

Herausforderndes Verhalten bei älteren Patientinnen und Patienten von Allgemeinkrankenhäusern mit kognitivem Risiko: Häufigkeit und Komplikationen in der Pflege und Behandlung

H. Bickel

M. Schäufele,, J. Heßler, I. Hendlmeier M & H. Bickel

***Symposium der KBDiK :
Verstehen, vorbeugen und begleiten: Strategien im Umgang mit herausforderndem
Verhalten bei Menschen mit kognitivem Risiko im Krankenhaus am 24.07.2025***



Hintergrund

Bedeutung der Thematik Demenz im Krankenhaus:

- 👉 Eine begleitende Demenz hat nachgewiesenermaßen sehr ungünstige Folgen für alle Beteiligten (sekundäre Gesundheitsschäden), erhöhtes Pflegebedürftigkeits- und Mortalitätsrisiko, unerwünschte Heimeintritte, erhöhte psychische Belastungen und Kosten....)
- 👉 Angehörigenorganisationen, nationale Demenzpläne vieler Länder z.B. Deutscher Ethikrates forderten und fordern deshalb sogenannte „demenzsensible“ Krankenhäuser, um die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit Demenz besser zu berücksichtigen

Grundlage

General Hospital Study (GHOSt) 2016 – Demenz im Allgemeinkrankenhaus:

Eine repräsentative Untersuchung von über 65-jährigen Patienten
in Allgemeinkrankenhäusern in Bayern und Baden-Württemberg

H.Bickel, M. Schäufele,, J. Heßler, I. Hendlmeier

Hauptstudienziele:

- **Häufigkeit und Charakteristika von kognitiven Störungen und Demenzen** bei älteren Allgemeinkrankenhauspatienten
- Beschreibung der Patienten nach vorbekannten und bisher nicht diagnostizierten Demenzen sowie nach Behandlungsanlässen
- Beschreibung **von Häufigkeit und Art nicht-kognitiver Störungen (herausfordernenden Verhaltens)** und Belastung des Pflegepersonals
- Bestandsaufnahme von Maßnahmen und Angeboten der Kliniken für die besondere Betreuung von Patienten mit Demenz

Förderung: Robert Bosch Stiftung, Alzheimer Gesellschaft

Ergebnisse: Untersuchungsstichprobe

- ❖ **1.469 Patienten** (von 172 Stationen von 33 Krankenhäusern) → 68,2%
- ❖ **Geschlecht:** 790 Frauen (53,8 %) und 679 Männer (46,2 %)
- ❖ **Alter:** Spanne von 65 bis 105 Jahren, im Mittel 78,6 Jahre (SD=7,4)
- ❖ **Fachbereich:** 50,2 % Patienten der Inneren Medizin, 20,1 % der Unfallchirurgie, 16,3 % der Allgemeinchirurgie, jeweils 4,2 % der Orthopädie und der Urologie und 5,0 % sonstige Fachbereiche
- ❖ **Untersuchungszeitpunkt:** Ein Drittel war bei Befragung seit 0-2 Tagen in der Klinik, ein Drittel seit 3-7 Tagen und ein weiteres Drittel seit 8 und mehr Tagen. Der Median der bisherigen Verweilzeit lag bei 5 Tagen.

Methoden: Erhebungs- und Beurteilungsinstrumente (4 Bestandteile)

Messung/ Einschätzung
kognitiver
Beeinträchtigungen
kognitives
Screeningverfahren (6CIT)
+ Wortflüssigkeits-,
Merkfähigkeitstests, CAM
(Delir), CDR, DSM IV-
Kriterien.

Patientenbezogene
Informationen von
Pflegekräften
u.a. mittels **mod. NPI**,
Barthel-Index;

Besondere Versorgungs-
maßnahmen
Fixierungen, Bettseitenteile

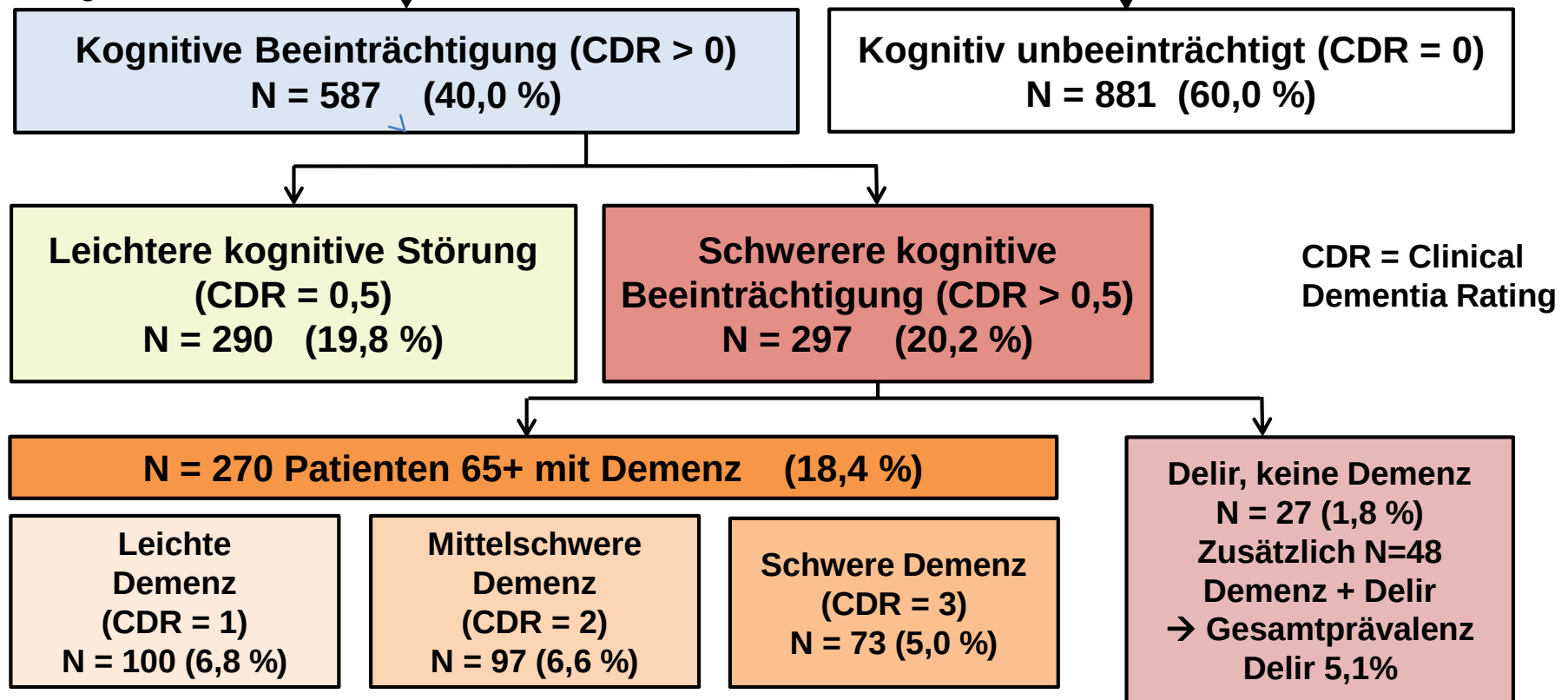
Informationen aus Pflege-
und Behandlungsunterlagen
u.a. Aufnahmediagnose,
Behandlungsanlass,
Diagnosen –kognitiver Bezug

