

**Modellprogramm zur
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI**

**Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege
Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von
Handlungsalternativen
(PhasaP)**

01.07.2018 – 31.08.2021

Endbericht

Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF)

Torstraße 178

10115 Berlin

Tel.: +49 (0)30 859 4908

Mail: phasap@igfberlin.de

Autorinnen: Katrin Falk M.A., Dr. Kerstin Kammerer

Projektleitung: Prof. Dr. Josefine Heusinger

Wissenschaftliche Bearbeitung: Katrin Falk M.A., Dr. Kerstin Kammerer

Studentische Mitarbeit: Daria Riedel, Jasper Strauß

Berlin, den 05.09.2021, leicht redigierte Fassung vom 09.03.2022

Vorschlag zur Zitation: Falk, Katrin; Kammerer, Kerstin (2022) Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege (PhasaP). Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von Handlungsalternativen. Endbericht zum Forschungsprojekt PhasaP. Berlin.

Inhalt

Inhalt	i
Inhaltsverzeichnis	ii
Abkürzungsverzeichnis	iv
Tabellenverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	vii
1 Einleitung	1
2 Das Projekt PhasaP	1
2.1 Hintergrund und Stand der Forschung.....	1
2.2 Fragestellung und Zielsetzung	3
2.3 Studiendesign und Forschungsmethoden	6
3 Empirische Ergebnisse.....	23
3.1 Samplebeschreibung	23
3.2 Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege	31
3.3 Rahmenbedingungen im Umgang mit Psychopharmaka	62
3.4 Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka	70
3.5 Handlungsorientierungen im Umgang mit Psychopharmaka.....	88
3.6 Rolle und Perspektive der Angehörigen	94
3.7 Gelingensbedingungen und Barrieren für die Verbreitung und Implementierung von Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka	105
4 Entwicklung einer Handreichung und eines Implementierungskonzeptes für einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka	109
4.1 Vorgehensweise	109
4.2 Aufbau und Inhalt.....	110
5 Vorschlag zur Dissemination	111
6 Fazit.....	111
7 Anhang.....	114
7.1 Abbildungen.....	114
7.2 Verzeichnis der Meilensteine	121
8 Literaturverzeichnis	122

Inhaltsverzeichnis

Inhalt	i
Inhaltsverzeichnis	ii
Abkürzungsverzeichnis	iv
Tabellenverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	vii
1 Einleitung	1
2 Das Projekt PhasaP	1
2.1 Hintergrund und Stand der Forschung.....	1
2.2 Fragestellung und Zielsetzung	3
2.3 Studiendesign und Forschungsmethoden	6
2.3.1 Systematische Literaturübersicht.....	8
2.3.2 Online-Erhebung	11
2.3.3 Fallstudien	12
2.3.4 Ableitung von Gelingensbedingungen.....	18
2.3.5 Entwicklung von Handreichung und Implementierungskonzept	18
2.3.6 Vorschlag zur Dissemination.....	19
2.3.7 Experteninterviews.....	19
2.3.8 Anpassung des methodischen Vorgehens in der Covid-19-Pandemie	20
2.3.9 Ethik und Datenschutz	22
3 Empirische Ergebnisse.....	23
3.1 Samplebeschreibung	23
3.1.1 Literaturübersicht	23
3.1.2 Online-Erhebung	23
3.1.3 Fallstudien	24
3.1.4 Experteninterviews.....	29
3.2 Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege	31
3.2.1 Ergebnisse der Literaturübersicht.....	31
3.2.2 Ergebnisse der Online-Erhebungen.....	36
3.2.3 Ergebnisse der Fallstudien	47
3.2.4 Ergebnisse der Experteninterviews.....	56
3.3 Rahmenbedingungen im Umgang mit Psychopharmaka	62
3.3.1 Status quo als Rahmen der Implementierung von Konzepten.....	62

3.3.2	Varianten der Systematisierung von Rahmenbedingungen	63
3.3.3	Ausgewählte Rahmenbedingungen im Überblick	63
3.4	Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka	70
3.4.1	Ambulant-ärztliche Behandlung	71
3.4.2	Medikamentenmanagement und -gabe	72
3.4.3	Verordnung, Änderung und Absetzen der psychopharmakologischen Medikation	77
3.4.4	Ineinandergreifen ärztlicher und pflegerischer Verantwortungsbereiche	86
3.5	Handlungsorientierungen im Umgang mit Psychopharmaka	88
3.5.1	Wahrnehmung von Psychopharmaka	89
3.5.2	Wahrnehmung von Menschen mit Demenz	90
3.5.3	Subjekt-, ablauf- und pflegfachliche Orientierungen	91
3.5.4	Orientierungen und Konzeptentwicklung	94
3.6	Rolle und Perspektive der Angehörigen	94
3.6.1	Einbeziehung von Angehörigen und rechtlich Betreuenden aus Sicht der Pflege	94
3.6.2	Perspektive von An- und Zugehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern	98
3.6.3	Weitere Erkenntnisse aus den Experteninterviews	102
3.6.4	Vorschläge der Expertinnen und Experten	103
3.6.5	Zusammenführung der Sichtweisen zur Einbeziehung pflegender Angehöriger	104
3.7	Gelingensbedingungen und Barrieren für die Verbreitung und Implementierung von Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka	105
4	Entwicklung einer Handreichung und eines Implementierungskonzeptes für einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka	109
4.1	Vorgehensweise	109
4.2	Aufbau und Inhalt	110
5	Vorschlag zur Dissemination	111
6	Fazit	111
7	Anhang	114
7.1	Abbildungen	114
7.2	Verzeichnis der Meilensteine	121
8	Literaturverzeichnis	122

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
ABP	arzneimittelbezogene Probleme
ADS	Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V.
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AP	Altenpflege/Altenpflegekraft
ÄQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
ATC	Anatomisch–Therapeutisch–Chemisch
AUA	Maßnahmen zur Unterstützung im Alltag
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
B1, 2, 3...	Baustein 1, 2, 3...
BA	Bachelor–Abschluss
BAK	Bundesapothekerkammer
Betr.	Betreuungskraft
BK	Betreuungskraft
BMP	Bundeseinheitlicher Medikationsplan
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
D	Dokumentationssichtung
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIP	Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DZA	Deutsches Zentrum für Altersforschung
ELK	Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte
ePA	elektronische Patientenakte
eRezept	elektronisches Rezept
ETHMED	Ethik in der Medizin
Exp. 01, 02	Experteninterview 01, Experten 02
EZB	Elektronische Zeitschriftenbibliothek
FB	Fragebogen
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
FS	Fallstudie
gpFK	Geronto–psychiatrische Fachkraft
GuK	Gesundheits– und Krankenpflege/–kraft, Krankenschwester/–pfleger

HTA	Health Technology Assessment
ID	Identifikationsnummer
IGF	Institut für Gerontologische Forschung
IV	Interviews
IVP	Interviewperson
IVPn	Interviewpersonen
K-Intvs	Kurzinterviews (telefonische)
KLD	Konsiliar- und Liaisondienst
Ltg.	Leitungsebene
LZP	Langzeitpflege
M1, 2, 3...	Meilenstein 1, 2, 3...
Mdn	Median
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
Nr.	Nummer
OBRA	Omnibus Budget Reconciliation Act
PDL	Pflegedienstleitung
PFK	Pflegefachkraft
PHK	Pflegehilfskraft
PK	Pflegekraft
PL	Projektleitung
PQSG	Portal für Qualitätsmanagement und Service in der geriatrischen Pflege
QMA	Qualitätsmanagement-Auditor
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte
SGB	Sozialgesetzbuch
TI	Telematikinfrastruktur
TIB	Technische Informationsbibliothek
tnB	teilnehmende Beobachtung
WBL	Wohnbereichsleitung
WG	Wohngemeinschaft
WHK	Wissenschaftliche Hilfskraft
WMA	Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Mitarbeiter
ZB MED	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Geplantes Fallstudiensample nach Region und Versorgungsform.....	13
Tab. 2: Fallstudieneinrichtungen	24
Tab. 3: Datenerhebungen je Fallstudie	25
Tab. 4: Anzahl gesichteter Dokumentationen	26
Tab. 5: Interviewpersonen in den Fallstudien (N=24)	28
Tab. 6: Übersicht Experteninterviews (N=10)	30
Tab. 7 Inhalte der in die Literaturanalyse einbezogenen Quellen	31
Tab. 8: Verwendung ausgewählter Instrumente im Umgang mit Psychopharmaka (stationäre Einrichtungen). N=175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt).	41
Tab. 9: Verwendung ausgewählter Instrumente im Umgang mit Psychopharmaka (ambulante Einrichtungen). N=212 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt).	46
Tab. 10: Zahl der insgesamt, fest und bei Bedarf angesetzten Verordnungen (stoffgruppenübergreifend) je Bewohnerin/Bewohner und Anteil der bei Bedarf angesetzten Verordnungen an allen Verordnungen. N = Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner, zu denen Daten mitgeteilt wurden.	77
Tab. 11: Anteil der je Einrichtung in die Dokumentationssichtung einbezogenen Bewohnerinnen/Bewohner mit Verordnung mindestens einer auf das Nervensystem wirkenden Medikation (N), mindestens eines Psycholeptikums (N05) und mindestens eines Psychoanaleptikums (N06) in Prozent nach Art der Verordnung (insgesamt, fest und bei Bedarf)....	79
Tab. 12: Verordnungen über in der PRISCUS–Liste erwähnte N–Medikation	80

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das methodische Vorgehen im Überblick (eigene Darstellung)	8
Abb. 2: Methodisches Vorgehen zur Erstellung der systematischen Literaturübersicht (eigene Darstellung)	9
Abb. 3: Handlungsfelder der Empfehlungen (eigene Darstellung)	32
Abb. 4: Vorhandensein spezieller Maßnahmen, Konzepte oder Verfahrensweisen im Umgang mit Psychopharmaka (stationäre Einrichtungen). N=175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung).....	37
Abb. 5: Umsetzung ausgewählter Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka (stationäre Einrichtungen). N=175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. auch Kammerer und Falk 2021).....	38
Abb. 6: Priorisierte Maßnahmenbereiche (stationäre Einrichtungen). N=246 Aussagen von 130 Befragten (Verteilung der Antworten in Prozent der Aussagen; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. auch Kammerer und Falk 2021)	39
Abb. 7: Einschätzung der Bedeutung von Umsetzungsvoraussetzungen (stationäre Einrichtungen). N= 175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung).....	40
Abb. 8: Einschätzung der Wichtigkeit des Themas „Umgang mit Psychopharmaka“ (ambulante Einrichtungen). N=212 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. auch Falk und Kammerer 2021).....	42
Abb. 9: Priorisierung der Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka (ambulante Einrichtungen). N=261 Aussagen von 166 Befragten (Verteilung der Antworten in Prozent der Aussagen; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. auch Falk und Kammerer 2021)	44
Abb. 10: Einschätzung der Bedeutung von Umsetzungsvoraussetzungen (ambulante Einrichtungen). N=212 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung).....	45
Abb. 11: Kritische Situationen im Hinblick auf den Umgang mit Psychopharmaka in der Langzeitpflege (eigene Darstellung)	81
Abb. 12: Phasenmodell in der Medikamentenanpassung (eigene Darstellung)	85
Abb. 13: Ursprüngliche Arbeits- und Zeitplanung (Meilensteinplan) vom 22.02.2018	115

Abb. 14: Geänderte Arbeits- und Zeitplanung (Meilensteinplan) vom 07.01.2021	116
Abb. 15: Einschätzung des Umgangs mit Psychopharmaka in der stationären Versorgung (stationäre Einrichtungen). N=175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. Kammerer & Falk 2021).....	117
Abb. 16: Umsetzung ausgewählter Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka (ambulante Einrichtungen, Prozent). N=212 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. Falk & Kammerer 2021) ...	118
Abb. 17: Algorithmus zum Medikationsmanagement bei Heimbewohnern und ambulant gepflegten Patienten der Interprofessionellen Arbeitsgruppe im Rahmen eines Workshops im Aktionsplan zur Verbesserung der AMTS Deutschland. Quelle: Arbeitsgruppe 2018, S. 6.....	119
Abb. 18: Aufgabenverteilung zum Algorithmus zum Medikationsmanagement bei Heimbewohnern und ambulant gepflegten Patienten der Interprofessionellen Arbeitsgruppe im Rahmen eines Workshops im Aktionsplan zur Verbesserung der AMTS Deutschland. Quelle: Arbeitsgruppe 2018, S. 7	120

1 Einleitung

Im Projekt „Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege – Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von Handlungsalternativen (PhasaP)“ wurde die psychopharmakologische Versorgung Pflegebedürftiger fokussiert. Im Mittelpunkt stand der Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Altenpflege. Ein besonderes Augenmerk sollte der Situation alter pflegebedürftiger Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (insbesondere Demenz) gelten. Untersucht wurden in diesem Zusammenhang die Rahmenbedingungen, unter denen Leitungskräfte und Mitarbeitende diesen Umgang (mit-) gestalten, zentrale Herausforderungen im Umgang sowie die Orientierungen, die dabei für sie handlungsleitend sind. Analysiert wurden zudem Voraussetzungen und Barrieren für die Verbreitung und Implementierung von Konzepten für einen möglichst adäquaten Einsatz von Psychopharmaka und für eine Reduzierung unerwünschter Arzneimittelwirkungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Pflege. Aufbauend hierauf wurden Handlungsempfehlungen und ein Implementierungskonzept entwickelt. Ziel der Studie war es, zu einer sicheren und angemesseneren Versorgung Pflegebedürftiger mit Psychopharmaka beizutragen. Der vorliegende Endbericht gibt einen Überblick über das Forschungsvorhaben, die angewandten Methoden und Ergebnisse, stellt die Handlungsempfehlungen und das Implementierungskonzept vor und schlägt eine Vorgehensweise zur Verbreitung der entwickelten Produkte vor.

2 Das Projekt PhasaP

2.1 Hintergrund und Stand der Forschung

In den vergangenen zwanzig Jahren haben Studien immer wieder auf eine medikamentöse Über- bzw. Fehlversorgung älterer pflegebedürftiger Menschen hingewiesen (Riedel-Heller et al. 1999; Zimber und Weyerer 1998; Glaeske 2020). Befunde zeigen dabei ein hohes Ausmaß an Polypharmazie (Bureick et al. 2011; Eckardt et al.; Glaeske et al. 2012). Für den stationären Bereich wird außerdem die starke Verbreitung von Psychopharmaka problematisiert (Hach et al. 2004; Molter-Bock et al. 2006; Pittrow et al. 2003), mit deren Gebrauch besondere gesundheitliche Risiken einhergehen können (Hach et al. 2004; Holt et al. 2010; Majic et al. 2010) und die zudem – aufgrund ihrer Wirkungen auf Wahrnehmung, Erleben, Denken, Fühlen und Handeln der Patientinnen und Patienten besondere ethische Fragen aufwerfen (Bockenheimer-Lucius 2007). In diesem Zusammenhang wird – ebenfalls bereits seit vielen Jahren und mehr oder minder explizit – immer wieder vermutet, dass Psychopharmaka (insbesondere in der stationären) Pflege nicht nur auf Basis entsprechender medizinischer Indikationen, sondern auch

zur Gewährleistung organisationaler Abläufe und zur Bewältigung belastender Arbeitssituationen eingesetzt würden (Bockenheimer-Lucius 2011; Pantel et al. 2006; Schwinger et al. 2017; Trost 2007). Der Umgang mit Psychopharmaka und Arzneimitteln in der stationären und ambulanten Altenpflege wird daher auch im Zusammenhang mit Themen wie der Personalbemessung in der Pflege, dem sogenannten „Pflegenotstand“, Fragen der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege im Allgemeinen, der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen oder auch speziellen Versorgungskonzepten bzw. (therapeutischen) Angeboten im Pflegeheim diskutiert.

Die Aufgaben der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka insbesondere bei stationär versorgten Pflegebedürftigen sind vielfältig: Das Pflege(fach-)personal ist beteiligt an der Bereitstellung und Verabreichung von Medikamenten, an der Patientenbeobachtung und an der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten (Jaehde und Thürmann 2018; Pantel et al. 2006; Schmidt 2015; Thürmann und Jaehde 2010). Pflegefachpersonen¹ können, indem sie Veränderungen der Medikation anregen, auch Einfluss auf die Verschreibung von Psychopharmaka nehmen (Schwinger et al. 2017). Sie spielen eine wichtige Rolle beim Erkennen von Nebenwirkungen und können die Reduzierung von Psychopharmaka begleiten (Holzbach 2017).

In der ambulanten Pflege stehen demgegenüber vor allem grundsätzliche Fragen des notwendigen, möglichen und gewünschten Beitrags der Pflege bei der Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im Mittelpunkt der wissenschaftlichen und fachlichen Auseinandersetzung (Grewe et al. 2012; Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2016). Jedoch gibt es auch hier Hinweise, dass im Umgang mit Psychopharmaka Schwierigkeiten und Optimierungspotenziale bestehen (vgl. Knisch 2018).

Für beide Settings fehlt es an Erkenntnissen zu den Rahmenbedingungen und Handlungsorientierungen, die den Umgang mit Psychopharmaka beeinflussen.

¹ Im Folgenden verwenden wir den Ausdruck „Pflegekraft“ als Oberbegriff für Personen, die mit einer formalen Qualifizierung in der Pflege tätig sind, „Betreuungskraft“ für Personen, die in der Betreuung, und „Hauswirtschaftskraft“, für Personen, die in der hauswirtschaftlichen Versorgung tätig sind. Die Bezeichnung „Pflegefachkraft“ oder „Pflegefachperson“ verwenden wir, um darauf abzuheben, dass mindestens eine dreijährige Ausbildung mit Examen oder ein Studium vorliegt, d. h. für examinierte Krankenschwestern und -pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte und Altenpflegerinnen und -pfleger. Personen mit Qualifizierungen für Tätigkeiten in der Pflege von weniger als drei Jahren, für die in der Praxis von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedliche Bezeichnungen gewählt wurden wie z.B. Pflegekraft, Pflegehilfskraft oder Pflegeassistentenkraft, bezeichnen wir einheitlich als „Pflegehilfskraft“. Trotz der Verwendung des Partikels „-kraft“ ist dabei – nicht zuletzt im Sinne der Bedeutung des Konzepts der Personenzentrierung – stets an die Person gedacht, die der jeweiligen Tätigkeit nachgeht, nicht nur an die von ihr erbrachte „Arbeitskraft“.

Bei der psychopharmakologischen Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen handelt es sich um ein komplexes Versorgungsproblem, an dem – neben den Betroffenen und ggf. den von ihnen Bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern – unterschiedliche Professionen mit ihren je eigenen Handlungsgrundlagen und –logiken, Zuständigkeiten und Kompetenzen mitwirken. Dabei kommt der Pflege eine wichtige Rolle zu (Jaehde und Thürmann 2018; Molter-Bock et al. 2006; Pantel et al. 2009; Schwinger et al. 2017; Thürmann und Jaehde 2016). Dies gilt sowohl, wenn die Versorgung in Einrichtungen der stationären Altenpflege stattfindet, als auch in der ambulanten Versorgung, wenngleich sich die rechtlichen Rahmenbedingungen für beide Settings und damit die Rahmenbedingungen für das Handeln der unterschiedlichen Akteure unterscheiden.

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Erleichterung der Bewältigung dieses komplexen Versorgungsproblems wurden in den vergangenen Jahren in Forschung und Praxis Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte (ELK) entwickelt, welche die psychopharmakologische bzw. medikamentöse Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen in der stationären und ambulanten Altenpflege verbessern sollen bzw. auf einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka abzielen.

Eine systematische Übersicht über die in Deutschland in diesem Zusammenhang entwickelten und ggf. erprobten Handlungshilfen steht bislang aus, ebenso fehlen Erkenntnisse dazu, in welchem Umfang ELK zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege geläufig sind bzw. verwendet werden. Auch ist wenig dazu bekannt, welche hemmenden und fördernden Bedingungen eine Implementierung gegebenenfalls erschweren.

Hinzu kommt, dass in den kommenden Jahren mit den anstehenden Schritten der Digitalisierung im Gesundheitssystem, insbesondere der Einführung des elektronischen Rezeptes (eRezept) und der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der geplanten Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur (TI) grundlegende Veränderungen der Rahmenbedingungen des Umgangs mit Psychopharmaka zu erwarten sind. Welche Folgen diese für die Angemessenheit und Qualität der psychopharmakologischen Versorgung stationär und ambulant betreuter pflegebedürftiger alter Menschen zeitigen werden, ist angesichts der Unsicherheit über die tatsächlich zu erwartende Geschwindigkeit der entsprechenden Implementierungsprozesse noch nicht absehbar, verdient aber Beachtung.

2.2 Fragestellung und Zielsetzung

Im Forschungsprojekt „Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege – Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von Hand-

lungsalternativen (PhasaP)“ wurde die psychopharmakologische Versorgung Pflegebedürftiger fokussiert. Im Mittelpunkt stand der Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Altenpflege. Untersucht wurden in diesem Zusammenhang sowohl die Rahmenbedingungen, unter denen Leitungskräfte und Mitarbeitende diesen Umgang (mit-) gestalten, als auch die Orientierungen, die dabei für sie handlungsleitend sind. Analysiert wurden zudem Voraussetzungen und Barrieren für die Verbreitung und Implementierung von ELK für einen möglichst adäquaten Einsatz von Psychopharmaka und für eine Reduzierung unerwünschter Arzneimittelwirkungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Pflege. Ein Exkurs befasst sich mit der Rolle und Perspektive pflegender Angehöriger. Aufbauend hierauf wurden Handlungsempfehlungen und ein Implementierungskonzept entwickelt. Ziel der Studie war es, zu einer sicheren und angemesseneren Versorgung Pflegebedürftiger mit Psychopharmaka beizutragen.

Eine genaue Kenntnis sowohl der Rahmenbedingungen als auch der Rolle der Pflege in der psychopharmakologischen Versorgung älterer Pflegebedürftiger ist eine notwendige Voraussetzung dafür, Konzepte für einen adäquaten Medikamenteneinsatz passgenau auf die Gegebenheiten und Handlungsrationitäten in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen abzustimmen, um so die Implementierbarkeit entsprechender Konzepte zu verbessern.

Untersucht wurden daher die Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns, die im beruflichen Alltag zum Tragen kommenden Handlungsorientierungen von Einrichtungsleitungen und Pflege(fach)kräften im Zusammenhang mit dem Umgang mit Psychopharmaka sowie deren Perspektive auf das Geschehen. Das Interesse galt dabei sowohl der Rolle der unmittelbar in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Pflege(fach)kräfte) als auch der Rolle der Pflege auf Leitungsebene bzw. in leitenden Funktionen (Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, Wohnbereichs- bzw. Teamleitungen). Nicht einbezogen wurde die Perspektive der betriebswirtschaftlichen Steuerung und des internen Controllings von Einrichtungen.

Folgende Forschungsfragen leiteten die vorliegende Studie:

1. Wie bekannt und verbreitet sind ELK für einen adäquaten Einsatz von Psychopharmaka bei Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege?
2. Welche Rahmenbedingungen für den Umgang mit Psychopharmaka bestehen in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege?
3. Welche Handlungsorientierungen im Umgang mit Psychopharmaka lassen sich bei Leitungen und Pflege(fach)kräften in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege rekonstruieren? Diese Frage wurde im Forschungsverlauf um die Frage ergänzt, welche Herausforderungen und Handlungsprobleme

im Umgang mit Psychopharmaka aus Sicht der Pflege bestehen. Explorativ sollte ergänzend zudem die Perspektive pflegender Angehöriger auf den pflegerischen Umgang mit Psychopharmaka einbezogen werden.

4. Was sind Bedingungen, die eine Verbreitung und Implementierung von ELK für einen möglichst adäquaten Einsatz von Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege erleichtern bzw. behindern?
5. Wie können ELK für einen möglichst adäquaten Einsatz von Psychopharmaka so an die Rahmenbedingungen und Handlungsorientierungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen angepasst werden, dass ihre Implementierung erleichtert wird? Welche Rahmenbedingungen wären gegebenenfalls anzupassen?

Mit den genannten Fragen zielt die Studie auf ein vertieftes Verständnis der Rolle der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Übergeordnetes Ziel des Forschungsprojektes war es, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Lebensqualität von stationär und ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen beizutragen, indem die Wissensbasis für eine möglichst adäquate Verordnung und Gabe von Arzneimitteln und damit für eine Verminderung unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei Pflegebedürftigen vergrößert wird. Die Erkenntnisse der Studie sollen einen Beitrag dazu leisten, Pfleger*innen in ihrer Handlungskompetenz und -sicherheit zu stärken. Damit adressieren sie ein auch in der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) bearbeitetes Handlungsfeld (vgl. Die Bundesregierung 2021).

Im Einzelnen waren die Ziele der Studie:

1. Erstellung einer systematischen Literaturübersicht über ELK zum Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege älterer Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen im deutschsprachigen Raum. Dies umfasste auch Hinweise auf hemmende und fördernde Bedingungen für die Implementierung solcher ELK (Methode: Literaturstudie; Ergebnis: systematische Literaturübersicht (Meilenstein 1 – vgl. gesondertes Dokument)).
2. Gewinnung von Erkenntnissen zur Bekanntheit und Verbreitung von ELK zum Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege älterer Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen in Deutschland sowie zu den von Einrichtungen wahrgenommenen Barrieren und Voraussetzungen für eine Implementierung bekannter Konzepte (Methode: Onlinebefragung; Ergebnis: Zusammenfassung der Befragungsergebnisse (Meilenstein 2 – vgl. gesondertes Dokument)).

3. Rekonstruktion von Rahmenbedingungen und Handlungsorientierungen in der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege alter Menschen unter Berücksichtigung der Bedeutung kognitiver Beeinträchtigungen; ergänzt wurde im Verlauf das Ziel der Identifikation zentraler Herausforderungen und Handlungsprobleme der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka (Methode: einrichtungsbezogene Fallstudien: problemzentrierte Interviews mit Einrichtungsleitungen und Pflege(fach)kräften, teilnehmende Beobachtung, Auswertung anonymisierter Auszüge der Bewohnerdokumentation; Ergebnis: einrichtungsübergreifender Fallvergleich und Typenbildung, Rückmeldung an die Einrichtungen (Meilenstein 3 – vgl. Kapitel 3.4 und 3.5 dieses Bericht und gesondertes Dokument (Rückmeldung)).
3b. Ergänzend wurde im Studienverlauf die Perspektive pflegender Angehöriger und rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer einbezogen.
4. Ableitung von Gelingensbedingungen und Barrieren für die Implementierung von Konzepten für einen möglichst adäquaten Einsatz von Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege (Methode: Analyse und Zusammenführung der Ergebnisse aus 1–3; Ergebnis: Übersicht über Gelingensbedingungen und Barrieren für die Implementierung (Meilenstein 4 – vgl. Kapitel 3.7 dieses Berichts)).
5. Entwicklung einer Handreichung für Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege mit nutzungsorientierten Hinweisen – fachliche Informationen und Handlungsvorschläge – zum Umgang mit Psychopharmaka und eines Implementierungskonzeptes für die Leitungsebene. Das Konzept umfasst eine praxisorientierte Transferstrategie zur Umsetzung der Handreichung unter den Bedingungen des Einrichtungsalltags (Meilenstein 5).
6. Gegebenenfalls Verbreitung von Handreichung und Implementierungskonzept unter Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege, z. B. im Rahmen einer Abschlussveranstaltung (Meilenstein 6 – vgl. Kapitel 5 dieses Berichts).

2.3 Studiendesign und Forschungsmethoden

Mit der Studie wurden sowohl beschreibende als auch verstehende Fragestellungen verfolgt. Zur Anwendung kam daher ein Mixed Methods-Design (vgl. Kuckartz 2014) mit einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden. Insgesamt umfasst die Studie sechs Bausteine: drei Bausteine zur Datenerhebung und Auswertung (Literaturübersicht, Online-Erhebung, Fallstudien), zwei Bausteine zur wissenschaftlichen Vorbereitung der als sechster Baustein angedachten Dissemination der empirisch gewonnenen Erkenntnisse. Ergänzend zu allen Studienbausteinen war die Durchführung begleitender Experteninterviews vorgesehen.

Im ersten Studienbaustein wurde mittels einer systematischen Literaturrecherche und –auswertung ein Überblick über vorhandene ELK zum Umgang mit Psychopharmaka bei stationär und ambulant versorgten Pflegebedürftigen erarbeitet. Der zweite Studienbaustein beinhaltete die Erhebung quantitativer Daten zur Bekanntheit und Verbreitung von Konzepten und Vorgehensweisen im Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege mittels einer online-gestützten Befragung. Bei der im dritten Studienbaustein erfolgten Untersuchung von Rahmenbedingungen und Handlungsorientierungen sowie zentralen Herausforderungen und Handlungsproblemen der Pflege in einrichtungsbezogenen Fallstudien kamen qualitative Forschungsmethoden zum Einsatz. Durchgeführt wurden Interviews, teilnehmende Beobachtungen und Sichtungen der Pflegedokumentation. Der vierte Studienbaustein beinhaltete die Ableitung von Gelingensbedingungen für die Implementierung von Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka aus den vorangegangenen Arbeiten. Gegenstand des fünften Studienbausteins war die Entwicklung einer Handreichung und eines Implementierungskonzeptes für einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege. Mit dem sechsten Baustein sollte ein Vorschlag zur Dissemination der Ergebnisse vorgelegt werden. Abb. 1 gibt einen Überblick über die Studienbausteine; vermerkt sind dort auch die im Hinblick auf die Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie vorgenommenen Anpassungen und Ergänzungen des Studiendesigns (vgl. Kapitel 2.3.8).

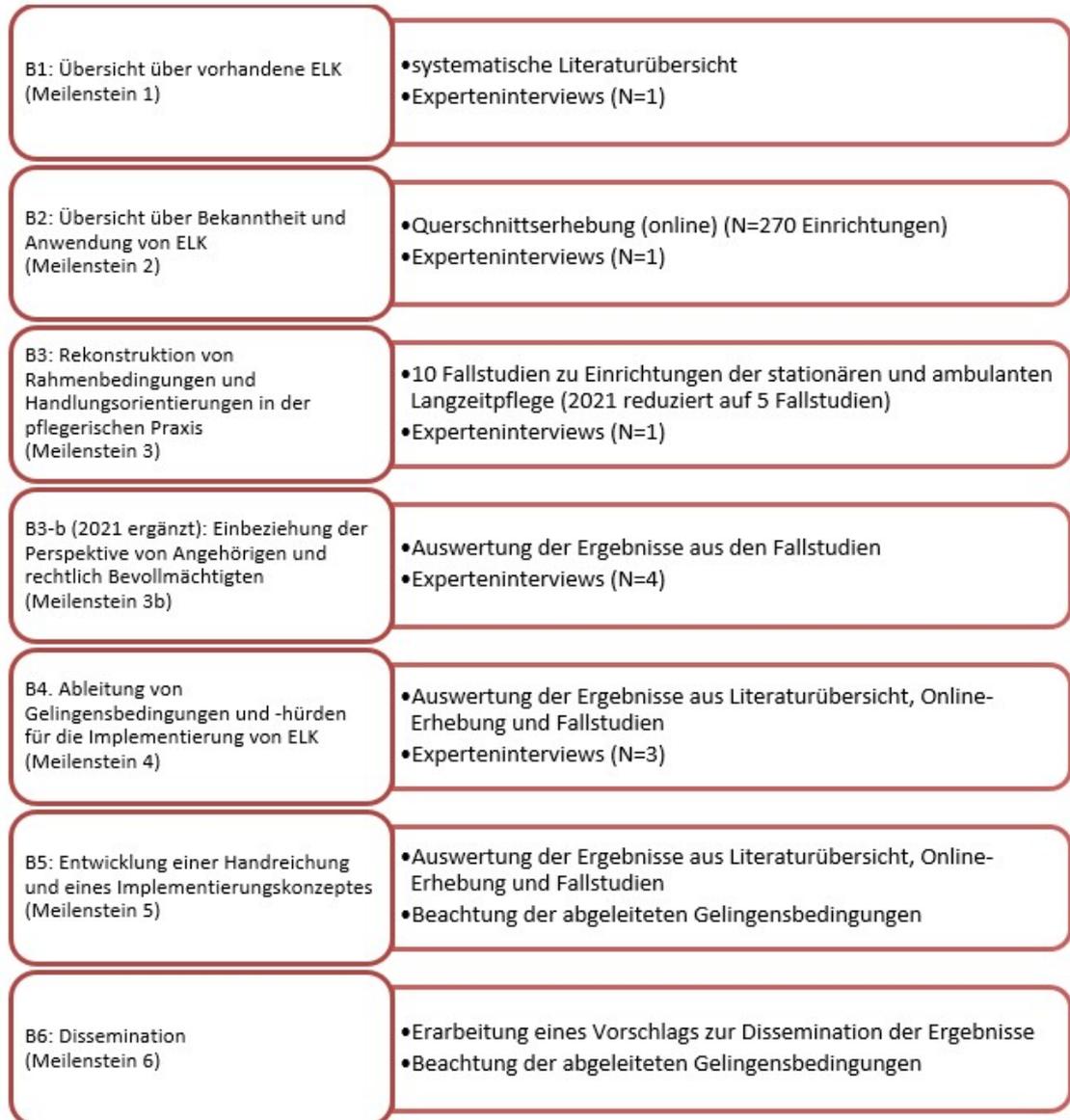


Abb. 1: Das methodische Vorgehen im Überblick (eigene Darstellung)

Im Folgenden gehen wir genauer auf die zur Durchführung der sechs Studienbausteine und der ergänzenden Experteninterviews gewählte Methodik ein. Einen tabellarischen Überblick über die ursprüngliche und die veränderte Zeit- und Arbeitsplanung geben Abb. 13 und Abb. 14 im Anhang.

2.3.1 Systematische Literaturübersicht

Zielsetzung der Erstellung der systematischen Literaturübersicht war es, einen breiten Überblick über ELK² zum Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären

² Im Meilenstein 1 ist von „Konzepten, Leitlinien und Empfehlungen (KLE)“ die Rede. Im Verlauf der Studie haben wir uns entschieden, wie schon im Antrag weiterhin von „Empfehlungen, Leitlinien und Konzepten (ELK)“ zu sprechen. Hintergrund ist, dass es für Einrichtungen niedrighschwelliger

und ambulanten Langzeitpflege älterer Pflegebedürftiger mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen zu geben. Dies umfasste auch Hinweise auf hemmende und fördernde Bedingungen für die Implementierung solcher ELK. Der Fokus lag auf dem deutschsprachigen Raum, aber auch internationale Beiträge wurden beachtet. Die Vorgehensweise wurde an die Methode des sogenannten „scoping review“ angelehnt (vgl. BAuA 2014). Kennzeichnend für diese breit angelegte Herangehensweise ist ein zu Beginn iteratives Vorgehen, während dessen die Definition der Fragestellung, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Literatursuche anhand der im Prozess gewonnen Erkenntnisse gegebenenfalls modifiziert bzw. ergänzt werden. Am Ende des Prozesses kann „die Entwicklung in der festgelegten methodischen Vorgehensweise“ nachvollzogen werden (vgl. BAuA 2014, S. 1). Vergleiche für einen Überblick zum Vorgehen Abb. 2.

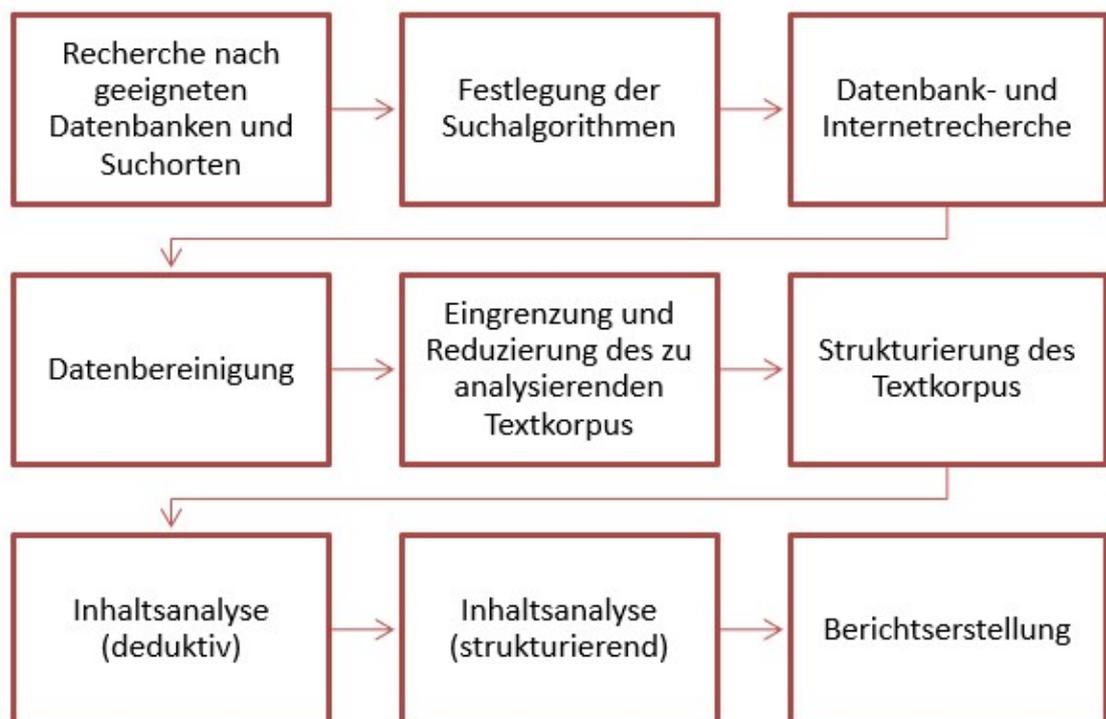


Abb. 2: Methodisches Vorgehen zur Erstellung der systematischen Literaturübersicht (eigene Darstellung)

Zunächst wurden für das Themenfeld „Pflege und Psychopharmaka“ relevante Datenbanken recherchiert. Als besonders ertragreich erwies sich das Meta-Suchportal LIVIVO, das auf die für die Thematik potenziell einschlägigen Datenbanken Current Contents, ETHMED, EZB, MEDLINE, PSYINDEX, den Katalog der TIB und ZB MED zurückgreift. Ergänzend wurden die Datenbanken Carelit und CINAHL, die COCHRANE-Library, der Bibliotheksgesamtkatalog der Humboldt Universität (HU) „primus Online“, in dem auch die

sein kann, sich mit der Umsetzung einzelner Empfehlungen zu befassen, statt die vollständige Implementierung eines Gesamtkonzeptes anzustreben.

über die HU verfügbaren elektronischen Zeitschriftenartikel indexiert sind, sowie Gerol, der Online-Katalog der Bibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA), einbezogen. Weiterhin wurden die Projektdatenbank und die Datenbank zu pflegerischen Leitlinien und Standards des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) nach einschlägigen Projekten, Leitlinien und Standards durchsucht. Auch auf den Internetseiten einschlägiger Organisationen und Berufsverbände³ wurden ELK zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege recherchiert. Zudem wurde eine Online-Suche auf der Webseite des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) durchgeführt. Suchzeitraum war der 01.09.2018 bis 13.12.2018.

In Ergänzung dieser Suchstrategie wurde eine Internetrecherche nach ELK zum Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege sowie eine Suche über die „Recherchieren“-Funktion in dem Literaturverwaltungsprogramm „Citavi 6“ durchgeführt. Letztere bezog kostenfrei zugängliche Bibliothekskataloge aus dem deutschsprachigen Raum sowie einige wenige englischsprachige Kataloge ein. Weitere Suchen erfolgten im Schneeballverfahren, indem Verweise in gefundenen Dokumenten geprüft und ggf. einbezogen wurden. Für Details zur Literatursuche und den verwendeten Suchworten vgl. Tab. 5 in Meilenstein 1, S. 52 (gesondertes Dokument).

Die gewonnenen Datensätze (vgl. Kapitel 3.1.1) wurden bereinigt und der zu analysierende Textkorpus anhand von Kriterien eingegrenzt und reduziert. Die verbliebenen Quellen wurden mittels des Literaturverwaltungsprogramms Citavi nach Textsorte, -inhalt und Gegenstandsbereich systematisiert. Die anschließende Auswertung erfolgte deduktiv anhand eines mit Blick auf das Forschungsinteresse entwickelten Kategorienschemas, das unter anderem die Kategorien „Inhalt“, „Empfehlungen“, „Instrumente“, „adressierte Professionen“, „Schnittstellen“ sowie „Rolle der Pflege“ umfasste. Dokumentiert wurden auch Hinweise auf „Implementierungsbedingungen“. Die entsprechenden Inhalte der Volltexte wurden stichwortartig in eine Excel-Tabelle exzerpiert. Die weitere Auswertung erfolgte mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) nach den zuvor genannten und weiteren Kategorien (vgl. Tab. 6 bis 8 in Meilenstein 1, S. 54 bis 56 (gesondertes Dokument)), und zwar jeweils getrennt nach ELK und Implementierungsbedingungen. Zu den als zentral identifizierten ELK wurden zudem einheitlich strukturierte Steckbriefe erstellt. Zentrale Ergebnisse der Literaturübersicht werden in Kapitel 3.2 dargestellt. Die ausführliche Darstellung findet sich in Meilenstein 1 (gesondertes Dokument).

³ ÄZQ, AWMF, DIMDI (HTA), DNQP sowie den im Deutschen Pflegerat zusammen geschlossenen pflegerischen Berufsverbänden und Organisationen (ADS, AVG, BFLK, BLGS, DGF, Bundesverband Pflegemanagement, DBfK, VPU, Deutscher Pflegeverband DPV, Katholischer Pflegeverband e.V., Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V., Bundesverband Geriatrie).

2.3.2 Online-Erhebung

Ziel der Online-Erhebung war die Gewinnung von Erkenntnissen zur Bekanntheit und Anwendung von ELK zum Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege älterer Menschen sowie zu hemmenden und fördernden Implementierungsbedingungen. Im Mittelpunkt der Erhebung standen eine allgemeine Einschätzung der Thematik „Umgang mit Psychopharmaka“, Versorgungsprobleme, die Bekanntheit, Bewertung und Verbreitung von ELK zum Umgang mit Psychopharmaka sowie Voraussetzungen für deren Umsetzung.

2.3.2.1 Fragebogenentwicklung

Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslagen im Hinblick auf den Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und der ambulanten Langzeitpflege wurden eigens auf das jeweilige Versorgungssetting abgestimmte Fragebogen entwickelt. Mittels des Fragebogens sollten Daten zu folgenden Themenfeldern erhoben werden:

- Strukturdaten der Einrichtung (Bundesland, Trägerart, Größe),
- Angaben zu der Funktion der antwortenden Person,
- generelle Einschätzung des Themas „Umgang mit Psychopharmaka“,
- Versorgungsprobleme im Umgang mit Psychopharmaka,
- vorhandene Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka,
- Voraussetzungen für die Umsetzung von Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka,
- Bekanntheit ausgewählter Instrumente im Umgang mit Psychopharmaka.

Für einen externen Pretest wurden die beiden Fragebogen-Fassungen Anfang Juni 2019 an Vertreterinnen und Vertreter von insgesamt fünf Trägern von Einrichtungen der stationären und/oder ambulanten Langzeitpflege geschickt. Das Leitungspersonal wurde gebeten, die Fragebogen auszufüllen und Rückmeldung zu Verständlichkeit, Länge und Handhabbarkeit zu geben. Zehn Fragebogen wurden verwertbar ausgefüllt (4x stationär, 6x ambulant). Beide Fragebogen wurden aufgrund der Rückmeldungen sprachlich überarbeitet und deutlich gekürzt, da die anvisierte Ausfülldauer von ca. zehn Minuten teilweise deutlich überschritten worden war. Die finalisierten Fragebogen finden sich in Meilenstein 2 (S. 90 – 109; gesondertes Dokument).

2.3.2.2 Stichprobenziehung und Versand

Laut Antrag war vorgesehen, die Befragung mittels einer Zufallsstichprobe von je 10% der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Deutschland durchzuführen. Erwartet wurde ein Rücklauf von etwa 10% je Einrichtungsart. Im Pretest wurde anhand der Rückmeldungen deutlich, dass – auch nach einer Überarbeitung des Fragebogens – mit einem geringeren Rücklauf als angenommen zu rechnen war. Um den gewünschten Rücklauf von insgesamt 270 Pflegeeinrichtungen zu erhalten, wurde daher der Anteil der angefragten Einrichtungen auf 20% verdoppelt. Am 08. Mai 2019 wurde eine Abfrage

der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag über den AOK-Pflegenavigator durchgeführt. Diese wies 11.408 stationäre und 15.138 ambulante Pflegeeinrichtungen aus, aus denen für jedes Bundesland eine Stichprobe von 20% gezogen wurde. Doppelte oder fehlerhafte Einträge wurden eliminiert, fehlende Mailadressen soweit möglich nachrecherchiert und die Fragebogen an 2.208 stationäre und an 2.957 ambulante Einrichtungen versendet. Die Befragung wurde vom 09.07.2019 bis zum 02.08.2019 durchgeführt; es wurden zwei Erinnerungsmails an nicht antwortende Einrichtungen versandt.

2.3.2.3 Auswertung

Die erhobenen Daten wurden auf Plausibilität geprüft und bereinigt. Vollständig ausgefüllte Fragebogen gingen in die Auswertung ein. Die deskriptivstatische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 25.0. Die Antworten auf die drei offenen Fragen je Fragebogen wurden zudem inhaltsanalytisch unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA 2018 ausgewertet und thematischen Kategorien zugeordnet (vgl. Kapitel 3.2.2 und Meilenstein 2).

2.3.3 Fallstudien

Zur Rekonstruktion von Rahmenbedingungen und Handlungsorientierungen in der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen war ursprünglich die Durchführung von zehn einrichtungsbezogenen Fallstudien mit Interviews, teilnehmender Beobachtung und Sichtung von Auszügen der Pflegedokumentation geplant, fünf davon in stationären und fünf in ambulanten Pflegeeinrichtungen. Da sich die Verordnung von Psychopharmaka an Pflegebedürftige auch danach unterscheidet, ob diese demenziell erkrankt sind oder nicht (vgl. Kapitel 2.1), sollte der Umgang mit Psychopharmaka sowohl bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit als auch ohne kognitive Beeinträchtigungen untersucht werden. Die Durchführung sollte jeweils mit Blick auf eine aus Einrichtungssicht sinnvoll abgrenzbare organisatorische Einheit erfolgen, beispielsweise einem Wohnbereich, einer „Tour“, einer Wohngemeinschaft o.ä. erfolgen.

Aufgrund der Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie wurde zunächst eine Unterbrechung der Durchführung der Fallstudien, später eine Anpassung der methodischen Vorgehensweise notwendig. Die teilnehmende Beobachtung musste entfallen und sollte durch telefonische Kurzinterviews ersetzt werden, auch bei der Sichtung der Dokumentation kam es zu Änderungen (vgl. Kapitel 2.3.8).

2.3.3.1 Geplantes Sample

Um ein breites Spektrum unterschiedlicher Rahmenbedingungen, beispielsweise Unterschiede in Personalanzahl, Organisationslogiken oder normativen Grundlagen, einzubeziehen, sollte ein möglichst heterogenes Einrichtungssample gewonnen werden.

Hierbei sollten die folgenden Kriterien berücksichtigt werden: Bundesland (Bayern, Berlin, Brandenburg), Art der Trägerschaft (gemeinnützig, privat), Platzzahl/Zahl der versorgten Klientinnen und Klienten, Einzugsgebiet (Stadt/Land). Einen Überblick über das geplante Sample nach Region und Versorgungsform gibt Tab. 1; einen Überblick über das tatsächlich erreichte Sample gibt Tab. 2 in Kapitel 3.1.3.

	Berlin	Brandenburg	Bayern	Gesamt
vollstationär	2	1	2	5
ambulant	2	1	2	5
gesamt	4	2	4	10

Tab. 1: Geplantes Fallstudien-sample nach Region und Versorgungsform

2.3.3.2 Feldzugang

Der Zugang zu den Einrichtungen sollte im Schneeballverfahren erfolgen. Geplant waren zwei Zugangswege: a) über vernetzte und den Forscherinnen aus früheren Studien bekannte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, b) per „Kalt-Akquise“ durch Online-Recherche und schriftliche Ansprache per Mail von Einrichtungen, die die oben genannten Auswahlkriterien erfüllten. Beide Zugangswege wurden erprobt, wobei ein Teil des Zugangsprozesses während der Covid-19-Pandemie stattfand. Nur der Zugang über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren war erfolgreich.

Der Zugang über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erforderte trotz vorab bestehender Kontakte einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand, wiederholte Kontaktaufnahme und Weitergabe individualisierter mündlicher und schriftlicher Informationen sowie bei drei der teilnehmenden Einrichtungen mehrere Vorabtreffen mit Vertreterinnen und Vertretern aus Geschäftsführung und Leitungsteam. Per Kalt-Akquise konnte keine Einrichtung für eine Teilnahme gewonnen werden, obwohl auch hier wiederholt mündlich und schriftlich nachgefasst wurde.

Im Ergebnis gestaltete sich der Zugang wie folgt: Vor Beginn der Covid-19-Pandemie konnten fünf Einrichtungen für eine Teilnahme gewonnen werden. In drei von ihnen waren die Fallstudien vor Beginn der Pandemie abgeschlossen, die beiden weiteren bereits zugesagten Fallstudien mussten aufgrund der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie abgesagt werden; dasselbe galt für die weiteren fünf Einrichtungen, die bereits angefragt waren, als die Pandemie einsetzte, und mit denen der Akquise-Prozess unterschiedlich weit vorangeschritten war.

Im Juli konnte der Zugang wieder aufgenommen werden, war jedoch unter den Bedingungen der Covid-Pandemie deutlich erschwert (vgl. Kap. 2.3.8). Von den im Zeitraum von Anfang Juli bis Ende November 2020 mit hohem personellem und zeitlichem Aufwand angefragten 13 Einrichtungen konnten schließlich zwei weitere Einrichtungen in

Brandenburg für eine Teilnahme gewonnen werden (vgl. Tab. 2 in Kapitel 3.1.3.). In beiden Fällen war der Zugang über vorhandene Netzwerke erfolgt und hatte jeweils mehrere (telefonische) Vorabgespräche erfordert.

Um eine hinreichende Teilnahmebereitschaft der Einrichtungen sicherzustellen, wurden die Fallstudien so konzipiert, dass sich der Aufwand für die Einrichtungen bewältigen ließ. Eine Aufwandsentschädigung für den entstehenden Mehraufwand wurde angeboten. Als einrichtungsseitig besonders zeitintensiv erwies sich die Einholung der Einverständniserklärungen der teilnehmenden Pflegebedürftigen bzw. gegebenenfalls ihrer rechtlich Bevollmächtigten. Trotz des den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Anschreibenentwurfs für die rechtlich Bevollmächtigten musste in vielen Fällen schriftlich oder telefonisch nachgefasst werden.

2.3.3.3 Erhebungsmethoden

Die Fallstudien sollten je fünf (stationär) bzw. vier (ambulant) problemzentrierte Interviews (vgl. Witzel 1985; Nohl 2017, S. 18) mit Vertreterinnen und Vertretern der Leitungsebene, Pflegefach- und -hilfskräften umfassen. Thematisiert wurden Routinen und Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka im pflegerischen Alltag.

Die Interviews konnten auch in den beiden während der Covid-19-Pandemie durchgeführten Fallstudien vollumfänglich realisiert werden. Darüber hinaus wurden Basisdaten zur Einrichtung (Platzzahl, Leitbild, Trägerschaft, konzeptionelle Besonderheiten) erfragt bzw. über die jeweilige Online-Präsenz recherchiert.

Geplant war zudem, in jeder Fallstudie während einer Tages- oder Frühschicht eine teilnehmende Beobachtung des pflegerischen Versorgungsalltags durchzuführen. Hierbei wurde angestrebt, „sich dem Feld anzupassen“ (Soom Ammann und van Holten 2017, S. 7) und die vorgefundenen Situationen möglichst wenig zu stören (ebd., S. 11). Die gemachten Beobachtungen wurden stichwortartig festgehalten und im Anschluss an die Beobachtung ausformuliert oder als Memo diktiert und später transkribiert. Da während der Pandemie keine teilnehmenden Beobachtungen umgesetzt werden konnten, wurde die Projektplanung angepasst: Vorgesehen war stattdessen die Durchführung telefonischer Kurzinterviews mit Mitarbeitenden aus der Pflege zu Schichtende über Tätigkeiten und Vorkommnisse des Tages. Eine Umsetzung der Kurzinterviews gelang in einer der beiden während der Pandemie durchgeführten Fallstudien. In der zweiten Fallstudie war es nicht möglich, den Grund aufzuklären, aus dem die Kurzinterviews nicht zustande kamen.

Bei der Sichtung von Auszügen der Pflegedokumentation wurden folgende Daten gesichtet und anonymisiert tabellarisch dokumentiert: Geburtsjahr bzw. -jahrzehnt, Geschlecht, Pflegestufe, Diagnosen, Basisdaten zur Medikation (Medikamente, Angaben zur Verabreichung, Indikation, Ansetz- und Absetzdatum u.a.m. Auch hier mussten in den beiden während der Pandemie durchgeführten Fallstudien Abstriche gemacht und Anpassungen vorgenommen werden (vgl. Kapitel 2.3.8).

Einen Überblick über die in den Fallstudien erhobenen Daten gibt Tab. 3 im Kapitel 3.1.3.

2.3.3.4 Erhebungsinstrumente

Zur Durchführung der Fallstudien wurden folgende Instrumente entwickelt:

- Interviewleitfäden für die Leitungsebene, Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, je angepasst an das stationäre und ambulante Setting sowie die ambulante Versorgung in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz;
- Erhebungsbogen zur Erfassung der Dokumentation der Medikation, der Diagnosen sowie Alter, Geschlecht und Pflegegrad;
- Erhebungshilfen für die teilnehmende Beobachtung (Hauseindruck, ID-Basisbogen, Dokumentationsbogen Interaktionen);
- Datenschutzerklärungen für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Betreuerinnen und Betreuer inklusive des Entwurfs eines Anschreibens, das die Einrichtungen bei der Kontaktaufnahme mit den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Betreuerinnen und Betreuern nutzen konnten; Datenschutzerklärungen für Mitarbeitende.

In den problemzentrierten Interviews wurden – mit unterschiedlicher Gewichtung je nach Funktion des Interviewpartners oder der Interviewpartnerin – die folgenden Themen angesprochen:

- das Medikamentenmanagement,
- der Umgang mit Bedarfsmedikation,
- die Beobachtung von Nebenwirkungen,
- die Kommunikation und Kooperation mit Haus- und Fachärztinnen und -ärzten und gegebenenfalls weiteren Versorgungseinrichtungen,
- der Umgang mit Alternativen zu Psychopharmaka,
- spezifische Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz,
- Bekanntheit und Nutzung spezifischer Instrumente und Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka sowie
- Spezifika der Organisationskultur den Umgang mit Psychopharmaka betreffend.

Für die Erhebungen während der Covid-19-Pandemie wurden die Instrumente überarbeitet und entsprechend der geänderten Vorgehensweise angepasst (vgl. Kapitel 2.3.8).

2.3.3.5 Auswertung

Folgende Dokumente wurden in die Auswertung der Fallstudien einbezogen:

- Basisdaten zur Einrichtung,
- Interviewtranskripte und -memos,
- Unterlagen über die Sichtung von Auszügen der Pflegedokumentation (psychopharmakologische Medikation),

- Feldnotizen, Aufnahmen und Memos zu den teilnehmenden Beobachtungen bzw. telefonischen Kurzinterviews.

Erhobene Daten wurden, soweit erforderlich, digitalisiert (Bewohner-/Patienten-)Dokumentation, aufgenommene oder handschriftliche Feldnotizen, Memos). Die Interviews wurden zur Transkription gegeben, korrekturgehört und anonymisiert. Die Basisdaten zu den Einrichtungen wurden zusammengefasst.

1.1.1.1.1 Interviews

Das Interviewmaterial wurde im Hinblick auf Abläufe und Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka in Anlehnung an die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet. Die Analyse von Handlungsorientierungen im Umgang mit Psychopharmaka erfolgte in Anlehnung an Vorgehensweise der dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack 2013; Nohl 2017).

Dem methodologischen Ansatz der dokumentarischen Methode liegt die Annahme zugrunde, dass Wissen, das Handlungen (wie den Umgang mit Psychopharmaka) orientiert, nur zum Teil bewusst ist. Unterschieden wird zwischen expliziten und impliziten Wissensbeständen: Explizite Wissensbestände werden in der dokumentarischen Methode als „kommunikativ-generalisierte[s] Deutungswissen“ (Bohnsack 2013, S. 179) verstanden, das bewusst zugänglich und kommunizierbar ist. Hierzu zählt beispielsweise ein kommunizierbares Wissen um Normen oder Rollenbeziehungen. Solche Wissensbestände werden im Kontext der dokumentarischen Methode als „Orientierungsschemata“ (Bohnsack 2013, S. 182) bezeichnet. Als implizites Wissen wird demgegenüber das dokumentarische, „‘konjunktive‘ Erfahrungswissen“ betrachtet. Es orientiert das Handeln der Akteure, ist jedoch in der Regel weder bewusst verfügbar noch ohne weiteres explizierbar. Im Kontext der dokumentarischen Methode wird es – in Anlehnung an die Arbeiten Pierre Bourdieus – mit dem Begriff des „Habitus“ erfasst oder auch als „Orientierungsrahmen im engeren Sinne“ bezeichnet (ebd.).

Die Auswertung der Interviews in Anlehnung an die dokumentarische Methode ermöglichte es, sowohl kommunikativ-generalisiertes Deutungswissen (Orientierungsschemata) als auch dokumentiertes konjunktives Erfahrungswissen (Habitus) zu analysieren und auf diese Weise Handlungsorientierungen im Umgang mit Psychopharmaka zu rekonstruieren. Zu beachten ist, dass zwischen Orientierungsschemata und Habitus Widersprüche bestehen könnten. Ein Beispiel für kommunikativ-generalisiertes Deutungswissen ist die Kenntnis der korrekten Anwendung von Regeln für eine sichere Medikamentengabe wie sie z.B. in Lehrbüchern vermittelt wird. Beispiele für konjunktives Erfahrungswissen sind erfahrungsbasierte Erwartungen an ärztliches Handeln oder Vorstellungen über Veränderungen personaler Identität im Verlauf einer demenziellen Erkrankung, die von den Interviewpersonen nicht unmittelbar ausgedrückt werden können, ihr Handeln dennoch implizit orientieren.

Konkret erfolgte die Auswertung der in den Fallstudien geführten Interviews wie folgt:

Zunächst wurden die Interviews entlang ihres thematischen Verlaufs sequenziell codiert. Für die Fragestellung einschlägige Interviewpassagen, z. B. zum Umgang mit Psychopharmaka, sowie zu als herausfordernd beschriebenen Pflegesituationen wurden gesondert codiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. In die Auswertung einbezogen wurden zudem wiederkehrende mentale Bilder und Metaphern sowie Textstellen, die von den Interviewpartnerinnen und -partnern eigeninitiativ eingebracht wurden, da davon auszugehen war, dass sich hier Relevanzsetzungen der Akteure rekonstruieren lassen würden. Zur Rekonstruktion der Handlungsorientierungen wurden die ausgewählten Textpassagen und mentalen Bilder zunächst einer formulierenden Interpretation unterzogen und so die expliziten Wissensbestände nachgezeichnet. Die Rekonstruktion der Handlungsorientierungen erfolgte dann im Wege der reflektierenden Interpretation.

Die Auswertung der Interviews erfolgte im engen Austausch des Forschungsteams: Einschlägige Textpassagen wurden gemeinsam interpretiert; um über das Forschungsteam hinaus Außenperspektiven einzubeziehen und die eigenen Deutungen zu validieren, wurden ergänzend fünf virtuelle Textinterpretationstreffen im Rahmen des internen Qualitätszirkels des IGF e.V. sowie zwei virtuelle Auswertungsworkshops mit einer DFG-geförderten Arbeitsgruppe zum Themenfeld Demenz und ein weiteres Auswertungstreffen mit einem thematisch nahestehenden Promotionsstipendiaten der Deutschen Studienstiftung durchgeführt.

1.1.1.1.2 Teilnehmende Beobachtung

Die Daten aus den teilnehmenden Beobachtungen und Kurzinterviews nach Schichtende wurden kontrastierend zu den Auswertungen aus den Interviews herangezogen. Analysiert und interpretiert wurden insbesondere Herausforderungen in der pflegerischen Praxis insbesondere im Umgang mit Psychopharmaka, Hintergründe informeller Handlungsweisen, Interaktionen zwischen Pflegekräften untereinander sowie zwischen Pflegekräften, pflegebedürftigen Personen und ggf. Dritten.

1.1.1.1.3 Sichtung der Dokumentation

Die erhobenen Daten wurden in Excel-Tabellen überführt. Die Angaben zur Medikation wurden ergänzt um das jeweilige Anwendungsgebiet, den ATC-Code (Buchstabe und die ersten beiden Ziffern), eine etwaige Nennung in der PRISCUS-Liste⁴ (als potenziell inadäquates Medikament oder als mögliche Alternative) oder diesbezügliche Empfehlungen (z.B. zur Dosierung). Mittels Excel erfolgte eine Auszählung der Zahl der fest und bei Bedarf angesetzten Medikamente insgesamt sowie differenziert nach den sechs N-

⁴ In der PRISCUS-Liste sind Medikamente aufgeführt, die für Menschen ab 65 Jahren potenziell riskant sein können, die so genannte „potenziell inadäquate Medikation“ (PIM) sowie Alternativen zu diesen Medikamenten (vgl. Holt et al. 2010). Derzeit (Stand September 2021) wird die PRISCUS-Liste aktualisiert (vgl. Wirth 2021).

Stoffgruppen Anästhetika (N01), Analgetika (N02), Antiepileptika (N03), Antiparkinsonmittel (N04), Psycholeptika (N05) und Psychoanaleptika (N06). Für die Stoffgruppen N05 und N06 wurde zudem der prozentuale Anteil der Bedarfs- an der Gesamtmedikation errechnet. Errechnet wurde außerdem der Anteil der in die Sichtung der Dokumentation einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner je Einrichtung, der Psycholeptika (N05) und/oder Psychoanaleptika (N06) erhielt. Zu beachten ist, dass dies nicht auf die Bewohnerschaft der jeweiligen Einrichtung insgesamt hochgerechnet werden kann, sondern in der Aussagekraft auf die je einbezogene Organisationseinheit beschränkt ist. Einen Überblick über die Ergebnisse geben Tab. 10 und Tab. 11 in Kapitel 3.4.3.1.

1.1.1.1.4 Zusammenführung der Fallstudien

Die Ergebnisse der Interviews, teilnehmenden Beobachtungen und auszugsweisen Sichtung der Dokumentation wurden zusammengeführt und entlang ausgewählter Handlungsprobleme über die verschiedenen Fallstudien hinweg verglichen. Als Ergebnis wurde den Einrichtungen, die sich zur Durchführung einer Fallstudie bereit erklärt hatten, eine Rückmeldung zur Verfügung gestellt. Um die Anonymität der Fallstudien untereinander wie auch innerhalb der Fallstudien zu wahren, erfolgte die Rückmeldung übergreifend für alle Einrichtungen gemeinsam (vgl. Meilenstein 3 – gesondertes Dokument).

2.3.4 Ableitung von Gelingensbedingungen

Grundlage für die Ableitung von Gelingensbedingungen und Barrieren für die Implementierung von Konzepten für einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege waren die Ergebnisse aus den drei empirischen Studienteilen: Literaturübersicht, Online-Erhebungen und Fallstudien. Diese wurden zusammengeführt und auf ihre Implikationen hinsichtlich möglicher Hürden und erleichternder Faktoren für eine Umsetzung von Konzepten befragt. Im Ergebnis ließen sich Anforderungen formulieren, die ELK für eine möglichst gute Implementierbarkeit erfüllen sollten. Ergebnis dieses Vorgehens ist eine Übersicht über Gelingensbedingungen und Barrieren für die Implementierung von ELK (vgl. Kapitel 3.7).

2.3.5 Entwicklung von Handreichung und Implementierungskonzept

Für die Entwicklung einer Handreichung mit konkreten Vorschlägen zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege wurde – wie bei der Ableitung der Gelingensbedingungen – auf die Ergebnisse der empirischen Studienteile (Literaturübersicht, Online-Erhebung, Fallstudien) zurückgegriffen. Adressiert wurden die in den empirischen Studienteilen identifizierten Handlungsprobleme im Umgang mit Psychopharmaka aus Sicht der Pflege. Bei der Entwicklung der Handreichung wie auch des zu

entwickelnden Implementierungskonzeptes (vgl. Meilenstein 5 – gesondertes Dokument) wurden zudem die zuvor abgeleiteten Anforderungen an eine möglichst einfache Implementierbarkeit beachtet.

2.3.6 Vorschlag zur Dissemination

Bei der Erarbeitung des Vorschlags zur Dissemination (Meilenstein 6, vgl. Kapitel 5) der Handreichung und des Implementierungskonzeptes wurden ebenfalls die zuvor identifizierten Gelingensbedingungen beachtet.

2.3.7 Experteninterviews

Begleitend zu allen sechs Studienbausteinen wurden zehn leitfadengestützte Experteninterviews (vgl. Bogner et al. 2014) geführt. Diese dienten der Exploration und Vertiefung der jeweils behandelten inhaltlichen und methodischen Fragen. Die Interviews wurden transkribiert und in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) unter Verwendung der Software MAXQDA ausgewertet. Sechs Interviews fanden als Ergänzung zu den oben beschriebenen empirischen und translationsorientierten Studienbausteinen statt. Vier weitere Experteninterviews wurden im Zuge der geänderten Projektplanung zur Ergänzung der Angehörigen-Perspektive durchgeführt (vgl. Antrag vom 07.01.2021). Eine Übersicht über die geführten Interviews gibt Tab. 5 in Kapitel 3.1.4 im Ergebnisteil. Im Folgenden gehen wir genauer auf die Themenstellungen der studienbegleitenden wie auch der ergänzenden Experteninterviews ein.

2.3.7.1 Studienbegleitende Experteninterviews (n=6)

Die beiden im vierten Quartal 2018 durchgeführten Experteninterviews dienten einerseits der Einschätzung von Bekanntheit, Umsetzung und Bewertung von Empfehlungen, Leitlinien und Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege. Gegenstand der leitfadengestützten Expertengespräche war zudem die Bedeutung von kognitiven Beeinträchtigungen bzw. demenziellen Erkrankungen für den Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege.

Mit Blick auf die hohe Relevanz einer gelingenden Kooperation mit Fachärztinnen und -ärzten für einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka wurde im ersten Quartal 2020 ein Experteninterview mit einem als Heimarzt im Rahmen von Kooperationsverträgen nach §119b SGB V tätigen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie realisiert. Ziel war es, in dem Umfang, in dem dies durch ein einzelnes Experteninterview möglich war, die aus pflegerischer Sicht artikulierten Schnittstellenprobleme und Herausforderungen aus ärztlicher Perspektive zu triangulieren.

Im vierten Quartal 2020 wurde eine Sozialwissenschaftlerin mit Erfahrung in der pflegerischen Praxis sowie langjähriger Erfahrung in der qualitativen Versorgungsforschung interviewt. Gegenstand waren Erkenntnisse der Interviewpartnerin zu Unterschieden in

der Organisationskultur von Pflegeeinrichtungen; diskutiert wurden mögliche Implikationen für die Implementierung organisationaler Veränderungsprozesse.

Die beiden im dritten Quartal 2021 geführten Interviews fokussierten ebenfalls Einschätzungen erfahrener Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu Bedingungen und Möglichkeiten einer Implementierung von Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka in der Langzeitpflege.

2.3.7.2 Experteninterviews zur Angehörigenperspektive (n=4)

Die Auswertung der Fallstudien zeigte, dass die Interaktion von Angehörigen und Pflegekräften im Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege große Herausforderungen birgt und von hoher Relevanz für beide Seiten ist. Um dem Rechnung zu tragen und die Perspektive der Angehörigen und rechtlich Bevollmächtigten nicht ausschließlich über die Perspektive der Pflege einzubeziehen, wurde beantragt, das Thema zu vertiefen. Erfahrungen und Problemstellungen im Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege aus Sicht von Angehörigen und rechtlich Bevollmächtigten bzw. von Akteuren, die deren Perspektive kennen und vertreten, wurden in vier ergänzenden Experteninterviews behandelt (vgl. Kapitel 2.3.8).

2.3.8 Anpassung des methodischen Vorgehens in der Covid-19-Pandemie

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie stellten zwar nicht die Möglichkeit der Zielerreichung des Projektes in Frage, machten jedoch verschiedene Anpassungen in der Vorgehensweise notwendig. Die Eindämmungsmaßnahmen im ersten und zweiten Quartal 2020 und die immensen Herausforderungen für Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege setzten in der Phase der Akquise und Durchführung der Fallstudien ein, die daraufhin unterbrochen werden musste. Stattdessen wurden für einen späteren Zeitpunkt geplante Arbeitsschritte vorgezogen und es wurde mit der Auswertung des Materials aus den drei zu diesem Zeitpunkt bereits vollständig erhobenen Fallstudien begonnen. Die beiden bereits fest vereinbarten Durchführungstermine (stationär in Bayern und ambulant in Brandenburg) wurden zum Schutz der Pflegebedürftigen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen abgesagt und die laufenden Akquisebemühungen in fünf weiteren Einrichtungen ausgesetzt.

Es wurde eine Änderung der Projektplanung beantragt. Diese sah für Baustein 3 die Durchführung von mindestens sieben Fallstudien in drei verschiedenen Bundesländern vor, darunter mindestens eine in einer weiteren ambulanten Einrichtung (vgl. veränderte Projektplanung vom 02.07.2020). Die hierfür vereinbarte modifizierte Vorgehensweise sah telefon- oder videogestützte statt Vor-Ort-Interviews vor, außerdem telefonische Kurzinterviews statt teilnehmender Beobachtung und eine telefonische Rücksprache zur Sichtung der Dokumentation statt Vor-Ort-Sichtungen.

Die Erhebungsinstrumente wurden an die Erfordernisse des Infektionsschutzes angepasst: Das vorhandene Formular zur Erhebung ausgewählter Daten zur Pflege-Dokumentation wurde an die Erfordernisse einer telefonischen Sichtung bzw. einer Sichtung „auf Abstand“ und der vollständigen Wahrung der Anonymität der Pflegebedürftigen angepasst und ein Kurzleitfaden zur Durchführung von Interviews nach Schichtende entwickelt. Die im Hinblick auf die video- und/oder telefongestützte Durchführung und Auswertung von Interviews neu auftretenden Datenschutzfragen wurden geklärt und die Datenschutzerklärungen entsprechend angepasst.

In dem für die Erhebung der Fallstudien vorgesehenen verlängerten Zeitraum bis Mitte November 2020 konnten unter den Bedingungen der Pandemie zwei weitere Fallstudien (beide in stationären Einrichtungen in Brandenburg) durchgeführt werden. Anders als zunächst erwartet und geplant, konnte die Interviewführung in beiden Fallstudien face-to-face vor Ort erfolgen. Auf die Durchführung der teilnehmenden Beobachtung musste jedoch verzichtet werden, und auch die Sichtung der Dokumentation konnte wie erwartet in einem Fall nicht persönlich erfolgen.

Trotz des betriebenen Aufwandes und des einrichtungsseitig wiederholt bekundeten großen Interesses an der Thematik und grundsätzlicher Kooperationsbereitschaft sah sich über die durchgeführten fünf Fallstudien hinaus letztlich keine weitere Einrichtung zu einer Teilnahme an der Studie in der Lage. Die Begründungen für die – teilweise erst nach Wochen – endgültigen Absagen bezogen sich überwiegend auf Aspekte der pandemischen Situation, insbesondere Ausbrüche von Covid-19 in den Einrichtungen (mindestens zwei der Einrichtungen, mit denen wir in Kontakt standen, waren akut von einem Ausbruch betroffen) sowie Personalmangel aufgrund von Quarantäne, Krankenstand (Covid-19, Grippe), Schulferien, organisationalen Umstellungsprozessen zur Vorbereitung auf den Umgang mit einem eventuellen Ausbruch in der jeweiligen Einrichtung sowie Implikationen von Personalfluktuations.

Die Rahmenbedingungen in der pandemischen Situation hatten einen deutlich erhöhten Aufwand bei der Akquise und Durchführung der Fallstudien zur Folge. Insbesondere die Gewinnung von Einrichtungen sowie die vorbereitende Koordination gestalteten sich aufwändiger als dies unter Nicht-Pandemie-Bedingungen zu erwarten gewesen wäre. Personelle Engpässe in den Einrichtungen, beispielsweise aufgrund notwendiger Quarantänezeiten sowie erkrankungsbedingt, aber auch die erwähnten Covid-Ausbrüche in zwei Einrichtungen machten eine Vielzahl von Kontaktversuchen, wiederholten Neuansfragen und terminlichen Anpassungen notwendig.

Am 07.01.2021 wurde aufgrund dessen eine weitere Projektanpassung beantragt und genehmigt (vgl. geänderter Projektplan vom 07.01.2021). Im Zuge der Auswertungen hatte sich zudem gezeigt, dass die Interaktion von Pflegekräften und Angehörigen für alle Beteiligten große Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Umgang mit Psychopharmaka birgt. Eine vertiefte Behandlung dieses Themas schien daher von hoher

Bedeutung mit Blick auf das formulierte Studienziel. Geplant und durchgeführt wurden vier weitere Experteninterviews zu den Erfahrungen und Problemstellungen aus Sicht von An- und Zugehörigen bzw. Angehörigenvertreterinnen und -vertretern mit dem pflegerischen Umgang mit Psychopharmaka. Angesichts der Reichhaltigkeit des erhobenen Materials wurde die Zahl der durchzuführenden Fallstudien bei fünf belassen. Weiterhin wurde die Zeit- und Finanzplanung angepasst und eine kostenneutrale Verlängerung des Projektes um zwei Monate bis Ende 08/2021 beantragt und genehmigt.

2.3.9 Ethik und Datenschutz

Das Forschungsinteresse der Studie zielte auf die Versorgungssituation Pflegebedürftiger, darunter auch Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, und damit auf die Situation einer besonders vulnerablen Zielgruppe. Bei der Konzeption und Durchführung der Studie wurde daher auf eine möglichst geringe Eingriffstiefe geachtet. Auf die unmittelbare Einbeziehung Pflegebedürftiger (z. B. Interviews) wurde verzichtet.

Für die teilnehmenden Beobachtungen und die Einsichtnahme in unanonymisierte Patientendokumentationen wurde das Einverständnis der Pflegebedürftigen oder der rechtlich Bevollmächtigten eingeholt. Dies erfolgte durch die Einrichtungen. Die teilnehmenden Beobachtungen wurden durch erfahrene Mitarbeiterinnen vorgenommen. Auf eine Beobachtung intimer Pflegesituationen wurde verzichtet, wenn nicht in der Situation selbst erneut die ausdrückliche Einwilligung durch die pflegebedürftige Person erteilt wurde.

Die in der Patientendokumentation erhobenen Daten wurden unmittelbar bei der Übernahme in das Erhebungsformular anonymisiert. In den beiden während der Covid-19-Pandemie durchgeführten Fallstudien stellten die Einrichtungen ausgewählte Daten aus der Dokumentation anonymisiert zusammen, und es erfolgte keine teilnehmende Beobachtung. Entsprechend wurde hier auf die Einholung von Einverständniserklärungen verzichtet.

Den an den Fallstudien teilnehmenden Einrichtungen wurde Anonymität zugesichert, ebenso den Interviewpartnerinnen und -partnern. Hierzu wurden Klarnamen sowie besondere Merkmale der Einrichtungen, die eine Identifikation erleichtern könnten, pseudonymisiert oder unkenntlich gemacht. Angaben zu den Interviewpersonen in den Fallstudien wurden ebenfalls pseudonymisiert. Die Interviewpersonen wurden vor Durchführung des Interviews über den Zweck der Studie und das Vorgehen zum Datenschutz aufgeklärt und die Einwilligung zum Interview eingeholt. Auch hier wurden sämtliche Klarnamen pseudonymisiert und besondere Merkmale gegebenenfalls unkenntlich gemacht. Um eine Zuordnung einzelner Interviewpassagen zu bestimmten Interviewpersonen auch für die teilnehmenden Einrichtungen selbst zu erschweren, werden im vorliegenden Bericht verwendete Zitate ohne Nennung der Einrichtung und Interviewperson, sondern ausschließlich unter Verweis auf die Funktionsebene wiedergegeben.

3 Empirische Ergebnisse

3.1 Samplebeschreibung

3.1.1 Literaturübersicht

Mittels der in Kapitel 2.3.1 dargestellten Suchstrategie wurden insgesamt 11.659 Dokumente in eine erste Trefferliste übernommen, 10.082 davon durch systematische Datenbankrecherche, 1.577 durch Schneeballverfahren und die Suche in sonstigen Quellen. Die gefundenen Treffer wurden um die in beträchtlicher Zahl enthaltenen Dubletten bereinigt. Die so erhaltene Trefferliste enthielt 10.950 Titel (vgl. Abb. 1 in Meilenstein 1, S. 58 – gesondertes Dokument). Die Eingrenzung des zu analysierenden Textkorpus erfolgte in mehreren Durchläufen anhand induktiv begründeter, inhaltlicher Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Kapitel 8.1.2 in Meilenstein 1 – gesondertes Dokument) sowie mittels der Fragestellung, ob es sich bei den Quellen um Empfehlungen, Leitlinien oder Konzepte (ELK) im engeren Sinne handelte (vgl. zur Definition von ELK im engeren Sinne Kapitel 4 in Meilenstein 1, S. 5 – 6 – gesondertes Dokument). Im Zuge dieses Vorgehens wurde der Textkorpus für die in Kapitel 2.3.1 beschriebene Volltextauswertung auf 106 Titel eingegrenzt. Die Ergebnisse der Literaturübersicht werden in Kapitel 3.2 berichtet.

3.1.2 Online-Erhebung

3.1.2.1 Sample stationäre Einrichtungen

Der Rücklauf in der Online-Erhebung unter stationären Pflegeeinrichtungen lag bei 175 abgeschlossenen Fragebogen. Dies entspricht 7,9 % der 2.208 angeschriebenen Einrichtungen (rund 20% der 11.408 stationären Einrichtungen (Stichtag 08.05.2019)). Die Fragebogen wurden überwiegend von Personen in leitenden Funktionen ausgefüllt (Leitungskräfte, v. a. Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen, Geschäftsführende). Im Hinblick auf Bundesländer und Trägerschaft war der Rücklauf repräsentativ für die Grundgesamtheit der stationären Einrichtungen zum Jahresende 2017. Kleine Einrichtungen mit einer Größe von bis zu 40 Plätzen waren deutlich unterrepräsentiert, mittelgroße Einrichtungen mit einer Platzzahl von 61 bis 80 und 81 bis 100 Plätzen überrepräsentiert.

3.1.2.2 Sample ambulante Einrichtungen

Der Rücklauf der Online-Erhebung unter ambulanten Einrichtungen lag bei 212 abgeschlossenen Fragebogen. Dies entspricht 7,2 % der 2.957 angeschriebenen Einrichtungen (rund 20% der 15.138 ambulanten Einrichtungen (Stichtag 08.05.2019)). Durchschnittlich versorgten die teilnehmenden Einrichtungen 81 Personen nach dem SGB XI (Mdn = 65), von denen wiederum durchschnittlich 72% (Mdn = 71%) gleichzeitig Leistungen nach dem SGB V erhielten. Auch in der Befragung unter den ambulanten Einrich-

tungen wurden die Fragebogen überwiegend von Personen in leitenden Funktionen ausgefüllt: Fast zwei Drittel der Teilnehmenden waren Pflegedienstleitungen (62%), knapp die Hälfte hatten eine Geschäftsführungsfunktion inne (45%), je ein gutes Fünftel gab an, Einrichtungsleitung (22%) bzw. Pflegefachkraft (21%) zu sein (Mehrfachnennungen waren möglich). Im Hinblick auf Bundesländer und Trägerschaft war der Rücklauf repräsentativ für die Grundgesamtheit der ambulanten Einrichtungen zum Jahresende 2017. Einrichtungen, die 71 und mehr Patientinnen und Patienten versorgen, waren überrepräsentiert.

3.1.3 Fallstudien

Ursprünglich geplant waren insgesamt zehn Fallstudien in drei Bundesländern (Berlin, Bayern und Brandenburg) (vgl. Tab. 1 in Kapitel 2.3.3.1). Bedingt durch die Covid-19-Pandemie konnten nur fünf Fallstudien in Berlin und Brandenburg durchgeführt werden (vgl. Kapitel 2.3.8). Tab. 2 gibt eine Übersicht über die einbezogenen Einrichtungen.

Nr.	ID	Bundesland	Setting	Trägerschaft		Größenklasse ¹
1	FS01	Berlin	ambulant, Demenz-WG	GmbH		101-150
2	FS02	Berlin	ambulant, Demenz-WG	gGmbH		150+
3	FS04 ²	Berlin	vollstationär	gGmbH		61-80
4	FS05	Brandenburg	vollstationär	GmbH		101-150
5	FS06	Brandenburg	vollstationär	gGmbH		41-50

Legende:

ID = Identifikationsnummer

Tab. 2: Fallstudieneinrichtungen

Aufgrund der notwendigen Anpassungen der Vorgehensweise bei der Datenerhebung in den Fallstudien an die Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-Pandemie (vgl. Kapitel 2.3.8) konnten nicht in allen Fallstudien die gleichen Daten erhoben werden: So wurde die teilnehmende Beobachtung nur in drei Einrichtungen durchgeführt. Anstelle der teilnehmenden Beobachtung wurden in einer Einrichtung wie im Änderungsantrag vorgesehen telefonische Kurzinterviews nach Schichtende durchgeführt (Kurz-IV). In einer Einrichtung erwies sich selbst dies als nicht durchführbar, wobei die Gründe hierfür nicht aufgeklärt werden konnten. Einen Überblick über die in den Fallstudien erhobenen Daten gibt Tab. 3.

Nr.	ID	Erhobene Daten				
		Zahl der IV	Sichtung der Dokumentation	Teilnehmende Beobachtung	Kurz-IV	Besonderheiten
1	FS01	4	erfolgt	erfolgt	nicht vorgesehen	
2	FS02	4	erfolgt	erfolgt	nicht vorgesehen	1 IV mit 2 IV-Personen
3	FS04	6	erfolgt	erfolgt	nicht vorgesehen	
4	FS05	5	erfolgt	nicht durchführbar	erfolgt	1 IV ohne Bandaufnahme, mit Memo
5	FS06	4	erfolgt	nicht durchführbar	nicht durchführbar	Keine Kurz-IV möglich

Legende:

ID = Identifikationsnummer

IV = Interviews

Tab. 3: Datenerhebungen je Fallstudie

3.1.3.1 Sichtung der Dokumentation

Die Sichtung der Dokumentationen erfolgte angepasst an die Personalsituation und das Dokumentationssystem der Einrichtungen. Die zugrundeliegenden Unterlagen und die konkreten Modalitäten der Sichtung waren daher heterogen: Es wurden Papierakten gesichtet, Abfragen aus der elektronischen Dokumentation gemeinsam mit einem oder einer Einrichtungsvertreterin gesichtet und Angaben zur Medikation seitens der Einrichtung händisch in eine von uns zur Verfügung gestellte Excel-Tabelle übertragen. Insgesamt wurden 63 Dokumentationen von Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Patientinnen und Patienten stationärer und ambulanter Einrichtungen gesichtet (vgl. Tab. 4).

Nr.	ID	Setting	gesichtete Dokumentationen
1	FS01	Demenz-WG	14
2	FS02	Demenz-WG	8
3	FS04	Stationäre Pflegeeinrichtung	19
4	FS05	Stationäre Pflegeeinrichtung	8
5	FS06	Stationäre Pflegeeinrichtung	14
Gesamt			63

Legende:

ID = Identifikationsnummer

Nr. = Nummer

WG = Wohngemeinschaft

Tab. 4: Anzahl gesichteter Dokumentationen

Sofern diese in den zur Verfügung gestellten Auszügen aus der Dokumentation enthalten waren, wurden die folgenden Daten erhoben:

Alter (Geburtsjahr), Geschlecht, Pflegegrad, Diagnosen, Anzahl der verordneten Medikamente insgesamt, davon Bedarfsmedikation, Medikamente Handelsname, ggf. Wirkstoff, Darreichungsform/Dosis, Anzahl, Tageszeit/Dosis der Verabreichung, Indikation, Bedarf (Dosierung), Fachrichtung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes. Insbesondere Indikationen konnten nicht immer erhoben werden, da diese nicht immer oder nicht vollständig aufgeführt waren.

Aufgrund der unterschiedlichen Dokumentationssysteme in den Einrichtungen sowie dem mit einer datenschutzkonformen Sichtung einhergehenden hohen Zeitaufwand für die Einrichtungen erwies sich eine einheitliche Sichtung, bei der die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sichergestellt war, als undurchführbar, ohne die Teilnahme der Einrichtungen an der Studie – zumal unter Corona-Bedingungen – zu gefährden. Die Ergebnisse der Dokumentations-sichtung sind in Kapitel 3.4.3.1 dargestellt.

3.1.3.2 Interviews

Je Fallstudie wurden vier bis sechs leitfadengestützte Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Leitungsebene, Pflegefach- und Pflegehilfskräften geführt. Insgesamt wurden 23 Interviews mit 24 Personen⁵ geführt. Tab. 5 gibt einen Überblick über die in den jeweiligen Einrichtungen interviewten Personen.

⁵ An einem Interview nahmen zwei Mitarbeitende der Einrichtung teil.

Nr.	Funktion	Fachkraftqualifikation	AP/GuK/BA	gpFK	gp Basiskurs
1	Standortleitung (Ltq.)	Ja	AP	Ja	
2	Qualitätsmanagement (Ltq.)	Ja	GuK		
3	Pflegedienstleitung (Ltq.)	Ja	GuK/ Fachschwester Psychiatrie		
4	WG-Koordination (Ltq.)	Ja	AP		
5	Pflegedienstleitung (Ltq.)	Ja	GuK		
6	Qualitätsmanagement (Ltq.)	Ja	GuK, Soziale Arbeit		
7	Stv. Pflegedienstleitung (Ltq.)	Ja	GuK		
8	Pflegehilfskraft (PHK)	Nein			Ja
9	Leitende Pflegefachkraft (PFK)	Ja	n.n.		
10	Wohnbereichsleitung (Ltq.)	Ja	AP		
11	Pflegehilfskraft (PHK)	Nein			Ja
12	Einrichtungsleitung (Ltq.)	Ja	GuK		
13	Pflegeassistenz (PHK)	Ja	GuK		
14	Pflegefachkraft (PFK)	Ja	AP		
15	Pflegedienstleitung (Ltq.)	Ja	AP	Ja	
16	Wohnbereichsleitung, Pflegefachkraft (Ltq.)	Ja	GuK		
17	Pflegehilfskraft (PHK)	Nein			
18	Einrichtungsleitung (Ltq.)	Ja	GuK (Ausbildung in Psychiatrie)		Ja
19	Betreuungskraft (Betr.) (zuvor Pflegehilfskraft)	Nein			
20	Pflegedienstleitung (Ltq.)	Ja	Ba		
21	Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Pflegefachkraft (Ltq.)	Ja	GuK		
22	Pflegefachkraft, Praxisanleitung (PFK)	Ja	AP		
23	Wohnbereichsleitung (Ltq.)	Ja	AP		
24	Wohnbereichsleitung, stv. PDL, Pflegefachkraft (Ltq.)	Ja	GuK		

Legende:

AP = Altenpflege

BA = Bachelor-Abschluss

Betr. = Betreuungskraft

GuK = Gesundheits- und Krankenpflege, Krankenschwester/-pfleger

ID = Identifikationsnummer

Ltg. = Leitungsebene

PFK = Pflegefachkraft

PHK = Pflegehilfskraft

WG = Wohngemeinschaft

Tab. 5: Interviewpersonen in den Fallstudien (N=24)

3.1.3.3 Teilnehmende Beobachtungen

Die eintägige teilnehmende Beobachtung konnte in drei Fallstudien durchgeführt werden (vgl. Kapitel 2.3.8). In den beiden ambulanten Einrichtungen wurde die teilnehmende Beobachtung in je zwei unmittelbar benachbarten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz durchgeführt, für deren Bewohnerinnen und Bewohner die ambulanten Einrichtungen die pflegerische Versorgung erbrachten. Eine weitere teilnehmende Beobachtung fand in einer stationären Einrichtung statt. Hier wurde eine Pflegefachkraft während des Frühdienstes bei ihrer Tätigkeit begleitet.

Erhoben wurden jeweils Daten zur Lage der Einrichtung/Wohngemeinschaft, zur räumlichen Gestaltung des Wohnbereichs, in dem die teilnehmende Beobachtung stattfand, zu Situationen im Zusammenhang mit dem Umgang mit Psychopharmaka sowie der Interaktion von Pflegepersonen untereinander, mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Dritten. In einer der beiden ambulanten Einrichtungen wurden darüber hinaus eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft während je einer halben Schicht einer ambulanten Pflēgetour begleitet.

In einer Einrichtung wurde anstelle der teilnehmenden Beobachtung im Anschluss an den jeweiligen Frühdienst je ein telefonisches Kurzinterview mit einer Pflegefachkraft, einer Pflegehilfskraft und einer Betreuungskraft geführt (vgl. Kapitel 2.3.8).

3.1.4 Experteninterviews

Begleitend zu den sechs Studienbausteinen wurden wie geplant insgesamt sechs vertiefende Experteninterviews geführt. In Umsetzung der geänderten Projektplanung wurden darüber hinaus vier ergänzende Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Perspektive von Angehörigen und rechtlich Bevollmächtigten geführt. Tab. 6 gibt einen Überblick über die interviewten Expertinnen und Experten.

Nr.	IVP Ausbildung und Funktion	Zeitpunkt IV	Ort IV
Studienbegleitende Experteninterviews (n=6)			
01	Einrichtungsleiter, examinierter Krankenpfleger, Mitgliedschaft in einem berufspolitischen Fachverband sowie einem Trägerverband	4. Quartal 2018	Berlin
02	Qualitätsbeauftragter, examinierter Krankenpfleger, Stabstelle der Geschäftsführung bei einem kommunalen Träger; Mitwirkung an dem durch das BMG koordinierten Aktionsplan „Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)“ (Perspektive Pflege)	4. Quartal 2018	NRW
03	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen. Versorgung dreier großer Pflegeheime sowie mehrerer Wohngruppen auf Basis von Kooperationsverträgen.	1. Quartal 2020	Brandenburg
04	Sozialwissenschaftlerin mit Schwerpunkt in qualitativer Versorgungsforschung u. a. zu Trägerorientierungen und Veränderungsprozessen, Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft, Gesundheits- und Pflegemanagement (B.Sc.), Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (M.Sc.).	4. Quartal 2020	Online (Zoom)
05	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter eines Arbeitsbereiches Altersmedizin mit Schwerpunkt klinische Geriatrie eines Universitätsklinikums. Entwicklung und Implementierung eines Handlungsstufenmodells zum Umgang mit Psychopharmaka.	3. Quartal 2021	Online (Zoom)
06	Pflegewissenschaftlerin mit Schwerpunkt in der Implementierungsforschung, examinierte Krankenschwester, internationaler Vergleich	3. Quartal 2021	Online (Zoom)

Experteninterviews Angehörige und rechtlich Bevollmächtigte (n=4)			
07	Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft, Leitungserfahrung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Leitung eines Kompetenzzentrums zur Weiterentwicklung von Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige; ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich der Interessenvertretung pflegender Angehöriger	1. Quartal 2021	Online (Zoom)
08	Psychologin, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft, Berufserfahrung in der ambulanten Langzeitpflege, Psychologin; Tätigkeit als Sozialarbeiterin in einer Beratungsstelle zu Pflege	1. Quartal 2021	Online (Zoom)
09	Jurist, Politikwissenschaftler, Kommunikationswissenschaftler, frühere Tätigkeit beim MDS; Fortbildungen für rechtliche Betreuerinnen und Betreuer	1. Quartal 2021	Online (Zoom)
10	Krankenpflegekraft, Soziale Arbeit, personenzentrierte Beratungsausbildung, Tätigkeit in einer Beratungsstelle zu Gewalt, Konflikten und Aggressionen in der Pflege (Zielgruppe: an der Pflege Beteiligte, z. B. Pflegebedürftige, Angehörige, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen).	1. Quartal 2021	Online (Zoom)

Legende:

Nr. = Nummer⁶

IV = Interview

IVP = Interviewperson

Tab. 6: Übersicht Experteninterviews (N=10)

⁶ Verweise auf die Experteninterviews erfolgen im Text mit Exp.01, Exp.02 etc.

3.2 Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege

3.2.1 *Ergebnisse der Literaturübersicht*

Die vorliegende Studie zielte unter anderem darauf ab, eine Übersicht zu erhalten, was für Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege älterer Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen im deutschsprachigen Raum existieren (vgl. Kapitel 2.2). Hierbei sollten auch Hinweise auf hemmende und fördernde Bedingungen für die Implementierung solcher Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte erfasst werden. Um das Studienziel zu erreichen, wurde eine systematische Literaturübersicht in Form eines sogenannten Scoping Reviews erstellt (vgl. Kapitel 2.3.1), dessen Ergebnisse im Folgenden zusammenfassend berichtet werden. Details sind Meilenstein 1 (gesondertes Dokument) zu entnehmen.

3.2.1.1 *Gegenstandsbereich*

Es wurden 106 Quellen im Volltext analysiert. Einbezogen wurden wissenschaftliche Fachartikel, graue Literatur bzw. Forschungsberichte, Buchbeiträge, Lehrbücher sowie praxisnahe Fachbeiträge in Pflegezeitschriften. Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte werden zumeist im Rahmen von Fachartikeln, Buchbeiträgen, grauer Literatur oder Monografien behandelt. „Primärquellen“ im engeren Sinne, die ausschließlich eine Empfehlung, Leitlinie oder ein Konzept zum Umgang mit Psychopharmaka enthalten, sind selten.

Die Mehrzahl der identifizierten Quellen enthält Empfehlungen (n=45), in fast ebenso vielen wird Bezug auf Konzepte (n=43) und Implementierungsbedingungen (n=42) genommen. Demgegenüber werden Leitlinien nur in 11 Quellen thematisiert (vgl. Tab. 7 sowie die Literaturlisten in Abschnitt 8.4 von Meilenstein 1, S. 59 ff. – gesondertes Dokument).

Quellen zu... (Mehrfachzuordnung möglich)	Anzahl
... Konzepten	43
... Leitlinien	11
... Empfehlungen	45
... Implementierungsbedingungen	42

Tab. 7 Inhalte der in die Literaturanalyse einbezogenen Quellen

Im Folgenden berichten wir die wichtigsten Themen und Inhalte der gefundenen Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte.

3.2.1.2 Empfehlungen

Die in den analysierten Quellen enthaltenen Empfehlungen beziehen sich auf den Umgang mit Psychopharmaka in der Altenpflege im Allgemeinen oder auf die stationäre Versorgung. Die ambulante Pflege wird vor allem in Texten zur AMTS adressiert, in denen Psychopharmaka nur selten eigens erwähnt werden. Breiten Raum nehmen zudem Versorgungs- und Pflegekonzepte ein, die auf die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen ausgerichtet sind. Abb. 3 gibt einen Überblick über die Handlungsfelder der Empfehlungen.

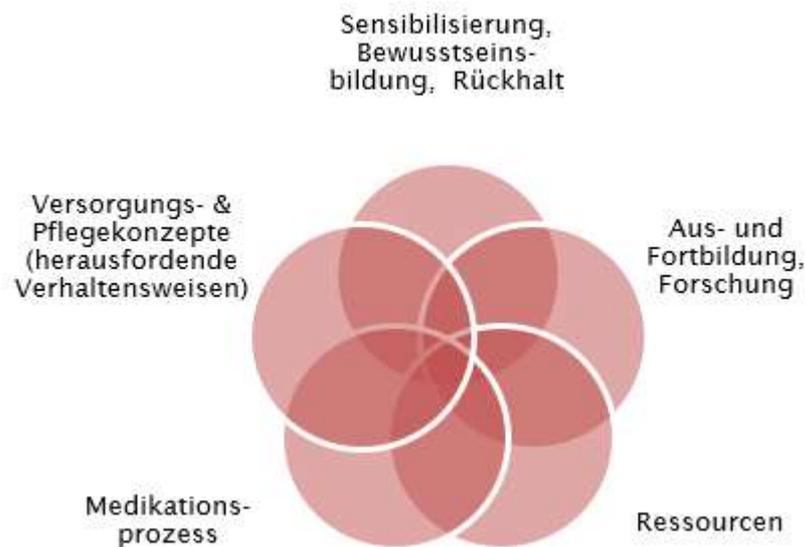


Abb. 3: Handlungsfelder der Empfehlungen (eigene Darstellung)

3.2.1.3 Leitlinien

Leitlinien oder Expertenstandards zur psychopharmakologischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die sich gezielt an die Pflege richten, konnten im Zuge der Literaturanalyse nicht identifiziert werden. Der Umgang mit Psychopharmaka bzw. Arzneimitteln wird jedoch in mehreren Nationalen Versorgungsleitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) bzw. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) aufgegriffen, die sich schwerpunktmäßig mit der Versorgung spezifischer Erkrankungen befassen.

Hervorzuheben ist die derzeit in Überarbeitung befindliche S3-Leitlinie Demenzen⁷ (Deuschl und Maier 2016), die sich an alle mit der „Behandlung und Betreuung von Demenzkranken befasste Personen sowie Erkrankte, Angehörige und andere Personen

⁷ Ältere Leitlinien zur Demenz wurden nicht berücksichtigt.

[richtet], die mit Demenzkranken umgehen sowie [...] [an] Entscheidungsträger im Gesundheitswesen“ (S. 1). Hier ist die Pflege also als Adressatin einbezogen. Gemäß der Leitlinie ist vor einer psychopharmakologischen Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen der Demenz ein psychopathologischer Befund zu erheben. Auch sollen medizinische, personen- und umgebungsbezogene Bedingungsfaktoren als Auslöser für Verhaltenssymptome „identifiziert und soweit wie möglich behandelt bzw. modifiziert werden“ (S. 68). Darüber hinaus besteht gemäß der Leitlinie (nur) dann eine Indikation für die Verabreichung von Psychopharmaka, wenn psychosoziale Interventionen nicht wirksam, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind sowie bei Eigen- oder Fremdgefährdung, wenn diese nicht auf andere Weise abwendbar ist (ebd.).

Der Umgang mit Psychopharmaka bei demenziell erkrankten Menschen ist außerdem Gegenstand der Grundsatzstellungnahme zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen des MDK (Brüggemann et al. 2009) sowie der Leitlinien zur Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie 2013). In beiden Dokumenten wird darauf hingewiesen, dass der Umgang mit Psychopharmaka nur sehr restriktiv erfolgen sollte (Brüggemann et al. 2009, S. 49; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie 2013, S. 5). Weiterhin wird in beiden Dokumenten auf Pflegekonzepte bzw. Behandlungs- und Beschäftigungsmaßnahmen verwiesen, die einer Verschreibung von Psychopharmaka vorzuziehen sind. Die „Leitlinie FEM“ von Köpke und Meyer (2015) zeigt ein breites Spektrum möglicher Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) auf. Diese wurde in die Analyse einbezogen, weil Psychopharmakabehandlungen, die nicht zu therapeutischen Zwecken erfolgen, als freiheitsentziehenden Maßnahmen zu betrachten sind.

3.2.1.4 Konzepte

Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka wurden insgesamt 11 gefunden. Drei behandeln den Umgang mit Psychopharmaka im engeren Sinne. Hierzu zählt der „Standard zum Umgang mit Psychopharmaka“ des gewerblichen Portals für Qualitätsmanagement und Service in der geriatrischen Pflege (PQSG) aus dem Jahr 2008 (PQSG 2008). Dieser wird allerdings nicht mehr aktualisiert, da der Umgang mit Psychopharmaka inzwischen in andere Leitlinien zu bestimmten Medikamenten oder Krankheitsbildern (wie Demenz) integriert wurde (telefonische Mitteilung der PQSG). Ein gerontopsychiatrisch, juristisch und medizinisch fundiertes und umfassendes Konzept zur „Optimierung der Psychopharmaka-Therapie im Altenpflegeheim (OPTimAL)“ hat die Forschungsgruppe von Pantel et al. (2009) vorgelegt. Ein drittes Konzept ist das des „Multiprofessionellen Konsiliar- und Liasondienstes (KLD) mit spezifischer gerontopsychiatrischer Expertise“ (Diefenbacher et al. 2012) (2012), das u.a. auf eine adäquatere Verordnungspraxis von Psychopharmaka abzielt.

Weitere drei Konzepte bzw. Handlungsempfehlungen für die Pflege wurden im Rahmen von Forschungsprojekten zur Suchtmittelabhängigkeit im Alter erarbeitet (Hodel und Hodel 2017; Hoff et al. 2017b; Hoff et al. 2017a; Keller et al. 2015; Kuhn 2015). Diese befassen sich mit dem Erkennen der Abhängigkeit von Psychopharmaka sowie der Durchführung von Fallbesprechungen und Interventionen in der stationären und/oder ambulanten Pflege. Im Mittelpunkt dieser Konzepte steht der möglichst angemessene Umgang mit dem Psychopharmakonsum abhängigkeiterkrankter Pflegebedürftiger. Einbezogen wurden des Weiteren fünf Konzepte, die sich auf nicht-medikamentöse Maßnahmen oder besondere Pflegekonzepte insbesondere bei Demenz bzw. herausforderndem Verhalten beziehen. Das Projekt VIDEANT (Rapp et al. 2008) befasste sich mit der Implementierung der Leitlinien der u.s.-amerikanischen Gesellschaften für Gerontopsychiatrie und Geriatrie zur Verbesserung der Behandlung von Verhaltenssymptomen und depressiven Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen. Im Projekt EPCentCare (Meyer und Köpke 2015) wurde das Konzept person-zentrierter Pflege umgesetzt. Im Rahmen des Projektes InDemA (Hardenacke et al. 2011) wurden Qualitätsinstrumente in Pflegeheimen implementiert. Weitere Projekte befassten sich mit Serial Trial Interventionen (Kuhlmey o.J.) und der Betreuung von Menschen mit Demenz (Weyerer et al. 2005). Den Projekten ist gemeinsam, dass ihre Implementierung Auswirkungen auf herausforderndes Verhalten und damit den Umgang mit Psychopharmaka hat oder haben soll, z.B. im Sinne einer adäquateren Verschreibung oder einer Reduzierung von Psychopharmaka. Herangezogen wurden außerdem die u.s.-amerikanischen Richtlinien der Pflegeheimreform des „Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)“ aus dem Jahr 1990 (aktualisiert 1999).

Weitere Konzepte beinhalten kurzgefasste Informationen zu Medikamenten und deren Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen in Form übersichtlicher Check- oder Merklisten im handlichen „Kitteltaschenformat“. Solche Listen sind z. B. Bestandteil des Konzeptes des Kompetenznetz Pflege und Pharmakotherapie Nordhessen (KomPP) (Grewe und Blättner 2017) oder des AMTS-AMPEL-Konzeptes (die sog. AMTS-Merkkarte) (Thürmann und Jaehde 2016) (vgl. Meilenstein 1, S. 41 und 44 – gesondertes Dokument). Implementierungsbedingungen wurden in 42 Texten thematisiert und ließen sich den folgenden Dimensionen zuordnen: Wissen und Kompetenzen, Kooperation und Koordination, Leitung, Haltung, Organisationskultur, praktische Voraussetzungen (organisatorisch, technisch, rechtlich) und Ressourcen (vgl. Meilenstein 1, S. 18–19 – gesondertes Dokument).

3.2.1.5 Zentrale Ergebnisse der Literaturübersicht

Empfehlungen und Konzepte, die sich auf den Umgang mit Psychopharmaka im Kontext der AMTS beziehen, enthalten Maßnahmen wie die Durchführung von Medikamentenreviews (durch Apothekerinnen/Apotheker, Ärztinnen/Ärzte oder interdisziplinäre

Teams), die Verbesserung/Erleichterung der Kooperation und Kommunikation verschiedener Berufsgruppen (Apothekerinnen/Apotheker, ärztliche Versorgung, Pflege), Schulungen/Qualifizierungen verschiedener Akteure, u.a. der Pflege sowie die Entwicklung oder Überprüfung von Instrumenten zur Erhöhung der AMTS. Empfehlungen und Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka legen darüber hinaus häufig einen Schwerpunkt auf das Erkennen und Beschreiben von Nebenwirkungen (oder den Missbrauch) von Psychopharmaka in der pflegerischen Versorgung. Zudem beinhalten sie oft Maßnahmen der Ursachenfindung bei Verhaltensveränderungen von Pflegebedürftigen, z. B. der Abklärung, ob solchen Verhaltensänderungen medizinische, soziale oder umgebungsbedingte Ursachen zugrunde liegen.

Auch Alternativen zum Einsatz von Psychopharmaka, insbesondere Strategien und Pflegekonzepte zum Umgang mit oder zur Vermeidung von durch das jeweilige Umfeld als herausfordernd erlebten Verhaltensweisen, werden in den untersuchten Empfehlungen und Konzepten thematisiert. Diese beziehen sich ganz überwiegend auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Bei Menschen ohne demenzielle Erkrankung zielen Konzepte dagegen überwiegend darauf ab, Missbrauch von Psychopharmaka zu erkennen und zum Absetzen zu motivieren bzw. dieses zu unterstützen.

Bei allen genannten Aufgaben kommt der Pflege eine entscheidende Rolle zu, auch wenn diese nicht die Befugnis hat, Medikamente zu verschreiben oder abzusetzen. Aufgrund dessen ist die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten unabdingbar und deren Gelingen für den Erfolg vieler Maßnahmen entscheidend.

Nur ein Teil der untersuchten Empfehlungen und Konzepte bezieht auch die zu ihrer Implementierung notwendigen Entscheidungen auf der Leitungsebene sowie aufzubringenden zeitlichen, personellen, finanziellen und ggf. weiteren Ressourcen (z.B. baulichen Voraussetzungen) ein.

In Anbetracht der Vielzahl von Projekten zur AMTS generell stellt sich die Frage, inwieweit es notwendig ist, eigenständige Konzepte für den Umgang mit Psychopharmaka zu entwickeln. Im Hinblick auf das in vielen Empfehlungen und Konzepten – und auch in der vorliegenden Studie – adressierte Ziel eines möglichst zurückhaltenden Einsatzes von Psychopharmaka erweitert sich der Gegenstandsbereich eines solchen Konzeptes, und es geraten auch Alternativen in den Blick sowie Fragen der Qualität der Pflege. Konzepte zum Umgang mit Demenz oder herausfordernden Verhaltenweisen sind dabei von hoher Relevanz. Andererseits sind für eine angemessene psychopharmakologische Therapie nichtmedikamentöse Maßnahmen und entsprechende Pflegekonzepte nicht immer ausreichend, so dass Kenntnisse und Kompetenzen im Zusammenhang mit AMTS generell erforderlich bleiben.

Vor diesem Hintergrund scheint die Entwicklung von Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka zielführend, die sowohl den praktischen Umgang mit Psychopharmaka

als auch – insbesondere mit Blick auf die adäquate Versorgung von Menschen mit Demenz – die Vermeidung von und den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen adressieren.

3.2.2 Ergebnisse der Online-Erhebungen

Erkenntnisse zur Bekanntheit und Verbreitung von Empfehlungen, Leitlinien und Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege älterer Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen in Deutschland sowie zu Barrieren und Voraussetzungen für eine Implementierung bekannter Konzepte aus Einrichtungssicht wurden mittels je einer bundesweiten Online-Erhebung unter stationären und ambulanten Einrichtungen der Langzeitpflege gewonnen (vgl. Kapitel 2.3.2.). Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zusammenfassend berichtet (vgl. für Details Meilenstein 2 – gesondertes Dokument sowie Kammerer und Falk 2021 und Falk und Kammerer 2021).

3.2.2.1 Stationäre Pflegeeinrichtungen

3.2.2.1.1 Generelle Einschätzungen

Um die Bekanntheit und Verbreitung von Empfehlungen, Leitlinien und Konzepten unter Leitungskräften stationärer Einrichtungen einordnen zu können, wurde diese zunächst nach ihrer generellen Einschätzung zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären Altenpflege gefragt. Etwa die Hälfte (51%) der Teilnehmenden stimmte der Aussage (eher bzw. voll und ganz) zu, der Umgang mit Psychopharmaka in der stationären Altenpflege sei angemessen; 16% bewerteten den Umgang als (eher bzw. gar) nicht angemessen. Sicherheitslücken im Umgang – zumindest teilweise – sahen 44%. Nur 4% stimmten der Aussage zu, dass zu wenige Psychopharmaka verabreicht würden. Rund ein Drittel (31%) gab an, es sei „eher“ bzw. „voll und ganz“ zutreffend, dass zu viele Psychopharmaka verabreicht würden. Die Verschreibung von Psychopharmaka bewerteten 40% der Befragten als nicht passgenau genug; wie bei fast allen Aussagen antwortete auch hier ein weiteres Viertel mit „teils teils“, so dass die Aussage gerechtfertigt erscheint, dass rund zwei Drittel der Befragten Probleme bei einer nicht ausreichend passgenauen Verschreibung von Psychopharmaka in der stationären Altenpflege sahen (vgl. Abb. 15 im Anhang).

3.2.2.1.2 Verbreitung von Maßnahmen, Konzepten oder Verfahrensweisen

Die Frage nach dem Vorhandensein von speziellen Maßnahmen, Konzepten oder Verfahrensweisen im Umgang mit Psychopharmaka bejahte mehr als die Hälfte aller Befragten (58%) (vgl. Abb. 4).

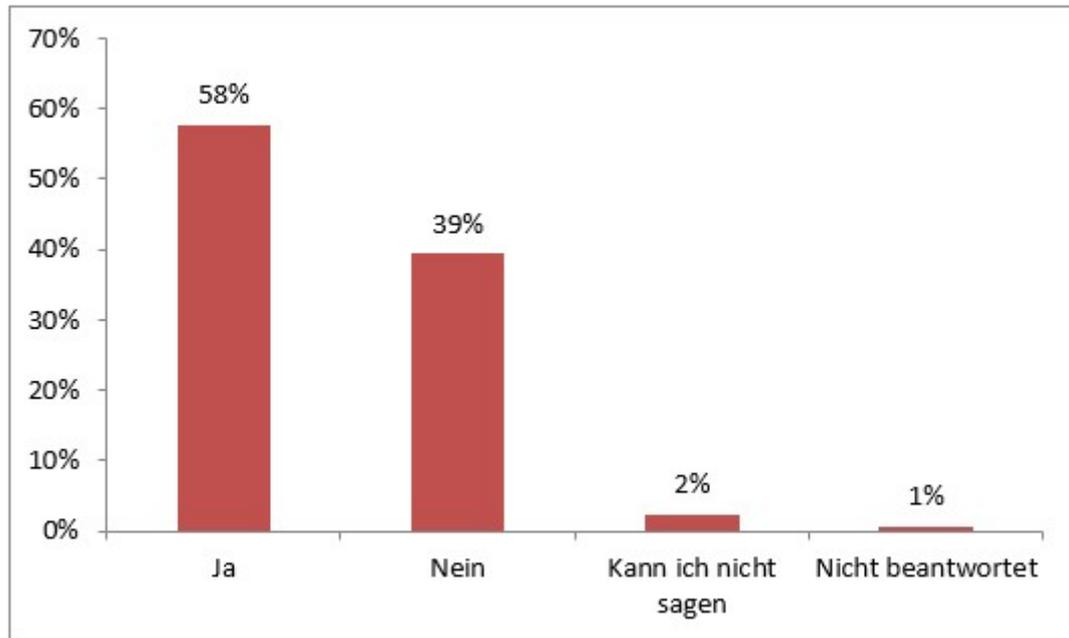


Abb. 4: Vorhandensein spezieller Maßnahmen, Konzepte oder Verfahrensweisen im Umgang mit Psychopharmaka (stationäre Einrichtungen). N= 175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung)

Rund ein Drittel aller Antwortenden gab die Existenz einzelner, schriftlich festgehaltener Maßnahmen oder Verfahrensweisen an. Knapp ein Viertel gab an, in der eigenen Einrichtung über umfassende Standards oder Konzepte zu verfügen. 14% nannten informelle, nicht verschriftlichte Vorgehensweisen. 9% der Befragten machten von der offenen Antwortmöglichkeit Gebrauch und verwiesen auf Kooperationen mit Fachärztinnen und -ärzten, Qualifikationsmaßnahmen u. a.

Gefragt nach der Umsetzung ausgewählter Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka,⁸ wurde die Sicherstellung verlässlicher Kommunikation und Kooperation verschiedener Berufsgruppen mit einem Anteil von 91% am häufigsten genannt. Starke Verbreitung erfuhren in dem befragten Sample weitere Maßnahmen wie die "Systematische Therapiebeobachtung und Dokumentation durch die Pflege" (84%), die Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen (82%), die "Initiierung der regelmäßigen Überprüfung der Indikation" (82%) sowie die Qualifizierung des Pflegepersonals (81%) und ein "systematischer Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten" (81%). Weniger häufig gaben die Befragten an, Maßnahmen wie die Nutzung von "Checklisten zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten" (37%), eine "Erhöhung des Anteils von Pflegefachkräften"

⁸ Diese wurden als Liste von 15 Maßnahmen präsentiert, auf die mit „wird umgesetzt“, „wird nicht umgesetzt“ und „kann ich nicht sagen“ geantwortet werden konnte (vgl. den Fragebogen im Anhang zu Meilenstein 2).

(34%), die "Schaffung der Position einer/eines Medikationsbeauftragten" (18%) und die "Schaffung der Position einer/eines Suchtbeauftragten" (12%) umzusetzen (vgl. Abb. 5).

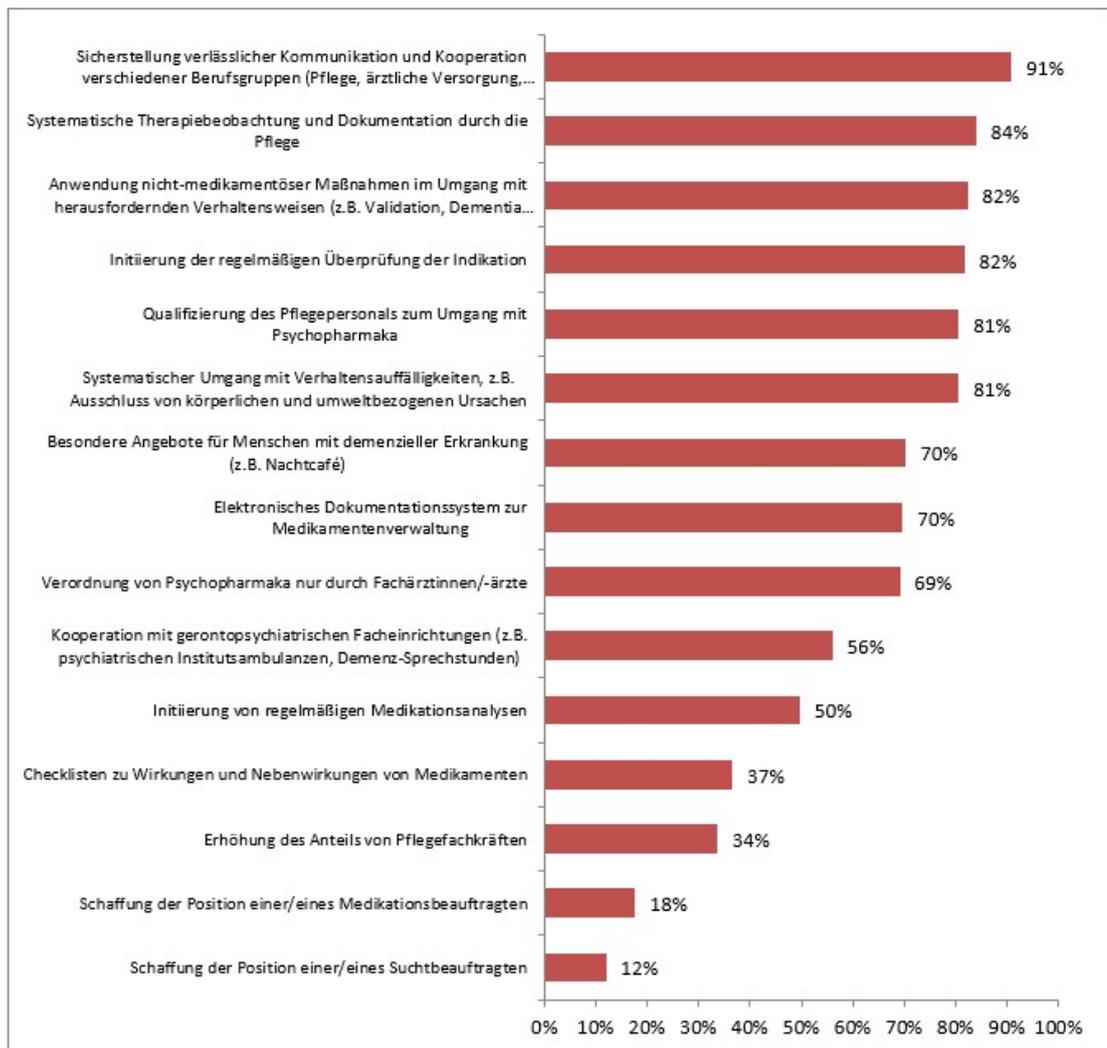


Abb. 5: Umsetzung ausgewählter Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka (stationäre Einrichtungen). N= 175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. auch Kammerer und Falk 2021)

15 Befragte machten von der offenen Antwortmöglichkeit Gebrauch. Die Antworten umfassten vor allem die Qualifizierung von Mitarbeitenden und die Kooperation mit Fachärztinnen und Fachärzten.

3.2.2.1.3 Priorisierung von Maßnahmen

Welche Maßnahmen aus Sicht der Befragten prioritär sind, um einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka sicherzustellen, wurde offen erfragt. Besonders wichtige Maßnahmen wurden von 130 Befragten genannt, die insgesamt 246 Maßnahmen angaben. Hier wurden am häufigsten Maßnahmen genannt, die die pflegerische Versorgung

betreffen (44%), darunter vor allem die Qualifizierung der Mitarbeitenden, die Verfügbarkeit von personellen Ressourcen, Therapiebeobachtung und Fallbesprechungen. An zweiter Stelle folgt der Bereich der ärztlichen Versorgung mit 90 Aussagen (37%), wobei am häufigsten die fachärztliche Versorgung und die Kooperation mit Fachärztinnen und -ärzten als relevant angesehen wurden. 5% der Aussagen beziehen sich auf Regeln im Umgang mit Psychopharmaka, z.B. „so wenig wie möglich, so viel wie nötig“. Weitere 4% betreffen diverse nichtmedikamentöse Maßnahmen als Alternative zu psychopharmakologischer Medikation, darunter die Gestaltung des Kontaktes mit den Pflegebedürftigen, aber auch der Umwelt und der Abläufe sowie Beschäftigungs- und Therapieangebote (z.B. Ergo- und Psychotherapie). Instrumente wurden von acht Befragten genannt (3%), darunter Checklisten, technische Möglichkeiten durch die Digitalisierung sowie die Einführung von Kommissionen und Expertenstandards. Ebenfalls 3% nannten den Austausch mit gesetzlich Betreuenden oder Angehörigen. Die Kooperation mit Apotheken oder Kliniken nannten jeweils 2% der Befragten (vgl. Abb. 6).

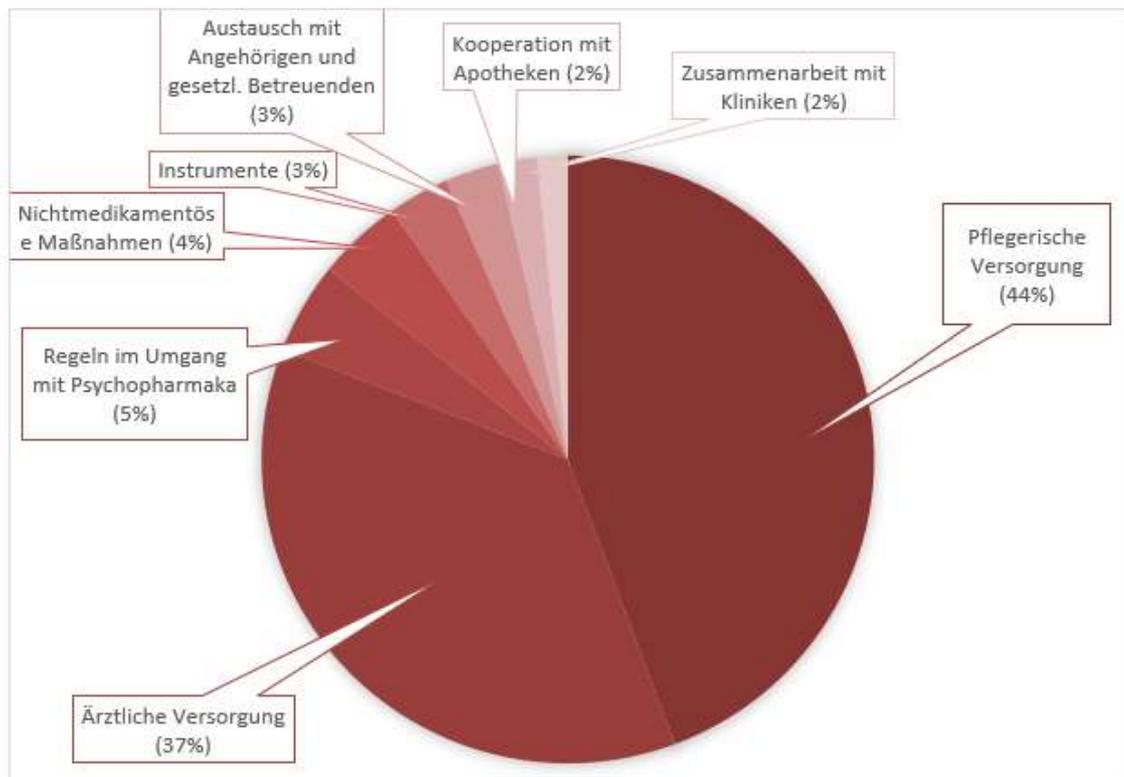


Abb. 6: Priorisierte Maßnahmenbereiche (stationäre Einrichtungen). N=246 Aussagen von 130 Befragten (Verteilung der Antworten in Prozent der Aussagen; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. auch Kammerer und Falk 2021)

3.2.2.1.4 Voraussetzungen für die Umsetzung von Maßnahmen

Um Einblick in die Sicht der Pflege auf Voraussetzungen für die Umsetzung von Maßnahmen für einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka zu erhalten, wurde den

Befragten eine Reihe aus der Literatur abgeleiteter, möglicher Voraussetzungen für eine Umsetzung von Maßnahmen zur Bewertung vorgelegt. Diesen wurde insgesamt eine hohe Wichtigkeit beigemessen. Am häufigsten wurden Aspekte der ärztlichen Versorgung als sehr wichtig eingeschätzt, z.B. die Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte (94%), deren Bereitschaft zur Kooperation (93%) und die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten (91%). Mit geringem Abstand folgen die Kompetenz des Pflegepersonals (89%) und daran anschließend Qualifizierungsmöglichkeiten (78%). Die Verfügbarkeit von Hausärztinnen und -ärzten fällt dagegen leicht ab und wurde von gut der Hälfte der Befragten (52%) als sehr wichtig angesehen, von einem Viertel (26%) als eher wichtig. Heterogener fiel die Einschätzung von Instrumenten (z. B. Therapiebeobachtungsbögen) aus: Ein knappes Drittel (31%) bewertete diese als „sehr wichtig“, ein weiteres knappes Drittel als „eher wichtig“ (30%) und 29% als "teils/teils" wichtig. Weniger als 5% bewerteten Instrumente als (eher) unwichtig (vgl. Abb. 7).

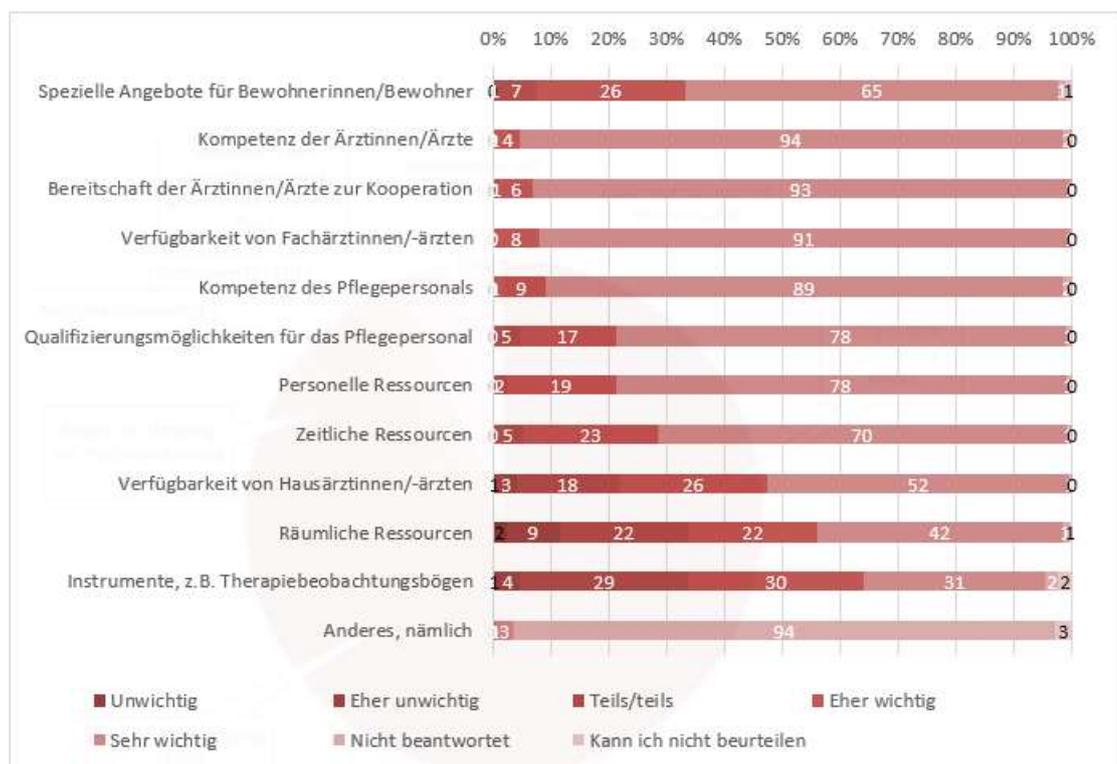


Abb. 7: Einschätzung der Bedeutung von Umsetzungsvoraussetzungen (stationäre Einrichtungen). N=175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung)

3.2.2.1.5 Bekanntheit und Verwendung von Instrumenten

Um die Bekanntheit und Verwendung von Instrumenten im Umgang mit Psychopharmaka zu erheben, wurden ausgewählte Instrumente aufgeführt und die Verwendung erfragt, wobei die Angabe „kenne ich nicht“ möglich war. 38% der Befragten gaben an, in ihrer

Einrichtung die S3-Leitlinie Demenz zu verwenden. Der bundeseinheitliche Medikationsplan und die PRISCUS-Liste werden nach diesen Angaben in jeweils 28% der teilnehmenden Einrichtungen genutzt. 6% gaben an, die AMTS-Merkkarte aus dem Projekt AMTS-AMPEL (Thürmann und Jaehde 2016) anzuwenden (vgl. Tab. 8).

Verwendung ausgewählter Instrumente im Umgang mit Psychopharmaka	Wird verwendet	Wird nicht verwendet	Nicht beantwortet	Kann ich nicht sagen	Kenne ich nicht
S3-Leitlinie Demenz	38%	37%	51%	9%	11%
Bundeseinheitlicher Medikationsplan	28%	45%	29%	9%	16%
PRISCUS-Liste	28%	38%	51%	6%	23%
AMTS-Merkkarte	6%	46%	46%	10%	34%
Anderes, nämlich:	2%	1%	96%	2%	0

Tab. 8: Verwendung ausgewählter Instrumente im Umgang mit Psychopharmaka (stationäre Einrichtungen). N=175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt).

Nicht allen Befragten waren alle aufgeführten Instrumente bekannt. So gaben 11% an, die S3-Leitlinie Demenz nicht zu kennen und 16% war der bundeseinheitliche Medikationsplan unbekannt. 23% der Befragten kannten die PRISCUS-Liste nicht, und ein Drittel gab an, dass ihnen die AMTS-Merkkarte unbekannt sei.

3.2.2.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen

3.2.2.2.1 Generelle Einschätzung der Wichtigkeit des Themas

Auch in der Befragung der ambulanten Pflegeeinrichtungen wurde zunächst nach der Einschätzung der Wichtigkeit des Themas „Umgang mit Psychopharmaka“ gefragt. Dieser wurde von über der Hälfte der Befragten als sehr wichtig und von einem knappen Drittel als wichtig angesehen (vgl. Abb. 8).

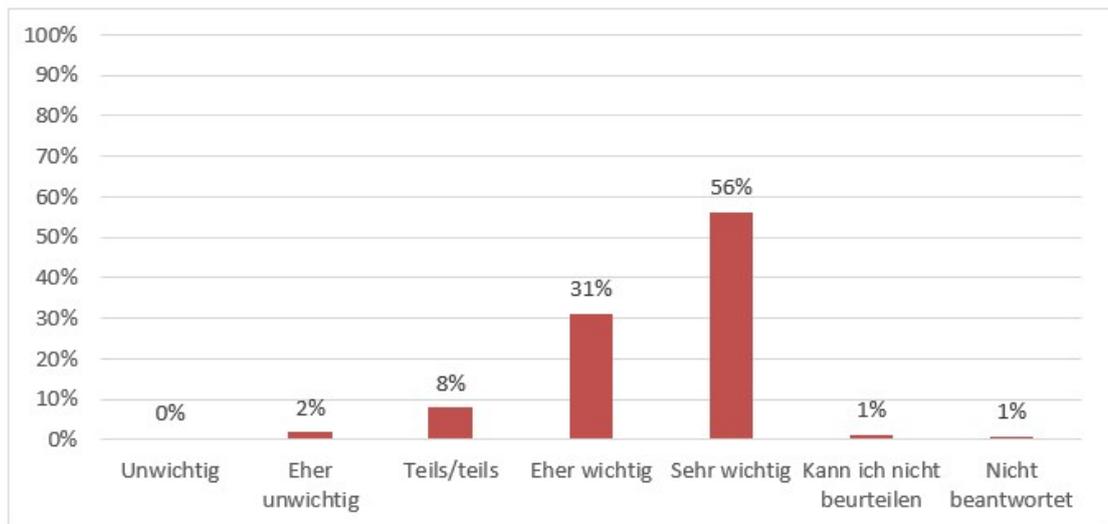


Abb. 8: Einschätzung der Wichtigkeit des Themas „Umgang mit Psychopharmaka“ (ambulante Einrichtungen). N=212 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. auch Falk und Kammerer 2021)

3.2.2.2.2 Verbreitung ausgewählter Maßnahmen

Nach der Umsetzung ausgewählter Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka gefragt, wurde am häufigsten angegeben, dass "standardisierte Formulare zur Dokumentation der laufenden Medikation" genutzt würden (84%). Etwas weniger Antworten entfielen auf die "Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen" (77%). Ein "tägliches Aufsuchen der Pflegebedürftigen zur Therapieüberwachung" und die "Qualifizierung des Pflegepersonals zum Umgang mit Psychopharmaka" nannten rund 70% der Befragten. Dass die Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen weiterhin verbessert werden könnte, zeigen die seltenere Umsetzung eines "systematischen Informationsaustausches über Medikamenten(neben-)wirkungen mit den verschreibenden Ärztinnen/Ärzten" (48%) sowie die relativ geringe Nutzung von "Checklisten zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten" und gemeinsamen Hausbesuchen (jeweils 37%). Die Einrichtung der Position einer/eines Medikationsbeauftragten (18%) oder einer/eines Suchtbeauftragten (5%) wurden noch seltener angegeben (vgl. Abb. 16 im Anhang).

3.2.2.2.3 Priorisierung von Maßnahmen

Im Anschluss wurde in einer offenen Frage gefragt, welche Maßnahmen – unabhängig von den zuvor aufgeführten – als besonders relevant eingeschätzt werden, um einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka in der ambulanten Pflege sicherzustellen. 166 Befragte nutzten die Freitextmöglichkeit und machten insgesamt 261 Aussagen.

Abb. 9 gibt einen Einblick über die Verteilung der Maßnahmen auf die unterschiedlichen Versorgungsbereiche.

Am häufigsten wurden Maßnahmen genannt, die die ärztliche Versorgung betreffen (49%). So wurde v. a. eine bessere Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten angesprochen (31%), Maßnahmen rund um die ärztliche Verordnung, z. B. eine Verordnung nur von Fachärztinnen und -ärzten (6%), eine bessere Qualifizierung von Hausärztinnen und -ärzten (3%), eine bessere Kontrolle bzw. Betreuung (3%) sowie Hausbesuche durch Ärztinnen und Ärzte (3%) sowie generell die „Reduzierung des Gebrauchs von Psychopharmaka“ (2%). Ein knappes Drittel der Nennungen betraf die pflegerische Versorgung (31%). Hier wurde v. a. die Qualifizierung der Mitarbeitenden genannt (10%), die Patientenbeobachtung (8%) sowie Maßnahmen zur allgemeinen Arzneimitteltherapiesicherheit (5%). Daran anschließend wurden fehlende finanzielle Ressourcen angesprochen (5%) sowie eine Ausweitung der Handlungsmöglichkeiten der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka (2%).

Als besonders wichtig für die Sicherstellung eines angemessenen Umgangs mit Psychopharmaka wurden außerdem Maßnahmen im Hinblick auf Angehörige erachtet (9%), insbesondere deren Einbeziehung und/oder Schulung hinsichtlich der Wirkung und des Umgangs mit Psychopharmaka. Auch in Bezug auf die Patientinnen und Patienten wurden Maßnahmen als relevant angesehen (3%), z. B. die Aufklärung über Psychopharmaka. Vereinzelt wurde die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen priorisiert, z. B. mit Kliniken (3%) oder hinsichtlich alternativer Behandlungsmöglichkeiten (1%) oder Digitalisierung (1%).

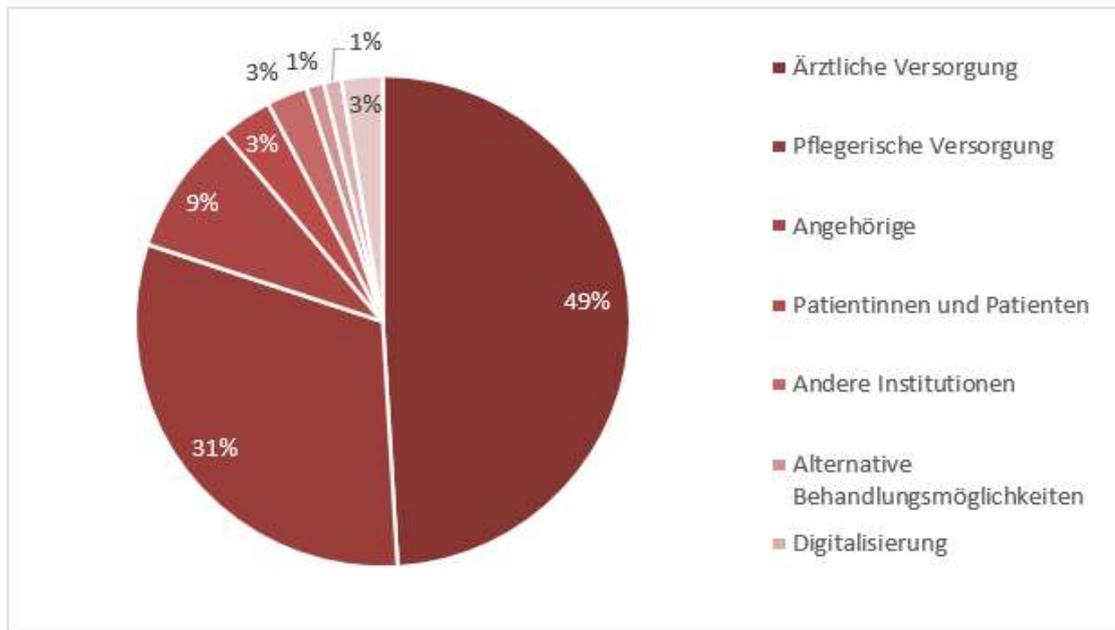


Abb. 9: Priorisierung der Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka (ambulante Einrichtungen). N=261 Aussagen von 166 Befragten (Verteilung der Antworten in Prozent der Aussagen; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. auch Falk und Kammerer 2021)

3.2.2.2.4 Voraussetzungen für die Umsetzung von Maßnahmen

Die Sicht der Pflege auf Voraussetzungen für eine Umsetzung entsprechender Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka erfolgte wie im stationären Befragungsarm über eine aus der Literatur abgeleitete Liste als relevant erachteter Aspekte. Die Befragten wurden darum gebeten, die Wichtigkeit der einzelnen Items einzuschätzen (vgl. Abb. 10). Als sehr wichtige Voraussetzung für die Umsetzung entsprechender Maßnahme wurden demnach die Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte (91%) sowie deren Bereitschaft zur Kooperation (86%) und deren Verfügbarkeit angesehen (85%). Gefolgt wurden diese Angaben von der „Kompetenz des Pflegepersonals“ (83%), Qualifizierungsmöglichkeiten (68%), personellen (67%) und zeitlichen (65%) Ressourcen sowie der Verfügbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten (66%). Diese Relevanzsetzungen spiegelten sich auch in den offenen Antwortmöglichkeiten zur Priorisierung von Maßnahmen wider. Maßnahmen wie „weitere Leistungen und Angebote“ z.B. zur Unterstützung im Alltag (AUA), Tagesstrukturierung oder außerhäuslichen Mobilität“ wurden von mehr als der Hälfte der Befragten (53%) als sehr wichtig und von weiteren 25% als eher wichtig eingeschätzt. Hingegen wurden „Instrumente, z.B. Therapiebeobachtungsbögen“ nur von 39% als „sehr wichtig“, aber ebenfalls von etwa einem Viertel als „eher wichtig“ eingeschätzt.

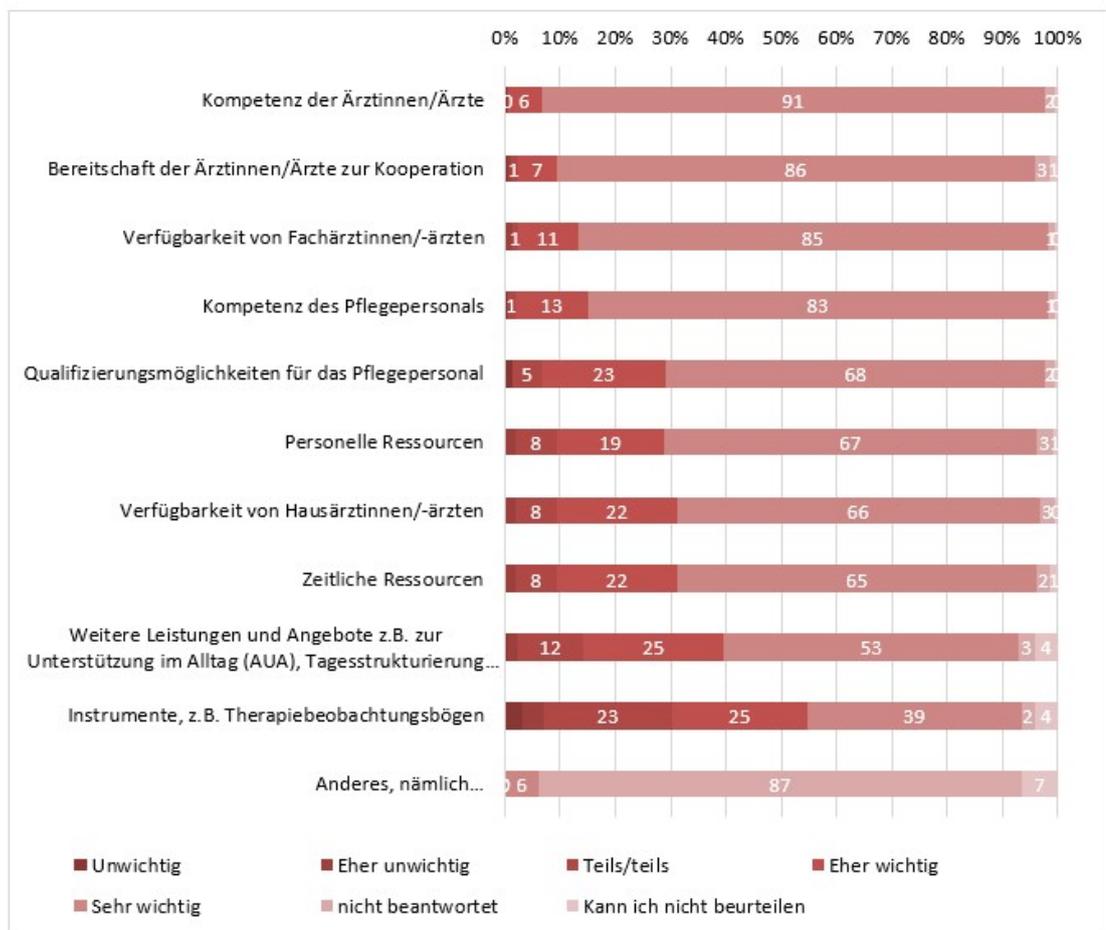


Abb. 10: Einschätzung der Bedeutung von Umsetzungsvoraussetzungen (ambulante Einrichtungen). N=212 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung)

3.2.2.2.5 Bekanntheit und Verwendung von Instrumenten

Um die Bekanntheit und Verwendung von Instrumenten im Umgang mit Psychopharmaka zu erfragen, sollten die Befragten beantworten, ob sie die aufgeführten Instrumente verwenden bzw. ob sie sie kennen (vgl. Tab. 9). 41% der Befragten gaben an, die S3-Leitlinie Demenz in ihrer Einrichtung zu verwenden. Der bundeseinheitliche Medikationsplan wurde in 38% der teilnehmenden Einrichtungen genutzt. 15% der Befragten gaben an, die S3-Leitlinie Demenz nicht zu kennen, und 17% war der bundeseinheitliche Medikationsplan zum Zeitpunkt der Befragung unbekannt.

Verwendung ausgewählter Instrumente im Umgang mit Psychopharmaka	Wird verwendet	Wird nicht verwendet	Kann ich nicht sagen	Kenne ich nicht	nicht beantwortet
S3 Leitlinie Demenz	41%	34%	7%	15%	3%
Bundeseinheitlicher Medikationsplan	38%	34%	6%	17%	6%
Anderes, nämlich	5%	1	5%	1%	89%

Tab. 9: Verwendung ausgewählter Instrumente im Umgang mit Psychopharmaka (ambulante Einrichtungen). N=212 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt).

3.2.2.3 Vergleich der Ergebnisse der Online-Erhebungen

Die Ergebnisse beider Befragungen zeigen, dass in einem beträchtlichen Teil der teilnehmenden stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen bereits Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka ergriffen werden. In den teilnehmenden Einrichtungen beider Settings sind Maßnahmen im Hinblick auf die Kommunikation und Kooperation der unterschiedlichen, an der Versorgung beteiligten Professionen verbreitet, im stationären Setting mehr als im ambulanten. Eine starke Verbreitung genießen nach diesen Ergebnissen in beiden Settings zudem Maßnahmen zur Patientenbeobachtung bzw. Therapieüberwachung und zur Qualifizierung. Checklisten sowie die Schaffung psychopharmakabezogener Funktionsstellen wie z.B. von Medikations- oder Suchtbeauftragten finden sich hingegen nur bei einer Minderheit der befragten Einrichtungen beider Settings. Instrumente wie die S3-Leitlinie Demenz und der bundeseinheitliche Medikationsplan werden in der ambulanten Versorgung nach Angaben der Befragten etwas häufiger als in der stationären Versorgung verwendet. Andererseits geben 15% der Befragten der ambulanten Einrichtungen und 11% der Befragten der stationären Einrichtungen an, dass die S3-Leitlinie Demenz nicht bekannt sei. Hinsichtlich des bundeseinheitlichen Medikationsplans geben rund 16% der Befragten beider Erhebungsarme an, dass sie diesen nicht kennen.

Die größten Versorgungsprobleme im Umgang mit Psychopharmaka sehen die Befragten aus beiden Settings im Bereich der ärztlichen Versorgung. In der stationären Versorgung folgen mit Abstand Probleme in Bezug auf die pflegerische Versorgung (z. B. hinsichtlich der Qualifikation der Mitarbeitenden), in der ambulanten Versorgung in Bezug auf Patientinnen und Patienten. Höchste Priorität, um einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka sicherzustellen, haben für die Befragten in beiden Versorgungssettings Maßnahmen im Bereich der (fach-) ärztlichen und der pflegerischen Versor-

gung. Als besonders wichtig werden die – vielfach als mangelhaft kritisierte – Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten, deren Kooperation untereinander sowie die Qualifikation des Pflegepersonals bewertet.

Auch was die Wichtigkeit von Umsetzungsvoraussetzungen angeht, wird sowohl von Befragten der stationären als auch der ambulanten Einrichtungen auf die ärztliche Versorgung verwiesen (v. a. auf die Kompetenz, Kooperation und Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten), gefolgt von Qualifikationsmöglichkeiten bzw. der Kompetenz des Pflegepersonals. „Instrumente“, wie z. B. Therapiebeobachtungsbögen, werden jeweils seltener als „sehr wichtig“ für die Umsetzung von Maßnahmen beurteilt.

3.2.2.4 Limitationen

Auch wenn das in der Erhebung angestrebte Mengengerüst erreicht wurde, fiel der Rücklauf relativ gering aus. Zu vermuten ist, dass dies u. a. mit knappen zeitlichen Ressourcen der Angeschriebenen sowie einem insgesamt hohen Befragungsaufkommen zusammenhängt. Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass es sich bei den Befragungsteilnehmenden tendenziell um Einrichtungsvertreterinnen und –vertreter handelte, die ein besonderes Interesse an der Thematik des Umgangs mit Psychopharmaka in der Altenpflege haben. Aufgrund der diesbezüglichen Selektivität des Befragungssamples können die gewonnen Ergebnisse nur mit Einschränkungen als repräsentativ für die ambulante und stationäre Altenpflege in Deutschland generell angesehen werden. Bei der Thematisierung des „Umgang mit Psychopharmaka im Pflegeheim“ bestand zudem eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von sozial erwünschtem Antwortverhalten.

3.2.3 Ergebnisse der Fallstudien

Im Folgenden berichten wir die Ergebnisse zur Sicht der Fallstudieneinrichtungen auf Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte sowie auf ausgewählte Instrumente im Umgang mit Psychopharmaka. Grundsätzlich zeigte sich, dass in den in die Fallstudien einbezogenen Einrichtungen eine Auseinandersetzung mit der Thematik mit Blick auf die Erfüllung rechtlicher Anforderungen sowie konzeptionell–fachlicher Standards stattfindet. Weiterhin wurde auf bestimmte Leitsätze und grundlegende bzw. übergreifende Leitlinien (z.B. die Pflege–Charta) Bezug genommen. Berichtet werden zudem Gründe aus Einrichtungssicht für und wider eine Implementierung von auf den Umgang mit Psychopharmaka bezogenen Konzepten sowie die Einschätzungen zu einigen konkreten Instrumenten und Vorgehensweisen im Umgang mit Psychopharmaka.

3.2.3.1 Rechtliche Vorgaben und Qualitätsprüfungen

Für die Einrichtungen ist die Einhaltung rechtlicher Anforderungen von hoher Bedeutung. So verwies eine der befragten Qualitätsmanagerinnen auf die Frage nach dem Vorhandensein eines eigenständigen Konzeptes zum Umgang mit Psychopharmaka auf die Ein–

haltung der gesetzlichen Vorgaben. Dabei wurde insbesondere die Fachkraftqualifikation als Voraussetzung für die Möglichkeit der Übernahme der Durchführungsverantwortung im Umgang mit psychopharmakologischer Medikation und für die Kostenerstattung der entsprechenden Leistung herausgestellt (2Ltg, 33–35). Insbesondere in Systemen mit begrenzten Ressourcen kann die Nutzung von Konzepten (auch) mit Anreizen und Kontrollen zusammenhängen.⁹

Mit Blick auf das ambulante Setting wurde auch auf den Zusammenhang von zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern getroffenen Vereinbarungen über qualifikatorische Mindestvoraussetzungen mit der Höhe der möglichen Vergütung der Leistung hingewiesen. In Bezug auf den Umgang mit Psychopharmaka einerseits und einzelne Vereinbarungen über abgesenkte Anforderungen im Hinblick auf die Gabe nicht-psychopharmakologischer Medikation andererseits wurde – teilweise bereits in Vorgesprächen zur Durchführung der Fallstudien – einrichtungsseitig die Notwendigkeit angemahnt, den Umgang mit Medikation weiterhin an eine Fachkraftqualifikation zu binden.

Ein weiterer möglicher Anreiz, im Versorgungsalltag Empfehlungen, Leitlinien oder Konzepte zu entwickeln und/oder zu implementieren, liegt in dem Ziel eines guten Abschneidens bei den Qualitätsprüfungen nach §114 SGB XI. Dieser Bezug wurde in den Interviews nicht unmittelbar im Zusammenhang mit Psychopharmaka hergestellt. Es wurde jedoch vereinzelt auf die Bedeutung eines guten Abschneidens bei der Prüfung durch den MDK verwiesen. Aus dem Bereich des Qualitätsmanagements wurden zudem inhaltliche Bezüge zwischen dem Umgang mit Psychopharmaka und einer Umsetzung der Expertenstandards zur Sturzprophylaxe oder zum Umgang mit Schmerz (7Ltg, 371–387) hergestellt. Insbesondere dem Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018) wurde von einzelnen IVP (7Ltg, 123–126; 12Ltg, 675–695) eine hohe potenzielle Bedeutung im Hinblick auf den Umgang mit Psychopharmaka zugeschrieben.

3.2.3.2 Der Leitsatz „so wenig wie möglich, so viel wie nötig“

Auch wenn in den in die Fallstudien einbezogenen Einrichtungen keine verschriftlichten Empfehlungen, Leitlinien oder Konzepte eigens mit Blick auf den Umgang mit Psychopharmaka vorlagen, so nahmen die IVP doch immer wieder auf einrichtungsspezifische

⁹ Es ist allerdings kritisch zu hinterfragen, ob Kontrollen alleine dazu führen, dass entsprechende Instrumente in einer Einrichtung auch „mit Leben“ gefüllt werden. Zu beachten ist die Möglichkeit, dass zur Einhaltung Vorgaben formal erledigt und entsprechende Dokumente vorgewiesen werden können, ohne dass die Neuerungen in der alltäglichen Versorgungspraxis tatsächlich zum Tragen kommen. Dies ist insbesondere bei Konzepten zu berücksichtigen, die auf Veränderungen „weicher“ Faktoren wie Fragen der Haltung, der Kommunikation oder der Fehlerkultur abzielen. Bei diesen sollten insbesondere ermöglichende Bedingungen identifiziert und geschaffen werden – wie es Anliegen dieser Studie ist.

handlungsleitende Regeln oder Leitsätze Bezug. Beispielhaft hierfür kann die folgende Aussage der Wohnbereichsleitung (WBL) einer stationären Einrichtung stehen:

„(...) also ich persönlich bin ja eigentlich eine von denen, die sagt, so wenig wie möglich, so viel wie nötig.“ (FS05MA01 (WBL), Pos. 1491–1492)

„So wenig wie möglich“ war eine verbreitete Formulierung, die von IVP in vier der fünf Fallstudien benutzt wurde – alle in leitenden Funktionen.¹⁰ Diese Formulierung veranschaulicht zum einen eine klare (und sozial erwünschte) Haltung hinsichtlich Psychopharmaka. Zum anderen deutet sie auf einen gewissen Gestaltungsspielraum auf Seiten der Pflege hin. Zumindest wirft sie die Frage auf, wer anhand welcher Kriterien festlegt, was „möglich“ und was „nötig“ ist und ob diese Kriterien ausschließlich medizinischer Natur sind.

Mit Blick auf den Umgang mit Psychopharmaka ist hier zum einen die Frage angesprochen, welches Handeln oder Verhalten oder welcher Gemütszustand als behandlungsbedürftiges Symptom erkannt bzw. betrachtet wird und was als hinnehmbar oder gar „normal“ gilt. Zum anderen ist möglicherweise die Frage tangiert, welche „Normen“ und Verhaltenserwartungen in einer Einrichtung bestehen. Letzteres hängt nicht zuletzt von den Rahmenbedingungen (Angebote, Personal, räumliche Ressourcen, Sicherheit) ab. Beispielhaft kann hier auf eine Einrichtungsleitung verwiesen werden, die anmerkte:

„(...) ich muss ja keinen ruhigstellen hier, weil, die können ja hier laufen, hier stören sie ja keinen, die können draußen laufen, die sind ja hier auch nachts unterwegs.“ (18Ltg, 332–342)

Auffällig ist, dass diese formelhafte, sich wiederholende Aussage – ähnlich wie andere Aussagen zu Psychopharmaka – von den IVP in Leitungsfunktion als persönliche Haltung formuliert wurde. Dies kann zum einen auf das Nichtvorhandensein festgelegter Standards und die damit einhergehenden Gestaltungsspielräume hinweisen. Zum anderen kann sich in dieser personalisierten Formulierung auch das Wissen ausdrücken, dass es unter Pflegefachpersonen auch andere Orientierungen im Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege gibt. In diesem Zusammenhang wurde von einzelnen IVP ein möglicher Unterschied zwischen Alterskohorten ins Spiel gebracht.¹¹ Dass es hinsichtlich einer

¹⁰ Auch in der Online-Erhebung war dies ein Leitsatz, vgl. Meilenstein 2, S. 41 (gesondertes Dokument).

¹¹ Diese These ist zu hinterfragen. So begegneten wir in den Fallstudien auch älteren Kolleginnen und Kollegen mit langjähriger Berufserfahrung, die problematisierten, nicht mehr hinreichend Zeit für eine angemessene Betreuung von Personen mit fortgeschrittener Demenz, herausfordernden Verhaltensweisen oder einem ablehnenden Verhalten gegenüber den angebotenen Pflegeleistungen zu halten. Sie stellten dies ihrem Tätigkeitsprofil in früheren Jahren gegenüber, dass weniger stark durch Verdichtung und Differenzierung der Tätigkeiten charakterisiert gewesen sei. In den

psychopharmakologischen Medikation in den letzten Jahrzehnten eine zunehmende kritische Sensibilisierung unter Fachkräften gebe, wurde von mehreren IVP angesprochen.

3.2.3.3 Die Pflege-Charta

Eine interviewte Fachkraft für Altenpflege, die außerdem in der Funktion einer Praxisanleiterin tätig war, zog die Pflegecharta als grundlegende Orientierung für ihr professionelles Handeln heran. Die IVP begründete dies damit, dass die Charta aus der Perspektive der Pflegebedürftigen verfasst sei und wesentliche Aspekte anspreche, insbesondere die Würde des Menschen und das Recht auf eine gute und dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechende Versorgung (22PFK, 142–168). Auch diese Orientierung wurde als individuelle, persönliche Haltung präsentiert, nicht als in der oder durch die Einrichtung vermittelte Haltung oder Träger-„Kultur“. Hiermit war jedoch keine Kritik an der Einrichtung verknüpft; eine explizite Haltung oder Einrichtungskultur im Umgang mit Psychopharmaka wurde offenbar nicht vermisst. Vielmehr wurde die Einrichtung insofern als ermöglichend erlebt, als die IVP die Möglichkeit sah, ihre Haltung im Versorgungsalltag zu verwirklichen.

3.2.3.4 Für und Wider der Anwendung von Konzepten

In den Interviews mit den IVP in Leitungsfunktion wurde die Frage thematisiert, ob Konzepte im Umgang mit Psychopharmaka sinnvoll und implementierbar seien und welcher Art diese sein müssten. In den Einschätzungen der IVP wurde deutlich, dass diese unter dem Stichwort „Konzept“ so Unterschiedliches wie definierte Instrumente, Handlungsempfehlungen, Verfahrensweisen oder auch Implementierungskonzepte verstanden.

3.2.3.4.1 Grundsätzliche Skepsis

Zu der Frage, ob Konzepte – im Sinne schriftlicher Dokumente, die einen spezifischen Umgang mit Psychopharmaka in einer Einrichtung vorschlagen – überhaupt geeignet oder gar hilfreich seien, um einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege zu befördern, überwog insgesamt die Skepsis – insbesondere gegenüber ausführlichen, schriftlich ausgearbeiteten Konzepten.¹² Sofern überhaupt für schriftliche Konzepte argumentiert wurde, geschah dies mit dem deutlichen Hinweis auf die notwendige Kürze eines solchen Instrumentes. Folglich wurden die Entwicklung, Nutzung und/oder Implementierung von Konzepten im Allgemeinen sowie im Besonderen zum Umgang mit Psychopharmaka von den Interviewpersonen unterschiedlich bewertet. Hervorgehoben wurden insbesondere Aspekte wie der mit einer Implementierung und dauerhaften Umsetzung einhergehende Arbeitsaufwand,

Fallstudien begegneten wir auch Personen, die mit diesen Veränderungen umgingen, indem sie sich auf geringer vergütete, „patientennähere“ Tätigkeitsprofile einließen, bei der Durchführung dieser Tätigkeiten aber ihre Fachkraftexpertise einbringen konnten.

¹² Dies deckt sich mit Einschätzungen aus den Experteninterviews.

die Handhabbarkeit, Praktikabilität und der mögliche Nutzen. Als potenziell hilfreich wurden insbesondere Checklisten, Fragebogen oder Beispiele guter Praxis gesehen, die leicht handhabbar sind und dazu anregen können, eigene Ideen zu entwickeln.

3.2.3.4.2 Handhabbarkeit, Anpassungsfähigkeit, Mehrwert und Orientierungsfunktion
Eine IVP in Leitungsfunktion bei einem ambulanten Pflegedienst wies darauf hin, dass die Umsetzung eines zusätzlichen Instruments stets mit zusätzlichem Arbeitsaufwand einhergehe (1Lfg, 372–387) und es gelingen müsse, „*alle Mitarbeiter [zu] sensibilisieren*“. In der Einrichtung bestünde bereits eine Vielzahl von Maßnahmen, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu entdecken, z.B. das Schreiben von Pflegeberichten, Sturz-Protokollen, Übergabebüchern, wodurch eine Vielzahl von Informationen generiert und gesammelt würde (1Ltg, 356–359).

In dieser Aussage sind zwei Anforderungen an mögliche Konzepte für den Umgang mit Psychopharmaka angesprochen: Zum einen die Notwendigkeit, bereits vorhandene Maßnahmen aufzugreifen und in das zu entwickelnde Konzept zu integrieren und ihre Bedeutung für den Umgang mit Psychopharmaka zu explizieren. Zum anderen gilt es aufzuzeigen, ob und gegebenenfalls welchen Mehrwert die Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes für die Versorgungsqualität, die Mitarbeitenden, die Einrichtung und den Träger insgesamt haben kann. Im Hinblick auf letzteres ist – neben den Kriterien einer möglichst hohen Versorgungsqualität und des Wohlbefindens der betreuten pflegebedürftigen Personen – aus Trägersicht auch an mögliche ökonomische Implikationen zu denken. Beispielhaft nennt eine IVP mögliche Kosteneinsparungen durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und des mit diesen einhergehenden Verwaltungs- und später möglicherweise Pflegeaufwands (1Ltg, Pos. 372–401).

Eine IVP in Leitungsfunktion in einer stationären Einrichtung lehnte ein schriftlich formuliertes, mehrseitiges Konzept unter Verweis auf die mangelnde Praktikabilität für die Mitarbeitenden deutlich ab, während sie die Nutzung einer Checkliste oder eines Leitfadens durchaus vorstellbar fand (21Ltg, 1877–1883).

Skeptisch zeigte sich auch die IVP aus dem Leitungsteam einer anderen stationären Einrichtung. So sei es:

„immer schwer, irgendein steifes Konzept irgendwo zu implementieren, weil der Alltag einfach verrückt und anders ist.“ (20Ltg, 827)

Aus Sicht der IVP sei in der Pflege ein flexibles Handeln notwendig, und Konzepte könnten den Alltag nicht immer gut abbilden. Allerdings könne es anregend sein, wenn ein Konzept „*Ideen weckt*“ (20Ltg, 827–856). Auch Praxisbeispiele seien inspirierend, könnten zum Nachdenken anregen und die eigenen Handlungsmöglichkeiten erweitern. Abgeleitet werden kann hieraus auch die Anforderung, mit Blick auf Situationen potenzieller Handlungsunsicherheit keine zu engen Handlungsvorgaben zu machen, sondern stattdessen Zielstellungen zu klären und zu priorisieren.

Auf den Aspekt der Handlungsorientierung bezogen sich auch andere IVP. Nach Einschätzung einer IVP aus dem Qualitätsmanagement einer ambulanten Einrichtung könne ein „Leitfaden“ durchaus eine Arbeitserleichterung darstellen und Wissen sich durch dessen Anwendung verfestigen. Doch auch sie verwies auf den zusätzlichen Arbeitsaufwand, den die Einführung neuer Expertenstandards oder Handlungsrichtlinien zunächst mit sich bringe und auf den Mitarbeitende mitunter abwehrend reagierten (6Ltg, 445–457).

3.2.3.4.3 Leitungsrückhalt, Qualifizierung und Kontextsensibilität

Gesehen und formuliert wurde die große Bedeutung des Rückhalts der Leitung für die Umsetzung einer bestimmten Grundhaltung, die mit der Vermittlung von Informationen, beispielsweise zu den möglichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka und der erhöhten Sturzgefahr, zusammenkommen müsse: Nur wenn Leitung von der Sinnhaftigkeit überzeugt sei, könne sie eine bestimmte Haltung – in diesem Falle die des oben angesprochenen „*so wenig wie möglich*“ auch glaubwürdig vermitteln (21Ltg, 1649–1684).

Erkennbar wird aus diesen Einlassungen die Anforderung, dass die Entwicklung und Implementierung neuer Konzepte stets kontextsensibel sein und das Ausmaß der zeitgleich bestehenden organisationalen Veränderungsanforderungen berücksichtigen sollten. Erforderlich ist auch, bei den Mitarbeitenden Akzeptanz für die Implementierung zu schaffen und die Handhabbarkeit für alle Beteiligten sicherzustellen.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch die mögliche Ambivalenz, die aus der Einführung neuer Standards entstehen kann. So können Standards zwar einerseits Orientierung in Situationen von Handlungsunsicherheit bieten, beispielsweise, indem sie Ziele definieren und priorisieren. Andererseits können sie jedoch auch zuvor möglicherweise vorhandene und genutzte Entscheidungsfreiräume beschneiden. Möglich ist schließlich auch, dass eine vielleicht bestehende Unvereinbarkeit unterschiedlicher Handlungsanforderungen offen zutage tritt. Letzteres ist der Fall, wenn Standards Handlungsweisen verlangen, die unter den jeweils gegebenen Bedingungen kaum umsetzbar sind.

3.2.3.5 Instrumente und Vorgehensweisen im Umgang mit Psychopharmaka

Wenngleich in den in die Fallstudien einbezogenen Einrichtungen keine verschriftlichen Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka vorlagen und solchen gegenüber auch eine grundsätzliche Skepsis formuliert wurde, so fanden sich doch Vorgehensweisen, die zu einem möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka beitragen können. Hierzu zählen:

- Aspekte der Strukturqualität (z. B. monatliche Fortbildungen mit Fallkonferenz für alle Mitarbeitenden, Medikamentenschulungen für Pflegehilfskräfte),
- Aspekte der Prozessqualität bzw. spezifische Verfahrensweisen (z. B. eine strukturierte Patientenbeobachtung, quartalsweise Teamsitzungen der Examinierten)

u. a. zu Medikamentengabe und Verordnung, monatliche Besprechungen mit der betreuenden Apotheke, Dokumentation von Beobachtungen sowie gegebenenfalls Rücksprache mit der Einsatzleitung),

- einzelne Werkzeuge oder Instrumente (z. B. ein täglicher Beobachtungsplan, Sturzprotokolle, die – allerdings nicht genutzte – Integration der PRISCUS-Liste in das Dokumentationssystem).

Gezielt erfragt wurde außerdem die Nutzung von Instrumenten wie dem bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP), einer regelmäßigen Medikamentenüberprüfung, von Checklisten oder thematischen Fallbesprechungen zu Fragen der Medikation. Auf die einrichtungsseitigen Einschätzungen zu diesen Instrumenten wird im Folgenden genauer eingegangen.

3.2.3.5.1 Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP)

Den Interviews mit den IVP in Leitungsfunktion zufolge wird der bundeseinheitliche Medikationsplan keineswegs von allen die Fallstudieneinrichtungen betreuenden Ärztinnen und Ärzten genutzt (1Ltg, 5Ltg, 7Ltg, 12Ltg). Die Koordination der Medikamentenpläne bleibt damit häufig den Einrichtungen überlassen. Verschiedentlich wurde von der Praxis berichtet, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte den jeweiligen Medikamentenplan an die Einrichtung schicken, von der er dann in die Dokumentation eingepflegt und gegebenenfalls den weiteren behandelnden Ärztinnen und Ärzten zur Kenntnis gegeben wird (1Ltg, 5Ltg, 12Ltg). Bemängelt wird, dass dies weder Aufgabe der Einrichtung sei noch vergütet werde, jedoch notwendig sei, um den je aktuellen Medikamentenplan vorliegen zu haben und Medikationsfehler vermeiden zu können.

Einrichtungsseitig besteht das Hauptanliegen darin, dass alle Beteiligten stets über die aktuelle Medikation informiert sind und für die Einrichtungen ein möglichst geringer Koordinationsaufwand entsteht. Potenziale werden in den Bemühungen um Digitalisierung gesehen; beobachtet wird allerdings auch, dass die Nutzung unterschiedlicher Software, eine ärztlicherseits teilweise bestehende Distanz zur Nutzung der bestehenden digitalen Möglichkeiten sowie gelegentlich Bedenken bezüglich der Sicherstellung Datenschutzes bislang Hürden für einen vereinfachten Austausch zwischen Arztpraxis, Apotheke und Einrichtung darstellen. Möglichkeiten werden mit Blick auf die elektronische Gesundheitskarte, die elektronische Patientenakte und den elektronischen Medikationsplan gesehen (1Ltg, 548–556).

3.2.3.5.2 Regelmäßige Medikationsanalysen

Überprüfungen der Angemessenheit der Medikation erfolgen nach Angabe der interviewten Leitungskräfte in den Fallstudieneinrichtungen überwiegend anlassbezogen (7Ltg, 230–233; 20Ltg, 337–347; 23Ltg, 342–346), nicht regelmäßig in bestimmten, medizinisch begründeten Abständen. Anlässe sind insbesondere der Einzug bzw. der

Beginn des Versorgungsvertrages sowie die Wiederaufnahme der Versorgung nach Krankenhausaufenthalten. In zwei Einrichtungen findet eine Überprüfung der Medikation zudem statt, wenn neue Medikamente verschrieben werden und Wechselwirkungen zu erwarten sind oder Medikamente auf der PRISCUS-Liste stehen (1Ltg, 585–615; 3Ltg, 43; 21Ltg, 1479–1483). In beiden Fällen besteht eine enge Kooperation mit der betreuenden Apotheke, deren Rückmeldung die Einrichtungen an die Ärztinnen und Ärzte weiterleiten. Die IVP eines ambulanten Pflegedienstes wies zudem auf die im Expertenstandard zur Sturzprophylaxe gegebene Empfehlung einer Überprüfung der Medikation bei einer Verordnung von mindestens fünf Medikamenten hin. Die Umsetzung und mögliche Wirkung dieser Empfehlung konnte allerdings im Rahmen der Fallstudien nicht überprüft oder beobachtet werden (6Ltg, 150).

Aus der Leitungsebene einer ambulanten Pflegeeinrichtung wurde der Nutzen einer anlasslosen Überprüfung der Medikation durch Ärztinnen und Ärzte mit dem Argument in Frage gestellt, dass diese die durch den Dienst betreuten Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz nicht ausreichend kennen würden, um die Angemessenheit der verordneten Medikation einschätzen zu können (5Ltg, 562–563).

Den potenziellen Nutzen einer anlasslosen Überprüfung der Medikation, selbst wenn diese durch Pflegefachpersonen, statt durch die Apotheke oder Arztpraxis erfolgt, veranschaulicht eine IVP aus einer stationären Pflegeeinrichtung, die dort zugleich für die Praxisanleitung zuständig ist. In dem geschilderten Fall trat bei der gemeinsamen Sichtung der Medikation einer Bewohnerin mit einer Auszubildenden zu Übungszwecken zutage, dass die Bewohnerin trotz Bettlägerigkeit ein Medikament „gegen Unruhe“ erhielt, mit dem ihr zuvor ausgeprägtes Bewegungsbedürfnis medikamentös hatte „behandelt“ werden sollen (22PFK, 346–374).¹³

3.2.3.5.3 Medikations-Checklisten

Aufgeschlossenheit bestand seitens mancher IVP aus den Fallstudieneinrichtungen für kurze, übersichtliche Listen mit Informationen zu wichtigen Medikamenten und ihren Wirkungen und Nebenwirkungen, wie sie z.B. Teil von Konzepten wie dem des Kompetenznetzes Pflege und Pharmakotherapie Nordhessen (KomPP) (vgl. Grewe und Blättner 2017) oder des AMTS-AMPEL-Konzeptes (die sog. AMTS-Merkkarte, vgl. Jaehde und Thürmann 2018) waren (7Ltg, 174–176).

Problematisiert wurde – möglicherweise in Verkennung der Priorisierungsleistung solcher Listen und der einhergehenden Fokussierung – andererseits der trotz Kürze solcher Listen möglicherweise entstehende Arbeitsaufwand und die mangelnde Praxistauglichkeit, die daraus resultiere, sich stets die möglichen Nebenwirkungen aller Medikamente aller Bewohnerinnen und Bewohner vergegenwärtigen zu müssen. Die Skepsis ging in

¹³ Ob dies überhaupt indiziert war, kann von den Autorinnen nicht beurteilt werden.

dem konkreten Fall insbesondere mit der Sorge einher, dass mit der Nutzung solcher Listen eine ausschließlich beim Arzt gesehene Verantwortung – die nämlich, ob die potenziellen Nebenwirkungen dem oder der betroffenen Patientin zumutbar seien – auf die Pflegefachkraft übertragen werden könnte – was von der betreffenden IVP deutlich zurückgewiesen wurde.

Demgegenüber hob die IVP die Verantwortung des Arztes für die Medikation hervor. Gleichzeitig deutete sie mögliche negative Konsequenzen der Anwendung eines solchen Instrumentes an: So könne die Identifikation von Nebenwirkungen zu Medikationsänderungen führen, die wiederum negative Folgen für den oder die Patientin haben könnten. Unter Verweis auf potenzielle negative Folgen und unter Inkaufnahme des Unerkannbleibens möglicher Nebenwirkungen lehnt es diese IVP ab, durch die Beobachtung und Kommunikation etwaiger Nebenwirkungen eine Teilverantwortung im Medikationsprozess zu übernehmen. Unbeachtet bleibt dabei das ebenfalls in einem Interview angesprochene Problem, dass Ärztinnen und Ärzte die von ihnen behandelten Personen jeweils nur kurz zu Gesicht bekommen, was die Einschätzung möglicher Wirkungen und Nebenwirkungen erschwert. Auf die sich hieraus ergebende Problematik eines „Verantwortungsvakuums“ im Umgang mit Psychopharmaka gehen wir in Kapitel 3.4.4 genauer ein.

3.2.3.5.4 Handlungs-Checklisten

Als „Handlungs-Checklisten“ bezeichnen wir Anleitungen, die darauf abzielen, mögliche Gründe und Ursachen von Verhaltensveränderungen von Menschen mit demenzieller Erkrankung aufzuklären, um diese womöglich beeinflussen und auf diese Weise zu einem größeren Wohlbefinden der Betroffenen beitragen zu können. Entsprechende Handlungshilfen unterscheiden sich im Ausmaß der Systematisierung und Standardisierung des vorgeschlagenen Vorgehens. So arbeitet z. B. die „Serial Trial Intervention zur ursachenbezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI-D)“ mit definierten Abfolgen (Assessments) zur Ursachensuche und Interventionen bei Verhaltensänderungen von demenziell erkrankten Menschen (Kuhlmey o.J.).

In den Fallstudieninterviews wurden solche Handlungshilfen im Sinne möglichst einfach gehaltener Checklisten häufiger Gründe für bestimmte Verhaltensweisen als potenziell hilfreiche Unterstützung für das Verständnis des zunächst unverständlich erscheinenden Handelns von Bewohnerinnen und Bewohnern und als mögliche Gedächtnisstütze gesehen (24Ltg, 710; 21Ltg, 1820–1850). Betont wird, dass hierbei auch biografische Hintergründe, Informationen aus der Begleitung und Gesprächen, von Angehörigen sowie Diagnosen einzubeziehen seien (21Ltg, 1820–1850).

Neben einer übersichtlichen Darstellung möglicher Gründe für als herausfordernd erlebte oder unverständlich erscheinende Verhaltensweisen wird ein Potenzial für solche Checklisten auch in der Auflistung möglicher Handlungsvorschläge gesehen (21Ltg, 1820–1850).

Eine Nutzung entsprechender Checklisten muss dabei keineswegs die Komplexität der Suche nach Gründen und möglicher Interventionen bei verändertem Verhalten und die Bedeutung des Kennenlernens und Verstehens der demenziell erkrankten Person negieren. Vielmehr können entsprechende Handlungshilfen unterstützend herangezogen werden und – wie es eine IVP mit Blick auf Beispiele guter Praxis formulierte – zur Entwicklung von „Ideen“ anregen.

3.2.3.5.5 Interdisziplinäre Fallkonferenz zur Medikation

Mit Blick auf eine möglichst angemessene psychopharmakologische Versorgung formulierte eine Einrichtungsleitung den Wunsch, bei Bedarf interdisziplinäre Fallkonferenzen zur Medikation unter Beteiligung der betreuenden Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, der Pflege und gegebenenfalls der Apotheke durchführen zu können. Trotz der langjährig etablierten Kooperation mit Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sah die IVP für eine regelhafte Umsetzung einer solchen Vorgehensweise unter Verweis auf die knappen ärztlichen Zeitbudgets und die Schwierigkeiten einer verbindlichen Terminkoordination keine realistische Chance. (FS06MA01 (PDL), Pos. 1479–1484).

3.2.4 Ergebnisse der Experteninterviews

In den ergänzend geführten Experteninterviews wurden u. a. Einschätzungen zu möglichen Maßnahmen für einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege sowie zu Voraussetzungen und Hindernissen für deren Implementierung vertiefend behandelt.¹⁴ Angesprochen wurden zum einen Einzelmaßnahmen bzw. konkrete Vorgehensweisen, die sich im Versorgungsalltag bzw. der Ablauforganisation einer Einrichtung, teilweise auch in Kooperation mit externen Akteuren, implementieren lassen. Zum anderen wurden, vor allem mit Blick auf das stationäre bzw. WG-Setting, Maßnahmen angesprochen, die teilweise weitreichendere Veränderungsprozesse im Rahmen der Organisationsentwicklung in Einrichtungen oder in deren konzeptioneller Ausrichtung erfordern. Nicht immer lässt sich das eine trennscharf vom anderen abgrenzen, und stets können Einzelmaßnahmen Bestandteil eines umfassenderen Veränderungsprozesses sein.

3.2.4.1 Einzelmaßnahmen

3.2.4.1.1 Medikationsanalyse und Überprüfung der Medikation

Die Expertinnen und Experten aus den Bereichen Einrichtungsleitung, Qualitätsmanagement sowie Versorgungs- und Implementierungsforschung erachteten Medikationsanalysen¹⁵ als einen wichtigen Baustein für einen möglichst angemessenen Umgang mit

¹⁴ Zur Methodik und Auswertung der Experteninterviews vgl. Kapitel 2.3.7; zum Sample vgl. Kapitel 3.1.4.

¹⁵ Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) definiert Medikationsanalysen als „eine strukturierte Analyse der aktuellen Gesamtmedikation eines Patienten. Sie umfasst die vier

Psychopharmaka. Empfehlungen zur Durchführung umfassten anlassbezogene Kontrollen (z. B. bei Einzug oder nach einem Krankenhausaufenthalt) (Exp.01 /Exp.02) und eine Kontrolle in bestimmten Zeitintervallen.¹⁶ Berichtet wurde aus einem Projekt, bei dem der ein Betreiber stationärer und ambulanter Einrichtungen im Falle einer bestimmten Zahl von Medikamenten oder, wenn die Indikation für die Einrichtung nicht eindeutig nachvollziehbar sei, eine Medikationsanalyse durch die Apotheke veranlasse. Diese Analysen finanziert der Träger aus eigenen Mitteln (Exp.02).

Vor dem Hintergrund, dass Medikamente häufig in Akutsituationen angesetzt, aber nicht wieder abgesetzt würden, zugleich jedoch bereits nach kurzer Zeit ein Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit bestehe (Exp.05; Exp.02; Exp.03),¹⁷ wird zudem eine regelhafte Überprüfung der Medikation vier Wochen nach Verordnung empfohlen (Exp 05). Unter Verweis auf die stärkere Position der Apotheke gegenüber den ärztlichen Versorgerinnen und Versorgern wurde deren Hinzuziehung empfohlen (Exp.05; Exp.02).

3.2.4.1.2 Hilfen für die Patientenbeobachtung

Ein Implementierungsprojekt zur Optimierung von Abläufen im Umgang mit Psychopharmaka, von dem in einem Experteninterview berichtet wurde (Exp.05), zeigte, dass

Hauptschritte Identifikation von Datenquellen und Zusammentragen der Informationen, Evaluation und Dokumentation von manifesten und potentiellen arzneimittelbezogenen Problemen, Erarbeitung möglicher Lösungen sowie Vereinbarung von Maßnahmen mit dem Patienten und gegebenenfalls mit dem/den behandelnden Arzt/Ärzten. Ziele sind die Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie und die Minimierung von Arzneimittelrisiken“ (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) 2014, S. 4). Die ABDA empfiehlt, ein Medikationsmanagement anzuschließen. Dieses „baut“ laut Definition der ABDA „auf einer Medikationsanalyse auf“ und sollte „eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch ein multidisziplinäres Team“ umfassen. „Mit der kontinuierlichen Betreuung werden vereinbarte Maßnahmen zu detektierten arzneimittelbezogenen Problemen und deren Ergebnis nachverfolgt sowie gegebenenfalls angepasst. Neu auftretende, manifeste und potentielle arzneimittelbezogene Probleme werden erkannt, gelöst oder vermieden. Ziele sind die fortlaufende und nachhaltige Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie sowie die fortlaufende und nachhaltige Minimierung von Arzneimittelrisiken“ (ebd., S. 5).

¹⁶ Die Bundesapothekerkammer nennt in ihrem Kommentar (Bundesapothekerkammer 2017) zur Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung Medikationsanalyse Patientinnen und Patienten mit arzneimittelbezogenen Problemen als Zielgruppe, die besonders von einer Medikationsanalyse profitiere (ebd., S. 3). Als mögliche Kriterien „(einzeln oder in Kombination)“ zu deren Identifizierung nennt sie: „Multimorbidität und damit verbundene Polymedikation (≥ 5 dauerhaft angewandte, systemisch wirkende Arzneimittel), ≥ 12 Arzneimittelanwendungen pro Tag, ≥ 4 chronische Erkrankungen, Verdacht auf Nebenwirkung, Verdacht auf nicht ausreichendes Ansprechen auf Arzneimitteltherapie, Verdacht auf mangelnde Therapietreue, verschiedene Verordner, akutes Problem, das eine weitere Abklärung erfordert, Änderung des Therapieregimes, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt“ (ebd., S. 3). Eines oder mehrere dieser Kriterien dürften auf einen großen Teil der Leistungsberechtigten nach SGB XI im höheren Lebensalter zutreffen.

¹⁷ Eine Problematik, die auch in den Fallstudien thematisiert wurde (vgl. Kapitel 3.2.3.5.2).

die Nutzung einer Beobachtungsskala und einer entsprechend erweiterten Dokumentation zu einer Qualitätsverbesserung der Psychopharmakaverordnungen beitrug. Seitens der Pflege wurde zwar der zusätzliche Dokumentationsaufwand problematisiert und im Anschluss an das Projekt nur eine reduzierte Form beibehalten. Geschätzt wurde jedoch die handlungsleitende und Handlungssicherheit gebende Funktion des Zusatzinstrumentariums. Als besonders hilfreich wurde es in der Kommunikation mit den ärztlichen Versorgerinnen und Versorgern erachtet (Exp.05). Den potenziell hohen Nutzen wie auch die Wichtigkeit der Kürze und Überschaubarkeit eines solchen Instruments betont auch der im Bereich des Qualitätsmanagements ausgewiesene Experte (Exp.02). Bestandteil des bereits angesprochenen Projektes, in dem auch die regelmäßigen Medikationsanalysen stattfanden, war auch die gemeinsame Entwicklung eines Kriterienkatalogs zur Identifikation potenziell psychopharmakainduzierter Nebenwirkungen durch das Qualitätsmanagement (in Abstimmung mit Pflegefach- und -hilfskräften) und betreuenden Ärztinnen und Ärzten und der Apotheke. Der erarbeitete Katalog sollte sich durch Kürze und Klarheit auszeichnen und nicht mehr als zehn, von Pflegekräften gut zu beobachtende Kriterien enthalten (Exp.02).

3.2.4.1.3 Qualifikation und Weiterbildung

Maßnahmen der Qualifikation und Weiterbildung wurden durchgehend als wichtiger möglicher Beitrag zu einer Verbesserung der Versorgung beschrieben (Exp.05, Exp.03). Betont wurde die Bedeutung von Qualität und Praxisnähe solcher Qualifizierungen. Zur Steigerung letzterer wurde auf das Potenzial von Rollenspielen hingewiesen (Exp.05). Als problematisch erweist sich (nicht nur) in diesem Zusammenhang die häufig hohe Fluktuation des Pflegepersonals, die ständige Wiederholungen erforderlich mache (Exp.05). Bestimmte Themen, z. B. Schulungen zur Psychopharmakologie könnten auch durch Apothekerinnen und Apotheker geleistet werden (Exp.02).

3.2.4.1.4 Supervision

Supervisionsangebote werden empfohlen, da sie Pflegefach- und -hilfskräften die Möglichkeit böten, belastende, oft auch länger andauernde Situationen zu be- und verarbeiten (Exp.09), die eigene Rolle im Geschehen zu analysieren, den Umgang mit diesem zu erleichtern bzw. nach alternativen Handlungsmöglichkeiten zu suchen. Hingewiesen wurde auf die Wichtigkeit einer positiven Fehlerkultur und vertrauensvollen Atmosphäre im Team als Voraussetzung dafür, sich auf Supervisionsprozesse einlassen und das eigene Handeln reflektieren zu können (Exp.10). All dies erfordert ein Mindestmaß an personeller Kontinuität.

3.2.4.1.5 Schlüsselsituationen und Umgang mit Menschen mit Demenz

Die Analyse von Schlüsselsituationen, in denen es zum Einsatz von Psychopharmaka kommt,¹⁸ und die Suche nach und das Erproben von Alternativen wurde als wesentlich für einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka beschrieben (Exp.01, Exp.02, Exp.05, Exp.06). Die Suche nach Alternativen und ihre Erprobung erfordert je nach Situation einen unterschiedlich hohen Aufwand. Oft geht es darum, grundlegende Bedürfnisse, die von der betroffenen Person nicht ausgedrückt werden können, zu verstehen, z. B. Hunger, Durst, der Drang, die Toilette aufzusuchen (diese aber nicht zu finden) oder Verdauungsbeschwerden. Unterstützung können hier einfache Checklisten bieten (Exp.02). Angeführt wurden auch Maßnahmen zur Entspannung wie Snoezelen, Beschäftigung (Exp.01), Zuhören (Exp.01) und Therapie (Exp.05) sowie grundsätzlich ein auf Verstehen hin ausgerichteter Umgang mit Unruhe (Exp.01). Eine Verwirklichung stellt bestimmte Anforderungen an vorhandene Personal- und Betreuungsschlüssel, Qualifikationen, Sprachkenntnisse und die mögliche Kontinuität von Beziehungsangeboten. Hingewiesen wurde auch auf die Notwendigkeit, die Voraussetzungen für weitere Alternativen bereits in der Konzeption einer Einrichtung anzulegen. Dies betrifft z. B. die potenziell präventive Wirkung geeigneter Architektur (Möglichkeiten zum sicheren Laufen, Therapiegarten etc.) (Exp.05).

3.2.4.2 Maßnahmen der Organisations- und Konzeptentwicklung

3.2.4.2.1 Kooperationsverträge oder Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch angestellte Ärztinnen und Ärzte nach §119b SGB V

Im stationären wie ambulanten Setting stellt die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der betreuten Pflegebedürftigen für Pflegeeinrichtungen eine große Herausforderung dar, die nur teilweise in ihrem Verantwortungsbereich liegt. Für stationäre Pflegeeinrichtungen wurde mit §119b SGB V die Möglichkeit geschaffen, im Falle des Nicht-Zustandekommens entsprechender Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern, sich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch angestellte und geriatrisch fortgebildete Ärztinnen und Ärzte ermächtigen zu lassen, wobei das Recht der Pflegebedürftigen auf freie Arztwahl unberührt bleibt (Exp09). Hierin wurde im Expertengespräch eine Chance insbesondere für größere Träger von Pflegeeinrichtungen gesehen, Heimärztinnen und -ärzte selbst anzustellen und so die Qualität der ärztlichen Versorgung positiv zu beeinflussen. Bislang scheine, so die Experteneinschätzung, das entsprechende Interesse von Einrichtungen jedoch gering. Of-

¹⁸ Zu denken ist hier insbesondere an die Verordnung von Bedarfsmedikation im Zusammenhang mit als herausfordernd erlebten Verhaltensweisen im stationären Setting, aber durchaus auch in der ambulanten Versorgung, z. B. wenn Angehörige sich überfordert und vorhandenen Belastungen nicht mehr gewachsen fühlen.

fen bleibt die Frage der Einbindung von Apotheken in diese Formen der Zusammenarbeit. Hier könnte der Vorschlag einer Arbeitsgruppe zu „Interprofessionellen Zusammenarbeit bei Medikationsanalyse und Medikationsmanagement“ in der ambulanten Behandlung (vgl. Abb. 17 und Abb. 18 im Anhang), der Behandlung in Heimen sowie im Krankenhaus von Interesse sein (Arbeitsgruppe 2018). Der Vorschlag beinhaltet Algorithmen zum Medikationsmanagement und klärt die „Aufgabenverteilung zur Erkennung der wichtigsten arzneimittelbezogenen Probleme (ABP) im Rahmen der Medikationsanalyse“ (ebd.). Vorgelegt wurde er durch eine Arbeitsgruppe aus Ärztinnen/Ärzten, Apothekerinnen/Apothekern und Pflegenden¹⁹ 2018 im Rahmen des Aktionsplans zur Verbesserung der AMTS Deutschland nach intensiven Diskussionen, aus der ein Mitglied als Experte/Expertin interviewt wurde (Exp.01).

3.2.4.2.2 Einbeziehung von rechtlich Bevollmächtigten und Angehörigenarbeit

Die Einbeziehung rechtlich Bevollmächtigter und von Angehörigen generell wurde in den Experteninterviews in zweierlei Hinsicht thematisiert: Zum einen geht es um die Sicherstellung der Einwilligung der pflegebedürftigen Person in ärztliche Maßnahmen, zum anderen um die Einbindung nahestehender Personen in die Suche nach und Entwicklung von Alternativen zu einer möglicherweise geboten erscheinenden psychopharmakologischen Behandlung.

Die ärztliche Behandlung setzt eine entsprechende Einwilligung der Patientin oder des Patienten voraus. Ist die Fähigkeit zur Einwilligung nicht gegeben, muss diese von den hierzu rechtlich Bevollmächtigten eingeholt werden. Dies gilt auch bei der Anordnung oder bei Veränderungen der Medikation, wird so in der Praxis nach Erfahrung des interviewten ärztlichen Experten (Exp.03) wie auch des in der Qualifizierung gesetzlicher Betreuerinnen und Betreuer engagierten Juristen (Exp.09) jedoch in der Regel nicht umgesetzt.²⁰ Einbezogen werden gegebenenfalls Angehörige, sofern ein entsprechendes Interesse gegeben ist und sie dieses artikuliert haben.

Die Einbeziehung der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer unterbleibt aufgrund des für alle Beteiligten damit verbundenen zeitlichen und organisatorischen Aufwandes sowie aufgrund der damit verbundenen Hürden für eine zeitnahe und adäquate medizinische Versorgung. Ärztlicherseits wurde argumentiert, dass davon ausgegangen werde, dass mit dem Einverständnis des Einzugs der rechtlichen Betreuer zur Aufnahme in die jeweilige Pflegeeinrichtung das Einverständnis zu der dort erbrachten medizinischen Behandlung einhergehe.

¹⁹ Soweit sich recherchieren ließ, war die Pflege ausschließlich durch Krankenschwester/-pfleger bzw. Fachkräfte für Gesundheits- und Krankenpflege, nicht jedoch durch Altenpflegerinnen oder -pfleger vertreten.

²⁰ Auch in den durchgeführten Fallstudien fand dies im Hinblick auf Ansetzen oder Veränderungen der Medikation nur im Ausnahmefall statt, wurde jedoch im Hinblick auf andere ärztliche Maßnahmen, wie z. B. Krankenhauseinweisungen sehr ernst genommen.

Expertenseitig wurde dabei die Einwilligung in eine Behandlung teilweise mit der Bewertung ihrer Angemessenheit gleichgesetzt. So problematisierte der gerontopsychiatrisch erfahrene Experte im Interview, dass auch gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer die von ihnen zu betreuenden Personen selten sähen, oft eine Vielzahl von Betreuungen innehätten und die medikamentöse Behandlung zumeist nicht einschätzen könnten (Exp.05). Die Einbeziehung von Angehörigen sei zwar leichter umsetzbar, doch auch diese könnten die Angemessenheit der Medikation in der Regel kaum bewerten. Mit Blick auf die Beurteilung der Angemessenheit der Medikation wird daher die Hinzuziehung einer Apotheke empfohlen (Exp.05), ohne einen Lösungsvorschlag für die Problematik der Klärung des Einverständnisses in die medizinische Behandlung zu unterbreiten.

3.2.4.2.3 Stärkung gerontopsychiatrischer Expertise

Mit Blick auf den hohen Anteil pflegebedürftiger Personen mit psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz wird zur Sicherung der Versorgungsqualität expertenseitig die Definition von Mindeststandards der Verfügbarkeit gerontopsychiatrisch-fachpflegerischer Expertise empfohlen (Exp.05, Exp.06). Diese könnte beispielsweise in Form eines verpflichtend einzuhaltenden Schlüssels von Pflegefachpersonen mit Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft im Verhältnis zur Zahl Pflegebedürftiger mit entsprechenden Diagnosen erfolgen.²¹ Diese und weitere qualitätsverbessernde Maßnahmen könnten, so die Anregung, in einem gerontopsychiatrischen Expertenstandard für die Altenpflege festgehalten werden (Exp.06).

3.2.4.2.4 Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten

Die Stärkung geriatrischer, gerontopsychiatrischer und psychopharmakologischer Expertise von an der Versorgung alter Menschen beteiligten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten wurde als zentraler Baustein für einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka angeführt (Exp.05). Insbesondere das Bewusstsein für das ungünstige Nutzen-Risiko-Verhältnis von Psychopharmaka sowie deren auch in der S3-Leitlinie Demenzen dokumentierte geringe Evidenz hinsichtlich ihrer Wirkung müsse Ärztinnen und Ärzten in der Aus- und Weiterbildung deutlich intensiver vermittelt werden (Exp.05).

3.2.4.2.5 Gestaltung der Rolle der Pflege

Die beiden Experten, die selbst eine stationäre Pflegeeinrichtung leiten bzw. das Qualitätsmanagement eines großen Trägers verantworten, hoben die in der Pflege bestehenden Handlungsmöglichkeiten im Hinblick auf einen möglichst angemessenen Umgang

²¹ Anmerkung der Autorinnen: Mögliche Folgen einer solchen Regelung im Falle einer mangelnden Verfügbarkeit von gerontopsychiatrischen Fachkräften oder einer fehlenden Gegenfinanzierung für die Sicherstellung einer angemessenen gerontopsychiatrischen Diagnostik wären zu beachten.

mit Psychopharmaka hervor. An diese sahen sie die Anforderung geknüpft, diese mögliche Rolle aktiv zu gestalten. Dies bedeutet nach Einschätzung der Experten zum einen, bei allen an Pflege, Betreuung und Versorgung Beteiligten ein entsprechendes Bewusstsein zu schaffen und für bestehende Gestaltungsmöglichkeiten und die damit einhergehende Verantwortung zu sensibilisieren (Exp.01, Exp.02, Exp.06). Solche Gestaltungsmöglichkeiten wurden in einer an Verstehen, Kommunikation und Beziehung orientierten pflegerischen Praxis sowie in einer Kooperation mit den ärztlichen Behandlerinnen und Behandlern, nach Möglichkeit unter Einbeziehung der betreuenden Apotheke, gesehen, die sich an einem möglichst geringen Einsatz von Psychopharmaka orientiert.²² Zugleich wurde expertenseitig darauf hingewiesen, dass eine entsprechende Verwirklichung pflegerischer Kompetenz ermöglichende Rahmenbedingungen voraussetze. Genannt wurde hier insbesondere eine hinreichende Personalausstattung. Besonders hingewiesen wurde auch auf die nächtliche Versorgungssituation, die es häufig nicht erlaube, angemessen auf die Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern einzugehen. Problematisiert wurde zudem die verbreitete Konzeptlosigkeit bezüglich der Frage, wie in qualifikatorisch hochgradig differenzierten Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsteams eine gemeinsame Abstimmung und kohärente Versorgung sichergestellt werden kann.

Dem Vorhandensein schriftlicher Konzepte wird – unter Verweis auf die notwendige Handhabbarkeit und Anwendungsorientierung im Versorgungsalltag – in diesem Zusammenhang eine eher geringe Bedeutung beigemessen. Diese würden im Zweifelsfall in Ordnern abgelegt. Angemahnt wurde eine Verankerung veränderter Haltungen und Verfahrensweisen im Versorgungsalltag und deren Vermittlung durch Fortbildungen, gestützt durch knappe Übersichten, Checklisten oder Leitfäden, die es erleichtern, das erworbene Wissen zu festigen. Hinzu kommen eine kontinuierliche Kommunikation sowie die regelmäßige Bearbeitung von im Versorgungsalltag auftretenden Problemen im Kontext einer positiven Fehlerkultur. Mit Blick auf Situationen potenzieller Handlungsunsicherheit erging die Empfehlung, statt detaillierter Handlungsanleitungen Ziele zu definieren und zu priorisieren.

3.3 Rahmenbedingungen im Umgang mit Psychopharmaka

3.3.1 Status quo als Rahmen der Implementierung von Konzepten

Ein Ziel der vorliegenden Studie war es, Rahmenbedingungen für den Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege zu identifizieren. Hinter-

²² So wurde beispielsweise von einer nicht schriftlich fixierten, aber den Pflegefachkräften der Einrichtung in Fortbildungen vermittelten Vorgehensweise berichtet, bei Bedarfsmedikation mit Abhängigkeitspotenzial auf eine fraktionierte Gabe und die Einhaltung bestimmter Mindestabstände zu achten, um das Abhängigkeitsrisiko zu mindern.

grund war die Annahme, dass die Kenntnis dieser Rahmenbedingungen eine Voraussetzung dafür ist, Konzepte für einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka auf die Gegebenheiten in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen abstimmen und so deren Implementierbarkeit verbessern zu können. Mit einer solchen Herangehensweise wird der Status quo bis zu einem gewissen Grad als gesetzt angenommen. Zugleich wird es bei der Implementierung von Konzepten immer auch darum gehen, die vorhandenen Rahmenbedingungen – innerhalb der gegebenen Möglichkeiten – zu verändern und an die Erfordernisse eines möglichst adäquaten Umgangs mit Psychopharmaka anzupassen.²³ Positiv formuliert: Die Vielzahl der Rahmenbedingungen verweist auf die Vielzahl möglicher Stellschrauben, wenn es darum geht, einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka zu befördern.

3.3.2 Varianten der Systematisierung von Rahmenbedingungen

Die Systematisierung von Rahmenbedingungen kann entlang unterschiedlicher Kriterien erfolgen. So lassen sich Rahmenbedingungen analytisch nach strukturellen Aspekten (z. B. Personalausstattung, Qualifizierung, Organisationsstruktur), prozessualen Aspekten (z. B. Ablauforganisation, Verfahrensweisen im Umgang mit Psychopharmaka) oder inhaltlichen Aspekten (z. B. explizite oder implizite Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka) unterscheiden. Zu beachten sind zudem Unterschiede zwischen der stationären und der ambulanten Langzeitpflege. Rahmenbedingungen lassen sich darüber hinaus auf unterschiedlichen Ebenen des Versorgungssystems verorten: der Bundesebene, der Ebene der Länder, der Ebene von Regionen, Städten und Kreisen bis hin zur Quartiersebene. Schließlich weisen auch Einrichtungen je eigene Rahmenbedingungen auf; und selbst einzelne Wohnbereiche, Wohngemeinschaften oder – im ambulanten Setting – Touren können sich in den Rahmenbedingungen, die sie für die pflegerische Arbeit und den Umgang mit Psychopharmaka bieten, unterscheiden.

3.3.3 Ausgewählte Rahmenbedingungen im Überblick

Im Folgenden gehen wir ausführlicher auf einige Rahmenbedingungen ein, die sich in den empirischen Studienteilen (Literaturübersicht, Online-Erhebungen, Fallstudien) und den ergänzenden Experteninterviews als relevant für den pflegerischen Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege gezeigt haben (vgl. zur Methodik Kapitel 2.3). Dies sind insbesondere rechtliche Vorgaben zur medizinischen und pflegerischen Leistungserbringung auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene, die sich u. a. aus diesen ergebenden Anreizstrukturen, die regionale Versorgungs- und Infrastruktur sowie die Gegebenheiten auf Einrichtungsebene.

²³ Hierzu haben Akteure auf verschiedenen Ebenen unterschiedlich viel Handlungsspielraum.

3.3.3.1 Rechtliche Rahmensetzung auf Bundes- und Landesebene

Rechtliche Rahmenbedingungen für den Umgang mit Psychopharmaka ergeben sich aus den Vorgaben zur medizinischen und pflegerischen Leistungserbringung auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene, wie sie vor allem in Bundes- und Landesgesetzen und -verordnungen, Rahmenvereinbarungen, Versorgungsverträgen (gegebenenfalls auch über spezifische Versorgungskonzepte), Vergütungsvereinbarungen und etwaig vorhandenen, diese auslegenden Empfehlungen von Kostenträgern und Leistungserbringern enthalten sind.

3.3.3.1.1 Entwicklung der Pflege als Beruf

Eine grundlegende, auch durch Rechtssetzung gestaltete Rahmenbedingung für den Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege stellt die dynamische Entwicklung des pflegerischen Berufsfeldes dar. Zu nennen ist hier zum einen der für die Langzeitpflege mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung prägend gewordene und auch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht unmittelbar zu überwindende Verordnungsbezug. Zum anderen finden wir Tendenzen der Akademisierung und Professionalisierung, die Einführung der generalistischen Ausbildung mit der Festlegung von Vorbehaltsaufgaben der Pflege sowie die anhaltende Differenzierung der Berufe und Einsatzfelder in der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung. Besondere Herausforderungen stellen sich hieraus für die Integration und Zusammenführung der Arbeit in heterogenen Teams sowie konkret für die Zusammenarbeit des Pflegeteams bei der Aufgabe der Patientenbeobachtung und die Weitergabe der entsprechenden Erkenntnisse an die betreuenden Ärztinnen und Ärzte.

3.3.3.1.2 Anordnungs- und Durchführungsverantwortung

Zu nennen sind hier die Vorgaben zur medizinischen Behandlung mit den Anforderungen an Indikationsstellung, Behandlungsplan und Einwilligung des oder der Patientin (bzw. gegebenenfalls des oder der rechtlich Bevollmächtigten) sowie die Verantwortungsteilung zwischen Medizin und Pflege, mit der der ärztlichen Seite zugewiesenen Anordnungsverantwortung und der der pflegerischen Seite zugewiesenen Übernahme- und Durchführungsverantwortung (vgl. Höfert 2011, S. 4).

3.3.3.1.3 Verfügbarkeit von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

Eine zentrale Rahmenbedingung für den konkreten Umgang mit Psychopharmaka in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege stellt die Verfügbarkeit von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie deren Bereitschaft zu Einrichtungs- bzw. Hausbesuchen und zu einer Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ dar. Dabei sind Einrichtungen stark darauf angewiesen, einmal für eine Kooperation gewonnene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte zu halten, um den Aufwand für die Arztsuche sowie die Kooperation und Koordination einzugrenzen. Der Zugang zu psychotherapeutischer Ver-

sorgung gelingt pflegebedürftigen Personen mit Mobilitätseinschränkungen, die in stationären Einrichtungen, in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz oder auch in der eigenen Häuslichkeit leben, faktisch nicht, bzw. deutlich schwerer als der Zugang zu psychopharmakologischer Behandlung. Dies wurde – sofern Psychotherapie überhaupt als Behandlungsmöglichkeit in Betracht gezogen wird – auch in den Online-Erhebungen und Fallstudien beklagt.

3.3.3.1.4 Kooperation und Koordination medizinischer und pflegerischer Versorgung
Bedeutung für den Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege entfalten daher auch Regelungen zur Kooperation und Koordination der medizinischen und pflegerischen Versorgung, wie sie in §114 Abs. 1 und Abs. 2 SGB XI, für den stationären Bereich ergänzt durch §119b Abs. 2 SGB V, niedergelegt sind. Letztere – die Vorgabe für vollstationäre Pflegeeinrichtungen über den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen – wird durch die entsprechende Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes sowie auf Ebene der Länder durch unverbindliche Vorlagen der Kassenärztlichen Vereinigungen und die schlussendlich auf Ebene der einzelnen Einrichtung geschlossenen Vereinbarungen konkretisiert. Einen Rahmen für die Versorgungspraxis setzen auch vorhandene Vorgaben zur Kooperation mit Apotheken.

3.3.3.1.5 Digitalisierung und Standardisierung
Aktuelle und künftige Entwicklungen der Digitalisierung in der Pflege sowie die Einführung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP), der elektronischen Gesundheitskarte, der elektronischen Patientenakte, des eRezeptes ebenso wie weitere Entwicklungen einer digitalen Kooperation von Arztpraxen, Apotheken und Pflegeeinrichtungen können Implikationen für den Umgang mit Psychopharmaka in der Langzeitpflege haben. Das Recht auf Selbstbestimmung und Datenschutzbelange der Pflegebedürftigen wie auch der Mitarbeitenden sollten dabei stets berücksichtigt werden.

3.3.3.1.6 Vergütung der medizinischen Behandlungspflege
Auch die Regelung der Vergütung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege – nach dem SGB XI in der stationären und dem SGB V in der ambulanten Pflege – ist mit Blick auf ihre Implikationen für den Umgang mit Psychopharmaka in den Blick zu nehmen. Für den stationären Bereich betrifft dies insbesondere die Frage der Abwägung von Vor- und Nachteilen des Blisterns von Medikamenten sowie die für die Gabe der Medikation aufwendbare Zeit. Für das ambulante Setting gerät insbesondere die Frage in den Blick, wie im Falle der Verordnung des Stellens und der Gabe psychopharmakologischer Medikation eine hinreichende Patientenbeobachtung gewährleistet werden kann.

3.3.3.1.7 Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR)

Die Vorgaben des SGB XI zur Sicherung der Versorgungsqualität adressieren über den oben bereits angesprochenen Bereich der Kooperation und Koordination medizinischer und pflegerischer Versorgung hinaus weitere für den Umgang mit Psychopharmaka direkt oder indirekt relevante Bereiche. Zu nennen sind hier Anforderungen an den Umgang mit Medikation (z.B. hinsichtlich der Dokumentation der Indikation und der Übereinstimmung von Verordnung und Gabe) und im stationären Bereich auch die Anforderungen an die Begleitung der Eingewöhnung neuer Bewohnerinnen und Bewohner nach dem Einzug.

3.3.3.1.8 Ermöglichung von Gewinnerzielung

In drei Experteninterviews wurde auf die Relevanz des ökonomischen Rahmens für die Leistungserbringung in der Pflege und den Umgang mit Psychopharmaka hingewiesen. Angesprochen wurden hier einerseits die Verankerung einer Funktionslogik, die privatwirtschaftlichen Trägern Zugang zur Leistungserbringung gewährt bzw. diese bei der Zulassung gegenüber Trägern der öffentlichen Hand bevorzugt und die es zugleich ermöglicht, aus den Einnahmen Gewinne zu erzielen. In den Blick zu nehmen sind hier mögliche Folgen für Trägerziele und -kultur, das Gehaltsniveau und die Gehaltsstruktur, die Personalausstattung sowie personelle Kontinuität in Einrichtungen. Im stationären Bereich ergeben sich unterschiedliche bauliche Voraussetzungen in Einrichtungen mit Implikationen z. B. im Hinblick auf Bewegungsmöglichkeiten, Barrierefreiheit, Außenbereiche, nicht zuletzt aus einer Finanzierung der Wohnkosten durch Privathaushalte und Sozialhilfeträger.

3.3.3.1.9 Strukturelle Vorgaben

Zentrale Rahmenbedingungen für die Pflege und damit den Umgang mit Psychopharmaka werden auf Ebene der Länder bzw. der Regionen durch Landesgesetze und -verordnungen sowie Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gesetzt. Bedeutsam für die AMTS im Allgemeinen sowie den Umgang mit Psychopharmaka im Besonderen sind Anforderungen an die für das Stellen und die Gabe von Medikamenten notwendige Qualifikation des Personals. Im stationären Bereich betrifft dies außerdem die Festlegung von Personalanzahlzahlen.²⁴ Zu nennen sind auch landesspezifische Vorgaben zu baulichen Voraussetzungen in Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege sowie in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz.

²⁴ Diese werden in jüngerer Zeit durch Vorgaben bzw. Finanzierungsinitiativen seitens der Bundesebene zur Personalausstattung sowie das Vorhaben zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens für die stationäre Pflege flankiert.

3.3.3.2 Regionale und lokale Versorgungs- und Infrastruktur

Die Ausgestaltung der regionalen und lokalen Versorgungs- und Infrastruktur setzt einen Rahmen für die psychopharmakabezogene Arbeit von Einrichtungen, indem sie unterschiedliche Möglichkeiten bereithält, sich zu vernetzen, Konsile, gerontopsychiatrische Fachberatung oder die Leistungen gerontopsychiatrischer Institutsambulanzen oder von Gedächtnissprechstunden in Anspruch zu nehmen bzw. deren Inanspruchnahme durch die betreuten Pflegebedürftigen anzuregen oder eine medikamentöse Einstellung ambulant begleiten zu lassen. Auch die Arztdichte und damit die Verfügbarkeit von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten weist regionale Unterschiede auf. Schließlich ist auch die nicht-medizinische und nicht-pflegerische Infrastruktur wie Teilhabemöglichkeiten im Wohnumfeld bzw. im Umfeld von Einrichtungen oder die Verfügbarkeit von Ehrenamtlichen von Bedeutung dafür, welche Möglichkeiten einer sinnvollen und bedeutsamen Alltagsgestaltung für Pflegebedürftige und Pflegepersonen bestehen. Dies kann sich wiederum auf das Wohlbefinden auswirken und tangiert Möglichkeiten, z.B. mit herausfordernden Verhaltensweisen umzugehen.

3.3.3.3 Einrichtungsmerkmale

Vielfältige, für den Umgang mit Psychopharmaka auf Einrichtungsebene potenziell relevante Rahmenbedingungen ergeben sich aus der Trägerschaft, der Leitung, den konzeptionellen Grundlagen der Arbeit, der Einbindung in regionale und lokale Versorgungsstrukturen und -netzwerke, der Personalausstattung, der Organisationsstruktur, der Zusammensetzung der Bewohnerschaft bzw. der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, den räumlichen Voraussetzungen sowie der Lage der Einrichtung bzw. der Wohnung der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Quartier.

3.3.3.3.1 Trägerschaft

Die Trägerschaft (kommunal, gemeinnützig oder privat)²⁵ bzw. die Unternehmenspolitik des jeweiligen Trägers orientierende Werthaltungen, Überzeugungen und Zielsetzungen haben Implikationen für den Umgang mit den vorhandenen Möglichkeiten der Gewinnerzielung sowie der Nutzung vorhandener Gestaltungsspielräume. Sie gehen in Entscheidungen über für die pflegerische Arbeit bedeutsame Voraussetzungen wie die Leitungs- und Organisationskultur oder die Personalausstattung ein.

3.3.3.3.2 Rückhalt der Leitung

Von entscheidender Bedeutung für die Implementierung konzeptioneller Vorschläge ist der Rückhalt der Einrichtungsleitung. Für eine gelingende Implementierung ist es notwendig, dass die entsprechenden fachlichen Vorschläge unterstützt, den Mitarbeitenden

²⁵ Die Art der Trägerschaft kann dabei nur einer grundlegenden Orientierung dienen. Im Einzelfall wird stets die konkrete Unternehmensstrategie in den Blick zu nehmen sein.

die Bedeutung einer Umsetzung vermittelt und die hierzu notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden. Auch für die Gestaltung einer positiven Fehlerkultur ist der Führungsstil ausschlaggebend.

3.3.3.3 Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke

Die Einbindung einer Einrichtung in regionale Versorgungsnetzwerke bietet das Potenzial – nicht die Sicherheit – Schnittstellen nach außen, z.B. zu gerontopsychiatrischen oder psychiatrischen Institutsambulanzen oder zu Krankenhäusern, zu gestalten und so zu einer verbesserten Versorgung beizutragen.

3.3.3.4 Konzeptionelle Grundlagen

Vorhandene (oder fehlende) konzeptionelle Grundlagen der Arbeit einer Einrichtung bilden eine wichtige Rahmenbedingung auch für den Umgang mit Psychopharmaka. Diese können beispielsweise in spezifischen Versorgungskonzepten z.B. zur Betreuung von Menschen mit demenzieller Erkrankung liegen. Zu nennen sind hier auch Konzepte zur Vermeidung von und dem Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen oder zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Auch für die Kooperation und Koordination mit Haus- und Fachärztinnen, die Umsetzung der Praxisanleitung, die Begleitung der Eingewöhnungsphase bzw. im stationären oder WG-Setting des Einzugs oder die Angehörigenarbeit können einrichtungsspezifische Konzepte existieren.

3.3.3.5 Personalausstattung (Personalschlüssel und Qualifikation)

Eine grundlegende Rahmenbedingung stellt die Personalausstattung von Einrichtungen dar. Sie umfasst den Personalschlüssel, den Anteil der Fachkräfte sowie die vertretenen Qualifikationen, z.B. Mitarbeitende mit Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft, oder Kolleginnen und Kollegen mit besonderer pharmakologischer Expertise, aber auch Berufe wie Heilerziehungspfleger oder Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Schulungen im Umgang mit Menschen mit Demenz für das gesamte Personal einer Einrichtung, auch für Reinigungs- und Servicekräfte, können dazu beitragen, dass sich alle Beteiligten sicherer und kompetenter fühlen. Damit können beispielsweise Risikosituationen und Konflikte schneller erkannt und kommuniziert werden. Fortbildungen können zudem ein Bewusstsein dafür schaffen, dass auch Psychopharmaka potenziell freiheitsentziehende Maßnahmen darstellen und dass wirksame Alternativen zu diesen existieren.

Von großer Bedeutung sind auch „weiche“ Faktoren wie die Fluktuation in der Belegschaft, die Notwendigkeit, auf Leiharbeitskräfte zurückzugreifen, bei den einzelnen Mitarbeitenden vorhandene Sprachkenntnisse und -kompetenzen sowie Teamdynamiken. Eine hohe personelle Kontinuität bildet eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau verlässlicher und stabiler Pflegebeziehungen und damit für eine qualitativ hochwertige pflegerische Betreuung und Versorgung. Personalknappheit erhöht die tatsächliche wie

auch die erlebte Belastung und erschwert so ebenfalls eine beziehungsorientierte Gestaltung der Pflege. Dies kann insbesondere in der Pflege von Menschen mit Demenz dazu führen, dass herausfordernde Situationen erst entstehen oder sich verstärken. Auch können erhöhte Betreuungsbedarfe einzelner Personen mit einer zu geringen Personaldecke kaum, bzw. nur um den Preis einer Überlastung der Pflegenden aufgefangen werden. Im stationären Setting sowie im Hinblick auf die Versorgung in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz stellt insbesondere die personelle Ausstattung (Anzahl, Qualifikation) in den Nächten eine entscheidende Rahmenbedingung für einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka dar.

3.3.3.3.6 Teamstruktur und -dynamik

Die genannten Aspekte haben Implikationen für die Möglichkeit, pflegebedürftige Personen mit hoher Fachlichkeit zu versorgen, kontinuierliche Beziehungsangebote zu unterbreiten, die notwendige Kommunikation relevanter Informationen im Team sicherzustellen und so eine Integration der Arbeit zunehmend differenzierter, heterogener oder gar fragmentierter Teams zu erreichen. Eine wichtige Rolle für die Vermittlung in Teams, die eine Zusammenarbeit von Mitarbeitenden unterschiedlicher Funktionsbereiche (Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuung), Qualifikationen und Hierarchieebenen erfordern, spielen die Organisationsstruktur, das Vorhandensein geeigneter Verfahrensweisen sowie eine Leitung, die den Beteiligten die Bedeutung der Zusammenarbeit vermitteln kann und diese ermöglicht. Die Einrichtung von Stabs- oder Funktionsstellen, z.B. von gerontopsychiatrischen Fachkräften, Medikations- oder Suchtbeauftragten, aber auch von Beratungsformen wie der kollegialen Fallberatung kann einrichtungsinterne Strukturen der wechselseitigen Unterstützung und Beratung im Problemfall bereitstellen. Die im Zusammenhang mit dem Leitungsstil bereits angesprochene positive Fehlerkultur kann ebenfalls ein wichtiger Baustein für die Entwicklung einer förderlichen Teamkultur wie auch für die Entwicklung von Selbstvertrauen und Handlungssicherheit der Mitarbeitenden sein. Sie ist zudem Voraussetzung dafür, offen mit Medikationsfehlern umzugehen, die zu diesen führenden Problemlagen, z. B. Mängel in der Struktur oder den Prozessen, zu identifizieren und nach Möglichkeiten für Abhilfe zu suchen. In ähnlicher Weise kann eine positive Kommunikationskultur zwischen Pflege- und Leitungskräften grundsätzlich dazu beitragen, dass organisatorische Probleme offengelegt und bearbeitet werden können.

3.3.3.3.7 Klientenstruktur

Auch die Zusammensetzung der von einer stationären oder ambulanten Einrichtung versorgten Klientel bildet eine Rahmenbedingung für den Umgang mit Psychopharmaka, insofern als sie spezifische Anforderungen an die Mitarbeitenden stellt und unterschiedliche ökonomische Handlungsmöglichkeiten eröffnet. Die Klientenstruktur ist ein Bereich, auf den manche Träger und Einrichtungen direkt oder indirekt Einfluss nehmen.

Dies kann z. B. durch konzeptionelle Schwerpunktsetzungen wie segregative Wohnbereiche für die Versorgung von Menschen mit demenzieller Erkrankung und entsprechende Versorgungsverträge geschehen. Aspekte wie die Ausgestaltung der privat zu finanzierenden Wohnkosten oder Sicherheitsbedenken von Angehörigen aufgrund der Offenheit und Lage der Einrichtung, auf die gegebenenfalls im Kennenlerngespräch hingewiesen wird, können zu einer Selbstselektion führen.

3.3.3.3.8 Bauliche/räumliche Voraussetzungen

Zu den einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen für den Umgang mit Psychopharmaka bzw. den Handlungsmöglichkeiten, um die Entstehung eines entsprechenden Bedarfs zu vermindern, zählen die räumlichen bzw. baulichen Rahmenbedingungen. Im stationären Setting betrifft dies die Möglichkeit, nach Bedarf auf Einzel- oder Doppelzimmer zurückgreifen zu können, Möglichkeiten, sich sicher und nach Wunsch im Innern oder außerhalb von Gebäuden zu bewegen, Aktivitäten und Beschäftigungen nachzugehen, Anregungen und Ruhemöglichkeiten zu erhalten, sich mit Hilfe von Architektur und Innenausstattung orientieren zu können. Im ambulanten Setting gilt ähnliches für die individuellen Wohnverhältnisse. Für beide Settings sowie Wohngemeinschaften von Menschen mit Demenz ist zudem eine barrierefreie Zugänglichkeit der Räumlichkeiten zentral, um auch im Falle von Mobilitätseinschränkungen die Einrichtung oder Wohnung verlassen und Teilhabe- und Bewegungsbedürfnissen nachgehen zu können. Auch die Lage im Quartier spielt eine Rolle und bietet unterschiedliche Möglichkeiten beispielsweise hinsichtlich der Ausstattung mit Grünflächen, verkehrsbedingten Sicherheitsrisiken, der bereits angesprochenen Verfügbarkeit von Infrastruktur sowie – mit Blick auf die Situation von Menschen mit demenzieller Erkrankung – die Informiertheit und Aufgeschlossenheit der Nachbarschaft für Erleben und Handeln von Menschen mit Demenz.

3.4 Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka

Die in den Fallstudien gewonnenen Daten boten nicht nur die Möglichkeit zur Rekonstruktion von Handlungsorientierungen im Umgang mit Psychopharmaka im weiteren Sinne (vgl. Kapitel 3.5), sondern erlaubten es auch, praktische Herausforderungen sowie den Umgang mit diesen im Versorgungsalltag zu analysieren. Diese werden im Folgenden präsentiert, wobei ergänzend Ergebnisse aus den Online-Erhebungen und Experteninterviews herangezogen werden.

Aus Sicht der Pflege erwiesen sich dabei als zentral die Sicherstellung der ambulanzärztlichen Behandlung, das Medikations- oder Medikamentenmanagement²⁶ sowie das

²⁶ Das „Medikationsmanagement“ bezeichnet eine „apothekerliche Tätigkeit in einem multidisziplinären Team“, das auf eine „Medikationsanalyse“ aufbaut und „eine kontinuierliche Betreuung des Patienten“ oder der Patientin umfasst (vgl. Fußnote 15 bzw. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) 2014, S. 18). Im Kontext der Pflege ist hingegen eher die Rede von „Medikamentenmanagement“ (vgl. Schmidt 2015, S. 13); auch hier wird auf die Notwendigkeit der

Ansetzen, Verändern und Absetzen der Medikation. Insbesondere die Interaktion zwischen den beteiligten Akteuren (Pflege, Ärztinnen und Ärzten, Betreuerinnen und Betreuer etc.) ist von großer Bedeutung für den praktischen Umgang mit Psychopharmaka.

3.4.1 Ambulant-ärztliche Behandlung

Die Ergebnisse der Literaturübersicht, Online-Erhebungen und Experteninterviews zeigten bereits die große Bedeutung der ärztlichen Versorgung für den Umgang mit Psychopharmaka in der Langzeitpflege auf (vgl. Kapitel 3.2.). Deutlich wurde, dass hier insbesondere der Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie der Qualität der Kooperation und Koordination ein hoher Stellenwert zukommt.

Beides wurde in den Fallstudien vertiefend untersucht. In den teilnehmenden stationären Einrichtungen bestanden Kooperationen mit einigen wenigen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, von denen die betreuten Pflegebedürftigen (bis auf wenige Ausnahmen) versorgt wurden. Dies traf ebenso für die Bewohnerinnen und Bewohner der Demenz-Wohngemeinschaften zu, die durch die beiden in die Fallstudien einbezogenen ambulanten Einrichtungen versorgt wurden. Die eingespielte Zusammenarbeit mit den die Einrichtungen teilweise bereits seit vielen Jahren betreuenden Haus- und Fachärztinnen und -ärzten und deren damit einhergehende gute Kenntnis der Patientinnen und Patienten wurde, wo sie vorhanden war, positiv bewertet. Verwiesen wurde zugleich darauf, dass das Pflegepersonal, insbesondere die Hilfs- und Betreuungskräfte, viel Zeit mit den Patientinnen und Patienten verbringen, weshalb die Ärztinnen und Ärzte in der Regel auf die Rückmeldungen aus der Pflege angewiesen seien. Mit Blick auf diejenigen Pflegebedürftigen, die weiter durch ihre bisher betreuenden Ärztinnen und Ärzte versorgt wurden, wurde demgegenüber eine zum Teil schlechtere Erreichbarkeit und geringere Bereitschaft zu Hausbesuchen/Visiten konstatiert. Für die Einrichtungen ging damit zudem ein erhöhter Kommunikations- und Koordinationsaufwand einher.

Besondere Herausforderungen bei der Kooperation und Koordination wurden seitens der beiden ambulanten Pflegedienste mit Blick auf die in der eigenen Häuslichkeit betreuten Pflegebedürftigen angeführt. Insbesondere die Suche nach einer fachärztlichen Begleitung für bislang nicht psychiatrisch oder neurologisch auffällige Patientinnen oder Patienten wurde als äußerst schwierig beschrieben, zumal im Falle einer Notwendigkeit für Hausbesuche.

Bemerkbar macht sich die Altersstruktur in der niedergelassenen Ärzteschaft und der Eintritt vieler ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand: In mindestens zwei der fünf Fallstudien waren nach langjährig bestehenden Kooperationen während

„Kooperation aller beteiligten Personen“ („Ärzte“, „Patient“, „Bezugspersonen“, „Apotheker“ und „professionelle Pflege“) abgehoben (ebd., S. 13–18). Im Kontext unserer Studie und des zu entwickelnden Konzepts verstehen wir unter „Medikamentenmanagement“ in der Pflege deren Aufgaben im Zusammenhang mit der Beschaffung der Medikation, ihrer Aufbewahrung, dem Stellen, der Verabreichung sowie der Dokumentation dieser Vorgänge.

der Durchführung der Fallstudie Arztwechsel im Gang. Für die Einrichtungen erwachsen aus einem Wechsel vielfältige Aufgaben: Sie suchen nach Nachfolgerinnen oder Nachfolgern, holen das Einverständnis der betreuten Pflegebedürftigen oder deren rechtlich Bevollmächtigte zu der neuen ärztlichen Betreuung ein. Insbesondere gilt es, die Modalitäten der Zusammenarbeit neu miteinander zu entwickeln und zu gestalten – und mittlerweile auch vertraglich zu vereinbaren (vgl. §119b SGB V). All dies erfordert eine Phase gegenseitigen Kennenlernens, in der es zu Brüchen und wechselseitigen Irritationen im Hinblick auf Behandlungsvorlieben und Vorgehensweisen kommen kann. Diese verlangen Aufmerksamkeit und ihre Klärung bindet bei allen Beteiligten Ressourcen.

Auch einrichtungsintern sind eine gelingende Kooperation und Koordination voraussetzungsvoll: So stellt es Einrichtungen mitunter vor Herausforderungen, feste Ansprechpersonen für die Begleitung von Visiten sicherzustellen und dies bei der Dienstplanung entsprechend zu berücksichtigen. Umso mehr sind sie auf einen ärztlicherseits ebenfalls verbindlichen Umgang mit Terminen angewiesen.

3.4.2 Medikamentenmanagement und -gabe

Die Pflege ist für die Durchführung der ihr durch ärztliche Anordnung übertragenen Maßnahmen verantwortlich (Durchführungsverantwortung). Im Umgang mit Psychopharmaka stellen sich der Pflege in diesem Zusammenhang dieselben Aufgaben wie bei der AMTS generell: Zur Sicherstellung der AMTS bei der Medikamentengabe existieren unterschiedliche Fassungen der „R-Regeln“. Der 5-R-Variante zufolge müssen Patientin/Patient, Medikament, Dosierung, Darreichungsform und Zeitpunkt der Gabe mit der ärztlichen Anordnung übereinstimmen (vgl. Schmidt 2015, S. 2). Bei Anordnungen über die Gabe von Bedarfsmedikation sind durch die Ärztin oder den Arzt zudem Angaben über den Bedarfsfall (Ausprägung des Symptoms und Dauer), „die Höchstdosis und die maximale Dosierung in 24 Stunden“ zu machen, die bei der Gabe einzuhalten sind (ebd.). Dies gilt auch für Psychopharmaka, wo für die Pflege besondere Herausforderungen bei der Medikamentengabe und dem Umgang mit Bedarfsmedikation bestehen, auf die wir im Folgenden näher eingehen. Dies beinhaltet auch die Beziehungsgestaltung in dieser spezifischen Pflegesituation sowie die Patientenbeobachtung.

3.4.2.1 Fest angesetzte Medikation

Mit Blick auf den praktischen Umgang mit psychotroper Medikation wurde in den Fallstudien angesprochen, dass es vereinzelt vorkomme, dass eine Pflegefachkraft den Zeitpunkt der Medikamentengabe verändere, wenn sie dies, z. B. mit Blick auf die Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus der pflegebedürftigen Person für geboten und für in deren Sinne halte. Als ein möglicher Grund für eine vorgezogene Gabe schlaffördernder Medikation wurde beispielsweise das Anliegen genannt, einen sich abzeichnenden Zustand großer Unruhe und damit die Gabe eines Bedarfsedativums zu vermeiden. Da dies eine

Abweichung von den Vorgaben für die Durchführung darstellt, werde eine solche Vorgehensweise jedoch nicht dokumentiert.

Unsicherheiten über den geeigneten Umgang mit der ärztlichen Anordnung können auch dann entstehen, wenn die pflegebedürftige Person zum vorgesehenen Gabezeitpunkt – ausnahmsweise oder häufiger – schläft. Eine Abklärung mit der betreuenden Ärztin, dem Arzt oder über den ärztlichen Bereitschaftsdienst erscheint aus pflegerischer Sicht nicht immer mit vertretbarem Aufwand möglich. In solchen Konstellationen treffen Pflegefachpersonen eigenständig Entscheidungen auf Basis ihrer individuellen Handlungskompetenz. Eine Leitungskraft berichtete, dass es vorkomme, dass Pflegebedürftige von Kolleginnen oder Kollegen für die Gabe einer schlafförderlichen Medikation geweckt würden – eine Vorgehensweise, wie sie auch seitens dreier interviewter Experten berichtet wurde (Exp.02, Exp.03 und Exp.09). Nach möglichen Gründen für ein solches Vorgehen gefragt, berichtete der interviewte Facharzt, Pflegekräfte fühlten sich seiner Erfahrung nach auch dann an ärztliche Anordnungen gebunden, wenn eine Gabe eigentlich nicht zulässig sei, wie im Fall einer bereits vorliegenden Sedierung. Der Interviewpartner thematisiert diese Fragen daher in Fortbildungen, die er in den von ihm betreuten Einrichtungen durchführt.

Wo solche Klarstellungen durch die ärztlichen Behandlerinnen und Behandler nicht erfolgen oder bei den Mitarbeitenden nicht präsent sind, gewinnen deren Qualifikation und problembezogene Handlungskompetenz praktische Relevanz.

Im Hinblick auf eine möglichst angemessene Versorgung Pflegebedürftiger mit Psychopharmaka könnte ein wichtiges Ziel sein, solche potenziell problematischen Situationen zu identifizieren, mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt zu kommunizieren, gegebenenfalls die Verordnung, wo nötig auch die einrichtungsinterne Organisation (Personalbemessung und Abläufe) anzupassen und im Hinblick auf künftige, ähnlich gelagerte Situationen Handlungskompetenz zu vermitteln. Voraussetzung für all dies ist die genaue Dokumentation der gewählten Vorgehensweise und die Thematisierung des Handlungsproblems und möglicher Lösungen im Team, gegebenenfalls unter Einbindung der Leitung. Bereits die Dokumentation des Handlungsproblems wird durch die Mitarbeitenden „an der Basis“ jedoch im Einzelfall unterlassen. Die Entwicklung einer positiven Fehlerkultur kann die Dokumentation in Fällen erleichtern, in denen diese zur Vermeidung befürchteter negativer Konsequenzen seitens der Leitung unterbleibt. Ein weiterer Grund könnte die Sorge vor negativen Folgen bei Prüfungen durch den MDK sein. Um hier Abhilfe zu schaffen und einen offenen Umgang mit entsprechenden Handlungsproblemen zu befördern, könnte die Möglichkeit hilfreich sein, im Falle von Prüfungen Abweichungen von der vorgegebenen Vorgehensweise zu begründen und darzulegen, welche Maßnahmen daraufhin ergriffen und welche Prozesse angestoßen wurden.

3.4.2.2 *Bedarfsmedikation*

Dem Umgang mit Bedarfsmedikation kommt zentrale Bedeutung im Hinblick auf eine möglichst angemessene psychopharmakologische Versorgung Pflegebedürftiger zu. Im Bereich der Psychopharmaka stellen Psycholeptika eine häufig für den Bedarfsfall verordnete Medikamentengruppe dar. Ärztliche Verordnungen sind dabei mitunter stark interpretationsbedürftig, so z. B., wenn sie nur allgemeine Beschreibungen der Bedarfs-situation enthalten. Die Sichtung der Dokumentation in den Fallstudien ergab, dass sich die ärztlichen Angaben hier zumeist auf solch allgemeine Angaben beschränkten. Diese lauteten z. B.: „bei Unruhe“, „bei starker Unruhe“, „bei Unruhe und Erregung“, „bei Schlafstörungen“, „bei Angst/Unruhe“. Ein Handlungsproblem stellt sich auch, wenn nicht festgelegt ist, was für Maßnahmen vor einer medikamentösen Intervention zu erproben sind. Pflegefachkräfte stehen – zumal, wenn die betroffene pflegebedürftige Person nicht in der Lage ist, verbal Auskunft über ihre eigene Situation zu geben – vor der Notwendigkeit, zu entscheiden, ob die vorgefundene Situation tatsächlich einen Bedarfsfall darstellt. Hinzu kommen möglicherweise Anfragen von Pflegehilfskräften, die das Verhalten einer pflegebedürftigen Person als der (unscharf definierten) Bedarfssituation entsprechend interpretieren und zudem auf dessen vermutete Folgen hinweisen, z. B. eine absehbare Verstärkung der bereits bestehenden Unruhe.

Trotz solcher Schwierigkeiten wurde seitens der Interviewpersonen in den Fallstudien kein Problem in den vorgefundenen unbestimmten Angaben zur Bedarfsindikation gesehen. Dies wurde in einem Fall damit begründet, dass die Beteiligten wüssten, an welches Verhalten gedacht sei. Die eher allgemeine Definition der Bedarfssituation erlaubt es, im Einzelfall zudem Kontextinformationen und mitunter schwer zu operationalisierende Wahrnehmungen des Zustands einer Person zu berücksichtigen. In solche Einschätzungen können zwar eine bestehende Vertrautheit und gute Kenntnis der Person einfließen, jedoch auch andere Rationalitäten, beispielsweise akute Überlastungssituationen des Personals oder auch eine wenig verstehende Haltung gegenüber dem Erleben und Handeln von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (vgl. Kapitel 3.5.2). So wiesen Leitungskräfte im Interview darauf hin, dass sie teilweise große Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Mitarbeitenden und ihrer eigenen Einschätzung bezüglich der Notwendigkeit einer Bedarfsgabe wahrnahmen. Ein besonderer Stellenwert wurde dabei der gerontopsychiatrischen Expertise sowie der Erfahrung im Umgang mit gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten und den damit einhergehenden Erwartungen an „normales“ oder „abweichendes“ Verhalten beigemessen. Diese Einschätzung deckt sich mit derjenigen der interviewten Expertin aus der Implementierungsforschung (Exp.06).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Umgang mit Bedarfsmedikation mit einem beträchtlichen Verantwortungs- und Entscheidungsspielraum und – ob gewollt oder nicht – einem entsprechend großen Einfluss der Pflege auf den Umgang mit der

Medikation einhergeht. Dies stellt besondere Anforderungen an die Handlungskompetenz insbesondere von Pflegefach-, aber auch von Pflegehilfskräften. Letzteres, da die Pflegehilfskräfte oft diejenigen sind, die eine sich tatsächlich oder vermeintlich abzeichnende Bedarfssituation wahrnehmen – oder auch Möglichkeiten haben, deren Auftreten zu verhindern.

Vor diesem Hintergrund erscheint es von hoher Bedeutung, Pflegefach- und -hilfskräfte in ihrer Handlungskompetenz im Umgang mit psychopharmakologischer Bedarfsmedikation zu stärken sowie generell das Bewusstsein in der Pflege für den potenziell freiheitsentziehenden Charakter²⁷ sedierender Medikation zu befördern.²⁸ Darüber hinaus gilt es auch im Blick zu behalten, unter welchen Bedingungen die Pflegehilfskräfte ihrer Tätigkeit nachgehen. So gab es Hinweise darauf, dass auf eine Bedarfsmedikation verzichtet würde, wenn zwei Pflegehilfskräfte statt einer eine Gruppe betreuen oder die Möglichkeit bestünde, von schwierigen Situationen Abstand zu nehmen und z. B. kurzzeitig die Gruppen zu tauschen.

3.4.2.3 Beziehungsgestaltung als Voraussetzung der Medikamentengabe

Die Medikamentengabe – die Anleitung, Beaufsichtigung, Motivation und praktische Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten – stellt eine pflegerische Interaktion dar, die wie jegliches pflegerische Handeln ein Zusammenwirken von Pflegefachkraft und pflegebedürftiger Person voraussetzt. Förderlich für ein solches Zusammenwirken, wenn nicht sogar Voraussetzung, ist ein Mindestmaß an Vertrauen zwischen den Beteiligten. In zwei teilnehmenden Beobachtungen ergaben sich Hinweise darauf, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegefachkraft insbesondere im Falle des Vorliegens einer (fortgeschrittenen) demenziellen Erkrankung möglicherweise schwerer zu entwickeln ist, wenn Pflegefachkräfte nicht in die Grundpflege eingebunden sind. Dann besteht regelmäßig nur ein sehr kurzer Kontakt während der Gabe selbst. Dieser ist jedoch nicht in eine umfassendere und länger andauernde Beziehungsaufnahme, wie zum Beispiel beim Anreichen von Nahrung, eingebettet. In einer Situation im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen delegierte die Fachkraft die Medikamentengabe schließlich an die ebenfalls anwesende Hilfskraft, nachdem eine demenziell erkrankte Bewohnerin die Gabe eines gemörserten Medikamentes in einem

²⁷ Die Gabe eines sedierenden Medikamentes stellt nur bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation, im Rahmen eines unter Abwägung möglichen Schadens und Nutzens erstellten medizinischen Behandlungsplans und im Falle der Einwilligung durch die Patientin/den Patienten bzw. die an seiner Stelle rechtlich bevollmächtigte Person eine medizinische Maßnahme dar.

²⁸ Während dieses nach Einschätzung des interviewten Juristen kaum ausgebildet sei, sehen einzelne IVP in Leitungsfunktion in den Fallstudien das diesbezügliche Bewusstsein in der Pflege insbesondere in den letzten Jahren als gewachsen an. Auch die Ergebnisse der Fallstudien deuten auf eine – weiter zu befördernde – Entwicklung, aber auch deutliche Unterschiede im Problembewusstsein hin.

Dessert durch die Fachkraft wiederholt abgelehnt hatte. In der Interaktion mit der Hilfskraft nahm die Bewohnerin das Dessert an.

Auch eine hohe personelle Fluktuation bzw. die Angewiesenheit auf die Inanspruchnahme von „Leasing“-Kräften erschweren den Aufbau kontinuierlicher Beziehungen.

3.4.2.4 Patientenbeobachtung

Die genaue Beobachtung und Dokumentation etwaiger Auffälligkeiten im Erleben, Verhalten oder gesundheitlichen Zustand der versorgten Pflegebedürftigen und die Kommunikation der entsprechenden Ergebnisse an Haus- und Fachärztinnen und -ärzte wurde in den Fallstudieneinrichtungen als wichtige Aufgabe der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka beschrieben.

Um diese Aufgabe wahrzunehmen, sind Fachkräfte auch auf die Beobachtungen der weiteren an der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung Beteiligten angewiesen – Pflegekräfte, Hauswirtschaftskräfte, Betreuungskräfte und nicht zuletzt An- oder Zugehörige.

Je nach Organisation der Abläufe verbringen insbesondere Pflege- und Betreuungskräfte in der Regel mehr Zeit mit den Pflegebedürftigen als Fachkräfte und haben daher eher die Gelegenheit, Veränderungen zu beobachten. Sie verfügen jedoch nicht immer über Informationen zu erfolgten Medikationsänderungen oder zu beachtenden Veränderungen. Über Letztere werden auch die Pflegefachkräfte von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht immer informiert, so dass die einrichtungsinterne medikamentenbezogene Fachlichkeit an Bedeutung für eine adäquate Patientenbeobachtung gewinnt.

Zusätzlich erschwert werden kann der notwendige Kommunikationsfluss durch Aspekte wie sprachliche Hürden, wechselndes Personal, Konflikte im Team oder zwischen unterschiedlichen Funktionsbereichen.

Für stationäre und ambulante Einrichtungen ergibt sich die Aufgabe, diejenigen, die die meiste Zeit mit den Pflegebedürftigen verbringen und in der Regel – nicht immer! – die geringste formale Qualifikation (und Vergütung) aufweisen zur genauen Beobachtung, Dokumentation und Kommunikation zu befähigen. Zudem sind die hierzu notwendigen Kommunikationswege und -gelegenheiten sicherzustellen. Zu denken ist dabei z. B. auch an die Einbindung von Betreuungs- und Pflegekräften in Übergaben und die Einbindung der in Hauswirtschaft und Reinigung tätigen Personen.

Als hilfreich für die Einschätzung der gemachten Beobachtungen wurden in den Fallstudien Pflegefachkräfte mit Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft sowie Mitarbeitende mit besonderer pharmakologischer Expertise genannt, die für interne Beratung zur Verfügung stehen und teilweise auch interne Fortbildungen anbieten.

Im ambulanten Bereich liegen die Herausforderungen ähnlich. Hinzu kommt die Schwierigkeit, im Rahmen von Leistungen wie dem Stellen und der Verabreichung von Medikamenten eine im Hinblick auf die Gabe psychopharmakologischer Medikamente hinreichende Patientenbeobachtung sicherzustellen.

3.4.3 Verordnung, Änderung und Absetzen der psychopharmakologischen Medikation

Die auszugsweise Sichtung der Pflegedokumentation einzelner, von den Fallstudieneinrichtungen betreuter Pflegebedürftiger gibt einen näherungsweisen Eindruck von der Anzahl und Qualität der vorhandenen Verordnungen. Die entsprechenden Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt. In den Interviews im Rahmen der Fallstudien wurden darüber hinaus vertiefend Situationen erfragt, in denen es zum An- oder Absetzen oder zu Veränderungen einer psychopharmakologischen Medikation kam. Diese konnten zu kritischen Situationen im Hinblick auf den Umgang mit Psychopharmaka verdichtet werden und werden im Anschluss an die Ergebnisse der Dokumentations-sichtung berichtet.

3.4.3.1 Ergebnisse der Sichtung der Dokumentation

Die Sichtung der Dokumentation verlief in den Einrichtungen unterschiedlich. Auch die zugrundeliegenden Unterlagen waren heterogen.²⁹ Bei den Pflegebedürftigen, zu denen Informationen zur Verfügung gestellt wurden, lagen – je nach Einrichtung – durchschnittlich zwischen 5,2 und 12,2 Verordnungen je pflegebedürftiger Person vor. Fest angesetzt waren durchschnittlich zwischen 3,9 und 10,2 Präparate, als Bedarfsmedikation waren durchschnittlich zwischen 0,4 und 2,8 Präparate verordnet (vgl. Tab. 10). Der Anteil der für den Bedarfsfall verordneten Medikamente an allen Medikamentenverordnungen lag zwischen 8% und 42%.

	Set-ting	N	Alle Stoffgruppen			
			Zahl der Verordnungen je BW (Durchschnitt)	Zahl der fest an-gesetzten Verordnungen je BW (Durchschnitt)	Zahl der bei Bedarf an-gesetzten Verordnungen je BW (Durchschnitt)	Anteil der bei Bedarf an-gesetzten Verordnungen an allen Verordnungen
A	WG	14	5,2	4,8	0,4	8%
B	WG	8	7,1	5,5	1,6	23%
C	PH	19	12,2	10,2	2,1	17%
D	PH	8	6,6	3,9	2,8	42%
E	PH	14	8,9	6,1	2,7	31%

Tab. 10: Zahl der insgesamt, fest und bei Bedarf an-gesetzten Verordnungen (stoffgruppenübergreifend) je Bewohnerin/Bewohner und Anteil der bei Bedarf an-gesetzten Verordnungen an allen Verordnungen³⁰. N = Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner, zu denen Daten mitgeteilt wurden.

Anmerkung: Zur Wahrung der Anonymität wurden die Fallstudiennummern entfernt.

²⁹ Vgl. zur Methodik der Erhebung und Auswertung Kapitel 2.3.3. und zum erreichten Sample Kapitel 3.1.3.1.

³⁰ Für Einrichtung E wurden von der Einrichtung gezielt diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner herausgesucht, bei denen eine Verordnung von Psychopharmaka vorlag; der Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem fest an-gesetzten Wirkstoff der Gruppe N05 liegt auf die gesamte

Deutlich wird, dass sich das Verhältnis von fest angesetzt zu bei Bedarf angesetzter Medikation zwischen den Einrichtungen stark unterscheidet. Bei den auf das Nervensystem wirkenden Stoffgruppen könnte ein hoher Anteil von Bedarfsmedikation bei entsprechend geringem Anteil fest angesetzter Medikamente darauf hindeuten, dass psychotrope Substanzen nur ausnahmsweise zur Anwendung kommen. Ein hoher Anteil von Bedarfsmedikation geht allerdings damit einher, dass Pflegekräfte entscheiden müssen, ob der Bedarfsfall vorliegt mit den einhergehenden Verantwortungs-, Entscheidungs- und Handlungsnotwendigkeiten und der resultierenden Anforderung an die Handlungskompetenz (vgl. Kapitel 3.4.2.2).

Tab. 11 stellt den Anteil der je Einrichtung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner dar, der bei der Sichtung der Dokumentation eine Verordnung über ein oder mehrere auf das Nervensystem bezogene Präparate aufwies (jeweils insgesamt sowie gesondert für fest sowie als Bedarf angesetzte Medikation). Dargestellt wird zudem der Anteil der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Verordnung über ein oder mehrere Psycholeptika (N05) bzw. Psychoanaleptika (N06). Zu den Psycholeptika (N05) gehören Medikamente mit dämpfender Wirkung, wie Schlaf- und Beruhigungsmittel und Neuroleptika. Zu den Psychoanaleptika (N06) zählen u. a. Antidepressiva und Antidepressiva.

	Set-ting	N	Einbezogene Bewohnerinnen/Bewohner mit Verordnung von N-Medikation absolut und in Prozent (%)								
			Insgesamt (fest und bei Bedarf)			Fest angesetzt			Bei Bedarf angesetzt		
			N	N05	N06	N	N05	N06	N	N05	N06
A	WG	14	10 (71)	5 (36)	4 (29)	10 (71)	5 (36)	4 (29)	1 (7)	1 (7)	0 (0)
B	WG	8	7 (88)	5 (63)	3 (38)	5 (63)	3 (38)	3 (38)	7 (88)	4 (50)	0 (0)
C	PH	19	18 (95)	11 (58)	6 (32)	14 (74)	7 (37)	6 (32)	12 (63)	6 (32)	0 (0)
D	PH	8	8 (100)	7 (88)	6 (75)	6 (75)	4 (50)	6 (75)	6 (75)	6 (75)	0 (0)
E	PH	14	14 (100)	11 (79)	5 (36)	12 (86)	9 (64)	4 (29)	12 (86)	11 (79)	1 (7)

Einrichtung E bezogen bei etwa 22%. Für Einrichtung E wurden außerdem nur Angaben zu den nach Einschätzung der PDL zur psychopharmakologischen Medikation zählenden Verordnungen übermittelt, nicht zu allen verordneten Medikamenten. Dies waren im Wesentlichen Medikamente mit ATC-Code N05 und N06 sowie N03. In den anderen Einrichtungen wurden Daten zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern von je einem (Einrichtung B, C, D) oder zwei (Einrichtung A) Wohnbereichen zur Verfügung gestellt.

Tab. 11: Anteil der je Einrichtung in die Dokumentationssichtung einbezogenen Bewohnerinnen/Bewohner mit Verordnung mindestens einer auf das Nervensystem wirkenden Medikation (N), mindestens eines Psycholeptikums (N05) und mindestens eines Psychoanaleptikums (N06) in Prozent nach Art der Verordnung (insgesamt, fest und bei Bedarf)

Anmerkung: Zur Wahrung der Anonymität wurden die Fallstudiennummern entfernt.

Über alle Einrichtungen hinweg wiesen 39 (61,2%) der 63 einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner eine oder mehrere Psycholeptika-Verordnungen (N05) auf. Insgesamt lagen 64 entsprechende Verordnungen über neun unterschiedliche Wirkstoffe vor. Je nach Einrichtung war bei einem Drittel bis zwei Dritteln der Bewohnerinnen und Bewohner, zu denen Daten zur Verfügung gestellt wurden (vgl. Fußnote 30), mindestens ein Psycholeptikum (N05) fest verordnet. Mit Ausnahme einer Einrichtung wiesen zudem zwischen einem Drittel und vier Fünfteln der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner mindestens ein als Bedarf verordnetes Psycholeptikum auf.

Über alle Einrichtungen hinweg wiesen 24 (38%) der 63 einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner eine oder mehrere Verordnungen über ein Psychoanaleptikum (N06) auf. Insgesamt lagen 32 Psychoanaleptika-Verordnungen über zwölf unterschiedliche Wirkstoffe vor. Bei zwischen einem knappen Drittel und drei Vierteln der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner war mindestens ein Psychoanaleptikum (N06) fest angesetzt.

Tab. 11 gibt einen Überblick über Verordnungen in den Fallstudien von Wirkstoffen, die in der PRISCUS-Liste³¹ entweder als potenziell inadäquat oder aber als Alternativen zu solch potenziell inadäquater Medikation aufgeführt werden. Bei 3 (5%) der 63 einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner war ein in der PRISCUS-Liste als potenziell inadäquat aufgeführtes Medikament verordnet. In allen drei Fällen handelte es sich um ein Psycholeptikum. Andere verordnete Wirkstoffe werden zwar auf der PRISCUS-Liste als potenziell inadäquat geführt, waren aber in Dosen unterhalb des in der PRISCUS-Liste als problematisch angegebenen Schwellenwertes verordnet. Bei 51 (80%) der 63 einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner war mindestens ein in der PRISCUS-Liste als Alternative empfohlenes Medikament verordnet.

³¹ Vgl. zur PRISCUS-Liste Fußnote 4.

	Setting	N	Verordnungen über in der PRISCUS–Liste erwähnte N–Medikation			
			PIM		Alternative	
			Patient/–innen	Verordnungen	Patient/–innen	Verordnungen
A	WG	14	0	0	9	14 (4x N02, 1x N03, 4x N05, 5x N06)
B	WG	8	0	0	7	11 (4x N02, 6x N05, 1x N06)
C	PH	19	3	3	16	28 (12x N02, 1x N03, 10x N05, 5x N06)
D	PH	8	0	0	8	18 (5x N02, 8x N05, 5x N06)
E	PH	14	0	0	11	14 (8x N05, 1x N03, 5x N06)
Gesamt		63	0	3	51	85

Tab. 12: Verordnungen über in der PRISCUS–Liste erwähnte N–Medikation

Anmerkung: Unter den 85 Verordnungen dieser Art war 13x Metamizol, das in der PRISCUS–Liste als alternatives Analgetikum aufgeführt, aber mit dem Hinweis „nach sorgfältiger Nutzen–Risiko–Abwägung“ versehen ist.

Zur Wahrung der Anonymität wurden die Fallstudiennummern entfernt.

Aufgrund der unterschiedlichen Dokumentationssysteme in den Einrichtungen und der Sichtung ausgewählter und heterogener Wohnbereiche ist der Vergleich der Daten zwischen den Einrichtungen wie auch der Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien nicht sinnvoll.

3.4.3.2 Kritische Situationen im Hinblick auf den Umgang mit Psychopharmaka

In den Interviews im Rahmen Fallstudien wurden insbesondere Situationen erfragt, in denen es zur Neuverordnung, zur Veränderung (z. B. der Dosis) oder zum Absetzen eines Psychopharmakons kam. Im Ergebnis konnten vier kritische Situationen identifiziert werden, in denen im Pflegeheim oder in ambulanten Wohngemeinschaften typischerweise Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka auftreten können.³² Die Punkte 2.) bis 4.) können sich auch im ambulanten Setting als kritische Situationen zeigen.

³² Zu beachten ist, dass die Anlässe 2.) und 3.) ihrerseits durch Medikamente verursacht sein können.

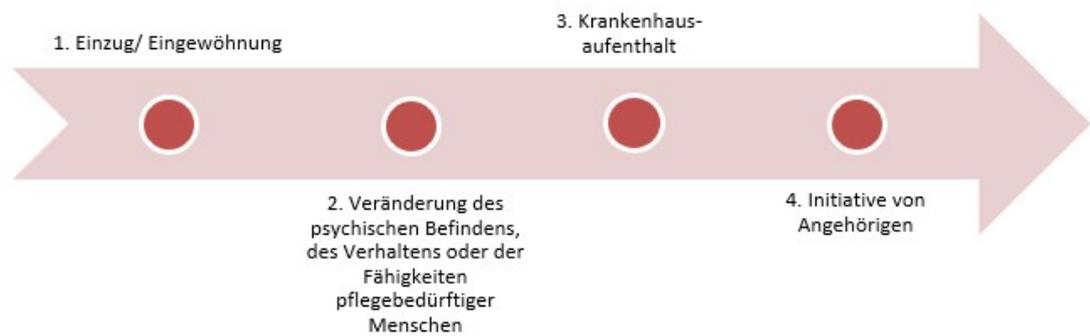


Abb. 11: Kritische Situationen im Hinblick auf den Umgang mit Psychopharmaka in der Langzeitpflege (eigene Darstellung)

3.4.3.2.1 Einzug/Eingewöhnung

Als kritische Situation in diesem Sinne erwies sich 1.) der Einzug in die Einrichtung bzw. die Eingewöhnung. In allen drei im stationären Bereich durchgeführten Fallstudien und in den Demenz-WGs wurde die Phase des Einzugs als Phase großer Vulnerabilität und emotionaler Krise der Pflegebedürftigen beschrieben. Viele ältere Menschen erleben den Eintritt von Pflegebedürftigkeit und insbesondere den Umzug in eine betreute Wohnform als kritisches Lebensereignis, das mit einem intensiven Verlusterleben einhergehen kann: Verloren gehen unter Umständen die bislang vertraute Umgebung und vertraute Abläufe. Umzuziehen ist mit Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, mit der Herausforderung, in bislang vielleicht ungewohnter Weise auf die Hilfe (unbekannter) Dritter angewiesen zu sein, und mit möglichen Einschränkungen der selbstbestimmten Lebensführung. In stationären Einrichtungen und Wohngemeinschaften tritt hierzu manchmal auch die Wahrnehmung, an dem Ort angekommen zu sein, an dem man möglicherweise sterben wird. Menschen bewältigen dieses Lebensereignis unterschiedlich. Manche erleben das „Ankommen“ in der neuen Situation als stark belastend und reagieren mit Rückzug, geringem Interesse an ihrem Umfeld oder depressiver Gestimmtheit. Angst, Nervosität, Anspannung oder Unruhe sind weitere mögliche Reaktionen.

Aus den Fallstudien wurde berichtet, dass die Begleitung dieses Abschnitts für Mitarbeitende immer wieder eine Herausforderung darstellt. Im Umgang mit dieser Situation werden praktische Maßnahmen genannt, aber auch der Einsatz von „Stimmungsaufhellern“ oder Sedativa.

3.4.3.2.2 Veränderungen in Befinden und Verhalten

In engem Zusammenhang mit der Phase des Einzugs, aber auch unabhängig hiervon stellen 2.) Veränderungen des psychischen Befindens sowie des Verhaltens Herausforderungen dar, denen auf unterschiedliche Weise – auch medizinisch – begegnet wird.

Mit Blick auf Veränderungen des psychischen Befindens ist festzuhalten, dass weder in den einbezogenen stationären Einrichtungen noch den Wohngemeinschaften psychotherapeutische Angebote zum Tragen kamen. Ein entsprechender Bedarf wurde jedoch von einem Träger explizit benannt; in anderen Interviews klang an, dass Psychotherapie gar nicht als mögliche Behandlungsform in Erwägung gezogen wird.

Auch Veränderungen des Verhaltens von Pflegebedürftigen, z. B. ein sich verstärkendes oder ein von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern oder Pflegekräften als zu stark empfundenes Bewegungsbedürfnis, Veränderungen in der Art und Weise der Kontaktaufnahme zu anderen Personen sowie eine Umkehrung des Tag-/Nacht-Rhythmus, können dazu führen, dass eine Ärztin oder ein Arzt hinzugezogen wird. In den Fallstudien zeigte sich zudem, dass auch Veränderungen in den kognitiven oder kommunikativen Fähigkeiten wie auch in den Fähigkeiten der Mobilität (Sturzgefahr, Bettlägerigkeit) für die in der Pflege Tätigen indirekt zu Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka führen können. Gründe hierfür liegen beispielsweise in veränderten Anforderungen an die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen wie einem Mehr an Zeit oder Ruhe, die notwendig sind, um in Kontakt zu treten und die pflegerische Versorgung im Einverständnis und in Zusammenarbeit mit der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten. Gelingt dies nicht, können Situationen entstehen, in denen auch die Gabe einer Bedarfsmedikation erwogen wird (siehe unten). Gründe können auch darin liegen, dass frühere Anlässe für eine ärztliche Verordnung eines Psychopharmakons entfallen, ohne dass dies bemerkt und das entsprechende Medikament abgesetzt wird (beispielsweise im Falle einer einsetzenden Bettlägerigkeit).

Manche Verhaltensweisen sind nicht nur schwer zu verstehen, sondern können auch belastend sein³³ und eine Herausforderung für das soziale Umfeld der Betroffenen und die in Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft Tätigen darstellen. Auch die Durchführung der Pflege kann erschwert sein, zumal wenn sie eingebettet in bestimmte Ablaufroutinen und unter hohem Zeitdruck erfolgen soll (vgl. Kapitel 3.5.3). Eine Folge können Konflikte und – bei allen am Pflegeprozess Beteiligten – Gefühle von Stress, Angst oder Hilflosigkeit sein. Mitunter kann es hierdurch zu einer Verstärkung der als herausfordernd erlebten Verhaltensweisen kommen, bis hin zu Situationen, in denen die Betroffenen sich selbst oder Dritte (Pflegebedürftige, Pflegepersonal) gefährden oder durch Dritte gefährdet werden. Insbesondere mit Situationen von Gewalt in der Pflege umzugehen, stellt eine große emotionale, psychische und körperliche Herausforderung für alle Beteiligten dar und erfordert einen professionellen Umgang wie auch entsprechende Rahmenbedingungen.

³³ Z. B. anhaltendes Rufen, die beständige Wiederholung bestimmter Bewegungen oder ein ausgeprägtes Bewegungsbedürfnis, dem unter beengten räumlichen Verhältnissen nachgegangen wird.

Da es immer wieder vorkommt, dass zur Vorbeugung oder Abhilfe solcher Konstellationen eine psychopharmakologische Behandlung der Pflegebedürftigen erfolgt, kann der Umgang mit den beschriebenen Veränderungen sich entscheidend auf eine Verordnung von Psychopharmaka auswirken. Eine bewährte Verfahrensweise im Umgang mit sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen ist es, zu erfassen, in welchen Situationen die betroffenen Pflegebedürftigen handeln, wie sie handeln und weshalb sie dies tun. Weiterhin kann sich eine zugewandte, verstehende Beziehungsgestaltung grundlegend auf das Leben und Arbeiten mit Menschen mit Demenz auswirken (vgl. DNQP 2018).

3.4.3.2.3 Krankenhausaufenthalte

Herausforderungen im Umgang mit Medikation generell, aber im Besonderen auch mit psychopharmakologischer Medikation stellen sich 3.) im Anschluss an Krankenhausaufenthalte, in deren Verlauf es nach Wahrnehmung der in der Pflege Tätigen häufig zu einer Veränderung der angesetzten Medikation kommt. In den Tätigkeitsbereich der Einrichtungen fällt es dann, möglichst zeitnah eine Abklärung der Weiterbehandlung durch die ambulant behandelnden niedergelassenen Haus- bzw. Fachärztinnen und -ärzte anzuregen. In den Fallstudien wurden jedoch nicht nur häufige Veränderungen der Medikation im Zuge von Krankenhausaufenthalten, sondern im Einzelfall auch ausgeprägte Veränderungen des Verhaltens und Befindens Pflegebedürftiger beschrieben. Für die Einrichtungen ergibt sich hieraus die Anforderung, den veränderten Pflegebedarf zu erfassen und die Pflege und Betreuung hierauf auszurichten.

3.4.3.2.4 Angehörige

Eine weitere Herausforderung im Umgang mit Psychopharmaka stellt sich, wenn 4.) An- oder Zugehörige Anliegen bezüglich psychopharmakologischer Medikation artikulieren. Genannt wurden hier beispielsweise Befürchtungen von Angehörigen vor einer Sedierung ihrer pflegebedürftigen Verwandten, aber auch Unzufriedenheit mit der Sicherstellung der persönlichen Hygiene bei Pflegebedürftigen, die entsprechende Unterstützungsangebote ablehnen. Aus den Fallstudien wurde sowohl berichtet, dass Angehörige eine unangemessene psychopharmakologische Behandlung fürchten und aus diesem Grunde eine der Pflege angemessen erscheinende Medikation ablehnen, als auch, dass Angehörige sich für eine psychopharmakologische Behandlung pflegebedürftiger Verwandter einsetzen, der die Pflege skeptisch gegenübersteht.

Die Einbeziehung von Angehörigen oder rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern erfordert es in solchen, mitunter latent oder manifest konfliktiven Konstellationen, pflegerische und medizinische Bedarfe und Maßnahmen adressatengerecht zu erklären, zu begründen, auf Bedenken einzugehen – und gegebenenfalls Alternativen zur Diskussion zu stellen. Hierbei sieht sich die Pflege teilweise auch in die Situation gebracht, nicht nur die in ihren Verantwortungsbereich fallenden pflegerischen Maßnahmen, sondern auch

ärztliche Maßnahmen zu erläutern. Angehörige wiederum fühlen sich in solchen Situationen häufig unzureichend eingebunden (vgl. Kapitel 3.6.2.1)

3.4.3.2.5 Phasenmodell der Medikamentenanpassung

In den oben angeführten kritischen Situationen kann, muss es aber keinesfalls immer zur Hinzuziehung medizinischen Rates und in der Folge möglicherweise zu einer psychopharmakologischen Behandlung kommen. In Fällen, in denen eine psychopharmakologische Medikation (oder auch eine andere medizinische Maßnahme) angesetzt oder verändert wird, vollzieht sich jedoch in der Regel ein typischer Handlungskreislauf, in den verschiedene Akteure auf Seiten der Pflegeeinrichtung wie auch der niedergelassenen Arztpraxis involviert sind (vgl. Abb. 12).

Der Prozess der Medikamentenänderung umfasst 1.) die Beobachtung bestimmter Auffälligkeiten an der pflegebedürftigen Person („Patientenbeobachtung“) durch die an der Betreuung und Versorgung Beteiligten (Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte, Hauswirtschaftskräfte, Pflegefachkräfte, Angehörige oder auch Ehrenamtliche). Sofern die Kommunikation innerhalb des erweiterten Pflgeteams sowie die Einbeziehung Angehöriger und Ehrenamtlicher gelingt, werden 2.) die Informationen über die Beobachtungen zusammengeführt und einer pflegefachlichen Einschätzung unterzogen. Auf deren Grundlage obliegt es der Pflegefachkraft, gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer einrichtungsinterner Expertise z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen o. ä., zu entscheiden, ob und was für Handlungsbedarf besteht. Im Ergebnis kann es zu Maßnahmen wie einer Anpassung der Pflegeplanung, weiterer Beobachtung oder auch zu der Entscheidung kommen, ärztlichen Rat hinzuziehen oder gar auf eine Einweisung in stationäre Behandlung hinzuwirken. Je nach Einschätzung der Dringlichkeit erfolgt die ärztliche Kommunikation unmittelbar per Telefon, Fax oder Mail, im Rahmen eines kurzfristig zu initiierenden Hausbesuchs (sofern ein solcher im Rahmen der ärztlichen Kooperation enthalten ist) oder bei der nächsten regulär vereinbarten Visite.³⁴ Die gegebenenfalls hinzugezogenen Haus- und/oder Fachärztinnen und -ärzte gelangen dann 4.) zu einer medizinischen Einschätzung des vorgestellten Sachverhalts und setzen ggf. Medikation an oder ab oder verändern diese oder verordnen andere Maßnahmen. Die Beobachtung der Wirkung dieser Maßnahmen obliegt wiederum den Pflegekräften. Gegebenenfalls beginnt der Kreislauf erneut.

³⁴ Die Einrichtungen wiesen Unterschiede in der Dichte der ärztlichen Betreuung auf.

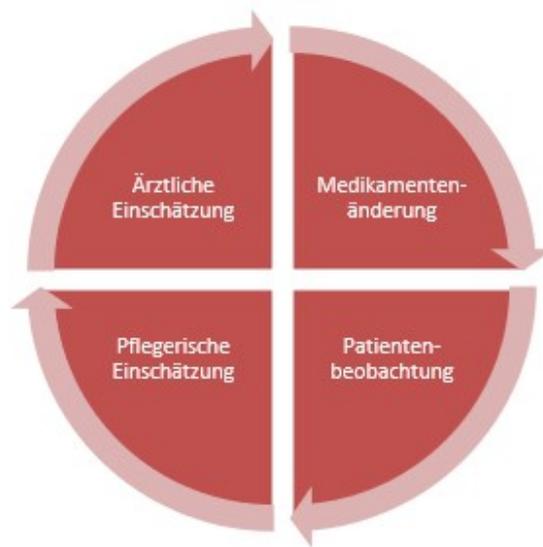


Abb. 12: Phasenmodell in der Medikamentenanpassung (eigene Darstellung)

3.4.3.3 Einstellen der Medikation

Die individuell abgestimmte Dosierung eines Psychopharmakons ist von zentraler Bedeutung für die angestrebte Wirkung. Insbesondere bei einer zu hohen Dosis steigt das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen und Komplikationen. Die Einstellung der Medikation erfordert eine systematische Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen. Wichtig ist dabei eine möglichst präzise Angabe der Indikation und der angestrebten Wirkung, damit die Patientenbeobachtung seitens der Pflege gezielt erfolgen kann (vgl. Kapitel 3.4.2.4). Eine Veränderung des Zustands der Patientin/des Patienten (z. B. durch Gewichtsverlust, Veränderungen des Stoffwechsels) kann zu einer Veränderung der Medikamentenwirkung führen. Ein Einstellen bzw. eine Dosisveränderung der Medikation kann daher auch erforderlich sein, wenn ein Medikament bereits eine Weile gegeben wird.

Eine interviewte Leitungskraft äußerte Vorbehalte gegen eine Veränderung psychopharmakologischer Medikation. Die Vorbehalte resultierten aus der Wahrnehmung, dass die medikamentöse Einstellung im Bereich der Psychopharmaka einem ärztlichen „Experimentieren“ gleiche. Die Folgen wurden als für die Pflegebedürftigen physisch und psychisch potenziell stark belastend eingeschätzt und müssten von den Pflegebedürftigen, deren sozialem Umfeld, aber auch von den Mitarbeitenden getragen werden. Im Falle dieser Interviewpartnerin führten entsprechende Befürchtungen offenbar dazu, Hinweise an Ärztinnen und Ärzte zurückzuhalten, z. B. nicht auf die anhaltende Schläfrigkeit einer Bewohnerin einzugehen, um keine Veränderung der Medikation anzustoßen.

Als weitere Problemlage im Hinblick auf das Einstellen der Medikation wurden Schwierigkeiten bei der ambulanten Begleitung einer medikamentösen Einstellung in Fällen berichtet, in denen eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung der Pflegebedürftigen befürchtet wird. Nicht alle Einrichtungen brachten personelle, fachliche und (im stationären Bereich) bauliche Voraussetzungen mit (z.B. Räumlichkeiten mit verletzungssicherer Einrichtung, Bewegungsmöglichkeiten o.ä.), um sich hinreichend sicher zu fühlen, mit solchen Situationen umgehen zu können. Zugleich wurde von Schwierigkeiten berichtet, eine Klinikeinweisung zur medikamentösen Einstellung zu erreichen, so dass eine fachgerechte Ein- oder Umstellung aus Einrichtungssicht kaum leistbar scheint. Das Leitungsteam einer Einrichtung, die zum Zeitpunkt der Durchführung der Fallstudie mit einer solchen Situation konfrontiert war, beschrieb, sich damit alleingelassen zu fühlen. In der Folge sah man sich gedrängt, Maßnahmen wie die Gabe stark sedierender Bedarfsmedikation oder eine kurzfristige Einweisung über Polizei und Feuerwehr herbeizuführen, die jedoch dem Anspruch der Einrichtung an eine angemessene Versorgung widersprachen.

Doch auch einer extern durchgeführten medikamentösen Einstellung standen manche Interviewten skeptisch gegenüber. So wurden Erfahrungen berichtet, dass Bewohnerinnen oder Bewohner stark verändert und/oder mit sedierender Medikation zurückkehrten, ohne dass die Ursache der Veränderungen nachvollziehbar war. Dies kann zu Verunsicherung führen und das Vertrauen von Mitarbeitenden (und möglicherweise auch Pflegebedürftigen) in die Versorgung beeinträchtigen.

3.4.4 Ineinandergreifen ärztlicher und pflegerischer Verantwortungsbereiche

Aufgrund der Schwierigkeit, ärztliche Behandlerinnen und Behandler zu finden, und wegen des Aufwands, eine Kooperation zu etablieren, hatten die untersuchten Einrichtungen ein starkes Interesse daran, einmal etablierte Kooperationsbeziehungen mit Haus- und Fachärztinnen und -ärzten zu erhalten. Ein sensibles Feld stellte dabei die Kommunikation dar. In allen Fallstudien wurde in diesem Zusammenhang die geeignete Form der Mitteilung von Ergebnissen der Patientenbeobachtung und pflegerischen Einschätzung sowie die Rücksprache über eventuell zu ergreifende medizinische Maßnahmen thematisiert. Es wurden unterschiedliche Varianten der Zusammenarbeit berichtet. Manche Einrichtungen griffen auf Formulierungsvorschläge und Textbausteine zurück, um Beobachtungen mitzuteilen und das weitere ärztliche Vorgehen zu erfragen (vgl. auch Exp.01). Ebenfalls aus allen Fallstudien wurde berichtet, dass die Kommunikation über die Anpassung medizinischer Behandlungsmaßnahmen bei Bedarf auch per Fax oder E-Mail erfolge, ohne eine persönliche Inaugenscheinnahme eines oder einer Patientin durch die Ärztin oder den Arzt. Letztere erfolgt mitunter nur vierteljährlich, und, wie es der als Experte interviewte Facharzt formulierte, „was dazwischen ist, läuft automatisch ab“ (Exp.03, 18). Da Ärztinnen und Ärzte selten präsent seien, seien diese in Fällen, in denen Pflegebedürftige nicht ohne Weiteres selbst über ihr Befinden Auskunft geben

könnten, auf die Kommunikation mit den Pflegekräften und vor allem deren Beobachtungen und Einschätzungen angewiesen (Exp.03, Exp.09). Folgende Beispiele aus den Interviews veranschaulichen das Vorgehen:

Beispiel 1, Interaktion (Interview Pflegedienstleitung):

IVP Das ist eigentlich so, wie man sich das wünscht, ne? Man hat ein Problem, man schickt ein Fax, man kriegt eine Antwort. Und kann das ausprobieren, ne, immer in Absprache mit dem Arzt, und kriegt die Situation dann auch recht gut gehandelt.

I2 Das heißt aber, der Arzt sieht die Leute unter Umständen gar nicht so?

IVP Doch, der kommt regelmäßig zur Visite.

I2 Ach so.

IVP Nein, nein, der kommt regelmäßig zur Visite. Also alle Ärzte, im Quartal auf jeden Fall sind die vor Ort, gucken sich die Leute an.

I2 Und dieser – dieser Such-, wie heißt das denn, also dieser Suchprozess sozusagen, diese Ein- Einstellung von den Medikamenten, das ist aber eben, da muss er nicht jedes Mal kommen, sondern das machen Sie ...

IVP Nein, da machen wir viel telefonisch, ne, dass auch nach telefonischer Rücksprache hoch und runter gesetzt wird, aber es wird immer korrekt dokumentiert, damit man auch einen Verlauf hat.

I Wie machen Sie das mit dem Absetzen?

IVP Auch entweder telefonisch, oder wir schatten äh schicken ein Medikationsblatt zum Arzt, wo er unterzeichnen kann, wird abgesetzt, der faxt es uns zurück und wir haben es in der Akte als Nachweis.

Beispiel 2: Interaktion (Interview Standortleitung)

IVP In der WG, oder auch hier im ambulanten Bereich, und dann muss man gucken, warum ist derjenige auf einmal so sediert, oder warum hat sich die Situation verändert, also so, ne, da muss man einfach so einen Fokus haben. Und die Ärzte selbst sind ja, das – selbst, wenn Herr Hansen einmal im Monat kommt, sind ja darauf angewiesen auf uns, die Pflege, wie beobachten wir das? Was haben wir so für Tendenzen? Sagen wir, das läuft gut, das läuft schlecht, müssen wir vielleicht auch was anpassen? Wir dürfen nicht verordnen, wir können zumindest eine Empfehlung geben und sagen, da hat sich jetzt was verändert. So, und dann spielt halt auch ganz viel Erfahrung von Frau Hermann und von mir hinein so, wenn wir diejenigen sehen und dann auch sagen, das ist wahrscheinlich das Medikament, was gerade nicht so das Optimale ist.

I *Und das können Sie so sagen sozusagen?*

IVP *Das können wir schon sagen, das können wir schon empfehlen. Also wir haben so einfach aus der Erfahrung heraus gerade diese klassischen Haldol, Haloperidol, die machen einfach schläfrig, die sind hoch potent, genau, dann erkennen wir schon, wenn derjenige so eher in der Tendenz bettlägerig wird, ob es wirklich auch nicht an den Medikamenten liegen kann. Da sind wir schon geschult. Ja.*

Hier tut sich ein Graubereich in der Abgrenzung ärztlicher und pflegerischer Verantwortungsbereiche auf, der im schlechten Fall zu einer Art Verantwortungsvakuum führen kann. Zwar liegt die Anordnungsverantwortung auf ärztlicher und die Durchführungsverantwortung auf pflegerischer Seite. Doch indem es der Pflege obliegt, einzuschätzen, ob eine Ärztin oder ein Arzt hinzuzuziehen ist, und bei der Kontaktaufnahme die Ergebnisse der Patientenbeobachtung zu übermitteln, kommt ihr eine gestaltende Rolle zu, die nicht nur pflegerische, sondern auch medizinische Implikationen hat. Der pflegerische Einfluss erstreckt sich damit letztlich auch auf die Verordnung, das Einstellen, die Reduktion und auf das Absetzen einer Medikation. Die in den Fallstudien interviewten Fach- und Hilfskräfte beschrieben unterschiedliche Umgangsweisen mit dieser Rolle. Abhängig war dies auch von der Qualität der Kooperation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Berichtet wurden sowohl Beispiele für eine aktive Rollengestaltung als auch Beispiele, in denen die ärztlichen Entscheidungen keinen Raum für eine aktive Rollengestaltung ließen bzw. nicht in Frage gestellt wurden, um die einmal etablierte Kooperation nicht zu gefährden.

Eine aktive Rollengestaltung wurde als stärkend für das berufliche Selbstverständnis und -bewusstsein beschrieben. Formuliert wurde in diesem Zusammenhang der Wunsch nach ärztlicher Anerkennung der pflegfachlichen Kompetenzen (auch im Zusammenhang mit der Einschätzung möglicher Medikamentenwirkungen) und des pflegerischen Beitrags für die Versorgungsqualität sowie nach einer Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“. In keiner der Fallstudien wurde eine grundsätzliche Veränderung der Verantwortungsaufteilung gewünscht. Eingefordert wurde vielmehr eine auf wechselseitiger Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen und Möglichkeiten basierende Zusammenarbeit. Die Anordnungsverantwortung sollte aus Sicht der Interviewten bei der ärztlichen Profession verbleiben.

3.5 Handlungsorientierungen im Umgang mit Psychopharmaka

Aus den in den Fallstudien gewonnenen Daten wurden im Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege relevante Handlungsorientierungen rekonstruiert. Diese betrafen die „Wahrnehmung von Psychopharmaka“, die „Wahrnehmung von Menschen mit Demenz“ sowie „Orientierungen in der pflegerischen Versorgung“.

3.5.1 *Wahrnehmung von Psychopharmaka*

Der „Umgang mit Psychopharmaka“ wird von den Interviewten in den Fallstudien wesentlich im Hinblick auf zwei mögliche Wirkungen bzw. Stoffgruppen behandelt: zum einen im Zusammenhang mit der sedierenden bzw. beruhigenden Wirkung mancher Psychopharmaka, zum anderen mit der stimmungsaufhellenden Wirkung bestimmter Präparate. Während die beruhigende Wirkung je nach Kontext ambivalent bewertet wird, knüpfen sich an die stimmungsaufhellende Wirkung tendenziell positive Bewertungen. Grundsätzlich zeigt sich eine Tendenz, dass der Einsatz von Psychopharmaka – vermutlich auch durch die Anlage der Studie – als rechtfertigungsbedürftig gerahmt und daher argumentativ legitimiert wird.

Die Wirkung von Psychopharmaka, insbesondere von Wirkstoffen, die den Psychoanalytika zuzurechnen sind, wurde ambivalent bewertet. Die Bewertung orientiert sich dabei u. a. an der damit erreichbaren Regulierung des Aktivitätsniveaus demenziell erkrankter Menschen und den Folgen, die dies für die Durchführbarkeit der Pflege hat. Letzteres ist insbesondere von Bedeutung, wenn bei der Pflege der Verrichtungsbezug im Vordergrund steht. Eine entsprechende Medikation soll weder dazu führen, dass Pflegebedürftige so schläfrig werden, „dass man nichts mehr mit ihnen anfangen kann“ und Pflegeprobleme resultieren, noch so unruhig, dass dies für sie selbst oder andere Bewohnerinnen und Bewohner zur Belastung wird – und in der Folge insgesamt zu Unruhe führt und Abläufe erschwert (vgl. Kapitel 3.5.3). Die Bewertung orientierte sich zum einen daran, ob die medikamentöse Einstellung die Wahrnehmung der eigenen pflegerischen Aufgaben erleichterte oder erschwerte sowie an den wahrgenommenen Folgen für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen, wobei beide Aspekte durchaus in Konflikt miteinander stehen können. Beschrieben wurden sowohl erwünschte Folgen, beispielsweise „sie eben nicht auszuknocken, aber [...] so eine Grundruhe [...] reinzubringen“ (10Ltg, 911), aber auch Besorgnis wegen einer als zu stark empfundenen sedierenden Wirkung oder auch des Ausbleibens erhoffter Symptominderungen (z.B. aggressives Verhalten eines Pflegebedürftigen).

In fachlichen Diskursen wird die Gabe sedierender Psychopharmaka zunehmend im Hinblick auf ihren Charakter als potenziell freiheitsentziehende Maßnahme (FEM) in den Blick genommen. Dies bildete sich auch in einzelnen Interviews mit Führungskräften ab. Diskutiert wurde dies als eine zunehmend verbreitete Haltung, für die auch der jeweilige Träger sensibilisiere, oder vor dem Hintergrund der Vermeidung eines Einsatzes pharmakologischer FEM durch entsprechende Rahmenbedingungen, wie einer flexiblen medizinischen Versorgung, dem Erproben von Alternativen oder Möglichkeiten der Pflegebedürftigen zu (nächtlicher) Aktivität.

Dem hohen artikulierten Problembewusstsein auf Leitungsebene standen in der Praxis Maßnahmen gegenüber, durch die der Bewegungsradius von Pflegebedürftigen auch

ohne die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen begrenzt bzw. kontrolliert wurde.³⁵ Begründet wurden diese mit der der Anforderung, mit den gegebenen Ressourcen Abläufe sicherstellen zu müssen und für die Sicherheit von Bewohnerinnen und Bewohnern sorgen zu wollen. Auch zeigte sich in den Interviews mit Pflege(fach)kräften, dass eine als zu stark empfundene sedierende psychopharmakologische Medikation nicht unter dem Aspekt FEM angesprochen wurde. Eine solche aktivitätseinschränkende Medikation wurde stattdessen wie oben bereits angesprochen im Hinblick auf die an Pflegebedürftige gerichteten Anforderungen und Erwartungen diskutiert, z. B. an der Pflege mitzuwirken, „am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben“, bestimmten Aktivitäten nachzugehen, Emotionen zu empfinden und auszudrücken oder in Beziehung mit anderen Personen zu treten. Auch Sicherheitsaspekte bzw. Haftungsrisiken waren von Bedeutung, z. B. die Frage, ob eine Medikationsumstellung mit Risiken für Bewohnerinnen und Bewohner, für Mitarbeitende oder für die Einrichtung verbunden sein könnte (vgl. Kapitel 3.4.3.3).

Es stellt sich die Frage, ob die insgesamt noch geringere Sensibilisierung für psychopharmakologische FEM im Vergleich zu mechanischen FEM auch darin begründet liegen mag, dass die Ordnungsverantwortung bei den Ärztinnen und Ärzten liegt, auch wenn die Initiative zur Medikation von der Pflege ausgehen kann (vgl. Kapitel 3.4.4).

3.5.2 Wahrnehmung von Menschen mit Demenz

Über die unmittelbare Handhabung von Psychopharmaka hinaus zeigte sich in den Fallstudien, dass auch die in einer Einrichtung verwirklichte Haltung gegenüber pflegebedürftigen Menschen und insbesondere gegenüber Menschen mit demenzieller Erkrankung bedeutsam für den Umgang mit Psychopharmaka sein kann. So dokumentiert sich sowohl eine resignative Haltung gegenüber Menschen mit demenziellen Erkrankungen also auch eine Haltung, in der positive Aspekte im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen herausgestellt wurden. Ersteres knüpfte sich insbesondere an den wahrgenommenen Verlust kognitiver, motorischer und sozialer Fähigkeiten, letzteres an die positive Wahrnehmung emotionalen Erlebens und Ausdrucks sowie die hierauf basierenden Beziehungen.

³⁵ Zurückgegriffen wurde hier beispielsweise auf die Ausgestaltung von Türöffnungsanlagen, akustische Signale bei Verlassen des Wohnbereichs oder auch auf Hindernisse vor Türen. Im Gegensatz zu solchen Vorgehensweisen – oder diese ergänzend – stand ein Vorgehen, in dem bereits vor der Aufnahme auf mögliche Gefahren, z. B. durch die fehlende Einzäunung des Außengeländes hingewiesen wird. Explizit begründet wird dies mit dem Anliegen, zu prüfen, ob die in der Einrichtung gebotenen Bedingungen eine gute und sichere Versorgung erlauben. Zugleich ermöglicht es die Beeinflussung der Zusammensetzung der Bewohnerschaft und damit des Anforderungsprofils an die Pflegenden. Entwicklungen wie einer abnehmenden Orientierungsfähigkeit oder der Ausbildung eines ausgeprägten Bewegungsbedürfnisses kann dann auf Basis einer bereits bestehenden Pflegebeziehung begegnet werden.

Ein in den Fallstudien praktizierter Ansatzpunkt, um mit sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen umzugehen, war es, zu versuchen, zu verstehen, in welchen Situationen oder aus welchen Gründen die betroffenen Personen jeweils handeln. Notwendig hierfür ist ein angemessener Rahmen (Zeit, Ruhe, womöglich ein eigener Raum). Wo eine Verständigung mit Worten schwierig ist, gewinnen die genaue Beobachtung und Dokumentation der entsprechenden Situationen und Verhaltensweisen an Bedeutung. Eine verstehende Grundhaltung kann dabei unterstützen, in schwierigen Situationen geeignete Handlungsalternativen zu entwickeln und diese durch alle Beteiligten zur Anwendung kommen zu lassen.

Eine Herausforderung in der Begleitung von Menschen mit Demenz liegt in der oben angesprochenen Schwierigkeit, mit den im Verlauf der Erkrankung meist allmählich eintretenden Verlusten kognitiver, alltagspraktischer, sozialer und körperlicher Fähigkeiten und Kompetenzen umzugehen, sie zu akzeptieren, eigene Emotionen wie Trauer, Wut, Angst, Ekel wahrzunehmen, zu reflektieren und zu bewältigen und sich auf fortbestehende Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz zu konzentrieren.

Unterschiedliche Haltungen können sich u. a. darauf auswirken, ob und welche Beziehungs- oder Beschäftigungsangebote für Menschen mit Demenz als sinnvoll angesehen werden, und können daher Implikationen für den Umgang mit und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz haben.

3.5.3 Subjekt-, ablauf- und pflegfachliche Orientierungen

Wie oben beschrieben (vgl. Kapitel 3.5.1), wurde die Verordnung bzw. Gabe von Psychopharmaka im Hinblick auf bestimmte Zwecke bzw. das Erreichen bestimmter Ziele/Wirkungen diskutiert. Auch für andere Tätigkeiten im Rahmen der pflegerischen Versorgung gilt, dass unterschiedliche Handlungslogiken miteinander vereinbart werden müssen: verstehendes, soziales Beziehungshandeln (sich einlassen, Zulassen von Betroffenheit) einerseits und instrumentelles Handeln (die verrichtend-instrumentelle Seite des Versorgungshandeln, verbunden mit einer Logik der Kategorisierung, Objektivierung und (Stereo-)typisierung des Gegenübers) (vgl. Khan-Zvorničanin 2016, S. 115) andererseits. Diese Handlungslogiken sind mit unterschiedlichen Orientierungen verbunden, die wir im Zusammenhang mit dem Umgang mit Psychopharmaka in den Fallstudien fanden: eine ablauf- bzw. organisationsbezogene Orientierung, eine subjektbezogene und eine pflegfachliche Orientierung.

Eine subjektbezogene Orientierung zeichnet sich dadurch aus, dass Verstehensprozesse im Vordergrund stehen. Bezug genommen wird auf das Erleben und Fühlen des Gegenübers und den Aufbau einer Beziehung. Die ablauf- bzw. organisationsbezogene Orientierung ist zielorientiert und auf die Durchführung einzelner Verrichtungen, aber auch

auf Erfordernisse der Ablauforganisation gerichtet. Die ablauf- bzw. organisationsbezogene Orientierung kommt in Hinblick auf die ‚Durchführbarkeit‘ einzelner Pflegehandlungen, auf den Pflegeprozess als Ganzes wie auch auf die Einbettung der pflegerischen Tätigkeit in übergreifende organisatorische Abläufe zum Tragen. Im Mittelpunkt der pflegfachlichen Orientierung steht die Anwendung von pflegerischem Fachwissen mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Pflege zu verwirklichen. Je nach pflegfachlichem Grundverständnis beinhaltet dies eine eher instrumentelle Fokussierung auf konkrete Pflegemaßnahmen oder schließt selbstverständlich Subjekt- und Beziehungsorientierung ein. Zu denken ist hier insbesondere an Ansätze der person-zentrierten Pflege (vgl. zusammenfassend DNQP 2018, S. 75–80). Auch der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018) kann als Beispiel für einen Ansatz gelten, der darauf abzielt, Subjekt- bzw. Beziehungsorientierung innerhalb einer pflegfachlichen Orientierung zu verankern.

In der Praxis treten die genannten Orientierungen mitunter parallel auf und können in Konflikt miteinander geraten. So können beispielsweise unverständliche, von Normalitätsvorstellungen abweichende, als störend, aggressiv oder stark abwehrend erlebte Verhaltensweisen insbesondere von Personen mit Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen potenziell eine große Herausforderung für Pflegekräfte darstellen. Dies kann unabhängig von der bei einer Pflegeperson dominierenden Orientierung gelten, jedoch findet eine stärker subjektorientierte Pflegekraft möglicherweise andere Ansatzpunkte für den Umgang mit der Situation, während im Rahmen ablaufbezogener Orientierungen das Belastungserleben mit Blick auf die absehbare Störung von Abläufen noch zunimmt. Eine pflegfachliche Orientierung kann wiederum dazu beitragen, diese Situation einzuordnen und – je nach Qualifikation – verschiedene bereits bewährte Umgangsweisen zu erproben.

Am folgenden Beispiel lässt sich das Ineinandergreifen der unterschiedlichen Orientierungen verdeutlichen:

„IVP: An dem – an dem einen Morgen war es schlimm, also habe ich es als schlimm empfunden. Und bin dann auch raus und habe dann gesagt – habe die dann wieder zugedeckt und gefragt, okay, ich komme nachher noch mal wieder, bin rausgegangen und habe mir überlegt, warum hat die jetzt so reagiert? Hm, na klar, Mundschutz vor, die versteht mich nicht, die ist schwerhörig, liest von den Lippen ab, sie weiß nicht, was ich von ihr will und ich ((wusel)) an der Frau rum, natürlich reagiert sie dann so. I: Mhm. Mhm. Und was haben Sie dann – ja? IVP: Und dann – dann bin ich wieder nach ein paar Minuten rein, ((hab mir)) wieder Wasser in der Schüssel und habe ihr denn

gezeigt, habe den Lappen genommen, habe dann erst bei mir so gemacht. I: Mhm. Mhm. IVP: Und dann habe ich ihr den Lappen gegeben. Und dann hat sie es zugelassen.“ (22PFK, 987–999)

Vordergründig geht es der IVP um die Körperpflege, die pflegfachlich begründet ist und ein Ablauf von vielen ist, der erledigt werden muss. Durch die Abwehr der Bewohnerin wird dieser Ablauf gestört, aber auch die Interaktion zwischen beiden stellt sich krisenhaft dar. Zunächst verlässt die IVP das Zimmer, da sich die Bewohnerin bedroht fühlt und die IVP unter diesen Umständen die Körperpflege nicht durchführen möchte. Die Situation bringt in ihr eine andere Orientierung zum Tragen, legt die Notwendigkeit nahe, das Geschehene zu verstehen. Die ablauf- und pflegfachliche Orientierung wird nun – so scheint es – der Subjektorientierung nachgeordnet. Im Prozess des Verstehens vergleicht die IVP die Krisensituation mit den üblichen Situationen und sucht nach (äußeren) Gründen für die Ablehnung der Bewohnerin. Dabei findet die IVP sowohl Gründe im eigenen Verhalten (Mundschutz), als auch in den Eigenheiten der pflegebedürftigen Person (Schwerhörigkeit), was die IVP zu der Hypothese führt, dass die Kombination aus Mundschutz und Schwerhörigkeit problematisch für die Interaktion ist. Die IVP überlegt nun, wie sie mit der Situation umgehen kann. Den Mundschutz abzunehmen wäre aus pflegfachlicher Sicht ein Risiko, da es die Bewohnerin gefährdet. Das Waschen zu unterlassen, stünde der Ablauforientierung entgegen und das Waschen der Bewohnerin gegen ihren Willen der Subjektorientierung. Zudem könnte Letzteres Stress und Angst bei der Bewohnerin auslösen und den Ablauf weiter erschweren. Es gelingt der IVP durch Nachvollziehen möglicher Gefühle der Bewohnerin, eine kreative, subjektorientierte Lösung zu finden: Die IVP vermutet, dass die Bewohnerin nicht versteht, dass die IVP sie waschen möchte, versucht, ihr dies mit Gesten zu veranschaulichen und gibt ihr den Waschlappen in die Hand. Dabei bleibt offen, ob die Bewohnerin dies verstanden hat oder ob das Verhalten der IVP sie beruhigt oder neugierig gemacht hat. Deutlich wird, dass das Verstehen bzw. die Subjektorientierung in diesem Beispiel durchaus im Einklang mit der Ablauf- und pflegfachlichen Orientierung stehen, auch wenn der Ablauf zunächst zurücktreten muss.

Wie stark welche Orientierungen zum Tragen kommen können, hängt mit von der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen der Pflege in der jeweiligen Einrichtung sowie von den Entwicklungen der Rahmenbedingungen für die Langzeitpflege insgesamt ab. Sind die Voraussetzungen für die Verwirklichung eines subjekt- oder beziehungsorientierten Arbeitens nicht oder nicht für alle Tätigkeitsbereiche gegeben, können sich hieraus für Pflegenden mit entsprechender Orientierung zusätzliche Belastungen ergeben. In den Fallstudien fanden wir als eine Antwort auf diese Konstellation die Abwendung von der Tätigkeit als verantwortlicher Fachkraft und die Übernahme schlechter bezahlter, stärker betreuungs- und beziehungsorientierter Aufgaben, die dann wiederum mit der nach wie

vor vorhandenen hohen Fachkraftexpertise, aber entsprechend der eigenen Orientierung, ausgeführt wurden.

3.5.4 Orientierungen und Konzeptentwicklung

Die vorgestellten Orientierungen hinsichtlich der Wahrnehmung von Psychopharmaka, der Sicht auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen und der subjekt- ablauf- und pflegfachlichen Orientierungen interagieren miteinander und beeinflussen den Umgang mit Psychopharmaka. Empfehlungen, Leitlinien oder Konzepte, die auf Versorgungsprobleme antworten, müssen die unterschiedlichen, z. T. gegensätzlichen Orientierungen berücksichtigen. Beispielsweise lassen sich Orientierungen zum Umgang mit Psychopharmaka und mit Menschen mit Demenz durch Reflexion bewusst machen und können durch Supervision und Qualifikationen verändert werden. Diese sind jedoch mit subjekt-, ablauf- und pflegfachlichen Orientierungen verbunden, mit denen sie in Einklang gebracht werden müssen.³⁶ Relevant scheint dabei insbesondere die Haltung der Einrichtungsleitung, die – im Rahmen der durch den Träger bereitgestellten Möglichkeiten – Einfluss darauf nehmen kann, welche Haltung und welches Ziel im Mittelpunkt der pflegerischen Versorgung stehen soll. Über die Haltung hinaus muss sie jedoch auch für eine Bereitstellung der dafür benötigten Ressourcen sorgen. Auch hier kann die Rahmensetzung durch den Träger ermöglichen oder hindern. Dies betrifft z. B. organisatorische Rahmenbedingungen wie zeitliche, tätigkeitsbezogene und personelle Spielräume, die Möglichkeit zur Entwicklung der Handlungskompetenz der Pflegekräfte sowie der Beziehungen im Team (vgl. auch Kapitel 3.3.3).

3.6 Rolle und Perspektive der Angehörigen

Die Auswertung der Fallstudien sowie der ergänzend geführten Experteninterviews zur Sicht von Angehörigen und zu der Rolle rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer zeigte, dass das Zusammenwirken von Pflegekräften und Angehörigen bzw. bevollmächtigten Personen im Umgang mit Psychopharmaka aus Sicht aller Beteiligten Herausforderungen birgt. Im Folgenden legen wir zunächst dar, welchen Herausforderungen sich die Pflege gegenüberstellt. Dem stellen wir die Perspektive von Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern gegenüber, um schließlich beide Perspektiven zusammenzuführen.

3.6.1 Einbeziehung von Angehörigen und rechtlich Betreuenden aus Sicht der Pflege

Seitens der Pflege wurden insbesondere folgende Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen und/oder rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern thematisiert:

³⁶ Auch von der Implementierung des Expertenstandards zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (DNQP 2018) sind diesbezüglich Effekte auf die Versorgung zu erwarten.

3.6.1.1 Die Einbeziehung allgemein

Angehörige und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer wurden in den Fallstudien unterschiedlich einbezogen. Dort, wo Angehörige sich einbringen, ist die Beteiligung intensiver als bei rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern, beispielsweise durch regelmäßige Besuche, Übernahme einzelner Tätigkeiten z.B. das Anreichen des Essens oder die Begleitung der medizinischen Versorgung.

Seitens der Pflege wurde das Engagement von Angehörigen einerseits als möglicher Beitrag zur Qualität der Versorgung gesehen, andererseits birgt es aus Sicht der Pflege Potenzial für Schwierigkeiten; dabei wurde durchaus die Notwendigkeit gesehen, Maßnahmen zu erklären und Begründungen zu geben. Schwierigkeiten können in der Wahrnehmung der Pflege entstehen, wenn Angehörige unzufrieden mit der Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen sind. In den berichteten Fallbeispielen bezog sich dies einerseits auf Sorgen vor einer Sedierung der pflegebedürftigen Verwandten (siehe unten), andererseits auf Unzufriedenheiten mit der Sicherstellung der persönlichen Hygiene bei pflegebedürftigen Personen, die entsprechende Unterstützungsangebote ablehnten. Für Angehörige sei es – so die Einschätzung einer Interviewperson in Leitungsfunktion – manchmal schwer nachvollziehbar, weshalb ihre Angehörigen anders gepflegt würden als andere, was sich in entsprechenden Vorhaltungen gegenüber der Einrichtung niederschlägt und zu Konflikten führen könne.

Auch mit Blick auf Betreuerinnen und Betreuer wurden Unterschiede in der Intensität des Interesses und Engagements berichtet. Der Kontakt zu rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern konzentrierte sich in den Fallstudieneinrichtungen auf rechtliche Verpflichtungen wie das Einholen notwendiger Einverständniserklärungen, z.B. zu einem Krankenhausaufenthalt, oder die Erfüllung von Mitteilungspflichten, sowie die Klärung finanzieller Belange.

In Fällen, in denen Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr selbst über ihre Person Auskunft geben können, wurden Angehörige oder rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, im Einzelfall auch Richterinnen und Richter, als mögliche Quelle für die Erhebung von Informationen zur Biografie und von Vorlieben und (Ab-)Neigungen von Pflegebedürftigen gesehen. Erwähnt wurde auch, dass Angehörige und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer gelegentlich über das Einrichtungsangebot hinausgehende und von den Betroffenen selbst finanzierte niedrigschwellige Betreuungsleistungen anregen.

3.6.1.2 Die Einbeziehung in Entscheidungen zur Medikation

Die Einbeziehung von Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern in Entscheidungen den Umgang mit Psychopharmaka betreffend stellte sich in den Fallstudien unterschiedlich dar – sowohl zwischen Einrichtungen, als auch zwischen Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern. Nur seitens einer Fallstudieneinrichtung wurde angegeben, bevollmächtigte Personen seien in Medikationsentscheidungen einzubeziehen, sofern die Pflegebedürftigen nicht selbst entscheiden könnten. In dieser

Fallstudie wurde, wie auch in anderen Einrichtungen, darauf verwiesen, dass viele Bewohnerinnen und Bewohner ihr diesbezügliches Einverständnis oder auch Ablehnung im Arztgespräch noch artikulieren könnten.³⁷ Andererseits wurde in den Interviews wiederholt berichtet, dass Klärungen über die geeignete Behandlung zwischen Pflegeeinrichtung und Arztpraxis gelegentlich auch per Fax erfolgen; eine Beteiligung der Betroffenen an diesen Interaktionen wurde nicht erwähnt.

In den teilnehmenden Einrichtungen wurde das Interesse rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer an Fragen der Medikation als eher gering eingeschätzt. Dies wurde pflegeseitig – mit Ausnahme der erwähnten Einrichtung, die den ihr für die entsprechende Einbeziehung entstehenden zusätzlichen Kommunikationsaufwand ansprach – nicht bedauert. Nach Einschätzung aus der Pflege würden rechtliche Betreuerinnen und Betreuer eine Einbeziehung in den Prozess der Festlegung der Medikation mit den vorhandenen Ressourcen nicht bewältigen können. In der Regel würden sie auch nicht über vollzogene Veränderungen informiert, es sei denn, sie wünschten dies ausdrücklich.³⁸

Anders verhält es sich mit Angehörigen. Aus den Fallstudien wurde berichtet, dass ein Teil der Angehörigen wünsche, bei Änderungen der Medikation informiert zu werden, oder sich selbst in die Versorgung einbringe und beispielsweise an Visiterterminen teilnahme oder anderweitig Kontakt mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten halte. Aus Perspektive der Pflege ist es stark vom Engagement der Angehörigen abhängig, wie genau die Einbindung aussieht. Dabei wird der Einfluss von Angehörigen auf die (psychopharmakologische) Medikation im Einzelfall durchaus als groß, aber nicht immer als hilfreich wahrgenommen.

Berichtet werden unterschiedliche Konstellationen divergierender Einschätzungen:

Einerseits fehle es rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern und Angehörigen an differenzierten Informationen zu Medikamenten und ihren Wirkungen. Die Folge sei, dass diese eine medikamentöse Sedierung in Fällen befürchteten, in denen es aus Sicht der

³⁷ Für die betreffende Einrichtung wurde zudem angegeben, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wenige Zeit vor Durchführung der Fallstudie schriftlich auf die Notwendigkeit hingewiesen zu haben, vor Änderungen der Medikation das Einverständnis der Betroffenen bzw. ihrer Bevollmächtigten einzuholen – möglicherweise eine Wirkung der Aussicht auf die anstehende Studie.

³⁸ Begründet wird die Nicht-Einbeziehung seitens einer Interviewperson in Leitungsfunktion damit, dass das Einverständnis rechtlicher Betreuerinnen/Betreuer mit den gesundheitsbezogenen Maßnahmen einer Einrichtung durch die Entscheidung für den WG-Platz vorausgesetzt werden könne: „Also ich meine, ich lasse ja nicht jemanden, der zu Hause nicht mehr klarkommt, sich selbst oder andere gefährdet, den lasse ich – für den schaue ich ja nicht, dass ich einen WG-Platz bekomme, um dann alles abzulehnen. Was ist das denn, oder?“ Über Veränderungen der Darreichungsform, z.B. das Mörsern von Tabletten, wurde ebenfalls berichtet, dass diese in der Regel nur ärztlich abgeklärt würden (3Ltg, 86–113). Gleichzeitig wurde mit Blick auf das Mörsern von Tabletten konzediert, dass manche Pflegebedürftige die Ankündigung, nun werde die Tablette gegeben, nicht mehr einordnen könnten (23Ltg).

Pflege keineswegs darum gehe, zu sedieren, sondern beispielsweise darum, „ausgeglichener“ zu machen oder „etwas Ruhe hineinzubringen“. Als Hintergrund entsprechender Vorbehalte rechtlich Bevollmächtigter wird eine grundsätzliche Sorge vermutet, Pflegebedürftige würden nicht hinreichend im Erhalt ihrer Fähigkeiten unterstützt. Für die Einrichtung kann ein Verzicht auf eine entsprechende Medikation dazu führen, dass ein größerer Beaufsichtigungs- oder Beschäftigungsbedarf entsteht. Der damit einhergehende Aufwand wird seitens der Pflege mitunter als Folge des Misstrauens und der mangelnden Informiertheit der rechtlich Bevollmächtigten interpretiert, statt beispielsweise resultierende Schwierigkeiten den in einer Einrichtung gegebenen strukturellen Voraussetzungen zuzuschreiben. Kommt es trotz Skepsis von Angehörigen oder rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern zum Ansetzen einer Medikation ist dies für Einrichtungen ebenfalls mit mehr Aufwand verbunden, sofern sie die Aufgabe der Moderation und Koordination der Abklärung übernehmen und sich an der Erläuterung der ärztlich verordneten Maßnahmen beteiligen.

Berichtet wurden jedoch auch Konstellationen, in denen Angehörige darauf drängen, dass eine pflegebedürftige Person ein Medikament erhält. In dem in einer Fallstudie berichteten Beispiel fühlte sich der/die Angehörige durch das Verhalten der pflegebedürftigen Person belastet, die Pflegekräfte der Einrichtung jedoch nicht.

3.6.1.3 Besondere Problemlagen

Eine Interviewperson wies mit Blick auf ein konkretes Fallbeispiel darauf hin, dass sich der – durch ein komplexes Medikamentenregime beeinflusste – Tagesrhythmus von Pflegebedürftigen von den zeitlichen Besuchsmöglichkeiten von Angehörigen unterscheiden kann. In dem referenzierten Fall wurde dies zwar bedauert. Die beteiligten Pflegepersonen scheuten jedoch trotz massiver, mutmaßlich medikamenteninduzierter Tagesmüdigkeit der betroffenen pflegebedürftigen Person davor zurück, die austarierte medikamentöse Einstellung zu verändern bzw. eine entsprechende Veränderung ärztlicherseits anzuregen.

Als eigenes Problemfeld wurde in Fallstudien und Experteninterviews der Umzug in eine Einrichtung – sei es eine der vollstationären Pflege oder eine Demenz-WG – thematisiert. Geht der entsprechende Wechsel nicht auf einen Wunsch der pflegebedürftigen Person zurück, kann er die Beziehung Pflegebedürftiger zu ihren Angehörigen durch Vorwürfe und Schuldgefühle stark belasten. In die resultierenden Konflikte und Schwierigkeiten wird teilweise auch die Pflege einbezogen, beispielsweise, wenn Geschwister gemeinsam rechtlich bevollmächtigt sind, sich jedoch nicht über eine Vorgehensweise einigen können. Den Erfahrungen aus den Fallstudien, aber auch von in der Beratung tätigen Expertinnen und Experten zufolge sind solche Konstellationen in der Regel eng in das jeweilige familiäre System mit seiner spezifischen bio-psycho-sozialen Geschichte eingebettet. Um mit dem jeweiligen Kontext umzugehen, fehlen den Einrichtungen jedoch die personellen und fachlichen Ressourcen. Nichtsdestotrotz wurde der intensiven Begleitung

von Bewohnerinnen und Bewohnern nach dem Einzug in zwei Fallstudieneinrichtungen ein hoher Stellenwert beigemessen. In einer Einrichtung wurde bereits im Vorgespräch zur Durchführung der Fallstudie auf die Problematik hingewiesen, dass es im Zusammenhang mit Reaktionen Pflegebedürftiger auf den Einzug teilweise zur Verordnung beruhigender Medikamente komme, deren Absetzen sich dann im Verlauf mitunter als schwierig erweise.

Als möglicher Anlass für Irritationen von Angehörigen wurden in einer Fallstudie mit demenzpflegerischem Schwerpunkt demenzbedingte Verhaltensweisen von Bewohnerinnen und Bewohnern thematisiert. Seitens der Einrichtung wird zwar versucht, über entsprechende Besonderheiten humorvoll zu informieren. Dennoch zeigten sich Angehörige beispielsweise über gemeinsam genutzte Gebrauchsgegenstände oder das Verschwinden von Kleidungsstücken, Hilfsmitteln u.a.m. irritiert. Einen Anlass, eine medikamentöse Einwirkung anzustreben, stellten nicht anders zu beeinflussende Verhaltensweisen dar, durch die andere Bewohnerinnen oder Bewohner oder Angehörige körperlich bedroht würden. Es stellt sich die Frage, ob in solchen Situationen tatsächlich immer eine medizinische Indikation bestand.

3.6.2 Perspektive von An- und Zugehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern

Um die Perspektive der Angehörigen einzubeziehen wurde der ursprüngliche Projektantrag im Januar 2021 um das Thema „Erfahrungen und Problemstellungen aus Sicht von Angehörigen bzw. Angehörigenvertreterinnen und Vertretern mit dem pflegerischen Umgang mit Psychopharmaka“ ergänzt (Baustein B3b; vgl. Kapitel 2.3.8).

Die Auswertung der zur Umsetzung des neuen Bausteins B3b (Einbeziehung der Perspektive von Angehörigen) geführten Interviews mit Expertinnen und Experten (vgl. Kapitel 3.1.4) erbrachte Erkenntnisse sowohl zur Sicht pflegender Angehöriger auf den pflegerischen Umgang mit Psychopharmaka als auch zur Sicht der Expertinnen und Experten auf die Herausforderungen, die für pflegende Angehörige beim Umgang mit Psychopharmaka bestehen. Während erstere sich vornehmlich auf stationäre Einrichtungen oder Demenz-WGs beziehen, beziehen sich letztere auf häusliche Pflegekonstellationen, überwiegend ohne Mitwirkung ambulanter Pflegedienste.

3.6.2.1 Der pflegerische Umgang mit Psychopharmaka aus Sicht pflegender Angehöriger

Der/die Experte/Expertin für die Weiterentwicklung von Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige hob als ein Grundproblem hervor, dass Angehörige grundsätzliche Befürchtungen gegenüber einer Behandlung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen mit Psychopharmaka hegten (Exp.07). Befürchtungen bestünden insbesondere vor einer Sedierung (Exp.05, Exp.07) der Betroffenen und vor Wechselwirkungen (Exp.07). Feh-

lendes Wissen über Wirkungsweise und Einsatzmöglichkeiten sowie Angst und Vorbehalte gegenüber Psychopharmaka seien Hürden für den angemessenen Umgang mit dieser Medikamentengruppe.

Der hinreichenden Vermittlung von Informationen und der Einbeziehung der Zugehörigen in das Ordnungsgeschehen kommt aus dieser Perspektive große Bedeutung zu: Angehörige, die sich im stationären oder ambulanten Setting an pflegerischen Aufgaben beteiligten (z.B. Anreichen von Flüssigkeit oder Nahrung), nahmen Verhaltensänderungen frühzeitig und sensibel wahr (z.B. Veränderungen bei der Nahrungsaufnahme, veringertes Antriebs, Nichterkennen), was zu Verunsicherung führe und ängstigend wirke. Angehörige könnten kaum einschätzen, ob eine Verhaltensveränderung krankheitsbedingt auftrete oder medikamentös induziert sei. Zudem würden Angehörige nicht immer über eine Verordnung oder Veränderung der Medikation (und damit auch nicht über deren mögliche Folgen) informiert. Dies erschwere es zusätzlich, wahrgenommene Veränderungen einzuordnen (Exp.07).

Insgesamt würden Angehörige zu wenig bzw. häufig nicht aktiv von ärztlicher und/oder pflegerischer Seite in die medizinische und pflegerische Versorgung ihrer pflegebedürftigen Verwandten oder Freundinnen und Freunde einbezogen. Dies sei der Fall, obwohl Ärztinnen und Ärzte nach §630c BGB verpflichtet sind, bei der Verordnung psychotroper Medikation aufzuklären und eine informierte Einwilligung in die Behandlung sicherzustellen – entweder der pflegebedürftigen Person selbst, oder, im Falle mangelnder Einwilligungsfähigkeit, des oder der rechtlich Bevollmächtigten (Exp.09). Entsprechende Defizite wurden in den Experteninterviews sowohl für das stationäre bzw. WG-Setting (Exp.07, Exp.09) als auch für die häusliche Pflege (Exp.07, Exp.10) beschrieben.

Aus Angehörigensicht fehle es auf Seiten von Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten immer wieder an Sensibilität und Bewusstsein für ihre Situation. Hinzu komme, dass manche Angehörige – die Unterschiede seien groß – äußerst zurückhaltend darin seien, Rat, Hilfe oder Informationen zu erfragen, was seitens von Medizin und Pflege mitunter als Desinteresse gedeutet werde. Die geringe Einbindung könne jedoch zu Frustration auf Seiten der Angehörigen führen und so die weitere Kommunikation nachhaltig erschweren. Um dem vorzubeugen sei es von großer Bedeutung, dass Pflegekräfte im stationären wie auch im ambulanten Setting Gesprächsangebote unterbreiteten, ihre Tätigkeiten erläuterten und nach den Vorstellungen der Angehörigen fragten.

Expertenseitig wurde zudem darauf hingewiesen, dass eine stärkere Einbeziehung von Angehörigen in die Klärung der psychopharmakologischen Versorgung auch für Pflegekräfte von Vorteil sein und in bestimmten Konstellationen die Einbindung der Angehörigen in pflegerische Aufgaben erleichtern könne (Exp.07).

Im stationären Bereich könne eine mangelnde Kommunikation über Gründe, Ziele und zu erwartende Wirkungen psychopharmakologischer Medikation zu Konflikten zwischen Angehörigen und der Pflege führen. Gründe für solche Konflikte werden in Barrieren bei

der einrichtungsinternen Kommunikation, einer hohen Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte und Qualifizierungsbedarfen bei Pflegekräften gesehen. (Exp.07, Exp.10)

Gleichzeitig würden Angehörige tatsächlich auftretende Nebenwirkungen, wie z.B. sezierende Effekte, negativer bewerten als Pflegefachleute. Nach Einschätzung der Expertin/des Experten sei dies darauf zurückzuführen, dass es Pflegefachpersonen in ihrem Arbeitsablauf an Zeit fehle, auf die Kommunikationsbedürfnisse kognitiv beeinträchtigter Pflegebedürftiger angemessen einzugehen, so dass sie den Verlust vormals noch bestehender kommunikativer Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten weniger bemerken würden als Angehörige (Exp.07).

Insbesondere im stationären Bereich erlebten Angehörige, dass ihnen die Verordnung von Psychopharmaka bei bestimmten Problemen wie Unruhe als alternativlos vermittelt werde. Dem Empfinden der Angehörigen nach würden weder mögliche Alternativen noch mögliche Folgen eines Verzichts auf die entsprechende Medikation erörtert. Hieraus könne für Angehörige der Eindruck resultieren, über wenig Mitspracherecht und Einflussmöglichkeiten bei der ärztlichen Behandlung zu verfügen. Dies könne dazu führen, dass sie sich der Situation ausgeliefert fühlten (Exp.07). Ein weiteres Problem stellt aus Expertensicht eine mangelnde Klärung der konkreten Pflegesituation dar, in der es zu Unruhe komme, wie auch eventueller Versuche, damit umzugehen. Auch Beratungsstellen für überforderte Angehörige seien ärztlicherseits nicht immer bekannt (Exp.07).

Gründe für die nach Einschätzung des Experten/der Expertin (zu) geringe Einbeziehung Angehöriger werden zum einen darin gesehen, dass Pflegebedürftige, sofern sie kognitiv dazu in der Lage seien, selbst als Ansprechpartnerinnen und -partner angesehen würden. Zum anderen erlebten Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte das Verhalten mancher Angehöriger von Pflegebedürftigen mit kognitiver Beeinträchtigung eher als kontrollierend denn als Ausdruck von Sorge oder Interesse³⁹ (Exp.07). Pflegekräfte nähmen Angehörige ihrerseits mitunter als (zusätzliche) Belastung war. Auch fehle es beruflich in der Pflege Tätigen an Anerkennung (Exp.10). Eine mangelnde Einbeziehung könne jedoch zu Konflikten mit Angehörigen und damit letztlich zu einem höheren kommunikativen und zeitlichen Aufwand für die Pflege führen.

Expertenseitig werden zudem Unterschiede in der Sensibilität für Haftungsfragen bezüglich der Sicherheit von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen wahrgenommen. Während im Bereich der Sturzvermeidung und mechanischer freiheitsentziehender Maßnahmen die Sensibilität in der Pflege gewachsen sei, mangle es, so die Einschätzung eines in der Weiterbildung rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer engagierten Experten, bezüglich psychotroper Medikamente noch an einem entsprechenden

³⁹ Rechtliche Betreuerinnen/Betreuer seien unterschiedlich eng eingebunden. Wie bei Angehörigen komme auch hier, so die Experteneinschätzung, das strukturelle Machtungleichgewicht bzw. die Abhängigkeit/Ausgeliefertheit der Pflegebedürftigen zum Tragen, die es v.a. Angehörigen erschwere, eine Kontrollfunktion wahrzunehmen (Exp.09).

Bewusstsein über mögliche juristische Implikationen nicht adäquater psychopharmakologischer Medikation (Exp.09; vgl. auch Kapitel 3.5.1).

3.6.2.2 Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka aus Sicht pflegender Angehöriger

Alle drei beratend tätigen Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka nur selten Gegenstand von Beratungsgesprächen mit pflegenden Angehörigen seien. Dennoch wussten alle von entsprechenden Fallkonstellationen zu berichten.

Nach Einschätzung einer Beraterin seien pflegende Angehörige im ambulant-häuslichen Setting insbesondere dann in den Umgang mit psychopharmakologischer Medikation eingebunden, wenn beispielsweise durch eine demenzielle Erkrankung oder andere Beeinträchtigungen Schwierigkeiten bei der Handhabung vorbestehender Medikation chronischer psychischer Erkrankungen bestünden (Exp.08).

Verdeutlich wurde der hohe Stellenwert zugänglicher und verständlicher Informationen zur Wirkungsweise von Psychopharmaka: Im ambulanten Bereich könne ein – auf mangelnde ärztliche Kommunikation zurückgeführter – Mangel an Informationen dazu führen, dass Angehörige Psychopharmaka eigenständig dosierten – mit entsprechenden Risiken für die Pflegebedürftigen, beispielsweise wenn Medikamente abrupt abgesetzt oder Dosierungen dem vermeintlichen Bedarf entsprechend angepasst würden. Anlaufstellen, die zu Medikamenten beraten oder diese überprüfen, seien wenig bekannt oder fehlten gänzlich (Exp.07).

Als bedeutsame und mit schwerwiegenden gesundheitlichen und psychosozialen Folgen für die betroffenen Pflegebedürftigen und ihr soziales Umfeld einhergehende Herausforderung im Umgang mit Psychopharmaka in der häuslichen Pflege wurde außerdem der schwierige oder fehlende Zugang zu einer ambulant begleiteten Einstellung psychopharmakologischer Medikation beschrieben (Exp.08). Problematisiert wird zudem ebenfalls die mangelnde Aufklärung konkreter Pflegesituationen, in der es zu als herausfordernd erlebten Verhaltensweisen komme, wie auch eventueller Versuche, damit umzugehen.

3.6.2.3 Zusätzliche Erschwernisse häuslicher Pflege aus Sicht pflegender Angehöriger

Obgleich im Mittelpunkt der Experteninterviews Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka standen, hoben die Interviewpersonen zwei weitere Problemlagen hervor, die eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung im häuslichen Pflegesetting gefährdeten: Genannt wurde zum einen das Fehlen bzw. eine mangelnde Zugänglichkeit niedrigschwelliger und aufsuchender Versorgungsangebote wie Hausbesuche durch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Soziotherapie, stationsäquivalente psychiatrische Pflege, eine wohnortnahe Erreichbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten sowie Mobilitätshilfen zur Ermöglichung von Arztbesuchen für Personen (Exp.08). So

wurde expertenseitig angemerkt, dass Angehörige trotz hohen Einsatzes nicht immer alle notwendigen Arztbesuche sicherstellen könnten, die Anforderungen an einen Anspruch auf Krankentransport jedoch zu hoch seien, als dass sie von allen mobilitätsbeeinträchtigten Personen, die Unterstützung benötigen würden, erfüllt würden (Exp.08). Angesprochen wurden dabei auch sozialräumliche Ungleichheiten in der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten (Exp.08).

Zum anderen problematisierten die in der Beratung tätigen Expertinnen und Experten das Fehlen von Versorgungsangeboten für zu Hause lebende Menschen mit Demenz, die gewalttätig gegen pflegende Angehörige werden (Exp.08, Exp.10). Kurzfristige und kurze Interventionen über Polizei und Rettungsstelle böten ggf. zwar Zugang zu einer (sedierenden) medikamentösen Einstellung und kurzzeitig Schutz. Es sei jedoch nicht gewährleistet, dass Betroffene in dieser Situation Unterstützung bei der Konstruktion und Organisation eines für alle Beteiligten angemessenen, tragfähigen und nachhaltigen Versorgungssettings erhielten (Exp.08). Auch mit Blick auf das stationäre Setting wurden gestützt auf Beratungserfahrungen ausgeprägte Schwierigkeiten beklagt, geeignete (und finanzierbare) Wohn- und Pflegeangebote für Personen mit aggressiven Tendenzen zu finden (Exp.10).

3.6.3 Weitere Erkenntnisse aus den Experteninterviews

Über die oben ausgeführten Erkenntnisse hinaus halten wir folgende Aspekte für beachtenswert:

- In den Fallstudien wie auch den Experteninterviews kam es immer wieder vor, dass Psychopharmaka – auch von Gesundheits- und Pflegefachpersonen – zunächst mit Antidepressiva assoziiert werden. Dies könnte darauf hindeuten, dass Psychoanalytika nicht in erster Linie als Medikamente zur medizinischen Behandlung seelischer Leiden wahrgenommen werden, deren Anordnung und Gabe eine entsprechende Indikation sowie Risiko-Schadens-Abwägung voraussetzt, sondern als Mittel zur Beeinflussung des Verhaltens pflegebedürftiger und insbesondere demenziell erkrankter Personen.
- Mit Blick auf bestehende Beratungsangebote für pflegende An- und Zugehörige zeigte sich, dass in der Wahrnehmung der Beraterinnen und Berater der Umgang mit Psychopharmaka nur selten Thema ist. Dies wird anders gelagerten Anliegen der Ratsuchenden zugeschrieben. Darüber hinaus könnte u. E. auch das Verständnis der Beratenden von Psychopharmaka (= Antidepressiva) von Bedeutung sein. Die Situation könnte auch auf ein vergleichsweise geringes Problembewusstsein in der Beratung hindeuten bzw. der Vielzahl anderer, im Vordergrund stehenden Themen geschuldet sein: Was nicht deutlich und explizit als Anliegen vorgetragen wird, kann angesichts der Fülle der zu klärenden Fragen nur schwer aufgegriffen und bearbeitet werden – zumal, wenn die Autonomie der Ratsuchenden bezüglich der Themensetzung gewahrt bleiben soll. In den Interviews fiel jedoch auf, dass den Expertinnen

und Experten im Gesprächsverlauf und auf Nachfragen der Interviewerinnen hin, die beispielsweise das Verständnis von Psychopharmaka weiteten, weitere Fallbeispiele und Problemlagen aus ihrer Praxis ins Bewusstsein traten, die sie zuvor nicht diesem Themenfeld zugeordnet hatten. Dies stärkt u. E. die expertenseitig vorgetragene Forderung nach einer Schärfung des entsprechenden Problembewusstseins bei Beraterinnen und Beratern.

- In der ambulanten Pflege bestehen Herausforderungen bei der Sicherstellung einer adäquaten Patientenbeobachtung im Rahmen von Behandlungs- und Grundpflege angesichts unterschiedlicher beteiligter Berufsgruppen mit verschiedenen Zeitbudgets bei der Versorgung, unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und einer nicht immer gegebenen entsprechenden Sensibilisierung sowie der Finanzierung der Patientenbeobachtung (Exp.08).
- Beratung im häuslichen Setting bedeute – je nach konkreter Konstellation – oftmals die Beratung der ganzen Familie als System (Exp.08).
- Der juristische Experte problematisierte, dass Ärztinnen und Ärzte ihre im Behandlungsrecht festgelegte Verantwortung nicht immer hinreichend wahrnehmen und die Indikationsstellung in der vollstationären Pflege de facto an Pflegefachkräfte delegierten. Diese würden wiederum auf die Verordnung von psychotroper Medikation hinwirken, um „Unruhe“ und „Agitiertheit“ bei Patientinnen und Patienten zu mindern, welche aus einer gegenüber dem Zeitpunkt vor Einführung der Pflegeversicherung stark veränderten Bewohnerschaft sowie aus einer die Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen verfehlenden Quantität und Qualität der personellen Ausstattung, insbesondere in der Nacht, resultierten. Die mangelnde Personalausstattung resultiere wiederum aus der Vorgabe der Beitragssatzstabilität und der im SGB XI eingeräumten Gewinnmöglichkeit für die Anbieter vollstationärer Pflegeleistungen, so dass als Stellschraube der Kostengestaltung im Wesentlichen die Personalkosten blieben. Die inadäquate Verordnung und Gabe psychotroper Medikation sei insofern letztlich Folge der Finanzierungslogik der sozialen Pflegeversicherung (Exp.09). Gute Pflege benötige Ressourcen (Zeit, Qualifikation, Heimärztinnen und –ärzte). Dieser stünden jedoch die ökonomischen Anreizstrukturen entgegen (Exp.10).

3.6.4 Vorschläge der Expertinnen und Experten

Neben Herausforderungen im Hinblick auf pflegende Angehörige und rechtliche Bevollmächtigte beim Umgang mit Psychopharmaka sprachen die Expertinnen und Experten auch mögliche Perspektiven für Weiterentwicklungen im Versorgungssystem an.

Mit Blick auf das stationäre Setting wurden ärztliche Sprechstunden für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen angeregt sowie eine intensivere ärztliche Begleitung und Aufklärung (Exp.10). Ähnliche Forderungen – eine engmaschigere ärztliche Begleitung, insbesondere bei Medikamenten-Umstellungen, ärztliche Telefonsprechstunden für medika-

tionsbezogene Anliegen, entsprechende Anlaufstellen sowie Hausbesuche durch Neurologinnen und Neurologen – wurden auch mit Blick auf das ambulante Setting als sinnvoll erachtet (Exp.10).

Eine Chance für eine Verbesserung der Versorgung in der ambulanten Langzeitpflege wurde expertenseitig darüber hinaus in einer Aufwertung und Entwicklung der Möglichkeiten der Beratungsbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI für Pflegebedürftige und Pflegepersonen gesehen. Erwogen werden könnte, so die Anregung in einem Experteninterview, mit Blick auf die Erhebung der krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen (Modul 5) im Rahmen der Pflegebegutachtung, im Rahmen der Besuche nach §37 Abs. 3 SGB XI künftig auch zum Umgang mit Medikamenten zu beraten (Exp.07).

Angeregt wurde zudem, bei den Pflegebegutachtungen das Modul 3 zu „Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen“ auch dann detailliert zu erfragen, wenn keine offensichtlichen Anhaltspunkte über entsprechende Schwierigkeiten vorlägen. Dies erfolge nicht immer, sei aber von Bedeutung, da psychische Problemlagen von Betroffenen nur selten eigeninitiativ angesprochen würden (Exp.08).

Befürwortet wurde auch, Beratungsangebote zum Umgang mit Psychopharmaka oder Arzneimitteln für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im häuslichen Setting zu etablieren (Exp.07). Diese könnten entweder eigenständig eingerichtet oder in bestehende Angebote, z. B. die Pflegestützpunkte, integriert werden (Exp.07). Im Falle einer Integration in vorhandene Beratungsangebote wären dort – im Sinne einer „Beratung aus einer Hand“ – entsprechende Grundkenntnisse und ein entsprechendes Problembewusstsein zu etablieren, damit Hinweise seitens der Ratsuchenden in Beratungsgesprächen erkannt und aufgegriffen werden können (Exp.07, Exp.08). Ferner bedürfte es Expertinnen und Experten, auf die im Einzelfall verwiesen werden könne (Exp.07). Nicht adressiert wurde in diesem Zusammenhang die Frage, wie ein solches Beratungsangebot von apothekerlichen Aufgaben abzugrenzen wäre.

3.6.5 Zusammenführung der Sichtweisen zur Einbeziehung pflegender Angehöriger

In den Fallstudien wurde deutlich, dass Angehörige und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer von den Pflegeeinrichtungen nur in Fragen der Verordnung von Psychopharmaka eingebunden werden, wenn sie ein starkes Interesse daran artikulieren. Die Experteninterviews lieferten wiederum Erklärungen dafür, weshalb Angehörige und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer ein solches Anliegen, auch wenn es vorhanden ist, teilweise nur mit großer Zurückhaltung vortragen (Zeit, Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von der Einrichtung, mangelndes Selbstbewusstsein gegenüber Akteuren des medizinisch-pflegerischen Systems; belastete familiäre Beziehungen). Deutlich wurde auch, dass eine geringe Einbeziehung bzw. mangelnde Transparenz sowie das Erleben von Persönlichkeitsveränderungen bei Angehörigen auf Seiten der Angehörigen zu Frustration, Ängsten und Verunsicherung führen und eine konstruktive Kommunikation mit der Einrichtung bzw. den Pflegekräften nachhaltig erschweren kann. Gleichzeitig bestehen

gerade hier Potenziale, da Angehörige ähnlich wie Pflege- und Betreuungskräfte frühzeitig wertvolle Hinweise über die gesundheitliche Verfassung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen geben können. Dies erfordert jedoch eine Anerkennung dieses Potenzials sowie ihre Einbindung in entsprechende Kommunikationsstrukturen.

Dort, wo ein starkes Interesse vorhanden ist und auch artikuliert wird, wurde seitens der Pflege wahrgenommen, dass Angehörige entweder starke Vorbehalte gegen eine Medikation hegen und eine Sedierung befürchten, oder aber – dies scheint in der Wahrnehmung der Pflege seltener aufzutreten – die Gabe von Medikamenten einfordern würden. Der Pflege kommt in diesem Zusammenhang einerseits eine vermittelnde, moderierende und informierende Rolle zu, andererseits ist es die Pflege, die die Ergebnisse der Einflussnahme pflegender Angehöriger auf den Medikationsprozess umzusetzen hat. Mit Blick auf diese Konstellationen wurde das Engagement von Angehörigen oder rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern, sofern es einrichtungsseitig als kontrollierend-fordernd erlebt wurde, eher als Belastung, denn als Unterstützung für die Sicherstellung einer möglichst angemessenen Versorgung wahrgenommen. Umgekehrt wurde für Angehörige beschrieben, dass diese sich und ihre pflegebedürftigen Angehörigen in der Interaktion mit Ärztinnen und Ärzten und Pflege gelegentlich einer psychopharmakologischen Behandlung gegenüber alternativlos ausgesetzt fühlten.

Die Frage, ob in der Langzeitpflege alter Menschen eine hinreichende Sensibilität bezüglich des potenziell freiheitsentziehenden Charakters psychotroper Medikation besteht, wurde sowohl einrichtungs- als auch expertenseitig angesprochen. Während der juristische Experte der Pflege ein entsprechendes Bewusstsein beinahe gänzlich absprach, wurde in den Fallstudien eine differenziertere Sicht präsentiert, die diesbezügliche Unterschiede zwischen Pflegekräften konstatierte.

3.7 Gelingensbedingungen und Barrieren für die Verbreitung und Implementierung von Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka

Aus den oben berichteten Ergebnissen der empirischen Studienbausteine und ergänzenden Experteninterviews lässt sich eine Vielzahl von Implementierungsbedingungen, d. h. erleichternde Faktoren und Barrieren für die Implementierung von Empfehlungen, Leitlinien und Konzepten zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege, ableiten und zusammenfassen.

Die in der Literaturübersicht (vgl. Meilenstein 1, S. 18 – 19, gesondertes Dokument) identifizierten Hinweise zu fördernden und hemmenden Bedingungen für die Implementierung von Empfehlungen, Leitlinien und Konzepten für einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka (oder Arzneimitteln generell) in der stationären und ambulanten Altenpflege lassen sich zusammenfassend beschreiben als das Vorhandensein bzw. die Abwesenheit von:

- Ressourcen (zeitlich, personell, finanziell, baulich, geografisch, Angebote),
- Wissen und Handlungskompetenz (im Bereich von Psychopharmakologie, Patientenbeobachtung, Dokumentation, Kommunikation),
- Arbeitsweise (insbesondere interprofessionelle Kooperation und Klärung von Zuständigkeiten, ggf. vertraglich vereinbart, Anerkennung der Bedeutung des Beitrags der jeweiligen Profession),
- Haltung/Leitbild (Rückhalt durch Leitungskräfte/Träger, Bereitschaft im Team und bei weiteren beteiligten Akteuren),
- Anpassung an Alltagspraxen und spezifischen Kontext vor Ort,
- weiteren organisatorischen, technischen und rechtlichen Voraussetzungen.

Hinweise auf Implementierungsvoraussetzungen wurden überwiegend mit Blick auf die Ebene der einzelnen Einrichtung beschrieben. Adressiert wurden Aspekte wie das Verhalten von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Personal zur Bewältigung der Aufgaben (Diefenbacher et al. 2012; Hodel und Hodel 2017; Pantel et al. 2009; PQSG 2008; Zimber und Weyerer 1998), aber auch Aspekte wie der als notwendige Voraussetzung beschriebene Rückhalt seitens der Leitungsebene und eine grundsätzliche Bereitschaft im Team (Hodel und Hodel 2017). Betont wird von manchen Autorinnen und Autoren auch die Notwendigkeit, Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte an die konkreten Gegebenheiten vor Ort anzupassen (Pantel et al. 2009; PQSG 2008; Thürmann und Jaehde 2010)⁴⁰. Als hilfreich für die Implementierung wird zudem die Einfachheit bzw. Klarheit von Instrumenten sowie die unmittelbare Sichtbarkeit ihres Nutzens herausgestellt (Hahn et al. 2014; Hodel und Hodel 2017; Steiner van der Kruk 2016).

In den Online-Erhebungen (vgl. Meilenstein 2 – gesondertes Dokument) wurde den Befragten aus der stationären und ambulanten pflegerischen Versorgung eine Reihe aus der Literatur abgeleiteter, möglicher Voraussetzungen für eine Umsetzung von Maßnahmen zur Bewertung vorgelegt. Eine Übersicht geben Abb. 7 und Abb. 10 in Kapitel 3.2.2.1.4 bzw. Kapitel 3.2.2.2.4. Den genannten Voraussetzungen wurde insgesamt eine hohe Relevanz beigemessen. Ambulant und stationär wurden Aspekte der ärztlichen Versorgung priorisiert, z. B. die Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte, deren Bereitschaft zur Kooperation und die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten. Mit geringem Abstand folgten die Kompetenz des Pflegepersonals und Qualifizierungsmöglichkeiten

⁴⁰ Manche Autorinnen und Autoren leiten aus den identifizierten Implementierungsbedingungen auch Implikationen für die Gestaltung der Rahmenbedingungen des Versorgungssystems ab. Dies betrifft beispielsweise die Sicherstellung von zeitlichen und personellen Ressourcen (Diefenbacher et al. 2012; Pantel et al. 2009; Weyerer et al. 2005; Zimber und Weyerer 1998), Qualifikationen und Kompetenzen (Grewe 2016; Grewe und Blättner 2017) oder die Klärung von Zuständigkeiten (ebd.) sowie rechtlicher Grundlagen für eine verbindliche und berufsgruppenübergreifende Kooperation (Diehm 2011) der an der psychopharmakologischen Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen beteiligten Akteure (Ärztenschaft, Apotheken, Pflege, gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer) sowie der Patientinnen und Patienten bzw. der ggf. von ihnen Bevollmächtigten.

sowie die Verfügbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten. Instrumente wurden in stationären und ambulanten Einrichtungen deutlich heterogener, aber dennoch mehrheitlich als sehr oder eher wichtig bewertet. Relevanter als Instrumente wurden von den Befragten aus den stationären und ambulanten Einrichtungen Maßnahmen wie „weitere Leistungen und Angebote“ z. B. zur Unterstützung im Alltag (AUA), Tagesstrukturierung oder außerhäuslichen Mobilität“ (ambulant) bzw. spezielle Angebote (stationär) eingeschätzt.

Die auf Basis der Fallstudien rekonstruierten Handlungsorientierungen haben ebenfalls Implikationen für die Entwicklung einer Handreichung und eines Konzeptes zu deren Implementierung in den Versorgungsalltag. Als rahmende Bedingung ist die Komplexität des Ineinandergreifens unterschiedlicher Handlungsorientierungen im Zusammenhang mit dem Umgang mit Psychopharmaka zu beachten, die sowohl die Wahrnehmung von Psychopharmaka selbst, als auch – mit Blick auf Personen mit kognitiven Einschränkungen – die Wahrnehmung von Menschen mit Demenz sowie die Handlungsorientierungen in der Pflege (Subjekt-, Ablauf- und pflegfachliche Orientierung) umfasst. Bezüglich der grundsätzlichen Haltungen in der Pflege gegenüber dem Einsatz von Psychopharmaka zeigte sich eine Heterogenität. Zudem zeichneten sich Unterschiede zwischen der Haltung gegenüber Antidepressiva und Sedativa ab. Auch mit Blick auf die Wahrnehmung von Menschen mit Demenz wie auch die im engeren Sinne pflegebezogenen Orientierungen ist die Heterogenität zwischen Trägern, Einrichtungen und den in der Pflege Beschäftigten zu berücksichtigen.

Entscheidende Voraussetzung für eine Implementierung ist die Bereitschaft und Haltung der Leitung und die damit verbundene Ermöglichung von Maßnahmen der Qualifizierung, kollegialen Beratung, Supervision etc. Insgesamt diskutierten die in den Fallstudien interviewten Personen in Leitungsfunktion Konzepte im Kontext von rechtlichen Regelungen, Vorgaben zur Qualitätssicherung und ökonomischen Erwägungen, aber auch von praktischen, fachlichen und ethischen Erfordernissen. Als kritische Größen wurden insbesondere der Arbeitsaufwand, der mit einer Implementierung und Umsetzung einhergeht, sowie die Möglichkeiten genannt, die Mitarbeitenden im Kontext der vielfältigen von Einrichtungen beständig zu bewältigenden Veränderungsmaßnahmen für eine Umsetzung zu gewinnen. Schwierigkeiten für eine Umsetzung wurden insbesondere gesehen, wenn das Konzept zu umfangreich ist oder nicht zum praktischen Alltag bzw. den alltäglichen Praxisvoraussetzungen der Einrichtung passt, womit Handhabbarkeit und Praxistauglichkeit angesprochen sind.

Hieraus ergibt sich die Anforderung, dass Entwicklung und Implementierung eines Konzeptes zum Umgang mit Psychopharmaka an die konkreten Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung angepasst werden können. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass bereits vorhandene Maßnahmen aufgegriffen, in das Konzept integriert und in ihrer Bedeutung für einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka verstanden

werden können. Zum anderen sollte der Mehrwert eines Konzeptes für die Versorgungsqualität, die Mitarbeitenden und die Einrichtung insgesamt verdeutlicht werden.

Zudem sollte mit Blick auf Situationen potenzieller Handlungsunsicherheit keine zu engen Handlungsvorgaben gemacht werden, sondern stattdessen Zielstellungen geklärt und priorisiert werden. Zu beachten ist stets auch das Ausmaß zeitgleich bestehender organisationaler Anforderungen, insbesondere, wenn diese sich auf Veränderungen beziehen. So nimmt die Verstetigung von Routinen Zeit und ggf. weitere Ressourcen in Anspruch und muss dauerhaft angelegt sein.

Ein Ziel kann sein, Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und Handlungsfähigkeit zu stärken (z. B. durch Qualifizierung und ermöglichende Strukturen und Prozesse). Sinnvoll erscheint es in diesem Zusammenhang, den Einrichtungen die Möglichkeit zu bieten, die Mitarbeitenden an dem Entwicklungsprozess eines auf die Erfordernisse der jeweiligen Einrichtung passgenau zugeschnittenen Instrumentariums zu beteiligen. Dabei gilt es eine Balance zwischen Standardisierung und Individualisierung zu finden.

Um eine Anwendung in der Praxis wahrscheinlicher zu machen, sollten unterstützende Instrumente als Hilfen bereitgestellt werden, die sich leicht in den Versorgungsalltag integrieren lassen und – nach Möglichkeit – keine zusätzliche Dokumentation erfordern. Ziel ist es, für einschlägige Situationen im Versorgungsalltag Information, Orientierung und Arbeitshilfen zu bieten und so die Handlungsmöglichkeiten der Beteiligten zu erweitern und ihre Handlungsfähigkeit zu stärken

Die zu entwickelnde Handreichung kann dabei nur auf einen Teil der Implementierungsanforderungen eingehen. Beispielsweise können für die als zentral eingeschätzte interprofessionelle Kooperation im Kontext der vorliegenden Studie nur für die pflegerische Seite Maßnahmen vorgeschlagen werden, deren Gelingen auch von der Kooperationsbereitschaft der ärztlichen Versorgerinnen und Versorger abhängt. Auch strukturelle Bedingungen wie rechtliche Grundlagen und Anreize oder Ressourcen etc. liegen außerhalb der Möglichkeiten einer Beeinflussung durch eine Handreichung.

Zusammenfassend ergeben sich daraus folgende Anforderungen an die zu entwickelnde Handreichung im Umgang mit Psychopharmaka. Diese sollte

- sich an die konkreten Bedingungen der Einrichtung anpassen lassen,
- einen überschaubaren Arbeitsaufwand mit sich bringen,
- einfach und klar strukturiert sein,
- an vorhandene Maßnahmen anknüpfen oder diese integrieren können (oder sich in Vorhandendes integrieren lassen),
- keine zu engen Vorgaben zu Handlungsabläufen umfassen, sondern Ergebnisse setzen und priorisieren.

Das Implementierungskonzept sollte

- Leitung, Haltung und Leitbild adressieren,

- darauf abzielen, Mitarbeitende zu beteiligen und deren Handlungskompetenz zu erweitern.

4 Entwicklung einer Handreichung und eines Implementierungskonzeptes für einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka

4.1 Vorgehensweise

Auf Basis der Ergebnisse der Meilensteine 1 bis 4 wurden eine Handreichung für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen mit nutzungsorientierten Hinweisen zum Umgang mit Psychopharmaka und ein Implementierungskonzept für die Leitungsebene entwickelt (Meilenstein 5 – gesondertes Dokument).

Zur Erstellung der Handreichung und des Implementierungskonzeptes wurden zunächst die in den ersten drei Studienbausteinen gewonnenen praktischen Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Psychopharmaka zusammengetragen. Hierbei wurden sowohl Empfehlungen zum Umgang mit Psychopharmaka im engeren Sinne einbezogen als auch Empfehlungen, die sich darauf beziehen, zu vermeiden, dass Situationen, die einen Einsatz von Psychopharmaka angezeigt erscheinen lassen, erst entstehen. Im Anschluss daran wurden die identifizierten, zentralen Herausforderungen für die Pflege im Umgang mit Psychopharmaka zusammengestellt (vgl. Kapitel 3.4) und Gelingensbedingungen und –hürden analysiert (Meilenstein 4 (entspricht Kapitel 3.7)). Der Rohentwurf der Handreichung umfasste die aus der Empirie abgeleiteten kritischen Situationen im Umgang mit Psychopharmaka (vgl. Kapitel 3.4.3.2), die im weiteren Prozess praxisnah ausformuliert und mit Handlungsbeispielen versehen wurden. Im Anschluss daran wurde das Implementierungskonzept für die Leitungsebene auf Basis bewährter Instrumente des Projekt- und Qualitätsmanagements entwickelt. Der gesamte Prozess wurde durch eine in der Qualitätsentwicklung der Pflegeausbildung tätigen Pädagogin und Wissenschaftlerin (Dipl.-Päd. Tina Knoch, QMB und QMA-TÜV) beratend begleitet.

Zentral für die Handreichung schien der Verweis auf praxiserprobte und leicht zugängliche Instrumente und Konzepte zum Umgang mit Psychopharmaka und mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Dabei zeigte sich, dass vorhandene Konzepte, die insbesondere den Prozess der Pharmakotherapie behandeln, in der Regel nicht umfassende pflegerische Herausforderungen, z. B. den Umgang mit herausfordernden Verhalten umfassen. Andere Konzepte fokussieren insbesondere den Umgang mit Menschen mit Demenz, thematisieren jedoch aufgrund dieser Schwerpunktsetzung keine konkreten Möglichkeiten, auf die Pharmakotherapie mit praktischen Maßnahmen (wie Medikationsanalysen) einzuwirken. Konzepte, die beide Aspekte behandeln, sind in der Regel komplex und umfassend.

Die von uns entwickelte Handreichung sollte beide genannten Aspekte umfassen: Zum einen sollten konkrete, relativ einfach umzusetzende Maßnahmen zur Kontrolle der Pharmakotherapie vorgeschlagen werden, zum anderen Maßnahmen mit größerer

Reichweite, wie die Etablierung eines verstehenden Umgangs mit Menschen mit Demenz. Gleichzeitig sollten die empirisch benannten Implementierungsvoraussetzungen berücksichtigt werden: So sollte die Handreichung möglichst kurz und übersichtlich gehalten sein.

Bei der Auswahl der Materialien, auf die verwiesen werden sollte, zeigte sich, dass in Projekten zwar bereits viele Instrumente entwickelt wurden (Therapiebeobachtungsbögen für die Medikation, Kurzinformationen zu Medikamenten, Ablaufschemata für Prozesse), diese jedoch nicht immer einfach zugänglich oder nicht optimal an die pflegerische Praxis angepasst sind. Einbezogen wurden in der Handreichung Materialien bzw. Konzepte, die entweder praxiserprobt sind oder praxistauglich erschienen und zudem öffentlich zugänglich sind. Ob die von uns ausgewählten Materialien diesen Anforderungen genügen und Verwendung finden können, kann erst eine Erprobung durch die Praxis zeigen.

Das Implementierungskonzept ist so angelegt, dass es nicht in Gänze umgesetzt werden muss: So soll zunächst die Ist-Situation der eigenen Einrichtung eingeschätzt werden. Je nach Bedarf können dann einzelne Bausteine aus dem Konzept übernommen und bearbeitet werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Mitarbeitenden ihr Wissen und ihre Erfahrungen einbringen können, um die Akzeptanz für Neuerungen zu erhöhen. Dies trägt ebenfalls dazu bei, Handreichung und Implementierungskonzept an die konkrete Situation verschiedener Einrichtungen anpassbar zu halten.

4.2 Aufbau und Inhalt

Handreichung und Implementierungskonzept wurden gemeinsam in einem Dokument mit zehn Kapiteln vorgelegt (vgl. Meilenstein 5 – gesondertes Dokument). Die Handreichung mit Materialien ist Gegenstand der Kapitel 5–7 von Meilenstein 5. Das Implementierungskonzept wird im 8. Kapitel vorgestellt. Es folgen die verwendete Literatur (Kapitel 9) und ein Rückmeldebogen (Kapitel 10).

Die Kapitel des Meilensteins 5 umfassen folgende Inhalte:

Mit Kapitel 1 wird in den Aufbau der Broschüre eingeführt, gefolgt von Hinweisen zu ihrer Nutzung (Kapitel 2). Kapitel 3 nennt Argumente, warum es lohnt, das Thema „Umgang mit Psychopharmaka“ zum Leitungsthema zu machen. Informationen zu dem zugrundeliegenden Forschungsprojekt PhasaP bietet Kapitel 4. Kapitel 5 widmet sich vier pflegerischen Handlungsfeldern, die für einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka zentral sind: die Rolle der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka (mit den Unterpunkten Kommunikation und Koordination, Medikamentenmanagement und –gabe inkl. Umgang mit Bedarfsmedikation sowie Patientenbeobachtung), die Begleitung der Pflegebedürftigen bei der Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation, die Haltung gegenüber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und die Einbeziehung von pflegenden Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern. Einen Überblick über alle Empfehlungen gibt Kapitel 6.

In Kapitel 7 findet sich ein Überblick über hilfreiche Instrumente, Checklisten und Materialien. Kapitel 8 umfasst das Implementierungskonzept, das in sechs Unterkapiteln dazu einlädt, Psychopharmaka zum Leitungsthema zu machen, die Ist-Situation zu analysieren, Ziele zu definieren, Handlungsschritte festzulegen, umzusetzen und dies zu evaluieren. Darüber hinaus enthält es eine beispielhaft ausgefüllte Vorlage der vorgeschlagenen 4-Säulen-Matrix zur zielorientierten Planung⁴¹ für die Implementierung eines Konzepts zum angemessenen Umgang mit Psychopharmaka sowie ein Blanko-Dokument.

5 Vorschlag zur Dissemination

Baustein 6 des Forschungsprojektes sieht die Dissemination der entwickelten Produkte nach Absprache mit dem Fördermittelgeber vor, z. B. im Rahmen einer Abschlussveranstaltung (Meilenstein 6 (M6)). Von der Planung einer Veranstaltung wurde bedingt durch die unvorhersehbare Situation aufgrund der Covid-19-Pandemie abgesehen. Alternative Möglichkeiten der Dissemination wären beispielsweise eine Veröffentlichung der Handreichung/Konzept auf einer Internetseite, je nach Möglichkeit auch entsprechende Hinweise in Fachpublikationen wie CareKonkret, Internetportalen wie „pflegen-online“, Newslettern o. ä., um sie interessierten Einrichtungen oder Pflege(fach-)kräften zugänglich zu machen. Die Broschüre kann auf Fachveranstaltungen vorgestellt und mit der Zielgruppe diskutiert werden. Ebenso ist eine Publikation in Fachartikeln oder in anderer Weise denkbar.

6 Fazit

Die Bewertung der Bedeutung des Umgangs mit Psychopharmaka in der Pflege ist in vielerlei Hinsicht heterogen und ambivalent. So existiert in Teilen der pflegerischen Versorgungslandschaft eine hohe Sensibilität für Herausforderungen und Probleme im Umgang mit der psychopharmakologischen Versorgung älterer Pflegebedürftiger. Andere nehmen in diesem Feld nur geringe Probleme wahr.

Die Bedingungen des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems setzen in vielfältiger Weise einen Rahmen für den Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege. Von Bedeutung sind hier sowohl grundlegende Entwicklungen im Berufsfeld, das Verhältnis der ärztlichen und pflegerischen Berufe inklusive des jeweiligen Selbstverständnisses und der Anerkennung eigener und anderer Kompetenz, rechtliche und ökonomische Anreizstrukturen für die Zusammenarbeit sowie Prozesse wie die Digitalisierung und Weiterentwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung. Zum Rahmen des Umgangs mit Psychopharmaka in der Pflege zählen auch Möglichkeit der Gewinnerzielung sowie strukturelle Vorgaben.

⁴¹ Vgl. zum Instrument der zielorientierten Planung (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH 1997).

Auf Einrichtungsebene findet der Umgang mit Psychopharmaka im Kontext einer durch Träger und Einrichtungsleitung gestalteten Haltung und mit mehr oder weniger Rückhalt durch die jeweilige Leitung statt; weitere Rahmenbedingungen ergeben sich aus der Ausgestaltung der lokalen Versorgungslandschaft und der Einbindung des Trägers in diese, aus konzeptionellen Grundlagen, baulichen Voraussetzungen sowie Personal-, Organisations- und Bewohnerstruktur sowie Aspekten wie personeller Kontinuität oder Teamdynamiken.

Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka stellen sich der Pflege sowohl im konkreten Umgang mit psychopharmakologischer Medikation (Stichwort „Bedarfsmedikation“), als auch bei der Patientenbeobachtung oder der Beziehungsgestaltung im Kontext einer taylorisierten und zwischen „körperfernen“ und „körpernahen“ Tätigkeiten unterscheidenden Pflege. Von Bedeutung sind hier auch Herausforderungen, die sich aus der Tatsache beruflich und qualifikatorisch zunehmend differenzierter Pflege-Teams ergeben, innerhalb derer Aufgaben wie die Patientenbeobachtung unter Einbindung aller Beteiligten koordiniert und zusammengeführt werden müssen.

Die zentralen Herausforderungen im Umgang mit Psychopharmaka reichen jedoch deutlich über die konkrete Anwendung eines einzelnen Medikamentes hinaus. Von herausgehobener Bedeutung ist hierbei die Qualität der Kooperation und Koordination der pflegerischen und ambulant-ärztlichen Behandlung. Diese kommt insbesondere in den als kritisch für den Umgang mit Psychopharmaka identifizierten Situationen zum Tragen: bei der Begleitung des Einzugs in eine Pflegeeinrichtung, im Falle von Veränderungen im Befinden und Verhalten der pflegebedürftigen Person, nach Krankenhausaufenthalt sowie im Hinblick auf die Einbeziehung von Angehörigen. Als Leerstelle erwies sich die Sicherstellung der Einwilligung nicht einwilligungsfähiger Personen in Änderungen der Medikation, die in den Fallstudieneinrichtungen in der Regel nicht durch die hierzu verpflichtenden Ärztinnen und Ärzte und nur im Ausnahmefall durch die Einrichtungen erfolgte.

Der Blick auf die Abgrenzung bzw. das Ineinandergreifen ärztlicher und pflegerischer Verantwortungsbereiche zeigte, dass im Umgang mit Psychopharmaka in der Langzeitpflege ein Verantwortungsvakuum besteht, in dem seitens der Pflege auf die ärztliche Verantwortung für die Anordnung von Medikation, ärztlicherseits wiederum auf die pflegerische Verantwortung für die Patientenbeobachtung verwiesen werden kann. Am Ende wirken beide Seiten am Zustandekommen der Medikation mit, können jedoch die jeweils andere Seite für das Ergebnis verantwortlich machen. Damit einher geht das Risiko einer missbräuchlichen Einflussnahme, aber in Abhängigkeit von der pflegerischen Einstellung zum Umgang mit Psychopharmaka auch die Chance, auf eine möglichst zurückhaltende Medikation hinzuwirken und z. B. im Falle von herausfordernden Verhaltensweisen oder depressiver Gestimmtheit, zunächst Alternativen zu einer medikamentösen Behandlung zu erproben. Von großer Bedeutung für einen möglichst angemessenen Umgang mit

Psychopharmaka sind seitens der Pflege daher die in der Einrichtung bestehenden Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Alternativen und die diesbezügliche Qualifikation des Personals inklusive der vorhandenen gerontopsychiatrischen Qualifikation. Relevant ist zudem die Stärkung der Handlungskompetenz und Einbindung aller an der Betreuung und Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Funktionsbereiche in den Einrichtungen sowie ein Mindestmaß an personeller Kontinuität. Zentral sind darüber hinaus die enge und verbindliche Kooperation und Koordination der ärztlichen und pflegerischen Versorgung, die wechselseitige Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen sowie eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

Der Umgang mit Psychopharmaka in der Pflege ist eng mit den Rahmenbedingungen des pflegerischen Versorgungssystems verknüpft. Veränderungen dieser Rahmenbedingungen – sei es des Berufsfeldes der Pflege insgesamt, der Rahmenbedingungen für die ärztlich-pflegerische Kooperation, der Digitalisierung von Arbeitsprozessen – werden stets auch Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Gestaltung der pflegerischen Rolle im Umgang mit Psychopharmaka haben. Die Ergebnisse werfen außerdem die Frage auf, ob die für die Sicherung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung in stationären Einrichtungen notwendige ambulant-ärztliche Betreuung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems hinreichend sichergestellt werden kann oder ob engmaschigere Konstellationen, wie sie z. B. in Heimarztmodellen erprobt wurden, geeigneter wären.

7 Anhang

7.1 Abbildungen

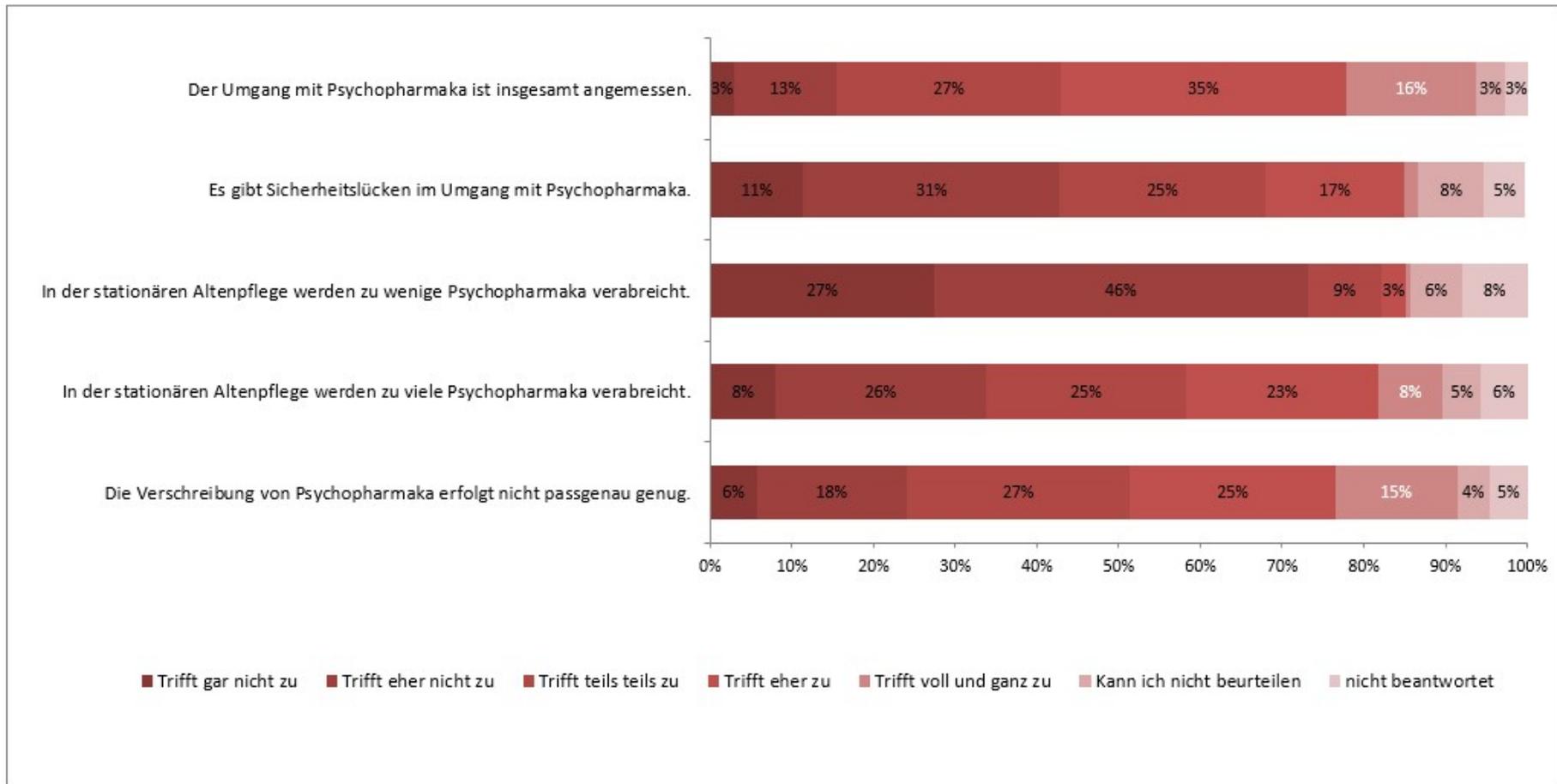


Abb. 15: Einschätzung des Umgangs mit Psychopharmaka in der stationären Versorgung (stationäre Einrichtungen). N=175 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. Kammerer & Falk 2021)

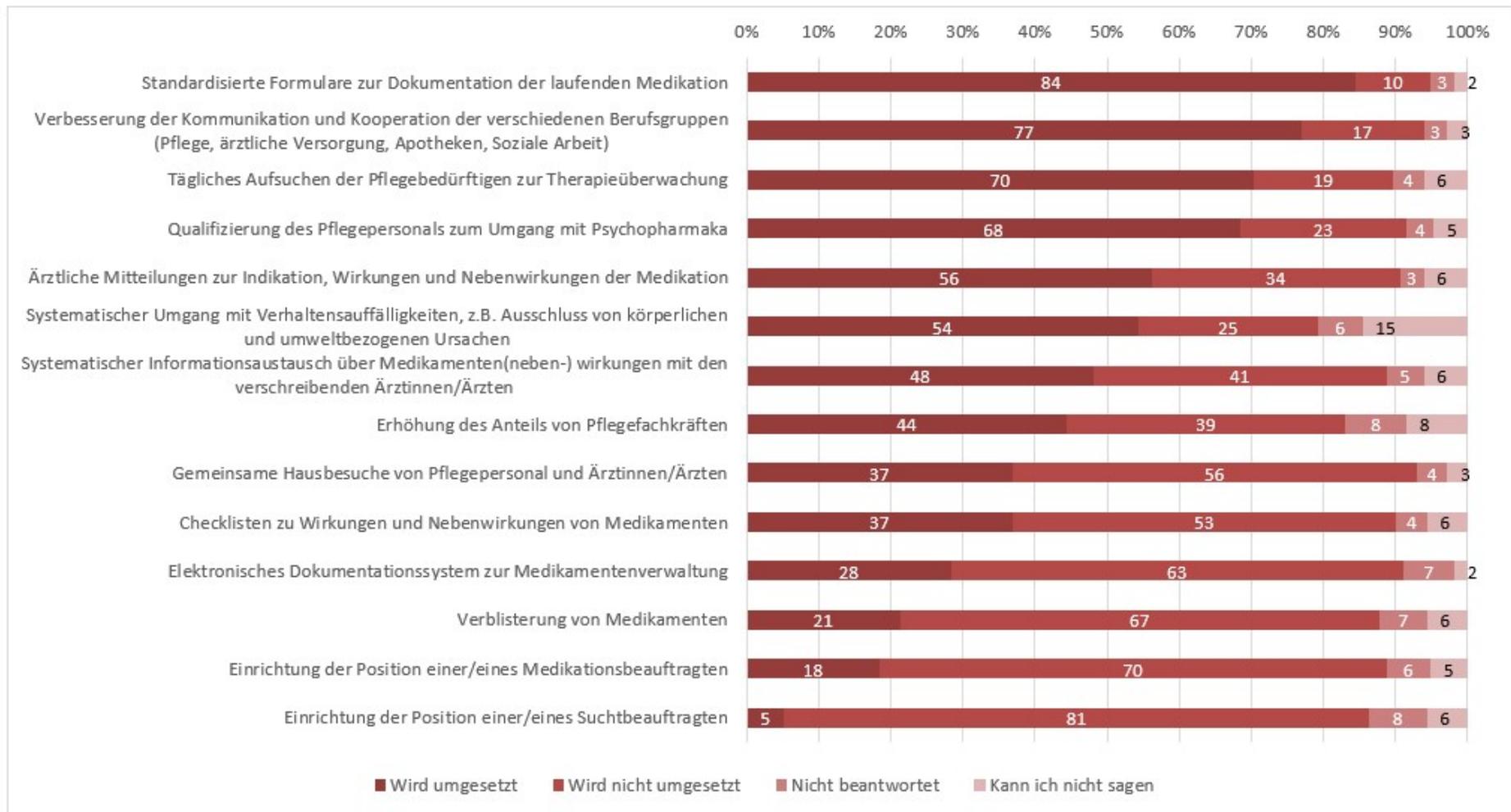
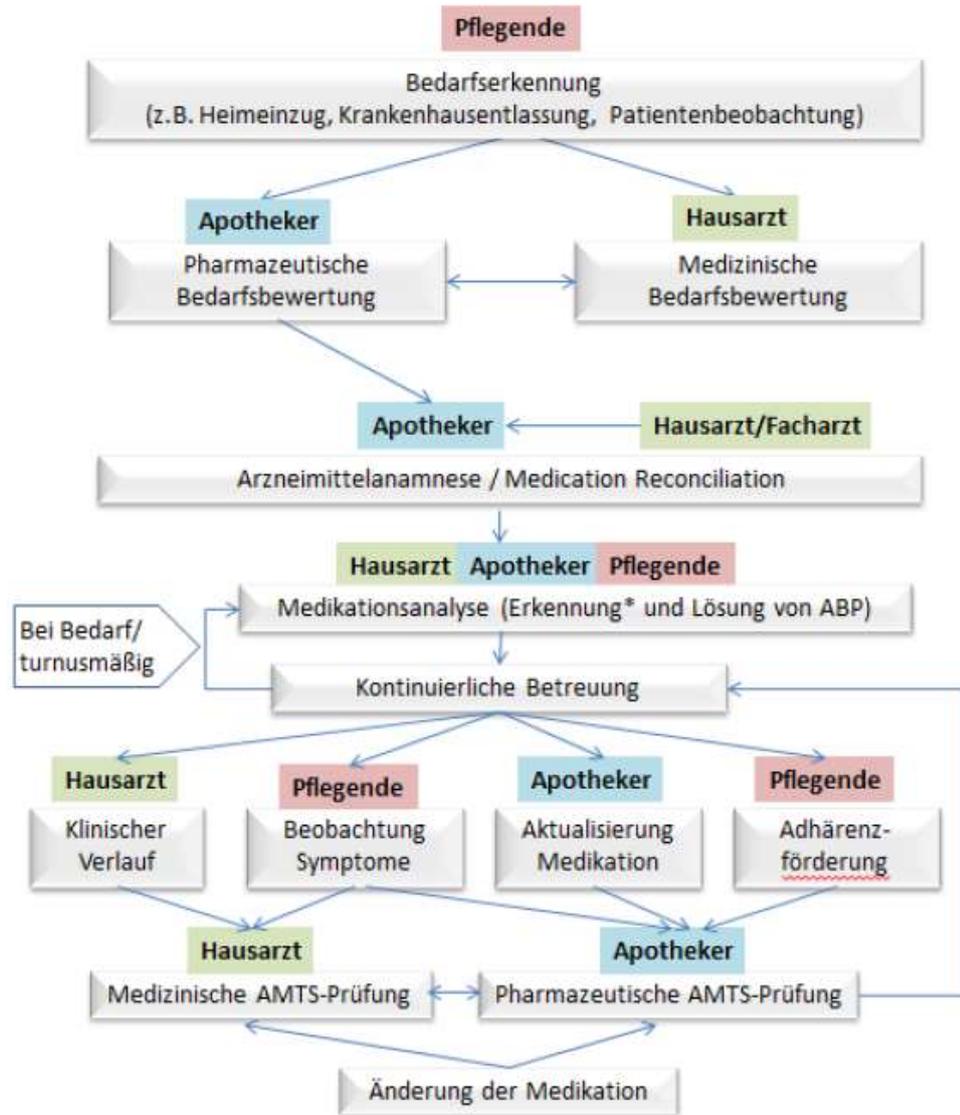


Abb. 16: Umsetzung ausgewählter Maßnahmen im Umgang mit Psychopharmaka (ambulante Einrichtungen, Prozent). N=212 (Verteilung der Antworten in Prozent der Befragten; Abweichungen von 100 Prozent sind rundungsbedingt) (eigene Darstellung, vgl. Falk & Kammerer 2021)

Algorithmus zum Medikationsmanagement bei Heimbewohnern und ambulant gepflegten Patienten



*zur Erkennung von ABP siehe angehängte Tabelle

Abb. 17: Algorithmus zum Medikationsmanagement bei Heimbewohnern und ambulant gepflegten Patienten der Interprofessionellen Arbeitsgruppe im Rahmen eines Workshops im Aktionsplan zur Verbesserung der AMTS Deutschland. Quelle: Arbeitsgruppe 2018, S. 6

Aufgabenverteilung zur Erkennung von ABP bei
Heimbewohnern
und ambulant gepflegten Patienten

ABP	Haus- arzt	Apo- theker	Pfle- gende
Arzneimittel ohne Indikation	x		
Fehlende Evidenz	x		
Indikation ohne Arzneimittel	x		
Kontraindikationen	x		
Nebenwirkungen			x
Wechselwirkungen		x	
Doppelmedikation		x	
Ungeeignete Dosierung	x		
Falsche Anwendungszeitpunkte		x	
Ungeeignetes Dosierungsintervall		x	
Ungeeignete Therapiedauer	x		
Ungeeignete Darreichungsform		x	
Anwendungsprobleme			x
Adhärenzprobleme			x

Abb. 18: Aufgabenverteilung zum Algorithmus zum Medikationsmanagement bei Heimbewohnern und ambulant gepflegten Patienten der Interprofessionellen Arbeitsgruppe im Rahmen eines Workshops im Aktionsplan zur Verbesserung der AMTS Deutschland. Quelle: Arbeitsgruppe 2018, S. 7

7.2 Verzeichnis der Meilensteine

- Meilenstein 1: Literaturübersicht – siehe gesondertes Dokument
- Meilenstein 2: Bericht über die Ergebnisse der Online-Erhebungen – siehe gesondertes Dokument
- Meilenstein 3: Übersicht über Rahmenbedingungen und Handlungsorientierungen und Rückmeldung an die Einrichtung – siehe Kapitel 3.3, 3.4 und 3.5 sowie gesondertes Dokument (Rückmeldung).
- Meilenstein 4: Übersicht über erleichternde Faktoren und Barrieren für die Implementierung von Empfehlungen, Leitlinien und Konzepten – siehe Kapitel 3.7
- Meilenstein 5: Handreichung und Implementierungskonzept – siehe gesondertes Dokument
- Meilenstein 6: Vorschlag zur Dissemination – siehe Kapitel 3.5

8 Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe (2018): Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Medikationsanalyse und Medikationsmanagement. Konsensuspapier einer interprofessionellen Arbeitsgruppe (Ärzte, Apotheker, Pflegende) im Rahmen eines Workshops (Maßnahme 29, Aktionsplan AMTS 2016–2019). Hg. v. Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.ak-dae.de/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2016-2020/docs/M29-Workshop-Diskussionspapier.pdf>.
- BAuA (2014): Leitfaden für die Erarbeitung von Scoping Reviews. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, zuletzt geprüft am 21.04.2019.
- Bockenheimer–Lucius, Gisela (2007): Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Aufgabe mit medizinischen, pflegerischen, rechtlichen und ethischen Herausforderungen. In: *Ethik in der Medizin* 19 (4), S. 255–257.
- Bockenheimer–Lucius, Gisela (2011): Zur Problematik des „natürlichen Willens“ bei demenzkranken Menschen. In: Julia Haberstroh und Johannes Pantel (Hg.): Demenz psychosozial behandeln. Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft Aka, S. 393–400.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-19416-5>.
- Bohnsack, Ralf (2013): Dokumentarische Methode und die Logik der Praxis. In: Alexander Lenger, Christian Schneickert und Florian Schumacher (Hg.): Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 175–200.
- Brüggemann, Jürgen; Brucker, Uwe; Eben, Ernst; Fleer, Bernhard; Gerber, Hans; Kurzmann, Karin et al. (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).
- Bundesapothekerkammer (2017): Kommentar zur Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung Medikationsanalyse. Aktualisiert am 12. Juni 2018 aufgrund des Inkrafttretens der DS–GVO. Hg. v. Bundesapothekerkammer. Online verfügbar unter https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Medikationsanalyse/LL_MedAnalyse_Kommentar.pdf, zuletzt geprüft am 02.09.2021.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (2014): Grundsatzpapier zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement. Überblick über die verschiedenen Konzepte zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement als apothekerliche Tätigkeit. Stand: 24.06.2014.
- Bureick, Gertrud; Wilm, Stefan; Pierl, Christiane B.; Vollmar, Horst C.; Löscher, Susanne (2011): Psychopharmaka–Polymedikation bei Patienten mit Demenz in Pflegeheimen

- Sekundärdatenanalyse in Deutschland, Österreich und den Niederlanden. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House, S. 84. Online verfügbar unter <https://www.livivo.de/doc/EGMS11fom106>.
- Deuschl, Günther; Maier, Wolfgang (2016): S3-Leitlinie Demenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Unter Mitarbeit von Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Selbsthilfe Demenz. Online verfügbar unter www.dgn.org/leitlinien.
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH (Hg.) (1997): Ziel Orientierte Projekt Planung – ZOPP. Eine Orientierung für die Planung bei neuen und laufenden Projekten und Programmen. Stabsstelle 04 Grundsatzfragen der Unternehmensentwicklung. Eschborn.
- Die Bundesregierung (Hg.) (2021): Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5.
- Diefenbacher, Albert; Kirchen-Peters, Sabine; Fehrenbach, Rosa-Adelinde (2012): Brauchen Pflegeheime gerontopsychiatrische Liaisondienste? Ergebnisse einer Pilotstudie in fünf Pflegeheimen. In: *Psychiatrische Praxis* (39), S. 14-20.
- Diehm, Alexander (2011): Rechtliche Anforderungen und Strukturen der ambulanten Arzneimittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen am Beispiel der Psychopharmakotherapie. Zugl.: Frankfurt (Main), Univ., Diss., 2010. Lang, Frankfurt, M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, NY, Oxford, Wien.
- DNQP (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck. Hg. v. DNQP. Osnabrück: Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Online verfügbar unter https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Demenz/Demenz_SD_Auszug.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2018.
- Eckardt, R.; Steinhagen Thiesen, E.; Kampfe, S.; Buchmann, N.: Polypharmazie und Arzneimitteltherapiesicherheit im Alter. Strategien zur Verbesserung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-013-0562-0>.
- Falk, Katrin; Kammerer, Kerstin (2021): Die psychopharmakologische Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf : Teil 2: die Perspektive der ambulanten Pflege. In: *Z Gerontol Geriat*. DOI: 10.1007/s00391-021-01846-2.
- Glaeske, G.; Schulze, J.; Henke, F. (2012): Polypharmazie im Alter. Mehr Sicherheit in der Arzneimitteltherapie. In: *Altenpflege* 51 (7), S. 671-676.
- Glaeske, Gerd (2020): Demenzreport 2020. Universität Bremen, SOCIUM. Bremen, zuletzt geprüft am 01.03.2021.
- Grewe, Henny Annette (2016): Ansätze zur Verbesserung der Pharmakotherapie aus Sicht ambulanter Pflegedienste. In: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

- (Hg.): Arzneimittel und ambulante Pflegedienste. Tagungsdokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie am 19. und 20. Mai 2015 in Düsseldorf: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, S. 59–66. Online verfügbar unter <https://repository.publisso.de/resource/frl:6401838>.
- Grewe, Henny Annette; Blättner, Beate (2017): Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege. Optionen und Hindernisse für den Beitrag von Pflegekräften. In: *Pflegewissenschaft* 19 (11/12), S. 557–564.
- Grewe, Henny Annette; Lehmeier, Anja; Blättner, Beate; Renner, Janina; Bleses, Helma (2012): Veröffentlichung der Ergebnisse von Forschungsvorhaben im BMBF-Programm. Kompetenznetz Pflege und Pharmakotherapie Nordhessen (KomPP-Nordhessen) – Vernetzung ambulanter und stationärer Pflege zur Reduktion arzneimittel(mit)-bedingter Morbidität bei alten und hochbetagten Menschen in der Region.
- Hach, I.; Rentsch, A.; Krappweis, J.; Kirch, W. (2004): Psychopharmakaverordnungen an älteren Menschen. Ein Vergleich zwischen Patienten aus Alten- und Pflegeheimen, ambulant behandelten Pflegefällen und ambulanten Patienten ohne Pflegebedarf. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37 (3), S. 214–220. DOI: 10.1007/s00391-004-0180-y.
- Hahn, Martina; Pfeuffer, Stephanie; Roll, Sibylle C. (2014): Das Pilotprojekt NetzWerk-Plan©. Die Bedeutung des Dialogs beim Medikationsmanagement gerontopsychiatrischer Patienten. In: *Psychiatrische Pflege Heute* 20 (02), S. 86–90.
- Hardenacke, D.; Bartholomeyczik, Sabine; Halek, M. (2011): Einführung und Evaluation der „Verstehenden Diagnostik“ am Beispiel des Leuchtturmprojektes InDemA. In: *Pflege & Gesellschaft* 16 (2), S. 101–171, zuletzt geprüft am 24.04.2019.
- Hodel, T.; Hodel, C. (2017): Erkennen und Handeln bei riskantem bis abhängigen Alkohol- und Medikamentengebrauch in der ambulanten Altenpflege. In: Tanja Hoff, Ulrike Kuhn, Silke Kuhn und Michael Isfort (Hg.): *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 55–65.
- Höfert, Rolf (2011): *Von Fall zu Fall. Pflege im Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A–Z. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Berlin: Springer (Von Fall zu Fall). Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10468255>.
- Hoff, T.; Isfort, M.; Kuhn, S.; Keller, K. (2017a): Medikamentenabhängigkeit im Alter – Weiterentwicklungen von Handlungsempfehlungen für Pflegesituationen in ambulanten, teilstationären und stationären Settings. In: Tanja Hoff, Ulrike Kuhn, Silke Kuhn und Michael Isfort (Hg.): *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 39–54.
- Hoff, Tanja; Kuhn, Ulrike; Kuhn, Silke; Isfort, Michael (Hg.) (2017b): *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Holt, Stefanie; Schmiedl, Sven; Thürmann, Petra (2010): Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. In: *Dtsch Arztebl Int* 107 (31-32), S. 543-551. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543.
- Holzbach, Rüdiger (2017): Medikamentenabhängigkeit im Alter – Handlungsleitlinien zum pflegerischen Umgang. In: Tanja Hoff, Ulrike Kuhn, Silke Kuhn und Michael Isfort (Hg.): *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 39-54.
- Jaehde, Ulrich; Thürmann, Petra (2018): Arzneimitteltherapiesicherheit bei Heimbewohnern. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 61 (9), S. 1111-1118. DOI: 10.1007/s00103-018-2796-x.
- Kammerer, Kerstin; Falk, Katrin (2021): Die psychopharmakologische Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf. Teil 1: die Perspektive der stationären Pflege. In: *Z Gerontol Geriat*. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01845-3>, zuletzt geprüft am 27.01.2021.
- Keller, Karsten; Hoff, Tanja; Isfort, Michael; Kuhn, Ulrike; Färber, Nina (2015): Systematisierte Pflegehandlungsempfehlung für die Mitarbeitenden von Altenpflegeeinrichtungen (vorrangig teil-/vollstationär) zum Umgang mit und zur Reduzierung des Konsums von legalen Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Nikotin). Online verfügbar unter DOI: 10.13140/RG.2.2.28131.66081.
- Khan-Zvorničanin, Meggi (2016): *Kultursensible Altenhilfe?* Bielefeld: transcript Verlag (Kultur und soziale Praxis).
- Knisch, Alexandra (2018): Welchen Beitrag leisten Pflegefachpersonen? Medikamente in der Patientenversorgung am Beispiel von Psychopharmaka. In: *Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie* 36 (2), S. 35-37.
- Köpke, S.; Meyer, G. (2015): Leitlinie FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. 1. Aktualisierung 2015. 2. Auflage. Unter Mitarbeit von R. Möhler, J. Abraham, A. Henkel und R. Kupfer. Hg. v. Universität zu Lübeck und Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg.
- Kuckartz, Udo (2014): *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, Udo (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm?bok_id/2513416.
- Kuhlmey, A. (o.J.): Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachebezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI-D), zuletzt geprüft am 24.04.2019.

- Kuhn, Silke (2015): Ablaufplan bei Verdacht auf einen Missbrauch von Psychopharmaka 2015. Online verfügbar unter <http://www.alter-sucht-pflege.de/Handlungsempfehlungen/Download/Ablaufplan-bei-Medikamenten.pdf>, zuletzt geprüft am 28.03.2019.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2016): Arzneimittel und ambulante Pflegedienste. Tagungsdokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie am 19. und 20. Mai 2015 in Düsseldorf: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter <https://repository.publisso.de/resource/fri:6401838>.
- Majic, Tomislav; Pluta, Jan-Paul; Mell, Thomas; Aichberger, Marion C.; Treusch, Yvonne; Gutzmann, Hans et al. (2010): Pharmakotherapie von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenz. Querschnitterhebung in 18 Berliner Seniorenwohnheimen. In: *Dtsch Arztebl Int* 107 (18), S. 320-327. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0320.
- Meyer, G.; Köpke, S. (2015): Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. In: *Implementation science* 10 (82).
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2013): Leitlinien zur Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg. Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 07.05.2013.
- Molter-Bock, E.; Hasford, J.; Pfundstein, T. (2006): Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. In: *Z Gerontol Geriatr* 39 (5), S. 336-343. DOI: 10.1007/s00391-006-0401-7.
- Nohl, Arnd-Michael (2017): Interview und Dokumentarische Methode. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, zuletzt geprüft am 15.05.2020.
- Pantel, J.; Bockenheimer-Lucius, G.; Ebsen, I.; Müller, R.; Lang, E.; Hustedt, P.; Diehm, A. (2006): Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. gefördert von der BHF-Bank-Stiftung, Frankfurt/Main. Unter Mitarbeit von R. Müller, P. Hustedt und A. Diehm. Online verfügbar unter <http://www.werner-schell.de/Rechtsalmanach/Heimrecht> /PsychopharmakaimAltenheimBericht05.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2017.
- Pantel, J.; Grell, A.; Diehm, A.; Schmitt, B.; Ebsen, I. (2009): Optimierung der Psychopharmaka-Therapie im Altenpflegeheim („OPTimAL“). Eine kontrollierte Interventionsstudie. Berlin: Logos-Verlag (Psychosoziale Interventionen zur Prävention und Therapie der Demenz, 3).
- Pittrow, David; Krappweis, J.; Rentsch, A.; Schindler, C.; Hach, I.; Bramlage, P.; Kirch, W. (2003): Pattern of prescriptions issued by nursing home-based physicians versus office-based physicians for frail elderly patients in German nursing homes. In: *Pharmacoepidemiology and drug safety* 12 (7), S. 595-599. DOI: 10.1002/pds.860.

- PQSG (2008): Standard „Umgang mit Psychopharmaka“. Hg. v. pqsg.de – das Altenpflege-
magazin im Internet / Online-Magazin für die Altenpflege. Online verfügbar unter
<https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-psychopharmaka.htm>.
- Rapp, Michael A.; Decker, A.; Klein, U.; Duch, T.; Treusch, Y.; Majic, T. et al. (2008):
Verhaltenssymptome bei Demenz in Pflegeeinrichtungen. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 21 (3), S. 205–214. DOI: 10.1024/1011-6877.21.3.205.
- Riedel-Heller, S. G.; Schork, A.; Angermeyer, M. C.; Stelzner, G. (1999): Gerontopsychi-
atrische Kompetenz ist gefragt. Die aktuelle psychopharmakologische Behandlungs-
praxis in Alten- und Altenpflegeheimen. In: *Psychiatrische Praxis* 26 (6), S. 273–276.
- Schmidt, Simone (2015): Pflege mini Psychopharmaka im Alter. Berlin, Heidelberg: Sprin-
ger.
- Schwinger, Antje; Tsiasioti, Chrysanthi; Klauber, Jürgen (2017): Herausforderndes Ver-
halten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jürgen Klauber, Adelheid Kuhlmeier, Antje
Schwinger, Klaus Jacobs und Stefan Greß (Hg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt:
Die Versorgung der Pflegebedürftigen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer (Pflege-Re-
port, 2017), S. 131–152.
- Soom Ammann, Eva; van Holten, Karin (2017): Mit allen Sinnen ins Feld – Teilnehmende
Beobachtung als Methode. In: *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Ge-
sundheitswissenschaft* 4 (1), S. 6–14. DOI: 10.24451/ARBOR.5959.
- Steiner van der Kruk, S. (2016): Ein Projekt der „Learning Community“ im Kreis Heinsberg
zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit: Der Medikationspass. In: Lan-
deszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hg.): Arzneimittel und ambulante
Pflegedienste. Tagungsdokumentation der Fachtagung Sozialpharmazie am 19. und
20. Mai 2015 in Düsseldorf: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 107–
119. Online verfügbar unter <https://repository.publisso.de/resource/fri:6401838>.
- Thürmann, Petra; Jaehde, Ulrich (2010): Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und
Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes.
Kurzbericht. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit.
- Thürmann, Petra; Jaehde, Ulrich (2016): Arzneimitteltherapiesicherheit bei Patienten in
Einrichtungen der Langzeitpflege (AMTS-AMPEL). Eine prospektive Interventionsstu-
die. Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von Attila Altiner, Bernd Drewelow, Stefan
Wilm und Karl Wegschneider.
- Trost, Bernd (2007): Ethische Probleme der Pflegenden im Altenpflegeheim. Nachdenk-
liches zur Psychopharmakaverordnung aus Sicht eines Heimleitenden. In: *Ethik in der
Medizin* 19 (4), S. 281–288, zuletzt geprüft am 05.10.2018.
- Weyerer, Siegfried; Schäufele, Martina; Hendlmeier, Ingrid (2005): Besondere und tradi-
tionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. In: *Zeitschrift
für Gerontologie und Geriatrie* 38 (2), S. 85–94. DOI: 10.1007/s00391-005-0293-y.

- Wirth, Stefan (2021): Priscus 2.0. Universität Witten/Herdecke. Witten. Online verfügbar unter <https://www.priscus2-0.de/>, zuletzt aktualisiert am 05.09.2021, zuletzt geprüft am 05.09.2021.
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Gerd Jüttemann (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz, S. 227–255. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-5630>, zuletzt geprüft am 11.10.2020.
- Zimber, Andreas; Weyerer, Siegfried (1998): Institutionelle Bedingungen des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Pflegeheimen. In: Ursula Havemann-Reinecke, Siegfried Weyerer und Heribert Fleischmann (Hg.): Alkohol und Medikamente, Mißbrauch und Abhängigkeit im Alter, S. 156–162.