9).

Aufgrund der fortschreitenden Natur der Erkrankung ist eine Wirkungsabschätzung der medikamentösen Therapie beim Einzelnen problematisch, eine Wirkung kann auch bei Fortschreiten der Symptome vorliegen (9). In Analogie zu anderen progredienten Erkrankungen sollten dennoch regelmäßige (z.B. halbjährlich) Therapiekontrollen durch klinische Untersuchung und die Anwendung kurzer kognitiver Tests (z.B. MMSE) durchgeführt werden (9). Gründe für das Absetzen bei einem Patient:innen können sich individuell aufgrund negativer Bewertungen des Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Nebenwirkungen) ergeben, vor allem bei Hochaltrigkeit, Komorbidität, Multipharmakotherapie sowie aufgrund des Patientenwillens (z.B. Ablehnung von Tabletteneinnahme) ergeben (9).

Es ist daher wichtig, dass Pflegende und Angehörige den Patient:innen und die Entwicklung der Fähigkeiten im Alltag aufmerksam beobachten und dokumentieren, damit die Wirkung und die Verträglichkeit der Medikation beurteilt werden können.

Bei vaskulärer Demenz steht die Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren, z. B. die medikamentöse Einstellung eines arteriellen Hypertonus, im Vordergrund.

Eine Gemischte Demenz kann als das gleichzeitige Vorliegen einer Alzheimer-Demenz und einer vaskulären Demenz betrachtet werden. Patienten können daher entsprechend einer Alzheimer-Demenz behandelt werden (9), wobei zusätzlich die kardiovaskulären Risikofaktoren gezielt berücksichtigt werden sollen.

Während für die Behandlung kognitiver Symptome bei der Frontotemporalen Demenz keine überzeugende Evidenz vorliegt, kann bei Demenz bei Morbus Parkinson sowie bei Lewy-Körperchen-Demenz an einen Therapieversuch mit einem Acetylcholinesterasehemmer gedacht werden.

Psychosoziale Interventionen, wie kognitive Verfahren, Ergotherapie, körperliche Aktivität, künstlerische Therapien und sensorische Verfahren sind ein zentraler und notwendiger Bestandteil der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen (9). Das Ziel dieser nicht-medikamentösen Interventionen ist es dabei, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen, sie in ihrem Selbstverständnis zu stärken. Dabei gilt der gezielte Einbezug der Pflegenden in den therapeutischen Prozess für die Stabilisierung eines Therapieerfolgs als kritische Größe, auch der Bezug zur Biografie und der gegenwärtigen persönlichen Situation ist von zentraler Bedeutung (46). Ein weiteres Ziel ist das Erreichen von größerer Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten (z.B. bei der Körperpflege oder beim Anziehen).

Nicht zuletzt ist grundsätzlich an ausreichende Flüssigkeitszufuhr, ausreichend Bewegung, gute Blutzuckereinstellung zu denken. Auch gibt es Hinweise für die Wirksamkeit ginkkohaltiger Präparate. Eine Behandlung mit ihnen kann erwogen werden, muss aber nicht unbedingt.

1.2 Neuropsychiatrische und Verhaltenssymptome

Wie auch in Abschnitt 2.2 beschrieben, spielen äußere Einflüsse eine bedeutende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen und Verhaltenssymptomen. Entsprechend ist die Identifizierung von Auslösern im Sinne einer verstehenden Diagnostik (siehe Abschnitt 3.2) besonders wichtig.

Bei der Behandlung kommt psychosozialen Interventionen eine besondere und vorrangige Rolle zu. Zudem ist davon auszugehen, dass die Interventionen nicht nur vorhandene Symptome reduzieren, sondern auch zur Prävention beitragen und daher allgemeiner Bestandteil der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen sein sollten (9). Die meisten Erfahrungen liegen mit der Technik des operanten Lernens vor, eine verhaltenstherapeutische Intervention, die sich weniger auf die kognitive Kompetenz stützt und deswegen für Demenzkranke geeignet ist. Weitere Interventionen reichen von validierendem Verhalten, patientenzentriertem Verhaltensmanagement, Angehörigen- und Pflegendenschulung, bis hin zu kognitiver und sensorischer Stimulation, Erinnerungspflege, Musiktherapie, Bewegungsförderung, körperliche Berührung, Snoezelen (9). Zudem kann die Gestaltung einer orientierungsfreundlichen Realität, die im besten Fall die individuelle Biographie berücksichtigt, den Alltag erleichtern.

Erst nachdem alle psychosozialen Interventionen ausgeschöpft wurden, sollte eine medikamentöse Therapie als Teil eines Gesamt-Behandlungsplans erwogen werden.

Bei neuropsychiatrischen und Verhaltenssymptomen werden häufig Antipsychotika gegeben. Diese sind bei demenzkranken Menschen aufgrund ihres hohen Nebenwirkungspotentials, bei nicht zuverlässig nachgewiesener Wirksamkeit sehr problematisch (47). Demenzkranke Menschen reagieren besonders empfindlich auf die anticholinergen, zu einer möglichen weiteren Verschlechterung der Kognition führenden Wirkungen vieler Antipsychotika. Darüber hinaus ist der Einsatz von Antipsychotika bei an Demenz Erkrankten wahrscheinlich mit einer erhöhten Mortalität und dem vermehrten Auftreten zerebrovaskulärer Ereignisse verbunden. Dies gilt ganz besonders für Haloperidol, welches unter den Antipsychotika das höchste Mortalitätsrisiko aufweist (9). Hinzu kommen ein erhöhtes Sturzrisiko aufgrund der oft auch den Blutdruck senkenden Wirkung und ein hohes Potential für Interaktionen mit anderen Arzneimitteln. Aufgrund dieses hohen Schadenspotentials stehen viele Antipsychotika auf der PRISCUS-Liste.

Für die Behandlung von Agitiertheit, Aggressionen, psychomotorischer Unruhe und von psychotischen Symptomen wird in der S3-Leitlinie von den dafür zugelassenen Antipsychotika lediglich Risperidon empfohlen, das nicht anticholinerg wirkt und im Vergleich weniger sediert. Die Anwendung sollte laut

Zulassung und Leitlinie symptomorientiert in geringer Dosierung (maximal 1 mg pro Tag) und nicht dauerhaft, bei anhaltender Symptomatik nicht länger als sechs Wochen erfolgen.

Die in der Gerontopsychiatrie sehr häufig zur Beruhigung eingesetzten niederpotenten Antipsychotika Melperon und Pipamperon haben nur eine geringe antipsychotische Wirksamkeit. Sie werden daher in der S3-Leitlinie "Demenzen" (9) nicht zur Behandlung von demenzbedingten Verhaltensstörungen empfohlen. Der Einsatz mehrerer antipsychotischer Substanzen gleichzeitig ist in der Regel nicht gerechtfertigt und erhöht das Risiko.

2. Depressive Störung

Die S3-Leitlinie (41) empfiehlt zur Behandlung bei älteren Patienten so vorzugehen wie bei jüngeren:

Bei leichten Depressionen wird Psychotherapie (Empfehlungsgrad A) empfohlen.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei älteren Betroffenen ist – zumindest in Bezug auf Depression als der häufigsten nicht-organischen psychischen Störung im Alter – metaanalytisch gut belegt (48), bei durchschnittlich mindestens mittleren Effektstärken. Psychotherapie wird zudem von älteren Patienten gegenüber der Pharmakotherapie bevorzugt (49). Die Befundlage für kognitive Verhaltenstherapie, Lebensrückblick-Therapie und Problemlösetherapie fällt dabei am günstigsten aus (50)(51). Die Versorgungsrealität bei hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen steht jedoch im Kontrast zu den Leitlinienempfehlungen. Der Vergleich fällt ohnehin für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen so ungünstig aus wie für keine andere Altersgruppe (52).

Bei schweren Depressionen wird eine Kombination mit Psychopharmaka empfohlen.

Zur Pharmakotherapie depressiver Störungen werden bevorzugt selektiv wirksame Antidepressiva, wie die selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), vor allem Sertralin, Citalopram, Escitalopram, die aktivitätssteigernden selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) wie Venlafaxin oder Duloxetin, oder auch noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA) wie das als sedierend geltende Mirtazapin empfohlen (41).

Die Wirkstoffe aus der Gruppe der unselektiven Wiederaufnahmehemmer, vor allem der trizyklischen Antidepressiva gelten dagegen aufgrund ihres anderen Nebenwirkungsprofils nicht als Mittel der ersten Wahl. Sie sind durch teilweise ausgeprägte und schwerwiegende anticholinerge (Mundtrockenheit, Harnverhalt, kognitive Störungen), Blutdruck senkende und kardiotoxische Wirkungen, die besonders bei älteren Patient:innen eintreten können, gekennzeichnet und haben eine geringere Überdosierungssicherheit (53). Zum größten Teil sind sie auf der PRISCUS-Liste als inadäquat aufgeführt.

Allerdings sind auch selektive Antidepressiva nicht frei von Risiken. So können SSRI zu erheblichen Nebenwirkungen wie Hyponatriämie, einem erhöhten Sturzrisiko, zu einer erhöhten Blutungsneigung und zu QTc-Zeitverlängerung (v.a. unter Citalopram und Escitalopram) führen (54).

All dies stellt eine erhebliche Herausforderung für eine psychopharmakologische Behandlung von Depressionen bei älteren Patientinnen und Patienten dar.

Liegen depressive Syndrome bei demenzkranken Menschen vor, dann werden bei leichter bis mittelschwerer komorbider Depression nicht-medikamentöse Therapien und aufmerksame Verlaufsbeobachtung ("watchful waiting") empfohlen (55). Nicht-medikamentöse Interventionen sollten denselben Prinzipien folgen, wie bei "reinen" Depressionen. Allerdings ist hier die verhaltenstherapeutische Orientierung noch wichtiger, da sie sich weniger auf kognitive Kompetenzen stützt. Lebensrückblick-Therapie und Problemlösetherapie sind dagegen, natürlich je nach individuellen Bedürfnissen, weniger im Fokus. Der Einbezug der Pflegenden ist auch hier von großer Bedeutung.

Liegt eine schwere komorbide depressive Symptomatik oder fehlendes Ansprechen auf nicht-medikamentöse Therapien vor, wird eine antidepressive Pharmakotherapie empfohlen, für die die gleichen Aspekte wie bei der medikamentösen Therapie bei Depression allgemein gelten (55).

3. Schlafstörungen

Bei der Behandlung von Schlafstörungen stehen zunächst die Diagnose und Therapie möglicher Grunderkrankungen bzw. zugrundeliegender Symptome, wie Schlaf-Apnoe, Restless-Leg-Syndrom, Herzerkrankungen, Schmerzen, Nykturie, Reflux etc. im Vordergrund. Auch können die Einnahme von Medikamenten (aktivierende Antidepressiva, Antihistaminika, Anti-Morbus-Parkinson-Mittel) oder Substanzen wie Alkohol oder Kaffee Schlafstörungen verursachen (56). Routinemäßiges Laborscreening sowie die regelmäßige, sorgfältige Suche nach Nebenwirkungen einschließlich der systematischen Bewertung und Ableitung von Konsequenzen müssen sichergestellt sein.

Bei der Therapie der Schlafstörungen sollten dann alle nicht-pharmakologischen Maßnahmen, wie eine Beratung zur Schlafhygiene, Entspannungstechniken oder eine Verhaltenstherapie ausgeschöpft werden (siehe auch S3-Leitlinie (13)) und der pharmakologischen Therapie vorausgehen bzw. diese zumindest begleiten (56).