Stationsfragebogen zur
Beschreibung besonderen
Angebote und Vorkehrungen

Häufigkeit von Demenzen, Deliren und leichten kognitiven Beeinträchtigungen bei +65jährigen Krankenhauspatienten

N = 1.469*

* In einem Fall keine Beurteilung möglich
wegen Abbruch



Demenzhäufigkeit nach medizinischem Fachbereich

Fachbereich (N)	Prävalenzrate (%)	Adjustierte Odds Ratio*	95 % Konfidenzintervall
Innere Medizin (737)	21,3	1.0	Referenzgruppe
Unfallchirurgie (295)	19,7	0.93	0.63-1.37
Allgemeinchirurgie (250)	12,9	0.58	0.37-0.91
Andere Disziplinen (187) (Orthopädie, Urologie, Gynäkologie, HNO etc.)	12,3	0.60	0.36-1.01

* Adjustiert für Alter und Geschlecht;
Odds Ratios im Vergleich mit kognitiv Unbeeinträchtigten (CDR=0)

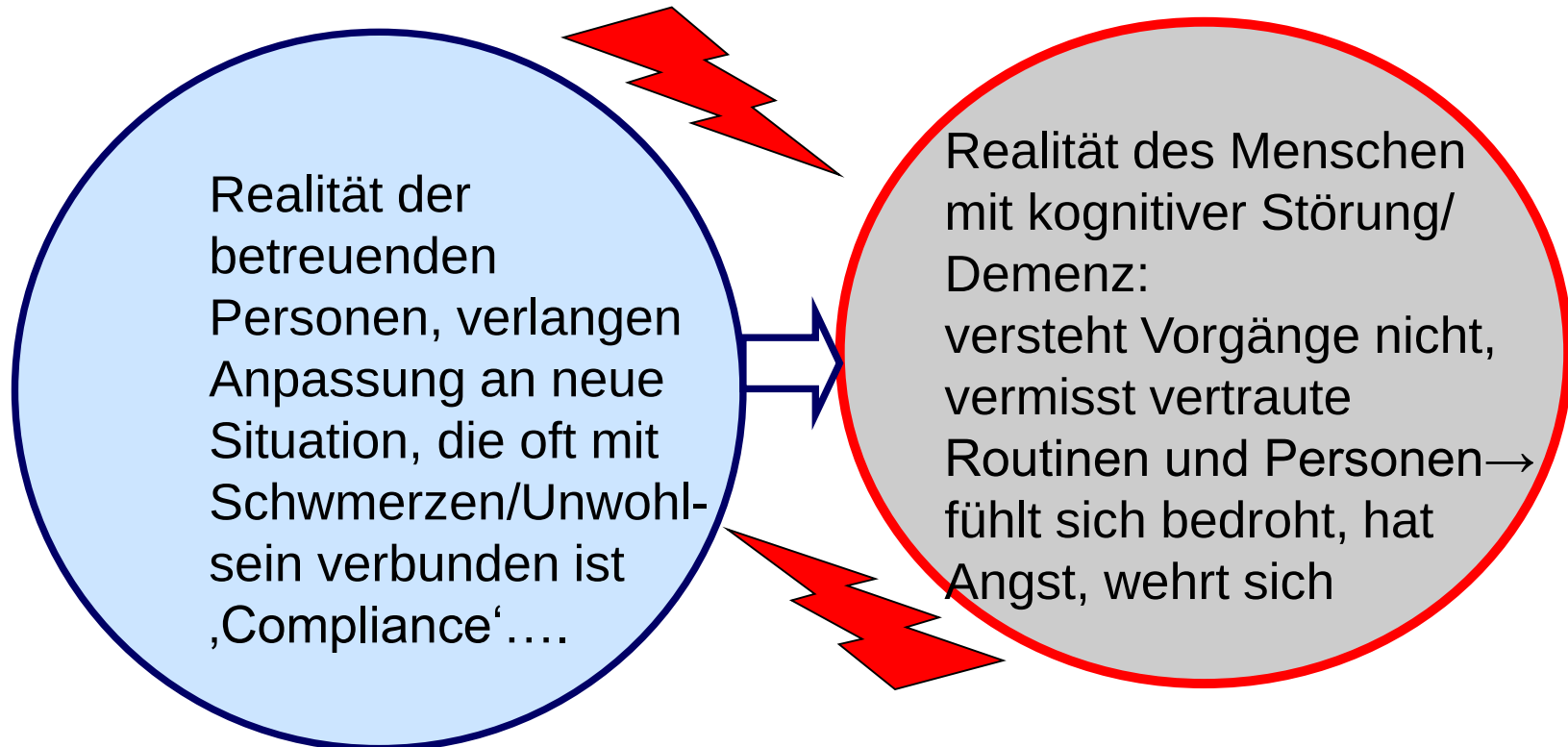
Inwieweit waren kognitive Störungen/Demenz bei den betroffenen Patienten bekannt?

