

## HERAUSFORDERNDES VERHALTEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ

**JProf. Dr. Margareta Halek, MScN**

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Witten  
 Forschungsgruppe „Versorgungsinterventionen“

Juniorprofessur für Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pflege von Menschen mit  
 Demenz am Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke



### AGENDA

- Aktuelle Situation in den Krankenhäusern
- Perspektiven auf das Verhalten des Menschen mit Demenz
- Ansatzpunkte zum Umgang mit Menschen, die als herausfordernd erlebt werden

## AKTUELLE SITUATION

## HÄUFIGKEIT VON HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN

- **Situation in Häuslichkeit:**
  - **11-90%** (Borsje et al. 2014); **53 % D klinisch relevant** (Teipel et al. 2015)
- **Situation in Pflegeheim:**
  - Prävalenz International: **82 %** (Selbaek et al. 2013), **97% NL** (Wetzels et al. 2010)
  - Prävalenz national: **61 %- 64 %** Hamburg (Schäufele 2004); **89%** InDemA/NRW (Bartholomeyczik et al 2013), **91%** LebenQD/NRW (Dichter et al. 2016), **77% FallDem/NRW** (Halek et al. 2016), **72 % DemenzMonitor** bundesweit (Palm/Holle 2016)

## HÄUFIGKEIT VON HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN

### ▪ Situation im KH:

- Herausforderndes Verhalten (NPI) von Menschen mit Demenz gilt als unabhängiger Prädiktor (HR 1,21) für KH Aufnahme (GB, 730 PmD) (Russ et al. 2015)
- Häufigkeiten **86%** (Pitkala et al. 2004, FIN), **28%** mittel/schwer, (Wacanta, 2003 et al. A), **75%** (Sampson et al. 2014, UK); **24.8%** klinisch relevante Agitation (CMAI 39 und höher), (Sampson et al. 2015)
  - Aggression 56,5%
  - Agitation/Unruhe 43,9%
  - Schlafstörungen 42,2%
  - Angst 35,2%
  - Affekt 33,5%
  - Halluzination 14,8%
  - Paranoia 11,3%

## Verhalten – bei Aufnahme und während des KH Aufenthaltes

**Table 3** Prevalence of behavioural and psychiatric symptoms of dementia on admission, and at any point during admission for 230 people in the acute hospital

	Aufnahme n (n=230) %	Während des Aufenthaltes n (n=230) %
<b>Behave-AD scale</b>		
Paranoia/delusions	11 (4.8 (2-8))	26 (11.3 (7-15))
Hallucination	17 (7.4 (4-11))	34 (14.8 (10-19))
Activity disturbance	58 (25.2 (20-31))	101 (43.9 (37-51))
Aggressive	99 (43.0 (37-49))	130 (56.5 (50-63))
Sleep disturbance	39 (17.0 (12-22))	97 (42.2 (36-49))
Affect	37 (16.1 (11-21))	77 (33.5 (27-40))
Phobia/anxiety	47 (20.4 (15-26))	81 (35.2 (29-41))
Any symptom	142 (61.7 (55-68))	172 (74.8 (69-80))
<b>Behave-AD Global Rating Scale</b>		
0, not troubling	119 (51.7 (45-58))	85 (37.0 (31-43))
1, mildly troubling or dangerous	45 (19.6 (14-25))	46 (20.0 (15-26)) <sup>a</sup>
2, moderately troubling or dangerous	41 (17.8 (13-23))	46 (20.0 (15-26)) <sup>a</sup>
3, severely troubling or intolerable	25 (10.9 (7-16))	53 (23.0 (18-29)) <sup>a</sup>

Behave-AD, Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease.  
a. Maximum level reached by participant during admission.

Sampson et al. (2014)

## INTERVENTIONEN IM KH

- **Medikamente: bei 40% der PmD**
  - Antipsychotika 12,2% (70% davon im KH verschrieben)
  - Antidepressiver 16,1%
  - Benzodiazepine 11,7%
  - Sedativer 6,1%
  
- **Nicht-medikamentöse Interventionen: bei 55% der PmD**
  - Psychosoziale Interventionen 36 % (durch die Pflegenden wie verbale Ansprache zur Orientierung, Ermöglichen das „Wandern“ auf der Station, Verhaltensbeobachtung)
  - Freiheitseinschränkende Maßnahmen 21,7%
  - Aufsicht/erhöhter Personaleinsatz 16,5 % (Pat. im Blick haben, enge Begleitung/Beobachtung)
  - Konsultation durch Spezialisten 10% (Psychiatrie/Psychologie)
  - Hilfsmittel 7,4% (Sicherheitsmatten, Betten, Stürzalarm)
  - Unterstützung durch Familie 6,1%
  - Andere Therapien 1,3% (andere therapeutische Angebote wie Musiktherapie)

White et al. (2017)

## KONSEQUENZEN FÜR PATIENTEN

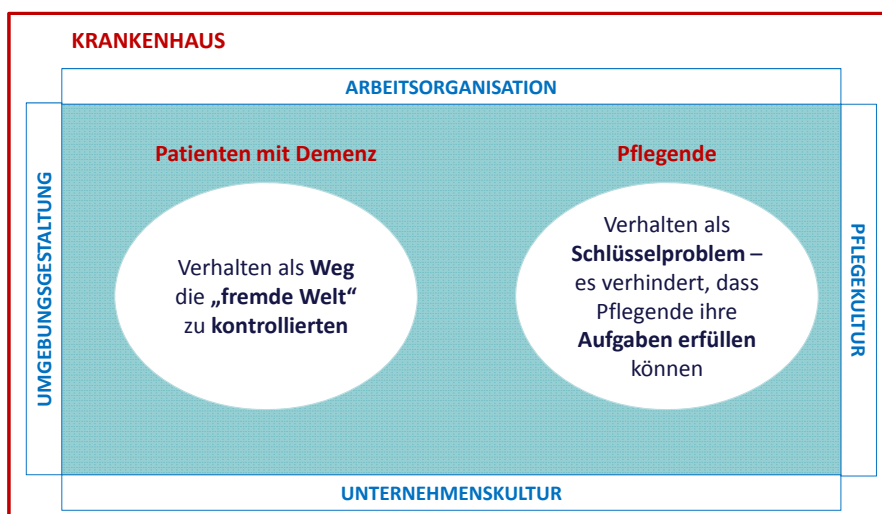
- Aufenthalt schwierig und störend, fühlen sich ignoriert, Umgebung laut und unruhig (Cowdell 2010a, 2010b),
- Belastung durch fehlende Alltagsroutinen (Gladman et al. 2012)
- Patienten, mit Halluzinationen und Unruhe haben 5 Mal, mit Aggressivität 7 Mal, mit Schlafstörungen 3 Mal höheres Risiko Antipsychotika zu erhalten (White et al. 2017)
- Patienten mit Demenz und Delirium, die Antipsychotika erhalten, haben ein 3 Mal höheres Risiko während des KH Aufenthaltes zu sterben (White, et al. 2017)
- Aufenthalt auf einer akuten psychiatrischen Geriatriestation führt zur Minderung des her. Verhaltens (NPI von 34,6 auf 19,5 Punkte) ABER ADL Werte reduzieren sich ebenfalls (32,2 auf 21,7) (Alanen et al. 2015)
- Höheres Risiko für eine Pflegeheimaufnahme (21% ohne vs. 47% MmD und her. Ver) (Wancata et al 2003)
- Familie unzufrieden: Verhalten verschlechtert sich während des KH Aufenthaltes

## KONSEQUENZEN FÜR PFLEGENDE

### ▪ Pflegende:

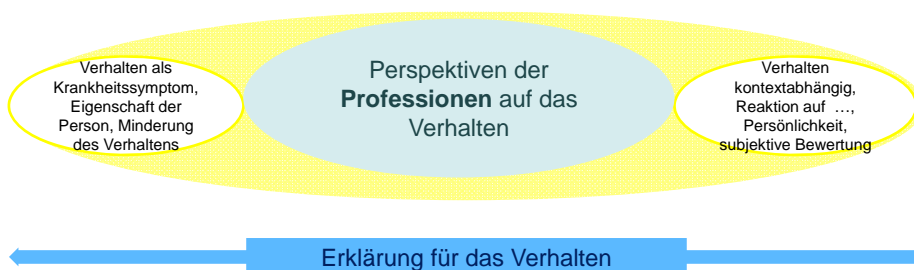
- Zeitdruck und Personalknappheit mindern adäquate Begleitung von MmD und herausforderndem Verhalten (Alzheimer's Society, 2009; Byers & France, 2008; Gladman et al., 2012; Nolan 2007, Pinkert et al. 2014).
- Pflegende fühlen sich unvorbereitet: fehlendes Wissen und Kompetenz im Umgang mit Menschen mit Demenz (Digby et al. 2017)
- Frustration, Stress, Erschöpfung und Schuldgefühle (Burgess & Page, 2003; Byers & France, 2008; Gladman et al., 2012; Pinkert et al. 2014).
- Geringe Arbeitszufriedenheit (Digby et al. 2017)

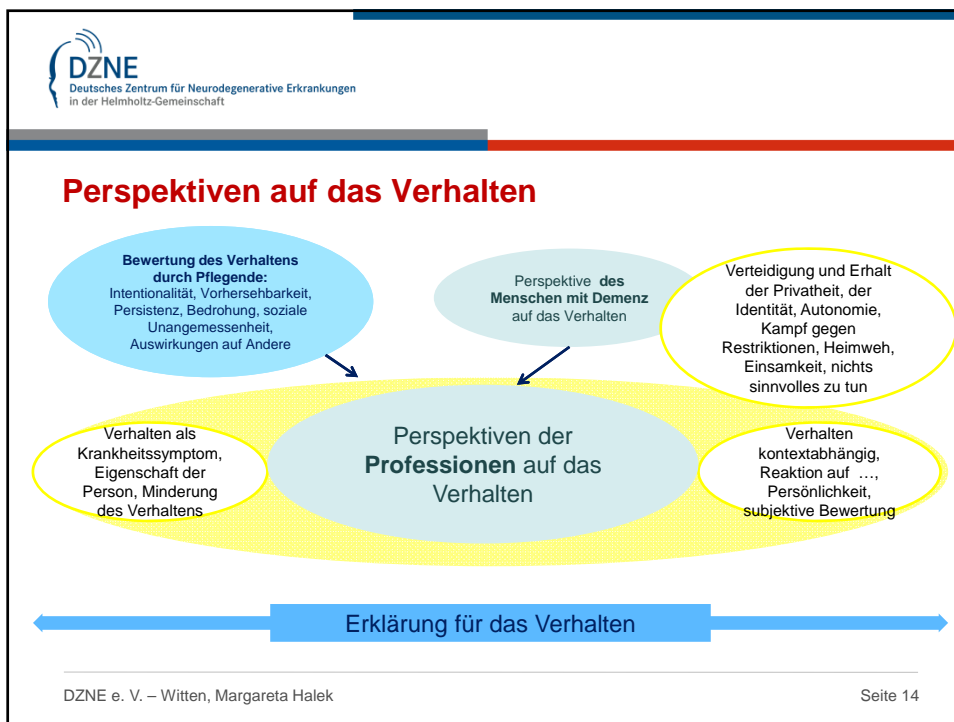
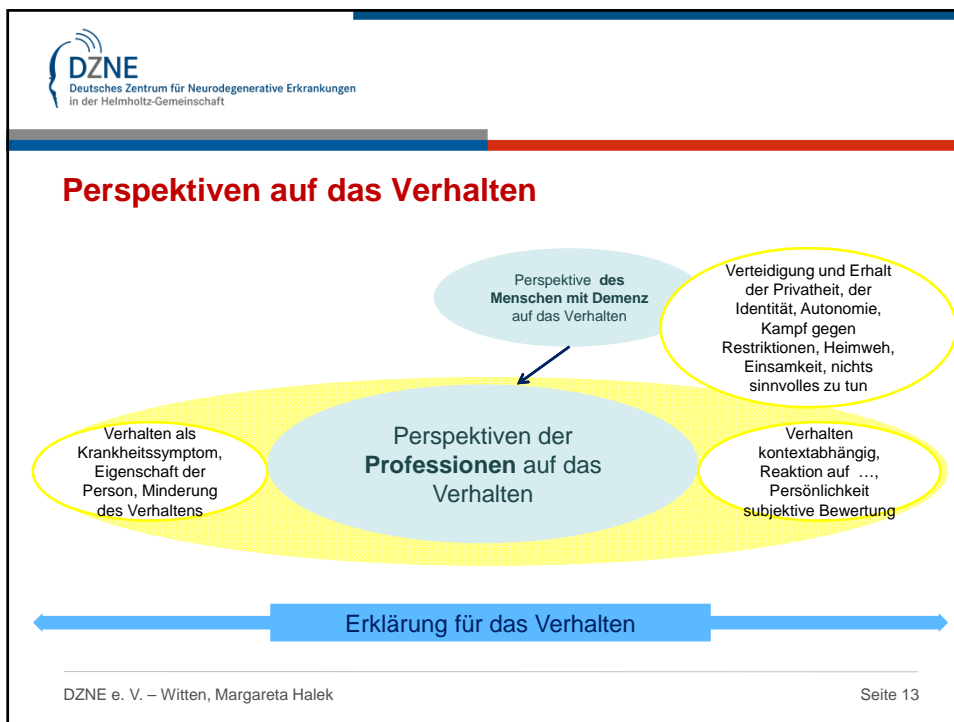
## DAS KH-DILEMMA



