

Psychopharmaka werden zu häufig unreflektiert verschrieben und eingenommen

Der OPSEA-Abschlussbericht zeigt: Der Einsatz von Psychopharmaka kann in der stationären Altenpflege deutlich reduziert werden. Aus dem Projekt sind konkrete Handlungsempfehlungen zum besseren Umgang mit den Medikamenten entstanden.

Von Anna Kiefer

Melneurin, Diazepam oder Atosil: Der Einsatz von Psychopharmaka ist in der Altenpflege gang und gäbe. Für manche gibt es eine Indikation, die auf eine echte Verbesserung der Symptome abzielt. In vielen Fällen heißt die „Indikation“ allerdings: Fachkräftemangel, keine Zeit, kein Nerv. Rein mit dem Zeug, damit Ruhe ist.

Kann man in der Altenpflege überhaupt auf Psychopharmaka verzichten? Die Diözesan-Caritasverbände (DiCV) Köln und Paderborn hatten den Mut, sich dieser Frage selbstkritisch zu stellen. In ihrem Projekt „OPESA – Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes in der stationären Altenpflege“ untersuchten sie fast zwei Jahre lang, was Fakt ist und was Mythos und welche Spielräume es hier gibt. „Man kann in der

stationären Altenpflege fachlich fundiert und verantwortet den Psychopharmaka-Einsatz sehr deutlich reduzieren, teilweise sogar gänzlich auf eine Dauermedikation verzichten“, heißt es im Abschlussbericht von OPESA. Die Abkürzung steht für „Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes in der Altenpflege“

Von September 2021 bis August 2023 prüften die Diözesan-Caritasverbände (DiCV) Köln und Paderborn, wie die eigenen Einrichtungen mit dieser Arzneimittelgruppe umgehen. Pflegefach- und Hilfskräfte wurden befragt, Leitungskräfte interviewt und schnell festgestellt: „Tatsächlich werden Psychopharmaka bei Pflegeheimbewohnern insgesamt zu häufig, zu lange und überdurchschnittlich oft bei demenzkranken Menschen eingesetzt. Das ist fachlich fragwürdig, da sie häufig unreflektiert bei sogenannten Verhaltensauffälligkeiten verschrieben werden, die

nicht auf psychotische Zustände zurückzuführen sind“, so Henry Kieschnick, Referent für die stationäre Altenhilfe beim Diözesancaritasverband in Köln.

Anders ausgedrückt: Die beteiligten Akteur:innen sind im Jahr 2024 offenbar nicht oder nicht ausreichend in der Lage, mit Psychopharmaka fachgerecht umzugehen. Das betrifft auch die Pflege. Was muss geschehen, damit sich das ändert? Die Projektverantwortlichen stellen in ihrem Bericht klar: „Pauschale Schuldzuweisungen helfen [...] nicht.“ Damit beziehen sie sich auf die unzureichende Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzt:innen sowie Ärzt:innen und Pflegekräften. Ihr Vorschlag: Jede Einrichtung sollte eine ausreichende Anzahl geeigneter und motivierter Pflegefachpersonen zu sogenannten Medikamentenbeauftragten qualifizieren. Deren Aufgabe könnte es unter anderem sein, die Kommunikation mit Haus- und Fachärzt:innen sowie den Apotheken zu übernehmen, gegebenenfalls auch die Umsetzung der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V einzufordern. Aber auch, andere Pflegefachpersonen beim Thema Medikamentenmanagement anzuleiten und zu beraten. In den Projekteinrichtungen habe sich dadurch „die Zusammenarbeit [...] spürbar verbessert“, heißt es im Abschlussbericht auf Seite 60: „Beispielsweise schätzen die Ärzte inzwischen, dass sie besonders qualifizierte Ansprechpersonen haben, die kompetent zu den relevanten Aspekten Auskunft geben könnten.“

Relevante Aspekte? Das kann alles sein, was im Zusammenhang mit dem besonderen Ausdrucksverhalten eines Bewohners beobachtet wird. Gerade bei Menschen mit Demenz gehören dazu auch somatische



In vielen Fällen kann auch auf die Gabe von Psychopharmaka verzichtet werden.

Foto: Werner Krüper

CHECKLISTE VOR DER GABE VON PSYCHOPHARMAKA

Bevor auf Psychopharmaka zurückgegriffen wird, sollten Pflegekräfte mögliche Ursachen für das besondere Verhalten einer Bewohner:in herauszufinden versuchen – und zwar, bevor der Arzt deswegen angesprochen wird. Dabei kann u. a. die Methode Serial Trial Intervention (STI) helfen. Beispiele:

- Schmerzen?
- Entgleiste Vitalwerte (z. B. Blutdruck, Blutzucker)?
- Harndrang?
- Hunger, Durst?
- Verletzungen, z. B. durch schlechtsitzende Prothese?
- Starker Juckreiz?
- Umgebung zu hell, zu laut o. ä.?
- Unbefriedigte emotionale Bedürfnisse (Nähe, Geborgenheit, Zuneigung)?
- Mangelnde Bewegung?
- Auffällige Blutwerte (z. B. Elektrolyte)?

Aspekte: Schmerzen, ein stark schwankender Blutzuckerspiegel oder Elektrolytverschiebungen können Aggressionen oder Störungen hervorrufen, bei denen Psychopharmaka völlig fehl am Platz wären. Diese Beobachtungen so zu formulieren, dass die behandelnde Ärztin damit etwas anfangen kann, muss anhand konkreter Beispiele immer wieder eingeübt werden. Als hilfreiche Konzepte empfehlen die Projektverantwortlichen die Serial Trial Intervention (STI) und das Need Driven Dementia Compromised Behavior Model (NDB).

Dass nichtmedikamentöse Interventionen zunächst „Hämmern“ wie Melneurin vorzuziehen sind, versteht sich eigentlich von selbst. Dennoch stellten die Diözesan-Caritasverbände fest: „Erfahrungsgemäß ist aber Wissen zu nichtmedikamentösen Alternativen nicht in allen Einrichtungen bzw. nicht bei allen Mitarbeitern ausrei-

chend vorhanden. Außerdem haben Mitarbeiter teilweise Bedenken, dass durch die alternativen Interventionen das besondere Verhalten nicht positiv beeinflusst werden kann.“ (Seite 56). Ist es tatsächlich Wissen, dass hier nachgeschult werden muss? Oder geht es vielmehr darum, es sich möglichst einfach zu machen? Auch das wurde im Projekt deutlich: Die eigene Haltung zu dem Thema müsste vielerorts genauso auf den Prüfstand gestellt werden wie die generelle Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Akteur:innen.

Wie es um die Haltung bestellt ist, spiegelt auch die Sprache wider: Wird wertneutral von besonderem Ausdrucksverhalten gesprochen, wenn sich jemand mit Demenz vor lauter Schmerzen nicht mehr anders zu helfen weiß, als um sich zu schlagen? Oder fühle ich mich als Pflegekraft „provokiert“, weil die mir anvertrau-

te Bewohnerin dadurch die Abläufe „stört“?

Zu ergründen, was hinter dem Verhalten eines Bewohners mit Demenz stecken mag, ist oft nur im Team möglich. Auch deswegen betonen Projektverantwortliche wie Kieschnick immer wieder: „Nur, wenn alle an einem Strang ziehen und ihre eigene, spezifische Verantwortung wahrnehmen, kann der fachgerechte Umgang mit Psychopharmaka oder – besser noch – ohne sie gelingen.“ Weg von „Da sind mir die Hände gebunden, der andere ist schuld“ hin zu „was kann ich beitragen, damit es besser wird“. Hier ist die Pflege ebenso gefragt wie Ärzt:innen und Apotheker:innen.

Den Bericht mit allen konkreten Handlungsempfehlungen aus dem Modellprojekt finden Sie unter diesem Link: caritasnet.de/themen/altenpflege/stationaere-pflege/