Vorinformationen aus Krankenakte	Bekanntheitsquote nach Einschätzungen des Forschungsteams (leicht, mittel, schwer beeinträchtigt)
Krankenakte Diagnose Demenz	38,8%
Pflegeanamnesen Kognitive Störungen	38,5%
Überleitbögen (Heime, Pflegedienste)	28,7 %

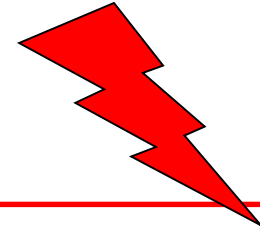
Exkurs:

**Was erleben Menschen mit kognitiven
Störungen/Demenz -
v.a. in neuer Umgebung wie dem
Krankenhaus ?**

Erleben: Die Umwelt passt nicht mehr



Erleben einer (neuen) Umwelt (z.B. Krankenhaus)



*Ein Mensch mit kognitivem Risiko /Demenz kann sich aus eigener Kraft seine Umwelt immer weniger so einrichten, dass er sich wohl fühlt und seine Bedürfnisse befriedigt werden, er kann z.B. **nicht mehr***

- erinnern, warum er hier ist, vergißt, was er tun wollte, nicht mehr zuverlässig auf Erfahrungen zurückgreifen, wie er ähnliche Probleme früher gelöst hat
- sicher Werkzeuge /Instrumente (z.B. Besteck, Handtücher) benutzen, die seine Aktivitäten erleichtern würden;
- gezielt um Hilfe bitten und immer ausdrücken, was ihm fehlt;
- andere verstehen ihn oft nicht und haben nicht genug Zeit

→ **Bedürfnisse können nicht mehr befriedigt werden**

→ **Angst, Frustration, Aggression; Apathie**

Folgen: Starke negative Gefühle - und Wahrnehmungen (→ Störungen), extreme Verhaltensweisen

*80-90% der Erkrankten sind im Demenzverlauf
(Alzheimer Krankheit) davon betroffen*

Veränderungen in Affektivität, Wahrnehmung,
Verhalten, häufig psychiatrische Relevanz*

Depressivität



Ängste



Halluzinationen, Wahn



Anklammerndes Verhalten



Aggressives Verhalten



Unruhe, „Wandern“



Schlafstörungen



Antriebslosigkeit



Welchen Begriff wählen ????

Behavioral and psychiatric symptoms (BPSD),
Psychiatrische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten?
Nicht-kognitive Symptome? Problemverhalten.....?

Herausforderndes Verhalten



stärker extrinsische,
interpersonelle Faktoren
(Interaktionspartner sind
gefordert ihr Verhalten/
Umgebung zu reflektieren ggf.
zu modifizieren)

(Heil-), Erziehungs- und Pflegewissenschaften

(Quelle: BMG 2007 Rahmenempfehlungen
zum Umgang mit herausforderndem
Verhalten...)

Psychische und Verhaltenssymptome



stärker intrinsische Faktoren
(Schädigung von Gehirnstruktur/ -
funktionen)

Medizin, Neuropsychologie

(Quelle: DGPPN & DGN 2023,
S3 -Leitlinie Demenzen)

Modell (Synthese): Entstehung herausfordernden Verhaltens*

Psychologische Faktoren

Persönlichkeit, Entwicklungs-
u. Lerngeschichte, Reaktion auf
Stress.....

Biologische Faktoren

Neurologische (z.B.
strukturelle, funktionale
Veränderungen des Gehirns)
Sensorischer, motorischer
Status ...

(Potentiell) herausforderndes
Verhalten

Aktuelle Bedürfnisse

physiologische (z.B. Hunger,
Schmerz, Ausscheidung...)
Psychosoziale
(z.B. Angst, andere Gefühle,
Langeweile)

Umgebungsfaktoren

soziale (z.B. Präsenz/
Verhalten anderer Personen)
physikalische (z.B. Geräusche,
Licht, Wärme..)

*Synthese aus bedürfnisorientiertem Verhaltensmodell bei Demenz und
Vulnerabilitäts- Stress Modell (Quellen: BMG 2007; DGPPN & DGN, 2023)

Die existenziellen Bedürfnisse des Menschen

(in Anlehnung an A. Maslow, 1970)

Kreativ
sein,
Genuß

Selbstwertgefühl,
Kompetenz

Anerkennung und Wertschätzung

Autonomie und Umweltkontrolle

Liebe und Zugehörigkeit zu einer Gruppe

Sicherheit , zuverlässige Tages- und Lebensordnung

Physiologische Grundbedürfnisse (Nahrung, Hygiene, Wärme..)

Zurück zu den Ergebnissen von GHoSt ...

Erhebung der Häufigkeit herausfordernden Verhaltens bei den älteren Krankenhauspatient:innen

Mittels strukturiertem Assessment:

→ Neuropsychiatrisches Inventar Kurzversion (NPI-Q) (Kaufer et al., 2000)

- Durch zuständige Pflegekräfte eingeschätzt
- 11 Symptome während bisherigem Aufenthalt
- z.B. Angst

„Ist die Person aufgeregt, wenn Sie von Personen ihres Vertrauens getrennt ist? Zeigt sie andere Hinweise auf Nervosität, wie Kurzatmigkeit, Seufzer, Unfähigkeit zu entspannen oder das Gefühl extremer Angespanntheit?“

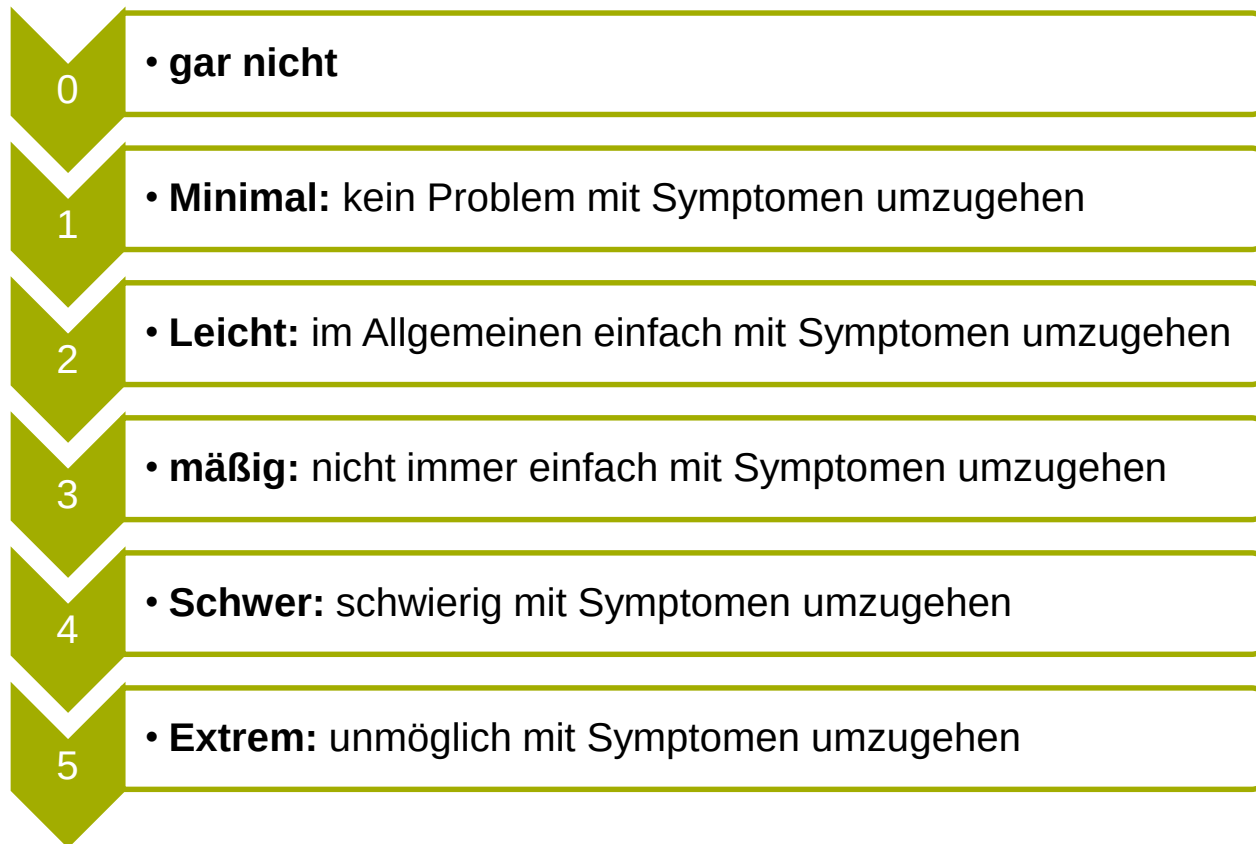
☐ ja

☐ nein

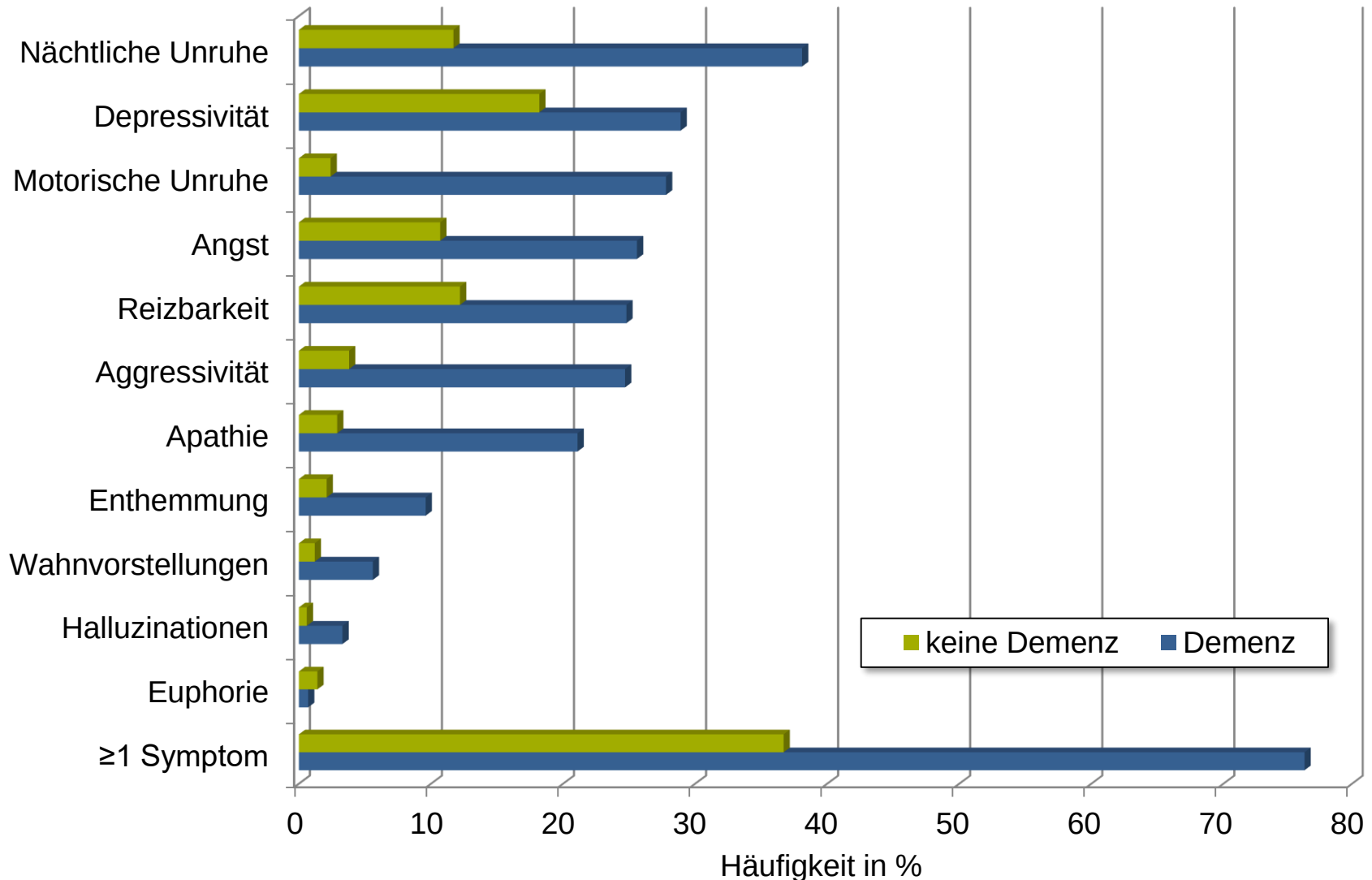
Belastung durch herausforderndes Verhalten

Wenn Symptom berichtet wird

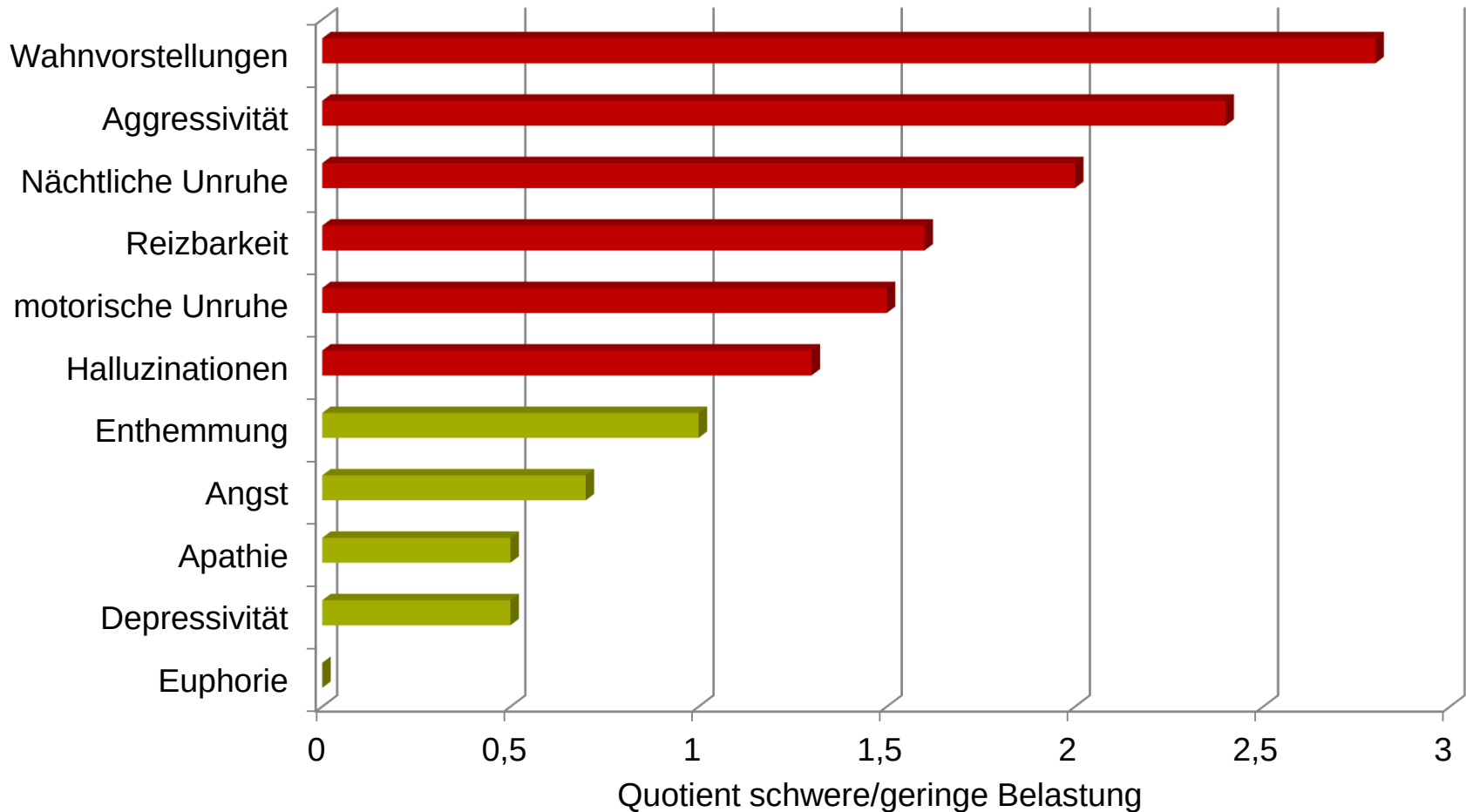
- „*Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten?*“



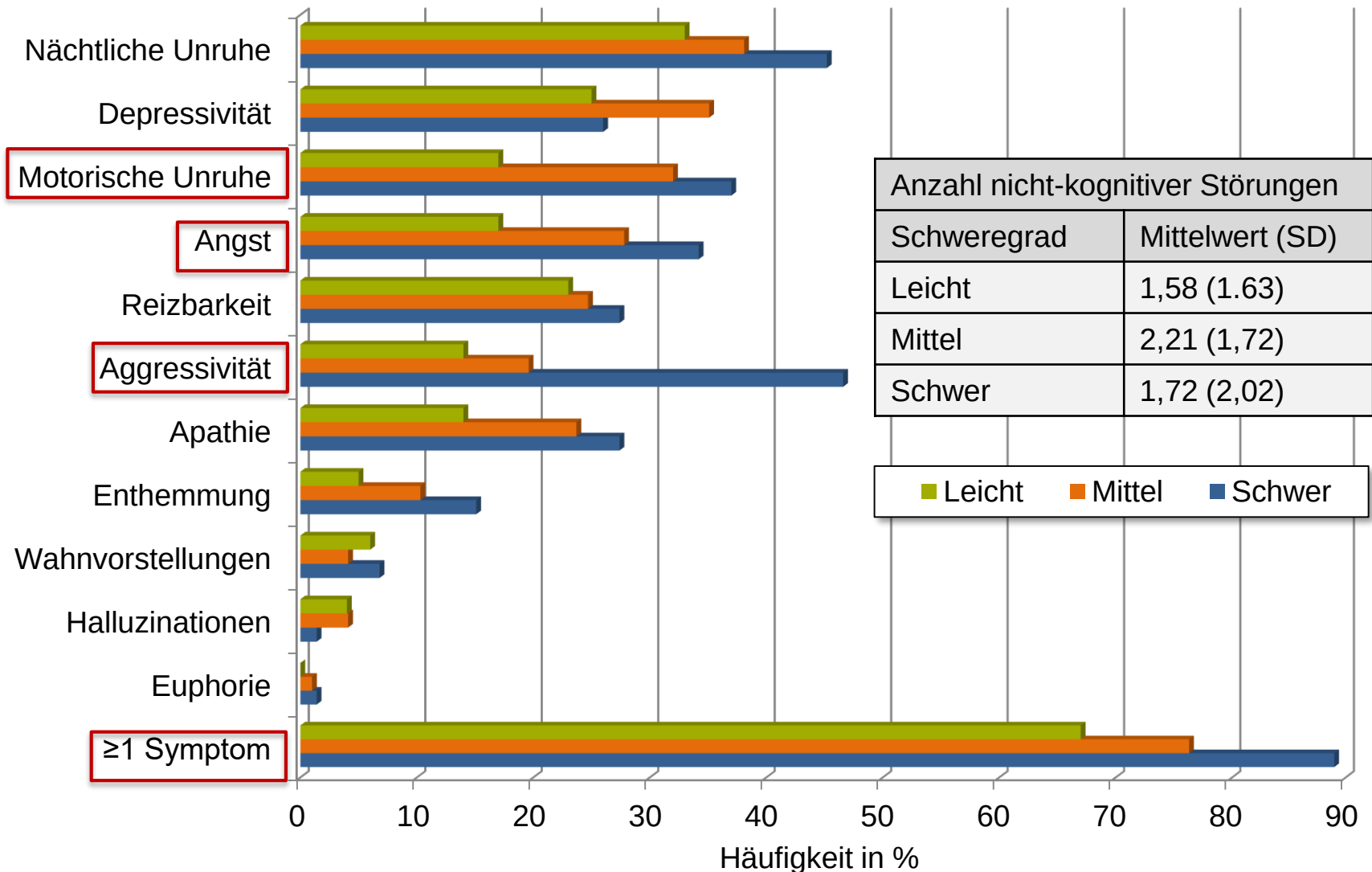
Häufigkeit herausfordernden Verhaltens bei Demenz in Allgemeinkrankenhäusern (NPI)



Belastung für die Pflegekräfte



Zusammenhang mit Schweregrad der Demenz



Erschwernisse in der Pflege

Pflege	Expansive Störungen				
	Aggres	Enthem	Erreg	Mot Unr	Nä Unr
Wehrt Grundpflege ab					
Wehrt Wundversorgung ab					
Wehrt Medikamente ab					
Zieht Katheter, Zugang, etc.					
Essen unberührt					
Wehrt Essen/Trinken ab					
Wirft Essen					
Erhöhter Zeitaufwand					

Vergleich zwischen Patienten mit und ohne der jeweiligen Störung:

- Statistisch signifikant häufiger bei Patienten mit Störung
- Kein Unterschied

Erschwernisse in der Pflege

Pflege	Psychotische Störungen	
	Wahnvorstellungen	Halluzinationen
Wehrt Grundpflege ab		
Wehrt Wundversorgung ab		
Wehrt Medikamente ab		
Zieht Katheter, Zugang, etc.		
Essen unberührt		
Wehrt Essen/Trinken ab		
Wirft Essen		
Erhöhter Zeitaufwand		

Erschwernisse in der Pflege

Pflege	Affektive Störungen		
	Depression	Angst	Apathie
Wehrt Grundpflege ab			
Wehrt Wundversorgung ab			
Wehrt Medikamente ab			
Zieht Katheter, Zugang, etc.			
Essen unberührt			
Wehrt Essen/Trinken ab			
Wirft Essen			
Erhöhter Zeitaufwand			

Erschwernisse in der Behandlung

Behandlung	Expansive Störungen				
	Aggres	Enthem	Erreg	Mot Unr	Nä Unr
Befolgt Anweisungen nicht					
Wehrt Blutabnahme etc. ab					
Fixierung im Bett					
Fixierung im Stuhl					
Bettgitter nötig					
Verlegung in Einzelzimmer o.ä.					
Neurologisches/psychiatrisches Konsil					
Neuroleptika					
Antidepressiva					

Erschwernisse in der Behandlung

Behandlung	Psychotische Störungen	
	Wahnvorstellungen	Halluzinationen
Befolgt Anweisungen nicht		
Wehrt Blutabnahme etc. ab		
Fixierung im Bett		
Fixierung im Stuhl		
Bettgitter nötig		
Verlegung in Einzelzimmer o.ä.		
Neurologisches/psychiatrisches Konsil		
Neuroleptika		
Antidepressiva		

Erschwernisse in der Behandlung

Behandlung	Psychotische Störungen	
	Wahnvorstellungen	Halluzinationen
Befolgt Anweisungen nicht		
Wehrt Blutabnahme etc. ab		
Fixierung im Bett		
Fixierung im Stuhl		
Bettgitter nötig		
Verlegung in Einzelzimmer o.ä.		
Neurologisches/psychiatrisches Konsil		
Neuroleptika		
Antidepressiva		

Erschwernisse in der Behandlung

Behandlung	Affektive Störungen		
	Depression	Angst	Apathie
Befolgt Anweisungen nicht			
Wehrt Blutabnahme etc. ab			
Fixierung im Bett			
Fixierung im Stuhl			
Bettgitter nötig			
Verlegung in Einzelzimmer o.ä.			
Neurologisches/psychiatrisches Konsil			
Neuroleptika			
Antidepressiva			

Andere problematische Verhaltensweisen/Komplikationen

Verhalten	Expansive Störungen				
	Aggres	Enthem	Erreg	Mot Unr	Nä Unr
Beschwerden anderer Patienten					
Klingelt häufig/ohne Grund					
Sturz während Aufenthalt					
Lautes/wiederholtes Rufen					
Bettgitter nötig					
Beschimpft andere					
Körperlich aggressiv					
Verläuft sich auf Station					
Verlässt Station/Krankenhaus					

Andere problematische Verhaltensweisen/Komplikationen

Verhalten	Psychotische Störungen	
	Wahnvorstellungen	Halluzinationen
Beschwerden anderer Patienten		
Klingelt häufig/ohne Grund		
Sturz während Aufenthalt		
Lautes/wiederholtes Rufen		
Bettgitter nötig		
Beschimpft andere		
Körperlich aggressiv		
Verläuft sich auf Station		
Verlässt Station/Krankenhaus		

Andere problematische Verhaltensweisen/Komplikationen

Behandlung	Affektive Störungen		
	Depression	Angst	Apathie
Beschwerden anderer Patienten			
Klingelt häufig/ohne Grund			
Sturz während Aufenthalt			
Lautes/wiederholtes Rufen			
Bettgitter nötig			
Beschimpft andere			
Körperlich aggressiv			
Verläuft sich auf Station			
Verlässt Station/Krankenhaus			

Zusammenfassung: Häufigkeit von Demenzen

General Hospital Studie (GHoSt) : 1469 Patient*innen, 33 AKH

- ❖ Zwei von fünf älteren Allgemeinkrankenhauspatient*innen (40%) kognitiv beeinträchtigt, fast jeder fünfte (18,4 %) von einer Demenz
- ➔ D.h. täglich werden 47.000 Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in deutschen Allgemeinkrankenhäusern behandelt
- ❖ Von Demenzen betroffen sind vor allem die Hochbetagten (80 und älter), Heimbewohner*innen und pflegebedürftige Menschen
- ❖ Fachbereiche mit den meisten Patient*innen mit Demenz sind die Innere Medizin und die Unfallchirurgie
- ❖ Im Vergleich zur alters- und geschlechtsspezifischen Raten in der Bevölkerung sind MmD im Allgemeinkrankenhaus überrepräsentiert

Zusammenfassung: Probleme bei der Versorgung und besondere Interventionsbedarfe

- 💣 Identifikation und Monitoring von Patient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen einschl. **Delir** (PatKog) erfolgt nicht routinemäßig und strukturiert
(nur bei 36,7% Demenzdiagnose in der Akte)
- 💣 Umgang mit nicht kognitiven Symptomen/ herausforderndem Verhalten (76,3% der PatDem)
 - Expansive Symptome** (Aggressivität, Unruhe) waren häufig und verbunden mit Abwehr medizinischer/ pflegerischer Maßnahmen, hoher Rate von Antipsychotikaverordnungen sowie Belastungen für Pflegepersonal

Was kann man tun?

Empfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei kognitiven Störungen/Demenz (Synthese)

→ Psychosoziale Interventionen

+ Einsatz von Psychopharmaka als letztes Mittel

+ Angehörigen- und Pflegendenschulungen (u.a. Förderung von Verständnis, Toleranz)

+ Kognitive Stimulation/Aktivierung

+ Musik- u. Tanztherapie

Snoezelen, Bewegungsförderung

Körperliche Berührung, basale Stimulation

Biographiearbeit / Erinnerungspflege

Validierendes Vorgehen

Systematische Erhebung/Dokumentation:
Assessmentinstrumente, z.B. NPI, STI

Verstehende Diagnostik: Beobachten, Verstehen,
Identifikation der Auslöser (ggf. im Team)

Multifaktorielles Modell der Entstehung
herausfordernden Verhaltens

→ Basis

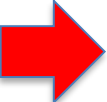
Quellen: BMG 2007;
DGPPN & DGN 2023
Deutsche Alzheimer
Gesellschaft

Auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus

- ❖ Die beste Evidenz liegt vor für **multimodale** Programme, v.a. für HELP – Hospital Elder Life Programm
- ❖ Metaanalyse bestätigte Wirksamkeit in Bezug auf Senkung des Delirrisikos und die Prävention von Stürzen (Hsieh et al. 2015, 2018)

Inouye et al.
1999, 2013



 Die Implementierung multimodaler Interventionen (z.B. HELP) in Deutschland zur Optimierung der stationären Behandlung von Patient*innen mit kognitiven Störungen geboten

Entwicklung und Implementierung (vorwiegend) verhaltensbezogener multimodaler Interventionen für ein demenzsensibles Krankenhaus

Vorreiter im angloamerikanischen Raum und Australien



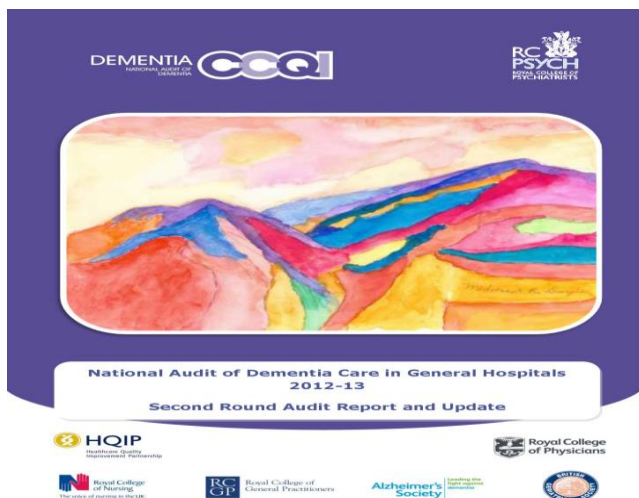
Inouye, S.
et al.
(1999, 2013)

<https://www.hospitalelderlifeprogram.org>



CHOPs
CARE OF CONFUSED
HOSPITALISED OLDER PERSONS

<https://aci.health.nsw.gov.au/chops>



<https://www.hqip.org.uk/resource/national-audit-of-dementia-care-in-general-hospitals-2012-13-second-round-audit-report-and-update/#.Xasq52ZCSUk>

Komponenten multimodaler Interventionen für ein demenzsensibles Krankenhaus

HELP, CHOPs und vergleichbare Programme

Identifikation/
Monitoring
kognitiver und nicht
–kognitiver
Störungen

Ressourcen-
orientierter,
validierender
Umgang

Kognitive
Aktivierung
(Soziale
Kontakte,
Orientierungs-
förderung)

Frühmobilisation,
körperliche
Aktivierung

Verbesserung
der Sensorik
(z.B. Seh – und
Hörhilfen)

Verbesserung
von Schlaf,
Nahrungs- und
Flüssigkeitsauf-
nahme

Verbessertes
Medikamenten/ –
Schmerz-
management

Kontinuierliche
Begleitung der
Patienten

Einbeziehung
von
Angehörigen

Schulung
Qualifizierung

Danksagung

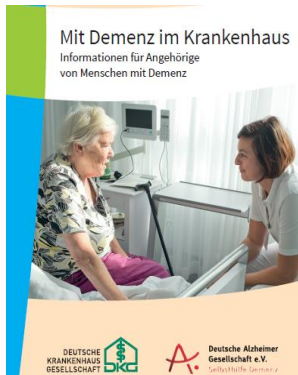
- ❖ Das Projekt „Demenz und Delir im Allgemeinkrankenhaus“ (General Hospital Study (GHOSt)) wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert.
- ❖ Vielfältige Unterstützung erhielten wir von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (GF Frau Jansen, 1. Vorsitzende Frau von Lützu-Hohlbein, Vorstandsmitglied Dr. Teschauer).
- ❖ Wir danken sehr herzlich den teilnehmenden Patienten, Klinikmitarbeitern und Krankenhäusern für ihre Kooperation.
- ❖ Dem Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, den Landeskrankenhausesellschaften von Baden-Württemberg und Bayern sind wir für die flankierende Unterstützung sehr verbunden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

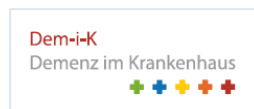


„Demenzsensible“ Krankenhäuser

- Entwicklung und Erprobung von geeigneten Versorgungskomponenten schreitet voran



Demenzcoach



- ⇒ In der Routineversorgung der Allgemeinkrankenhäuser noch wenig umgesetzt (u.a. Isfort et al., 2014, Kirchen-Peters, 2014)