

## **Forschungsprojekt**

Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege

Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen  
für die Implementierung von Handlungsalternativen (Projekt PhasaP)

Gefördert im

Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI  
durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)

## **Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Altenpflege**

### **Handreichung und Implementierungskonzept**

Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF)

Torstr. 178

10115 Berlin

Tel: 030 859 4908

Mail: [phasap@igfberlin.de](mailto:phasap@igfberlin.de)

Katrin Falk, MA

Dr. Kerstin Kammerer

Berlin, den 31.08.2021,

leicht redigierte Fassung vom 09.03.2022

## Inhalt

<b>1. Aufbau der Handreichung .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Wie Sie diese Handreichung nutzen können .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Psychopharmakologische Versorgung in der Langzeitpflege .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Die Studie „PhasaP“ .....</b>	<b>5</b>
<b>5. Pflegerische Handlungsfelder für einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka</b>	<b>6</b>
5.1 Die Rolle der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka .....	7
5.2 Begleitung bei Umzug oder erstmaliger Inanspruchnahme professioneller Pflege .	17
5.3 Beziehungsgestaltung in der Pflege: verstehende Grundhaltung.....	18
5.4 Einbeziehung von Angehörigen und rechtlichen Betreuer*innen .....	21
<b>6. Empfehlungen im Überblick.....</b>	<b>24</b>
<b>7. Instrumente und Materialien .....</b>	<b>28</b>
<b>8. Implementierungskonzept für Leitungen.....</b>	<b>30</b>
8.1 Psychopharmaka zum Leitungsthema machen.....	31
8.2 Ist-Situation analysieren .....	31
8.3 Ziele definieren .....	32
8.4 Handlungsschritte festlegen .....	33
8.5 Handlungsschritte umsetzen .....	33
8.6 Prozess und Ergebnis evaluieren .....	34
8.7 4-Säulen-Matrix zur zielorientierten Planung für die Entwicklung und Implementierung eines Konzepts zum angemessenen Umgang mit Psychopharmaka ..	36
<b>9. Verwendete Literatur .....</b>	<b>42</b>
<b>10. Rückmeldebogen für Sie! .....</b>	<b>43</b>

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Handlungsfelder für einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege (Quelle: eigene Darstellung).....	6
Abbildung 2: Handlungsschritte zur Entwicklung und Implementierung eines einrichtungsinternen Konzepts zum Umgang mit Psychopharmaka.....	30

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Empfehlungen zum Umgang mit Psychopharmaka im Überblick (eigene Darstellung) .....	27
Tabelle 2: Überblick über Instrumente und Materialien (eigene Darstellung). .....	29

## 1. Aufbau der Handreichung

Die psychopharmakologische Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen geht mit vielfältigen Herausforderungen einher: Sie birgt Risiken für Gesundheit und Lebensqualität und wirft ethische Fragen auf.

Der **Pflege** kommen **wichtige Aufgaben** im Umgang mit Psychopharmaka zu. So ist sie u.a. zuständig für das Stellen und die Verabreichung der Medikation, die Patientenbeobachtung und die Kommunikation mit ärztlichen Behandler\*innen.

Bei der **Umsetzung** dieser Aufgaben wirken Einrichtungsleitungen, Qualitätsbeauftragte, Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen, Pflegefachpersonen, Pflege- und Betreuungskräfte zusammen. Sie alle stehen im Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege vor **Herausforderungen**, denen in Fachdebatten um einen möglichst adäquaten Einsatz psychopharmakologischer Medikation in jüngerer Zeit zunehmend **Aufmerksamkeit** geschenkt wird.

Die Broschüre hat zum Ziel, auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zentrale Herausforderungen für die Pflege im Umgang mit Psychopharmaka zu beschreiben und **Handlungsmöglichkeiten** aufzuzeigen. Die stationäre Versorgung steht dabei im Mittelpunkt. Einige Anregungen sind jedoch auch für die ambulante Pflege interessant.

Damit die präsentierten Empfehlungen einfach umgesetzt werden können, schlagen wir außerdem ein **Implementierungskonzept** vor. Es bietet Ihnen die Möglichkeit, angepasst an die konkreten Voraussetzungen Ihrer jeweiligen Einrichtung **Handlungsbedarfe** zu bestimmen und zu **priorisieren**, Handlungsschritte zu planen und umzusetzen und Prozess und Ergebnis zu evaluieren.

In diesem 1. Kapitel führen wir in den **Aufbau** der Broschüre ein. Im 2. Kapitel geben wir Ihnen Hinweise zur **Nutzung** dieser Broschüre. Das 3. Kapitel enthält Argumente, warum es lohnt, das Thema zum **Leitungsthema** zu machen. Kapitel 4 bietet Informationen zu dem zugrundeliegenden **Forschungsprojekt**. Das 5. Kapitel widmet sich den **pflegerischen Handlungsfeldern**, die für einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka zentral sind:

- der unmittelbaren **Rolle der Pflege** im Umgang mit Psychopharmaka (mit den Unterpunkten Kommunikation und Koordination, Medikamentenmanagement und -gabe inkl. Umgang mit Bedarfsmedikation sowie Patientenbeobachtung),
- der **Begleitung** der Pflegebedürftigen bei der Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation,
- der **Haltung** gegenüber Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und
- der **Einbeziehung** von pflegenden Angehörigen und rechtlichen Betreuer\*innen.

In Kapitel 6 finden Sie **Instrumente**, Checklisten und Formulare im Überblick, Kapitel 7 das **Implementierungskonzept**, Kapitel 8 eine Übersicht über **Instrumente und Links**, Kapitel 9 **Literaturhinweise** und Kapitel 10 einen **Rückmeldebogen** an uns.

Wir **danken** allen an der Studie mitwirkenden Einrichtungen, Expert\*innen und Dipl.-Päd. Tina Knoch für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Broschüre!

Wir hoffen, mit der vorliegenden Publikation Ihre **verantwortungsvolle Arbeit** im Umgang mit Psychopharmaka für eine möglichst gute Versorgung alter Menschen unterstützen zu können und wünschen Ihnen **viel Freude** bei der Lektüre und **Erfolg bei der Umsetzung!**

Ihre Katrin Falk und Dr. Kerstin Kammerer

## 2. Wie Sie diese Handreichung nutzen können

Die vorliegende Handreichung bietet Ihnen Informationen und Werkzeuge, die Sie dabei unterstützen sollen, in Ihrer Einrichtung:

- den Status quo im Hinblick auf einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka zu erheben,
- Handlungsbedarfe zu identifizieren und zu priorisieren,
- Handlungsschritte zu planen und umzusetzen und
- Fortschritte und Hürden zu evaluieren.

Sie können die Handreichung **von vorne nach hinten** lesen oder die Lektüre – Ihrem thematischen Interesse folgend – auf **einzelne Kapitel** beschränken.

Ziel ist, dass Sie je nach Bedarf **sowohl punktuelle Anregungen** zum Umgang mit Einzelfragen erhalten **als auch** auf eine **nachhaltige Verankerung** in Qualitätsmanagement und alltäglichen Abläufen hinarbeiten können.

**Oft tun Einrichtungen bereits mehr als Ihnen bewusst ist! Es lohnt sich, hieran anzuknüpfen!**

**Besonders wichtige Punkte** haben wir in **rote Schrift** gesetzt und **ganz besonders wichtige Punkte** zusätzlich **gerahmt**, damit sie schnell auffindbar sind. **Literaturverweise** finden Sie über die Ziffern in den eckigen Klammern. Zur **Begrifflichkeit**: Wir sprechen von „pflegebedürftigen Personen“ oder „**Pflegebedürftigen**“ und meinen damit Versicherte mit einem Leistungsanspruch nach SGB XI (im ambulanten Bereich zusätzlich nach SGB V). Mit Blick auf die in der Pflege tätigen Personen unterscheiden wir zwischen „**Pflegefachpersonen**“ (bzw. „Pflegefachkräften“ oder „Pflegefachleuten“) und „**Pflegekräften**“ sowie „**Betreuungskräften**“.

## 3. Psychopharmakologische Versorgung in der Langzeitpflege

Die psychopharmakologische Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen geht mit vielfältigen Herausforderungen einher: Sie birgt Risiken für Gesundheit und Lebensqualität und wirft ethische Fragen auf. Ein **möglichst angemessener Umgang mit Psychopharmaka** ist daher ein wichtiger **Baustein für eine hohe Qualität** in der pflegerischen Versorgung alter Menschen. Er kann dazu beitragen

- Wohlbefinden und Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu steigern,
- Mitarbeitenden Handlungssicherheit in schwierigen Pflegesituationen zu geben,
- Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit zu verbessern,
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Krankenhauseinweisungen zu mindern.

## 4. Die Studie „PhasaP“

Der Pflege kommen wichtige Aufgaben im Umgang mit Psychopharmaka zu. Ihre Perspektive auf dieses Problemfeld spielt in öffentlichen und Fachdebatten bislang jedoch meist eine untergeordnete Rolle. Gefördert durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) untersuchten Wissenschaftlerinnen am Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF), Berlin, daher von 2018 bis 2021 in der Studie „Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege“ (PhasaP), welche Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten aus Sicht der Pflege in diesem Feld bestehen.

Die Studie umfasste drei Bausteine: Literatürübersicht, bundesweite Online-Erhebung unter Einrichtungen, qualitative Fallstudien in drei stationären Pflegeeinrichtungen und zwei Demenz-WGs und ergänzende Experteninterviews.

## 5. Pflegerische Handlungsfelder für einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka

In der PhasaP-Studie identifizierten wir **drei Handlungsfelder** im Umgang mit Psychopharmaka (vgl. Abbildung 1):

- die unmittelbare **Rolle der Pflege** in der psychopharmakologischen Behandlung (Kapitel 5.1) mit den Unteraufgaben Kooperation und Koordination, Medikamentenmanagement und Bedarfsgabe, Patientenbeobachtung,
- die **Begleitung** der Auseinandersetzung mit dem Einzug in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege bzw. dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit (Kapitel 5.2),
- die **Haltung von Einrichtungen und Pflegenden** gegenüber dem Erleben und Handeln von Menschen mit Demenz (Kapitel 5.3) und
- die **Einbeziehung** von pflegenden Angehörigen und/oder rechtlichen Betreuer\*innen (Kapitel 5.4).

Im Folgenden stellen wir für jedes dieser Handlungsfelder **Herausforderungen** dar und zeigen **Handlungsmöglichkeiten** auf.

Ein Teil der folgenden Ausführungen müsste eigentlich an Haus- und Fachärzt\*innen gerichtet werden. In der PhasaP-Studie hat sich jedoch gezeigt, dass **Pflegefachkräfte und Pflegekräfte** den Umgang mit Psychopharmaka **faktisch mehr gestalten** als dies in der üblichen Unterscheidung von Anordnungs- und Durchführungsverantwortung abgebildet wird. Ungeachtet der Notwendigkeit, die Voraussetzungen ärztlichen und pflegerischen Zusammenwirkens und der Einbindung weiterer Akteure wie Apotheken und rechtlich Bevollmächtigten grundsätzlich zu klären, halten wir es für sinnvoll, pflegerisches Handeln entsprechend der tatsächlich übernommenen Aufgaben, d.h. **entsprechend der tatsächlichen Praxis**, zu adressieren.

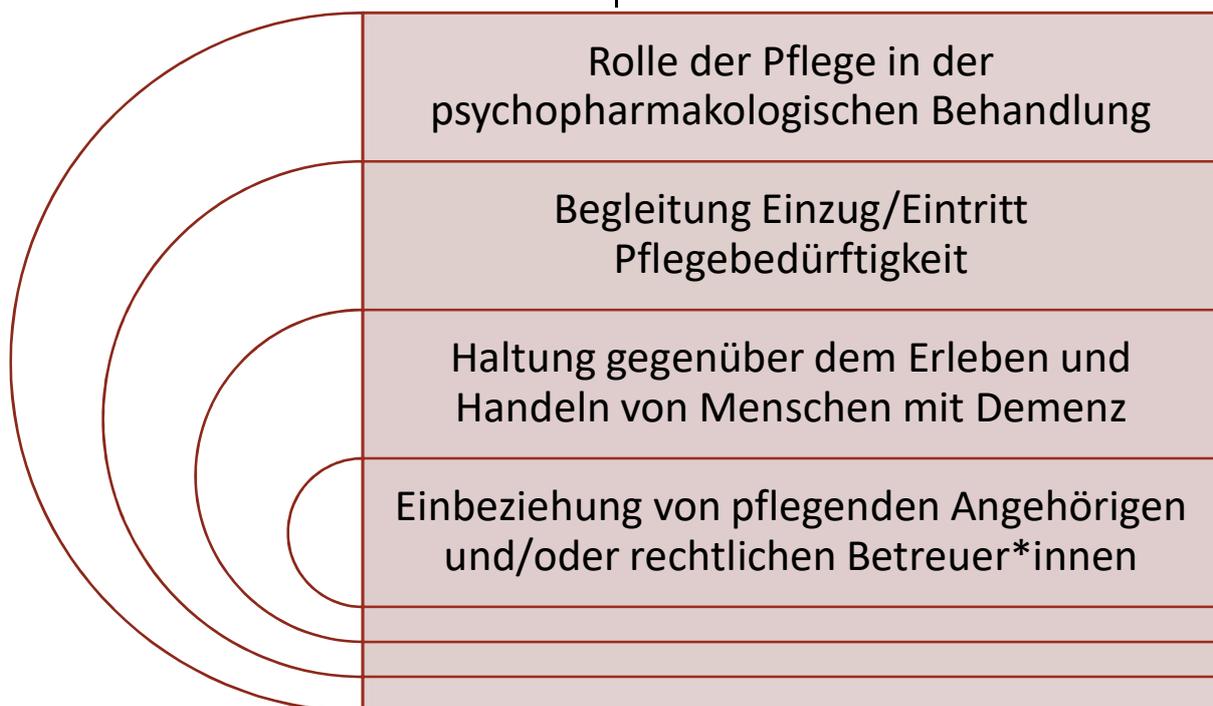


Abbildung 1: Handlungsfelder für einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Langzeitpflege (Quelle: eigene Darstellung)

## 5.1 Die Rolle der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka

Pflegeeinrichtungen obliegt die Pflege, Betreuung und medizinische Behandlungspflege der von ihnen versorgten Pflegebedürftigen. Der Umgang mit Psychopharmaka wird zur Behandlungspflege gezählt. Folgende **Tätigkeitsfelder im Umgang mit Psychopharmaka** lassen sich unterscheiden:

- die Kooperation und Koordination mit Haus- und Fachärzt\*innen,
- die Handhabung der Medikation, inklusive Bedarfsgaben,
- die Patientenbeobachtung.

Die genannten Aufgabenbereiche sind mit Blick auf die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) generell von Belang. Im Umgang mit Psychopharmaka bestehen jedoch **spezifische Herausforderungen**, auf die wir im Folgenden genauer eingehen und zu denen wir Ihnen jeweils **Handlungsvorschläge** präsentieren.

