



# Projekt Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes in der stationären Altenpflege (OPESA)

**- Abschlussbericht -**

**Herausgeber:** Diözesan-Caritasverbände für die Erzbistümer Köln und Paderborn

**Projektverantwortliche:**

***Projektleitung Köln:***

Henry Kieschnick  
Referent für stationäre Altenhilfe  
Diözesan-Caritasverband Köln  
[henry.kieschnick@caritasnet.de](mailto:henry.kieschnick@caritasnet.de)

***Projektleitung Paderborn:***

Ulrike Hackenholt  
Referentin Altenhilfe, Hospiz und Sozialstationen  
Diözesan-Caritasverband Paderborn  
[ulrike.hackenholt@caritas-paderborn.de](mailto:ulrike.hackenholt@caritas-paderborn.de)

**Fachliche Verantwortung für die Kapitel 1-5 (außer 4.2) und 6.2, 6.3, 7, 8.2, 8.3:**

Henry Kieschnick (Diözesan-Caritasverband Köln) und Ulrike Hackenholt (Diözesan-Caritasverband Paderborn)

**Fachliche Verantwortung für die Kapitel 4.2, 6.1 und 8.1:**

Prof. Dr. Michael Isfort und Prof. Dr. Anke Helmbold (Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH, Köln), Kapitel 6.1.2 unter Mitwirkung von Judith Ertz und Lara-Marie Seeger

**Weiterführende Informationen zum Projekt:**

<https://www.caritasnet.de/themen/alter-pflege/stationaere-pflege/>

<https://www.caritas-paderborn.de/opesa>



## Vorwort

Es ist eine bekannte und belegbare Erfahrung in der stationären Langzeitpflege, dass der Umgang mit Medikamenten und vor allem auch der Einsatz von Psychopharmaka in den Altenpflegeheimen nicht überall zufriedenstellend läuft. Bereits 2014 planten die Diözesan-Caritasverbände Paderborn und Köln daher einen Fachtag zum Thema Medikamentenmanagement. Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige und die Mitarbeiter in der Pflege müssen sich jederzeit über die Indikationen und die Interaktionen eingesetzter Psychopharmaka Klarheit und Sicherheit verschaffen können. Die Initiative, diese im Grunde alte Thematik in einem Projekt gezielt anzugehen, wurde mitten in der Coronazeit 2021 konkreter. Statt eines Fachtags wurde schließlich ein praxisnahes Projekt geplant, da der Transfer von Erkennen, Wissen und Einsicht eine messbare Wirkung in der Arbeit verspricht. Gemeinsam mit Praktikern wurde ein zweijähriges Programm zur konkreten Verbesserung des Psychopharmaka-Einsatzes aufgelegt, an dem sich 6 „Paderborner“ Einrichtungen und 10 „Kölner“ Einrichtungen beteiligt haben, in denen unter anderem auch Menschen mit mittlerer bis schwerster Demenz leben.

Diesen Einrichtungen gebührt großer Dank dafür, dass sie so engagiert mitgedacht und mitgemacht haben. Ein herzlicher Dank geht auch an Frau Prof. Dr. Helmbold und Herrn Prof. Dr. Isfort von der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH, die für uns die Erhebung des Ist-Zustands und die Evaluation vorgenommen haben. Zu danken ist ebenso Frau Tubbesing von der Caritas-Akademie Köln und Herrn Dr. Hanke von der Gero PharmCare GmbH Köln, die den Kurs zur Qualifizierung der Medikamentenbeauftragten organisiert und durchgeführt haben. Außerdem haben wir über ein Projektbegleitgremium die bemerkenswerte Unterstützung der regionalen Ärzte- und Apothekerkammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen erfahren. Eine starke Allianz für die gute Sache einer guten Medikamentenversorgung in Altenpflegeeinrichtungen.

Berechtigte Frage ist nun, ob das Projekt tatsächlich sein Ziel erreicht hat. So viel sei schon mal vorab berichtet: Man kann in der stationären Altenpflege fachlich fundiert und verantwortet den Psychopharmaka-Einsatz sehr deutlich reduzieren, teilweise sogar gänzlich auf eine Dauermedikation verzichten. Wie dies angestrebt und erreicht werden kann, wird im folgenden Bericht erläutert.

Dr. Frank J. Hensel

Caritasdirektor, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.

Esther van Bebbber

Vorstandsvorsitzende, Diözesan-Caritasdirektorin, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Köln und Paderborn, Januar 2024

## Inhalt

1. Zusammenfassung.....	3
2. Hintergrund und Zielsetzung des Projekts .....	4
3. Projektrahmen .....	4
4. Vorgehen im Projekt.....	5
4.1 Auftaktveranstaltung .....	5
4.2 Erhebung der Ausgangssituation und Evaluation.....	6
4.3 Qualifizierung von Medikamentenbeauftragten .....	7
4.4 Workshops in den Projekteinrichtungen .....	9
4.5 Tarifliche Abbildung der Funktion der Medikamentenbeauftragten.....	9
4.6 Überlegungen zur Anwendung des Heimarztprinzips statt des Hausarztprinzips .....	13
4.7 Abschlussveranstaltung .....	15
5. Flankierung des Projekts .....	16
5.1 Projektrat .....	16
5.2 Begleitgremium.....	17
6. Projekt-Ergebnisse .....	18
6.1 Erhebung der Ausgangssituation und Evaluation.....	18
6.1.1 Fragebogenerhebung (Ausgangssituation und Evaluation) .....	18
6.1.2 Fachgespräche zur Erhebung der Ausgangssituation .....	29
6.1.3 Fachgespräche zur Erhebung der veränderten Situation.....	41
6.2 Einsatz der Medikamentenbeauftragten in der Einrichtung .....	47
6.3 Workshops in den Projekteinrichtungen .....	50
7. Wesentliche Erkenntnisse und Empfehlungen.....	52
8. Anhang.....	62
8.1 Weitere Auswertungen der zweiten Online-Befragung der Pflegenden .....	62
8.2 Serial Trial Intervention (STI) zur verstehenden Diagnostik bei Demenz.....	65
8.3 Need-Driven Dementia-Compromised Behavior-Model (NDB-Modell) .....	66
8.4 Literaturverzeichnis.....	67

## Gender-Hinweis

Um eine bessere Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten, wurde bei Personen- bzw. Funktionsbezeichnungen nur die männliche Form gewählt. Es sind aber immer auch die weibliche und die diverse Form gemeint.

## Fachlicher Hinweis

Im gesamten Bericht wird an entsprechenden Stellen ein Fachbegriff verwendet, der im Zusammenhang mit der Versorgung und Betreuung von demenzkranken Menschen in Deutschland noch nicht sehr bekannt ist bzw. üblicherweise noch nicht (oft) verwendet wird. Es ist der Begriff „**besonderes Verhalten**“ bzw. „**besonderes Ausdrucksverhalten**“ der anstatt geläufiger Begriffe wie „herausforderndes Verhalten“ oder „Verhaltensauffälligkeiten“ genutzt wird. In Kapitel 7 wird bei „Erkenntnis 1“ näher erläutert, warum im Projekt zunehmend die neue Begrifflichkeit etabliert wurde.

## 1. Zusammenfassung

Ausgangspunkt des Projektes OPESA war die Tatsache, dass bei Pflegeheimbewohnern vergleichsweise viele Psychopharmaka verordnet werden. Außerdem erfolgt ihr Einsatz häufig über einen viel zu langen Zeitraum. Überdurchschnittlich oft sind demenzkranke Menschen und Bewohner mit akuten Verwirrheitszuständen davon betroffen. Bei ihnen werden Psychopharmaka am häufigsten beim Auftreten sogenannter Verhaltensauffälligkeiten verschrieben.

Im zweijährigen Praxisprojekt der Diözesan-Caritasverbände Köln und Paderborn wurden mögliche Gründe für das Bestehen dieser Probleme analysiert und praktikable Lösungsansätze für einen angemesseneren Umgang mit Psychopharmaka diskutiert und ausprobiert. Am Projekt beteiligten sich 16 stationäre Altenpflegeeinrichtungen. Basierend auf den Ergebnissen einer vorgeschalteten Ist-Analyse wurden pro Einrichtung in mehreren Workshops mit den Leitungskräften die Verbesserungsbedarfe identifiziert sowie konkrete Optimierungsmöglichkeiten besprochen und umgesetzt. Diese betrafen sowohl die einrichtungsinternen Prozesse als auch die Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten und den Apotheken. Parallel durchlief pro Projekteinrichtung eine Pflegefachperson die Qualifizierung zum Medikamentenbeauftragten. Diese Beauftragten nehmen nun vor allem eine unterstützende und beratende Funktion im internen Medikamentenmanagement wahr und sind ein wichtiges Bindeglied zu den Ärzten und Apotheken.

Im Verlauf des Projektes konnte der Einsatz von Psychopharmaka in den beteiligten Einrichtungen bereits reduziert und eine Neu-Verordnung in mehreren Fällen vermieden werden. Es wurde auch damit begonnen, den Einsatz der gesamten Medikation auf den Prüfstand zu stellen, vor allem wegen der Gefahr von gravierenden Wechselwirkungen bei Polypharmazie und Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die demenzähnliche Symptome verursachen. Insgesamt ist klar geworden, dass entsprechende Verbesserungen nur erreicht werden können, wenn alle an der Versorgung Beteiligten ihre berufsimmanente Verantwortung wahrnehmen. Deutlich wurde auch, dass es sich lohnt, Zeit für das Forschen nach den Gründen für besonderes Ausdrucksverhalten zu investieren. Häufig kann die Ursache für das besondere Verhalten ohne Psychopharmaka-Einsatz „behoben“ werden. Dann tritt das Verhalten nicht mehr auf, z.B. weil ursächliche Schmerzen ausgeschaltet werden konnten. In der Folge können erhebliche Zeit- bzw. Personalressourcen eingespart werden, da nicht mehr zeitaufwendig auf das besondere Verhalten eingegangen werden muss. Außerdem sollte der Einsatz von nicht pharmakologischen Interventionen immer Vorrang vor einer Psychopharmaka-Verordnung haben, weil dadurch die Bewohner in der Regel wacher, ansprechbarer, mobiler und selbständiger sind bzw. bleiben und sie weniger Pflege und Betreuung bedürfen als unter einer Psychopharmaka-Anwendung.

Wie im Projekt konkret vorgegangen wurde und welche Erkenntnisse und Empfehlungen abgeleitet werden können, wird im folgenden Bericht umfassend und detailliert dargestellt.

## 2. Hintergrund und Zielsetzung des Projekts

Aus mehreren **deutschen und internationalen** Studien ist bekannt, dass bei alten Menschen, auch bei Pflegeheimbewohnern vergleichsweise viele Psychopharmaka verordnet werden<sup>1</sup>. Außerdem erfolgt ihr Einsatz – entgegen den ärztlichen Leitlinien – häufig über einen viel zu langen Zeitraum. Überdurchschnittlich oft sind demenzkranke Menschen davon betroffen, bei denen diese Medikamente in der Regel gar nicht angezeigt bzw. hilfreich sind. Stattdessen stellen sie die Bewohner ruhig, verringern die Ansprechbarkeit und Bewegungsfähigkeit und führen im schlimmsten Fall zu Risiken, z.B. zu Stürzen. Natürlich gibt es Zustände, bei denen Psychopharmaka wirksam und hilfreich sind, z.B. in psychotischen Phasen. Am häufigsten werden sie aber für demenzkranke Bewohner bei sogenannten Verhaltensauffälligkeiten verschrieben. Dies ist fachlich gesehen äußerst fragwürdig. Bedenklich ist auch der Einsatz von anderen Medikamenten, die als Nebenwirkung demenzähnliche Symptome verursachen, z.B. akute Verwirrheitszustände.

Außerdem wurde in der Vergangenheit immer wieder von Angehörigen und gesetzlichen Vertretern von Bewohnern auf diese Probleme hingewiesen, was teilweise auch katholische Altenpflegeheime in NRW betraf. Ebenso fielen entsprechende Mängel bei Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst auf.

Daher beschäftigten sich die Diözesan-Caritasverbände (DiCV) Köln und Paderborn schon länger mit der Frage, wo genau diese Probleme ihren Ursprung haben und wie man praktikable Lösungsmöglichkeiten ableiten und erproben kann. Ziel war es, einen angemesseneren Umgang mit Psychopharmaka als bisher zu erreichen. Dabei sollte einerseits auf die internen Prozesse in der Pflege und im Medikamentenmanagement und andererseits auf die Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten und den Apotheken geschaut werden. Es war also bewusst nicht an eine erneute Studie zur Anzahl und Dauer von Psychopharmaka-Verordnungen in Altenpflegeheimen gedacht (vergleiche dazu auch Kapitel 4.2), da die grundsätzlichen Mängel bereits bekannt waren. Vielmehr sollte in einem Praxisprojekt den ganz konkreten Problemen auf den Grund gegangen werden. Dafür sollten aus beiden Diözesen Altenpflegeheime gewonnen werden, die an so einem Projekt und an der Bearbeitung des Themas Interesse haben.

## 3. Projektrahmen

Das Projekt wurde vom 01.09.2021 bis zum 31.08.2023 durchgeführt. Es war ursprünglich für 10 Einrichtungen ausgelegt. Für eine Teilnahme hatten sich allerdings weit mehr Einrichtungen von unterschiedlichen katholischen Trägern beworben. Zum Projekt wurden schließlich 16 Einrichtungen zugelassen, 10 Einrichtungen kamen aus dem Erzbistum Köln und 6 aus dem Erzbistum Paderborn.

Eine strenge Auswahl nach bestimmten Kriterien war nicht vorgesehen, da es sich – wie bereits erwähnt – nicht um eine Studie, sondern um ein Praxisprojekt handelte. Dennoch wurde bei der Auswahl unter anderem darauf geachtet, dass pro Träger nur eine Einrichtung teilnimmt, um möglichst vielen Trägern eine Mitwirkung zu ermöglichen, auch mit Blick auf mögliche Multiplikationseffekte bei den Trägern nach Abschluss des eigentlichen Projektes. Außerdem sollten Einrichtungen sowohl aus dem städtischen als auch aus dem ländlichen Bereich sowie Altenpflegeheime mit unterschiedlicher Einrichtungsgröße eingebunden werden. Eine entsprechende Auswahl wurde schließlich erreicht.

Der Projektteil des DiCV Köln wurde von der Lotterie GlückSpirale finanziell gefördert. Beim DiCV Paderborn flossen Mittel aus der Lotterie Spiel 77 ein. Dadurch entstanden den beteiligten Einrichtungen für die Unterstützung durch Externe bei der Ist-Erhebung und Evaluation sowie für die Qualifizierung der Medikamentenbeauftragten keine Kosten. Der zeitliche Aufwand für die Mitarbeit der Pflegeleitungs- und Pflegefachpersonen im Projekt wurde finanziell von den Einrichtungen getragen.

---

<sup>1</sup> Siehe z.B. Schwinger et al. 2023, Thürmann & Jaehde 2010, Thürmann & Jaehde 2015, Klimmer 2013, Henni-Rached 2021, Hughes 2008, Voyer 2005. Auch Effekte der Reduktion von Psychopharmaka wurden bereits mehrfach beschrieben, siehe z.B. Kassing 2024, Severin 2022, Monette et al. 2008.

## 4. Vorgehen im Projekt

In diesem Kapitel werden die einzelnen Arbeitsschwerpunkte erläutert, die im Rahmen des Projektes bearbeitet wurden. In der folgenden Übersicht ist die zeitliche Abfolge der Durchführung dargestellt.

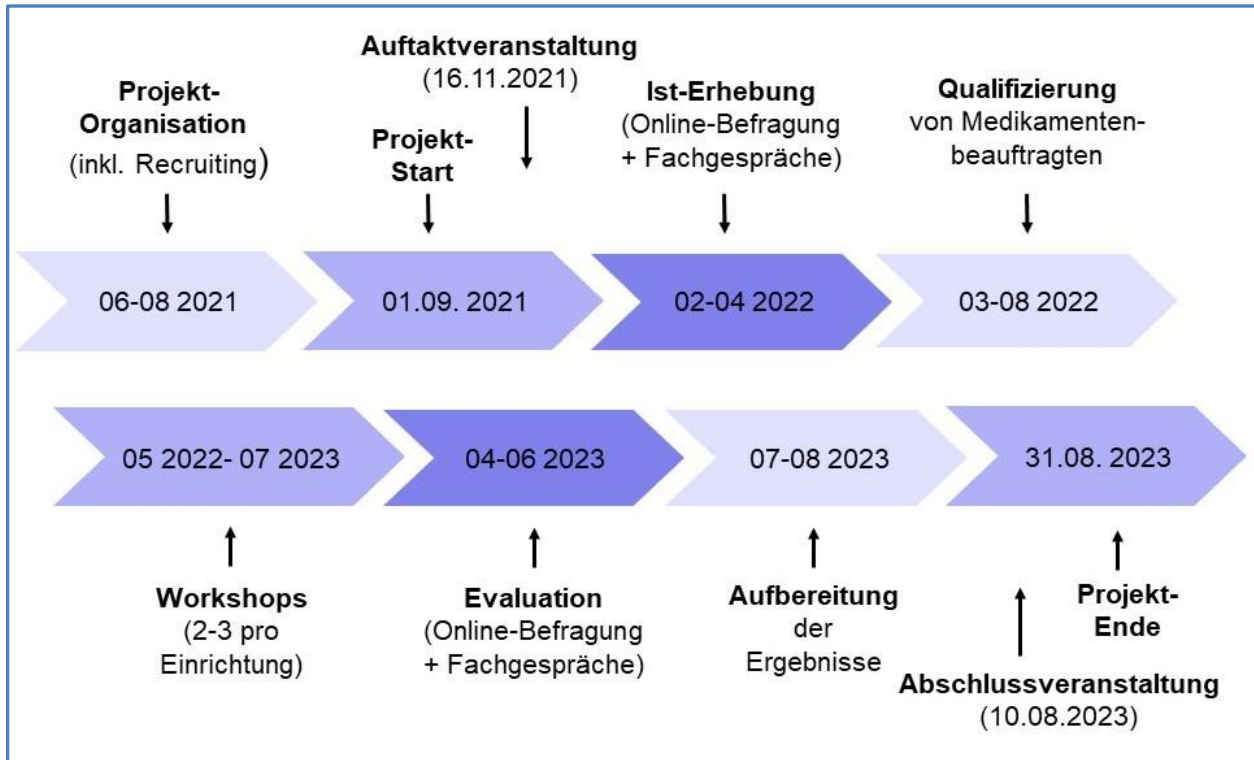


Abbildung 1: Projektverlauf

### 4.1 Auftaktveranstaltung

Die Auftaktveranstaltung fand am 16.11.2021 in der Caritas-Akademie in Schwerte statt. Es nahmen die Leitungskräfte der beteiligten Projekteinrichtungen und vereinzelt auch Pflegefachpersonen teil, die später im Projekt zum Medikamentenbeauftragten qualifiziert wurden.

Bei der Veranstaltung ging es vor allem darum, die Einrichtungsvertreter inhaltlich noch intensiver auf das Projekt-Thema einzustimmen, als dies mit den schriftlichen Informationen im vorangegangenen Recruiting-Prozess möglich war. Herr Dr. Hanke (damals Institut für Geriatrische Pharmazie) referierte zum Thema „Warum ist die Beschäftigung mit dem Thema Psychopharmaka sinnvoll und notwendig?“. Herr Dr. Wenning von der Ärztekammer Westfalen-Lippe ging in seinem Vortrag auf den Einsatz von Psychopharmaka im Altenpflegeheim aus ärztlicher Sicht ein.

Anschließend wurden von den beiden Projektleitungen der geplante Verlauf des Projektes im Detail und wichtige organisatorische Aspekte erläutert. Ergänzend stellte Herr Prof. Dr. Isfort von der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP GmbH) das geplante Vorgehen für das erste Arbeitspaket „Erhebung der Ausgangssituation“ vor. Zusätzlich gingen Herr Dr. Hanke und Frau Tubbesing (Caritas Akademie Köln) insbesondere auf die Art und die Inhalte der Qualifizierung zum Medikamentenbeauftragten ein. Anschließend wurden die Fragen der teilnehmenden Leitungskräfte beantwortet.

## 4.2 Erhebung der Ausgangssituation und Evaluation

Die Erhebung der Ausgangssituation und die Evaluation wurde jeweils von der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP GmbH) durchgeführt. Um sowohl quantifizierbare Aspekte wie auch subjektive Bedeutungen im Verlauf erfassen zu können, wurden quantitative und qualitative Daten erhoben und analysiert sowie unterschiedliche Zielgruppen in die Erhebungen integriert. Die dafür eingesetzte Methodentriangulation erweitert die Möglichkeiten der Interpretation der Daten. Zudem sollen damit die jeweiligen Schwächen der Methoden ausgeglichen und Informationslücken geschlossen werden.

Die Evaluation des Projekts wurde mit einem Prä-Post-Design durchgeführt, um Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen treffen zu können. Sie sollte sich auf die Ermittlung von mitarbeiterbezogenen Aspekten und Veränderungen innerhalb der Institutionen beziehen, die mit der Psychopharmaka-Gabe in Zusammenhang gebracht werden können. Die Evaluation von standardisierbaren Bewohnereffekten, wie beispielsweise die Erfassung einer möglichen Medikationsreduktion, wurde aufgrund der multifaktoriellen Einflüsse von komplexen Interventionen und der bestehenden Bewohnerfluktuation innerhalb der Einrichtungen bewusst aus der Erhebung der Ausgangssituation ausgeschlossen. Ebenso war die Bewertung der im Rahmen des Projekts durchgeführten Maßnahmen nicht Gegenstand der Evaluation. Als theoretischer Rahmen diente das „Conceptual model of implementation research“<sup>2</sup>. Hierbei handelt es sich um eine theoretische Perspektive, die eine forschungsbezogene Evaluation von Implementierungsprozessen unterstützt. Zur Verwendung im Rahmen der Evaluation wurde das Modell auf das Thema Psychopharmaka-Einsatz in Altenpflegeeinrichtungen unter Beachtung der Spezifika des Projekts, wie z.B. die Berücksichtigung der Qualifikation und Implementierung von Medikamentenbeauftragten, übertragen und modifiziert<sup>3</sup>.

Die folgende Darstellung des methodischen Vorgehens findet getrennt nach den jeweiligen Methoden statt.

Die **quantitative Datenerhebung** fand mithilfe von standardisierten Fragebögen statt. Diese richteten sich an Pflegefachpersonen und Pflegehelfer innerhalb der Einrichtungen und war als Vollerhebung angelegt. Die Entwicklung der Fragebögen basierte auf den Dimensionen des modifizierten „Conceptual model of implementation research“ und berücksichtigte strikt die spezifischen Erfordernisse und Gegebenheiten des Projekts mit den Projekteinrichtungen. Zu diesem Zweck wurden die Fragebögen-Entwürfe der Prä- und Posterhebung jeweils der Projektleitung vorgestellt und im Projektteam diskutiert, modifiziert und konsentiert. Inhaltlich decken die standardisierten Fragebögen neben biografischen Daten die Inhaltsbereiche Wissen & Kompetenz, Aufgabenbereiche, Strukturen & Prozesse sowie Kommunikation & Interaktion ab. Ergänzend wurden Einschätzungen zur Bedeutung des Themas und Projekts sowie zu Erwartungen erfragt. Bei den Fragen handelte es sich um Selbsteinschätzungen (z.B. zum Wissen über Psychopharmaka), um Fremdeinschätzungen (z.B. zu übernommenen Aufgaben des Medikamentenbeauftragten) und zu Einschätzungen von Situationen und Gegebenheiten (z.B. zum Auftreten von kritischen Ereignissen). Die Information und Ansprache der Teilnehmer erfolgte ergänzend zur schriftlichen Information durch die jeweilige Bereichsleitung, welche wiederum zuvor in Informationsveranstaltungen über die Erhebungen informiert wurden. Die erste Datenerhebung (t0) erfolgte von Februar bis April 2022, die zweite (t1) in April und Mai 2023. Die Durchführung der beiden quantitativen Erhebungen erfolgte elektronisch wahlweise über Computer oder Handy. Aufgrund von hoher Arbeitsbelastung und hohen Krankheitsständen mussten die Erhebungsphasen jeweils verlängert werden. An der ersten standardisierten Erhebung nahmen insgesamt 316 Pflegenden, an der zweiten 189 Pflegenden teil. Die mit SPSS durchgeführten Analysen der quantitativen Daten fanden getrennt als institutionenspezifische sowie als übergreifende Datenanalysen statt. Ergänzend dazu wurden in weiteren Analysen die Gruppe der Medikamentenbeauftragten von den restlichen Teilnehmern sowie nach Qualifikation getrennt dargestellt. Ergänzend dazu fand eine gesonderte Analyse bezogen auf die Personengruppe statt, die an der ersten und der zweiten Erhebung teilgenommen hatte. Personenbezogene Auswertungen waren aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht intendiert.

---

<sup>2</sup> Siehe Proctor et al. 2009

<sup>3</sup> Siehe Proctor et al. 2009, mod. Isfort

Die **qualitative Erhebung** fand in Form von Gruppeninterviews, die getrennt nach Einrichtungen erfolgten, statt. Diese wurden mit Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen, den angehenden bzw. ausgebildeten Medikamentenbeauftragten sowie Vertretern aus dem Pflegeteam durchgeführt. Vereinzelt nahmen auch Qualitätsmanagementbeauftragte, an einem Interview auch eine behandelnde Ärztin, teil. Der Leitfaden für die ersten qualitativen Erhebungen (t0), die vom 24.02.2022 bis zum 28.03.2022 durchgeführt wurden, umfasste die Dimensionen Erfahrungen, Umgang mit Psychopharmaka, Probleme, hemmende- und förderliche Aspekte sowie Verbesserungspotential und Wünsche. Die aus den Ergebnissen ermittelten Inhaltsbereiche waren die Grundlage für die Leitfadententwicklung der zweiten qualitativen Erhebungen (t1), die ergänzend die Dimensionen des theoretischen Rahmens berücksichtigte. Diese wurde vom 17.04.2023 bis zum 31.05.2023 durchgeführt. Wie auch für den Bereich der quantitativen Erhebung fand eine detaillierte Abstimmung und Konsentierung der Leitfäden im Projektteam statt. Die Kontaktherstellung und Terminkoordination mit den Projekteinrichtungen erfolgte, nachdem die Projektpartner schriftlich und in den jeweiligen Informationsveranstaltungen über die Durchführung der Interviews informiert wurden. Bei den Interviews t1 fand die Terminierung der Interviews ergänzend mithilfe des DFN-Terminplaners statt. In t0 wurden die Interviews durch die Forscherin der DIP GmbH überwiegend persönlich in den jeweiligen Einrichtungen geführt und von zwei Masterstudierenden sowie Mitarbeiter der DIP GmbH dokumentiert. Die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie machten in dieser Erhebungsphase die Durchführung von 3 Interviews über ein Videokonferenzsystem nötig. Die Analyse der Daten t0 erfolgte mit inhaltsanalytischen Methoden und wurde in Gruppensitzungen mit der Forscherin der DIP GmbH und den Masterstudierenden durchgeführt. Ergänzend zu der institutionsübergreifenden Analyse erfolgten Einzelauswertungen für die Workshops.

Die Gruppeninterviews, die nach der Implementierung der Medikamentenbeauftragten stattfanden (t1), wurden ebenfalls online geführt, aufgezeichnet, transkribiert und mit der systematischen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Während die Interviews t0 mit allen 16 Einrichtungen geführt wurden, gelang die Terminfindung mit einer Einrichtung im Erhebungszeitraum t1 nicht. Insgesamt mussten in beiden Zeiträumen mehrere Interviewtermine aufgrund der aktuellen Situation in den Einrichtungen z.T. auch mehrfach verschoben werden.

Die institutionsspezifischen Ergebnisse dienen als Grundlage für die anschließend durchzuführenden Workshops und wurden den jeweiligen Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Diese werden zum Schutz der jeweiligen Einrichtungen nicht veröffentlicht. Die Ergebnisse der institutionsübergreifenden Analysen t0 und t1 sind Gegenstand des vorliegenden Berichts (siehe Kapitel 6.1) und wurden auf der Abschlussveranstaltung präsentiert.

### 4.3 Qualifizierung von Medikamentenbeauftragten

Ein besonderer Baustein im Projekt war die Qualifizierung sogenannter Medikamentenbeauftragter. Eine Pflegefachperson pro Einrichtung bekam die Möglichkeit, ihr Wissen zu Psychopharmaka und anderen Medikamenten aufzufrischen und zu erweitern. Die Medikamentenbeauftragten sollten anschließend vor allem die anderen Pflegefachpersonen in ihrer Einrichtung beim Umgang mit Psychopharmaka unterstützen und beraten, insbesondere auch in der Kommunikation mit den Haus- und Fachärzten sowie den Apotheken (siehe Kapitel 6.2).

Grundsätzlich wird die Nachhaltigkeit von Verbesserungsmaßnahmen unterstützt, wenn die Umsetzung periodisch überprüft und dann weitergeführt bzw. bei Bedarf angepasst wird. In Altenpflegeeinrichtungen hat sich bewährt, entsprechende Aufgaben an einen Beauftragten zu delegieren. Für die dauerhafte Verbesserung des Medikamentenmanagements und insbesondere für den angemessenen Umgang mit Psychopharmaka erschien es daher sinnvoll, die Funktion eines Medikamentenbeauftragten zu etablieren.



Die Qualifizierung fand in Kooperation mit der Caritas-Akademie Köln statt. Als Referenten fungierten Herr Dr. rer. medic., Dipl. pharm. Frank-Christian Hanke als pharmazeutischer Experte und Herr Dr. med., Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann als Arzt für Neurologie, Psychiatrie und klinische Geriatrie.

In 7 Schulungstagen wurde das notwendige Wissen vermittelt und an praktischen Beispielen erläutert. Folgende Inhalte wurden dabei insbesondere behandelt:

- Einführung in die Grundlagen und Grundbegriffe der geriatrischen Pharmakotherapie  
Medikationssicherheit, grundlegende Kenntnisse zur Arzneimitteltherapiesicherheit (inkl. AMTS-Karte), Qualitäts- und Risikomanagement in der Arzneimittelversorgung, die „3Ms“: Multimorbidität, Multimedikation und Multiatrogenität, Medikationsprozess und Medikationsmanagement, Fehlerkultur: Methoden und Hilfsmittel am Beispiel des London-Modells, Risikokonstellationen in der geriatrischen Pharmakotherapie, deren Ursachen und Präventionsansätze aus pflegerischer Sicht
- Grundlagen der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik  
Arzneimittelassoziierte Stürze: Assessment der Geriatrie-typischen Instabilität, Expertenstandard Sturz, orthostatische Dysfunktionen; Psychopharmakologie für Pflegefachpersonen, akute und chronische neuropsychiatrische Erkrankungen durch Arzneimittel, Therapie neuropsychiatrischer Störungen, Indikationsstellung und Indikationsverhinderung, Milieuthapie anhand haus- und fachärztlicher Leitlinien: Rahmenbedingungen und Einsatz spezieller Arzneistoffgruppen, Therapiebeobachtung bei Risikopatienten, spezielle Risikokonstellationen in der geriatrischen Pharmakotherapie an Fallbeispielen, internistische und geriatrische Besonderheiten der Pharmakotherapie: Problemstellungen und Möglichkeiten des Psychopharmaka-Einsatzes
- Der gerontopsychiatrische Patient – Schwerpunkt Demenz  
Einführung in das Krankheitsbild, pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen
- Kommunikation im Medikationsprozess  
Beratung, Persönlichkeitsbildung, Gesprächsführung, Risikokommunikation im Pflegeteam, mit Arzt, Apotheker und Angehörigen
- Das Arzneimittel im Versorgungsprozess  
Medikationsprozess und -organisation: Erwerb, Rezept- und Bestellmanagement, der Medikationsplan, Kommunikation und Dokumentation, Dispensieren, Arzneimittelanwendung, Dysphagie und Sonden-Gabe, Einführung Compliance
- Grundlagen der praktischen Pharmakologie  
Schmerz und Schmerzmanagement: Schmerzphysiologie, Schmerzmittel-Assessment in der Pflege, pharmakologische Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie, Einsatz von Arzneistoffen im WHO – Assessment, Compliance und Cue-Dosing unter besonderer Berücksichtigung der Placebo- und Nocebo-Effekte

Anschließend fertigte jeder Teilnehmer eine Projektarbeit zu einem Thema an, das im Zusammenhang mit dem Einsatz von Psychopharmaka stand und einen Bezug zur Arbeit in der eigenen Einrichtung bzw. zur medikamentösen Versorgung konkreter Bewohner hatte. Im August 2022 wurden die Projektarbeiten im Rahmen eines Kolloquiums von den Medikamentenbeauftragten vorgestellt und in der Gruppe diskutiert.

Für die erfolgreiche Absolvierung der Qualifizierung erhielten die Teilnehmer ein Zertifikat.

## 4.4 Workshops in den Projekteinrichtungen

Die Identifizierung und Konkretisierung von Verbesserungsbedarfen, die Suche nach Gründen für bestehende Herausforderungen sowie das Ableiten von ganz konkreten Veränderungsmöglichkeiten fand maßgeblich in den Workshops statt.

Pro Projekteinrichtung konnten maximal drei Workshops vereinbart werden. An den Treffen nahmen die für die jeweilige Diözese zuständige Projektleitung und von Einrichtungsseite die Pflegedienstleitung, der Medikamentenbeauftragte sowie je nach Möglichkeit die Einrichtungsleitung, die Wohnbereichsleitungen und Verantwortliche des internen bzw. trägerbezogenen Qualitätsmanagements teil. Die Treffen fanden in der Regel in Präsenz in den Einrichtungen und nur in wenigen Fällen als Videokonferenz statt (z.B. wegen eines aktuellen Corona-Ausbruchs in der Einrichtung).

Basis für die inhaltliche Arbeit im ersten Workshop waren jeweils die einrichtungsindividuellen Ergebnisse des Fachgesprächs, das vorher im Rahmen der Ist-Erhebung stattgefunden hatte. In den Workshops wurde zu den Aspekten, die als bereits gut umgesetzt identifiziert worden waren, ermittelt, welche Rahmenbedingungen und Prozesse hilfreich für die erfolgreiche Umsetzung dieser Gute-Praxis-Beispiele sind. Außerdem wurde sicherheitshalber nachgefragt, ob zu diesen Themen tatsächlich kein Handlungsbedarf mehr besteht. Im Ergebnis wurden vereinzelt in Teilbereichen doch noch Verbesserungsspielräume festgestellt.

Für die Aspekte mit Verbesserungspotential wurde genau analysiert, worin das Problem eigentlich besteht, welche Ausprägung es ganz konkret hat und worin es begründet ist. Beispielsweise wurde bei Problemen in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten nachgefragt, mit welchen bzw. wie vielen Ärzten die Kooperation und Kommunikation gut bis sehr gut bewertet wird, bei wie vielen Ärzten sie noch weitgehend angemessen ist und mit welchen Ärzten erhebliche Probleme in der Zusammenarbeit bestehen und welche Herausforderungen das konkret sind. Außerdem wurde gefragt, ob mit allen Haus- und Fachärzten Kooperationsverträge nach § 119b SGB V bestehen und was in den Verträgen konkret vereinbart wurde. Es stellte sich heraus, dass nicht mit allen Ärzten entsprechende Verträge abgeschlossen worden waren bzw. nicht alle Leitungsverantwortlichen ad hoc wussten, welche Verträge bereits vorliegen und was in ihnen im Detail geregelt ist. Auch für die Apothekenverträge nach § 12a Apothekengesetz waren nicht immer alle vertraglich festgelegten Vereinbarungen bekannt. In diesen Fällen bekamen die Leitungsverantwortlichen den Arbeitsauftrag, bis zum nächsten Workshop die notwendigen Informationen einzuholen und ggf. bereits Gespräche mit einzelnen Ärzten und/oder der Apotheke zu führen.

Bei der Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten wurde darauf geachtet, möglichst realistische und - wenn sinnvoll - verschiedene Strategien herauszuarbeiten und zu diskutieren. Und es wurden konkrete Arbeitsaufträge festgelegt, die dazu dienen sollten, im Nachgang fehlende Informationen einzuholen, das Problem direkt zu lösen oder zumindest mit dessen Bearbeitung zu beginnen.

Der zweite und eventuell dritte Workshop fand zeitversetzt, also im Abstand von mehreren Monaten statt. Bei diesen Workshops wurden vor allem neue Informationen bewertet und in den Problemlösungsprozess einbezogen, der Bearbeitungsstand der Arbeitsaufträge abgefragt, ggf. Korrekturen in der geplanten Umsetzungsstrategie vorgenommen und neue Aufträge vereinbart.

## 4.5 Tarifliche Abbildung der Funktion der Medikamentenbeauftragten

Dieses Arbeitspaket ist nicht in Abbildung 1 dargestellt, weil es über die gesamte Projektlaufzeit und weitgehend außerhalb der bzw. parallel zur eigentlichen Projektstruktur bearbeitet wurde.

Ansatzpunkt für die Bearbeitung des Themas war die Überlegung, dass die Wahrnehmung der Funktion des Medikamentenbeauftragten mit einer höheren Verantwortung verbunden ist als dies bei einer „normalen“ Pflegefachperson ohne zusätzliche, spezifische Aufgaben der Fall ist. Außerdem sollte der Wahrnehmung dieser Funktion immer die Teilnahme an einer speziellen Qualifizierungsmaßnahme vorausgehen, um die Medikamentenbeauftragten fachlich umfassend auf ihr Wirken vorzubereiten. Dies ist auch mit einem gewissen Aufwand für die potenziellen Medikamentenbeauftragten verbunden und erfordert persönliches Engagement. Im Projekt sollte geprüft werden, ob dieses **Mehr an Verantwortung und fachlichem Engagement** zukünftig finanziell honoriert

werden kann, insbesondere mit dem Ziel, Pflegefachpersonen zur Wahrnehmung einer solchen Funktion zu motivieren. Bisher ist in den Arbeitsvertragsrichtlinien der Caritas (AVR) eine besondere tarifliche Abbildung der Arbeit von Medikamentenbeauftragten nicht vorgesehen, ebenso wenig wie für andere Beauftragte bzw. fachliche Experten, die bereits in Altenpflegeheimen zum Einsatz kommen, wie Kontinenz-Beauftragte oder einrichtungsinterne Wundexperten. Daher sollte insbesondere im Projekt geprüft werden, ob zukünftig eine entsprechende tarifliche Abbildung in den AVR realisierbar wäre.

