



Foto: Adobe Stock/ Iryna

OPESA-SERIE
Teil 1

Psychopharmaka im Heim: Das Problem mit den Ärzt:innen

In dieser Serie geht Autorin Anna Kiefer zentralen Erkenntnissen aus dem Projekt „Opesa“ nach. Diesmal: Warum die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen schwierig ist.

Von Anna Kiefer

Melperon, Diazepam, Amitriptylin oder gleich alles zusammen: Immer wieder kommt es vor, dass Bewohner:innen mit Psychopharmaka regelrecht „zugedröhnt“ werden. Überhang am Morgen, Antriebsschwäche oder Sturzneigungen sind nur einige der Folgen. Sie belasten nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch Pflegekräfte, Angehörige und nicht zuletzt die Krankenkassen. Geht das nicht auch anders? Im Projekt „OPESA – Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes in der stationären Altenpflege“ gingen die Diözesan-Caritasverbände (DiCV) Köln und Paderborn dieser Frage nach und stellten fest: Ein Problem ist die Zusammenarbeit mit und von Haus- und Fachärzt:innen.

In vielen Einrichtungen gilt es als „normal“: Wenn ein Bewohner mit Demenz die Abläufe durcheinanderbringt, wird er mit Medikamenten „ruhiggestellt.“ Wenn eine Bewohnerin mit Ängsten die Pflege zu sehr beansprucht, gibt’s „Bedarf“. Nicht, weil es ihr hilft – sondern, damit Ruhe ist. Ist das nicht eigentlich ein unverantwortlicher Substanzmissbrauch, Indikation: Stress der Mitarbeitenden? Und entlastet das überhaupt, wenn man bedenkt, wie viel Mehraufwand durch die Nebenwirkungen entsteht? Ziel des Projekts OPESA (2021-2023) war es, einen bedarfsgerechten Einsatz von Psychopharmaka bei den Bewohner:innen von Altenpflegeheimen zu gewährleisten. Zu schauen: Wie kann man verantwortlich mit diesen „Hammer“-Medikamenten umgehen? Und welche Alternativen gibt es?

Wer hier neue Wege einschlagen will, ist auf eine gute Zusammenarbeit mit Ärzt:innen und Apotheken angewiesen. Leider scheitert es in der Praxis oft an Ersterem. „Oft wird in der Praxis davon berichtet, dass sowohl der Hausarzt als auch der Facharzt ohne Absprachen untereinander

der Psychopharmaka verordnen, die Medikation umstellen oder Psychopharmaka absetzen. Dies führt dann häufig zu einer unklaren Verordnungssituation oder zur Mehrfach-Medikation mit Psychopharmaka, mit der Gefahr von gravierenden Wechselwirkungen, auch mit anderen Medikamenten“, steht im Abschlussbericht auf Seite 57. Weiter heißt es dort: „Eigentlich müssten die beschriebenen Probleme auffallen, wenn die zuständigen Ärzte regelmäßig die Medikationspläne überprüfen würden. Das ist aber oft nicht der Fall. Die mangelnden Absprachen zwischen den Haus- und Fachärzten sollten nicht auf dem Rücken der Pflegenden ausgetragen werden und nicht mit Aufwand für die Einrichtung verbunden sein“.

Bettina Girts, Pflegedienstleitung im St. Johannes Pflegezentrum des Klinikums Hochsauerland in Neheim, kann davon ein Lied singen. „Wir leben im Zeitalter der Digitalisierung, sie könnten auf die Medikationspläne zugreifen. Das tun sie aber nicht.“ Die Pflegedienstleitung berichtet von einer Bewohnerin, die so viele Psychopharmaka erhält, dass man „damit bald einen Elefanten schlafen legen könne.“ Nebenwirkung: Ständige Stürze oder fehlende Kraft, überhaupt

aufzustehen. Dadurch erhöht sich natürlich auch der Pflegebedarf. „Unsere Medikamentenbeauftragte hat deswegen schon mehrfach den Neurologen angesprochen. Aber da tut sich gar nichts“, berichtet sie.

Eine Erkenntnis aus dem Projekt OPESA ist, dass Einrichtungen eine verantwortliche Stelle schaffen sollten. Das können sogenannte Medikamentenbeauftragte sein: Pflegefachkräfte, die nach entsprechenden Schulungen als Schnittstelle zwischen Ärzt:innen und Apotheke fungieren und Kolleg:innen beratend zur Seite stehen. Das St. Johannes Pflegezentrum ist diesem Rat gefolgt und hat noch im Rahmen des Projekts eine Mitarbeiterin entsprechend qualifiziert. Die Zusammenarbeit mit der Apotheke funktioniert gut, lobt Girts. „Wir hatten mehrere Schulungen mit unserem Apotheker, der Pflegefachkräfte wie Hilfskräfte auch über Neben- und Wechselwirkungen von Psychopharmaka aufgeklärt hat. Dadurch können wir nun alle besser beobachten: Liegt es vielleicht auch am Medikament, wenn sich jemand ungewöhnlich verhält?“ Auch die Ärzt:innen, darunter auch die drei Neurologen im Umkreis wurden von der Pflegedienstleitung über das Projekt informiert und zur Teilnahme eingeladen. Aber: „Nur

ein einziger Hausarzt hat signalisiert, dass er es gut findet, dass wir das machen. Von den anderen kam gar nichts.“

Dabei gebe es in vielerlei Hinsicht Abstimmungsbedarf, nicht nur bei Psychopharmaka. „Wir schicken unsere Medikationspläne alle drei Monate zu den Ärzt:innen, damit sie überprüft werden. Sie kommen dann sehr schleppend zurück und sind fast immer fehlerhaft: Etwa, weil ein Medikament bei der Visite angeordnet, aber nicht in den aktuellen Plan übernommen wurde. Oder der Arzt hat etwas abgesetzt, was aber im Plan weiterläuft. Wenn ein Bewohner aus dem Krankenhaus zurückkommt, wird es ganz schlimm, das kostet die Pflege unglaublich viel Zeit. Meine Mitarbeiterinnen müssen teilweise fünf- bis zehnmal dort anrufen oder Faxe schicken, bis endlich was passiert! Mein Eindruck ist, dass die Ärzte da gar nicht bewusst draufgucken, sondern einfach nur ihre Unterschrift druntersetzen“, berichtet die Pflegedienstleitung. Fachkräftemangel auf der einen Seite – aber wichtige Ressourcen in Warteschleifen binden, weil andere Berufsgruppen ihre Hausaufgaben nicht machen?

„Mir ist klar, dass auch die Ärzt:innen viel zu tun haben“, betont Girts. „Aber wir Pflegekräfte müssen da auch hartnäckig bleiben. Wir erleben die Bewohner:innen täglich, im Gegensatz zum Arzt, der nur eine Momentaufnahme hat. Vor dem Hintergrund ist es nicht haltbar, wenn die sagen, pfusch mir nicht ins Handwerk. Darum geht es nicht.“ Im Abschlussbericht zum Projekt OPESA wird empfohlen, eine sinnvolle Zusammenarbeit einzufordern: Unter Berufung auf Kooperationsverträge nach § 119b SGB V oder zur Not über die Kassenärztliche Vereinigung. Ersteres habe man bereits versucht, so Girts – ohne Erfolg. „Es bräuchte eine unabhängige Stelle, an die man sich wenden kann“.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Eine ausreichende Anzahl geeigneter und motivierter Pflegefachpersonen zu Medikamentenbeauftragten qualifizieren.
- Kooperation und Kommunikation zwischen der Einrichtung und den Haus- und Fachärzten in Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V eindeutig und detailliert regeln.
- tatsächliche Umsetzung der Kooperationsverträge regelmäßig überprüfen
- Bei gravierenden Problemen in der Zusammenarbeit, die Ärzte durch die Pflegedienst- und/oder Einrichtungsleitung ansprechen.
- Mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und/oder der Ärztekammer bei anhaltenden gravierenden Problemen mit einzelnen Ärzten nach Lösungen suchen, aber erst, wenn die Gespräche der Pflegedienst- bzw. Einrichtungsleitung keinen Erfolg haben.

Quelle:
Abschlussbericht zum Projekt OPESA, Seite 58 (Auszüge)

Abschlussbericht OPESA:
<https://vinc.li/opesa>