### 5.1.1 Kooperation und Koordination mit Haus- und Fachärzt\*innen

*Aus der Praxis: Es ist 9 Uhr. Frau Meier, Wohnbereichsleiterin im Haus Wiesengrund, begrüßt Herrn Dr. Schneider, der die meisten Bewohner\*innen der Einrichtung neurologisch betreut. Während der Sichtung der schriftlichen Dokumentation und des Gangs über den Wohnbereich vermerkt Frau Meier die Medikamentenänderungen, die Herr Dr. Schneider veranlassen möchte. Im Anschluss an die Visite faxt Frau Meier die Medikationsänderungen an die Praxis von Herrn Dr. Schneider. Dort werden die Rezepte ausgestellt und am Nachmittag von der Apotheke abgeholt.*

Pflegefachkräfte und Pflegekräfte in der stationären und ambulanten Langzeitpflege sehen sich im Versorgungsalltag einer Vielzahl von Herausforderungen gegenüber, wenn es darum geht, Kommunikation und Kooperation mit Blick auf das Ineinandergreifen von pflegerischer und die ambulant-ärztlicher Versorgung sicherzustellen. Hierzu zählen:

- die **Suche nach Haus- und Fachärzt\*innen**, die bereit sind, Hausbesuche bzw. Besuche in der Einrichtung zu machen,
- die **Organisation von Arztbesuchen** in der Arztpraxis und **Visitenterminen** in der Häuslichkeit oder Pflegeeinrichtung,
- die **Kommunikation** von Ergebnissen der Patientenbeobachtung,
- die **Dokumentation und Koordination** der Umsetzung der im Rahmen der Visiten getroffenen Maßnahmen,
- die **kurzfristige** Abstimmung und Umsetzung von **Medikamentenänderungen** auch außerhalb von Arztbesuch, Visite oder Hausbesuch,
- die **Aktualisierung von Medikationsplänen** (häufig übernehmen es Einrichtungen auch, die weiteren an der Versorgung beteiligten **Haus- und/oder Fachärzt\*innen** über Veränderungen der Medikation zu informieren),
- die Einbeziehung von **Angehörigen** und **rechtlichen Betreuer\*innen** (vgl. auch Kapitel 5.4),
- die Anregung von **Medikationsanalysen** bzw. einer **Überprüfung** der Notwendigkeit der bestehenden Medikation.

Im Folgenden gehen wir detaillierter auf Herausforderungen im Zusammenhang mit der **ambulant-ärztlichen Behandlung**, dem Ineinandergreifen ärztlicher und pflegerischer **Verantwortungsbereiche** sowie einige „best practices“ in der Kooperation ein.

Ambulant-ärztliche Betreuung

Für die stationäre wie die ambulante Pflege lässt sich grundsätzlich sagen: Je größer die **Zahl der behandelnden Ärzt\*innen**, mit denen eine Einrichtung zu tun hat, desto größer sind die Herausforderungen und der Aufwand für Kooperation und Koordination.

→ **Empfehlung:** Handlungsmöglichkeiten von Einrichtungen zur Gewinnung von Ärzt\*innen sind begrenzt. Mit der neuen Regelung zum **Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 2 SGB V** besteht jedoch zumindest für stationäre Einrichtungen und dort insbesondere für große Träger die Möglichkeit, zu versuchen, **selbst Ärzt\*innen anzustellen**, wenn keine entsprechenden Verträge abgeschlossen werden können.

Ärztliche und pflegerische Verantwortungsbereiche bei Veränderungen der Medikation

Aufgrund der Schwierigkeit Behandler\*innen zu finden und wegen des Aufwands der Entwicklung entsprechender Kooperationsbeziehungen haben stationäre und ambulante Einrichtungen meist ein Interesse, einmal etablierte Kooperationen zu erhalten. Dies kann dazu führen, dass Einrichtungen es vermeiden, ärztliches Handeln in Frage zu stellen.

Kommunikation mit Fingerspitzengefühl

Ein sensibles Feld ist in diesem Zusammenhang die **Kommunikation** über Ergebnisse der Patientenbeobachtung, pflegerische Einschätzungen und zu ergreifende medizinische Maßnahmen **an Ärzt\*innen**. Für Einrichtungen geht es darum, wichtige Informationen zielgerichtet zu übermitteln und zeitnah Antworten zu erhalten, mit denen sie weiterarbeiten können.

→ **Empfehlung:** Hilfreich für eine strukturierte und die Kooperationsbeziehung wenig belastende Kommunikation kann die Nutzung von **Formulierungsvorschlägen und Textbausteinen** sein. Sie können z.B. genutzt werden, um Beobachtungen zur aktuellen Behandlungssituation mitzuteilen und das weitere Vorgehen zu erfragen. In Fällen, in denen die Kommunikation ausschließlich per Fax oder E-Mail erfolgt, können hierfür **Formulare** genutzt werden.

Auch **Fortbildungen** für Pflegefachkräfte zur Kooperation und Kommunikation mit den kooperierenden Ärzt\*innen können hilfreich sein.

Falls die Qualität des Kooperationsverhältnisses es gestattet, können Ärzt\*innen auch auf Listen zu potenziell inadäquater Medikation für alte Menschen hingewiesen werden, sogenannte **PIM-Listen** (z.B. die PRISCUS-Liste, die „AMTS-Merkkarte“ oder die FORTA-Liste – vgl. Kapitel 7).

Möglich ist auch die Einbeziehung einer **Apotheke**, die die Medikation analysiert und Ärzt\*innen eine Rückmeldung gibt.

Verantwortung der Pflege

In der alltäglichen Praxis tut sich ein Graubereich bei der **Abgrenzung ärztlicher und pflegerischer Verantwortung** auf: Zwar liegt die Anordnungsverantwortung auf ärztlicher und die Durchführungsverantwortung auf pflegerischer Seite. Doch indem es der Pflege obliegt, einzuschätzen, ob ein Arzt oder eine Ärzt\*in hinzuzuziehen ist, und bei der Kontaktaufnahme die Ergebnisse der Patientenbeobachtung zu übermitteln, kommt ihr eine **gestaltende Rolle** zu, die letztlich nicht nur pflegerische, sondern auch medizinische Implikationen hat.

Diese Rolle können Pflegefachkräfte – auch in Abhängigkeit von der Qualität der Kooperationsbeziehung und dem ärztlichen Umgang mit dieser – unterschiedlich ausfüllen. In der PhasaP-Studie fanden wir sowohl Beispiele für eine aktive Rollengestaltung wie auch Beispiele, in denen die ärztlichen Entscheidungen hierfür keinerlei Raum ließen.

**Hinweis:** Wenn ärztliche Anordnungen Patient\*innen gefährden, sind Pflegefachpersonen verpflichtet, die **Umsetzung zu verweigern** und dies schriftlich anzuzeigen (Remonstration) [13].

→ **Empfehlung:** Eine **aktive Rollengestaltung** kann das **berufliche Selbstverständnis und -bewusstsein** stärken. Sie wird erleichtert, wenn vorhandene pflegefachliche Kompetenzen (auch im Zusammenhang mit der Einschätzung möglicher Medikamentenwirkungen) sowie der Beitrag der Pflege für die Versorgungsqualität ärztlicherseits anerkannt werden und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe erfolgt.

#### *Ändern und Einstellen der Medikation*

Von besonderer Bedeutung ist die Qualität der Zusammenarbeit von Ärzt\*innen und Pflegefachpersonen für das **Zustandekommens der Medikation** – und damit auch für eventuelle Medikamentenfolgen. Auch hier handelt es sich um ein generelles Thema der Arzneimitteltherapiesicherheit. Aufgrund der Eingriffstiefe, besonderen Risiken und ethischen Fragen im Zusammenhang mit psychotropen Medikamenten verdient dieses Thema, hier eigenständig behandelt zu werden.

Ein Vorbehalt, eine ärztliche Einschätzung zu erbitten, kann aus der Erfahrung erwachsen, dass die Einstellung einer psychopharmakologischen Medikation aus Sicht der Pflege manchmal einem ärztlichen „**Experimentie-**

**ren**“ zu gleichen scheint. Befürchtete physisch und psychisch stark belastende **Folgen** entsprechender Einstellungsversuche hätten in erster Linie die Pflegebedürftigen, deren soziales Umfeld, aber auch Pflegefachkräfte und Pflegekräfte zu tragen.

Solche **Befürchtungen können** im Einzelfall dazu führen, als Pflegefachkraft Hinweise an Ärzt\*innen zurückzuhalten, z.B. nicht auf die anhaltende Schläfrigkeit einer Bewohnerin einzugehen. So verständlich das Anliegen sein mag: In der Konsequenz kann es dazu führen, dass eine möglicherweise notwendige **Medikamentenanpassung verhindert wird**. Doch für eine gute Versorgung sind auch Ärzt\*innen auf die Zusammenarbeit mit der Pflege angewiesen.

→ **Empfehlung:** (Nur) wenn Pflegefachpersonen und Pflegekräfte sich ihres tatsächlichen **Einflusses auf die Gestaltung der Medikation** bewusst werden und diesen kritisch reflektieren, kann er für einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka genutzt werden.

Für Mitarbeitende, die diesen Gestaltungsspielraum als belastend erleben und sich durch die Verantwortung im Medikationsprozess überfordert fühlen und/oder diese nicht ausfüllen wollen oder können, wären gezielte Maßnahmen der **Qualifizierung oder Supervision** hilfreich. Im Einzelfall sollte geprüft werden, ob eine **Intervention** der Leitung bei ärztlichen Behandler\*innen angezeigt sein könnte.

Zur Aufklärung entsprechender Situationen kann eine **positive Fehlerkultur** bzw. eine Kultur des offenen Austauschs zwischen Leitung und Pflegefach- und Pflegekräften ebenso beitragen wie eine stabile und vertrauensvolle **Kommunikationsbasis** mit den behandelnden Ärzt\*innen.

Ein Sonderproblem stellt die pflegerische Begleitung einer medikamentösen Einstellung in Fällen dar, in denen stationäre oder ambulante Einrichtungen eine **Selbst- und/oder Fremdgefährdung** der Pflegebedürftigen befürchten. Nicht alle Einrichtungen bringen entsprechende personelle, fachliche und (im stationären Bereich) bauliche Voraussetzungen mit (z.B. barrierefreie Räumlichkeiten mit verletzungssicherer Einrichtung, Bewegungsmöglichkeiten o.ä.). Kann eine hinreichende Patientenbeobachtung und Versorgung dann nicht sichergestellt werden, liegt eine Krankenhauseinweisung nahe.

Zugleich sehen sich manche Einrichtungen mit einem **Mangel an Möglichkeiten der Weiterverweisung im Versorgungssystem** konfrontiert.

→ **Empfehlung:** Ein Mangel an Weiterverweisungsmöglichkeiten kann nur von sehr großen Trägern in Eigenregie behoben werden. Eine mittel- bis langfristige Strategie auf bessere Weiterverweisungsmöglichkeiten hinzuwirken, besteht darin, sich in **regionale oder sozialräumliche Versorgungsnetzwerke oder Verbünde mit geriatrisch-gerontopsychiatrischem Schwerpunkt** einzubringen (oder diese zu initiieren). Diese können den Zugang zu vorhandenen, für eine fachliche Begleitung medikamentöser Einstellungen potenziell hilfreicher Stellen (z.B. gerontopsychiatrische oder psychiatrische Institutsambulanzen, Konsiliardienste o.ä.) erleichtern oder den Rahmen für ihre Entwicklung bieten.

#### „Auf einen Blick“: Kooperation und Koordination

Bei der Kooperation und Koordination mit Haus- und Fachärzt\*innen bestehen vielfältige Herausforderungen für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Es gilt, die Pflegebedürftigen bei der Suche nach behandelnden Ärzt\*innen zu unterstützen und auch unter widrigen Bedingungen eine konstruktive, kooperationserhaltende Kommunikation zu entwickeln. Wichtig ist es zudem, sich der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten im sensiblen Zusammenspiel ärztlicher und pflegerischer Verantwortungsbereiche bewusst zu werden und diese verantwortungsvoll und aktiv zu gestalten. Hierzu gehört auch, in problematischen Versorgungssituationen Hilfe hinzuzuziehen. Bei all dem können sich Pflegeeinrichtungen, Leitungen, Fach- und Hilfskräfte u.a. auf folgende Instrumente stützen:

- Nutzung der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V, ggf. Arzt-Anstellung,
- Nutzung von Textbausteinen und Vorlagen für die Dokumentation der Patientenbeobachtung und die Kommunikation zwischen Visiten,
- Fortbildungen für Pflegefachkräfte zur Kooperation und Kommunikation,
- Hinweis auf PIM-Listen an Ärzt\*innen,
- Einbeziehung einer Apotheke zur Medikationsanalyse,
- Reflexion und aktive Gestaltung der pflegerischen Rolle beim Umgang mit Veränderungen der Medikation, ggf. Qualifizierung und Supervision,
- Entwicklung einer positiven Fehlerkultur,
- Beteiligung an sozialräumlichen Versorgungsnetzwerken und -verbänden.

Doch auch einer extern durchgeführten medikamentösen Einstellung stehen Einrichtungen manchmal skeptisch gegenüber: Mitunter besteht die Befürchtung, dass **Klient\*innen stark verändert und/oder mit sedierender Medikation** zurückkehren. Geschieht dies und ist der Grund für ausgeprägte Veränderungen im Verhalten nicht nachvollziehbar, kann dies stark verunsichern und das Vertrauen von Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen in die Versorgung belasten.

→ **Empfehlungen:** Gründe für überraschend auftretende und ausgeprägte Verhaltensveränderungen sollten stets aufgeklärt werden.

### 5.1.2 Handhabung psychopharmakologischer Medikation

Im Umgang mit Psychopharmaka stellen sich der Pflege dieselben Herausforderungen wie bei der AMTS generell: Die Pflege ist für die Durchführung der ihr durch ärztliche Anordnung übertragenen Maßnahmen verantwortlich (**Durchführungsverantwortung**). Im Umgang mit Psychopharmaka bestehen allerdings besondere Herausforderungen bei der **Medikamentengabe** und dem Umgang mit **Bedarfsmedikation**.

Zur Sicherstellung der AMTS bei der Medikamentengabe existieren unterschiedliche Fassungen der „R-Regeln“. Der 5-R-Variante zufolge müssen Patient\*in, Medikament, Dosierung, Darreichungsform und Zeitpunkt der Gabe mit der ärztlichen Anordnung übereinstimmen [21]. Bei **Anordnungen über die Gabe von Bedarfsmedikation** sind durch die Ärzt\*in 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 [21].

### Anpassung des Gabezeitpunkts bei fest ange-setzter Medikation

Im praktischen Umgang mit psychotroper Medikation kommt es manchmal dazu, dass Pflegefachpersonen den Zeitpunkt der Gabe punktuell anpassen, z.B. mit Blick auf die **Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus der Pflegebedürftigen**. Hintergrund einer vorgezogenen Gabe schlaffördernder Medikation kann das Anliegen sein, einen sich abzeichnenden Zustand großer Unruhe und damit die Gabe eines **Bedarfssedativums** zu **vermeiden**.

**Aus der Praxis:** Die Bewohnerin Frau Kaya hat ein Beruhigungsmittel zur Nacht verordnet bekommen, da sie unter starken Einschlafstörungen leidet. Als der Krankenpfleger Herr Tischler ihr an diesem Abend die Beruhigungstablette verabreichen will, schläft Frau Kaya bereits. Herr Tischler ist ratlos: Er möchte Frau Kaya nicht wecken, fühlt sich andererseits jedoch an die ärztliche Verordnung gebunden.

Unsicherheiten über den geeigneten **Umgang mit der ärztlichen Anordnung** entstehen häufig auch dann, wenn die pflegebedürftige Person zum eigentlich vorgesehenen Gabezeitpunkt schläft – einmalig oder auch regelmäßig.

Selbst erfahrene Pflegefachpersonen sind in solchen Fällen manchmal verunsichert, ob sie das Medikament **früher, gar nicht oder nach Wecken** geben sollen.

Arztpraxen sind zu solchen Zeiten selten zu erreichen. Eine Abklärung mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst scheint mitunter unverhältnismäßig und ist – je nach Erreichbarkeit – zeitaufwändig. So kommt es vor, dass Pflegebedürftige für die Gabe einer schlafförderlichen Medikation geweckt werden.

In solchen Fällen sollte jedoch stets kritisch geprüft werden, ob dieses Vorgehen wirklich dem **Wohl der pflegebedürftigen Person** dient oder ihm nicht eher entgegensteht: So sollten sedierende Medikamente nicht an bereits sedierte Personen verabreicht werden, und es stellt sich die Frage, in welchen Fällen es dem Patientenwohl förderlich sein könnte, für die Gabe sedierender Medikation geweckt zu werden.

Voraussetzung für eine kritische Prüfung des eigenen Vorgehens ist die **Dokumentation** der Situation. Nur so kann die Problematik an den oder die behandelnde Ärztin **kommuniziert** und gegebenenfalls ärztlicherseits die Verordnung den Behandlungserfordernissen mit Blick auf das Wohlergehen des oder der pflegebedürftigen Person **angepasst** und künftige Unsicherheit vermieden werden.

→ **Empfehlung:** Um einen möglichst adäquaten Umgang mit Psychopharmaka zu befördern, sollten Situationen eigenständig vorgenommener, jedoch nicht dokumentierter Anpassungen der Medikation im Rahmen einer positiven Fehlerkultur identifiziert, ihre Gründe aufgeklärt und gemeinsam eine geeignete, sichere und praktikable Umgangsweise für solche Situationen entwickelt werden.

Die beschriebenen Herausforderungen in der Handhabung psychotroper Medikation können sich insbesondere bei **Pflegebedürftigen mit komplexen Problemlagen** ergeben. Hier sollte genau geprüft werden, ob vorhandene Instrumente wie Fallvisiten oder Fallbesprechungen hinreichend sind, oder **weiterer Beratungsbedarf** besteht, um das Versorgungsarrangement für diese Patient\*innen anzupassen.

→ **Empfehlung:** Eventuell kann es hilfreich sein, soweit regional verfügbar, **externe Unterstützung** hinzuzuziehen, z.B. durch konsiliarische Dienste gerontopsychiatrischer Institutsambulanzen, gerontopsychiatrische Fachberatung o.ä.

Zu beachten ist, dass die Aufmerksamkeit auf als besonders herausfordernd erlebte Fallkonstellationen dazu führen kann, dass **als „unauffällig“ geltende Bewohner\*innen bzw. Klient\*innen** aus dem Blick geraten. Auch bei diesen sollte jedoch die Angemessenheit der (psychopharmakologischen) Medikation regelmäßig geprüft werden. Dies bedarf bewusster Aufmerksamkeit.

#### Umgang mit Bedarfsmedikation

Im Bereich der Psychopharmaka stellen Psycholeptika eine häufig für den Bedarfsfall verordnete Medikamentengruppe dar. Ärztliche Verordnungen sind dabei mitunter stark interpretationsbedürftig, z.B. wenn sie nur allgemeine Beschreibungen der Bedarfsituation enthalten wie „bei Unruhe“, „bei starker Unruhe“, „bei Angst und Erregung“, „bei Schlafstörungen“, „bei aggressivem Verhalten“.

Doch was bedeutet „Unruhe“? Wann ist „Unruhe“ stark? Was ist mit „aggressivem Verhalten“ gemeint? Verbale oder körperliche Angriffe? Wie macht sich „Erregung“ bei einer bestimmten Person bemerkbar, wie Angst? Wird dies von allen Mitarbeitenden identisch ausgelegt? Wie wird mit unterschiedlichen Einschätzungen umgegangen? Welche Maßnahmen sind vor einer medikamentösen Intervention zu erproben?

**Aus der Praxis:** Die Pflegefachkraft Frau Yilmaz bereitet gerade die Visite der Ärztin vor, als Herr Schmidt, der als Pflegekraft auf dem Wohnbereich arbeitet, sie aufgeregt anspricht: Der Bewohner Herr Kraft sei sehr unruhig und laut, so dass Herr Schmidt sich nicht um die anderen Bewohner\*innen kümmern könne. Diese fühlten sich ebenfalls gestört. Herr Schmidt fragt Frau Yilmaz, ob diese Herrn Kraft eine beruhigende Bedarfsmedikation geben könne. Frau Yilmaz schaut in die Akte von Herrn Kraft. Dort ist die Bedarfsgabe „bei starker Unruhe“ indiziert. Nachdem sie geklärt hat, dass Herr Kraft sich nicht aggressiv verhält, beschließt sie, dass zunächst eine Betreuungskraft versuchen soll, die Gründe für die Beunruhigung von Herrn Kraft herauszufinden und ihn ggf. einzeln zu beschäftigen. Wenn dies nicht helfe, solle Herr Schmidt sie noch einmal ansprechen.

Pflegefachkräfte sehen sich zudem gelegentlich mit **Anfragen von Pflegekräften** konfrontiert, die ein Verhalten einer pflegebedürftigen Person als Bedarfssituation interpretieren, ohne sich dabei auf eine genaue Definition beziehen zu können. Der Fachkraft obliegt es dann, die Übereinstimmung der Interpretation der Pflegekraft mit der intendierten, aber womöglich nicht genau in der ärztlichen Anordnung festgehaltenen Bedarfssituation abzugleichen.

Eine eher allgemeine Definition erlaubt es, im Einzelfall **Kontextinformationen** und schwer zu operationalisierende, vielleicht **unbewusste Wahrnehmungen** des Zustands einer Person zu berücksichtigen. Damit erweitert sich der **Verantwortungs- und Entscheidungsspielraum** und damit der Einfluss der Pflege auf den Umgang mit der Medikation deutlich.

Dabei ist nicht immer bewusst, dass auch die Gabe eines Psychopharmakons potenziell eine **freiheitsentziehende Maßnahme (FEM)** darstellen kann. Seine Gabe stellt nur bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation, im Rahmen eines unter Abwägung möglichen Schadens und Nutzens erstellten medizinischen Behandlungsplans, eine medizinische Maßnahme dar. Diese setzt zudem das Einverständnis der pflegebedürftigen Person bzw. der von dieser rechtlich bevollmächtigten Person voraus.

→ **Empfehlung:** Die Durchführungsverantwortung kann nur übernommen werden, wenn die Anordnungsverantwortung angemessen wahrgenommen wurde. Neben **genauen Angaben zur Bedarfssituation** setzt dies auch Angaben zur **Höchstdosis** sowie zur **maximalen Dosierung in 24 Stunden** voraus. Auch sollte die ärztliche Anordnung im Rahmen eines **indikationsbezogenen schriftlichen Behandlungsplans** erfolgen. Es sollte zudem geklärt und schriftlich festgehalten werden, welche **alternativen Maßnahmen** zunächst zur Anwendung kommen können und sollen.

Das Bewusstsein für den potenziell **freiheitsentziehenden Charakter** psychotroper Medikation sollte weiter gestärkt werden, beispielsweise durch Fortbildungen.

**Instrumente** wie Fallkonferenzen, kollegiale Beratungen oder die Hinzuziehung gerontopsychiatrischer pflegerischer und medizinischer Expertise bieten das Potenzial, die Handlungssicherheit der Beteiligten zu stärken und zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beizutragen.

### Beziehungsgestaltung als Voraussetzung der Medikamentengabe

Die Medikamentengabe – das heißt, die Anleitung, Beaufsichtigung, Motivation und praktische Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten – stellt eine pflegerische Interaktion dar, die das **Zusammenwirken von Pflegefachkraft und pflegebedürftiger Person** voraussetzt. Insbesondere bei Menschen mit Demenz kann eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen dieser Interaktion sein, dass eine **vertrauensvolle Beziehung** besteht. Nicht immer erlauben es die Rahmenbedingungen im pflegerischen Alltag eine solche Beziehung zu entwickeln. Insbesondere wenn Fachkräfte nicht in die Grundpflege eingebunden sind, können hier Schwierigkeiten entstehen.

→ **Empfehlung:** Auch Behandlungspflege findet im Rahmen von Beziehung statt und setzt neben dem grundsätzlichen Einverständnis der pflegebedürftigen Person die **Entwicklung einer hinreichenden Vertrauensbasis** für ein produktives Zusammenwirken von pflegebedürftiger Person und Pflegefachkraft und entsprechende **Rahmenbedingungen** voraus. Ob letztere gegeben sind, kann beispielsweise im Kontext einer Implementierung des Expertenstandards zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz geprüft werden.

### „Auf einen Blick“: Handhabung psychopharmakologischer Medikation

Pflegefachkräfte müssen beim Umgang mit psychotroper Medikation im Rahmen ihrer Durchführungsverantwortung vielfältige Entscheidungen treffen. Diese beziehen sich in der Regel darauf, die ärztliche Verordnung und die konkret gegebene Situation zueinander ins Verhältnis zu setzen. Dies betrifft insbesondere Fragen des Weglassens einer Gabe sowie den Umgang mit Bedarfsmedikation: Je weniger genau eine Bedarfssituation definiert ist, desto größer ist die der Fachkraft zufallende Interpretations- und Entscheidungsnotwendigkeit. Der fachliche Austausch über den Umgang mit Bedarfssituationen kann Pflegefachkräfte – und auch Pflegekräfte – in ihrer Handlungssicherheit und -fähigkeit stärken. Neben der medizinischen Begründetheit und hinreichend differenzierten ärztlichen Anordnung von Bedarfsmedikation kann dies für einen möglichst angemessenen Umgang mit Psychopharmaka förderlich sein. Zentral bei der Handhabung psychopharmakologischer Medikation ist zudem die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegefachkraft und pflegebedürftiger Person. Folgende Instrumente können bei der Umsetzung der genannten Erfordernisse hilfreich sein:

- Identifikation von Situationen eigenständig vorgenommener, undokumentierter Anpassungen der Medikation im Rahmen einer positiven Fehlerkultur, Aufklärung von Gründen und Entwicklung geeigneter, sicherer und praktikabler Umgangsweisen,
- Nutzung von Instrumenten wie Fallkonferenzen, kollegialer Beratung, Checklisten u.ä. zur Klärung möglicher Gründe für das Eintreten vermeintlicher Bedarfssituationen und schriftliche Festlegung zunächst anzuwendender Maßnahmen,
- Verankerung interner gerontopsychiatrischer Expertise, z.B. durch Einstellung gerontopsychiatrischer Fachkräfte bzw. Unterstützung entsprechender Qualifizierungsmaßnahmen
- Hinzuziehung externer Unterstützung (soweit regional verfügbar), z.B. Konsile gerontopsychiatrischer Institutsambulanzen, gerontopsychiatrische Fachberatung o.ä.,
- Hinwirken auf angemessene ärztliche Anordnung (genaue Angaben zur Bedarfssituation (Ausprägung, Dauer), Höchstdosis, maximalen Dosierung in 24 Stunden innerhalb eines indikationsbezogenen schriftlichen Behandlungsplans),
- Stärkung des Bewusstseins für den potenziell freiheitsentziehenden Charakter psychotroper Medikation (z.B. durch Fortbildungen),
- Ermöglichung adäquater Beziehungsgestaltung in der Pflege, z.B. durch Implementierung des Expertenstandards zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz.

### 5.1.3 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 Facharzt\*innen ist eine wichtige Aufgabe der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka.

**Aus der Praxis:** *Frau Wang, langjährig als Pflegekraft auf dem Wohnbereich tätig, hatte in der Übergabe am Vortag berichtet, dass Frau Fink in letzter Zeit apathisch wirke und dass ihr, die immer gut gegessen hat, kein Essen mehr schmecke. Der Neurologe Herr Dr. Schneider wirft einen kurzen Blick in die Dokumentation und verordnet eine Reduzierung der Dosis des bei der letzten Visite neu angesetzten Medikaments. Die Wohnbereichsleiterin Frau Meier teilt der Pflegefachkraft die Medikationsänderung mit und bittet sie, Veränderungen des Zustands von Frau Fink zu dokumentieren. Diese gibt die Information direkt an Frau Wang sowie in der Übergabe weiter. Als Frau Fink nach einer Woche noch immer apathisch wirkt, ruft Frau Meier in der neurologischen Praxis an. Da sie Herrn Dr. Schneider nicht erreicht, schickt sie ein Fax, in dem sie die Beobachtungen schildert, die ihr die Pflegehilfskräfte weitergegeben haben, fragt, ob die Dosis des reduzierten Medikaments möglicherweise weiterhin zu hoch sein könnte und bittet um eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen. Herr Dr. Schneider bestätigt handschriftlich per Fax und passt die Verordnung erneut an. Nach einer weiteren Woche scheint Frau Fink wieder „die Alte“ zu sein, auch in ihren Vitalwerten zeigen sich keine Auffälligkeiten mehr.*

Bei der Patientenbeobachtung sind Fachkräfte in der Regel auf die Beobachtungen der weiteren an der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung Beteiligten angewiesen – z.B. der Pflegekräfte, Hauswirtschaftskräfte, Betreuungskräfte. Auch Angehörige können hier Wichtiges beitragen. Je nach Organisation der Abläufe verbringen Pflege- und Betreuungskräfte in der Regel mehr **Zeit** mit den Pflegebedürftigen als Fachkräfte und haben daher eher Gelegenheit, Veränderungen des Verhaltens zu beobachten. Sie verfügen jedoch nicht immer über **Informationen** zu erfolgten Medikationsänderungen oder zu möglichen Medikamentenwirkungen. Über Letztere werden auch die Pflegefachkräfte von den behandelnden Ärzt\*innen im Zuge der **Visiten** nicht immer informiert, so dass die eigene medikamentenbezogene Fachlichkeit von großer Bedeutung für eine adäquate Patientenbeobachtung ist.

Zu beachten sind darüber hinaus mögliche Störungen des Kommunikationsflusses, z.B. aufgrund sprachlicher Barrieren, einer hohen personellen Fluktuation oder von Teamkonflikten.

➔ **Empfehlung:** Für stationäre und ambulante Einrichtungen erwächst aus dieser Konstellation die Aufgabe, diejenigen, die die meiste Zeit mit den Pflegebedürftigen verbringen und in der Regel – nicht immer! – die geringste formale Qualifikation aufweisen zur genauen Beobachtung, Dokumentation und Kommunikation zu **befähigen** und entsprechende **Kommunikationswege und --gelegenheiten sicherzustellen** (z.B. Einbindung von Betreuungs- und Pflegekräften in Übergaben, Einbindung von Hauswirtschaft und Reinigung). ...

... Unterstützend kann hierzu auf Instrumente zur Patientenbeobachtung zurückgegriffen werden, wie sie in Pflege-Dokumentationssystemen bereits oft integriert sind. **Formulierungshilfen** können eine einheitliche Formulierung von Beobachtungen und entsprechende Kommunikation der Verläufe an ärztliche Behandler\*innen erleichtern.

Einen wichtigen Beitrag für eine hohe Qualität der Versorgung von Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen können Pflegekräfte mit **Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft** und **Mitarbeitende mit besonderer pharmakologischer Expertise** leisten, die für interne Beratung und möglicherweise auch In-House-Fortbildungen zur Verfügung stehen. Je nach Interesse und ökonomischen Möglichkeiten des Trägers kann hier auch die Schaffung von Beauftragten- oder Stabstellen, z.B. im Sinne einer Teilfreistellung als **interne Fachberatung** o.ä. erwogen werden. Hier liegen große Potenziale für die Weiterentwicklung trägereigener Strukturen und Prozesse und eine spezifische Profilbildung.

Im ambulanten Bereich stellt sich die Situation schwierig dar, da hier die Möglichkeiten im Rahmen von Leistungskomplexen (wie dem Stellen und der Verabreichung von Medikamenten) Verhaltensveränderungen zu beobachten ausgesprochen begrenzt sind.

## 5.2 Begleitung bei Umzug oder erstmaliger Inanspruchnahme professioneller Pflege

Der Umzug in ein Pflegeheim oder eine Wohngemeinschaft oder die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes können Betroffenen **Sicherheit** im Hinblick auf die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgungssituation geben **und neue Möglichkeiten** bieten, zum Beispiel für soziale Kontakte oder Aktivitäten.

**Aus der Praxis:** Herr Baumann wohnt seit zwei Wochen in der stationären Einrichtung „Schönhausen“. Seine Söhne haben ihn aufgrund seiner zunehmenden kognitiven Einschränkungen in die Einrichtung gebracht, sich aber nicht getraut, dies vorher mit ihm abzusprechen. Er ist sehr wütend auf seine Söhne, hat den Wunsch, nach Hause zurückzukehren und beschimpft häufig die Pflegekräfte. Nur der Pflegekraft Frau Petrow gelingt es, ins Gespräch mit ihm zu kommen. In einer Fallbesprechung im Team wird vereinbart, dass Frau Petrow die Einzelbetreuung von Herrn Baumann übernehmen soll. Frau Petrow hat ein offenes Ohr und achtet auf einen konstruktiven Umgang mit seinen Sorgen, erfragt seine Biografie und die von ihm gewünschten Aktivitäten und übergibt diese an die leitende Pflegefachkraft. Außerdem versucht sie nach und nach, ihn in die Gemeinschaft zu integrieren.

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: Vermisst werden die bislang vertraute Umgebung und die vertrauten Abläufe. Es kann herausfordernd sein, in bislang ungewohnter Weise auf die Hilfe (unbekannter) Dritter angewiesen zu sein und mit möglichen Einschränkungen der selbstbestimmten Lebensführung umzugehen. 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 depres-

siver Gestimmtheit. Angst, Nervosität, Anspannung oder Unruhe sind weitere mögliche Reaktionen. Auch für Angehörige kann dies eine schwierige Phase sein, und mitunter gerät die Beziehung zwischen der pflegebedürftigen Person und ihrem sozialen Umfeld in eine Krise. Für **Mitarbeitende** stellt die Begleitung dieses Abschnitts immer wieder eine Herausforderung dar. Einer möglichst guten Begleitung der Eingewöhnungsphase kommt daher große Bedeutung zu.

Auch bei den **MDK-Prüfungen** im stationären Setting liegt mittlerweile ein Augenmerk auf der zielgerichteten Unterstützung in dieser Phase.

→ **Empfehlung:** In **Konzepten** können stationäre und ambulante Einrichtungen die wichtigsten Schritte und Verantwortlichkeiten festlegen, die nötig sind, um das Ankommen der Pflegebedürftigen in der neuen Situation zu begleiten. Darüber hinaus kann die Eingewöhnungsphase auch im Rahmen einer Implementierung des **Expertenstandards zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz** besondere Aufmerksamkeit erhalten. Ein **einfühlsamer Umgang** mit Verlust und Trauer durch entsprechend fortgebildetes und sensibilisiertes Personal, **feste Ansprechpersonen** sowie spezifische **Gesprächs- und Kreativangebote können den Einzug erleichtern**. Wichtig ist, dass neue Beziehungen aufgebaut werden können. Je nach Interesse und Zusammensetzung der Bewohnerschaft sind auch **Patenschaftsmodelle** für die Phase des Ankommens denkbar.

In stationären Einrichtungen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften stellt der Einzug eine **sensible Phase** im Umgang mit Psychopharmaka dar. Üblicherweise fällt in diese Zeit die **Überprüfung** der vorhandenen

bzw. im vorangegangenen Versorgungssetting angesetzten Medikation durch Ärzt\*innen. Gegebenenfalls wird in dieser Phase auch die **Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung** der möglichen depressiven Gestimmtheit, Nervosität, Anspannung oder Unruhe abgeklärt.

→ **Empfehlung:** Insbesondere, wenn es um Angst und Unruhe geht, sollte besonderer Wert auf eine **gründliche ärztliche Abwägung** des Verhältnisses von Schaden und Nutzen gelegt werden. Zu bedenken ist, dass die spätere Reduzierung oder das Absetzen einer in der Eingangsphase verordneten Medikation nicht immer gelingt. Im Falle einer medikamentösen Begleitung der Eingewöhnungsphase sollte unbedingt auf eine **regelmäßige Überprüfung** der Medikation geachtet werden.

### 5.3 Beziehungsgestaltung in der Pflege: verstehende Grundhaltung

Auch die in einer Einrichtung verwirklichte **Haltung** gegenüber pflegebedürftigen Menschen und insbesondere gegenüber Menschen mit demenzieller Erkrankung ist von Bedeutung für den Umgang mit Psychopharmaka.

**Aus der Praxis:** *Frau Krause kommt wie immer morgens in das Zimmer von Frau Heinz, um sie zu waschen. Doch diesmal verweigert sich Frau Heinz. Sie ruft: „nein, nein!“ und schlägt nach Frau Krause. Als Frau Krause sich zurückzieht und überlegt, warum Frau Heinz so reagiert, fällt ihr ein, dass sie eine Maske trägt und Frau Heinz Hörschwierigkeiten hat. Sie geht wieder zu Frau Heinz und macht ihr mit dem Waschlappen vor, wie sie ihr eigenes Gesicht wäscht. Dann gibt sie ihr den Waschlappen in die Hand. Frau Heinz wirkt nun beruhigt und lässt sich von Frau Krause waschen.*

Situationen, in denen das **Handeln** pflegebedürftiger Menschen (zunächst) unverständlich erscheint, sind in der Langzeitpflege häufig; dies gilt insbesondere, wenn die Betroffenen in ihren kognitiven Funktionen beeinträchtigt und in der Folge in ihren Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Manche Verhaltensweisen sind nicht nur schwer zu verstehen, sondern können auch belastend sein. Sie stellen dann häufig eine Herausforderung für das soziale Umfeld der Betroffenen und die in Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft Tätigen dar. Auch die **Durchführung der Pflege** kann erschwert sein oder gar unmöglich erscheinen, zumal wenn sie eingebettet in bestimmte Ablauf-routinen und unter hohem Zeitdruck erfolgen soll.

Häufig bestehen **Dilemmata mit weiteren pflegerischen Zielen** beispielsweise der Sicherstellung von Hygiene, Ernährung, physischer Gesundheit oder Sicherheit der pflegebedürftigen Person oder Dritter, der Aufrechterhaltung eines verträglichen Miteinanders in der Wohneinheit. Auch das (unterschiedliche) Belastungserleben der Pflegenden kann eine Rolle spielen.

Eine Folge solch schwieriger Konstellationen 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 in der Pflege Tätigen dar und erfordert einen professionellen Umgang wie auch entsprechende Rahmenbedingungen.

Immer wieder kommt es vor, dass zur Vorbeugung oder Abhilfe solcher Konstellationen eine **psychopharmakologische Behandlung** der Pflegebedürftigen erfolgt. Dauerhaft oder bei Bedarf angesetzte Medikation soll Personen, die beispielsweise eine starke Unruhe erleben, dazu verhelfen, „zur Ruhe zu kommen“ oder „ausgeglichener“ zu werden.

Eine psychopharmakologische Behandlung birgt jedoch stets das **Risiko** schädlicher Folgen potenzieller Neben- und Wechselwirkungen für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenserwartung der Patient\*innen, weshalb im Rahmen der ärztlichen Behandlungsplanung stets eine Abwägung von möglichem Nutzen und Schaden erfolgen sollte. Zu Bedenken ist zudem, dass auch die Verordnung und Gabe psychopharmakologischer Medikamente eine freiheitsentziehende Maßnahme (FEM) darstellen kann, wenn sie nicht im Rahmen einer medizinischen Behandlung erfolgt.

→ **Empfehlung:** Wie in den letzten Jahren bereits der Bereich der mechanischen FEM verdient auch die Problematik medikamentöser FEM weitere und stärkere **Aufmerksamkeit** und eine beständige Überprüfung der eigenen Handlungspraxis. Hilfreich kann die „**Leitlinie FEM**“ [19] sein, die eine Reihe möglicher Interventionen zur Reduktion von FEM vorstellt. Auch die BIVA informiert zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und nimmt dabei die Gratwanderung zwischen Schutz und Selbstbestimmung Pflegebedürftiger in den Blick [5].

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. Es geht darum, die **Bedeutung** des

zunächst unverständlich erscheinenden Handelns zu **verstehen**. Wenn möglich, kann dies durch unmittelbare Ansprache in angemessenem Rahmen (Zeit, Ruhe, eigener Raum) erfolgen.

**Aus der Praxis:** Nach dem Mittagessen im Gemeinschaftsraum räumt Frau Demir die Teller der Bewohner\*innen ab. Als sie den Teller von Herrn Müller nehmen will, hält dieser seinen Teller fest, beschimpft sie und droht ihr Gewalt an. Manche Situationen, wie das gemeinschaftliche Essen, rufen bei Herrn Müller Erinnerungen an seine Kindheit im Krieg hervor, als er aufpassen musste, dass niemand ihm sein Essen stiehlt. Seit Frau Demir ihn vorher fragt „Sind Sie fertig? Kann ich den Teller mitnehmen?“, ordnet Herr Müller die Situation anders ein und gibt ihr den Teller. Frau Demir weiß nichts über die Kindheit von Herrn Müller. Sie hat aber Verschiedenes ausprobiert, um die Situation zu verändern.

Wo eine lautsprachliche Verständigung mit Worten schwierig ist, gewinnen die genaue **Beobachtung und Dokumentation** der entsprechenden Situationen und Verhaltensweisen und **Einfühlung** an Bedeutung: Wann und unter welchen Bedingungen kommt es zu einem bestimmten Verhalten? Was könnte der Grund dafür sein?

➔ **Empfehlung:** Um sich einem Verständnis zunächst unverständlich erscheinender Verhaltensweisen anzunähern, kann, auch unter Zuhilfenahme von **Checklisten**, systematisch nach möglichen Gründen gesucht werden.

Solche Gründe können zum Beispiel sein:

- **physiologische Bedürfnisse** (Hunger, Durst, Müdigkeit, Ausscheidung, Bewegung; akustische, visuelle, haptische Über- oder Unterforderung),

- **psychische Bedürfnisse/Emotionen** (Angst, Langeweile, Wut, Neugier, Freude, Trauer, Zufriedenheit, Verwirrung, Hilflosigkeit, Frustration),
- **soziale Bedürfnisse** (Beziehung, Geselligkeit, Zuwendung),
- **Gesundheitszustand** (Schmerzen, Infekt, Delir, Dehydrierung), **sensorische Einschränkungen** (Sehvermögen, Gehör, Gleichgewichtssinn),
- **biographische Aspekte** (Gewohnheiten, positive oder negative Erinnerungen) u.a.m.

➔ **Empfehlung:** Alleine oder im Team sowie unter Einbeziehung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen kann eine **Verstehenshypothese** im Sinne der person-zentrierten Pflege entwickelt werden.

Sind mögliche Gründe für das als herausfordernd erlebte Verhalten gefunden, kann versucht werden, **Abhilfe** zu schaffen, nach **Alternativen** zu suchen oder das eigene Handeln zu verändern. Möglicherweise erfordert dies auch kreative Lösungen und eine **Anpassung** struktureller, personeller oder organisatorischer Rahmenbedingungen.

Im Sinne der Verwirklichung von **Beziehungsorientierung als Haltung** sollte darauf geachtet werden, das Verstehen nicht ausschließlich als technisch-fachliches Ziel zu begreifen, sondern als Anliegen einer auf das Verstehen des Anderen als einzigartigem Gegenüber gerichteten Haltung. Letztlich setzt deren Verwirklichung eine entsprechende, person-zentrierte **Einrichtungskultur** voraus [9].

Nicht jedes Verhalten des Gegenübers wird sich verstehen lassen – das gilt für jegliche soziale Begegnung. Eine Aufgabe in der Pflege ist es daher auch, **Verschiedenheit und Fremdheit** auszuhalten und dennoch in Beziehung zu treten.

Eine weitere Herausforderung in der Begleitung von Menschen mit Demenz liegt darin, 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.

➔ **Empfehlung:** Hilfreich können – neben entsprechend hoch qualifiziertem Personal – fortlaufende Angebote zur **Fortbildung, Supervision oder der kollegialen Beratung** sein, die es allen in Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung, etc. Tätigen ermöglichen, die notwendigen Kompetenzen für den Umgang mit den kommunikativen, emotionalen und leiblichen Anforderungen einer beziehungsorientierten Versorgung zu erwerben.

Einen grundlegenden Vorschlag, in Einrichtungen eine zugewandte und verstehende Haltung zu implementieren, die „auf der Entwicklung einer Hypothese über Erleben, Sinnggebung und Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz“ beruht, stellt der „**Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz**“ [11] dar.

#### 5.4 Einbeziehung von Angehörigen und rechtlichen Betreuer\*innen

Die Einbeziehung von Angehörigen und rechtlichen Betreuer\*innen spielt für den Umgang mit Psychopharmaka in zweierlei Hinsicht eine Rolle:

- im Zusammenhang mit dem **An- und Absetzen psychopharmakologischer Medikation** (sofern eine Vollmacht für die Vertretung im Bereich der Gesundheitsversorgung besteht),

- im Zusammenhang mit einer **verstehenden Haltung gegenüber** Menschen mit demenzieller Erkrankung, v.a. im Hinblick auf die Entwicklung von Verstehenshypothesen.

##### 5.4.1 An- und Absetzen von Medikamenten

**Aus der Praxis:** Die Pflegedienstleitung Frau Nowak steht unter Zeitdruck: Zwei Mitarbeiterinnen haben sich krankgemeldet und eine Krankenhauseinweisung muss überraschend koordiniert werden. Da klopft der Sohn und rechtliche Betreuer von Frau Vogel an die Tür. Er will dringend darüber sprechen, dass seine Mutter antriebs- und freudloser wirkt als sonst. Frau Nowak stellt mit Blick in die Akte fest, dass die Medikation von Frau Vogel verändert wurde. Dies teilt sie dem Sohn mit. Dieser ist sehr verärgert, da er nicht einbezogen wurde: Seine Betreuung umfasst auch den Bereich der Gesundheitsversorgung, und er hat das Recht, informiert zu werden. Frau Nowak steckt in einem Dilemma: Sie weiß, dass der Arzt rechtliche Betreuer aus zeitlichen Gründen in der Regel nicht mit einbezieht. Wenn sie selbst die Aufgabe übernimmt, kostet sie dies zusätzliche zeitliche Ressourcen.

Ein intensives **Engagement von Angehörigen und rechtlichen Betreuer\*innen** wird von Einrichtungen sowohl als Beitrag zu einer **verbesserten Versorgungsqualität** gesehen, als auch als potenzielle Quelle für **zusätzliche Herausforderungen** in der Versorgung.

Ersteres ist z.B. der Fall, wenn pflegebedürftige Personen durch die Begleitung ihrer Angehörigen vertraute **Beziehungen** pflegen und Kontakte aufrechterhalten können, z.B. durch Besuche. Angehörige entlasten die Pflege teilweise auch direkt, z. B. durch **Übernahme von Tätigkeiten** (Anreichen von Nahrung, Aus- und Ankleiden). Manchmal

vermitteln Angehörige auch zusätzliche Betreuung- und Teilhabeangebote.

Schwierigkeiten, insbesondere im Zusammenhang mit der Einbeziehung von Angehörigen in die medizinische und rehabilitative Versorgung können sich aus Sicht von Pflegeeinrichtungen ergeben, wenn Angehörige oder rechtlich Bevollmächtigte seitens der Pflege als sinnvoll erachteten Maßnahmen skeptisch gegenüberstehen. Zu nennen sind hier insbesondere **Befürchtungen von Angehörigen** vor einer Sedierung ihrer pflegebedürftigen Verwandten oder **Unzufriedenheit** mit der Sicherstellung der persönlichen Hygiene bei pflegebedürftigen Personen, die entsprechende Unterstützungsangebote ablehnen.

Es kommt sowohl vor,

- 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 Betreuer\*innen erfordert es in solchen, oft schwierigen Konstellationen, pflegerische und medizinische Bedarfe und Maßnahmen adressatengerecht zu **erklären**, zu **begründen**, auf Bedenken **einzugehen** – und gegebenenfalls **Alternativen** zur Diskussion zu stellen.

→ **Empfehlung:** Zu beachten ist, dass in Fällen, in denen die versorgten Personen nicht selbst in ärztliche Maßnahmen einwilligen können, die **Einwilligung der rechtlich Bevollmächtigten** einzuholen ist. Vor Umsetzung einer ihnen übertragenen medizinischen Maßnahme sollten Einrichtungen sich vergewissern, dass eine entsprechende Einwilligung vorliegt und dies entsprechend in Pflegedokumentation vermerken bzw. vermerken lassen. Für manche Einrichtungen wird ein solches Vorgehen allerdings einen zusätzlichen Aufwand an Kommunikation mit sich bringen.

Steht im Hintergrund der Skepsis der An- und Zugehörigen ein grundsätzliches Misstrauen der Einrichtung gegenüber, stellt sich darüber hinaus die **Aufgabe grundlegender Vertrauensbildung**. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar, da es gilt, die Bedürfnisse von Mitarbeitenden nach einer Anerkennung ihrer Bemühungen und die Anliegen der Angehörigen, die sich immer wieder als in komplexe Familiendynamiken eingebettet zeigen, miteinander zu vermitteln.

→ **Empfehlung:** Eine intensive Angehörigenarbeit erfordert **zeitliche und personelle Ressourcen** und entsprechende **Kompetenzen**. Indem sie dazu anregt, mögliche **Konflikte** frühzeitig zu **erkennen** und ggf. zu moderieren, kann sie dazu beitragen, **Unzufriedenheiten** auf Seiten der Mitarbeitenden, der Angehörigen und nicht zuletzt der Pflegebedürftigen zu **mindern** und die **Mitwirkung** aller Beteiligten am Pflegeprozess zu **befördern**. Auch die **Einführung und Verbesserung von Beschwerdeverfahren** kann unterstützend wirken [20]. Allerdings lässt sich nicht für jeden Konflikt eine einvernehmliche Lösung finden; im Extremfall kann eine **Trennung** für alle Beteiligten die beste Lösung sein. Hilfreich ist es dann, auch hierfür mögliche Wege aufzuzeigen.

#### 5.4.2 Entwicklung von Verstehenshypothesen

Wie im Abschnitt 5.3 dargelegt, kann die Einbeziehung von Angehörigen und anderen nahestehenden Personen – wo solche vorhanden und hierzu bereit sind – hilfreich dafür sein, zunächst unverständlich erscheinende Verhaltensweisen zu verstehen. Ein Beispiel ist das einer pflegebedürftigen Person, die es ablehnte, mit einem Waschlappen im Gesicht gewaschen zu werden; erst eine angehörige Person klärte darüber auf, dass ein Waschlappen stets nur für den Intimbereich genutzt worden war [25]. Um alternative Vorgehensweisen zu entwickeln,

sind solche Erklärungen nicht unbedingt notwendig. Sie können sich jedoch als sehr hilfreich erweisen.

→ **Empfehlung:** Die Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz kann dabei unterstützen, eine verstehende und beziehungsfördernde Einrichtungskultur zu entwickeln. Dies beinhaltet gegebenenfalls auch, auf die Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen für die (Weiter-) Entwicklung einer solchen Kultur hinzuwirken.

## 6. Empfehlungen im Überblick

Im Folgenden finden Sie die wichtigsten der im Textteil gegebenen Empfehlungen im Überblick. Wir schlagen vor, diese Übersicht der Bestandsaufnahme, Zielentwicklung, Priorisierung und Maßnahmenplanung zugrunde zu legen.

Handlungsfeld	Zielsetzung	Maßnahmen	Beteiligte*	V <sup>a</sup>
<b>Ändern und Einstellen der Medikation</b>	Handlungskompetenz in Prozessen des Änderns und Einstellens psychopharmakologischer Medikation	Reflexion des eigenen Einflusses auf Gestaltung der Medikation	PDL, WBL, PFP, PK	Leitung, QM
		Qualifizierung und ggf. Supervision zum Umgang mit psychotroper Medikation	PDL, WBL, PFP, PK	Leitung, QM
		Austausch über Probleme im Umgang mit psychopharmakologischer Medikation (positive Fehlerkultur)	PDL, WBL, PFP, PK	Leitung, QM
	Entwicklung von Weiterverweisungsmöglichkeiten	Mitwirkung in regionalen oder sozialräumlichen Versorgungsnetzwerken mit geriatrisch-gerontopsychiatrischem Schwerpunkt	Leitung, QM, PDL	Leitung, QM
	Hohe Versorgungsqualität, Patientensicherheit, positives Arbeitsklima	Beachtung kritischer Konstellationen für Ansetzen, Ändern und Einstellen von Medikation: Einzug, Verhaltens- und Fähigkeitsveränderungen, Krankenhausaufenthalte; Gründe aufklären, Alternativen erproben	PDL, WBL, PFP, PK	Leitung, QM
	Arzneimitteltherapiesicherheit	Nutzung von Listen potenziell inadäquater Medikation (PIM), z.B. AMTS-Ampel-Merkkarte, FORTA, Priscus-Liste	HÄ, FÄ, Leitung, PDL, WBL, PFP	Leitung, QM
		Regelmäßige Medikationsanalysen	PDL, PFP, Medikationsbeauftragte, Apotheke, HÄ, FÄ	Leitung, QM
<b>Kommunikation und Kooperation mit HÄ, FÄ</b>	Sicherstellung von Regelmäßigkeit und Verbindlichkeit von Kooperation und Kommunikation	Kooperationsverträge nach § 119b SGB V; bei Bedarf und Möglichkeit Anstellung eigener Ärzt*innen beim Träger	Einrichtung/Träger; HÄ, FÄ	Träger, Leitung, QM
		Regelmäßige, vorbereitete Visiten, feste Ansprechpersonen	PDL, WBL, PFP; HÄ, FÄ	Leitung, QM
		Verfahrensweisen zur ärztlichen Kommunikation zwischen Visiten	PDL, WBL, PFP; HÄ, FÄ	Leitung, QM
		Textbausteine und Vorlagen zur Dokumentation der Patientenbeobachtung und Kommunikation zwischen Visiten	QM, PDL, WBL, PFP, Ärzt*innen	Leitung, QM
		Fortbildungen zur Anwendung der Textbausteine und Vorlagen	QM, PDL, WBL, PFP, PK, HÄ, FÄ	Leitung, QM
<b>Medikamentengabe</b>	Hohe Versorgungsqualität, positives Arbeitsklima	Austausch über Probleme und Unsicherheiten bei der Gabe (offene Fehlerkultur), undokumentierte Anpassungen u.ä.	QM, PDL, WBL, PFP, PK	Leitung, QM

Handlungsfeld	Zielsetzung	Maßnahmen	Beteiligte*	V <sup>a</sup>
		Beschäftigung von Mitarbeitenden mit Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft und/oder Qualifizierung	Leitung, PDL, WBL, PFP	Träger, Leitung
		Hinzuziehung interner und externer Beratung zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit spezifischen und komplexen Problemlagen	PDL, WBL, PFP, gerontopsychiatrische Fachkraft, Medikationsbeauftragte, (geronto-)psychiatrische Institutsambulanzen, Konsildienste	Leitung, QM
		Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz unter Einbeziehung der Medikamentengabe (Medikamentengabe als Teil der Beziehung bewusst gestalten)	Leitung, QM, PDL, WBL, PFP	Leitung, QM
<b>Bedarfsmedikation</b>	Vermeidung der Entstehung von Situationen, in denen FEM zur Anwendung kommen	Erprobung von alternativen Umgangsweisen und Angeboten, z.B. anhand der „Leitlinie FEM“ [19]	QM, PDL, Soziale Arbeit, Ergotherapie, Physiotherapie, PFP, PK, BK, HW	Leitung, QM
	Handlungskompetenz beim Einsatz von Bedarfsmedikation, Ausschöpfung alternativer Vorgehensweisen	Hinwirken auf differenzierte und präzise Angaben im Falle von Anordnungen über Bedarfsmedikation	Leitung, PDL, WBL, PFP, HÄ, FÄ	Leitung, QM
		Regelmäßiger Fachaustausch über Umgang mit Bedarfssituationen	QM, PDL, WBL, PFP, PK, BK, ggf. externe Fachberatung	Leitung, QM
	Stärkung des Bewusstseins über potenziell freiheitsentziehenden Charakter psychotroper Medikation	Fortbildungen, fachlicher Austausch zu FEM und zum potenziell freiheitsentziehenden Charakter psychotroper Medikation	QM, PDL, WBL, PFP, PK, BK	Leitung, QM
	Aufmerksamkeit auch für „unauffällige“ Bewohner*innen	Regelmäßige Medikationsanalysen bei allen Bewohner*innen, grundsätzlich bei Einzug, Veränderungen der gesundheitlichen Situation, Fähigkeiten und des Verhaltens sowie Krankenhausaufenthalten	PDL, WBL, PFP, PK, BK	Leitung, QM
<b>Patientenbeobachtung</b>	Systematische Patientenbeobachtung	Fortbildungen zu typischen Wirkungen und Nebenwirkungen	PDL, WBL, PFP, PK, BK	Leitung, QM
		Sicherstellung der Informationsvermittlung (systematische Dokumentation von Ergebnissen der Patientenbeobachtung, Übergaben, gemeinsame Fallbesprechungen)	PDL, WBL, PFP, PK, BK	Leitung, QM
		Qualifizierung von Mitarbeitenden zu gerontopsychiatrischen Fachkräften, Medikationsbeauftragten	PDL, WBL, PFP	Leitung, QM
		Verankerung interner Fachberatung	Leitung, QM, gerontopsychiatrische Fachkraft, Medikationsbeauftragte	Leitung, QM

Handlungsfeld	Zielsetzung	Maßnahmen	Beteiligte*	V <sup>a</sup>	
Begleitung Einzug o- der Eintritt Pflegebe- dürftigkeit	Unterstützung bei der Bewältigung kriti- scher Lebensereignisse	Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitung des Einzugs/Eintritts von Pflegebedürftigkeit, Verlust eine*r Partner*in als kritisches Lebenser- eignis	Leitung, QM, Soziale Arbeit, PFP, Ergo- therapie, Physiotherapie, psychosoziale Beratung, Psychotherapie	Leitung, QM	
		Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz unter Beachtung des Umgangs mit kritischen Lebensereignissen (Einzug, Eintritt von Pflegebedürftigkeit, Verlust eine*r Partner*in)	Leitung, QM, Soziale Arbeit, PFP, Ergo- therapie, Physiotherapie, psychosoziale Beratung, Psychotherapie	Leitung, QM	
		Feste Ansprechpersonen/Bezugspflege	PDL, WBL, PFP, PK	Leitung, QM	
			Initiierung von Patenschaften „alter“ und „neuer“ Bewohner*innen untereinander	Soziale Arbeit, Bezugspflegeperson	Leitung, QM
	Etablierung eines einfühlsamen Um- gangs mit Verlust und Trauer	Fortbildungen zum Umgang mit Verlust und Trauer	PFP, Ergotherapie, Physiotherapie, PK, BK, Psychotherapie	Leitung, QM	
	Zurückhaltender Umgang mit Medika- tion	Hinwirkung auf gründliche ärztliche Abwägung möglichen Schadens und Nutzens bei medikamentöser Therapie	PDL, WBL, PFP	Leitung, QM	
		Regelmäßige Überprüfung der Medikation	PDL, PFP, Medikationsbeauftragte, Apotheke	Leitung, QM	
Beziehungsgestaltung in der Pflege: Verste- hende Grundhaltung	Entwicklung von Verstehenshypothesen und person-zentrierte Beziehungsge- staltung	Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz [11]	Leitung, QM, PDL, Soziale Arbeit, Ergo- therapie, Physiotherapie, WBL, PFP, PK, BK, HW, A, rB	Leitung, QM, Träger	
		Systematische und einfühlsame Suche nach möglichen Gründen für zunächst unverständlich erscheinende Verhaltensweisen, z.B. in Fall- besprechungen (physiologische, psychische und soziale Bedürfnisse, gesundheitliche und biographische Aspekte prüfen)	QM, PDL, Soziale Arbeit, Ergotherapie, Physiotherapie, PFP, PK, BK, HW, A, rB	Leitung, QM	
		Erprobung von alternativen Handlungsweisen	QM, PDL, Soziale Arbeit, Ergotherapie, Physiotherapie, PFP, PK, BK, HW, A, rB	Leitung, QM	
		Fortbildung und Supervision zu fachlichen, kommunikativen, emotio- nalen und leiblichen Aspekten einer person-zentrierten Beziehungs- gestaltung	QM, PDL, Soziale Arbeit, Ergotherapie, Physiotherapie, PFP, PK, BK, HW, A, rB	Leitung, QM	
	Personelle Kontinuität	Entwicklung einer person-zentrierten Einrichtungskultur	Leitung, QM, PDL, Soziale Arbeit, Ergo- therapie, Physiotherapie, WBL, PFP, PK, BK, HW, A, rB	Leitung, QM, Träger	
		Entwicklung und Implementierung attraktiver Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Vergütung, Diversität, Teamentwicklung, Kinderbetreu- ung, Qualifizierungsmöglichkeiten, Mitarbeiterbeteiligung)	Träger, Leitung, QM, PDL	Leitung, QM, Träger	

Handlungsfeld	Zielsetzung	Maßnahmen	Beteiligte*	V <sup>a</sup>	
Einbeziehung von An und rechtlichen Betreuer*innen	Systematische Einbeziehung von An und rechtlichen Betreuer*innen (Einverständnis/Wunsch der Bewohner*innen vorausgesetzt)	Entwicklung eines Konzepts zur Einbeziehung von An und rechtlichen Betreuer*innen (Bereiche der Zusammenarbeit, Abläufe)	Leitung, QM, PDL, WBL, PFP, PK, BK, HW	Leitung, QM	
		Bereitstellung zeitlicher und personeller Ressourcen zur Einbeziehung von An und rechtlichen Betreuer*innen	Leitung, QM, PDL, WBL, PFP, PK, BK, HW	Leitung, QM, Träger	
		Sicherstellung des Einverständnisses Pflegebedürftiger (ggf. der rBn) in pflegerische und medizinische Behandlungsmaßnahmen	PDL, WBL, PFP, HÄ, FÄ, A, rB	Leitung, QM	
		Frühzeitige Identifikation und Bearbeitung von Problemen und Konflikten	Einführung/Verbesserung von Beschwerdeverfahren im Sinne einer positiven Beschwerdekultur [20]	Leitung, QM, PDL, WBL, PFP, PK, BK, HW	Leitung, QM
			Moderation/Mediation von Konflikten	Leitung, QM, PDL, WBL, PFP, PK, BK, HW	Leitung, QM

<sup>a</sup>Anmerkung: Welche Beteiligten konkret hinzuzuziehen sind und wem die Verantwortung für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen obliegt, hängt von Größe, Organisationsstruktur, Möglichkeiten, Notwendigkeiten und ggf. weiteren Eigenschaften der Einrichtung ab und sollte von den Akteuren auf den jeweiligen Einzelfall angepasst werden.

Abkürzungen: A = Angehörige; BK = Betreuungskräfte; HW= Hauswirtschaftskräfte; PDL = Pflegedienstleitung; PFP = Pflegefachpersonen; PK = Pflegekräfte; QM = Qualitätsmanagement; rB = rechtlich Bevollmächtigte; V = Verantwortung; WBL = Wohnbereichsleitung

Tabelle 1: Empfehlungen zum Umgang mit Psychopharmaka im Überblick (eigene Darstellung)

## 7. Instrumente und Materialien

Im Folgenden stellen wir einige Instrumente und Materialien vor, die bei der Umsetzung der Empfehlungen herangezogen werden können. Die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Angabe im Literatur- und Quellenverzeichnis.

Thema	Beschreibung	Links
<b>Umgang mit Psychopharmaka/ Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)</b>	Der <b>Bundeseinheitliche Medikationsplan</b> wird in der Regel von Hausärzt*innen ausgestellt und erleichtert den Überblick über Verordnungen. [15,17]	<a href="https://www.kbv.de/html/medikationsplan.php">https://www.kbv.de/html/medikationsplan.php</a> <a href="https://www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de/Tipps/">https://www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de/Tipps/</a>
	Die Broschüre <b>Medikamente im Alter des BMBF</b> gibt basierend auf der Priscusliste einen Überblick über potenziell ungeeignete Wirkstoffe und Alternativen. [4]	<a href="https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/medikamente-im-alter-welche-wirkstoffe-sind-ungeeignet-neue-bmbf-broschure-2833.php">https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/medikamente-im-alter-welche-wirkstoffe-sind-ungeeignet-neue-bmbf-broschure-2833.php</a>
	Das <b>Infoblatt 5 der Alzheimer-Gesellschaft</b> informiert über Medikamente bei demenziellen Erkrankungen. [10]	<a href="https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt5_medikamentosee_behandlung_dalzg.pdf">https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt5_medikamentosee_behandlung_dalzg.pdf</a>
	Die <b>Priscusliste</b> gibt einen Überblick über inadäquate Medikamente im Alter. [14]	<a href="https://media.gelbe-liste.de/documents/priscus-liste.pdf">https://media.gelbe-liste.de/documents/priscus-liste.pdf</a> <a href="https://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/agavm/priscusliste_agavm.pdf">https://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/agavm/priscusliste_agavm.pdf</a>
	Die <b>FORTA-Liste</b> bietet eine Übersicht über untaugliche und nachweislich nützliche Arzneimittel für ältere Patient*innen. [8,24]	<a href="https://www.medikamente-im-alter.de/medikamente-im-alter/forta-liste">https://www.medikamente-im-alter.de/medikamente-im-alter/forta-liste</a>
	Die <b>AMTS-Merkkarte</b> gibt einen Überblick über arzneimittelinduzierte Symptome und Nebenwirkungen. [22,23]	<a href="https://www.amts-ampel.de/projekt-amts-ampel/materialien-im-projekt-amts-ampel/">https://www.amts-ampel.de/projekt-amts-ampel/materialien-im-projekt-amts-ampel/</a> <a href="https://www.amts-ampel.de/fileadmin/img/downloads/AMTS-Karte_final.pdf">https://www.amts-ampel.de/fileadmin/img/downloads/AMTS-Karte_final.pdf</a>
<b>Kollegiale Fallberatung</b>	Der <b>Leitfaden kollegiale Beratung</b> für Pflegeberufe hilft bei der Implementierung kollegialer Beratung in der Praxis. [18]	<a href="https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf">https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf</a>
<b>FEM – freiheitsentziehende Maßnahmen</b>	Die <b>Leitlinie FEM</b> informiert zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und stellt Alternativen vor. [19]	<a href="http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Auflage-2.pdf">http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Auflage-2.pdf</a>
	Die <b>Broschüre der BIVA</b> stellt die rechtlich relevanten Aspekte der Gratwanderung zwischen dem Recht des Betroffenen auf Selbstbestimmung, Achtung seiner Menschenwürde und der Handlung, die seinem Schutz dienen soll, dar. [5]	<a href="https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Freiheitsentziehende-Massnahmen.pdf">https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Freiheitsentziehende-Massnahmen.pdf</a>
<b>Verstehen von Menschen mit Demenz</b>	Der <b>Expertenstandard des DNQP</b> informiert umfassend zum Thema Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz und macht Vorschläge zu seiner Implementierung. [11]	Einen Auszug finden Sie hier: <a href="https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Demenz/Demenz_AV_Auszug.pdf">https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Demenz/Demenz_AV_Auszug.pdf</a>

Thema	Beschreibung	Links
	Das <b>Infoblatt 6 der Alzheimer-Gesellschaft</b> informiert über nicht-medikamentöse Behandlung bei demenziellen Erkrankungen. [7]	<a href="https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt6_nichtmedikamentose_behandlung.pdf">https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt6_nichtmedikamentose_behandlung.pdf</a>
	Das <b>Infoblatt der Alzheimer-Gesellschaft</b> „Empfehlung zum Umgang mit Gefährdung bei Demenz“ informiert über Selbst- und Fremdgefährdung bei demenziellen Erkrankungen. [1]	<a href="https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/empfehlungen/empfehlungen_gefaehrdung.pdf">https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/empfehlungen/empfehlungen_gefaehrdung.pdf</a>
	Die derzeit in Überarbeitung befindliche <b>S3-Leitlinie „Demenzen“ der AWMF</b> bieten umfassende Informationen zum Umgang mit Demenz, auch Kurzinformationen für Pflegende und Angehörige. [2]	<a href="https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html">https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html</a>
	Die <b>Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell erkrankte Menschen</b> berücksichtigen insbesondere so genannte Verhaltensauffälligkeiten. [3]	<a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=112">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=112</a>
	Wittener Modell der <b>Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz</b> mit Hilfe des „Innovativen-demenzorientieren-Assessmentsystems“. [6]	<a href="https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Wittener/2012_WELCOME-IdA.pdf">https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Wittener/2012_WELCOME-IdA.pdf</a>
<b>Einbeziehung und Informationen für Angehörige</b>	Die Initiative <b>„Medikationsplan schafft Überblick“</b> hat für Patient*innen praxisnahe Tipps mit Informationen zur sicheren Einnahme von Medikamenten zusammengestellt. [15]	<a href="https://www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de/Tipps/">https://www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de/Tipps/</a>
	Die Broschüre der <b>Deutschen Seniorenliga</b> informiert über eine sichere Arzneimittelversorgung. [8]	<a href="https://www.medikamente-im-alter.de/ueber-dsl">https://www.medikamente-im-alter.de/ueber-dsl</a>
	Die Broschüre <b>Medikamente im Alter des BMBF</b> gibt einen Überblick über ungeeignete Wirkstoffe und Alternativen. [4]	<a href="https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/medikamente-im-alter-welche-wirkstoffe-sind-ungeeignet-neue-bmbf-broschue-2833.php">https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/medikamente-im-alter-welche-wirkstoffe-sind-ungeeignet-neue-bmbf-broschue-2833.php</a>
	Der Leitfaden <b>Beschwerdeverfahren verbessern – Menschenrechte schützen</b> des Deutschen Instituts für Menschenrechte empfiehlt zwölf Schritte zur Verbesserung von Beschwerdeverfahren [20]	<a href="https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/Praxis_Beschwerdestelle_Altenpflege.pdf">https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/Praxis_Beschwerdestelle_Altenpflege.pdf</a>

Tabelle 2: Überblick über Instrumente und Materialien (eigene Darstellung).

## 8. Implementierungskonzept für Leitungen

Wie die vorangegangenen Kapitel deutlich gemacht haben, erfordert das Ziel, die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen durch einen umsichtigen Umgang mit Psychopharmaka zu verbessern, auch eine strategische Herangehensweise. Pflegekräfte sollen einerseits Sicherheit im Umgang mit der Medikation erlangen und andererseits den Mut aufbringen, eigenständig und verantwortlich in Ausübung ihrer professionellen Rolle auf Anpassungsbedarfe hinzuweisen bzw. Interpretationsspielräume zu nutzen.

Hier ist ein Konzept zu entwickeln, das den Mitarbeitenden einerseits Orientierung bietet und andererseits auch dabei hilft, eine positive Fehlerkultur zu entwickeln. Nur aus Fehlern und Handlungsproblemen, die Mitarbeitende sich und anderen eingestehen und offenlegen können, lässt sich ein vorhandenes Konzept revidieren und anpassen.

Es muss auch nicht immer ein neues Konzept entwickelt werden: Wahrscheinlich liegt vieles in Ihrer Einrichtung bereits vor, an das angeknüpft werden kann. Je nach Bedarf können Sie Maßnahmen oder Instrumente ergänzen, die mit Blick auf die konkrete Situation in Ihrer Einrichtung besonders hilfreich sind und die sich vielleicht ohne großen Aufwand umsetzen lassen. Die folgenden Arbeitshilfen sollen Ihnen dabei helfen, eigene Relevanzen zu setzen und das große Ganze im Blick zu behalten.

Das folgende Schema stellt in Anlehnung an den PDCA-Zyklus die Handlungsschritte dar, die für eine erfolgreiche Entwicklung und Implementierung eines einrichtungsinternen Konzeptes zum Umgang mit Psychopharmaka notwendig sind und soll Orientierung bieten.

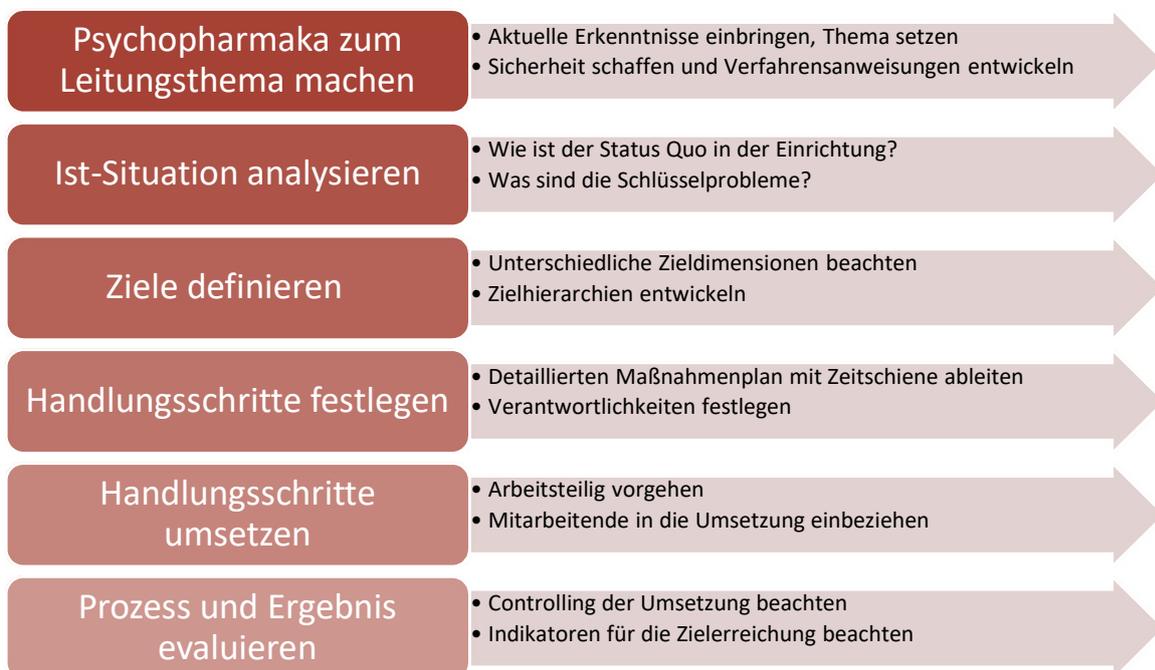


Abbildung 2: Handlungsschritte zur Entwicklung und Implementierung eines einrichtungsinternen Konzeptes zum Umgang mit Psychopharmaka

### 8.1 Psychopharmaka zum Leitungsthema machen

Die Entwicklung und Umsetzung eines solchen Konzeptes liegen in der Verantwortung der Leitungsebene und des Qualitätsmanagements. Voraussetzung ist, dass das Thema Psychopharmaka und der adäquate Umgang damit auch als Handlungsfeld der Pflege wahrgenommen werden und, wie andere pflegerische Handlungsfelder auch, mit entsprechenden Verfahrensanweisungen hinterlegt wird. Ein erster Schritt zur Implementierung eines entsprechenden Konzeptes stellt die aktive Auseinandersetzung der Führungskräfte mit Psychopharmaka und assoziierten Themen dar (z. B. FEM, herausfordernde Verhaltensweisen, Demenz). In der vorliegenden Handreichung finden Sie Hinweise hierzu.

### 8.2 Ist-Situation analysieren

Im nächsten Schritt ist es hilfreich, sich mit dem bisherigen Umgang mit Psychopharmaka in der eigenen Einrichtung auseinanderzusetzen, um entscheiden zu können, was schon gut läuft, welche Maßnahmen erhalten bleiben sollen und wo Bedarfe, aber auch Ansatzpunkte zur Verbesserung gesehen werden.

Für die Analyse der Ist-Situation kann der Status Quo mit Hilfe von Leitfragen erfasst und beschrieben werden:

- Wie gehen wir aktuell mit dem Thema um?
- Wird es offen besprochen oder ist es ein Tabuthema im Team?
- Wo liegen die größten Herausforderungen?
- Haben wir einen Handlungsrahmen, der auch schriftlich fixiert und allen Mitarbeitenden bekannt ist?
- Werden die unterschiedlichen Berufsgruppen aus den verschiedenen Funktionsbereichen unserer Einrichtung hier berücksichtigt (z.B. mit der Aufforderung Beobachtungen zum Zustand oder von Veränderungen der zu Pflegenden an Pflegefachkräfte weiterzugeben)? Werden angrenzende Berufsgruppen gehört und ernst genommen?
- Wer in unserer Einrichtung ist zuständig für die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten? Welche Erfahrungen wurden dabei gesammelt?
- Woher erhält diese mitarbeitende Person die Informationen über die zu Pflegenden (mündliche Berichte z.B. in Übergaben oder in „Tür- und Angel-Gesprächen“; Dokusystem, Arztberichte, ...)? Wie sind die Mitarbeitenden aus den unterschiedlichen Funktionsbereichen eingebunden?
- Was ist aktuell unsere größte Herausforderung im Umgang mit Psychopharmaka (Schlüsselproblem in Anlehnung an die Methode der kollegialen Beratung: dies trägt dazu bei, sich zu fokussieren und sich nicht in der Vielfalt von Themen zu verlieren)?

Leitungskräfte können sich an der **Tabelle 1 der Handreichung**, in der in Kurzform die Empfehlungen zum Umgang mit Psychopharmaka dargestellt sind, orientieren. Markieren Sie insbesondere die Punkte bei den dort beschriebenen Zielsetzungen und Maßnahmen, bei denen sie **besonderen Handlungsbedarf** erkennen. Erfahrungsgemäß ist es hilfreich, sich zunächst auf die drei wichtigsten **Schlüsselprobleme** zu konzentrieren, deren Lösung mithilfe des neuen Konzeptes erreicht werden soll.

### 8.3 Ziele definieren

Ist die Ausgangslage auf Basis der Analyse der Ist-Situation beschrieben und sind die Schlüsselprobleme benannt, dann erfolgt der nächste Schritt: die **Definition der Ziele**, die man in der Einrichtung mit einem Konzept zum adäquaten Umgang mit Psychopharmaka erreichen möchte.

In einem solchen Zieleschema erfolgt zuoberst die **Formulierung des Gesamtziels**, hier z.B. einen adäquaten Umgang mit Psychopharmaka in der Einrichtung sicherzustellen. Da dieses Gesamtziel zu abstrakt ist, um konkrete Handlungsschritte abzuleiten, werden Teilziele zu seiner Erreichung definiert, wie wir es nachfolgend vorschlagen.

Bei der Definition der Teilziele ist es hilfreich, **unterschiedliche Zieldimensionen** herauszuarbeiten und zu beachten, die auch bei den Feinzielen und Indikatoren als Ordnungskriterien herangezogen werden können. Wir schlagen Ihnen vor, hier mit einem 4-Säulen-Schema zu arbeiten, in dem projektbezogene, mitarbeiterbezogene, klientenbezogene und unternehmensbezogene Ziele unterschieden werden. Im Anhang stellen wir Ihnen ein entsprechendes Schema zur Verfügung, das wir bereits mit Textbeispielen gefüllt haben. In der ebenfalls anhängenden Blankovorlage können Sie Ihre eigenen Projektziele definieren, in Teil- und Feinziele herunterbrechen und Indikatoren für die Zielerreichung festlegen.

Zu den vier Dimensionen der Gesamtzielsetzung gehören zunächst die **projektbezogenen Ziele**. Dabei geht es darum, den Rahmen für die Entwicklung des Konzepts zum Umgang mit Psychopharmaka in ihrer Einrichtung zu setzen, ein Projektteam zu formen, gegebenenfalls Anforderungen und Möglichkeiten des Controllings festzuhalten sowie den Projektstart, Meilensteine und das Projektende festzulegen.

Die zweite von uns vorgeschlagene Dimension ist die der mitarbeiterbezogenen Ziele. Es ist wichtig, die **Mitarbeitenden** in den Blick zu nehmen und ggf. gemeinsam mit diesen zu überlegen, welche **Zielsetzungen und Rahmenbedingungen** sie benötigen, um ihre Aufgaben im Umgang mit Psychopharmaka verantwortlich wahrnehmen und bestehende Gestaltungsspielräume verantwortungsvoll nutzen zu können. In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, welche Bedarfe für eine Weiterentwicklung der situationsorientierten Handlungskompetenz bestehen. In dieser Dimension könnten z. B. auch Ziele für die Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zwischen Arztpraxen, Apotheken und Einrichtung einbezogen werden.

Natürlich sind auch die **Pflegebedürftigen** selbst auf der Ebene der Zielsetzung zu berücksichtigen. Formuliert werden könnte beispielsweise, wie auf herausfordernde Verhaltensweisen reagiert werden soll und welche Absichten und Handlungsoptionen bei der täglichen Versorgung mit Psychopharmaka in der Pflege zu beachten sind.

Nicht zuletzt ist es hilfreich, den Wissenstransfer pflegewissenschaftlicher und pflegepraktischer Erkenntnisse in den Pflegealltag einer Einrichtung durch ein Konzept für den adäquaten Umgang mit Psychopharmaka explizit als **unternehmensbezogene Zielsetzung** zu benennen. Dies hebt den Stellenwert des Themas für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität und bahnt auch Pfade, die Erfahrungen und Erkenntnisse der Pflegekräfte in den trägerinternen sowie berufspolitischen Diskurs mit einzubringen.

Jedes dieser Teilziele kann in sogenannte **Feinziele** aufgeteilt werden. Beispiele hierzu finden Sie in dem bereitgestellten 4-Säulen-Schema.

Bezogen auf die Feinziele wiederum lassen sich **Indikatoren** formulieren, zu denen dann in einer Maßnahmenplanung konkrete Handlungsschritte festgelegt und Verantwortlichkeiten definiert werden können. Damit wird gewährleistet, dass die Zielerreichung auch im letzten hier beschriebenen Schritt, der Evaluation, festgestellt werden kann.

#### 8.4 Handlungsschritte festlegen

Sind die Indikatoren bezogen auf die unterschiedlichen Zieldimensionen gefunden und niedergelegt, dann kann im Rahmen des entsprechenden Gremiums in der Einrichtung überlegt werden, welche konkreten Maßnahmen erforderlich sind, um die gesteckten Ziele zu erreichen. Die Maßnahmenplanung sollte definieren, wer für einzelne Umsetzungsschritte verantwortlich ist und wie sich die zur Verfügung stehenden Zeitbudgets hier sinnvoll nutzen lassen.

Die Planung der Handlungsschritte zum Erreichen der projektbezogenen und der unternehmensbezogenen Ziele sind ganz klar auf der Leitungsebene angesiedelt. Dennoch sollten die Mitarbeitenden in der Pflege ermutigt werden, ihr Wissen und ihre Erfahrungen bzw. das, was ihnen noch fehlt für einen adäquaten Umgang mit Psychopharmaka, hier hilfreich mit einzubringen. Dadurch lässt sich insgesamt die Akzeptanz für Neuerungen und Umstellungen befördern. Mit Hilfe einer Mitarbeiterbefragung, aber auch in Teamsitzungen und Fallbesprechungen, lässt sich z. B. konkret herausfinden, welchen Handlungsbedarfen differenziert nach unterschiedlichen Akteursgruppen mit welchen Maßnahmen begegnet werden kann. Gegebenenfalls ist es notwendig, die 4-Säulen-Matrix nachzujustieren, um neu aufgetretene Bedarfe und daraus abgeleitete Ziele im neu zu erstellendem Konzept zu berücksichtigen.

Mit den bisher beschriebenen Schritten lässt sich bereits eine erste **Gliederung für ein Konzept** zum adäquaten Umgang mit Psychopharmaka erstellen. Insbesondere bei den zielgruppenbezogenen Zielen können die im ersten Teil dieser Handreichung aufbereiteten Handlungsfelder der Pflege mit einbezogen werden. Es lohnt sich an dieser Stelle auch zu prüfen, inwiefern das bereits bestehende **Qualitätsmanagementhandbuch** der Einrichtung an den entsprechenden Stellen, zum Beispiel dem Fortbildungsplan, ergänzt werden kann. Das Gesamtziel eines möglichst adäquaten Umgangs mit Psychopharmaka könnte bereits in das **Leitbild** der Einrichtung integriert und bereits bestehende **Durchführungsstandards oder Verfahrensweisen** entsprechend ergänzt werden, statt ein eigenständiges neues Konzept zu formulieren. Auch können auf diese Weise bereits bestehende und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geläufige formale Vorgaben genutzt werden, um das Thema des adäquaten Umgangs mit Psychopharmaka in der Pflege in Ihrer Einrichtung zu verankern.

#### 8.5 Handlungsschritte umsetzen

Von besonderer Bedeutung ist der nun folgende Schritt, die Umsetzung der niedergelegten Handlungsschritte. Da diese auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind, ist eine gute **Projektsteuerung** an dieser Stelle unverzichtbar. Dafür braucht es die in der Säule der projektbezogenen Ziele definierten internen Arbeitsstrukturen bzw. Arbeitsgruppen und Verantwortlichkeiten.

Wir empfehlen zunächst mit der **Säule der mitarbeiterbezogenen Ziele** zu starten und gute Ausgangsbedingungen zu schaffen, damit die Pflegekräfte im täglichen Umgang mit Pflegebedürftigen die notwendige Entscheidungs- und Handlungssicherheit haben. Ganz konkret bedeutet dies zum Beispiel den Fortbildungsbedarf zu ermitteln, passgenaue Angebote zu finden und verpflichtend in den Fortbildungsplan zu integrieren. Das können beispielsweise Online-Fortbildungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka sein, damit sie ihre Patientenbeobachtung qualifiziert durchführen und die Ergebnisse einordnen können. Auch Schulungen für Mitarbeitende aller Funktionsbereiche der Einrichtung zu gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern, insbesondere zu Demenz, und zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen können hilfreich sein – sofern sie nicht bereits vorhanden sind. Nutzen Sie auch die Vielfalt der zum Teil kostenfreien Angebote von einschlägigen Fachgesellschaften.

Im nächsten Schritt ist es sinnvoll, sich mit den **zielgruppenbezogenen Zielen** auseinanderzusetzen und zu überlegen, mit welchen Maßnahmen hier die Versorgungsqualität verbessert werden kann. Nehmen Sie auch an dieser Stelle Tabelle 1 zur Hand, in der Sie bereits konkrete Vorschläge für Maßnahmen finden. Auch Tabelle 2 kann Ihnen hier Anregung bieten.

Bleiben Sie in engem Austausch mit den Pflegekräften, um deren Erfahrungen bei der Umsetzung der Handlungsschritte direkt zu nutzen und im Sinne einer Feinsteuerung des Implementierungsprozesses mögliche Unklarheiten zu klären oder auch Handlungsalternativen zu beschreiben.

An dieser Stelle geht der Schritt der Umsetzung direkt über in den folgenden: die Evaluation.

### 8.6 Prozess und Ergebnis evaluieren

Sowohl der fortlaufende Prozess der Implementierung neuer Strukturen zum adäquaten Umgang mit Psychopharmaka als auch dessen Ergebnisse lassen sich mit Hilfe der in der 4-Säulen-Matrix beschriebenen Indikatoren evaluieren.

Je genauer Sie sich bereits im Rahmen der Projektplanung Gedanken zu den gewünschten Ergebnissen gemacht haben, desto leichter fällt Ihnen der Monitoring-Prozess. So können beispielsweise bei den **mitarbeiterbezogenen Zielen** der angepasste Fortbildungsplan und das Vorliegen von einschlägigen Fachpublikationen als Ergebnis der Bemühungen zur Verbesserung der Qualifikation der Pflegekräfte festgehalten werden.

Bei den **zielgruppenbezogenen Zielen** kann als Indikator für mehr Sicherheit in der Versorgung der Pflegebedürftigen mit Psychopharmaka der Einsatz von Bedarfsmedikation bzw. von Alternativen herangezogen werden. Ebenso lässt sich feststellen, ob regelmäßige Analysen und Anpassungen der Medikation der Pflegebedürftigen stattfanden. Hierzu lässt sich die Pflegedokumentation über einen vorher definierten Zeitraum auswerten.

Im direkten Pflegeprozess ist besonders wichtig, in Übergaben und Dienstgesprächen regelmäßig zu reflektieren, ob die Handlungsschritte zur Verbesserung von Wohlbefinden und Lebensqualität der Pflegebedürftigen, der Minderung bzw. Vermeidung von Arzneimittelfolgen und Krankenhauseinweisungen etc. sich in der Praxis bewähren oder neue Überlegungen erforderlich sind.

Neben dem reinen Auswerten von Kennzahlen ist ein fortlaufender, offener Austausch zum Einsatz mit Psychopharmaka, beispielsweise wohnbereichsbezogen oder person-zentriert zu bestehenden Problemen, Schwierigkeiten, aber auch zu Erfolgen und Ideen sehr hilfreich. Dies kann das Vertrauen der Mitarbeitenden untereinander und zum Leitungsteam stärken. Die entsprechenden Möglichkeiten vorausgesetzt, können nach entsprechender Vorbereitung auch externe Partner in solche Austauschprozesse einbezogen werden.

Erkenntnisse und Ergebnisse des Evaluationsprozesses können dann wieder zur **Anpassung der Zielsetzungen und Handlungsschritte** genutzt werden. Durch die Einbindung der neuen Strategien in das Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung wird sichergestellt, dass der Revisionsprozess in regelmäßigen Abständen und kontinuierlich erfolgt.

**Jedes Konzept ist nur so gut, wie es auch in der Praxis zur Anwendung kommt.** Legen Sie Wert darauf, durch diesen kontinuierlichen Anpassungsprozess einen offenen Rahmen zu schaffen, in dem nicht nur neue medizinische und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse eingespeist werden können, sondern auch die konkreten Erfahrungen der Pflegekräfte aus dem pflegerischen Alltag!

8.7 4-Säulen-Matrix zur zielorientierten Planung für die Entwicklung und Implementierung eines Konzepts zum angemessenen Umgang mit Psychopharmaka

**Gesamtziel:**

Einen angemessenen Umgang mit Psychopharmaka sehen wir als Verpflichtung für unsere Einrichtung/Träger. Einheitliche Vorgehensweisen und -prozesse in den Einrichtungen unseres Trägers tragen zur Entwicklung und Sicherung der Versorgungsqualität bei und geben unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Handlungssicherheit.

**Teilziele:**

<input type="checkbox"/> <b>Projektbezogene Ziele (PbZ):</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mitarbeiterbezogene Ziele (MbZ):</b>	<input type="checkbox"/> <b>Zielgruppenbezogene Ziele (ZbZ):</b>	<input type="checkbox"/> <b>Unternehmensbezogene Ziele (UbZ):</b>
<p><b>A.</b> Rahmenbedingungen und Strukturen (innere, äußere) zur Implementierung des Konzepts sind geschaffen.</p> <p><b>B.</b> Ziele und Verfahren des Projektes und des Controllings sind festgelegt.</p> <p><b>C.</b> Projektstart, Meilensteine und Projektende sind festgelegt.</p>	<p><b>D.</b> Ziele und Rahmenbedingungen für die adäquate Versorgung mit Psychopharmaka sind definiert und für alle Akteure der Pflege, Betreuung und Versorgung verbindlich schriftlich fixiert.</p> <p><b>E.</b> Die Einrichtung sichert die fachliche Kompetenz des Pflegepersonals sowie der Mitarbeitenden in Betreuung, Hauswirtschaft und Verwaltung im Umgang mit Psychopharmaka durch qualifizierte Fortbildungsangebote.</p> <p><b>F.</b> Schnittstellen der Zusammenarbeit zwischen den Funktionsbereichen der Einrichtung sind beschrieben.</p>	<p><b>G.</b> Ziele und Handlungsoptionen für die adäquate Versorgung mit Psychopharmaka werden in der täglichen Pflege, Betreuung und Versorgung beachtet.</p> <p><b>H.</b> Herausfordernde Verhaltensweisen werden in Fallbesprechungen mit dem Ziel thematisiert, Verstehenshypothesen zu entwickeln.</p> <p><b>I.</b> Modalitäten der Zusammenarbeit mit Arztpraxen und Apotheke(n) sind vereinbart.</p>	<p><b>J.</b> Eine adäquate Versorgung mit Psychopharmaka trägt zur Vertrauensbildung bei Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie Mitarbeitenden bei.</p> <p><b>K.</b> Ein Konzept zum adäquaten Umgang mit Psychopharmaka leistet einen Beitrag zum Wissenstransfer pflegewissenschaftlicher und pflegepraktischer Erkenntnisse in den Pflegealltag unserer Einrichtung</p>

Feinziele			
<input type="checkbox"/> PbZ :	<input type="checkbox"/> MbZ :	<input type="checkbox"/> ZbZ:	<input type="checkbox"/> UbZ :
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interne Arbeitsstrukturen sind aufgebaut.</li> <li>2. Definition der Projektziele ist erfolgt.</li> <li>3. Zeitlicher Ablauf des Projektes ist abgestimmt.</li> <li>4. Das Budget für das Projekt ist festgelegt.</li> <li>5. Verantwortliche Personen für das Controlling sind benannt, verfügen über die relevanten Projektinformationen und setzen diese zur regelmäßigen Erfolgskontrolle des Projektes ein.</li> <li>6. Alle relevanten Akteure sind über das Projekt informiert.</li> <li>...</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontinuierliche Weiterentwicklung des Pflorgeteams/Versorgungsteams (inkl. Hauswirtschaft und Betreuung) ist gewährleistet.</li> <li>2. Verständnis für einen differenzierten und reflektierten Umgang mit Psychopharmaka wird gefördert.</li> <li>3. Handlungssicherheit wird auch im Umgang mit schwierigen Pflegesituationen gegeben.</li> <li>4. Leitlinien werden als Orientierungsrahmen angeboten.</li> <li>...</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wohlbefinden und Lebensqualität der Pflegebedürftigen wird gesteigert.</li> <li>2. Unerwünschte arzneimittelbezogene Ereignisse werden vermieden/gemindert.</li> <li>3. Unnötige Krankenhauseinweisungen werden vermieden.</li> <li>4. Sicherheit in der besonderen Lebenssituation wird vermittelt und aufrechterhalten.</li> <li>5. Erkenntnisse aus der Patientenbeobachtung werden gemäß Leitlinien dokumentiert und bei Visiten an Ärztinnen und Ärzte weitergegeben.</li> <li>6. Wenn nötig wird interne oder externe Beratung in Anspruch genommen.</li> <li>7. Verfahren zu regelmäßigen Medikationsanalysen ist zwischen Einrichtung, Arztpraxen und Apotheke abgestimmt.</li> <li>...</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Versorgungsqualität wird systematisch weiterentwickelt.</li> <li>2. Kundinnen und Kunden werden gezielt über die Qualitätsentwicklung informiert.</li> <li>3. Erfahrungen der Pflege im Umgang mit Psychopharmaka werden in den berufspolitischen Diskurs mit eingebracht.</li> <li>...</li> </ol>

**Indikatoren**

Indikatoren PbZ	Indikatoren MbZ	Indikatoren ZbZ	Indikatoren UbZ
<p><b>zu 1.</b> Folgende Arbeitsgruppen sind gegründet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Steuerungskreis</li> <li>— AG-PDL/Pflegekräfte</li> <li>— ...</li> </ul> <p><b>zu 2. und 3.</b> Projekt- und Maßnahmenplanung sind erarbeitet.</p> <p><b>zu 4.</b> Kosten-/Budgetplanung für das Projekt liegt vor.</p> <p><b>zu 5.</b> Projekt- und Maßnahmenplanung werden für das Controlling eingesetzt und ggf. angepasst.</p> <p><b>zu 6.</b> Maßnahmen der einrichtungsinternen Information über das Projekt sind verabredet.</p> <p>Erstinformation ist an alle Mitarbeitenden der Einrichtung in adäquater Form weitergegeben.</p> <p>...</p>	<p><b>zu 1.</b> Der Fortbildungsplan ist um einschlägige Themen erweitert und diese werden allen Pflegekräften angeboten</p> <p><b>zu 2.</b> Fachartikel zum Umgang mit Psychopharmaka/Folgen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka/Handlungsalternativen werden im Umlaufverfahren angeboten und sind verpflichtend zu lesen</p> <p><b>zu 3.</b> Besprechungs- und Supervisionsmöglichkeiten werden den Pflegekräften angeboten (z.B. im Rahmen von Dienstbesprechungen)</p> <p><b>zu 4.</b> Verbindliche Leitlinien zum einrichtungsinternen Umgang mit Psychopharmaka sind erarbeitet und allen Pflegekräften bekannt gemacht</p> <p>Die Leitlinien werden im QM Handbuch eingepflegt und regelmäßig revidiert</p> <p>...</p>	<p><b>zu 1.</b> Der dokumentierte Einsatz von FEM ist zurückgegangen.</p> <p><b>zu 2.</b> Alternativen zu FEM werden im Pflegealltag eingesetzt und deren Wirkung systematisch erhoben.</p> <p><b>zu 3.</b> Die Medikation der Pflegbedürftigen wird regelmäßig analysiert (bei Einzug, gesundheitlichen Veränderungen, Änderungen bei Fähigkeiten und des Verhaltens, nach Krankenhausaufenthalt).</p> <p>...</p>	<p><b>zu 1.</b> Ein Qualitätszirkel „Psychopharmaka ist implementiert.</p> <p><b>zu 2.</b> Informationsmaterial ist erarbeitet und liegt vor bzw. wird bei Einzug explizit mit angesprochen.</p> <p><b>zu 3.</b> Leitungs- und Pflegekräfte beteiligen sich an Gremien und Fachtagen.</p> <p>...</p>

**Gesamtziel:**

...

**Teilziele:**

<input type="checkbox"/> Projektbezogene Ziele (PbZ):	<input type="checkbox"/> Mitarbeiterbezogene Ziele (MbZ):	<input type="checkbox"/> Zielgruppenbezogene Ziele (ZbZ):	<input type="checkbox"/> Unternehmensbezogene Ziele (UbZ):
<b>A.</b> ...	<b>D.</b> ...	<b>G.</b> ...	<b>J.</b> ...
<b>B.</b> ...	<b>E.</b> ...	<b>H.</b> ...	<b>K.</b> ...
<b>C.</b> ...	<b>F.</b> ...	<b>I.</b> ...	

### Feinziele

<input type="checkbox"/> PbZ :	<input type="checkbox"/> MbZ :	<input type="checkbox"/> Zbz:	<input type="checkbox"/> UbZ :
1. ...	1. ...	1. ...	1. ...
2. ...	2. ...	2. ...	2. ...
3. ...	3. ...	3. ...	3. ...
4. ...	4. ...	4. ...	...
5. ...	...	5. ...	
6. ...		6. ...	
...		7. ...	
		...	

**Indikatoren**

Indikatoren PbZ	Indikatoren MbZ	Indikatoren ZbZ	Indikatoren UbZ
zu 1. ...	zu 1. ...	zu 1. ...	zu 1. ...
zu 2. ...	zu 2. ...	zu 2. ...	zu 2. ...
zu 3. ...	zu 3. ...	zu 3. ...	zu 3. ...
zu 4. ...	zu 4. ...	...	...
zu 5. ...	...		
zu 6. ...			
...			

## 9. Verwendete Literatur

1. Arbeitsausschuss Ethik der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2019) Empfehlungen zum Umgang mit Gefährdung bei Demenz, Berlin.
2. AWMF online (2019) Leitlinien Detailansicht Demenzen. Registernummer 038-013. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html>.
3. Bartholomeyczik S, Halek M, Riesner C (2006) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Witten.
4. BMBF (2019) Medikamente im Alter: Welche Wirkstoffe sind ungeeignet? (31.07.2020).
5. Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA) (2015) Freiheitsentziehende Maßnahmen. Gratwanderung zwischen Schutz und Freiheit - Voraussetzungen freiheitsentziehender Maßnahmen im stationären und ambulanten Bereich, Bonn.
6. Buscher I, Reuther S, Holle D et al. (2012) Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten- Assessmentsystems WELCOME-IdA, Witten.
7. Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAG) (2016) Infoblatt 6: Die nicht-medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen, Berlin.
8. Deutsche Seniorenliga e.V. (2021) Medikamente im Alter - FORTA-Liste. <https://www.medikamente-im-alter.de/medikamente-im-alter/forta-liste> (24.08.2021).
9. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2019) Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Projektbericht und Ergebnisse, Osnabrück.
10. Diehl-Schmid J, Grimmer T, Kurz A (2020) Infoblatt 5: Die medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen, Berlin.
11. DNQP (2018) Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Osnabrück.
12. Falk K, Kammerer K (2021) Die psychopharmakologische Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf: Teil 2: die Perspektive der ambulanten Pflege. Z Gerontol Geriat. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01846-2>.
13. Höfert R (2011) Von Fall zu Fall. Pflege im Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A-Z. Springer, Berlin.
14. Holt S, Schmiedl S, Thürmann P (2010) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Dtsch Arztebl Int 107:543–551. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0543>.
15. Initiative „Medikationsplan schafft Überblick“ (2021) Tipps. <https://www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de/Tipps/> (24.08.2021).
16. Kammerer K, Falk K (2021) Die psychopharmakologische Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf: Teil 1: die Perspektive der stationären Pflege. Z Gerontol Geriat. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01845-3>.
17. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021) Medikationsplan. <https://www.kbv.de/html/medikationsplan.php> (24.08.2021).
18. Kocks A, Segmüller T, Zegelin A (2012) Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung, Duisburg.
19. Köpke S, Meyer G (2015) Leitlinie FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. 1. Aktualisierung 2015.
20. Meyer R, Jordan L-M (2021) Beschwerdeverfahren verbessern – Menschenrechte schützen, Berlin.
21. Schmidt S (2015) Pflege mini Psychopharmaka im Alter. Springer, Berlin, Heidelberg.
22. Thürmann P (2020) AMTS-Ampel-Karte. [https://www.amts-ampel.de/fileadmin/img/downloads/AMTS-Karte\\_final.pdf](https://www.amts-ampel.de/fileadmin/img/downloads/AMTS-Karte_final.pdf) (24.08.2021).
23. Thürmann P (2020) Materialien im Projekt AMTS-AMPEL: AMTS-Ampel - Arzneimitteltherapiesicherheit. <https://www.amts-ampel.de/projekt-amts-ampel/materialien-im-projekt-amts-ampel/> (29.07.2021).
24. Universitätsmedizin Mannheim (UMM) (2019) Forta-Projekt deutsch. <https://www.umm.uni-heidelberg.de/klinische-pharmakologie/forschung/forta-projekt-deutsch/> (29.07.2021).
25. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2013) Pflege ohne Zwang. Zwischen Schutz und Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz. Praxisforum: Aggression und Gewalt in der Pflege im Praxisspiegel. <https://www.youtube.com/watch?v=T90eN-g2z7g>.

## 10. Rückmeldebogen für Sie!

Wir sind sehr interessiert zu erfahren, welche Erfahrungen Sie mit der Nutzung dieser Handreichung gemacht haben. Was konnten Sie nutzen? Was hat nicht funktioniert? Was möchten Sie uns sonst mitteilen?

Wir freuen uns über Ihre **Rückmeldung** – **telefonisch** (030 859 4908), **per Fax** (030 859 49 36), **Mail** (phasap@igfberlin.de) oder **Briefpost** (IGF e.V., PhasaP, Torstr. 178, 10115 Berlin)!

Rückmeldung an die Autorinnen: