

AG 11: Entscheidungsprozesse im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Demenz

BdB Jahrestagung 2018 – 3.-5.5.2018, Berlin

Überblick über die nächsten 180 Minuten

Inhaltliche Schwerpunkte

- Entscheidungskonzepte (freier Wille – mutmaßlicher Wille -)
- Informierte Entscheidung – Nutzen-Schaden Abwägung von medizinischen Maßnahmen
- Ethisch-rechtliche Problemanalyse am Beispiel von Antipsychotika in der Demenz

Material

- die „Leitlinie Demenzen“, eine Praxisempfehlung für Ärzte aber auch andere Nutzer
- Vorstellung einer Schulung für Betreuer/innen (Praxisbeispiel)

Übertragung in die Berufspraxis

- Rollenverständnis?
- Vorhandene Kenntnisse – ausreichend, mehr oder wird zu viel erwartet?
- Stellenwert in der allgemeinen Qualifizierungsdebatte: zwingend erforderliche Grundkenntnisse vs. Expertenwissen

Entscheidungskonzepte - 1

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 1896 ff

§ 1901 Umfang der Betreuung, Pflichten des Betreuers

(2) Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.

(3) Der Betreuer hat Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies **dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist**. Dies gilt auch für Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will. Ehe der Betreuer wichtige Angelegenheiten erledigt, bespricht er sie mit dem Betreuten, sofern dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft.

§ 1901a Patientenverfügung

(1) ...(Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, **hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen** und auf dieser Grundlage zu entscheiden, (...). Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

§ 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

Entscheidungskonzepte - 2

„Natürlicher Wille“

...verstehen heutige Juristen unter dem „natürlichen Willen“ die aktuellen Willensbekundungen eines Menschen, dem zum Äußerungszeitpunkt die Fähigkeiten zur freiverantwortlichen Willensbildung fehlen. Der Betroffene ist daher im Regelfall weder geschäfts- noch einwilligungsfähig.

...soll oder muss in solchen Konstellationen [Patientenverfügung versus Patienten widersprechen der Ausrichtung ihrer früheren Verfügung vermeintlich] dem aktuellen „natürlichen Willen“ des Patienten Vorrang vor seiner Patientenverfügung eingeräumt werden? Das Gesetz liefert keinen Anhalt zur Lösung dieses Konfliktes.

Jox RL, Ach J S, Schöne-Seifert B: Patientenverfügungen bei Demenz: Der „natürliche Wille“ und seine ethische Einordnung. Dtsch Arztebl 2014; 111(10): A 394–6.

URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/156236/Patientenverfuegungen-bei-Demenz-Der-natuerliche-Wille-und-seine-ethische-Einordnung>

Jox R J: Der »natürliche Wille« bei Kindern und Demenzkranken. Kritik an einer Aufdehnung des Autonomiebegriffs. In: PATIENTENAUTONOMIE ANWENDUNGSPROBLEME UND FRAGEN DER PRAXIS. Hrsg.: F. Nauck, A. Simon.

URL: <http://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/mitarbeiter/jox/publikationen/patientenautonomie.pdf>

1.



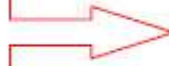
Betreute/r kann
allein entscheiden



Ja, das möchte ich
...ich willige ein...

2.

Betreute/r kann nicht
allein entscheiden



Wenn ich mal
nicht mehr...
Dann möchte
ich...

3.

Patientenverfügung liegt
nicht vor

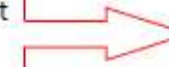


..und mit dem.
Hausarzt, hat sie
da gesprochen...?

Mmhh..die
Schwester hat
berichtet, früher
im Gespräch...

4.

Mutmaßlicher Wille liegt
nicht vor



Ja, ich muss es
abwägen und
entscheiden...

Entscheidungskonzepte - 3

DtEthikrat2012 Demenz Selbstbestimmung.pdf

3.2 Veränderungen begleiten, Potenziale erkennen

... Möglichkeiten zur Wahrnehmung, Achtung und Förderung der Selbstbestimmung entdecken, dies erfordert eine Haltung der Achtsamkeit.

...an den konkreten Bedürfnissen des anderen orientierten Umgang, eine Wahrnehmung individueller Eigenheiten sowie ein sorgendes Mitdenken und helfendes Handeln auch dann, wenn die Gegenseitigkeit im Sprechen und Denken nicht mehr gegeben ist.

(es) wird auch von „**assistierter Selbstbestimmung**“ gesprochen, in der auf der Basis personenzentrierter Hinwendung die Art der Assistenz danach abgestimmt und bemessen wird, inwieweit die noch vorhandenen Selbstständigkeits- und Selbstbestimmungsanteile aktiviert werden können.