# PERSPEKTIVEN AUF DAS VERHALTEN

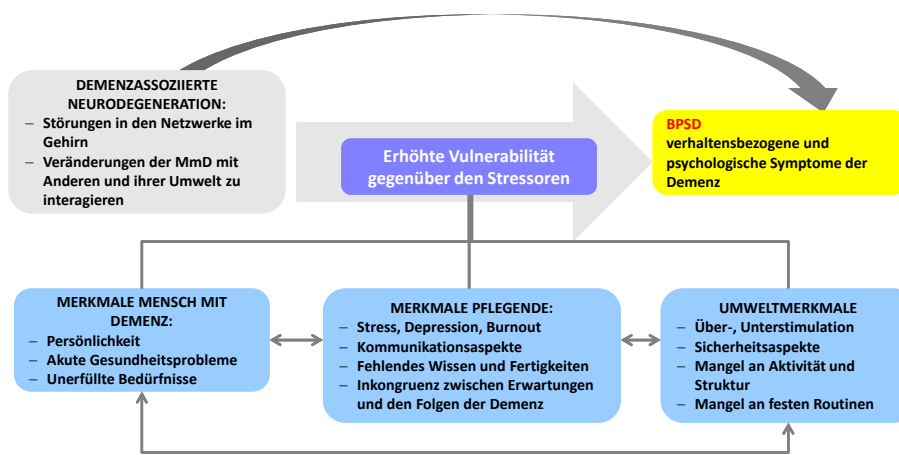
## Perspektiven auf das Verhalten





# WAS KÖNNEN WIR TUN?

## Interaktionsmodell der Ursachen der BPSD

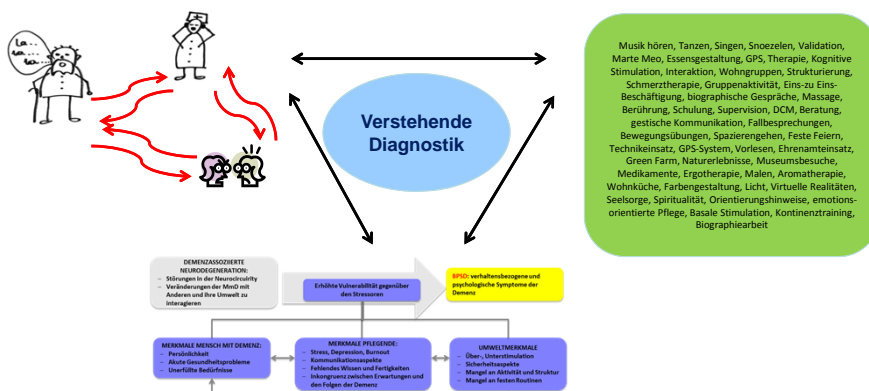




## ARTEN VON PSYCHOSOZIALEN INTERVENTIONEN

1. **Verhaltenstherapien/Verhaltensmodifikation**
2. **Emotions-orientierte Interventionen:** Validation, Emotions-Orientierte Pflege, MSS, Snoezelen, Simulierte Präsenztherapie, Reminiszenz, uvm.
3. **Biographie-Ansätze**
4. **Kognitions-orientierte Interventionen:** Realitätsorientierung, Cognitive-Behaviour-Therapy, Skills Training
5. **Stimulierungs-orientierte Interventionen:** Beschäftigungstherapien, Kunst-/Musiktherapie, Psychomotorische-Therapie
6. **Schulung/Training/Beratung** von Pflegenden, Angehörigen, MmD
7. **Pflegekonzepte:** z. B. person-zentrierte Pflege, psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm, Eden-Alternative
8. **Kommunikations- und Beziehungsgestaltung:** Validation, Regeln für Kommunikation
9. **ADL – Aktivitäten:** Essensbegleitung, Mobilitätsförderung

## WELCHE INTERVENTION PASST?



**DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

## UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN: VERHALTEN VERSTEHEN

**Erfassen-Analysieren-Entscheiden-Handeln**

*Verstehende Diagnostik*

*STI: Serial Trial Intervention*

*DICE Model*

*Funktionale Analyse*

*Stepped Care Model*

DZNE e. V. – Witten, Margareta Halek Seite 19

**DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

## VERSTEHENDE DIAGNOSTIK (Bartholomeyczik et al. 2007; Halek & Bartholomeyczik, 2010)

**Erfassen-Analysieren-Entscheiden-Handeln**

Verhalten erkennen und beschreiben	Erklärungsansätze für Verhalten „suchen“	Verhalten Verstehen und handeln
<ul style="list-style-type: none"> <li>Welches Verhalten ?</li> <li>Wann tritt es auf ?</li> <li>Seit wann tritt es auf ?</li> <li>Wo tritt es auf ?</li> <li>Wie häufig tritt es auf?</li> <li>Bei wem tritt es auf ?</li> <li>Ist das Verhalten ein „Problem“? Für wen?</li> </ul>	<p>Mögliche Gründe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Demenzerkrankung?</li> <li>Schmerzen?</li> <li>Umgebung?</li> <li>Biographie?</li> <li>Medikation?</li> <li>Verhalten anderer?</li> </ul>	<p>Verhalten verstehen hilft</p> <p><b>mit Verhalten umzugehen</b> und <b>zielgerichtete Maßnahmen</b> einzuleiten</p>

DZNE e. V. – Witten, Margareta Halek Seite 20

## ZIELE DER VERSTEHENDEN DIAGNOSTIK

- Versuch, die **Perspektive des Menschen mit Demenz einzunehmen**, sein Verhalten aus seiner Sicht zu interpretieren, die Botschaft des **Verhaltens zu verstehen**
- Das Finden von **geeigneten Umgangsoptionen** erleichtern und **optimale Passung** der Interventionen zu erreichen
- Ideen für eine **bessere Versorgungsorganisation und Umgebungsgestaltung** finden
- Anhaltspunkte für die **Prävention des Verhaltens** finden
- Nicht modifizierbares **Verhalten** in den Alltag für alle Beteiligten erträglich **integrieren**
- **Individuelle Ziele für die „gute Pflege“** von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten finden
- **Verständnis für das Verhalten** von Menschen mit Demenz bei **Angehörigen und Pflegenden wecken**
- **Gefühl der Kompetenz im Umgang** mit Menschen mit Demenz bei Angehörigen und Pflegenden steigern
- Zur **Entlastung** der Angehörigen und Pflegenden beitragen

## EVIDENZLAGE

- **Übersichtsarbeit** von Moniz Cook, Swift et al. 2012:
  - 18 Studien, Mehrheit in **Häuslichkeit**
  - In 14 Studien war der verstehende Zugang nur eine Komponente von vielen – der **Einzeleffekt nicht bestimmbar**
  - Insgesamt positive Effekte auf die **Häufigkeit des Verhaltens** und auf die **Reaktionen der Angehörigen** auf das Verhalten
  - **Keine Wirkung** auf die **Inzidenz, Schwere** des Verhaltens und **Belastung** und **Stress**
  - **Fazit:** Positive Tendenz aber noch keine robusten Effekte auf das Verhalten
- **Übersichtsarbeit** von Holle, Halek et al. 2016:
  - 37 Studien, 14 unterschiedliche Interventionen, keine Studie im KH, die **meisten im AH**
  - 50% der Studien zeigen positive **Effekte auf das Verhalten**; Angehörige **weniger gestresst** durch das Verhalten und **kompetenter im Management**
  - **Fazit:** positive Tendenzen, aber keine robusten Effekte auf das Verhalten

**DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

### GESTUFTES MODEL DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ UND HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN

idiographisch ↑  generisch	<b>Individualisierte Hypothesen geleitete Interventionen</b>	Von einzelnen Bedürfnis, Ursache, Risiko ausgehende Verfahren, die individualisiertes Assessment und dazugehörige Interventionen enthalten z.B. Fallbesprechungen
	<b>am Schema orientierte Interventionen</b>	Individualisierte Verfahren, die Verhaltensformen bestimmte Bedürfnisse unterstellen und Entscheidungswege vorgeben z.B. Validation, Snoezelen, TREA Model
	<b>Gesundheitsrisiken erkennen</b>	Identifikation von nahliegenden Risiken für das Verhalten und Einleitung entsprechender Maßnahmen z.B. Schmerz-, Delir-, Medikamentenmanagement
	<b>Management der kontextualen Faktoren</b>	Maßnahmen, von denen man ausgeht, dass sie für alle Menschen mit Demenz gut sind, unterstützend sind; z.B. gute Kommunikation oder Beziehungsqualität, demenzfreundliche Umgebung, Biographiearbeit, Qualifikation/Kompetenz der Betreuer usw.