Bei an Demenz erkrankten Menschen sind Schlafstörungen weit verbreitet. Zu den wenig belastenden Behandlungsmöglichkeiten bei Menschen mit Demenz gehört der Einsatz chronotherapeutischer Maßnahmen wie z. B. eine (forcierte) Tagesstrukturierung und eine ausreichende Lichtzufuhr (57). Der individuelle Schlafbedarf und die Biografie des Betroffenen müssen hierbei unbedingt beachtet werden. Auch die Hinnahme des verschobenen Rhythmus mit Schlafmöglichkeiten am Tage und Beschäftigungen in der Nacht ist möglich. Voraussetzung hierfür sind jedoch neben entsprechender Personalbesetzung insbesondere in der Nacht, entsprechende Konzepte mit Einbezug des pflegerischen Fachwissens, räumliche Möglichkeiten sowie Aufklärung von Betroffenen und Angehörigen.

Erst wenn diese nicht-pharmakologischen Maßnahmen nicht möglich sind und/oder sich als ungenügend erweisen, kann der Einsatz von Sedativa bzw. Hypnotika erwogen werden. Dazu zählen vor allem die sogenannten Z-Substanzen (Zolpiden, Zopiclon) und Benzodiazepine (z.B. Flurazepam, Lorazepam, Triazolam). Bei diesen Substanzen besteht ein hohes Risiko für das Auftreten unerwünschter Wirkungen, wie z. B. Gangunsicherheit und Ataxie sowie Muskelrelaxation, die zu folgenschweren Stürzen führen können. Eine über die Nacht hinaus anhaltende sedierende Wirkung (Überhang-Effekt), Verwirrtheit und bei einigen Sedativa auch eine Atemdepression stellen zusätzliche Probleme dieser Stoffgruppe dar. Z-Substanzen und Benzodiazepine sind

aufgrund des Nebenwirkungsprofils und des hohen Abhängigkeitspotenzials sehr zurückhaltend einzusetzen (58). Sie sind fast alle in der PRISCUS-Liste aufgeführt. Sowohl für Benzodiazepine als auch für die Z-Substanzen sollte die leitliniengerechte Behandlung der 5-K-Regel der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft folgen

1. klare Indikation bei der Anwendung,
2. kleinste mögliche Dosierung,
3. kurze Behandlungsdauer,
4. kein abruptes Absetzen und
5. Kontraindikationen beachten.

Die Substanzen sollten als Schlaf- und Beruhigungsmittel maximal drei bis vier Wochen eingenommen werden (13).

Sedierende Antipsychotika sind ebenfalls weit verbreitet. Eine Zulassung bei isolierten Schlafstörungen haben nur Melperon und Pipamperon, andere (z.B. Quetiapin, Clozapin) nur in Zusammenhang mit psychotischen Erkrankungen (13). Aufgrund der möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen, wie Sturzneigung, extrapyramidale Effekte, Herz-Kreislauf-Schwierigkeiten etc. sollten die genannten Arzneimittel trotz der bestehenden Zulassungen in der Regel in dieser Indikation nicht mehr verordnet werden. Die FORTA-Liste stuft sie in die Gruppe der Medikamente mit ungünstiger Nutzen-Risiko-Relation bei älteren Patienten ein (59).

In der klinischen Praxis werden bei Schlafstörungen in großem Umfang auch sedierende Antidepressiva wie Doxepin, Mirtazapin oder Trazodon eingesetzt – auch wenn keine Depression vorliegt. Bis auf Doxepin haben diese Arzneistoffe aber für den Einsatz als reines Schlafmittel keine offizielle Zulassung, weshalb ihr Einsatz als off-label-use gilt (13). Auch die hypnotisch wirksamen Antidepressiva können bei an Demenz Erkrankten Nebenwirkungen verursachen und sollten klinisch überwacht werden (56).

FREIHEITSENTZIEHENDE MASSNAHMEN IN DER PFLEGE

Werden Mittel mit dem Ziel eingesetzt, einen Menschen in seiner willentlichen Bewegungsfreiheit einzuschränken, dann werden diese als freiheitsentziehende Maßnahmen (feM) bezeichnet.

Zu diesen Maßnahmen zählen

- mechanische Maßnahmen, wie Bettgitter, Therapietische etc.,
- versteckte Maßnahmen wie das Vorenthalten von Gehhilfen, oder die Wegnahme der Schuhe etc.,
- und Medikamente mit sedierender Wirkung.

Als Begründungen für die Anwendung von feM werden am häufigsten genannt:

- die tatsächliche bzw. von Pflegekräften vermutete Sturzgefahr,
- der Schutz von medizinischen Vorrichtungen wie Sonden, Zugängen und Verbänden, die entfernt oder manipuliert werden könnten (besonders im akutstationären Kontext),
- aufforderndes Verhalten (Schreien, Umherwandern, etc.).

Die Anwendung von feM ist dabei mit negativen Folgen für die Betroffenen assoziiert:

- körperliche Folgen wie z. B. eine erhöhte (!) Sturz- und Verletzungsgefahr (obwohl feM häufig gerade zur Prävention von Stürzen angewendet werden) sowie der Verlust der Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Selbstversorgung,
- psychische Folgen wie z. B. Angstgefühle, Minderwertigkeitsgefühle, ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins,
- soziale Folgen wie z. B. beeinträchtigte Teilhabe, erhöhte Hilfsbedürftigkeit.

FeM sind eine Form von Gewalt, stellen einen schwerwiegenden Eingriff in die menschliche Freiheit dar und haben folgenreiche Auswirkungen auf die Lebenssituation, die Lebensqualität und damit auf den gesamten Pflegeprozess.

Freiheitsentziehende Maßnahmen dürfen deshalb nur nach Prüfung aller denkbaren Alternativen und als letztes Mittel zur Lösung eines Problems in Erwägung gezogen werden.

