



Letzter Ausweg Psychopharmaka – oder gibt es doch Alternativen?

Empfehlungen zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel eines adäquateren Psychopharmaka-Einsatzes

Für pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige sowie Betreuerinnen und Betreuer



Vorwort

„Empfehlungen zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von pflegebedürftigen Menschen“

Der Titel mag verwirren – heißt es in der Regel doch „Umgang mit »herausforderndem« Verhalten von Pflegebedürftigen“. Die Pflegebedürftigen fordern uns, die Pflegenden auf, unser Verhalten durch ihr Verhalten zu überdenken und damit den Einsatz von Psychopharmaka zu reduzieren.

Was würde ich mir wünschen, wenn ich die andere Person wäre? Diese Frage an die Pflegepersonen, Betreuerinnen und Betreuer, Angehörigen – an die, die pflegen – zu richten, möge zum Nachdenken, zum (veränderten) Verhalten gegenüber den zu Pflegenden führen.

Empathie – sich einfühlen – führt zum Verstehen, nimmt den Anderen ernst, achtet die Person. Art 1,1 GG (1) **“Die Würde des Menschen ist unantastbar – sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.”** Art 1,1 GG (1)

Mit Hilfe verschiedener Kommunikationsmodelle z.B. der Validation® nach Naomi Feil¹, des person-zentrierten Ansatzes nach Tom Kitwood², der gewaltfreien Kommunikation nach Marshall Rosenberg³, des Pflegemodells der Mäeutik nach Cora van der Kooij⁴, kann es gelingen, herausforderndem Verhalten anders zu begegnen.

Es braucht Mut, die Blickrichtung zu wechseln, vom Gegenüber zu lernen, die Einmalig- und Einzigartigkeit des Anderen wahrzunehmen.

Möge diese Empfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten zu einer Reduzierung von Psychopharmaka führen und der Mensch, um den es geht, niemals aus dem Blick geraten.

Die aufgeführten Beispiele zeigen, dass nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung Hand in Hand möglich ist. So sollte herausforderndes Verhalten immer als aufforderndes Verhalten verstanden werden.



*Heidrun Mildner
Alzheimer Ethik e.V.*

Mitglied des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und der APS-Arbeitsgruppe "Psychopharmakaverordnungen mit potentiell freiheitseinschränkender Wirkung in der Pflege".

1 Validation nach Naomi Feil ist ein Weg, mit desorientierten Menschen zu kommunizieren. Validieren bedeutet wertschätzend, respektvoll und mit Empathie der Person zu begegnen. Validation bei Demenz – Die Grundsätze – Demenzportal (demenz-portal.at)

2 Der Ansatz der person-zentrierten Pflege sieht als Grundvoraussetzung die Befriedigung der seelischen Bedürfnisse nach Liebe, Trost, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung.

<https://www.doktorshof.de/aktivierungskonzept/beduerfnisblume-nach-tom-kitwood/>

3 Gewaltfreie Kommunikation – Gewaltfreie Kommunikation (gfk-info.de)

4 Die Mäeutik, auch erlebnisorientierte Pflege, schließt das Erleben aller Beteiligten mit ein. Pflegenden und Begleitenden werden sich ihrer eigenen Handlungsweise sowie ihrer Emotionen bewusst und können sich auch besser in die Erlebniswelt der Pflegebedürftigen einfühlen. (<http://coravanderkooij.com/>)

Inhalt

1 Ziel	5
2 Informationen zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von Pflegebedürftigen	6
2.1 Patientengeschichte von Herrn Holzer	9
2.2 Patientengeschichte von Frau Kurz	17
2.3 Gute Beispiele für eine verbesserte Versorgung	22
3 Empfehlungen	26
4 Glossar*	29
5 Literaturverzeichnis	32
Danksagung und Kommentierung	33
Impressum	34

*Die in dieser Broschüre unterstrichenen Wörter werden im Glossar ab Seite 29 erklärt.

1 Ziel

Zeigen Pflegebedürftige auffordernde Verhaltensweisen wie Schreien, Umherwandern, Schlagen, Treten, Beschimpfen, Verweigerungsverhalten etc. ist das für alle Beteiligten extrem belastend.

Um die Situation für alle, vor allem aber für die Betroffenen selbst, verbessern zu können, muss zunächst ergründet werden, warum und wann es zu den auffordernden Verhaltensweisen kommt, um im nächsten Schritt eine geeignete Lösung zu finden.

Die vorliegende Broschüre richtet sich daher an Menschen mit Pflegebedarf selbst, ihre Betreuungspersonen und Angehörigen und will dabei

- **Sensibilisieren** für die Vulnerabilität (Verletzbarkeit) der betroffenen Personengruppen,
- **Verständnis** wecken für auffordernde Verhaltensweisen,
- **Möglichkeiten** aufzeigen, auffordernden Verhaltensweisen zu begegnen,
- **Aufklären** über medikamentöse Therapiemöglichkeiten und was bei deren Anwendung beachtet werden muss,
- **Kooperation fördern**, indem insbesondere auch Betroffene, Angehörige bzw. Betreuungspersonen als wichtige Informationsgeber mit einbezogen werden - sie sind oft die erfahrenen Expertinnen und Experten in Bezug auf die Betroffenen.

Ein weitere Broschüre enthält Informationen und eine Handlungsempfehlung für das gesamte therapeutische Team – die Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Therapeutinnen und Therapeuten u. a., sowie das Management, welches die Rahmenbedingungen für die Pflege mitgestaltet, siehe hier:

<https://www.aps-ev.de/hempfehlungen/psychopharmaka/>



2 Informationen zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von Pflegebedürftigen

Ältere Menschen leiden häufig an mehreren Erkrankungen gleichzeitig (**Multimorbidität**) und nehmen daher häufig auch verschiedene Medikamente ein (**Polypharmazie**). Gleichzeitig reagiert ihr Körper anders als in jungen Jahren darauf, sie sind **empfindlicher für Neben- und Wechselwirkungen**. Je mehr Medikamente eingenommen werden, desto stärker ist auch das Risiko von unerwünschten Wirkungen.

Sie reagieren aber auch empfindlicher auf kleine Veränderungen der gewohnten Lebenssituation, wie z. B. Umgebungswechsel durch einen Krankenhausaufenthalt. Die bis dahin noch stabile Situation der Betroffenen kann sich plötzlich deutlich verschlechtern. Gleichzeitig besteht durch die Multimorbidität und die Polypharmazie ein erhöhtes Risiko einer Krankenseinweisung. Nicht selten erleiden dabei zuvor noch selbständig agierende Menschen einen umfassenden Verlust ihrer Fähigkeiten.

Als besonders verletzlich ist die Gruppe der **Personen mit kognitiven Einschränkungen bzw. Demenzen** zu sehen. Bei eingeschränkter Kognition (Wahrnehmung, Denken, Erkennen) und herabgesetzter verbaler Kommunikationsfähigkeit können Probleme und Bedürfnisse nicht wie gewohnt ausgedrückt werden. So können z.B. Schmerzen schwerer lokalisiert oder Unwohlsein schwerer benannt und beschrieben werden. Daher wird versucht, andere Kanäle zu nutzen, um sich der unmittelbaren Umwelt mitzuteilen, nicht selten auch in Form von aufforderndem Verhalten wie Schreien, Umherwandern, nächtlicher Unruhe, etc. Solch **aufforderndes Verhalten erschwert** den Pflegenden den **Umgang mit den Betroffenen** und Angehörige fühlen sich oft hilflos und überfordert.

Sollen in solchen Situationen dann Medikamente zur Beruhigung eingesetzt werden, sogenannte sedierende Psychopharmaka, so ist eine besonders große Sorgfalt erforderlich, denn diese Medikamente gehen mit einigen Risiken und unerwünschten Wirkungen einher. Zusätzlich können sie freiheitseinschränkend wirken, denn in Abhängigkeit von Dosierung, Wechselwirkungen, Konstitution etc. können sie dazu führen, dass Betroffene in ihrer Bewegungsfähigkeit und Aktivität eingeschränkt werden.

Gerade vor dem Hintergrund der Verletzlichkeit der Betroffenen lohnt es sich jedoch, vor der Verabreichung zusätzlicher Medikamente, das Verhalten als **Kommunikationsversuch** einer Person zu verstehen, die sich nicht (mehr) anders ausdrücken kann, und den **Auslösern des Verhaltens auf den Grund zu gehen**.

Dabei können Angehörige und betreuende Personen viel zu einer verbesserten Versorgung von pflegebedürftigen Menschen beitragen. Umfassend informiert können sie Verhaltensveränderungen erkennen und hinterfragen, auf die individuelle Patientensituation zugeschnittene Entscheidungen zur Medikamentenanordnung unterstützen, auf Überprüfung von Medikamenten hinwirken und den Austausch mit dem behandelnden Team suchen.

Die nützlichen Erläuterungen werden im Folgenden unter anderem anhand zweier Patientengeschichten, sowie der Vorstellung zweier Projekte dargestellt.

2.1 Patientengeschichte von Herrn Holzer



**Herr Holzer,
verheiratet, zwei Kinder,
60 Jahre**

Herr Holzer ist übergewichtig. Er hat eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, Diabetes mellitus Typ 2 und leidet des Öfteren unter Gelenkschmerzen. Herr Holzer möchte etwas für seine Fitness tun und kauft sich ein E-Bike. Leider überschätzt er sich, als er einen steilen Hang hinabfährt. Er stürzt und zieht sich dabei eine Kopfverletzung zu. Nach der Erstversorgung müssen weitere Operationen vorgenommen werden. Herr Holzer liegt im künstlichen Koma.

i Ärztliche Heileingriffe stellen grundsätzlich einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar. Dies gilt nicht nur für invasive Maßnahmen wie Operationen, sondern auch für die Gabe von Medikamenten.

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.

Gerechtfertigt ist der Umstand, wenn die Patienten vor der Behandlung umfassend über den beabsichtigten Nutzen und die Risiken der geplanten Maßnahmen aufgeklärt werden und sie dann vor dem Eingriff die Einwilligung erklären. (Eine Ausnahme gilt in Notfallsituationen.)

Seine Ehefrau Bettina glaubt, dass die Ärzte doch so schnell wie möglich ihren Mann operieren müssten. Doch diese lehnen es ab, ohne die Unterschrift einer/s rechtlichen Betreuenden oder Bevollmächtigten tätig zu werden. Herr Holzer hatte keine Vorsorgevollmacht erstellt, da er

dachte, dies wäre erst im Rentenalter sinnvoll. So hat das Betreuungsgericht nach Rücksprache mit der Ehefrau und der Betreuungsbehörde die 33-jährige Tochter Lisa als geeignet angesehen und als Betreuerin bestellt.

Nach der Operation ist Herr Holzer aus dem Koma erwacht. Er ist durch die Wirkung der Narkose völlig verwirrt und versucht die Infusionsschläuche zu entfernen, da er deren Notwendigkeit nicht erkennen kann. So kann er auch den Erklärungen des Arztes nicht folgen, der ihn über die Medikamente informieren möchte, die er einnehmen muss.

i Die wirksame Einwilligung setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient einwilligungsfähig ist, d.h. sie oder er müssen die Vor- und Nachteile der Entscheidung erkennen und die Entscheidung unabhängig treffen können. Dabei sollte der Patientin bzw. dem Patienten – trotz eventueller Einschränkungen – so lange wie möglich eine eigenständige Entscheidung ermöglicht werden (evtl. Hinzunahme von Assistenzmaßnahmen).

Erst wenn die betroffene Person nach den oben genannten Kriterien nicht mehr einwilligungsfähig ist, erfolgt die Einwilligung in die ärztliche Maßnahme durch eine beauftragte oder bevollmächtigte Person.

Der **Stellvertreter im Recht** ist der/die Vorsorgebevollmächtigte mit einer Vollmacht für den Bereich der Gesundheitsfürsorge oder der/die rechtliche Betreuer/in mit dem Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge.

Diese Person hat dabei 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 der betroffenen Person gegenüber erforderlich wäre, **informiert und umfassend aufgeklärt zu werden**.

Damit hat die betreuende oder bevollmächtigte Person auch die **Pflicht, sich** über die medizinische Behandlung der betroffenen Person, **umfassend zu informieren** und in deren Interesse und unter Berücksichtigung etwaiger Patientenverfügungen oder des mutmaßlichen Willens über die Einwilligung in Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden.

So informiert der Arzt Lisa als Betreuerin und bittet um Genehmigung der zu verordnenden Medikamente. Lisa liest sich die umfangreiche Medikamentenliste durch und fragt sich, ob – neben verschiedenen anderen Medikamenten – auch beruhigende Medikamente verabreicht werden sollen. Sie ist unsicher, ob derartige Medikamente ohne richterliche Genehmigung verabreicht werden dürfen.



Bei den Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge gilt es, gerichtliche Genehmigungspflichten zu beachten.

Medikamente mit sedierender Wirkung oder Nebenwirkung können einer Genehmigungspflicht unterliegen, da sie in Abhängigkeit von der Dosierung, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, der individuellen Konstitution und weiteren Faktoren dazu führen können, dass die Aktivität von Patientinnen und Patienten sowie ihre Fähigkeit sich zu bewegen, erheblich eingeschränkt werden.

Eine derartige Genehmigungspflicht besteht allerdings nur dann, wenn die Medikamente gezielt eingesetzt werden, um die Betroffenen am Verlassen des Aufenthaltsortes zu hindern. Dies gilt auch, wenn eine sedierende Neben- oder Wechselwirkung von

Medikamenten im konkreten Fall gezielt zur Einschränkung der Fortbewegungsfreiheit ausgenutzt werden soll.

Dagegen unterliegen aufgrund einer Erkrankung der betroffenen Person **therapeutisch erforderliche Medikamente** selbst dann nicht der 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 Demenzpatienten mit Beruhigungs- und Schlafmedikationen.

Nach Rücksprache durch Lisa mit dem behandelnden Arzt ergibt sich aber, dass die Medikamentengabe nicht der Ruhigstellung von Herrn Holzer dient, sondern diese therapeutisch notwendig ist. Sie willigt als rechtliche Betreuerin und Vertreterin ihres Vaters in Gesundheitsangelegenheiten in die Anwendung von Psychopharmaka ein.

Als es Herrn Holzer etwas besser geht, so dass er das Krankenhaus verlassen kann, stellt sich heraus, dass die notwendige 24-Stunden-Pflege zu Hause nicht sichergestellt werden kann, da die Tochter berufstätig ist und sich die Ehefrau auf Grund ihrer körperlichen Verfassung dies nicht zutraut. Aus diesem Grund wird mit Hilfe des Krankenhaussozialdienstes ein Kurzzeitpflegeplatz gesucht und gefunden. Dort bleibt Herr Holzer einige Zeit, bis die Organisation der Hilfe in der eigenen Wohnung sichergestellt ist und seine Tochter ihn nach Hause holt.

Nach Rückkehr aus der Kurzzeitpflege ist Herr Holzer für seine Ehefrau jedoch nicht mehr wiederzuerkennen. Er wirkt verwirrt und angetrieben, kann sich an Gespräche und Abmachungen nicht mehr erinnern und stürzt, als er nachts im Haus vergeblich nach der Toilette sucht. Er wird durch die Wahrnehmung seiner Barrieren zunehmend aggressiv. Frau Holzer befürchtet, dass ihr Ehemann an Demenz erkrankt sein könnte.

Mit der Situation konfrontiert, schlägt der Hausarzt von Herrn Holzer vor, zur Beruhigung ein weiteres Psychopharmakon zu verschreiben.

i Die (vorübergehende) Verordnung von Psychopharmaka kann zur Behandlung bestimmter Erkrankungen geeignet sein, sollte jedoch mit einem Facharzt oder einer Fachärztin erörtert werden und nur unter Beachtung und Dokumentation sowie engmaschiger, regelmäßiger Überprüfung möglicher Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten verabreicht werden.

Hauptindikationen für Psychopharmaka im Alter sind Demenzen, Delir, Angststörungen, Depressionen und Schlafstörungen (Laux 2018).

Verunsichert nimmt Lisa Kontakt zu einem Betreuungsverein auf, um Rat in ihrer Funktion als rechtliche Betreuerin zu suchen. Dort empfiehlt man ihr, eine Apotheke zu konsultieren und die umfangreiche Medikamentenliste, die noch vom Krankenhausaufenthalt her stammt, auf Neben- oder Wechselwirkungen prüfen zu lassen. Sie solle den Hausarzt ferner darauf ansprechen, ob nicht eine Reduzierung bestimmter Medikamente möglich sei.

Schließlich legt man ihr nahe, eine neurologische Fachpraxis oder ein gerontopsychiatrisches Diagnosezentrum aufzusuchen und ihren Vater auf eine mögliche Demenzerkrankung hin untersuchen zu lassen.

i Im Hinblick auf Medikamentenverordnungen ist zu beachten, dass **mit der Anzahl der eingenommenen Medikamente auch die Risiken von Nebenwirkungen steigen**. Mögliche Nebenwirkungen sind beispielsweise Verwirrheitszustände, Schlafstörungen, Schwindel und Sturzgefahr, aber auch Erregung und Angst. Wenn diese Symptome nicht als Nebenwirkungen erkannt werden, führt

dies unter Umständen zur Gabe von weiteren Arzneimitteln und damit zu weiteren Nebenwirkungen. Die Medikamentengabe ist sorgfältig zu dokumentieren, Wirkung und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten müssen überwacht werden

Doch auch frei verkäufliche Medikamente, die häufig noch zusätzlich zu verordneten Medikamenten eingenommen werden, und auch bestimmte Lebensmittel können zu Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten führen. Hierzu zählen beispielsweise Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, aber auch pflanzliche Arzneimittel wie Johanniskraut und Lebensmittel wie Grapefruit.

Mit zunehmendem Alter reagiert der Körper außerdem empfindlicher auf Medikamente. Zudem kann sich die Wirkung und Verträglichkeit von Medikamenten bei Männern und Frauen unterscheiden.

Im Alter reagiert der Körper empfindlicher auf Medikamente:

- Der **Fettanteil im Körper steigt** zu Ungunsten der Muskelmasse und der Wasseranteil sinkt, was zu länger anhaltender Wirkung von bestimmten Medikamenten beziehungsweise zu einem höheren Medikamentenspiegel führen kann,
- die **Nervenzellen eines älteren Menschen reagieren deutlich empfindlicher** auf psychoaktive Medikamente,
- 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 etc. können diese Funktionen weiter einschränken.

Um Unverträglichkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten möglichst frühzeitig zu erkennen, empfiehlt es sich, **unbedingt einer Apotheke** treu zu bleiben und dort systematisch und regelmäßig die Medikamente auf Wechselwirkungen hin überprüfen zu

lassen. Man erhält dort auch Einnahmehinweise und Hinweise zu notwendiger Überwachung, aber auch Empfehlungen zu gegebenenfalls störenden Nahrungsmitteln und Informationen zu üblichen Nebenwirkungen.

Zudem sollte mit einem Hausarzt oder einem Facharzt regelmäßig überprüft werden, ob eine **Verringerung** der verordneten Dosis oder ein **Absetzen** von einzelnen Medikamenten erforderlich sein kann oder möglich ist (BMBF 2019).

Im Gespräch mit der Apothekerin ergeben sich für Lisa Anhaltspunkte, dass aufgrund der aus dem Medikamentenplan ersichtlichen Mehrfachmedikation unter Umständen sogenannte „paradoxe“, also widersprüchliche Wirkungen entstehen. Dies könnte eine mögliche Erklärung für Herrn Holzers Unruhe und Verwirrheitszustände sein.

Auf Nachfrage der Apothekerin stellt sich ferner heraus, dass Herr Holzer von seiner Ehefrau gewohnheitsmäßig weiterhin auch frei verkäufliche Schmerzmittel gegen seine Gelenkschmerzen erhält, die er schon seit Jahren einnimmt. Auch hier verweist die Apothekerin auf mögliche Neben- und Wechselwirkungen im Hinblick auf die Gesamtzahl der von Herrn Holzer eingenommenen Medikamente. Lisa sucht mit ihrem Vater den Hausarzt auf, schildert nochmals die aktuelle Verfassung ihres Vaters und verweist auf den Rat der Apothekerin.

Der Hausarzt bespricht daraufhin den Medikamentenplan und die frei verkäuflich eingenommenen Medikamente mit Lisa, wobei er auch ihren Vater im Rahmen des Möglichen in das Gespräch einbezieht.

Als Ergebnis des Gespräches erfolgen eine schrittweise Reduzierung und auch das Absetzen von einzelnen Medikamenten in enger ärztlicher Abstimmung.

Lisa und ihre Mutter beobachten Herrn Holzer in der Folgezeit und **dokumentieren Veränderungen** im Zusammenhang mit dem geänderten Medikamentenplan schriftlich.

Vier Wochen später nimmt Lisa zusammen mit ihrem Vater den vereinbarten Termin in einer neurologischen Fachpraxis zur Abklärung einer eventuellen demenziellen Erkrankung wahr. Zu diesem Zeitpunkt hat sich Herrn Holzers Verfassung stark gebessert, er ist nicht mehr verwirrt und nimmt zunehmend wieder am Alltag teil.

i Im Gespräch mit einem Facharzt bzw. einer Fachärztin erfolgt in der Regel eine Bestandsaufnahme der körperlichen Erkrankungen und eingenommener Medikamente sowie eine psychologische Testung mit Hinweisen auf die Gedächtnisleistung einer Person. Weiterhin können bildgebende Verfahren wie CT und MRT sowie eine Untersuchung des Gehirnwassers Aufschluss hinsichtlich einer demenziellen Erkrankung geben. Auch genetische Risikofaktoren werden in die ärztliche Untersuchung einbezogen. (siehe auch Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2020)

Das Diagnosegespräch sowie die darauffolgenden Untersuchungen ergeben bei Herrn Holzer keinen Hinweis auf eine demenzielle Erkrankung. Im konkreten Fall hatte die Mehrfachmedikation offenbar zu den Verwirrtheitszuständen geführt, die bei Herrn Holzer eine Demenz vermuten ließen. Durch den **Austausch** mit einem Betreuungsverein sowie einer Apothekerin und durch ihr **kritisches Nachfragen** beim Hausarzt konnte Lisa vermeiden, dass ihrem Vater ein Psychopharmakon mit potenziell freiheitsentziehender Wirkung verordnet wurde.

Herr Holzer verabredet sich nach der Genesung mit seinen Freunden zum Wandern, um so seinem Ziel, etwas gegen das Gewichtsproblem zu unternehmen, näher zu kommen und besucht mit seiner Frau einen Kochkurs um gesünder zu essen und zu leben.

2.2 Patientengeschichte von Frau Kurz



**Frau Kurz,
verheiratet,
68 Jahre**

Frau Kurz ist kognitiv schwer eingeschränkt und kann sich verbal nicht äußern. Derzeit ist sie in Pflegegrad 3 eingestuft. Neben einer Demenz vom Typ Alzheimer ist ein fortgeschrittener Brustkrebs fachärztlich diagnostiziert.

Pflegerische Hilfe und Betreuung werden vor allem durch ihren Ehemann und zeitweise durch Familienmitglieder in der Wohnung des Ehepaares geleistet. Medikamente werden durch den ambulanten Dienst zusammengestellt.

Frau Kurz ist dem Pflegedienst bereits von kurzen Aufenthalten in der Tagespflege bekannt. Der Ehemann hat sich nun an den Pflegedienst gewandt, weil er „das nicht mehr schaffe“. Seine Frau sei „häufiger sehr unruhig und läuft ständig umher, sie kann nicht stillsitzen“ und er könne ihr nicht immerzu hinterherlaufen. Daraufhin vereinbart der zuständige Mitarbeiter des Pflegedienstes mit dem Ehemann die Übernahme der morgendlichen Grundpflege durch Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes sowie die Nutzung von Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI.



Der bereits einbezogene ambulante Pflegedienst und die Hausärztin bzw. der Hausarzt sollten die ersten Ansprechpartner bei Fragen zur Pflege und Therapie sein. Fachärzte und -ärztinnen z. B. für Schmerztherapie, Psychiatrie, Onkologie, Palliativversorgung und andere sollten abhängig vom Krankheitsbild einbezogen werden. Man kann sich auch an einen Pflegestützpunkt wenden, der die

regionalen Angebote kennt und vermitteln kann. Spezielle Hilfe zum Umgang mit Demenz gibt es bei der Alzheimergesellschaft und in Selbsthilfegruppen, zur Schmerztherapie bei der Deutschen Schmerzgesellschaft, zur palliativen Pflege beim Hospiz- und Palliativteam in der Region. Pflege- und Krankenkassen geben ebenfalls Auskunft zu möglichen Unterstützungsangeboten.

Fragen Sie Ihre Pflegekasse nach einer ausführlichen Pflegeberatung – diese ist auch zuhause möglich!

Der zuständige Mitarbeiter ist sich mit dem Ehemann einig darüber, dass die „Demenz wohl fortschreiten“ würde und nun mehr Hilfe nötig wäre. Er spricht über den Fall auch mit zwei Pflegefachpersonen, die wegen der Medikamentenversorgung in den letzten Tagen in der Wohnung von Frau Kurz gewesen waren. Beide bestätigen die Beobachtungen des Ehemannes, auch ihnen sei das viele Umherlaufen aufgefallen. Die Frage nach möglicherweise vorliegenden Schmerzen wird mit dem Hinweis auf die bereits regelmäßig gegebenen Schmerzmedikamente und im Normbereich liegende Vitalwerte verneint.

i Eine Fallbesprechung fand nur in kleinem Rahmen und ansatzweise in Form von Gesprächen zwischen den Pflegenden und der zuständigen Leitungsperson statt. Die fortschreitende Demenz wird als Erklärung für das Verhalten interpretiert und akzeptiert. Trotz der Frage nach eventuell vorhandenen Schmerzen wurde dieser Aspekt zunächst nicht weiter verfolgt, die bestehende Brustkrebs-Erkrankung damit vernachlässigt. Auch andere Ursachen für das Verhalten werden nicht weiter in Erwägung gezogen.

Pflegekräfte, die in den darauffolgenden Tagen zur Übernahme der Körperpflege in der Wohnung von Frau Kurz waren, klagen darüber, dass sie kaum an Frau Kurz „herankommen“ können, selbst eine Versorgung mit frischem Inkontinenzmaterial sei nur schwer möglich. Eine

Pflegekraft berichtet, dass es „besser geklappt“ hätte, als sie Frau Kurz während der Pflegehandlungen etwas vorgesungen habe.

i **Nichtmedikamentöse Maßnahmen können das Wohlbefinden fördern** und Einfluss auf das Verhalten der pflegebedürftigen Menschen haben. Allein das Singen zeigte hier zwar eine Wirkung, konnte aber die Problematik nicht zufriedenstellend lösen. Weitere nichtmedikamentöse Maßnahmen wurden vermutlich durch das starke Abwehrverhalten von vornherein ausgeschlossen.

In den Folgetagen scheint die Situation „herausfordernder“ zu werden, eine Pflegekraft ist von Frau Kurz gekniffen, eine andere gebissen worden. Die verantwortliche Mitarbeiterin des Pflegedienstes versucht, einen dringenden Hausbesuch durch den Facharzt für Psychiatrie zu veranlassen.

Da sich der zuständige Facharzt im Urlaub befindet und der vertretende Facharzt sich aufgrund der räumlichen Entfernung, der fehlenden persönlichen Bekanntheit der Patientin und der urlaubsbedingten Überlastung außerstande sieht, zu einem Hausbesuch zu kommen, wird die Hausärztin gebeten, die Dosierung der Psychopharmaka anzupassen. Der Hausbesuch wird kurzfristig realisiert, die Medikation durch Dosiserhöhung und Anordnung eines zusätzlichen sedierenden Arzneimittels angepasst.

i Die ungünstige ärztliche Versorgungssituation führte hier zum Einsatz zusätzlicher Psychopharmaka, die eigentlich erst als letzter Schritt in Erwägung gezogen werden sollten.

Die Beteiligten sollten dabei unbedingt bereits im Vorfeld berücksichtigen, dass es immer wieder zu ungünstigen Versorgungssituationen kommen kann.

Um dem bestmöglich zu begegnen, ist es ratsam proaktiv darauf zu reagieren und z.B.

- auf einen möglichst vollständigen und greifbaren **Medikationsplan** zu achten,
- ein persönliches, wohnortnahes **Netzwerk** aufzubauen und zu pflegen,
- die Kontaktdaten von Hausärzten, Krankenversicherung, ambulanter Pflege, Hausapotheke etc. greifbar zu haben,
- auch neue Optionen wie Videosprechstunden zu nutzen.

Nachdem auch die Medikamentenänderung nicht zum gewünschten Erfolg geführt hat, die Körperpflege kaum noch möglich ist und Frau Kurz nicht mehr isst und nur wenig trinkt, wird sie in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Hier wird die Medikation weiter angepasst.

Aber auch nach Krankenhausentlassung hat sich der Zustand nicht wesentlich verändert. Frau Kurz wehrt sich nahezu gegen jeden Versuch, körperpflegerische Maßnahmen durchzuführen, diese sind aufgrund der Inkontinenz jedoch häufig unvermeidbar. Trotz aller Versuche, ihr Nahrung und Flüssigkeit anzubieten, hat sie weiter an Gewicht verloren.

Eine Pflegefachkraft schlägt vor, doch die Hausärztin um die versuchsweise Anordnung eines starken Schmerzmittels zu bitten, von dieser Möglichkeit hätte sie bei einer Fortbildung gehört. Bereits am Tag nach Gabe des opioid-haltigen Schmerzmittels lässt die Unruhe sichtbar nach. Frau Kurz schläft deutlich mehr als bisher, läuft kaum umher.

i **Ältere Menschen leiden häufig unter Schmerzen.** Gleichzeitig ist eine geringere Schmerzmittelversorgung vor allem von Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen nachgewiesen.

Bei Frau Kurz, die an einem fortgeschrittenen Brustkrebs leidet, sind zunehmende Schmerzen sehr wahrscheinlich und werden doch so spät erst berücksichtigt. Durch eine systematische Schmerzeinschätzung, wie sie der Expertenstandard zum pflegerischen Schmerzmanagement fordert (z.B. die Beurteilung von Schmerz bei Demenz - BESD), hätten möglicherweise der Klinikaufenthalt und die Psychopharmaka-Verabreichung verhindert und wahrscheinlich die Schmerzen schneller reduziert werden können.

Auch für die an der Pflege und Betreuung beteiligte Familie und die Pflegenden des ambulanten Pflegedienstes wären wohl weniger Stress und Sorge aufgetreten.

Meist sitzt Frau Kurz am Tisch, will aber weiterhin kaum essen und trinken. Die Größenzunahme von Metastasen ist inzwischen deutlich sichtbar. Nach ausführlichen Gesprächen zwischen dem Ehemann, dem hinzugezogenen ambulanten Palliativ- und Hospizdienst und der Hausärztin wird eine künstliche Ernährung abgelehnt und eine palliative Versorgung vereinbart.

2.3 Gute Beispiele für eine verbesserte Versorgung

Exemplarisch werden hier zwei Beispiele vorgestellt.

Johanniter-Haus Waibstadt

Das Projekt im nordbadischen Waibstadt bei Sinsheim zeigt, dass es auch mit weniger Psychopharmaka in der stationären Altenpflege geht. Ausgangspunkt des Pilotprojektes war ein Symposium "Psychopharmaka in Alten- und Pflegeheimen Sedierende Medikamente, Grundlagen und mögliche Alternativen"⁵.

Gemeinsam mit allen Beteiligten wurden die bestehenden medikamentösen Verordnungen überprüft – beteiligt waren dabei neben der Haus- und Fachärzteschaft, den Apothekerinnen und Apothekern, den Pflege- und Betreuungsmitarbeitenden und dem Steuerungsgremium⁶ auch die Bewohnerinnen und Bewohner, die Angehörigen und die Betreuerinnen und Betreuer. Gleichzeitig wurden vermehrt nicht-medikamentöse Angebote gemacht, wie Hand- und Fußmassagen, Aromapflege, gezielte Bewegungsangebote im Freien, Strukturierung der Tagesabläufe sowie Biographie-Arbeit. (Altenheim - Lösungen fürs Management 2021)

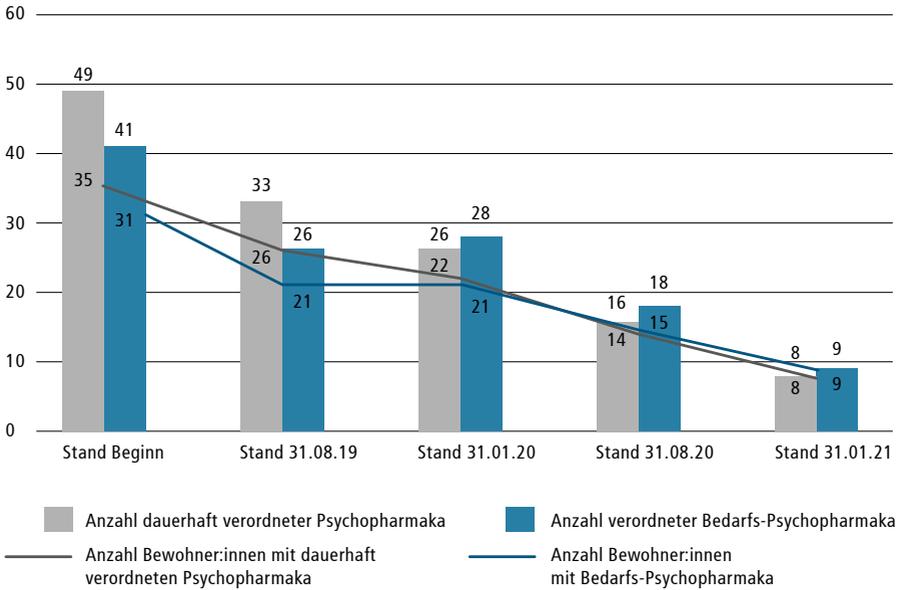
So ist es laut Einrichtungsleitung gelungen, die Verordnungen der Sedativa, Benzodiazepine und Neuroleptika innerhalb von zwei Jahren von 45 Prozent auf zehn Prozent zu senken. (Altenheim - Lösungen fürs Management 2021)

Die genauen Ergebnisse, die Vorgehensweise sowie Beispiele aus dem jetzigen Tagesablauf von Bewohnerinnen und Bewohnern können zur Nachahmung beim Johanniter Haus in Waibstadt angefragt werden.

⁵ Unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. h.c Andreas Kruse, Institut für Gerontologie in Heidelberg

⁶ Das Steuerungsgremium besteht aus: Einrichtungsleiter, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitungen, Leitung Sozialer Dienst, Qualitätsbeauftragte

Johanniter-Haus Waibstadt



Grafik: Eigene Darstellung mit Genehmigung des Johanniter-Hauses Waibstadt

Rheinessen-Fachklinik Alzey

Um die Ursachen für aufforderndes Verhalten zu finden und damit Psychopharmaka zu reduzieren und Wohlbefinden steigern zu können, wurde in der Rheinessen-Fachklinik Alzey das Projekt „NeeDz“ ins Leben gerufen. Der Name bezieht sich dabei auf unbefriedigte Bedürfnisse (engl. „Needs“), welche die Ursache für aufforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz („Dz“) darstellen können.

Im Rahmen des Projektes werden über den Weg der „verstehenden Diagnostik“ Antworten gesucht, warum sich ein Mensch auf eine spezielle Weise verhält. Dabei ist die „verstehende Diagnostik“ ein Ansatz, der einen Zugang zu dem Empfinden des Menschen mit Demenz sucht und durch die Einnahme der Sichtweise dieses Menschen seine Verhaltensweisen nachvollziehbarer macht. Die Berücksichtigung der persönlichen Umgebung, des sozialen Miteinander und der Biografie des Menschen mit Demenz ist von besonderer Bedeutung.



Foto: Landeskrankenhaus / Tobias Vollmer

Um unbefriedigte Bedürfnisse systematisch abklären zu können, wird das Verfahren der „Serial Trial Intervention“ (STI)⁷ verwendet. Dabei werden im ersten Schritt die körperlichen Bedürfnisse abgeklärt. Hat dies keine Entlastung gebracht, folgt der zweite Schritt, in dem sogenannte affektive Bedürfnisse abgeklärt werden. Hierzu zählt die Beurteilung von Stress durch Lärm, ungewohnte Umgebung, Bedürfnis nach Nähe etc. Im dritten Schritt werden Massagen und Therapien etc., sogenannte psychosoziale Interventionen angeboten. Bei anhaltenden Schwierigkeiten wird dann verdachtsweise ein Schmerzmittel verabreicht und erst im letzten Schritt versuchsweise die Gabe eines Psychopharmakons begonnen.

Seit dem Start des Projektes hat sich der Alltag auf der Station verändert: Die Patientinnen und Patienten können länger schlafen, falls gewünscht in ihrem Zimmer frühstücken, werden nicht zum Mittagsschlaf gedrängt etc. Zudem ist die Haltung des Teams eine andere geworden. Sie ist bedürfnisorientiert und sieht nicht die medikamentöse Therapie im Vordergrund, sondern das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten (Teigeler 2021).

(Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite der Rheinhesen-Fachklinik Alzey, www.landeskrankenhaus.de).

⁷ Eine Erläuterung des STI finden Sie in unserer Handlungsempfehlung „Zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von Pflegebedürftigen mit dem Ziel eines adäquateren Psychopharmaka-Einsatzes“, www.aps-ev.de/hempfehlungen/psychopharmaka/

3 Empfehlungen

Betreuerinnen und Betreuer, bevollmächtigte Personen und begleitende Familienangehörige sind oft persönlich und emotional am Geschehen beteiligt. Sie haben den **Auftrag**, aber auch die **Verpflichtung** und den großen Wunsch zu helfen und für die Betroffenen eine Verbesserung ihrer Situation zu erreichen. Sie sind in den meisten Fällen medizinische und juristische Laien und sollten die **Expertise** von Ärzt:innen und Pflegefachpersonen **einbeziehen**, um im Sinne der Betroffenen sprechen zu können. Erfolg ist im Team am besten zu erreichen.

Das Entscheidende ist: Bitte fragen Sie nach und mischen Sie sich ein!

- ▶ **Auffälliges Verhalten hat stets eine Ursache.** Nutzen Sie die Besprechungen mit Ärzten und Pflegenden, um nach einer Ursache für das Verhalten zu suchen! Wo „drückt der Schuh“?
- ▶ Das Thema **Schmerzen** spielt für alte und kranke Menschen häufig eine größere Rolle, als Außenstehende erkennen können – kognitiv, d.h. in Denken und Wahrnehmen eingeschränkte Menschen können diese selten bewusst erkennen und benennen.
- ▶ Auch **Orientierungsschwierigkeiten, vermindertes Wohlbefinden**, ungewohnte Tagesabläufe etc. können sich in auffälligem Verhalten zeigen.

Unterstützend kann z.B. wirken:

- Hilfen zur Orientierung anbringen z. B. leicht erkennbare Kennzeichnung der Tür zur Toilette, Ausgang zum Garten, etc.
- Spaziergänge zur gewohnten Zeit anbieten
- Körperliche Aktivität erhöhen, Beschäftigungen und Musik anbieten

- Prüfen, ob Hilfsmittel ausreichend, passend und schmerzfrei sind: Angebot von Sitzkissen, Prüfung der Sitzhöhe und Rollatorhöhe, Griffe von Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte, Zahnprothese, etc.
- Nahrungsaufnahme fördern: gewohntes Getränk sichtbar hinstellen, geliebte Snacks anbieten
- Angebot von Kaffee und Snack bei nächtlicher Unruhe (Erläuterung: Kaffee kann bei nächtlicher Blutdruckabsenkung teilweise sehr gut helfen)
- Prüfung des Toilettengangs: ist dieser regelmäßig und schmerzfrei?
- Auf unpassende Kleidung/drückende Schuhe achten (z. B. abends bei geschwollenen Füßen oder wegen eines Verbands)
- Achten auf Schamsituationen
- Verständnis und Zuwendung fördern das Wohlbefinden

► **Nutzen Sie Ihr Wissen über die betroffene Person**, um individuelle Erklärungen und Lösungsansätze zu finden! Welche Deutungen und Einflussmöglichkeiten lassen sich aufgrund der **Bio-graphie** finden?

Dazu gehören bekannte Abendrituale, Schlafgewohnheiten, Vorlieben/Abneigungen, Lieblingsbeschäftigung, gute und schlechte Erfahrungen, aber auch ein bestimmtes, aus der Vergangenheit stammendes Rollenverhalten (strenger Vater, erziehende Mutter, ordnungsliebende Sekretärin, Redner, etc.) oder bestimmte Angst-situationen.

Seien Sie kreativ bei der Ursachensuche für das Verhalten und bei den nebenwirkungsfreien Lösungsansätzen!

- ▶ Suchen Sie nach **Unterstützungs- und Informationsangeboten** in Ihrer Region – im Sinne der von Ihnen betreuten Person, aber auch zu Ihrer persönlichen Entlastung! Pflegestützpunkte, Pflegekassen, Selbsthilfegruppen, Betreuungsvereine, Hospiz- und Palliativdienste, Demenzsprechstunden, Apotheken und verschiedene Beratungsstellen – z.B. der Alzheimergesellschaften – bieten oft einen Schatz an Erfahrungen mit schwierigen Situationen und hilfreichen Netzwerken.
- ▶ Beteiligen Sie sich an Fallbesprechungen, um nach Behandlungs- und Einflussmöglichkeiten zu suchen, bevor Psychopharmaka eingesetzt werden.
- ▶ Stimmen Sie andererseits einer gut begründeten Psychopharmaka-Anwendung nach Ausschluss aller Alternativen und unter genauer Beobachtung auch angstfrei zu - mit gutem Gewissen und der Chance auf Entspannung.
- ▶ Wenn die Anordnung von Psychopharmaka sich nicht vermeiden lässt, beobachten Sie die Wirkung und berichten Sie den Pflegefachpersonen und Ärzten von Ihren Beobachtungen! Im Beipackzettel der Medikamente finden Sie wichtige Hinweise und typische Nebenwirkungen der verordneten Medikamente. Zögern Sie nicht, nachzufragen, ob z.B. empfohlene Blutbild- oder Blutdruckkontrollen durchgeführt wurden. Achten Sie auf die Einnahmehinweise (z.B. VOR dem Essen) und die beschriebenen möglichen Veränderungen bei Ihrem Angehörigen.
- ▶ Regen Sie nach wochenlanger Psychopharmaka-Gabe an, die Dosis zu reduzieren oder einen Auslassversuch zu wagen!

Wenn alle einbezogen werden und gemeinsam gründlich nach den Ursachen für auffälliges Verhalten gesucht wird, ist sehr häufig ein besseres Ergebnis für alle Beteiligten und eine Vermeidung unnötiger Psychopharmaka möglich.

4 Glossar

Benzodiazepine

siehe Sedierung/sedierende Wirkung

Betreuungsleistungen nach §45 SGB XI

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von (derzeit) bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. (Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse)

Demenz und Demenzformen

Die Demenz bezeichnet den Verlust von Leistungen der höheren Gehirnfunktionen. Kognitive Fähigkeiten (z.B. Erkennen, Gedächtnis, Orientierung, Sprache, Lernen und Planen) - sowie emotionale und soziale Fähigkeiten können (zunehmend) beeinträchtigt sein. Dadurch kommt es auch zu Persönlichkeitsveränderungen oder plötzlichen Gemütschwankungen. Die Symptome einer Demenz hängen von der Art der Erkrankung ab, da es verschiedene Demenzformen mit unterschiedlichen Ursachen gibt. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Ursache für eine Demenz, es gibt aber noch viele weitere Ursachen. Bei der vaskulären Demenz ist die Hauptursache eine Schädigung der Gefäße mit langfristigen Durchblutungsstörungen im Gehirn. Auch Mischformen sind möglich. Bei der Demenz mit Lewy-Körperchen finden sich Eiweißablagerungen in den Nervenzellen der Großhirnrinde, die fronto-temporale Demenz wird durch Absterben von Nervenzellen vor allem im Stirn- und Schläfenbereichs verursacht. Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite „Neurologen und Psychiater im Netz“ (<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org>) sowie auf der Webseite der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (<https://www.deutsche-alzheimer.de>).

Kognition/kognitive Einschränkungen

Die Kognition bezeichnet Prozesse und Strukturen, die sich auf die Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung von Informationen beziehen. Dazu zählen u. a. Erkennen, Gedächtnis, Orientierung, Sprache, Lernen und Planen.

Multimorbidität

Der Begriff „Multimorbidität“ bezieht sich nach allgemeinem Verständnis auf zwei oder mehr gleichzeitig bei einer Patientin bzw. einem Patienten vorkommende chronische Erkrankungen.

Neuroleptika

siehe Sedierung/sedierende Wirkung

Palliative Versorgung

Die Palliative Versorgung bezeichnet die Betreuung von schwerstkranken Menschen und Sterbenden. Sie ist darauf ausgerichtet, die Folgen einer Erkrankung zu lindern (Palliation) auch wenn keine Aussicht mehr auf Heilung besteht. Sie kann zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz erfolgen.

Polypharmazie

Von Polypharmazie (auch Multimedikation oder Polymedikation) wird gesprochen, wenn mehrere Medikamente gleichzeitig dauerhaft angewendet werden. Dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich die Wirkstoffe gegenseitig beeinflussen - die Wirkung kann sich verstärken oder auch abschwächen und weitere oder stärkere Nebenwirkungen können auftreten. Die Risiken werden dabei nicht nur durch die verordneten Medikamente ausgelöst, auch freiverkäufliche Arzneimittel können mit den verordneten Arzneimitteln in Wechselwirkung treten.

Psychopharmaka

Unter Psychopharmaka versteht man Substanzen, die bestimmte Stoffwechselvorgänge im Gehirn beeinflussen und so die psychische Verfassung verändern. Hier werden üblicherweise mehrere Gruppen unterschieden, dazu gehören Antidepressiva, Antipsychotika (Neuroleptika), Anxiolytika/Hypnotika, Antidementiva und andere.

Informationen zu einzelnen Psychopharmaka finden Sie z.B. unter:
<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/>

Psychopharmaka mit potentiell freiheitseinschränkender Wirkung

Einige Psychopharmaka können dazu führen, dass Menschen in ihrer Bewegungs- und Fortbewegungsfreiheit eingeschränkt werden. Diese Wirkung muss bei der Entscheidung berücksichtigt werden. Zudem sind gegebenenfalls gerichtliche Genehmigungspflichten zu beachten.

Sedativa

siehe Sedierung/sedierende Wirkung

Sedierung/sedierende Wirkung

Eine Sedierung bezeichnet die Dämpfung von Körperfunktionen, die durch das zentrale Nervensystem gesteuert werden. Damit wird ein Zustand reduzierten Bewusstseins erreicht, um Ängste, Unruhe und Schmerzen zu verringern. Zu den sedierenden Stoffen gehören z.B. Barbiturate, Benzodiazepine, Narkosemittel, Neuroleptika sowie bestimmte Allergiemittel.

Vulnerabilität

Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit

Weiterführende Hinweise

DNQP 2020: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Aktualisierung 2020. Hrsg.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

DNQP 2019: Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Hrsg.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

5 Literaturverzeichnis

Altenheim - Lösungen fürs Management. 2021. Nutzen und Risiken von Psychopharmaka stärker abwägen. 16. 04. Zugriff am 18. 07 2021. https://www.altenheim.net/artikel/2021/2021_4/2021_04_16_psychopharmaka_experte_heim.

Alzheimer Forschung Initiative e.V. 2020. Ablauf einer Demenz Diagnose. Zugriff am 20.02 2020. <https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/diagnose/>.

BMBF. 2019. „Medikamente im Alter: Welche Wirkstoffe sind ungeeignet?“ Berlin.

Landeskrankenhaus (AöR). 2021. NeeDz - Verstehende Diagnostik herausfordernden Verhaltens von Menschen mit Demenz in der Gerontopsychiatrie. Zugriff am 23.07.2021. <https://www.landesskrankenhaus.de/aktuelles/projekte-im-landesskrankenhaus/needz>.

Laux, G. 2018. „Psychopharmaka im Alter.“ In Psychopharmaka. Ratgeber für Patienten und Angehörige, von G. Laux und O. Dietmaier, 77-81. Heidelberg: Springer Verlag.

Teigeler, B. 2021. „Menschen mit Demenz besser verstehen.“ Die Schwester / Der Pfleger 06.

Danksagung und Kommentierung

Diese Publikation 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.

Die APS-Handlungsempfehlungen und Patienteninformationen sind Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das APS strebt an, mit seinen Publikationen aktuelle und praxisorientierte Empfehlungen bereitzustellen, die auf einem breiten Konsens der beteiligten Personen und ihrer Expertise basieren. Das beinhaltet auch, dass die Publikationen 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 Mitgliedern der 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 freiheitseinschränkender Wirkung in der Pflege"

AG-Leitung: Nadja Ezzat, MD Bayern, Bettina Nowakowski, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Nordost e.V.
APS-Vorstandsvertretung: Petra Blumenberg

Konzept und Redaktion

Nadja Ezzat, MD Bayern
Prof. Dr. med. Hans Gutzmann, DGGPP – Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
Bettina Nowakowski, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Nordost e.V.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Marie-Sophie Emde, Institut für Gerontologie, Uni Heidelberg
Dr. phil. Gabriele Ensink, Institut für Gerontologie, Uni Heidelberg
Nadja Ezzat, MD Bayern
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.
Dr. phil. Sebastian Ritzi, Institut für Gerontologie, Uni Heidelberg
Tillmann Schönig, Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis

Layout und Grafik: Alice Golbach, APS

Titelbild: Adobe Stock

Urheber- und Nutzungsrechte

Diese Patienteninformation finden Sie zum kostenlosen Download unter <https://www.aps-ev.de/patienteninformationen/>. 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) 2024: „Letzter Ausweg Psychopharmaka – oder gibt es doch Alternativen?“, Berlin. 1. Auflage, Juli 2024



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT