



Foto: Werner Krüper

OPESA-SERIE

Teil 2

# Psychopharmaka im Heim: Die Medikation stets beobachten

In dieser Serie geht Autorin Anna Kiefer zentralen Erkenntnissen aus dem Projekt „OPESA“ nach. Diesmal: Warum es Medikamentenbeauftragte braucht.

Von Anna Kiefer

In vielen Einrichtungen ist es gang und gäbe: Sobald ein Bewohner unruhig ist, wird Bedarfsmedikation verabreicht. Nach dem Motto: Rein mit dem Zeug, damit Ruhe ist – ungeachtet der Nebenwirkungen. Das kann nicht der Weg sein, dachten sich die Diözesan-Caritasverbände (DiCV) Köln und Paderborn. In ihrem Projekt „OPESA – Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes in der stationären Altenpflege“ untersuchten sie, wie ein fachlich angemessener Umgang mit Psychopharmaka aussehen kann. In unserer Serie stellen wir die wichtigsten Erkenntnisse vor. Heute: Verantwortlichkeit in der Einrichtung schaffen.

Medikamente haben Nebenwirkungen, Psychopharmaka ganz besonders. Dass bei Erkrankungen wie Parkinson auf solche Medikamente schwerlich verzichtet werden kann, ist klar. Aber wie sinnvoll ist es, einem „unruhigen“ Bewohner wieder und wieder Melneurin zu verabreichen, wenn laut Fach- und Gebrauchsinformation „Unruhe“ zu den unerwünschten Wirkungen zählt? Oder gar Halldol, das unter anderem schwere Herzrhythmusstörungen aus-

lösen kann? „Wir reden immer vom Fachkräftemangel und davon, dass wir keine Zeit haben“, sagt Sarah Saure, Altenpflegefachkraft im St. Franziskus-Seniorenhaus des Caritasverbands Olpe in Nordrhein-Westfalen. „Aber wir sehen gar nicht, wie viel unnötige Arbeit wir uns machen, die durch die Gabe von Psychopharmaka hervorgerufen wird. Wenn wir mal schauen würden, was ein Bewohner tatsächlich braucht, könnten wir uns sehr viel Zeit sparen.“ Saure arbeitet seit 18 Jahren in der Einrichtung, möchte dort auch bleiben. Ein Grund für sie ist die Teilnahme am Projekt OPESA. Als Pflegedienstleitung Gaby Arens in der Corona-Zeit um Projektteilnehmer:innen warb, habe sie sich sofort beworben und gemeinsam mit drei Kolleg:innen die Weiterbildung zur Medikamentenbeauftragten durchlaufen.

„Mir als Mitarbeiterin tut es unheimlich gut, zu sehen, dass wir durch das Projekt etwas bewirken konnten. Dass eine Veränderung stattgefunden hat und es dadurch auch fachlich vorangeht. Ich sehe jeden Tag, dass es unseren Bewohnern hilft und es ihnen dadurch besser geht“, erzählt Saure. „Natürlich ist es Arbeit, sich mit dem Thema Psychopharmaka auseinanderzusetzen. Aber es

lohnt sich: Hinterher hat man viel weniger Arbeit als vorher.“ Sie berichtet von einer Bewohnerin, die unter Psychopharmaka-Gabe regelmäßig gestürzt sei. „Wir dachten vor dem Projekt gar nicht daran, dass die Sturzneigung auch eine Nebenwirkung des Medikaments sein kann. Wir haben das dann langsam ausgeschlichen und konnten die Stürze dadurch massiv reduzieren. Das war nicht nur für die Bewohnerin eine enorme Erleichterung, sondern auch für die Mitarbeiter, weil der damit verbundene Pflegeaufwand deutlich reduziert wurde“. In anderen Fällen hätten „ruhiggestellte“ Bewohner durch das Absetzen des Psychopharmakons wieder mehr Ressourcen und Selbstständigkeit erlangt und konnten dadurch etwa wieder allein essen. Auch das habe den Aufwand für die Pflege erheblich reduziert.

Hausgemachter Mehraufwand durch unsachgemäßen Umgang mit Medikamenten: Angesichts der ohnehin schwierigen Versorgungslage mutet das geradezu absurd an. „Vor dem Projekt wurden schon auch mal Medikamente abgesetzt“, berichtet Saure. „Aber es wurde gar nicht darüber nachgedacht: Kann man das überhaupt abrupt absetzen? Oder muss man das vielleicht ausschleichen?“ Die Apotheke habe auch kontrolliert, ob Medikamente ordnungsgemäß gelagert werden. Medikationspläne seien jedoch nicht überprüft worden. „Meist wurde beim ersten Anzeichen von Unruhe sofort der Arzt angesprochen, ohne dass der Bewohner länger beobachtet wurde. Der hat dann Bedarf angeordnet und es wurde nie wieder geschaut – derjenige bekam einfach ständig Melperon.“

Das läuft nun anders: Noch während der Teilnahme am Projekt OPESA wurden im St. Franziskus-Seniorenhaus vier Mitarbeiterinnen zu sogenannten Medikamentenbeauftragten ausgebildet. Sie sollen die Kommunikation mit Haus- und Fachärzt:innen verbessern und Kolleg:innen beim Medikamentenmanagement anleiten und beraten. Für ihr Haus haben Saure und ihre Kolleg:innen eine

Handlungsanweisung für die Praxis inklusive Checkliste erstellt. Einmal im Monat schaut sich jede von ihnen die Medikationspläne des Wohnbereichs an, holt bei Fragen die Unterstützung der Apotheke ein und spricht die Haus- und Fachärzt:innen an, wenn der Eindruck entsteht, dass ein Medikament inzwischen mehr schadet als nützt. Dafür sind sie an dem Tag komplett freigestellt: Das Telefon bleibt aus und sie gehen auch nicht auf die Klingel.

„Sich hier auszutauschen, ist ganz wichtig“, betont Saure. „Was läuft, wo muss nachgebessert werden?“ Außerdem gilt in der Einrichtung neuerdings das Sechs-Augen-Prinzip: Bevor ein Arzt/eine Ärztin hinzugezogen wird, teilt die Medikamentenbeauftragte ihre Beobachtungen mit mindestens zwei weiteren Fachpersonen.

Dass es in der Einrichtung eine oder am besten mehrere verantwortliche Ansprechpartner:innen geben muss, ist eine wesentliche Erkenntnis aus dem Projekt. In sieben Schulungstagen wurden in Kooperation mit der Caritas-Akademie Köln tiefgehende Inhalte vermittelt, durch pharmazeutische Experten und Ärzte aus Neurologie, Psychiatrie und klinischer Geriatrie. „In den Projekteinrichtungen hat sich der Einsatz der Medikamentenbeauftragten bewährt“, heißt es im Abschlussbericht auf Seite 60.

Und: Es habe sich auch gezeigt, dass dadurch Leitungskräfte entlastet werden könnten. Saure kann das nur bestätigen: „Es ist wichtig, dass es in der Einrichtung jemanden gibt, der explizit dafür zuständig ist. Und das können wir am besten machen: Ärzte und Apotheken kennen die Bewohner kaum. Sie erleben sie allenfalls in einer Momentaufnahme. Wir hingegen sehen sie täglich, können viel besser herausfinden, welches Grundbedürfnis vielleicht hinter ungewöhnlichem Verhalten steckt oder ob sich somatisch etwas verändert hat.“

Den Abschlussbericht des Projekts OPESA finden Sie hier: <https://vinc.li/opesa>

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- eine ausreichende Anzahl geeigneter und motivierter Pflegefachpersonen zu Medikamentenbeauftragten zu qualifizieren,
- die Medikamentenbeauftragten für spezielle, vor allem überwachende, unterstützende und beratende Aufgaben im Rahmen des Medikamentenmanagements einzusetzen, insbesondere auch bezogen auf den Psychopharmaka-Einsatz bei den Bewohnern der Einrichtung,
- das Aufgabenspektrum der Medikamentenbeauftragten, deren Einbindung in die Gesamtorganisation (z.B. bezüglich Weisungsbefugnis und Weisungsgebundenheit) sowie den erforderlichen Zeit- bzw. Stellenumfang zur Erfüllung der speziellen Aufgaben zu klären und in einer Stellen- bzw. Funktionsbeschreibung festzulegen,
- die Unterstützung der Medikamentenbeauftragten durch die Pflegeleitung sicherzustellen.

Quelle: Abschlussbericht zum Projekt OPESA, Seite 60