4.4.2 Betreuung – Konflikte und Abwägungen

... zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, „im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten“ (§ 1901 Abs. 2 Satz 2 BGB). Im Widerspruch zu diesem **subjektiv verstandenen Wohl kann zur Wahrung des objektiven Wohls**, vor allem zur Schadensabwendung, ein Verlangen des Betroffenen abgelehnt werden. Stets ist dabei die Abwägung erforderlich, ob dem Willen oder dem objektiven Wohl der Vorrang eingeräumt werden soll.

Beispiele: Einwilligungsvorbehalt - Die „Abwendung einer erheblichen Gefahr für Person oder Vermögen des Betreuten“ (§ 1903 BGB); Patientenverfügung und deren Widerruf

5.9 Gesetzliche Betreuung verbessern und Alternativen sichern

Beachtung des Erforderlichkeitsprinzips gemäß § 1896 Abs. 2 Satz 1 BGB

Regelmäßige Überprüfung der Ausübung der Betreuung, ob sie dem Wohl des Betreuten dient

Maßnahmen zur Aufklärung, Anleitung und Unterstützung von Familienangehörigen – Ehrenamt

Privatrechtlichen Vorsorge – Vorsorgelotsen, soziale Beratungsdienste der Justizbehörden

Entscheidungskonzepte - 4

Originalarbeiten

Michael Wunder · Hamburg

Ethik Med 2008 · 20:17–25

DOI 10.1007/s00481-007-0529-z

Online publiziert: 22. November 2007

© Springer Medizin Verlag GmbH 2008

Demenz und Selbstbestimmung

In der modernen Debatte über das Gesundheitswesen und die Patientenversorgung steht der Begriff der Selbstbestimmung meist als Datantonantriebmia ha-

schenswürdige Behandlung auszeichnet, indem die Prinzipien des Nichtsschadens und des Wohlergehens verwirklicht sind. *Var diacem Hinterrund iet dia Prama*

Entscheidungskonzepte - 4



Autonomie – ein Begriff mit vielen Bedeutungen (philosophisch betrachtet)
→ Selbstbestimmung ist der Gegensatz dazu, dass andere in diesen meinen Selbst-Bereich hineinentscheiden und mich fremdbestimmen.

Implikationen des Selbstbestimmungsrechts

... das Selbstbestimmungskonzept in seiner überwiegenden Anwendung braucht stets Voraussetzungen. In der Philosophie ist dies die klassische Trias:

- anders können,
- Gründe haben und
- die eigene Urheberschaft anerkennen

In der Anwendung auf Patientenentscheidungen werden diese Voraussetzungen zu Kompetenzen, ohne die nicht von einer selbstbestimmten Entscheidung einer Person gesprochen werden kann. Es sind dies:

- ✓ Verstehen wesentlicher Informationen
- ✓ Beurteilen dieser Informationen im Lichte eigener Werte
- ✓ Entwerfen eines bestimmten Ergebnisses und Antizipieren seiner Anwendung
- ✓ Freie Äußerung der eigenen Entscheidung gegenüber Dritten.

Entscheidungskonzepte - 5

Material

- Vorstellung einer Schulung für Betreuer/innen (Praxisbeispiel)

Übertragung in die Berufspraxis

- Rollenverständnis?
- Vorhandene Kenntnisse – ausreichend, mehr oder wird zu viel erwartet?
- Stellenwert in der allgemeinen Qualifizierungsdebatte: zwingend erforderliche Grundkenntnisse vs. Expertenwissen

PRODECIDE

ENTWICKLUNG UND EVALUATION EINES SCHULUNGSPROGRAMMS
FÜR RECHTLICHE BETREUERINNEN UND BETREUER

INFORMIERTE ENTSCHEIDUNGEN FÜR UND MIT MENSCHEN MIT
DEMENZ

Eckdaten

Teilprojekt 1: **Entwicklung und Pilotierung (PRODECIDE)**

- Laufzeit: 01.04.2013 - 30.09.2014
- Drittmittelgeber: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Teilprojekt 2: **Evaluation (PRODECIDE-RCT)**

- Laufzeit: 16.02.2017 – 15.02.2020
- Drittmittelgeber: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Projektleitung: Dr. med. Tanja Richter

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: Julia Lühnen

Universität Hamburg, Gesundheitswissenschaften

Problem

Sowohl ehrenamtliche, als auch BerufsbetreuerInnen sind zu dem Thema Gesundheitssorge in der Mehrheit nicht ausreichend ausgebildet, um eine informierte Entscheidung zu treffen.



Schulung PRODECIDE

Schulungsziel

Reflektierter Entscheidungsprozess unter Berücksichtigung von:

- Nutzen-Schaden-Abwägung
- Entscheidungskonzepten
- Rollenverständnis von Entscheidungsbeteiligten.

Inhalte

Modul A	Der Entscheidungsprozess Methodenwissen
Modul B	Perkutane Ernährungssonde (PEG)
Modul C	Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM)
Modul D	Antipsychotika

Methoden und Materialien

- Präsentationen und evidenzbasierte Informationen
- Reflexion, Erfahrungsaustausch und Fallbesprechungen
- Interaktive Arbeitsaufträge, Gruppenarbeit und Diskussionen
- Textarbeit (Studienergebnisse, Entscheidungshilfe)
- Schulungsmappe und „Ordner für Weiterleser“

Modul A

Der Entscheidungsprozess

- Abgestuftes Verfahren
- Entscheidungsfähigkeit
- Informierte Entscheidung
- Rollenverständnis

Methodenwissen

- „Wirkt das Medikament?“
- Beurteilung von Nutzen und Schaden
- Studiendesigns → Verlässlichkeit von Informationen

Entscheidungskonzepte - 5

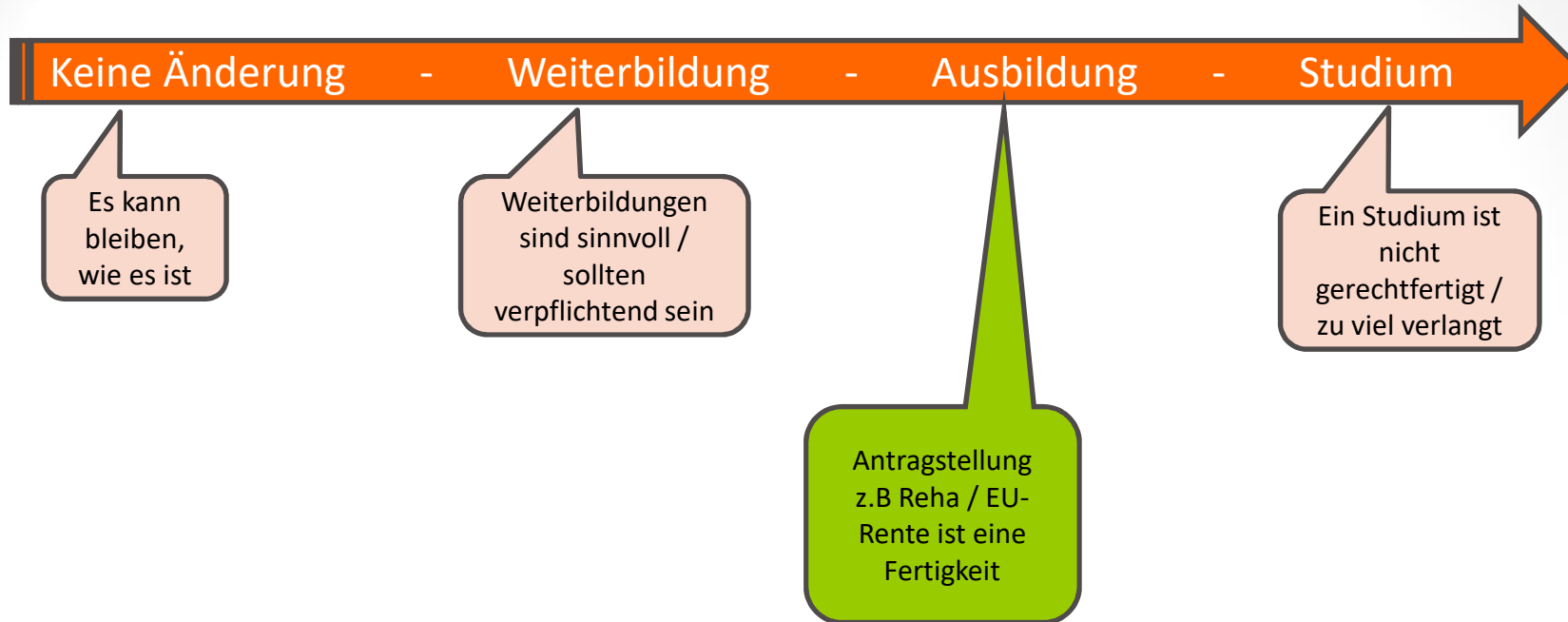
Material

- Vorstellung einer Schulung für Betreuer/innen (Praxisbeispiel)

Übertragung in die Berufspraxis

- Rollenverständnis?
- Vorhandene Kenntnisse – ausreichend, mehr oder wird zu viel erwartet?
- Stellenwert in der allgemeinen Qualifizierungsdebatte: zwingend erforderliche Grundkenntnisse vs. Expertenwissen

Qualifizierung für die Berufspraxis

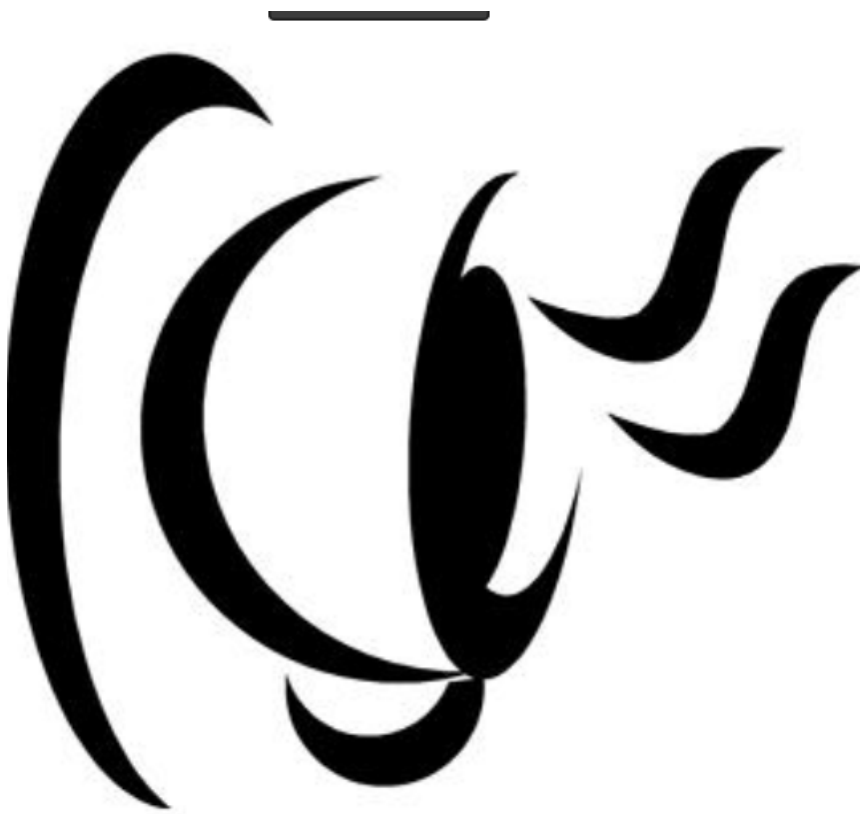


Arbeitsauftrag:

Rote Kärtchen - Begründung/ Meinung für ein Qualifizierungsniveau

Grüne Kärtchen - Qualifizierungsinhalt

PAUSE



Informierte Entscheidung – Nutzen-Schaden Abwägung von medizinischen Maßnahmen - 1

- ✓ Verstehen wesentlicher Informationen
- ✓ Beurteilen dieser Informationen im Lichte eigener Werte
- ✓ Entwerfen eines bestimmten Ergebnisses und Antizipieren seiner Anwendung
- ✓ Freie Äußerung der eigenen Entscheidung gegenüber Dritten.

Was heißt das konkret, oder auch wie frage ich das ab?

Entscheidungsfähigkeit

Rechtliche
Voraussetzungen

Entscheidungs-
konzepte

- **Einwilligungs-
fähigkeit**
- Eigener Wille
- Patienten-
verfügung
- Mutmaßlicher
Wille
- Zum Wohle des
Betreuten
- Informierte
Entscheidung

Diskussion der
Entscheidungs-
konzepte

Literatur

- Ist Voraussetzung für die Einwilligungsfähigkeit.
- Sie ist nicht gleichbleibend und kann optimiert werden.
- Muss immer in der **aktuellen Situation** überprüft werden!
- Geprüft wird der Umgang mit der Entscheidung

– es gibt kein Richtig oder Falsch!

Einwilligungsfähigkeit des Betreuten

Rechtliche
Voraussetzungen

Entscheidungs-
konzepte

- **Einwilligungs-
fähigkeit**
- Eigener Wille
- Patienten-
verfügung
- Mutmaßlicher
Wille
- Zum Wohle des
Betreuten
- Informierte
Entscheidung

Diskussion der
Entscheidungs-
konzepte

Literatur

Beurteilung **primär durch den behandelnden Arzt.**

- Verständnis der Situation und der gegebenen Informationen.
- Bewertung der Informationen und Einsicht in die Bedeutung der Entscheidung und möglicher Konsequenzen.
- Begründung der Entscheidung durch das Abwägen von Alternativen und in Bezug auf persönliche Werte und Ziele.
- Fähigkeit, die getroffene Entscheidung zu kommunizieren.

Moye (2004); Sessums (2011)

Informierte Entscheidung – Nutzen-Schaden Abwägung von medizinischen Maßnahmen - 2

Was bedeutet eine Nutzen-Schaden-Abwägung?

Informationen über:

- ✎ wie vielen Menschen geht es DURCH das Medikament besser (Wirkung)
- ✎ wie vielen Menschen geht es DURCH das Medikament schlechter (Nebenwirkung)
- ✎ In Zahlen x von 100 / %
- ✎ ALLE (angemessenen) Optionen
- ✎ Wie zuverlässig sind die Quellen für die Informationen

Informierte Entscheidung – Nutzen-Schaden Abwägung von medizinischen Maßnahmen - 3

Material

- die „Leitlinie Demenzen“
eine Praxisempfehlung für
Ärzte aber auch andere Nutzer

Übertragung in die Berufspraxis

- Rollenverständnis?
- Vorhandene Kenntnisse –
ausreichend, mehr oder wird
zu viel erwartet?
- Stellenwert in der
allgemeinen
Qualifizierungsdebatte:
zwingend erforderliche
Grundkenntnisse vs.
Expertenwissen

Leitlinie Demenzen

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf

AWMF-Register-Nr.: 038-013

S3-Leitlinie "Demenzen"

(Langversion – Januar 2016)

Herausgebende Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz

und die am Konsensusprozess beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften,
Berufsverbände und Organisationen:

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)

Leitlinie Demenzen

3. THERAPIE

Der Erkrankte und ggf. die juristische Vertretungsperson sollen über Therapiemöglichkeiten, zu erwartende Effekte, Nutzen und Risiken aufgeklärt werden. Eine Therapieentscheidung soll im Rahmen eines „informed decision making„ - Prozesses von der behandelnden Person und dem Erkrankten sowie ggf. der juristischen Vertretungsperson erzielt werden.

3.1 PHARMAKOLOGISCHE THERAPIE VON DEMENZEN

3.1.1 Alzheimer -Demenz

Die pharmakologische Therapie der Alzheimer-Demenz setzt sich zusammen aus der Behandlung der Kernsymptomatik der Demenz (u.a. kognitive Störungen, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten) und, falls notwendig, einer Behandlung von psychischen und Verhaltens-symptomen (z.B. Depression, Wahn, Halluzinationen, Apathie).

Die aktuell zugelassenen Medikamente mit Nachweis von Wirksamkeit zur Behandlung der Kernsymptomatik der Alzheimer-Demenz sind die **Acetylcholinesterase-Hemmer Donepezil, Galantamin, Rivastigmin** und [...] **Memantin**.

37 Memantin ist wirksam auf die Kognition, Alltagsfunktion und den klinischen Gesamteindruck bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz und sollte eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ia

In einem Cochrane-Review zu Memantin bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz über drei
auf Alltags-

38 Bei leichtgradiger Alzheimer-Demenz ist eine Wirksamkeit von Memantin nicht belegt. Memantin soll zur Behandlung von Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz nicht eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib

Qualifizierung für die Berufspraxis



Arbeitsauftrag:

Rote Kärtchen - Begründung/ Meinung für ein Qualifizierungsniveau

Grüne Kärtchen - Qualifizierungsinhalt

PAUSE



Ethisch-rechtliche Problemanalyse am Beispiel von Antipsychotika in der Demenz -1

- Recht

- Definition

- Praktische Umsetzung

- Ethik

- Untersuchung zu Indikationen (zum Schlafen, zur Beruhigung)

- Fachwissen Ärzte

- Druck durch Dritte

- Pflegeproblem

0 – 0:48 Einleitung
6:15- 7:20 Prof. Glaeske
7:20 – 8:12 Altenpflegerin
11:03 – 12:13 Prof. Glaeske
28:30 – 29:24 Betroffene
39:00 – 40:26 Angehörige = Anwältin

<https://www.youtube.com/watch?v=nXJYTmknuqE>

Bürgerliches Gesetzbuch

Buch 4 - Familienrecht (§§ 1297 - 1921)

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil...

...die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt...

... zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens...

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig (...).

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, **Medikamente** oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

Ethisch-rechtliche Problemanalyse am Beispiel von Antipsychotika in der Demenz - 2

Material

- die „Leitlinie Demenzen“
eine Praxisempfehlung für
Ärzte aber auch andere Nutzer

Übertragung in die Berufspraxis

- Rollenverständnis?
- Vorhandene Kenntnisse –
ausreichend, mehr oder wird
zu viel erwartet?
- Stellenwert in der
allgemeinen
Qualifizierungsdebatte:
zwingend erforderliche
Grundkenntnisse vs.
Expertenwissen

Was sind Antipsychotika?

Warum erhalten Menschen Antipsychotika?

Wie häufig erhalten Menschen mit Demenz Antipsychotika?

Verordnung von Antipsychotika & Leitlinien

Nutzen und Schaden

Alternativen

Rechtliches

Literatur

Typische Antipsychotika

„erste Generation“

Einfluss auf Botenstoff im Gehirn (Dopamin)

[Achtung Parkinson-Erkrankung]

→ Einfluss auf Bewegungsabläufe als Nebenwirkung (extrapyramidale Störung)

→ Spätdyskinesien (irreversibel) möglich

„schwach wirksame AP“	„stark wirksame AP“
sedierende Wirkung größer als antipsychotische	antipsychotische Wirkung größer als sedierende
Beispiele: Chlorprotixen (Truxal®) Levomepromazin (Neurocil®) Melperon (Eunerpan®) Pipamperon (Dipiperon®) Prometazin (Atosil®) Prothipendyl (Dominal®)	Beispiele: Benperidol (Glianimon®) Flupenthixol (Fluxanol®) Haloperidol (Haldol®) Perphenanzin (Decentan®) Pimozid (Orap®)

Was sind
Antipsychotika?

Warum erhalten
Menschen
Antipsychotika?

Wie häufig
erhalten
Menschen mit
Demenz
Antipsychotika?

Verordnung von
Antipsychotika
& Leitlinien

Nutzen und
Schaden

Alternativen

Rechtliches

Literatur

Atypische Antipsychotika

„zweite Generation“, „neue Antipsychotika“

Ebenfalls Einfluss auf Botenstoff im Gehirn (Dopamin)

→ Weniger extrapyramidale Störungen

→ Häufig teurer als typische AP

Atypische AP

Beispiele:

Amisulprid (Solian®)

Aripiprazol (Abilify®)

Clozapin (Leponex®)

Loxapin (Adasuve®)

Olanzapin (Zyprexa®)

Quetiapin (Seroquel®)

Risperidon (Risperdal®)

Sulpirid (Aminol®)

Ziprasidon (Zeldox®)

Wie häufig erhalten Menschen mit Demenz Antipsychotika?

Was sind Antipsychotika?

Warum erhalten Menschen Antipsychotika?

Wie häufig erhalten Menschen mit Demenz Antipsychotika?

Verordnung von Antipsychotika & Leitlinien

Nutzen und Schaden

Alternativen

Rechtliches

Literatur

- Verschreibungsrate in Hausarztpraxen in D (2013): **10 %** der Menschen mit Demenz (davon 2/3 atypische Antipsychotika)
- Verschreibungsrate in Alten- und Pflegeheimen in Europa (2013): **37,4%** der BewohnerInnen (Schweden 12% - Spanien 54% der Bewohner)
- Verschreibungsraten in Alten- und Pflegeheimen in Hamburg (2004 und 2007): **28,4%** der BewohnerInnen (über die Hälfte typische Antipsychotika)

Empfehlungen zu Verordnung von Antipsychotika bei Demenz (allgemein)

Was sind Antipsychotika?

Warum erhalten Menschen Antipsychotika?

Wie häufig erhalten Menschen mit Demenz Antipsychotika?

Verordnung von Antipsychotika & Leitlinien

Nutzen und Schaden

Alternativen

Rechtliches

Literatur

- Vor der Verschreibung von Antipsychotika sollten mögliche Ursachen für das herausfordernde Verhalten überprüft und ggf. abgewendet werden.
- Es sollten zunächst alle verfügbaren Alternativen ausprobiert werden.
- Es soll eine möglichst geringe Dosierung und ein kurzer Behandlungszeitraum angestrebt werden.
- Es muss über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden, der erwartete Nutzen und mögliche Nebenwirkungen müssen gegeneinander abgewogen werden.



Konkrete Empfehlungen zu bestimmten Antipsychotika

Empfehlungen der Leitlinie

Empfehlungen der Leitlinie zu *anderen atypischen Antipsychotika:*

- **E 70:** „Für andere atypische Antipsychotika [außer Risperidon und Aripiprazol] gibt es **keine Evidenz** für Wirksamkeit bei psychotischen Symptomen bei Demenz, daher wird der Einsatz nicht empfohlen.“

Atypische AP

Beispiele:

Amisulprid (Solian®)

Aripiprazol (Abilify®)

Clozapin (Leponex®)

Loxapin (Adasuve®)

Olanzapin (Zyprexa®)

Quetiapin (Seroquel®)

Risperidon (Risperdal®)

Sulpirid (Aminol®)

Ziprasidon (Zeldox®)

Was sind Antipsychotika?

Warum erhalten Menschen Antipsychotika?

Wie häufig erhalten Menschen mit Demenz Antipsychotika?

Verordnung von Antipsychotika & Leitlinien

Nutzen und Schaden

Alternativen

Rechtliches

Literatur

Empfehlungen der Leitlinie

 **Keine Empfehlungen der Leitlinie zu *anderen typischen Antipsychotika***

„schwach wirksame AP“	„stark wirksame AP“
sedierende Wirkung größer als antipsychotische	antipsychotische Wirkung größer als sedierende
Beispiele: Chlorprotixen (Truxal®) Levomepromazin (Neurocil®) Melperon (Eunerpan®) Pipamperon (Dipiperon®) Prometazin (Atosil®) Prothipendyl (Dominal®)	Beispiele: Benperidol (Glianimon®) Flupenthixol (Fluxanol®) <u>Haloperidol (Haldol®)</u> Perphenanzin (Decentan®) Pimozid (Orap®)

Was sind Antipsychotika?

Warum erhalten Menschen Antipsychotika?

Wie häufig erhalten Menschen mit Demenz Antipsychotika?

Verordnung von Antipsychotika & Leitlinien

Nutzen und Schaden

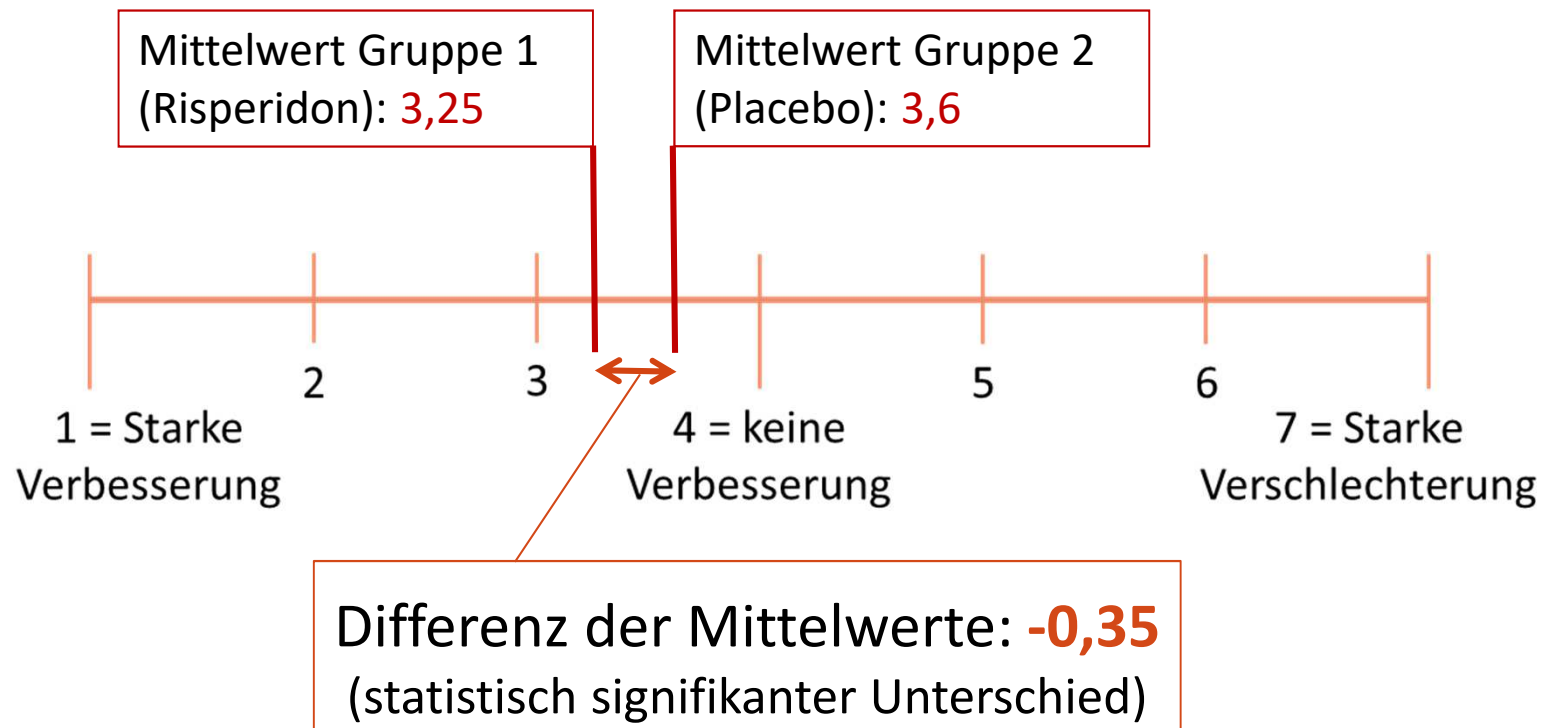
Alternativen

Rechtliches

Literatur

Beurteilung des Nutzens am Beispiel Risperidon (Risperdal®)

Skala der Symptomveränderung *Clinical Global Impression Scale of Change (CGI - C)*



Ma (2014)

Was sind Antipsychotika?

Warum erhalten Menschen Antipsychotika?

Wie häufig erhalten Menschen mit Demenz Antipsychotika?

Verordnung von Antipsychotika & Leitlinien

Nutzen und Schaden

Alternativen

Rechtliches

Literatur

Risperidon (Risperdal®)

Schaden / Nebenwirkungen von Risperidon

Neu aufgetretene Symptome	Placebo -gruppe	Therapie -gruppe	Unterschied (%) in der Häufigkeit des Auftretens
extrapyramidale Symptome	4%	6%	+2% (1mg/Tag)
(Bewegungsstörungen)	7%	21%	+14% (2mg/Tag)
Somnolenz	10%	20%	+10% (1mg/Tag)
(Schläfrigkeit)	8%	28%	+20% (2mg/Tag)
Zerebrovaskuläre Ereignisse, z.B. Schlaganfälle	1%	3%	+2%
Gangstörungen	1%	7%	+6% (1mg/Tag)
Inkontinenz	1%	13%	+12%

Klinische Relevanz?

Was sind Antipsychotika?

Warum erhalten Menschen Antipsychotika?

Wie häufig erhalten Menschen mit Demenz Antipsychotika?

Verordnung von Antipsychotika & Leitlinien

Nutzen und Schaden

Alternativen

Rechtliches

Literatur

Ethisch-rechtliche Problemanalyse am Beispiel von Antipsychotika in der Demenz - 3

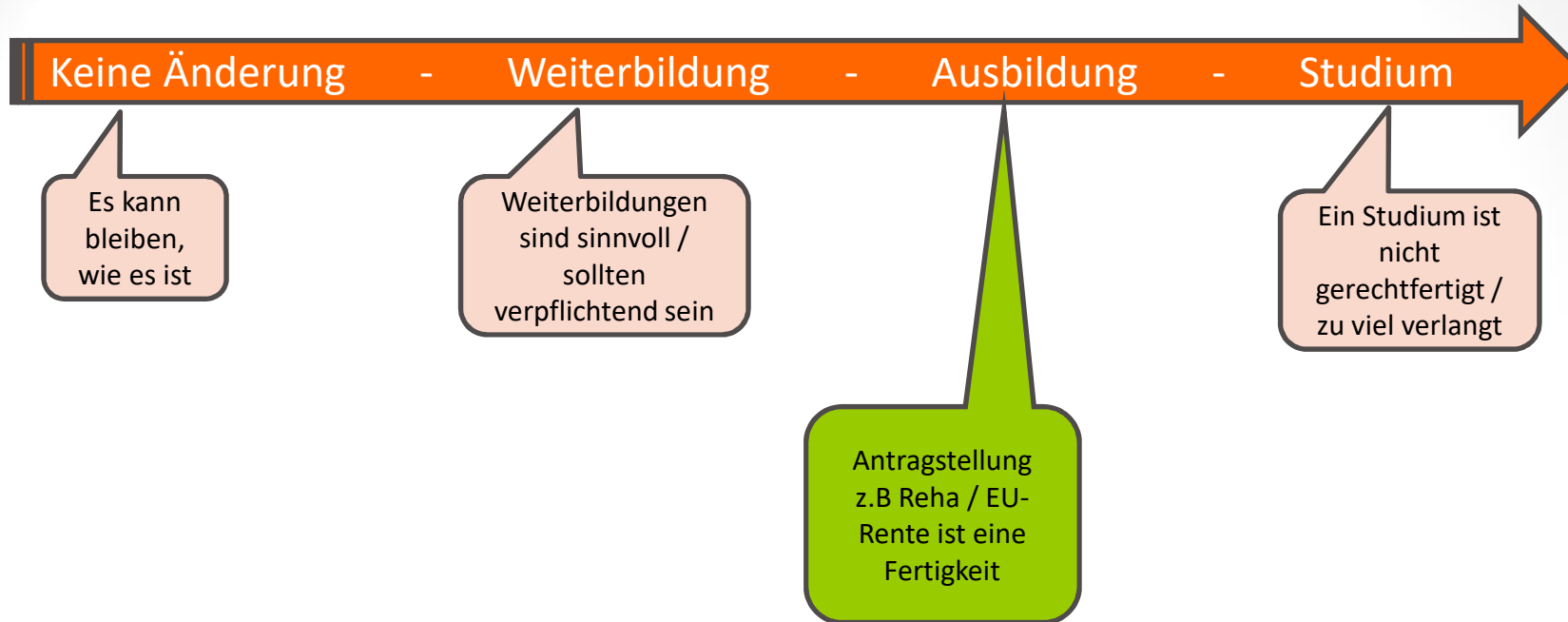
Material

- Vorstellung einer Schulung für Betreuer/innen (Praxisbeispiel)

Übertragung in die Berufspraxis

- Rollenverständnis?
- Vorhandene Kenntnisse – ausreichend, mehr oder wird zu viel erwartet?
- Stellenwert in der allgemeinen Qualifizierungsdebatte: zwingend erforderliche Grundkenntnisse vs. Expertenwissen

Qualifizierung für die Berufspraxis



Arbeitsauftrag:

Rote Kärtchen - Begründung/ Meinung für ein Qualifizierungsniveau

Grüne Kärtchen - Qualifizierungsinhalt

Vielen Dank für Ihr Interesse