Hier gilt es zwingend sowohl ethische als auch rechtliche Aspekte zu berücksichtigen.

1. Ethische Aspekte

FeM berühren mehr als nur die rein körperliche Bewegungs- bzw. Fortbewegungsfreiheit. Sie betreffen den Menschen als Ganzen. Denn schon die kleinsten Eigenbewegungen eines Menschen können

- als Ausdruck des Willens und der Selbstbestimmung gewertet werden – dies sogar in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenzerkrankung.
- die Biografie eines Menschen zu erkennen geben z. B. in Form von Bewegungsroutinen, dem vertrauten Umgang mit Gegenständen und der Umgebung, in der Gestik und Mimik sowie der Reaktion auf vertraute Sinneseindrücke (Musik, Stimmen, Gerüche usw.)

(60).

Durch FeM, die solche Formen der Freiheitsausübung verhindern, wird somit stets die Würde der Betroffenen berührt. Dabei handeln die Akteure häufig mit fürsorglicher Absicht und zielen dabei meist auf den Schutz der Betroffenen ab. Vor allem bei Menschen, deren selbstbestimmten Willen wir nicht mehr genau ergründen können, wird leicht über sie hinweg entschieden in der Überzeugung, ihm alle Entscheidungen abnehmen zu können (auch als wohlthätiger Zwang bezeichnet). Eine Maßnahme des wohlthätigen Zwangs kann gerechtfertigt sein, muss aber auf die Entwicklung, Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der Person im Rahmen der Möglichkeiten abzielen. Dies gilt auch, wenn die Fähigkeit zum freiverantwortlichen Handeln nicht mehr erreichbar ist (61).

Die Anwendung von FeM stellt einen schweren Eingriff in die Freiheitsrechte dar. Ein solcher Eingriff ist NUR zu rechtfertigen, wenn nachweisbar alle alternativen Mittel ausgeschlossen und die bzw. der Betroffene so weit wie möglich in die Entscheidung einbezogen wurde. Um dies sicherzustellen, sollte folgender Fragenkatalog systematisch in jedem Einzelfall Anwendung finden.

Modifizierter und erweiterter Fragenkatalog mit den auf die Thematik um feM angewandten Kriterien des Deutschen Ethikrats (61) zur ethischen Rechtfertigung wohlthätiger Zwangsmaßnahmen (Erstfassung in (62), erweiterte Diskussion und Reflexion in (63)):

Kriterium der Verhältnismäßigkeit

Ist die feM für die Ziele, für die sie eingesetzt werden soll, geeignet, erforderlich und angemessen?

- Ist die feM pflegfachlich und medizinisch indiziert oder stehen persönliche, organisatorische und wirtschaftliche Interessen im Vordergrund?
- Gibt es mildere feM, die den gleichen/höheren Nutzen versprechen?
- Gibt es Alternativen zu feM, die den gleichen/höheren Nutzen versprechen?
- Kann die feM den abzuwendenden Schaden effektiv verhindern?
- Ist die feM in ihrer Intensität der Situation angemessen?
- Ist die feM in ihrer Dauer der Situation angemessen?

Kriterium des Nichtschadens

Birgt die feM das Risiko, noch andere körperliche oder seelische Schäden zu verursachen?

- Besteht durch die feM eine Lebensgefahr (z. B. durch Strangulation)?
- Besteht durch die feM eine erhöhte Sturz- oder anderweitige Verletzungsgefahr (z.B. Einklemmen, Riss- oder Schürfwunden)?
- Geht mit der feM eine Verschlechterung der Pflegesituation einher (z. B. erzwungene Inkontinenz)?
- Geht mit der feM ein Verlust der Mobilität und Selbstständigkeit einher?
- Stellt die feM direkt oder indirekt eine Form von Demütigung dar?
- Ruft die feM Misstrauen, Angst und Machtgefälle hervor?
- Steigert die feM das Auftreten von als herausfordernd empfundenem Verhalten (z. B. motorische Unruhe und lautes Rufen)?
- Im Fall sedierend wirkender Medikamente: Hat das Medikament schädliche bzw. irreversible Nebenwirkungen für Leib und Seele?

Kriterium des letztmöglichen Mittels

Wurden alle möglichen Alternativen zur feM bereits erprobt und erwiesen sich als unwirksam, sodass die feM als letztmögliches Mittel übrigbleibt?

- Wurden alle mechanischen Alternativen zur feM bereits erprobt (z.B. sichere Bewegungsräume, Niederflurbetten, Bodenpflege etc.)?
- Wurden alle nicht mechanischen Alternativen zur feM bereits erprobt (z.B. Beschäftigungs- und Betreuungsangebote, biographie-orientierte Gespräche, basale Stimulation etc.)?
- Lässt die Pflegedokumentation Rückschlüsse auf die Nichtwirksamkeit von alternativen Mitteln zur feM zu (z. B. eindeutige Pflegeberichte, Fallbesprechungen, Sturzereignisprotokolle)?
- Stellt die feM im Entscheidungsprozess die letzte Option dar oder vielmehr das erste Mittel der Wahl?

Kriterium des mutmaßlichen Willens

Ist die feM mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen der Person vereinbar?

- Lässt sich der tatsächliche Wille der Person ergründen?
- Lässt sich der mutmaßliche Wille der Person ergründen?
- Wurde der mutmaßliche Wille der Person unter der Beteiligung der bzw. des Betroffenen sowie von Angehörigen, Betreuenden, Ärzt:innen und Pflegekräften erforscht?
- Wie steht oder stand die Person vermutlich zur Anwendung der feM und welche Gründe lassen sich dafür finden?
- Wie stünde die Person zu der Anwendung der feM, wenn sie um die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken sowie um geeignete mildere Alternativen wüsste?
- Lässt die Biografie der Person Rückschlüsse auf ihre Einstellung zu feM zu?
- Kommuniziert die Person verbal oder nonverbal Zustimmung oder Ablehnung (z. B. selbstverständliches Heranziehen und Nutzen des Stecktisches, Hinwenden bei Medikamentengabe oder wiederholtes Rütteln am Bettgitter oder Stecktisch, Schreien beim Anbringen, Wegdrehen bei Medikamentengabe, Versuche zum Entfernen eines Chips etc.)