Das Anliegen und die mögliche Vorgehensweise, um die Ausgangsfrage des Arbeitspakets klären zu können, wurde in mehreren Arbeitstreffen von den beiden Projektleitungen mit Fachleuten aus dem Bereich Recht sowie Trägervertretern diskutiert, darunter auch Mitglieder der Arbeitsrechtlichen Kommission der Caritas auf Landesebene und auf Bundesebene.

Als Grundlage für die Einschätzung, ob bei der Arbeitsrechtlichen Kommission der Caritas (AK) eine Anfrage gestellt werden sollte und ob von der Kommission nach Beschäftigung mit der Anfrage mit hoher Wahrscheinlichkeit ein positiver Bescheid erwartet werden kann, war vor allem die Vorab-Klärung folgender Fragen wichtig:

- Mit welchen Aufgaben soll zukünftig der Medikamentenbeauftragte maßgeblich betraut werden? Wie unterscheiden sich diese Aufgaben von den üblichen Aufgaben einer Pflegefachperson?
- Wieviel Zeit nehmen die spezifischen Aufgaben des Medikamentenbeauftragten durchschnittlich in Anspruch? Welcher Stellenanteil sollte für diese Aufgaben zur Verfügung gestellt werden?
- Wie umfangreich ist die Qualifizierung zum Medikamentenbeauftragten? Ist sie vom zeitlichen Umfang her mit anderen gängigen Qualifizierungen bzw. Weiterbildungen in der Pflege vergleichbar, z.B. mit der Weiterbildung zur Praxisanleitung, zur gerontopsychiatrischen Fachkraft oder zum Wundexperten?

Da zu den möglichen Aufgaben der Medikamentenbeauftragten und zum erforderlichen Zeitbedarf für die Erfüllung dieser Aufgaben in Deutschland nur sehr wenige Erfahrungen und keine verallgemeinerbaren Fachinformationen vorliegen, wurden im Projektverlauf entsprechende Informationen gesammelt. Alle Projekteinrichtungen wurden im ersten Workshop beauftragt, sich zum zukünftigen Stellenprofil und zum möglichen Umfang der Stelle des zukünftigen Medikamentenbeauftragten Gedanken zu machen. In der zweiten Workshop-Serie und bei einem Treffen des Projektrates wurden die Ideen diskutiert (das Gremium „Projektrat“ wird in Kapitel 5.1 erläutert). Die Ergebnisse dieser Sammlung sind ausführlich im Kapitel 6.2 dargestellt.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Aufgaben der Medikamentenbeauftragten grundsätzlich als Aufgaben zu verstehen sind, die zusätzlich zu den regulären Aufgaben der Pflegefachpersonen im Rahmen des Medikamentenmanagements erbracht werden (sollen). Die Medikamentenbeauftragten sollen eine überwachende, beratende und begleitende Funktion für die Pflegefachpersonen übernehmen. Idealerweise fällt auch die übergeordnete fachliche Kommunikation mit den Ärzten und Apotheken, insbesondere bei kritischen Medikamentenkonstellationen und generellen Problemen im Medikamentenmanagement in das neue Aufgabengebiet.

Der Stellenumfang der Tätigkeit des Medikamentenbeauftragten kann nicht pauschal beziffert werden, sondern er ist von mehreren Variablen abhängig, z.B. von den Aufgaben, die er tatsächlich in der jeweiligen Einrichtung übernehmen soll, sowie von der Anzahl der Medikamentenbeauftragten in der jeweiligen Einrichtung bezogen auf die Größe der Einrichtung bzw. die Anzahl der Organisationseinheiten, für die ein Medikamentenbeauftragter zuständig sein soll.

Ein wichtiger Aspekt für die Abbildung in den AVR ist unter anderem auch der Umfang der durchlaufenen theoretischen Wissenserweiterung. Der zeitliche Umfang der Medikamentenbeauftragten-Schulung beträgt 64 Stunden (ohne Aufwand für das Anfertigen der Facharbeit). Daher ist sie nicht mit den in der Pflege gängigen fachbezogenen Weiterbildungen wie denen zur Praxisanleitenden und gerontopsychiatrischen Pflegefachperson vergleichbar. Ein Vergleich ist eher mit dem

Basis-Seminar zum Wundexperten ICW möglich. Diese Qualifizierung hat in der Regel einen Umfang von 56 Unterrichtsstunden (à 45 Minuten), 16 Stunden Hospitation und beinhaltet eine Abschlussprüfung und einen Hospitationsbericht. Ein anderer Vergleich könnte mit der Qualifizierung zum Hygienebeauftragten in der Pflege gezogen werden. Angeboten werden beispielsweise Kurse, bei denen die Inhalte in 48 Stunden Theorie vermittelt werden. Außerdem ist abschließend ein Lernerfolgsnachweis in Form einer Klausur erforderlich. Diese Qualifizierung entspricht aber nicht der Weiterbildung zum Hygienebeauftragten (200 Stunden Theorie + 16 Stunden Praxis) oder zur Hygienefachkraft (750 Stunden Theorie und 30 Wochen Praxis).

Im **Ergebnis der Diskussion mit der Expertengruppe** wurde auf eine offizielle Anfrage bei der Arbeitsrechtlichen Kommission der Caritas (AK) verzichtet, da die Wahrscheinlichkeit der Bearbeitung einer Anfrage zum Thema „Medikamentenbeauftragte“ durch die AK bzw. die Möglichkeit einer Aufnahme entsprechender Regelungen in die Arbeitsvertragsrichtlinien der Caritas als äußerst gering eingeschätzt wurde. Zum einen, da eine kleinteilige Benennung und dazugehörige tarifliche Abbildung von besonderen Aufgaben von Mitarbeitern im Tarifgefüge der AVR nicht üblich ist. Für die Funktion des Medikamentenbeauftragten spielt auch eine Rolle, dass die besonderen Aufgaben in der regulären Arbeitszeit als Pflegefachperson ausgeführt werden und der durchschnittliche Umfang der speziellen Tätigkeiten in der Regel relativ gering sein wird und – wie oben erläutert – von verschiedenen Variablen abhängig ist. Zum anderen ist – wie ebenfalls bereits beschrieben – der Umfang der Qualifizierung zum Medikamentenbeauftragten wesentlich geringer im Vergleich zu anerkannten und im Tarifwerk abgebildeten Fachweiterbildungen wie zum Praxisanleitenden oder zur gerontopsychiatrischen Fachkraft.

Die AVR bieten aber die Möglichkeit von **freiwilligen Leistungen** in Form einer einrichtungsindividuellen Zulage oder einer vorweggenommenen Stufensteigerung. Diese Möglichkeiten können von der Einrichtung bzw. dem Träger genutzt werden, um das besondere Engagement der Medikamentenbeauftragten finanziell zu honorieren. Zur Frage, inwieweit die dadurch entstehenden Kosten in die Pflegesatzverhandlung eingebracht und von den Kostenträgern berücksichtigt werden, gibt es in Altenpflegeeinrichtungen unterschiedliche Erfahrungen.

Im Folgenden werden die beiden Möglichkeiten der finanziellen Honorierung näher erläutert.<sup>4</sup>

### **Stellen- bzw. Leistungszulagen gem. Abschnitt VIII Anlage 1 AVR:**

Mitarbeiter, die durch die Art ihrer Tätigkeit aus ihrer Vergütungs- bzw. Entgeltgruppe hervorgehoben sind, können für die Dauer dieser Tätigkeit eine Stellenzulage erhalten. Bei besonders hochwertigen Leistungen des Mitarbeiters kann eine widerrufliche Leistungszulage gewährt werden.

### **Vergütungsgruppenverzeichnis im Bereich der Anlage 2 AVR – Vergütungsgruppen für Mitarbeiter (allgemein):**

Im Vergütungsgruppenverzeichnis der Anlage 2 AVR gibt es für jede Vergütungsgruppe eine „letzte Ziffer“ die bestimmt, dass Mitarbeiter, deren Aufgabenbereich und Verantwortung mit den Tätigkeitsmerkmalen dieser Vergütungsgruppe vergleichbar ist, dort eingruppiert werden können. Gemäß Hochzahl 9 der Anmerkungen zu den Tätigkeitsmerkmalen der Vergütungsgruppen 1-12 gilt hierbei, dass hier nur Mitarbeiter mit solchen Tätigkeiten einzustufen sind, für die im Vergütungsgruppenverzeichnis kein Tätigkeitsmerkmal ausdrücklich aufgeführt ist.

---

<sup>4</sup> Der Text wurde von Herrn Norbert Altmann, DiCV Paderborn, Leitung Zentralstelle Personal und Organisationskultur, Mitglied in der Arbeitsrechtlichen Kommission beim Deutschen Caritasverband zur Verfügung gestellt.

### **Stufenvorweggewährung:**

Die Möglichkeit der Stufenvorweggewährung ist ein Instrument, mit dem Dienstgeber flexibel auf Entwicklungen reagieren können, sofern sie die Notwendigkeit dafür sehen und die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen:

- Bei Mitarbeitern der **Anlage 2 AVR**: Vergütungsgruppen für Mitarbeiter (allgemein)
- Bei Mitarbeitern der **Anlage 31 AVR**: Besondere Regelungen für Mitarbeiter im Pflegedienst in Krankenhäusern
- Bei Mitarbeitern der **Anlage 32 AVR**: Besondere Regelungen **für Mitarbeiter im Pflegedienst in sonstigen Einrichtungen**
- Bei Mitarbeitern der **Anlage 33 AVR**: Besondere Regelungen für Mitarbeiter im Sozial- und Erziehungsdienst

Die Möglichkeiten der Stufenvorweggewährung bei Neueinstellung oder im laufenden Dienstverhältnis für Mitarbeiter der Anlagen 2 sowie 31 bis 33 AVR wurden durch den Beschluss zur Tarifrunde Teil III vom 19.10.2023 erheblich erweitert. Da in den betroffenen Anlagen teilweise bereits Regelungen zur Vorweggewährung von Stufen enthalten sind, wurden entweder neue Regelungen geschaffen oder die bereits vorhandenen um die neuen Regelungsinhalte ergänzt. Im Übrigen bleiben die bereits vorhandenen Regelungen zur Stufenvorweggewährung in den Anlagen 31 und 32 AVR (jeweils § 13 Abs. 2) und in Anlage 33 AVR (§ 11 Abs. 2) unverändert.

### **Stufenvorweggewährung im laufenden Dienstverhältnis:**

Für Stufenvorweggewährungen in **laufenden Dienstverhältnissen** wurde eine einheitliche Regelung für **alle Mitarbeiter der Anlagen 2 sowie 31 bis 33 AVR** geschaffen. Nach dieser können Dienstgeber Gruppen von Mitarbeitern oder einzelnen Mitarbeitern zur **regionalen Differenzierung**, zur **Deckung des Personalbedarfs** oder zur **Bindung von qualifizierten Fachkräften** ein um bis zu zwei (Anlagen 31 und 33 AVR) bzw. bis zu drei (Anlage 1 AVR) Stufen höheres Entgelt vorweggewähren.

Die unterschiedlichen Höchstangaben wurden gewählt, um bei unterschiedlichen Stufenlaufzeiten insgesamt einen vergleichbaren Zeitraum abzudecken. Dieser Zeitraum liegt für Mitarbeiter der Anlage 2 AVR bei sechs Jahren, für Mitarbeiter der Anlagen 31 und 32 AVR bei zwischen fünf und sieben Jahren und bei Mitarbeitern der Anlage 33 AVR bei zwischen sieben und acht Jahren. Im Falle von Mitarbeitern, die bereits die vorletzte oder letzte Stufe ihrer Entgeltgruppe erreicht haben, kann der Dienstgeber eine Entgelterhöhung von bis zu 20 v.H. der zweiten Stufe der jeweiligen Entgeltgruppe gewähren. Gruppen von Mitarbeitern können z.B. Fachbereiche und Fachabteilungen sein. Auch nach dieser Änderung bleibt es jedoch bei dem Grundsatz, dass die Stufenzuordnung der Mitarbeiter durch dieses erhöhte Entgelt nicht berührt wird. Daher ist beispielsweise im Falle einer Höhergruppierung über die Gewährung des um bis zu zwei Stufen höheren Entgelts neu zu entscheiden. Die Vorweggewährung kann grundsätzlich zeitlich befristet erfolgen und ist jederzeit widerruflich. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (siehe u.a. BAG, Urteil vom 7. Juli 2011, Az. 6 AZR 151/10; BAG, Urteil vom 13. April 2011, Az. 9 AZR 113/09) ein Widerrufsvorbehalt für den Mitarbeiter nur zumutbar ist, wenn der Widerruf nicht grundlos erfolgen soll, sondern z.B. wegen der unsicheren Entwicklung der Verhältnisse als Instrument der Anpassung notwendig ist. Auch muss sich aus der Regelung selbst ergeben, dass der Widerruf nicht ohne Grund erfolgen darf. Die Voraussetzungen eines Widerrufs müssen möglichst konkretisiert werden. Dies bedeutet für die Praxis, dass bei Gewährung einer "widerruflichen" Zulage zur regionalen Differenzierung die Gründe für einen möglichen Widerruf aus Transparenzgründen in der Vereinbarung selbst genannt sein müssen. Der Dienstgeber kann zudem bestimmen, ob und wie die Zulage im Falle eines Stufenaufstiegs des Mitarbeiters abgeschmolzen wird oder nicht und was bei einer Höher- oder Herabgruppierung geschieht (siehe BAG, Urteil vom 15. Juli 2021, Az. 6 AZR 561/10).

### **Stufenvorweggewährung bei Neueinstellungen.<sup>5</sup>**

Die bezüglich der Stufenvorweggewährung bei **Neueinstellungen** bereits bestehenden Regelungen in den Anlage 31 bis 33 AVR bleiben unverändert und werden dem Wesen nach auf die Anlage 2 AVR übertragen. Es existieren somit die folgenden höheren Stufenzuordnungen bei Neueinstellungen in den verschiedenen Anlagen:

- In **Anlage 2 AVR** erfolgt bei mindestens zwei Jahren einschlägiger Berufserfahrung die Zuordnung in Stufe 2, bei mindestens vier Jahren einschlägiger Berufserfahrung die Zuordnung in Stufe 3.
- In den **Anlagen 31 und 32 AVR** erfolgt weiterhin bei mindestens einem Jahr einschlägiger Berufserfahrung die Zuordnung in Stufe 2, bei mindestens drei Jahren einschlägiger Berufserfahrung die Zuordnung in Stufe 3.
- In **Anlage 33 AVR** erfolgt weiterhin die Zuordnung in Stufe 2 ebenfalls bei mindestens einem Jahr einschlägiger Berufserfahrung, die Zuordnung in Stufe 3 bei mindestens vier Jahren einschlägiger Berufserfahrung.

Zudem gilt in allen genannten Anlagen nun gleichermaßen, dass der Dienstgeber bei Neueinstellungen zur **Deckung des Personalbedarfs** sämtliche Zeiten einer vorherigen beruflichen Tätigkeit bei der Stufenzuordnung berücksichtigen kann, wenn diese Tätigkeit für die vorgesehene Tätigkeit „förderlich“ ist. Die **förderliche Tätigkeit** ist dabei erheblich weiter zu verstehen als die einschlägige Tätigkeit und eröffnet Dienstgebern einen recht weiten Argumentationsspielraum. Die Mitarbeiter-Vertretung ist wie gewohnt zu beteiligen.

## **4.6 Überlegungen zur Anwendung des Heimarztprinzips statt des Hausarztprinzips**

Ein weiterer spezieller Auftrag im Projekt bestand in der Recherche, inwieweit es sinnvoll und machbar ist, statt des Hausarztprinzips, das für die stationäre Altenpflege üblich und gesetzlich vorrangig ist, das sogenannte Heimarztprinzip umzusetzen. Dieses Arbeitspaket ist ebenfalls nicht in der Abbildung 1 dargestellt, weil es auch gesondert, nicht unter Beteiligung der Projekteinrichtungen und außerdem über den gesamten Projektzeitraum bearbeitet wurde.

Die „ambulante“ medizinische Grundversorgung der Bewohner von Altenpflegeheimen wird bekanntermaßen von deren Hausärzten übernommen. Dabei gilt für die Bewohner grundsätzlich die freie Arztwahl. Dies führt dazu, dass in den Altenpflegeeinrichtungen in der Regel mehrere Hausärzte zum Einsatz kommen. In den Einrichtungen des Projektes OPESA waren bzw. sind dies zwischen 2 und 12 Hausärzte bzw. Hausarztpraxen.

Sowohl die im Projekt gesammelten Erfahrungen als auch Rückmeldungen aus der Praxis zeigen, dass die Zusammenarbeit und Kommunikation der Altenpflegeeinrichtungen mit den Hausärzten umso aufwendiger ist, je mehr Ärzte in die medizinische Versorgung der Bewohner einer Einrichtung involviert sind. Hinzu kommt, dass nicht alle Hausärzte in zeitlich angemessenen Abständen die Visiten bei ihren stationär untergebrachten Patienten durchführen, die Besuche teilweise zu Zeiten wahrnehmen, die für die Bewohner unpassend sind (z.B. während der Mahlzeiten oder spät abends) und/oder dass sie zwischen den Visiten für wichtige Nachfragen oder bei prekären Bewohnersituationen nicht gut erreichbar sind. Außerdem ist bei Bewohnern, bei denen Psychopharmaka eingesetzt werden, in der Regel zusätzlich ein Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie in die medizinische Versorgung einbezogen. Problematisch kann dies werden, wenn sich Hausarzt und Facharzt nicht bzw. nicht ausreichend und nicht regelmäßig miteinander zu ihren Medikamenten-Verordnungen absprechen. Eine Folge kann z.B. die Mehrfachmedikation mit Psychopharmaka sein, ggf. mit gravierenden unerwünschten Wirkungen und Wechselwirkungen. Oder es werden Psychopharmaka von dem einen Arzt verordnet, obwohl der andere Arzt bewusst auf den Einsatz verzichtet oder ein Psychopharmakon vor kurzem abgesetzt hat. Diese allgemeinen Praxis-Erfahrungen haben die Projekteinrichtungen überwiegend bestätigt. Ausführlich werden die entsprechenden Erhebungs-Ergebnisse im Kapitel 6.1.2 dargestellt.

<sup>5</sup> Diese ist ggf. relevant, wenn noch kein Medikamentenbeauftragter oder anderer Beauftragter in der Einrichtung tätig ist, aber ein bereits qualifizierter Beauftragter eingestellt werden soll.

In Berlin wurde deshalb über 20 Jahre lang die Möglichkeit genutzt, die hausärztliche Versorgung durch einen so genannten Heimarzt übernehmen zu lassen. Beim Heimarztprinzip ist der Heimarzt vertraglich mit dem Altenpflegeheim verbunden und übernimmt die „hausärztliche“ Versorgung aller Bewohner der Einrichtung, die dazu ihre Zustimmung gegeben haben. Das grundsätzliche Recht der einzelnen Bewohner auf freie Arztwahl wird dadurch nicht ausgehebelt. Die Pflegenden, die ihrerseits die Medikamentenversorgung in den Einrichtungen pflegerisch sicherstellen müssen, haben dann nur „eine“ Ansprechperson bzw. Arztpraxis für die hausärztliche Versorgung (selbstverständlich gibt es jeweils eine ärztliche Vertretungsregelung für den Fall der Abwesenheit des Heimarztes). Erfahrungen zeigen, dass dadurch die Qualität und Kontinuität der ärztlichen Versorgung in Altenpflegeheimen deutlich erhöht werden kann. Außerdem können im erheblichen Maße Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Dieser Ansatz kann auch positive Auswirkungen auf den Einsatz von Psychopharmaka haben, da die Absprache zwischen dem Facharzt und nur einem Heimarzt einfacher ist als der Kommunikationsaufwand mit mehreren Hausärzten.

Die Umsetzung des Heimatprinzips in Berlin war in den letzten Jahren mit einer finanziellen Förderung durch Krankenkassen verbunden. Die beteiligten Krankenkassen haben allerdings die Verträge zum Berliner Projekt mit Wirkung zum 31.03. 2022 einseitig gekündigt. Dadurch konnte in der Folge das Heimarztprinzip in den beteiligten Einrichtungen nicht mehr bzw. nicht mehr in der ursprünglichen Form weitergeführt werden<sup>6</sup>.

Nach § 119b Abs. 1 Satz 3 ff. SGB V besteht grundsätzlich für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen einen „**Heimarzt**“ anzustellen. Dies kommt allerdings **nur in Betracht, wenn der Abschluss von Kooperationsverträgen mit Hausärzten nach § 119b Abs. 1 Satz 1 nicht möglich ist**. Der entsprechende Gesetzestext von § 119b Abs. 1 lautet folgendermaßen:<sup>7</sup>

„Stationäre Pflegeeinrichtungen haben einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachperson für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.“

Da also die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch niedergelassene Hausärzte gesetzlich Vorrang hat und die Einsetzung eines Heimarztes an enge Voraussetzungen gebunden ist, kommt erfahrungsgemäß die tatsächliche Umsetzung des Heimarzt-Prinzips in der Praxis nur sehr selten vor. Aus diesem Grund wurde das Thema „Heimarzt-Prinzip“ zwar im OPESA-Begleitgremium diskutiert und inhaltlich abgesichert, aber im Projekt dann nicht mehr weiterverfolgt (das Gremium „Begleitgremium“ wird in Kapitel 5.2 erläutert).

<sup>6</sup> Siehe Mertens & Machelett 2022

<sup>7</sup> Quelle: [§ 119b SGB 5 - Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/s_119b_sgb_5.html)

## 4.7 Abschlussveranstaltung

Die Abschlussveranstaltung fand am 10.08.2023 wiederum in der Caritas-Akademie in Schwerte statt. Es nahmen sowohl Vertreter der beteiligten Projekteinrichtungen als auch interessierte Personen aus anderen katholischen Altenpflegeheimen sowie die Kooperationspartner des Projektes teil. Bei der Veranstaltung wurde vor allem reflektiert, was das Projekt für die beteiligten Einrichtungen, die Mitarbeiter und insbesondere auch für die Bewohner gebracht hat. Und es konnte eine positive Bilanz gezogen werden (siehe Kapitel 1, 6.1.1 und 6.1.3).

Durch Herrn Prof. Dr. Isfort und Frau Prof. Dr. Helmbold wurden die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt. Die Medikamentenbeauftragte einer Projekteinrichtung berichtete über ihre Erfahrungen im Projekt. Die Leitungsverantwortlichen einer anderen Projekteinrichtung hatten ein Escape-Game vorbereitet. In drei Gruppen bearbeiteten die Veranstaltungs-Teilnehmer in Diskussionsrunden Fallbeispiele, die verschiedene Situationen von demenzkranken Bewohnern mit besonderem Verhalten abbildeten. Abschließend wurden von den Projektleitungen die wichtigsten Erkenntnisse des Projektes und daraus abgeleitete Empfehlungen vorgestellt.



## 5. Flankierung des Projekts

### 5.1 Projektrat

In früheren Praxisprojekten der Diözesan-Caritasverbände Köln und Paderborn hat sich bewährt, ein Forum zu schaffen, in dem sich regelmäßig in der Projektlaufzeit die Projekteinrichtungen untereinander und mit der Projektleitung austauschen können. Daher wurde auch im Projekt OPESA so eine Austauschmöglichkeit in Form des Projektrats installiert. Im Laufe des Projektes fanden drei Treffen des Projektrats statt. An den Treffen nahmen die beiden Projektleitungen sowie die Pflegedienstleitungen und/oder Einrichtungsleitungen der Projekteinrichtungen teil. Außerdem wurden zu bestimmten Themen Kooperationspartner des Projektes und zu einem Treffen auch die Medikamentenbeauftragten eingeladen.

Der Projektrat diente vor allem folgendem Zweck:

- Informieren der Einrichtungen über den aktuellen Projektstand und über Zwischenergebnisse der bis dahin durchgeführten Arbeitspakete
- Erläutern und konkretes Vorbereiten der weiteren Arbeitsschritte
- Treffen wichtiger Absprachen zum Projekt allgemein und zum weiteren Vorgehen
- Klären von Fragen der Projekteinrichtungen
- Austausch der Projekteinrichtungen untereinander, z.B. zu Gute-Praxis-Beispielen

Beim ersten Treffen wurden unter anderem die einrichtungsübergreifenden Ergebnisse der Erhebung zur Ausgangssituation (Fragebogen-Aktion und Fachgespräche) von den Verantwortlichen der DIP GmbH vorgestellt. Außerdem wurden der aktuelle Stand der damals noch laufenden Qualifizierung der Medikamentenbeauftragten sowie der Rahmen für das Anfertigen der Projektarbeiten und das geplante Abschluss-Kolloquium besprochen.

Das zweite Treffen diente vor allem dem Vorstellen wichtiger Ergebnisse und Erkenntnisse aus der ersten Serie der Workshops in den Projekteinrichtungen. Außerdem hatte kurz vorher das erste Treffen des Begleitgremiums stattgefunden (siehe Kapitel 5.2). Für die Projekteinrichtungen wurden die wichtigsten Diskussionsergebnisse dieses Treffens zusammengefasst. Darüber hinaus stellten zwei Projekteinrichtungen ihre besonderen Konzepte zum Umgang mit demenzkranken Bewohnern und zum Eingehen auf besonderes Ausdrucksverhalten von Bewohnern vor. Das betraf konkret die Serial Trial Intervention (STI) in Verbindung mit dem Konzept nach Tom Kitwood und das Modell der Mäeutik.

Beim dritten Treffen lag der Schwerpunkt zum einen auf dem gemeinsamen Austausch zu den möglichen Aufgaben der Medikamentenbeauftragten und dem für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Stellenumfang. Zum anderen wurden die wichtigsten Ergebnisse aus der zweiten Workshop-Serie und Informationen aus dem zweiten Treffen des Begleitgremiums vorgestellt. Außerdem tauschten sich die Einrichtungsverantwortlichen über Gute-Praxis-Beispiele, aber auch über die aktuellen Herausforderungen beim Psychopharmaka-Einsatz und in ihrem Arbeitsfeld allgemein aus.

## 5.2 Begleitgremium

Eine weitere Flankierung des Projekts fand durch das sogenannte Begleitgremium statt. Im Begleitgremium wirkten mit

- die Projektleitungen sowie Leitungsverantwortliche der beiden Diözesan-Caritasverbände,
- die Kooperationspartner (DIP GmbH, Caritas-Akademie, Herr Dr. Hanke),
- Vertreter der Apothekerkammern, Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, jeweils für die Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Im Gremium, das im Projektverlauf dreimal tagte, wurden vor allem die Erfahrungen aus der Bearbeitung der Arbeitspakete und die daraus resultierenden Erkenntnisse sowie exemplarische Evaluationsergebnisse fachlich reflektiert sowie mögliche Konsequenzen für den weiteren Projektverlauf und die stationäre Altenhilfe insgesamt diskutiert. Angesprochen wurden insbesondere auch notwendige bzw. wünschenswerte Rahmenbedingungen und Regelungen für die Zusammenarbeit der Altenpflegeheime mit den Ärzten und Apothekern. Dies betraf beispielsweise

- die Möglichkeit der Inanspruchnahme der neuen pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) „erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ nach § 129 Abs. 2 SGB V auch durch Pflegeheimbewohner,
- die Möglichkeiten und den Nutzen moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (einschließlich Telemedizin) in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern,
- die Gestaltung und Nutzung von Kooperationsverträgen zwischen den Altenpflegeheimen und den Haus- und Fachärzten nach § 119b SGB V,
- die Unterstützungsmöglichkeiten der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen bei gravierenden und von der Einrichtung nicht lösbaren Problemen in der Zusammenarbeit mit Ärzten.

Die Ergebnisse der Diskussion dieser Themen im Begleitgremium sind (mit Ausnahme des Themas „Informations- und Kommunikationstechnologien“) in die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse und daraus resultierenden Empfehlungen eingeflossen und werden im Kapitel 7 näher erläutert.

## 6. Projekt-Ergebnisse

### 6.1 Erhebung der Ausgangssituation und Evaluation

Wie bereits in Kapitel 4.2 erläutert, fanden sowohl die Erhebung der Ausgangssituation als auch die Evaluation am Projektende jeweils als Online-Befragung aller Pflegenden der Projekteinrichtungen und als Fachgespräch pro Einrichtung mit den Pflegeleitungskräften und Medikamentenbeauftragten statt. In den folgenden Kapiteln sind die Ergebnisse dieser Erhebungen dargestellt.

#### 6.1.1 Fragebogenerhebung (Ausgangssituation und Evaluation)

Die folgenden Abschnitte stellen die Ergebnisse der standardisierten Befragungen im Projektverlauf vor. Zu zwei Zeitpunkten im Projekt wurden die beteiligten Einrichtungen gebeten, Mitarbeiter der Pflege zur Teilnahme an einer standardisierten Befragung zu motivieren. Die Befragungen und Themenstellungen wurden im Vorfeld mit den Projektverantwortlichen abgestimmt und in Form einer Online-Befragung durchgeführt.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und erfolgte anonymisiert, sodass Mitarbeiter nicht einzeln rückverfolgt werden konnten und sollten. Erfragt wurde die Einrichtung, um eine räumliche Zuordnung vornehmen zu können und um einrichtungsbezogene Einzelauswertungen zu ermöglichen, die für den nachfolgenden Beratungsprozess genutzt werden konnten<sup>8</sup>. Die Ergebnisse der Befragungen wurden im Projektrat und im Begleitgremium (1. Befragungswelle) und auf der Abschlussveranstaltung (zweite Befragungswelle) vorgestellt und den Mitarbeitern zugänglich gemacht.

Zielstellung des quantitativen Teils der Projektevaluation war, über eine erste Befragungswelle Einschätzungen und Hinweise zu relevanten Aspekten in der Breite der Ausprägungen zu systematisieren. Die erste Befragung erfasste wichtige Aspekte der bewohnerbezogenen Versorgung, der Motivation der Mitarbeiter zum Projekt und Themenbereich, des persönlichen Wissens, der interprofessionellen Kooperation und der Einschätzung zur Bedeutung des Themas im Kontext anderer zentraler Fragestellungen. Ein Aspekt in dieser Befragung war auch die Bewertung des Einflusses der Corona-Pandemie auf die Versorgung in den Einrichtungen<sup>9</sup>. Die zweite Befragung griff einzelne Aspekte der ersten Befragung auf, um Veränderungen einschätzen zu können und den Projektverlauf in der Prozesshaftigkeit und bezogen auf die Zielerreichung zu bewerten. Darüber hinaus wurde auch nach der Weiterentwicklung und Weiterführung der Arbeit zum Themenbereich gefragt.

Nachfolgend werden exemplarische und zentrale Ergebnisse der beiden Befragungswellen vorgestellt. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der zweiten Befragung und den Einschätzungen zu erreichten Zielen im Projekt. Im Anhang (Kapitel 8.1) finden sich zusätzliche Grafiken.

---

<sup>8</sup> Zur Unterstützung der Beratungen wurden für 13 Einrichtungen individuelle Datenreporte aus der ersten Befragung erstellt. Diese umfassten tabellarische und grafische Auswertungen aller Befragungsteile aus der ersten standardisierten Befragung.

<sup>9</sup> Vor dem Hintergrund reduzierter Zugänge für Angehörige, Ausfallzeiten bei Pflegenden und notwendigen Isolationsmaßnahmen im Rahmen der Arbeit unter Bedingungen der Corona-Pandemie sollte ermittelt werden, ob diese sich auf relevante Aspekte der Betreuung, der Fixierung, der Gabe von Psychopharmaka, der Wesensveränderungen und Begleitung ausgewirkt haben, die andere Einschätzungen mit beeinflusst haben könnten.

## Stichproben der Befragungen

Im Rahmen der beiden standardisierten Befragungswellen konnten in den Einrichtungen insgesamt gute Beteiligungen erreicht werden.

An der ersten Befragung nahmen aus den beteiligten Projekteinrichtungen 316 Personen teil. Der überwiegende Teil der Antworten erfolgte dabei von dreijährig qualifizierten Mitarbeitern der Pflege (n=219). 66 Teilnehmer verfügten über eine einjährige Qualifizierung als Altenpflegehelferin oder Altenpflegehelfer (n=63) oder der Krankenpflegeassistenz (n=3). 84 Prozent der Teilnehmer waren weiblich, 13 Prozent männlich und 0,6 Prozent gaben „divers“ an (2,5 Prozent machten keine Angabe). 20,3 Prozent der Teilnehmer war bis 30 Jahre alt, 75,3 Prozent älter (4,4 Prozent machten keine Altersangabe). Die durchschnittliche Dauer der Berufserfahrung in der Pflege lag bei 13, Jahren. 46,8 Prozent der Antwortenden war in Vollzeit beschäftigt, 72,8 Prozent gaben an, ausschließlich im Tagdienst zu arbeiten, 18,4 Prozent in Tag- und Nachtdiensten.

An der zweiten Befragung nahmen aus den beteiligten Projekteinrichtungen 189 Personen teil. Dabei dominierte der Anteil der dreijährig qualifizierten Mitarbeiter der Pflege (n=126). 36 Teilnehmer verfügten über eine einjährige Qualifizierung als Altenpflegehelferin oder Altenpflegehelfer (n=31) oder der Krankenpflegeassistenz (n=5). 86 Prozent der Teilnehmer waren weiblich, 12 Prozent männlich (2,1 Prozent machten keine Angabe). 20,6 Prozent der Teilnehmer war bis 30 Jahre alt, 73,5 Prozent älter (5,8 Prozent machten keine Altersangabe). Die Dauer der Berufserfahrung in der Pflege wurde nicht erneut abgefragt. 47,1 Prozent der Antwortenden war in Vollzeit beschäftigt, 75,1 Prozent gaben an, ausschließlich im Tagdienst zu arbeiten, 16,9 Prozent in Tag- und Nachtdiensten.

Die beiden Stichproben sind vor dem Hintergrund zentraler personenbezogener Merkmale vergleichbar und weichen in den prozentualen Ausprägungen nicht deutlich voneinander ab. Sie sind jedoch als zwei unabhängige Querschnittsbefragungen zu verstehen, da sich z.B. durch andere Teilnehmer oder auch mitarbeiterbezogene Fluktuation und Neueinstellungen Änderungen zwischen den Gruppen ergeben. Aufgrund der Anonymisierung konnten keine spezifischen personenbezogenen Entwicklungen gegenübergestellt werden. Gefragt wurde in der zweiten Befragungswelle, wer an der ersten Befragung teilgenommen hatte, um eine Subgruppe zu identifizieren, die gesichert den gesamten Projektverlauf beobachtet hat. Insgesamt konnten 100 Teilnehmer einbezogen werden, um den Verlauf im Rahmen einer zeitlichen Betrachtung (Längsschnitt) zu ermitteln.

## Zentrale Ergebnisse zur Ausgangssituation

In der Ausgangsanalyse wurden die folgenden Aspekte im Rahmen vordefinierter Aussagen erfasst, die überwiegend in Form von Zustimmungen oder Ablehnungen (trifft voll zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu, trifft gar nicht zu) oder in der quantitativen Ausprägung (gesunken, gestiegen, gleichgeblieben) bewertet werden sollten. Ebenso wurden Mehrfachantworten zu einzelnen Aspekten erfasst (z.B. Maßnahmen der Arzneimittelsicherheit) und auch Bewertungen in Form von Schulnoten erfragt. Zu den nachfolgend genannten Themen wurden Fragenkomplexe entwickelt:

- Einschätzungen zur Bewohnerversorgung der letzten beiden Jahre
- Fragen im Zusammenhang mit der eigenen Arbeit (Umgang mit Psychopharmaka, Wissensbestände und Unsicherheiten, unerwünschte Vorkommnisse in den vergangenen vier Wochen, Maßnahmen im Rahmen der Arzneimittelsicherheit, Bedeutung des Themas gegenüber anderen Themenbereichen, persönliche Motivation und Interessenslage)
- Einschätzungen zum Projekt (Bedeutsamkeit des Themas für die eigene Arbeit, die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Teamorganisation)
- Erwartungen an das Projekt bezogen auf positive Veränderungen

Nachfolgend werden exemplarisch ausgewählte Aspekte der Ergebnissicherung aus der ersten Befragung vorgestellt.

Als eine Besonderheit für die Diskussion wurde mit aufgenommen, inwieweit sich im Rahmen der Corona-Pandemie zentrale Auswirkungen auf die Bewohnerversorgung (zwischen 2020 und 2022) beobachten ließen. Dieser Aspekt wurde 2023 nicht mehr erfragt und muss im Kontext der Einschätzungen aus der ersten Befragung berücksichtigt werden. Die Ergebnisse wurden in Form

eines Tornadodiagramms visualisiert. Gegenübergestellt wurden dabei die beiden Ausprägungen „gesunken“ und „gestiegen“. Unberücksichtigt im Diagramm sind die beiden Antwortmöglichkeiten „gleichgeblieben“ und „weiß nicht“.

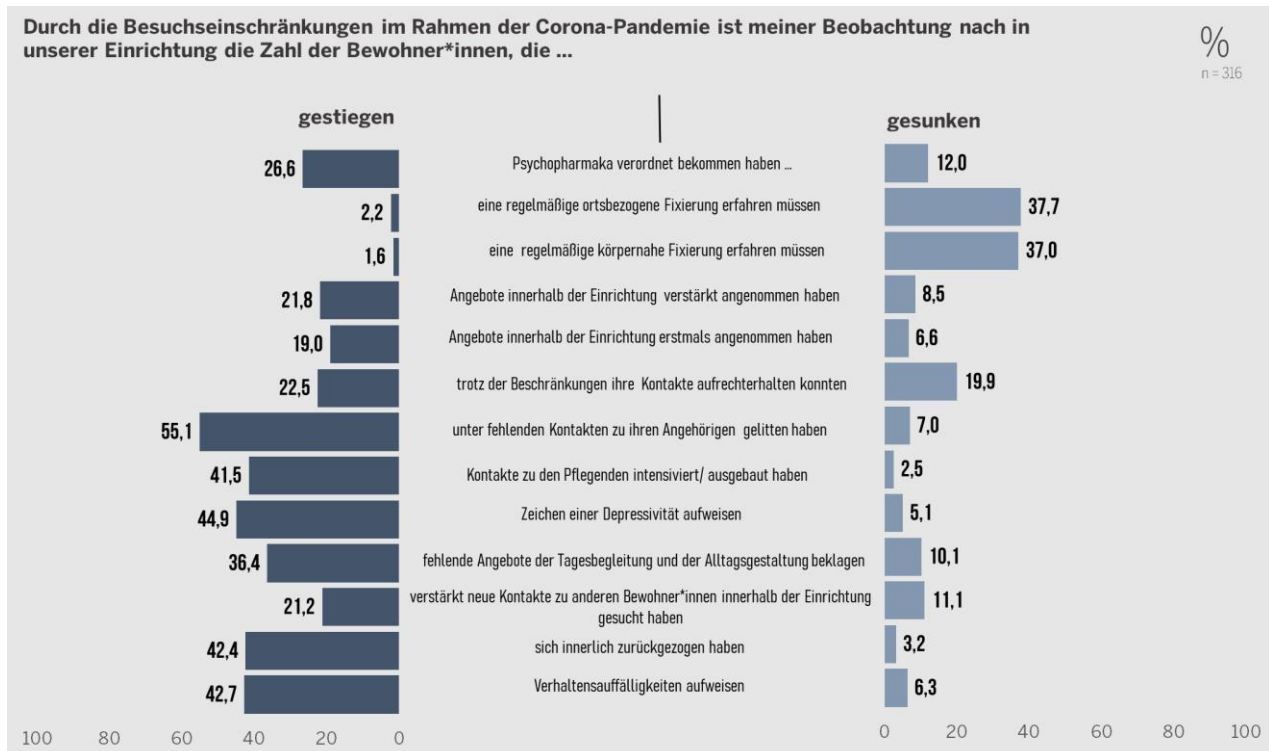


Abbildung 2: Einschätzungen zu Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgung

Bezogen auf die zentrale Perspektive im Projekt, den Umgang mit und die Reduzierung von Psychopharmaka im Rahmen der Medikamentenversorgung beobachteten 26,6 Prozent eine steigende Verordnung. Diesen stehen 12 Prozent gegenüber, die trotz der Pandemie eine Verringerung beobachteten. Die tendenzielle Zunahme der Verordnungen muss dabei in den Kontext der Zunahme des besonderen Verhaltens, des inneren Rückzugs sowie der Zeichen der Depressivität gestellt werden. Ebenso wurde beschrieben, dass eine Zunahme bei Bewohnern beobachtet wurden, die unter den fehlenden Angehörigenkontakten gelitten haben und die fehlenden Angebote der Tagesbegleitung und Alltagsbetreuung beklagt haben. Diesen negativen Einflüssen stehen auch positive Entwicklungen gegenüber, wie eine Intensivierung der Kontakte mit den Pflegenden. In der Summe jedoch kann festgehalten werden, dass die Corona-Pandemie bei zahlreichen Aspekten eine überwiegend negative Folge aufwies. Eine direkte Kausalität bezogen auf die Zunahme der Verordnungen kann hier nicht hergestellt werden, liegt jedoch in der Bewertung der Gesamtsituation nahe. Positiv hervorzuheben sind die deutlichen Kennzahlen bezogen auf eine Verringerung der ortsnahen Fixierung und einer regelmäßigen körpernahen Fixierung.

Für die Ausgangsanalyse bedeutsam war u.a. das Projekt in seiner Bedeutung einzuschätzen, um von einer positiven Mitarbeit ausgehen zu können. Dabei kann unterschieden werden zwischen einer individuellen Bedeutsamkeit des Themas insgesamt (z.B. vor dem Hintergrund der eigenen Arbeit) und einer Einschätzung zur Bedeutsamkeit im Vergleich zu anderen, ebenfalls als bedeutsam deklarierten Themen in den Einrichtungen (z.B. Umgang mit Demenz, Expertenstandards etc.). Die Pflegenden in den Einrichtungen konnten die Bedeutung auf einer visuellen Analogskala (10 Punkte) zwischen den Polen „sehr hoch“ und „sehr gering“ einstufen. Bezogen auf die individuelle Bedeutung des Themas im Rahmen der eigenen Arbeit schätzten dabei 60,8 Prozent die Bedeutung im Wertespektrum bedeutsam ein (1= positiv bis Wert 4; 5 und 6 = neutral; 7-10 negativ). In der konkurrierenden Bedeutung zu anderen Themen in der Einrichtung sahen 56 Prozent der Teilnehmer das Projektthema als bedeutsam. Positiv wurde auch die persönliche Motivation, sich mit dem Thema beschäftigen zu wollen, bewertet (61,4 Prozent positiv). Geringer eingeschätzt (51,3 Prozent) wurde das Ausmaß, mit dem man sich bereits persönlich mit dem Thema beschäftigt hatte. In der Gesamtschau konnte aus den Daten geschlossen werden, dass die Auswahl des Themas anschlussfähig an personelle und organisationale Fragestellungen ist.

Konkret wurde auch um eine Beurteilung gebeten, inwieweit der Wissensstand zu unterschiedlichen Aspekten der Versorgung eingeschätzt wird. Dabei konnten die Teilnehmer angeben, ob sie sich sicher, eher sicher, eher unsicher oder unsicher fühlen bezogen auf die jeweiligen befragten Aspekte. Das nachfolgende Ranking nimmt dabei die Wertedimension „sicher“ ein und verdeutlicht, dass in der höchsten Ausprägung rund ein Drittel der Befragten angab, sicher im Bereich der Schmerzeinschätzung bei Bewohnerinnen und Bewohnern zu sein<sup>10</sup>.



Abbildung 3: Ranking zum Wissensstand, Dimension: "sicher"

Als weiteres exemplarisches Ergebnis wird die Erwartungshaltung zum Projekt vorgestellt. In einem Fragenkomplex konnten die Teilnehmer angeben, ob sie eine Veränderung zu unterschiedlichen Aspekten in hohem Maße, mäßig, in geringem Maße oder gar nicht erwarten. Die nachfolgende Grafik nimmt die Dimension „in hohem Maße auf“ und verdeutlicht, in welchen Bereichen der Arbeit durch das Projekt positive Veränderungen erzielt werden sollten.



Abbildung 4: Ranking zur Erwartung, Dimension: "in hohem Maße"

<sup>10</sup> Berücksichtigt werden muss, dass die Werte insgesamt 297 Antwortende einschließen und sich auf alle Antwortenden insgesamt beziehen. In Einzelfragen lag der Anteil derer, die keine Angabe machten, bei bis zu 18 Prozent (Wissen um Alternativen).

## Zentrale Ergebnisse der zweiten Befragung

In der zweiten Befragung wurden, korrespondierend zur ersten Befragung, einzelne Befragungsteile wiederholt, um Veränderungen zu messen. Darüber hinaus erfolgte auch eine Erfassung bezogen auf Problemlösungen bei der konkreten Arbeit sowie beobachtete Veränderungen. Zusätzlich wurden Fragen bezüglich weiterer Projektarbeiten in der Einrichtung gestellt, um zukünftige Anforderungen einschätzen zu können. Insgesamt wurden Fragenkomplexe zu den folgenden Themenbereichen entwickelt:

- Fragen im Zusammenhang mit der eigenen Arbeit (Wissensbestände und Unsicherheiten, zeitliche Dimensionen bei der Problemlösung)
- Beobachtete Aufgaben und Übernahme von Aufgaben durch die Medikamentenbeauftragten
- Beobachtete Veränderungen in der praktischen Arbeit und der Wirkungen, die durch das Projekt erzielt werden konnten
- Thematische Weiterentwicklung und inhaltliche Ausgestaltung zur Verstetigung der Projektergebnisse.

Nachfolgend werden zentrale Befunde aus der zweiten Befragung vorgestellt und diskutiert. Im Anhang finden sich weitere Auswertungen der zweiten Befragung, die nicht vollumfänglich mit in den Bericht aufgenommen und erläutert wurden.

Bezogen auf persönliche Einschätzungen wurde unterschieden zwischen Einschätzungen zu Wissensbeständen, Einschätzungen zu Fähigkeiten und (gesondert) Einschätzungen bezogen auf die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen. Dargestellt werden diese in Tornadodiagrammen mit der Gegenüberstellung der summierten Dimensionen „sicher und eher sicher“ und „eher unsicher und unsicher“. Nicht aufgenommen sind die prozentualen Anteile der Kategorie „keine Angabe“, sodass sich in der Addition der beiden Ausprägungen abweichende Werte von Hundert ergeben.

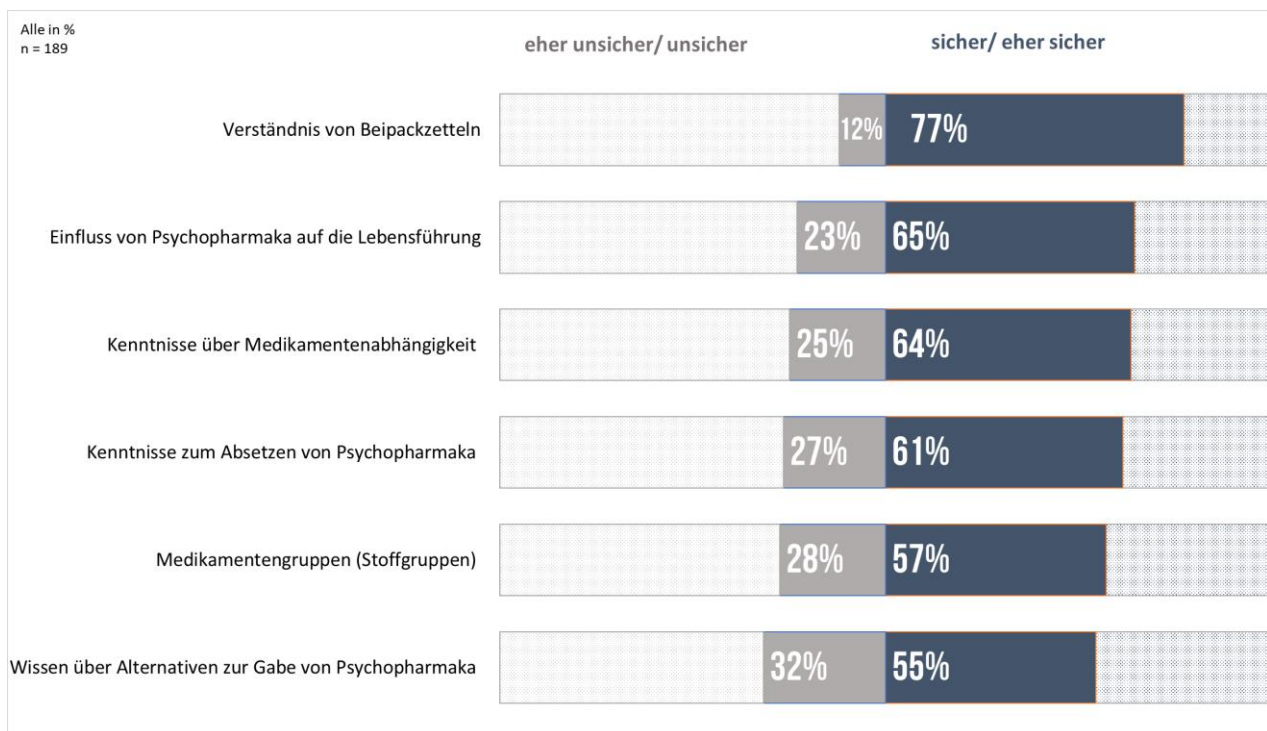


Abbildung 5: Einschätzungen zu den Wissensdimensionen 2. Befragung

Deutlich zu erkennen ist, dass wissensbezogene Unsicherheiten unterschiedlich verteilt sind und überwiegend nur in einem geringgradigen Umfang vorliegen (zwischen 12 Prozent und 32 Prozent). Insbesondere bestehen positive Selbsteinschätzungen beim Verständnis von Beipackzetteln (insgesamt 77 Prozent in den beiden positiven Dimensionen der Ausprägung). Dies gilt auch für

weitere zentrale Aspekte der Bereiche, die dem Wissensbestand und den Kenntnisbereichen zugeordnet werden können.

In der Analyse des Vergleichs der beiden Messzeitpunkte (t0 und t1) und der Ausprägungen in den einzelnen Wertebereichen, zeigen sich bei den Wissensdimensionen positive Aspekte. Gaben in 2022 von den 297 Antwortenden noch 33 Prozent an, dass sie sich bezüglich des Verständnisses von Beipackzetteln „sicher“ sind, so sind dies in der Subgruppe derer, die bei beiden Messzeitpunkten teilgenommen haben (n= 100), 53 Prozent und damit deutlich mehr. Hier ist bei aller Vorsicht bezogen auf den Vergleich der beiden Gruppen davon auszugehen, dass sich positive Einflüsse zeigen. Das gilt auch für die anderen benannten Aspekte. Bei dem Wissen über Alternativen zur Gabe von Psychopharmaka waren es in 2022 noch 12,5 Prozent, die dies als sicher einstufen. In der Subgruppe der Beteiligten über den gesamten Projektzeitverlauf sind es 30 Prozent, die dies als sicher einschätzen.

Zu den Fähigkeiten wurden ebenfalls unterschiedliche Fragestellungen und Aspekte aufgenommen, die gegenüber der Erstbefragung noch einmal modifiziert wurden.

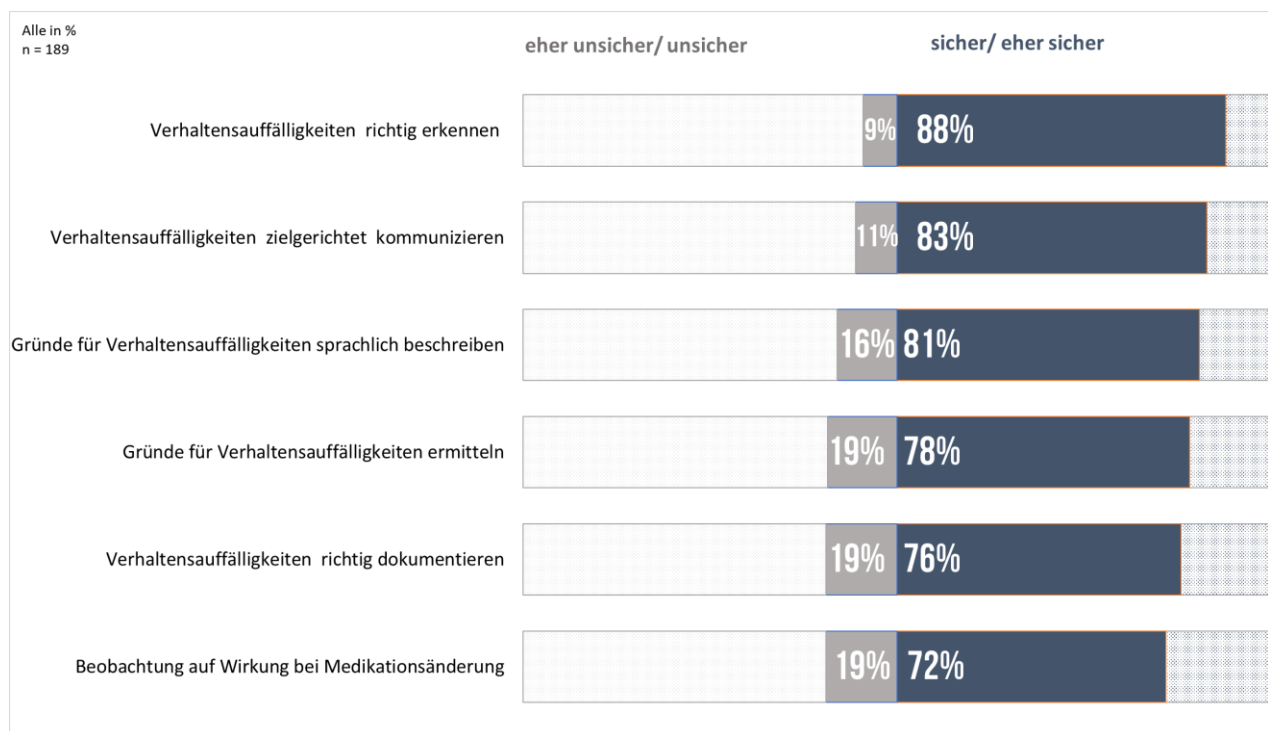


Abbildung 6: Einschätzungen zu Fähigkeiten (I) in der 2. Befragung

Auch bezogen auf zentrale Fähigkeiten zeigt sich, dass überwiegend hohe Wertebereiche in der Selbsteinschätzung erzielt werden. Dies betrifft z.B. die voneinander getrennten Bereiche des Erkennens von besonderem Verhalten bei Bewohnern, der zielgerichteten Kommunikation über diese und die Ermittlung sowie sprachlichen Beschreibung und Dokumentation einschließlich des Erfassens von Gründen.

Eine hohe erreichte Selbsteinschätzung bezüglich wichtiger Fähigkeiten zeigt sich auch bei anderen Aspekten, wie der Erkennung von Schmerzzuständen, der Fähigkeit, ein Delir zu erkennen oder auch Fehler in der Dokumentation zu erfassen.



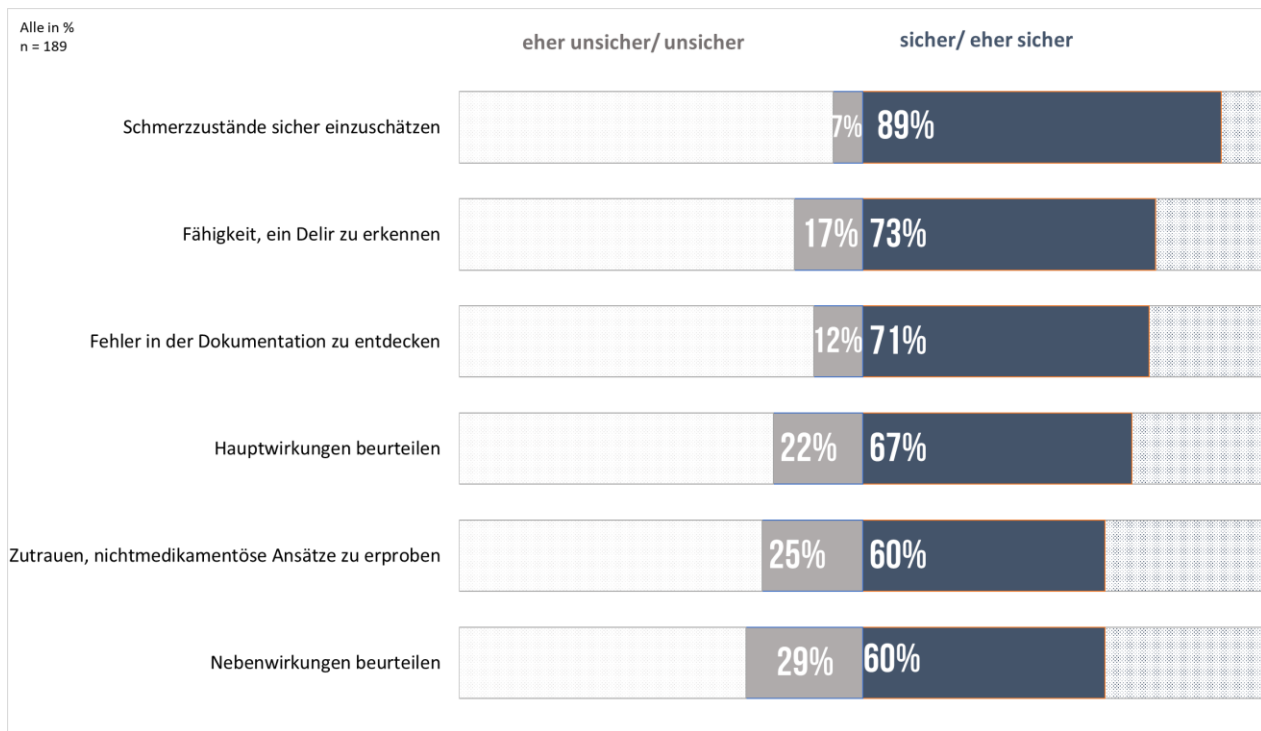


Abbildung 7: Einschätzungen zu Fähigkeiten (II) in der 2. Befragung

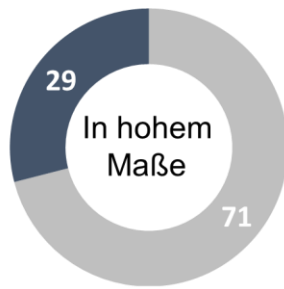
Exemplarisch wird auch hier das Ergebnis der Subgruppenanalyse zwischen der ersten Befragung und den Teilnehmern der ersten und zweiten Befragung miteinander verglichen. Die Fähigkeit, Schmerzzustände sicher einschätzen zu können, ist mit 32,7 Prozent in 2022 von 297 Antwortenden als sicher angegeben worden. Bei den Pflegenden, die das gesamte Projekt über teilgenommen haben, sind es in 2023 ebenfalls 53 Prozent, die bei diesem Aspekt „sicher“ angeben.

Eine individuell ausgeprägte Form der Sicherheit kann auch in der Dimension der Kommunikation festgestellt werden. 71 Prozent der Antwortenden in der zweiten Befragung (n=189) geben an, dass sie sich bezogen auf die Kommunikation mit Apothekern sicher oder eher sicher fühlen. Bei der Kommunikation gegenüber Hausärzten sind es 69 Prozent und bei den Fachärzten 67 Prozent. Insgesamt werden in allen beschriebenen und erfassten Bereichen der Fähigkeiten und der Wissensbestände in der Subgruppe und zum zweiten Zeitpunkt höhere Werte bei der positiven Ausprägung „sicher“ vorgefunden, was auf einen konsistenten Befund schließen lässt und mit dem Projekt in Verbindung gebracht werden kann.

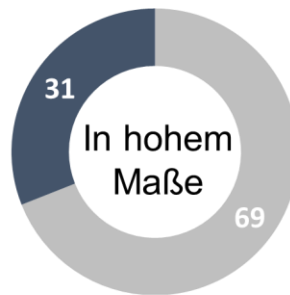
### Wirkungen im Projekt und Zielerreichung

Bezüglich der Konkretisierung von „messbaren Erfolgen“ im Projekt sollen exemplarisch einige Aspekte beleuchtet werden. Zunächst werden dabei organisatorische und ablaufbezogene Ergebnisse beschrieben.

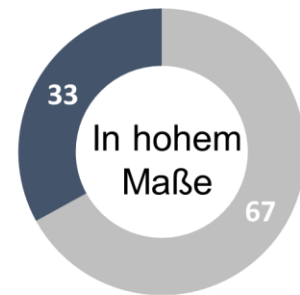
Betrachtet man beobachtete Veränderungen in der Gruppe der Pflegenden, die an beiden Befragungen teilgenommen haben und somit über den gesamten Projektverlauf tätig waren (n=100), so geben z.B. 29 Prozent an, dass in hohem Maße eine Verbesserung der Abläufe erzielt wurde (33 Prozent geben an, dass dies mäßig der Fall ist; lediglich 10 Prozent beobachten gar keine Veränderung). 31 Prozent beobachten hier eine Reduktion bei Fehlern (33 Prozent geben mäßig an, nur 4 Prozent beobachten keine Änderung). Ähnlich wird dies auch bezogen auf die Verstetigung und Etablierung bereits bestehender guter Ansätze eingeschätzt. 33 Prozent sehen hier in hohem Maße eine Veränderung, weitere 35 Prozent mäßig und nur sechs Prozent sehen gar keine Änderung. 28 Prozent beobachten eine Verbesserung der Abläufe im Rahmen der Schmerzbehandlung von Menschen mit Demenz (weitere 35 sehen hier mäßige Änderungen).



Im Projekt wurde eine Verbesserung der Abläufe im Rahmen des Medikamentenmanagements/ der Arzneimittelsicherheit erzielt.



Durch das Projekt konnten Fehler im Bereich der Gabe von Psychopharmaka vermieden/ reduziert werden



Durch das Projekt konnten bestehende gute Ansätze bei der medikamentösen Versorgung in meinem Wohnbereich stabilisiert werden.

Abbildung 8: Beobachtete organisationsbezogene Veränderungen

Personenbezogen lassen sich ebenso positive Aspekte herausstellen. 43 Prozent der 100 Teilnehmer an beiden Zeitpunkten geben an, dass das persönliche Interesse, sich mit dem Thema vertieft zu beschäftigen, in hohem Maße gefördert wurde. 26 Prozent geben hier „mäßig“ an und nur sieben Prozent gar nicht. 38 Prozent beobachten, dass sich das eigene Wissen in hohem Maße erweitert und/oder aktualisiert hat (weitere 29 geben „mäßig“ an). Ebenso wird die eigene Handlungssicherheit mit einem Zugewinn beschrieben (36 Prozent in hohem Maße, 29 Prozent mäßig). Insgesamt wird von 45 Antwortenden angegeben, dass sich in hohem Maße ein kritisches Bewusstsein bezogen auf die Gabe von Psychopharmaka entwickelt hat.

Bezogen auf konkrete Outcomes für die Bewohner werden ebenfalls positive Effekte beschrieben. 37 Prozent geben an (in hohem Maße), dass für Bewohner Reduzierungen von Psychopharmaka erzielt werden konnten und 36 Prozent beobachten (in hohem Maße) im Einzelfall eine Verbesserung der Lebensqualität (z.B. Verringerung der Schläfrigkeit). 30 Prozent beobachten darüber hinaus auch Reduzierungen anderer Medikamente.

In der Gesamtgruppe der Befragten zum Zeitpunkt der zweiten Befragung (n=189) wird deutlich, dass zentrale Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit Fragen der Medikation ergeben, überwiegend sehr zeitnah geklärt werden können. Nur in sehr geringer Ausprägung finden sich hier Hinweise auf zeitliche Verzögerungen (zu selten möglich). Die Ausprägung „nie möglich“ wird hier nicht angegeben. Die zeitnahen Klärungen erfassen dabei die Möglichkeit, in die Außenkommunikation mit zentralen Akteuren zu gehen (wie z.B. die Kommunikation mit Apothekern, mit Hausärzten und Fachärzten).

Alle in %  
n = 189

**Wirkungen bezüglich zeitnaher Klärungen 2**

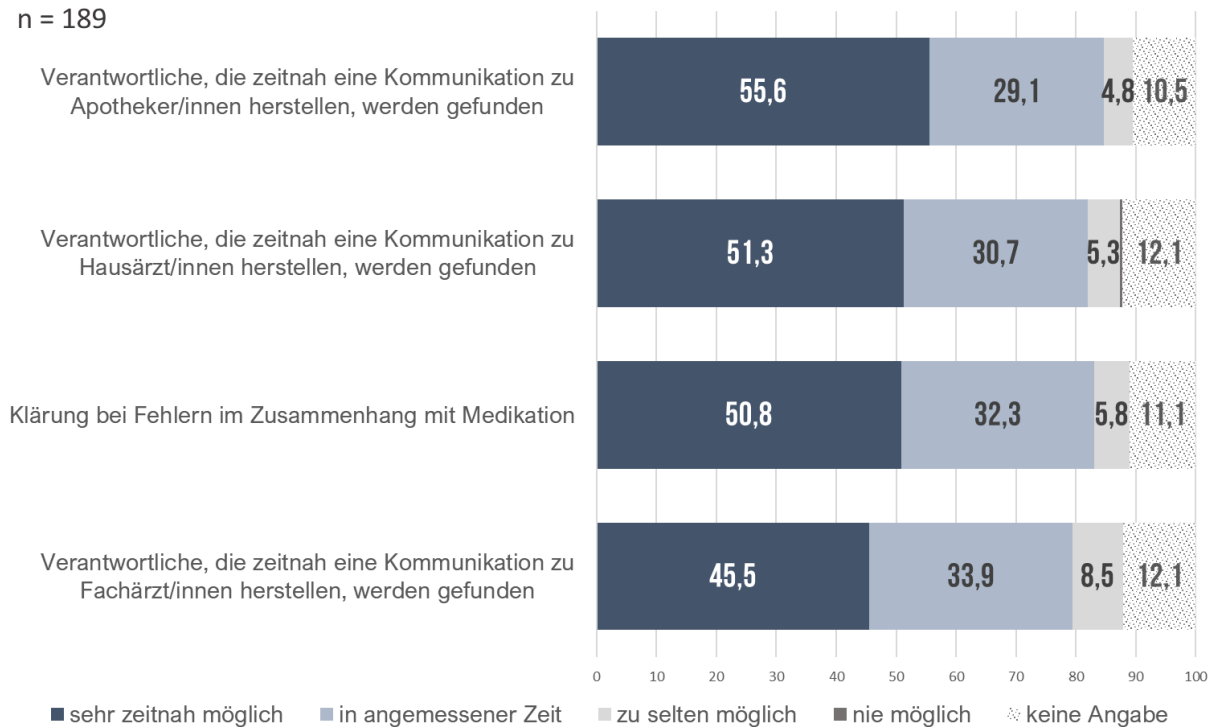


Abbildung 9: Möglichkeiten der zeitnahen Klärung von Fragestellungen (I)

Neben den nach außen gerichteten Abstimmungsprozessen finden sich auch Hinweise zur zeitlichen Klärung bei internen Abstimmungsprozessen. Diese umfassen Fragen der Dokumentation, der Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikation, Fragen bezogen auf beobachtete Verhaltensbesonderheiten und Unsicherheiten bei Verordnungen. Auch im Rahmen dieser kommunikativen Prozesse wird beobachtet, dass eine zeitliche Klärung überwiegend sehr zeitnah möglich ist oder aber in einer als angemessen empfundenen Zeit erfolgen kann. Hinweise darauf, dass Abstimmungen nicht möglich sind, liegen nicht vor.

Alle in %  
n = 189

**Wirkungen bezüglich zeitnaher Klärungen 1**

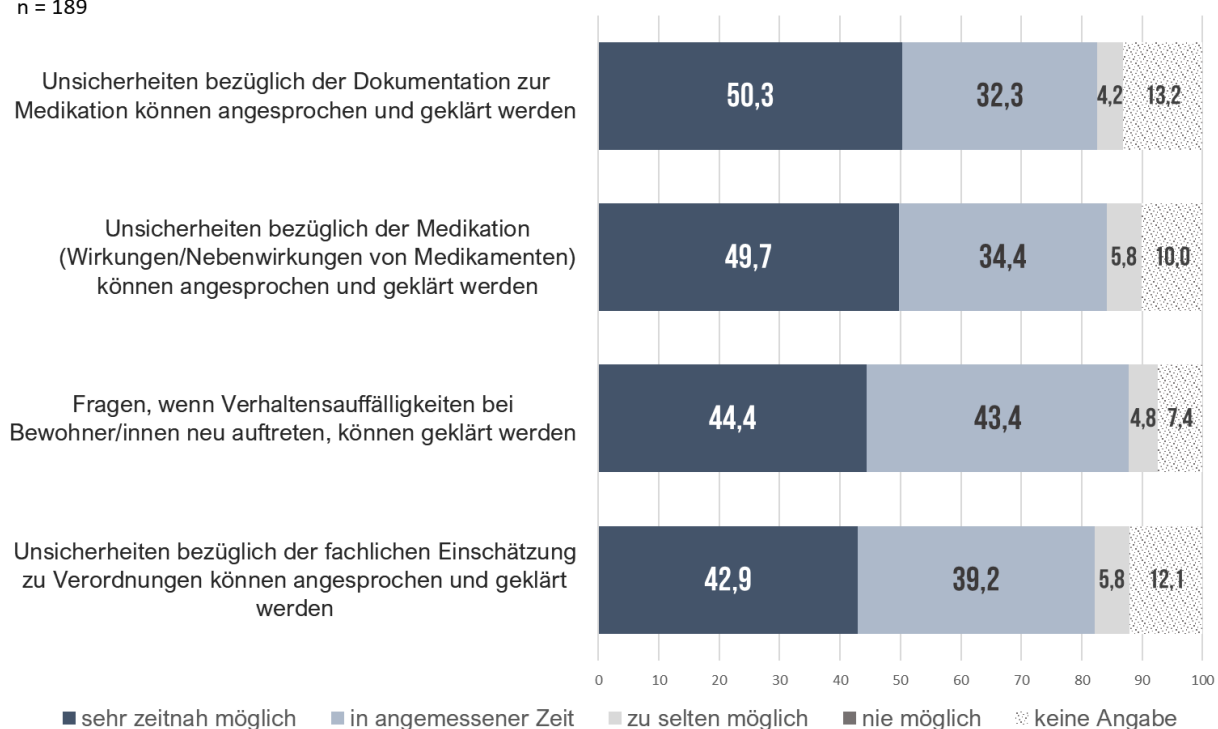


Abbildung 10: Möglichkeiten der zeitnahen Klärung von Fragestellungen (II)

Bezüglich einer Gesamteinschätzung zur Zielerreichung zentraler Aspekte im Projekt wurde eine Zielerreichungsmatrix erstellt. Diese umfasst unterschiedliche Dimensionen. Differenziert werden die Wissensdimensionen und die Dimension der Einschätzungen zu Fähigkeiten. Darüber hinaus wurden ebenfalls die Erwartungen an das Projekt und die Einschätzungen der Zielerreichung mit aufgenommen. Für alle Dimensionen wurden jeweils die höchsten Bewertungskategorien gegenübergestellt. So wird verglichen, wie viele der Befragten sich bei Wissensdimensionen als „sicher“ einstufen und bei Änderungsbeobachtungen diese „in hohem Maße“ wahrgenommen haben.

Gegenübergestellt wurden bei den Wissensdimensionen die prozentualen Anteile der Pflegenden, die in der Ausgangsbefragung die unterschiedlichen Aspekte bereits mit „sicher“ eingeschätzt haben. Diese werden im Diagramm mit (t0) gekennzeichnet. Für die Darstellung der Veränderung wurden die Pflegenden, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, mit aufgenommen (n=100). Auch bei diesen wurde bei den Wissensdimensionen der prozentuale Anteil abgebildet, der angab, sich bei den unterschiedlichen Fragestellungen und Kenntnissen „sicher“ einzuschätzen. Dort, wo die Fläche der Antwortenden von t1 oberhalb derer von t0 liegt, kann ein Zugewinn an Sicherheit angenommen werden. Gaben beispielsweise zu dem Aspekt des Wissens um Medikamentengruppen in der ersten Befragung (t0) 10,4 Prozent der Antwortenden an, sich sicher zu fühlen, sind es bei der zweiten Befragung 17 Prozent. Die Kenntnisse zum Verständnis eines Beipackzettels wurden in der Ausgangsbefragung von 32,7 Prozent mit sicher eingeschätzt, in der zweiten Befragung sind es 53 Prozent. Anhand der Flächenverteilung kann dargestellt werden, dass die Kenntnisse auf der Ebene der Wissensdimension in der zweiten Befragung ausgeprägter sind und die der ersten Befragung in jedem Punkt überlagern.

Analog kann dies auch für die Dimension der unterschiedlichen Fähigkeiten beschrieben werden. Gaben in der ersten Befragung 17,6 Prozent an, Hauptwirkungen sicher einschätzen zu können, sind es in der zweiten Befragung 26 Prozent. Schmerzzustände erkennen zu können, gaben in der ersten Befragung 33 Prozent als sicher an, in der zweiten 53 Prozent. Auch hier überlagert das Diagramm der zweiten Befragung (t1) die Fläche des Diagramms der ersten Befragung (t0) und weist einen Zugewinn an Sicherheit aus.

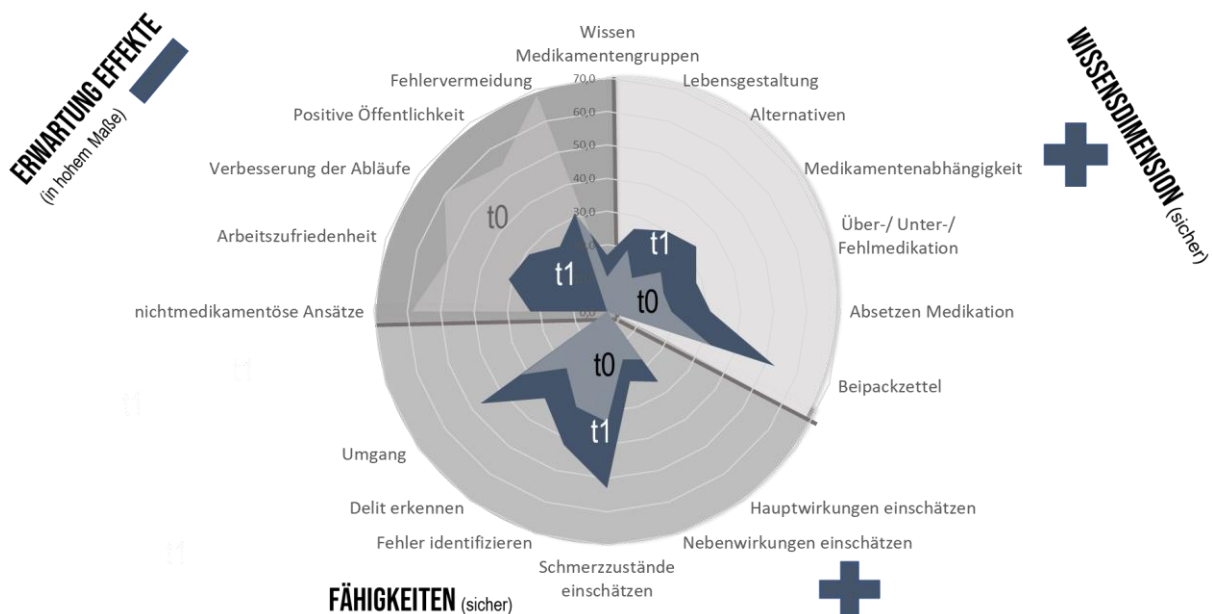


Abbildung 11: Zielerreichungsmatrix: Abgleich zwischen Erwartungen (t0) und Realisierung (t1)

Anders und abweichend sieht dies bei der dritten Dimension aus. Hier wurden die Erwartungen der Teilnehmer an die Wirkungen im Projekt erfragt (t0). Aufgenommen in der Grafik ist die prozentuale Verteilung in der Ausprägung „in hohem Maße“. In der t1-Befragung wurden die beobachteten Änderungen durch das Projekt erfragt. Auch hier wird ausschließlich die Dimension „in hohem Maße“ mit aufgenommen. Erwarteten zum Beispiel in der ersten Befragung 50,4 Prozent der Befragten eine in hohem Maße wirksame Änderung auf die eigene Arbeitszufriedenheit, so wird diese von

den Teilnehmern beider Befragungen zu 31 Prozent als realisiert angegeben. In der Erwartungshaltung gaben 60,3 Prozent an, dass sie in hohem Maße Verbesserungen der Abläufe erwarten würden; in der konkreten Erfassung in der zweiten Befragung sind es 29 Prozent, die dies als in dieser Ausprägung realisiert angeben. Anders als die beiden ersten Dimensionen (Wissensdimension und Fähigkeitsdimension) ist es bei der Erwartung versus Realisierung in allen Punkten so, dass die Fläche der t0-Befragung oberhalb der Ausprägung der t1-Befragung liegt. Damit kommt zum Ausdruck, dass die Erwartungen insgesamt höher waren als die Effekte am Ende beobachtet werden konnten. Dies gilt z.B. auch für die Erwartung, dass eine positive Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden kann und die Einrichtung sich mit dem Projekt erfolgreich nach außen präsentieren kann. In der Erwartung gaben hier 53,9 Prozent an, dass sie dies in hohem Maße so einschätzen; in der Realisierung wird dies von 24 Prozent auch als in hohem Maße umgesetzt beobachtet. Die Matrix kann intern verwendet werden, um einerseits zu prüfen, ob die Erwartungen an das Projekt ggf. auch übersteigert waren oder aber ob die Einschätzungen zur Realisierung in der Gesamtheit als Erfolg oder Misserfolg zu bewerten sind. Berücksichtigt werden muss, dass die Grafik lediglich die extremen Ausprägungen visualisiert und nicht die Gesamtheit aller Einschätzungen oder die Summe der beiden positiven Ausprägungen (sicher und eher sicher sowie in hohem Maße und mäßig). Sie visualisiert damit die Extrempunkte der Bewertungen.

## Weiterentwicklung und Verstetigung

Für die Weiterführung, Verstetigung und insbesondere die Stabilisierung der Projektergebnisse wurde die zweite Befragung genutzt, um Einschätzungen der Pflegenden bezüglich sinnvoller und notwendiger Weiterentwicklungen zu erfragen. Diese können vom Projektteam und den Leitungen der Einrichtungen genutzt werden, um die Thematik in den Einrichtungen auch nach Beendigung des Projektes weiter zu bearbeiten.

Die nachfolgende Grafik visualisiert die Ergebnisse zu den Einschätzungen aus der Sicht der Antwortenden der zweiten Befragung. Insgesamt wurden 10 unterschiedliche Handlungsoptionen und Maßnahmen beschrieben, die abgestuft in der Sinnhaftigkeit eingeschätzt werden sollten (sehr sinnvoll, eher sinnvoll, eher nicht sinnvoll, gar nicht sinnvoll). Aus den Angaben wurde ein Ranking erstellt. Dieses bildet in absteigender Reihenfolge die Angaben der Dimension „sehr sinnvoll“ ab.



Abbildung 12: Weiterentwicklungen

Dabei werden unterschiedliche Aspekte abgestuft, die inhaltlich mit der weiteren Umsetzung des Projektes in Verbindung stehen sowie mit der weiteren Qualifizierung. Herausgehoben erscheinen

zwei Aspekte, die der Einbindung der Medikamentenbeauftragten in eine Art „Kontrollsystem“ sowie in der Koordination der Übernahme der Kommunikation mit Ärzten. Ebenso sprechen sich die Pflegenden in einer großen Anzahl dafür aus, dass alle Pflegenden, auch die, die mit dem Projekt nicht in Berührung gekommen sind, im Rahmen von Inhouse-Schulungen Fortbildungen zur Thematik erhalten sollten. Ebenso wird auch die Schulung der Pflegeassistenten und -helfer mit adressiert. Über die Hälfte hält es für sehr sinnvoll, dass weitere Mitarbeiter die Qualifizierung zur Medikamentenbeauftragten durchlaufen.

Im Anhang (Kapitel 8.1) finden sich in Form von zwei Diagrammen die entsprechenden Ausprägungen über alle Antwortmöglichkeiten. Dabei fällt einerseits auf, dass ein relevanter Anteil der Pflegenden zu diesen Aspekten keine Auskunft gab (keine Angabe); zugleich kann ermittelt werden, dass die in der vorliegenden Grafik deutlichen Unterschiede der Einschätzungen wieder näher zusammengeführt werden, wenn man die Ausprägungen „sehr sinnvoll und eher sinnvoll“ gemeinsam betrachtet. Dennoch zeigen die Auswertungen zu den Weiterentwicklungen auf, dass sehr wohl seitens der Antwortenden Potenziale gesehen werden, die Ergebnisse im Projekt zu stabilisieren und die Verantwortungen und Verantwortlichkeiten so zu verteilen, dass diese nicht personengebunden vorliegen, sondern institutionell weiter etabliert werden.

## 6.1.2 Fachgespräche zur Erhebung der Ausgangssituation

Die folgenden Abschnitte stellen die Ergebnisse der ersten Fachgespräche vor, die im Rahmen der Erhebung der Ausgangssituation mit Vertretern der unterschiedlichen Leitungsebenen und der zukünftigen Medikamentenbeauftragten durchgeführt wurden. Insgesamt zeigte sich eine große Heterogenität in den Einrichtungen bezogen auf das Themenfeld. Die folgende Ergebnisdarstellung erläutert das ermittelte Spektrum an beeinflussenden Faktoren, Prozessen und dem Umgang mit Psychopharmaka.

### Unterstützungssysteme

Als **materielle Unterstützungssysteme** können in den Einrichtungen beispielsweise verschiedenen Software-Systemen genutzt werden. In diesen können die Medikamente digital dokumentiert werden. Neben einer systematischen Dokumentation besteht ebenfalls die Möglichkeit einer EDV-gestützten Evaluation. Diese erfolgt z.B. in Form einer Wirksamkeitskontrolle im Zusammenhang mit der Vergabe von Psychopharmaka als Bedarfsmedikation. In vielen Einrichtungen öffnet sich durch das Eintragen der Gabe eines Bedarfsmedikamentes nach einer vorher eingestellten Zeit ein Pop-up-Fenster. Dieses kann nur durch das Eintragen einer Beobachtung bzw. das Schildern der eingetretenen Wirkung geschlossen werden. Ziel ist eine Verbesserung der Evaluation und der Auseinandersetzung mit Wirkweisen von Psychopharmaka.

Zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen geben die Apotheken in einigen Einrichtungen Rückmeldungen oder kommunizieren direkt mit Haus- oder Fachärzten. Dazu werden den gestellten oder bestellten Medikamenten Informationen beigefügt. Positiv wurde von einer Einrichtung ein Ampelsystem der Apotheke gewertet, welches den Pflegefachpersonen in der Einrichtung anhand von Ampelfarben kenntlich macht, ob Wechselwirkungen vorliegen. Auch die potenzielle Gefahr von Übertragungsfehlern wird durch das einmalige Einpflegen und die kontinuierliche Aktualisierung der bewohnerbezogenen Daten in der EDV-Software minimiert. Die Rückmeldung bei Fragen werden teilweise digital durch die Apotheken ermöglicht.

**Personelle Unterstützungssysteme** stellen einen weiteren Aspekt im Umgang mit Psychopharmaka dar. Beispielsweise können Apotheken als wichtige Ansprechpartner bei verschiedenen Rückfragen bezüglich Wirkung, Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten und teilweise auch zur Unterstützung der Kommunikation mit Ärzten kontaktiert werden. Eine umfangreiche Unterstützung durch die Apotheken ist allerdings nicht in allen Einrichtungen gegeben, weshalb hier teilweise Verbesserungspotential gesehen wird.

Neben den Apotheken stehen grundsätzlich auch Haus- und Fachärzte für Fragen zum Umgang mit Psychopharmaka oder bei Unsicherheiten zur Verfügung. Der Austausch bezieht sich häufig

auf auftretende Neben- und Wechselwirkungen und geeignete Darreichungsformen (siehe Abschnitt „Kommunikation und Interaktion“).

Als weitere personelle Unterstützung kann die Tätigkeit von ehrenamtlich Tätigen und Personen im freiwilligen sozialen Jahr bzw. Bundesfreiwilligendienst gesehen werden. Diese unterstützen die Mitarbeiter aus Pflege und Betreuung beispielsweise bei der Durchführung von besonders zeitaufwändigen Maßnahmen, die nicht medikamentöse Alternativen zur Psychopharmaka-Gabe darstellen (siehe auch Abschnitt „Nicht medikamentöse Alternativen zur Psychopharmaka-Anwendung“).

### **Räumliche und örtliche Gegebenheiten**

Im Zusammenhang mit **örtlichen Gegebenheiten** wurden insbesondere infrastrukturelle Aspekte als Einflussfaktoren für die Psychopharmaka-Gabe benannt. Dabei spielen die Anbindung, Anzahl und Entfernung von Haus- und Fachärzten eine wichtige Rolle. In einer ländlichen Infrastruktur kann in der Regel auf weniger Fachärzte zurückgegriffen werden und ist eine schlechte Erreichbarkeit zu beobachten. Eine kontinuierliche Betreuung und Evaluation der Psychopharmaka-Gabe ist damit erschwert. Zudem existiert für städtische Einrichtungen oft eine schnellere Anbindung an Krankenhäuser.

Auch die **Räumlichkeiten für Bewohner** stehen im Zusammenhang mit der Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes. Denn Ablenkung und Freizeitgestaltung erweisen sich nach Erfahrung der Mitarbeiter als hilfreiche Alternativen zum Einsatz von Psychopharmaka, erfordern aber entsprechende Räumlichkeiten und Ausstattung. In manchen Einrichtungen existieren Hobbyräume, die sich beispielsweise für Bewohner mit besonderem Verhalten sehr bewährt haben und deren weiterer Ausbau befürwortet wird. Auch kann die Verortung des Wohnbereichs in der Einrichtung als beeinflussender Faktor gesehen werden. Denn insbesondere bei Unruhe der Bewohner erweist sich ein barrierefreier Zugang in den Garten, d.h. eine Verortung im Erdgeschoss, als besonders hilfreich.

### **Strukturelle Gegebenheiten**

In Bezug auf **gesundheitsspolitische Rahmenbedingungen** wurde in den Fachgesprächen angesprochen, dass die Einrichtungen teilweise bezüglich der Medikamentendosierungen vor Herausforderungen stehen, weil sie durch die Budgetierung der zuständigen Ärzte beeinflusst wird. Teilweise können Medikamente nicht in der gewünschten Dosierung verschrieben werden, wodurch ein Teilen der Tabletten notwendig ist, aber nicht alle Tabletten geteilt werden dürfen. Die Einrichtungen versuchen dann, die Medikamente in der benötigten Stärke zu erhalten oder nach Absprache mit dem Arzt und der Apotheke alternative Präparate zu verwenden. Ein weiterer Kostenfaktor sind vermehrte Medikamentenänderungen. Aufgrund häufiger Veränderungen der Medikamentenverordnungen müssen beispielsweise neue Medikamentenblister angefordert und alte Blister vernichtet oder an die Apotheke zurückgegeben werden.

Außerdem beeinflussen die vorhandenen **gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen** die Personalkapazitäten und Zeitressourcen der Pflegenden, indem sie sich auf die Anzahl des vorhandenen Personals und die Planung der Tagesabläufe und Nachtdienste auswirken. In nahezu allen Einrichtungen wurde der derzeit mit den Pflegekassen vereinbarte Personalschlüssel und die dadurch vor allem im Nachtdienst geringe Personalausstattung bemängelt. Dies birgt nach Meinung der Mitarbeiter die Gefahr, dass es insbesondere im Nachtdiensten zu einem vermehrten Einsatz von Psychopharmaka kommt. Eine Personalknappheit, die beispielsweise auch aufgrund bestehender Fluktuation des Pflegepersonals in mehreren Einrichtungen vorliegt, zeigt sich ebenfalls im Früh- und Spätdienst. Hierzu sind einige Projekteinrichtungen der Meinung, dass die Optimierung des Einsatzes von Psychopharmaka zwingend eine angemessene Besetzung durch Pflegepersonal erfordert, um eine verbesserte Einschätzung von abweichenden Verhaltensweisen zu gewährleisten und alternative, nicht medikamentöse Maßnahmen anzubieten, statt Psychopharmaka zu verabreichen. Die fehlenden Zeitressourcen werden in einigen Einrichtungen durch den Einsatz von Ehrenamtlichen kompensiert. Zusätzlich beeinflussen geringe Zeitressourcen die Erfassung bewohnerbezogener Daten im Rahmen der Anamnese und Biographiearbeit sowie die

Durchführung von Ursachenforschung bei besonderen Verhaltensweisen. Einige Einrichtungen berichteten, nicht genügend Zeit zu besitzen, um die Auslöser für Verhaltensänderungen zu ergründen. Basierend auf allen Fachgesprächen wurden vor allem in den Strukturen des Nachtdienstes Verbesserungspotentiale gesehen und bezüglich des Tagdienstes mehr Zeitressourcen gewünscht.

Die organisationalen Gegebenheiten beziehen sich nicht nur auf die vorhandenen Rahmenbedingungen, sondern auch auf die **festgelegten Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche des Pflegepersonals**. Eine zentrale Rolle wird der Pflegedienstleitung, den Wohnbereichsleitungen und den sogenannten Schichtleitungen (verantwortliche Pflegefachperson in der jeweiligen Schicht) zugesprochen, die einen Gesamtüberblick über die vorhandenen Strukturen und Abläufe besitzen. Die Pflegefachpersonen haben im Rahmen des Pflegeprozesses die Zuständigkeit für die Planung von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen und das Delegieren bestimmter Maßnahmen an Pflegehilfskräfte. Im Bereich des Medikamentenmanagements liegt ihr Aufgabenschwerpunkt im Vorbereiten und Vergeben von Medikamenten und der Evaluation der Medikamentengabe. Pflegehelfer hingegen agieren in der Regel in der grundpflegerischen Versorgung. Durch den nahen Bezug und Kontakt zu den Bewohnern wird Pflegehelfern im Zusammenhang mit der Psychopharmaka-Gabe eine wichtige Funktion in Form der Beobachtung von Verhaltensweisen zugeschrieben, die mit der Wirkung sowie mit Neben- und Wechselwirkungen von Psychopharmaka in Zusammenhang stehen. Bezogen auf die Beobachtung von besonderen Verhaltensweisen stehen die Schichtleitung, Pflegefachpersonen und Pflegehelfer in den meisten Einrichtungen in einem engen Austausch. Eine gute Zusammenarbeit der genannten Personengruppen mit Ihren spezifischen Zuständigkeiten wirkt sich offensichtlich positiv auf die Optimierung des Einsatzes von Psychopharmaka aus.

Viel versprechen sich die Teilnehmer der Fachgespräche bezüglich der Optimierung des Medikamentenmanagements von der geplanten **Implementierung des Medikamentenbeauftragten**. Organisationale Gegebenheiten spielen dabei für alle Einrichtungen eine wichtige Rolle. Basierend auf den Fachgesprächen wurden erste Überlegungen zur strukturellen Gestaltung des Einsatzes eines Medikamentenbeauftragten aufgezeigt. Diese Überlegungen beinhalten die geplanten Arbeitszeiten, die Integration in den Schichtdienst oder Möglichkeiten einer Freistellung. Zudem wurden Überlegungen zum Zuständigkeitsbereich bezogen auf die Anzahl der betreuten Wohnbereiche angesprochen, die je nach Einrichtung variiert. Es wurde in den Fachgesprächen aber auch deutlich, dass nicht in allen Einrichtungen erste Überlegungen zur strukturellen Verankerung vorliegen. Als Grund dafür werden beispielsweise die anstehenden Workshops und der Wunsch benannt, dass in den Workshops ein Input zum Thema durch die Projektleitungen bzw. eine gemeinsame Diskussion erfolgt.

Darüber hinaus wurden teilweise Aspekte der **einrichtungsinernen Organisation** der teilnehmenden Einrichtungen deutlich. Dies bezieht sich unter anderem auf einrichtungsspezifische Gegebenheiten der Umsetzung von Pflegesystemen. Beispielsweise hat der Grad der Bewohnerorientierung des Pflegesystems offensichtlich Auswirkungen auf die Handhabung von Psychopharmaka und eine entsprechende Evaluation.

## Kommunikation und Interaktion

In allen Fachgesprächen wurden Aussagen zur derzeitigen interprofessionellen Kommunikation getroffen, aber auch Verbesserungspotentiale gesehen. Allgemein verdeutlichen die Fachgespräche, dass die Größe des interdisziplinären Teams Einfluss auf die Effektivität der Kommunikation nimmt, indem ein großes Team die Kommunikation und Interaktion untereinander erschwert. Die Pflegeteams der Einrichtungen arbeiten mit ein bis zwei Vertragsapotheken, 2 bis 10 Hausärzten und ein bis zwei Fachärzten zusammen.

Manche Einrichtungen berichteten über eine erschwerte Kommunikation zwischen **Pflegepersonal und Hausärzten**. Einige Ärzte tauschen sich nicht bzw. nicht genügend mit dem Pflegepersonal aus oder sind zwischen den Visiten oder bei dringenden Angelegenheiten nicht bzw. nicht gut erreichbar. In Einzelfällen führen Ärzte Visiten bei Bewohnern durch, ohne Pflegenden zu informieren, oder sie kommen am Wochenende zur Visite. Insbesondere wenn die Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten über Mail oder Fax erfolgt, besteht die Gefahr eines verzögerten



Informationsaustauschs und/oder von Informationsverlusten. Besonders problematisch wird dies bei einer gravierenden Verschlechterung des Bewohnerzustands gesehen. Die Barrieren liegen nicht ausschließlich in der Kommunikation mit den Hausärzten begründet, sondern werden auch durch eine nicht hinreichende Kooperation der medizinischen Fachangestellten mit den Pflegenden ausgelöst. Diese tragen in manchen Fällen Informationen unvollständig oder verspätet an die Ärzte weiter. Der Einsatz von Bereitschaftstelefonen einiger Hausärzte wurde als besonders hilfreich gewertet. Diese Möglichkeit wird vor allem bei Verhaltensänderungen der Bewohner genutzt. Nur in wenigen Einrichtungen findet ein Austausch zwischen Pflegenden und Ärzten im Rahmen der Visite statt, bei dem Verordnungen der Medikamente gemeinsam mit dem Pflegepersonal konstruktiv überdacht werden. Mehrere Einrichtungen beschrieben jedoch auch, dass die Ärzte gut mit den Pflegenden kommunizieren, die Einschätzungen der Pflegenden einbeziehen und die Ärzte ihre Psychopharmaka-Anordnungen sowie die Bedarfsmedikation regelmäßig evaluieren.

Die **Kommunikation zwischen Ärzten, Bewohnern und Angehörigen** ist für die Pflegenden nicht immer transparent. In manchen Einrichtungen besuchen die Hausärzte die Bewohner im Rahmen ihrer Visiten, in anderen Einrichtungen erfolgt bei der Visite ausschließlich ein Gespräch zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen, bei welchem die Bewohner nicht integriert werden. Für **Angehörige** liegen individuell verschiedene Kommunikationsangebote vor. Diese beinhalten in unterschiedlicher Ausprägung den Einbezug der Angehörigen bei Visiten, Rücksprachemöglichkeiten, die Informationsweitergabe an die Angehörigen bzw. Betreuer und Maßnahmen zur Unterstützung der Kommunikation mit dem Bewohner. Zusätzlich wurde der Einbezug der Angehörigen bei der Pflegeplanung als förderliches Element angegeben. Außerdem werden Angehörige häufig von den Ärzten über die Psychopharmaka-Gabe informiert bzw. in die Verordnungs-Entscheidung einbezogen. Viele Einrichtungen führen jährlich eine Zufriedenheitserfassung mit den Angehörigen durch. Daneben werden Gespräche, z.B. zu Medikamenten oder der Finanzierung von Medikamenten auch von Angehörigen initiiert oder angefragt. Teilweise zeigen Angehörige sehr großes Interesse an der Versorgung des Bewohners und nehmen in manchen Einrichtungen auch an Visiten teil, was von Pflegenden als hilfreich erlebt wird. Erschwerend wirkt sich aus, dass Angehörige zum Teil direkt mit den behandelnden Ärzten und ohne Absprache mit der Einrichtung kommunizieren. Dies kann zur Folge haben, dass die Bezugs-Pflegende des Bewohners wichtige Informationen nicht in die Entscheidungsfindung einbringen kann. Zudem kann sich auch ein mangelndes Interesse von Angehörigen oder Betreuern negativ auswirken. In vielen Einrichtungen zeigt sich ein vermindertes Interesse insbesondere von beruflichen Betreuern. Dabei scheint die Menge der zu betreuenden Personen ein entscheidender Faktor zu sein. Ein fester Zusammenhang zwischen der Qualität der Betreuung und der Art des Betreuers lässt sich aber nicht ausmachen, denn die Qualität der Kommunikation stellt sich wie auch mit anderen Personengruppen individuell sehr unterschiedlich dar. Unterstützt wird die Kommunikation mit den Angehörigen beispielsweise durch Informationstage und Besuchercafés.

Des Weiteren wurden von den Projekteinrichtungen Aussagen zur Kommunikation zwischen **Pflegepersonal und Fachärzten** getroffen. Diese variiert in den beteiligten Einrichtungen stark. In mehreren Einrichtungen besteht eine gute Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Fachärzten. Im Falle einer funktionierenden Kommunikation informieren sich Fachärzte regelmäßig über den aktuellen Zustand der Bewohner, tauschen sich mit den zuständigen Pflegenden aus und evaluieren die Psychopharmaka-Verordnung. In anderen Einrichtungen ist eine regelhafte Kommunikation mit Fachärzten erschwert. So kommt es vor, dass Fachärzte nicht regelmäßig zu Visiten kommen, Visiten nur in größeren Zeitabständen stattfinden und/oder die Ärzte in den Zeiten zwischen den regulären Visiten für Pflegenden nicht gut erreichbar sind. Es wurde auch berichtet, dass Psychopharmaka teilweise nicht zeitnah zu relevanten Situationen verordnet werden, weil sich der Verordnungszeitpunkt stark an den Visitenzeiten des Arztes orientiert. Hemmend wirkt sich ebenfalls eine fehlende Wertschätzung mancher Fachärzte gegenüber Pflegenden aus. In diesen Fällen sind die Ärzte nicht an der Einschätzung der zuständigen Pflegenden interessiert und für deren Vorschläge zur Vermeidung oder Reduktion von Psychopharmaka nicht offen, was divergierende Zielsetzungen innerhalb des interdisziplinären Teams zur Folge hat.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich aufgrund der beschriebenen Aspekte fast alle Einrichtungen eine verbesserte Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden wünschen. Nur

wenige Einrichtungen berichten, dass Pflegende von Ärzten als akzeptierter Partner des interdisziplinären Teams behandelt werden und angemessene Rücksprachen z.B. zur geeigneten Darreichungsform und zur Wirkung von Psychopharmaka stattfinden. Um den Einsatz von nicht medikamentösen Alternativen zur Psychopharmaka-Gabe zu steigern, werden in einer Einrichtung systematisch und detailliert Beobachtungen der Bewohner und die eingesetzten Alternativmaßnahmen dokumentiert, was als Argumentationsgrundlage für zukünftige Gespräche mit den behandelnden Ärzten genutzt wird.

In vielen Fachgesprächen wurde von einer vollständig fehlenden Kommunikation **zwischen den Fachärzten und den Hausärzten** berichtet. Insgesamt bleibt häufig ein kontinuierlicher und transparenter Austausch zwischen den drei Interaktionspartnern Fachärzte, Hausärzte und Pflegenden aus. Im Hinblick auf die Dauer- und Bedarfsmedikation von Psychopharmaka ordnen Haus- und Fachärzte vielfach Medikamente ohne Rücksprache miteinander an, was zu vermehrten Änderungen der Verordnungen sowie zu unklaren Anordnungen führt. Die Pflegefachperson agiert in vielen Einrichtungen als Schnittstelle zwischen Hausarzt und Facharzt. Die meisten Einrichtungen wünschen sich eine Optimierung der Kommunikation zwischen Hausarzt, Facharzt und der Einrichtung. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kommunikationsstrukturen positiv und negativ durch Erreichbarkeit, Interesse am gegenseitigen Austausch sowie Visitenzeiten beeinflusst werden.

Die Zusammenarbeit und **Kommunikation zwischen den Apotheken und Ärzten** ist laut den Projekteinrichtungen qualitativ unterschiedlich. Teilweise kommunizieren sie sehr gut miteinander und teilweise findet Kommunikation ausschließlich über die Einrichtung als Schnittstelle statt. Das Einbringen der Expertise durch Apotheker wird von den Ärzten teilweise als Bereicherung, teilweise aber auch als Einmischung in den eigenen Kompetenzbereich gesehen.

Die **Kommunikation zwischen den Einrichtungen und den Apotheken** umfasst beispielsweise Besprechungen zu Lieferungen sowie Rückmeldesysteme bezüglich Wirkung, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente, welche bereits im Zusammenhang mit Unterstützungssystemen benannt wurden. Die Kommunikation wurde von fast allen Einrichtungen als funktionierend dargestellt. Wenige Einrichtungen berichteten von einer teilweise erschwerten Kommunikation zwischen Einrichtung und Apotheke bzw. den Apotheken. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Einrichtung mit mehreren Apotheken zusammenarbeitet.

In allen Fachgesprächen wurde von einer qualitativ verminderten **Kommunikation mit Krankenhäusern** berichtet, wenn Bewohner nach einem Krankenhausaufenthalt wieder zurück in die Pflegeeinrichtung kommen. Oft stellen fehlende Ansprechpartner ein großes Problem dar. Dies führte vermehrt zu einer fehlenden oder verminderten Informationsweitergabe im Zusammenhang mit der Medikamentenvergabe. Beispielsweise wurde berichtet, dass Bewohner unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt sediert wirkten, jedoch den mitgelieferten Dokumenten keine entsprechende Information zur Vergabe von Psychopharmaka zu entnehmen war. Auch wurden bereits abgesetzte Psychopharmaka während eines Krankenhausaufenthalts nicht selten wieder angesetzt. Die Mitarbeiter einer Einrichtung äußerten, dass sie bei Rückfragen bei Angestellten eines Krankenhauses eine geringe Wertschätzung erfahren hätten.

Weitere Aspekte zur Kommunikation beziehen sich auf Übergaben in der Einrichtung und **Kommunikationsstrukturen im Team**. In den Fachgesprächen wurde geäußert, dass in vielen Einrichtungen ein guter Umgang und eine gute Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und der Führungsebene vorliegen, die beispielsweise Wünsche und Bedürfnisse des Pflegepersonals erfasst. In vielen Einrichtungen findet zwischen den Mitarbeitern ein effektiver und transparenter Informationsaustausch statt, der auch die Übergaben und die Dokumentation einschließt. Von allen Einrichtungen wurde der Kommunikationsstil im Team als offen und respektvoll beschrieben. Andererseits wurden Verbesserungspotentiale bei der Übergabe gesehen. Teilweise gehen in der Übergabe Informationen der Bewohner verloren. Dieses lässt sich z.B. durch die Subjektivität der Wahrnehmung und Darstellung der Bewohnersituation begründen, der jede Person individuell unterliegt. Denn das, was eine Pflegeperson als problematisches Verhalten einschätzt, kann eine andere Pflegeperson als nachvollziehbare Reaktion des Bewohners einstufen, die handhabbar ist und keine Psychopharmaka-Gabe erfordert. Zudem erschweren unterschiedliche Schichtdienste und das Arbeiten mit Teilzeitkräften eine lückenlose Informationsweitergabe. Fehler werden vor

allem bei Medikamentenänderungen sichtbar, wenn während der Visite lediglich eine mündliche Anordnung erfolgt und zeitversetzt nach der Visite (beispielsweise nach Eintreffens eines Fax aus der Arztpraxis) die Medikamentenänderungen nachgetragen werden müssen. Zudem findet in manchen Einrichtungen im Team ein zu geringer Austausch zu nicht medikamentösen Alternativen zur Psychopharmaka-Gabe statt.

Im Hinblick auf die **Kommunikation mit Pflegehelfern** werden in vielen Einrichtungen Pflegehelfer weniger in die Kommunikation zu fachpflegerischen Aspekten und teilweise auch nicht in die Übergeben eingebunden. Gerade Pflegehelfern wird aber in einem Teil der Einrichtungen ein besonderer Beobachtungsauftrag bezüglich der Auswirkungen von Psychopharmaka-Gaben zugeordnet. Trotz ihres regelmäßigen und kontinuierlichen Kontakts mit den Bewohnern werden Pflegehelfer in manchen anderen Einrichtungen nicht systematisch nach ihren Beobachtungen befragt. Allerdings wurde von den meisten Einrichtungen wertschätzend berichtet, dass Pflegehelfer viele kreative und alternative Ideen einbringen und umsetzen. Infolgedessen wünschen sich mehrere Einrichtungen eine verbesserte Einbeziehung von Pflegehelfern. In einer Einrichtung finden bereits regelhaft Anleitungen der Pflegehelfer durch Pflegefachpersonen statt, die sich auch konkret auf die Beobachtung und Dokumentation von Verhaltensänderungen im Zusammenhang mit Psychopharmaka beziehen.

Die **Kommunikation und der Austausch mit dem sozialen Dienst und Personen im Ehrenamt** wurden von allen Einrichtungen als gut beschrieben. In einer Einrichtung nehmen ehrenamtlich tätige Personen und der Sozialdienst ebenfalls an der Übergabe teil, was sich nach der Erfahrung der Pflegenden bewährt hat.

In der Gesamtheit zeigt sich, dass den zukünftigen **Medikamentenbeauftragten** eine besondere Rolle als Schnittstelle in der Kommunikation zukommt. Alle Einrichtungen wünschen sich, dass der zukünftige Medikamentenbeauftragte die Kommunikation in der Einrichtung und mit externen Akteuren optimiert sowie die Zusammenarbeit zwischen Fachärzten, Hausärzten und Apotheken verbessert. Medikamentenbeauftragte sollten als zentraler Ansprechpartner fungieren, wohnbereichsübergreifend den Überblick behalten und die Kenntnisse der Mitarbeiter zu Medikamenten stärken und vertiefen. Die Teilnehmer der Fachgespräche wünschten sich, dass der zukünftige Medikamentenbeauftragte fallbezogene und übergreifende Kontrollen im Hinblick auf die Vergabe von Psychopharmaka und deren Dokumentation leistet sowie bei Bedarf die Optimierung der Medikation beim Arzt anregt. Es wurde in vielen Fachgesprächen dargelegt, dass die Funktion eines Medikamentenbeauftragten ein transparentes Vorgehen im Medikamentenmanagement unterstützen und somit zu einer positiven Fehlerkultur und besseren Kommunikation beitragen kann.

## Verfahren und Abläufe

Im Hinblick auf die Psychopharmaka-Gabe stellen vorgegebene Verfahren einen relevanten Aspekt dar. Diese betreffen beispielsweise die **Arztvisiten**. In den Einrichtungen treten Unterschiede in der Frequenz der Arztvisiten und der Art der Dokumentation der Verordnungen auf. Die Fachgespräche veranschaulichen, dass die Visiten der Haus- und der Fachärzte entweder wöchentlich, im Abstand von mehreren Wochen oder einmal im Quartal stattfinden. Vereinzelt verlaufen Visiten telefonisch, dies stellt aber nicht die Regel dar. Je häufiger Visiten stattfinden, desto leichter können Anpassungen der Psychopharmaka-Gabe vorgenommen werden. Der Zeitpunkt der Visite ist abhängig von den Zeitressourcen der Ärzte und variiert zwischen festgelegten und spontanen Hausbesuchen. Viele der Einrichtungen werden mit spontanen Hausbesuchen von einem Teil der Ärzte konfrontiert und müssen sich der Herausforderung stellen, diese in den laufenden Betrieb zu integrieren, beispielsweise wenn sie mit den Essenszeiten der Bewohner kollidieren. Das führt in vielen Fällen dazu, dass der direkte Kontakt zwischen Bewohner und dem behandelnden Arzt nicht möglich ist oder sich sehr kurz gestaltet, wodurch der Austausch zu möglichen Psychopharmaka-Reduktionen eingeschränkt wird. Die meisten Einrichtungen achten darauf, dass Pflegefachpersonen die Ärzte bei der Visite begleiten, um den Kontakt und die Zusammenarbeit in Bezug auf den Umgang mit Psychopharmaka zu verbessern. Ist dies in Einrichtungen zeitlich nicht möglich, hinterlässt der Arzt zum Teil eine ausführliche Dokumentation oder ist telefonisch bei Unklarheiten oder Unsicherheiten zu erreichen.

Ein weiteres Verfahren betrifft die **Verordnung von Medikamenten und das Ausstellen von Rezepten** bezüglich der Psychopharmaka und weiteren Medikamente. Dies verläuft in der jeweiligen Einrichtung je nach Arztpraxis unterschiedlich. Zum Teil werden die Rezepte direkt vor Ort in der Einrichtung ausgestellt oder aber in der Arztpraxis geschrieben und dann in die Einrichtung gebracht. In einigen Einrichtungen wird die Rezeptanforderung durch die vorhandene Software digital unterstützt. Dies wirkt sich positiv auf die Weitergabe der Rezepte in die Apotheke aus und ermöglicht eine schnellere Lieferung der Medikamente einschließlich der Psychopharmaka. Bei der postalischen und meist auch bei der persönlichen Übermittlung durch die Apotheke liegen teilweise zu große Zeitspannen vor, wodurch bei Neuverordnungen oder Medikationsänderungen eine zügige Vergabe erschwert wird. Das Ansetzen oder die Veränderung der Psychopharmaka-Verordnung erfolgt am häufigsten in schriftlicher Form vor Ort. Manche Fachgespräche verdeutlichen, dass eine fachliche Evaluation der Medikamente während der Verordnungen durch die Ärzte selbst meistens nicht stattfindet. Zur Vermeidung der Mehrfachmedikation mit Psychopharmaka und von möglichen Wechselwirkungen sprechen die Einrichtungen teilweise den Arzt von sich aus an. Nach Meinung der Projekteinrichtungen wirken sich regelmäßige Arztvisiten und eine zeitnahe Dokumentation positiv auf die Optimierung des Einsatzes von Psychopharmaka aus.

In den Fachgesprächen wurden weitere Aspekte im Zusammenhang mit Abläufen und Verfahren thematisiert, die für eine fachgerechte Medikation bedeutsam sind. Diese lassen sich den Themenbereichen „Stellen von Medikamenten“, „Kontrolle der gestellten Medikamente vor der Vergabe“ und „Verabreichung von Medikamenten“ zuordnen. Da diese Aspekte in den Workshops eingehend bearbeitet wurden und im dazugehörigen Kapitel (Kap. 6.3) beschrieben sind, findet an dieser Stelle zur Vermeidung von Dopplungen keine weitere Ausführung dazu statt.

## Methoden und Techniken

Im Rahmen des Medikamentenmanagements führen Pflegende in den Projekteinrichtungen verschiedene Arten von „Visiten“ zur Beurteilung der Bewohnersituation und des Umgangs mit Psychopharmaka durch. Dazu zählen die Pflegevisite, die Medikamentenvisite und die Mitarbeitervisite. Am häufigsten haben die Mitarbeiter in den Fachgesprächen die **Pflegevisite** thematisiert. Diese dient der regelmäßigen Beurteilung der Situation und der entsprechenden Versorgung des Bewohners sowie der dazugehörigen Pflegeprozess-Dokumentation. Diese findet meist durch die Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung statt. Bei der Pflegevisite werden unter anderem die Pflegeberichte, die Maßnahmenpläne und in manchen Einrichtungen auch die Verordnungen von Psychopharmaka jedes Bewohners mit einer solchen Verordnung betrachtet. Ergänzend finden im Hinblick auf die Psychopharmaka-Gabe teilweise **Medikamentenvisiten** statt. In diese sind die Pflegedienstleitung, die Wohnbereichsleitungen und ggf. auch die Apotheke involviert. Vordringend erfolgt bei der Medikamentenvisite eine Überprüfung der Medikamentenpläne der Bewohner bezogen auf ihre Richtigkeit und auf fachlich-inhaltliche Aspekte, z.B. das Auftreten von Neben- und Wechselwirkungen. Die **Mitarbeitervisite** (in der Regel als Teil der Pflegevisite) dient der Bewertung und Besprechung der Angemessenheit der durch die visitierte Pflegende durchgeführten Pflegemaßnahmen. Bei Bedarf findet eine bewohnerbezogene Anleitung des Pflegehelfers durch eine Pflegefachperson statt.

Als weitere Methode im Zusammenhang mit Psychopharmaka wurde in allen Fachgesprächen die Durchführung von **Fallbesprechungen** thematisiert. Die Einrichtungen setzen Fallbesprechungen individuell unterschiedlich um. Die Unterschiede zeigen sich in der Frequenz, dem Ablauf der Durchführung und der involvierten Personen. Die Fallbesprechungen finden in allen Einrichtungen bezüglich der Psychopharmaka-Gabe zur Überprüfung von Neben- und Wechselwirkungen oder beim Auftreten von besonderem Verhalten statt, entweder zeitnah nach dem Auftreten von besonderen Situationen und/oder in festen zeitlichen Abständen. Vereinzelt wenden Einrichtungen kurze Fallbesprechungen spontan während der Übergabe an, um schnell auf besondere Verhaltensweisen oder Beobachtungen in Bezug auf die Vergabe oder Reduktion von Psychopharmaka reagieren zu können. In einem Fall bearbeiten Pflegende Bewohnersituationen anhand von Rollenspielen, um Verhaltensweisen besser nachvollziehen und angemessen reagieren zu können. Daran nehmen regelhaft die Pflegedienstleitung, die Wohnbereichsleitung und Pflegende teil. Je nach Zeitressource und Thema sind außerdem andere Berufsgruppen wie beispielsweise Ärzte und Mit-

arbeiter des Sozialen Dienstes beteiligt. Bei der ethischen Fallbesprechung kommt in einer Einrichtung bewusst ein neutraler Moderator zum Einsatz. Die Mitarbeiter empfinden den Einbezug eines Moderators als hilfreich. In einer Einrichtung übernimmt die zuständige Pflegedienstleitung und in einer anderen Einrichtung die Pflegedienstleitung eines anderen Wohnhauses zur Wahrung der Neutralität diese Rolle. Mehrere Einrichtungen äußerten den Wunsch nach einem Moderator als neutrale Person während der Fallbesprechungen. Grundsätzlich gaben alle Einrichtungen an, dass aufgrund der Corona-Pandemie Fallbesprechungen aktuell sehr reduziert durchgeführt werden.

Die **Biographiearbeit** stellt einen weiteren Aspekt zur ganzheitlichen Betrachtung der Bewohner und zur Ursachenforschung bei besonderem Verhalten in allen Einrichtungen dar. Anhand der Biographiearbeit und der Auseinandersetzung mit den Verhaltensweisen der Bewohner soll eine vor-schnelle Verordnung von Psychopharmaka vermieden werden. Durch ein besseres Verständnis der Lebenswelt der Bewohner können Auslöser für besonderes Ausdrucksverhalten leichter von Pflegenden nachvollzogen werden. Auslösende Faktoren können in einigen Einrichtungen eher seltener ergründet werden, da keine ausreichenden Zeitkapazitäten dafür vorhanden sind. Andere Einrichtungen legen bewusst den Fokus auf die systematische **Ermittlung von möglichen auslösenden Faktoren** für besonderes Ausdrucksverhalten. Eine Einrichtung bezieht in diesem Zusammenhang auch andere Berufsgruppen wie z.B. Zahnärzte zur Abklärung von Schmerzen im Mundbereich mit ein.

Eine weitere Methode zur Erfassung bewohnerbezogener Daten im Rahmen des Pflegeprozesses stellt die **strukturierte Informationssammlung** dar. Dazu wenden mehrere Einrichtungen die SIS<sup>®</sup> an. Diese dient im Rahmen des Strukturmodells der systematischen Erfassung bewohnerrelevanter Informationen nach dem Heimeinzug und dann fortlaufend zur individuellen Anpassung der Pflegeprozessplanung. Die Fachgespräche verdeutlichen, dass Assessments bedarfsentsprechend im Pflegealltag genutzt werden, diese jedoch weniger im Zusammenhang mit der Psychopharmaka-Gabe stehen bzw. dass deren Relevanz für den Psychopharmaka-Einsatz von Pflegenden unterschiedlich eingeschätzt wird. Eine entsprechende fachliche Vertiefung und Sensibilisierung wünschen sich einige Pflegenden als Inhalt von Schulungen.

Im Zusammenhang mit der Psychopharmaka-Gabe und dem Pflegeprozess stellt die **Evaluation** ein weiteres wichtiges Element dar. Die Evaluation ermöglicht im Rahmen des Psychopharmaka-Einsatzes eine genaue Betrachtung der Medikamentenpläne im Zusammenhang mit dem beobachtbaren Verhalten der Bewohner. Die Evaluation setzen die Einrichtungen individuell unterschiedlich bezüglich der Häufigkeit und der involvierten Personen um. Häufig findet die Evaluation halbjährlich statt. In die Evaluation sind vor allem die Wohnbereichsleitungen, die Bezugs-Pflegeschwestern und andere Pflegefachpersonen involviert. Die Kontinuität der Evaluation stellt die meisten Projekteinrichtungen vor Herausforderungen. Die Mitarbeiter wünschen sich eine **Verbesserung der Kontinuität** der Durchführung der Evaluation, um Neben- und Wechselwirkungen und besondere Verhaltensweisen in Verbindung mit Psychopharmaka erheben und frühzeitig darauf reagieren zu können. Außerdem sind alle Einrichtungen motiviert, die Fähigkeit ihrer Mitarbeiter zur qualitativ hochwertigen Beobachtung zu steigern, um den Umgang mit Psychopharmaka zu optimieren. In manchen Einrichtungen wird eine gezielte Beobachtung mit Hilfe von Beobachtungsbögen durchgeführt. In einigen Einrichtungen werden im Rahmen der Psychopharmaka-Gabe konkrete Beobachtungsaufträge bei Neuverordnungen über einen festgelegten Zeitraum vergeben, um Veränderungen durch die Psychopharmaka-Gabe und deren Wirkweise frühzeitig erkennen zu können.

In einigen Fachgesprächen werden ergänzend **besondere Methoden oder Konzepte** angesprochen. Eine Einrichtung setzt beispielsweise die Serial Trial Intervention (STI) um. Das Konzept unterstützt dabei, die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und insbesondere die möglichen Gründe für besonderes Ausdrucksverhalten zu erkennen und zu berücksichtigen. Die Förderung der Selbständigkeit und des Wohlbefindens der Bewohner auch im Umgang mit Psychopharmaka steht im Fokus der Selbsterhaltungstherapie (SET), die ebenfalls in einer Einrichtung zum Einsatz kommt. Die Erfassung der Zufriedenheit der Bewohner und sogenannte ritualisierte Begegnungen dienen der Ermittlung der Perspektive der Betroffenen, die auch den Einsatz von Psychopharmaka

tangiert. Eine andere Einrichtung wendet bereits seit längerer Zeit das Mäeutische Modell der erlebensorientierten Pflege und Betreuung an, eine weitere Einrichtung hat vor kurzem mit der Umsetzung des Modells begonnen. Eine andere Einrichtung etablierte zur Verbesserung des Medikamenteneinsatzes eine Arbeitsgruppe.

## Einstellungen, Kenntnisse und Kompetenzen

Einstellungen, Kenntnisse und Kompetenzen beschreiben die individuellen Betrachtungsweisen, Fähigkeiten und Fertigkeiten des Pflegepersonals im Umgang mit Psychopharmaka. Sie beziehen sich zudem auf das Wissen der einzelnen Mitarbeiter, dass sie bezüglich Psychopharmaka und anderen Medikamenten aufweisen. In allen Fachgesprächen wurde ein divergenter **Kenntnisstand bzw. Kenntniserwerb** der Mitarbeiter mit ihren unterschiedlichen Qualifikationen und Verantwortungsbereichen beschrieben. Und alle Projekteinrichtungen sehen **Schulungsbedarf**, der zumeist mit den Zuständigkeitsbereichen von Pflegefachpersonen und Hilfskräften in Bezug gesetzt wird. Viele Einrichtungen wünschen sich, dass Schulungen die Sensibilisierung im Umgang mit Psychopharmaka und die Reflexionsfähigkeit unterstützen. Denn eine reduzierte Reflexionsfähigkeit der Pflegenden kann mittelbar zu einer vermehrten Psychopharmaka-Gabe beitragen, wenn sie eine eingeschränkte Kommunikation und Auseinandersetzung mit dem verordneten Arzt zur Folge hat. Zudem könnten Fortbildungen der Mitarbeiter auch eine einheitliche Vorgehensweise beim Einsatz von Psychopharmaka unterstützen.

In den Fachgesprächen spielte überwiegend auch die **intrinsische Motivation** der Pflegefachpersonen eine Rolle und inwiefern die Pflegefachpersonen Berührungspunkte zur Wissensaneignung bezüglich des Medikamenteneinsatzes aufweisen. Unterschiedliche Kenntnisse **und Interessen der Pflegenden** führen in vielen Einrichtungen zu einem unterschiedlichen Einschätzungsvermögen der Bewohnersituation im Hinblick auf Wirkung, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka. In den Fachgesprächen wurde dargelegt, dass in manchen Fällen die Bereitschaft fehlt, sich neues Wissen anzueignen und anzunehmen. Ebenso wird die individuell unterschiedliche Wahrnehmung von und Toleranz gegenüber besonderem Verhalten kritisch bewertet. Dadurch kann beispielweise auch die Einschätzung der Indikation des Einsatzes von Bedarfsmedikamenten beeinflusst werden. In den meisten Einrichtungen finden sich unterschiedliche **Einstellungen zu Medikamenten**. Diese inkludieren Interesse, Wissensaneignung und Rollenverständnis. Auch negative Komponenten wie beispielsweise die „Betriebsblindheit“ wurden in den Fachgesprächen benannt, was bedeutet, dass nicht alle Pflegefachpersonen eine Vergabe von Psychopharmaka angemessen reflektieren. So kann ein uneinheitliches Vorgehen im Pflorgeteam in Bezug auf den Einsatz von Bedarfsmedikation und der Kommunikation mit Ärzten im Hinblick auf die Indikation von Psychopharmaka bestehen. Es ist außerdem zu erwähnen, dass teilweise die Kenntnisse nur bei den Pflegefachpersonen vorliegen, die die Medikamente stellen. Demgegenüber werden jüngeren Pflegefachpersonen geringere Kenntnisse zu Psychopharmaka zugeschrieben. Dieser Aspekt wurde mehrfach kontrovers diskutiert. Manche Einrichtungen sehen junge Pflegefachpersonen als besondere Ressource an, weil diese aktuelles Wissen zu Psychopharmaka in ihrer Ausbildung erst kürzlich erlernt haben. Andere Einrichtungen legen vor allem den Wunsch offen, dass die Themen Medikamente und Psychopharmaka in der Ausbildung umfänglicher durch die Pflegeschulen vermittelt werden sollten, da ihrer Erfahrung nach junge Pflegefachpersonen auf wenig bzw. kein Wissen aus der Ausbildung zurückgreifen können. Es wurde von vielen Einrichtungen dargelegt, dass kein regelhafter Prozess der Wissensaneignung zu Psychopharmaka vorliegt. Neben mäßigen Kenntnissen gaben viele Einrichtungen eine große Hemmschwelle bei der Anregung der **Reduzierung von Psychopharmaka** beim verordnendem Arzt an, die auch mit der Selbsteinschätzung von Kenntnissen und Kompetenzen, der Qualität der Zusammenarbeit im Team und zeitlichen Ressourcen in Verbindung gesehen wird. Manchen Einrichtungen gelingt eine stetige Wissensaneignung zu Neben- und Wechselwirkungen. So berichteten zwei Einrichtungen, dass sie versuchen, die Wissensaneignung methodisch durch einen kontinuierlichen Wissensaustausch im Team zu verstetigen. Eine Einrichtung nutzt gezielt und regelmäßig die Informationen auf den Beipackzettel der Medikamente zur Wissensaneignung.

Eine besondere Rolle wurde von allen Einrichtungen auch hier dem zukünftigen **Medikamentenbeauftragten** zugeschrieben, der bei der Aneignung von Wissen und Kenntnissen mitwirken soll.

Alle Einrichtungen wünschen sich verschiedene Zuständigkeitsbereiche des zukünftigen Medikamentenbeauftragten: Er sollte Kommunikationsräume schaffen, in denen neues Wissen ausgetauscht wird. Auch wird gewünscht, dass er unterstützend in der Evaluation von Medikamentenplänen und bei Medikamentenvisiten mitwirkt. Außerdem hat der zukünftige Medikamentenbeauftragte im Rahmen seiner Schulung neue Kenntnisse zur Umsetzung von nicht medikamentösen Alternativmaßnahmen erhalten, das genutzt werden sollte. Er sollte als Berater zu Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Psychopharmaka fungieren und in den einzelnen Wohnbereichen an Fallbesprechungen teilnehmen. Die über ihn erfolgte Wissensvermittlung solle der Sensibilisierung bezüglich des Einsatzes von Psychopharmaka dienen und eine adäquate Kommunikation mit dem Arzt bezüglich der Indikation der Dauer- und Bedarfsmedikation mit Psychopharmaka und der Möglichkeiten der Reduktion sicherstellen. Alle Einrichtungen zeigten sich sehr offen gegenüber dem Projekt und dem Erwerb neuer Kenntnisse und Kompetenzen. Insbesondere Kenntnisse zu Psychopharmaka tragen nach Aussagen der Pflegenden maßgeblich zu einem reflektierten Umgang der Mitarbeiter mit diesen Medikamenten bei, einhergehend mit einer Optimierung beim Psychopharmaka-Einsatz. Konkretes Wissen zu nicht medikamentösen Alternativen können Pflegefachpersonen unterstützen, Hemmschwellen bei der Reduktion von Psychopharmaka zu überwinden.

### Umgang mit Psychopharmaka

Die Projekteinrichtungen berichteten teilweise über eine fachlich unterschiedliche Einschätzung der Berufsgruppen innerhalb des interdisziplinären Teams bezüglich des Umgang mit bzw. Einsatzes von Psychopharmaka. Fehlende Kenntnisse und individuelle Einschätzungen würden eine hemmende Wirkung auf die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen haben. Darüber hinaus erfordere die Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes einen transparenteren Informationsaustausch. Die Fachgespräche zeigten zudem, dass alle Einrichtungen eine Reduzierung des Psychopharmaka-Einsatzes und eine vermehrte Anwendung von alternativen, nicht medikamentösen Maßnahmen anstreben. Individuell unterschiedlich finden in den Einrichtungen ein bewusster Umgang und eine Auseinandersetzung mit Psychopharmaka und der Bedarfsmedikation mit diesen Medikamenten statt. Hier setzen auch die bereits angesprochenen Beobachtungsaufträge an. Dabei beobachten Pflegenden die Bewohner beispielsweise über mehrere Wochen bezüglich der Wirkung und veränderten Verhaltensweisen, wenn Psychopharmaka reduziert werden. Die Mitarbeiter befürchten teilweise, dass durch die Reduktion eine Fremd- oder Eigengefährdung des Bewohners auftritt. Als weitere negative Faktoren werden fehlende strukturelle oder räumliche Gegebenheiten gesehen, die für einen angemessenen Umgang mit besonderen Verhaltensweisen benötigt werden. Auf alternative Gestaltungsmöglichkeiten wird weiter unten eingegangen.

Ergänzend zur Notwendigkeit entsprechender Kenntnisse thematisierten alle Einrichtungen auch die **Handhabung** von Psychopharmaka. In wenigen Einrichtungen sind Psychopharmaka nicht fest verordnet, sondern sie werden überwiegend als **Bedarfsmedikamente** verabreicht, um trotz Vermeidung einer Dauermedikation eine Absicherung im Bedarfsfall zu gewährleisten. Insgesamt erfolgt die Gabe von Psychopharmaka als Bedarfsmedikament in den Einrichtungen individuell unterschiedlich. Ein Schlüsselfaktor dabei stellt die Festlegung der Indikation für die Vergabe des Bedarfsmedikaments dar. Für die Entscheidungsfindung zu deren Einsatz erweisen sich sowohl sehr unspezifisch als auch sehr spezifisch formulierte Indikationen als problematisch. In einer Einrichtung stellt die sehr spezifische Formulierung die Pflegefachpersonen vor allem bei Schmerzen vor Herausforderungen. In diesem Fall bezieht sich die Indikation auf einzelne Körperteile wie z.B. die Schulter oder den Rücken, wodurch die Frage aufkommt, welche Schmerzmedikamente beispielsweise bei Knieschmerzen verabreicht werden dürfen. Einen größeren Stellenwert bei Psychopharmaka nimmt laut den Einrichtungen aber eine zu unspezifische Formulierung der Indikation ein. Vor allem Formulierungen wie „bei Unruhe“ oder „bei Aggression“ führen zu einer Verunsicherung der Pflegefachpersonen. Denn diese Verhaltensweisen werden von Pflegenden oft unterschiedlich eingeschätzt und führen somit zu einem individuell unterschiedlichen Einsatz von Psychopharmaka als Bedarfsmedikation. Oft ist dann auch die Entscheidungsfindung nicht transparent. Um eine Verunsicherung zu vermeiden, spricht eine Einrichtung die behandelnden Ärzte gezielt an, wenn die Indikation als zu unspezifisch wahrgenommen wird und bittet um eine klarere Formulierung. Ein weiterer Aspekt ist der teils zögerliche Umgang mit Bedarfsmedikamenten. Des

Öfteren wurde in den Fachgesprächen erwähnt, dass Mitarbeiter häufig eine Hemmschwelle bezüglich der Gabe von Bedarfsmedikamenten haben und teilweise individuell überfordert sind. Dies tritt durch die erwähnten unspezifischen Indikations-Formulierungen sowie durch unzureichende Kenntnisse bezüglich Wirkung, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen auf. In diesen Fällen werden aus Sorge vor Verhaltensänderungen oder möglichen Risiken sowohl die Reduktion von Psychopharmaka als auch der Einsatz als Bedarfsmedikation mit einer besonderen Vorsicht betrachtet.

Darüber hinaus nannten mehrere Einrichtungen weitere Verbesserungspotentiale. Z.B. findet die Informationsweitergabe bezüglich der Gabe von Psychopharmaka und von Auffälligkeiten im Verhalten innerhalb und außerhalb der Übergabe nicht durchgängig in allen Einrichtungen statt. Außerdem wird der Wunsch nach einer transparenteren und kontinuierlichen Kommunikation mit Haus- und Fachärzten sowie eine engere Zusammenarbeit geäußert, die eine Diskussion über die angemessene Gabe bzw. die mögliche Reduktion von Psychopharmaka einschließt. Der gewünschte Austausch bezieht sich ebenfalls auf die verordneten Darreichungsformen, z.B. auf das Mörsern von Tabletten, wenn Bewohner beispielsweise Schluckstörungen aufweisen. Einige Ärzte achten offensichtlich bei der Verordnung der Psychopharmaka und weiterer Medikamente nicht darauf, ob diese gemörsert werden dürfen. Zusätzlich fehlen bezogen auf das Mörsern häufig Informationen in der Dokumentation. Zur Klärung der Darreichungsform nutzen die Einrichtungen in diesen Fällen oft die Apotheke als Ansprechpartner. Daneben findet in manchen Einrichtungen zwischen Pflegenden und Ärzten ein Austausch im Rahmen der Verschreibung der Medikamente statt, in dem auch die Darreichungsform thematisiert wird. Um eine intensivere Auseinandersetzung mit Darreichungsformen und einen verbesserten Umgang damit zu erzielen, sollte dieses Thema auch vermehrt Inhalt von Schulungen sein.

### **Nicht medikamentöse Alternativen zur Psychopharmaka-Anwendung**

Von allen Einrichtungen wurden nicht medikamentöse Alternativmaßnahmen als ein zentraler Aspekt zur Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes benannt. Abhängig von der jeweiligen Bewohnersituation wird deren Einsatz als präferierte Maßnahme anerkannt. Zudem wollen die Einrichtungen mehr Kenntnisse über Alternativmaßnahmen erlangen. Sie wünschten sich im Rahmen des Projektes einen Ideenaustausch, auch bezogen auf besondere Verhaltensweisen, und sie erwähnen Verbesserungspotential beim Einsatz von Alternativmaßnahmen. eingeschätzt wurde auch, dass besonders eine bewohner- und bedürfnisorientierte Betreuung zur ganzheitlichen Betrachtung der Bewohner beiträgt und die fachgerechte Einschätzung der Bewohnersituation unterstützt. Ebenso trägt nach Meinung der Mitarbeiter eine systematische intra- und interdisziplinäre Kommunikation zur fundierten Entscheidungsfindung bezüglich der Alternativmaßnahmen bei. Jedoch wirken sich schlechte institutionelle Rahmenbedingungen negativ aus, beispielsweise fehlende Zeitressourcen. Außerdem wurde in den Fachgesprächen berichtet, dass sowohl Pflegende als auch Ärzte teilweise eine individuell unterschiedliche Gewichtung der Anwendung von alternativen, nicht medikamentösen Methoden zur Vermeidung oder Reduzierung der Psychopharmaka-Anwendung sehen.

Die Einrichtungen berichteten über verschiedene Alternativmaßnahmen, welche angewendet werden können. Allerdings zeigt sich auch, dass zwar alle Einrichtungen bemüht sind, Alternativmaßnahmen umzusetzen, diese aber nicht vollumfänglich anwenden. Negative Auswirkungen durch den Einsatz von Alternativen werden nicht beschrieben. Stattdessen wird dargelegt, dass eine verminderte Anwendung von Alternativen zu einer vermehrten Gabe von Psychopharmaka und entsprechenden Neben- und Wechselwirkungen führen kann.

Nicht medikamentöse Maßnahmen finden vor allem **bei besonderem Ausdrucksverhalten** Anwendung. In einer Einrichtung hat sich der Einsatz von GPS-Uhren für Bewohner mit Hinlauftendenz bewährt, der es den Bewohnern ermöglicht, sich frei in der Einrichtung zu bewegen. Eine andere Einrichtung arbeitet bewusst mit körperlicher Nähe, um unruhige Bewohner zu beruhigen. Vom Vertreter einer weiteren Einrichtung wurde berichtet, dass beispielsweise einem Bewohner der Einsatz eines Boxsacks angeboten wurde, um besonderem körperlichen Ausdrucksverhalten vorzubeugen bzw. das Ausleben von intensiver körperlicher Aktivität zu ermöglichen. Vereinzelt wird in den Einrichtungen ein Deeskalationstraining durchgeführt, welches Pflegende unterstützt,



besonderes Verhalten fachgerecht einzuordnen und geeignete Interventionen auszuwählen. Mitarbeiter einer Einrichtung berichteten von der Teilnahme an Fortbildungen im Bereich des professionellen Deeskalationsmanagements (ProDeMa) zum Erlernen von verbalen und nonverbalen Deeskalationstechniken. Die erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen würden den Einsatz von deeskalierenden Interventionen befördern und die Möglichkeiten der Reduktion von Psychopharmaka positiv beeinflussen, so die Teilnehmer. Die Einrichtungen heben zudem hervor, dass bei besonderem Verhalten eine systematische Ursachensuche vorrangig sein muss, um einen adäquaten Umgang mit dem Verhalten zu erreichen. Der Einsatz von Alternativmaßnahmen setzt außerdem voraus, dass alle beteiligten Personen lernen zu tolerieren, dass bei einer Psychopharmaka-Reduktion besondere Verhaltensweisen auftreten können.

Im Umgang mit besonderem Ausdrucksverhalten beziehen viele Einrichtungen neben den Pflegenden auch andere **Personen/Berufsgruppen** mit ein, welche unterstützende Alternativmaßnahmen im Bewohneralltag umsetzen. Gemeint ist vor allem der Einsatz des Sozialen Dienstes und der Betreuungsassistenten sowie von ehrenamtlichen Helfern, Auszubildenden, Praktikanten, Seelsorgern und Therapeuten. Die ehrenamtlich tätigen Personen und der Sozialdienst wurden häufig im Zusammenhang mit Interventionen zur Ablenkung der Bewohner benannt. Sie können in manchen Einrichtungen beispielsweise bei Schmerzzuständen oder unruhigem Verhalten kontaktiert werden, um **ergänzende, nicht medikamentöse Interventionen** durchzuführen, z.B. mit den Bewohnern spazieren gehen, Gesellschaftsspiele spielen, gemeinsam kochen oder Kaffee trinken. Die Integration in alltägliche Handlungen soll die Selbstständigkeit der Bewohner erhalten bzw. fördern und sich positiv auf deren physischen und psychischen Zustand auswirken. In vielen Einrichtungen werden ergänzend Therapien wie Kunst- und Musiktherapie von ausgebildeten Therapeuten angeboten. Daneben gestalten die Einrichtungen weitere Aktivitäten zur Beschäftigung und Unterstützung der Geselligkeit wie beispielsweise die Durchführung von Tanz- oder Kochabenden. Außerdem spielen Abendrituale eine Rolle. Daneben werden auch **spezielle bzw. homöopathische Präparate** eingesetzt, um unerwünschte Zustände oder besondere Verhaltensweisen zu mildern. Zu diesen Alternativen zählen Hanftropfen oder der Einsatz von speziellen Tees sowie die Anwendung von Aromaölen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass derzeit alle Einrichtungen verschiedene alternative, nicht medikamentöse Methoden zur Reduzierung von besonderem Ausdrucksverhalten einsetzen, allerdings besteht diesbezüglich bei fast allen Einrichtungen noch Optimierungsbedarf. Als hemmende Komponenten werden vor allem mangelnde Kenntnisse, fehlende zeitliche Ressourcen sowie kommunikative Aspekte genannt.

### 6.1.3 Fachgespräche zur Erhebung der veränderten Situation

Die folgenden Abschnitte stellen die Ergebnisse der zweiten Fachgespräche dar, die ein Teil der Evaluation des Projekts waren. Die Darstellung orientiert sich an der Einteilung des „Conceptual model of implementation research“<sup>11</sup>. Dabei wird einleitend auf die Intervention des Praxisprojekts eingegangen. Hierbei stehen Erläuterungen zur Qualifizierung und Implementierung der Medikamentenbeauftragten sowie zur institutionellen Unterstützung des Projekts im Vordergrund. Danach werden die Veränderungen thematisiert, die im Zusammenhang mit der Durchführung des Projekts gesehen werden können. Die Ausführungen beziehen sich auf den Umgang mit Psychopharmaka, die Zusammenarbeit mit kooperierenden Partnern sowie den Umgang mit besonderen Ausdrucksformen. Schließlich werden Effekte aufgezeigt, die vor allem bei Bewohnern und Angehörigen durch die Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes sichtbar wurden.

#### Die Medikamentenbeauftragten

Die im Mittelpunkt des Projekts stehenden Medikamentenbeauftragten erweisen sich im Setting der stationären Altenpflege als eine wirkungsvolle Möglichkeit, um zu einer Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes beizutragen. Die Daten zeigen, dass dabei die **Auswahl und Kontinuität** des Medikamentenbeauftragten eine wichtige Rolle spielen. Denn neben Persönlichkeitsfaktoren wie Kommunikations- und Teamfähigkeit erfordert die anspruchsvolle und ergänzende Rolle ein Interesse am Thema sowie ein hohes Engagement. Als besonders erfolgversprechend bei der Überzeugung und Mitnahme des Teams zeigten sich ein motivierender, unterstützender und wertschätzender Umgang „auf Augenhöhe“ sowie ein tatkräftiges und mutiges Agieren der Medikamentenbeauftragten. Erschwert stellte sich die Situation für die Einrichtungen dar, bei denen es zum Ausfall oder Wechsel des Medikamentenbeauftragten gekommen war. Dies war bei mehreren Einrichtungen und aus unterschiedlichsten Gründen der Fall. Der durch die **Qualifizierung** der Medikamentenbeauftragten erworbene Kompetenzzuwachs wurde als Erweiterung und Vertiefung der Grundausbildung beschrieben sowie für die Tätigkeit als angemessen angesehen. Besonders positiv wurden der Praxisbezug und die Ausrichtung auf die zukünftige Tätigkeit hervorgehoben. In der Einschätzung des Erfolgs der Qualifizierung stimmten die Aussagen der geschulten Medikamentenbeauftragten mit der Einschätzung der Personen auf Leitungsebene überein. Verbesserte Möglichkeiten für ein effektives Arbeiten der Medikamentenbeauftragten wurden in einem begrenzten **Verantwortungsbereich** und einer **Verortung** innerhalb eines festen Wohnbereichs gesehen, in dem der Medikamentenbeauftragte auch außerhalb des für die Rolle vorgesehenen Aufgabenbereichs pflegerisch tätig ist. Dabei wirken sich die Kenntnis über die jeweiligen Bewohner sowie die vereinfachte Kommunikation im Team positiv aus. Der Verantwortungsbereich, für den der Medikamentenbeauftragte zuständig ist, steht auch in engem Zusammenhang mit dem jeweiligen **Aufgabenspektrum**. Hier scheint eine bewohnerorientierte Herangehensweise, wie beispielsweise eine anlassbezogene Unterstützung von Mitarbeitern bei der Durchsicht von Medikationsplänen und in Fragen des Umgangs mit besonderem Verhalten von Bewohnern, für das Kollegium besonders hilfreich zu sein. Dazu wird berichtet: *„...das ist wertschätzend auf Augenhöhe ... und [er] sagt, lass uns doch mal draufschauen bei diesem Bewohner...“* In der beschriebenen Form wurden die Aufgaben des Medikamentenbeauftragten als unterstützend und Angebote der Hilfe für Kollegen beschrieben, anstatt als vollständige Übernahme des Medikamentenmanagements begriffen. Ergänzend werden auch weitere übergreifende Tätigkeiten übernommen, die zumeist ebenfalls auf die Wohnbereichsebene begrenzt sind. Dazu gehören die Teilnahme an Arztvisiten, die Leitung von Fallbesprechungen, die Schulung von Mitarbeitern, die Verbesserung von Abläufen und Strukturen sowie die Unterstützung der interdisziplinären Kommunikation, vor allem mit den Haus- und Fachärzten. Ein Zusammenhang mit den erzielten Erfolgen lässt sich auch mit einer **Freistellung** herstellen, die dem Arbeitsaufwand der zusätzlichen Aufgaben entspricht. Die übernommenen Aufgaben, das Erstellen von Stellenbeschreibungen für Medikamentenbeauftragte sowie Freistellungsregelungen bildeten sich erst im Laufe des Projekts heraus und wurden unterschiedlich behandelt.

<sup>11</sup> Siehe Proctor et al. 2009, mod. Isfort

## Institutionelle Unterstützung

Ob eine Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes in der Einrichtung gelingt, ist maßgeblich auch davon abhängig, in welchem Maß dieses Ziel von der gesamten Institution verfolgt und getragen wird. Als besonders erfolgversprechende **Strategie** erwies sich, das Projekt zu Beginn in einem ausgewählten Wohnbereich zu verorten und dort über den gesamten Projektverlauf sehr aktiv und möglichst geschlossen zu verfolgen. Wie dies gelingen kann, macht das folgende Zitat deutlich: *„... das war das ganze Jahr Thema ... wir haben miteinander geredet, wir sind bis zum Äußerten gegangen, aber wirklich im Tun, das war nichts Künstliches, sondern wirklich, wir sehen jetzt wieder eine Situation mit einem Bewohner, einer Bewohnerin. Wie gehen wir damit um?“* Erst nach einer Stabilisierungsphase und unter der Voraussetzung weiterer Ressourcen, wie z.B. der Qualifizierung weiterer Medikamentenbeauftragter, konnten manche Einrichtungen das Projekt in ähnlicher Form auch auf weitere Wohnbereiche ausweiten. Als äußerst wichtig erwies sich die Unterstützung und Steuerung durch die **Leitung**, die idealerweise die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung und die Wohnbereichsleitung umfasst. Ein Beispiel dafür zeigt sich in dem folgenden Zitat: *„... ich finde, dass wir das im Leitungskreis gut hinkriegen zu gucken, wo sind jetzt die Probleme, wie gehen wir die an, was sind die nächsten Schritte und was hat sich geändert?“* Regelungen oder Anweisungen wurden genutzt, um ein einheitliches Vorgehen zu bewirken, wie das folgende Zitat zeigt: *„Ich glaube was bahnbrechend war, ist die Tatsache, dass nicht mehr jede Fachkraft einfach mit dem Hausarzt telefonieren kann und sagen kann, wir brauchen hier irgendwas, der Mensch ist in irgendeiner Form auffällig oder schläft nicht oder sonst was. Wir haben jetzt das „Sechs Augen Prinzip“ eingeführt, dass sobald jemand die Beobachtung macht ..., dass dann erst tatsächlich mit drei Pflegefachpersonen gemeinsam überlegt wird.“* Durch ein gemeinsames Agieren der Leitungspersonen mit dem Medikamentenbeauftragten konnten Änderungen effektiv geplant und umgesetzt werden. *„... Es ist total gut gelungen. Ich war stolz auf mein Team und das hat man sehr gut gesehen, was wir schon gelernt haben.“* Dabei zeigte sich ebenfalls eine große gegenseitige Wertschätzung. Das Zusammenwirken der Leitungsebene mit den Medikamentenbeauftragten erleichterte zudem die Integration von **unterstützenden Systemen** oder technischen Lösungen wie automatisierten Kontrollfunktionen bei Medikationsplänen oder Erinnerungsfunktionen bei Beobachtungsaufträgen. Medikamentenbeauftragte äußerten mehrfach und eindringlich wie wichtig es für sie sei, kein „Einzelkämpfer“ zu sein und sowohl die Leitungsebene wie auch die **Kollegen** als Mitstreiter und aktive Teilnehmer des Projekts zu erleben. Zudem wurden auch positive Effekte des Projekts auf die Zusammenarbeit unter den Kollegen beschrieben, wie die folgende Aussage verdeutlicht: *„An dem Projekt teilzunehmen, hat sich auf jeden Fall gelohnt für die Bewohner, auf jeden Fall aber auch für die Mitarbeiter. Ich glaube, dass das Team mehr zusammengewachsen ist. Dadurch, weil wir einfach mehr kommunizieren mussten und auch die Assistenten. Ich glaube da ging es auch um die Wertschätzung...“* So bedingten sich in Einrichtungen, die mit ihrem Projektverlauf zufrieden waren, die Aufgabenbereiche und Arbeitsweise des Medikamentenbeauftragten, die Unterstützung und Mitarbeit der Leitungsebene sowie des Kollegiums und die erzielten Erfolge gegenseitig. Bei einem erfolgreichen Projektverlauf wird auch dessen Nachhaltigkeit erfolgreich eingeschätzt, was bei der Mehrheit der Einrichtungen der Fall war. Besonders deutlich wird dies an folgender Aussage: *„...das hat auch das Team gesagt ... das gehört wirklich zu unserer Arbeit dazu ... ich denke, das ist nicht mehr wegzudenken und ich war letztens noch so beeindruckt, als ich diese Erkenntnis hatte.“*

## Umgang mit Psychopharmaka

Der Umgang mit Psychopharmaka beinhaltet eine gezielte **Informationsermittlung** zur aktuellen Medikation sowie über den zurückliegenden Verlauf und damit zusammenhängender Aspekte. Angesprochen wird dabei die Kommunikation mit Hausärzten, Fachärzten, Angehörigen sowie Mitarbeiter des Krankenhauses, sofern eine Aufnahme oder Rückverlegung des Bewohners aus einem Krankenhaus erfolgte. Die Aussagen der Befragten zeigen die Wichtigkeit dieses Themas auf und machen deutlich, dass hier Verbesserungen stattgefunden haben, z.B. indem Informationen gezielter und mit mehr Nachdruck eingeholt werden oder sich Abläufe etabliert haben, die die Kommunikation vereinfachen. Gleichzeitig zeigt sich hier aber auch noch ein Verbesserungsbedarf. Durchgängig wird ein deutlicher Fortschritt im Bereich der gezielten **Beobachtung** von Symptomen und dem Verhalten des Bewohners beschrieben. Gezielt und systematisch werden Beobachtungen z.B. in Form von Beobachtungsaufträgen durchgeführt, bewusst Kontakt zum Bewohner hergestellt und dabei das gesamte Team mit einbezogen. Gerade in diesem Bereich zeigt sich die

besondere Relevanz der Einbeziehung von Pflegeassistenten, deren Beobachtungen als wichtige Informationsquelle beschrieben werden. Auch ein aufmerksameres Beobachten im Hinblick auf Neben- und Wechselwirkungen und eine Ausweitung der Aufmerksamkeit auf Multimedikation kann festgehalten werden. Dazu äußert eine Pflegeperson beispielsweise: *„Man geht bewusster auf Medikamente ein, auch auf Nebenwirkungen. Klar, man hat sich [vorher auch] Gedanken gemacht, aber jetzt nicht so extrem, dass es wirklich eine Nebenwirkung geben könnte und man passt halt jetzt mittlerweile besser auf. Wenn wirklich vier oder fünf Medikamente schon drin sind, dann hat man das definitiv schon im Kopf, dass es irgendwo eine Nebenwirkung geben könnte. Dann sucht man halt.“* Die Befragten äußerten zudem, dass das Projekt zu einer genaueren **Beschreibung und Dokumentation** von Symptomen und Verhaltensweisen beigetragen hat. Der daraus resultierende Wissenszuwachs über die Bewohner unterstützt die Pflegenden unter anderem auch bei dem Einsatz der Bedarfsmedikation und konnte dazu beitragen, in Absprache mit den behandelnden Ärzten Indikationen für die Bedarfsmedikation zu konkretisieren. Dazu wird berichtet: *„...es ist gezielter geworden ... wir haben jetzt bei jedem Medikament halt wirklich eine Indikation hinterlegt ... und anstatt dann wirklich drei Präparate gegen Unruhe zu haben, ist dann ein gezieltes drin, wo wir aber wissen, das wirkt.“* Die Konkretisierung von Indikationsformulierungen, die Beschränkung der Bedarfsmedikation auf ein Medikament pro Indikation und die Mitwirkung bei Medikationsänderungen erfordern enge **Abstimmungsprozesse** mit Ärzten und **steuernde Aktivitäten**. Ein wertvoller pflegerischer Beitrag im Entscheidungsprozess von Medikationsänderungen sind detaillierte Informationen über den Bewohner, die auf systematischen Beobachtungen basieren. Beispielsweise wird die Zusammenarbeit mit einem Facharzt wie folgt beschrieben: *„...der greift sehr gerne auf unsere Beobachtungsaufträge zurück, dass wir ihm genau beschreiben, wie verhält er sich? Was haben wir schon versucht ... Wie hat sich Bewohner verhalten durch das angesetzte Medikament oder durch das abgesetzte Medikament. Durch diese Beobachtungen - durch uns, sagt er, kann er sehr gut Medikation gezielter einsetzen.“* Auf der Basis einer kollegialen Zusammenarbeit haben sich in manchen Einrichtungen feste Verfahren und Abläufe zur Reduktion, dem Ausschleichen/Ausleiten und Absetzen von Psychopharmaka etabliert. Diese basieren auf präzisen Informationen zu Symptomen und Verhaltensweisen des Bewohners, situativen Aspekten und der Gabe von Psychopharmaka. Veränderungen von Abläufen und Strukturen gingen im Rahmen des Projekts vermehrt von den Medikamentenbeauftragten aus, die in vielen Fällen von der Leitungsebene unterstützt wurden. Auch bewohnerbezogen übernehmen die Pflegefachpersonen eine steuernde Funktion, indem sie beispielsweise bei besonderem Verhalten der Bewohner relevante Informationen zu Bewohnern einholen und bündeln sowie wenn notwendig die Kommunikation mit Ärzten initiieren.

## Vernetzung und Kooperation

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt deutlich wurde, konnten im Rahmen des Projekts stellenweise Verbesserungen im Bereich der Kommunikation mit Ärzten und Apothekern erreicht werden, die auch erfolgreiche Änderungen von Abläufen und Verfahren zur Folge hatten. Bei der Zusammenarbeit mit **Ärzten** wurde von den Befragten neben dem Umgang mit Psychopharmaka auch Aspekte des allgemeinen Medikationsmanagements benannt, die sie auch für die Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes als relevant einschätzen. Für eine gelingende Zusammenarbeit stellen sich die Erreichbarkeit von Ärzten sowie eine regelmäßige Präsenz in der Einrichtung als zentrale Eckpfeiler heraus. Eine Reduktion der Ansprechpartner wird dabei als besonders hilfreich empfunden, wie die folgende Aussage verdeutlicht. *„Wir haben ja das Glück ... unsere Hausarztpraxis hat 99% der Bewohner. Die haben sieben Tage die Woche, 24 Stunden Bereitschaft, also Praxiszeit ... Wir kriegen die immer erreicht. Also das ist schon Luxus.“* Unbedingt dabei zu beachten ist allerdings das Prinzip der freien Arztwahl der Bewohner. Vereinbarungen über funktionierende Kommunikationswege (wie die Durchführung von regelmäßigen Arztvisiten oder die zeitnahe und gegenseitige elektronische Datenübermittlung) wurden teilweise im Verlauf des Projektzeitraums getroffen und haben sich als hilfreich erwiesen. Auch fest vereinbarte Abläufe (z.B. für Rezeptausstellung und Rezeptübermittlung) stellen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ein wichtiges Element dar. Ob eine tatsächliche Zusammenarbeit der Professionen gelingt, in der bewohnerbezogene Informationen oder Anregungen von Pflegenden in ärztliche Entscheidungsprozesse zur Medikation einfließen, ist jedoch auch von Einstellungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen der jeweilig agierenden Personen abhängig. Das macht beispielsweise das folgende Zitat deutlich, in der die Reaktion einer Ärztin auf die Anfrage des Absetzens der Bedarfsmedikation beschrieben

wird: „... und dann hat sie mich angemacht ... und sie meinte ja, dann rufen sie nicht [mich als] ... Bereitschaftsdienst am Wochenende...“ Eine völlig andere Erfahrung und Zusammenarbeit wird in dem nächsten Zitat deutlich: „Wenn ich genauer nachfrage, ist sie [die Ärztin] froh darüber, dass wir reduzieren, sie sagt, sie hat ganz andere Erfahrungen gemacht, dass da eben auch Ängste [bei Pflegenden] sind, das zu tun“. In den Fachgesprächen deutete sich auch an, dass die Reduktion von Psychopharmaka in der Zusammenarbeit mit Fachärzten aufgrund ihrer spezifischen Fachexpertise und Erfahrung im Vergleich zu der Zusammenarbeit mit Hausärzten Vorteile mit sich bringt. Beeinflussend wirken sich aber auch hier erneut die Erreichbarkeit und Präsenz in der Einrichtung aus. Zudem stellen eine gute Kommunikation und Kooperation der Fachärzte mit den Hausärzten eine weitere Voraussetzung für einen gelingenden Prozess dar. „Das hatten wir gerade erst. Dann setzt ein behandelnder Neurologe was an und der Hausarzt setzt es dann wieder ab... Die Kommunikation ist teilweise schwierig.“ Förderlich wirkt sich eine Begrenzung der Anzahl an beteiligten Personen aus, bei denen im Idealfall ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis besteht und sich eine konstruktive Arbeitsweise einstellen konnte. Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit **Apotheken**. Im Rahmen des Projekts wurden in mehreren Einrichtungen die Abläufe (z.B. Übermittlung der Rezepte, Medikamentenlieferung) verbessert, Kontrollen von Medikamentenplänen durch die Apotheken etabliert und für die Einrichtung relevante Inhalte der regulären Schulungen vereinbart. In einer Einrichtung wird die veränderte Zusammenarbeit mit einer Apotheke durch das Projekt wie folgt beschrieben: „... Wenn man dann mal die Kommunikation telefonisch gesucht hat, dass man dann auch irgendwie mehr Zugang zu denen gefunden hat, weil sonst hatte man immer das Gefühl, dass sie ja abweisen würde ich nicht sagen, aber schon sehr eingefahren in ihrem System waren. Jetzt ist es auch schon so, dass der Apotheker so einmal im Monat anruft. Welche Besonderheiten gab es? Wünsche? Und das hat vorher nie stattgefunden!“ Trotz genereller Fortschritte im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit wurde in den Fachgesprächen weiterhin eine sehr heterogene Situation in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzten und Apothekern beschrieben und insbesondere noch weiterer Verbesserungsbedarf in der Kommunikation mit Ärzten gesehen. Die Kommunikation und Kooperation mit **Angehörigen** stellt sich auch im Hinblick auf eine Psychopharmaka-Gabe und insbesondere bei dem Einzug in die Altenpflegeeinrichtungen als äußerst relevant heraus. Besonders dann, wenn diese als pflegende Angehörige tätig waren und/oder relevante Informationen zu vorherigen Situation des Bewohners und seiner Medikation beitragen können. Sehr kritisch können sich fehlende oder falsche Informationen zur häuslichen Gabe von Psychopharmaka auf die Bewohnersituation auswirken. Diese werden mit mangelndem Wissen, Scham und einem Gefühl des Versagens in Verbindung gebracht. Von den Pflegenden wird aber auch berichtet, dass manche Angehörige sehr offen über eine Psychopharmaka-Gabe im häuslichen Umfeld berichten und teilweise ausführen, dass sie die häusliche Versorgung ohne Psychopharmaka-Einsatz nicht meistern konnten. In diesen Fällen kann auch eine Sorge bestehen, dass besonderes Ausdrucksverhalten in der Einrichtung nach Reduktion oder Absetzen der Psychopharmaka in ähnlicher Weise zurückkehren würden. Von einigen Einrichtungen wurde die Kommunikation mit **Krankenhäusern** als besonders problematisch beschrieben. Hier machten Pflegende vermehrt die Erfahrung, dass die Bemühungen um eine Reduktion oder das Absetzen von Psychopharmaka durch Krankenhausaufenthalte erschwert wurden. Als besonders schwierig stellen sich dabei fehlende Informationen im Zusammenhang mit der Gabe von Psychopharmaka während des Krankenhausaufenthalts dar, wie durch das folgende Zitat deutlich wird: „... wir kriegen als Abschlussmedikation aus dem Krankenhaus ganz oft die gleiche Medikation, mit denen sie ins Krankenhaus gekommen sind, aber den Eindruck haben, dass da andere Medikamente gegeben worden sind, die aber in keiner Weise irgendwo in einem Überleitungsbogen oder irgendwo stehen und das ist dann so ein schlechtes Gefühl, weil man sieht es an den Pupillen. Die Leute schlafen zwei, drei Tage durch mehr oder weniger, die normalerweise wach und aktiv sind...“ In dem beschriebenen Fall gelang es trotz intensiven und mehrfachen Bemühungen bislang nicht, eine Verbesserung der Kommunikation mit dem betreffenden Krankenhaus zu erreichen. Das Problem der erschwerten Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtung, welches vermehrt berichtet wurde, konnte im Verlauf des Projekts mit einem Krankenhaus gelöst werden, indem hier eine feste Ansprechperson in der Klinik vereinbart wurde.

### Umgang mit besonderem Ausdrucksverhalten

Beim Umgang mit besonderem Ausdrucksverhalten der Bewohner wird der **Ursachenermittlung** eine große Bedeutung zugeschrieben. Die Suche nach Einflussfaktoren oder Ursachen für das

Auftreten des Verhaltens erfordert eine gezielte Beobachtung, die entweder punktuell beim Auftreten von auffälligen Verhaltensweisen stattfindet, zumeist aber sehr gezielt und systematisch über einen längeren Zeitraum erfolgt. Diese schließt neben der Suche nach eventuell unbefriedigten Grundbedürfnissen wie beispielsweise Mangel an Geborgenheit und Nähe oder Harndrang auch die Erhebung von somatischen Daten wie Blutdruck und Blutzucker sowie durch den Arzt die Ermittlung von Blutwerten wie Elektrolyten und Schilddrüsenwerten ein. Neben Beobachtungen werden in diesem Zusammenhang, auch interdisziplinär angelegte Fallbesprechungen erwähnt, die der Ursachenermittlung und der weiteren Planung von geeigneten Maßnahmen dienen. Das folgende Zitat führt diesen Zusammenhang aus: *„Wir haben einen Menschen, der war total misstrauisch, ist dann wirklich auch fast handgreiflich geworden, hat sich total aufgeregt immer. Und wir haben halt viele Fachkonferenzen auch zu ihm gemacht, weil wir gesagt haben, warum, was steckt dahinter? Und haben ganz schnell festgestellt, dass er, wenn viele Menschen da sind, sich ganz schnell im Vereinswesen wiederfindet [er war in einem Verein tätig]. Er war einmal da, war auch so sehr aufgeregt und wir haben gemerkt, wenn wir zu dritt zusammenstehen, und er sieht das, dann denke er wir reden über ihn. Das ist bei ihm immer der Auslöser. Deshalb müssen wir, wenn wir ihn sehen, mit einbeziehen. Und das funktioniert super.“* Ein gelungener Umgang mit Bewohnerverhalten, welches von Pflegenden, Angehörigen und Mitbewohnern als besonders erlebt wird, stellt eine wichtige Komponente bei der Reduktion von Psychopharmaka dar. Zudem wurde deutlich, dass wenn der Umgang mit besonderem Verhalten wie starker Unruhe, aggressiv wirkenden Verhaltensweisen, Schlafstörungen oder Ablehnung von Pflegemaßnahmen nicht gelingt oder zu zeit- oder kraftraubend erscheint, dies den Wunsch bei Pflegenden oder Angehörigen auslösen kann, Psychopharmaka einzusetzen. In diesen Fällen wird bei dem behandelnden Arzt eine Verordnung indirekt oder direkt angefragt oder eine angeordnete Bedarfsmedikation verabreicht. Ein erfolgreicher Umgang mit besonderen Verhaltensweisen basiert primär auf dem Wissen um die Ursachen für das Verhalten, enthält Elemente des Ausprobierens und ist damit eng mit Beobachtungen verknüpft. Sehr gute Erfolge erzielten Pflegende mit einer **Adaption der durchgeführten Pflegeinterventionen bzw. ihres Verhaltens**, die auf der Grundlage ihrer Beobachtungen und daraus resultierenden Schlussfolgerungen beruht. Dazu wird berichtet: *„Ja, bei Überforderung ist es so, dass Leute dann aggressiv werden, dass die Bewohner dann geschlagen haben oder versucht haben zu beißen oder zu kratzen. Und wenn man dann das weiß oder wenn man das in Gesprächen bespricht, alle involvieren, also Pfleger, sozialer Dienst wann treten die Situation auf und wir nehmen uns dann zurück, wir lassen ihm einfach viel Zeit und sagen jetzt nicht, du musst jetzt z.B. die Hose anziehen...wir machen step by step und merken dann in der Situation, dass dieses Verhalten gar nicht auftritt, weil er eben nicht überfordert wird... das dauert ein bisschen mehr Zeit, aber der Bewohner ist eben nicht verhaltensauffällig. ...das musste einfach beobachtet werden. Das haben wir dann gezielter mit allen Bereichen zusammen gemacht und haben dann gesehen okay, wenn wir es so machen, dann brauchen wir das Medikament nicht ... das können wir einfach weglassen. Also wir können unser Verhalten ändern, damit der Bewohner ruhiger wird.“* Mit einem pflegerischen Handeln, welches an möglichen Ursachen für das Verhalten ansetzt und somit auf die individuelle und aktuelle Situation des Bewohners ausgerichtet ist, werden den Erfahrungen der Pflegenden nach die größten Erfolge im Umgang mit besonderem Ausdrucksverhalten erzielt. Auf diese Weise gelingt es in vielen Fällen, besonderes Verhalten zu verhindern, es abzumildern, sein Auftreten zu verkürzen oder besser damit umzugehen. Sehr hilfreich wird in diesem Zusammenhang die Umsetzung von spezifischen **Pflegekonzepten**, wie beispielsweise das Arbeiten nach Kitwood, der Selbsterhaltungstherapie, der Mäeutik oder der Serial Trial Intervention (STI), beschrieben. Nur in wenigen Einrichtungen waren entsprechende **Methoden, Techniken und Verfahren** bereits vor Projektbeginn in den Einrichtungen etabliert. Es wird aber ebenfalls berichtet, dass sich die Aufmerksamkeit darauf und die Durchführung durch das Projekt intensiviert haben. So beschreibt die Pflegedienstleitung einer Einrichtung: *„Wir waren ja sowieso zu Beginn des Projektes schon ziemlich weit, würde ich sagen... Wir sind aber noch ein Stückchen weiter gegangen...“* Einige Einrichtungen haben im Projektverlauf überlegt oder damit begonnen, die Mäeutik oder STI bzw. Teile der Konzepte zu etablieren. Neben der Anpassung von Pflegeinterventionen werden **alternative bzw. ergänzende nichtmedikamentöse Interventionen** durchgeführt. Diese erfordern ebenfalls eine bewohnerbezogene Auswahl und Anpassung. Sie dienen der Förderung der Aktivität und Bewegung, der Ermöglichung von Ruhe, Entspannung und Wohlbefinden, der Ablenkung, der Teilhabe, Ressourcenförderung und Ausübung alltäglicher Aktivitäten. Das Repertoire der nichtmedikamentösen Interventionen scheint sich durch das Projekt nicht geändert zu haben. Aus den Fachgesprächen lässt sich aber schließen, dass sich das Bestreben,

diese Interventionen zu nutzen, erhöhte, um ohne Psychopharmaka mit besonderem Ausdrucksverhalten umgehen zu können und damit auch die Häufigkeit der Anwendung der Interventionen gesteigert wurde. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Erfahrung gemacht wurde, dass sich das Verhalten des Bewohners durch ein gezieltes Agieren und ohne den Einsatz von Psychopharmaka verbessern ließ. Ebenfalls zeigt sich, dass diese Interventionen jetzt gezielter dem individuellen Zustand der Bewohner und damit der Ursachenbegegnung angepasst werden.

## Wahrnehmen von Effekten

Den Aussagen der Befragten zufolge konnte die Psychopharmaka-Gabe im Rahmen des Projekts bei sehr vielen Bewohnern reduziert oder abgesetzt werden. Nach der Reduktion oder dem Absetzen von Psychopharmaka wurden von Pflegenden unterschiedlichste Veränderungen bei **Bewohnern** beobachtet, die auch in vielfacher Form in den Gesprächen exemplarisch anhand von konkreten Erlebnissen ausgeführt wurden: *„...Sie ist wirklich gut gelaunt. Sie war aber vorher trotz Psychopharmaka immer noch unruhig und hat ständig nur gebrochen. Also seitdem sie reduziert ist und sie bekommt jetzt anstatt zwölf Psychopharmaka-Tabletten nur noch zwei ... ist eine positive Ausstrahlung entstanden bei ihr. Entweder war sie komplett sediert oder einfach komplett unruhig und aggressiv. Wie getrieben, diese Gehetztheit, die sie immer übergebracht hat, das hat sie jetzt nicht mehr.“* Wahrgenommene positive Effekte stehen zum einen im Zusammenhang mit körperlichen Veränderungen. So wurde beschrieben, in manchen Fällen seien Bewohner mobiler geworden und/oder zeigten ein sichereres Gangbild. In mehreren Einrichtungen konnten weniger Stürze, in einer Einrichtung auch weniger Krankenhauseinweisungen beobachtet werden. Zum anderen berichteten die Pflegenden auch von einer zunehmenden Selbstständigkeit der Bewohner, die sich beispielsweise durch einen geringeren Grad der erforderlichen Unterstützung beim Essen, Waschen oder Gehen zeigen würde. Bewohner seien wacher, hätten eine größere Aufmerksamkeitsspanne, seien zudem orientierter, kompetenter und aktiver. Dazu wird beispielsweise folgende Aussage getätigt: *„Wir haben noch mehr resümiert. Wir haben deutlich weniger Stürze. Wir haben kaum Krankenhauseinweisungen. Wir haben sehr kompetente Personen mit Demenz, die gut durch den Tag kommen, die uns viel deutlicher zeigen können, was ihre Bedürfnisse sind.“* Ergänzend wurden emotionale und soziale Veränderungen der Bewohner benannt. Hier war von „sozial kompatibler“ und „vermehrter Teilhabe“ die Rede. Bewohner wurden als extrovertierter, geselliger und offener beschreiben. Hierzu wird berichtet: *„...Wenn sie sonst mal zu dritt auf dem Sofa gesessen haben, ist wenigstens einer nach fünf Minuten aufgestanden und losgelaufen. Jetzt machen sie sogar noch Platz, dass noch ein vierter mit da draußen bleibt ... Bei einigen Bewohnern merkt man dann auch schon, dass sie viel öfter wache Momente haben, wo sie dann auch wirklich mal richtig klar kommunizieren und Erinnerungen teilen.“* Generell würde auffallen, dass bei den betroffenen Bewohnern jegliche Gefühlsausdrücke wie Freude aber auch Trauer und Wut vermehrt auftreten und an die Stelle einer emotionalen Gleichförmigkeit getreten wären. Dies beinhaltet auch das Ausdrücken des eigenen Willens und das Hervorkommen von individuellen Persönlichkeits- oder Charakterzügen. Diese Veränderungen des Bewohnerzustandes werden von Pflegenden zu meist als erfreulich wahrgenommen. Je nach Ausprägung und Einstellung der Pflegepersonen können die Veränderungen des Verhaltens der Bewohner aber auch als irritierend oder belastend empfunden werden, was unterschiedliche Einschätzungen innerhalb des Teams oder die Anfrage nach einer erneuten Psychopharmaka-Gabe zur Folge haben kann. Gefühle der Pflegenden wie Zufriedenheit, Freude oder auch Überforderung und Frustration stehen aber nicht ausschließlich im Zusammenhang mit dem beobachteten Zustand des Bewohners. Hier ist ebenfalls ein Zusammenhang mit dem wahrgenommenen Erfolg des eigenen Handelns zu erkennen. Wenn Pflegenden ein erfolgreicher Umgang mit besonderem Verhalten gelingt, wird dies als persönlicher Erfolg oder Erfolg des **Teams** begriffen und als sehr befriedigend erlebt. Dazu wird ausgeführt: *„...es ist unheimlich schön, wieder zu sehen, wie so ein Stück Selbstständigkeit zurückkommt. Natürlich können wir die nicht heilen, aber wir können denen so viel Selbstständigkeit geben.“* Positive Veränderungen des Verhaltens von Bewohnern wirken sich auch auf die Arbeitssituation aus, wie das folgende Beispiel deutlich macht: *„... es ist ja auch ein gewisser Erfolg zu verzeichnen, das Miteinander mit den Bewohnern, das ist wesentlich einfacher ... die Grundstimmung ist deutlich positiver geworden.“* Gelingt es aber trotz Bemühen nicht, das Verhalten oder die Situation des Bewohners positiv zu beeinflussen oder bestehen zu hohe Erwartungen an den Erfolg der durchgeführten Intervention, kann dies aber auch zu Unzufriedenheit und Frustration führen. Die Erwartungshaltung bezogen auf eine schnell einsetzende Veränderung wird durch das folgende Zitat deutlich:

„...bei ganz vielen Mitarbeitern war das eine Gefühlslage. Also das wurde jetzt abgesetzt. Ja das war vor vier Tagen.“ Wichtig ist zudem zu erwähnen, dass Pflegende auch Indikationen und Zustände der Bewohner beschreiben, in denen eine Reduktion oder der Verzicht auf Psychopharmaka sich nicht positiv auf deren Zustand auswirken würden oder nicht vertretbar wäre. In diesem Zusammenhang werden Wahnvorstellungen, Angst sowie Selbst- und Fremdgefährdung benannt. So ergibt sich bei der Beobachtung und Beschreibung von Symptomen und Verhaltensweisen für Pflegende die Herausforderung, den Nutzen für den Betroffenen kritisch zu reflektieren und mit dem behandelnden Arzt zu besprechen. *„Ja, man muss sehr ehrlich zu sich selbst sein... und sich ehrlich fragen, warum machen wir das? Wollen wir unsere Ruhe haben oder hat es einen Nutzen für den Bewohner? Also man muss schon sich klar den Spiegel vorhalten... und wir haben ... das gemeinsam gemacht und waren da schon sehr ehrlich ... Was machen wir nicht gut? Und worum geht es hier eigentlich? Und wenn man den Blick auf den Bewohner richtet, was hat er davon? ... Ist das eine sehr sinnvolle Sache, dass man sich einfach hinterfragt im Alltag?“* Beschrieben wird ebenfalls, dass die Reduktion von Psychopharmaka und eine Verbesserung des Bewohnerzustands von **Bezugspersonen** der Bewohner positiv registriert werden. Eine exemplarische Aussage dazu lautet: *„Die Angehörigen sind natürlich immer froh, wenn es eine Tablette weniger ist. Bei Psychopharmaka sehr.“* Dabei wird auch das besondere Bemühen um den Bewohner gewürdigt. In diesem Zusammenhang wurden beispielsweise die Reduktion von Risiken, der oft mühsame Prozess der Ursachensuche für besonderes Verhalten und die Herausforderungen im Umgang mit dem besonderen Ausdrucksverhalten benannt. Besondere Anerkennung erfahren Pflegende von den Angehörigen, die die Versorgung des Bewohners selbst als sehr belastend erlebt haben. Nicht zuletzt nehmen Bezugspersonen offensichtlich über die beschriebenen Aspekte die Kompetenz der Pflegenden auch in Abgrenzung zur Laienpflege sehr viel unmittelbarer wahr. Von einer Einrichtung wird die Reaktion der Angehörigen wie folgt beschrieben *„... sie haben immer wieder gesagt, was macht ihr euch für eine Mühe. Also es sind schon welche, die waren sehr interessiert. Was macht ihr da eigentlich? Wie findet ihr das raus?“* Eine andere Einrichtung berichtet: *„Ich hatte da sehr, sehr positive Angehörige, die da auch sehr überrascht waren, dass wir da hingucken. Überrascht, dass das funktioniert [hat].“* Dies kann auch Auswirkungen auf das Bild der Institution in der **Öffentlichkeit** haben. So wurde beispielsweise von positiven Einflüssen auf die Personalrekrutierung, auf Kooperationen mit Ärzten und dem Ansehen der Einrichtung in der Region berichtet, z.B. folgendes: *„... die Akzeptanz ist riesig und was sehr schön ist, nach innen und nach außen hin. Die Mitarbeiter, die hier in der Umgebung leben, die kriegen immer Rückmeldung. Boah, du arbeitest in dem Haus, ist ja super, das ist ja ein tolles Haus.“* Eine andere Einrichtung berichtet von dem positiven Feedback der Heimaufsicht: *„...die fanden das ganz spannend... Die fanden das sehr gut.“*

## 6.2 Einsatz der Medikamentenbeauftragten in der Einrichtung

Im Kapitel 4.5 wurde bereits beschrieben, dass zu den möglichen Aufgaben der Medikamentenbeauftragten und zum erforderlichen Zeitbedarf für die Erfüllung dieser Aufgaben in Deutschland nur sehr wenige Erfahrungen vorliegen. Außerdem ist die Qualifizierung von Pflegefachpersonen zu Medikamentenbeauftragten nicht etabliert.

Die Aufgaben der Medikamentenbeauftragten sind grundsätzlich als Aufgaben zu verstehen, die zusätzlich zu den regulären Aufgaben der Pflegefachpersonen im Rahmen des Medikamentenmanagements erbracht werden (sollen). Zu den regulären Aufgaben aller Pflegefachpersonen zählen z.B. das Vorbereiten und Vergeben von Medikamenten, das Beobachten hinsichtlich der Wirkung der Medikamente sowie möglicher Neben- und Wechselwirkungen, der Kontakt mit den Haus- und Fachärzten, insbesondere auch bei Problemen in der Medikamentenversorgung, das Begleiten der Haus- und Fachärzte bei den Arztvisiten in der Einrichtung, das Nachbereiten von Medikationsänderungen und Neuverordnungen, das Bestellen von Medikamenten in den Arztpraxen, die zahlenmäßige und fachliche Kontrolle des Medikamentenbestandes und die Überwachung der fachgerechten Lagerung der Arzneimittel.



Generelle Idee für das Projekt war es, dass die Medikamentenbeauftragten eine überwachende, beratende und begleitende Funktion für die anderen Pflegefachpersonen übernehmen sollten. Wegen der fehlenden Erfahrungen wurden alle Projekteinrichtungen im ersten Workshop gebeten, sich zum Stellenprofil und zum möglichen Umfang der Stelle des zukünftigen Medikamentenbeauftragten Gedanken zu machen. Bei den zweiten Workshops und bei einem Treffen des Projektraum wurden die Ideen ausgetauscht und diskutiert.

**Folgende Aufgaben** haben sich dabei herauskristallisiert, die über die regulären Aufgaben von Pflegefachpersonen im Rahmen des Medikamentenmanagements hinausgehen und von den **Medikamentenbeauftragten** vor allem übernommen werden könnten:

- Sichten der Medikation neu eingezogener Bewohner bezüglich Risiko-behafteter Medikamentenkonstellationen und ggf. Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Arzt (selbst oder vorbereitende/ begleitende Unterstützung anderer Pflegefachpersonen)<sup>12</sup>
- Regelmäßige Kontrolle der Medikationspläne bezüglich kritischer Medikamentenkonstellationen (für den eigenen Wohnbereich oder für alle/bestimmte Wohnbereiche)<sup>12</sup>
- Kommunikation mit den Haus- und Fachärzten zu Risiko-behafteten Medikationen (selbst oder Unterstützung anderer Pflegefachpersonen bei der Vorbereitung und Durchführung einer solchen Kommunikation)
- Vorbereiten und Begleiten der Haus- und Facharztvisiten (selbst oder vorbereitende/ begleitende Unterstützung anderer Pflegefachpersonen)
- Übergeordnetes Steuern des Informationsflusses zwischen der Einrichtung, den Arztpraxen und der/den Apotheke/n
- Leiten von oder Teilnehmen an Fallbesprechungen, bei Bedarf auch Initiieren von Fallbesprechungen (für den eigenen Wohnbereich oder für alle/bestimmte Wohnbereiche)
- Beraten von Mitarbeitern zu Fragen der Medikation, insbesondere zu Wirkung sowie möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente
- Hilfestellung leisten beim Herausfinden möglicher Gründe für besonderes Ausdrucksverhalten von Bewohnern
- Unterstützen von Mitarbeitern bei der Planung und Durchführung von nichtmedikamentösen Alternativmaßnahmen bei besonderem Verhalten
- Überwachen des fachlich adäquaten Umgangs mit besonderem Ausdrucksverhalten
- Beraten von Angehörigen, z.B. bei kritischen Medikamentenkonstellationen und besonderem Verhalten
- Schulen von Mitarbeitern zu relevanten Aspekten und/oder Ermitteln des Fortbildungsbedarfs, der durch die Apotheke bzw. andere Personen abgedeckt wird

Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern spiegelt lediglich die möglichen Aufgaben wider, die von den Projekteinrichtungen eingebracht und diskutiert wurden. Sie ist außerdem als Portfolio zu verstehen, aus dem man sich bei der Festlegung des Aufgabenspektrums des/der eigenen Medikamentenbeauftragten bedienen kann. Einrichtungsindividuell können natürlich weitere Aufgaben vereinbart werden, die als Unterstützung für andere Mitarbeiter gedacht sind oder übergeordnete Tätigkeiten betreffen, z.B. bezüglich der Zusammenarbeit mit den Ärzten und den Apotheken. Das Aufgabenspektrum wird im Wesentlichen auch davon abhängen, für wie viele Bewohner bzw. Wohnbereiche der Medikamentenbeauftragte zuständig sein soll (siehe auch folgenden Abschnitt).

---

<sup>12</sup> Ggf. unter Verwendung der AMTS-Karte (siehe Thürmann & Jaehde 2015 und [https://www.amts-am-pel.de/fileadmin/img/downloads/AMTS-Karte\\_final.pdf](https://www.amts-am-pel.de/fileadmin/img/downloads/AMTS-Karte_final.pdf) )

Im Kapitel 4.5 wurde ebenfalls bereits erläutert, dass der **Zeitbedarf bzw. Stellenumfang für die Tätigkeit des Medikamentenbeauftragten** nicht pauschal beziffert werden kann, weil er von mehreren Variablen abhängig ist. Diese Variablen sind vor allem

- das Aufgabenspektrum, das der Medikamentenbeauftragte in der Einrichtung übernehmen soll,
  - die Anzahl der Bewohner bzw. Organisationseinheiten / Wohnbereiche, für die der Medikamentenbeauftragte zuständig sein soll
- bzw.
- die Anzahl der Medikamentenbeauftragten in der Einrichtung in Bezug auf die Größe der Einrichtung bzw. die Anzahl der Organisationseinheiten / Wohnbereiche.

Daraus ergibt sich dann im konkreten Fall der erforderliche Zeitbedarf für die Erfüllung der Aufgaben sowie der entsprechende Stellenanteil, den der Medikamentenbeauftragte als Pflegefachperson für die besondere Funktion wahrnehmen soll.

Zum Stellenumfang für die Aufgabenerfüllung durch Medikamentenbeauftragte wurden im Projekt-rat von den beteiligten Einrichtungen beispielhaft folgende Überlegungen genannt:

- Spezialeinrichtung für demenzkranke Bewohner mit 32 Plätzen: Planung von 16 Stunden im Monat (für das Vorbereiten und Begleiten der Arzt-Visiten, das Vorbereiten der Medikamente, die beratende Funktion für die Pflegefachpersonen und andere Mitarbeiter sowie die Kontaktpflege mit Apotheken)
- Andere Einrichtung: Es sind Freistellungstage eingerichtet, vor allem, um die Medikationspläne abzugleichen und kritische Konstellationen herauszufinden. Zudem ist angedacht, die Medikamentenbeauftragte auch für Inhouse-Schulungen einzusetzen. Feinabsprachen müssen noch erfolgen.
- Weitere Einrichtung: In der Einrichtung sind 4 Medikamentenbeauftragte tätig. Jeder Medikamentenbeauftragte ist einen Tag im Monat freigestellt und übernimmt vor allem auch die kollegiale Beratung von anderen Pflegefachpersonen. Außerdem findet ein regelmäßiger Austausch der Medikamentenbeauftragten untereinander statt.

Insgesamt wurde mehrfach betont, dass in der eigenen Einrichtung **ausprobiert werden sollte, wie viel Zeit** für die Erfüllung der einrichtungs-individuell festgelegten Aufgaben tatsächlich notwendig ist. Erst nach einer entsprechenden Testphase könne man den Zeitbedarf festschreiben und in der eigenen Organisation einplanen.

Außerdem wurde es als deutlicher Vorteil gesehen, nicht nur eine Fachkraft mit dieser Funktion zu beschäftigen, sondern **mehrere Medikamentenbeauftragte in der Einrichtung** zu haben, vor allem, um die entsprechenden Aufgaben „auf mehrere Schultern“ verteilen und Abwesenheiten eines Medikamentenbeauftragten überbrücken zu können.

Als sehr wichtig wurde auch erachtet, die „Einbindung“ des / der Medikamentenbeauftragten in der Gesamtorganisation zu klären (z.B. bezüglich Weisungsbefugnis und Weisungsgebundenheit) und dies sowie die Aufgaben und den Stellenanteil für die Aufgabenerfüllung in einer **Stellen- bzw. Funktionsbeschreibung** festzulegen. Deutlich wurde insgesamt, dass es klarer Regelungen und der **Unterstützung durch die Pflegedienstleitung** bedarf, damit die Medikamentenbeauftragten die ihnen übertragenen Aufgaben qualitativ hochwertig wahrnehmen können.

Darüber hinaus wurde sowohl von den Leitungsverantwortlichen als auch von den Medikamentenbeauftragten der Wunsch geäußert, die **Möglichkeit von Auffrischungsschulungen** zu schaffen, bei denen die Medikamentenbeauftragten ihr Wissen aktuell halten und auch konkrete Bewohner- bzw. Medikamenten-Konstellationen besprechen können. Die Caritas-Akademie Köln hat inzwischen ein solches Angebot in Form von „interdisziplinären Fallkonferenzen zur Bewältigung von Polypharmazie bei alten Menschen“ geschaffen. Außerdem besteht bei der Akademie weiterhin das Seminar-Angebot für die Grundqualifizierung zur Medikationsfachkraft<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Siehe folgenden Link: [Medikationsfachkraft \(caritas-akademie-koeln.de\)](http://medikationsfachkraft.caritas-akademie-koeln.de)

### 6.3 Workshops in den Projekteinrichtungen

Im Kapitel 4.4 wurde bereits erläutert, dass in den einzelnen Workshops mit den Leitungsverantwortlichen und Medikamentenbeauftragten die Verbesserungsbedarfe identifiziert und konkretisiert, die maßgeblichen Gründen für bestehende Herausforderungen ermittelt sowie konkrete Veränderungsmöglichkeiten abgeleitet wurden. Dies bezog sich hauptsächlich auf Aspekte im Zusammenhang mit dem eigentlichen Thema des Projektes, nämlich mit dem Einsatz von Psychopharmaka bei den Pflegeheimbewohnern. Sowohl bei den Fachgesprächen zur Erhebung der Ausgangssituation als auch in den Workshops kamen aber auch einige Themen zur Sprache, die mit dem Medikamentenmanagement insgesamt zu tun haben. Diese Aspekte wurden mit den Projekteinrichtungen ebenfalls diskutiert und analysiert, weil sie primär oder sekundär auch Einfluss auf den Umgang mit Psychopharmaka haben (können).

Drei der angesprochenen generellen Aspekte des Medikamentenmanagements werden in diesem Kapitel beschrieben.<sup>14</sup> Alle Aspekte, die im engeren Sinn den Einsatz von Psychopharmaka betreffen, werden im Kapitel 7 in Form von Erkenntnissen und Empfehlungen zum Umgang mit dem Thema „Psychopharmaka-Einsatz“ zusammengefasst.

#### Form des Vorbereitens von festen oralen Medikamenten

Für das Vorbereiten von festen oralen Medikamenten (Tabletten, Kapseln, Dragees etc.) gibt es in der stationären Altenpflege unterschiedliche Verfahren. Diese Arzneimittel werden in einem Teil der Einrichtungen manuell von Pflegefachpersonen oder von Mitarbeitern der Vertragsapothekengestellt. Zunehmend werden Tabletten etc. aber auch maschinell verblisteret und in dieser Form in die Einrichtung geliefert. Die Verblisterung erfolgt entweder durch die Vertragsapothekengestaltung oder durch ein Blister-Zentrum. Von den 16 Projekteinrichtungen nutzen derzeit 4 Einrichtungen das Blister-Verfahren.

Zur Verblisterung vertreten die Projekteinrichtungen unterschiedliche Positionen. In Einrichtungen, die die Medikamente manuell vorbereiten, wird teilweise von den Mitarbeitern der Wunsch nach einer Verblisterung geäußert. Positiv bezüglich der Verblisterung werden vor allem die Reduzierung von Fehlerquellen beim Vorbereiten der Medikamente, die Erleichterungen bei der einrichtungsinternen Lagerhaltung von Arzneimitteln und die Einsparung von Zeitressourcen bei den Pflegefachpersonen bewertet, weil die festen oralen Arzneimittel nicht mehr von ihnen vorbereitet werden müssen. Beim Einsatz von Verblisterungs-Maschinen wurden allerdings punktuell Fehler bei den bereitgestellten Medikamenten beobachtet. Außerdem können ungewollte „Medikamentenpausen“ entstehen, wenn die Lieferung der verblisterter Medikamente an bestimmte Zeiten gebunden ist oder verzögert stattfindet. Als eine erhebliche Gefahr der Verblisterung wird auch benannt, dass das Verfahren bei Pflegenden eine geringere fachliche Auseinandersetzung mit Medikamenten zur Folge haben kann. Damit der Inhalt der Blister für die Pflegenden nachvollziehbar ist, werden aber in der Regel die Blister zusätzlich zum Wohnernamen mit dem Medikamentennamen, der Dosierung und mit Informationen zum Aussehen des Medikaments und zur Einnahmezeit etc. versehen. Besonders wertvoll werden in der EDV-gestützten Pflegedokumentation hinterlegte Fotos der einzelnen Medikamente angesehen, die bei der Überprüfung der Blister genutzt werden können.

Da sowohl das manuelle Vorbereiten als auch die Nutzung verblisterter fester oraler Medikamente jeweils Vor- und Nachteile hat, wurde bei Bedarf in den Workshops besprochen, dass die problematischen Aspekte des in der Einrichtung angewendeten Verfahrens betrachtet sowie konkrete Maßnahmen zur Abmilderung der Nachteile überlegt und umgesetzt werden sollten. Beispielsweise kann es bei der Nutzung verblisterter Medikamente helfen, durch spezielle Schulungen oder Unterweisungen den Bezug der Pflegefachpersonen zu den Arzneimitteln zu fördern. Außerdem sollte das Verfahren bei kurzfristig notwendigen Medikationsänderungen klar geregelt sein.

---

<sup>14</sup> Die Erkenntnisse von Frau Prof. Dr. Helmbold aus den Fachgesprächen zur Erhebung der Ausgangssituation sind in die folgende Darstellung mit eingeflossen.

## **Räumlichen Gegebenheiten für das Vorbereiten von Medikamenten**

In der Mehrheit der Projekteinrichtungen existieren keine separaten Räumlichkeiten zum Stellen der Medikamente, sondern es müssen die Dienstzimmer genutzt werden. Dies wird sehr kritisch gesehen, weil die Pflegefachpersonen häufig beim Vorbereiten der Arzneimittel gestört werden, z.B. durch parallele Tätigkeiten anderer Mitarbeiter im Dienstzimmer, Nachfragen von Bewohnern, Angehörigen, Lieferanten und Therapeuten sowie durch eingehende Telefonanrufe und Meldungen der Bewohnerrufanlage. Durch diese Ablenkungen und durch Unterbrechungen, wenn die vorbereitende Pflegefachperson auf Anfragen, Telefonate oder die Rufanlage reagieren muss, steigt die Gefahr von Fehlern beim Stellen der Medikamente erheblich.

Daher wurde bei den Workshops in den betroffenen Einrichtungen überlegt, ob ein anderer Raum als das Dienstzimmer genutzt werden kann, um weitgehend ungestört die Medikamente vorzubereiten. In den meisten Fällen gab es aber diese Möglichkeit nicht oder war kein Raum verfügbar, in dem die Medikamente dauerhaft unter Beachtung der notwendigen Sicherheitsaspekte gelagert werden können. Bei der letzteren Variante wurde der Nachteil gesehen, dass man die Medikamente für das Vorbereiten extra in den gesonderten Raum hätte transportieren müssen und verwarf daher diese Möglichkeit. Im zweiten Schritt wurde gemeinsam überlegt, wie man trotz der nicht idealen Räumlichkeiten möglichst viele der Störungen vermeiden kann. Diskutiert und anschließend in mehreren Fällen umgesetzt wurden beispielsweise das Anbringen von Hinweisschildern an der Dienstzimmertür während des Vorbereitens von Medikamenten, das Weiterleiten des Dienstzimmer-Telefons und der Rufanlage auf das Mobiltelefon eines anderen Pflegenden und das Treffen von Absprachen, dass während des Stellens von Arzneimitteln möglichst keine parallelen Arbeiten und Anwesenheiten durch andere Mitarbeiter im Dienstzimmer stattfinden sollten.

## **Fehlerkultur bezüglich der Medikamentenversorgung**

Bei auftretenden Fehlern bei der Vergabe von Medikamenten oder anderen Problemen hat jede Einrichtung eine individuelle Vorgehensweise und bezieht unterschiedliche Personen ein, z.B. die Pflegedienstleitung, teilweise die Bereichsleitungen, die verantwortliche Pflegefachperson, teilweise den zuständigen Arzt sowie die Angehörigen. Eine Einrichtung praktiziert ein anonymes Verfahren, mit welchem der betroffene Mitarbeiter nicht für Dritte erkennbar wird. In einem weiteren Fall verwenden die Mitarbeiter ein Fehlerprotokoll. Das Vorgehen besitzt in den meisten Einrichtungen einen festgelegten Ablauf, der individuell an die vorgefallene Problemstellung oder die auftretende Situation im Zusammenhang mit der Medikamenten-Gabe angepasst wird. Grundsätzlich äußerten alle Einrichtungen eine Zufriedenheit mit ihrer Fehlerkultur und dem Rückmeldesystem bei auftretenden Fehlern im Rahmen des Medikamentenmanagements. Eine offene Fehlerkultur ist für die Einrichtungen bedeutsam, um Verhaltensweisen der Pflegenden positiv zu beeinflussen und Transparenz im Umgang mit Fehlern bei der Gabe von Psychopharmaka aufzuzeigen. Auch bezogen auf Worst-Case-Szenarien hat die Mehrheit der Einrichtungen eine festgelegte Vorgehensweise.

## 7. Wesentliche Erkenntnisse und Empfehlungen

Der nicht fachgerechte Umgang mit Psychopharmaka ist in der Vergangenheit immer wieder in den Fokus von Fachdiskussionen und Medienberichten geraten, aktuell vor allem durch die Veröffentlichung des AOK-Pflegereports 2023<sup>15</sup>. In den Diskussionen sind einige Personen der Meinung, dass die verordnenden Ärzte schuld an der Misere sind und sich mehr als bisher an die bestehenden medizinischen Leitlinien halten und ihre Verordnungspraxis überprüfen sollten. Andere Personen gehen davon aus, dass Pflegende häufig den Arzt ansprechen bzw. sogar drängen, ein Psychopharmakon zu verordnen, wenn sie mit besonderem Verhalten von Bewohnern – insbesondere von Menschen mit Demenz – überfordert sind. Und wenn der Arzt dann nicht genügend oder nicht die richtigen Informationen von den Pflegenden erhalte, könne er die Situation nicht gut einschätzen und greife dann sicherheitshalber zu einem Medikament.

Pauschale Schuldzuweisungen helfen aber nicht und lösen auch nicht die bestehenden Probleme. Vielmehr ist der Prozess, der zur Verschreibung und Anwendung von Psychopharmaka führt, komplex und vielschichtig. Daher ist es notwendig, diesen Prozess genauer zu betrachten und mögliche Schwachstellen bzw. Herausforderungen zu identifizieren und zu bearbeiten.

Mit der Vielschichtigkeit des Prozesses hat sich in der Vergangenheit bereits ein Projekt beschäftigt, dass in Kooperation mit einem katholischen Altenpflegeheim in Frankfurt am Main durchgeführt wurde (Pantel et al. 2006). Im Ergebnis wurden Handlungsebenen beschrieben, die im Rahmen des Prozesses zu betrachten sind. In der folgenden Abbildung sind diese Handlungsebenen und die für die jeweiligen Ebenen verantwortlichen Personen dargestellt.

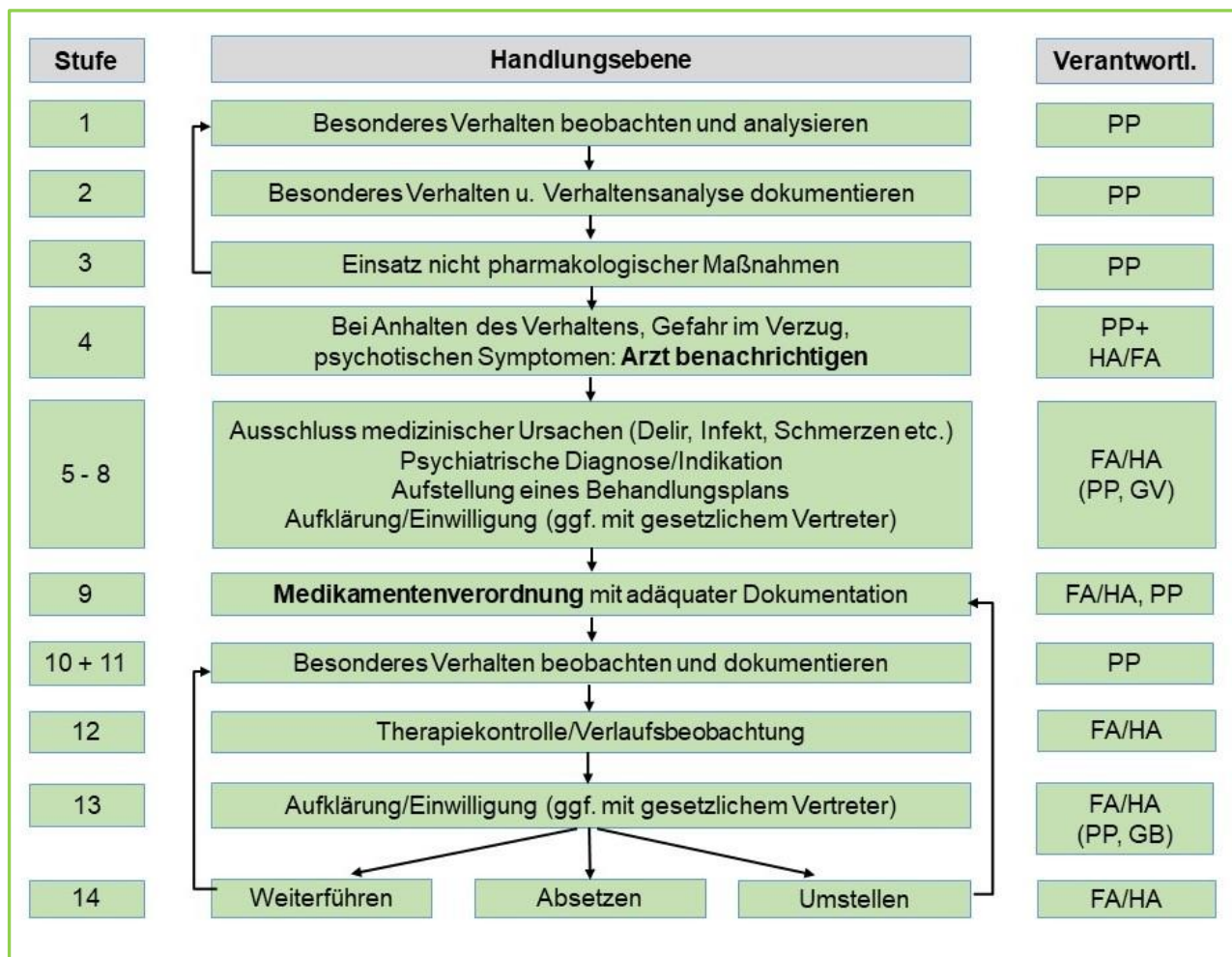


Abbildung 13: Handlungsebenen nach Pantel et al. 2006, komprimierte und leicht modifizierte Darstellung (PP = Pflegeperson, HA = Hausarzt, FA = Facharzt, GV = gesetzlicher Vertreter)

<sup>15</sup> Siehe Schwinger et al. 2023

In der Darstellung kann man beispielsweise erkennen, dass die Pflegenden mehrere Prozess-Schritte durchlaufen sollten, bevor der Arzt wegen einer Psychopharmaka-Verordnung angesprochen wird (Stufen 1-3). Außerdem sollte nach Meinung der Verfasser auch nur dann der Arzt benachrichtigt werden, wenn besonderes Verhalten trotz nicht medikamentöser Interventionen anhält, Gefahr im Verzug ist oder psychotische Symptome vorhanden sind. Zudem sind in der Grafik mehrere Aufgaben des Arztes beschrieben, die vor der Medikamentenverordnung bearbeitet werden sollten, unter anderem das Stellen einer medizinischen Diagnose, die Aufklärung des Betroffenen bzw. seines gesetzlichen Vertreters und das Einholen der Einwilligung in die Behandlungsmaßnahmen (Stufen 5-8). Wenn dann in letzter Konsequenz ein Psychopharmakon verschrieben werden muss (Stufe 9), sind anschließend wieder sowohl die Pflegenden (mit Beobachtung und Dokumentation) als auch der Arzt (mit Therapiekontrollen) gefragt (Stufen 10-14).

Bei der folgenden Aufbereitung wichtiger Erkenntnisse aus dem Projekt und daraus resultierender Empfehlungen werden die oben aufgeführten Handlungsebenen weitgehend als Orientierung bzw. Strukturierung genutzt. Aber zum einen sind einige Aspekte vorgeschaltet, die mit der grundsätzlichen Haltung gegenüber demenzkranken Menschen und Bewohnern mit akuten Verwirrheitszuständen sowie einer entsprechenden Kommunikation zu tun haben. Zum anderen sind in der Übersicht von Pantel allgemeine Aspekte wie die generelle Zusammenarbeit der Altenpflegeeinrichtung mit den Haus- und Fachärzten sowie mit der Vertragsapothekende nicht dargestellt. Weil diese Aspekte aber auch große Bedeutung beim Einsatz von Psychopharmaka bzw. beim Verzicht auf diese Medikamente haben, werden sie ergänzend betrachtet.

### Erkenntnis 1: Sprache überprüfen

Bisher werden in der Praxis häufig Begriffe wie „Verhaltensauffälligkeiten“ und „herausforderndes Verhalten“ verwendet, wenn es um das besondere Verhalten von Menschen mit Demenz und Bewohnern mit akuten Verwirrheitszuständen geht. Im Projekt wurde kritisch hinterfragt, ob diese Begriffe eine negative Wertung intendieren. In der Fachliteratur zum Umgang mit solchem Verhalten wird zwar erläutert, dass dem Begriff „herausforderndes Verhalten“ keine wertende Bedeutung zugeschrieben wird bzw. werden soll<sup>16</sup>. Der Begriff widerspiegelt aber nach Meinung der Verantwortlichen des Projektes OPESA weniger die Sichtweise des Betroffenen, sondern eher das Empfinden der an der Betreuung und Versorgung Beteiligten. Wertneutraler und personenzentrierter erscheint in diesem Zusammenhang der Begriff „**besonderes Verhalten**“ bzw. „**besonderes Ausdrucksverhalten**“. Diese Begrifflichkeit wird schon seit einiger Zeit in einer Projekteinrichtung verwendet, die sich bereits intensiv mit den Grundsätzen für einen angemessenen Umgang mit demenzkranken Menschen beschäftigt hat und diese Grundsätze umsetzt. Dabei wird unter anderem davon ausgegangen, dass Menschen mit Demenz und vergleichbaren Symptomen ihre Bedürfnisse und Gefühle oft nicht mehr sprachlich bzw. nicht mehr in der Form ausdrücken können, wie es Menschen ohne Demenz oder demenzähnlichen Zuständen möglich ist und dass sie daher eine spezielle und individuelle Form des Ausdrucks nutzen (müssen).

In der Fachwelt wurde in der Vergangenheit bereits mehrfach diskutiert, dass auch (Fach)Sprache die Haltung von Mitarbeitern in gewisser Art und Weise beeinflusst.

### Daher ist zu empfehlen,

- in der eigenen Einrichtung Begriffe auf den Prüfstand zu stellen, die regelhaft bezogen auf den Umgang mit Menschen mit Demenz und demenzähnlichen Symptomen und besonderes Verhalten dieser Bewohner verwendet werden,
- möglichst Begriffe zu nutzen, die wertneutral und personenzentriert sind, wie z.B. die Begriffe „besonderes Verhalten“ oder „besonderes Ausdrucksverhalten“.

<sup>16</sup> Siehe z.B. Bundesministerium für Gesundheit 2006

## Erkenntnis 2: Wissen und Haltungen analysieren

Die Erfahrungen aus dem Projekt zeigen, dass nicht alle Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung über ein **ausreichendes Wissen zu Demenzerkrankungen und demenzähnlichen Symptomen**, deren Auswirkungen und zur angemessenen Kommunikation mit den Betroffenen verfügen. Außerdem fehlt Mitarbeitern anderer Fachbereiche teilweise sogar ein entsprechendes Basiswissen, z.B. Mitarbeiter in der Hauswirtschaft, Verwaltung und Haustechnik. Dies hat in der Regel negative Auswirkungen auf den Umgang mit den betreffenden Bewohnern. Positive Erfahrungen bezüglich des Wissens und der Haltung von Mitarbeitern wurden von den Einrichtungen berichtet, die bereits den **Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz** und **spezielle Konzepte** wie Selbsterhaltungstherapie, Mäeutik sowie Konzepte nach Böhm oder Kitwood umsetzen.

Eine angemessene Reaktion auf besonderes Ausdrucksverhalten von Bewohnern kann grundsätzlich nur gelingen, wenn alle Mitarbeiter über Wissen zum fachlich fundierten Umgang mit Menschen mit Demenz und vergleichbaren Symptomen und der notwendigen Kommunikation verfügen, dass ihrem Aufgabengebiet angepasst ist, und wenn sie eine professionelle Haltung haben.

### Daher ist zu empfehlen,

- den Wissensstand sowie die erforderlichen Kompetenzen und Haltungen der Mitarbeiter im Umgang mit Menschen mit Demenz und demenzähnlichen Symptomen regelmäßig zu überprüfen,
- entsprechende Bildungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen durchzuführen,
- zu überprüfen, ob das Wissen von den Mitarbeitern auch tatsächlich im Arbeitsalltag angewendet wird,
- das Wissen und die Haltungen der Mitarbeiter durch die Anwendung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz<sup>17</sup> und von Konzepten zum angemessenen Umgang mit Menschen mit Demenz fachlich zu fundieren.

## Erkenntnis 3: Arbeitsweise in Pflege und Betreuung analysieren

Zum angemessenen Umgang mit demenzkranken Menschen und Bewohnern mit ähnlichen Symptomen gehört auch, dass sich die **Abläufe in Pflege und Betreuung an den aktuellen Befindlichkeiten der betreffenden Menschen orientieren** sollten und nicht vorrangig an funktionalen Vorgaben, z.B. nicht daran, bestimmte Aufgaben zwingend bis zum Ende der Schicht erledigen zu müssen oder alle Bewohner jeden Tag „von Kopf bis Fuß“ zu waschen. Teilweise wird besonderes Verhalten dadurch ausgelöst, dass Pflegeinterventionen zu einem Zeitpunkt, in einer Art und Weise oder von Personen durchgeführt werden, die für den Betroffenen gerade nicht angenehm sind und deshalb bei ihm eine entsprechende Reaktion auslösen. Und dann wird häufig unreflektiert von „Verweigerung“ oder „herausforderndem Verhalten“ gesprochen<sup>18</sup>.

Mitarbeiter sollten flexibel auf die aktuellen Bedürfnisse und Wünsche von Bewohnern mit Demenz oder vergleichbaren Symptomen reagieren, angemessen mit der Ablehnung von Pflege- und Betreuungsinterventionen durch die Bewohner umgehen und ihre Arbeitsabläufe vorrangig nach den Bewohner-Erfordernissen ausrichten. Hilfreich ist ebenso, wenn bei der Zuordnung von Mitarbeitern zu Bewohnern möglichst auch persönliche Zu- und Abneigungen bedacht werden. Dann kommen erfahrungsgemäß weniger besondere Verhaltensweisen vor und ist die Atmosphäre insgesamt ruhig(er) und entspannt(er). Dies kann sich positiv auf das Bewältigen der erforderlichen Arbeitsaufgaben und die Zeitressourcen der Mitarbeiter auswirken.

---

<sup>17</sup> Siehe Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019

<sup>18</sup> Siehe Barrick et al. 2021

### Daher ist zu empfehlen,

- die generelle Herangehensweise an die Bewältigung der täglichen Arbeitsaufgaben bei der Versorgung und Betreuung von Bewohnern mit Demenz oder vergleichbaren Symptomen regelmäßig auf den Prüfstand zu stellen,
- eine Arbeitsweise in der Pflege und Betreuung sicherzustellen, die den aktuellen Bedürfnissen und Wünschen der betreffenden Bewohner so weit wie möglich Vorrang gewährt (z.B. bezogen auf den Zeitpunkt, die Art und Weise von und die eingesetzten Mitarbeiter bei Pflege- und Betreuungs-Interventionen),
- den Mitarbeitern durch die Leitungsverantwortlichen immer wieder Rückhalt und Unterstützung für die Umsetzung einer solchen Arbeitsweise zu geben.

### Erkenntnis 4: Besonderes Verhalten angemessen beobachten und dokumentieren

Das Wahrnehmen und Beobachten von besonderem Verhalten ist bei den Mitarbeitern von Pflege und Betreuung meist schon gut ausgeprägt. Unsicherheiten bestehen aber bei einem Teil der Mitarbeiter beim **Formulieren und Dokumentieren des Gesehenen und Erlebten**. Um dies zu beheben, ist eine rein theoretische Schulung meist nicht ausreichend und zielführend.

### Daher ist zu empfehlen,

- die Fähigkeiten der Mitarbeiter bezogen auf das Beobachten von besonderem Verhalten und das Formulieren und Dokumentieren der Beobachtungen zu überprüfen,
- das Aneignen von Fähigkeiten bei Mitarbeitern mit entsprechendem Bedarf sicherzustellen, unter anderem, indem anhand von ganz konkreten Bewohnerbeispielen Formulierungen so lange eingeübt werden, bis die betreffenden Mitarbeiter eine deutliche Sicherheit darin erlangt haben.

### Erkenntnis 5: Mögliche Ursachen für das besondere Verhalten analysieren

Psychopharmaka werden überdurchschnittlich häufig bei Menschen mit Demenz und in den meisten Fällen aufgrund von besonderem Verhalten dieser Bewohner eingesetzt. Problematisch ist auch der Einsatz von anderen Medikamenten, die als Nebenwirkung demenzähnliche Symptome verursachen, z.B. akute Verwirrheitszustände. Daher hat es eine immense Bedeutung herauszufinden, **was die möglichen Ursachen für das besondere Ausdrucksverhalten sind**. Wenn man dies unterschätzt und wenn die Analyse nicht, nicht konsequent bzw. nicht ausreichend fundiert und strukturiert erfolgt, führt das meistens zur Verordnung von Psychopharmaka.

Die Anwendung geeigneter, wissenschaftlich basierter Konzepte und Instrumente für die Ursachen-Analyse ist aber in Deutschland noch nicht genügend verbreitet. Oft wird zwar in der Praxis bereits danach geschaut, ob unbefriedigte emotionale und körperliche Grundbedürfnisse ursächlich für besonderes Verhalten sind, wie beispielsweise der Mangel an Geborgenheit und Nähe, Harndrang, nicht ausreichender Schlaf oder Hunger. Andere somatische Aspekte wie Schmerzen, Wunden und Infekte werden aber oft nicht bedacht. Dabei ist beispielsweise bekannt, dass **ein hoher Prozentsatz der besonderen Verhaltensweisen durch Schmerzen ausgelöst** sein kann<sup>19</sup>. Auch die Kontrolle von Vitalwerten und die Blutanalyse können auf Gründe für außergewöhnliches Verhalten hinweisen. Z.B. können ein zu niedriger bzw. zu hoher Blutzucker oder Blutdruck sowie Elektrolyt-Verschiebungen und abnorme Schilddrüsenhormon-Werte das Verhalten negativ beeinflussen. Ebenso sollten Umgebungsfaktoren wie z.B. Lautstärke und Helligkeit betrachtet werden. Beispielsweise können sich demenzkranke Menschen meist nicht gut konzentrieren und gewohnte Routinen ausführen, wenn es in der Nähe zu laut oder zu unruhig ist.

Konzepte, die diese Aspekte einbeziehen, sind z.B. die **Serial Trial Intervention** (STI; siehe Kapitel 8.2)<sup>20</sup> und das **NDB-Modell** (Need Driven Dementia Compromised Behavior Model; siehe Kapitel 8.3)<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Siehe z.B. Fischer et al. 2007

<sup>20</sup> Siehe auch Aktionsbündnis Patientensicherheit 2023

<sup>21</sup> Siehe auch Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 15 ff



Wichtig ist auch, dass die Beobachtungen und Verstehens-Ansätze der verschiedenen Mitarbeiter und eventuell auch von anderen Akteuren (z.B. Angehörigen, dem behandelnden Arzt) zusammengeführt und im Team bewertet werden. Dazu hat es sich in der Praxis bewährt, regelmäßig in festgelegten Zeitabständen und/oder zeitnah nach dem Auftreten von besonderem Verhalten **Fallbesprechungen** bzw. Fallkonferenzen durchzuführen. Allerdings erfolgen Fallbesprechungen nicht in allen Einrichtungen konsequent. Begründet wird dies häufig mit Zeit- bzw. Personalmangel.

Wenn das Forschen nach möglichen Ursachen für das besondere Verhalten und das Bewerten der Informationen in Fallbesprechungen ernsthaft betrieben werden, kann die Ursache für das Verhalten häufig ohne Psychopharmaka-Einsatz „behoben“ werden. Dann tritt das Verhalten nicht mehr auf und können in der Folge **erhebliche Zeit- bzw. Personalressourcen eingespart werden**, weil nicht mehr zeitaufwendig auf das besondere Verhalten eingegangen werden muss.

### **Daher ist zu empfehlen,**

- die Analyse möglicher Ursachen für besonderes Ausdrucksverhalten konsequent durchzuführen und dafür ausreichende Zeit- und Personalressourcen vorzusehen,
- für die Analyse ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren anzuwenden, z.B. die STI oder das NDB-Modell,
- die Bewertung der Analyse-Informationen im Pflege- und Betreuungs-Team sicherzustellen, z.B. in Form von Fallbesprechungen oder Fallkonferenzen, möglichst mit dem Ergebnis, eine Verstehens-Hypothese bezüglich des besonderen Verhaltens abzuleiten.

### **Erkenntnis 6: Nichtmedikamentöse Interventionen anwenden**

Bevor bei anhaltendem besonderem Ausdrucksverhalten der Arzt angesprochen und von ihm eine Psychopharmaka-Verordnung erwogen wird, sollten die Mitarbeiter von Pflege und Betreuung prüfen, ob das besondere Verhalten mit nicht pharmakologischen Interventionen reduziert werden kann oder durch ihre Anwendung gar nicht mehr auftritt. Erfahrungsgemäß ist aber **Wissen zu nichtmedikamentösen Alternativen** nicht in allen Einrichtungen bzw. nicht bei allen Mitarbeitern ausreichend vorhanden. Außerdem haben Mitarbeiter teilweise Bedenken, dass durch die alternativen Interventionen das besondere Verhalten nicht positiv beeinflusst werden kann.

Hinzu kommt die Schwierigkeit, dass in der Regel im Sinne von „Versuch und Irrtum“ ausprobiert werden muss, **welche Interventionen für den konkreten Bewohner offensichtlich angenehm sind und sich positiv auf das Verhalten auswirken** und welche nicht. Dies ist insbesondere auch von den aktuellen, individuellen Auswirkungen der Demenz bzw. den demenzähnlichen Symptomen auf den Betroffenen, den verbliebenen Ressourcen und dem persönlichen Erfahrungs- und Präferenz-Hintergrund des betreffenden Bewohners abhängig. Daher können an dieser Stelle auch keine grundsätzlichen Empfehlungen dazu abgegeben werden, welche nicht pharmakologischen Interventionen sich in der Regel positiv auf besonderes Verhalten bzw. mildernd auf dieses Ausdrucksverhalten auswirken. Es ist zumindest bekannt, dass ausreichende Bewegung meist die Stimmung und das Verhalten von Menschen mit Demenz und vergleichbaren Symptomen positiv beeinflusst. Außerdem liegen in einigen Projekteinrichtungen gute Erfahrungen zum **Einsatz von haptischen Materialien und Biografie-bezogenen Utensilien** vor. So werden beispielsweise in einer Einrichtung bewusst in den Aufenthaltsbereichen verschiedenste Materialien ausgelegt, die von den Bewohnern individuell genutzt und auch „eingesammelt“ werden können. Diese „gelebte Unordnung“ und die Interaktion mit Gegenständen stärken die selbständige Beschäftigung der Bewohner und bewirken in der Regel ein ausgeglichenes Verhalten. Darüber hinaus werden für die einzelnen Bewohner Erinnerungssäckchen genutzt, die individuell mit Biografie-orientierten Utensilien gefüllt sind, z.B. mit Fotos und kleinen Gegenständen des Bewohners.

**Vorteil des Einsatzes von nichtmedikamentösen Interventionen** ist vor allem, dass die Bewohner in der Regel **wacher, ansprechbarer und mobiler sind als unter einer Psychopharmaka-Anwendung** und dadurch **ihre verbliebenen Ressourcen besser nutzen können**.

### Daher ist zu empfehlen,

- das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter zum Einsatz von nichtmedikamentösen Interventionen zu überprüfen,
- das Aneignen von Wissen und Kompetenzen bei Mitarbeitern mit entsprechendem Bedarf sicherzustellen,
- individuell für den Bewohner geeignete Interventionen auszuprobieren und vom Bewohner offensichtlich als angenehm empfundene Interventionen dauerhaft zu planen, durchzuführen und regelmäßig zu evaluieren,
- geeignetes Material für die (Selbst-)Beschäftigung der Bewohner anzuschaffen und einzusetzen,
- die Mitarbeiter durch die Leitungsverantwortlichen immer wieder zu motivieren, nichtmedikamentösen Interventionen auszuprobieren, die Mitarbeiter bei Bedarf dabei zu unterstützen und zu begleiten sowie Bedenken ernst zu nehmen.

### Erkenntnis 7: Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten generell klären

Bezüglich der Verordnung und des Einsatzes von Psychopharmaka ist es wichtig, dass die **Ärzte ihre spezifische Verantwortung im Medikationsprozess wahrnehmen**. Dies ist auch bei einem überwiegenden Teil der Ärzte der Fall. Wenn aber z.B. Arztvisiten nicht regelmäßig bzw. nicht in einer akzeptablen Form stattfinden oder die Zusammenarbeit und Kommunikation insgesamt schwierig ist, kann der Rückgriff auf Kooperationsverträge nach § 119b SGB V helfen. Die Möglichkeit, solche Kooperationsverträge abzuschließen, wurde bewusst vor einigen Jahren gesetzlich geregelt. In den Verträgen sollte die Kooperation zwischen der Einrichtung und den einzelnen Ärzten so vereinbart sein, dass im Ergebnis beide Seiten ihre Verantwortung wahrnehmen, eine Kommunikation „auf Augenhöhe“ stattfindet und die Art und Weise der Zusammenarbeit konkret festgelegt ist. Außerdem sollte bei Bedarf die tatsächliche Umsetzung der Verträge eingefordert werden.

Wenn Kooperationsverträge nicht abgeschlossen werden können, weil es zu keiner bzw. keiner annehmbaren Einigung zwischen der Einrichtung und einem Arzt kommt oder wenn die hausärztliche bzw. fachärztliche Versorgung in der Region nicht sichergestellt ist, kann sich die Einrichtung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung wenden. Auch dies ist im § 119b SGB V geregelt (siehe Kapitel 4.6).

Oft wird in der Praxis davon berichtet, dass sowohl der **Hausarzt als auch der Facharzt ohne Absprachen untereinander** Psychopharmaka verordnen, die Medikation umstellen oder Psychopharmaka absetzen. Dies führt dann häufig zu einer unklaren Verordnungssituation oder zur Mehrfach-Medikation mit Psychopharmaka, mit der Gefahr von gravierenden Wechselwirkungen, auch mit anderen Medikamenten. Hilfreich können hier Absprachen mit den Haus- und Fachärzten dahingehend sein, dass im Regelfall der Neurologe oder Psychiater als Facharzt die Verordnung von Psychopharmaka vornimmt.

Eigentlich müssten die beschriebenen Probleme auffallen, wenn die zuständigen Ärzte regelmäßig die Medikationspläne überprüfen würden. Das ist aber oft nicht der Fall. Die mangelnden Absprachen zwischen den Haus- und Fachärzten sollten nicht auf dem Rücken der Pflegenden ausgetragen werden und nicht mit Aufwand für die Einrichtung verbunden sein.

### Daher ist zu empfehlen,

- die Kooperation und Kommunikation zwischen der Einrichtung und den Haus- und Fachärzten in Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V eindeutig und detailliert zu regeln; dies betrifft vor allem folgende Aspekte:
  - Häufigkeit und Form von Arztvisiten sowie die Ansprechbarkeit der Ärzte zwischen den Arztvisiten und bei Notfällen (während der regulären Praxis-Zeiten)
  - Häufigkeit und Form der fachbezogenen Absprachen zwischen den Hausärzten und den Fachärzten, einschließlich der Vereinbarung, dass im Regelfall der Facharzt für die Medikation mit Psychopharmaka zuständig ist
  - Häufigkeit der Überprüfung der Medikationspläne durch die Ärzte
- die tatsächliche Umsetzung der Kooperationsverträge regelmäßig zu überprüfen,
- bei gravierenden Problemen in der Zusammenarbeit die Ärzte durch die Pflegedienst- und/oder Einrichtungsleitung anzusprechen,
- mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und/oder der Ärztekammer bei anhaltenden gravierenden Problemen mit einzelnen Ärzten nach Lösungen zu suchen, aber erst, wenn die Gespräche der Pflegedienst- bzw. Einrichtungsleitung keinen Erfolg haben,
- die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren, wenn der Kooperationsvertrag mit einem Arzt nicht zustande kommt oder die haus- bzw. fachärztliche Versorgung für die Bewohner der Einrichtung nicht sichergestellt ist.

### Erkenntnis 8: Fachgerechte Verordnung und Verordnungs-Dokumentation unterstützen

Wenn besonderes Verhalten von Bewohnern trotz der Bemühungen der Mitarbeiter von Pflege und Betreuung anhält, Gefahr im Verzug ist oder psychotische Symptome auftreten, ist der zuständige Arzt zu benachrichtigen. Dabei ist es wichtig, dass **die Pflegenden dem Arzt geeignete und umfassende Informationen** zur aktuellen Situation und den bisher durchgeführten Maßnahmen **geben**. Diese Informationsübermittlung erfolgt aber bisher nicht in allen Fällen optimal. Einerseits sind Pflegenden teilweise unsicher im Sammeln und Bewerten der notwendigen Informationen und/oder im Übermitteln der Fakten an den Arzt. Andererseits wird immer wieder davon berichtet, dass einige Ärzte die Informationen der Pflegenden nicht wertschätzen oder sie ignorieren.

Außerdem gelingt Pflegenden nicht immer die Unterscheidung zwischen akuten, nicht aufschiebbaren Gesundheitsproblemen und solchen, die bis zur nächsten regulären Arztvisite „warten“ können. Auch kann es für die Arztpraxis eine Herausforderung darstellen, wenn jeder Wohnbereich gesondert zu „seinen“ Bewohnern Anfragen an den Arzt stellt und dadurch in der Arztpraxis zu unterschiedlichen Zeiten verschiedene Einzelanfragen eintreffen und bearbeitet werden müssen.

Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit ärztlichen Verordnungen ist die **fachgerechte und rechtssichere Dokumentation der Verordnungen** in der Pflegedokumentation. In der Praxis sind dazu unterschiedliche Formen bzw. Verfahren anzutreffen. Im besten Fall tragen die Ärzte selbst in die analoge oder digitale Pflegedokumentation ein und versehen sie mit ihrer Unterschrift, bei der digitalen Dokumentation gesteuert über die Zugriffsrechte oder durch das Unterschreiben des ausgedruckten Medikationsplans. In einigen Einrichtungen wird die Verordnung von den Pflegenden dokumentiert, ausgedruckt, in die Arztpraxis gefaxt und kommt von dort als Rück-Fax mit der Arzt-Unterschrift zurück. Teilweise wird aber auch berichtet, dass das Dokumentieren der Anordnung und/oder das Versehen der Verordnung mit der Arztunterschrift große Schwierigkeiten bereitet, die in der Regel auf einer mangelnden Kooperation des betreffenden Arztes beruhen. Darüber hinaus fehlen zum Teil in der Pflegedokumentation relevante Diagnosen, die zur Gesamtbewertung der Situation notwendig sind. Hier sind ebenfalls die Ärzte gefragt.

Eine besondere Herausforderung stellt der **Einsatz von Psychopharmaka für den Bedarfsfall** dar. In den Verordnungen finden sich häufig Formulierungen zur Indikation der Bedarfs-Vergabe wie „bei Unruhe“ oder „bei Aggressionen“. Dadurch haben die Pflegenden keine klare Anweisung, in welchen konkreten Fällen das Bedarfsmedikament verabreicht werden soll. Dann ist es von der

subjektiven Einschätzung der einzelnen Pflegeperson abhängig, ob in der aktuellen Situation das Psychopharmakon vergeben wird oder nicht. Dieser Aspekt wurde in allen Projekteinrichtungen thematisiert. Die Pflegenden sollten bei allen Bewohnern mit einer unklaren Indikation für die Bedarfsvergabe von Psychopharmaka überprüfen, in welchen konkreten Situationen bzw. wodurch veranlasst in der Regel eine Bedarfsvergabe bisher angezeigt war. In den meisten Fällen konnte ein Muster erkannt, die Situation spezifiziert und dies **als Information an den verordnenden Arzt für seine Bewertung weitergegeben werden.**

### **Daher ist zu empfehlen,**

- sicherzustellen, dass der Arzt für das Abwägen einer Psychopharmaka-Verordnung von den Pflegenden fachgerechte und umfassende Informationen erhält; dabei sind vor allem folgende Fragen relevant:
  - Wie äußern sich die anhaltenden besonderen Verhaltensweisen bzw. die psychotischen Symptome konkret?
  - Wann / in welchen Situationen treten sie auf?
  - Welche Ursachen werden vermutet?
  - Welche nicht pharmakologischen Maßnahmen wurden bereits durchgeführt?
- das Aneignen von Wissen und Kompetenzen zur Kommunikation mit den Ärzten bezüglich fachlicher und/oder kommunikativer Aspekte bei Mitarbeitern mit entsprechendem Bedarf zu gewährleisten,
- ein Verfahren umzusetzen, das eine fachgerechte und rechtssichere Dokumentation ärztlicher Verordnungen (mit der Unterschrift des verordneten Arztes) und medizinischer Diagnosen gewährleistet (z.B. bezüglich einer Demenz-Diagnose) und zur Vermeidung von Übertragungsfehlern beiträgt,
- in Absprache mit dem verordnenden Arzt zu erreichen, dass die Verordnung von Psychopharmaka für den Bedarfsfall genaue Angaben und insbesondere eine möglichst konkrete Formulierung der Indikation für die Vergabe enthält.

### **Erkenntnis 9: Angemessene Zusammenarbeit mit der Vertragsapotheke sichern**

Die Zusammenarbeit mit den Vertragsapotheken wurde im Projekt von den meisten Einrichtungen als sehr gut und serviceorientiert beschrieben. Allerdings gehen noch nicht alle Apotheken trotz ihrer pharmazeutischen Expertise **bei kritischen Medikationkonstellationen und anderen Besonderheiten** aktiv und direkt auf den verordnenden Arzt zu. Das betrifft vor allem Medikationen mit einem hohen Potential an Neben- und Wechselwirkungen, aber auch Besonderheiten wie z.B. akute Lieferengpässe bei Medikamenten, eine passendere Darreichungsform für Bewohner mit Schluckbeschwerden und die Tatsache, dass bestimmte Tabletten nicht geteilt werden dürfen. Oft läuft das noch über die Pflegenden, die sich dafür gar nicht verantwortlich fühlen und keine Zeit einsetzen müssten.

Außerdem besteht seit Anfang 2023 die Möglichkeit, dass die Apotheken bei ihren Kunden auf Wunsch eine Medikationsberatung bei Polymedikation<sup>22</sup> durchführen. Längere Zeit war unklar, ob diese Leistung nur für „ambulante Kunden“ angeboten werden kann und von den Krankenkassen finanziert wird. Inzwischen hat ein von der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA) beauftragtes Rechtsgutachten ergeben, dass auch Bewohner von Altenpflegeheimen diese Leistung in Anspruch nehmen können.<sup>23</sup> In vielen Altenpflegeeinrichtungen ist diese Möglichkeit noch nicht bekannt, weil sie sich erst vor kurzem ergeben hat. Die Einrichtungen könnten aber durchaus von dieser pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) profitieren.

---

<sup>22</sup> Gemeint ist die dauerhafte Anwendung von 5 oder mehr als 5 Medikamenten.

<sup>23</sup> Siehe <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/pharmazeutische-dienstleistungen-in-alten-und-pflegeheimen/>; zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichts war noch keine Reaktion des GKV-Spitzenverbands auf den Vorstoß der ABDA bekannt.

**Daher ist zu empfehlen,**<sup>24</sup>

- den bestehenden Apothekenvertrag bei Bedarf dahingehend zu prüfen, ob die Kooperation zwischen der Einrichtung und der Apotheke eindeutig und bezüglich der zu erbringenden Leistungen angemessen geregelt ist; dies betrifft vor allem auch folgende Aspekte:
  - Das aktive Informieren des zuständigen Arztes und der Einrichtung bei problematischen Medikamentenkonstellationen
  - Das aktive Informieren des zuständigen Arztes und der Einrichtung über wichtige pharmakologische Besonderheiten im Zusammenhang mit der Medikation, z.B. bezogen auf die Nicht-Teilbarkeit von Tabletten und passende Darreichungsformen für Bewohner mit Schluckbeschwerden
  - Die Möglichkeit zur Nutzung der Medikationsberatung bei Polymedikation (über die bereits übliche Medikationsprüfung hinaus)
- die tatsächliche Umsetzung des Apothekenvertrages regelmäßig zu überprüfen,
- bei Problemen in der Zusammenarbeit die Apotheke durch die Pflegedienst- und/oder Einrichtungsleitung anzusprechen.

**Erkenntnis 10: Verantwortlichkeit in der Einrichtung schaffen**

In den Kapiteln 4.3 und 6.2 wurden die im Projekt erfolgte Qualifizierung von sogenannten Medikamentenbeauftragten und die ersten Ideen und Erfahrungen bezüglich ihres Einsatzes ausführlich dargestellt. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Medikamentenbeauftragten in ihrer Einrichtung nicht allein für das Medikamentenmanagement verantwortlich sein sollen, sondern die **anderen Pflegefachpersonen unterstützen, anleiten und beraten**, idealerweise auch in der Kommunikation mit den Haus- und Fachärzten und den Apotheken. In den Projekteinrichtungen hat sich der Einsatz der Medikamentenbeauftragten bewährt. Bereits beim Anfertigen der Projektarbeiten im Rahmen der Qualifizierungsmaßnahme, aber auch durch ihr anschließendes reguläres Wirken konnten bei mehreren Bewohnern Psychopharmaka und auch andere Medikamente umgestellt, reduziert oder abgesetzt werden. Außerdem hat sich die Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten meist spürbar verbessert. Beispielsweise schätzen die Ärzte inzwischen, dass sie besonders qualifizierte Ansprechpersonen haben, die kompetent zu den relevanten Aspekten Auskunft geben können. Außerdem hat sich gezeigt, dass **Leitungskräfte entlastet werden können**, wenn sie – mit entsprechenden klaren Regelungen – überwachende und beratende Aufgaben im Rahmen des Medikamentenmanagements an Medikamentenbeauftragte delegieren.

**Daher ist zu empfehlen,**

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

---

<sup>24</sup> Wenn mehrere Apotheken in die Belieferung der Einrichtung mit Medikamenten einbezogen sind, betreffen die Aussagen jede einzelne Apotheke.

**Fazit:**

Der Einsatz von Psychopharmaka kann reduziert und es können Neu-Verordnungen vermieden werden, wenn konsequent die beschriebenen Rahmenbedingungen und Prozesse hinterfragt und bei Bedarf entsprechende Veränderungen vorgenommen werden. Das zeigen die Ergebnisse aus den Projekteinrichtungen sehr deutlich. Dabei sollten von den Ärzten nicht nur die Psychopharmaka-Verordnungen, sondern auch die Gesamt-Medikationen der Bewohner regelmäßig überprüft werden. Denn je mehr Medikamente beim einzelnen Bewohner verordnet sind, umso größer ist die Gefahr von gravierenden Wechselwirkungen und von Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die demenzähnliche Symptome verursachen, mit erheblichen negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Betroffenen.

Insgesamt ist klar geworden, dass entsprechende Verbesserungen nur erreicht werden können, wenn sowohl die Leitungsverantwortlichen und die Mitarbeiter der Altenpflegeeinrichtung als auch die Haus- und Fachärzte und die Apotheken ihre spezifische Verantwortung im Gesamtprozess wahrnehmen. Besondere Bedeutung, damit ein Psychopharmaka-Einsatz möglichst vermieden werden kann und bereits verordnete Psychopharmaka vom Arzt reduziert werden können, hat das Forschen nach den Gründen für besonderes Ausdrucksverhalten. Außerdem sollte der Einsatz von nichtmedikamentösen Interventionen immer Vorrang vor einer Psychopharmaka-Verordnung haben. Dies reicht aber nicht aus, wenn man den Umgang mit Menschen mit Demenz und vergleichbaren Symptomen sowie mit besonderem Verhalten grundsätzlich verbessern möchte. Dazu sind auch ausreichendes spezifisches Wissen und eine entsprechende Haltung bei allen Mitarbeitern sowie eine Arbeitsweise in der Pflege und Betreuung notwendig, die sich maßgeblich an den tagesaktuellen Bedürfnissen der betreffenden Bewohner orientiert.

## 8. Anhang

### 8.1 Weitere Auswertungen der zweiten Online-Befragung der Pflegenden

Wie in Kapitel 6.1.1 erläutert, folgen an dieser Stelle weitere Auswertungen zur zweiten Online-Befragung der Pflegenden, die allerdings nicht kommentiert bzw. erläutert werden.

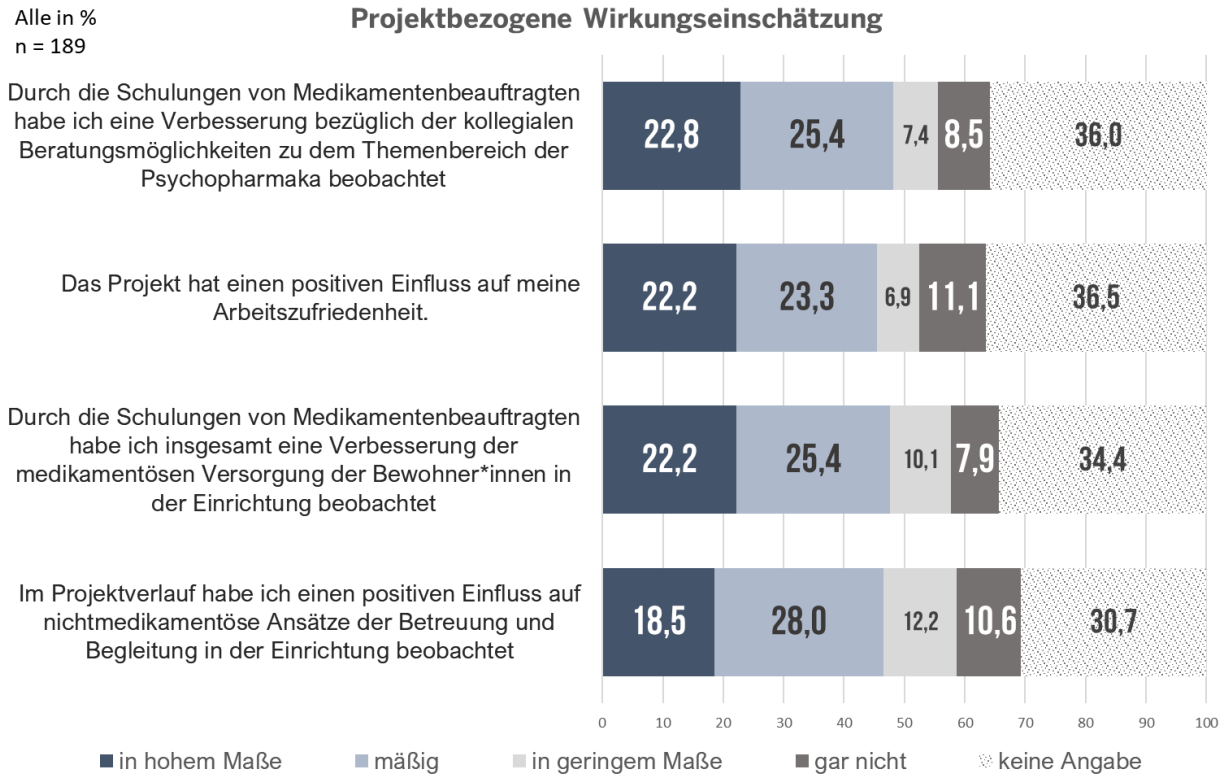


Abbildung 14: Wirkungseinschätzungen zweite Befragung (alle)

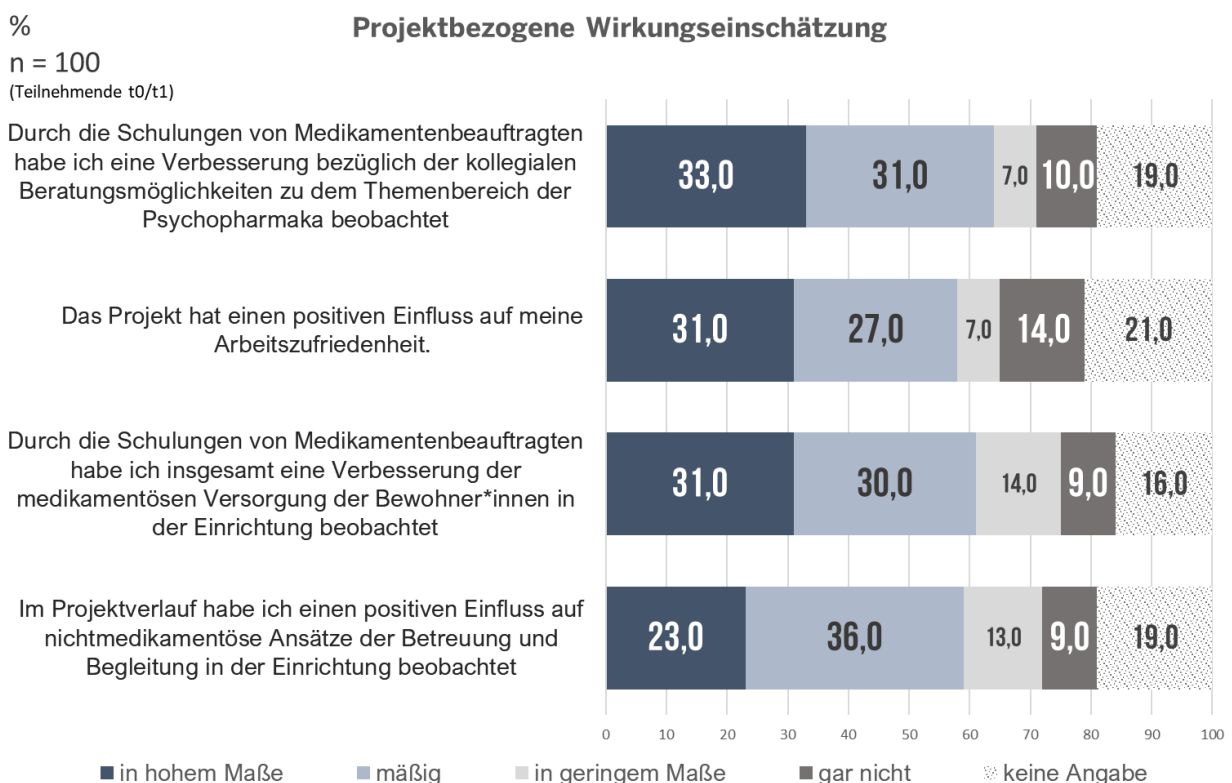


Abbildung 15: Wirkungseinschätzungen zweite Befragung (Teilnehmer an erster und zweiter Befragung)



Abbildung 16: Einschätzungen der Medikamentenbeauftragten bezogen auf sicherer/eher sicherer Fähigkeiten und Kenntnisse (Angaben jeweils in Prozent)

Alle in %  
n = 189

### Projektbezogene Weiterentwicklung

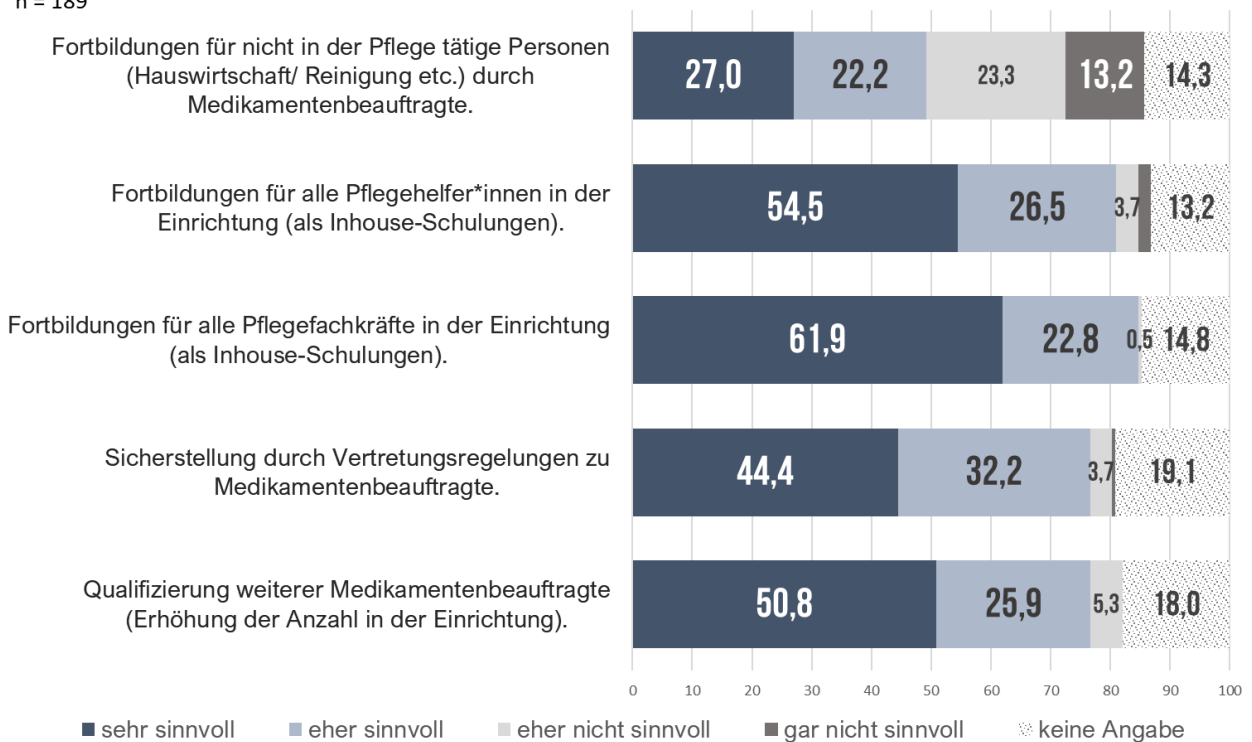


Abbildung 17: Weiterentwicklung 1



Alle in %  
n = 189

### Projektbezogene Weiterentwicklung

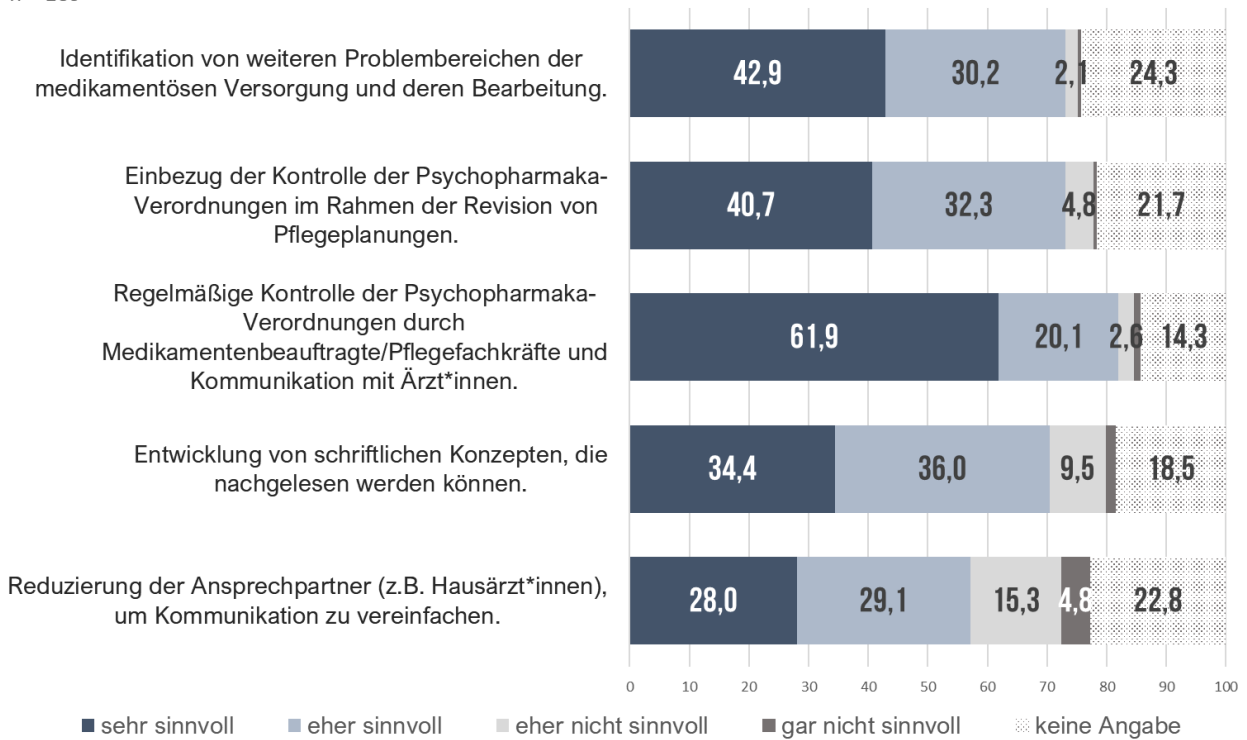


Abbildung 18: Weiterentwicklung 2

## 8.2 Serial Trial Intervention (STI) zur verstehenden Diagnostik bei Demenz

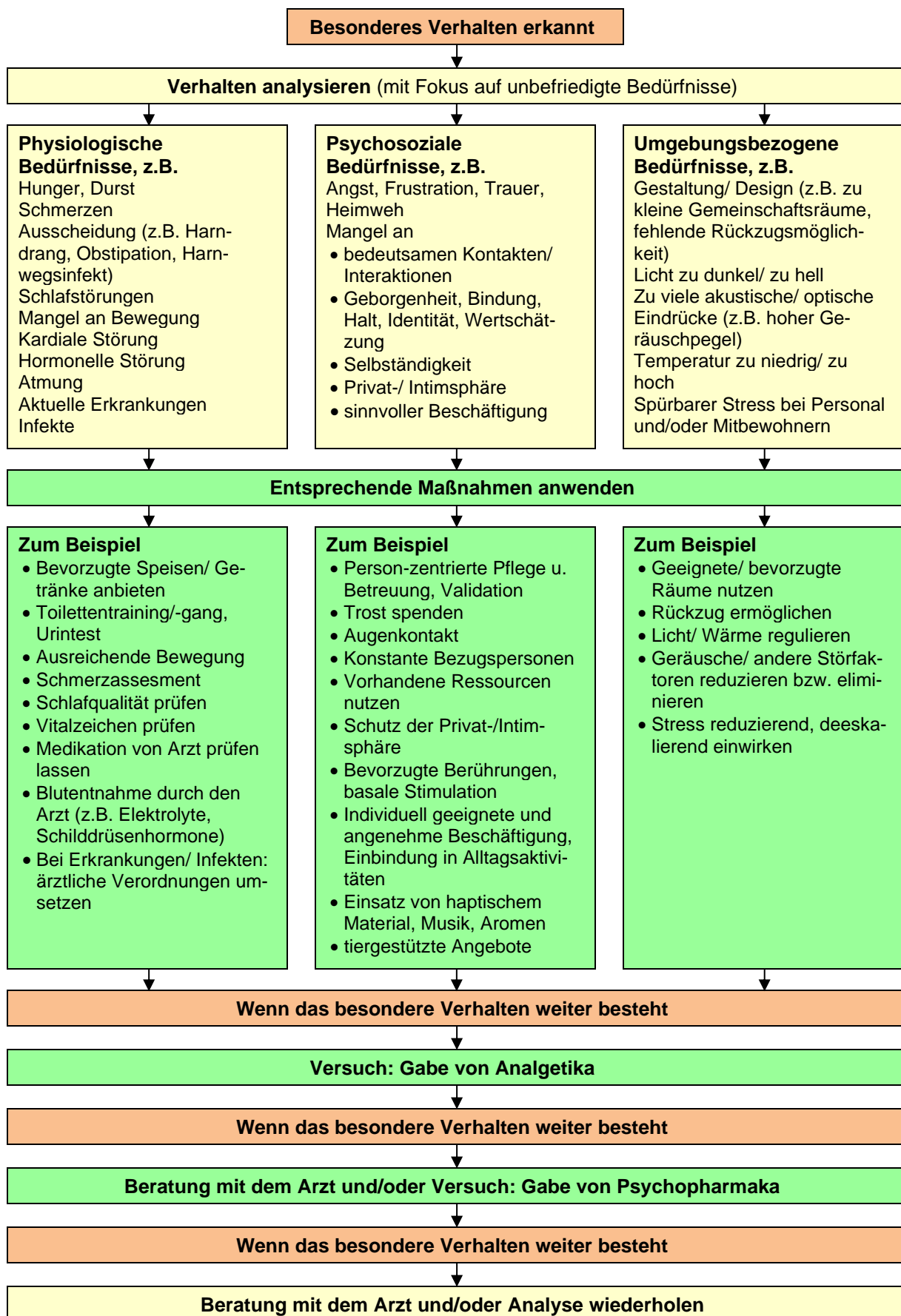


Abbildung 19: STI; Quellen: Hennig 2018, Fischer 2018; modifizierte und ergänzte Darstellung

### 8.3 Need-Driven Dementia-Compromised Behavior-Model (NDB-Modell)

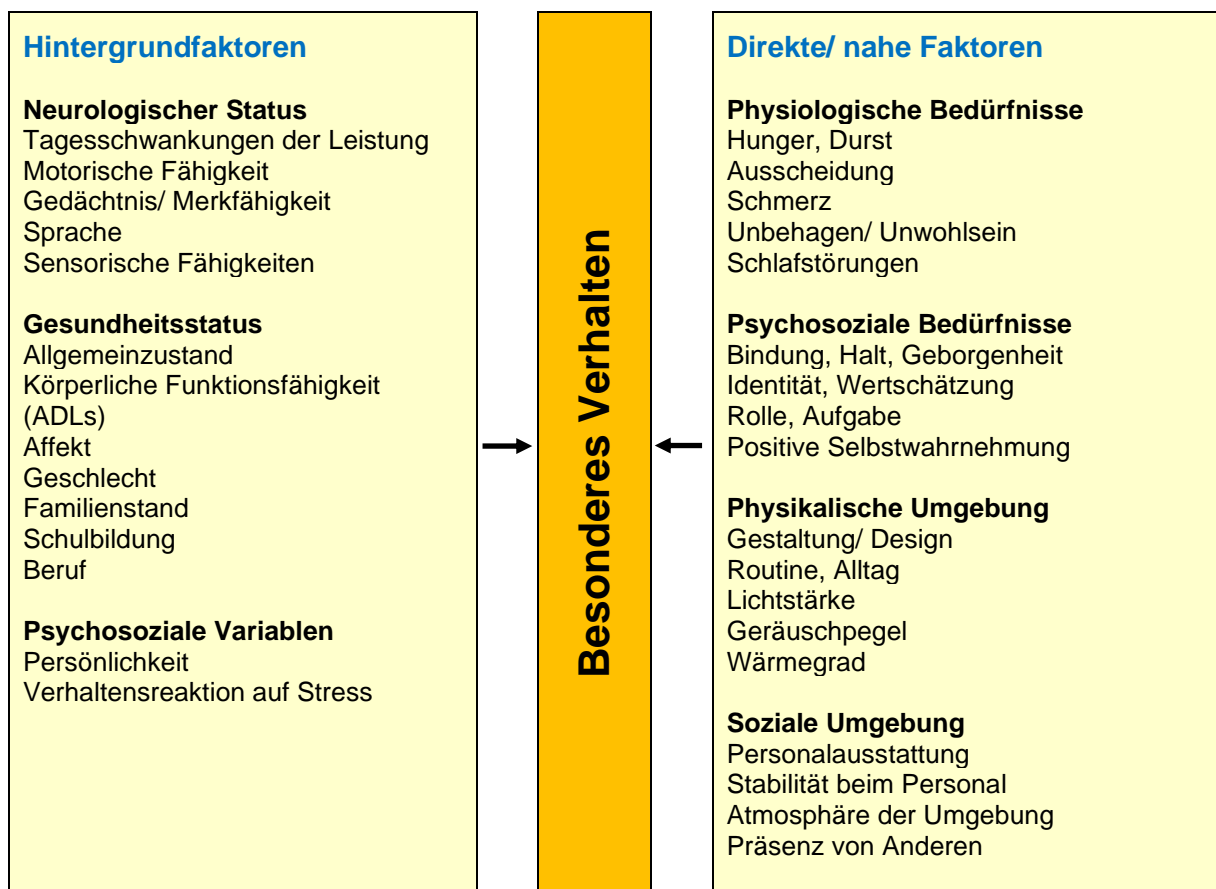


Abbildung 20: NDB-Modell; Quellen: Fischer 2018, Halek & Bartholomeyczik 2006; leicht modifizierte Darstellung

## 8.4 Literaturverzeichnis

ABDA: Pharmazeutische Dienstleistungen in Alten- und Pflegeheimen: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/pharmazeutische-dienstleistungen-in-alten-und-pflegeheimen/>

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (Hrsg.): Zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von Pflegebedürftigen mit dem Ziel eines adäquateren Psychopharmaka-Einsatzes. Berlin 2023

Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boukhemair D, Lümann D: Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 125: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI; Hrsg.), Köln 2013

Barrick A L, Rader J, Hoeffler B, Sloane P D, Biddle S: Körperpflege ohne Kampf. Herausforderndes Verhalten in der Körperpflege erkennen, verstehen, meistern. Hogrefe. Göttingen 2021

Bringe M: Erleben, verstehen, handeln. Das Demenz-Balance-Modell. <https://www.aktivieren.net/demenzbetroffene-und-sich-selbst-in-balance-bringen/>

Bundesapothekerkammer: Empfehlungen der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung. Versorgung der Bewohner von Heimen (Stand der Revision: 26.11.2020): [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Praktische\\_Hilfen/Leitlinien/Heimversorgung/LL\\_Heimversorgung.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Heimversorgung/LL_Heimversorgung.pdf)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin 2006

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück 2019

DGN e.V. & DGPPN e.V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Demenzen, Version 4.0, 28.11.2023

Elvén B H, Agger A, Ljungmann I: Herausforderndes Verhalten bei Demenz. Bedürfnisse erkennen und gelassen darauf reagieren. Reinhard. München 2020

Enders A, Schmidt R: Heimärztliche Versorgung in der stationären Langzeitpflege. <https://www.yumpu.com/de/document/view/5209800/heimarztliche-versorgung-in-der-stationaren-langzeitpflege/10>

Fahrentholz J, Gorny C, Hanke F-C, Heppner HJ, Langenberger B, Siegel M, Vogt V: Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten: [Ergebnisbericht gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF \(g-ba.de\)](#)

Falk K, Kammerer K: Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege. Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von Handlungsalternativen (PhasaP). Endbericht. Berlin 2022: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/phasap/20220309\\_PhasaP\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/phasap/20220309_PhasaP_Abschlussbericht.pdf)

Falk K, Kammerer K: Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Altenpflege. Handreichung und Implementierungskonzept. Berlin 2022: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/phasap/PhasaP\\_M5\\_HandreichungKonzept\\_Version\\_2022.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/phasap/PhasaP_M5_HandreichungKonzept_Version_2022.pdf)

Feilbach T: Prävention und Deeskalation im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen [https://www.autea.de/fileadmin/media/autea/03\\_PDF/DGSGB\\_Beitrag-Prävention\\_und\\_Deescalation\\_Feilbach.pdf](https://www.autea.de/fileadmin/media/autea/03_PDF/DGSGB_Beitrag-Prävention_und_Deescalation_Feilbach.pdf)

Fischer T, Spahn C, Kovach C: Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. Die Serial Trial Intervention (STI). In: Pflegezeitschrift 7/2007, 370-373

Fischer T, Kuhlmeier A, Sibbel R, Nordheim J: Die deutsche Fassung der „Serial Trial Intervention“ (STI-D). Entwicklung und Testung eines pflegerischen Ansatzes zur Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie. 21/2008, 199-203

- Fischer T: Lernaufgabe „Herausforderndes Verhalten“. In: Forum Ausbildung 1/2018, 26-28
- Geisler F: Pflegekräfte sind sensibilisiert. In: Altenheim 7/2015, 26-27
- Gesellschaft für Geriatrie Pharmazie mbH: Abschlussbericht zur Evaluation eines Qualitäts- und Risikomanagements in der Arzneimittelversorgung von stationären Alteneinrichtungen. Köln 2014
- Halek M., Bartholomeyczik S.: Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche. Hannover 2006
- Halek M., Bartholomeyczik S.: Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Schlütersche. Hannover 2009
- Henni-Rached I.: Demenz: Hände weg von Psychopharmaka! 2021: <https://www.pflegen-online.de/demenz-haende-weg-von-psychopharmaka>
- Hennig A.: Bedürfnisorientierung ist der Schlüssel. Herausforderndes Verhalten bei Demenz. In: Die Schwester / der Pfleger 3/2018, 22-27
- Hentzschel S, Hochstadt S, Hanke F: Multiprofessioneller Ansatz. In: Altenheim 7/2015, 22-25
- Heyden B, Esslinger A S: Auf dem Weg zu einer kooperativen medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern: Anspruch und Wirklichkeit. In: KWA (Hrsg.): Ärztliche Versorgung in den Einrichtungen des KWA Kuratorium Wohnen im Alter. Themen & Positionen 5: medhochzwei Verlag, Heidelberg 2015, 65-78
- Hughes R: Chemical restraint in nursing older people. In: Nursing Older People 20(3)/2008, 33-38
- James I A, Jackman L: Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen und behandeln. 2. Aufl. Hogrefe, Bern 2019
- Junius-Walker U, Krause O, Thürmann P, Bernhard S, Fuchs A, Sparenberg L, Wollny A, Stolz R, Haumann H, Freytag A, Kirsch C, Usacheva S, Wilm S, Wiese B: Arzneimitteltherapiesicherheit für Pflegeheimbewohner. Ergebnisse einer pragmatischen cluster-randomisierten kontrollierten Interventionsstudie in 44 Pflegeheimen. In: Deutsches Ärzteblatt 42/2021, 705-712 und I-IV
- Kammerer K, Falk K: Die psychopharmakologische Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf. Teil 1: Die Perspektive der stationären Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1/2022, 11-18
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: Besondere Förderung der Pflegeheimversorgung. 2019: <https://www.kvno.de/praxis/recht-vertraege/vertraege/pflegeheimversorgung>
- Kassing L: Reduzierung von Psychopharmaka. Als Thema in Fallbesprechungen. In: pflegen:Demenz 69/2023, 22-23
- Kassing L: Die eine Pille zu viel? In: Altenpflege 1/2024, 26-29
- Kiefer A: Genau abwägen und prüfen. In: Care konkret 46/2023, 5
- Kiefer A: Pflegeheim ohne Psychopharmaka. In: Care konkret 3/2024, 7
- Kieschnick H, Hackenholt U: Psychopharmaka? Es geht auch ohne! In: Altenpflege 1/2024, 23-25
- Kitwood T: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hogrefe. Göttingen 2013
- Klimmer M.: Zahl der Tagesdosen um 780% gestiegen. Psychopharmaka als Mittel gegen Personalnot und erhöhten Betreuungsaufwand. In: Care konkret 43/2013, 4
- Klingbeil D: Die Bewohner profitieren. In: Altenheim 7/2015, 16-20
- Kuhlmey A, Sibbel R, Liebich M: Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachenbezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI-D). Leuchtturm-Projekt Demenz. Charité Berlin 2010

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Grundsatzstellungnahme Menschen mit Demenz – Begleitung, Pflege und Therapie. Essen 2019

Mertens A, Machelett Y: Modell integrierter Versorgung ausgebremst. In: Care konkret 19/2022, 6

Meyer G: Ruhigstellen von Alten- und Pflegeheimbewohner\*innen mit Psychopharmaka [https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2019/08/Meyer\\_Gabriele\\_Ruhigstellen\\_Psychopharmaka.pdf](https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2019/08/Meyer_Gabriele_Ruhigstellen_Psychopharmaka.pdf)

Monette J, Champoux N, Monette M, Fournier L, Wolfson C, Galbaud du Fort G, Sourial N, Le Cruguel J P, Gore B: Effect of an interdisciplinary educational program on antipsychotic prescribing among nursing home residents with dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 23(6)/2008, 574-579

Pantel J, Bockenheimer-Lucius G, Ebsen I, Müller R, Hustedt P, Diehm A: Psychopharmaka-Versorgung im Altenpflegeheim. Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht, Band 3. Europäischer Verlag der Wissenschaften. Frankfurt am Main 2006

Proctor E K, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C & Mittman B: Implementation research in mental health services. an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. In: Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 36 (1) 2009, 24-34

Romero B, Geschke K: Selbsterhaltungstherapie für Menschen mit Demenz. Die psychischen Anpassungsmechanismen unterstützen. In: InFo Neurologie + Psychiatrie 2019, 28 – 33

Schmidt R, Enders A: Ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege. Defizite und aktuelle Impulse zur (überfälligen) Optimierung der Versorgung. In: KWA (Hrsg.): Ärztliche Versorgung in den Einrichtungen des KWA Kuratorium Wohnen im Alter. Themen & Positionen 5: medhochzwei Verlag, Heidelberg 2015, 11-40

Schulz M, Czwikla J, Schmidt A, Tsiasioti C, Schwinger A, Gerhardus A, Schmiemann G, Wolf-Ostermann K, Rothgang H: Fachärztliche Unterversorgung bei Heimbewohnern – Prävalenzstudie und Hochrechnung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5/2021, 479-484

Schwinger A, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Jakobs K (Hrsg.): Pflege-Report 2023. Springer, Berlin 2023

Severin T: Trotz Demenz zurück ins Leben. In: Gesundheit und Gesellschaft 7-8/2022, 33-37

Specka M, Groll M, Scherbaum N, Wilfang J, Benninghoff J: Risikoidentifikation bei Polypharmazie in einer Pflegeheimpopulation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 3/2022, 231-237

Thiem U: Listenbasierte Ansätze in der Arzneimitteltherapie bei älteren und geriatrischen Patienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 4/2018, 394-398

Stapel U: Qualitätssicherung in der Heimversorgung. Teilen von Tabletten: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-222014/qualitaetssicherung-in-der-heimversorgung/>

Thürmann P, Jaehde U: Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes. Abschlussbericht zum Projekt. 2010: [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht\\_Arzneimitteltherapiesicherheit\\_in\\_Alten-\\_und\\_Pflegeheimen\\_Querschnittsanalyse\\_und\\_Machbarkeit\\_eines\\_multidisziplinaeren\\_Ansatzes.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_Arzneimitteltherapiesicherheit_in_Alten-_und_Pflegeheimen_Querschnittsanalyse_und_Machbarkeit_eines_multidisziplinaeren_Ansatzes.pdf)

Thürmann P, Jaehde U: Arzneimitteltherapiesicherheit bei Patienten in Einrichtungen der Langzeitpflege (AMTS-AMPEL). Eine prospektive Interventionsstudie. Abschlussbericht zum Projekt. 2015: <https://www.amts-ampel.de/fileadmin/img/downloads/AMPELabschlussbericht-gesamt-15-12-16.pdf>

van der Kooij C: Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation. Hogrefe. Göttingen 2017

Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Fassung vom 02.09.2019): [https://www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_27\\_119b\\_SGBV.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf)



van der Kooij, C, Sowinski C.: Das mütterliche Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation. Hogrefe, Göttingen 2017

Voyer P, Verreault R, Nkogho Mengue P, Laurin D, Rochette L, Schindel Martin L: Managing disruptive behaviors with neuroleptics: treatment options for older adults in nursing homes. In: Journal of Gerontological Nursing 31(11)/2005, 49-59

Weinrebe W, Preda R, Bischoff S, Nussbickel D, Humm M, Jeckelmann K, Goetz S: Entscheidungshilfen bei komplexer Polypharmazie. Medikationsdatenbanken und Beratung durch den klinischen Apotheker. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/2018, 691-697