



Foto: Werner Krüper

Psychopharmaka? Es geht auch ohne!

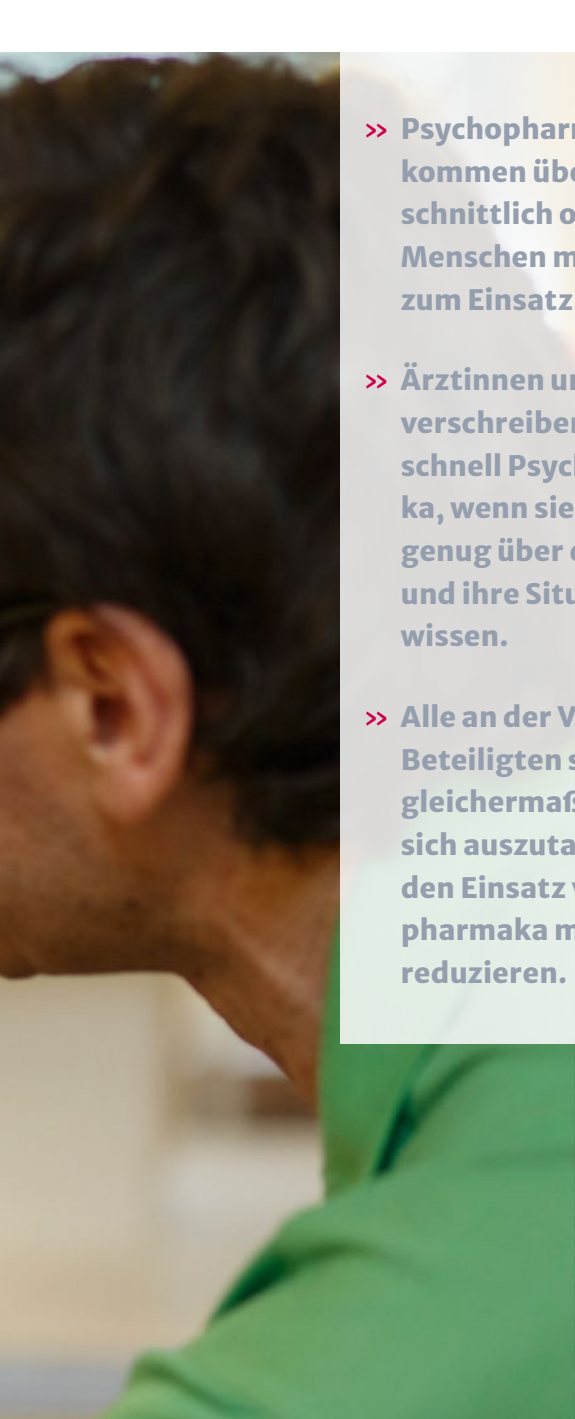


Henry Kieschnick,
Referent für stationäre
Altenhilfe
Diözesan-Caritas-
verband Köln



Ulrike Hackenholt,
Referentin Altenhilfe,
Hospiz und Sozialstationen
Diözesan-Caritas-
verband Paderborn

Aus mehreren Studien ist bekannt, dass bei alten Menschen, vor allem in Altenheimen, zu viele Psychopharmaka eingesetzt werden. Häufig werden sie unbegründet und über einen viel zu langen Zeitraum gegeben. Ein Projekt zeigt: Das lässt sich ändern.

- 
- » **Psychopharmaka kommen überdurchschnittlich oft bei Menschen mit Demenz zum Einsatz.**
 - » **Ärztinnen und Ärzte verschreiben besonders schnell Psychopharmaka, wenn sie nicht genug über die Person und ihre Situation wissen.**
 - » **Alle an der Versorgung Beteiligten sind gleichermaßen gefragt, sich auszutauschen und den Einsatz von Psychopharmaka möglichst zu reduzieren.**

Psychofarmaka werden überdurchschnittlich oft bei demenzkranken Menschen eingesetzt. Dabei sind sie für diese überwiegend nicht hilfreich, sondern stellen sie ruhig, verringern die Ansprechbarkeit und Bewegungsfähigkeit und führen im schlimmsten Fall zu Stürzen und anderen Folgen. Zwar gibt es Zustände, bei denen Psychopharmaka wirksam und hilfreich sind, zum Beispiel in psychotischen Phasen. Am häufigsten werden Psychopharmaka aber bei sogenannten Verhaltensauffälligkeiten verschrieben. Wenn Pflegenden unsicher oder überfordert damit sind, sprechen sie meist Ärzte bzw. Ärztinnen an. Wenn diese dann nicht die richtigen Informationen von den Pflegenden erhalten und die Situation nicht richtig einschätzen können, folgt schnell der Griff zu einem Medikament. Die Schuld soll hier weder allein den Pflegenden gegeben werden noch nur den Ärztinnen und Ärzten, die ja eigentlich für die Verordnung der Medikamente zuständig sind. Denn die Prozesse, die zum Psychopharmaka-Einsatz führen, sind komplex (siehe Abbildung auf S. 24).