Kriterium der Selbstbestimmung

Zielt die feM im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten auf die Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Person ab?

- Schützt oder fördert die feM die Selbstbestimmung und selbstbestimmte Alltagsgestaltung und Lebensführung der Person (z.B. Teilhabe an den Beschäftigungsangeboten der Einrichtung)?
- Ermöglicht die feM die selbstbestimmte Bewegung der Person (z.B. Positionswechsel, Fortbewegung innerhalb der Einrichtung)?
- Dient die feM der Aufrechterhaltung von Fähigkeiten und Ressourcen der Person?
- Dient die feM der Wiederherstellung von Fähigkeiten und Ressourcen der Person (Rehabilitation)?

2. Rechtliche Grundlagen^f

2.1. Grundrecht

Ärztliche Behandlung hat das Ziel, Leiden zu lindern und Menschen zu heilen. Dabei wird teilweise übersehen, dass die ärztliche Behandlung für sich betrachtet einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellen und/oder freiheitsbeschränkend wirken kann. Bei jeder Form ärztlichen Handelns ist daher das Grundrecht jedes Menschen auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung zu beachten.

Grundgesetz Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unantastbar.

2.2. Einwilligungsfähigkeit

Ärztliche Heileingriffe können einen Eingriff in diesen grundrechtlich garantierten Schutz darstellen und den äußeren Tatbestand einer Körperverletzung erfüllen. Dies gilt nicht nur für invasive Maßnahmen wie Operationen, sondern auch für die Gabe von Medikamenten^g. Dieser Umstand kann allenfalls durch die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten beseitigt werden. Die Betroffenen müssen vor der Behandlung umfassend über den beabsichtigten Nutzen und die Risiken der geplanten Maßnahmen aufgeklärt werden und daraufhin vor dem Eingriff ihre Einwilligung erklärt haben. Eine Ausnahme gilt lediglich in Notfallsituationen^h. Die wirksame Einwilligung in eine ärztliche Behandlung setzt voraus, dass die Patientinnen und Patienten einwilligungsfähig sind, d.h. sie müssen bei sachlicher Prüfung aller für und gegen die Behandlung sprechenden Argumente unbeeinflusst vom Willen Dritter zu einer sachlichen Entscheidung kommen können.ⁱ

^f Durch das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts das am 01.01.2023 in Kraft trat, änderten sich die §§ zur Genehmigung bei ärztlichen Maßnahmen als auch zur Freiheitsentziehung wie folgt: Alt 1904 BGB neu 1829 BGB, Alt 1906 BGB neu 1831 BGB, Alt 1906a BGB neu 1832 BGB. Inhaltliche Änderungen ergeben sich nicht.

^g Auch nichtinvasive ärztliche Heileingriffe können den äußeren Tatbestand einer Körperverletzung gemäß §223 Abs.1 StGB erfüllen

^h §228 StGB: Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt. In Notfallsituationen ist eine Rechtfertigung über § 34 StGB gegeben.

ⁱ OLG Naumburg Ur. v. 6.2.2014 – 1 U 45/13 m.w.N.

Einwilligungsfähigkeit ist nicht deckungsgleich mit Geschäftsfähigkeit.

Bei Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit gilt es Folgendes zu beachten:

- immer auf konkret anstehende Maßnahme/zu verabreichendes Medikament abstellen.
- keine überzogenen Anforderungen stellen.
- Erfahrungen und bisherige Übung der Betroffenen berücksichtigen.
- Eventuelle körperliche oder kognitive Einschränkungen (z.B. Schwerhörigkeit, Blindheit, leichte kognitive Defizite) soweit möglich durch geeignete Assistenzmaßnahmen ausgleichen, um trotz Beeinträchtigungen so lange wie möglich eine eigenständige Entscheidung zu ermöglichen.

Kann die Frage der Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen im konkreten Einzelfall durch die Behandelnden nicht eindeutig beantwortet werden, sollte ggf. fachärztliches Personal für Psychiatrie und Psychotherapie hinzugezogen werden.

Eine Handlungsempfehlung zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit und der Einholung der Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinischen Maßnahmen ist zu finden bei (64).

2.3. Rechte und Pflichten der Bevollmächtigten und Betreuer:innen

Erst wenn die Betroffenen nach den oben genannten Kriterien nicht mehr einwilligungsfähig sind, ihnen eine eigene Entscheidung in Bezug auf die konkret anstehende Behandlung, also auch unter Hinzuziehung aller erforderlichen Assistenzen, nicht mehr möglich ist, erfolgt die Einwilligung in die ärztliche Behandlung durch deren „Stellvertreter im Recht“, d. h. durch Personen mit Vorsorgevollmacht oder durch den rechtlichen Betreuer bzw. die rechtliche Betreuerin mit dem Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge. Die rechtfertigende Einwilligung kann dabei nur im Voraus erklärt werden, eine nachträgliche Genehmigung, z. B. der Medikamentengabe, ist nicht ausreichend.

Die Betreuenden oder Bevollmächtigten haben in diesen Fällen das Recht, von den Behandelnden über jeden geplanten ärztlichen Eingriff, also auch jede beabsichtigte Verordnung von Medikamenten oder die Änderung einer solchen Verordnung, im Vorfeld der Behandlung im gleichen Umfang wie

dies den Betroffenen gegenüber erforderlich wäre informiert und umfassend aufgeklärt zu werden.

Damit korrespondiert allerdings auch die Pflicht, sich über die medizinische Behandlung der Betroffenen, darunter auch die Medikation, umfassend zu informieren und im Interesse der Betroffenen über die Einwilligung in die Behandlung zu entscheidenⁱ.

