

## > Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die „Serial Trial Intervention“ (STI)

THOMAS FISCHER, CLAUDIA SPAHN UND CHRISTINE KOVACH

**Oft sind es vor allem auffällige, von der üblichen Norm abweichende Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen, die deren Pflege und Betreuung so schwierig machen. Eine Hilfe für das Vorgehen in solchen Situationen bietet das Modell der „Serial Trial Intervention“ (STI).**

Als herausforderndes Verhalten gelten beispielsweise Agitation, Herumgehen, Herumlaufen und Rastlosigkeit, Aggressivität, vokale Störungen (Schreien, Rufen, Fluchen, Wort- oder Satzwiederholungen), Apathie und Passivität sowie Zurückweisen der Pflege und Verweigerung der Nahrungsaufnahme (vgl. Halek & Bartholomeyczik 2006). Diese Veränderungen werden den verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen der Demenz (behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD) zugerechnet (IPA 2002). Neben den Störungen des Gedächtnisses und der Kognition zählen sie zu den bestimmenden Anzeichen für eine Demenz, spielen aber in der medizinischen Diagnostik eine eher untergeordnete Rolle (Zaudig & Möller 2005). Sie treten verstärkt in mittleren bis schweren Demenzstadien auf und sind für die Umgebung oft belastender als kognitive Störungen (Boetsch et al. 2003).

### Erklärungsansatz

Auffällige, herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz werden unterschiedlich erklärt (vgl. Halek & Bartholomeyczik 2006). Aus einer Synthese verschiedener Erklärungsversuche entstand das Need-Driven Dementia-Compromised Behavior-Modell (NDB – Bedürfnisbedingtes Demenz-Verhaltensmodell) (Algase et al. 1996, Halek & Bartholomeyczik 2006, Kovach et al. 2005). Danach werden unbefriedigte Bedürfnisse, die der Betroffene nicht mitteilen kann, als Grund für herausfordernde Verhaltensweisen gesehen. Diese sind somit als bedeutungsvoll zu betrachten. Für die Pflegenden leitet sich daraus der Auftrag ab, den Ursachen auf den Grund zu gehen, bestehende Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen und so die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Bei den Ursachen wird unterschieden zwischen relativ stabilen Hintergrundfaktoren, wie neurologischem Status oder Personenmerkmalen, und leichter veränderbaren situativen Faktoren. Hierzu gehören physiologische Reaktionen wie Hunger, Durst oder Schmerz, psychosoziale Bedürfnisse (Affekte, Emotionen) sowie Einflüsse der sozialen und physikalischen Umgebung.

### Herausforderndes Verhalten und Schmerz

Obwohl Schätzungen zufolge zwischen 45 und 80 Prozent aller Pflegeheimbewohner an Schmerzen leiden (AGS 2002), wird diesem Faktor bisher im Zusammenhang mit herausfordernden Verhaltensweisen wenig Beachtung geschenkt. Dabei konnte gezeigt werden, dass sich durch gezielte Schmerzreduktion auch herausfordernde Verhaltensweisen verringern lassen (Kovach et al. 1999, 2001, 2006a). Es ist daher notwendig, Schmerz als mögliche Ursache zu berücksichtigen, wenn nach Strategien für die Minimierung von herausforderndem Verhalten gesucht wird. Teilweise kann der Einsatz von Psychopharmaka seine Berechtigung haben beim Umgang mit herausforderndem Verhalten. Allerdings besteht die Gefahr, dass das Verhalten durch diese Medikamente zwar gedämpft wird, die eigentlichen Bedürfnisse oder Probleme, wie zum Beispiel Schmerzen, aber bestehen bleiben. Dies kommt einer Fehlversorgung gleich. Aus den USA stammt ein strukturiertes Verfahren zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, das insbesondere auch Schmerzen berücksichtigt und den Einsatz von Psychopharmaka auf ein Mindestmaß reduzieren soll. Diese sogenannte „Serial Trial Intervention (STI)“ ist die Fortentwicklung eines älteren

Verfahrens, des Protokolls „Assessment of Discomfort in Dementia“ (ADD) (Kovach et al. 2001, vgl. Fischer 2005). Konzeptueller Hintergrund ist das beschriebene NDB-Modell. „Serial“ bedeutet seriell im Sinne einer Abfolge, „Trial“ ist der Versuch und „Intervention“ entspricht einer systematischen, zielgerichteten Handlung. Hinter der STI verbirgt sich also eine systematische Handlungsweise, die aus verschiedenen aufeinander folgenden Ansätzen oder Versuchen besteht. Anders gesagt: STI beschreibt ein Modell zur inhaltlichen Strukturierung des Pflegeprozesses bei Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen.