Wie man diese Situation verbessern kann, wurde im Projekt »OPESA – Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes in der stationären Altenpflege« untersucht. Dies war ein zweijähriges Gemeinschaftsprojekt der Diözesan-Caritasverbände Köln und Paderborn, finanziell gefördert von GlücksSpirale und Spiel 77. Beteiligt haben sich 16 Altenpflegeheime. Die Analyse der Ausgangssituation betraf sowohl das interne Medikamentenmanagement als auch die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und den Apotheken. In mehreren einrichtungsindividuellen Workshops mit den Pflegeleitungskräften wurde besprochen, was bereits gut umgesetzt ist, was noch nicht gut läuft, warum das so ist und wie man ganz konkret Verbesserungen angehen kann. Am Ende wurde der Erfolg des Projektes evaluiert. Hier die sieben wichtigsten Erkenntnisse:

Erkenntnis 1: Sprache anpassen

Bisher werden in der Fachwelt häufig Begriffe wie »Verhaltensauffälligkeiten« und »herausforderndes Verhalten« verwendet, wenn es um das besondere Verhalten von Menschen mit Demenz geht. Es ist allerdings kritisch zu hinterfragen, ob diese Begriffe eine negative Wertung beinhalten und weniger die Sichtweise des Betroffenen, sondern eher das Empfinden der an der Versorgung Beteiligten widerspiegeln. Wertneutraler und Person-zentrierter ist der Begriff »besonderes Verhalten« bzw. »besonderes Ausdrucksverhalten«.

Erkenntnis 2: Wissen und Strukturen analysieren

Eine angemessene Reaktion auf besonderes Ausdrucksverhalten von demenzkranken Menschen kann grundsätzlich nur gelingen, wenn alle Mitarbeitenden Basiswissen zu Demenzerkrankungen, deren Auswirkungen und zur angemessenen Kommunikation mit den Betroffenen haben. Und wenn sie dieses Wissen auch im Arbeitsalltag anwenden. Das klingt banal, ist es aber nicht. Bewährt hat sich, dieses Wissen fachlich durch die Anwendung von Konzepten wie Selbsterhaltungstherapie, Mäeutik oder den Konzepten nach Böhm (Psychobiografisches Pflegemodell) oder Kitwood (Person-zentrierte Pflege) zu fundieren.

Dazu gehört auch, dass sich die Abläufe in Pflege und Betreuung an den aktuellen Befindlichkeiten der demenzkranken Menschen orientieren sollten und nicht an funktionalen Vorgaben. Häufig wird besonderes Verhalten dadurch ausgelöst, dass Pflegeinterventionen zu einem Zeitpunkt, in einer Weise oder von Personen durchgeführt werden, die für den Betroffenen gerade nicht angenehm sind und eine entsprechende Reaktion erzeugen. Und dann wird häufig unreflektiert von »Verweigerung« oder »herausforderndem Verhalten« gesprochen.

Erkenntnis 3: Verhalten beobachten und dokumentieren

Das Wahrnehmen und Beobachten von besonderem Verhalten ist meist geübte Praxis. Unsicherheiten bestehen aber bei einem Teil der Mitarbeitenden beim Formulieren und Dokumentieren des Gesehenen und Erlebten. Um dies zu beheben, ist eine rein theoretische Schulung meist nicht ausreichend und »»

» zielführend. Daher sollten Formulierungen anhand von ganz konkreten Bewohnerbeispielen so lange eingeübt werden, bis die Mitarbeitenden sicher darin sind.

Erkenntnis 4: Mögliche Ursachen analysieren

Die Ursache für besonderes Ausdrucksverhalten herauszufinden, hat eine immense Bedeutung. Wenn man dies unterschätzt oder die Analyse nicht ausreichend fundiert und strukturiert erfolgt, führt das häufig zur Verordnung von Psychopharmaka. Die Anwendung geeigneter wissenschaftlich basierter Instrumente ist aber in Deutschland noch nicht genügend verbreitet. Oft wird zwar danach geschaut, ob emotionale Bedürfnisse wie Mangel an Geborgenheit oder Nähe ursächlich für besonderes Verhalten sein können. Körperliche Ursachen wie Schmerzen, Wunden und Infekte werden aber oft nicht bedacht. Auch die Kontrolle von Vitalwerten und die Blutanalyse könnten auf Gründe für außergewöhnliches Verhalten hinweisen. Ebenso sollten Umgebungsfaktoren wie Lautstärke und Helligkeit betrachtet werden. Ein Konzept, das diese Aspekte einbezieht, ist die »Serial Trial Intervention« (mehr dazu auf S. 28).

Erkenntnis 5: Ängste von Mitarbeitenden ernst nehmen

Mitarbeitende haben oft Angst davor, dass beim Reduzieren bzw. Absetzen von Psychopharmaka ein Verhalten auftritt oder

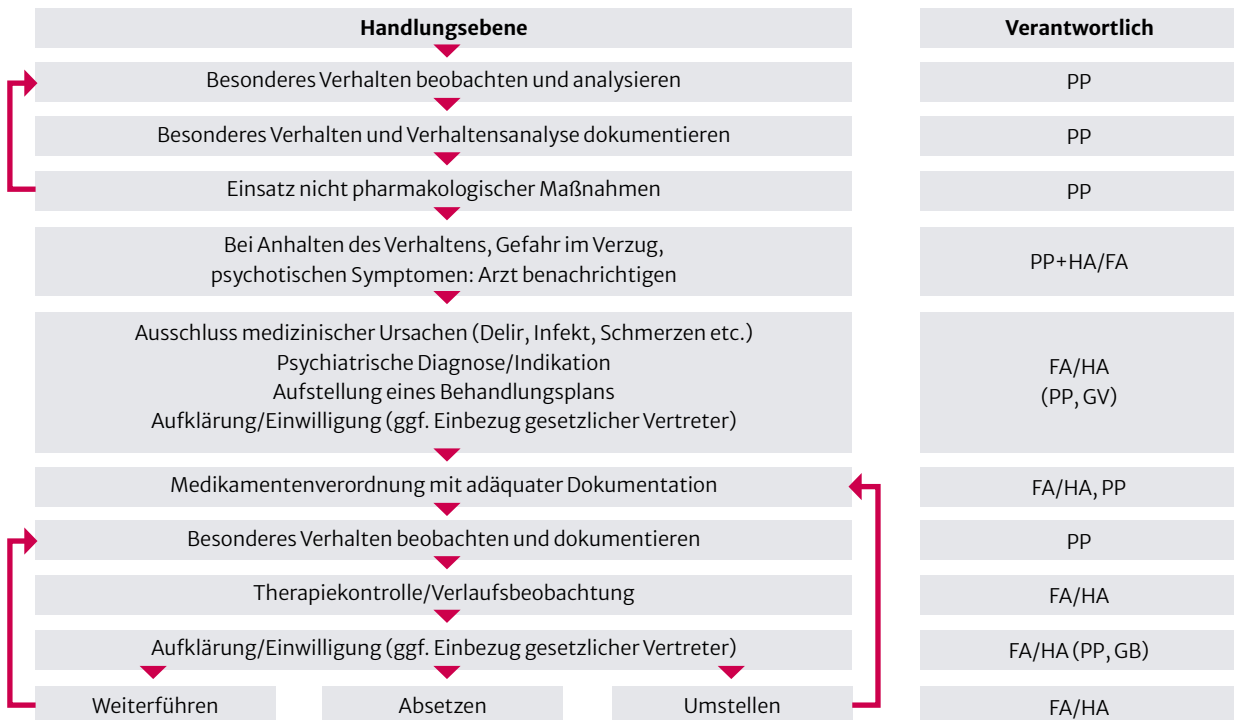
wieder auftritt, dass den demenzkranken Menschen selbst oder andere gefährdet, insbesondere auch Mitarbeitende. Zum Teil ist dies unbegründet, weil sich der Zustand bzw. die Demenz vielleicht schon so verändert hat, dass ein solches Verhalten unwahrscheinlich ist. Oder bei der ursprünglichen Psychopharmaka-Verordnung wurde nicht nach Ursachen geforscht, die man ohne Medikament hätte beheben können. Dennoch sollte man solche Ängste sehr ernst nehmen und sollten Pflegeleitungen mit den Mitarbeitenden mögliche entspannende Konstellationen und Reaktionen auf kritische Situationen besprechen und sie in einer solchen Phase eng begleiten.

Erkenntnis 6: Verantwortlichkeit in der Einrichtung schaffen

Ein Projektbaustein war die Qualifizierung von Medikamentenbeauftragten. Eine Pflegefachperson pro Einrichtung konnte in sieben Schulungstagen und über eine Projektarbeit ihr Wissen zu Psychopharmaka und anderen Medikamenten auffrischen und erweitern. Die Medikamentenbeauftragten sind nicht allein für Medikamente verantwortlich. Sie unterstützen und beraten die anderen Fachkräfte, etwa in der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten. Dieses Expertentum ist hilfreich für eine fachlich gute Umsetzung von Prozessen. Das bedarf aber auch der klaren Regelung und Unterstützung durch die Pflegeleitung.

HANDLUNGSEBENEN DER PSYCHOPHARMAKA-VERORDNUNG

Handlungsebenen der Psychopharmaka-Verordnung nach Pantel u.a. 2006, S. 310, vereinfachte und modifizierte Darstellung
(PP = Pflegeperson, HA = Hausarzt/-ärztin, FA = Facharzt/-ärztin, GV = gesetzlicher Vertreter)



Quelle: Pantel/ Psychopharmaka-Versorgung im Altenpflegeheim. Vereinfachte Darstellung

Psychopharmaka ja oder nein? Mit diesen acht Schritten erfolgt die Abwägung.



Foto: Werner Krüper

Ruhiggestellt: Psychopharmaka machen oft langsam oder nicht mehr ansprechbar.

Erkenntnis 7: Zusammenarbeit sichern

Pflegeheime können zu Recht fordern, dass die Ärzteschaft ihre spezifische Verantwortung im Medikationsprozess wahrnimmt. Dies ist auch bei einem überwiegenden Teil der Ärztinnen und Ärzte der Fall. Wenn aber zum Beispiel Arztvisiten nicht regelmäßig stattfinden oder die Zusammenarbeit und Kommunikation insgesamt schwierig ist, kann es helfen, Kooperationsverträge nach § 119b SGB V (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) abzuschließen oder vorhandene Verträge auf den Prüfstand zu stellen. Vor allem sollte die tatsächliche Umsetzung der Vereinbarungen eingefordert werden. Notwendige Krisengespräche sollte in erster Instanz die Pflegedienst- und/oder Einrichtungsleitung führen. Wenn das keinen Erfolg bringt, können die lokale Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer angesprochen werden. Oft wird von mangelnden Absprachen zwischen den Haus- und den Fachärztinnen und -ärzten berichtet. Dieses Problem sollte nicht auf dem Rücken der Pflegenden ausgetragen werden. Auch hier helfen klärende Gespräche und klare Vereinbarungen.

Die Zusammenarbeit mit den Vertragsapotheken wurde im Projekt von den meisten Einrichtungen als sehr gut und serviceorientiert beschrieben. Allerdings gehen viele Apotheken bei kritischen Medikamentenkonstellationen noch nicht aktiv und direkt auf den verordnenden Arzt bzw. die Ärztin zu, obwohl sie die pharmazeutische Expertise haben. Oft läuft das noch über die Pflegenden, die sich dafür nicht verantwortlich fühlen und Zeit investieren müssten.

Zusammenfassung

Insgesamt ist klar geworden: Nur wenn alle an der Versorgung Beteiligten ihre Verantwortung wahrnehmen, kann der Einsatz von Psychopharmaka reduziert werden. Und bevor die Ärztin oder der Arzt wegen einer möglichen Psychopharmaka-Gabe angesprochen wird, sind die Pflegenden gefordert. Übrigens:

FAZIT

>> 1.

Pflegende sollten besonderes Verhalten genau analysieren und dabei auch körperliche Ursachen und Umgebungsfaktoren bedenken.

>> 2.

Beobachtungen und Schlussfolgerungen sollten am besten so konkret wie möglich erfolgen: Welcher Bewohner hat sich wann und wie verhalten und was sind denkbare Ursachen?

>> 3.

Einrichtungen sollten speziell qualifizierte Medikamentenbeauftragte einsetzen, zum Beispiel um bei Auffälligkeiten in den Medikamentenplänen den Arzt oder die Ärztin anzusprechen.

Eine teilnehmende Projekteinrichtung in Euskirchen kommt bereits komplett ohne Psychopharmaka aus (siehe Schwerpunkt ab S. 26). <<<

MEHR ZUM THEMA

Mehr über das Projekt »OPESA« erfahren Sie hier: caritasnet.de/themen/alter-pflege/stationaere-pflege sowie hier: caritas-paderborn.de/opesa

Pro & Contra: »Zu viele Beruhigungsmittel«? Nachzulesen in der **Altenpflege** 11/2023: vinc.li/puc1123