2.4. Genehmigungspflicht

Gerichtliche Genehmigungspflichten sind zu beachten^k. Eine Genehmigungspflicht für feM besteht immer dann, wenn der bzw. dem Betroffenen, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung^l aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll. Eine Checkliste für den Fixierungsfall ist zu finden bei (65).

Freiheitsentziehende Maßnahmen (feM) sind ohne vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts nur dann und nur maximal 30 Minuten erlaubt, wenn die Person sich selbst oder andere akut gefährdet (§34 StGB Rechtfertigender Notstand). Dabei muss das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegen und die Tat muss ein angemessenes Mittel darstellen, die Gefahr abzuwenden. Das Betreuungsgericht ist in einem solchen Fall jedoch unverzüglich anzurufen. Bei absehbar länger dauernden oder wiederholten feM müssen diese vorab durch ein Betreuungsgericht genehmigt werden.

Beispiel: Eine Person mit einer demenziellen Erkrankung als Nebendiagnose wird in das Krankenhaus eingeliefert. Da die Pflegenden die Sturzgefahr nicht genau einschätzen und den Willen der Person nicht in Erfahrung bringen können, bringen sie für die ganze erste Nacht des Aufenthalts Bettgitter an. Bereits hier handelt es sich um eine genehmigungspflichtige feM.

^j Die Entscheidung im Interesse des Betroffenen beinhaltet die Berücksichtigung etwaiger Patientenverfügungen oder des mutmaßlichen Willens der Betroffenen gemäß § 1901a BGB

^k Gerichtliche Genehmigungserfordernisse sind z.B. bei Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen nach §1906 Abs. 4 BGB und lebensbedrohlichen ärztlichen Maßnahmen nach §1904 BGB zu beachten.

^l Es besteht eine uneinheitliche Rechtslage, inwiefern die ambulante, häusliche Versorgung zu den sonstigen Einrichtungen gehört und somit Genehmigungspflichten notwendig sein können. (Siehe auch LG München I, Beschluss vom 07.07.1999 bzw. BayObLG, Beschluss vom 04.09.2002)

2.5. Bewertung von Medikamenten mit sedierender Wirkung

Medikamente mit sedierender Wirkung oder Nebenwirkung können einer solchen Genehmigungspflicht unterliegen, da sie in Abhängigkeit von Dosierung, Wechselwirkungen, Konstitution etc. dazu führen können, dass Betroffene in ihrer Bewegungsfähigkeit und Aktivität erheblich eingeschränkt werden. Eine Genehmigungspflicht für die Verabreichung von Medikamenten besteht allerdings nur dann, wenn diese gezielt eingesetzt werden, um die Betroffenen am Verlassen ihres Aufenthaltsortes zu hindern, d.h. wenn eine sedierende Neben- oder Wechselwirkung von Medikamenten im konkreten Fall gezielt zur Einschränkung der Fortbewegungsfreiheit der Betroffenen ausgenutzt werden soll.

Therapeutisch erforderliche Medikamente unterliegen dagegen nicht der gerichtlichen Genehmigungspflicht, wenn diese als (unerwünschte) Neben- oder Wechselwirkung zu einer freiheitseinschränkenden Sedierung führen. Schwierige Abgrenzungsfragen ergeben sich dabei vor allem im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz mit niedrigpotenten Neuroleptika und Schlafmedikationen.

Die Behandelnden, Pflegenden, Angehörigen und Betreuenden stehen sehr häufig vor dem Dilemma, zu wissen, wie die rechtlichen Schritte durchgeführt werden müssen, können diese aber in der Realität dann z. B. aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen nicht entsprechend beschreiten. Hier muss dringend durch verbesserte Rahmenbedingungen (wie in Kapitel 4 dieser Handlungsempfehlung dargestellt) Unterstützung geleistet werden.

Literaturverzeichnis

1. Schwinger, A., Jürchott, K. und Tsiatsioti, C. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. [Buchverf.] K. Jacobs, et al. Pflegereport. Stuttgart : Schattauer, 2017, S. 255-303.
2. Polidori, M.C. und Häussermann, P. Körperliche Gesundheit und Altersmedizin. [Buchverf.] K. Hank, et al. Altersforschung. Baden-Baden : Nomos Verlag, 2019, S. 249-283.
3. Helmchen, H., et al. Psychische Erkrankungen im Alter. [Buchverf.] U. Lindenberger, et al. Die Berliner Altersstudie. Berlin : Akademischer Verlag, 2009.
4. Age and sex distribution of suspected adverse drug reactions to newly marketed drugs in general practice in England: an analysis of 48 cohort studies. Martin, R.M., et al. 1998, Br J Clin Pharmacol, S. 46 (5):505-511. Zwang:
5. Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population-based study. Schneeweiss, S., et al. 2002, Eur J Clin Pharmacol, S. 58(4):285-291.
6. Does age increase the risk of adverse drug reactions? Bégaud, B., et al. 2002, Br J Clin Pharmacol, S. 54(5):550-552.
7. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Informationsblatt 1. [Online] 2020. [Zitat vom: 03. 12 2020.] http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf.
8. Weyerer, S. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28: Altersdemenz. Berlin : Robert Koch-Institut, 2005.
9. DGPPN und DGN. S3-Leitlinie "Demenzen". https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf : s.n., 2016.
10. Antidepressant treatment in Alzheimer's disease. Brodaty, H. 2011, Lancet, S. 378:375-376.
11. Ancoli-Israel, S. und Cooke, J.R. Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. J Am Geriatr Soc. 2005, S. 53(7 Suppl): S264-271.
12. Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Schlack, R., et al. 2013, Bundesgesundheitsblatt, S. 56:740-748.
13. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen: Kapitel "Insomnie bei Erwachsenen". Riemann, D., et al. 2017, Somnologie, S. 21:2-44.
14. Baglioni, C., et al. Clinical implications of the causal relationship between insomnia and depression: how individually tailored treatment of sleeping difficulties could prevent the onset of depression. EPMA J. 2011, S. 2(3): 287-293.
15. Nadorff, M.R., et al. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. Mar 2013, S. 68(2):145-152.
16. FGPG. Total Pain in der palliativen Geriatrie. s.l. : Fachgesellschaft palliative Geriatrie, 2020. Grundsatzpapier.
17. Basler, H.-D. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. [Online] 2021. [Zitat vom: 30. 07 2021.] <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen/besonderheiten-bei-schmerz/schmerz-im-alter>.

18. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., DZNE und al. Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe. 2018. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-001m_S3_Schmerzassessment-bei-aelteren-Menschen_in-der-vollstationaeren_Altenhilfe_2018-02_01.pdf.
19. Pinter, G., et al. Schmerztherapie im Alter: Besonderheiten und Empfehlungen. *Z Gerontol Geriat.* 2021, S. 54: 605-610.
20. Cegla, T.H. und Horlemann, J. Schmerz im Alter. *Z Gerontol Geriat.* 2018, S. 51: 865-870.
21. Hewer, W. Delir beim alten Menschen. *Geriatrische up2date.* 2019, S. 1; 35-42.
22. Zoremba, N. und Coburn, M. Scute confusional states in hospital. *Dtsch Arztebl Int.* 2019, S. 116: 101-106.
23. Maschke, M. und al. Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir, S1 Leitlinie. www.dgn.org/leitlinien abg.: 18.05.2022 : Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2020. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.
24. Bergert, F.W., et al. Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. s.l. : Leitliniengruppe Hessen, 2014.
25. DEGAM. S3-Leitlinie Multimorbidität. Berlin : Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2017.
26. Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: the PRISCUS List. Holt, S., Schmiedl, S. und Thürmann, P.A. 2010, *Deutsches Ärzteblatt Int*, S. 107(31-32): 543-551.
27. Wehling, M., Pazan, F. und Weiß, C. Forta - Fit for the Aged. [Online] 2021. [Zitat vom: 16. 12. 2022.] <https://www.umm.uni-heidelberg.de/experimentelle-pharmakologie/research/gruppe-wehling/>.
28. Pantel, J., et al. Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Frankfurt / M. : gefördert von BHF-Bank-Stiftung, 2005.
29. Feil, N. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München : s.n., 2000.
30. Pantel, J. und Haberstroh, J. Psychopharmakoverordnung im Altenpflegeheim. *Ethik in der Medizin.* 19 2007, S. 258-269.
31. MDS. Grundsatzstellungnahme. Menschen mit Demenz - Begleitung, Pflege und Therapie. Essen : Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2019.
32. Fischer, T., et al. Die deutsche Fassung der "Serial Trial Intervention" (STI-D). Entwicklung und Testung eines pflegerischen Ansatzes zur Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. *Gerontopsychologie & -psychiatrie.* 2008, S. 21(3):200f.
33. Tagay, S., et al. Health-related Quality of Life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Qual Life Res.* May 2006, S. 15(4):695-703.
34. Vogt, H. Demenz als Folge der Therapie. *Deutsches Ärzteblatt.* 12. 114 2017.
35. Holzbach, R. und Hartig, K. Medikamente und Sucht. [Online] 2021. [Zitat vom: 24. 09 2021.] <https://www.medikamente-und-sucht.de/interessierte-und-betroffene/medikamente-und-ihre-risiken.html>.
36. Fischer, T., Spahn, C. und Kovach, C. Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die "Serial Trial Intervention" (STI). *Pflegezeitschrift.* 2017, S. 7:371.

37. Kruse, A., et al. Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der pflegeheiminternen Qualitätssicherung. 2019. Abschlussbericht Projektphase 2.
38. Kratz, T. und Diefenbacher, A. Psychopharmakotherapie im Alter - Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen und Polypharmazie. *Dtsch Arztebl Int.* 2019, S. 116:508-518.
39. Roßmeier, C., et al. „Deprescribing“ von Antipsychotika bei Demenz - Handlungsempfehlungen zu Dosisreduktion und Absetzversuchen. *Nervenarzt.* 2022, S. 93: 912-920.
40. Rothgang, H. Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. [Buchverf.] K. Jacobs, et al. *Pflegereport*. Berlin : Schattauer, 2017, S. 95-105.
41. DGPPN, et al. S3_Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage. DOI: 10.6101/AZQ/000364. www.depression.versorgungsleitlinien.de : Version 5, 2015. cited 12/2020.
42. Gutzmann, H., et al. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. [Buchverf.] K. Jacobs, et al. *Pflege-Report 2017*. Stuttgart : Schattauer, 2017, S. 107-117.
43. Jacobs, K. und Greß, S. Schnittstellenprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. [Buchverf.] K. Jacobs, et al. *Pflege-Report 2017*. Stuttgart : Schattauer, 2017, S. 205-215.
44. Richter, T., et al. Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J Am Med Dir Assoc.* 2012, S. 13 (187): e7-13.
45. Molter-Bock, E., Hasford, J. und Pfundstein, T. Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriat.* 2006, S. 39: 336-343.
46. DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin : Springer Verlag, 2018.
47. Gertz, H.-J., et al. Antipsychotika zur Behandlung neuropsychiatrischer Störungen bei Demenz. *Nervenarzt.* 2013, S. 84: 370-373.
48. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. Cuijpers, P., et al. 2014, *World Psychiatry*, S. 13(1):56-67.
49. Gum, Amer, et al. Depression treatment preferences in older primary care patients. *Gerontologist.* Feb 2006, S. 46 (1): 14-22.
50. Kessler, E.-M. und Tegeler, C. Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen. *Psychotherapeut.* 2018, S. 63(6): 501-518.
51. Orgeta, V., Qazi, A. und Orrell, M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Br J Psychiatry.* 2015, S. 207(4): 293-8.
52. Grobe, T.G., Doering, H. und Schwarz, F.W. GEK-Report: Ambulant-ärztliche Versorgung 2007 - Auswertung der GEK-Gesundheitsberichterstattung. St. Augustin : Asgard-Verlag, 2007.
53. Sobieraj, D.M., et al. Adverse Effects of pharmacologic treatments of major depression in older adults. *Am Geriatr Soc.* Aug 2019, S. 67 (8):1571-1581.
54. Rochester, M.P., et al. Evaluating the risk of QTc prolongation associated with antidepressant use in older adults: a review of the evidence. *Ther Adv Drug Saf.* Jun 2018, S. 9(6):297-308.
55. Gutzmann, H. und Quazi, A. Depression associated with dementia. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 2015, S. 48:305-311.