### Zielsetzung

Zielgruppe der STI sind Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz, die oft nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse klar zu artikulieren. Das Verfahren zielt darauf,

- herausfordernde Verhaltensweisen zu erkennen
- die Verhaltensweisen als Ausdruck unbefriedigter Bedürfnisse zu begreifen
- die Verhaltensweisen (und ihre Ursachen) zu beurteilen
- die Verhaltensweisen zu behandeln, indem das ihnen zugrunde liegende Bedürfnis befriedigt wird (Kovach et al. 2005, S. 2, eigene Übersetzung).

### Fünf Schritte

Die STI verbindet drei Kernkonzepte: Erkennen einer Verhaltensänderung beim Bewohner, eine Abfolge von Assessments und eine Abfolge von Interventionen. Jeder, der mit demenziell erkrankten Menschen Kontakt hat, sollte sensibel für Veränderungen des üblichen Verhaltens sein. Dies betrifft natürlich nicht nur Pflegenden und andere Fachkräfte, sondern auch Angehörige und Servicekräfte. Treten demenztypische Verhaltensweisen neu auf oder verändert sich ihr Ausmaß, muss nach den Ursachen hierfür geforscht werden. Personelle Kontinuität ist wichtig, um den Kontakt mit Angehörigen zu halten und herausfor-

dernde Verhaltensweisen frühzeitig erkennen und bewerten zu können.

Die STI besteht aus einer fünfstufigen Abfolge von Assessments und Interventionen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten (Abb.) (Kovach et al. 2005, Kovach et al. 2006c).

**1. Schritt: körperliches Assessment**

Im ersten Schritt wird geprüft, ob unbefriedigte körperliche Bedürfnisse vorliegen. So können sich bekannte Krankheiten verschlechtern oder aktuelle Ereignisse hinzugekommen sein. Ein Schnelltest des Urins gibt beispielsweise Aufschluss über eine mögliche Harnwegsinfektion, die Überprüfung der Vitalzeichen kann einen ersten Hinweis auf eine akute Verschlechterung zum Beispiel der kardialen Funktion geben. Nicht selten bereitet eine Verstopfung oder ein Harnverhalt den Bewohnern Unbehagen. Ursachen von möglichen Schmerzen ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken: Hat der Bewohner eine Arthritis? Schmerzen nach zurückliegenden Frakturen? Periphere oder zentrale Neuropathien? Auch sollte die Krankengeschichte durchgesehen werden, ebenso ist nach aktuellen Änderungen der Medikation zu forschen, um mögliche Beschwerdeursachen zu erkennen.

