

Der Begriff und Einsatz der Psychopharmaka

Einleitend ist der Begriff der potenziell sedierenden Psychopharmaka zu definieren. In München gibt es bislang keine Anträge an das Vormundschaftsgericht, die Psychopharmakagabe zum Zweck des Freiheitsentzuges, bzw. der Freiheitseinschränkung zu genehmigen. Die Praxis geht von einem therapeutischen Einsatz und Nutzen der Psychopharmaka aus.

Psychopharmaka sind Medikamente, die zur Therapie psychiatrischer Erkrankungen verordnet werden und nach kurzfristiger bzw. langfristiger Gabe zweifelsfrei einen Effekt auf die Psyche haben.

Die fachlich übliche Untergliederung erfolgt in:

- Antidepressiva (Einsatz bei Depressionen, chronischen Schmerzen sowie Angst- und Zwangszustände)
- Neuroleptika (gegen wichtige Merkmale psychotischen Geschehens, wie Halluzinationen oder Wahn, aber auch zur Sedation bei schwerer Erregung)
- Tranquilizer (Beruhigungsmittel mit schnell wirkender angstlösender Komponente)
- Hypnotika (Schlafmittel, sehr heterogene Gruppe)

Wie aus der kurzen Übersicht deutlich wird, haben Psychopharmaka ihren Sinn und Nutzen. Bedeutend ist, dass die Medikamentierung gezielt, unter entsprechender Indikation und verantwortungsbewusst erfolgt. Ein sinnvoller Einsatz kann z.B. erfolgen, wenn eine Depression gelindert wird, Wahnvorstellungen reduziert werden oder eine schlafanstoßende Therapie erfolgt. Das Ziel muss dementsprechend verfolgt werden. Zugleich sind die Nebenwirkungen wie auch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, aber auch mit anderen Substanzen, wie Schwarztee oder Alkohol zu berücksichtigen. Ein behutsamer und qualitätsgesicherter Einsatz gilt insbesondere den Psychopharmaka, die als Bedarfsmedikament verordnet und verabreicht werden.

Anamnese, Evaluation, fachlicher Austausch	<p>Die Anamnese hat für einen biografieorientierten Ansatz und die Erfassung und den Einsatz von alternativen Interventionen zu FeM eine hohe Bedeutung. So können Informationen über frühere Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen gesammelt und der Pflegeplanung zugrunde gelegt werden. Beispiel: Zum Abendessen ein Bier, spätes Zu-Bett-Gehen, Rituale etc. .</p> <p>Des Weiteren ist die exakte Diagnosestellung seitens des Arztes notwendig. Sie wird ergänzt um Assessments (z.B. Mini-Mental-Status-Examination nach Folstein) durch Arzt und Pflegendende.</p> <p>Im Rahmen von Pflegevisiten, Fallbesprechungen, die regelmäßig sowie ergänzend als Riskmanagement durchgeführt werden, können Risiken für die Bewohner/-innen wie auch mögliche Alternativen erfasst und umgesetzt werden.</p> <p>Standards oder Checklisten, die auf interne und externe Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen, können hierbei hilfreich sein.</p> <p>Der kollegiale Austausch kann ebenso wie die Rücksprache mit der Pflegedienstleitung zu einer verbesserten Ursachenforschung innerhalb der sozialen Betreuung beitragen.</p>
Ärztliche Anordnung	<p>Die ärztliche Betreuung erfolgt aufgrund der freien Arztwahl individuell bewohnerbezogen. Es besteht kein Vertragsverhältnis zwischen dem behandelnden Arzt und der Einrichtung, weswegen grundsätzlich eine gute Kooperation anzustreben und maximal mit einem Kooperationsvertrag Verbindlichkeit zu erzielen ist.</p> <p>Sinnvoll ist die fachlich ergänzende Kooperation mit einem Psychiater bzw. Neurologen, der individuell bei Bedarf hinzugezogen werden kann.</p> <p>Die schriftliche Anordnung des behandelnden Arztes ist umgehend einzuholen und muss insbesondere bei der Bedarfsmedikamentierung hinsichtlich Indikation und maximaler Tagesdosis detailliert vorliegen.</p>

Überlegungen zur Senkung der Medikation mit potenziell sedierenden Psychopharmaka;
 Wege zur Qualitätssicherung bei der Medikamentengabe.

<p>Überleitung</p>	<p>Für die Kontinuität der Behandlung bei Heimeinzug bzw. Rückkehr aus dem Krankenhaus ist die Qualität der Pflegeüberleitung entscheidend. Hier ist die ärztliche Anordnung aus dem überweisenden Krankenhaus zu ermitteln und die Versorgung mit den entsprechenden Medikamenten zeitnah und lückenlos sicher zu stellen.</p>
<p>Verabreichung der Medikamente</p>	<p>Examinierte Pflegende tragen die Durchführungsverantwortung und verabreichen die Medikamente in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, der das Ausmaß der Beobachtung und Dokumentation (z.B. Wirkungen, Nebenwirkungen) festlegt.</p> <p>Zu unterscheiden ist zwischen Regelmedikamentierung und Bedarfsmedikamentierung. Dabei ist auf korrekte und umfassende Dokumentation der Anordnung (s.o.), aber auch auf eine entsprechende Reflektion im Pflegeprozess zu achten.</p> <p>Die Verantwortung für die Rückmeldung der Wirkung der Medikamentierung an den Arzt liegt im Rahmen der Beobachtung und Evaluation der Pflegeplanung bei den Pflegenden. Hierbei sind strukturierte Fallbesprechungen und Pflegevisiten, sowie eine gute Kooperation mit dem Arzt sinnvoll und notwendig.</p> <p>In diesem Zusammenhang ist auch die regelmäßige Überprüfung der ärztlichen Anordnung aller verordneten Medikamente notwendig. Doppelmedikamentierungen, Therapien, deren Anlass entfiel, Wechselwirkungen unterschiedlicher Präparate u.a.m. können hierdurch erkannt und vermieden werden.</p>
<p>Management-Aufgabe der Pflegeeinrichtung</p>	<p>Die Verantwortung für die Erfüllung der Gesetze (z.B. HeimG und SGB XI) liegt sowohl beim Heimträger als auch beim Heimmanagement. Hierbei ergibt sich das Spannungsfeld, einerseits die freie Arztwahl zu garantieren und andererseits die Versorgung der Bewohner/-innen auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sicher zustellen (z.B. keine Verwendung von Mercurochrom o.ä.).</p> <p>Die Grundeinstellung der Leitungen (Hausleitung, Pflegedienstleitung, Bereichsleitung) und der Pflegenden ist entsprechend der Pflegephilosophie und des Pflegeleitbildes definiert und befindet sich im Rahmen des Pflegekonzeptes im stetigen Prozess der Umsetzung in den Pflegealltag. Dabei besteht für die Pflegenden die</p>

Überlegungen zur Senkung der Medikation mit potenziell sedierenden Psychopharmaka;
Wege zur Qualitätssicherung bei der Medikamentengabe.

	<p>Möglichkeit, die Therapievorschläge des Arztes zu hinterfragen, und mit dem Pflege – und Heimmanagement zu thematisieren.</p> <p>Es ist Management-Aufgabe, für die Möglichkeiten zur Anwendung von Alternativen zu sorgen und die Verantwortung für die strukturellen, zeitlichen, finanziellen und materiellen Ressourcen zu übernehmen .</p> <p>Beispielhaft sind die Verbesserung der Beleuchtung innerhalb der Einrichtung, die Schaffung von Beschäftigungsangeboten, fachspezifische Fortbildungen, Angehorigenabende zu nennen. Zeitliche Ressourcen etwa für Fallbesprechungen können u.a. über Ablaufoptimierungen, wie etwa bei Ubergabegesprachen geschaffen werden. Unterschiede in der Toleranz der Pflegenden gegenüber herausforderndem Verhalten der Bewohner/-innen (Schreien, Umherlaufen, Schlagen etc.) können über Fallbesprechungen oder Supervisionen bewusst gemacht und alternative Interventionen zu Psychopharmaka gefunden werden.</p>
Verantwortung der Bevollmächtigten und gesetzlichen Betreuer/-innen	<p>Besonders hervorzuheben ist, dass die Zustimmung zur ärztlichen Untersuchung und Behandlung nur die Bewohner/-innen selbst geben können, bzw. die für diesen Aufgabenkreis ermächtigten Bevollmächtigten oder vom Gericht bestellten gesetzlichen Betreuer/-innen. In das Arzt-Patienten-Verhältnis tritt der rechtliche Vertreter dann ein, wenn der Betroffene sich in diesem Bereich nicht mehr selbst vertreten kann.</p> <p>Der behandelnde Arzt muss die Einwilligung bei den Betroffenen bzw. deren Vertretern einholen. . Bei Behandlungen, die schwerwiegende gesundheitliche Risiken bergen, haben sie die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen.</p> <p>Sie müssen in Zusammenarbeit mit den Pflegenden laufend die Medikamentengabe kontrollieren und u.U. notwendige Maßnahmen anstoßen.</p>

Rahmenbedingungen:

1. Problematisch für die Zukunft wird sich die veränderte Gebührenordnung erweisen, die zu einer verringerten Vergütung der Hausbesuche in Alten- und Pflegeheimen führt. Die hier investierte Zeit der Ärzte wird sich, da sie nicht entsprechend gewertet wird, wahrscheinlich verringern und damit zu einer Qualitätsabsenkung bei der Betreuung der Patient/-innen führen.
2. Als problematisch erweist sich nach wie vor die fehlende Verpflichtung für Ärzte, auch im Dokumentationssystem der Pflegeeinrichtungen zu dokumentieren, bzw. ihre Medikamentierungsanordnung abzuzeichnen. Viele Ärzte nehmen in München dies jedoch bereits per Fax zeitnah wahr und nutzen die Dokumentationsformulare für ärztliche Anordnungen und Visiten, sodass die Verantwortung der Pflegenden für die Durchführung schriftlich legitimiert wird.
3. Der Informationsfluss ist bei bzw. nach der Entlassung zwischen Krankenhaus, behandelndem Hausarzt und Pflegenden sicher zu stellen.
4. Bei der Bestallung zum Betreuer erfolgt eine Einführung durch die Rechtspfleger des Vormundschaftsgerichtes. Ehrenamtliche Betreuer/-innen werden auf die Beratung und Unterstützung der Betreuungsvereine hingewiesen.

Die Erfahrung zeigt, dass es insbesondere bei Angehörigen, ehrenamtlichen rechtlichen Betreuer/-innen und vor allem Bevollmächtigten, die bisher keine systematischen Aufklärung erhielten, große Wissenslücken im Hinblick auf ihre Rechte und Pflichten gibt.

Daher ist die Schulung, Beratung und Begleitung im Bereich der Gesundheitssorge sinnvoll und wichtig.

Angehörige Bevollmächtigte und Betreuer/-innen sind aber nachweislich nur ungenügend über die üblichen Beratungsangebote zu erreichen. Daher könnte ein spezielles Handout zu dieser Themenstellung die Zielgruppe im Bedarfsfall für das Problem sensibilisieren und sie auf die Beratungsmöglichkeiten hinweisen.