56. Savaskan, E. Schlafstörungen bei Demenzkranken. *Z Gerontol Geriat.* 2015, S. 48: 312-317.
57. Schwerthöffer, D. und Förstl, H. Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen bei demenziellen Erkrankungen. *DNP – Der Neurologe & Psychiater.* 02 2020, S. 21(1): 18-22.
58. Vertheim, U., et al. Benzodiazepine und Z-Substanzen – Ursachen der Langzeiteinnahme und Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten. Hamburg : s.n., 2016. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_ZIS_Benzodiazepine.pdf.
59. Wehling, M., Pazan, F. und Weiß, C. FORTA - Fit for the Aged. <https://forta.umm.uni-heidelberg.de/> : s.n., 2018.
60. Ritzi, S. und Kruse, A. Würde, Freiheit, Leiblichkeit - Ethische Kategorien bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Z Gerontol Geriat.* 2019, S. 52 (Suppl 4):243-248.
61. Deutscher Ethikrat. Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Berlin : s.n., 2018.
62. Narchi, J. und Ritzi, S. Freiheitseinschränkende Maßnahmen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus. *Geriatric up2date.* 2019, S. 1(03):267-280.
63. Ritzi, S. Freiheitseinschränkende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz in professionellen Sorgebeziehungen. Wiesbaden : Springer VS, 2023.
64. DGGG, DGPPN und DGN. Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen. Stuttgart : Kohlhammer, 2020. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis.
65. Hein, G. und Noll, T. Freiheitsentziehende Maßnahmen - Rechtliche Perspektiven von Fixierungen. *Deutsches Ärzteblatt.* 2019, S. 116 (46): A2150-A2151.

Danksagung und Kommentierung

Diese Handlungsempfehlung wurde vor Veröffentlichung von Expert:innen und Praktiker:innen aus unterschiedlichen Berufsfeldern gelesen und kommentiert. Für ihre wertvollen Hinweise danken wir allen Kommentator:innen. Die Dokumentation der Kommentierung finden Sie auf: www.aps-ev.de/kommentierung/.

Die APS-Handlungsempfehlungen sind Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das APS strebt an, mit seinen Produkten aktuelle und praxisorientierte Empfehlungen bereitzustellen, die auf einem breiten Konsens der beteiligten Personen und ihrer Expertise basiert. Das beinhaltet auch, dass die Produkte des APS in regelmäßigen Abständen auf Aktualität überprüft werden. Ihre Fragen, Anregungen und Rückmeldungen richten Sie bitte an: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., info@aps-ev.de.

Dank gilt dem Redaktionsteam und allen Mitglieder der Arbeitsgruppe (AG) "Psychopharmakaverordnungen mit potentiell freiheitseinschränkender Wirkung in der Pflege" des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Impressum

Herausgeber

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
Alte Jakobstr. 81
10179 Berlin

Arbeitsgruppe "Psychopharmakaverordnungen mit potentiell freiheits-einschränkender Wirkung in der Pflege"

AG-Leitung

Nadja Ezzat, MD Bayern
Bettina Nowakowski, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Nordost e.V.
Hedwig François-Kettner im Auftrag des APS-Vorstands

Konzept und Redaktion

Nadja Ezzat, MD Bayern
Hedwig François-Kettner im Auftrag des APS-Vorstands
Bettina Nowakowski, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Nordost e.V.
Prof. Dr. med. Hans Gutzmann, DGGPP - Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

Mitglieder der Arbeitsgruppe

- Marie-Sophie Emde, Institut für Gerontologie, Uni Heidelberg
- Nadja Ezzat, MD Bayern
- Dr. phil. Gabriele Ensink, Institut für Gerontologie, Uni Heidelberg
- Birgit Fischer, Landeshauptstadt München
- Hedwig François-Kettner im Auftrag des APS-Vorstands
- Prof. Dr. med. Hans Gutzmann, DGGPP - Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
- Heidrun Mildner, Alzheimer Ethik gem. e.V.
- Bettina Nowakowski, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Nordost e.V.
- Birgit Pätzmann-Sietas, Hamburger Pflegerat DPR e.V.

- Dr. phil. Sebastian Ritz, Institut für Gerontologie, Uni Heidelberg
- Dr. Stefan Rusche, Ministerium f. Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
- Tillmann Schönig, Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis
- Dr. med. Bernhard van Treeck, MD Nord
- Dr. med. Katharina Wenzel-Seifert, ehemals KBV

Layout und Grafik: Alice Golbach, APS

Titelbild: Adobe Stock

Urheber- und Nutzungsrechte

Diese Handlungsempfehlung finden Sie zum kostenlosen Download unter <https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>. Die Broschüre ist urheberrechtlich geschützt und darf in keiner Weise – weder in der Gestaltung noch im Text – verändert werden. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

Zitation: APS e.V. (Hrsg) 2023: „Zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von Pflegebedürftigen mit dem Ziel eines adäquateren Psychopharmaka-Einsatzes“, Berlin. 1. Auflage, Mai 2023

DOI: 10.21960/202306



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT