

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeier /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 131-151



12	Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege.....	131
	<i>Antje Schwinger, Chrysanthi Tsiasioti und Jürgen Klauber</i>	
12.1	Einleitung.....	131
12.2	Methodik und Stichprobenbeschreibung	133
12.3	Herausforderndes Verhalten bei Demenz im Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte	134
12.4	Nichtmedikamentöse Interventionen.....	136
12.5	Medikamentöse Interventionen.....	140
12.6	Zusammenfassung und Fazit	148

12 Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege

Antje Schwinger, Chrysanthi Tsiasioti und Jürgen Klauber

Abstract

Demenziell Erkrankte zeigen häufig psychische und Verhaltenssymptome, die auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet werden. Begegnung mit diesen Symptomen kann durch nichtmedikamentöse Ansätze oder mit Psychopharmaka, wobei Letztere insbesondere bei leichten bis mittelschweren Symptomen nicht die erste Therapiewahl sein sollten. Für Pflegekräfte gehört der Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz zum Arbeitsalltag. Im Rahmen einer Befragung wurden Pflegefachkräfte über Verbreitung und Einstellungen zu nichtmedikamentösen und medikamentösen Ansätzen befragt. Im Ergebnis zeigt sich, dass nichtmedikamentöse Interventionen im Arbeitsalltag zu einer breiten Anwendung kommen, der Umfang des Einsatzes von Psychopharmaka aber trotz hoher beobachteter Verordnungsraten eher unkritisch gesehen wird.

Dementally ill patients often show behavioural and psychological symptoms also referred to as “challenging behaviour”. These symptoms can be treated with non-medicinal approaches or with psychopharmaceuticals, although the latter should not be the first therapeutic option for mild or moderate symptoms. For nurses, dealing with challenging behaviour of dementia patients is a part of their everyday work. Within the framework of a survey, nurses were questioned about the prevalence and attitudes towards non-medicinal and medicinal approaches. Results show that non-drug interventions are widely used, but the extent of the use of psychopharmaceuticals is regarded as uncritical, even though high prescription rates are observed.

12

12.1 Einleitung

Deutlich mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege weisen heute eine im Sinne der Pflegeversicherung anerkannte Demenz auf. Bei fortschreitender Erkrankung und Nachlassen der Hirnfunktion verändert sich auch das psychische Erleben des Erkrankten. Dies bewirkt Apathie und Depression, aber auch Angst, Aggressivität oder Verhaltensweisen wie „Schreien“ und „Umherwandern“. Man spricht insofern auch von „herausforderndem Verhalten“ oder von psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz (im angloamerikanischen Bereich hat sich der Begriff Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, kurz BPSD, durchgesetzt). Herausforderndes Verhalten bei Demenz bzw. die psychopathologischen Symptome finden in den letzten Jahren zunehmend Beachtung, denn

sie kommen im Arbeitsalltag der Pflegenden sehr häufig vor und stellen für sie eine weitaus größere Belastung dar als die kognitiven Beeinträchtigungen (Wolter 2009; Schmidt et al. 2012; Schmidt et al. 2013; Palm und Holle 2016). Häufigkeit und Dauer dieser psychischen und Verhaltenssymptome variieren. Es wird aber davon ausgegangen, dass jeder Patient im Laufe seiner Demenzerkrankung davon betroffen sein wird (James 2011; Cerejeira et al. 2012; Savaskan et al. 2014).

Mit den psychischen und Verhaltenssymptomen der Demenz wird häufig die Verordnung von Psychopharmaka assoziiert. Der Einsatz von medikamentösen Therapien bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz ist aber alles andere als unumstritten. Für einige Symptome wie das Umherwandern (gesteigerte Psychomotorik) oder enthemmtes Verhalten fehlt belastbare Evidenz zu medikamentösen Ansätzen. Der Einsatz von definierten Antipsychotika bei Agitiertheit hingegen ist zwar indiziert, jedoch werden hiermit ein erhöhtes Mortalitätsrisiko und auch eine Minderung der kognitiven Fähigkeiten assoziiert. Empfohlen wird aus diesem Grund eine Behandlung mit der geringstmöglichen Dosis über einen möglichst kurzen Zeitraum und unter engmaschiger Kontrolle (DGPPN 2016; Savaskan et al. 2014; Molter-Bock et al. 2006).

Großes Potenzial, die psychischen und Verhaltenssymptome bei Demenz zu mindern, besteht durch den Einsatz von verstehenden Pflegeansätzen oder daraus abgeleiteten Methoden und Assessmentinstrumenten (James 2011; Wolter 2009; DGPPN 2016; Bartholomeyczik et al. 2006). Das Bundesgesundheitsministerium hat diesbezüglich im Jahr 2007 *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe* durch eine Expertengruppe erarbeiten lassen und veröffentlicht (Bartholomeyczik et al. 2006). Auch wenn die Studienlage zur Evidenz für die Wirksamkeit der empfohlenen Verfahren alles in allem zurückhaltend bewertet wird, so wird diese insbesondere für die verstehende Diagnostik, die Schulung des Personals (und der pflegenden Angehörigen) wie auch für weitere verhaltensbezogenen Ansätze als gut beurteilt (Rieckmann et al. 2009; Dickson et al. 2012; Palm et al. 2013; Palm et al. 2014, Savaskan et al. 2014, DGPPN 2016).

Den nichtmedikamentösen Ansätzen als Bestandteil der täglichen Pflege kommt somit eine erhebliche Bedeutung zu. Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, mit Hilfe einer schriftlichen Befragung die Sicht der Pflegekräfte auf den Umgang mit herausforderndem Verhalten zu erheben. Eruiert werden sollte, wie häufig die medikamentöse Behandlung von „herausforderndem Verhalten bei Demenz“ in den stationären Pflegeheimen vorkommt und wie diese von den Pflegefachkräften bewertet wird. Ferner sollte erhoben werden, ob die in stationären Pflegeheimen tätigen Pflegefachkräfte nichtmedikamentöse Ansätze als Behandlungsalternative kennen bzw. anwenden, wie sie diese bewerten und welche hemmenden und fördernden Faktoren in Bezug auf die Umsetzung nichtmedikamentöser Ansätze benannt werden.

Fachkräfte von Sozialdiensten, Betreuungskräfte im Sinne des § 87b SGB XI oder weitere Pflegehilfskräfte wurden bewusst nicht in die Befragung eingeschlossen. Auch diese Personengruppen übernehmen im Pflegealltag eine Vielzahl an Aufgaben wie z. B. Beschäftigungsangebote, Bewegungsförderung oder Gedächtnistraining, die unter nichtmedikamentösen Ansätzen zu subsumieren sind. Da die Befragung jedoch zum Ziel hatte, das Zusammenspiel von medikamentösen und

nichtmedikamentösen Ansätzen zu erfassen, wurde die Befragung auf die Gruppe der Pflegefachkräfte mit einer dreijährigen Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in fokussiert.

12.2 Methodik und Stichprobenbeschreibung

Auf Basis einer repräsentativen einfachen Zufallsstichprobe wurden rund 4000 Pflegeheime in ganz Deutschland ausgewählt und angeschrieben. Jedes der Heime erhielt fünf Fragebögen, mit der Bitte, diese an die Pflegefachkräfte weiterzuleiten. Der Rücklauf erfolgte – in Bezug auf Pflegeheime und teilnehmende Pflegefachkräfte – anonymisiert per frankierten Freiumschlag. Durchgeführt wurde die Feldphase von Mitte Juli bis Ende August 2016 durch die *medpirica GmbH*.

Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug 14 %, die Nettostichprobe umfasste 2445 Fragebögen¹. Der Rücklauf war in Bezug auf die Bundesländer repräsentativ², auch die Alters- und Geschlechtsverteilung der Pflegekräfte lag relativ nah an der, wie sie mit Blick auf die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes zu erwarten ist (Tabelle 12–1). Unterproportional abgebildet sind in der Stichprobe jedoch kleinere Pflegeheime mit weniger als 50 Plätzen. Ferner haben mit 73 % deutlich mehr vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte geantwortet, als dies mit Blick auf die Gesamtheit aller Pflegekräfte zu erwarten ist. Die Befragten weisen insgesamt langjährige Berufserfahrung auf. Mehr als zwei Drittel der Befragten (66 %) sind seit mindestens elf Jahren in der Pflege tätig und 59 % arbeiten bereits mehr als fünf Jahre in der befragten Einrichtung. Zu berücksichtigen ist auch, dass mehr als jeder Zweite (55,2 %) angibt, eine leitende oder stellvertretende Position innezuhaben.

1 Der Rücklauf betrug 2747 Fragebögen, von denen der vorab vereinbarte Umfang in Höhe von 2500 erfasst wurde. Hierbei handelte es sich um die 2500 Fragebögen, die zuerst eingingen. 16 Befragte mussten ausgeschlossen werden, da sie nicht die Berufsbezeichnung Altenpfleger oder Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger führten. Weitere 39 Personen wurden aus dem Datensatz entfernt, weil sie nur maximal ein Drittel der Fragen beantwortet hatten. Der den Analysen zugrunde liegende Datensatz wurde somit auf 2445 Pflegefachkräfte beschränkt. Die Auswertungen der einzelnen Fragen in den nachfolgenden Kapiteln beziehen sich auf Datenfälle ohne diejenigen, deren Antworten in den folgenden Kategorien fielen: „keine Angabe“, „weiß ich nicht/kann ich nicht sagen“, „Frage nicht beantwortet“ oder „fehlerhafte Angabe“. Die Anzahl der einbezogenen Fragebögen (n) ist jeweils in den Abbildungen angegeben.

2 Repräsentativ bezüglich der Verteilung des Pflegepersonals im Bereich Pflege und Betreuung auf die Bundesländer.

Tabelle 12-1

Soziodemografie und berufliche Situation

Pflegeheimgröße (n=2 285)			
unter 51 Plätze	18,6 %	Pflegestatistik:	32,9 %
51 bis 100 Plätze	49,5 %	Pflegestatistik:	43,6 %
101 bis 150 Plätze	22,0 %	Pflegestatistik:	17,7 %
151 und mehr Plätze	9,9 %	Pflegestatistik:	5,9 %
Frauen (n=2 367)	84,0 %	Pflegestatistik*:	85,0 %
Alter (n=2 257)			
unter 25	3,9 %	Pflegestatistik*:	6,6 %
25-44	50,1 %	Pflegestatistik*:	44,3 %
45-64	45,7 %	Pflegestatistik*:	48,2 %
65 und älter	0,3 %	Pflegestatistik*:	1,0 %
Mittelwert			42,0 %
Leitende oder stellvertretende Position (n=2 256)			55,2 %
Vollzeitbeschäftigt (n=2 366)	73,0 %	Pflegestatistik*:	48,5 %
	In der Pflege tätig seit ... (n=2 294)	Im Pflegeheim tätig seit ... (n=2 354)	
weniger als 6 Monate	0,8 %		3,3 %
über 6 Monate bis 2 Jahre	3,8 %		15,9 %
3 bis 5 Jahre	10,4 %		22,1 %
6 bis 10 Jahre	19,2 %		25,1 %
11 Jahre oder mehr	65,8 %		33,6 %
Beruflicher Abschluss (Mehrfachnennung möglich) (n=2 445)			
Altenpfleger/In (examierte)	77,2 %		
Krankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/In	22,0 %		
Kinderkrankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/In	1,7 %		
Sonstiges	9,3 %		

* Pflegestatistik aus dem Jahr 2013

Pflege-Report 2017

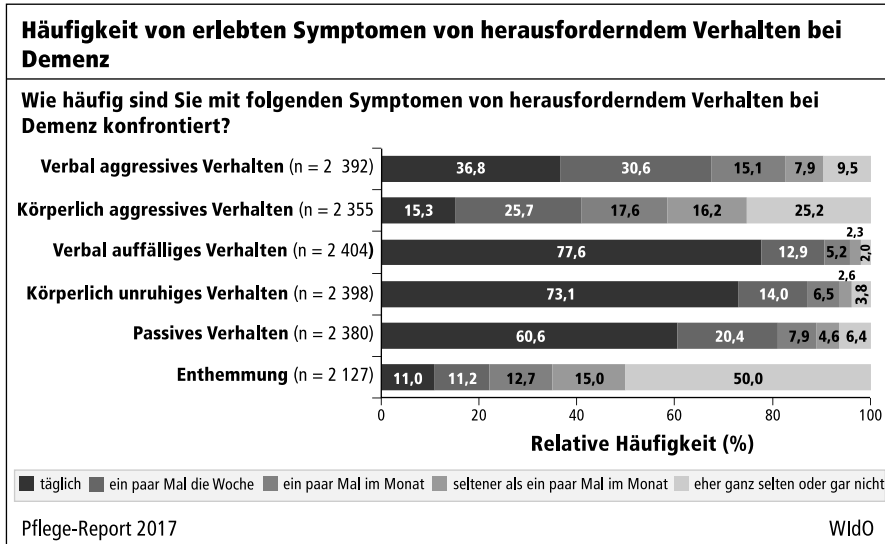
Wido

12.3 Herausforderndes Verhalten bei Demenz im Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte

Nach Angaben der befragten Pflegefachkräfte weisen in den jeweiligen Wohnbereichen ca. zwei Drittel (65,5 %³) der Bewohner eine Demenz auf. Dieses Bild deckt sich mit den Analysen von AOK-Abrechnungsdaten für das Jahr 2015. Hiernach

3 Die Angaben zur Anzahl an Bewohnern mit Demenz waren häufig Intervallangaben, da einzelne Pflegefachkräfte in mehr als nur einem Wohnbereich tätig waren. Zur Berechnung des durchschnittlichen Anteils an Bewohnern im Wohnbereich mit Demenz wurde der Mittelwert der Angaben herangezogen.

Abbildung 12–1

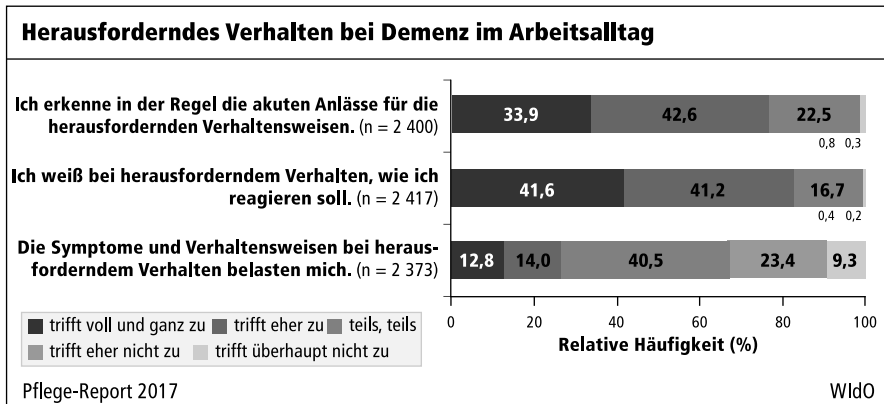


haben ca. 69,7 % der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege eine Demenz oder eine anders geartete Form der eingeschränkten Alltagskompetenz⁴ (vgl. Abbildung 21–10 in Schwinger et al. 2017). Herausforderndes Verhalten bei Demenz gehört für die hier befragten Pflegekräfte zum Arbeitsalltag (Abbildung 12–1). Rund drei Viertel der Befragten erleben täglich verbal auffälliges (77,6 %) und körperlich unruhiges Verhalten (73,1 %). Rund jeder Dritte (36,8 %) ist täglich mit verbal aggressivem Verhalten konfrontiert. Mehr als jede fünfte Pflegefachkraft muss täglich bis ein paar Mal die Woche mit enthemmtem Verhalten bei Bewohnern mit Demenz umgehen (22,2 %). 15 % der Befragten gaben an, dass sie täglich unter anderem geschlagen, gekratzt oder getreten werden.

Gleichzeitig fühlen sich die Pflegekräfte erfahren im Umgang mit den Symptomen. Drei von vier der Befragten (76,5 %) geben an, dass sie in der Regel die akuten Anlässe für herausfordernde Verhaltenweisen erkennen und 83 % wissen, wie sie dabei reagieren sollen (Abbildung 12–2). Dennoch zeigt sich mit Blick auf die Belastung, dass sich mehr als jeder Vierte (26,8 %) von den Symptomen und Verhaltensweisen belastet fühlt.

4 Die Pflegefachkräfte wurden ganz allgemein nach dem Vorliegen einer Demenz gefragt, unabhängig davon, ob diese allein durch den Arzt diagnostiziert oder auch im Sinne der Pflegeversicherung anerkannt ist. Die AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2015), erfasst Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Dies sind Personen, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben. Dieser kann sowohl auf demenzielle Erkrankungen als auch auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sein.

Abbildung 12–2



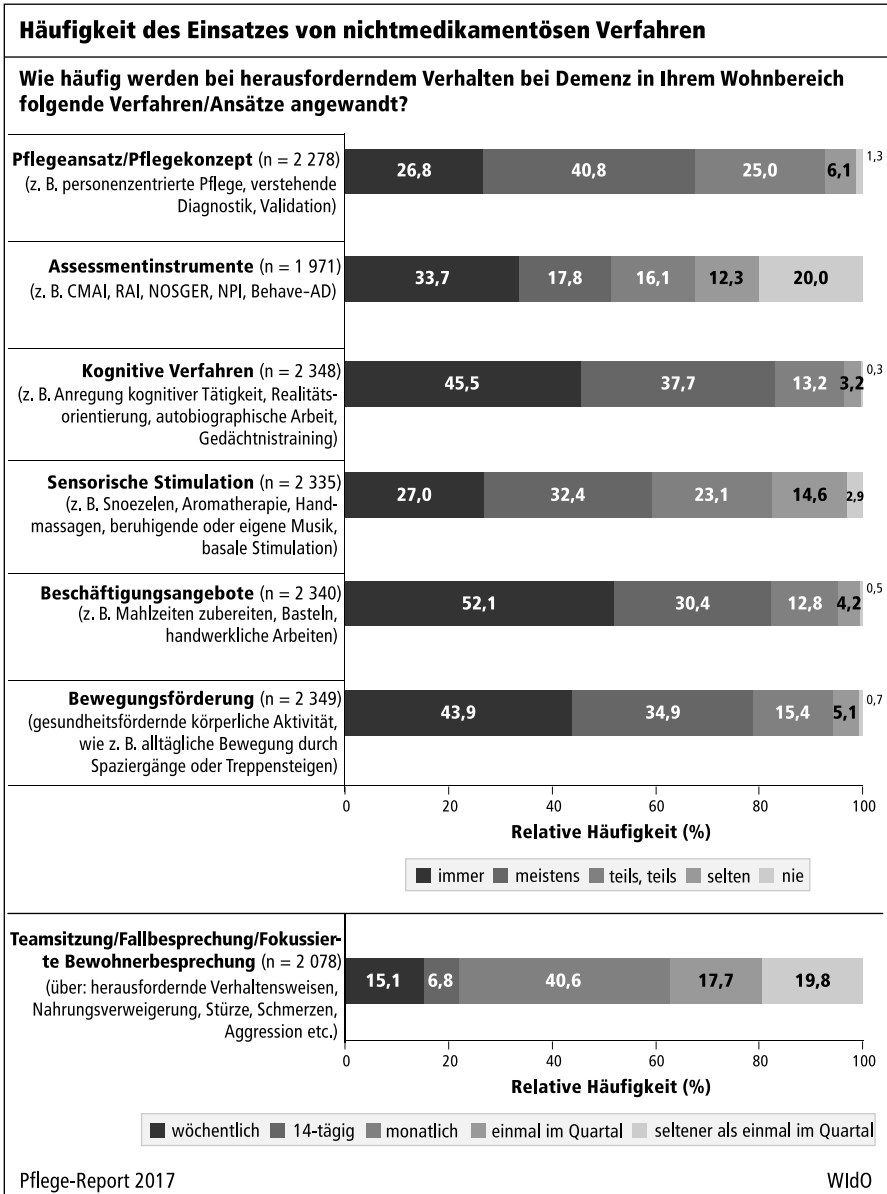
12.4 Nichtmedikamentöse Interventionen

Bekanntheitsgrad und Anwendungshäufigkeit von nichtmedikamentösen Interventionen wurden in der Befragung entlang den „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ (Bartholomeyczik et al. 2006) erfasst.

Erfragt wurde, ob im Wohnbereich für die Bewohner mit Demenz ein Pflegeansatz bzw. Pflegekonzept umgesetzt wird, bei dem das Verstehen und die Wertschätzung des Bewohners mit herausforderndem Verhalten im Mittelpunkt stehen. Erläutert wurde, dass damit personenzentrierte Pflege, eine verstehende Diagnostik, Validation oder andere spezielle Kommunikationstechniken gemeint seien. All dies steht für eine präzise wertneutrale Beschreibung und Analyse des Verhaltens des Betroffenen und seiner Entstehungsbedingungen. Der Einsatz eines Assessmentinstruments wiederum unterstützt die Pflegenden dabei, Verhaltensweisen objektiv zu beobachten und zu verschriftlichen, um auf dieser Grundlage Maßnahmen zu planen und zu evaluieren (Palm und Holle 2016; Brüggemann et al. 2009).

Ferner wurde erhoben, wie häufig die in den Rahmenempfehlungen benannten kognitiven und sensorischen Verfahren, Beschäftigung oder Bewegungsförderung angewandt werden. Unter kognitiven Verfahren wurden erinnerungsfördernde Aktivitäten wie das Erinnern positiver biografisch relevanter Erlebnisse, die Anregung zu kognitiven Tätigkeiten, Realitätsorientierung und Reminiszenz bzw. autobiografische Arbeit gefasst (DGPPN 2016; Palm und Holle 2016). Zur Milderung von herausforderndem Verhalten wird auch die sensorische Stimulation empfohlen (d. h. Verfahren zur Anregung einzelner oder mehrerer Sinne mit unterschiedlichen Konzepten wie der Aromatherapie, Snoezelen oder der Basalen Stimulation) (DGPPN 2016). Ferner benötigen pflegebedürftige Menschen mit einer Demenz Beschäftigungsangebote wie z. B. Mahlzeiten zubereiten, basteln oder handwerkliche Arbeiten, um Isolation und sensorischer, sozialer wie auch emotionaler Deprivation entgegenzuwirken (Brüggemann et al. 2009). Bewegungstraining ist zudem empfohlen, da es zu einem Rückgang depressiver Symptome führt und die kognitiven Fä-

Abbildung 12–3



higkeiten verbessert (Bartholomeyczik et al. 2006). Um dem erhöhten Bewegungsdrang zu begegnen, der sich vor allem durch Wanderverhalten äußert, wird eine tägliche, mindestens halbstündige durchgängige Bewegungssequenz (auch durch passive Bewegungsübungen) empfohlen (Bartholomeyczik et al. 2006).

Ebenso Bestandteil der Rahmenempfehlungen sind Fallbesprechungen. Diese interdisziplinären, individuenzentrierten Gesprächsrunden dienen der verbesserten

Abstimmung von Interventionen zwischen verschiedenen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen (Savaskan et al. 2014; Bartholomeyczik et al. 2006).

Abbildung 12–3 zeigt, dass in der Gesamtschau rund zwei Drittel der Befragten angeben, dass die meisten empfohlenen nichtmedikamentösen Interventionen bzw. Verfahren immer oder meistens zur Anwendung kommen. Im Detail gibt die Mehrheit der Befragten an, dass vor allem die kognitiven Verfahren (83,2%), die Beschäftigungsangebote (82,5%) und die Bewegungsförderung (78,8%) immer oder meistens angewandt werden. Gleichwohl zeigt sich, dass Assessmentinstrumente nach Angaben von rund einem Drittel (32,3%) selten oder nie zur Anwendung kommen. Auch Teamsitzungen bzw. Fallbesprechungen finden nach Angaben von jedem dritten Befragten (37,5%) einmal im Quartal oder seltener statt. Nachdenklich stimmt ferner, dass zumindest 7% der Befragten angeben, dass ein Pflegeansatz bzw. Pflegekonzept, welches das Verstehen und die Wertschätzung des Bewohners mit herausforderndem Verhalten in den Mittelpunkt stellt, selten oder nie angewandt wird.

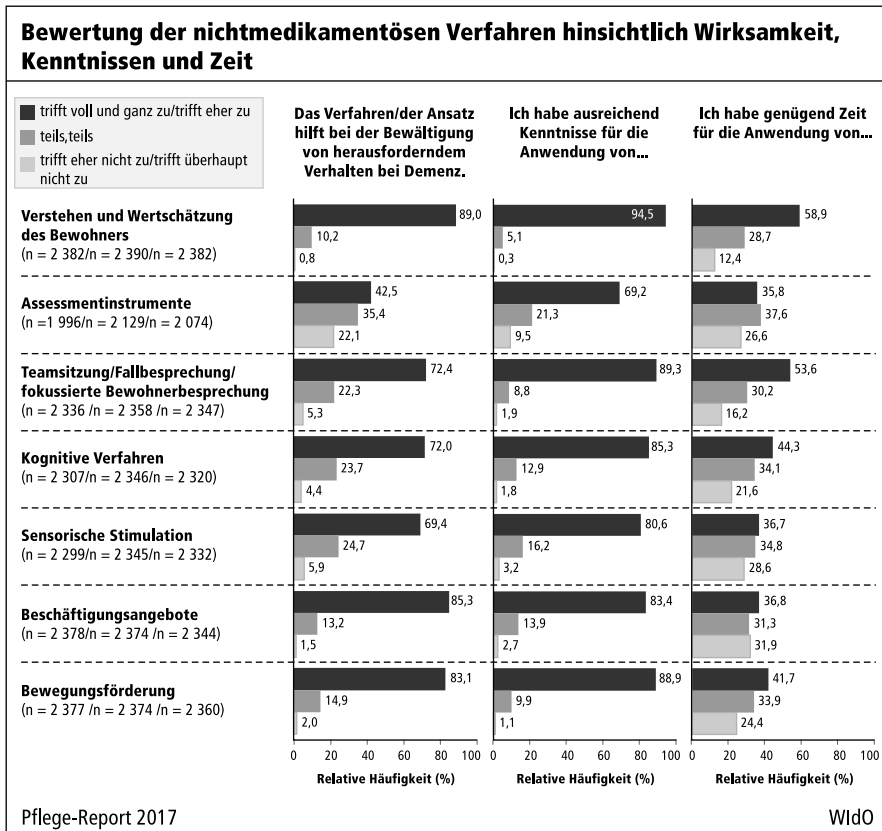
Zu prinzipiell ähnlichen Ergebnissen kommt die deskriptive Querschnittsstudie DemenzMonitor⁵ (Palm und Holle 2016). Auch dort wurde festgestellt, dass weit aus mehr als die Hälfte die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen die empfohlenen Interventionen wie Erinnerungspflege, multisensorische Stimulation, Bewegungsförderung, Assessments und Fallbesprechungen anwenden. Letztere sind in den befragten Einrichtungen sogar weitaus mehr verbreitet als in den Pflegeheimen der zugrunde liegenden Studie (Palm und Holle 2016). Die hier vorgelegte Befragung stützt folglich die Schlussfolgerungen der Autoren der Studie DemenzMonitor, dass einige von der Expertengruppe empfohlene Interventionen in der Praxis schon stark verbreitet sind (Palm und Holle 2016, S. 93).

Erfragt wurde in der vorliegenden Studie ferner, welche Faktoren die Pflegekräfte daran hindern, die nichtmedikamentösen Verfahren in ihrem Arbeitsalltag anzuwenden.⁶ Erhoben wurde die persönliche Einschätzung der Wirksamkeit der Verfahren, ob der Befragte aus seiner Sicht ausreichend Kenntnisse der Anwendung besitzt und ob er genügend Zeit hierfür hat. Abbildung 12–4 zeigt, dass allein die zeitlichen Aspekte als Hinderungsgrund angegeben werden: Je nach Intervention geben zwischen 12 und 32 Prozent an, nicht genügend Zeit für die einzelnen Anwendungen zu haben. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird nur von einer Minderheit der Pflegefachkräfte infrage gestellt, die eigenen Kenntnisse so gut wie gar nicht. Einzige Ausnahme sind die Assessmentinstrumente: Nur 43% und damit deutlich weniger als die Hälfte der Befragten geben an, dass sie diese als wirksam einschätzen. Ein weiteres Drittel ist unentschlossen. Die Mehrzahl der Pflegefachkräfte sieht also eher keinen Nutzen darin, das eigene interventionelle Handeln mithilfe von wissenschaftlichen und strukturierten Analysen durch Assessmentinstrumente zu untermauern.

5 Die Angaben zu den nichtmedikamentösen Verfahren wurden in der Studie DemenzMonitor je Bewohner erfasst.

6 Die Fragen basieren auf einem Teil des Fragebogens aus den Studie von Ervin et al. 2012/Ervin et al. 2013, der für die zugrunde liegende Studie übersetzt und an die deutschen Verhältnisse angepasst wurde.

Abbildung 12–4

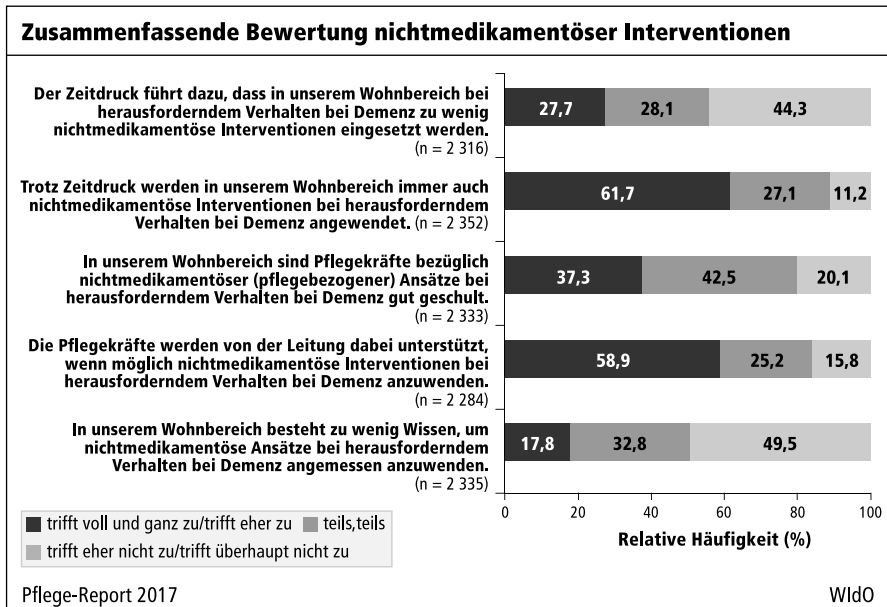


Subjektive Bewertung der Arbeitssituation hinsichtlich nichtmedikamentöser Interventionen

Die Pflegefachkräfte wurden ferner gebeten, ihre Arbeitssituation mit Blick auf nichtmedikamentöse Interventionen zusammenfassend zu bewerten (Abbildung 12–5). In der Gesamtschau fühlen sich die Pflegefachkräfte von der Leitung dabei unterstützt, wenn möglich nichtmedikamentöse Interventionen anzuwenden – knapp 60 % gaben dies an. Die Mehrheit der Befragten (61,7 %) sagte zudem, dass sie trotz Zeitdrucks nichtmedikamentöse Verfahren einsetzen. Gleichwohl ist der Zeitaspekt aus Sicht jedes Vierten (27,7 %) ursächlich dafür, dass zu wenig nichtmedikamentöse Interventionen eingesetzt werden. Befragte, die dieser Meinung waren, waren übrigens auch signifikant häufiger mit der Arbeitssituation belastet, unzufriedener mit ihrer Arbeit und beschrieben ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht.⁷

⁷ Getestet wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Fragen zum Allgemeinen Gesundheitszustand, zur Belastung und zur Arbeitssituation vorliegt. Die Antworten der Fragen wurden auf einer Skala von 1 „sehr gut“/ „sehr belastet“, „sehr

Abbildung 12–5



12.5 Medikamentöse Interventionen

Der Einsatz von medikamentösen Therapien bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz ist alles andere als unumstritten. Behandlungsleitlinien empfehlen, wenn möglich nichtmedikamentösen Behandlungen gegenüber einer Pharmakotherapie den Vorrang zu geben (DEGAM 2008; Savaskan et al. 2014; DGPPN 2016; NICE 2016). Gleichwohl geben die Befragten an, dass im Durchschnitt bei 56 %⁸ der Bewohner in einem Wohnbereich Psychopharmaka eingesetzt werden. Tabelle 12–2 beschreibt die Wirkstoffe und Präparate, die in der Befragung unter dem Begriff Psychopharmaka zusammengefasst und den Befragten in dem Sinne erläutert wurden. Die subjektive Einschätzung der Pflegekräfte deckt sich gut mit Verordnungsraten von Psychopharmaka, die sich aus Abrechnungsdaten ermitteln lassen. Die Verordnungsraten zeigen, dass mehr als die Hälfte (55 %) der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege ab 65 Jahre Psychopharmaka erhält (vgl. Tabelle 21–9 in Schwinger et al. 2017).

zufrieden bis 5 „sehr schlecht“/„überhaupt nicht belastet“/„sehr unzufrieden“ angegeben. Das Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt.

8 Die Angaben zur Anzahl an Bewohner mit Psychopharmakaeinsatz erfolgten häufig als Intervallangaben, da einzelne Pflegefachkräfte in mehr als nur einem Wohnbereich tätig waren. Zur Berechnung des durchschnittlichen Anteils an Bewohner im Wohnbereich mit Psychopharmaka wurde der Mittelwert der Angaben herangezogen.

Tabelle 12–2

Psychopharmaka – Wirkstoffgruppe; häufige Wirkstoffe; häufige Präparate

Wenn wir im Folgenden von Psychopharmakaeinsatz sprechen, meinen wir z. B. folgende häufige Wirkstoffe und Präparate:

Wirkstoffgruppe	Häufige Wirkstoffe	Häufige Präparate
Antipsychotika/ Neuroleptika	Melperon, Risperidon, Quetiapin, Pipamperon, Haloperidol	Risperidon STADA, Risperdal, Melperon-neuraxpharm, Melneurin, Quetiapin Aurobindo, Seroquel, Pipamperon-1 A Pharma, Dipiperon, Haldol, Haloperidol-ratiopharm
Hypnotika/Sedativa	Promethazin, Zopiclon, Zolpidem, Lormetazepam, Clomethiazol	Promethazin-neuraxpharm, Proneurin, Atosil, Zopiclon AbZ, Zopiclodura, Zolpi Lich, Stilnox, Lormetazepam AL, Noctamid, Distraneurin
Antidepressiva	Citalopram, Mirtazapin, Sertralin, Venlafaxin, Amitriptylin	Citalopram dura, Citalon, Cita Lich, Mirtazapin STADA, Mirta TAD, Remergil, Sertralin BASICS, Zoloft, Venlafaxin-neuraxpharm, Venlafaxin TAD, Venla Q, Amineurin, Amitriptylin-neuraxpharm, Saroten
Anxiolytika	Lorazepam, Diazepam, Oxazepam, Hydroxyzin, Bromazepam	Tavor, Lorazepam-neuraxpharm, Diazepam-ratiopharm, Stesolid, Oxazepam AL, Adumbran, Atarax, Bromazep-CT, Normoc

Pflege-Report 2017

WldO

Überraschend ist dabei, in welchem Umfang die Befragten angeben, dass sie selbst eine Verordnung von Psychopharmaka veranlassen. 57 % der Pflegefachkräfte wirken im Schnitt gelegentlich auf eine ärztliche Verordnung von Psychopharmaka hin und mehr als jeder Vierte (26,7 %) tut dies regelmäßig (Abbildung 12–6).

Die Pflegekräfte wurden ferner gebeten, die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Verhaltensauffälligkeiten wie Enthemmung und Agitation oder Aggressivität bei Demenz einzuschätzen und zusätzlich die häufigsten Nebenwirkungen bzw. Ri-

Abbildung 12–6



siken von Antipsychotika (Neuroleptika) zu nennen. Es zeigte sich, dass der Großteil der Befragten die Nebenwirkungen von Antipsychotika (Neuroleptika) adäquat benennt (d.h. Schläfrigkeit, Harnwegsinfekte, Inkontinenz, Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit, erhöhte Sterblichkeit, vermehrtes Schlaganfallrisiko, insbesondere bei Haloperidol Bewegungsstörungen und Einschränkung des Gehens und bei Clozapin Verwirrtheit und Blutbildveränderungen). Jedoch war nur jedem Vierten bewusst, dass auch Harnverhalt, Blasenlähmung oder Harninkontinenz als Nebenwirkung von Antipsychotika (Neuroleptika) eintreten kann. Nur 36 % nennen zudem die Nebenwirkungen Schlafstörungen, 43 % Bewegungs- sowie Sitz- und Stehruhe. Das sich ferner das Mortalitätsrisiko durch den Einsatz von Antipsychotika (Neuroleptika) erhöht, hatte nur rund jeder Zehnte vor Augen.

Auch mit Blick auf die Indikationsstellung bestanden einige Unsicherheiten bei den Befragten: Gemäß der S3-Leitlinie „Demenzen“ gibt es keine belastbare Evidenz für den Einsatz einer bestimmten pharmakologischen Behandlung bei enthemmtem Verhalten im Rahmen einer Demenzerkrankung (DGPPN 2016). Auf die Frage, wie wirksam der Einsatz von Psychopharmaka bei enthemmtem Verhalten sei, antworteten 1 554 der Pflegefachkräfte; von diesen wiederum gab jeder Dritte an (30,8 %), dass der Einsatz von Psychopharmaka bei enthemmtem Verhalten sehr wirksam sei. Gleiches gilt für die Anwendung von Psychopharmaka bei Agitation oder Aggressivität. Hier wird – wenn psychosoziale Interventionen, Modifikationen der Umwelt und der Kommunikation schon in Erwägung gezogen wurden – die Anwendung von Antipsychotika und Antidepressiva empfohlen (DGPPN 2016). Der Hälfte der Befragten (54,4 %), die auf die Frage antworteten (n=2066), war diese Wirkung bewusst.

Da die psychischen Verhaltenssymptome bei Demenz oft fluktuierend auftreten, sollte die Verabreichung der Substanzen unter regelmäßiger klinischer Überwachung erfolgen, zeitlich limitiert eingesetzt werden und die Indikation der Psychopharmaka regelmäßig überprüft werden (Savaskan et al. 2014). So empfiehlt die S3-Leitlinie „Demenzen“ zum Beispiel, dass Psychopharmakaverordnungen – hauptsächlich Antidepressiva und Neuroleptika – innerhalb von sechs Wochen von einem Arzt zu überprüfen sind (DGPPN 2016). Auch die DEGAM-Leitlinie Nr. 12 Demenzen empfiehlt bei einem Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung von nicht-kognitiven Störungen und problematischen Verhaltensweisen, die Indikation nach spätestens drei Monaten zu überprüfen (DEGAM 2008).

Nimmt man dies als Leitschnur, so werden die Psychopharmaka zumindest für rund die Hälfte (48,4 %) der Bewohner innerhalb von sechs Wochen und für ein weiteres Drittel (35,5 %) nach drei Monaten überprüft (Tabelle 12–3). Deutlich wird aber auch, dass der Einsatz von Psychopharmaka bei herausforderndem Verhalten bei Demenz kein temporäres Phänomen ist. 64 % der Befragten gaben an, dass die Psychopharmaka in der Regel länger als ein Jahr eingesetzt werden. Auch diese subjektive Einschätzung der Pflegekräfte deckt sich mit Ergebnissen, die in Verordnungsdaten von Krankenkassen beobachtet werden können (vgl. Tabelle 21–10 in Schwinger et al. 2017).

Im Zusammenhang mit dem Einsatz von medikamentösen Interventionen wurden die Pflegefachkräfte auch zur Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Ärzten befragt. Für drei Viertel der Befragten (75,3 %) ist der behandelnde Arzt bei Fragen zur medizinischen Versorgung immer bzw. meistens ausreichend schnell

Tabelle 12–3

Zeitraum des Psychopharmakaeinsatzes und zeitliche Abstände der Verordnungsüberprüfung durch einen Arzt

Über welchen Zeitraum werden Psychopharmaka bei herausforderndem Verhalten bei Demenz in ihrem Wohnbereich in der Regel eingesetzt? (n=1 877)		In welchen zeitlichen Abständen werden im Regelfall bereits vorliegende Verordnungen von Psychopharmaka bei herausforderndem Verhalten bei Demenz durch einen Arzt überprüft? (n=2 051)	
Relative Häufigkeit		Relative Häufigkeit	
bis zu 6 Wochen	10,0 %	innerhalb von 6 Wochen	48,4 %
bis zu 3 Monaten	10,2 %	nach 3 Monaten	35,5 %
bis zu 6 Monaten	7,4 %	nach 6 Monaten	7,3 %
bis zu einem Jahr	8,4 %	nach einem Jahr	2,3 %
länger als ein Jahr	64,0 %	später als nach einem Jahr	6,5 %

Pflege-Report 2017

WIdO

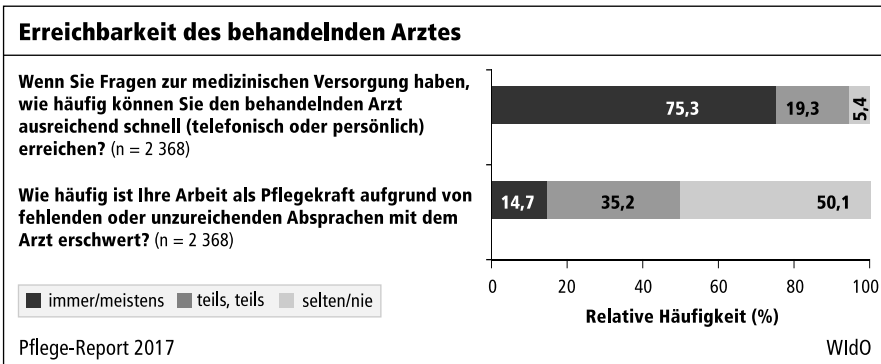
erreichbar. Dass fehlende oder unzureichende Absprachen die Arbeit erschweren, empfinden nur 15 % der Befragten, gleichwohl verneint dies nur jeder Zweite (50,1 %), die übrigen sind unentschieden (Abbildung 12–7). Auch sind die befragten Pflegefachkräfte mit der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten der Bewohner zufrieden. Knapp zwei Drittel (65,4 %) sagen, sie seien „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ (Abbildung 12–8).

Analysiert wurde auch, ob spezifische Untergruppen⁹ der befragten Pflegefachkräfte die Zusammenarbeit mit den Ärzten signifikant¹⁰ anders einschätzen. Signifikant waren die Unterschiede zwischen leitenden und nicht-leitenden Pflegekräften, solchen, die erst seit kürzerer Zeit im entsprechenden Heim tätig sind und jenen, die länger als zwei Jahre dort tätig waren. Auch solche Befragte, die von den Symptomen des herausfordernden Verhaltens belasteter sind, und diejenigen, die Zeitdruck als Ursache für zu wenig nichtmedikamentöse Interventionen bewerten, sowie jene, die die Kenntnisse der Pflegekräfte als schlecht bis sehr schlecht bewerteten, gaben signifikant andere Antworten (Abbildung 12–9). Allein in der Gruppe der Befragten, die die Kenntnisse der Pflegekräfte als schlecht bzw. sehr schlecht einstufen, kehrte sich die ursprüngliche Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Ärzten um – jedoch war nur eine Minderheit, knapp ein Drittel (34,2 %), sehr oder eher zufrieden damit.

9 Analysiert wurde, ob Unterschiede bestehen zwischen Pflegekräften mit weniger und mehr Berufserfahrung. Zudem wurde nach der Betroffenheit der Pflegekräfte differenziert, d. h. zwischen solchen in Wohnbereichen mit wenigen bzw. vielen demenziell Erkrankten und solchen, die von den Symptomen belastet und wiederum nicht belastet sind. Auch nach Personen mit hoher und niedriger Arbeitsbelastung und geringer und hoher Arbeitszufriedenheit wurde differenziert. Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten fanden sich jedoch nicht.

10 Getestet wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Frage zur Zufriedenheit mit der Arztszusammenarbeit vorliegt. Die Antworten der Fragen wurden auf einer Skala von 1 „sehr zufrieden bis 5 „sehr unzufrieden“ angegeben. Das Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt.

Abbildung 12–7



Die Ergebnisse überraschen insofern, als im wissenschaftlichen Diskurs – trotz begrenzter Evidenz – nicht nur die Quantität der ärztlichen Versorgung (Balzer et al. 2013; Gutzmann et al. 2017, Kapitel 10 in diesem Band), sondern auch die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Ärzten als defizitär beschrieben wird. Letzteres zeigen z. B. auch zwei Studien aus dem Förderschwerpunkt „Leuchtturm Demenz“ des BMG. Bei Bartholomeyczik et al. (2010) z. B. waren nur 42 % der Pflegenden (vor der im Rahmen der Studie durchgeführten Intervention) mit der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen völlig oder ziemlich zufrieden, 49 % bewerteten die Zusammenarbeit mit „teils-teils“. Auch bei Kuhlmeier et al. (2010) lag der Median der Bewertung der Qualität der inhaltlichen Zusammenarbeit mit Ärzten (vor der in der Studie durchgeführten Intervention) bei 3, der neutralen Kategorie.

Der Gesetzgeber hatte bereits 2008 im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auf die Kritik an der Angemessenheit der ärztlichen Versorgung in Heimen

Abbildung 12–8

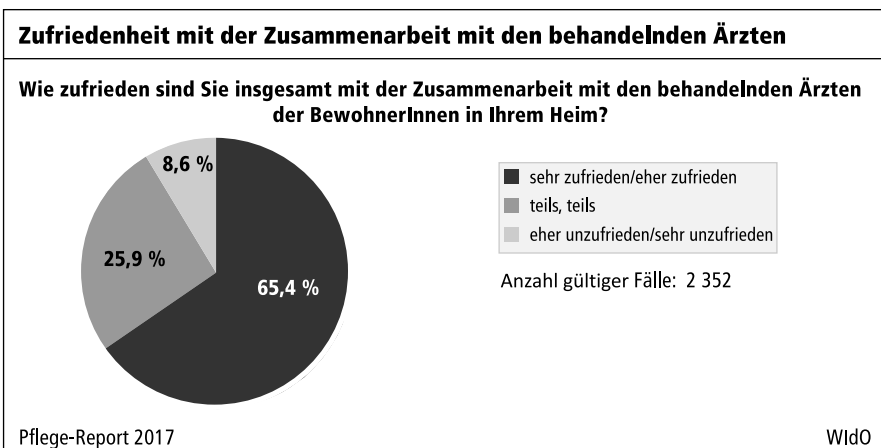
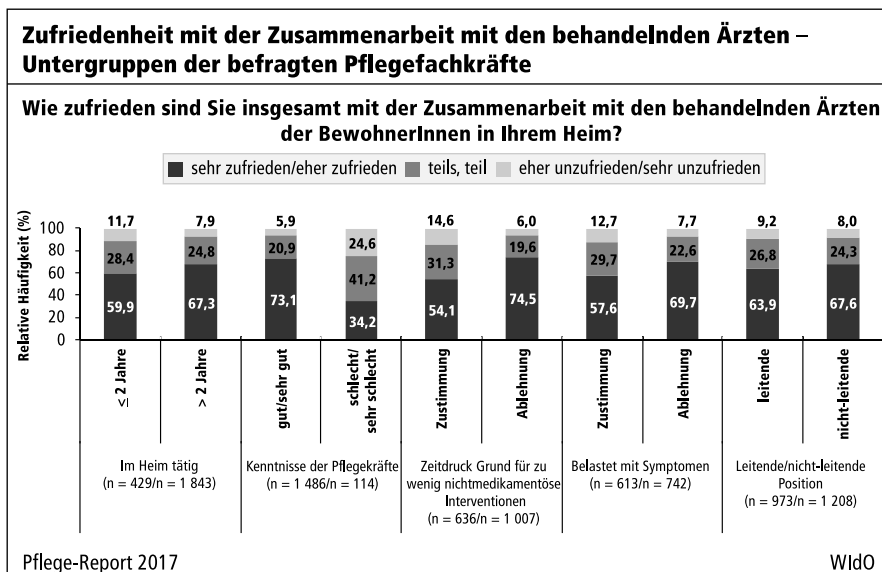


Abbildung 12–9

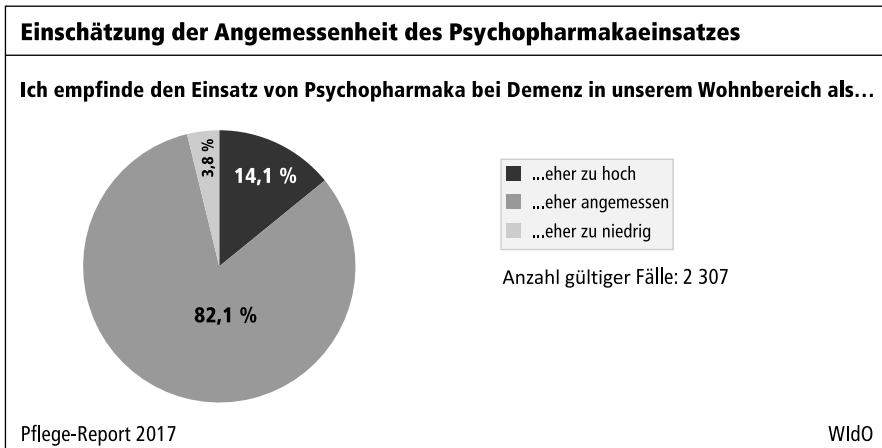


reagiert und die Möglichkeit für Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärzten geschaffen. In weiteren Reformschritten wurden Vergütungszuschläge für kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in Pflegeheimen ermöglicht (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012) und schließlich aus der „Kann“- eine „Soll“-Regelung gemacht (Hospitz- und Palliativgesetz 2015).

Es liegt insofern die Vermutung nahe, dass an der Befragung entweder eher solche Heime teilgenommen haben, bei denen die ärztliche Versorgung als qualitativ besser einzustufen ist oder dass aufgrund der – in Bezug auf Vollzeitbeschäftigung, Leitungsfunktion und Verbleib im Heim – nicht repräsentativen Stichprobe die hier erfassten Zufriedenheitswerte in diesem Sinne verzerrt sind. Rückschlüsse auf die Versorgungssituation in Pflegeheimen insgesamt sollten hieraus insofern nur mit Vorsicht gezogen werden.

Die Pflegekräfte wurden ferner gebeten, eine Gesamteinschätzung der Angemessenheit des Psychopharmakaeinsatzes in ihrem jeweiligen Wohnbereich zu geben. Die Mehrheit der Befragten (82,1 %) gab an, dass sie den Psychopharmakaeinsatz bei Demenz in ihrem Wohnbereich als angemessen empfinden (Abbildung 12–10). Drei von vier Befragten (74,5 %) sind nicht der Auffassung, dass in ihrem Wohnbereich mehr Psychopharmaka eingesetzt werden als notwendig. Auch werde die Psychopharmaka-Behandlung von herausforderndem Verhalten bei Demenz im Wohnbereich nicht zu wenig kritisch hinterfragt (59,5 %). Nur eine Minderheit – weniger als jeder Fünfte – findet zudem, dass die Ärzte den Einsatz von Psychopharmaka im Wohnbereich zu unkritisch sehen (19 %) oder dass die Ärzte das Pflegepersonal nicht dabei unterstützen, den Psychopharmakaeinsatz möglichst gering zu halten (17,2 %). (Abbildung 12–11). Auch bei diesen Bewertungen ist zu beden-

Abbildung 12–10



ken, dass die hier befragte Stichprobe aus überproportional mehr Pflegefachkräften besteht, die Leitungsverantwortung haben, Vollzeit arbeiten und in der Regel schon lange in ihrem Heim tätig sind. Einschätzungen derjenigen Pflegefachkräfte, die z. B. aufgrund von Unzufriedenheit nur für einen kurzen Zeitraum im Pflegeheim tätig waren oder nur in Teilzeit und ohne Leitungsverantwortung beschäftigt sind, sind in der Befragung folglich unterrepräsentiert.

Abbildung 12–11

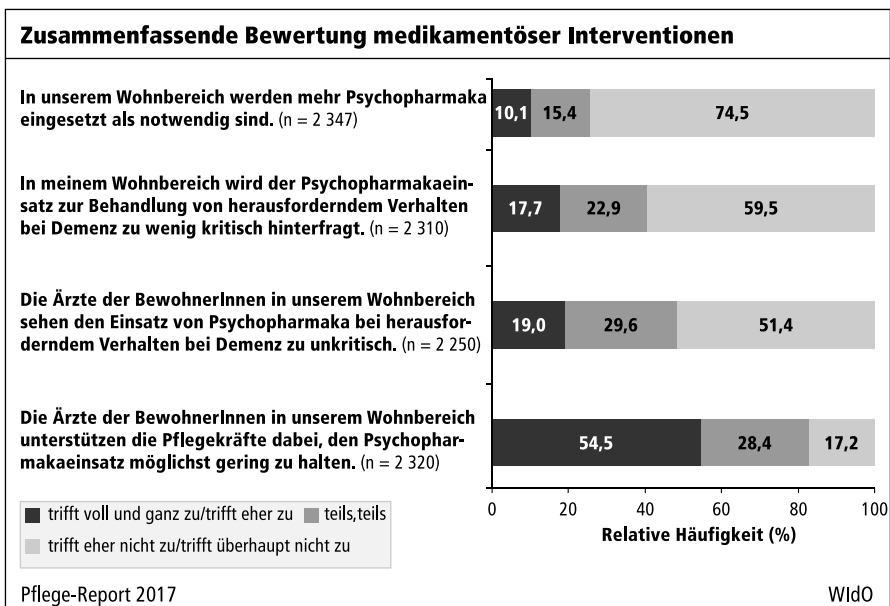
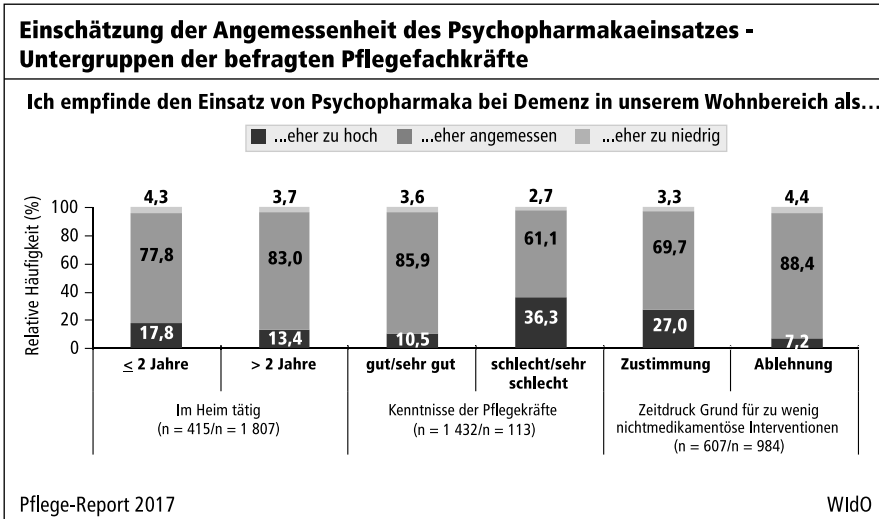


Abbildung 12–12



Auch für die Gesamtbewertung des Psychopharmakaeinsatzes wurde analysiert, ob es Gruppen¹¹ von Pflegekräften gibt, die diesen signifikant¹² anders bewerten. Dies war der Fall bei Personen, die kürzere Zeit im entsprechenden Heim tätig waren, solchen, die den Zeitdruck als Ursache für zu wenig nichtmedikamentöse Interventionen bewerteten, und solchen, die die Kenntnisse ihrer Mitarbeiter als gut/sehr gut bewerteten (Abbildung 12–12). Es wird deutlich, dass Pflegefachkräfte, die erst seit maximal zwei Jahren im Pflegeheim arbeiten, dem Psychopharmakaeinsatz etwas skeptischer gegenüberstehen: 18 % sagen, dieser sei eher zu hoch, gegenüber 13 % bei denen, die schon länger im Pflegeheim tätig sind. Auch Befragte, die Defizite bei den Kenntnissen sahen, antworten deutlich zurückhaltender. Hier empfindet mehr als ein Drittel (36,3 %) den Psychopharmakaeinsatz im Wohnbereich als zu hoch (versus 11 % bei den übrigen). Ferner scheinen auch die Befragten mit zu wenig Zeit für nichtmedikamentöse Interventionen den Psychopharmakaeinsatz eher kritischer zu sehen: 27 % dieser Personen (versus 7 % der übrigen Befragten) waren der Meinung, der Psychopharmakaeinsatz sei eher nicht angemessen.

11 Wiederum wurde analysiert, ob Unterschiede bestehen zwischen Leitenden und Nicht-Leitenden Pflegekräften oder solchen mit weniger und mehr Berufserfahrung. Zudem wurde nach der Betroffenheit der Pflegekräfte differenziert, d. h. solche in Wohnbereichen mit wenigen und vielen demenziell Erkrankten und solchen, die von den Symptomen belastet und nicht belastet sind. Auch nach Personen mit hoher und geringer Arbeitsbelastung wie auch Arbeitszufriedenheit wurde differenziert. Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten fanden sich jedoch nicht.

12 Getestet wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Frage zur Einschätzung der Angemessenheit des Psychopharmakaeinsatzes vorliegt. Die Antworten der Fragen wurden auf einer Skala von 1 „eher zu niedrig“ bis 3 „eher zu hoch“ angegeben. Das Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt.

12.6 Zusammenfassung und Fazit

Die durchgeführte Befragung zeigt, dass die Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege täglich mit herausforderndem Verhalten bei Demenz konfrontiert sind. Die Befragten fühlen sich jedoch kompetent im Umgang mit den psychischen und Verhaltenssymptomen und nehmen für sich in Anspruch, die herausfordernden Situationen zu bewältigen. Dennoch fühlt sich knapp jeder Vierte durch die Symptome und Verhaltensweisen belastet.

Nichtmedikamentöse Interventionen nach Maßgabe der „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ kommen in den befragten Heimen überwiegend zur Anwendung. Die Pflegefachkräfte geben an, für die Anwendung der Ansätze ausreichend Kenntnisse zu haben. Auch die Wirksamkeit der empfohlenen nichtmedikamentösen Interventionen wird überwiegend positiv gesehen. Ausnahme ist die Nutzung von Assessmentinstrumenten, denen deutlich weniger als die Hälfte der Befragten einen Nutzen attestieren und die im Vergleich zu den übrigen Maßnahmen dementsprechend seltener zur Anwendung kommen. Die Mehrzahl der Pflegefachkräfte sieht also eher keinen Nutzen darin, das eigene interventionelle Handeln mit Hilfe von wissenschaftlichen und strukturierten Analysen durch Assessmentinstrumente zu untermauern. Inwiefern die geäußerte Skepsis daher rührt, dass eine tatsächliche Bewertung der Inhalte und Qualitäten der für diesen Kontext entwickelten bzw. in den Heimen zur Anwendung kommenden Instrumente stattfindet oder in einer allgemein verbreiteten Dokumentations-Skepsis gründet, ist letztlich offen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass der Mehrwert von Assessmentinstrumenten für das eigene professionelle Handeln der Pflegepraxis noch besser vermittelt werden könnte.

Auch der Faktor Zeit spielt bei der Anwendung der nichtmedikamentösen Ansätze eine Rolle: Insgesamt gibt je nach Intervention bis zu jeder Dritte an, im Pflegealltag nicht genügend Zeit für die empfohlene Maßnahme zu haben. Jedoch fühlen sich die Pflegefachkräfte von der Leitung dabei unterstützt, wenn möglich nichtmedikamentöse Interventionen anzuwenden und in der Gesamtschau sagen zwei von drei Befragten, dass sie trotz des Zeitdrucks nichtmedikamentöse Verfahren einsetzen.

Die nichtmedikamentösen Ansätze zur Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz sollten – insbesondere bei leichten und mittelschweren Symptomen – einer Pharmakotherapie vorangestellt werden. Der Einsatz von medikamentösen Ansätzen ist alles andere als unumstritten, insbesondere aufgrund der teilweise schwerwiegenden Nebenwirkungen und fehlender Belege in Bezug auf die Wirksamkeit z. B. bei Symptomen wie gesteigerter Psychomotorik oder enthemmtem Verhalten. Die hier befragten Pflegefachkräfte sehen in den Pflegeheimen, in denen sie tätig sind, eher keine Defizite hinsichtlich des Einsatzes von Psychopharmaka zur Behandlung von herausforderndem Verhalten bei Demenz. Der Umfang des Psychopharmakaeinsatzes sei angemessen und erfolge nicht zu unkritisch. Das Personal fühlt sich von den Ärzten weitgehend gut dabei unterstützt, den Psychopharmakaeinsatz möglichst gering zu halten. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und Ärzten wird als gut beschrieben.

Die Befragung zeigt aber auch, dass die Pflegefachkräfte von ähnlich hohen Verordnungsraten berichten, wie sie sowohl aus Abrechnungsdaten der Krankenkassen

als auch aus Primärerhebungen bei Kohorten von pflegebedürftigen Personen mit und ohne Demenz in häuslicher und institutioneller Pflege bekannt sind (Thürmann 2017, Kapitel 11 in diesem Band). Ebenso wird sichtbar, dass Psychopharmaka bei herausforderndem Verhalten bei Demenz nicht temporär, sondern vielmehr sehr häufig dauerhaft (d. h. länger als ein Jahr) eingesetzt werden. Auch dies deckt sich mit Verordnungszeiträumen, die in Abrechnungsdaten beobachtet werden.

In der Gesamtschau wirft dies die Frage auf, inwiefern einerseits bei den Ärzten, die Pflegebedürftige in Heimen betreuen, aber andererseits auch bei den Pflegefachkräften selbst ein adäquates Problembewusstsein über den Psychopharmakaeinsatz bei herausforderndem Verhalten bei Demenz vorliegt. Pflegefachkräften kommt im Pflegeheim eine zentrale Rolle zu, Veränderungen des Gesundheitszustandes der Heimbewohner wahrzunehmen und an die Ärzte weiterzugeben bzw. ärztliches Handeln zu initiieren. Nicht selten – dies hat die Befragung gezeigt – wirken die Pflegefachkräfte nach eigenen Angaben auf das Ordnungsverhalten der Ärzte hin. Gleichzeitig offenbart die Befragung Unsicherheiten bei Pflegefachkräften hinsichtlich der Indikationsstellung und den Nebenwirkungen des Psychopharmakaeinsatzes. Anzustreben wäre folglich, alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen für einen sachgerechten Umgang mit Psychopharmaka zu sensibilisieren. Internationale und nationale Studien zeigen, dass eine Reihe an Interventionen (wie z. B. edukative Maßnahmen, multidisziplinäre Ansätze, der Einsatz von Therapiebeobachtungsbögen und Assessmentinstrumenten) das Potenzial haben, die Verordnungsraten bei herausforderndem Verhalten bei Demenz zu reduzieren (Bartholomeyczik et al. 2010; Kuhlmeier et al. 2010; Thürmann et al. 2010; Coon et al. 2014). Im Ergebnis unterstreicht damit auch diese Studie noch einmal die Notwendigkeit, mehr Bewusstsein für die Risiken schaffen und die Versorgung von Pflegebedürftigen im Heim weiter zu verbessern.

Literatur

- Balzer K, Butz S, Bentzle J, Boulkhemair D, Lüthmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Köln: DIMDI 2013.
- Bartholomeyczik S, Halek M, Sowinski C, Besselmann K, Dürrmann P, Haupt M, Kuhn C, Müller-Hergl C, Perrar KM, Riesner C, Rüsing D, Schwerdt R, van der Kooij C, Zegelin A. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2006.
- Bartholomeyczik S, Wilm S, Bureick G, Halek M, Hardenacke D, Krüger C, Kneer R, Mayer H, Mchiri N, Derks B, Löscher S. Sachbericht zum Projekt „Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen“ (InDemA). Universität Witten/Herdecke 2010. https://www.uni-wh.de/fileadmin/media/u/forschung/izvfi/InDemA_Abschlussbericht_incl_Anhang_07.10.10.pdf (25 Oktober 2016).
- Brüggemann J, Brucker U, Eben E, Fleer B, Gerber H, Kurzmann K, Ziegert S, Lübke N. Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) 2009. <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/Grundsatzst-Demenz.pdf> (25 Oktober 2016).
- Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front Neurol* 2012; 3 (73). doi:10.3389/fneur.2012.00073.

- Coon JT, Abbott R, Rogers M, Whear R, Pearson S, Lang I, Cartmell N, Stein C. Interventions to Reduce Inappropriate Prescribing of Antipsychotic Medications in People With Dementia Resident in Care Homes: A Systematic Review. *JAMDA* 2014; 15 (10): 706–18. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.06.012>.
- DEGAM. DEGAM – Leitlinie Nr. 12 Demenz. Düsseldorf: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2008.
- DGPPN. S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – 1. Revision, Januar 2016). DGPPN 2016. <https://www.dgppn.de/publikationen/s3-leitlinie-demenzen.html> (19 Mai 2016).
- Dickson K, Lafortune L, Kavanagh J, Thomas J, Mays N, Erens B. Non-drug treatments for symptoms in dementia: an overview of systematic reviews of non-pharmacological interventions in the management of neuropsychiatric symptoms and challenging behaviours in patients with dementia. London, Policy Research Unit in Policy Innovation Research. London: Policy Research Unit in Policy Innovation Research 2012
- Ervin K, Cross M, Koschel A. Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: Staff perceptions. *Collegian* 2013; 21 (3): 201–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colgn.2013.04.002>.
- Ervin K, Finlayson S, Cross M. The management of behavioural problems associated with dementia in rural aged care. *Collegian* 2012; 19: 85–95.
- Gutzmann H, Schäufele M, Kessler EM, Rapp M. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Groß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 107–17.
- James AJ. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz – Einschätzen, verstehen und behandeln. Bern: Hans Huber 2011.
- Kuhlmeier A, Sibel R, Fischer T. Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachebezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI – D) gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“. 2010.
- Molter-Bock E, Hasford J, Pfundstein T. Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriat* 2006; 39: 336–43.
- NICE. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. Published: 22 November 2006 - Last updated September 2016. National Institute for Health and Care Excellence 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42> (15 Oktober 2016).
- Palm R, Köhler K, Dichter MN, Bartholomeyczik S, Holle B. Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland – eine Literaturstudie. *Pflege* 2013; 26 (5): 337–355.
- Palm R, Köhler K, Bartholomeyczik S, Holle B. Assessing the application of non-pharmacological interventions for people with dementia in German nursing homes: feasibility and content validity of the dementia care questionnaire (DemCare-Q). *BMC Research Notes* 2014; 7 (950).
- Palm R, Holle B. Forschungsbericht der Studie DemenzMonitor. Umsetzung demenzspezifischer Wohn- und Betreuungskonzepte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) 2016.
- Rieckmann N, Schwarzbach C, Nocon M, Roll S, Vauth C, Willich SN, Greiner, W. *Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen*. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Vol. 80. DIMDI 2009. doi: 10.3205/hta000063L
- Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis* 2014; 103 (3): 135–48.
- Schmidt S, Dichter MN, Bartholomeyczik S, Martin Hasselhorn HM. The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses: A longitudinal analysis of 50 German nursing homes. *Geriatric Nursing* 2013; 35 (1): 42–46.
- Schmidt SG, Dichter MN, Palm R, Hasselhorn HM. Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents – evidence from German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21: 3134–42.

- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 255–303.
- Thürmann P. Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 119–29.
- Thürmann P, Jaehde U, Bernard S, Schröder F. Abschlussbericht zum Projekt Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes. 2010. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Sonstiges/Abschlussbericht_Arzneimitteltherapiesicherheit_in_Alten_und_Pflegeheimen_Querschnittsanalyse_und_Machbarkeit_eines_multidisziplinaren_Ansatzes.pdf. (25 Oktober 2016).
- Wolter DK. Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen. Eine Übersicht. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 2009; 22 (1): 17–56. doi:10.1024/1011-6877.22.1.17.