DZNE e. V. – Witten, Margareta Halek Seite 23

**DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

### RAHMENKONZEPT: UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN

```

    graph TD
      A[Verhalten Verstehen, Gründe finden] --> B[Individuelle Maßnahmen einleiten]
      A --> C[Psycho-soziale Interventionen]
      A --> D[Interaktion und Kommunikation adjustieren]
  
```

DZNE e. V. – Witten, Margareta Halek Seite 24

**DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

**RAHMENKONZEPT: UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN**

```

    graph TD
      A[Verhalten Verstehen, Gründe finden] --> B[Individuelle Maßnahmen einleiten]
      A --> C[Psycho-soziale Interventionen]
      A --> D[Interaktion und Kommunikation adjustieren]
      E[Wissen, Kompetenz, Haltung der MA stärken]
  
```

Seite 25

**DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

**RAHMENKONZEPT: UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN**

```

    graph TD
      A[Verhalten Verstehen, Gründe finden] --> B[Individuelle Maßnahmen einleiten]
      A --> C[Psycho-soziale Interventionen]
      A --> D[Interaktion und Kommunikation adjustieren]
      E[Wissen, Kompetenz, Haltung der MA stärken]
      F[Demenzfreundliche Umgebung schaffen (räumlich, sozial, strukturell)]
  
```

Seite 26

**DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

**RAHMENKONZEPT: UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN**

Verhalten Verstehen, Gründe finden

Individuelle Maßnahmen einleiten

Psycho-soziale Interventionen

Interaktion und Kommunikation adjustieren

Wissen, Kompetenz, Haltung der MA stärken

Demenzfreundliche Umgebung schaffen (strukturell, sozial, räumlich)

Institutionskultur verändern

DZNE e. V. – Witten, Margareta Halek Seite 27

**DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

**RAHMENKONZEPT: UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN**

Vor KH Nach KH

Verhalten Verstehen, Gründe finden

Individuelle Maßnahmen einleiten

Psycho-soziale Interventionen


Interaktion und Kommunikation adjustieren

Wissen, Kompetenz, Haltung der MA stärken

Demenzfreundliche Umgebung schaffen (räumlich, sozial, strukturell)


Institutionskultur verändern

DZNE e. V. – Witten, Margareta Halek Seite 28

 **DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

**RAHMENKONZEPT: UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN**


Vor KH Nach KH



**Person-zentrierte  
Versorgung**

Demenzfreundliche (kulturell, strukturell) Institutionskultur verändern

DZNE e. V. – Witten, Margareta Halek Seite 29

 **DZNE**  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen  
in der Helmholtz-Gemeinschaft

**FAZIT**

- **Herausforderndes Verhalten** ist häufig **eine Reaktion** des Menschen mit Demenz auf eine **veränderte Situation**; es ist ein **Versuch** mit den internen und externen Faktoren **umzugehen, sie zu kontrollieren**
- Es gibt **wenig** wissenschaftlich **FUNDIERTES Wissen** darüber, was eine **GUTE Pflege** und Versorgung von Menschen (mit herausforderndem Verhalten) ausmacht
- **Säulen** sinnvoller Konzepte: **Umgebung, Kommunikation, Haltung, Wissen, Verstehende Diagnostik von herausforderndem Verhalten, Zusammenarbeit mit Angehörigen**
- Es gibt die ersten Hinweise, **was der beste Weg ist**, die relevanten Ideen und Konzepte (Person-zentrierung) in die bestehende Praxis umzusetzen
- Es gibt zahlreiche Initiativen in den Krankenhäusern (international/national), ihre **Wirksamkeitsuntersuchung** steht in den meisten Fällen noch aus
- Die bisherigen KH Initiativen fokussieren überwiegend auf **Struktur- und Sicherheitsaspekte**
- Es besteht **ein hoher Bedarf an Praxisentwicklung und Forschung in diesem Bereich**

DZNE e. V. – Witten, Margareta Halek Seite 30



© DZNE, Witten

**Bei Fragen und Anregungen:  
Margareta.Halek@dzne.de**

- ALANEN ET AL. (2015). Acute Psychogeriatric Inpatient Treatment Improves Neuropsychiatric Symptoms but Impairs the Level of Functioning in Patients with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. Switzerland. 40: 290-296.
- ALZHEIMER'S SOCIETY. (2009). Counting the cost: Caring for people with dementia on hospital wards. London, England
- BARTHOLOMEYCZYK, S., ET AL. (2007). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BURGESS, L., ET AL. (2003). Educating nursing staff involved in the provision of dementia care. *Nursing Times*, 99(46), 34-37.
- BYERS, D. C. ET AL. (2008). The lived experience of registered nurses providing care to patients with dementia in the acute care setting: A phenomenological study. *International Journal for Human Caring*, 12(4), 44-49.
- COWDELL, F. (2010a). Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard*, 24(23), 42-48.
- COWDELL, F. (2010b). The care of older people with dementia in acute hospitals. *International Journal of Older People Nursing*, 5(5), 83-92.
- DEWING, J. (2009). Caring for persons with dementia: Noise and light. *Nursing Older People*, 21(5), 34-38.
- ELLIOT, R. ET AL. (2011). The creation of a dementia nurse specialist role in an acute general hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 648-652.
- GLADMAN, J. ET AL. (2012). Better mental health: Care of older people with cognitive impairment in general hospitals; Final report. NIHR Service Delivery and Organisation Programm.
- HALEK, M., ET AL. (2006). Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche
- Kales, H. C., L. N. Gitlin and C. G. Lyketsos (2015). "Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia." *BMJ* 350: h369.
- Holle, D., M. Halek, B. Holle and C. Pinkert (2016). "Individualized formulation-led interventions for analyzing and managing challenging behavior of people with dementia - an integrative review." *Aging Ment Health*: 1-19.
- HEATH, H., ET AL. (2010). Improving quality of care for people with dementia in general hospitals. Harrow, England: RCN.
- KOLANOWSKI, A. M. 1999. An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. *Journal of Gerontol. Nursing*, 25, 7-9
- MOYLE, W. ET AL. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: A review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 121-130.
- NOLAN, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting: A study of nurses' views. *British Journal of Nursing*, 16(7), 419-422.
- NORMAN, R. (2006). Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards. *Journal of Research in Nursing*, 11(5), 453-465.
- O'NEIL, M. ET AL. (2011). Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia. A Systematic Review of the Evidence. VA-ESP Project #05-225
- PINKERT CH, ET AL. (2014). Der Prozess der Entwicklung und Umsetzung von demenzspezifischen Konzepten in Krankenhäusern. *Pflege&Gesellschaft*, 19(3), 209-223
- PITKALA, ET AL. (2004). Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *Int Psychogeriatr*, 16(1), 61-74.
- SAMPSON, ET AL. (2014). Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. *Br J Psychiatry*, 205(3), 189-196.
- Sampson, E. L., N. White, K. Lord, B. Leurent, V. Vickerstaff, S. Scott and L. Jones (2015). Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. *Pain*, United States. 156: 675-683.
- SEITZ D., ET AL. (2013) Efficacy and Feasibility of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Long Term Care: A Systematic Review. *JAMDA* 13 : 503e506
- SMITH, M. ET AL. (2004). History, development, and future of the progressively lowered stress threshold: a conceptual model for dementia care. *J Am Geriatr Soc*, 52(10), 1755-1760.
- SPECTOR A. ET AL. (2013) A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews* 12 : 354-364
- VERKAIK ET AL. (2005) The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International journal of Geriatric Psychiatry*. 20: 301-314
- WANICATA ET AL. (2003). The consequences of non-cognitive symptoms of dementia in medical hospital departments. *Int J Psychiatry Med*, 33(3), 257-271.
- WHITE ET AL. (2017). "The management of behavioural and psychological symptoms of dementia in the acute general medical hospital: a longitudinal cohort study." *Int J Geriatr Psychiatry* 32(3): 297-305.
- RUSS, ET AL. (2015). "Prediction of general hospital admission in people with dementia: cohort study." *Br J Psychiatry* 206(2): 153-159.