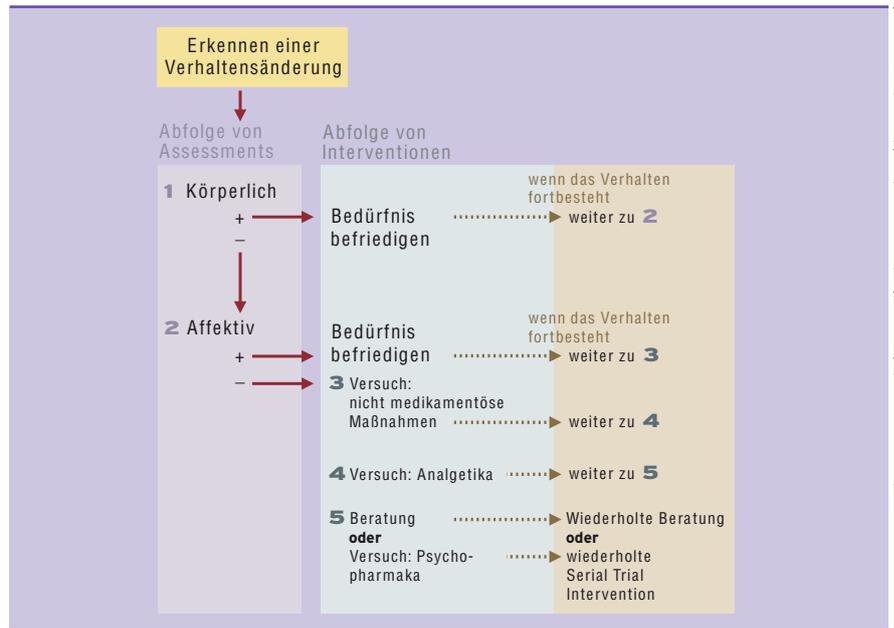
Findet sich ein möglicher Auslöser für das Verhalten, sollte er behandelt und möglichst beseitigt werden. Wenn binnen angemessener Zeit keine nennenswerte Minderung des Verhaltens erkennbar ist oder keine körperlichen Probleme vorliegen, schließt sich Schritt zwei an.

**2. Schritt: affektives Assessment**

„Affektive Bedürfnisse werden definiert als psychosoziale und umgebungsbezogene Bedürfnisse, die den psychischen Zustand oder das Wohlbefinden beeinflussen“ (Kovach et al. 2006c, S. 21, eigene Übersetzung). Dazu gehören umgebungsbedingter Stress, etwa bei einem Überangebot an Reizen durch laute Umgebung mit vielen Menschen, Hitze oder eine Vielfalt akustischer oder optischer Eindrücke, ein Mangel an Sinneseindrücken, beispielsweise durch zu lange Phasen der Ruhe und Abgeschiedenheit, oder ein Mangel an „bedeutsamer menschlicher Interaktion“ (Kovach et al. 2005), also an direkter Zuwendung, die nicht primär instrumentellen Zwecken (Körperpflege, Nahrungsaufnahme) dient.

Werden ungünstige Umgebungsfaktoren erkannt, sollten diese verändert wer-

Abbildung: Die fünf Schritte der Serial Trial Intervention



©Christine Kovach (Original), Thomas Fischer (deutsche Fassung)

den. Lässt sich auch dadurch das Verhalten nicht deutlich mindern oder wurden keine affektiven Bedürfnisse erkannt, folgt Schritt drei.

**3. Schritt: nichtmedikamentöse Maßnahmen**

Pflegende nutzen zahlreiche nichtmedikamentöse Maßnahmen, um herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz zu begegnen, zum Beispiel Massagen und Berührung, Snoezelen, Erinnerungsarbeit (vgl. Halek & Bartholomeyczik 2006), aber auch gemeinsame Alltagsarbeiten in Haus und Garten, Aromatherapie, Bewegung, Ablenkung und vieles andere. Viele dieser Maßnahmen lassen sich in kurzer Zeit durchführen und sind nicht sehr aufwändig. Sie sollten nun zum Einsatz kommen. Ihre Auswahl und Dauer müssen auf den Bewohner abgestimmt sein. Sollte sich auch durch nichtmedikamentöse Maßnahmen das Verhalten nicht reduzieren lassen, ist der vierte Schritt angezeigt.

**4. Schritt: versuchsweise Gabe eines Schmerzmittels**

Erhält der Bewohner regulär ein Schmerzmittel, sollte mit dem verordnenden Arzt Kontakt aufgenommen werden, um eine Dosiserhöhung abzuklären. Besteht eine Anordnung für ein Schmerzmittel bei Bedarf, sollte diese genutzt werden. Um Verzögerungen zu vermeiden, ist es günstig, wenn routinemäßig eine Bedarfsmedikation für den Fall von Schmerzen angeord-

net wird. Kommt es durch die probeweise Schmerzmittelgabe zur Verringerung des herausfordernden Verhaltens, muss diese in eine Daueranordnung überführt werden. Stellt sich kein Erfolg ein, ist entweder eine höhere Dosierung zu prüfen oder zu Schritt 5 überzugehen.

**5. Schritt: Beratung mit dem Arzt und/oder versuchsweise Gabe von Psychopharmaka**

Spätestens wenn sich alle bisherigen Schritte als erfolglos erwiesen haben, sollte eine Beratung mit dem behandelnden Arzt, einem Gerontopsychiater oder anderen Fachkräften erfolgen. Erhält der Bewohner Psychopharmaka, wie Antidepressiva, Anxiolytika oder Antipsychotika, ist eine Dosiserhöhung zu erwägen. Auch die versuchsweise Verabreichung eines Psychopharmakons ist möglich.

Besteht das herausfordernde Verhalten auch nach dem fünften Schritt fort, beginnt der Prozess wieder von vorn. Erst wenn es zu einer bedeutsamen Verhaltensminderung kommt, kann die systematische Abfolge von Assessments und Interventionen ruhen.

**Stand der Forschung**

Kovach et al. (2006a) haben die Auswirkungen der STI in einer doppelt verblindeten, randomisierten Studie mit 114 Teilnehmenden aus 14 US-amerikanischen Pflegeheimen untersucht. Hierbei zeigte sich, dass die Bewohner, bei denen

die STI zur Anwendung gekommen war, deutlich weniger gesundheitliche Beschwerden und einen stärkeren Rückgang herausfordernder Verhaltensweisen aufwiesen als die Bewohner in der Kontrollgruppe. Zudem war bei ihnen ein breiteres Spektrum an körperlichen und affektiven Assessments eingesetzt worden. Die Autorinnen folgerten daher, dass die STI der herkömmlichen Versorgung von Menschen mit Demenz überlegen ist. In einer weiteren Studie wurde deutlich, dass Pflegende zusätzliche Kenntnisse und Fertigkeiten hinsichtlich Assessment und Intervention benötigen sowie verstärkt in der Lage sein müssen, ihr eigenes Handeln kritisch zu reflektieren, um angemessen mit herausfordernden

dem Verhalten umgehen zu können (Kovach et al. 2006b). Der Nutzen der STI erklärt sich dadurch, dass Pflegende durch Anwendung des Verfahrens diesen Anforderungen gerecht werden. In einer älteren Studie wurde der Nutzen des ADD-Protokolls belegt (Kovach et al. 1999, 2001), aus dem die STI hervorgegangen ist.

## Bewertung

Zahlreiche Konzepte zum Umgang mit Menschen mit Demenz wurden in den letzten Jahren vorgestellt und in unterschiedlichem Maße in die Praxis integriert. Vielfach ist ihr Nutzen bisher nicht ausreichend durch Studien abgesichert (zum Beispiel für Dementia Care Map-

ping [DCM]: Brooker 2005, Beavis et al. 2002; für eine Auswahl pflegerischer Interventionen: vgl. Halek & Bartholomeyczik 2006). Die Studienlage für die STI ist vergleichsweise gut, wenn auch weitere Untersuchungen nötig sind.

Die STI kann helfen, den Pflegeprozess bei Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen inhaltlich zu strukturieren. Sie gibt einen Ablauf vor, durch den sich verschiedene auf den Betroffenen bezogene Erhebungen und Maßnahmen in einen sinnvollen Zusammenhang bringen sowie die Wirksamkeit der pflegerischen Handlungen bewerten lassen. Bisherige Verfahren stehen dem keineswegs entgegen. Vielmehr sind sie wichtig für die inhaltliche Ausgestaltung des STI-Modells, wie zum Beispiel DCM (Kitwood 2005) in Schritt 2 und 3 oder nicht-medikamentöse pflegerische Interventionen in Schritt 3. Die einzelnen Schritte des Modells sind also nicht grundlegend neu. Die Verbesserung besteht vielmehr in der systematischen Abklärung und Bearbeitung aller für den Betroffenen relevanten körperlichen, affektiven und auf die Umgebung bezogenen Faktoren sowie der abgestuften und gezielten Interventionen in einem Modell. Der hohe Stellenwert, welcher der Bekämpfung von Schmerzen dabei zukommt, spiegelt die Erkenntnisse über Defizite in diesem Bereich wider. STI und die vorliegenden Beobachtungsskalen für Schmerzen bei Menschen mit schwerer Demenz (Fischer 2007) ergänzen einander sinnvoll.

## Umsetzbarkeit in Deutschland

Für die regelhafte Anwendung in der Praxis in Deutschland sind aus unserer (T.F., C.S.) Sicht folgende Aspekte wichtig:

1. **Es müssen standardisierte Assessmentverfahren implementiert werden, die aufeinander aufbauen und sich ergänzen (vgl. Bartholomeyczik 2004).**

In Deutschland werden derzeit viele Einzelassessments eingesetzt, wie etwa das Cohen-Mansfield-Agitation Inventory (CMAI), die Bradenskala oder Schmerzskaalen. Nicht selten stehen diese unverbunden nebeneinander. Für eine systematische Klärung des Pflegebedarfs (vgl. Schritt 1 und 2 des STI) ist dies hinderlich. In der Praxis benötigen die Pflegenden ein standardisiertes Basisassessment wie beispielsweise das Resident Assessment Instrument (RAI) (Brandenburg 2004),



### Literatur

AGS PANEL ON PERSISTENT PAIN IN OLDER PERSONS (2002) *The Management of Persistent Pain in Older Persons*. Journal of the American Geriatrics Society 50, S205–S224.

ALGASE D., BECK C., KOLANOWSKI A., WHALL A., BERENT S., RICHARDS K. ET AL. (1996) *Need-Driven Dementia-Compromised Behavior: An Alternative View of Disruptive Behavior*. American Journal of Alzheimer's Disease 11, 10–19.

BARTHOLOMEYCZIK S. (2004) *Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit – Assessments und ihre Möglichkeiten*. In: BARTHOLOMEYCZIK S. & HALEK M. (HRSG.) (2004) *Assessmentinstrumente in der Pflege*. Schlütersche, Hannover, S. 11–20.

BEAVIS D., SIMPSON S., GRAHAM I. (2002) *A Literature Review of Dementia Care Mapping: Methodological Considerations and Efficacy*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 9, 725–736.

BOETSCH T., STÜBNER S., AUER S. (2003) *Klinisches Bild, Verlauf und Prognose (mit Fallbeispielen)*. In: HAMPPEL H., PADBERG F., MÖLLER H. (HRSG.) (2003) *Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, S. 73–98.

BRANDENBURG H. (2004) *Das Resident Assessment Instrument (RAI). Eine Chance für die Pflege in Deutschland*. In: BARTHOLOMEYCZIK S. & HALEK M. (HRSG.) (2004) *Assessmentinstrumente in der Pflege*. Schlütersche, Hannover, S. 41–54.

BROOKER D. (2005) *Dementia care mapping: a review of the research literature*. Gerontologist 45, Spec 1 (1), 11–18.

FISCHER T. (2005) *Schmerzmanagement bei alten Menschen, Teil 2. Schmerzen richtig erkennen und einschätzen*. Pflegezeitschrift 58, 355–358.

FISCHER T. (2007) *Instrumente für die Schmerzeinschätzung bei Personen mit schwerer Demenz: Hilfsmittel für die Beobachtung, aber kein Ersatz der Fachlichkeit*. Pflegezeitschrift 60, 308–311.

HALEK M. & BARTHOLOMEYCZIK S. (2006) *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Schlütersche, Hannover.

IPA – INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS ASSOCIATION (2002) *BPSD – Introduction to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (Revised)*. www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdarchives/bpsdrev/toc.asp. IASP, Zugriff am 18. Mai 2007.

KITWOOD T. (2005) *Demenz. Der personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. 4. Aufl., Huber, Bern.

KOVACH C., WEISSMAN D., GRIEFFIE J., MATSON S., MUCHKA S. (1999) *Assessment and Treatment of Discomfort for People with Late-Stage Dementia*. Journal of Pain and Symptom Management 18, 412–419.

KOVACH C., NOONAN P., GRIEFFIE J., MUCHKA S., WEISSMAN D. (2001) *The Assessment of Discomfort in Dementia (ADD) Protocol*. Pain Management Nursing 3, 16–27.

KOVACH C., NOONAN P., REYNOLDS S., SCHLIDT A. (2005) *The Serial Trial Intervention (STI) Teaching Manual: An Innovative Approach to Pain and Unmet Need Management in People with Late Stage Dementia*. Eigendruck.

KOVACH C., LOGAN B., NOONAN P., SCHLIDT A., SMERZ J., SIMPSON M. ET AL. (2006a) *Effects of the Serial Trial Intervention on Discomfort and Behavior of Nursing Home Residents with Dementia*. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 21, 147–155.

KOVACH C., KELBER S., SIMPSON M., WELLS T. (2006b) *Behaviors of Nursing Home Residents with Dementia. Examining Nurse Responses*. Journal of Gerontological Nursing 32 (6), 13–21.

KOVACH C., NOONAN P., SCHLIDT A., REYNOLDS S., WELLS T. (2006c) *The Serial Trial Intervention. An innovative Approach to Meeting Needs of Individuals with Dementia*. Journal of Gerontological Nursing 32 (4), 18–25.

ZAUDIG M. & MÖLLER H. (2005) *Historischer Hintergrund, Klinik und Verlauf der Alzheimer-Demenz*. In: BERGENER M., HAMPPEL H., MÖLLER H., ZAUDIG M. (HRSG.) (2005) *Gerontopsychiatrie*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 171–186.

mit dem alle potenziell wichtigen Informationen für die Beurteilung des Pflegebedarfs und der Bedürfnisse des Betroffenen erhoben werden können. Zur tiefergehenden Abklärung spezifischer Aspekte sollten ergänzend einzelne Skalen, wie Schmerzskalen und -beobachtungsbögen, oder komplexe Verfahren wie DCM genutzt werden.

**2. Die Pflegediagnostik als zentrale Aufgabe der Pflegefachkräfte muss von allen Beteiligten anerkannt und geleistet werden.**

Bisher ist sie erst in Ansätzen etabliert. Dafür müssen Verantwortlichkeiten sowie organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen angemessen gestaltet werden. Die Pflegediagnostik muss als zentrale Aufgabe in der Arbeitsorganisation berücksichtigt werden und darf nicht wie bisher als eine Aufgabe gelten, die zu erledigen ist, wenn alles andere getan ist. Für den Fall, dass herausfordernde Verhaltensweisen auftreten, steht die STI im Zentrum der pflegerischen Arbeit und ist nicht etwa eine optionale Zusatzleistung. Notwendig sind ZEIT-RÄUME wie Fallbesprechungen sowie Bezugspersonenpflege, aber auch angemessene Arbeitsmittel und Arbeitsräume.

**3. Die Entwicklung von Diagnostik- und Methodenkompetenz, wie sie auch für das STI notwendig ist, muss Teil der Berufsausbildung sowie der kontinuierlichen Fortbildung sein.**

**4. Eine veränderte Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen den Berufsgruppen ist erforderlich.**

Die STI impliziert, dass Pflegefachkräften große Verantwortung und Handlungsautonomie im Umgang mit herausforderndem Verhalten zugestanden werden. Unter den derzeitigen sozial-, haftungs- und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen hierzulande können Pflegenden nicht über solche Entscheidungsspielräume und Autonomie verfügen. So fallen die für Schritt eins der STI erforderlichen Assessments größtenteils in die diagnostische Verantwortung des Arztes, sowohl hinsichtlich der Anordnung als auch häufig hinsichtlich der Durchführung. Schon die zur Erkennung eines Harnwegsinfekts empfohlene Verwendung eines Urinreststreifens bedarf einer ärztlichen Verordnung, da sonst die Kostenübernahme nicht gegeben ist. Auch in Bezug auf die Bedarfsmedikation (Schritt vier und fünf) gelten sehr strikte Vor-

**Zusammenfassung**

Herausfordernde Verhaltensweisen treten bei Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz häufig auf. Nach dem Need-Driven Dementia-Compromised Behavior-Modell lassen sie sich durch unbefriedigte Bedürfnisse erklären. Ein wichtiger Grund können nicht gelinderte Schmerzen sein. Die Serial Trial Intervention stellt ein strukturiertes Vorgehen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten dar. Das Verfahren vereint drei Kernkonzepte: die Erkennung des veränderten Verhaltens, eine Abfolge von Assessments und Interventionen. In US-amerikanischen Studien konnte eine Verminderung herausfordernder Verhaltensweisen bei Anwendung der STI festgestellt werden. Eine mögliche Umsetzung in Deutschland setzt aufgrund der hier bestehenden sozial-, haftungs- und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen Anpassungen des Verfahrens voraus und sollte zunächst Pilotprojekten vorbehalten sein.

**Schlüsselwörter:** *Demenz, Schmerzen, Serial Trial Interventions (STI)*

gaben, die der für die STI erforderlichen Flexibilität entgegenstehen. Eine Ausweitung des Verantwortungsbereichs der Pflegefachkräfte und eine größere Autonomie wären also erforderlich, um die STI anwenden zu können.

**Resümee und Ausblick**

Soll STI in Deutschland umgesetzt werden, müsste das Verfahren zuvor den hiesigen Gegebenheiten angepasst werden. Hierbei müsste jedoch das zentrale Charakteristikum der STI erhalten bleiben: die strukturierte Abfolge von Assessments und Interventionen, gesteuert durch eine Pflegefachkraft, die den Betroffenen aus regelmäßigem direktem Kontakt kennt.

Grundsätzlich stellt sich zudem die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, ein weiteres Modell zur Umsetzung in die Arbeit mit an Demenz leidenden Menschen einzubringen, während etliche zuvor debattierte Modelle noch einer breiten Etablierung harren und die Pflegediagnostik insgesamt keine hinreichende Anerkennung findet. Es dürfte sich als kontraproduktiv erweisen, die Anforderungen an die Pflegenden immer weiter zu erhöhen, während die Rahmenbedingungen, zum Beispiel vorgegeben durch die Pflegeversicherung, und die Regeln der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen unzureichend bleiben. Vielleicht eröffnet die STI aber auch die Chance, bisher weitgehend unverbundene Ansätze handlungsleitend zu integrieren und damit die Arbeit für die Fachkräfte zu erleichtern.

Die aus den USA vorliegenden Forschungsergebnisse sprechen dafür, dass sich durch die Umsetzung der STI eine Verbesserung der Pflegesituation demenziell

erkrankter Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen erreichen lässt. Weitere Studien sind notwendig, um zu verstehen, warum das so ist. Vermutlich bietet STI einen Rahmen, der Pflegenden hilft, vorhandenes Wissen und bekannte Ansätze in der Versorgung von Menschen mit Demenz in einen schlüssigen, alltagstauglichen Ablauf zu integrieren.

Ein Pilotprojekt könnte Aufschluss geben, in welcher Hinsicht STI verändert werden müsste, um es den Gegebenheiten und Anforderungen hierzulande anzupassen und welche zusätzlichen Kompetenzen Pflegefachkräfte benötigten. Die Kernfrage lautet: Ist das Konzept hier überhaupt sinnvoll umsetzbar? Sollte dies der Fall sein, müsste sich eine Studie darüber anschließen, ob STI herkömmlichen Formen des Umgangs mit herausforderndem Verhalten bei Demenz auch in Deutschland überlegen ist. Die Arbeitsgruppe pflegerische Versorgungsforschung der Charité – Universitätsmedizin Berlin prüft derzeit Möglichkeiten für ein Pilotprojekt zur STI. An einer möglichen Beteiligung interessierte Einrichtungen sind herzlich eingeladen, sich bei dem Autor (T.F.) des Artikels zu melden. <<

**Zu den Autoren:**

**Thomas Fischer**, MPH, Diplom-Pflegewirt (FH), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Arbeitsgruppe Pflegerische Versorgungsforschung, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, [thomas.fischer@charite.de](mailto:thomas.fischer@charite.de), [www.charite.de/pvf/](http://www.charite.de/pvf/)  
**Claudia Spahn**, Diplom-Pflegewirtin (FH), zertifizierte DCM-Anwenderin, Krankenschwester, quabera – Perspektiven für die Pflegeprozessgestaltung, Frankfurt am Main, [mail@quabera.de](mailto:mail@quabera.de), [www.quabera.de](http://www.quabera.de)  
**Christine Kovach**, PhD, RN, University of Wisconsin – Milwaukee, Milwaukee, WI, USA