



## **Abschlussbericht**

# **„Psychopharmaka im Altenpflegeheim“**

## **Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte**

**gefördert von der  
BHF-BANK-Stiftung, Frankfurt/M.**

### Projektleiter:

Prof. Dr. med. J. Pantel  
Dr. med. B. Weber  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt/M.  
[johannes.pantel@kgu.de](mailto:johannes.pantel@kgu.de)

Frau Dr. med. G. Bockenheimer-Lucius  
Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin  
Paul- Ehrlich –Straße 20-22  
60596 Frankfurt/M.

Prof. Dr. jur. I. Ebsen  
Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht  
Senckenberganlage 31  
60325 Frankfurt/M.

### Mitarbeiter:

Frau Dipl.Psych. R. Müller  
Frau Dr.med. E. Lang

Herr P. Hustedt

Herr A. Diehm

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Ziel des Projekts</b> .....	<b>7</b>
<b>3 Problembeschreibung und Fragestellungen</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Gerontopsychiatrische Aspekte</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 Ethische Aspekte</b> .....	<b>10</b>
<b>3.3 Juristische Aspekte</b> .....	<b>12</b>
<b>4 Methodik</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 Studiendesign und allgemeine methodische Aspekte</b> .....	<b>15</b>
<b>4.2 Stichprobenauswahl</b> .....	<b>16</b>
<b>4.3 Erhebungsinstrumente</b> .....	<b>17</b>
<b>4.4 Datenanalyse</b> .....	<b>21</b>
<b>4.5 Kriterienliste zur Identifizierung von inadäquatem Psychopharmakagebrauch     und Auswahl der exemplarischen Kasuistiken</b> .....	<b>21</b>
<b>4.6 Qualitative Analyse der exemplarischen Kasuistiken</b> .....	<b>27</b>
<b>5 Ergebnisse</b> .....	<b>29</b>
<b>5.1 Beschreibung der Stichprobe</b> .....	<b>29</b>
<b>5.2 Ergebnisse des Screenings auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch</b> .....	<b>65</b>
<b>5.3 Darstellung und Problemanalyse exemplarischer Kasuistiken</b> .....	<b>90</b>
<b>6 Diskussion</b> .....	<b>133</b>
<b>6.1 Gerontopsychiatrische Aspekte</b> .....	<b>133</b>
6.1.1 Handlungsstufen der Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim.....	137
6.1.2 Verhaltensbeobachtung und –dokumentation: Was soll eigentlich behandelt werden?.....	141
6.1.3 Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen: Gibt es Alternativen zum Psychopharmakaeinsatz?.....	146
6.1.4 Ausschlussdiagnostik und Indikationsstellung: Wann ist die Behandlung mit Psychopharmaka angemessen?.....	150
6.1.5 Der Gesamtbehandlungsplan.....	158
6.1.6 Verordnungsdokumentation und Therapiekontrolle.....	161
<b>6.2 Ethische Aspekte</b> .....	<b>165</b>
6.2.1 Respekt vor der Autonomie.....	166
6.2.2 Wohlwollen und Fürsorglichkeit.....	178
6.2.3 Nichtschadensgebot.....	184
6.2.4 Aspekte der Gerechtigkeit.....	187
6.2.5 Das klinische Ethik-Komitee: Versuch eines Lösungsansatzes aus ethischer Sicht.....	191

<b>6.3 Juristische Aspekte</b>	<b>196</b>
6.3.1 Leistungsbeziehungen im Rahmen der Psychopharmakaverordnung	197
6.3.1.1 Leistungsbeziehungen in der GKV im „Normalfall“	198
6.3.1.2 Leistungsbeziehungen in der PKV, bei der Wahl von Kostenerstattung in der GKV und in der Selbstversorgung im „Normalfall“	200
6.3.1.3 Leistungsbeziehungen im Fall der stationären Pflege	200
6.3.2 Leistungsvoraussetzungen für die Verordnung und Vergabe von Psychopharmaka	210
6.3.2.1 Allgemeine arzt- und berufsrechtliche Leistungs- voraussetzungen der Psychopharmakabehandlung	211
6.3.2.2 Leistungsvoraussetzungen zulasten der GKV	234
6.3.2.3 Anforderungen aus dem Recht der sozialen bzw. der privaten Pflegeversicherung	243
6.3.2.4 Rechtliche Anforderungen an die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege	253
6.3.2.5 Pflegedokumentation	260
6.3.3 Fazit	263
<b>7 Handlungsempfehlungen</b>	<b>267</b>
7.1 Allgemeine Aspekte	267
7.2 Beschreibung der Handlungsstufen	270
7.3 Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Handlungsstufen	279
<b>8 Ausblick</b>	<b>296</b>
<b>9 Literatur</b>	<b>298</b>
<b>10 Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>309</b>
<b>11 Anhang</b>	<b>311</b>
<b>Danksagung</b>	<b>352</b>

## 1 Einleitung

Offiziellen Statistiken zufolge sind in Deutschland zur Zeit mehr als zwei Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ([www.sozialverband.de](http://www.sozialverband.de)). Gleichzeitig wächst mit zunehmendem Alter das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Unter Berücksichtigung des demografischen Wandels unserer Gesellschaft ist damit in den nächsten Jahren mit einem erheblichen Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen. Ein ganz wesentlicher Teil der pflegerischen Betreuung spielt sich heute in den Altenpflegeheimen ab. Diese sind in den letzten Jahren jedoch wiederholt in die Kritik geraten. Regelmäßig erscheinen Medienberichte, in denen tatsächliche oder vermeintliche Missstände in den Institutionen der stationären Altenhilfe angeprangert werden.

Ein häufig beklagter Missstand ist die inadäquate Verwendung von Psychopharmaka. In diesem Zusammenhang wird z.B. häufig die These aufgestellt, dass Psychopharmaka lediglich zur „Ruhigstellung“ der Pflegebedürftigen eingesetzt werden, damit Pflegekräfte entlastet werden. Regelmäßig werden aber auch Heimträger, behandelnde Ärzte, der Gesetzgeber, Kranken- oder Pflegekassen auf der Basis von mehr oder weniger gut fundierten Recherchen zu „Schuldigen“ erklärt. Nicht selten führt dies dann jedoch zu hoch emotionalisierten Debatten oder Rechtfertigungsstrategien, ohne dass am Ende die dringend erforderlichen konstruktiven und pragmatischen Lösungsansätze in Sicht sind.

Abgesehen von der öffentlichen Diskussion über „Psychopharmaka im Altenpflegeheim“ steht heute eine große Fülle seriöser wissenschaftlicher Literatur über dieses Thema zur Verfügung (vgl. Literaturverzeichnis). Die vorliegenden Veröffentlichungen analysieren das Problem bisher jedoch zumeist aus einem spezialisierten Blickwinkel oder beschäftigen sich mit einem bestimmten medizinischen, juristischen oder ethischen Teilaspekt der Problematik. Wenngleich daher in den bisher vorliegenden Veröffentlichungen jeweils wichtige Einzelfragen bearbeitet werden, ist doch aus unserer Sicht eine interdisziplinäre Betrachtungsweise dieses hochkomplexen Themas aus folgenden Gründen hilfreich und notwendig:

Zwar stellt die Verordnung von Psychopharmaka im Altenpflegeheim, sofern sie *lege artis* durchgeführt wird, primär eine medizinische Behandlungsmaßnahme dar, für deren sachgerechte Durchführung und Überwachung Ärzte und Pflegenden Sorge zu tragen haben. Das ärztliche und pflegerische Handeln kann dabei jedoch nicht allein durch möglichst empirisch fundierte und evidenzbasierte wissenschaftliche Erkenntnisse legitimiert werden, sondern basiert ganz wesentlich auch auf bestimmten rechtlichen und

normativen Grundlagen. Diese werden bei der Betrachtung des genannten Problems jedoch häufig wenig reflektiert bzw. explizit benannt.

Gerade diese rechtlichen und ethischen Grundlagen haben jedoch bei der Beantwortung der Frage nach den bestehenden Defiziten und den Möglichkeiten, diese zu verbessern, eine unverzichtbare regulatorische Funktion. Die Formulierung von Handlungsempfehlungen für eine Optimierung der gegenwärtigen Praxis der Psychopharmakabehandlung im Altenpflegeheim – und dies war das zentrale Anliegen des vorliegenden Projektes – würde daher ohne die Betrachtung und Berücksichtigung der juristischen und ethischen Aspekte der Thematik immer unvollständig bleiben.

Die empirischen Daten, die dem vorliegenden Projekt zugrundeliegen, wurden an einem festgelegten Stichtag in einem Frankfurter Altenpflegeheim erhoben, das sich der durchgeführten Untersuchung freiwillig und mit großem Engagement stellte. Bereits an dieser Stelle sei daher ganz ausdrücklich all denjenigen Personen gedankt, die ganz wesentlich zum Gelingen des Projekts beitrugen: Hier sind an erster Stelle die Heimbewohnern selbst zu nennen. Aber auch allen anderen Beteiligten und Ansprechpartnern in diesem Projekt – namentlich den Pflegekräften, der Heimleitung, dem Träger des Heimes sowie den behandelnden Ärzten – gilt der ausdrückliche Dank der Autoren dieses Abschlussberichtes.

Eine weitere Besonderheit des auf den folgenden Seiten vorgestellten Projektes ist sicherlich auch darin zu sehen, dass es nicht unser primäres Ziel war, die Versorgungssituation mit Psychopharmaka in deutschen Altenpflegeheimen anhand einer möglichst großen und repräsentativen Stichprobe lediglich empirisch zu beschreiben. Dies hätte eine wesentlich umfangreichere und aufwändigere Datenerhebung erforderlich gemacht. Die zu Beginn des Projektes erhobenen empirischen Daten dienten zwar als wichtiger und unverzichtbarer Ausgangspunkt für die durchgeführten Analysen, ohne dass wir jedoch für die untersuchte Stichprobe den Anspruch der Repräsentativität im Sinne der empirischen Sozialforschung erheben wollen bzw. können. Vielmehr war es uns ein wichtiges Anliegen, die bestehenden Probleme – unter Bezugnahme auf intensivere Einzelfalluntersuchungen – gerade auch einer (aus juristischer und ethischer Sicht erforderlichen) qualitativen Analyse zugänglich zu machen.

Als Teil des vorliegenden Projekts wurde zugleich ein Handlungsmodell entworfen, das – in Form sequenziell aufeinanderfolgender Handlungsstufen – die Voraussetzungen für einen adäquaten Einsatz von Psychopharmaka im Altenpflegeheim unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, juristischer und medizin-ethischer Erfordernisse prototypisch beschreibt. Entsprechend sind auch die auf der Basis der

von uns durchgeführten Untersuchung und Problemanalyse formulierten Handlungsempfehlungen ganz bewusst so allgemein gehalten, dass sie auch anderen Heimträgern und Einrichtungen der Altenhilfe als Ausgangspunkt für eine Optimierung der Versorgungssituation dienen können. Dabei werden selbstverständlich im Einzelfall örtliche Besonderheiten zu berücksichtigen sein, insofern sich nicht alle ausgesprochenen Empfehlungen zeitgleich und reibungslos in jeder Institution kurzfristig umsetzen lassen werden. Fest steht jedoch – und das zeigen Erfahrungen in anderen Ländern (u.a. in den USA) –, dass die erwünschten Verbesserungen nicht allein durch regulatorische Maßnahmen erzielt werden können (Kane und Garrard, 1994). Eine entscheidende Voraussetzung für eine Veränderung der Situation im dargestellten Sinne ist vielmehr, dass alle Beteiligten die grundsätzliche Bereitschaft mitbringen, die eigene Rolle kritisch zu hinterfragen und die gegebenen Handlungsspielräume – im Sinne einer freiwilligen Selbstverpflichtung – so weit wie möglich zur Umsetzung des formulierten Zieles zu nutzen.

In dem vorliegenden Bericht werden sowohl die medizinischen, ethischen und juristischen Zielvorgaben explizit benannt, als auch praktische Empfehlungen gegeben, wie das Ziel einer Verbesserung der Psychopharmakaversorgung von Pflegeheimbewohnern erreicht werden kann. Dies entbindet zwar die politisch Verantwortlichen nicht davon, geeignete Rahmenbedingungen für die Implementierung der ausgesprochenen Empfehlungen zur Verfügung zu stellen. Das dargestellte Projekt soll jedoch vor allem denjenigen Personen, die in der Versorgung psychisch kranker Heimbewohner täglich Verantwortung tragen, Impulse für eine bewusste Reflexion des eigenen Handelns und Hinweise auf konkrete Verbesserungsmöglichkeiten geben.

## 2 Ziel des Projekts

Das übergeordnete Ziel des hier vorgestellten interdisziplinären Projektes besteht in der Optimierung der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Altenheimbewohnern durch die Formulierung konkreter Handlungsempfehlungen, um der inadäquaten bzw. missbräuchlichen Verwendung von Psychopharmaka entgegen zu wirken. Derartige Empfehlungen können zum einen Ausgangspunkt für gezielte Fortbildungsmaßnahmen für die in der Versorgung der Altenheimbewohner beteiligten Berufsgruppen (Pflegerkräfte, Ärzte) darstellen, aber auch als Grundlage für eine Optimierung der Prozessabläufe in der Verordnung psychotroper Medikamente bei Altenheimbewohnern dienen. In diesem Sinne zielen die gegebenen Handlungsempfehlungen letztlich darauf, durch eine Optimierung des Einsatzes von Psychopharmaka eine Verbesserung der Lebensqualität von Altenheimbewohnern zu ermöglichen.

Ein entscheidender Schritt zur Verwirklichung dieses Zieles bestand in einer systematischen Analyse der gegenwärtigen Verschreibungspraxis von Psychopharmaka unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, pflegerischer, ethischer und juristischer Aspekte. Diese Analyse sollte in einem interdisziplinären Dialog erfolgen, dessen Ausgangspunkt eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Einsatzes von Psychopharmaka bei Altenheimbewohnern unter Berücksichtigung der genannten Aspekte darstellte.

Zu diesem Zweck wurde zunächst ein standardisiertes Erhebungs-Inventar entwickelt, das der Identifizierung eines problematischen bzw. inadäquaten Einsatzes von Psychopharmaka sowie möglicher Einflussfaktoren vor Ort dienen konnte. Dieses Erhebungs-Inventar ist im Anhang wiedergegeben und kann - in Verbindung mit der ebenfalls für die vorliegende Untersuchung entwickelten Kriterienliste - auch von anderen Untersuchern als Screeninginstrument für die Identifizierung von inadäquatem Psychopharmakagebrauch in Altenpflegeheimen eingesetzt werden.

Eine detaillierte Beschreibung des Erhebungsinventars und der verwendeten Kriterienliste findet sich im Methodenteil.

### 3 Problembeschreibung und Fragestellungen

#### 3.1 Gerontopsychiatrische Aspekte

Internationalen Studien zufolge liegen die Verordnungsraten von Psychopharmaka bei Altenheimbewohnern zwischen 34 und 75% (Stelzner et al., 2001). Die Gründe für den Einsatz von Psychopharmaka bei Altenheimbewohnern können vielfältig sein. So wird von dieser Bevölkerungsgruppe häufig über Beeinträchtigungen des seelischen Befindens in Form von depressiven Symptomen (Niedergeschlagenheit, Antriebsverlust, Freudlosigkeit etc.), Ein- und Durchschlafstörungen, innerer Unruhe, Angst und Ängstlichkeit sowie über allgemeine Störungen der Befindlichkeit geklagt (Weyerer et al., 1995). Nicht immer verweisen diese auf das Vorliegen einer tatsächlich psychopharmakologisch behandlungsbedürftigen seelischen Erkrankung, sondern sie können auch durch psychosoziale Faktoren und Umgebungsfaktoren bedingt sein bzw. aufrechterhalten werden.

Des Weiteren können Verhaltensauffälligkeiten in Form von Agitation und Unruhe, Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen, Aggressivität, potenziell selbstschädigendem Verhalten, Umherwandern etc. - wie sie nicht selten bei Demenzerkrankungen beobachtet werden - Gründe für den Einsatz von Psychopharmaka sein (Adler, 2003). In diesem Zusammenhang wird häufig die Vermutung geäußert, der Einsatz von Psychopharmaka erfolge hier in erster Linie zur „Ruhigstellung“ dieser den Routinebetrieb störenden Heimbewohner.

Vor diesem Hintergrund gehen verschiedene Autoren davon aus, dass die tatsächliche Prävalenz medikamentös behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Heimbewohnern nicht der einzige Grund für den hohen Psychopharmakagebrauch in dieser Bevölkerungsgruppe ist, und es wurden Zusammenhänge mit personellen und räumlichen Bedingungen beschrieben (Snowdon et al., 1995; Stelzner et al., 2001). Dem vermuteten Misstand könnte daher ggf. durch den Einsatz neuer Betreuungskonzepte, durch Maßnahmen der Umgebungs- und Milieugestaltung oder durch Weiterbildungsmaßnahmen für die an der Versorgung von Pflegeheimbewohnern beteiligten Berufsgruppen (Pflegekräfte, Hausärzte etc.) entgegengewirkt werden.

Allgemein gesprochen ist eine inadäquate Verwendung von Psychopharmaka dann gegeben, wenn der Einsatz dieser Medikamente dem übergeordneten Ziel (Optimierung der Lebensqualität) entgegensteht, anstatt es zu fördern. In Anlehnung an die US-amerikanischen Kriterien des Omnibus Budget

Reconciliation Act (OBRA) von 1987 können hier aus medizinischer Sicht u.a. unterschieden werden (Gurvich und Cunningham, 2000):

- **fehlende oder falsche Indikation** (keine ausreichende medizinische bzw. psychiatrische Begründung); hierzu zählt auch der Einsatz lediglich zur „Ruhigstellung“ (obwohl nicht-pharmakologische Maßnahmen bisher nicht ausreichend ausgeschöpft wurden)
- **unangemessene Dosis oder Dauer der Applikation** (zu hoch, zu lang); dementsprechend ist zu fordern, dass die Dosis und Applikationsdauer ausreichend dokumentiert ist, um ein adäquates Monitoring zu gewährleisten. In diesem Sinne entspricht auch eine diesbezüglich fehlende oder lückenhafte Dokumentation einer inadäquaten Verwendung. Dies gilt gleichermaßen für den exzessiven Gebrauch von sogenannter Bedarfsmedikation.
- Einsatz **„falscher“ oder unwirksamer Präparate** bei gegebener Indikation (z.B. Dauermedikation mit Benzodiazepinen bei depressiven Störungen anstelle von Antidepressiva)
- unangemessene **pharmakologische Polypragmasie** (z.B. der Einsatz mehrerer Präparate gleichzeitig mit ähnlichem Wirkspektrum)
- Nicht tolerierbare **Nebenwirkungen** (z.B. Übersedierung, erhöhte Sturzgefahr, erhebliche Funktionseinschränkungen, extrapyramidalmotorische Störungen etc.)

Vor diesem Hintergrund ließen sich die gerontopsychiatrischen Fragestellungen an die erhobenen Daten wie folgt formulieren:

1. Wie ist der Einsatz von Psychopharmaka in der zu untersuchenden Stichprobe zu beschreiben? Wie häufig wurden Psychopharmaka eingenommen bzw. verordnet? Welche Präparate/Substanzen kamen zum Einsatz? In welcher Dosis und über welchen Zeitraum wurden sie verschrieben. Wie sind die erhobenen Zahlen/Häufigkeiten im Vergleich mit Ergebnissen bisher veröffentlichter Zahlen aus nationalen und internationalen Studien zu bewerten?
2. Besteht oder bestand im Einzelfall eine medizinische/psychiatrische Behandlungsindikation für den Einsatz von Psychopharmaka und inwieweit folgt die Gabe der Präparate den geltenden Behandlungsrichtlinien? Ergeben sich im Einzelfall Hinweise für einen inadäquaten Einsatz von Psychopharmaka?
3. Welche Faktoren bzw. Konstellationen und Interaktionen von Faktoren, lassen sich identifizieren, die einen inadäquaten Gebrauch von Psychopharmaka ggf. begünstigen bzw. herbeiführen? Derartige

Faktoren können z.B. auf der Ebene der Institution (Organisation, Ausstattung etc.), auf der Ebene der Mitarbeiter und betreuenden Ärzte (Qualifikation etc.), aber auch auf der Ebene der Heimbewohner (Verhaltensauffälligkeiten, der „schwierige“ Heimbewohner etc.) vermutet werden.

### 3.2 Ethische Aspekte

Die Verwendung von Medikamenten wirft bei alten Menschen vielfältige Probleme auf, einerseits hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Lebensqualität der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen und ihres sozialen Umfelds und andererseits vor allem hinsichtlich der Zustimmung der alten Menschen zur Medikamenteneinnahme. In besonderer Weise sind von dieser grundsätzlichen Problematik diejenigen betroffen, die durch altersbedingten kognitiven Abbau, durch eine Demenz-Erkrankung oder aufgrund schwerer körperlicher Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sind, Informationen zur Medikamentenverordnung zu verstehen und ihr persönliches Wohl- oder Missbefinden adäquat zum Ausdruck zu bringen. Aber auch die oftmals mangelnde Einsichtsfähigkeit in medizinisch sinnvolle Maßnahmen erschwert die adäquate Behandlung alter Menschen. Die Gabe von Psychopharmaka kann das Problem verschärfen. Sie werden häufig bei älteren Menschen eingesetzt, und die Verordnung von Antidepressiva, von Tranquilizern und Schlafmitteln ist gerade bei Pflegeheimbewohnern außerordentlich hoch. Hinzu kommt, dass derartige Medikamente in Pflegeheimen nicht selten zur Behebung von Verhaltensauffälligkeiten verordnet werden, die anders als Depressionen, Angstzustände oder Schlafstörungen nicht notwendigerweise ein unmittelbares Problem für die Betroffenen selbst, wohl aber für ihr soziales Umfeld darstellen. Schließlich stellen oftmals fehlende Kontrolle und / oder ein Übermaß an unterschiedlichen Medikamenten ernsthafte Versorgungsprobleme in Altenpflegeheimen dar. Daraus erwachsen vielfältige ethische Fragen u.a.:

1. Zu einem möglichen inadäquaten Einsatz, der die Fürsorgepflichten und das Nichtschadensgebot des Arztes betreffen. In medizinischer Hinsicht sind - wie oben geschildert - Indikation und Verordnungsweise der Psychopharmakagabe zu überprüfen. In ethischer Hinsicht ist die Indikation unter dem Aspekt der erforderlichen Fürsorgepflicht des Arztes und dem damit verbundenen Nichtschadensgebot zu hinterfragen.
2. Zum Nutzen-Risiko-Verhältnis und zur Relation zwischen erwünschten Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen der Psychopharmakagabe. Über mögliche physische Beschwerden hinaus kann eine Indikation infrage gestellt werden, da die Indikationsstellung zum Psychopharmakon per se mit grundsätzlichen Wertentscheidungen bezüglich des Stellenwertes von Eigenständigkeit des Altenheimbewohners, tolerierbarem bzw. toleriertem Widerspruch und

rollenuntypischem/erwartetem Verhalten verbunden ist. Auch ein möglicherweise iatrogenes und/oder übersehenes Suchtverhalten des alten Menschen muss in den Blick genommen werden.

3. Daran knüpft sich die Frage nach der Bedeutung der Autonomie der Heimbewohner an und nach Problemen einer „informierten Einwilligung“. Wie weit sind die Patienten einwilligungsfähig, wie weit wird eine Einwilligung zur Medikamenteneinnahme erbeten, wie weit wird eine Ablehnung der Medikamenteneinnahme akzeptiert? Werden Zwangsmaßnahmen angewendet? Werden positive Wirkungen suggeriert, um die Medikamenteneinnahme zu erreichen?
4. Welchen Stellenwert hat in der komplexen Entscheidungssituation der sogenannte „proxy consent“ durch Angehörige bzw. die stellvertretende Einwilligung durch einen Betreuer/Bevollmächtigten.
5. Auch Fragen des Betreuungsrechts einschließlich genehmigungspflichtiger Maßnahmen durch das Vormundschaftsgericht sollten erörtert werden.
6. Zu Fragen des ärztlichen sowie des pflegerischen Ethos: Zum einen droht die Gefahr, dass der Patient sowohl durch die Ärzte als auch durch die Pflegenden zum Objekt gemacht wird. Während Ärzte oftmals unhinterfragt eine paternalistische Haltung einnehmen, die gegebenenfalls mit Fürsorgepflichten gerechtfertigt wird, gehen Pflegende häufig von einer automatischen Einwilligung des betreuten Menschen zu Pflegehandlungen aus. Das Selbstverständliche der Pflege und die theoretische Fundierung, dass Pflege per se positiv sei, da sie die körperliche Integrität und das Wohlbefinden des Patienten garantiere, verführen leicht dazu, die theoretisch geforderte Einbeziehung des Patienten unbewusst mit dem primären Ziel der Verbesserung der Compliance im Sinne der Pflege zu verbinden. Darüber hinaus entstehen aber auch ethische Probleme, wenn die Handlungsziele der Medizin mit Blick auf den Psychopharmakaeinsatz andere sind als die der Pflege.
7. Dies betrifft auch ganz wesentlich die Frage möglicher Vernachlässigung alternativer ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen.

### 3.3 Juristische Aspekte

Bewohner bzw. Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen stehen häufig in einem vollständigen Abhängigkeitsverhältnis zu der versorgenden Institution und den darin arbeitenden Menschen. In diesem Zusammenhang ist die Gesundheitsversorgung der Patienten aus rechtlicher Sicht unter mehreren Aspekten problematisch. Einerseits steht oftmals die Einsichtsfähigkeit und damit auch die Fähigkeit zur selbstverantwortlichen Einwilligung in die Psychopharmakabehandlung in Frage, wodurch in diesem Zusammenhang auch problematische Fragen des Betreuungsrechts aufgeworfen werden.

Andererseits besteht die Möglichkeit, dass der Einsatz von Psychopharmaka aus der Sicht der stationären Pflegeeinrichtung als Mittel dienen kann, um schwierige Heimbewohner ruhig zu stellen bzw. sie an den Heimbetrieb anzupassen, wobei die Grenze zu der ärztlichen Therapie, die den Psychopharmakaeinsatz rechtfertigt, unsicher ist. Daher ist der Psychopharmakaeinsatz in zwei Fallgestaltungen besonders zu beleuchten, in denen es vermehrt zu einem nicht medizinisch indizierten Psychopharmakaeinsatz kommen könnte. Einerseits in dem Moment, in dem Patienten, die nicht freiwillig in dem Altenheim leben, aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen werden und neu in das Altenheim integriert werden müssen. Andererseits dann, wenn der Psychopharmakaeinsatz mit fürsorglichen Gründen begründet wird, wie z.B. mit dem Schutz vor dem Weglaufen verwirrter Bewohner, mit der Herstellung der Ordnung im Heim und des Schutzes der anderen Bewohner bzw. des Betroffenen selbst.

Rechtliche Probleme entstehen dabei insbesondere durch die Interaktion der verschiedenen Beteiligten, die möglicherweise unterschiedliche Interessen mit der Psychopharmakabehandlung verfolgen und infolge der Komplexität unterschiedlicher rechtlicher Anforderungen an die beteiligten Personen. Diese Probleme werden im Gegensatz zur stationären Krankenbehandlung, insbesondere dadurch gesteigert, dass zwar die Pflege stationär erfolgt, dass aber typischerweise die Krankenbehandlung und damit auch die Psychopharmakaverordnung im Rahmen ambulanter Behandlung stattfindet.

Beteiligte an dieser problematischen Situation sind neben den Heimbewohnern selbst, die Heimleitung, der die Verantwortung für eine angemessene Organisation obliegt, die Pflegekräfte, die in der Regel die Psychopharmaka verabreichen, wobei aber typischerweise kein Weisungsverhältnis zu einem verantwortlichen Arzt besteht, der Betreuer - sofern eine Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB besteht - bzw. der in sonstiger Weise Bevollmächtigte, sowie der Arzt, welcher die Medikamente verordnet. Alle diese Beteiligten sind an die jeweiligen Pflichten gebunden, ohne dass die einschlägigen Regelungen gerade auf die Situation ambulanter Medikation in einer stationären Einrichtung zugeschnitten wären.

Das Ziel juristischer Betrachtung ist es daher, das Geflecht der rechtlichen Anforderungen und der in Betracht kommenden Gestaltungen für typische Konstellationen der Psychopharmakaversorgung zu untersuchen und zu systematisieren. Die Rechtsfragen, welche in diesem Zusammenhang zu behandeln sein werden, betreffen insbesondere:

1. den verfassungsrechtlichen Schutz des Patienten/Heimbewohners, auf den er sich gegen etwaige Zwangsbehandlungen berufen kann, insbesondere im Hinblick auf Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) und Art. 2 Abs. 2 GG,
2. die Autonomie der Heimbewohner/Patienten und die Probleme der Einwilligung in ärztliche Maßnahmen,
3. das Betreuungsrecht einschließlich der Frage eventueller Entscheidungsvorbehalte für das Vormundschaftsgericht,
4. das ärztliche Berufsrecht einschließlich der Voraussetzungen für den Einsatz von Arzneimitteln, der Geltungsfrage für medizinische Standards sowie der Anforderungen an die Pflicht zur Feststellung einer wirksamen Einwilligung und zur Überwachung der Therapie,
5. die rechtlichen Anforderungen an das Pflegepersonal und die Heimleitung, insbesondere durch die Vorgaben des Heimgesetzes (HeimG), dessen Sinn und Zweck es ist, die Würde und die Interessen der Heimbewohner zu schützen,
6. die rechtlichen und tatsächlichen Beziehungen, in denen die handelnden Personen zueinander stehen bzw. die Frage, wie sich diese etwaigen Rechtsbeziehungen auf die Psychopharmakaversorgung auswirken,
7. Fragen des Sozialrechts im Hinblick auf die Voraussetzungen der Verordnung von Arzneimitteln zu Lasten von Sozialleistungsträgern,
8. die Konsequenzen des Ineinandergreifens verschiedener Bereiche des Sozialrechts bzw. die Rechtsprobleme, die an den Schnittstellen der jeweiligen Rechtsgebiete aufgeworfen werden,

9. die rechtlich verankerten Kontrollinstrumente zur Qualitätssicherung und Kontrolle der medizinischen Versorgung, wobei insbesondere die durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) eingeführten Instrumentarien und deren Wirkung besondere Beachtung verdienen und
10. falls sich die untersuchten rechtlichen Vorgaben als nicht geeignet herausstellen sollten, bleibt zu untersuchen, ob und gegebenenfalls in welcher Form rechtliche Standards normiert werden können, um die Qualität der ambulanten Krankenbehandlung bzgl. der Arzneimittelverordnung mit Psychopharmaka in stationären Pflegeeinrichtungen zu erhöhen.

## 4 Methodik

### 4.1 Studiendesign und allgemeine methodische Aspekte

Der Einsatz von Psychopharmaka im Altenpflegeheim ist in ein komplexes Bedingungsgefüge verschiedener Einflussfaktoren eingebettet, die zum Teil bisher nur unvollständig analysiert wurden. Das Verständnis dieses Bedingungsgefüges bzw. die Kenntnis möglicher Einflussfaktoren ist jedoch die entscheidende Voraussetzung für die Formulierung von Handlungsempfehlungen zur Änderung des vermuteten Misstandes. Zur Analyse der Einflussfaktoren war grundsätzlich ein Mehrebenen-Ansatz empfehlenswert, der neben der ärztlich-medizinischen Beschreibung auch die subjektive Perspektive der Bewohner, die Sicht der Pflegenden sowie ethische und juristische Aspekte einbezieht.

Um dem interdisziplinären Ansatz des geplanten Projektes am besten gerecht zu werden, war grundsätzlich ein mehrstufiges Vorgehen erforderlich:

- In einem ersten **deskriptiven und empirischen Schritt** wurden die zur Beschreibung des Problems relevanten Daten und Informationen auf der Ebene des einzelnen Bewohners unter Berücksichtigung der o.g. Fragestellungen zunächst erhoben. Dabei wurden zunächst alle Bewohner der zu untersuchenden Einrichtung mit einbezogen, die zu einem vorher festgelegten Stichtag Psychopharmaka erhielten. Als Stichtag wurde der 15. Juni 2004 festgesetzt. Es handelte sich also letztlich um eine Momentaufnahme der gegenwärtigen Praxis des Psychopharmakagebrauchs in der zu untersuchenden Einrichtung. Die Erhebung erfolgte standardisiert und auf mehreren Betrachtungsebenen anhand des unten dargestellten Erhebungsinstrumentes.
- Diese Erhebung sollte jedoch nicht nur die Beschreibung des Ist-Zustandes ermöglichen, sondern diene gleichzeitig als „**Screening“-Untersuchung** auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch in der untersuchten Einrichtung. Zur Identifizierung eines inadäquaten Psychopharmakagebrauches wurde die von uns entwickelte Kriterienliste an die erhobenen Daten angelegt (vgl. Abschnitt 4.5)
- In einem dritten analytischen und qualitativen Arbeitsschritt wurden die o.g. Fragestellungen anhand von 13 **exemplarischen Fällen** im Sinne eines interdisziplinären Dialoges unter ethischen, juristischen sowie medizinischen und pflegerischen Aspekten diskutiert. Die Auswahl dieser Fälle erfolge u.a. anhand eines „Scores“ auf der Basis der entwickelten Kriterienliste.

- Auf der Basis dieser Analyse wurde es dann zunächst möglich, **Problemfelder eines inadäquaten Gebrauches von Psychopharmaka in dem konkreten pflegerischen Handlungsfeld** aus Sicht der beteiligten Disziplinen gewissermaßen prototypisch zu benennen. Dies ermöglichte die Formulierung eines **Handlungsmodells (Handlungsleitlinie)**, das - in Form sequenziell aufeinanderfolgender Handlungsstufen - die Voraussetzungen für einen adäquaten Einsatz von Psychopharmaka im Altenpflegeheim unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, juristischer und medizin-ethischer Erfordernisse prototypisch beschreibt und damit als Matrix für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen dienen konnte.
  
- Der letzte Schritt bestand in einem systematischen Abgleich des entwickelten Handlungsmodells (Soll-Zustand) mit den Ergebnissen der Datenerhebung und Fallanalyse (Ist-Zustand). Hierdurch wurde es möglich, auf jeder Stufe des Handlungsmodells gezielt **Handlungsempfehlungen** für eine Optimierung des Psychopharmakagebrauches bzw. einer Abwendung des inadäquaten Gebrauches von Psychopharmaka im konkreten Handlungsfeld zu formulieren.

#### 4.2 Stichprobenauswahl

Die Erhebung und Untersuchung erfolgte nach zustimmendem Votum der zuständigen Ethikkommission (Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M.) an allen Bewohnern des Franziska Schervier Altenpflegeheims in Frankfurt a.M., die an dem zuvor festgelegten Stichtag (15. Juni 2004) mit Psychopharmaka behandelt wurden und bei denen eine rechtsgültige Einwilligung vorlag. Die erhobenen Daten wurden umgehend anonymisiert. Das Franziska Schervier Altenpflegeheim ist eine Einrichtung der Franziska Schervier Altenpflegehilfe und betreut 142 Bewohner auf fünf Bereichen. Das Franziska Schervier Altenpflegeheim stellte sich für die durchgeführte Untersuchung freiwillig zur Verfügung. Das Interesse der Einrichtung an der Teilnahme entsprang - nach eigener Aussage - zum einem der Motivation, das eigene pflegerische Handeln im Sinne der christlichen Grundorientierung des Trägers ethisch und moralisch zu reflektieren. Zum anderen sah das Heim durch die Teilnahme am Projekt die Chance, Anregungen für die Einführung moderner Betreuungskonzepte für psychisch kranke und demente Heimbewohner zu erhalten, die den Bewohnern ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglichen sollen. Das geschilderte Procedere hatte damit zwar einerseits den Nachteil einer eingeschränkten Repräsentativität der untersuchten Stichprobe, bot jedoch gleichzeitig den Vorteil, mit einer hoch motivierten und kooperativen Einrichtung zusammen arbeiten zu können, die ein genuines Interesse an der Optimierung ihrer Versorgungsrealität besaß.

Die Identifizierung der Indexpersonen erfolgte vor Beginn der Untersuchung durch ein anonymisiertes Verfahren. Anschließend wurde – nach entsprechender schriftlicher Vorinformation und ausführlicher persönlicher Aufklärung – das rechtsgültige Einverständnis der Heimbewohner (ggf. vertreten durch die gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten) für die Untersuchung eingeholt.

### 4.3 Erhebungsinstrumente

Im Rahmen des ersten Untersuchungsschrittes wurden im wesentlichen die folgenden Informationsquellen verwendet:

- Einsicht in die Heimdokumentation durch Projektmitarbeiter
- Befragung und Untersuchung der Heimbewohner durch Projektmitarbeiter
- Befragung des Pflegepersonals durch Projektmitarbeiter
- Einsatz von Fremdeinschätzungsskalen zur Einschätzung der Heimbewohner. Die Anwendung der Skalen erfolgte durch das Pflegepersonal unter Supervision der Projektmitarbeiter

Im Rahmen der interdisziplinären Fallanalyse wurden nach Auswahl der exemplarischen Kasuistiken durch die Projektmitarbeiter zusätzlich die folgenden Informationen erhoben:

- ausführliche Befragung der behandelnden Ärzte
- ggf. ausführliche Befragung der gesetzlichen Betreuer bzw. Bevollmächtigten der Bewohner

Die Datenerfassung erfolgte mittels eines standardisierten Erhebungs-Inventars (vgl. **Anhang**), das die im folgenden beschriebenen Instrumente umfasste:\*

#### Standardisierter Erfassungsbogen zur Erhebung wichtiger demographischer, medizinischer und psychosozialer Daten:

Erfasst wurden wichtige demografische Angaben (Alter, Geschlecht, Familienstand, Datum der Heimaufnahme, Schulbildung, ausgeübter Beruf, gesetzliche Betreuung oder Bevollmächtigte), Angaben über Angehörige/Familie, aktuelle Wohnsituation, Zimmereinrichtung, Religionszugehörigkeit, ärztliche Versorgung im Heim, Klinikaufenthalte seit Heimeinzug, Allgemein- und Ernährungszustand, sensorische Beeinträchtigungen, vergangene Sturzereignisse, somatische Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen, aktuelle Medikation (incl. Bedarfsmedikation), Änderungen der Medikation in den letzten

6 Monaten (Angaben über durchgeführte Dosisreduktionen oder Absetzversuche, Häufigkeit der Gabe, Bedarfsmedikation etc.).

*Die Erhebung erfolgte auf Ebene der Bewohner im wesentlichen durch Einsicht in die Heimdokumentation, ggf. ergänzt durch eine Befragung der Pflegekräfte durch verschiedene Mitarbeiter des Projekts (R.M., A.D., E.L., P.H., G.B.L.).*

#### Instrument zur Erfassung der Lebensqualität der Heimbewohner:

Vor Beginn der Untersuchung wurde das international eingesetzte Untersuchungsinstrument Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD/ Logsdon et al., 1999) ins Deutsche übersetzt (R.M.). Die QoL-AD ist ein aus 13 Items bestehendes Instrument, mit der die Lebensqualität auf verschiedenen Ebenen jeweils auf einer 4-stufigen Skala semiquantitativ erfasst werden kann. Das Instrument umfasst sowohl eine Selbsteinschätzung als auch eine Fremdeinschätzungsskala.

*Die Selbsteinschätzung erfolgte auf der Basis eines Interviews der Heimbewohner durch Projektmitarbeiter (G.B.L.). Die Fremdeinschätzung wurde durch das Pflegepersonal vorgenommen.*

#### Mini-Mental-Status-Test (Folstein et al., 1975):

Hierbei handelt es sich um einen standardisierten Kurzttest, der die kognitiven Bereiche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, Sprachverständnis und Praxis überprüft. Er ist nicht im engeren Sinne zur Schweregradbestimmung der Demenz entwickelt worden, sondern wird vielmehr häufig als Screening-Instrument eingesetzt. Da er ein hohes Maß an Standardisierung besitzt und relativ einfach durchzuführen ist, gehört er heute noch – auch im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen – zu den am häufigsten eingesetzten psychometrischen Untersuchungsinstrumenten in der Demenzdiagnostik. Bei einem maximal erreichbaren Score von 30 gelten Werte unterhalb von 26 als verdächtig für das Vorliegen einer Demenz-Erkrankung. Anhand des erreichten Scores ist auch eine Schweregradeinteilung der Demenz möglich.

*Die Untersuchung erfolgte durch eine Projektmitarbeiterin (R.M.).*

---

\* Herrn Prof. Dr. phil. Siegfried Weyerer, Leiter der AG Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Mannheim) verdanken wir bei der Zusammenstellung des Inventars außerordentlich wertvolle Anregungen, für die wir uns an dieser Stelle nochmals ausdrücklich bedanken möchten

Global Deterioration Scale (GDS/ Reisberg et al., 1982):

Die GDS ist eine Fremdbeurteilungsskala, die auf einer 7-stufigen Likert-Skala den Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung bei dementiellen Erkrankungen semiquantitativ abbildet. Die Schweregradeinteilung erfolgt über ein klinisches Interview durch vergleichende Zuordnung. Ein Wert von 1 bedeutet dabei einen unauffälligen Befund, 2 indiziert zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen, 3 bis 7 objektiv nachweisbare Beeinträchtigungen (mit 7 als dem Grad maximaler Ausprägung: „sehr schwere kognitive Leistungseinbußen“). Berücksichtigung finden Informationen über das gesamte Spektrum klinischer Symptome der Demenz einschließlich kognitiver und nicht-kognitiver Störungen sowie funktionelle Beeinträchtigungen (Alltagskompetenz). Es können sowohl eigen- als auch fremdanamnestic Angaben einfließen.

*Interview und Einschätzung wurden durch eine Projektmitarbeiterin durchgeführt (R.M.).*

Geriatrische Depressionsskala nach Sheikh und Yesavage (Bach et al., 1995):

Es handelt sich um eine 15 Items umfassende Skala zur Erfassung depressiver Symptome, die speziell für den Einsatz bei älteren Patienten entwickelt wurde. Der ermittelte Score (0-15 Punkte) läßt eine Schweregradeinschätzung einer ggf. vorliegenden depressiven Störung zu (normal, leicht bis mäßig, schwer).

*Die Anwendung erfolgte durch eine Projektmitarbeiterin (R.M.).*

Standardisierter Erhebungsbogen zur Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten durch das Pflegepersonal (nach Weyerer):

Erhoben werden Beobachtungen des Pflegepersonals über die Heimbewohner zur Orientierung, abendlicher Verwirrtheit, Schlafproblemen, Alkohol- und Tabakkonsum, Kooperationsverhalten und Sicherheitsmaßnahmen. Die Angaben erfolgen im wesentlichen retrospektiv und beziehen sich jeweils auf die vergangenen 4 Wochen.

*Die Angaben erfolgten durch das Pflegepersonal unter Supervision einer Projektmitarbeiterin (R.M.).*

Physical Self-Maintenance Scale (P.S.M.S):

Es handelt sich um eine weitverbreitete, sechs Items umfassende Skala, die eine jeweils 5-stufige Einschätzung basaler Selbserhaltungsfunktionen erlaubt. (Kontinenz, Nahrungsaufnahme, Ankleiden,

Äußeres, Mobilität, Baden/Duschen). Aufbauend auf den Einschätzungen kann ein Gesamtscore gebildet werden.

*Die Einschätzung erfolgte durch das Pflegepersonal unter Supervision einer Projektmitarbeiterin (R.M.).*

Standardisierter Erhebungsbogen zur Erfassung der sozialen Situation und Aktivitäten in den vergangenen 4 Wochen (nach Weyerer):

Erfasst werden soziale Kontakte zum Pflegepersonal und anderen Heimbewohner, Besuche, Hauptkontaktpersonen von außen, Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in die Betreuung, Hobbies/Interessen, sexuelle Aktivitäten, Häufigkeiten der Teilnahme an Heimaktivitäten und Trainingsmaßnahmen.

*Die Einschätzung erfolgte durch das Pflegepersonal.*

Neuropsychiatrisches Inventar-Institution nach Cummings (NPI-INST, Lange et al., 2003):

Es handelt sich um eine Fremdeinschätzungsskala für psychopathologische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, die für Demenzpatienten entwickelt wurde. Erfasst werden Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung/Aggression, Depression/Dysphorie, Angst, Hochstimmung/Euphorie, Apathie/Gleichgültigkeit, Enthemmung, Reizbarkeit/Labilität, abweichendes motorisches Verhalten, Schlaf sowie Appetit und Essstörungen. Ausgehend von einer Leitfrage, wird zunächst auf das Vorliegen von entsprechenden Auffälligkeiten gescreent. Bei positiver Beantwortung der Leitfrage erfolgt eine detailliertere Symptomabfrage, gefolgt von einer standardisierten semiquantitativen Einschätzung der Häufigkeit, der Schwere und des pflegerischen Mehraufwandes.

*Die Einschätzung erfolgte durch das Pflegepersonal unter Supervision einer Projektmitarbeiterin (R.M.).*

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI - modifizierte Version/ Cohen-Mansfield et al., 1989):

Es handelt sich um ein Fremdeinschätzungsinstrument für Pflegepersonal, das speziell für den Einsatz in Pflegeheimen entwickelt wurde. Anhand von 25 Items werden systematisch Verhaltensauffälligkeiten (Schlagen, Treten, Schreien, Gefährdung anderer, Bewegungsdrang etc.) abgefragt und mit einer 7-stufigen Häufigkeitsskala eingeschätzt („Nie“ bis „mehrmals in der Stunde“). Für jedes Verhaltensmerkmal wird die Auftretenshäufigkeit in den letzten 4 Wochen angegeben.

*Die Einschätzung erfolgte durch das Pflegepersonal.*

Erfassungsbogen für emotionale Reaktionen des Pflegepersonals im Kontakt mit den Heimbewohnern (nach Weyerer):

Es handelt sich um ein Selbsteinschätzungsinstrument für das Pflegepersonal, auf dem systematisch Gefühle im Kontakt mit Heimbewohnern erhoben werden können. Erfragt werden Freude, Traurigkeit, Wohlbefinden/Zufriedenheit, Ärger, Ekel, Angst, Mitleid und Sorge. Auf jeder Ebene werden zusätzlich die Häufigkeit und die bislang stärkste Intensität der Gefühlsreaktionen erfasst.

*Die Einschätzung erfolgte durch das Pflegepersonal.*

Standardisierter Erfassungsbogen zur Erhebung juristisch relevanter Daten:

Die Erhebung erfolgte durch Einsicht in die Heimdokumentation sowie durch Befragung der Pflegenden. Die 32 Fragestellungen orientieren sich an den oben genannten juristischen Studienschwerpunkten. Sie wurden nach einer ersten Analyse der juristischen Fachliteratur entwickelt. Erfasst wurden relevante Informationen gegliedert nach den folgenden Themenkomplexen: Arztkontakte, Diagnosestellung, Medikation und Verordnung, Aufklärung und Einwilligung, Durchführung der Behandlung sowie sonstige Informationen.

*Die Informationserhebung erfolgte durch einen Projektmitarbeiter (A.D.).*

#### **4.4 Datenanalyse**

Für alle erhobenen Informationen wurden Variablen konstruiert, die in eine Datenbank der Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) der Version 12.0 eingegeben wurden. Alle im Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse wurden ebenfalls mithilfe von SPSS berechnet.

#### **4.5 Kriterienliste zur Identifizierung von inadäquatem Psychopharmakagebrauch und Auswahl der exemplarischen Kasuistiken**

Für die Untersuchung wurde unter Berücksichtigung der nationalen und internationalen Literatur ein Kriterienkatalog zur Identifizierung problematischer Psychopharmakverordnungen entwickelt. Er enthält insgesamt 34 Kriterien; hiervon sind 10 Kriterien ausschließlich medizinisch-gerontopsychiatrischer Art. Die übrigen Kriterien beziehen sich auf juristische Aspekte (s.u.). Die Formulierung der unten detailliert aufgeführten Kriterien stützte sich im wesentlichen auf Expertenwissen (J.P., A.D., I.E.) unter Bezugnahme auf internationale und nationale Konsensusvereinbarungen, publizierte

Behandlungsleitlinien und –empfehlungen zur Pharmakotherapie bei geriatrischen Patienten, weitere einschlägige Fachliteratur sowie rechtliche Vorgaben.

Dieser Kriterienkatalog wurde im Sinne eines Screenings auf inadäquaten Gebrauch von Psychopharmaka für alle in die Untersuchung eingeschlossenen Heimbewohner unter Berücksichtigung aller erhobenen Daten angewendet. Das jeweilige Kriterium konnte als kritisch, unkritisch oder nicht zutreffend bewertet werden, wobei jedem kritisch bewerteten Kriterium ein Punktwert von 1 zugeordnet wurde. Die dargestellte Bewertung erfolgte in einem Konsensusverfahren nach interdisziplinärem Dialog der beteiligten Fachwissenschaftler. Die Ergebnisse dieses Screenings auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch sind im Kapitel 5 ausführlich wiedergegeben.

Unter Berücksichtigung des für jeden untersuchten Heimbewohner gebildeten **Scores** (Gesamtpunktzahl kritischer Items) wurden für die interdisziplinäre Fallanalyse 13 Heimbewohner exemplarisch ausgewählt. Die Auswahl der 13 exemplarischen Fälle erfolgte nach dem folgenden Verfahren:

Zunächst wurde aufgrund der ermittelten **Gesamt-Scores** eine Rangfolge der Heimbewohner gebildet. Die Heimbewohner mit den höchsten Gesamtpunktwerten wurden bei der Auswahl bevorzugt berücksichtigt. Um jedoch die Auswahl der Fälle nicht einseitig zugunsten oder zulasten eines Fachgebietes zu gestalten, bezog sich die Auswahl der Heimbewohner nicht nur auf den Gesamt-Score des Kriterienkatalogs. Vielmehr wurde auch ein **Sub-Score** für den Kriteriensatz der jeweiligen Disziplin gebildet, der ebenfalls in eine Rangfolge gebracht wurde. Somit konnten aus der Schnittmenge der verschiedenen Ranglisten 20 interdisziplinär hinreichend interessante Fälle herausgefiltert werden, um deren Einwilligung für den weiteren Untersuchungsschritt (vertiefte interdisziplinäre Fallanalyse) gebeten wurde. Aufgrund des dargestellten Verfahrens konnte im Einzelfall auch ein Heimbewohner zu den ausgewählten Fällen gehören, der nicht zu der Gruppe der 20 Bewohner mit dem höchsten Gesamt-Score zählte. Darüber hinaus war die Teilnahme der 20 ausgewählten Heimbewohner von deren Einwilligung in die nächste Studienphase abhängig. Insgesamt konnte jedoch nur für 13 der 20 primär ausgewählten Heimbewohner eine rechtsgültige Einwilligung eingeholt werden. Daher konnten die übrigen 7 Heimbewohner – trotz teilweise höherer Gesamtscore - für die nächste Studienphase nicht berücksichtigt werden. Es folgt die vollständige Darstellung des eingesetzten Kriterienkataloges:

**Kriterien zur Identifikation der exemplarischen Kasusitiken- Proband-Nr.:**

1.	<b><u>Kriterien zur Problemidentifizierung bei der Psychopharmakabehandlung (gerontopsychiatrische Aspekte)</u></b>	trifft nicht zu	Ja	Nein
1.1	Ist eine adäquate Indikation zur Gabe des Psychopharmakons in der Heimdokumentation dokumentiert (psychiatrische Diagnose und/oder schwerwiegende Verhaltensauffälligkeit)?			
1.2	Ist die Indikation/Zielsymptomatik für die Gabe des Psychopharmakons am ersten Tag der Einnahme dokumentiert?			
1.3	Sind somatische oder sonstige Erkrankungen dokumentiert, die evtl. eine Kontraindikation zur Gabe des Psychopharmakons darstellen?			
1.4	Bei Bedarfsmedikation: Ist die Indikation bei Gabe der Bedarfsmedikation jeweils dokumentiert?			
1.5	Ist die Dosis des verabreichten Psychopharmakons unter Berücksichtigung der Dosisempfehlungen für ältere Patienten angemessen?			
1.6	Ist die Auswahl des Psychopharmakons hinsichtlich des Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils unter Berücksichtigung des Lebensalters und/oder bestehender somatischer Komorbidität angemessen (z.B. Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI anstelle von trizyklischen Antidepressiva)?			
1.7	Ist die Dauer der Psychopharmakamedikation angemessen (z.B. gibt es in angemessenen Abständen Versuche der Dosisreduktion und/oder Absetzversuche)?			
1.8	Ist die Verträglichkeit des eingesetzten Psychopharmakons gegeben (oder ergeben sich aus der Erhebung/Untersuchung Hinweise auf erhebliche Nebenwirkungen, z.B. wiederholte Stürze, Übersiedierung etc.)?			
1.9	Ist die Kombination der eingesetzten Psychopharmaka hinsichtlich ihrer therapeutischen Wirkung angemessen (d.h. Ausschluss einer inadäquaten pharmakologischen Polypragmasie, wie z.B. die Gabe von zwei Präparaten mit ähnlichem Wirkspektrum)?			
1.10	Ist die Kombination <u>aller</u> verschriebenen Medikamente hinsichtlich potenziell schädlicher Interaktionen angemessen?			

2.	<b><u>Kriterien zur Problemidentifizierung bei der Indikationsstellung (juristische Aspekte)</u></b>	trifft nicht zu	Nein	Ja
2.1	Gibt es Hinweise, dass der behandelnde Arzt bei der Indikationsstellung/Erstverordnung nicht anwesend war?			
2.2	Gibt es Hinweise, dass der Arzt sich bei der Indikationsstellung auf die Aussagen des Pflegepersonals bzw. anderer Personen beschränkt hat?			

3.	<b><u>Kriterien zur Problemidentifizierung bei der Verordnung der Psychopharmaka (juristische Aspekte)</u></b>	trifft nicht zu	Nein	Ja
3.1	Gibt es Hinweise, dass der behandelnde Arzt bei einer etwaigen Weiterverordnung bzw. bei einer etwaigen Änderung der Dosierung des Psychopharmakons nicht anwesend war?			
3.2	Gibt es Hinweise, dass der behandelnde Arzt ein Psychopharmakon verordnet hat, welches nicht ausreichend zur Behandlung der diagnostizierten Krankheit ist?			
3.3	Gibt es Hinweise, dass der behandelnde Arzt ein Psychopharmakon verordnet hat, welches nicht apothekenpflichtig ist?			
3.4	Gibt es Hinweise, dass der behandelnde Arzt eine unzweckmäßige Psychopharmakontherapie verordnet hat bzw. eine solche, welche nach wissenschaftlich fundierter Betrachtung nicht als adäquat bezeichnet werden kann bzw. die nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht ?			
3.5	Ist ein verordnetes Psychopharmakon durch die Arzneimittelrichtlinie grundsätzlich von der Verordnung ausgeschlossen?			

4.	<b><u>Kriterien zur Problemidentifizierung bei der Verordnung der Bedarfsmedikation (juristische Aspekte)</u></b>	trifft nicht zu	Nein	Ja
4.1	Gibt es Hinweise, dass der behandelnde Arzt ein Psychopharmakon als Bedarfsmedikation verordnet hat, ohne den Bedarfsfall zu benennen?			

4.2	Gibt es Hinweise, dass der behandelnde Arzt ein Psychopharmakon als Bedarfsmedikation verordnet hat, ohne den Bedarfsfall in einer ausreichenden Weise zu definieren, so dass die Pflegekräfte selbst diagnostisch tätig werden müssen? ( z.B. „bei Bedarf“ oder „bei Unruhe“)			
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

<b>5.</b>	<b><u>Kriterien zur Problemidentifizierung bei dem Psychopharmakabezug (juristische Aspekte)</u></b>	trifft nicht zu	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>
5.1	Gibt es Hinweise, dass weder der Heimbewohner noch ein etwaiger Betreuer/Bevollmächtigter etwas von dem Bezug der Psychopharmaka des Heims durch den liefernden Apotheker und den damit verbundenen Zuzahlungen zulasten des Heimbewohners erfährt?			

<b>6.</b>	<b><u>Kriterien zur Problemidentifizierung bei der Psychopharmakavergabe (juristische Aspekte)</u></b>	trifft nicht zu	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>
6.1	Gibt es Hinweise, dass die Pflegekräfte in den beiden oben genannten Fällen der Bedarfsmedikation, Psychopharmaka ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt vergeben haben?			
6.2	Gibt es Hinweise, dass durch die Pflegekräfte Psychopharmaka vergeben wurden, die dem Heimbewohner gar nicht oder nicht ordnungsgemäß verordnet wurden?			
6.3	Gibt es Hinweise, dass die Pflegekräfte, ohne dass ausnahmsweise eine Rechtfertigung vorlag ( z.B. vorheriger Arztkontakt ), von den vorbereiteten Wochendosierungen durch den Mitarbeiter der liefernden Apotheke abgewichen sind?			

<b>7.</b>	<b><u>Kriterien zur Problemidentifizierung bei der Pflegedokumentation nach HeimG (juristische Aspekte)</u></b>	trifft nicht zu	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>
7.1	Gibt es Hinweise, dass die verordneten Psychopharmaka nicht ordnungsgemäß im Medikamentenblatt dokumentiert sind?			
7.2	Gibt es Hinweise, dass die Psychopharmakavergabe nicht ordnungsgemäß dokumentiert wurde?			
7.3	Gibt es Hinweise, dass die Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt und dem Pflegepersonal hinsichtlich der Dokumentation der verordneten Arzneimittel nicht reibungslos funktioniert?			

7.4	Gibt es Hinweise, dass von dem Pflegepersonal die Dokumentationspflicht nur unzureichend ausgeübt wird, insbesondere in Bezug auf pflegerelevante Daten, wie den Betreuungsbedarf, die Pflegestufen, sowie die Pflegeplanung und die Pflegeverläufe?			
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

8.	<b><u>Kriterien zur Problemidentifizierung bei der Beachtung und Förderung der Autonomie des Heimbewohners (juristische Aspekte)</u></b>	trifft nicht zu	Nein	Ja
8.1	Gibt es Hinweise, dass der Heimbewohner seine Arzneimittel selbst verwalten könnte und es trotzdem nicht tut?			
8.2	Gibt es Hinweise, dass der Heimbewohner vor der Psychopharmakabehandlung nicht ordnungsgemäß aufgeklärt wurde, obwohl er einwilligungsfähig ist bzw. er vorher nicht in die Psychopharmakabehandlung eingewilligt hat?			
8.3	Gibt es Hinweise, dass der Betreuer oder der Bevollmächtigte eines einwilligungsunfähigen Heimbewohners vor der Psychopharmakabehandlung nicht ordnungsgemäß aufgeklärt wurde bzw. dieser nicht in die Psychopharmakabehandlung eingewilligt hat?			
8.4	Gibt es Hinweise, dass aufgrund einer Psychopharmakabehandlung, möglicherweise auch in Kombination mit anderen verordneten Arzneimitteln oder unter Berücksichtigung der Konstitution des Heimbewohners, die Gefahr einer schweren langandauernden gesundheitsgefährdenden bzw. freiheitseinschränkenden Wirkung besteht, ohne dass die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts vorliegt?			
8.5	Gibt es Hinweise, dass bei einem nicht einwilligungsfähigen Heimbewohner die Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten zur Psychopharmakabehandlung mit gesundheitsgefährdender bzw. freiheitseinschränkender Wirkung fehlt?			
8.6	Gibt es Hinweise, dass der Heimbewohner Arzneimittel nicht freiwillig nimmt und sie ihm trotzdem gegen oder ohne seinen Willen zugeführt werden?			
8.7	Gibt es Hinweise, dass neben der Psychopharmakabehandlung freiheitseinschränkende Maßnahmen vorgenommen werden, ohne dass eine wirksame Genehmigung des Vormundschaftsgerichts vorliegt?			

#### 4.6 Qualitative Analyse der exemplarischen Kasuistiken

Zur Vorbereitung der qualitativen Analyse der exemplarischen Kasuistiken wurden zunächst nach einem einheitlichen Schema fallbezogene Epikrisen über die 13 ausgewählten Bewohner erstellt. Dabei wurde primär auf die Informationen aus der eigenen Erhebung und Untersuchung zurückgegriffen. Um ein möglichst vollständiges Bild des jeweiligen Falles zu zeichnen, wurden die vorliegenden Informationen dann (nach Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht) durch gezielte Befragung der behandelnden Ärzte und ggf. der gesetzlichen Betreuer ergänzt.

Unter Berücksichtigung der Erfordernisse für eine Betrachtung aus gerontopsychiatrischer, medizinethischer und juristischer Perspektive wurde dann eine gezielte Problembeschreibung und Analyse des Einzelfalles vorgenommen. Die Problemanalyse und Darstellung der Epikrise folgte dabei dem folgenden Gliederungschema:

- Informationen aus der Heimdokumentation
- Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde
- Ggf. Zusatzinformationen der gesetzlichen Betreuer
- Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte
  
- Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch
  
- **Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive**
  - Indikation
  - Dauer der Behandlung
  - Dosis
  - Monitoring (Therapiekontrolle etc.)
  - Nebenwirkungen/Interaktionen
  - Polypragmasie
  
- **Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht**
  - Fürsorgepflicht
  - Nicht-Schadensgebot
  - Autonomie
  - Gerechtigkeit

- **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive**
  - Arztrechtliche Aspekte
  - Krankenversicherungsrechtliche Aspekte
  - Pflegerechtliche Aspekte
  - Autonomie
  - Pflegedokumentation

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Das untersuchte Altenpflegeheim versorgte am Stichtag (15. Juni 2004) 142 Bewohner in fünf Wohnbereichen. In einer anonymisierten Durchsichtung der Medikamentenverordnungen wurden zuerst alle Heimbewohner identifiziert, die mit Psychopharmaka behandelt wurden.

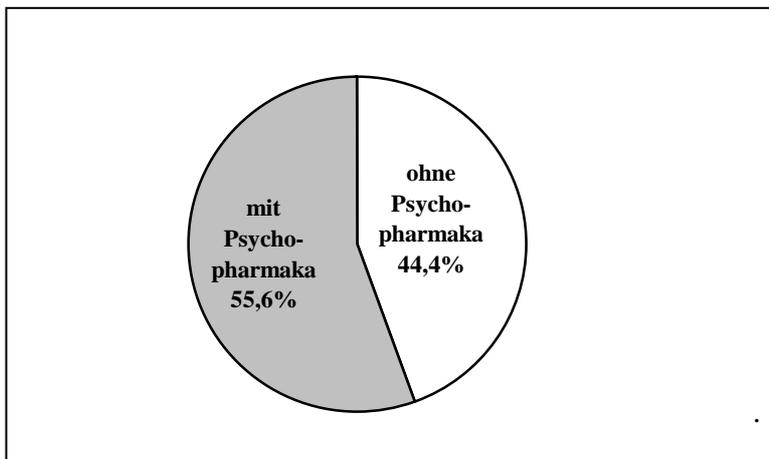


Abbildung 5.1: Häufigkeitsverteilung – Heimbewohner mit/ohne Psychopharmakaverordnung

79 Bewohner hatten Psychopharmakaverordnungen, das entspricht einer Verordnungsrate von 55,6 %.

Im nächsten Schritt wurden die eigentlichen Studienteilnehmer rekrutiert: Zu Studienteilnehmern wurden jene Heimbewohner, bei denen am Stichtag mindestens eine Psychopharmakaverordnung vorlag und bei denen eine Einwilligung zur Studienteilnahme von ihnen selbst oder ihren gesetzlichen Betreuern gegeben wurde.

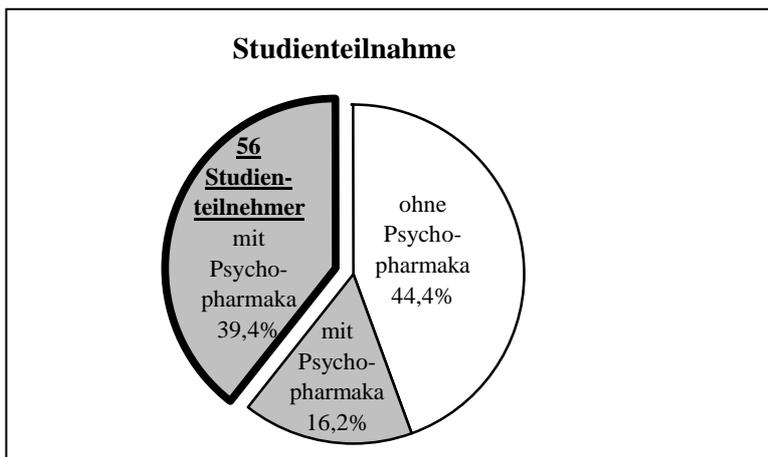


Abbildung 5.2: Anzahl der an der Studie teilnehmenden Heimbewohner

56 Heimbewohner nahmen an der Studie teil, mit ihnen erfolgten die weiteren Erhebungen und Untersuchung.

### **Alter und Geschlecht**

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer betrug 82,5 Jahre (SD = 8,9); wobei der jüngste Heimbewohner 62 und der älteste 98 Jahre alt war. Die Geschlechtsverteilung zeigt, dass der überwiegende Anteil Frauen waren; 45 Frauen (80,4%) gegenüber 11 Männern (19,6%).

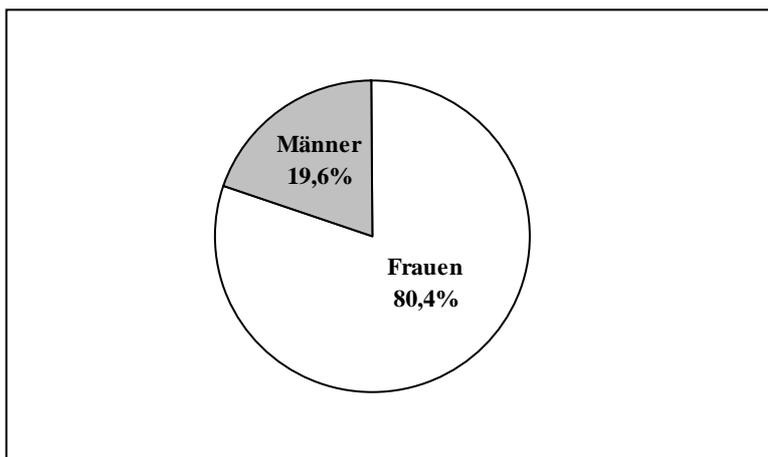


Abbildung 5.3: Häufigkeitsverteilung – Geschlecht der Studienteilnehmer

### ***Aufenthaltsdauer und Pflegestufe***

Am Stichtag lebten die Studienteilnehmer durchschnittlich seit 51 Monaten im Heim (SD= 67,8); davon 25% seit 10,7 Monaten und 50% bereits seit 31,5 Monaten.

Bezüglich der Pflegestufen der Studienteilnehmer zeigen die in der Pflegedokumentation zum Stichtag vermerkten Einstufungen folgende Häufigkeiten: Ein Studienteilnehmer (1,8%) war keiner Pflegestufe zugeordnet, 23 (41,1%) hatten Pflegestufe I, 19 (33,9%) Pflegestufe II, 12 (21,4%) Pflegestufe III, ein Studienteilnehmer hatte die Zuordnung eines Härtefalls.

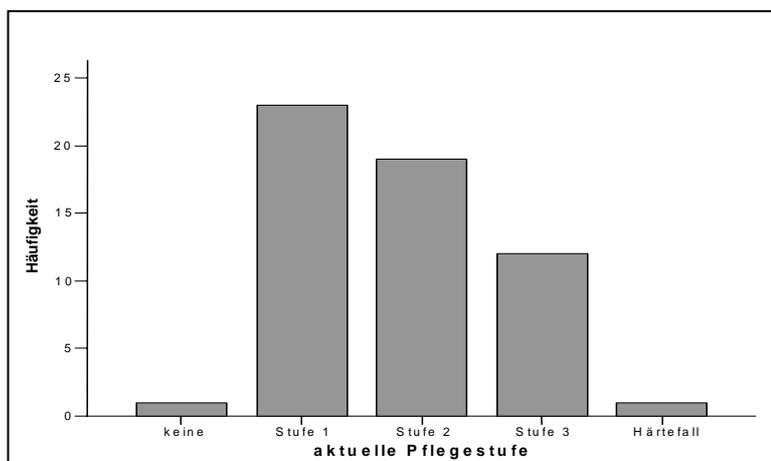


Abbildung 5.4: Häufigkeitsverteilung – Einteilung der Bewohner in die verschiedenen Pflegestufen

### ***Heimeinzug und Probewohnen***

Die Heimdokumentationen belegen, dass für viele Heimbewohner der Umzug in ein Pflegeheim plötzlich und unvorbereitet kam. Aus der Untersuchungsgruppe kamen 36 Bewohner direkt nach einem Krankenhausaufenthalt in das Pflegeheim, und nur 2 Bewohner nahmen ein „Probewohnen“ in Anspruch.

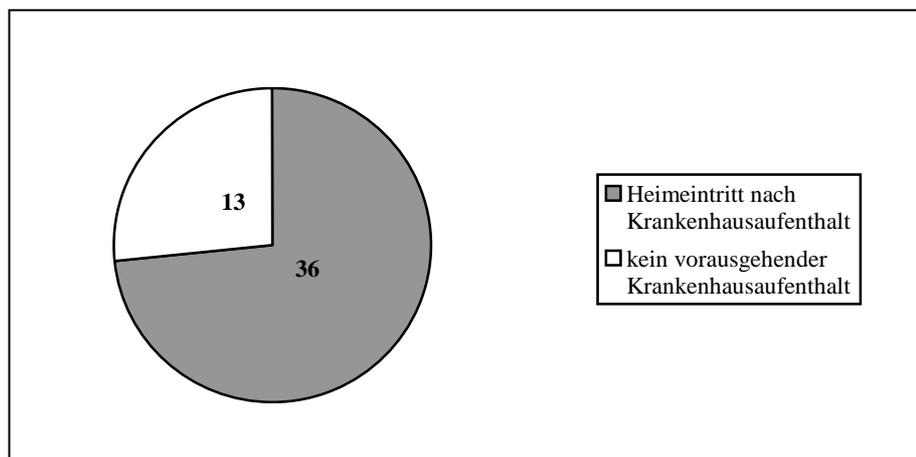


Abbildung 5.5: Häufigkeitsverteilung – Heimeintritt nach vorausgegangenem Krankenhausaufenthalt (bei 7 Teilnehmern keine Angabe)

### Ärztliche Versorgung

54 (96,4 %) der Studienteilnehmer sind in der GKV versichert, während die übrigen 2 ( 3,6 %) privat krankenversichert sind.

Mit dem Einzug ins Pflegeheim folgt für die meisten Studienteilnehmer auch der Wechsel des vertrauten Arztes. Insgesamt haben nur 6 (14,3%) der betrachteten Heimbewohner ihren Hausarzt nach dem Heimeintritt beibehalten, während kein einziger Heimbewohner seinen Neurologen/Psychiater beibehalten hat. Hingegen haben 36 (85,7 %) Heimbewohner ihren Hausarzt gewechselt , ebenso wie 6 (100 %) Heimbewohner ihren Neurologen nach dem Heimeintritt gewechselt haben.

#### Hausarzt nach Heimeintritt beibehalten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	36	64,3	85,7	85,7
	Ja	6	10,7	14,3	100,0
	Gesamt	42	75,0	100,0	
Fehlend	keine Angabe	8	14,3		
	trifft nicht zu	6	10,7		
	Gesamt	14	25,0		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 5.1: Häufigkeitsverteilung zu der Frage, wie viele Heimbewohner nach dem Heimeintritt den Hausarzt beibehalten haben.

### Psychiater, Neurologe nach Heimeintritt beibehalten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	6	10,7	100,0	100,0
Fehlend	keine Angabe	15	26,8		
	trifft nicht zu	35	62,5		
	Gesamt	50	89,3		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 5.2: Häufigkeitsverteilung zu der Frage, wie viele Heimbewohner nach dem Heimeintritt den Neurologen /Psychiater beibehalten haben.

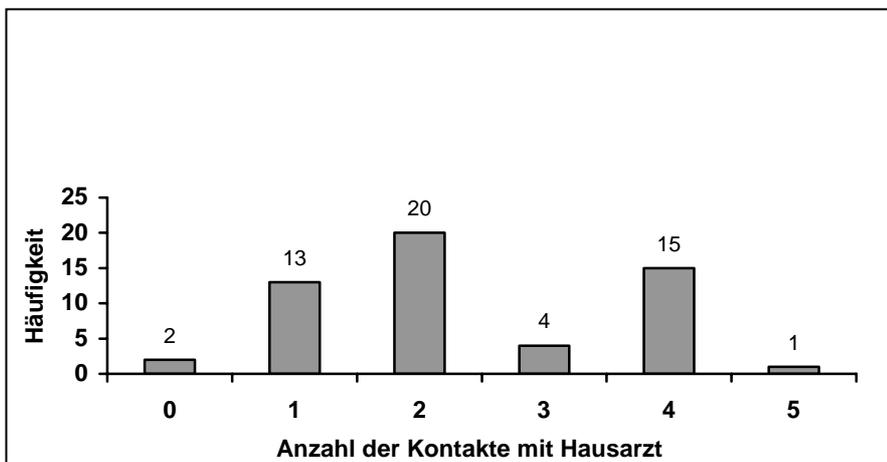


Abbildung 5.6: Häufigkeitsverteilung – Hausarztkontakte der vergangenen vier Wochen

Die meisten und regelmäßigsten Arztkontakte finden mit dem Hausarzt statt, nur zwei Bewohner hatten in den letzten vier Wochen keinen Kontakt; zu ihrem Neurologen bzw. Psychiater hatten dagegen 32 keinen und 20 Bewohner einen Kontakt, während bei einem Bewohner 4 Kontakte festgestellt werden konnte.

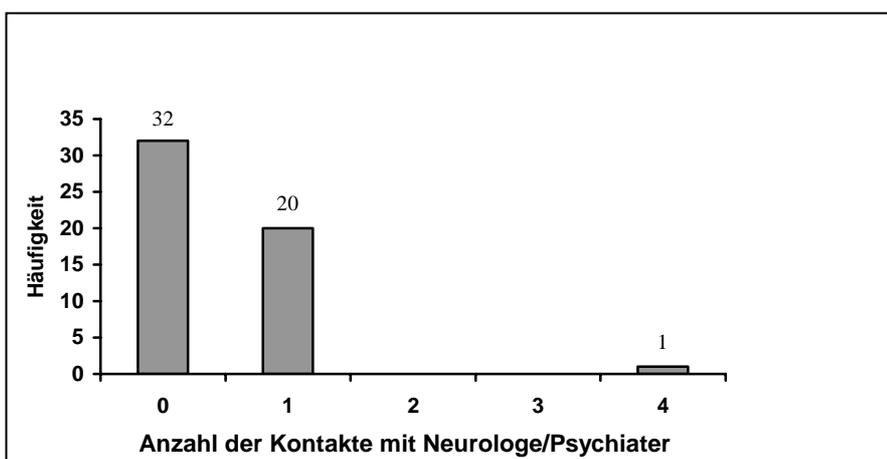


Abbildung 5.7: Häufigkeitsverteilung – Neurologe/Psychiater-Kontakte der vergangenen 4 Wochen

Überhaupt keine regelmäßige Behandlung durch einen Neurologen bzw. Psychiater erfahren 33 Bewohner.

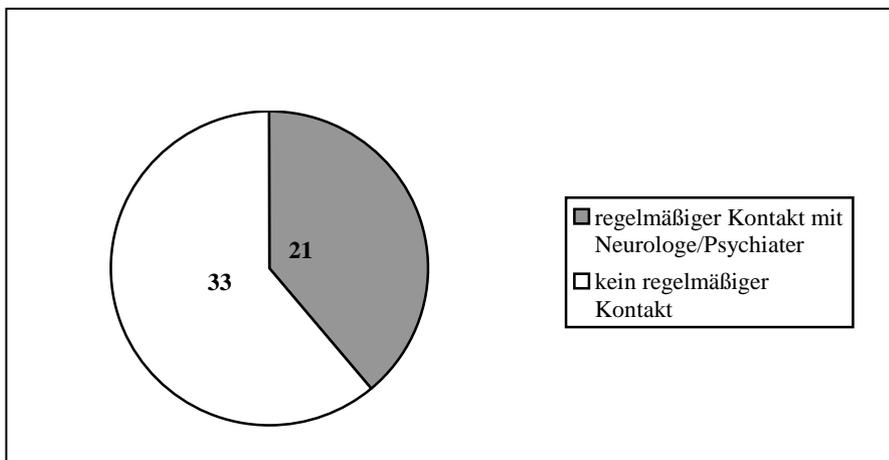


Abbildung 5.8: Häufigkeitsverteilung – regelmäßiger Kontakt mit Neurologe/Psychiater

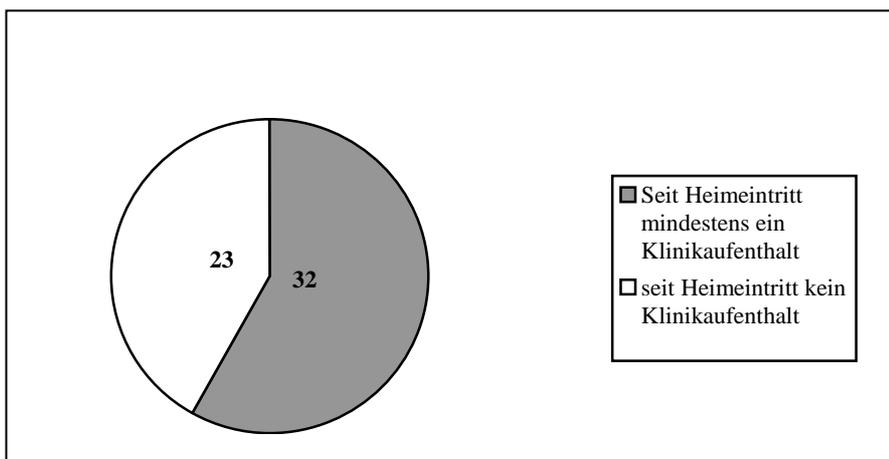


Abbildung 5.9: Häufigkeitsverteilung – Klinikaufenthalte seit Heimeinzug

### **Psychiatrische Diagnosen**

Die Studienteilnehmer ließen sich anhand der Heimdokumentation folgenden psychiatrischen Diagnosegruppen zuordnen: bei 25 Bewohnern fanden sich Hinweise auf eine Demenz, bei 8 war eine Depression diagnostiziert, bei 4 fanden sich sonstige psychiatrische Diagnosen, und bei 19 der betroffenen Heimbewohner lag keine psychiatrische Diagnose vor.

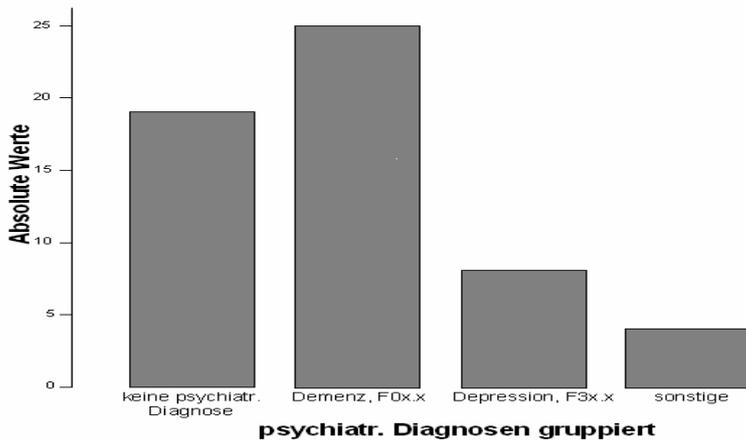


Abbildung 5.10: Häufigkeitsverteilung – Psychiatrische Diagnosen

In der vorliegenden Untersuchung zählt die Diagnose ‚Demenz‘ somit zu den häufigsten diagnostischen Einträgen in der Heimdokumentation. Bei den Einträgen wurden die folgenden Begrifflichkeiten (Wortlaut) verwendet:

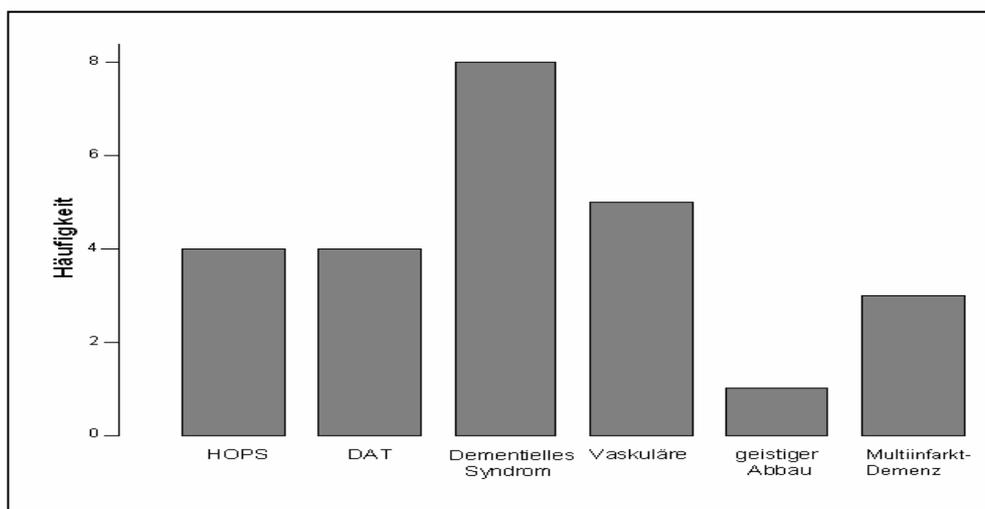


Abbildung 5.11: Häufigkeitsverteilung – Formen der Demenz

### **Wer verordnet Psychopharmaka?**

55,4 % der Psychopharmakaverordnungen wurden vom Arzt für Allgemeinmedizin/Internist verordnet, 19,6 % vom Neurologen; bei 14 Heimbewohnern (25 %) wurden Psychopharmaka von Vertretern beider Facharzttrichtungen verordnet.

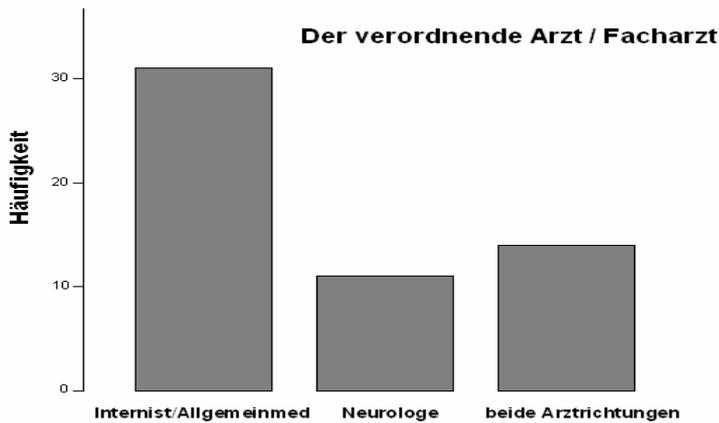


Abbildung 5.12: Häufigkeitsverteilung – der Psychopharmaka verordnende Arzt/Facharzt

Des Weiteren haben 5 Neurologen 44 Heimbewohner versorgt, wovon einer immerhin 33 Patienten alleine behandelt hat. Anders stellt sich die Situation bei den Allgemeinmediziner dar. Hier haben immerhin 12 verschiedene Allgemeinmediziner die 56 Patienten behandelt (von denen einer höchstens 15 Heimbewohner behandelte).

#### **Anzahl der Verordnungen pro Studienteilnehmer**

23 Heimbewohner (41,1 %) hatten eine Psychopharmakaverordnung, 22 (39,3 %) hatten zwei Verordnungen, 6 (10,7%) hatten drei Verordnungen, und 5 Bewohner (8,9 %) hatten vier Verordnungen.

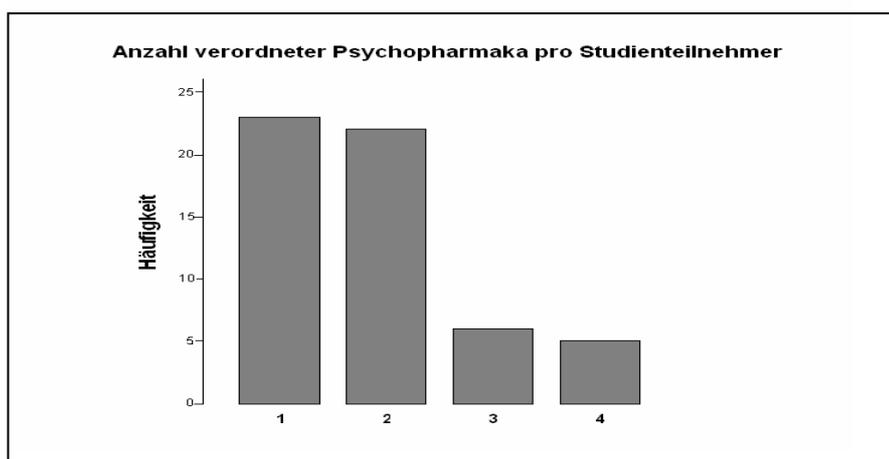


Abbildung 5.13: Häufigkeitsverteilung – Anzahl Psychopharmakaverordnungen pro Studienteilnehmer

### Welche Psychopharmaka wurden verordnet?

Von insgesamt 105 Psychopharmakaverordnungen (Fest- und Bedarfsmedikation) entfielen 7 (6,7 %) auf Antidementiva, 16 (15,2 %) auf Antidepressiva, 38 (36,2 %) auf Neuroleptika, 32 (30,5 %) auf Sedativa, Hypnotika und Benzodiazepine sowie 12 (11,4 %) auf sonstige Psychopharmaka.

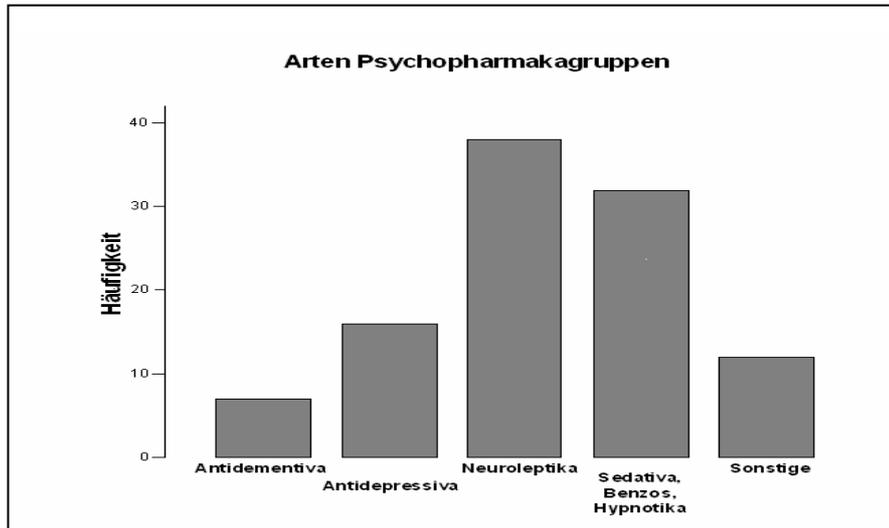


Abbildung 5.14: Häufigkeitsverteilung – Verordnungen nach verschiedenen Pharmakagruppen

Durch die Datenerhebung in den Pflegeakten im Altenpflegeheim stellte sich heraus, dass insgesamt 29 Heimbewohner Neuroleptika erhielten, wovon 18 lediglich ein Präparat erhielten, während 10 Heimbewohner zwei und 1 Heimbewohner sogar drei Neuroleptika erhielten. 27 der betrachteten Heimbewohner erhielten gar kein Neuroleptikum.

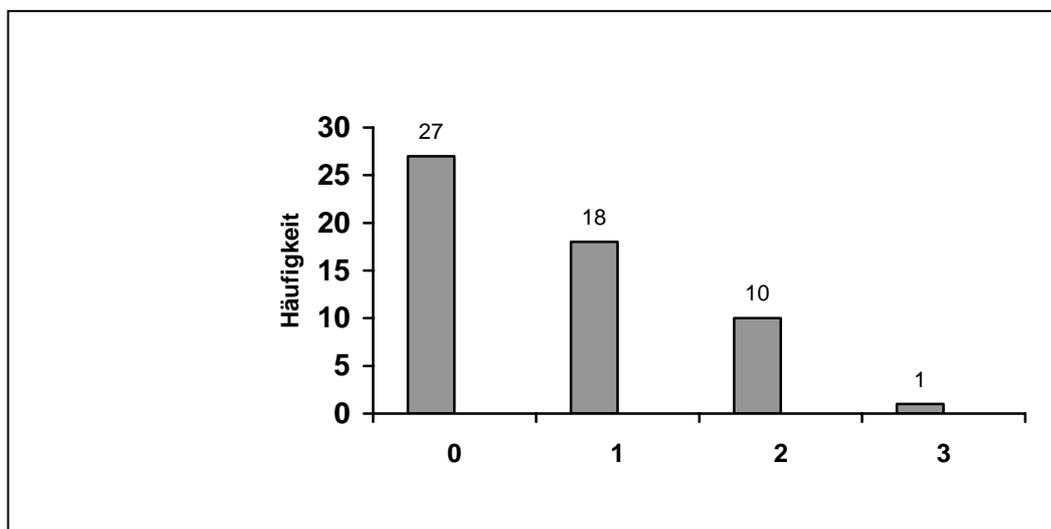


Abbildung 5.15: Häufigkeitsverteilung – Verordnung von Neuroleptika

Des Weiteren zeigte sich, dass von den 56 Heimbewohnern immerhin 24 Psychopharmaka aus der Gruppe der Sedativa, Hypnotika, Benzodiazepine verordnet bekommen haben. Davon erhielten 20 Heimbewohner lediglich ein Präparat, während bei 4 Heimbewohnern immerhin gleichzeitig 2 Psychopharmaka aus dieser Arzneimittelgruppe verordnet wurden. Die übrigen 32 Heimbewohner haben kein solches Psychopharmakon verordnet bekommen.

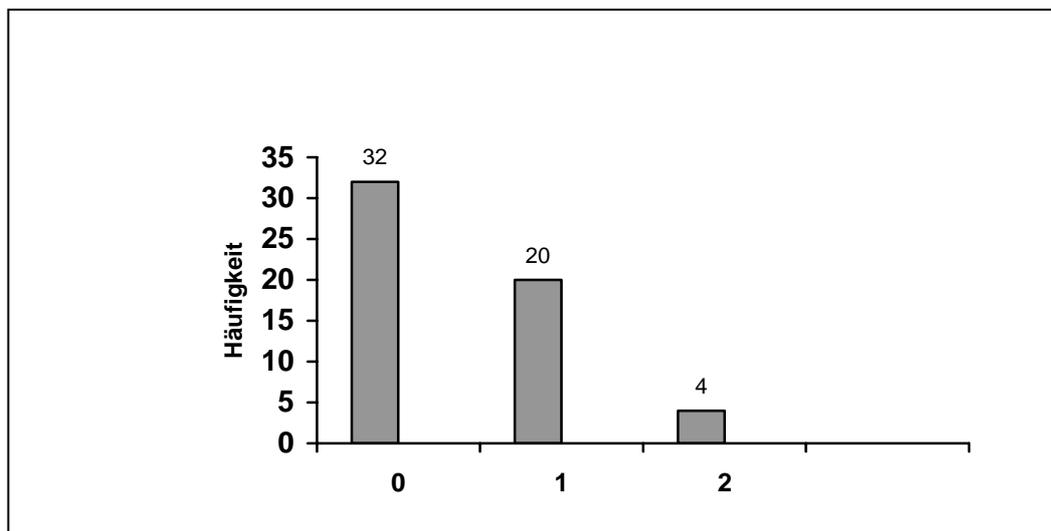


Abbildung 5.16: Häufigkeitsverteilung - Sedativa, Hypnotika, Benzodiazepine

Bei der Datenerhebung in dem untersuchten Altenpflegeheim wurde untersucht, wie viele der Heimbewohner ihre Psychopharmaka selbst verwalten bzw. anders gefragt, wie viele Heimbewohner ihre Psychopharmaka als eine Leistung der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekräfte verabreicht bekommen. Dabei stellte sich heraus, dass lediglich 2 Heimbewohner ihre Arzneimittel teilweise selbst verwalten.

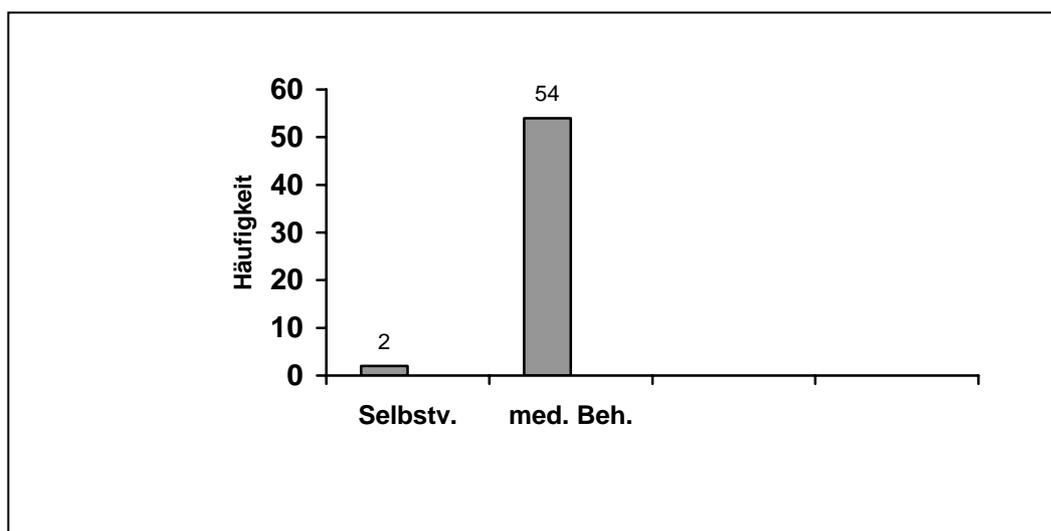


Abbildung 5.17: Häufigkeitsverteilung - Selbstverwaltung der Medikamente

Des Weiteren zeigte sich, dass bei den Pflegekräften in 6 von 23 Fällen Unsicherheiten im Umgang mit der Vergabe der Bedarfsmedikation der Psychopharmaka festgestellt werden konnten. Das zeigte sich darin, dass von der ärztlichen Definition des Bedarfsfalles abgewichen wurde. Bei weiteren 6 Fällen war keine Kontrolle möglich, da der ärztlich zu bestimmende Vergabezeitpunkt (bzw. der Bedarfsfall) nicht dokumentiert war.

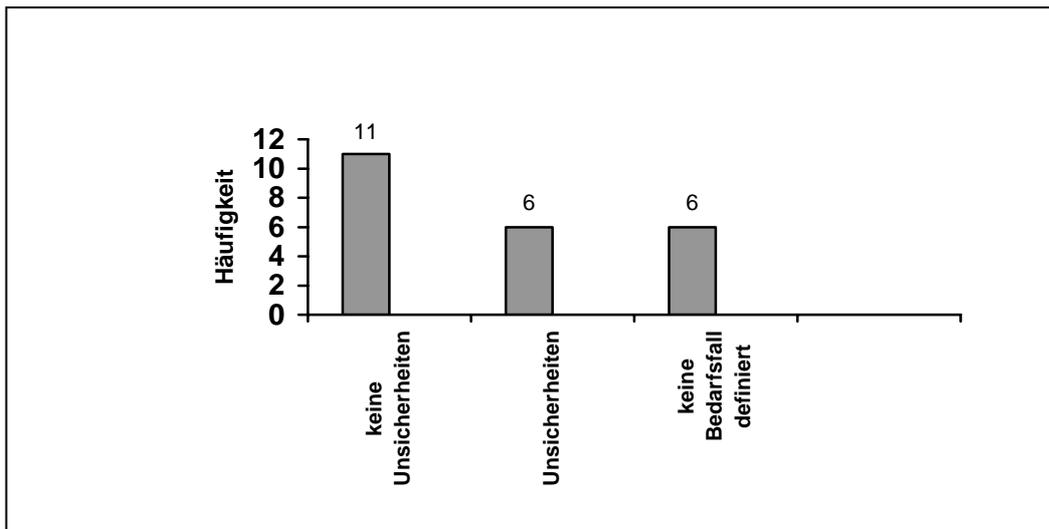


Abbildung 5.18: Häufigkeitsverteilung - Umgang der Pflegekräfte mit der Bedarfsmedikation..

### ***Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter für die Gesundheitsfürsorge***

Von den insgesamt 56 Heimbewohnern hatten 35 (62,5 %) einen gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten für die Gesundheitsfürsorge.

### ***Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit der Heimbewohner durch die Pflegekräfte***

Die Pflegefachkräfte wurden unter Anleitung befragt, wie sie die Heimbewohner hinsichtlich ihrer jeweiligen Einwilligungsfähigkeit einschätzen. Dabei war erkennbar, dass diese sich in immerhin 9 der 56 Fälle (16,1 %) nicht sicher waren, wie es mit der Einwilligungsfähigkeit der Heimbewohner bestellt ist. In diesen Fällen antworteten die Pflegenden auf die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit der Heimbewohner in 5 Fällen mit „eher nein“, in 2 Fällen mit „unklar“ und in 2 Fällen mit „eher ja“.

### ***Allgemeinzustand und Ernährungszustand***

Die Informationen zum Allgemeinzustand des Bewohners wurden aus den Pflegedokumentationen übernommen.

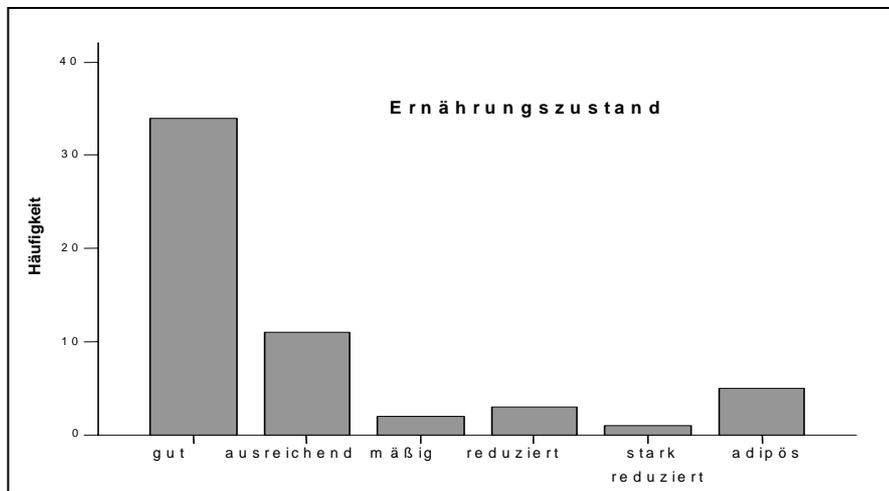


Abbildung 5.19: Häufigkeitsverteilung – Ernährungszustand

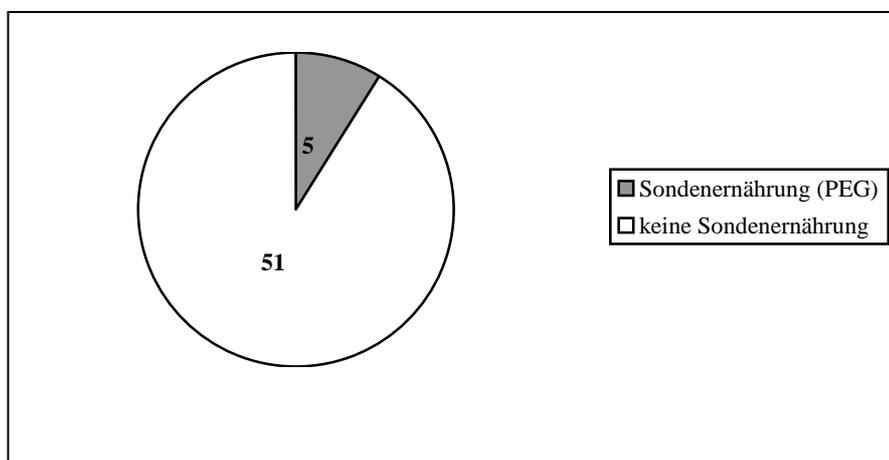


Abbildung 5.20: Häufigkeitsverteilung – Sondenernährung

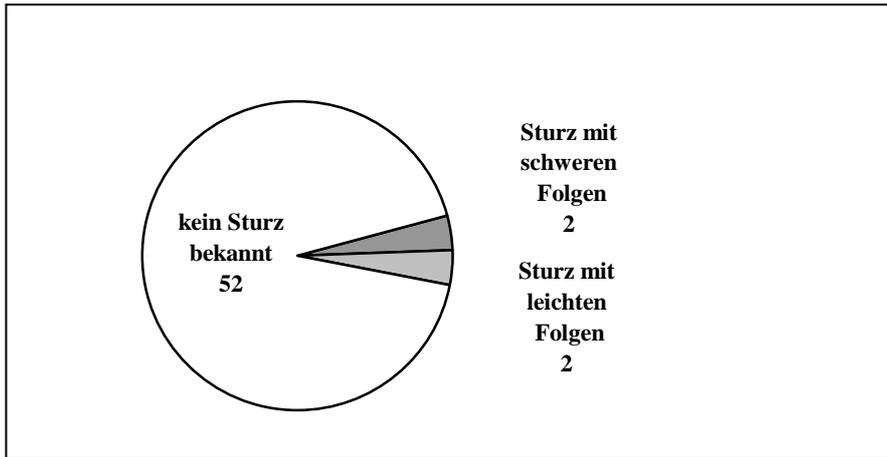


Abbildung 5.21: Häufigkeitsverteilung – Stürze innerhalb von 4 Wochen vor Untersuchung.

Bei der Beurteilung der **sensorischen Beeinträchtigungen** der Heimbewohner wurde die Heimdokumentation zugrunde gelegt. Das Sehvermögen wurde bei 17 Bewohnern als gut und bei 38 als schlecht (einschließlich einem blinden Heimbewohner) angegeben. Von den 41 Bewohnern mit Sehhilfen waren 27 in der Lage, damit adäquat umzugehen.

Beim Hörvermögen verfügen 32 Heimbewohner über ein gutes und 22 über ein schlechtes. Hörhilfen sind nur bei 8 Bewohnern vorhanden.

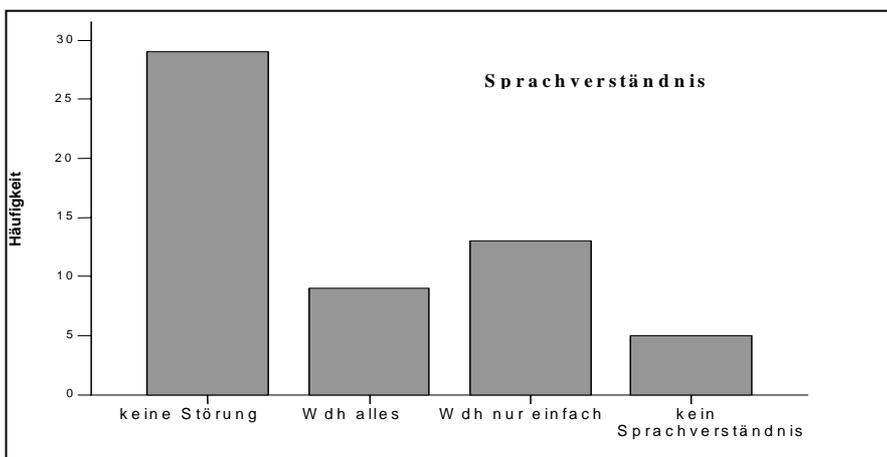


Abbildung 5.22: Häufigkeitsverteilung – Sprachverständnis

### ***Kognitiver Status***

Der kognitive Status der Studienteilnehmer wurde in der vorliegenden Untersuchung zum einen mit dem Mini-Mental Status Test (MMST/Folstein et al.,1975) erfasst. Hierbei zeigte sich, dass 19 Heimbewohner (33,9%) schwere kognitive Beeinträchtigungen, 8 Bewohner (14,3%) mittelschwere kognitive Beeinträchtigungen, 6 Bewohner (10,7%) leichte kognitive Beeinträchtigungen und 9 Bewohner (16,1%) nicht näher bestimmte kognitive Beeinträchtigungen hatten; bei 10 Heimbewohnern (17,9%) lagen keine kognitiven Beeinträchtigungen vor.

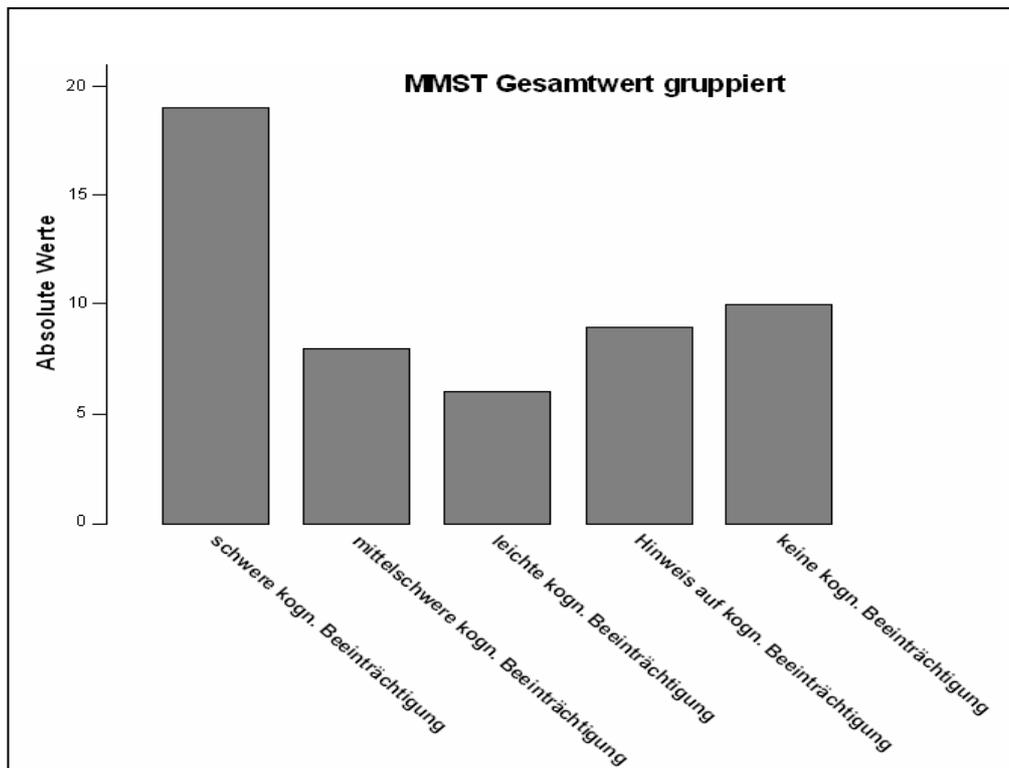


Abbildung 5.23: Häufigkeitsverteilung – Kognitiver Status nach Mini-Mental Status Test

Der Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung wurde in der vorliegenden Untersuchung zum anderen auch mit der Global Deterioration Scale erfasst. Hier zeigen sich ähnliche Ergebnisse wie beim MMST: 16 Heimbewohner haben schwere und sehr schwere kognitive Einbußen, 8 Bewohner mittelschwere und 13 Bewohner geringe und mäßige kognitive Einbußen, weitere 8 Bewohner haben zweifelhafte und nur 6 Bewohner keine kognitiven Beeinträchtigungen.

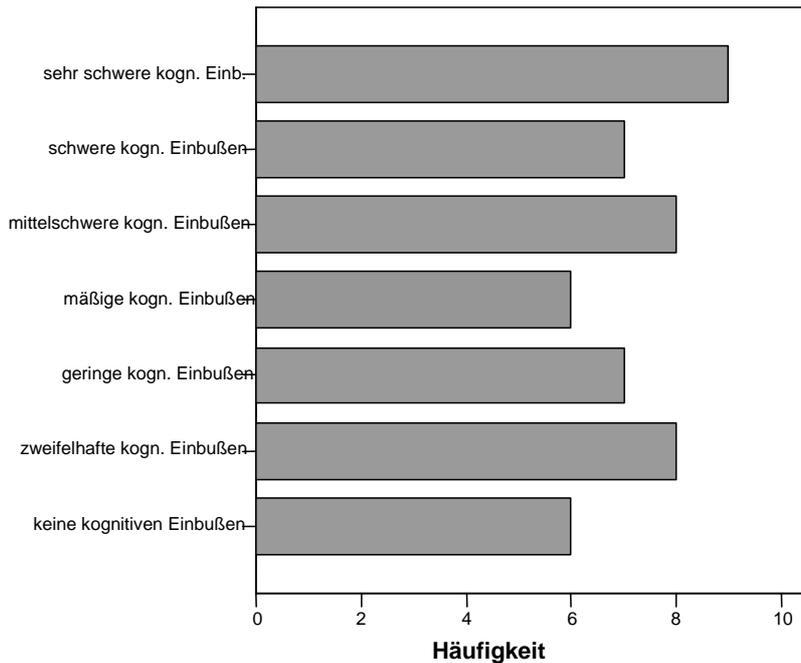


Abbildung 5.24: Häufigkeitsverteilung – Globale Schweregradeinschätzung nach Global Deterioration Scale

### Depression

Zur Erfassung und Schweregradeinschätzung einer depressiven Symptomatik wurde die geriatrische Selbsteinschätzungsskala eingesetzt (GDS), die auch von Bewohnern mit leichten bis mittelschweren kognitiven Beeinträchtigung zur Beurteilung herangezogen werden kann. Einschätzungen von 40 Bewohnern lagen vor. Dabei ergab der Gesamtscore von 24 Bewohnern keinen Hinweis auf eine Depression, während bei 13 eine leichte bis mäßige und bei 3 Heimbewohnern sogar eine schwere depressive Symptomatik vorlag.

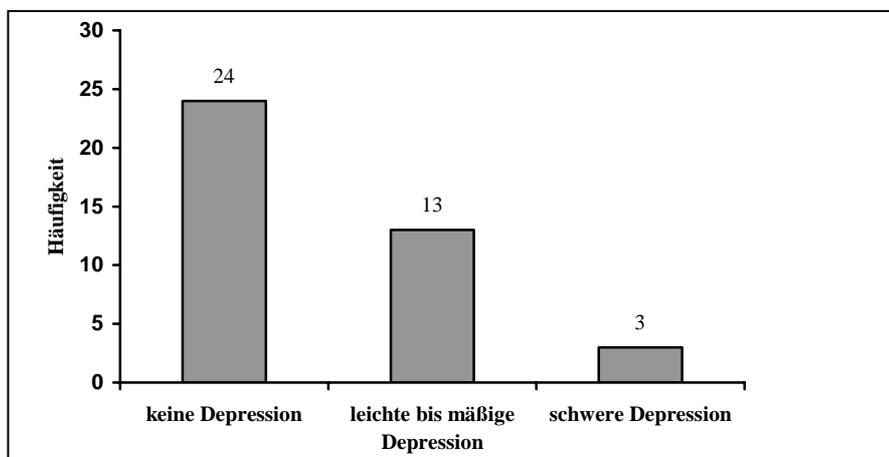


Abbildung 5.25: Depression-Selbstbeurteilung – Anzahl und Schwere der depressiven Symptomatik bei 40 Bewohnern erfasst mit der GDS (16 Teilnehmer: keine Angaben)

Es zeigten sich Unterschiede zwischen den fünf Wohnbereichen und der depressiven Stimmung: Die mittlere Differenz zwischen den Gruppen ist auf dem 5%-Niveau signifikant. Da die Gruppengrößen nicht identisch sind, ist der Aussagewert einzuschränken. Es zeigte sich jedoch eine deutliche Tendenz, dass sich die Bewohner auf dem Wohnbereich 5 im Mittel als weniger depressiv beschreiben.

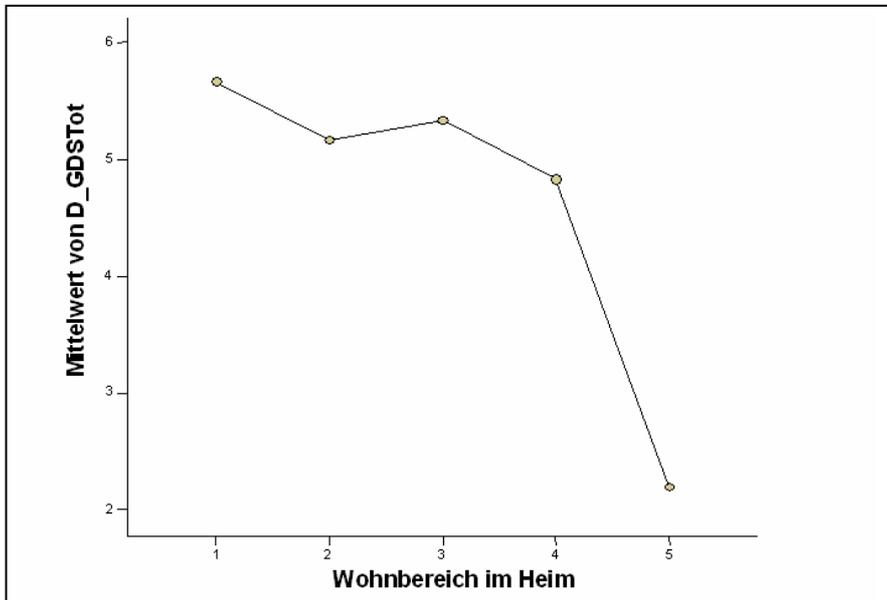


Abbildung 5.26: Mittelwertdiagramm – Wohnbereich / Depressive Stimmung

### *Heimeinzug als kritisches Lebensereignis*

Bewohner, die anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes ins Heim umgezogen sind, stellen sich auf der GDS im Durchschnitt depressiver dar als Bewohner, die von zuhause ins Heim umgezogen sind (signifikant auf 1% Niveau). Sie zeigen auch Unterschiede in der Ängstlichkeit, der Schwere und Häufigkeit der Angst und dem daraus resultierenden pflegerischen Mehraufwand (gemessen mit dem NPI-INST).

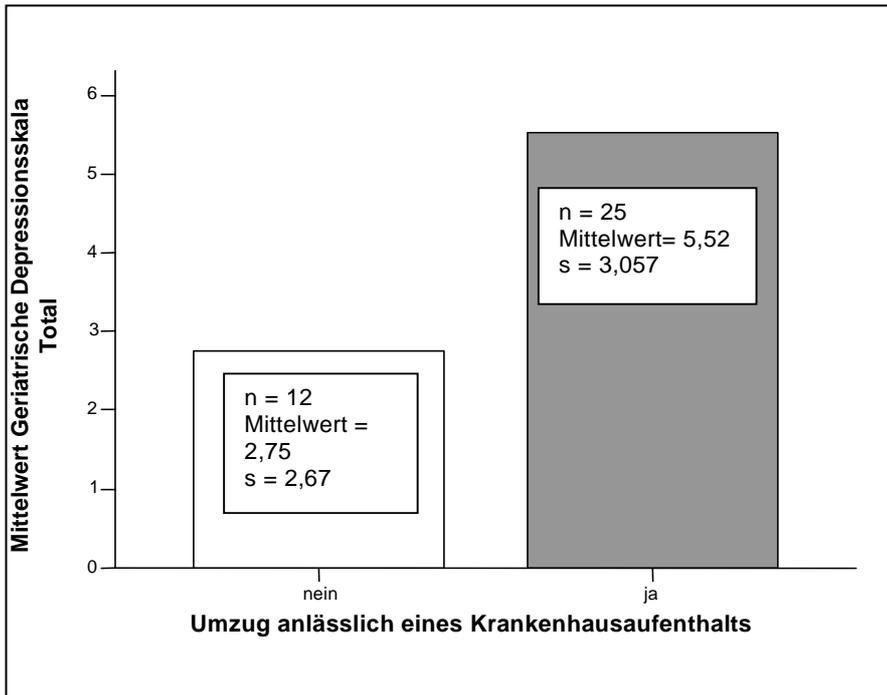


Abbildung 5.27: T-Testvergleich von Mittelwerten ( $p < 0,05$ )

Heimbewohner mit Umzug in das Pflegeheim anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes sind im Mittel signifikant depressiver als Bewohner ohne diesen Anlass ( $t=2.683$   $df=35$   $p=0,011$ ).

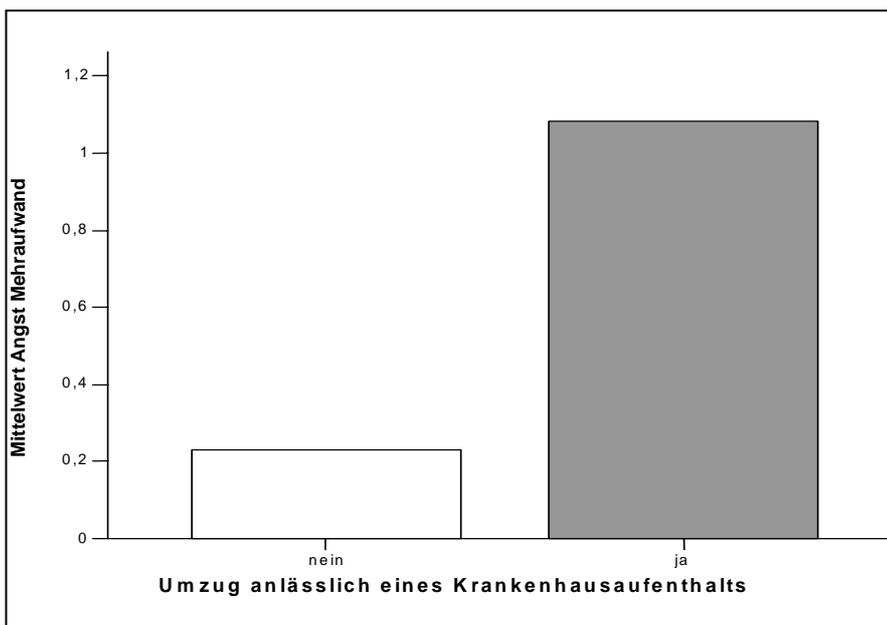


Abbildung 5.28: T-Testvergleich von Mittelwerten ( $p < 0,05$ )

Bewohner, die direkt aus dem Krankenhaus ins Heim zogen, zeigten signifikant ( $p < 0,05$ ) häufiger und ausgeprägter Angstzustände: Von 36 Bewohnern, die direkt aus dem Krankenhaus ins Heim zogen, weisen 15 im NPI-Score Ängstlichkeit auf; bei 13 Bewohnern, die nicht aus dem Krankenhaus ins Heim kamen, zeigt nur einer im NPI-Score Ängstlichkeit.

### ***Lebensqualität***

Die Einschätzung der Bewohner im Hinblick auf ihre derzeitige Lebenssituation bezogen auf 13 Einzelaspekte ihrer Lebensqualität wurde mit dem Eindruck des Pflegepersonals von der derzeitigen Situation des Heimbewohners verglichen: Die eigene Situation wurde von den Heimbewohnern in 12 Aspekten positiver eingeschätzt als die vergleichbare Beschreibung der Pflegekräfte. Die Beurteilung des Ortes, an dem sie momentan leben ( $p < 0,05$ ), die Zufriedenheit mit dem Gedächtnis ( $p < 0,01$ ) und die Einschätzung ihres Lebens im Ganzen ( $p < 0,01$ ) weisen die deutlichsten Unterschiede auf. Die Einschätzung der Alltagsbewältigung wird sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung am negativsten beurteilt und als Grund für den Umzug ins Pflegeheim negativ assoziiert.

Item	Beurteilug	Mittelwert	Standardab- weichung	N	Sig. (2-seitig) <sup>1)</sup>
1. Körperl. Gesundheitszustand	Selbst	1,97	0,609	36	0,539
	Fremd	1,89	0,575		
2. Energie/Tatkraft	Selbst	1,94	0,791	36	0,585
	Fremd	1,86	0,683		
3. Stimmungslage	Selbst	2,25	0,770	36	0,524
	Fremd	2,14	0,723		
4. Lebenssituation	Selbst	2,42	0,806	36	0,044*
	Fremd	2,08	0,500		
5. Gedächtnis	Selbst	2,58	0,902	33	0,002*
	Fremd	1,94	0,788		
6. Familie	Selbst	2,67	1,109	27	0,460
	Fremd	2,52	0,802		
7. Ehe	Selbst	2,67	0,577	3	0,057
	Fremd	1,33	0,577		
8. Freunde	Selbst	2,06	1,197	17	0,289
	Fremd	1,76	0,903		
9. Die eigene Person insgesamt	Selbst	2,27	0,674	33	0,147
	Fremd	2,03	0,529		
10. Fähigkeit zur Verrichtung der Hausarbeit	Selbst	1,40	0,645	25	1,000
	Fremd	1,40	0,645		
11. Fähigkeit Dinge zu tun, die Freude machen	Selbst	2,27	0,801	33	0,110
	Fremd	1,94	0,827		
12. Umgang mit Geld	Selbst	1,77	1,020	22	0,088
	Fremd	1,41	0,734		
13. Die eigene Lebenssituation insgesamt	Selbst	2,39	0,747	33	0,001*
	Fremd	1,82	0,528		

1) t-Test für abhängige Stichproben

2) die relativ geringen Stichprobengrößen (n) ergeben sich dadurch, dass für den Vergleich mittels t-Test für abhängige Stichproben für jeden Bewohner der in den Vergleich eingeht, sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilung vorliegen müssen.

*Tabelle 5.3: Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung von verschiedenen Aspekten der Lebensqualität gemessen mit Qol-AD/ (Logsdon et. al 1999)*

### Psychopathologische Symptome

Erhoben wurden die Beobachtungen durch das Pflegepersonal über die Heimbewohner zur Orientierung, zu abendlicher Verwirrtheit, Schlafproblemen, Alkohol- und Tabakkonsum, Kooperationsverhalten und Sicherheitsmaßnahmen. Alle Angaben bezogen sich auf die vergangenen vier Wochen.

### Orientierung

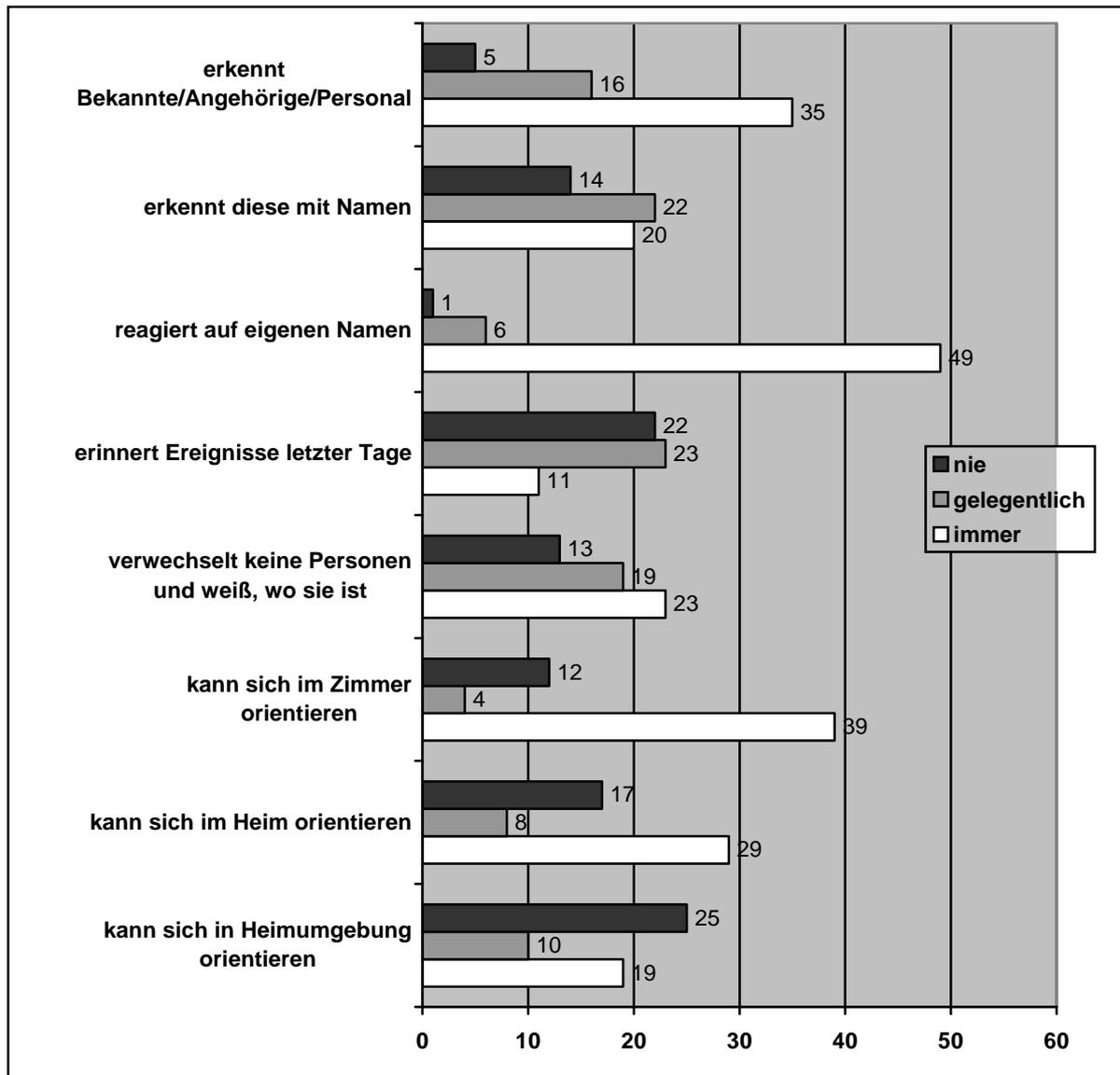


Abbildung 5.29: Häufigkeitsverteilung – Orientierung

### Abendliche Verwirrtheit („sun-downing“)

Sieben (12,5 %) Bewohner erscheinen in der Dämmerung oder gegen Abend verwirrter als zu anderen Tageszeiten.

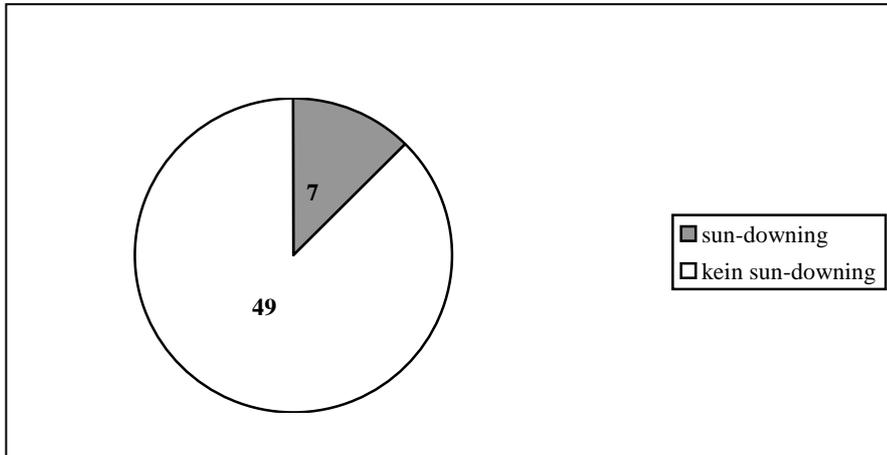


Abbildung 5.30: Häufigkeitsverteilung – abendliche Verwirrtheit

### Schlafprobleme

Es gibt 15 Bewohner, die nachts durch auffälliges Verhalten stören und 37/56, die nie nachts stören.

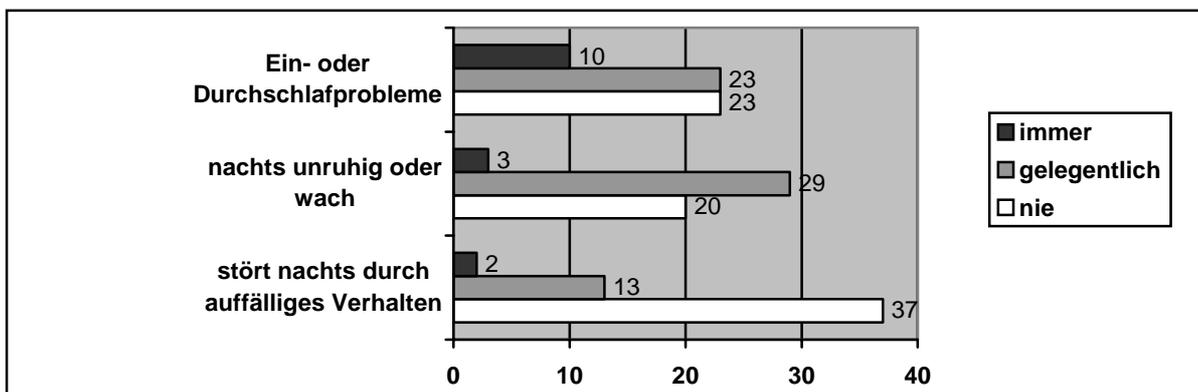


Abbildung 5.31: Häufigkeitsverteilung – Schlafprobleme

### Alkoholkonsum

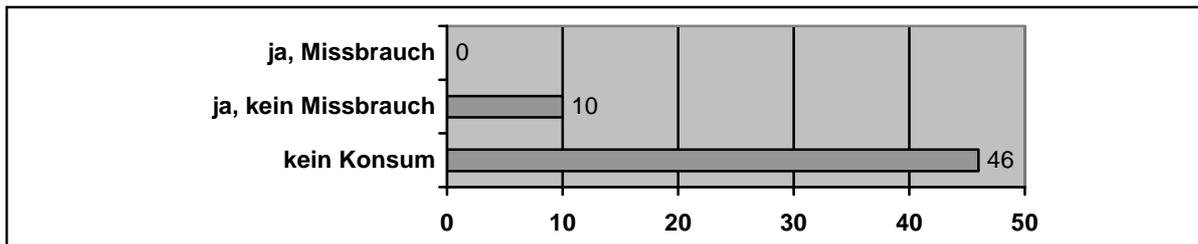


Abbildung 5.32: Häufigkeitsverteilung – Alkoholkonsum

### Tabakkonsum

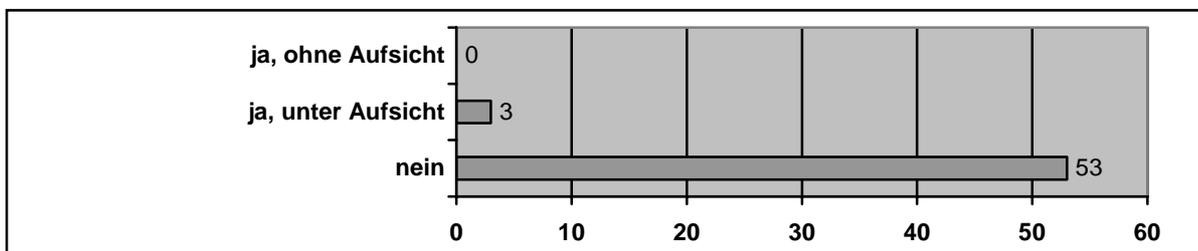


Abbildung 5.33: Häufigkeitsverteilung – Tabakkonsum

### Kooperationsverhalten

In der Kooperation mit dem Pflegepersonal zeigten 19 (33,9 %) der 56 Bewohner aus Sicht der Pflegenden in den letzten vier Wochen Probleme hinsichtlich der Kooperation.

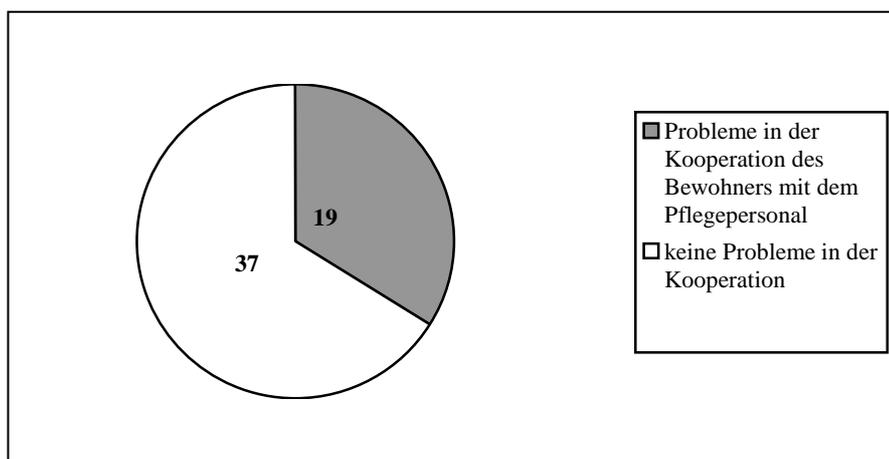


Abbildung 5.34: Häufigkeitsverteilung – Problem in der Kooperation Bewohner-Pflegepersonal

### **Sicherheitsmaßnahmen**

Fixiergurte oder andere Sicherungsvorrichtungen kamen nach Aussagen des Pflegepersonals in den vergangenen Monaten bei 54/56 Bewohnern niemals zur Anwendung. Dagegen wurde ein Bettgitter zum Schutz bei 22/56 Bewohnern häufig eingesetzt.

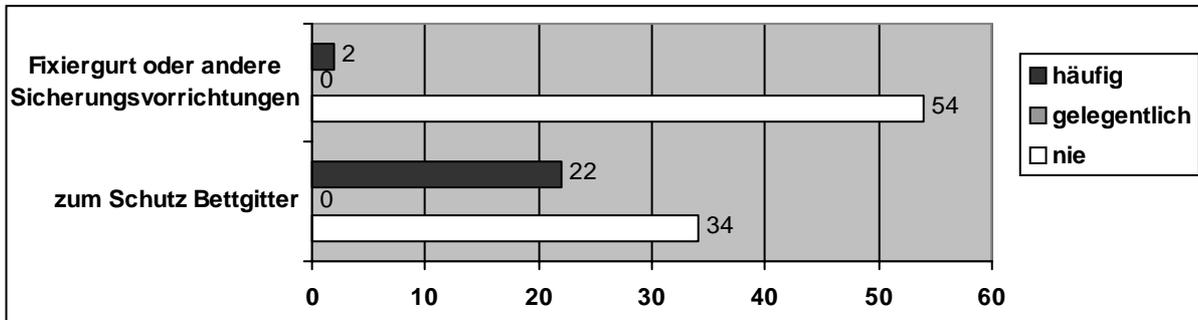


Abbildung 5.35: Einsatz von Sicherheitsmaßnahmen (mechanischen Restriktionen) nach Aussage des Pflegepersonals

## Einschätzung basaler Selbsterhaltungsfunktionen

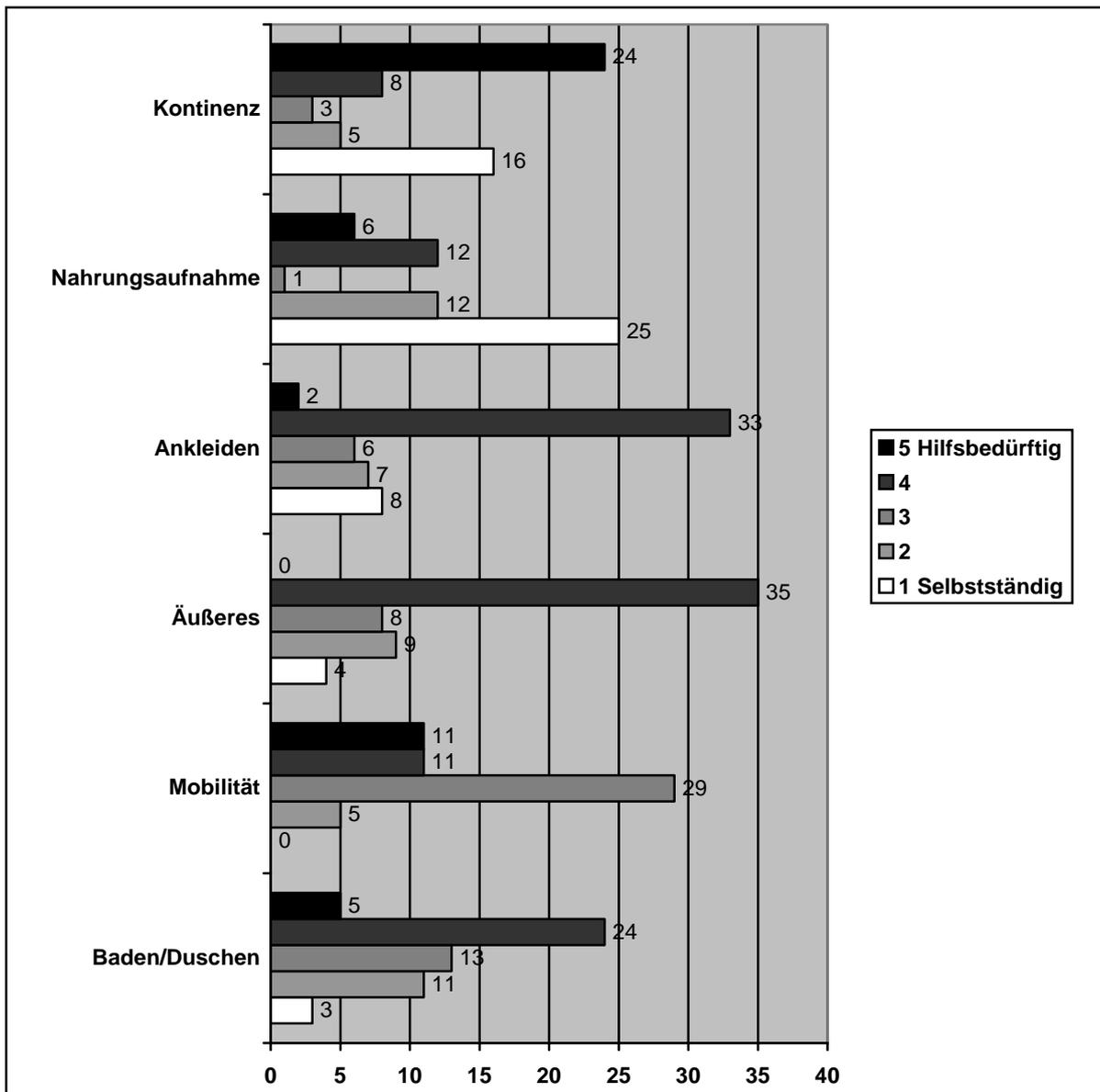


Abbildung 5.36: Häufigkeitsverteilung – Basale Selbsterhaltungsfunktionen

## Soziale Situation und Aktivitäten

### Soziale Situation in den letzten vier Wochen

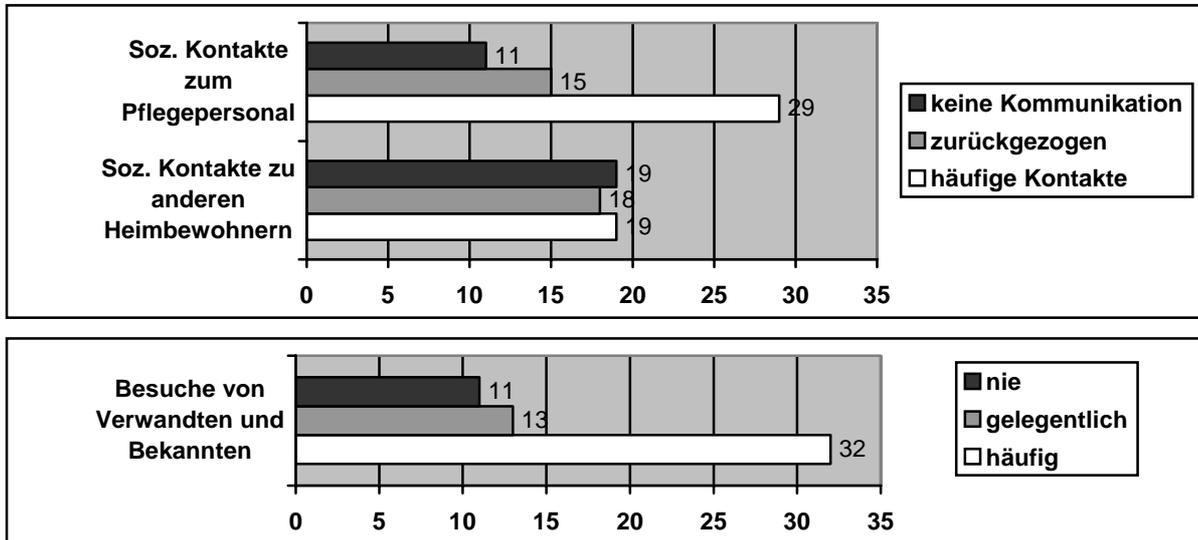


Abbildung 5.37: Häufigkeitsverteilung – soziale Kontakte

Die wichtigsten Ansprechpartner außerhalb des Pflegeheimes sind für die Bewohner die eigenen Kinder (39,3%), gefolgt von sonstigen Kontaktpersonen (25%), Verwandten (16,1%), Partnern und Freunden (jeweils 8,9%) und Nachbarn (1,8%).

### Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen

Die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen findet überwiegend in der Unterstützung bei der Betreuung (66,1% bzw. 28,6%) wie Spazieren gehen, Gespräche usw. statt und weniger bei pflegerischen (17,9 % bzw. 8,9%) oder hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (17,9% bzw. 3,6%).

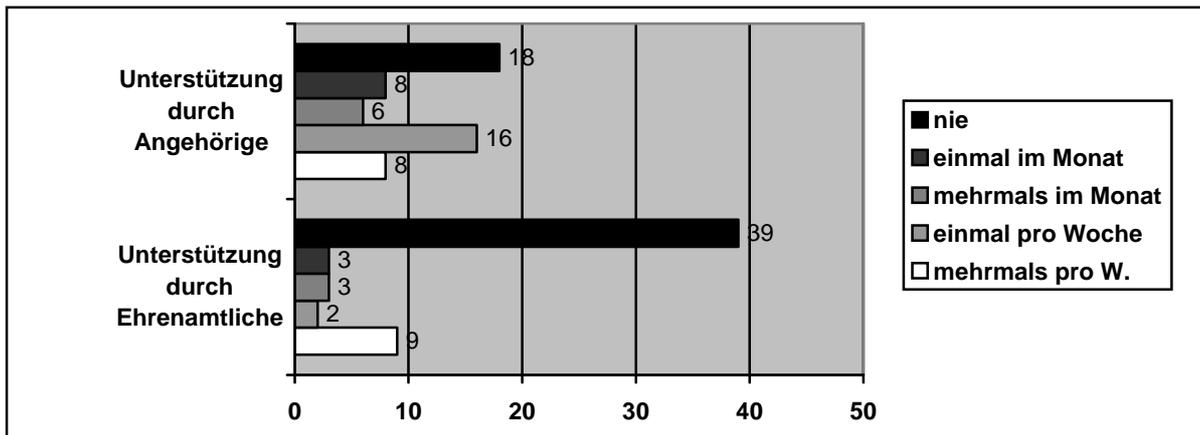


Abbildung 5.38: Umfang der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen

### Aktivitäten der Heimbewohner

Die folgenden Grafiken zeigen Art und Häufigkeit der Aktivitäten der Heimbewohner (incl. Teilnahme an Gruppenangeboten) in den vergangenen Monaten nach Einschätzung des Pflegepersonals.

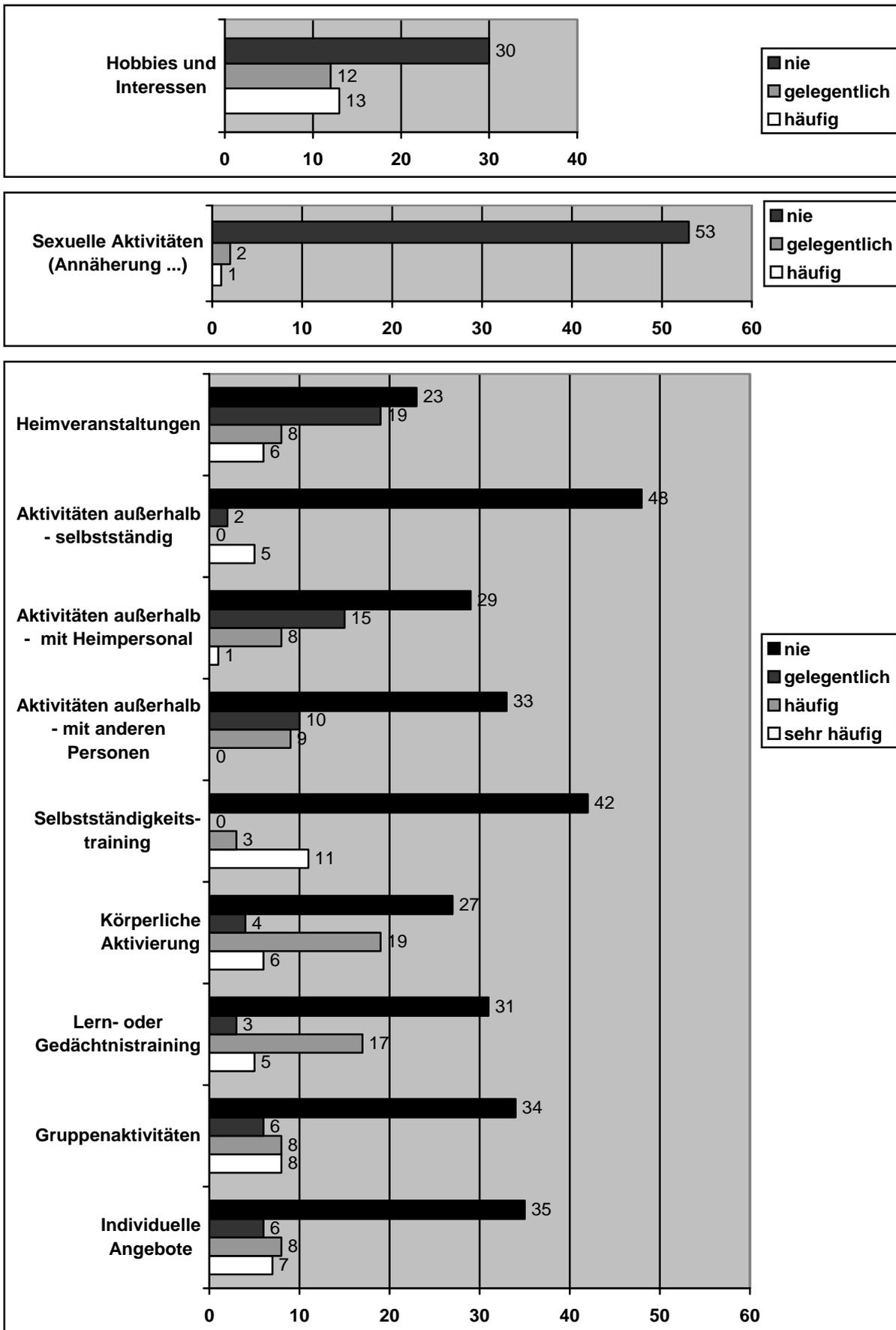


Abbildung 5.39: Häufigkeitsverteilungen – Aktivitäten

***Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologische Symptome bei den Heimbewohnern erfasst durch das NPI***

Die folgende Abbildung gibt wieder, bei wie vielen Heimbewohnern in den vergangenen Wochen Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologische Symptome auftraten. Die Einschätzung erfolgte durch das Pflegepersonal unter Verwendung des Neuropsychiatrischen Inventars (NPI).

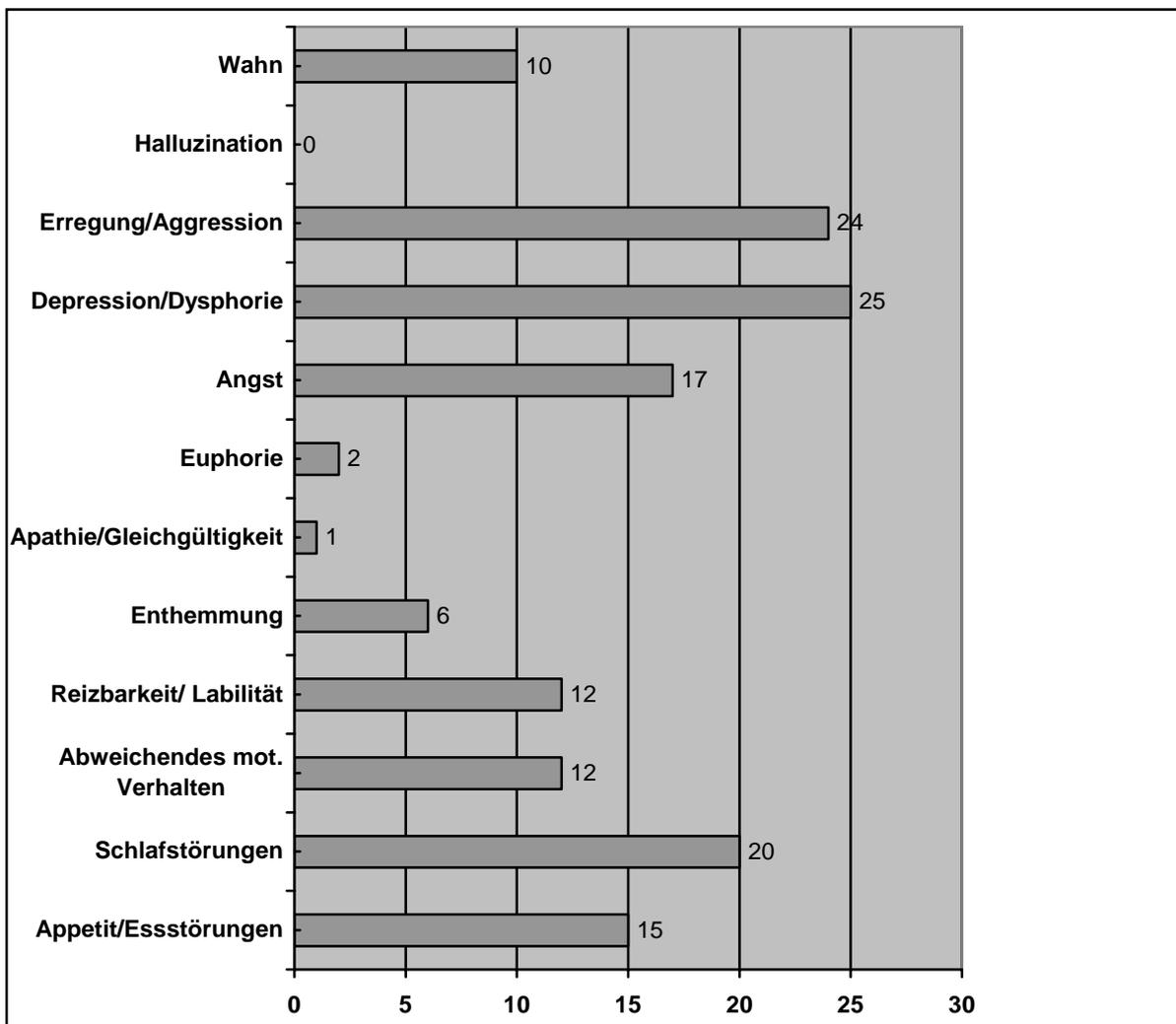


Abbildung 5.40.: Auftreten psychopathologischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten erfasst mit dem NPI-INST

Im weiteren wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten von „störenden Verhalten“ und dem Einsatz sedierender Medikamente untersucht. Hierzu wurden diejenigen Bewohner mit „störenden“ Verhalten in den vergangenen Wochen mit den übrigen Bewohnern hinsichtlich der Einnahme sedierender Medikamente (Benzodiazepine, Neuroleptika) verglichen. Als „störendes Verhalten“ wurden dabei die Items Erregung/Aggression, Enthemmung und abweichendes motorisches Verhalten aus dem NPI-INST zusammen gefasst.

Dabei zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ( $p < 0,05$ ) zwischen „störenden Verhalten“ und der Einnahme sedierender Medikamentengruppen: d.h. Bewohner ohne Verhaltensauffälligkeiten wie Erregung/Aggression, Enthemmung und abweichendes motorisches Verhalten, bekommen eher keine sedierenden Medikamente, während Heimbewohner, die solche Verhaltensauffälligkeiten zeigen, eher 2 oder mehr sedierende Medikamente bekommen (es gibt aber auch vier Heimbewohner, die eine Verordnung über 2 oder mehr sedierende Medikamente erhielten und kein störendes Verhalten zeigen).

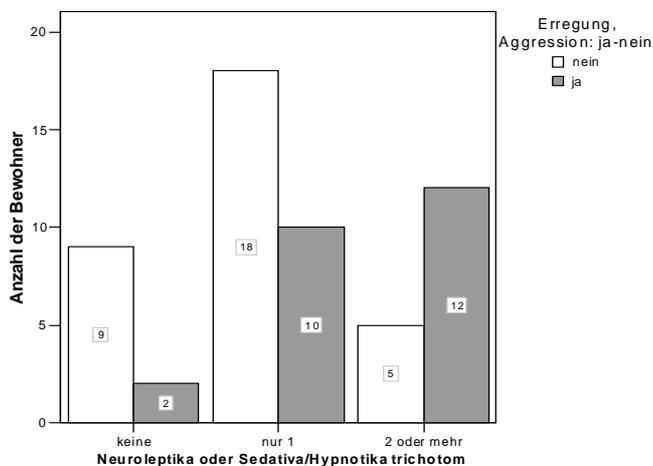


Abbildung 5.41: Häufigkeitsverteilung von Verordnungen sedierender Medikamente nach Anzahl der Medikamente und aggressivem Verhalten

## NPI- Mehraufwand

In der folgenden Abbildung ist dargestellt, inwiefern die mittels NPI beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten aus pflegerischer Sicht einen Mehraufwand in der Betreuung bedeuteten.

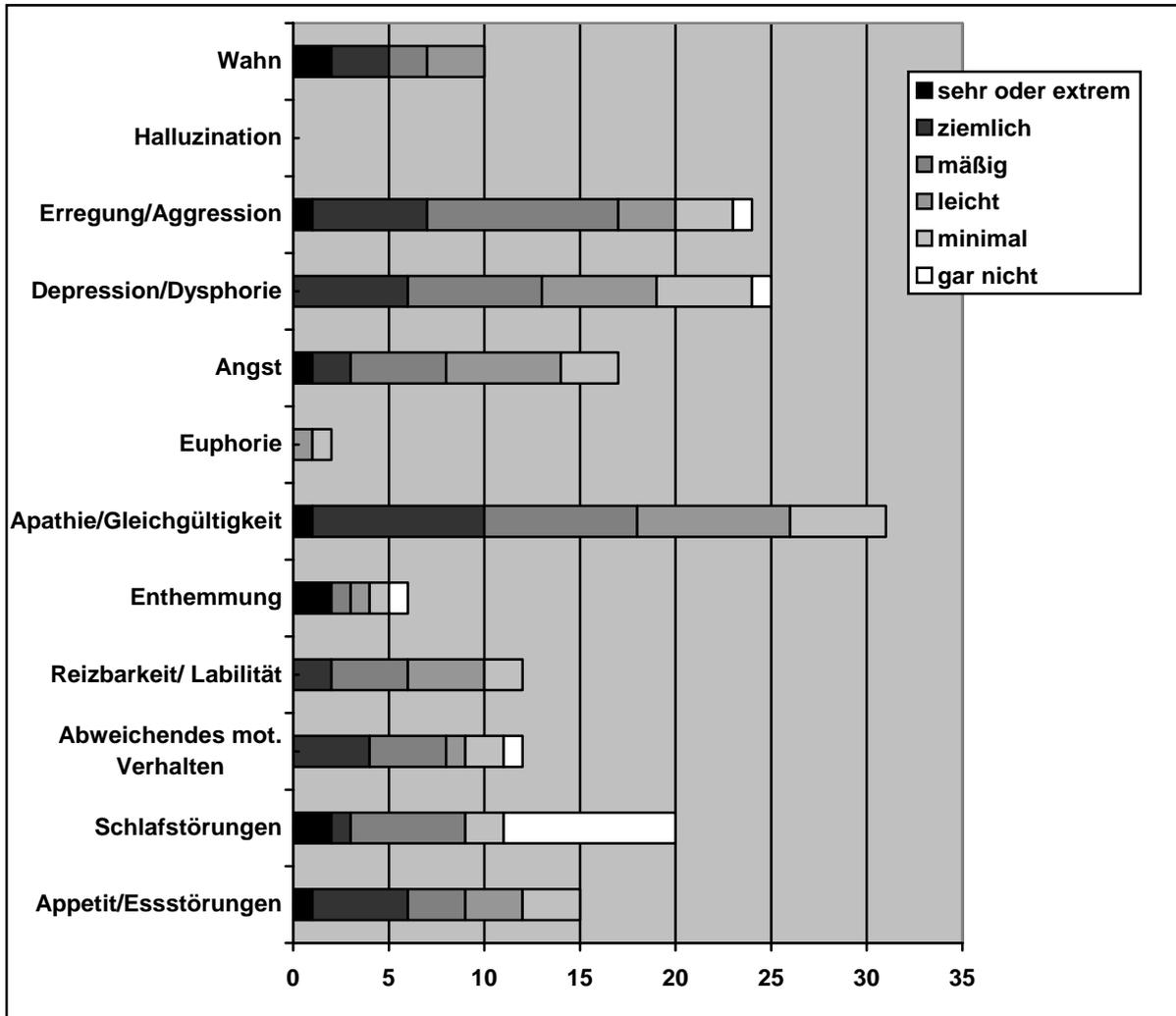


Abbildung 5.42: *Pflegerischer Mehraufwand durch das Auftreten psychopathologischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten erfasst mit dem NPI-INST*

## *Verhaltensauffälligkeiten in den letzten vier Wochen erfasst durch das CMAI*

Das mit dem Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) erfasste selbst- oder fremdaggressive Verhalten bei den Heimbewohnern der letzten vier Wochen stellt sich wie folgt dar:

Ingesamt 29 Studienteilnehmer (51,8 %) zeigen keine selbst- oder fremdaggressiven Verhaltensweisen (Schlagen, Treten, Schreien etc.). Diesen Personen stehen 27 „störende“ Personen mit Verhaltensauffälligkeiten gegenüber.

Als auffälliges Verhalten wird insgesamt zehn mal das Anfassen anderer (mit schmutzigen Händen), die Nahrungsverweigerung, das Ausführen von Manierismen, Klopfen, Klatschen etc., abweichende Ausdrucksformen (wie verbale Aggressivität oder Stöhnen) erfasst. Ein ständiges Suchen nach Zuwendung oder Hilfe wird seitens des Pflegepersonals bei 9 Bewohnern bemerkt, inadäquates Aus- oder Anziehen bei 8 und intensive Beweglichkeit bei 6 Bewohnern. Andere Verhaltensauffälligkeiten treten bei 1 bis 5 Heimbewohnern auf.

Vier Heimbewohner haben einen CMAI Gesamtscore von über 40 (41; 48; 71; 109), zeigen also ausgeprägtes selbst- und fremdgefährdendes Verhalten.

Im Gegensatz zu den oben dargestellten Ergebnissen zeigt sich statistisch diesmal kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten von störendem Verhalten und der Verordnung von sedierenden Medikamenten bei Heimbewohnern. Allenfalls bemerkenswert ist, dass die zwei Bewohner, die andere bespucken und weitere störende Verhaltensweisen zeigen (CMAI Gesamtscore 38 und 71), auch zu den 17 Bewohnern zu zählen sind, die zwei und mehr sedierende Medikamente einnehmen.

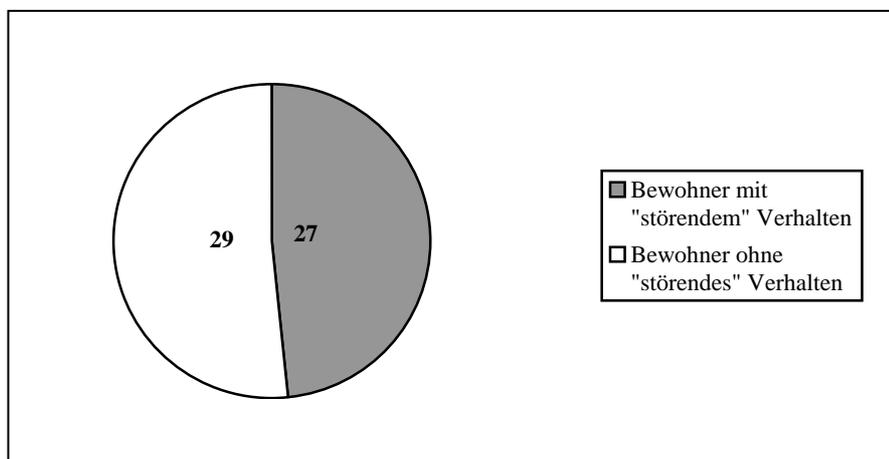


Abbildung 5.43: Häufigkeitsverteilung – Störendes Verhalten in den letzten 4 Wochen

## Ergebnisse des CMAI

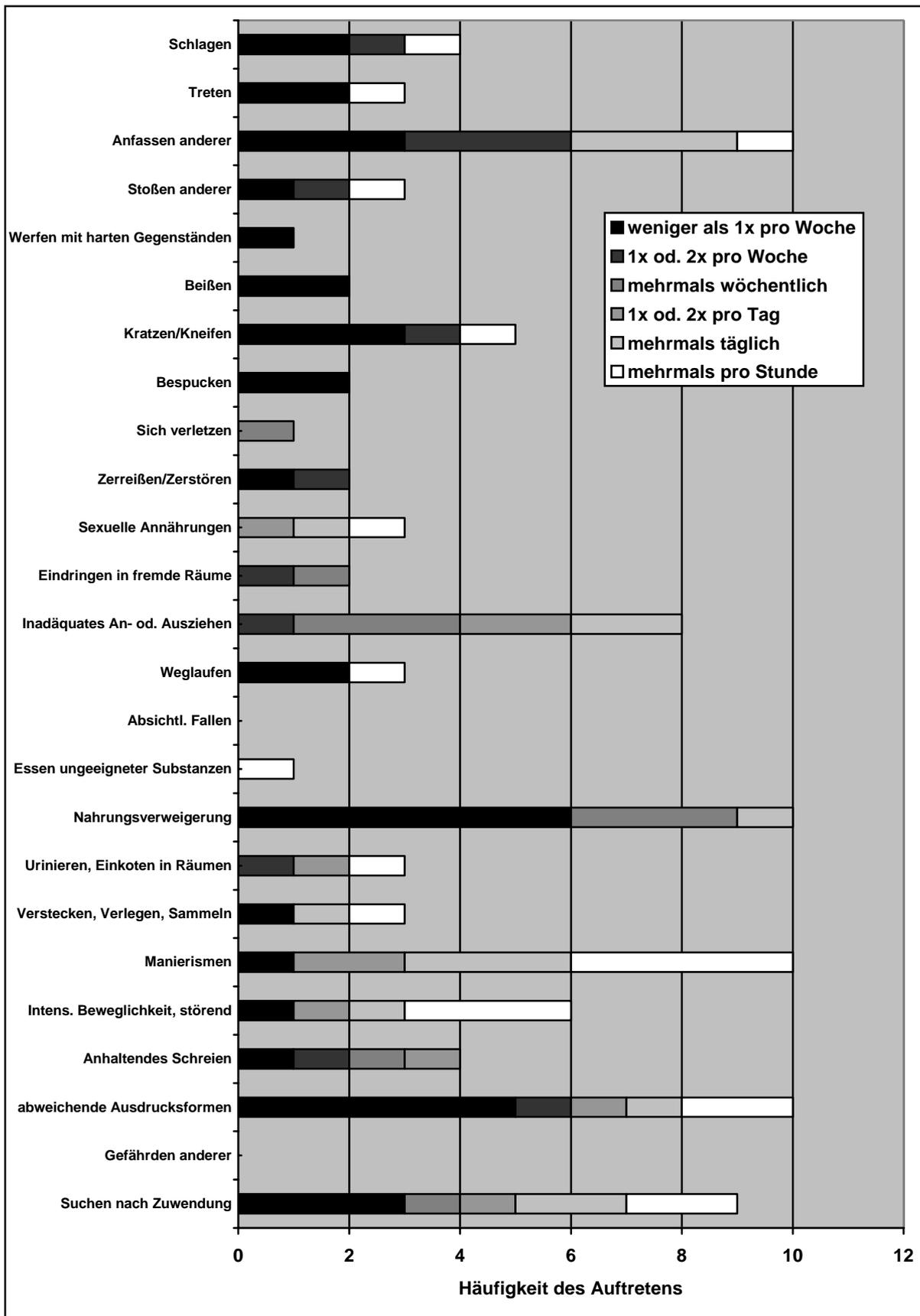


Abbildung 5.44: Häufigkeitsverteilung – Ausgeprägte Antriebsstörung in den letzten 4 Wochen

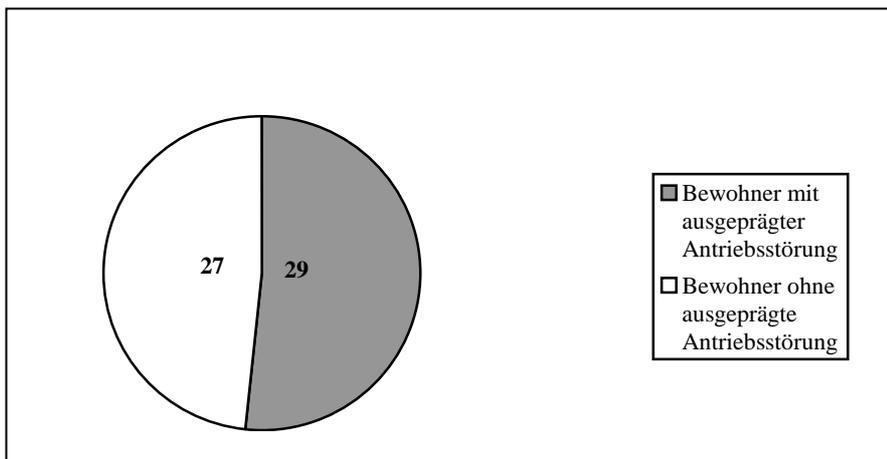


Abbildung 5.45: Häufigkeitsverteilung – Ausgeprägte Antriebsstörung in den letzten 4 Wochen

### ***Gefühle beim Pflegepersonal im Kontakt mit Bewohnern***

In den Beziehungen zwischen den Heimbewohnern und dem Pflegepersonal werden von den Pflegenden folgende Gefühle gegenüber den Bewohnern wahrgenommen:

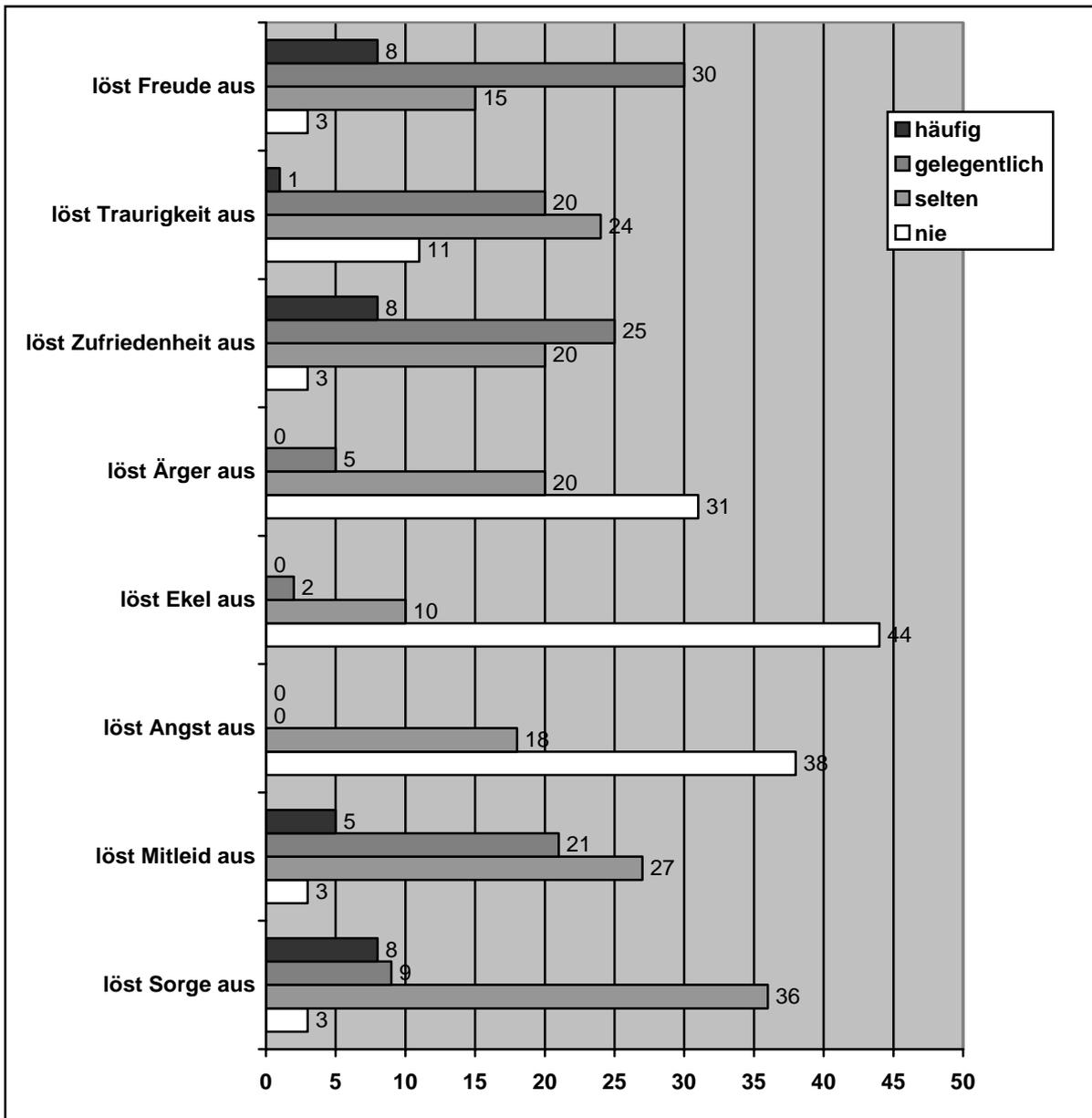


Abbildung 5.46: Häufigkeitsverteilung – Gefühle im Kontakt mit Bewohnern

Die von den Pflegenden wahrgenommenen Gefühle werden von diesen in unterschiedlicher Intensität wahrgenommen; die folgende Grafik spiegelt die unterschiedlichen Intensitätsniveaus wider:

### Häufigkeit und die bislang stärkste Intensität der Gefühlsreaktion beim Pflegepersonal

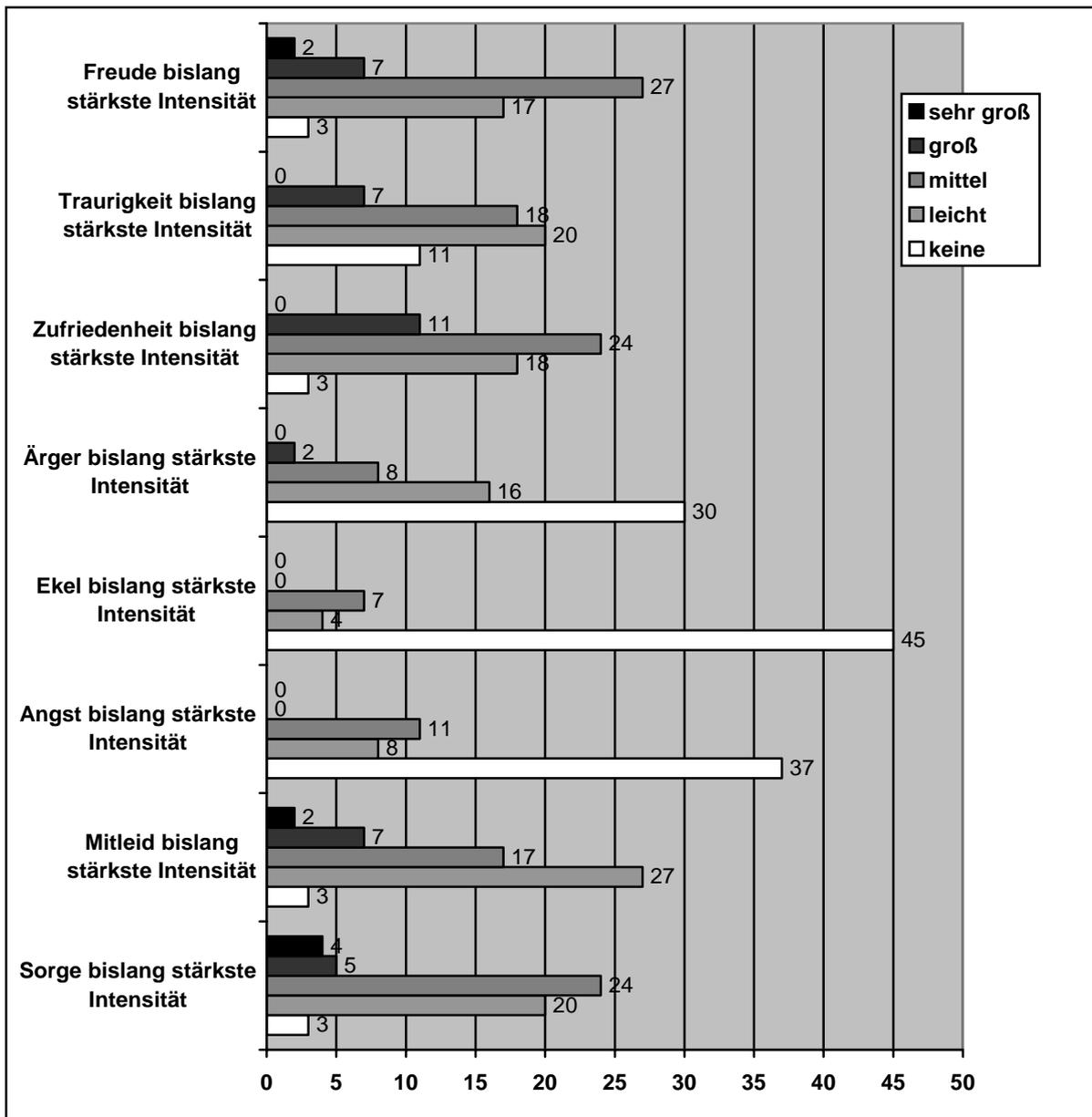


Abbildung 5.47: Häufigkeitsverteilung – stärkste Intensität von Gefühlsreaktionen

Statistisch besteht kein Zusammenhang zwischen negativen Gefühlen beim Pflegepersonal und der Medikation der Heimbewohner, die diese Gefühle auslösen: Die Anzahl sedierender Medikamente wurde erneut in drei Gruppen eingeteilt: keine, nur 1 bzw. 2 und mehr sedierende Medikamente. Diese drei Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich Häufigkeit und Intensität „Ärger“; Häufigkeit und Intensität „Ekel“ sowie Häufigkeit und Intensität „Angst“ (Kruskal-Wallis Rangvarianzanalyse).

### *Gibt es Unterschiede in der Verordnungspraxis zwischen den Wohnbereichen?*

Für Unterschiede in der Verordnungspraxis (Anzahl der erfüllten Kriterien für inadäquaten Einsatz) von Psychopharmaka zwischen den Wohnbereichen gibt es auf der deskriptiven Ebene Hinweise. Diese Unterschiede waren aber statistisch nicht signifikant.

Wohnbereich 2 schneidet sowohl bei den medizinischen Kriterien als auch über alle Kriterien betrachtet im Mittel am günstigsten ab.

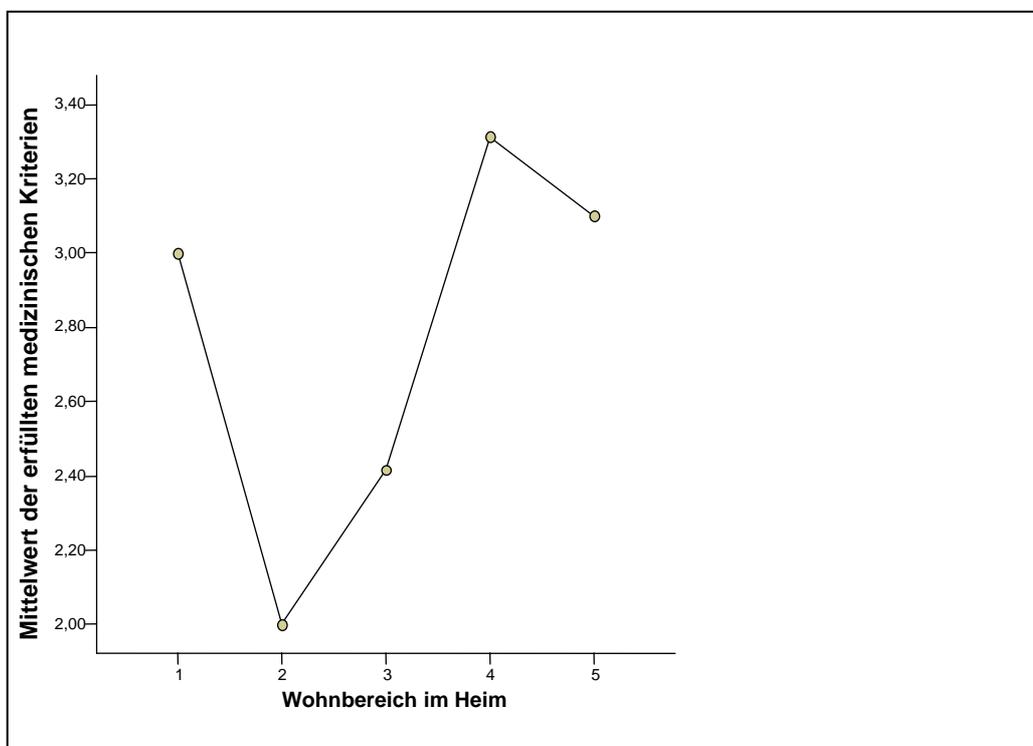


Abbildung 5.48: *Unterschiede in der Verordnung zwischen den Wohnbereichen nach medizinischen Kriterien*

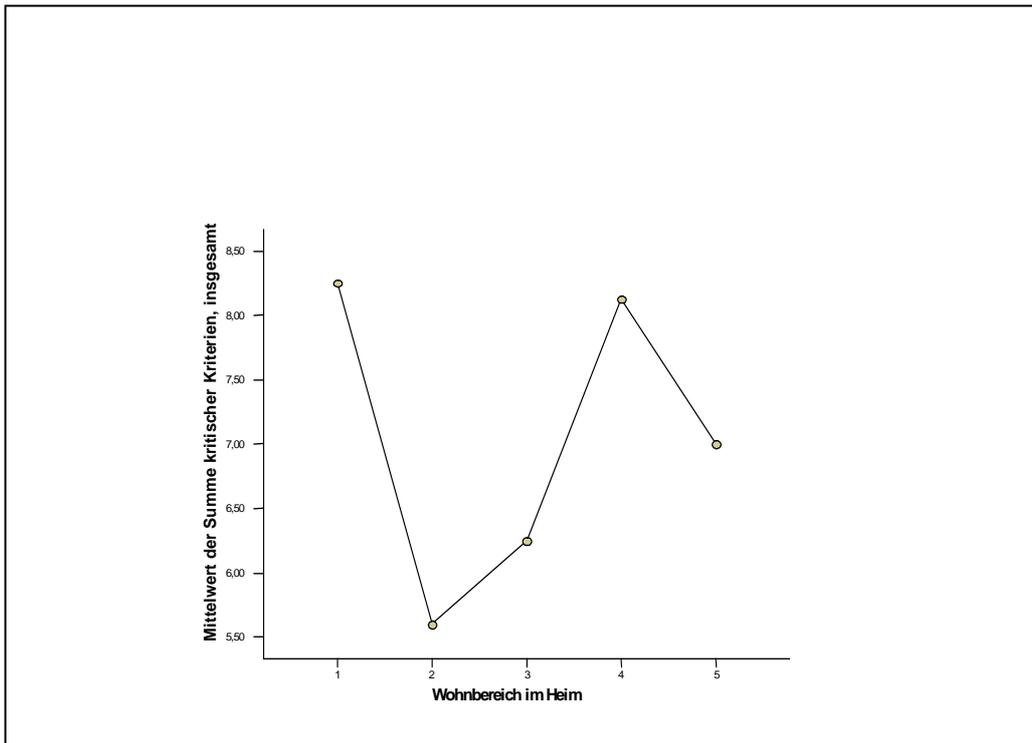


Abbildung 5.49: *Unterschiede in der Verordnung zwischen den Wohnbereichen nach allen Kriterien*

## 5.2 Ergebnisse des Screenings auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch

### *Medizinisch-Gerontopsychiatrische Kriterien*

Bei der Überprüfung der erhobenen Daten anhand des in Kapitel 4.5 vorgestellten Kriterienkataloges der zehn medizinisch-gerontopsychiatrischen Kriterien zeigte sich, dass nur bei 4 von 56 Studienteilnehmern keine Hinweise auf eine inadäquate Psychopharmakaverordnung vorlagen; bei 52 Studienteilnehmern gab es mindestens einen Hinweis für eine inadäquate Verordnung. Die Häufigkeitsverteilung für erfüllte Kriterien eines inadäquaten Psychopharmakaeinsatzes ist in Abbildung 5.50 dargestellt.

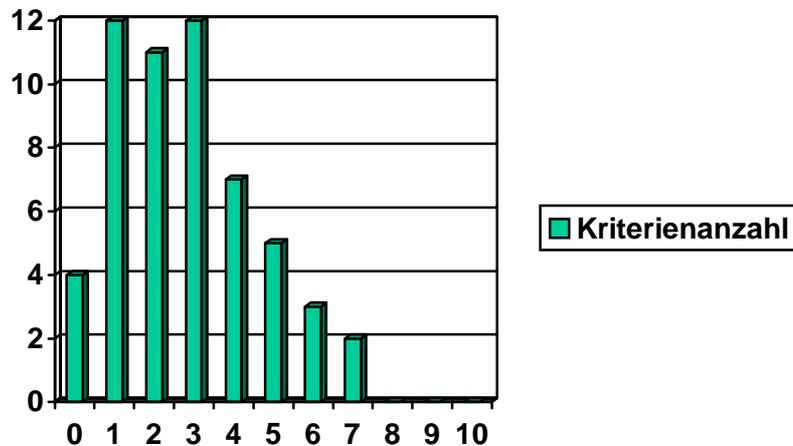


Abbildung 5.50: Häufigkeit der erfüllten medizinischen Kriterien für inadäquaten Einsatz

Somit gibt das „Screening“ Hinweise, dass ein inadäquater Einsatz von Psychopharmaka in der untersuchten Einrichtung häufig ist.

Inwieweit diese Ergebnisse für die Gesamtpopulation der Pflegeheimbewohner in Deutschland repräsentativ ist, lässt sich auf Basis der erhobenen Daten nicht beantworten. Da es sich bei dem untersuchten Altenpflegeheim jedoch nach dem Eindruck der Untersucher um eine sehr gut geführte Einrichtung mit hohem pflegerischem Standard handelt, die sich darüber hinaus aus eigener Initiative der durchgeführten Untersuchung stellte, ist davon auszugehen, dass die erhobenen Daten die bundesweit bestehende Situation eher im positiven Sinne überschätzen.

Das *erste* Kriterium wirft die Frage auf, ob eine adäquate Indikation zur Gabe des Psychopharmakons in der Heimdokumentation dokumentiert (psychiatrische Diagnose und/oder schwerwiegende Verhaltensauffälligkeit) ist?

➤ Unkritisch bei 31 Heimbewohnern (55,4 %); kritisch bei 25 Heimbewohnern (44,6 %)

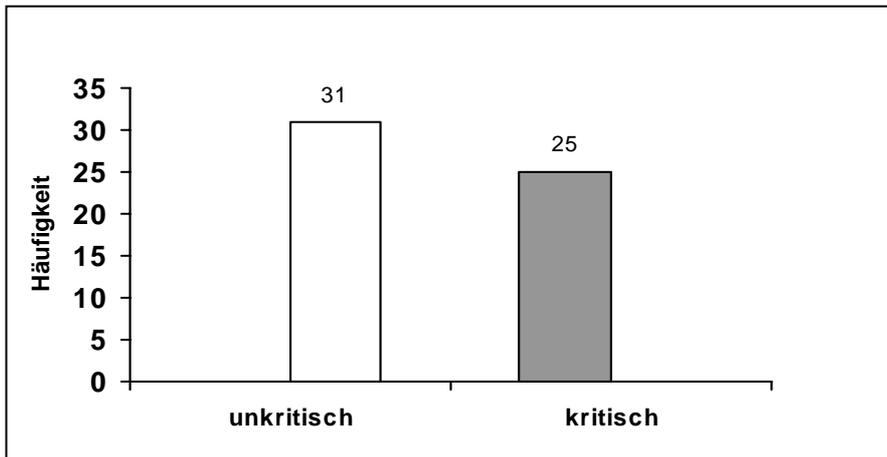


Abbildung 5.51: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.1 – Dokumentation einer adäquaten Indikation in Heimakte

Das *zweite* Kriterium überprüft die Dokumentation der Indikation / Zielsymptomatik für die Gabe des Psychopharmakons am ersten Tag der Einnahme.

➤ Unkritisch bei 29 Heimbewohnern (52,7 %); kritisch bei 26 Heimbewohnern (47,3 %); trifft nicht zu bei einer Verordnung.

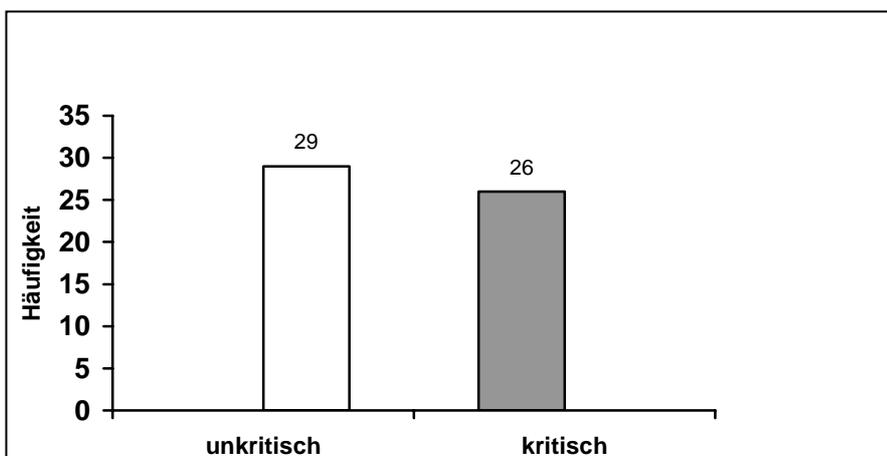


Abbildung 5.52: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.2

Beim dritten Kriterium wurde überprüft, ob somatische oder sonstige Erkrankungen dokumentiert sind, die evtl. eine Kontraindikation zur Gabe des Psychopharmakons darstellen?

- Unkritisch bei 32 Heimbewohnern (57,1 %); kritisch bei 24 Heimbewohnern (42,9 %).

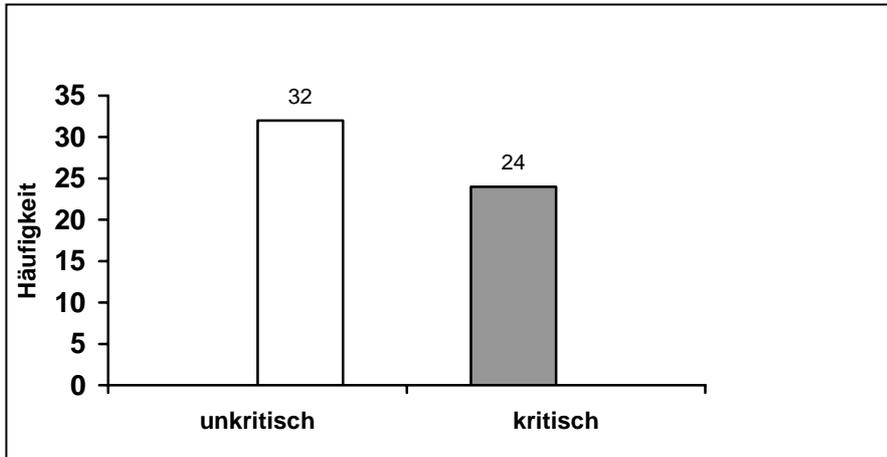


Abbildung 5.53: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.3 – Dokumentierte Erkrankungen als Kontraindikation

Das vierte Kriterium geht der Frage nach, ob die Indikation bei Gabe der Bedarfsmedikation jeweils dokumentiert wurde?

- Unkritisch bei 4 Heimbewohnern (57,1 %); kritisch bei 3 Heimbewohnern (42,9 %); trifft nicht zu bei 49 Heimbewohnern.

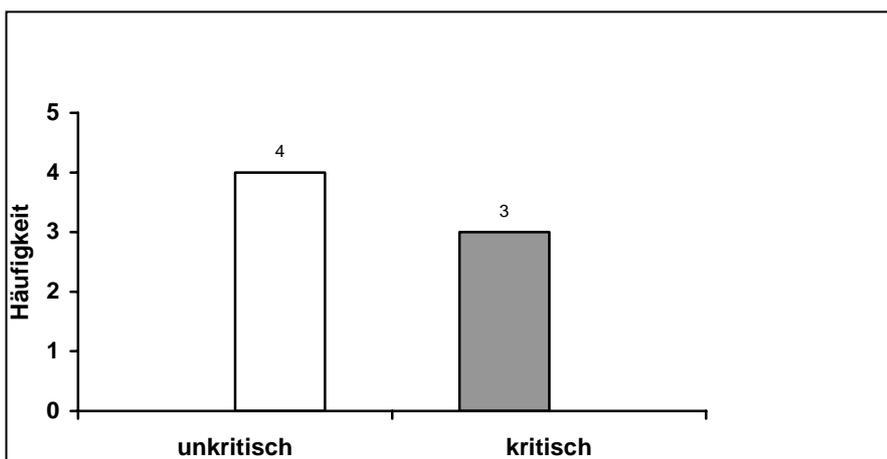


Abbildung 5.54: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.4 – Indikationsdokumentation zur Bedarfsmedikation

Das *fünfte* Kriterium untersucht, ob die Dosis des verabreichten Psychopharmakons unter Berücksichtigung der Dosisempfehlungen für ältere Patienten angemessen ist?

- Unkritisch bei 49 Heimbewohnern (87,5 %); kritisch bei 7 Heimbewohnern (12,5 %).

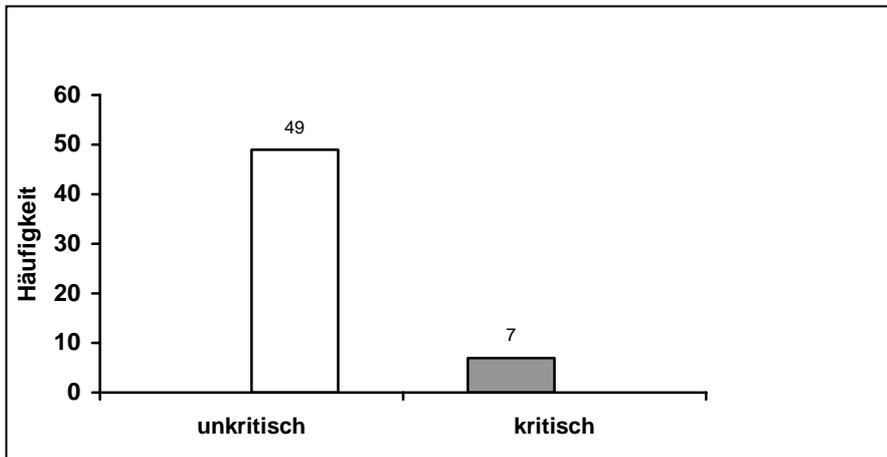


Abbildung 5.55: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.5 – Dosis von Psychopharmaka

Mit dem *sechsten* Kriterium wird überprüft, ob die Auswahl des Psychopharmakons hinsichtlich des Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils unter Berücksichtigung des Lebensalters und/oder bestehender somatischer Komorbidität angemessen (z.B. Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI anstelle von trizyklischen Antidepressiva) ist.

- Unkritisch bei 35 Heimbewohnern (63,6 %); kritisch bei 20 Heimbewohnern (36,4 %); trifft nicht zu bei einem Heimbewohner.

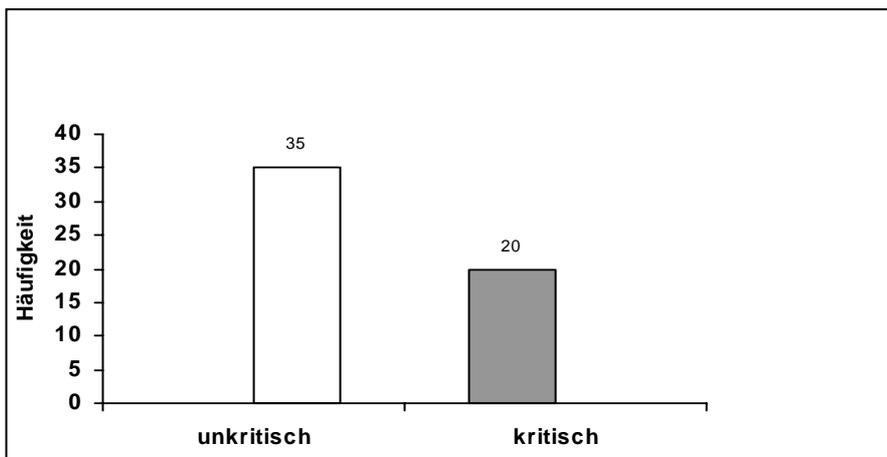


Abbildung 5.56: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.6 – Neben-/ Wirkungsprofil

Das *siebte* Kriterium bezieht sich auf die angemessene Dauer der Psychopharmakamedikation; gab es z.B. in angemessenen Abständen Versuche der Dosisreduktion und/oder Absetzversuche?

- Unkritisch bei 17 Heimbewohnern (34,7 %); kritisch bei 32 Heimbewohnern (65,3 %); trifft nicht zu bei 7 Heimbewohnern.

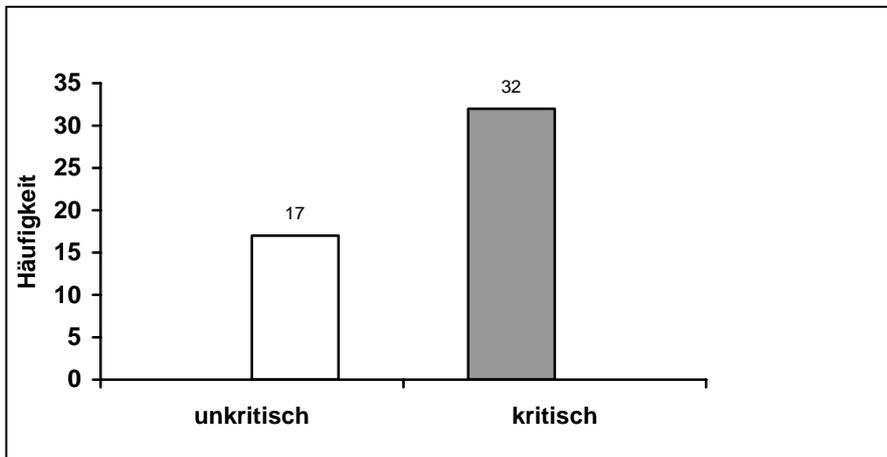


Abbildung 5.57: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.7 – Dauer der Psychopharmakamedikation

Das *achte* Kriterium untersucht, ob die Verträglichkeit des eingesetzten Psychopharmakons gegeben ist; oder ob sich aus der Erhebung/Untersuchung Hinweise auf erhebliche Nebenwirkungen, z.B. wiederholte Stürze, Übersedierung etc. ergaben?

- Unkritisch bei 54 Heimbewohnern (98,2 %); kritisch bei einem Heimbewohner (1,8 %); trifft nicht zu bei einem Heimbewohner.

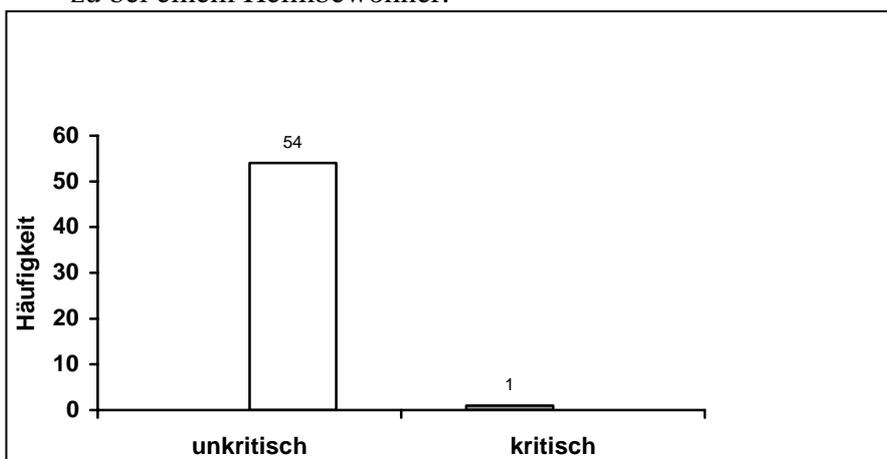


Abbildung 5.58: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.8 – Psychopharmakaverträglichkeit

Das *neunte* Kriterium betrifft die Angemessenheit der Kombination der eingesetzten Psychopharmaka hinsichtlich ihrer therapeutischen Wirkung (d.h. Ausschluss einer inadäquaten pharmakologischen Polypragmasie, wie z.B. die Gabe von zwei Präparaten mit ähnlichem Wirkspektrum).

- Unkritisch bei 28 Heimbewohnern (73,7 %); kritisch bei 10 Heimbewohnern (26,3 %); trifft nicht zu bei 18 Heimbewohnern.

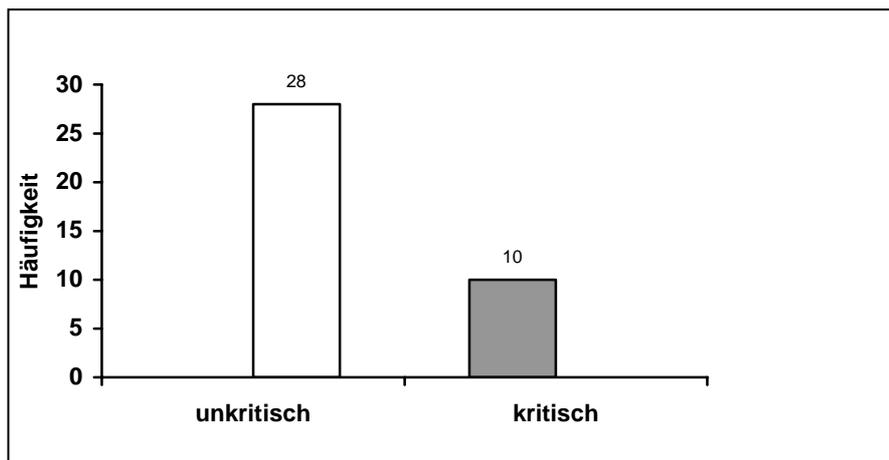


Abbildung 5.59: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.9 – Kombination von Psychopharmaka

Mit dem *zehnten* Kriterium wurde untersucht, ob die Kombination aller verschriebenen Medikamente hinsichtlich potenziell schädlicher Interaktionen angemessen ist?

- Unkritisch bei 45 Heimbewohnern (83,3 %); kritisch bei 9 Heimbewohnern (16,9 %); trifft nicht zu bei 2 Heimbewohnern.

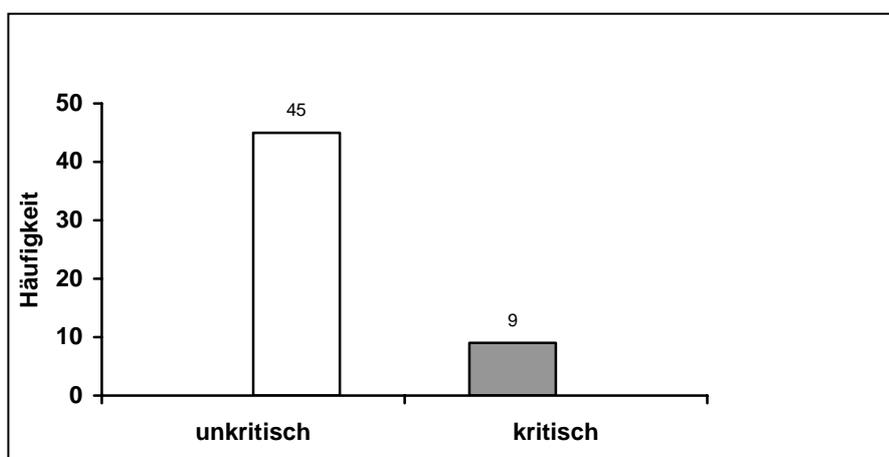


Abbildung 5.60: Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 1.10 – Kombination aller Medikamente

### ***Juristische Kriterien***

Die folgenden Kriterien bzw. ihre Anwendung auf die 56 betrachteten Fälle können **Hinweise** liefern, ob die gesetzlichen Vorgaben, die später noch zu diskutieren und darzustellen sein werden, erfüllt sind. Es handelt sich nicht um eine abschließende Bewertung. Vielmehr handelt es sich um ein Screening, welches ausschließlich auf der Basis der Informationen aus den Heimdokumentationen und den Interviews mit den Pflegenden beruht. Die Informationen aus der Datenerhebungsphase bei den Ärzten, gesetzlichen Betreuern/Bevollmächtigten sind hier noch nicht berücksichtigt.

Dabei bedurfte es bei der Bewertung der juristischen Kriterien, soweit sie sich auch auf medizinische Sachverhalte bezogen, der medizinischen Bewertung, welche durch die medizinischen Experten im Projekt durchgeführt wurden (vgl. Kriterium 3.2, 3.3, 3.4, 8.1 und 8.4).

Hinsichtlich der Fragestellungen (Kriterium 8.2 bis 8.5, und 8.7), für deren Bewertung die Kenntnis über den Status der Einwilligungsfähigkeit des Heimbewohners notwendig war, wurde im Rahmen des Screenings die Einschätzung der Pflegefachkräfte (Wohnbereichsleiter) zugrundegelegt, zu der sie unter Anleitung befragt wurden. Eine eingehende Prüfung der Einwilligungsunfähigkeit durch einen (Geronto)psychiater konnte während der Datenerhebungsphase nicht erfolgen. Für die genauere Analyse der 13 ausgewählten Fälle, wurde die Einschätzung der Pflegefachkräfte bzgl. der Einwilligungsunfähigkeit der Heimbewohner anhand der Analyse der medizinischen Datenerhebungsbefunde überprüft. Dazu wurden die Auswertung des Mini-Mental-Status-Tests (MMST) sowie der Global Deterioration Scale (GDS) herangezogen, wobei ab einem Testergebnis von unter 20 und niedriger beim MMST und bei einem gleichzeitigen Testergebnis von 5 und höher bei der GDS von der Einwilligungsunfähigkeit des Heimbewohners ausgegangen worden ist. Des Weiteren wurden bei den 13 ausgewählten Fällen die Einschätzungen der behandelnden Ärzte und der gesetzlichen Betreuer berücksichtigt, sofern ein Interview zustande kam.

Ebenso wurde bei dem Screening hinsichtlich der Frage einer erfolgten ärztlichen Aufklärung bzw. einer Einwilligung in die Psychopharmakabehandlung, auf Einschätzungen und Erfahrungen der Pflegefachkräfte zurückgegriffen, wobei in den 13 näher betrachteten Kasuistiken die Informationen der jeweiligen behandelnden Ärzte und Betreuer/Bevollmächtigten berücksichtigt wurden, soweit ein Interview zustande kam.

Die Überprüfung der 24 juristischen Kriterien ergab, dass bei jedem Heimbewohner zumindest ein juristisches Kriterium als kritisch bewertet wurde. Der Durchschnittswert der im negativen Sinne erfüllten juristischen Kriterien lag bei 4,3 Kriterien. Die genaue Verteilung ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

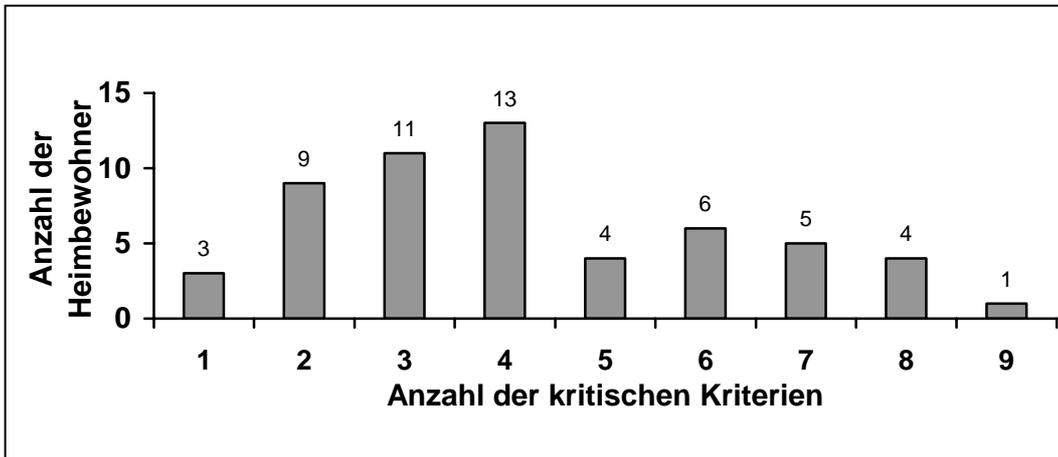


Abbildung 5.61:

*Häufigkeit der erfüllten juristischen Kriterien für inadäquaten Einsatz von Psychopharmaka*

Im Folgenden werden nun die einzelnen juristischen Kriterien vorgestellt. Diese sind inhaltlich strukturiert in 7 Themenbereiche unterteilt.

(1) Der erste Komplex betrifft die Frage der Indikationsstellung (Kriterium 2.1 bis 2.2) durch den behandelnden Arzt.

- Dabei konnte festgestellt werden, dass aus der Heimdokumentation immerhin bei 12 Heimbewohnern (21,4 %) Hinweise vorliegen, dass der behandelnde Arzt möglicherweise bei der Indikationsstellung/Erstverordnung nicht im Altenpflegeheim anwesend war. Bei 44 Heimbewohner (78,6 %) war dieses Kriterium unproblematisch.

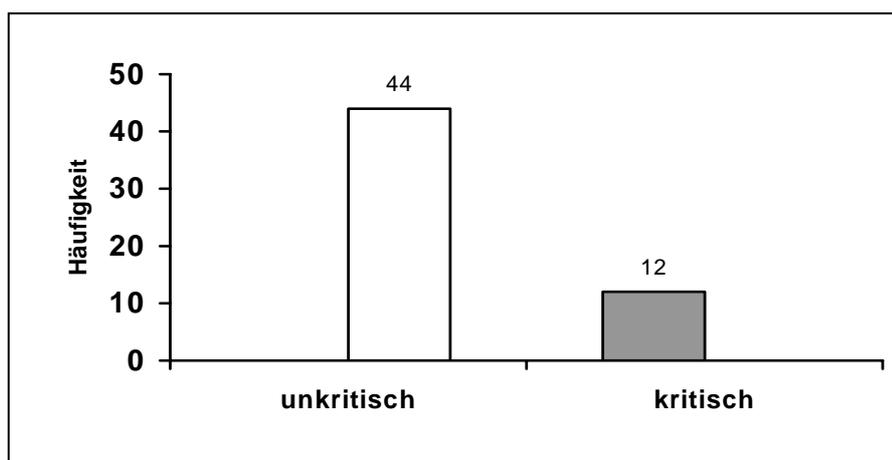


Abbildung 5.62:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 2.1 bei dem Themenkomplex der Indikationsstellung– Anwesenheit des behandelnden Arztes am Tag der Indikationsstellung*

- Das zweite Kriterium wirft die Frage auf, ob der behandelnde Arzt bei der Indikationsstellung seiner Pflicht zur Untersuchung und Behandlung mit geeigneten Methoden entsprochen hat, oder ob er sich möglicherweise auf Aussagen oder Ratschläge anderer Personen verlassen hat. In diesem Zusammenhang konnte anhand der Heimdokumentationen festgestellt werden, dass immerhin bei 4 Heimbewohnern (7,3 %) Anzeichen für ein kritisches Verhalten vorlagen. Hingegen konnten bei 51 Heimbewohnern (92,7 %) keine Indizien für eine kritische Bewertung gefunden werden, während ein Fall mangels Dokumentationsunterlagen nicht bewertet werden konnte.

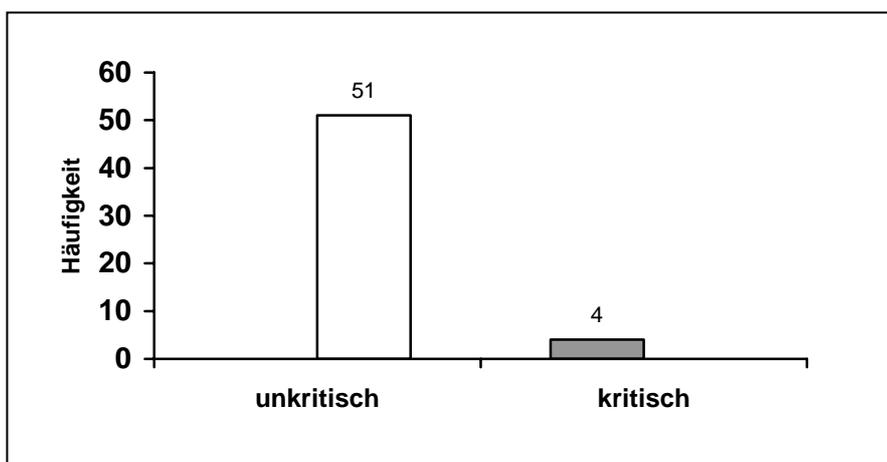


Abbildung 5.63:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 2.2 bei dem Themenkomplex der Indikationsstellung–  
Entscheidungsgrundlage des behandelnden Arztes bzgl. der Indikationsstellung*

- (2) Der zweite Themenkomplex der juristischen Kriterien setzt sich mit der ärztlichen Verordnung der bei den Heimbewohnern vorgefundenen Psychopharmaka auseinander (Kriterium 3.1 bis 3.5).
- Das erste Kriterium dieser Gruppe wirft die Frage auf, ob der Psychopharmaka verordnende Arzt bei der Weiterverordnung bzw. bei der Änderung der Dosierung der Arzneimittel im Altenpflegeheim anwesend war. Dies ist im Zusammenhang mit der Fragestellung nach einer möglicherweise unzulässigen Fernbehandlung relevant. Dies wurde bei 52 der Heimbewohner (92,9 %) als unkritisch bewertet, während bei 4 Heimbewohnern (7,1 %) Hinweise für ein solches Verhalten des behandelnden Arztes vorlagen.

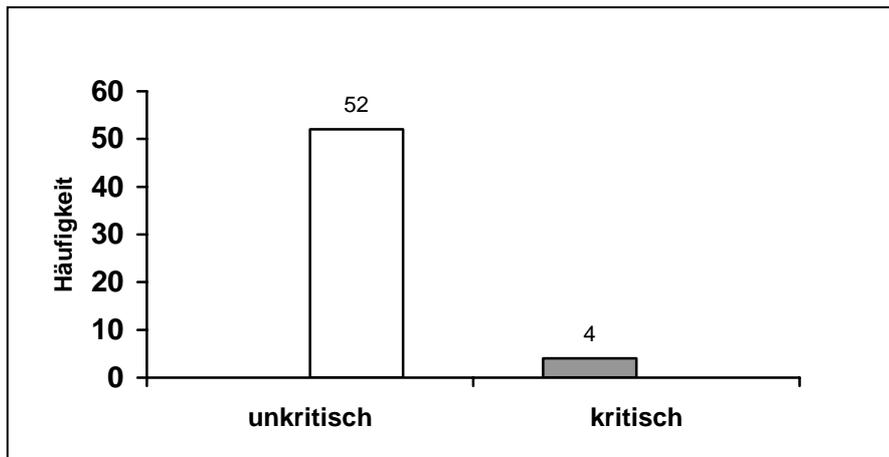


Abbildung 5.64:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 3.1 bei dem Themenkomplex der Psychopharmakaverordnung–  
Anwesenheit des behandelnden Arztes bei der Weiterverordnung/Dosiserhöhung*

- Das nächste Kriterium fragt danach, ob die konkrete Behandlungsentscheidung des behandelnden Arztes im Hinblick auf das verordnete Psychopharmakon unter Berücksichtigung der in den Heimdokumentationen vorgefundenen Diagnosen/Indikationen und Erkrankungen ausreichend ist (im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V). Dabei konnte immerhin für 9 Heimbewohner (19,1 %) festgestellt werden, dass sie, basierend auf der Datenlage der Heimdokumentation, zumindest ein zu ihrer Behandlung nicht ausreichendes Psychopharmakon erhalten haben. Bei 38 Heimbewohnern (80,9 %) wurde dieses Kriterium als unproblematisch eingeschätzt, während die 9 übrigen Heimbewohner aufgrund einer zu unsicheren Datenlage hinsichtlich dieses Kriteriums nicht bewertet werden konnten.

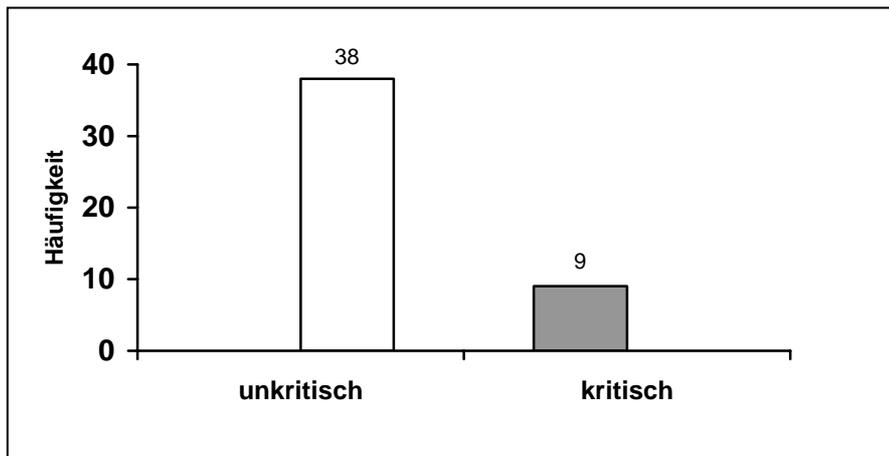


Abbildung 5.65:

Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 3.2 bei dem Themenkomplex der Psychopharmakaverordnung–  
Ist die Psychopharmakaverordnung ausreichend im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V?

- Im Anschluss wurde überprüft, ob den jeweiligen Heimbewohnern Psychopharmaka verordnet wurden, die nicht apothekenpflichtig sind. Hier zeigte sich, dass dies bei 5 Heimbewohnern (8,9 %) teilweise der Fall war, während die anderen 51 Heimbewohner (91,1 %) keine solchen Psychopharmaka erhielten.

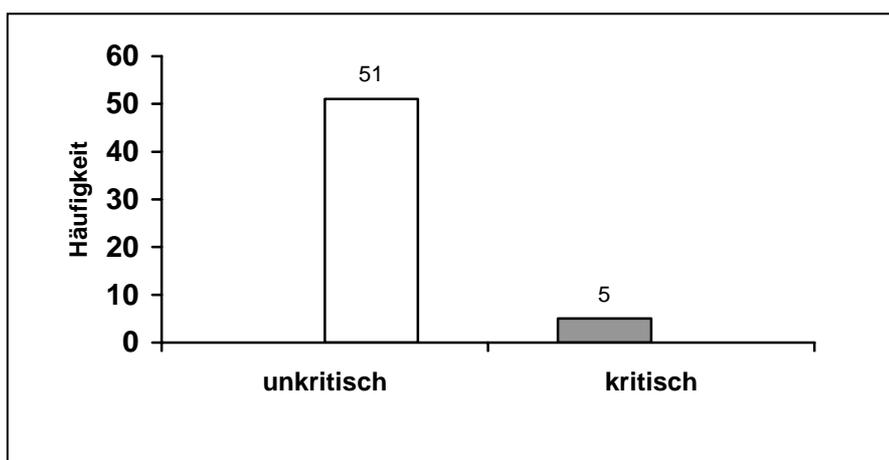


Abbildung 5.66:

Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 3.3 bei dem Themenkomplex der Psychopharmakaverordnung–  
Apothekenpflichtigkeit der verordneten Psychopharmaka

- Das vierte Kriterium des juristischen Themenkomplexes ist auf die Frage gerichtet, ob die Behandlungsentscheidung des behandelnden Arztes dem Maßstab einer fachgerechten ärztlichen Behandlung entsprach bzw. ob sie zweckmäßig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 Abs. 1 SGB V war. Dieses Kriterium wurde auf der Basis der Datenlage in der Heimdokumentation immerhin bei 27 der betrachteten Heimbewohner (51,9 %) als zumindest teilweise kritisch bewertet. Hingegen bestanden nur bei 25 Heimbewohnern (48,1 %) keine Bedenken gegenüber der ärztlichen Verordnungsentscheidung. Bei 4 Heimbewohnern konnte die ärztliche Verordnung mangels gesicherter Datenlage nicht bewertet werden.

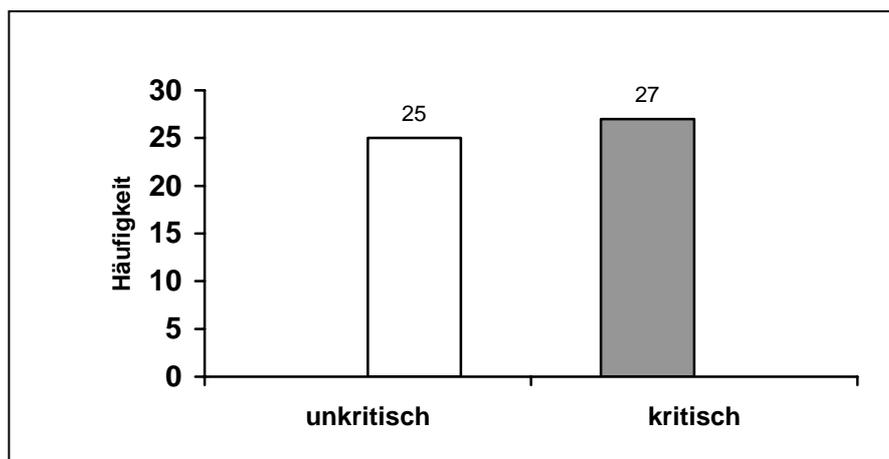


Abbildung 5.67:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 3.4 bei dem Themenkomplex der Psychopharmakaverordnung–  
Psychopharmakaverordnung entsprechend dem Stand der medizinischen Erkenntnisse bzw. in  
Übereinstimmung mit dem Kriterium der Zweckmäßigkeit im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V*

- Schließlich wurde mit dem letzten Kriterium dieser Gruppe untersucht, ob das jeweils verordnete Arzneimittel durch die Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses grundsätzlich von der Verordnung im Rahmen der GKV ausgeschlossen ist. Dies war jedoch bei keiner der Arzneimittelverordnungen (0 %) der Fall, wobei die 5 nicht apothekenpflichtigen Psychopharmaka hier nicht berücksichtigt wurden.

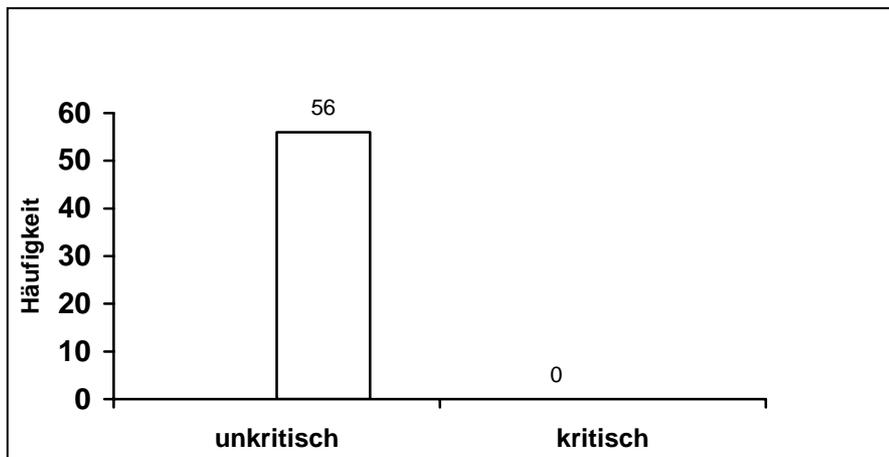


Abbildung 5.68:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 3.5 bei dem Themenkomplex der Psychopharmakaverordnung–  
Ausschluss der Psychopharmaka durch die Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses*

- (3) Der dritte juristische Themenkomplex befasst sich mit der Verordnung von Bedarfsmedikationen (Kriterium 4.1 bis 4.2). Hier kam es bei der Verordnung im wesentlichen auf zwei Fragestellungen an:
- Zunächst wurde untersucht, ob in diesen Fällen überhaupt ein Bedarfsfall durch den behandelnden Arzt definiert wurde, also ob ein Zeitpunkt oder ein zukünftiges Ereignis genannt wurde, zu dem die Pflegekräfte von der Verordnung in Form der Vergabe an den Heimbewohner Gebrauch machen sollten. Jedoch lag eine solche Definition des Bedarfsfalles nur bei 17 Heimbewohnern (73,9 %) immer vor, während sie bei 6 Heimbewohnern (26,1 %) teilweise oder ganz fehlte. Für die übrigen 33 Heimbewohner wurde zum Stichtag keine Bedarfsmedikation mit Psychopharmaka verordnet.

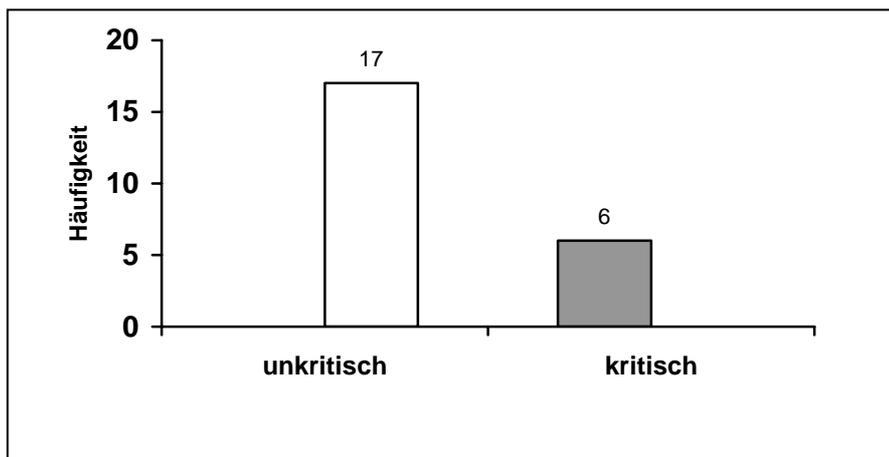


Abbildung 5.69:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 4.1 bei dem Themenkomplex der Bedarfsmedikation–  
Definition des Bedarfsfalls / Vergabezeitpunktes durch den behandelnden Arzt*

- Das zweite Kriterium fragte danach, ob in den Fällen, in denen eine Bedarfsmedikation verordnet worden war, ein hinreichend genau bestimmter Bedarfsfall durch den behandelnden Arzt definiert wurde. Dies war jedoch nur bei 3 Heimbewohnern (13,0 %) der Fall. Hingegen war bei 20 Heimbewohnern (87,0 %) der Bedarfsfall zu unbestimmt definiert bzw. wie sich aus dem vorherigen Kriterium bereits ergab, teilweise gar nicht definiert. Die übrigen 33 Heimbewohner haben zum Stichtag keine Psychopharmaka als Bedarfsmedikation erhalten.

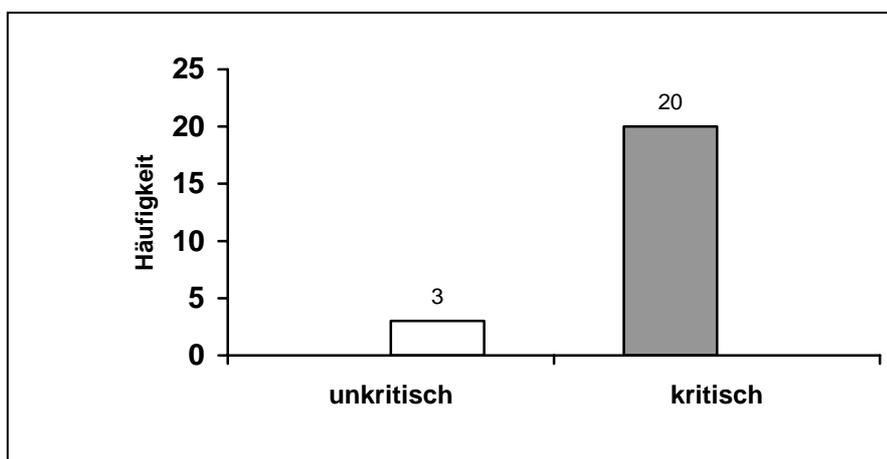


Abbildung 5.70:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 4.2 bei dem Themenkomplex der Bedarfsmedikation–  
Bestimmtheit der verordneten Bedarfsmedikation*

- (4) Der folgende Themenkomplex befasst sich mit dem Psychopharmakabezug der Heimbewohner. Dabei war jedoch nur eine Frage von besonderem Interesse, nämlich ob die Heimbewohner oder deren gesetzliche Betreuer/Bevollmächtigter von der Zuzahlung zu den Arzneimitteln erfahren, oder ob sich ein so verselbständigtes Verfahren eingeschliert hat, dass dies nicht der Fall ist. Dies stellte sich jedoch bei allen Heimbewohnern als unproblematisch (100 %) heraus, wobei diese Fragestellung bei 8 der untersuchten Fälle, aufgrund der besonderen Lebenssituation keine Anwendung finden konnte.

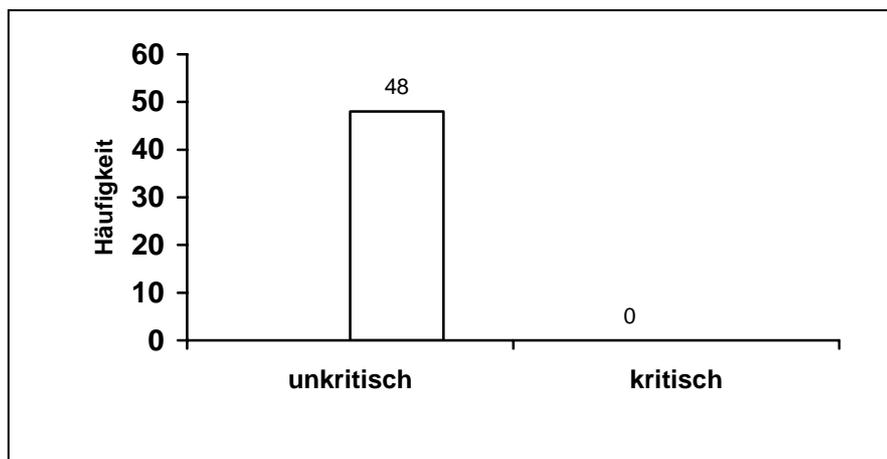


Abbildung 5.71:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 5.1 bei dem Themenkomplex des Psychopharmakabezugs-  
Verfahren der Beteiligten hinsichtlich der Frage der Arzneimittelzuzahlungen*

- (5) Das nächste Themengebiet hat die konkrete Psychopharmakavergabe zum Gegenstand (Kriterium 6.1 bis 6.3). Dabei wurden mittels drei weiterer Kriterien die folgenden Fragestellungen untersucht:

- Anknüpfend an die oben dargestellte Frage der Verordnung der Bedarfsmedikation wurde mit dem ersten Kriterium dieser Gruppe untersucht, ob die Pflegekräfte vor der Vergabe der Bedarfsmedikation die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt suchen. Dieses Verfahren konnte lediglich bei 2 Heimbewohnern (16,7 %) festgestellt werden. Hingegen wurde bei 10 weiteren Heimbewohnern (83,3 %) festgestellt, dass eine solche Rücksprache nicht stattfindet. Bei den übrigen Heimbewohnern, für die ein Psychopharmakon als Bedarfsmedikation verordnet worden war, konnte aus der Heimdokumentation keine Vergabe der Bedarfsmedikation festgestellt werden, so dass diese Fragestellung für diese Gruppe nicht zutrif.

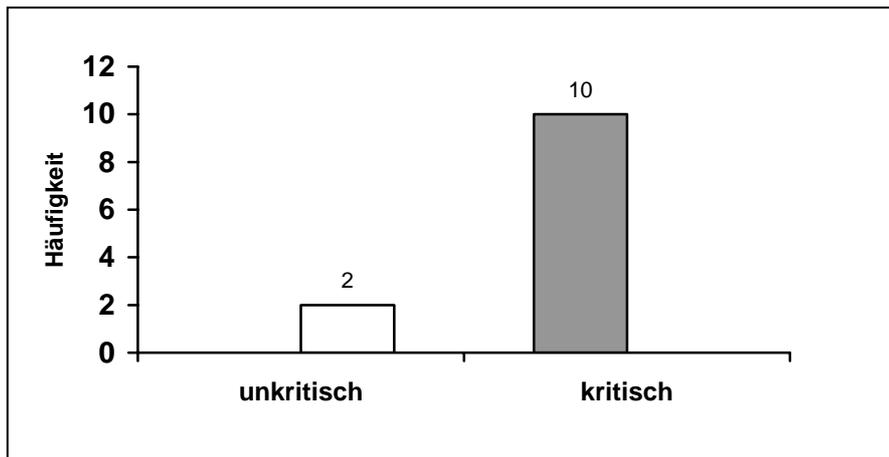


Abbildung 5.72:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 6.1 bei dem Themenkomplex der Psychopharmakavergabe – Rücksprache der Pflegekräfte mit den behandelnden Ärzten vor der Vergabe der Bedarfsmedikation*

- Mit dem nächsten Kriterium wurde untersucht, ob die Pflegekräfte Psychopharmaka an die Heimbewohner vergeben, die gar nicht oder nicht ordnungsgemäß durch einen Arzt verordnet worden sind. Für ein solches Vorgehen ließen sich in 3 Fällen (5,4 %) Anhaltspunkte aus der Heimdokumentation gewinnen. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass dieses Ergebnis in den 3 genannten Fällen nur eine fehlerhafte Pflegedokumentation zurückzuführen ist (vgl. Kriterium 7.1). Dies konnte jedoch mangels detaillierterer Informationen nicht näher geprüft werden. In den übrigen 53 Fällen (94,6 %) war diese Fragestellung als unproblematisch zu bewerten.

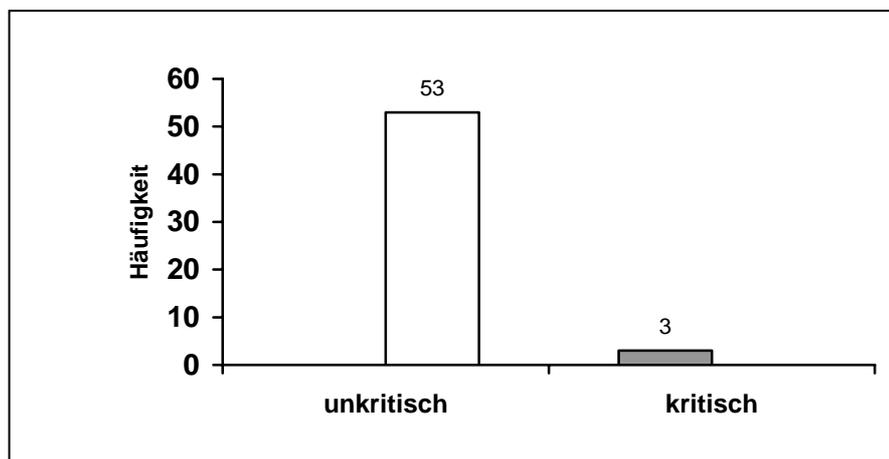


Abbildung 5.73:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 6.2 bei dem Themenkomplex der Psychopharmakavergabe – Psychopharmakavergabe ohne (ordnungsgemäße) ärztliche Verordnung*

- Schließlich wurde mit dem letzten Kriterium dieser Gruppe untersucht, ob die Pflegekräfte ohne einen Rechtfertigungsgrund von den, durch die Mitarbeiter der Arzneimittel liefernden Apotheke,

vorbereiteten Wochendosierungen abgewichen sind. Dies konnte bei keinem Heimbewohner nachgewiesen werden.

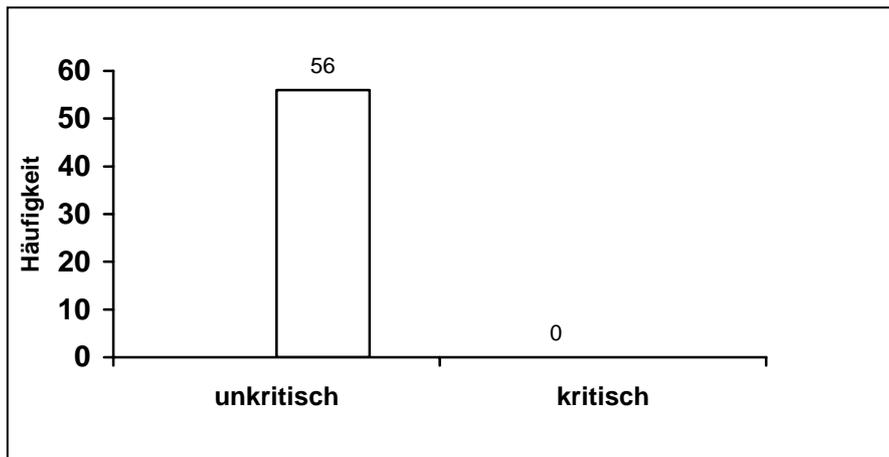


Abbildung 5.74:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 6.3 bei dem Themenkomplex der Psychopharmakavergabe – Nicht gerechtfertigte Abweichungen von der vordosierten Wochendosis durch die Pflegekräfte*

(6) Des Weiteren wurde mit den 4 Kriterien des folgenden Themenkomplexes (7.1 bis 7.4) die Pflegedokumentation näher beleuchtet. Berücksichtigt wurden dabei die Vorgaben des Heimgesetzes, des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI und die Grundsätze und Maßstäbe der Qualität und Qualitätssicherung gemäß § 80 Abs. 1 SGB XI. Daher wurden die vier folgenden Kriterien aufgestellt und die damit zusammenhängenden Fragestellungen untersucht:

- Dabei konnte zunächst festgestellt werden, dass bei 7 Heimbewohnern (12,5 %) die verordneten Arzneimittel teilweise nicht in korrekter Weise im Medikamentenblatt der Pflegeakte dokumentiert waren. Bei den übrigen 49 Heimbewohnern (87,5 %) wurde diese Dokumentationsleistung in ordnungsgemäßer Weise durchgeführt.

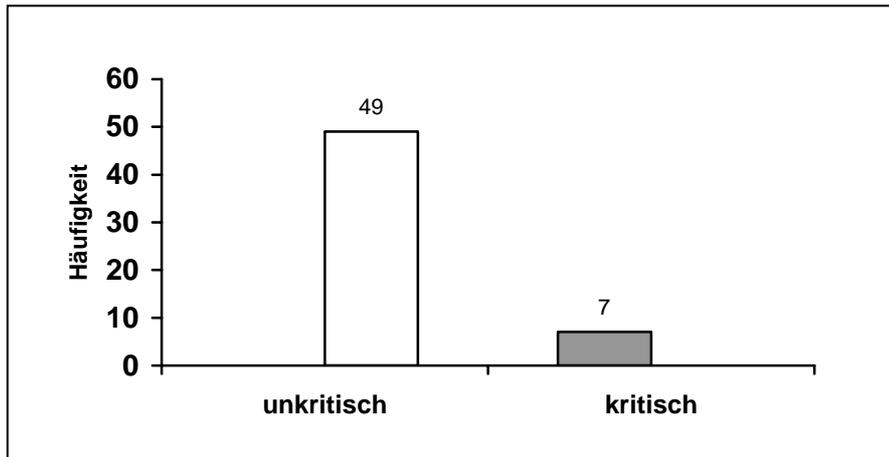


Abbildung 5.75:

Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 7.1 bei dem Themenkomplex der Pflegedokumentation –  
Dokumentation der Psychopharmakaverordnungen

- Das folgende Kriterium betrifft die Dokumentation der Psychopharmakavergabe (Durchführungsnachweis) durch die Pflegekräfte. Hier zeigte sich, dass in 20 Fällen (35,7 %) die Dokumentation des Durchführungsnachweises der Psychopharmakavergabe nicht optimal erfolgt ist. Bei 36 Fällen (64,3 %) war dies nicht der Fall.

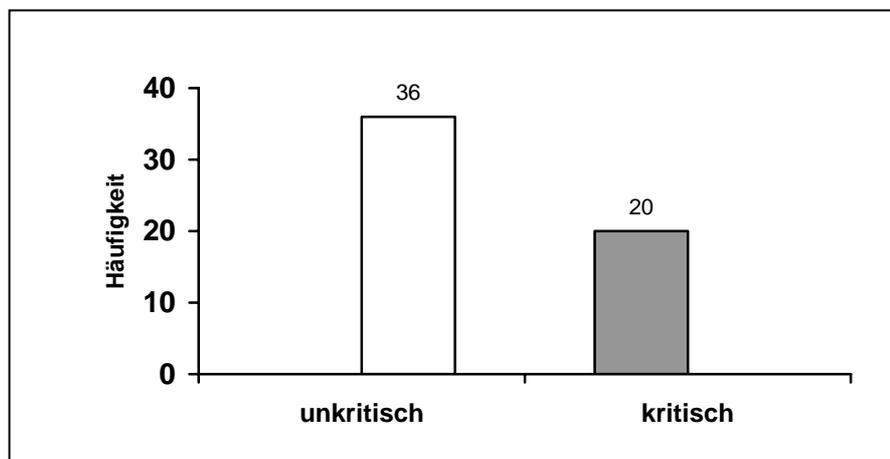


Abbildung 5.76:

Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 7.2 bei dem Themenkomplex der Pflegedokumentation –  
Dokumentation des Durchführungsnachweises hinsichtlich der Psychopharmakavergabe

- Im Übrigen wurde untersucht, ob sich die Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften, im Hinblick auf die Dokumentation der verordneten Arzneimittel bzw. der ärztlichen Diagnosen problematisch gestaltet. Dafür konnten in der Heimdokumentation bei 23

Fällen (41,1 %) Hinweise gefunden werden. Lediglich bei 33 Heimbewohnern (58,9 %) zeigten sich keine Kooperationsprobleme zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.

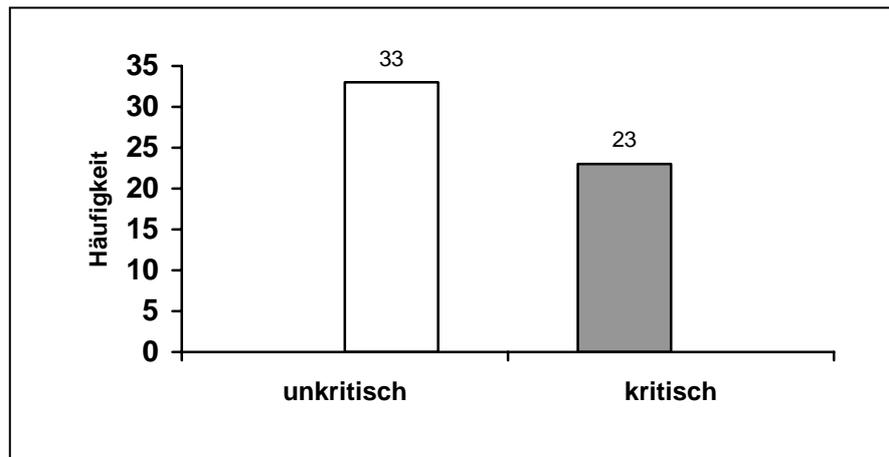


Abbildung 5.77:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 7.3 bei dem Themenkomplex der Pflegedokumentation – Kooperationsdefizite bzgl. der Pflegedokumentation*

- Schließlich wurde untersucht, wie genau sich die Dokumentationstätigkeit der Pflegekräfte an die übrigen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben hält. Dabei wurden insbesondere die wesentlichen pflegerelevanten Daten, wie z.B. der Betreuungsbedarf, die Pflegestufen, die Pflegeprozessplanung, die Pflegeanamnese, die Stammdaten und die Pflegeverläufe berücksichtigt. Hier zeigte sich, dass dieser Teil der Pflegedokumentation zu wenig berücksichtigt wurde. Denn immerhin bei 41 der 56 Heimbewohner (73,2 %) konnten Optimierungsmöglichkeiten in der Dokumentation festgestellt werden. Bei 15 Dokumentationen (26,8 %) war dies nicht der Fall.

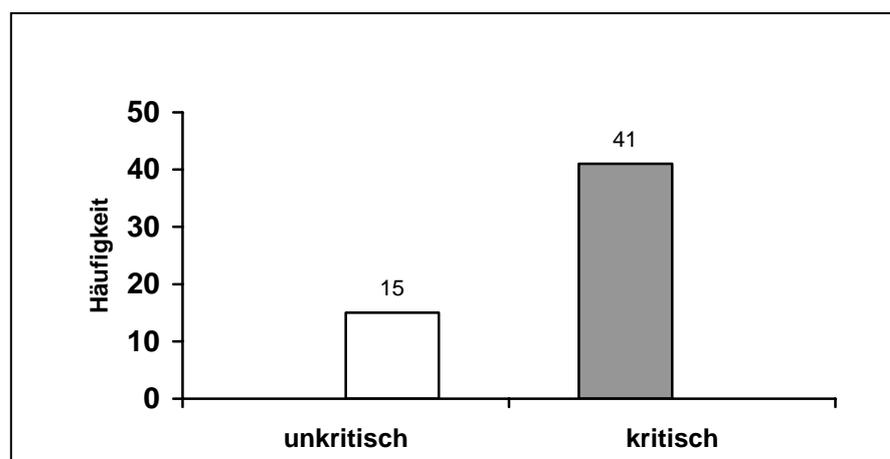


Abbildung 5.78:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 7.4 bei dem Themenkomplex der Pflegedokumentation – Defizite hinsichtlich der Dokumentation von pflege- und betreuungsrelevanten Daten*

(7) Schließlich werden mit dem letzten juristischen Kriterienblock (8.1 bis 8.7) Aspekte angesprochen, welche die Wahrung und die Förderung der Autonomie des Heimbewohners zum Gegenstand haben. Dabei wurden 7 Fragestellungen untersucht, die sowohl Einfluss auf arztrechtliche Fragestellungen haben als auch auf betreuungsrechtliche und solche der medizinischen Behandlungspflege.

- Zunächst wurde untersucht, wie viele der betrachteten Heimbewohner ihre Psychopharmaka nicht selbst verwalten, obwohl sie dazu in der Lage wären. Diese Frage steht im Zusammenhang mit der Notwendigkeit der aktivierenden Pflege bzw. mit der Frage der Notwendigkeit der medizinischen Behandlungspflege. Dabei wurden bei 8 der 56 Heimbewohner (14,3 %) Hinweise festgestellt, dass diese sowohl körperlich als auch geistig zu der Selbstverwaltung ihrer Arzneimittel in der Lage sein dürften, aber von dieser Fähigkeit keinen Gebrauch machen bzw. nicht dazu angeleitet werden. Bei den übrigen 48 Heimbewohnern (85,7 %) war dieser Punkt als unkritisch bewertet worden.

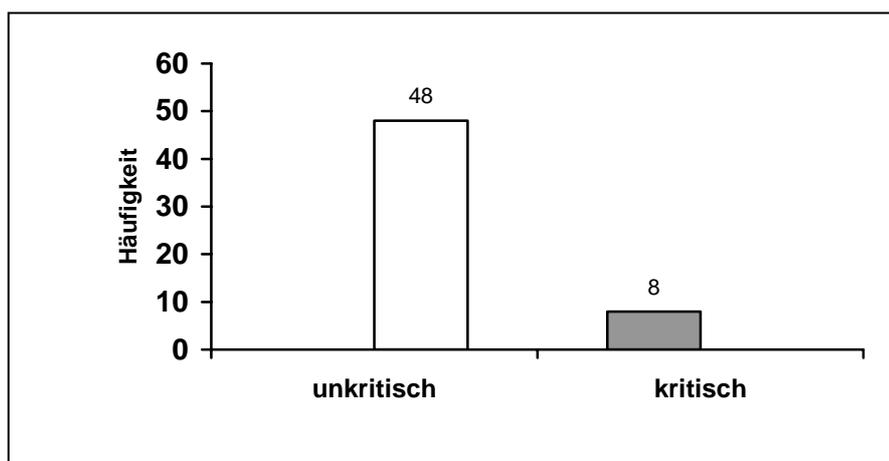


Abbildung 5.79:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 8.1 bei dem Themenkomplex der Autonomie des Heimbewohners–  
Fehlende Notwendigkeit für die Leistung der medizinische Behandlungspflege*

- Das zweite Kriterium fragt nach der Aufklärung bzw. Einwilligung der einwilligungsfähigen Heimbewohner. Hier zeigte sich, dass eine Aufklärung der 26 als einwilligungsfähig eingeschätzten Heimbewohner (100 %) nach Ansicht der Pflegekräfte immer stattfindet. Ebenso verhält es sich mit der Einwilligung der Heimbewohner.

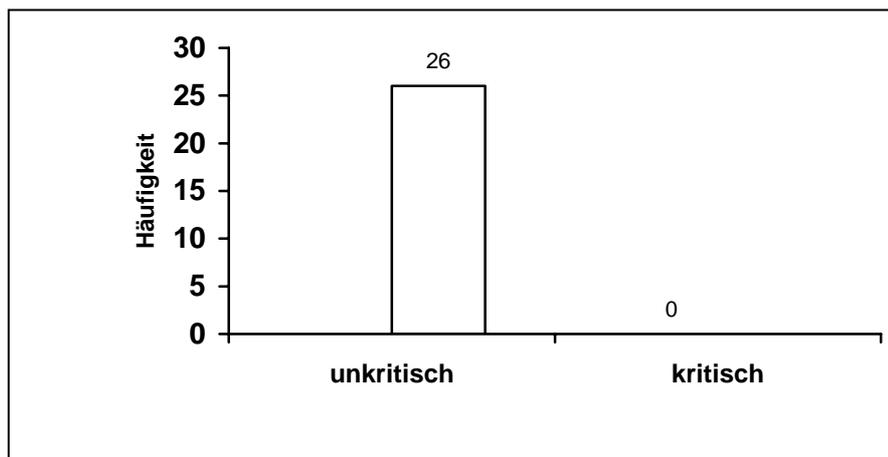


Abbildung 5.80:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 8.2 bei dem Themenkomplex der Autonomie des Heimbewohners – Einwilligung der Heimbewohner und deren Aufklärung durch den behandelnden Arzt*

- Das folgende Kriterium untersucht die Aufklärung bzw. Einwilligung der gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten der Heimbewohner. Für die insgesamt 35 Betreuer/Bevollmächtigten liegen in 21 Fällen (60,0 %) Anhaltspunkte vor, dass der verordnende Arzt vor Behandlungsbeginn weder über die Psychopharmakaverordnung aufgeklärt noch eine Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten eingeholt hat. In 14 Fällen (40,0 %) bestehen keine Bedenken gegenüber dem Vorgehen des behandelnden Arztes. Dabei wurden in dieser Gruppe bereits die 5 Fälle berücksichtigt, bei denen die Heimbewohner als einwilligungsfähig eingeschätzt wurden, so dass es dort auf die Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten nicht ankommt.

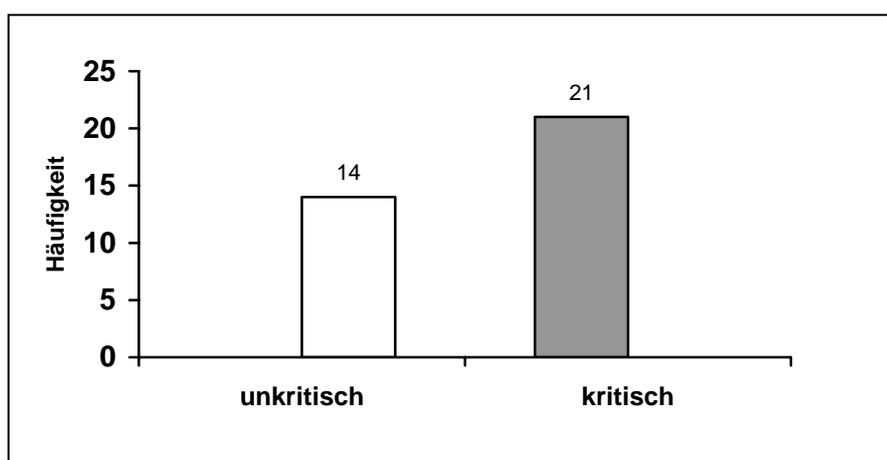


Abbildung 5.81:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 8.3 bei dem Themenkomplex der Autonomie des Heimbewohners – Einwilligung der gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten und deren Aufklärung durch den behandelnden Arzt*

- Das nächste Kriterium widmet sich der Frage, ob bei den einwilligungsunfähigen Heimbewohnern eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten in die Psychopharmakabehandlung nicht vorlag, obwohl diese gemäß §§ 1904, 1906 BGB erforderlich gewesen wäre. Nach ärztlicher Einschätzung lagen bei 2 Heimbewohnern die Voraussetzungen für die Erforderlichkeit einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung gemäß § 1904 BGB vor, wobei diese in beiden Fällen nicht eingeholt wurde. Bei den übrigen 54 Heimbewohnern gab es keine Hinweise für ein Genehmigungserfordernis.

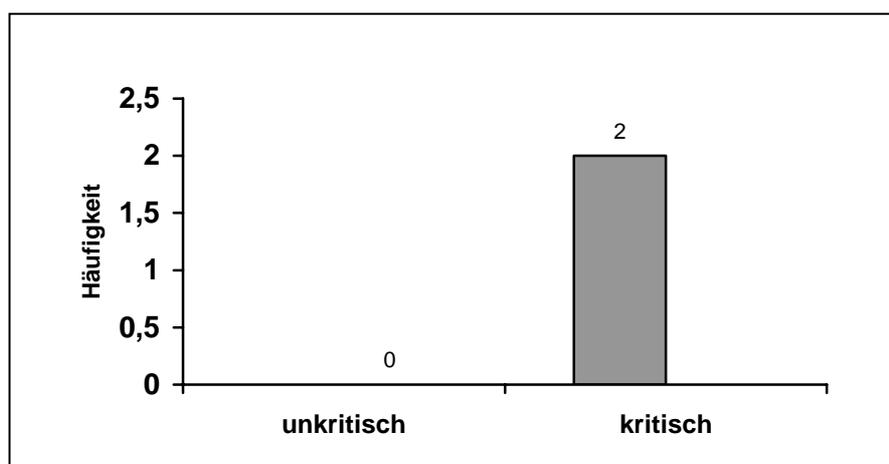


Abbildung 5.82:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 8.4 bei dem Themenkomplex der Autonomie des Heimbewohners – Notwendigkeit und Fehlen einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung für die Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten in eine Psychopharmakabehandlung*

- Im Anschluss an das vorhergehende Kriterium wurde untersucht, ob es nicht nur an der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung, sondern in diesen Fällen gar an der Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten fehlte. Hier zeigte sich, dass es in den beiden oben angesprochenen Fällen bereits an einer ausreichenden Einwilligung der gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten in die Psychopharmakabehandlung mangelte. Auf die übrigen 54 Fälle trifft diese Fragestellung nicht zu.

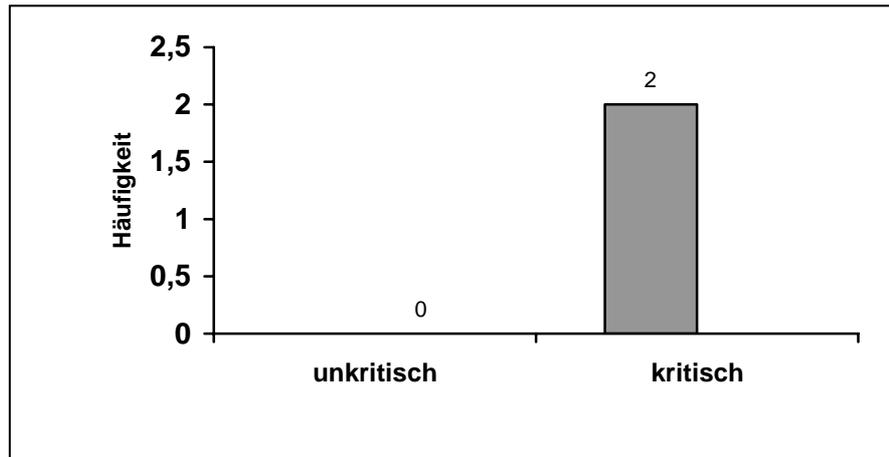


Abbildung 5.83:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 8.5 bei dem Themenkomplex der Autonomie des Heimbewohners – Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten in Fällen der Notwendigkeit einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung für die Psychopharmakaverordnung*

- Für die Frage, ob Heimbewohnern die Psychopharmaka ohne oder gegen ihren Willen zugeführt werden, konnte bei 5 Heimbewohnern (26,3 %) eine bedenkenswerte Konstellation festgestellt werden. Dabei handelt es sich überwiegend um die Fälle, bei denen die Heimbewohner ihre Arzneimittel über eine PEG-Sonde erhalten, wobei sie die konkrete Vergabe nicht zur Kenntnis nehmen können. Problematisch ist diese Vorgehensweise dann, wenn es gleichzeitig an der gebotenen ärztlichen Aufklärung und an der Einwilligung des Heimbewohners oder dessen gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten fehlt. Von letzterem hängt die Zulässigkeit dieses Vorgehens ab. Ob in den angesprochenen 5 Fällen eine Arzneimittelzuführung ohne den Willen der Heimbewohner, also ohne eine ärztliche Aufklärung und eine entsprechende Einwilligung vorlag, konnte jedoch nicht abschließend festgestellt werden.

Eine Arzneimittelvergabe mit Gewaltanwendung bzw. eine solche gegen den Willen der Heimbewohner konnte nicht festgestellt werden. In den 14 unkritischen Fällen wurden Weigerungen der Heimbewohner, ihre Arzneimittel zu nehmen, respektiert. Und 37 der 56 Heimbewohner nehmen ihre Arzneimittel immer freiwillig, so dass die Fragestellung hier nicht zutrifft.

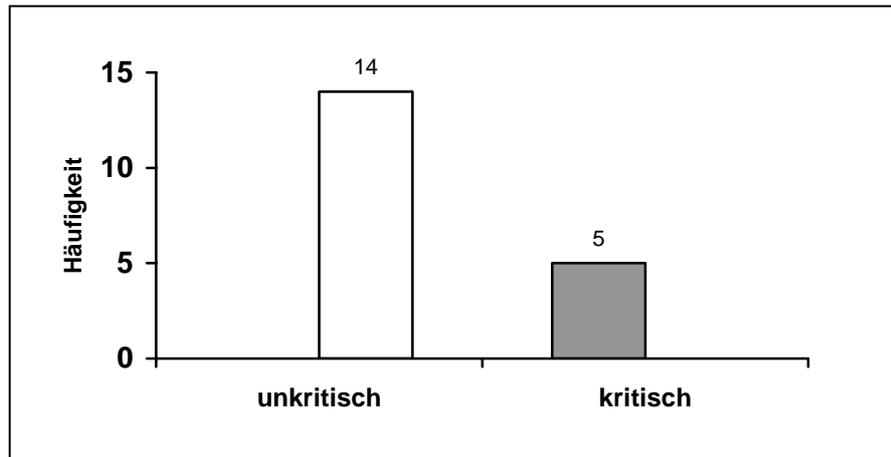


Abbildung 5.84:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 8.6 bei dem Themenkomplex der Autonomie des Heimbewohners – Zuführung der Psychopharmaka ohne oder gegen den Willen des Heimbewohners.*

- Bei dem letzten juristischen Kriterium des Screenings konnten festgestellt werden, dass immerhin bei 9 Heimbewohnern andere freiheitseinschränkende Maßnahmen, wie z.B. Bettgitter eingesetzt wurden, für die eine hinreichende Legitimation möglicherweise fehlen bzw. die vorliegende nicht ausreichend sein könnte. Dabei handelt es sich einerseits um Fälle, bei denen die Heimbewohner in die Maßnahme eingewilligt haben, wobei jedoch deren Einwilligungsfähigkeit fraglich ist. Andererseits handelt es sich um Maßnahmen, für welche möglicherweise eine nicht ausreichende vormundschaftsgerichtliche Genehmigung vorliegen könnte. Eine abschließende Bewertung bedürfte einer vertieften Analyse. Bei 13 Heimbewohnern stellten sich die freiheitseinschränkenden Maßnahmen als unproblematisch heraus, während bei den übrigen 35 Heimbewohnern solche Maßnahmen nicht zur Anwendung kamen.

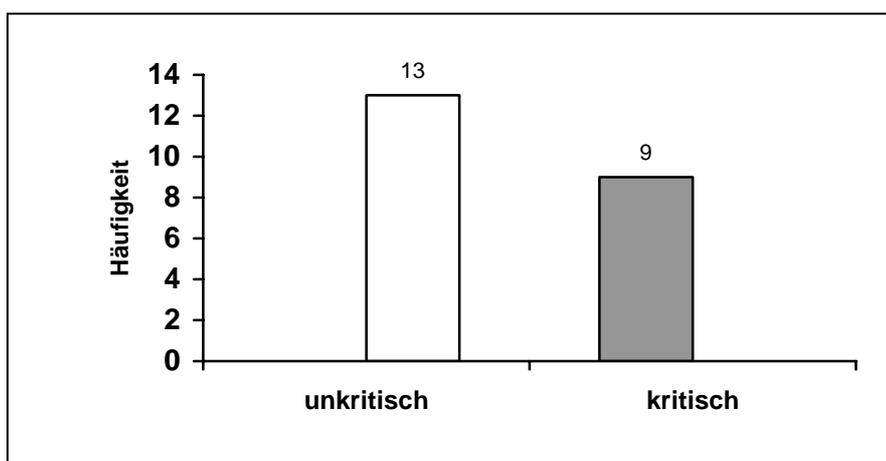


Abbildung 5.85:

*Häufigkeitsverteilung zum Kriterium 8.7 bei dem Themenkomplex der Autonomie des Heimbewohners – Einsatz anderer freiheitseinschränkender Maßnahmen*

### 5.3 Darstellung und Problemanalyse exemplarischer Kasuistiken

Im Folgenden werden die Epikrisen der 13 ausgewählten exemplarischen Fälle wiedergegeben werden. Bei den Darstellungen handelt es sich um überarbeitete Versionen der für die interdisziplinäre Analyse verwendeten Kasuistiken. Wesentliches Anliegen dieser Überarbeitung war die möglichst vollständige Anonymisierung der verwendeten Daten. Alle Daten, die Rückschlüsse auf die Identität der beschriebenen Bewohner hätten zulassen können, wurden entweder weggelassen oder verallgemeinert.

#### **Epikrise I**

##### **Informationen aus der Heimdokumentation:**

*Frau A., ca. 90 Jahre alt, ist ledig und hat keine Kinder. Sie lebt seit einigen Jahren im Pflegeheim. Die Patientin ist in der GKV krankenversichert und in die Pflegestufe drei eingeordnet.*

*Die Bewohnerin hat einen Bevollmächtigten, der stellvertretend für sie ihre Angelegenheiten regelt. Die Patientin wird u. a. von einem Hausarzt sowie einem Neurologen/Psychiater ärztlich betreut. Sie befindet sich in einem guten Ernährungszustand. Der Allgemeinzustand ist reduziert. Sie ist harn- und stuhlinkontinent und auf einen Rollstuhl angewiesen. Das Sprachverständnis ist sehr eingeschränkt, sie versteht bei Wiederholung nur einfache Aufforderungen.*

*In der Pflegedokumentation sind als Erkrankungen unter anderem eine Demenz, sowie ein symptomatisches Parkinson-Syndrom vermerkt. Zusätzlich wird eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis aufgeführt. Zum einen erhält die Patientin aufgrund von Schlafstörungen seit mehr als 6 Monaten ein niederpotes Neuroleptikum in niedriger Dosierung, zum anderen seit etwa 24 Monaten ein hochpotes konventionelles Neuroleptikum in altersentsprechender Dosierung aufgrund von Wahnvorstellungen. Dosisreduktions- bzw. Absetzversuche sind in den letzten 6 Monaten vor der Datenerhebung nicht erfolgt. Als Bedarfsmedikation ist seit mehr als 12 Monaten ein Benzodiazepin-Präparat mit langer Halbwertszeit angesetzt. Ein Bedarfsfall ist ebenso wenig dokumentiert wie eine Indikation für den Bedarfsfall.*

##### **Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

*Die testpsychologische Untersuchung deutet auf eine schwere Demenz der Heimbewohnerin hin. Die Selbstbeurteilung ihrer Lebensqualität schwankt zwischen zufriedenstellend und schlecht, die Fremdbeurteilung zeigt eine eher schlechte Einschätzung der Lebensqualität durch die Pflegekräfte.*

*Frau A. freut sich sichtbar, wenn sie angesprochen wird. Ansonsten ist sie sehr passiv, muss zu Aktivität ermuntert werden, schaut sich gerne Bilder an. Die weiteren Untersuchungsbefunde – Fremdbeurteilung durch das Pflegepersonal - geben keinen Hinweis auf Wahnvorstellungen und Schlafstörungen. Es ist jedoch eine räumliche Orientierungsstörung vorhanden. Weitere psychopathologische Befunde bestehen in einer Antriebsminderung und in einem intermittierenden aggressiven Verhalten („Ist unkooperativ, widersetzt sich der Hilfe anderer“). Im Vordergrund steht jedoch trotz eines aktivierenden Therapieprogramms eine ausgeprägte Antriebshemmung. Die Ergebnisse der kognitiven Untersuchungen bestätigten die Einschätzung der Pflegefachkräfte, dass Frau A einwilligungsunfähig ist.*

##### **Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte :**

*Der Neurologe/Psychiater berichtet, die Patientin sei seit mehreren Jahren in seiner Behandlung. Sie habe eine gemischte Demenz sowie einen „ausgebrannten M. Parkinson“. Zusätzlich habe er die*

Diagnose einer nicht näher bezeichneten organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung gestellt. Die Patientin erhalte das hochpotente Neuroleptikum als „Strukturierungshilfe“ und gegen eine motorische Unruhe. Die Patientin sei einwilligungsunfähig. Der Neurologe/Psychiater kommentiert allgemein die strengen Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung sehr kritisch, die es erschweren würden, die Patientin besser zu therapieren. Ein Antidementivum würde er nicht einsetzen, da keine Zulassung für dieses Stadium der Demenz vorhanden sei und daher durch die Kassenärztliche Vereinigung Regressforderungen auf ihn zukommen könnten. Dies verleite dazu, „technische Diagnosen“ zu erstellen. Die Benzodiazepin-Bedarfsmedikation habe er auf Bitten des Pflegepersonals angesetzt. Er bevorzuge aufgrund der Sturzgefährdung eine andere Medikation, die Pflegekräfte hätten mit diesem Medikament jedoch die besten Erfahrungen und auf dieser Medikation insistiert. Er sei generell eher für verhaltenstherapeutische Interventionen, dies sei jedoch mit dem vorhandenen Personalschlüssel nur schwer möglich.

Der Hausarzt sieht die Patientin etwa einmal in der Woche, verschreibt keine Psychopharmaka. Aufgrund der Demenz sei die Heimbewohnerin nicht in der Lage, ihre Medikamente selbständig zu verwalten. Er habe ihre Behandlung bei Eintritt ins Heim übernommen, sie sei damals bereits dement gewesen. Das Pflegepersonal habe ihm Einiges zur Biografie von Frau A. berichtet. Ein Informationsaustausch zwischen den behandelnden Ärzten finde in der Regel nicht statt. Er halte die Patientin für einwilligungsunfähig.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 11 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Dokumentierte Indikationen für die beiden verabreichten Neuroleptika sind nicht vorhanden. Die bei der eigenen Erhebung (z.B. NPI) ermittelten Verhaltensauffälligkeiten können grundsätzlich Ausdruck der Demenzerkrankung sein, sollten jedoch zunächst mit nicht-pharmakologischen Interventionen angegangen werden. Erst bei Persistenz und erheblichem Ausmaß der Symptome (z.B. Eigengefährdung) ist eine pharmakologische Behandlung indiziert. Hier wäre ein Antidementivum (z.B. Memantine) Mittel der 1. Wahl. Neuroleptika wären dann also erst in 3. Linie indiziert. Da seit über 12 Monaten kein Bedarfsfall dokumentiert wurde, sollte die Bedarfsmedikation mit einem Benzodiazepin abgesetzt werden, zumal dies ohnehin kein Medikament der 1. Wahl bei dieser Patientin ist.

**Dauer:** Da in den letzten 6 Monaten weder Reduktions- noch Aussetzversuche unternommen wurden, ist die Dauer der Medikation zu lang. Dies betrifft insbesondere das hochpotente Neuroleptikum mit über 24 Monaten.

**Dosis:** Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist grundsätzlich angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Die ausgeprägte Apathie und Antriebsminderung ist möglicherweise eine unerwünschte Wirkung der beiden Psychopharmaka.

**Polypragmasie:** Es kann vermutet werden, dass beide Neuroleptika aus ähnlichem Grund verabreicht werden (abendliche Verwirrtheit, unkooperatives Verhalten). In diesem Fall wäre eine pharmakologisch unvorteilhafte Duplizierung gegeben.

**Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht versus bzw. und Autonomie und Würde:** Aus medizinethischer Sicht müssen mehrere Problemfelder genannt werden.

1. Die Patientin erhält trotz nachgewiesener Indikation und Wirksamkeit kein Antidementivum, eine rationale Begründung für die Nichtverordnung ist nicht erkennbar. Eine Verbesserung der kognitiven als auch funktionalen Leistungsfähigkeit wird in den entsprechenden evidenzbasierten Studien für ein

solches Krankheitsbild angegeben. Insoweit stellt sich die Frage, ob Frau A. ein hilfreiches Medikament vorenthalten wurde bzw. ob der Arzt seinen berufsethisch begründeten Sorgfaltspflichten nachgekommen ist

2. Sie erhält ein hochpotentes Neuroleptikum ohne entsprechende Indikation. Es ist zu vermuten, dass dieses Medikament zur Sedierung von Frau A. eingesetzt wird, um die bei schweren Demenzen unter Umständen auftretenden Unruhezustände zu kupieren. Es ist nicht ersichtlich, inwieweit verhaltenstherapeutische Ansätze genutzt wurden, um diese Unruhezustände zu lindern. Es werden sowohl vom Pflegepersonal als auch von ärztlicher Seite keine Symptome geschildert, die den Einsatz des hochpotenten Neuroleptikums gerechtfertigt hätten, zumal zum Erhebungszeitpunkt eher eine Antriebsminderung im Vordergrund der klinischen Symptomatik stand. Wenn sich ein Zusammenhang zwischen dem verschriebenen Präparat und der Antriebsminderung nachweisen lässt, dann ist eine Einschränkung der verbliebenen Selbstbestimmtheit der Patientin durch die Psychopharmakotherapie nicht auszuschließen.
3. Die Bedarfsmedikation eines Benzodiazepins erfolgte nach Angaben des Neurologen/Psychiaters auf Drängen des Pflegepersonals: er habe diesem Drängen trotz besseren Wissens nachgegeben. Das Medikament wurde als Bedarfsmedikation angesetzt, der Bedarfsfall wurde jedoch nicht definiert. Es ist in der Pflegedokumentation kein Bedarfsfall dokumentiert. Trotzdem könnte hier ein Verstoß der ärztlichen Fürsorgepflicht gegenüber der Patientin vorliegen, da trotz besseren Wissens eine Bedarfsmedikation angesetzt wurde, für die es keine medizinische Grundlage gibt.

**Nichtschadensgebot:** Die Patientin erhält ein hochpotentes und ein niederpotes Neuroleptikum bei einer schweren demenziellen Grunderkrankung. Die in der Pflegedokumentation aufgeführte Diagnose der Psychose sei falsch, berichtet der Neurologe/Psychiater. Um eine „verbesserte Tagesstrukturierung“ zu erreichen, wird ein hochpotentes Neuroleptikum verabreicht. Daraus folgt, dass eine Indikation für die Gabe eines hochpotenten Neuroleptikums fehlt und auch vor dem Hintergrund eines zwar „ausgebrannten Morbus Parkinson“ die Vergabe nur im Ausnahmefall und nach strenger Indikation erfolgen sollte. Zudem wurde trotz besseren Wissens eine Bedarfsmedikation angesetzt, für die es keine medizinische Grundlage gibt. Unter Berücksichtigung der potenziellen Nebenwirkungen der Medikamente könnte bei fehlender Indikation das Nichtschadensgebot tangiert sein.

**Gerechtigkeit:** Es wurden Medikamente verabreicht, für die keine Indikation besteht. Daher muss von einer finanziellen Ressourcenvergeudung ausgegangen werden.

### **Problembeschreibung aus juristischer Sicht:**

#### **Arztrechtliche Aspekte:**

Der behandelnde Arzt ist dem Patienten gegenüber zu einer gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verpflichtet, wobei die Heilbehandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen und auf die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten gerichtet sein muss. Das Vorgehen des verordnenden Arztes ist diesbezüglich hier in mehrfacher Hinsicht problematisch.

1. Zunächst sind Arzneimittel verordnet worden, die für das vorliegende Krankheitsbild erst in 3. Linie indiziert sind. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund möglicher Nebenwirkungen.
2. Ebenso ist auch die Verordnung des nicht indizierten Bedarfsmedikaments zu hinterfragen.
3. Schließlich entspricht auch die lange Verordnungsdauer ohne Absetzversuch bzw. Dosisreduzierung nicht den international anerkannten Leitlinien, so dass auch hier der Verdacht besteht, dass der Arzt gegen seine arzt- und berufsrechtlichen Verpflichtungen verstoßen haben könnte.

Zu kritisieren ist weiterhin, dass der Arzt die Behandlungsentscheidung mit dem Bedarfsmedikament auf Drängen der Pflegekräfte wider seinen medizinischen Sachverstand traf. Denn schließlich darf er sich gemäß der Berufsordnung der Ärzte nicht von Nichtärzten anweisen lassen.

Darüber hinaus ist problematisch, dass der behandelnde Arzt im Rahmen der Bedarfsmedikation eine die Medikation auslösende, hinreichend bestimmte Bedingung gerade nicht benannt hat, so dass die Pflegekräfte für deren Erkennung diagnostisch oder therapeutisch tätig werden müssten. Bei diesen Tätigkeiten handelt es sich jedoch um solche, die ausschließlich ein Arzt erbringen darf. Folglich hätte der Bedarfsfall genau definiert werden müssen, da ansonsten eine ordnungsgemäße Durchführung der Verordnung nicht sichergestellt ist.

#### **Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

Bezüglich der Verordnung der Arzneimittel als Sachleistungen der GKV ist zweifelhaft, ob die Leistungsvoraussetzungen hier vorliegen. Hier könnte die Arzneimittelbehandlung dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 SGB V widersprechen.

Schließlich ist problematisch, dass im Fall des Bedarfsmedikaments eine langfristige Verordnung (länger als 2 Monate) eines Hypnotikums im Sinne von Nr. 19 AMR vorliegt, welche die Verordnung nur im Rahmen einer strengen Indikationsstellung und einer Begründung in der ärztlichen Dokumentation vorsieht. Diese Voraussetzungen liegen jedoch gerade nicht vor.

#### **Pflegerechtliche Aspekte:**

1. Bezüglich der grundsätzlichen Zulässigkeit der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen hier keine Bedenken.
2. Jedoch ist zu kritisieren, dass die Pflegekräfte in dem vorliegenden Fall den behandelnden Neurologen zu einer bestimmten Medikation gedrängt haben. Damit wird in eine dem behandelnden Arzt vorbehaltene Tätigkeit eingegriffen.
3. Bezüglich der medizinischen Behandlungspflege ist problematisch, dass hinsichtlich der verordneten Bedarfsmedikation der Bedarfsfall bzw. der Vergabezeitpunkt nicht bestimmt ist, so dass die Pflegekräfte die Verordnung nicht durchführen können ohne therapeutisch oder diagnostisch tätig zu werden.

#### **Autonomie:**

1. Hier fand eine enge Kooperation zwischen dem Bevollmächtigten, der einwilligungsunfähigen Betreuten und den behandelnden Ärzten statt. Insofern gibt es zunächst keine rechtlichen Bedenken.
2. In demselben Rechtskreis stellt sich aber auch die Frage nach der Notwendigkeit der Genehmigung der Einwilligung des Bevollmächtigten in die Psychopharmakabehandlung durch das Vormundschaftsgericht. Hier kann man aufgrund des Nebenwirkungsprofils der oben dargestellten Medikamentenkombination von der konkreten Gefahr einer schweren und lang andauernden gesundheitlichen Schädigung gemäß § 1904 Abs. 1 BGB ausgehen. Demzufolge hätte hier eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Einwilligung eingeholt werden müssen.
3. Unter diesen Umständen ist die Einwilligung der Bevollmächtigten zum Einwilligungszeitpunkt, die lediglich auf einer mündlich bzw. konkludent erteilten Vollmacht beruhte, gemäß § 1904 Abs. 2 BGB nicht ausreichend.

#### **Pflegedokumentation:**

Des Weiteren muss sich die Pflegedokumentation an den gesetzlichen Voraussetzungen orientieren. Die Pflegedokumentation umfasst eine systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung von pflege-/betreuungsrelevanten Daten. Diese muss übersichtlich und aussagekräftig sein und von den tätigen Personen regelmäßig, fortlaufend und nachvollziehbar geführt werden. Dabei konnten hier insbesondere für den Bereich der Durchführungsnachweise hinsichtlich der medizinischen Pflege Defizite in Form einer lückenhaften Dokumentationstätigkeit festgestellt werden.

## **Epikrise II**

### **Informationen aus der Heimdokumentation:**

*Frau B., etwa 90 Jahre alt, lebt seit mehreren Jahren im Pflegeheim. Sie ist ledig und hat keine Kinder. Sie hat einen Bevollmächtigten, der alle Angelegenheiten stellvertretend für sie regelt.*

*Die Patientin wird u. a. durch ihren Hausarzt sowie durch einen Neurologen/Psychiater ärztlich betreut. Bei Heimeintritt ist ein Hausarztwechsel erfolgt. Sie befindet sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand und ist in die Pflegestufe 1 eingeordnet.*

*Psychiatrische und/oder neurologische Erkrankungen sind nicht vermerkt. Sie erhält insgesamt vier Psychopharmaka. Hierunter befinden sich zwei Antidepressiva der älteren Generation in mittlerer Dosierung. Weiterhin ein atypisches Neuroleptikum in niedriger Dosis und ein Benzodiazepin-Präparat mit kurzer Halbwertszeit. Diese Medikamente werden seit weit über einem Jahr verabreicht. Dosisreduktions- oder Absetzversuche sind bei den genannten Psychopharmaka in den letzten 6 Monaten vor der Datenerhebung nicht erfolgt. Die letzte Dosisreduktion ist vor 18 Monaten bei einem Antidepressivum erfolgt. Die Dosis wurde jedoch nach wenigen Monaten geringgradig erhöht.*

### **Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

*Frau B. hat keine signifikanten kognitiven Defizite. Testdiagnostisch und klinisch konnte kein Hinweis auf eine Depression gefunden werden. Dieser Befund spiegelt sich auch in der Selbstbeurteilung bzgl. ihrer eigenen Lebensqualität wieder, die sie als überwiegend gut bewertet. Diese Einschätzung deckt sich in etwa mit der Fremdbeurteilung durch die Pflegekräfte. Als einzige klinische Auffälligkeit wurde von den Pflegekräften berichtet, dass Frau B. starke Schlafstörungen habe. Die Patientin ist mobil und kann sich mit Hilfe eines Gehgestells im Wohnheim bewegen. Sie ist aktiv und nimmt regelmäßig an Heimveranstaltungen teil. Die Ergebnisse der kognitiven Untersuchungen bestätigten die Einschätzung der Pflegefachkräfte, dass Frau B. einwilligungsfähig ist.*

### **Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

*Der Neurologe/Psychiater berichtet, die Patientin vor wenigen Jahren übernommen zu haben, Vorinformationen habe er nicht bekommen. Er habe die Medikation weitergeführt, da die Patientin sehr auf die Medikamente fixiert war und sie gut vertrage. Auf geringfügige Dosisreduktionen eines Antidepressivums habe Frau B. mit Unruhe reagiert. Frau B. sei einwilligungsfähig. Eine Aufklärung bzgl. der Medikamente sei erfolgt. Die Benzodiazepin-Medikation sei vom Hausarzt angesetzt worden, er selbst sei damit nicht einverstanden und habe dies auch gesagt. Die Patientin könne ihre Medikamente selbst verwalten.*

*Der Hausarzt berichtet, dass Frau B. die Benzodiazepin-Medikation benötige, da sie unter Schlafstörungen leide. Er sehe die Patientin etwa einmal in der Woche und habe den Eindruck, dass es ihr zumindest psychisch gut gehe. Er halte die Patientin für einwilligungsfähig.*

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 11 von 34**

### **Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** *Dokumentierte Diagnosen für die Verabreichung von zwei Antidepressiva, einem Neuroleptikum und einem Benzodiazepin sind nicht vorhanden. Ebenso wurde bei der eigenen Erhebung keine dementsprechende Indikation festgestellt. Die vorhandene Schlafstörung ist keine Indikation für diese Medikamente. Am ehesten wäre hier noch das trizyklische Antidepressivum zu diskutieren. Dieses ist jedoch keineswegs eine Maßnahme 1. Wahl.*

**Dauer:** Da in den letzten 6 Monaten weder Reduktions- noch Aussetzversuche unternommen wurden, ist die Dauer der Medikation deutlich zu lang.

**Dosis:** Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist grundsätzlich dem Alter angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Alle 4 Psychopharmaka sind potenziell sedierend und können sich in dieser Nebenwirkung wechselseitig verstärken. Nicht zuletzt kann auch die Sturzgefährdung hierdurch verstärkt werden. Das Benzodiazepin hat ein hohes Abhängigkeitspotenzial (insbesondere bei einer Anwendungsdauer von ca. 20 Monaten).

**Polypragmasie:** Die gleichzeitige Gabe der beiden Antidepressiva ist pharmakologisch nicht rational. Die gleichzeitige Gabe von 4 potenziell sedierenden Präparaten (vermutlich zielt dies auf die angegebenen Schlafstörungen) ist ebenfalls als polypragmatisch anzusehen. Falls ein Hypnotikum indiziert wäre, wäre hier ebenfalls eine Monotherapie anzustreben.

### **Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht, Autonomie und Würde:** Die Patientin möchte eine nicht indizierte Psychopharmakamedikation weiter einnehmen, da sie sich hieran gewöhnt und ihr derzeitiges Wohlbefinden eng an die eingenommene Medikation gekoppelt hat. Ein Reduktionsversuch eines Antidepressivums ist – nach Angabe des behandelnden Arztes – nicht vertragen worden. Frau B. habe mit Unruhe reagiert. Der Neurologe hat Frau B. bzgl. der möglichen Nebenwirkungen und der fehlenden Indikation aufgeklärt. Die Patientin ist in der Lage, ihren Willen zu äußern und diesen auch durchzusetzen. Es sind keine psychischen Störungen vorhanden, die ihre autonome Willensentscheidung beeinträchtigen. Der Arzt verordnet daher wider besseres Wissen die eingeforderte Medikation und beugt sich dem Willen der Patientin, um die Arzt- Patient Beziehung nicht zu gefährden. Er ist sich seiner Fürsorgepflicht bewusst, setzt sie aber letztlich nicht konsequent um. Es kann aus ethischer Sicht die Frage gestellt werden, ob in diesem Fall nicht der Arzt die weitere Behandlung ablehnen sollte, wenn die Patientin weiterhin auf ihrer Medikation beharrt und keine Veränderungen zulässt. Allerdings muss auch diskutiert und abgewogen werden, ob die Patientin möglicherweise durch ein abruptes Absetzen ihrer Wunschmedikation, an die sie gewöhnt ist, gefährdet wäre.

**Nichtschadensgebot:** Die Patientin erhält 4 Psychopharmaka, für die keine entsprechende Indikation in der Pflegedokumentation vermerkt ist. Der behandelnde Psychiater berichtet, dass die Medikation bereits bestanden habe, als er die Pat. übernommen habe. Es seien ihm keine Vorbefunde und somit auch keine die Verordnung rechtfertigende Indikationen übermittelt worden. Er sei sich bewusst, dass es für die verordneten Psychopharmaka keine rationale Grundlage gebe, da die Patientin jedoch selbst bei kleinsten Dosisreduktionen mit Unruhe reagiert habe und darauf beharrt habe, die Medikamente in der bisherigen Dosierung weiter einzunehmen, habe er auf weitere Reduktionsversuche zum damaligen Zeitpunkt verzichtet. Gegenwärtig kann noch nicht sicher von einer Verletzung des Nichtschadensgebots gesprochen werden, da es der Patientin gut geht. Bei einer weiteren Fortführung der bisherigen Medikation könnte jedoch dieser Fall eintreten, und diese Problematik muss diskutiert werden.

**Gerechtigkeit:** Es werden seit etwa zwei Jahren insgesamt 4 Psychopharmaka gegeben, für die keine Indikation besteht. Daher liegt hier eine deutliche finanzielle Ressourcenvergeudung vor.

### **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

#### **Arztrechtliche Aspekte:**

Aus juristischer Sicht stellt sich die Frage, ob die Heimbewohnerin nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt worden ist.

1. *Problematisch erscheint hier, dass der behandelnde Neurologe 4 Psychopharmaka verordnete, für die keine Indikationen festgestellt werden konnte, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Patientin einem hohen Abhängigkeitsrisiko bzw. starken Nebenwirkungen ausgesetzt ist. Eine nicht indizierte Medikation, durch die dem Patienten Gefahren drohen, kann auch nicht durch die Einwilligung oder den Wunsch der Patientin gerechtfertigt sein.*
2. *Schließlich entsprach auch die lange Verordnungsdauer ohne Absetzversuch bzw. Dosisreduzierung nicht den international anerkannten Leitlinien, an denen hier die Verordnung gemessen worden ist, so dass auch hier die Möglichkeit besteht, dass der behandelnde Arzt gegen seine Therapiebeobachtungspflicht verstoßen haben könnte.*

#### **Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

*Aus sozialrechtlicher Sicht fehlt es mangels Indikationen an der Zweckmäßigkeit der Psychopharmakabehandlung. Daher widerspricht die oben dargestellte Psychopharmakabehandlung dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V, so dass diese Behandlung nicht zulasten der GKV erfolgen durfte.*

*Ebenso könnte hier ein Verstoß gegen Nr. 19 AMR vorliegen, da diese Norm vorsieht, dass bei langfristiger Verordnung (länger als 2 Monate) von Tranquilantien und Hypnotika, es einer strengen Indikationsstellung und einer Begründung in der ärztlichen Dokumentation bedarf. Wie bereits dargestellt, erhielt die Heimbewohnerin seit mehreren Monaten ein Hypnotikum. Dabei kann man davon ausgehen, dass es an der strengen Indikationsstellung fehlte.*

#### **Pflegerechtliche Aspekte:**

*Schließlich stellt sich die Frage, warum die Heimbewohnerin ihre Arzneimittel nicht selbst verwaltet, sondern die Medikamentenvergabe teilweise durch eine Pflegekraft erfolgt. Denn diese Leistung der medizinischen Behandlungspflege ist nicht notwendig, da die Heimbewohnerin sowohl körperlich als auch geistig zur Selbstverwaltung der Arzneimittel in der Lage ist. Dies ergaben die erhobenen Studienbefunde und wurde auch von den behandelnden Ärzten bestätigt. Somit wäre es gemäß § 43 Abs. 2, § 29 Abs. 1 SGB XI und der Zielsetzung der aktivierenden Pflege gemäß § 28 Abs. 4 SGB XI geboten, die Heimbewohnerin anzuleiten, ihre Arzneimittel selbst zu verwalten und selbständig einzunehmen, wenn dies mit einem verhältnismäßigem Aufwand möglich ist.*

#### **Autonomie:**

*Da die Patientin selbst noch voll einwilligungsfähig ist, kommt es hier nicht auf die Entscheidung der Bevollmächtigten an, weshalb eine eventuelle Genehmigungspflicht des Vormundschaftsgerichts gemäß §§ 1904 Abs. 1, 2 SGB V aufgrund des hohen Nebenwirkungspotenziales ausscheidet. Und da auch eine ärztliche Aufklärung der Patientin stattgefunden und diese in die Medikation eingewilligt hat, bestehen keine Bedenken im Hinblick auf die Autonomiegewährleistung.*

#### **Pflegedokumentation:**

*Bei dieser Heimbewohnerin musste festgestellt werden, dass eine Pflegedokumentation, abgesehen von der Dokumentation der ärztlich verordneten Arzneimittel, so gut wie gar nicht stattfand. So fehlte es an einer Pflegeanamnese, eines Grundpflegenachweises für den aktuellen Monat sowie eines Nachweises bzgl. der medizinischen Pflege. Des Weiteren wurden keine Pflegeziele formuliert. Auch das Stamblatt sowie die Tagesdokumentationen wurden kaum ausgefüllt. Folglich wird die hier geführte Pflegedokumentation den gesetzlichen Anforderungen nicht gerecht.*

### **Epikrise III**

#### **Informationen aus der Heimdokumentation:**

*Frau C. ist 80 Jahre alt und lebt seit kurzem im Pflegeheim. Sie ist ledig, hat keine Kinder. Es liegt weder eine gesetzliche Betreuung noch eine Bevollmächtigung vor. Sie ist in die Pflegestufe eins*

eingeorordnet. Beim Heimeintritt ist kein Hausarztwechsel erfolgt. Sie wird regelmäßig etwa einmal im Monat von ihrem Hausarzt gesehen, und zudem findet eine regelmäßige Mitbehandlung durch einen Neurologen statt. In den letzten vier Wochen vor der Befunderhebung war der Neurologe einmal bei ihr.

Die Patientin ist sehr adipös. Ihr Seh- und Hörvermögen ist schlecht. Sie hat eine Sehhilfe, jedoch keine Hörhilfe. Das Sprachverständnis ist gut.

Psychiatrische Erkrankungen sind nicht dokumentiert. Die Patientin erhält 4 fest angesetzte Psychopharmaka. Sie erhält jeweils seit mehreren Monaten ein Benzodiazepin-Präparat, ein Anxiolytikum einer anderen Substanzklasse sowie ein niederpotentes Neuroleptikum und ein trizyklisches Antidepressivum, jeweils in niedriger Dosierung. Eine Dosisreduktion oder ein Absetzversuch ist bisher nicht erfolgt.

#### **Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

Die Patientin hat keine signifikanten kognitiven Defizite, es sind jedoch testpsychologisch als auch klinisch deutliche Hinweise für eine mittelgradige Depression vorhanden. Dies wird durch die Selbstbeurteilung ihrer Lebensqualität bestätigt, die sie selbst als insgesamt schlecht einstuft. Im Unterschied dazu beurteilt das Pflegepersonal die Lebensqualität von Frau C. als insgesamt zufriedenstellend. Des Weiteren bestätigten die Ergebnisse der kognitiven Untersuchungen die Einschätzung der Pflegefachkräfte, dass Frau C einwilligungsfähig ist

Die Patientin ist stark antriebsgemindert und nimmt nur selten an den aktivierenden Heimprogrammen teil. Es konnten jedoch auch in anderen Verhaltensbereichen auffällige Befunde erhoben werden. Zum einen ist sie intermittierend leicht reizbar und zeigt bisweilen ein enthemmtes Verhalten, und zum anderen konnten deutliche Hinweise für Schlafstörungen erhoben werden. Die Patientin benötigt Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, beim Ankleiden und bei der persönlichen Hygiene. Sie ist mit Hilfe eines Rollstuhls bzw. Gehstocks mobil. Der Mehraufwand für die Pflegekräfte wird als insgesamt mäßig eingestuft.

#### **Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

Der Hausarzt berichtet, dass er die Patientin bereits seit vielen Jahren kenne. Sie habe immer sehr zurückgezogen gelebt, und in der Zeit vor der Heimaufnahme sei ihm eine zunehmende Verwahrlosung aufgefallen. Die Wohnung sei schmutzig gewesen, und er habe den Eindruck gehabt, Frau C. könne sich nicht mehr in adäquater Weise um ihre Belange kümmern. Deshalb habe er eine Betreuung initiiert und die Heimaufnahme veranlasst. Die gesetzliche Betreuung sei vor kurzem beendet worden. Immer wenn er sie sehe, frage sie ihn, wann sie nach Hause gehen könne. Er würde sie dann jeweils beschwichtigen. Ihre Wohnung sei inzwischen weitervermietet worden. Die Patientin sei einmalig stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden. Im Arztbrief wurde der Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie gestellt und eine neuroleptische Behandlung durchgeführt. Er habe diese Medikation wieder abgesetzt, da er mit dieser Diagnose nicht einverstanden gewesen sei. Vor mehreren Jahren sei sie von einem niedergelassenen Psychiater gesehen worden, der habe eine endogene Depression diagnostiziert und eine antidepressive Medikation empfohlen. Die derzeitige Psychopharmakamedikation werde von dem mitbehandelnden Neurologen/ Psychiater angesetzt. Er habe bisher keinen Befundbericht des Kollegen erhalten. Er halte es für möglich, dass Fr. C. ihre Medikamente weitestgehend selbst verwalten könne. Er halte Frau C. für einwilligungsfähig.

Der Neurologe/Psychiater hat bei der Patientin eine nicht näher bezeichnete depressive Episode diagnostiziert. Eine differenzierte Begründung für die Psychopharmakavergabe ist in der vorliegenden Dokumentation nicht vorhanden. Es sind nur 2 Eintragungen für den Untersuchungszeitraum Januar 04 bis Juni 04 vorhanden.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 10 von 34**

### **Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Aufgrund eigener Erhebung und der Diagnose des behandelnden Neurologen/Psychiaters kann von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden. Auch die bestehende Schlafstörung könnte hierdurch erklärt werden. Das trizyklische Antidepressivum wäre dann zwar prinzipiell indiziert, ist aber bei dieser Patientin allenfalls Mittel der 2. Wahl (1. Wahl wäre z.B. ein SSRI) und ohnehin unterdosiert (nicht thymoleptisch wirksame Dosis). Das Anxiolytikum ist ein empirisch schlecht belegtes Mittel mit der Indikation „Angsstörung“ und „Somatisierungsstörung“, insofern ist hier eher keine Indikation gegeben. Das verordnete kurzwirksame Benzodiazepin-Präparat kann als Schlafmittel (Hypnotikum) Verwendung finden. Grundsätzlich wäre hier also eine Indikation vorhanden (wenngleich nicht dokumentiert), es darf allerdings nur kurze Zeit als Dauermedikation gegeben werden (Abhängigkeitspotenzial). Die Indikation für das niederpotente Neuroleptikum ist nicht klar nachvollziehbar. Möglicherweise zielt dies auf die intermittierenden Erregungszustände der Patientin, allerdings wären dann angesichts der Gesamtsituation psychosoziale Maßnahmen oder ggf. eine Bedarfsmedikation angemessener. Insgesamt muss die Patientin angesichts der Depression sicherlich als unterbehandelt gelten.

**Dauer:** Bei dem verordneten Benzodiazepin hätte spätestens nach 10 Tagen eine Dosisreduktion erfolgen sollen. Bei den anderen Präparaten ist die Dauer der Medikation mit 4 Monaten grundsätzlich tolerabel, allerdings sollte nach spätestens 6 Monaten ein Reduktions- oder Absetzversuch unternommen werden.

**Dosis:** Die Dosierungen der eingesetzten Medikamente sind grundsätzlich angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Die Patientin erhält 4 Präparate mit sedierender Wirkkomponente. Ihre Antriebsminderung könnte zumindest teilweise hierauf zurückzuführen sein.

**Polypragmasie:** Sollte der Einsatz der 4 Psychopharmaka jeweils auf die Linderung von Angst/Unruhe und Insomnie als eine Teilsymptomatik der Depression zielen, so ist hier sicher eine pharmakologisch nicht sinnvolle Polypragmasie gegeben, zumal alle Präparate bzgl. ihrer Dosierung nicht ausgeschöpft sind. Die mögliche Unterdosierung könnte im ungünstigsten Fall dazu führen, dass die Medikation wirkungslos ist. Mögliche Arzneimittelinteraktionen sind bei der bestehenden Medikamentenkombination nicht mehr ausreichend zu überblicken, zumal die Bewohnerin noch weitere 5 nicht-psycho trope Medikamente bekommt.

### **Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht:** Die Patientin ist deutlich depressiv verstimmt, eine adäquate Therapie mit Antidepressiva besteht nicht. Ebenso wenig findet eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung der Depression statt. Es ist daher fraglich, ob der Neurologe/Psychiater seiner Fürsorgepflicht gerecht geworden ist.

**Nichtschadensgebot:** Die Patientin erhält vier Psychopharmaka mit einer sedierenden Komponente. Es wurde ein Antidepressivum gegeben, welches aus psychiatrischer Sicht als Medikament der zweiten Wahl einzustufen ist. Zudem wurde das Medikament in einer zu geringen Dosierung gegeben. Vor diesem Hintergrund und den möglichen Arzneimittelwechselwirkungen müssen Aspekte des Nichtschadengebotes diskutiert werden.

**Autonomie und Würde:** Die Patientin fragte den behandelnden Hausarzt während der Visiten häufig, wann sie nach Hause gehen könne. Der Hausarzt berichtet, dass er sie stets vertröstet habe. Die Patientin habe keine eigene Wohnung mehr und sei nicht mehr in der Lage, ihre Wünsche nach einer Rückkehr konsequent zu verfolgen. Der Hausarzt vertritt aus ethischer Sicht eine paternalistische Haltung, da er davon ausgeht, dass die Patientin nicht in der Lage ist, sich eigenständig um ihre Belange zu kümmern,

eine erneute soziale Verwahrlosung drohen würde und er sie davor bewahren müsse. Damit verstößt er allerdings – trotz wohlmeinender Intentionen – gegen das Recht der Patientin, in die von ihm initiierte Behandlung informiert einzuwilligen. Dieser paternalistischen Haltung stehen die Autonomiebestrebungen der Patientin gegenüber, die gerne wieder nach Hause möchte und dies bei den Visiten thematisiert. Inwieweit dieser Konflikt zu einer Verschlechterung der Stimmung beiträgt, kann nur vermutet werden. Eine Ressourcen aktivierende Behandlung mit der Erarbeitung von realistischen Lebensperspektiven wäre indiziert. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass die Autonomiebestrebungen weiter übergangen werden und eine Zunahme der depressiven Symptomatik erfolgt. Allerdings sollte in jedem Fall das Recht der Patientin auf Wahrhaftigkeit respektiert werden.

**Gerechtigkeit:** Es werden Psychopharmaka gegeben, die weder in der Kombination noch in der Höhe der Dosierung sinnvoll eingesetzt werden, insoweit kann von einer Ressourcenvergeudung ausgegangen werden.

### **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

#### **Arztrechtliche Aspekte:**

Aus juristischer Sicht stellt sich die Frage, ob es sich bei der verordneten Psychopharmakatherapie dem Patienten gegenüber um eine Heilbehandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst handelt, die auf die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten gerichtet ist. Denn auch hier liegt nur teilweise eine Indikation für die verordneten Arzneimittel vor. Dies ist insbesondere problematisch, wenn die Behandlung darauf abzielen sollte, dass die durch sedierende Psychopharmaka antriebsloser werdende Patientin leichter zu pflegen ist. Darüber hinaus ist die Patientin bezüglich ihrer Depression vermutlich unterbehandelt und schließlich entspricht auch die lange Verordnungsdauer ohne Absetzversuch bzw. Dosisreduzierung sowie die festgestellte Polygragmasie nicht den international anerkannten Leitlinien. Folglich kann nicht von einer Arzneimittelbehandlung lege artis ausgegangen werden.

#### **Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

1. Aus krankenversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten fehlt es mangels Indikationen für 2 der 4 Psychopharmakaverordnungen an einem geeigneten Behandlungsziel, welches mit dieser verfolgt werden kann. Folglich ist die Zweckmäßigkeit und damit die Wirtschaftlichkeit der Psychopharmakatherapie fraglich.
2. Ein weiteres rechtliches Problem besteht darin, dass die Verordnung des trizyklischen Antidepressivums aufgrund der Unterdosierung vermutlich nicht wirksam, also nicht ausreichend im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V ist. Bei dieser Therapie gerät der behandelnde Arzt folglich in Konflikt mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot, insbesondere auch deswegen, weil es sich nur um ein Arzneimittel der 2. Wahl handelt.

#### **Pflegerechtliche Aspekte:**

Die Patientin weist keine bzw. nur sehr geringe kognitive Einbußen auf und ist weder hinsichtlich ihrer Bewegungsabläufe und Motorik noch bezüglich ihrer Sehfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie die Arzneimittel nicht selbständig einnehmen könnte. Auch nach der Einschätzung des behandelnden Allgemeinmediziners ist sie zur Selbstverwaltung der Arzneimittel in der Lage. Das haben auch die erhobenen Studienbefunde ergeben. Somit wäre es gemäß § 43 Abs. 2, § 29 Abs. 1 SGB XI und der Zielsetzung der aktivierenden Pflege gemäß § 28 Abs. 4 SGB XI geboten, die Heimbewohnerin anzuleiten, ihre Arzneimittel selbst zu verwalten und selbständig einzunehmen. Nur so können Fähigkeiten erhalten bzw. wiedergewonnen werden, womit die Förderung eines möglichst eigenständigen und selbst bestimmten Lebens einhergeht.

**Autonomie:**

Aufgrund der fehlenden Indikationen für die Arzneimittelbehandlung ist das Maß der ärztlichen Aufklärung kritisch zu hinterfragen, wobei dieses im Einzelnen nicht mehr nachvollzogen werden kann. Jedoch ist grundsätzlich eine ärztliche Aufklärung der einwilligungsfähigen Patientin und eine Einwilligung in die Psychopharmakotherapie erfolgt.

**Pflegedokumentation:**

Die pflegerische Dokumentation ist hinsichtlich der Kontinuität verbesserungsfähig.

**Epikrise IV****Informationen aus der Heimdokumentation:**

Frau D., Mitte 60, lebt seit einigen Jahren im Pflegeheim. Sie ist ledig und hat keine Kinder. Regelmäßige Besuche der Verwandten sind dokumentiert. Sie hat weder eine gesetzliche Betreuung noch einen Bevollmächtigten. Frau D. ist in die Pflegestufe 2 eingeordnet. Beim Heimeintritt ist ein Hausarztwechsel erfolgt. Der Hausarzt sieht die Patientin etwa alle zwei Wochen im Pflegeheim. Sie wird u. a. von einem Neurologen mitbetreut, der sie etwa alle vier Wochen im Pflegeheim sieht.

Die Patientin befindet sich in einem guten Ernährungszustand. Sie sieht schlecht, eine Sehhilfe ist jedoch vorhanden. Das Hörvermögen wie auch das Sprachverständnis sind gut. In der Pflegedokumentation wird an Erkrankungen unter anderem eine Tumorerkrankung angegeben.

An psychiatrischen Erkrankungen wird eine Depression aufgeführt. Frau D. erhält seit über einem Jahr ein trizyklisches Antidepressivum in mittlerer Dosierung. Dosisreduktions- oder Absetzversuche sind nicht erfolgt. Als Bedarfsmedikation erhält die Patientin bei Schlafstörungen seit über einem Jahr ein Hypnotikum. In den letzten sechs Monaten ist mehrmals von dieser Bedarfsmedikation Gebrauch gemacht worden. Zudem erhält sie seit über einem Jahr bei Bedarf dasselbe Antidepressivum, welches auch fest angesetzt ist: Es soll bei „Angst, Unruhe und Zittern“ gegeben werden. Der Bedarfsfall ist im Erhebungszeitraum mehrmals eingetreten. Zusätzlich ist noch seit etwa einem Jahr ein niederpotes Neuroleptikum im Falle von „Angstzuständen“ bei Bedarf angesetzt worden. Dieses Medikament wurde jedoch nicht verabreicht. Des Weiteren erhält sie bei Schlafstörungen bedarfsweise ein pflanzliches Präparat. Dieses ist mehrfach verabreicht worden.

**Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

Frau D. hat keine kognitiven Defizite, es sind jedoch sowohl testpsychologisch als auch klinisch deutliche Hinweise für eine mittelgradige Depression und eine ängstliche Symptomatik vorhanden. Sie berichtet: „Ich lebe nicht mehr richtig, alles läuft wie im Film ab“.

Die Selbstbeurteilung der Heimbewohnerin bezüglich ihrer Lebensqualität schwankt zwischen zufriedenstellend und schlecht. Insbesondere sei ihre Stimmung morgens schlecht, gegen Nachmittag würde sie besser. Die Fremdbeurteilung durch die Pflegekräfte fällt insgesamt besser aus, ihr wird überwiegend eine gute Lebensqualität attestiert. Die Ergebnisse der kognitiven Untersuchungen bestätigten die Einschätzung der Pflegefachkräfte, dass Frau D. einwilligungsfähig ist.

Die Patientin braucht Hilfe beim An- und Auskleiden sowie bei der körperlichen Hygiene. Sie ist mit Hilfe eines Rollstuhls mobil, nimmt aber nicht an den Aktivitäten des Pflegeheimes teil. Der Mehraufwand wird als mäßig eingestuft.

**Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

Der Hausarzt gibt an, die Patientin habe eine „Karzinophobie“. Er halte Frau D für einwilligungsfähig. Er habe große Schwierigkeiten, ihr zu verdeutlichen, dass sie zurzeit keine Sorge bezüglich ihrer

*Tumorerkrankung haben müsse. Der Tumor sei operativ entfernt worden. Er behandle sie seit mehreren Jahren und schätze sie als schwer depressiv ein. Die Psychopharmakamedikation werde durch ihren Neurologen/Psychiater festgelegt. Eine Selbstverwaltung der Medikamente sei krankheitsbedingt nicht möglich.*

*Der Neurologe/Psychiater erwähnt in seiner Dokumentation eine nicht näher bezeichnete depressive Episode sowie eine nicht näher bezeichnete organische psychische Störung. Nähere Angaben zur Diagnostik und zum Verlauf sind der Arztdokumentation nicht zu entnehmen. Es ist eine Eintragung im Zeitraum von Januar 2004 bis Juni 2004 vorhanden mit der Erwähnung, dass die Patientin depressiv sei. Der Neurologe gibt an, er habe die Gabe eines Serotoninwiederaufnahmehemmers (SSRI) in Erwägung gezogen, jedoch dann das trizyklische Antidepressivum weiterverordnet, da die Patientin etwas stabiler geworden sei. Es findet sich in der Arztdokumentation kein psychopathologischer Befund.*

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 10 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Bei dokumentierter Diagnose „Depression“ ist grundsätzlich die Gabe eines Antidepressivums indiziert. Ein trizyklisches Antidepressivum ist jedoch bei dieser Patientin sicherlich nur 2. Wahl, besser wäre z.B. ein SSRI. Tatsächlich könnte aber die Beobachtung des behandelnden Facharztes, die Patientin habe sich unter dem trizyklischen Antidepressivum stabilisiert, u.U. für eine Weiterführung dieses Medikamentes sprechen. Gleichzeitig darf allerdings angezweifelt werden, dass eine „leichte Stabilisierung“ über eine Behandlungsdauer von 1 Jahr ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis ist. Für das niederpotente Neuroleptikum besteht bisher nur ein unzureichender empirischer Wirksamkeitsbeleg bei intermittierenden Angstzuständen.

**Dauer:** Da bisher keine Remission der depressiven Symptomatik eingetreten zu sein scheint (allenfalls eine „leichte Stabilisierung“), hätte spätestens nach 3-4 Wochen die Umstellung auf ein anderes Präparat erwogen werden sollen.

**Dosis:** Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist grundsätzlich angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Die Bedarfsmedikation mit dem niederpotenten Neuroleptikum ist wegen der potenziell verstärkten anticholinergen Wirkung in Verbindung mit dem trizyklischen Antidepressivum nicht sinnvoll. Es können paradoxe Wirkungen im Sinne einer vermehrten inneren Unruhe und Ängstlichkeit auftreten.

**Polypragmasie:** Keine Hinweise.

**Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht:** Aus ethischer Sicht ist bei diesem Fall sowohl unter dem Aspekt des Nichtschadensgebotes als auch der Verpflichtung zur ärztlichen Fürsorge insbesondere die nicht ausreichende Behandlung der mittelgradigen Depression zu diskutieren. Der Hausarzt ist sich der Schwere der Depression bewusst, hat die Ängste der Patientin bzgl. ihrer Krebserkrankung bemerkt und sie als Karzinophobie gedeutet. Der mitbehandelnde Neurologe/Psychiater ist nicht vermehrt in die Behandlung eingebunden worden und war auf der Basis seiner eigenen Dokumentation von der Wirksamkeit der Behandlung mit einem trizyklischem Antidepressivum überzeugt. Er hat zwar einen Medikamentenwechsel mit einem SSRI in Erwägung gezogen, dies jedoch letztlich nicht umgesetzt. Eine Psychotherapie oder psychoonkologische Beratung wurde offensichtlich nicht in Erwägung gezogen. Diese letztlich unzureichende Psychopharmakamedikation und der Verzicht auf psychotherapeutische Maßnahmen kann als unzureichende Wahrnehmung der Fürsorgepflicht aufgefasst werden. Es fand zudem kein ausreichender Informationsaustausch zwischen dem Hausarzt und dem

*Neurologen/Psychiater statt. Dieser Austausch hätte zu einer besseren Einschätzung des psychischen Befindens der Patientin beitragen und die Grundlage für eine wirkungsvollere Therapie bilden können.*

**Nichtschadensgebot:** *Da es durch die Kombination der verordneten Medikation potenziell zu Nebenwirkungen kommen kann, die bei anderer (gleichwertiger) Medikation verhindert werden könnten (anticholingerge Wirkung) sind hier Aspekte des Nichtschadensgebotes betroffen.*

**Autonomie und Würde:** *Die Patientin hat eine mittelgradige Depression verbunden mit einer starken Antriebslosigkeit und Ängstlichkeit. Diese Ängstlichkeit hat einen realen Hintergrund (Tumorangst). Die Beurteilung dieser Ängstlichkeit als „Karzinophobie“ ist eine Fehleinschätzung. Sie erweckt den Eindruck, als mache Frau D. sich grundlos Sorgen. Sie sollte aber vor dem Hintergrund ihrer zurückliegenden Tumorerkrankung ernst genommen werden.*

**Gerechtigkeit:** *Die Patientin hat keine ausreichende medikamentöse antidepressive Behandlung erfahren. Das eingesetzte Antidepressivum ist nicht ausreichend wirksam und hätte abgesetzt werden müssen. Insoweit kann von einer finanziellen Ressourcenvergeudung ausgegangen werden. Da die optimalen Therapiemöglichkeiten nicht eingesetzt wurden, kann man gleichzeitig von einer nicht ausreichenden Nutzung der medizinischen Ressourcen sprechen.*

#### **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

##### **Arztrechtliche Aspekte:**

1. *Bedenken hinsichtlich der Frage, ob es sich bei der dargestellten Psychopharmakotherapie um eine fachgerechte ärztliche Behandlung handelt, ergeben sich aus dem Umstand, dass die Patientin über einen zu langen Zeitraum mit einem Medikament der 2. Wahl bzw. mit einem nicht ausreichend wirksamen Medikament behandelt wird, welche die Patientin potentiellen Nebenwirkungen aussetzen.*
2. *Außerdem stellt sich die Frage, ob die Verordnung der Bedarfsmedikationen den rechtlichen Vorgaben genügt. Das ist hier bedenklich, da die Medikationen zumindest teilweise hinsichtlich des Zeitpunkts der Vergabe nicht genau bestimmt sind, die Anordnungen des Arztes also teilweise keine die Medikation auslösende Bedingung bestimmen bzw. diese zu unbestimmt sind. Die Pflegenden haben also einen therapeutischen und diagnostischen Beurteilungsspielraum. Das ist nicht zulässig. Es ist nicht ausreichend, dass der Bedarfsrahmen mit unbestimmten Begriffen, wie „bei Unruhe“ beschrieben wird, wenn die Vergabeentscheidung nicht bei dem behandelnden Arzt liegt. Dies war hier jedoch hinsichtlich des niederpotenten Neuroleptikums, des Antidepressivums und des pflanzliche Präparates der Fall. Folglich hat der behandelnde Arzt nicht sichergestellt, dass die ordnungsgemäße Durchführung seiner Verordnung erfolgen kann.*

##### **Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

*Hier ist es hinsichtlich verschiedener Punkte fraglich, ob die dargestellte Psychopharmakotherapie als Sachleistung der GKV erbracht werden darf.*

1. *Ein rechtliches Problem besteht darin, dass die Verordnung des trizyklischen Antidepressivums aufgrund der Unterdosierung vermutlich nicht wirksam sein kann, also nicht ausreichend im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V ist. Bei dieser Therapie gerät der behandelnde Arzt in Konflikt mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot, insbesondere auch deswegen, weil es sich nur um ein Arzneimittel der 2. Wahl handelt.*
2. *Des Weiteren bleibt festzuhalten, dass auch die Verordnung des pflanzlichen Präparats, als ein nicht apothekenpflichtiges Mittel, nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen kann.*

**Pflegerechtliche Aspekte:**

1. Bezüglich der grundsätzlichen Zulässigkeit der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB V bestehen keine Bedenken.
2. Jedoch sollten die Pflegekräfte darauf achten, dass sie die Vergabe der Psychopharmaka im Rahmen der Bedarfsmedikation nur dann übernehmen bzw. ausführen, wenn der Bedarfsfall durch den behandelnden Arzt in so hinreichender Weise bestimmt worden ist, dass sie bei der Durchführung der Bedarfsmedikationsverordnung zweifelsfrei nicht therapeutisch oder diagnostisch tätig werden müssen. Das war hier nicht der Fall.

**Autonomie:**

Bei der Heimbewohnerin handelt es sich um eine voll einwilligungsfähige Person. Hinsichtlich dieser Beurteilung kamen sowohl der behandelnde Arzt, die Pflegefachkräfte als auch die eigenen Befunde zu identischen Ergebnissen. Im Übrigen scheint eine hinreichende Aufklärung sowie eine entsprechende Einwilligung der Patientin in die Heilbehandlung vorzuliegen.

**Pflegedokumentation:**

Die Pflegedokumentation ist verbesserungsbedürftig. Insbesondere für den Bereich der Durchführung der medizinischen Behandlungspflege konnte nur eine lückenhaften Dokumentationstätigkeit festgestellt werden.

**Epikrise V****Informationen aus der Heimdokumentation:**

Frau E. ist über 90 Jahre alt, lebt seit mehreren Jahren im Pflegeheim. Sie ist verwitwet und hat mehrere Kinder und Enkel. Sie hat einen Angehörigen bevollmächtigt, sie gesetzlich zu vertreten. Sie ist adipös und sieht trotz Sehhilfe schlecht. Das Hörvermögen ist schlecht; sie versteht bei Wiederholung jedoch alles. Die Patientin kann sich im Pflegeheim mit einem Gehgestell fortbewegen. Sie ist in der Pflegestufe 1. Die Patientin wird neben ihrem Hausarzt, den sie seit ihrem Heimeintritt hat, von verschiedenen Fachärzten betreut. Ein Neurologe und/oder Psychiater ist nicht darunter.

In der Pflegedokumentation werden verschiedene somatische Erkrankungen aufgeführt, eine psychiatrische Erkrankung ist nicht dokumentiert.

Frau E. erhält ein Psychopharmakon. Hierbei handelt es sich um ein trizyklisches Antidepressivum in niedriger Dosierung. Dieses Medikament erhält sie seit etwa 2 Jahren. Ein Reduktionsversuch ist in den letzten sechs Monaten nicht erfolgt.

**Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

Die erhobenen testpsychologischen Befunde sind insgesamt unauffällig, so dass von der Einwilligungsfähigkeit von Frau E. ausgegangen werden muss. Frau E. beurteilt ihre derzeitige Lebensqualität insgesamt als gut. Diese Einschätzung deckt sich weitestgehend mit der Fremdbeurteilung durch die Pflegekräfte. Die Pflegekräfte berichten, die Patientin nehme regelmäßig und gerne an den vom Pflegeheim angebotenen Aktivitäten teil. Sie erhalte häufig Besuch von ihren Familienangehörigen.

Es gibt keinen klinischen Hinweis für eine psychiatrische Erkrankung, insbesondere besteht kein Hinweis auf eine Depression. Frau B. erhält die Medikamente durch das Pflegepersonal.

**Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

Der behandelnde Hausarzt gibt an, er sehe die Patientin etwa alle zwei Wochen. Vor etwa zwei Jahren habe sie eine depressive Symptomatik gehabt, weshalb er damals das Antidepressivum angesetzt habe. Er

habe jedoch auch nach Rückgang der nur kurz dauernden depressiven Symptomatik die Medikation nicht mehr abgesetzt. Dies sei rückblickend sicher nicht richtig gewesen. Er habe das Weiterlaufen der Medikation übersehen. Frau B. sei aktiv, gesprächig und fühle sich im Pflegeheim sehr wohl. Sie könne die verordneten Medikamente weitestgehend selbstständig verwalten. Er halte Frau E. für einwilligungsfähig.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 7 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Aktuell besteht weder aufgrund dokumentierter Diagnosen, noch hinsichtlich der selbst erhobenen Befunde bzw. der Zusatzinformationen durch den Hausarzt eine Indikation für die Gabe eines Antidepressivums.

**Dauer:** Nach Remission der offenbar vor 2 Jahren erstmals aufgetretenen depressiven Symptomatik, hätte spätestens nach 6 Monaten ein Reduktions-/Absetzversuch durchgeführt werden sollen.

**Dosis:** Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist sehr niedrig und dem Alter der Patientin grundsätzlich angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Keine Hinweise

**Polypragmasie:** Keine Hinweise.

**Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht:** Es hat keine Überprüfung der angesetzten Antidepressivamedikation nach sechs Monaten stattgefunden. Der behandelnde Arzt ist daher in diesem Punkt seiner Fürsorgepflicht nicht gerecht geworden.

**Nicht-Schadensgebot:** Aufgrund der geringen Dosierung des Antidepressivums und der fehlenden negativen Nebenwirkungen besteht kein Hinweis auf eine eklatante Verletzung des Nicht-Schadengebotes. Allerdings muss man fragen, wie weit die Patientin durch unnötige Medikamenteneinnahme nicht doch einem unnötigen Risiko ausgesetzt wird.

**Autonomie und Würde:** Der Hausarzt hat mit der Patientin kein Gespräch über die Notwendigkeit einer Fortführung der medikamentösen Behandlung geführt. Es gab auch kein Gespräch über andere Medikamente, die potenziell weniger Nebenwirkungen haben (z.B. SSRI). Es wäre im Sinne des Respekts vor der Autonomie der Patientin sicherlich auch sinnvoll, zur Unterstützung ihrer Selbstbestimmtheit einen gemeinsamen Weg zu diskutieren, der ihr gegebenenfalls eine selbständige Verwaltung ihrer Medikamente ermöglicht.

**Gerechtigkeit:** Die unnötige Gabe eines Antidepressivums stellt eine finanzielle Ressourcenvergeudung dar.

**Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

**Arztrechtliche Aspekte:**

Es stellt sich die Frage, ob die Behandlung der Heimbewohnerin mit dem trizyklischen Antidepressivum der ärztlichen Verpflichtung zu einer fachgerechten Behandlung entspricht. Dies ist hier aufgrund der langen Verordnungsdauer nicht der Fall, insbesondere da inzwischen die Indikation für die Medikation nicht mehr vorliegt. Schließlich obliegt dem behandelnden Arzt die Überwachungs- und

*Therapiebeobachtungspflicht. Diese wurde hier von dem behandelnden Arzt nicht wahrgenommen, was er auch selbstkritisch eingestand.*

**Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

*Darüber hinaus fehlt es aus sozialrechtlicher Sicht an den tatbestandlichen Voraussetzungen der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 SGB V. Dafür spricht neben den ärztlichen Befunden auch der durchgeführte Test mit der Geriatrischen Depressionsskala (GDS), welche keine Depression bei der Heimbewohnerin erkennen ließ. Die den Versicherungsfall begründende Krankheit ist also weggefallen. Darüber hinaus muss man in Anbetracht der dargestellten Kritik zu dem Ergebnis kommen, dass eine gemäß § 12 Abs. 1 SGB V ausreichende, zweckmäßige und notwendige Versorgung der Heimbewohnerin mit Psychopharmaka nicht vorliegt. Somit durfte die Behandlung der Heimbewohnerin nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.*

**Pflegerechtliche Aspekte:**

*Schließlich fragt sich, warum die Heimbewohnerin die Leistung der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI erhalten soll. Diese umfasst die Medikamentenvergabe durch den Pfleger an die Versicherte. Das ist bei dieser Heimbewohnerin nicht erforderlich, da keine starken körperlichen Beeinträchtigungen hinsichtlich der Sehfähigkeit, der Grob- oder Feinmotorik oder anderer für die Medikamentenverwaltung wesentliche körperliche Einschränkungen bekannt sind. Auch im Hinblick auf die geistigen Fähigkeiten ist die einwilligungsfähige Patientin kaum beeinträchtigt. Sie kann ihre Arzneimittel selbst verwalten und eigenständig einnehmen. Dies wurde unter anderem von dem behandelnden Arzt bestätigt. Daher wäre es unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 29 Abs. 1 SGB XI und der Zielsetzung der aktivierenden Pflege gemäß § 28 Abs. 4 SGB XI geboten, die Heimbewohnerin anzuleiten, ihre Arzneimittel selbst zu verwalten und selbstständig einzunehmen.*

**Autonomie:**

*Diesbezüglich bestehen keine juristischen Bedenken.*

**Pflegedokumentation**

*Es stellte sich heraus, dass die auf dem Wohnbereich geführte Pflegeakte in einem wichtigen Punkt unvollständig ist. So sind in dieser keine Dokumentationen hinsichtlich des von der Bewohnerin eingesetzten Bevollmächtigten vorhanden. Zwar lässt sich dem entgegen halten, dass die angesprochenen Informationen in der Verwaltung bekannt und dokumentiert sind. Allerdings muss die Pflegedokumentation gemäß § 16 Abs. 2 Rahmenvertrag übersichtlich und aussagekräftig sein, da sie die Sicherheit für die Bewohner im Pflege- und Betreuungsverlauf insbesondere durch die Ermöglichung der interdisziplinären Information und Kommunikation aller im Pflege-/Betreuungs- und Behandlungsprozess Beteiligten gewährleisten soll. Dafür kann es auch nicht ausreichen, dass die Verwaltung über den Bevollmächtigten Bescheid weiß. Denn die Information und Kommunikation der an der Pflege beteiligten Gruppen erfolgt gerade über die Pflegeakte auf den Wohnbereichen, so dass sie an der entscheidenden Stelle fehlen.*

**Epikrise VI**

**Informationen aus der Heimdokumentation:** *Frau F. ist etwa 80 Jahre alt und lebt seit mehreren Jahren im Pflegeheim. Die Patientin ist verwitwet, hat keine Kinder. Sie erhält von Verwandten regelmäßig Besuch. Frau F. hat einen gesetzlichen Betreuer, der für folgende Aufgabenkreise zuständig ist: Vermögenssorge, Aufenthaltsbestimmung, Wohnungsangelegenheiten und Gesundheitsfürsorge. Die Patientin ist in die Pflegestufe 1 eingeordnet.*

*Die Patientin hat beim Heimeintritt den Hausarzt gewechselt, der sie etwa alle vier Wochen sieht. Es besteht eine regelmäßige Mitbehandlung durch einen niedergelassenen Neurologen, dieser hat sie in den letzten vier Wochen vor der Datenerhebung einmal gesehen. Die Patientin befindet sich in einem guten Ernährungszustand, der Allgemeinzustand ist ebenfalls gut. Frau F. sieht schlecht, hat jedoch eine Brille, mit der sie adäquat umgehen kann. In der Pflegedokumentation werden mehrere Diagnosen angegeben, unter anderem ein Zustand nach Hirninfarkt mit Aphasie, der seit mehreren Jahren bestehen soll.*

*An psychiatrischen Erkrankungen wird ein hirnorganisches Psychosyndrom angegeben. Die Patientin erhält viele fest angesetzte Medikamente, hierunter befindet sich ein Psychopharmakon. Es handelt sich um ein niederpotentes Neuroleptikum, welches sie in einer mittleren Dosierung seit etwa zwölf Monaten erhält. Als Bedarfsmedikation erhält sie seit mehr als 12 Monaten ein Benzodiazepin-Präparat mit kurzer Halbwertszeit in mittlerer Dosierung. Der Bedarf wurde für die Indikation „Unruhe und Angst“ angesetzt, ein Bedarfsfall ist laut Pflegedokumentation nicht eingetreten. Weiterhin erhält die Patientin seit zwölf Monaten bei Bedarf ein weiteres niederpotentes Neuroleptikum in niedriger Dosierung. Ein Bedarfsfall, definiert durch „Unruhe“, „Schlaflosigkeit“ sowie „Wahn“, ist in diesem Zeitraum jedoch nicht eingetreten. Ebenso besteht seit 10 Monaten eine Bedarfsmedikation mit einem üblicherweise zur Alkoholentzugsbehandlung verwendeten Hypnotikum in mittlerer Dosierung. Ein Bedarfsfall ist ebenfalls nicht dokumentiert, das Medikament hätte bei „Aggressionen“ sowie „Angstzuständen“ gegeben werden können.*

*In der Pflegedokumentation ist weiterhin vermerkt, die Patientin habe sporadisch Weglauftendenzen und äußere manchmal, dass sie sterben möchte. Sie klagt oftmals über Heimweh, liege häufig nur im Bett und wolle nichts machen.*

#### **Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

*Die testpsychologischen Befunde deuten auf eine mittel- bis schwergradige Demenz hin. Am Tag der klinischen Untersuchung konnte keine depressive Symptomatik eruiert werden. Dieser Befund spiegelt sich auch in der Selbstbeurteilung bezüglich ihrer Lebensqualität wider, die sie als insgesamt gut angibt. Die Fremdbeurteilung durch das Pflegepersonal fällt bezüglich der Lebensqualität deutlich schlechter aus. Frau F. neige zu depressivem Verhalten und sei dann sehr zurückgezogen. Diese depressive Symptomatik schwanke jedoch stark, teilweise neige sie auch zur „Überfreundlichkeit“. Diese affektive Instabilität wird durch die weiteren Untersuchungsergebnisse gestützt. Sie ist zeitweise gereizt bis aggressiv, neigt andererseits zu apathisch gleichgültigem Verhalten. Diese Symptomatik ist insgesamt mit einem deutlichen Mehraufwand für das Pflegepersonal verbunden. Die Ergebnisse der kognitiven Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass Frau F. einwilligungsunfähig ist.*

*Die Patientin braucht pflegerische Unterstützung beim An- und Ausziehen sowie der körperlichen Hygiene. Sie ist mit Unterstützung einer anderen Person mobil. Frau F. vermeidet den Kontakt zu anderen Mitbewohnern. An den Heimaktivitäten nimmt sie nicht teil.*

#### **Zusatzinformationen des Betreuers:**

*Der Betreuer ist mit der Patientin verwandt. Er berichtet, er besuche sie regelmäßig, und es gehe ihr gut. Mit den behandelnden Ärzten habe er keinen Kontakt. Er sei nie über die angesetzten Medikamente aufgeklärt worden, eine Begründung, warum die Medikamente verabreicht werden, sei nicht erfolgt. Es sei alles in Ordnung, das Gutachten bzgl. der Betreuung habe er nie eingesehen. Frau F. sei jedoch nicht einwilligungsfähig. Eine Selbstverwaltung der Arzneimittel komme bei der Heimbewohnerin nicht in Betracht.*

#### **Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

*Ein Interview mit dem behandelnden Allgemeinmediziner kam nicht zustande.*

*Der Neurologe/Psychiater vermerkt in seiner Dokumentation, die Patientin sei im Jahre 2003 erstmals verwirrt gewesen und habe einen „Verfolgungswahn“ geboten. Damals wurde ein hochwirksames Hypnotikum verordnet. Eine schriftliche Verlaufskontrolle ist nicht dokumentiert. Als Diagnose ist ein „hirnorganisches Psychosyndrom“ dokumentiert. Im Zeitraum von Januar 2004 bis Juni 2004 ist nur eine Eintragung vom Januar vorhanden. In dieser wird stichpunktartig aufgeführt, dass die Patientin sehr unruhig und verwirrt sei. Zwei niederpotente Neuroleptika werden verordnet.*

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 15 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Die Diagnose „hirnorganisches Psychosyndrom“ stellt per se keine ausreichende Indikation für die Gabe eines niederpotenten Neuroleptikums dar. Auch die in der Pflegedokumentation erfasste „sporadische Weglauftendenz“ und die bei der eigenen Erhebung erfassten Verhaltensauffälligkeiten (Reizbarkeit, Depressivität, Affektlabilität, Apathie) sind keine klare Indikation für die Dauermedikation mit einem Neuroleptikum. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Patientin von der Gabe eines Antidepressivums (z.B. SSRI) profitieren würde, obwohl nach Selbstauskunft der Patientin (GDS) im Querschnitt keine depressive Symptomatik zu sichern war. Der Bedarfsfall ist sehr global beschrieben. Bei ausgeprägter Angst und Unruhe könnte durchaus eine Bedarfsindikation für ein Benzodiazepin oder ein niederpotentes Neuroleptikum gegeben sein. Der Bedarfsfall „Wahn“ wäre hingegen mit einem niederpotenten Neuroleptikum nicht adäquat behandelt. Ohnehin ist es sehr fraglich, ob ein klinisch manifester Wahn mit einer reinen Bedarfsmedikation ausreichend zu behandeln ist. Falls Unruhe, Angst und Schlafstörungen nur gering oder mäßig ausgeprägt auftreten würden, wäre es empfehlenswert, hier eher primär nicht-pharmakologische Interventionen auszuschöpfen. Die Behandlung von „Angstzuständen und Aggressionen“ mit einem stark wirksamen Hypnotikum ist lediglich als Maßnahme der zweiten oder dritten Wahl anzusehen.

**Dauer:** Die Gabe eines niederpotenten Neuroleptikums über 12 Monate als Dauermedikation ohne Reduktions- bzw. Absetzversuche ist als zu lang anzusehen. Spätestens nach 6 Monaten hätte die Indikation erneut überprüft bzw. hinterfragt werden sollen.

**Dosis:** Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist grundsätzlich angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Bei gleichzeitiger Gabe eines hochwirksamen Hypnotikums mit anderen psychotropen Substanzen (z.B. mit einem Benzodiazepin) kann eine schwer abschätzbare Wirkungsverstärkung auftreten, bis hin zu lebensbedrohlichen Nebenwirkungen. Zwar wurden laut Dokumentation die betreffenden Medikamente nie in Kombination gegeben. Die unscharfe Festlegung des Bedarfsfalles mit z.T. überlappenden Indikationen schließt jedoch nicht aus, dass die Patientin im ungünstigsten Fall mit vier sedierenden psychotropen Substanzen gleichzeitig behandelt werden könnte.

**Polypragmasie:** Der Einsatz von vier psychotropen Substanzen (zwei niederpotente Neuroleptika, ein Benzodiazepin und ein Hypnotikum) mit ähnlichem Wirkungsspektrum (sedierend, angstlösend, psychomotorisch dämpfend) ist eine aus pharmakologischer Sicht nicht sinnvolle Polypragmasie. Dies gilt umso mehr, als für die drei Bedarfsmedikamente ähnliche bzw. stark überlappende Indikationen angegeben wurden. Es stellt sich die Frage, warum hier nicht monotherapeutisch mit lediglich einer Substanz vorgegangen wird.

**Problembeschreibung aus medizin-ethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht:**

1. Die unter dem Aspekt des Nichtschadensgebots aufgeführten Punkte betreffen ebenso die Fürsorgepflicht und stellen gleichermaßen einen Verstoß gegen diese dar.

2. Als weitere Vernachlässigung der Fürsorgepflicht gegenüber der Patientin muss jedoch auch die nicht stattgefundene Aufklärung erwähnt werden. Dies betrifft zwar primär den Respekt vor der Autonomie der Patientin und die in ethischer wie rechtlicher Hinsicht unverzichtbare Aufklärung und Einwilligung in die Heilbehandlung (Der Betreuer bekam bzgl. der fest angesetzten Psychopharmakamedikation, der Bedarfsmedikation und deren Risiken keine Informationen und konnte weder in den medikamentösen Therapieverschlagen einwilligen noch ihn ablehnen.) Es hätte aber darüber hinaus dringend auch einer Kontaktaufnahme des Arztes mit dem Betreuer bedurft, um dem Wohl der Patientin gerecht zu werden.
3. Ebenso kann kritisch vermerkt werden, dass umgekehrt auch der Betreuer keinen Kontakt zu den Ärzten gesucht hat und keine Informationen bzgl. des Behandlungsverlaufs eingefordert hat. Dies stellt aus ethischer Sicht eine Vernachlässigung seiner Gesundheitsfürsorgepflicht für den Betreuten dar.
4. Hochproblematisch ist die Unsicherheit der Pflegenden, ob die Patientin nicht doch einwilligungsfähig ist. Es gehört zu den unverzichtbaren Fürsorgepflichten des Arztes, diese Frage mit den Pflegenden abzuklären.
5. Es hat keine antidementive Medikation stattgefunden, obwohl die Patientin deutliche Zeichen einer mittel- bis schwergradigen Demenz hat.

**Nichtschadensgebot:** Die angesetzte Bedarfsmedikation von drei sedierenden Medikamenten ist in der Kombination als sehr riskant einzustufen und ist potenziell mit schwerwiegenden Nebenwirkungen assoziiert. Die Bedarfskriterien waren zu unscharf formuliert, es wurde keine klare Rangfolge und zeitliche Abfolge für die Vergabe festgelegt. Damit wäre im Bedarfsfall eine Verunsicherung der Pflegekräfte vorprogrammiert. Da die Bedarfsmedikation seit ungefähr einem Jahr besteht, jedoch nie ein Bedarfsfall eingetreten ist, sollte die Bedarfsmedikation abgesetzt werden oder zumindest deutlich reduziert werden. Eine genaue Differenzierung der Bedarfskriterien ist notwendig, um Schaden von der Patientin abzuwenden. Auch das Fehlen eines klaren Behandlungskonzepts (einschließlich der Frage einer antidepressiven Therapie) stellt ein Schädigungspotenzial dar.

**Autonomie und Würde:** Unter Berücksichtigung der vorliegenden Datenlage ist eine Beeinträchtigung der Autonomie und Würde der Patientin zu diskutieren. Insbesondere hat keine Aufklärung bzgl. der medikamentösen Behandlung stattgefunden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der eventuell sehr nebenwirkungsreichen Bedarfsmedikation relevant und stellt eine nicht legitimierte Heilbehandlung dar.

**Gerechtigkeit:** Die Polypragmasie der therapeutischen Bemühungen deutet auf eine Ressourcenvergeudung hin, andererseits könnte die zu vermutende unzureichende antidementielle Therapie dann zugleich eine Verletzung der gerechten Mittelverteilung an einen alten Menschen erfüllen, wenn andere als überzeugende medizinische Gründe dafür ausschlaggebend sein sollten.

### **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

#### **Arztrechtliche Aspekte:**

Aus juristischer Sicht ist bedenklich, dass sich der behandelnde Arzt möglicherweise nicht an die Pflicht zu einer fachgerechten ärztlichen Versorgung gehalten hat. Dies ist hinsichtlich mehrerer Punkte fraglich:

1. Zu kritisieren ist die Tatsache, dass der behandelnde Arzt verschiedene Psychopharmaka verordnet hat, für die keine klare Indikation vorliegt, bzw. dass die Heimbewohnerin mit Präparaten der zweiten Wahl behandelt wird. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund des erheblichen Nebenwirkungspotenzials der Therapie.
2. Die Patientin ist hinsichtlich ihrer demenziellen Erkrankung vermutlich unterversorgt.
3. Darüber hinaus widerspricht die Dauer der Verordnung des niederpotenten Neuroleptikums den international anerkannten ärztlichen Leitlinien.

4. *Der behandelnde Arzt hat seine Aufklärungspflichten gegenüber dem gesetzlichen Betreuer der einwilligungsunfähigen Heimbewohnerin nicht wahrgenommen, weshalb gerade keine Einwilligung in die Heilbehandlung vorliegt.*

*Des Weiteren ist zu prüfen, ob die Verordnung der Bedarfsmedikationen den rechtlichen Vorgaben entspricht. Das ist bedenklich, da die Anordnung der Bedarfsmedikationen durch den verordnenden Arzt hinsichtlich des Zeitpunkts der Vergabe nicht hinreichend genau bestimmt ist. Für die Konkretisierung dieses Beurteilungsspielraumes müssen die Pflegekraft diagnostisch oder therapeutisch tätig werden. Das ist nicht zulässig. Folglich hat der behandelnde Arzt nicht sichergestellt, dass die Durchführung seiner Verordnung ordnungsgemäß durchgeführt werden kann.*

*Schließlich könnte problematisch sein, dass die Pflegekräfte bei dieser Heimbewohnerin aktiv Vorschläge bzw. Bitten zur ärztlichen Verordnung gegenüber dem Arzt geäußert haben. Jedoch dürfen Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. Hier liegen jedoch keine gesicherten Hinweise vor, dass die behandelnden Ärzte auf dieser Grundlage ihre Behandlungsentscheidung getroffen hätten.*

#### **Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

*Damit die verordneten Psychopharmaka als Sachleistung der GKV verordnet werden dürfen, müssten die Leistungsvoraussetzungen der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 SGB V vorliegen. Dies ist jedoch bei den verschiedenen Verordnungen teilweise nicht der Fall.*

1. *Die Verordnung des eingesetzten Hypnotikums entspricht nicht einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und notwendigen Versorgung der Heimbewohnerin, da es sich nicht um ein Arzneimittel der ersten Wahl handelt, insbesondere im Hinblick auf das Nebenwirkungsprofil und unter Berücksichtigung des Lebensalters. Von daher ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen worden.*
2. *Gleiches könnte aufgrund der festgestellten Polypragmasie zutreffen.*
3. *In diesem Zusammenhang könnte die Verordnung des Hypnotikums aufgrund der langen Verordnungsdauer in Konflikt mit Nr. 19.2 AMR stehen.*
4. *Ebenso dürfte es mangels einer Indikation bei der Verordnung des fest angesetzten niederpotenten Neuroleptikums an der Zweck- und Notwendigkeit der Verordnung fehlen.*

#### **Pflegerechtliche Aspekte:**

1. *Hinsichtlich der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen keine Bedenken.*
2. *Jedoch sollten die Pflegekräfte darauf achten, dass sie die Vergabe der Psychopharmaka im Rahmen der Bedarfsmedikation nur dann übernehmen bzw. ausführen, wenn der Bedarfsfall durch den behandelnden Arzt in so hinreichender Weise bestimmt worden ist, dass sie bei der Durchführung der Bedarfsmedikationsverordnung zweifelsfrei nicht therapeutisch oder diagnostisch tätig werden müssen. Das war hier nicht der Fall.*

#### **Autonomie:**

1. *Des Weiteren ist auch hier die Einhaltung der Vorgaben der §§ 1896 ff. BGB kritisch zu hinterfragen. Zunächst müsste für die ärztlichen Maßnahmen auf der Grundlage einer ärztlichen Aufklärung die Einwilligung des Heimbewohners oder im Falle von dessen Einwilligungsunfähigkeit, die von dessen Stellvertreter vorliegen. Hier muss die Heimbewohnerin aufgrund der Aussagen des gesetzlichen Betreuers sowie der eigenen Testergebnisse als nicht mehr einwilligungsfähig betrachtet werden, so dass zumindest ihr für die Gesundheitsfürsorge bestellter gesetzlicher Betreuer ihre Position einnehmen müsste. Da es hier jedoch gerade keinen Kontakt zwischen dem für die Gesundheitsfürsorge bestellten Betreuer und den behandelnden Ärzten gab, konnte es weder zu einer geeigneten ärztlichen Aufklärung noch zu einer entsprechenden Einwilligung seitens des gesetzlichen Betreuers kommen.*

2. In demselben Rechtskreis stellt sich auch die Frage nach der Notwendigkeit einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung. Die Pflicht zur Einholung einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung liegt gemäß § 1904 Abs. 1, 2 BGB vor, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Patient, also der Heimbewohner, aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Im vorliegenden Fall halten wir, aufgrund der riskanten und nebenwirkungsreichen (möglicherweise sogar lebensbedrohlichen) Verordnungen, die Psychopharmakatherapie für eine so gefährliche Arzneimittelbehandlung, dass es einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung für die Einwilligung in eine solche Therapie bedurft hätte.

**Pflegedokumentation:**

Bezüglich der Pflegedokumentation stellten sich die Pflege- und Betreuungsanamnese als nicht aktuell heraus.

**Epikrise VII**

**Informationen aus der Heimdokumentation:**

Frau G. ist Mitte 80 und lebt seit wenigen Jahren im Pflegeheim. Sie ist verwitwet und hat ein Kind. Ihr Sohn hat eine Bevollmächtigung und ist für alle Aufgabenkreise zuständig.

Die Patientin hat einen Hausarzt, der sie etwa alle zwei Wochen im Pflegeheim aufsucht. Ebenso wird sie unregelmäßig von einem Neurologen mitbehandelt. Sie ist in die Pflegestufe zwei eingeordnet. Der Ernährungszustand der Bewohnerin ist gut. Das Sehvermögen ist schlecht, eine Sehhilfe ist jedoch vorhanden. Das Hörvermögen ist ebenfalls schlecht, eine Hörhilfe ist nicht vorhanden. Im Bereich des Sprachverständnisses gibt es keine Defizite.

An psychiatrischen Erkrankungen werden in der Pflegedokumentation eine vaskuläre Demenz und eine Alkoholabhängigkeit genannt.

Die Patientin hat viele fest angesetzte Medikamente. Hierunter befinden sich zwei Psychopharmaka. Sie erhält zum einen seit mehr als 12 Monaten ein atypisches Neuroleptikum in mittlerer Dosis, zum anderen seit wenigen Monaten ein niederpotes Neuroleptikum in ebenfalls mittlerer Dosierung. Dosisreduktions- oder Absetzversuche sind bei beiden Medikamenten nicht erfolgt.

**Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

Die klinischen als auch testpsychologischen Befunde deuten auf eine mittelschwere Demenz und eine mittelgradige Depression hin. Die weitere Befunderhebung erbrachte in den Verhaltensbereichen Apathie/Gleichgültigkeit und Erregung/Aggression relativ hohe Einschätzungen durch das Pflegepersonal. Das aggressive Verhalten äußert sich in Ungeduld gegenüber dem Pflegepersonal: die Bewohnerin sei eigensinnig, wolle ihren Kopf durchsetzen. Der Mehraufwand durch dieses Verhalten wird als groß eingestuft. Überwiegend seien jedoch die depressiven, apathisch gleichgültigen Verhaltensweisen. Die Ergebnisse der kognitiven Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass Frau G. einwilligungsunfähig ist.

Die Bewohnerin beurteilt ihre Lebensqualität als insgesamt zufriedenstellend, bricht allerdings vorzeitig die Befragung ab und sagt, dass immer Wünsche offen blieben und sie eigentlich alles gar nicht beantworten könne. Diese Selbstbeurteilung wird durch die Pflegekräfte im Wesentlichen geteilt. Die Pflegekräfte weisen jedoch gleichzeitig daraufhin, dass die Bewohnerin ihre Lebenssituation nicht einschätzen könne. Sie sei häufig leicht gereizt und ziehe sich immer wieder zurück.

*Frau G. bekommt etwa einmal pro Woche Besuch, lebt ansonsten sehr zurückgezogen und nimmt an den aktivierenden Heimprogrammen in der Regel nicht teil. Die Bewohnerin trinke laut Pflegepersonal nur mäßig Alkohol im Pflegeheim, es bestehe kein Missbrauch.*

*Die Bewohnerin braucht nur geringe Hilfe beim An- und Auskleiden sowie bei der körperlichen Hygiene. Sie kann sich mit Hilfe eines Gehstocks im Pflegeheim fortbewegen.*

**Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

*Der Hausarzt berichtet, die Patientin habe Anfang 2004 psychotische Symptome entwickelt, sei weggelaufen und habe optische Halluzinationen gehabt. Sie sei nach Hause gelaufen. Er habe eine neuroleptische Medikation mit einem Atypikum angesetzt und den Neurologen hinzugezogen. Dieser habe das Atypikum weiter verordnet und nach etwa vier Wochen sei die Symptomatik komplett remittiert. Er kritisiert, dass die Pflegenden zu wenig Zeit für die Patientin hätten.*

*Der Neurologe/Psychiater berichtet, dass er die Pat. seit etwa 6 Monaten betreue. An Vorbefunden sei eine Cranielle Computertomographie (CCT) durch den vorbehandelnden Arzt erfolgt, diese habe deutliche Hinweise für eine vaskuläre Demenz ergeben. Der Einsatz von Antidementiva komme nicht in Betracht, diese seien zu teuer. Er habe die Neuroleptika-Medikation fortgeführt, da Fr. G sich verfolgt gefühlt habe und deutliche paranoide Vorstellungen im Rahmen ihrer Demenz hatte. Die Symptomatik sei schnell remittiert, sie erhalte nun nur noch eine Erhaltungsdosis. Frau G. sei nicht einwilligungsfähig. Der Betreuer spreche regelmäßig mit ihm, eine Aufklärung bzgl. der Medikamente sei nicht erfolgt, da die Dosierung des Neuroleptikums zu gering sei. An Verbesserungsvorschlägen hält er die konsequentere Einbindung von Psychiatern/Neurologen in die Heime für sinnvoll. Er klagt generell über zuviel Bürokratie und schlechte Vergütung.*

**Zusatzinformationen des Bevollmächtigten:**

*Der Betreuer berichtet, dass er unzufrieden mit dem Hausarzt sei, es sei sehr mühsam eine Überweisung von ihm zu bekommen, und er wolle in Kürze den Hausarzt wechseln. Er sei über die verordneten Medikamente nicht aufgeklärt worden. Eine Selbstverwaltung der Arzneimittel durch Frau G. komme seiner Meinung nach nicht in Betracht.*

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 4 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** *Die im Heim dokumentierten Diagnosen stellen primär keine Indikation für die Gabe des verordneten Neuroleptikums dar. Bei dem Vorliegen einer Demenz mit psychotischen Symptomen (diese sollten dann aber dokumentiert sein) kann zwar grundsätzlich das gegebene Neuroleptikum verordnet werden, jedoch nur wenn die Symptomatik erheblich ist bzw. zu Gefährdung führt. Retrospektiv war eine solche Situation nach Auskunft des Hausarztes und des Neurologen/Psychiaters zwar gegeben, die Symptome sind allerdings schon seit etwa 1/2 Jahr wieder abgeklungen. Die Gabe des niederpotenten Neuroleptikums zielt vermutlich auf die vom Pflegepersonal angegebene „Ungeduld“ der Bewohnerin bzw. auf das aggressive Verhalten. Dieses ist jedoch nirgendwo dokumentiert. Es ist auch nicht ersichtlich, ob vor Verordnung des Medikamentes nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Anwendung kamen.*

**Dauer:** *Spätestens 3 Monate nach Abklingen der psychotischen Symptome hätte ein Absetzversuch bzw. eine Reevaluation des atypischen Neuroleptikums gemacht werden sollen.*

**Dosis:** *Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist grundsätzlich angemessen.*

**Monitoring:** *Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik sowie von potenziellen Nebenwirkungen fand offenbar nicht statt.*

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Bei dem bekannten vaskulären Risikoprofil der Bewohnerin ist zu hinterfragen, ob das atypische Neuroleptikum hier tatsächlich angemessen ist, da gemäß Rote-Hand-Brief gerade bei diesen Patienten besondere Vorsicht bei der Verschreibung geboten ist.

**Polypragmasie:** Es stellt sich die Frage, ob die gleichzeitige Gabe des atypischen Neuroleptikums und eines niederpotenten Neuroleptikums möglicherweise eine Duplizierung darstellt, insofern angenommen werden kann, dass beide Medikamente auf die vom Pflegepersonal angegebene „Erregung/Aggression“ zielen.

**Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht:**

Die Fürsorgepflicht wird in diesem Fall durch verschiedene Sachverhalte tangiert:

1. Es hätte nach spätestens 3 Monaten eine Reevaluation des Neuroleptikums vorgenommen werden müssen.
2. Der Betreuer ist bzgl. der Neuroleptika nicht aufgeklärt worden. Der Neurologe/Psychiater begründet dies mit der geringen Dosis des Neuroleptikums, diese Begründung ist jedoch nicht akzeptabel, da das verordnete Neuroleptikum laut Herstellerinformation bei alten Menschen nur bei erheblicher Eigen- und/oder Fremdgefährdung eingesetzt werden sollte und bei kardialen sowie zerebralen Vorerkrankungen wegen eventueller schwerwiegender Nebenwirkungen nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden sollte. Die Sorge um das Wohl der Patientin hätte den Arzt veranlassen müssen, die Symptomatik und mögliche therapeutische Optionen von sich aus gegenüber dem Betreuer anzusprechen.

**Nichtschadensgebot:**

Unter ethischen Erwägungen besteht zumindest der Verdacht, dass die Patientin angesichts ihres bekannten vaskulären Risikos durch die gewählten Medikamente geschädigt wird. Das Gebot, dem Patienten nicht schaden zu dürfen, muss den Arzt unverzichtbar veranlassen, derartige Abwägungen regelmäßig vorzunehmen. Darüber hinaus hat der Neurologe/Psychiater keinen Therapieversuch mit einem Antidementivum unternommen, obwohl die Patientin eine vaskuläre Demenz hat und er weiß, dass Antidementiva die Symptome der Demenz lindern können und eine zumindest vorübergehende psychische Stabilisierung inklusive Rückgang von Agitiertheit bewirken kann.

**Autonomie und Würde:**

Es ist keine Aufklärung bzgl. der verordneten Psychopharmaka erfolgt. Dies bedeutet eine Nichtachtung der Autonomie. Der gesetzliche Betreuer hat keine Möglichkeit gehabt, der Behandlung seines einwilligungsunfähigen Klienten zuzustimmen oder sie abzulehnen.

**Gerechtigkeit:**

Die Patientin erhält kein Antidementivum, wofür der behandelnde Neurologe/Psychiater im wesentlichen ein wirtschaftliches Argument anführt („zu teuer“). Hier sind also fundamentale Fragen der sozialen Gerechtigkeit betroffen, und es kann durch den Verzicht auf ein erforderliches Medikament mit ökonomischen Gründen implizit eine Diskriminierung alter Menschen verbunden sein. Die dauerhafte Verschreibung eines Neuroleptikums ohne regelmäßige kritische Hinterfragung der Indikation kann andererseits eine finanzielle Ressourcenverschwendung darstellen.

**Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

**Arztrechtliche Aspekte:**

Aus juristischer Sicht ist kritisch zu hinterfragen, ob sich der behandelnde Arzt an die Pflicht zu einer fachgerechten ärztlichen Versorgung gehalten hat. Dies ist hinsichtlich mehrerer Punkte problematisch:

1. Die Patientin könnte hinsichtlich ihrer demenziellen Erkrankung unterversorgt sein.

2. Außerdem ist die die Verordnung des atypischen Neuroleptikums zu hinterfragen. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund des vorhandenen Risikoprofils bei der Patientin.
3. Darüber hinaus widerspricht die Dauer der Verordnung des atypischen Neuroleptikums international anerkannten ärztlichen Leitlinien. In diesem Zusammenhang könnte fraglich sein, ob der behandelnde Arzt seiner Therapiebeobachtungspflicht gerecht geworden ist.
4. Darüber hinaus hat der behandelnde Arzt seine Aufklärungspflichten gegenüber dem Bevollmächtigten der einwilligungsunfähigen Heimbewohnerin nicht wahrgenommen, wobei auch keine Einwilligung des Bevollmächtigten in die Heilbehandlung vorliegt.

**Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

Damit die verordneten Psychopharmaka als Sachleistung der GKV verordnet werden dürfen, müssen die Leistungsvoraussetzungen der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 SGB V vorliegen. Dies ist jedoch zumindest hinsichtlich der Verordnung des atypischen Neuroleptikums fraglich. Denn unter der Berücksichtigung von fachärztlichen Leitlinien ist bei dessen Verordnung, insbesondere bei demenzkranken Patienten, besondere Vorsicht geboten. Folglich könnte man sich fragen, ob es sich um eine zweckmäßige Arzneimittelbehandlung handelt. Ebenso könnte aufgrund des Abklings der Symptome die Notwendigkeit der Verordnung des Neuroleptikums fehlen, so dass ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V vorliegen könnte.

**Pflegerechtliche Aspekte:**

Hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen keine Bedenken.

**Autonomie:**

Problematisch ist, dass trotz der fehlenden Einwilligungsfähigkeit der Heimbewohnerin, die Arzneimittelbehandlung nicht zuvor mit dem für die Gesundheitsfürsorge Bevollmächtigten der Heimbewohnerin abgesprochen wurde. Es fehlt hier also an der notwendigen ärztlichen Aufklärung und der Einwilligung des Bevollmächtigten. Damit verstößt der behandelnde Arzt mit seinem Unterlassen gegen die Grundsätze des Betreuungsrechts sowie des Arzt- und Berufsrechts.

**Pflegedokumentation:**

Hinsichtlich der Pflegedokumentation bestehen hier keine Bedenken.

**Epikrise VIII**

**Informationen aus der Heimdokumentation:**

Herr H., Anfang 70, ledig, keine Kinder, lebt seit wenigen Jahren im Pflegeheim. Er ist in der GKV krankenversichert und in Pflegestufe 1. Er hat eine gesetzliche Betreuung, die alle Aufgabenkreise umfasst. Der Hausarzt wird häufig kontaktiert, überwiegend telefonisch. Eine regelmäßige Behandlung durch einen Neurologen/Psychiater erfolgt nicht. In der Pflegedokumentation wird jedoch angegeben, dass auch ein Neurologe den Patienten mitbehandele.

Herr H. leidet unter schwerwiegenden neurologischen Symptomen. In der Pflegedokumentation werden unter anderem ein Zustand nach Hirninfarkt sowie eine Epilepsie aufgeführt. Psychiatrische Erkrankungen sind nicht dokumentiert. Der Patient erhält seit mehr als 6 Monaten zwei Psychopharmaka. Zum einen ein Antiepileptikum sowie ein mittelpotentes Neuroleptikum in niedriger Dosierung. Dosisreduktions- oder Absetzversuche sind den letzten sechs Monaten nicht erfolgt. Zudem ist seit mehr als 6 Monaten eine Bedarfsmedikation mit demselben Neuroleptikum in niedriger Dosierung für die Indikation „Unruhe-Zustände“ angesetzt. Ein Bedarfsfall ist nicht dokumentiert.

**Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

Aufgrund der testpsychologischen sowie klinischen Befunde und der Angaben des behandelnden Neurologen/Psychiaters lässt sich die Diagnose der Demenz, die der behandelnde Neurologe/Psychiater gestellt hat, nicht eindeutig nachvollziehen. Ebenso lässt sich nicht eindeutig nachvollziehen, ob Herr H. einwilligungsunfähig ist. Die kognitive Diagnostik wird durch die motorische Aphasie deutlich erschwert. Es wird jedoch aufgrund der klinischen und testpsychologischen Befunde deutlich, dass der Patient zumindest eine mittelgradige depressive Episode hat. Er ist erheblich antriebsgemindert und teilweise apathisch. In der Selbstbeurteilung wird die Lebensqualität als insgesamt schlecht angegeben, in der Fremdbeurteilung als zufriedenstellend bis schlecht. Der Patient ist weitgehend auf Hilfe des Pflegepersonals angewiesen.

**Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte**

Der Hausarzt berichtet, dass es keinen Informationsaustausch mit dem mitbehandelnden Neurologen/Psychiater gebe, er erhalte keine Befundberichte. Auch der Betreuer habe sich bisher noch nicht an ihn gewandt, um sich über den Gesundheitszustand seines Klienten zu informieren. Nähere Informationen über die Biografie seines Pat. habe er nicht, das Betreuungsgutachten liege ihm nicht vor. Eine Selbstverwaltung der Medikamente sei aufgrund des zurückliegenden Hirninfarktes nicht möglich.

Der Neurologe/Psychiater hat folgende Diagnosen entsprechend der ICD 10 dokumentiert: Hirninfarkt, Epilepsie, nicht näher bezeichnete vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnete psychische Störung aufgrund einer zerebralen Schädigung. Darüber hinaus finden sich keine schriftlichen Eintragungen, obwohl er den Patienten in den 6 Monaten vor dem Stichtag fünf mal gesehen und ein mittelpotentes Neuroleptikum sowie ein Antiepileptikum verordnet hat.

**Zusatzinformationen des Betreuers:**

Der gesetzliche Betreuer berichtet, dass eine ärztliche Aufklärung hinsichtlich der verordneten Arzneimittel nicht stattgefunden habe. Informationen bezüglich der Medikation erhalte er nur nach eigener Initiative. Eine Selbstverwaltung der Arzneimittel durch Herrn H. sei seiner Meinung nach nicht möglich.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 9 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Das Antiepileptikum wird primär aus neurologischer (Krampfanfälle) und nicht aus psychiatrischer Indikation verordnet. Für das mittelpotente Neuroleptikum ist vor dem Hintergrund der erhobenen Studienbefunde sowie der Angaben der behandelnden Ärzte keine rationale Grundlage vorhanden. Dies betrifft auch die Bedarfsmedikation, die mit dem gleichen Medikament erfolgt. Zudem ist der Bedarfsfall nicht ausreichend spezifiziert. Darüber hinaus ist das eingesetzte Neuroleptikum nur zur Akut- und Langzeitbehandlung von (schizophrenen) Psychosen zugelassen und nicht für die Behandlung von Unruhezuständen bei z.B. Demenzen. Bei Verdacht auf das Bestehen eines depressiven Syndroms stellt sich die Frage, warum diesbezüglich keine Behandlung eingeleitet wurde.

**Dauer:** Da laut Dokumentation seit 10 Monaten kein Bedarfsfall eingetreten ist, stellt sich die Frage, warum die Bedarfsmedikation nicht bereits wieder abgesetzt wurde. Gleiches gilt für das fest angesetzte Neuroleptikum.

**Dosis:** Die Dosierung des Medikaments ist dem Alter des Patienten grundsätzlich angemessen, wobei die dauerhafte Neuroleptikadosis eher als niedrig einzuschätzen ist.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Keine unmittelbaren Hinweise. Die Apathie des Bewohners könnte auf die Psychopharmakotherapie zurückzuführen sein, es muss jedoch auch in Erwägung gezogen werden, dass die Apathie Ausdruck der depressiven Symptomatik bzw. des zurückliegenden Hirninfarkts ist.

**Polypragmasie:** Keine Hinweise.

### **Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgegebot:** Die Lebensqualität des Patienten ist offensichtlich sehr schlecht. Dies muss eine besondere Herausforderung für die behandelnden Ärzte wie die Pflegenden sein. Hierbei ist zu bedenken, dass der Bewohner aufgrund seiner eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit und der depressiv-morosen Grundstimmung zunächst sicherlich kein „dankbarer“ Patient ist. Dies birgt jedoch das Risiko, dass gerade diesem Bewohner weniger Zuwendung zuteil wird, was zu einer (unbewussten) Vernachlässigung und damit auch einer Diskriminierung des Patienten führen könnte. Zu den Fürsorgepflichten gehören deshalb dringend die Überprüfung der Effektivität der therapeutischen Maßnahmen und die gesteigerte Aufmerksamkeit für adäquate Angebote an den Patienten.

**Nichtschadensgebot:** Es wurde nach sechs Monaten kein Reduktions- bzw. Absetzversuch des Neuroleptikums unternommen. Mit der angesetzten Medikation kann jedoch die vorhandene depressive Symptomatik sogar noch verstärkt werden. Es stellt sich daher die Frage, warum kein Antidepressivum verordnet wurde und wie weit dem Patienten dadurch Schaden zugefügt wird.

**Autonomie und Würde:** Herr H. erlebt recht bewusst die schweren Einschränkungen seiner Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten. Die zweifellos schwierige Gratwanderung des adäquaten und effektiven Medikamenteneinsatzes und die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit des Patienten können leicht dazu führen (und verführen), seiner Autonomie keine Beachtung zu schenken, sondern ausschließlich einen einigermaßen konfliktfreien Umgang mit dem Bewohner zu ermöglichen. Dies ist im Rahmen der Heimsituation zwar verständlich, sollte aber mit Blick auf einen individuellen Patienten immer wieder überprüft werden. Die Ressourcen und Möglichkeiten, die ein individueller Patient hat, sollten soweit wie möglich gefördert werden, damit er seiner Autonomie Ausdruck verleihen kann.

**Gerechtigkeit:** Der Versuch, die Behandlung und Betreuung des Bewohners zu verbessern, wäre sicherlich zunächst mit einem höheren Aufwand an personeller Zuwendung verbunden, die im Pflegeheimsetting jedoch aufgrund ökonomischer Gegebenheiten nicht ohne Schwierigkeiten zu realisieren ist. Langfristig können hierdurch jedoch möglicherweise auch Ressourcen eingespart werden. Wirtschaftliche Gründe dürfen jedoch aus ethischer Sicht nicht primär als Legitimation für eine therapeutische Unterversorgung eines Patienten herangezogen werden, vor allem wenn dieser aufgrund eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit seine Bedürfnisse nicht angemessen artikulieren kann.

### **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

#### **Arztrechtliche Aspekte:**

Aus juristischer Sicht ergeben sich an dieser Stelle mehrere problematische Konstellationen:

1. Da keine adäquate Indikation für das verordnete mittelpotente Neuroleptikum und das Bedarfsmedikament erkennbar ist, könnte die Psychopharmakotherapie dem Maßstab der fachgerechten ärztlichen Versorgung widersprechen.
2. Fraglich ist im vorliegenden Fall, ob der behandelnde Arzt seinen Therapiebeobachtungspflichten in ausreichender Weise Rechnung getragen hat. Dies gilt insbesondere für die Frage der Verordnungsdauer des Neuroleptikums und der Bedarfsmedikation.
3. Des Weiteren ist zu prüfen, ob die Verordnung der Bedarfsmedikation den rechtlichen Vorgaben entspricht. Das ist bedenklich, da die Bedarfsmedikation durch den verordnenden Arzt hinsichtlich der, die Medikation auslösenden Bedingung nicht hinreichend genau bestimmt ist.

*Für die Konkretisierung dieses Beurteilungsspielraumes müssten die Pflegekräfte diagnostisch oder therapeutisch tätig werden. Das ist nicht zulässig. Folglich hat der behandelnde Arzt nicht sichergestellt, dass die Durchführung seiner Verordnung ordnungsgemäß ausgeführt werden kann.*

**Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

*Damit die verordneten Psychopharmaka als Sachleistung der GKV erbracht werden können, müssen die Leistungsvoraussetzungen der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 SGB V erfüllt sein. Dies ist insbesondere hinsichtlich der folgenden Gesichtspunkte problematisch:*

- 1. Da das Neuroleptikum nicht für die Behandlung von Unruhezuständen zugelassen ist, liegt ein sogenannter off-label-use vor. Dieser indikationsübergreifende Einsatz von Arzneimittel ist zulasten der GKV nur in seltenen, durch das BSG definierten Ausnahmesituationen zulässig, die hier nicht vorliegen.*
- 2. Da von der Bedarfsmedikation seit 10 Monaten kein Gebrauch gemacht wurde, muss man möglicherweise diese Arzneimitteltherapie inzwischen als nicht mehr notwendig im Sinne der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 SGB V betrachten.*

**Pflegerechtliche Aspekte:**

- 1. Bezüglich der grundsätzlichen Zulässigkeit der medizinischen Behandlungspflege im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen keine Bedenken.*
- 2. Jedoch sollten die Pflegekräfte darauf achten, dass sie die Vergabe der Psychopharmaka im Rahmen der Bedarfsmedikation nur dann übernehmen bzw. ausführen, wenn der Bedarfsfall durch den behandelnden Arzt in so hinreichender Weise bestimmt worden ist, dass sie bei der Durchführung der Bedarfsmedikationsverordnung zweifelsfrei nicht therapeutisch oder diagnostisch tätig werden müssen. Das ist hier nicht der Fall.*

**Autonomie:**

*Positiv ist anzumerken, dass eine ärztliche Aufklärung des Patienten stattfindet und dessen Einwilligung vorliegt. Falls Herr H. jedoch nicht einwilligungsfähig sein sollte, würde das nicht ausreichend sein.*

**Pflegedokumentation:**

*Die Pflegedokumentation bewegte sich im Rahmen der gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen.*

**Epikrise IX**

**Informationen aus der Heimdokumentation:**

*Frau I., weit über 80 Jahre alt, ist ledig, hat keine Kinder und lebt seit mehreren Jahren im Pflegeheim. Ein Verwandter ist von ihr bevollmächtigt, Vermögenssorge, Gesundheitsfürsorge und postalische Angelegenheiten zu besorgen. Sie ist in die Pflegestufe 1 eingeordnet.*

*Die Heimbewohnerin befindet sich in einem guten Ernährungszustand, das Sehvermögen ist laut Pflegedokumentation mäßig, eine Brille ist vorhanden, das Hörvermögen ist gut, das Sprachverständnis schlecht. Frau I. versteht bei Wiederholung nur einfache Aufforderungen. Sie kann sich mit Hilfe eines Gehgestells im Pflegeheim bewegen.*

*In der Pflegedokumentation werden verschiedene somatische Erkrankungen aufgeführt. Es sind jedoch keine psychiatrischen Erkrankungen in der Pflegedokumentation vermerkt. Die Heimbewohnerin erhält seit mindestens 12 Monaten zwei Psychopharmaka. Ein niederpotes Neuroleptikum in niedriger Dosierung sowie ein Antidepressivum (SSRI) ebenfalls in niedriger Dosierung. Diese Medikamente werden vom behandelnden Neurologen verordnet.*

**Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

Die testpsychologische Untersuchung sowie der klinische Befund sprechen für eine mittelgradige Demenz und eine schwere depressive Störung. Ob Frau I. einwilligungsfähig ist, lies sich nicht abschließend feststellen. Frau I. beurteilt ihre Lebensqualität als insgesamt schlecht, die Fremdbeurteilung ihrer Lebensqualität durch die Pflegekräfte fällt insgesamt etwas besser aus. Die Patientin hat sehr wenige Kontakte und nimmt – nach Auskunft der Pflegekräfte – nicht an den angebotenen Aktivitäten teil. Der psychopathologische Befund ergab ein überwiegend durch Apathie/Gleichgültigkeit sowie eine depressive Symptomatik geprägtes Bild. Frau I. ist bisweilen unkooperativ und widersetzt sich der Hilfe anderer. Der diesbezügliche Mehraufwand wird durch das Pflegepersonal als mäßig eingestuft.

**Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

Der Hausarzt berichtet, die Patientin erhalte die verordneten Psychopharmaka durch den Neurologen/Psychiater. Er selbst schätze sie als stark depressiv ein. Die Kommunikation mit ihr sei komplikationslos („altersentsprechend“). Die Depression sei durch den Tod eines Familienangehörigen ausgelöst worden, so dass der Neurologe/ Psychiater hinzugezogen wurde. Er habe die Behandlung im Jahr 2001 übernommen und die vorbestehenden Medikamente (inklusive SSRI und niederpotentem Neuroleptikum), bis zur Mitbehandlung durch den Neurologen/Psychiater, weiterverordnet. Wie lange diese bisher verordnet waren, wisse er nicht. Nähere biografische Informationen über die Patientin habe er nicht. Er würde sie für einwilligungsfähig halten.

In der Dokumentation des Neurologen/Psychiaters finden sich folgende Diagnosen entsprechend der ICD 10: Nicht näher bezeichnete depressive Episode, nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung. Er hat im August 2003 einen Wechsel des vorbestehenden Antidepressivums vorgenommen, es wurde ein SSRI gegen einen anderen Serotoninwiederaufnahmehemmer ausgetauscht. Es sind drei Eintragungen in dem betreffenden Zeitraum von Januar 2004 bis Juni 2004 vorhanden, die alle aus dem Monat April 2004 stammen und die Verordnung der Psychopharmaka betreffen. Es ist jedoch kein psychopathologischer Befund notiert.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 4 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Die dokumentierten Diagnosen des Neurologen/Psychiaters rechtfertigen die Gabe des SSRI. Für die Gabe des niederpotenten Neuroleptikums ist keine entsprechende Diagnose vorhanden. Der eigenen Erhebung zufolge besteht der hochgradige Verdacht auf eine mittelgradige Demenz mit depressiver Symptomatik. Die Behandlung mit einem SSRI wäre dann grundsätzlich indiziert und auch angemessen. Es stellt sich allerdings die Frage, warum - bei offensichtlich bislang nicht remittierter depressiver Symptomatik – bislang keine Dosissteigerung stattgefunden hat. Ebenso stellt sich die Frage, warum nicht ein Antidepressivum mit einem anderen Wirkmechanismus verordnet wurde, da die bisherige Behandlung nicht zu einer Remission der depressiven Symptomatik geführt hat. Die Behandlung mit einem niederpotenten Neuroleptikum wäre – wenn sie in erster Linie auf das bisweilen unkooperative Verhalten der Patientin zielt – nicht adäquat. Hier sollten nicht-pharmakologische Ansätze primär zur Anwendung kommen.

**Dauer:** Bei dem niederpotenten Neuroleptikum wäre nach spätestens 6 Monaten ein Reduktions- oder Absetzversuch angemessen gewesen. Die Verordnungsdauer des SSRI ist grundsätzlich angemessen.

**Dosis:** Die Dosierung des Neuroleptikums ist grundsätzlich angemessen. Die Dosis des SSRI ist aber unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufes als zu niedrig einzustufen

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Sollte die Behandlung mit einem niederpotenten Neuroleptikum aus einer anderen – hier nicht nachvollziehbaren – Indikation erforderlich sein, wäre sicherlich ein anderes Präparat als das verordnete aufgrund des günstigeren Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils angemessener (z.B. Melperon, Pipamperon).

**Polypragmasie:** Keine Hinweise.

**Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht:** Sowohl die Selbstbeschreibung der Patientin als auch die Untersuchungen im Rahmen der Studie lassen keinen Zweifel daran, dass Frau I. unter einem deutlich ausgeprägten depressiven Syndrom leidet, die Therapie jedoch nicht adäquat ist. Auch wurde bisher offensichtlich nicht der Versuch unternommen, nicht-pharmakologische Therapieinterventionen einzusetzen. Das bisherige Ausbleiben eines wenigstens kleinen Therapieerfolges hätte sowohl den betreuenden Hausarzt als auch den behandelnden Neurologen/Psychiater dazu veranlassen sollen, die bisherige Therapie zu hinterfragen und ggf. zu modifizieren. Nach den uns zugänglichen Informationen ist darüber hinaus bisher keine differenzierte Diagnostik und ggf. Therapieeinleitung bzgl. des demenziellen Syndroms erfolgt.

**Nichtschadensgebot:** Eine nicht adäquate Therapie ist angesichts der Schwere der Symptomatik (oder zumindest angesichts des hohen subjektiven Leidensdrucks der Bewohnerin) unter dem Aspekt des Nichtschadensgebotes zu diskutieren. Darüber hinaus ist die nicht indizierte Medikation mit einem Neuroleptikum aufgrund des Ausbleibens von Absetzversuchen mit vermeidbaren Risiken für die Patientin verbunden und daher auf eine mögliche Schädigung zu überprüfen.

**Autonomie und Würde:** Da die Patientin trotz ihres mittelgradigen demenziellen Syndroms recht unmissverständlich über ihre subjektiv sehr schlechte Lebensqualität Auskunft geben kann, könnten klärende Gesprächsangebote von Seiten der Ärzte und des Pflegepersonals dazu dienen, die Selbstbestimmtheit der Patientin zu stützen und ihre Autonomie durch zusätzliche therapeutische Angebote (einschließlich dem Ausschöpfen nicht-pharmakologischer Interventionen) zu fördern.

**Gerechtigkeit:** Es werden Psychopharmaka gegeben, die weder in der Kombination noch in der Höhe der Dosierung adäquat eingesetzt werden, insoweit muss gefragt werden, ob eine Ressourcenvergeudung vorliegt. Darüber hinaus könnte eine möglicherweise unzureichende Aufmerksamkeit für die therapeutischen Optionen eine Vernachlässigung des Gebots der gerechten Mittelverteilung bedeuten.

**Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

**Arztrechtliche Aspekte:**

Aus juristischer Sicht stellt sich die Frage, ob die oben dargestellte Psychopharmakotherapie einer fachgerechten ärztlichen Behandlung des Patienten entspricht. Problematisch erscheint hier vor allem, dass es bereits an einer erkennbaren Indikation fehlt, welche eine Verordnung des Neuroleptikums rechtfertigen könnte. Außerdem ist die Einhaltung der ärztlichen Therapiebeobachtungspflicht zu hinterfragen, da die Verordnung des Neuroleptikums über einen zu langen Zeitraum erfolgte.

**Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

Gleiches gilt hinsichtlich der krankenversicherungsrechtlichen Rechtmäßigkeit der Psychopharmakaverordnung. Es müssten die Leistungsvoraussetzungen der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 SGB V vorliegen. Das ist mangels Indikation jedoch gerade nicht der Fall. Des Weiteren ist fraglich, ob die Unterdosierung des SSRI dem Kriterium der ausreichenden Leistung gerecht wird.

**Pflegerechtliche Aspekte:**

*Gegen die grundsätzliche Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen keine Bedenken.*

**Autonomie:**

*Aus betreuungsrechtlicher Sicht bestehen hier keine Bedenken gegen die Vorgehensweise der beteiligten Personen.*

**Pflegerische Dokumentation:**

*Hinsichtlich der Pflegedokumentation war auffällig, dass vielfach die Pflegedokumentation nicht auf dem neusten Stand bzw. unvollständig war. So fehlten Informationen zu Krankenhausaufenthalten und zu dem für die Gesundheitsfürsorge berufenen Bevollmächtigten. Darüber hinaus wurden Pflegeleistungen teilweise nicht dokumentiert. Somit wird die Pflegedokumentation in diesem Fall den gesetzlichen Vorgaben nicht gerecht.*

**Epikrise X****Informationen aus der Heimdokumentation:**

*Frau J., Mitte 70, ledig, hat keine Kinder und lebt seit vielen Jahren sehr zurückgezogen im Pflegeheim. Sie hat eine gesetzliche Betreuung, welche die Aufgabenkreise Vermögenssorge, Gesundheitsfürsorge und persönliche Angelegenheiten umfasst. Nach Aussage der Pflegekräfte erfolgen regelmäßig eine ärztliche Aufklärung des gesetzlichen Betreuers, sowie dessen Einwilligung in die Heilbehandlung. Die Patientin ist in der GKV krankenversichert und hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit in der Stufe 2 eingeordnet.*

*In der Pflegedokumentation werden zwei psychiatrische Störungsbilder (Debität, Waschwang) angegeben. Die Patientin erhält seit über 6 Monaten zwei Neuroleptika mit weitestgehend gleicher Wirkung. Ein Dosisreduktionsversuch ist in diesem Zeitraum nicht erfolgt. Zusätzlich besteht seit etwa 12 Monaten eine Bedarfsmedikation mit einem der festangesetzten Neuroleptika. Ein entsprechender Bedarfsfall ist in der Pflegedokumentation nicht vermerkt.*

**Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

*Bei der testpsychologischen Untersuchung zeigte sich eine leichte kognitive Beeinträchtigung. Von der Einwilligungsfähigkeit der Patientin ist nach den Testergebnissen auszugehen. Die Lebensqualität von Frau J. wird in der Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung durch das Pflegepersonal übereinstimmend als insgesamt zufriedenstellend eingeschätzt. Sie benötigt mäßige Hilfe beim Ankleiden und Baden. Die Auswertung der weiteren Untersuchungsergebnisse ergab deutliche Hinweise auf eine Antriebsstörung, verbunden mit vermindertem Appetit und leichter Gewichtsabnahme. Der Mehraufwand für die Pflegekräfte wird für diesen Bereich als minimal angegeben. Die Vergabe der Medikamente erfolgt durch die Pflegekräfte.*

**Zusatzinformationen durch die behandelnden Ärzte:**

*Die psychiatrischen Diagnosen der behandelnden Ärzte decken sich nicht mit denen der Heimdokumentation. Die Verordnung der Psychopharmaka erfolgt durch den Hausarzt und Neurologen/Psychiater. Zur Biografie von Frau J. können keine wesentlichen Angaben gemacht werden. In der Dokumentation des mitbehandelnden Neurologen/Psychiaters werden folgende Diagnosen entsprechend der ICD 10 gestellt: Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnete Demenz. Die Patientin wird als klinisch unauffällig beschrieben. Der betreuende Arzt hat sie im Erhebungszeitraum dreimal gesehen. Die Patientin sei nicht einwilligungsfähig.*

**Zusatzinformationen durch den gesetzlichen Betreuer:**

Trotz mehrerer Versuche war kein Kontakt herzustellen.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 9 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Aktuell besteht weder aufgrund dokumentierter Diagnosen, noch hinsichtlich der selbst erhobenen Befunde bzw. der Zusatzinformationen durch die behandelnden Ärzte eine Indikation für die Gabe von 2 niederpotenten Neuroleptika. Die Indikation für die Bedarfsmedikation ist sehr unspezifisch formuliert. Darüber hinaus wurde über den Zeitraum von ca. 1 Jahr kein Bedarfsfall dokumentiert, so dass sich hier die Frage stellt, ob überhaupt eine Bedarfsanordnung erforderlich ist.

**Dauer:** Die Dauer der Medikation ist mit 10 Monaten in unveränderter Dosierung deutlich zu lang. Auch bei gegebener Indikation hätte spätestens nach 3 Monaten ein Reduktions-/Absetzversuch durchgeführt werden sollen.

**Dosis:** Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist dem Alter der Patientin grundsätzlich angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Die Patientin leidet unter Apathie und Antriebsminderung. Diese könnten durchaus eine Nebenwirkung der angesetzten niederpotenten Neuroleptika sein, die überwiegende sedierende Eigenschaften haben.

**Polypragmasie:** Die gleichzeitige Gabe von zwei niederpotenten Neuroleptika ist eine pharmakologische Duplizierung, die klinisch nicht sinnvoll erscheint. Falls eine Indikation für die Gabe eines niederpotenten Neuroleptikums gegeben wäre, wäre eine Monotherapie anzustreben (bevorzugt Dipiperon oder Melperon).

**Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgegebot:** Seit über sechs Monaten werden zwei Neuroleptika mit gleichem Wirkspektrum verabreicht. Zudem hat keine ausreichende Verlaufsdokumentation stattgefunden. Es ist deshalb zu diskutieren, ob der behandelnde Neurologe/Psychiater seiner Fürsorgepflicht nachgekommen ist. Auch der Hausarzt ging auf die offensichtliche Antriebslosigkeit seiner Patientin nicht ein, er verweist bezüglich der Vergabe von Psychopharmaka auf den Facharzt. Die ärztlichen psychiatrischen Diagnosen sind zu unspezifisch. Eine differenzierte Diagnostik mit einer eventuell daraus folgenden Therapie hat unter Berücksichtigung der von uns eingesehenen Arztdokumentation nicht stattgefunden. Zudem stimmen die psychiatrischen Diagnosen der Pflegedokumentation nicht mit denen der Ärzte überein. Es wird also von unterschiedlichen Diagnosen ausgegangen. Dies weist darauf hin, dass nur ein unzureichender Informationsaustausch bzgl. der Erkrankungen stattfindet. Dadurch wird zumindest mit Blick auf die psychiatrischen Erkrankungen - auch von pflegerischer Seite - eine optimale Betreuung der Patientin erschwert bzw. in Frage gestellt. Das angestrebte Wohl der Patientin macht die Sorge um gemeinschaftliche Klärung ihres Krankheitszustandes unverzichtbar.

**Nichtschadensgebot:** Die Patientin hat eine ausgeprägte apathische Grundstimmung, wobei die Einnahme von zwei niederpotenten Neuroleptika als ursächliche Faktoren zu diskutieren ist. Es wurde zudem nach sechs Monaten kein Reduktions- bzw. Absetzversuch unternommen. Die angesetzte Medikation schadet der Patientin vermutlich eher als dass sie zu ihrem Wohlbefinden beiträgt.

**Autonomie:** Es wurde nicht dokumentiert, ob die Patientin über die verordneten Medikamente und deren Nebenwirkungen aufgeklärt wurde. Die Patientin wurde von Januar bis Juni 2004 dreimal vom behandelnden Neurologen gesehen. Ob der gesetzliche Betreuer der Patientin bezüglich der Gabe der

Neuroleptika informiert wurde, lässt sich der vorliegenden ärztlichen Dokumentation nicht entnehmen. Es gibt keine Eintragung über ein Gespräch zwischen Betreuerin und Arzt. Dieser zu vermutende Kommunikationsmangel missachtet den gebotenen Respekt vor der Autonomie der Patientin und der Pflicht, ihre Selbstbestimmtheit zu fördern.

**Gerechtigkeit:** Da keine klinische Symptomatik vorhanden ist, die die Gabe der Neuroleptika zumindest zum Zeitpunkt der Untersuchung notwendig gemacht hätte, kann von einer Ressourcenvergeudung ausgegangen werden, zumal die nachweisliche Polypragmasie immer mit einer mangelnden Berücksichtigung des Gebots zur gerechten Mittelverteilung einhergeht .

### **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

#### **Arztrechtliche Aspekte:**

Es stellt sich aus juristischer Sicht zunächst die Frage, ob die Verordnung der Arzneimittel in der vorgefundenen Weise gerechtfertigt ist. Diese Frage hat zwei Ebenen.

1. Zunächst ist zu klären, ob die Verordnung der jeweiligen Arzneimittel einer fachgerechten ärztlichen Heilbehandlung entspricht:
  - a) Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Verordnung der beiden Psychopharmaka nach vorliegenden Informationen nicht indiziert ist.
  - b) Ebenso entspricht die festgestellte pharmazeutische Polypragmasie nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.
  - c) Des Weiteren ist problematisch, dass für die Erstellung der Anamnese eine Ermittlung der Krankengeschichte bzw. der Medikamentenverordnungen erforderlich gewesen sein könnte. Jedoch fanden keinerlei Absprachen und Kontakte zwischen den verschiedenen Fachärzten statt.
  - d) Bedenklich erscheint auch, dass die Medikation nach einem Jahr immer noch nicht abgesetzt bzw. in der Dosis reduziert wurde. In diesem Zusammenhang könnte sich die Frage stellen, ob der verordnende Arzt seinen Therapiebeobachtungspflichten gerecht geworden ist.
2. Darüber hinaus kann hinterfragt werden, ob die Verordnung der Bedarfsmedikation den rechtlichen Vorgaben entspricht. Das ist bedenklich, da die Medikation durch den verordnenden Arzt hinsichtlich des Zeitpunkts der Vergabe nicht hinreichend genau bestimmt ist. Die Anordnung des Arztes enthält insbesondere keine die Medikation auslösende Bedingung, für deren Erkennung die Pflegekraft nicht diagnostisch oder therapeutisch tätig werden muss. Unbestimmte Begriffe, wie „bei Unruhe“, sind nicht ausreichend. Folglich ist die Verordnung der Bedarfsmedikation in dieser Form nicht ausreichend. Daher ist der behandelnde Arzt seiner Pflicht, die ordnungsgemäße Durchführung seiner Verordnung sicherzustellen, nicht gerecht geworden.

#### **Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

Da für die Heimbewohnerin keine psychiatrische Erkrankung bekannt ist und keine für die vorgefundene Arzneimittelbehandlung indizierte somatische Erkrankung vorliegt, deutet sich an, dass die Leistungsvoraussetzungen der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1, 12 Abs. 1 SGB V nicht vorliegen. Das gilt insbesondere in Anbetracht der langen Verordnungsdauer, so dass diese Leistungen wahrscheinlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hätten erbracht werden dürfen.

#### **Pflegerechtliche Aspekte:**

1. Bezüglich der grundsätzlichen Zulässigkeit der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen keine Bedenken.
2. Jedoch sollten die Pflegekräfte darauf achten, dass sie die Vergabe der Psychopharmaka im Rahmen der Bedarfsmedikation nur dann übernehmen bzw. ausführen, wenn der Bedarfsfall durch den behandelnden Arzt in so hinreichender Weise bestimmt worden ist, dass sie bei der Durchführung der Bedarfsmedikationsverordnung zweifelsfrei nicht therapeutisch oder diagnostisch tätig werden müssen. Das war hier nicht der Fall.

**Autonomie:**

*Problematisch könnte hier sein, dass es sich möglicherweise bei Frau J um eine einwilligungsunfähige Patientin handelt. Dann könnte es hier an einer notwendigen ärztlichen Aufklärung des gesetzlichen Betreuers, sowie an dessen Einwilligung fehlen. Jedoch konnte diese Frage nicht abschließend geklärt werden, weil widersprüchliche Informationen bzgl. der Einwilligungsfähigkeit von Frau J. vorliegen.*

**Pflegedokumentation:**

*Hinsichtlich der Pflegedokumentation konnte nach einem Gespräch mit den behandelnden Ärzten festgestellt werden, dass dokumentierte Diagnosen der Heimbewohnerin, zumindest seit der Übernahme der Patientin nicht mehr erkennbar ist. Dies deutet darauf hin, dass hier die Dokumentation, insbesondere hinsichtlich solcher Informationen, welche nicht von den Pflegekräften erhoben werden, keiner Kontrolle unterliegt bzw. keine Aktualisierung erfährt.*

**Epikrise XI****Informationen aus der Heimdokumentation:**

*Frau K. ist 79 Jahre alt und wohnt seit 2001 im Pflegeheim in einem Doppelzimmer. Sie ist verwitwet und hat zwei Kinder. Die Patientin hat eine gesetzliche Betreuung, welche die Ausgabenkreise Vermögenssorge, Aufenthaltsbestimmung, Wohnungsangelegenheiten sowie Gesundheitsfürsorge betrifft. Ihre Kinder sind als Betreuer eingesetzt. Beim Heimeintritt wurde der Hausarzt gewechselt, Frau K. wird von einem Neurologen mitbehandelt. In den letzten vier Wochen wurde sie jeweils einmal vom Hausarzt als auch vom Neurologen gesehen. Die Patientin befindet sich in einem stark reduzierten Allgemeinzustand und Ernährungszustand. Das Sprachverständnis ist stark beeinträchtigt, sie versteht bei Wiederholung nur einfache Aufforderungen. Sie befand sich zuletzt im Sommer 2004 auf Grund einer Oberschenkelhalsfraktur nach einem Sturz in stationärer Behandlung. Sie ist in die Pflegestufe zwei eingeordnet.*

*In der Pflegedokumentation werden unter anderem ein Morbus Parkinson sowie ein Multiinfarktsyndrom und eine vaskuläre Demenz aufgeführt. Frau K. erhält fünf fest angesetzte Medikamente, hierunter befindet sich ein Psychopharmakon. Sie erhält seit zwölf Monaten ein Neuroleptikum in niedriger Dosierung. Dosisreduktions- oder Absetzversuche sind in den letzten sechs Monaten nicht erfolgt. Vor diesem Zeitraum ist einmal ein Absetzversuch durchgeführt worden, der allerdings nach Wiederauftreten psychopathologischer Symptome durch den behandelnden Arzt telefonisch revidiert wurde.*

**Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

*Eine testpsychologische Untersuchung konnte nicht erfolgen, da die Patientin zum Untersuchungszeitpunkt extrem ängstlich, weinerlich und unruhig war. Eine verbale Kommunikation war nur bruchstückhaft möglich. Die Fremdbeurteilung durch die Pflegekräfte ergab deutliche Hinweise auf eine generell schlechte Lebensqualität von Frau K. Die Untersuchungsbefunde weisen darauf hin, dass die Patientin vollständig auf die Hilfe der Pflegenden angewiesen ist und eine schwere Demenz hat. Von der Einwilligungsfähigkeit der Patientin ist daher nicht auszugehen. Insofern wird die Einschätzung der Pflegefachkräfte bestätigt. Die Angehörigen kommen etwa einmal pro Monat zu Besuch. Die Patientin nimmt regelmäßig am Selbständigkeitstraining, an der körperlichen Aktivierung, am Lern- und Gedächtnistraining sowie an den Gruppenaktivitäten teil. Die Pflege beschreibt die Patientin als extrem verhaltensauffällig.*

*Frau K. zeige eine intensive aufdringliche Beweglichkeit und aggressive Verhaltensweisen. Weiterhin werden vom Pflegepersonal starke Schlafstörungen und ebenso starke Wahnvorstellungen beschrieben.*

Zudem habe sie einen ausgeprägten Appetitverlust. Sie wandere oft nachts im Wohnbereich umher. Sie hat nachts ein Bettgitter. Der Mehraufwand für die Pflege wird als hoch eingestuft.

#### **Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte**

Der Hausarzt berichtet, die Patientin sei desorientiert, sie habe eine schwere Demenz mit intermittierenden Unruhezuständen. Zum Betreuer von Fr. K. habe er keinen Kontakt, ebenso erhalte er keine Informationen von dem mitbehandelnden Neurologen/Psychiater. Er halte Frau K. für einwilligungsunfähig.

Die Psychopharmaka werden vom behandelnden Neurologen/Psychiater verordnet. Differenzierte biografische Informationen habe er nicht. Er habe aufgrund der Sturzgefährdung der Patientin eine richterliche Erlaubnis zum Anbringen von Bettgittern erwirkt.

Ein Gespräch mit dem Neurologen/ Psychiater kam nicht zu stande.

#### **Zusatzinformationen des Betreuers :**

Der gesetzliche Betreuer teilte mit, dass in regelmäßigen Abständen ein Praxisbesuch bei einem Neurologen seiner Wahl organisiert werde. An eine Aufklärung bzw. Information hinsichtlich der verordneten Arzneimittel könne er sich nicht erinnern.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 10 von 34**

#### **Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Eine Indikation für die Gabe eines atypischen Neuroleptikums ist nicht in der Heimdokumentation niedergelegt. Bei der in der eigenen Erhebung festgestellten Psychopathologie (Wahn, Aggressivität etc. mit erheblicher Ausprägung) – die am ehesten im Rahmen des Demenzsyndroms zu erklären ist – wäre allerdings grundsätzlich eine Medikation mit dem gegebenen Neuroleptikum indiziert. Allerdings wäre die verabreichte Dosierung dann vermutlich zu niedrig und die laufende Behandlung wirkungslos. Es stellt sich die Frage, warum bei offensichtlich weiterhin bestehender Behandlungsindikation bislang keine weiteren Therapieversuche durchgeführt wurden.

**Dauer:** Da in den letzten 6 Monaten weder Reduktions- noch Aussetzversuche bzw. Umstellungsversuche unternommen wurden, ist die Dauer der Medikation zu lang. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass eine deutliche Dosisreduktion in den ersten 6 Monaten der Behandlung stattgefunden hat. Allerdings wäre ein zweiter Absetzversuch nach spätestens 3 weiteren Monaten empfehlenswert gewesen.

**Dosis:** Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist grundsätzlich angemessen, wahrscheinlich aber eher unterhalb des therapeutischen Fensters angesetzt.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Bei bestehendem Parkinson-Syndrom sollte bedacht werden, dass möglicherweise generell eine Neuroleptika-Hypersensitivität bei der Patientin besteht, die das Ausweichen auf eine ganz andere pharmakologische Substanzgruppe erforderlich machen würde.

**Polypragmasie:** Keine Hinweise

#### **Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht:** Frau K. ist außerordentlich stark in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Die Tatsache, dass das eingesetzte Medikament keine Verbesserung gebracht hat, sollte eine Reevaluation der laufenden Medikation veranlassen, um für die Patientin eine Linderung ihres Leidens zu versuchen. Die offensichtliche (krankheitsbedingte) Mangelernährung der Patientin ist ein weiteres Problem, das die Fürsorgepflicht tangiert. Gerade weil dies ein bei Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium häufiges ethisches Dilemma betrifft (Stichwort: PEG-Sonde, künstliche Ernährung), für das es keine

pauschalen Lösungen gibt, müssten die sich gegenseitig beeinflussenden Probleme durch Mangelernährung und Medikation mit allen Beteiligten (Arzt, Betreuer, Pflege) besprochen werden.

**Nichtschadensgebot:** Der Einsatz von Medikamenten, die eine potenziell ungünstige Wirkung auf das Parkinson-Syndrom haben, kann aufgrund günstigerer therapeutischer Alternativen unter diesem Gesichtspunkt diskutiert werden.

**Autonomie und Würde:** Aus der Heimdokumentation ergeben sich keinerlei Hinweise darauf, dass mit den Betreuern ausreichende Gespräche geführt werden. Die neurologische wie psychiatrische Multimorbidität der Patientin verlangt eine detaillierte Aufklärung der Angehörigen, um einem vielleicht geäußerten Willen der Patientin gerecht zu werden. Zudem sollte in den gemeinsamen Beratungen zwischen Pflegenden, Angehörigen und Ärzten auch die Bedeutung der Willensäußerungen von Frau K, die durch Mimik, Gestik und Verhalten zum Ausdruck kommen, geklärt werden. Generell muss sowohl auf Seiten der behandelnden Ärzte als auch der Betreuer der Respekt vor der Autonomie der Patientin eingefordert werden, der in ihrem konkreten Fall darin liegen muss, dass ein regelmäßiger Informationsfluss hergestellt werden muss, um den mutmaßlichen Willen der Patientin umzusetzen.

**Gerechtigkeit:** Aufgrund der Hinweise für eine (partiell) inadäquate Behandlung könnte eine Ressourcenverschwendung vorliegen.

#### **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

##### **Arztrechtliche Aspekte:**

Aus juristischer Sicht ist zu hinterfragen, ob sich der behandelnde Arzt an die Pflicht zu einer fachgerechten ärztlichen Versorgung gehalten hat. Dies ist hinsichtlich mehrerer Punkte fraglich:

1. Die Behandlung könnte aufgrund der Unterdosierung wirkungslos bzw. aufgrund des Parkinson-Syndroms kontraindiziert sein.
2. Darüber hinaus hat der behandelnde Arzt seine Aufklärungspflichten gegenüber dem gesetzlichen Betreuer der einwilligungsunfähigen Heimbewohnerin nicht wahrgenommen. Eine Einwilligung in die Heilbehandlung liegt ebenfalls nicht vor.
3. Fraglich könnte auch sein, ob der behandelnde Arzt von der grundsätzlich unzulässigen Fernbehandlung Gebrauch gemacht hat. Denn hier hat der behandelnde Neurologe das Neuroleptikum vor mehr als 6 Monaten nach einem Absetzversuch telefonisch wieder verordnet, nachdem er es einige Tage zuvor erst abgesetzt hatte. Diese erneute Verordnung erfolgte, als sich die Heimbewohnerin verbal ungehalten zeigte und aggressiv wurde. Der verordnende Arzt kannte also den gesundheitlichen Zustand der Patientin und hatte sie zuvor bereits persönlich untersucht. Folglich kann man hier nicht davon ausgehen, dass der verordnende Arzt ohne jede Voruntersuchung gehandelt hätte. Vielmehr handelt es sich um einen gescheiterten Absetzversuch. Somit liegt eine unzulässige Telefon- bzw. Fernbehandlung in dem konkret geschilderten Fall vermutlich nicht vor.

##### **Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

Damit die verordneten Psychopharmaka als Sachleistung der GKV verordnet werden dürften, müssten die Leistungsvoraussetzungen der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 SGB V vorliegen. Dies ist jedoch zumindest fraglich hinsichtlich der Verordnung des atypischen Neuroleptikums. Denn unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass aufgrund des Parkinson Syndroms eine Kontraindikation vorliegen könnte, stellt sich die Frage, ob es sich um eine zweckmäßige Arzneimittelbehandlung handelt, so dass ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V vorliegen könnte. Gleiches könnte gelten, wenn die Psychopharmakatherapie wirkungslos wäre.

**Pflegerechtliche Aspekte:**

Bezüglich der Zulässigkeit der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen keine Bedenken.

**Autonomie:**

Rechtliche Probleme ergeben sich, weil keinerlei Kontakt zwischen dem behandelnden Arzt und dem gesetzlichen Betreuer bestand und dies obwohl die Heimbewohnerin für alle Beteiligten erkennbar nicht einwilligungsfähig ist. Für jede ärztliche Maßnahme bedarf es jedoch auf der Grundlage einer umfassenden ärztlichen Aufklärung der Einwilligung des Heimbewohners oder - bei vorliegender Einwilligungsfähigkeit - die Einwilligung des Stellvertreters. Diese lag hier gerade nicht vor.

**Pflegedokumentation:**

Auffällig war bei dieser Heimbewohnerin der schlechte Dokumentationsnachweis bzw. -stand in der Pflegeakte. Es fiel hier besonders auf, dass sowohl das Stammbblatt, welches Informationen über die Diagnosen, behandelnde Ärzte, Pflege- und Krankenkasse, Pflegestufe, allgemeine Angaben über Lebensgewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen, Kontaktadressen, familiäre Situation, notwendige Hilfsmittel, besondere Kostform und die Betreuung nach dem Betreuungsgesetz enthält, sowie die Nachweise bezüglich der Grund- und der medizinischen Behandlungspflege lückenhaft waren.

**Epikrise XII****Informationen aus der Heimdokumentation:**

Fr. L. ist Mitte 60 und lebt seit wenigen Jahren im Pflegeheim, ist verheiratet und hat ein Kind. Ihr Sohn ist der gesetzliche Betreuer. Er ist für alle Aufgabenkreise zuständig. Die Patientin hat beim Heimeintritt den Hausarzt gewechselt, von dem sie etwa alle zwei Wochen im Heim aufgesucht wird. Eine neurologische oder psychiatrische Mitbehandlung erfolgt nicht. Die Patientin ist in die Pflegestufe drei eingeordnet. Sie befindet sich in einem ausreichenden Ernährungszustand, der Allgemeinzustand ist schlecht, sie ist bettlägerig, ein Sprachverständnis besteht nicht mehr. In der Pflegedokumentation wird als psychiatrische Diagnose eine hochgradige Demenz vom Alzheimer-Typ aufgeführt. Die Patientin hat ausgeprägte Kontrakturen an beiden Armen, sie wird seit einigen Jahren über eine PEG ernährt. Sie erhält seit etwa 2 Jahren ein niederpotes Neuroleptikum in niedriger Dosierung. Dosisreduktions- oder Absetzversuche sind in den letzten sechs Monaten nicht erfolgt.

**Zusammenfassung der erhobenen Untersuchungsbefunde:**

Die klinische Beurteilung sowie die testpsychologische Untersuchung deuten auf eine schwere Demenz hin. Von der Einwilligungsunfähigkeit der Patientin kann hier ausgegangen werden. Verhaltensauffälligkeiten bestehen in verbal aggressiven Äußerungen (anhaltendes Schreien), sowie intensiver nicht beeinflussbarer motorischer Beweglichkeit. Diese Verhaltensauffälligkeiten treten – nach Angaben der Pflegenden - mehrmals pro Woche auf und bedeuten für die Pflegekräfte einen großen Mehraufwand. Andererseits habe die Patientin Phasen, die von einer ausgeprägten Apathie und Gleichgültigkeit geprägt seien, zudem leide sie unter einer Umkehr des Schlaf- Wachrhythmus. Diese Auffälligkeiten würden jedoch keinen pflegerischen Mehraufwand bedeuten.

Die Patientin habe in den letzten Wochen zum eigenen Schutz ein Bettgitter gebraucht, zum Teil seien Fixierungsmaßnahmen notwendig gewesen. Diese waren richterlich genehmigt. Frau L. ist komplett auf die Hilfe des Pflegepersonals angewiesen. Sie erhält einmal pro Woche Besuch von ihren Verwandten.

**Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

Der Hausarzt klagt über zunehmende Dokumentationsarbeit, die Zeit für die Patienten würde fehlen. Den Pflegekräften gehe es ähnlich. Er hätte bei der Patientin gerne eine Krankengymnastik verschrieben, dies

sei jedoch aus Kostengründen nicht möglich. Als er die Patienten übernommen habe, habe sie bereits eine schwere Demenz gehabt, die Gabe von Antidementiva sei bei schweren Demenzen nutzlos. Er habe es nicht für notwendig erachtet, einen Neurologen oder Psychiater hinzuzuziehen. Vor längerer Zeit habe er versucht, das Psychopharmakon zu reduzieren, es sei jedoch zu keiner Besserung der klinischen Symptomatik gekommen. Eine diagnostische Abklärung sei nicht erfolgt, der klinische Eindruck sei eindeutig. Für einwilligungsfähig halte er die Patientin nicht.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 4 von 34**

**Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Demenzdiagnosen stellen bei erheblichen Verhaltensauffälligkeiten grundsätzlich dann eine Indikation für die Gabe eines niederpotenten Neuroleptikums dar, wenn nicht-pharmakologische Interventionen ausgeschöpft worden sind. Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit eine Weiterführung dieser Medikation sinnvoll ist, wenn diese offensichtlich keine klinische Besserung erbracht hat bzw. inwieweit ein Wechsel auf ein anderes Präparat sinnvoll wäre.

**Dauer:** Der betreuende Arzt berichtet von einem Absetzversuch vor längerer Zeit, der allerdings in der Heimdokumentation nicht dokumentiert ist. Da die pharmakologische Maßnahme keinen offensichtlichen Nutzen für die Patientin erbracht hat, wären weitere Absetzversuche zu empfehlen, um das Präparat ggf. ganz abzusetzen.

**Dosis:** Die Dosis ist dem Alter der Patientin angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Die schlechte Mobilisierbarkeit der Patientin kann durch das verordnete Neuroleptikum aggraviert werden. Allerdings berichtet der betreuende Arzt über einen Absetzversuch, der keine Besserung dieser Symptome erbracht habe.

**Polypragmasie:** Nicht gegeben

**Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht :**

**Fürsorgepflicht:** Eine fachärztliche Abklärung des psychiatrischen Krankheitsbildes (incl. apparativer Diagnostik) ist nach den zugänglichen Informationen in keinem Stadium der Erkrankung erfolgt bzw. veranlasst worden. Eine antidementive Medikation ist nicht verordnet worden, da sie ärztlicherseits für nutzlos erachtet wurde, obwohl evidenzbasierte medikamentöse Therapien auch für fortgeschrittene Stadien der Demenz verfügbar sind. Dies deutet darauf hin, dass eine dem heutigen medizinischen Kenntnisstand entsprechende Diagnostik und Therapie nicht erfolgt ist. Die Sorge um das Wohl der Patientin macht aber Sorgfaltspflichten des Arztes mit Blick auf die Diagnostik und Fürsorgepflichten mit Blick auf Therapieoptionen unabdingbar.

**Nichtschadensgebot:** Bei der bettlägerigen Patientin wurde keine Krankengymnastik verschrieben, obwohl bereits deutliche Kontraktionen an den Extremitäten bestehen. Trotz der sehr schweren Demenz und des palliativen Charakters der Krankengymnastik hätte versucht werden sollen, die Progredienz der Bildung von Kontraktionen zu verhindern. Den Angaben des Arztes zufolge würde die Krankenkasse eine solche Behandlung nicht bezahlen. Es kann also die Frage aufgeworfen werden, warum hier die Krankenkasse eine palliative Therapieform ablehnt und damit letztlich der Patientin schadet.

**Autonomie und Würde:** Es sind formal keine Verstöße gegenüber der Autonomie und der Würde der Patientin bezüglich der sporadischen Fixierungsmaßnahmen und des Anbringens des Bettgitters ersichtlich, da diese richterlich genehmigt sind und vor allem dem Schutz der Patientin dienen sollen. Trotzdem kann die Frage gestellt werden, warum ein Bettgitter und Fixierungsmaßnahmen bei der nicht gehfähigen Patientin angewendet wurden. Durch das Bettgitter kann z.B. die Wahrscheinlichkeit erhöht

werden, dass sie sich durch Stürze verletzt. Es stellt sich die Frage, ob solche freiheitseinschränkende Maßnahmen, die ganz basale Bereiche der Autonomie und der Würde der Patientin betreffen, nicht durch andere Maßnahmen hätten abgewendet werden können. Damit ist zugleich das Nichtschadensgebot tangiert.

**Gerechtigkeit:** Den Angaben des Arztes zufolge werden sinnvolle therapeutische Maßnahmen aus ökonomischen Gründen vorenthalten. Es ist eine gravierende Verletzung der gerechten Mittelverteilung, wenn die finanzielle Übernahme einer palliativen Therapieform von der Krankenkasse ablehnt wird.

**Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

**Arztrechtliche Aspekte:**

Aus juristischer Sicht ist zu bedenken, ob sich der behandelnde Arzt an die Pflicht zu einer fachgerechten ärztlichen Versorgung gehalten hat. Dies ist hinsichtlich mehrerer Punkte fraglich:

1. Zunächst ist fraglich, ob der behandelnde Arzt mangels einer adäquaten Diagnostik seine Leistungspflichten verletzt hat.
2. Die Länge der Verordnungsdauer des Neuroleptikums widerspricht den international anerkannten ärztlichen Leitlinien.
3. Möglicherweise könnte der behandelnde Arzt hier seine Aufklärungspflichten verletzt haben, wenn kein Kontakt zwischen dem gesetzlichen Betreuer und dem behandelnden Arzt vorlag (vgl. Autonomie). Denn bei einwilligungsunfähigen Patienten muss der gesetzliche Betreuer über die Heilbehandlung aufgeklärt werden und in diese einwilligen. Dies konnte jedoch nicht abschließend geklärt werden.

**Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

Hinsichtlich der krankenversicherungsrechtlichen Zulässigkeit der vorliegenden Psychopharmakabehandlung könnte lediglich hinsichtlich der Dauer bzw. der Notwendigkeit der Medikation ein Konflikt mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V vorliegen.

**Pflegerechtliche Aspekte:**

Bezüglich der Zulässigkeit der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen hier keine Bedenken.

**Autonomie:**

Rechtliche Probleme könnten sich ergeben, wenn keine Aufklärung seitens des behandelnden Arzt gegenüber der Patientin bzw. gegenüber dem gesetzlichen Betreuer erfolgt sein sollte. Das wäre hier besonders bedenklich, da die Heimbewohnerin die Arzneimittel über die PEG-Sonde zugeführt bekommt, also sich nicht mit ihrem natürlichen Willen wehren kann. Die Frage der Aufklärung und Einwilligung konnte jedoch nicht abschließend geklärt werden.

**Pflegedokumentation:**

Hinsichtlich der Pflegedokumentation bestehen keine Auffälligkeiten.

**Epikrise XIII**

**Informationen aus der Heimdokumentation:**

Frau M. ist etwa 90 Jahre alt, ledig, hat keine Kinder und lebt seit mehreren Jahren im Pflegeheim. Die Patientin hat einen gesetzlichen Betreuer, dessen Aufgabenkreise alle Angelegenheiten umfassen. Sie ist in die Pflegestufe 2 eingeordnet.

*Beim Heimheimeintritt ist ein Hausarztwechsel erfolgt, eine regelmäßige Mitbehandlung durch einen Neurologen erfolgt nicht. Die Patientin befindet sich in einem guten Ernährungszustand. Ihr Hör- und Sehvermögen ist schlecht, es ist jedoch sowohl eine Hör- als auch eine Sehhilfe vorhanden. Das Sprachverständnis ist deutlich reduziert, sie versteht bei Wiederholung nur einfache Aufforderungen.*

*An psychiatrischen Erkrankungen wird in der Pflegedokumentation ein leichtes hirnorganisches Psychosyndrom angegeben. Frau M. erhält fünf fest angesetzte Medikamente, hierunter befinden sich drei Psychopharmaka. Sie erhält seit mehr als 6 Monaten ein niederpotes Neuroleptikum in mittlerer Dosierung sowie ein Benzodiazepin-Präparat mit mittlerer bis langer Halbwertszeit in mittlerer Dosierung. Zusätzlich erhält sie seit etwa sechs Monaten ein Antiepileptikum.*

*Als Bedarfsmedikation ist seit mehr als 6 Monaten ein Benzodiazepin-Präparat bei zerebralen Krampfanfällen angesetzt. Ein Bedarfsfall ist jedoch nicht eingetreten. Weiterhin besteht seit mehr als 6 Monaten eine Bedarfsmedikation mit einem niederpotes Neuroleptikum, das dem festangesetzten Neuroleptikum entspricht. Dieses Medikament wurde in den letzten sechs Monaten zweimal gegeben, die Indikation war jeweils eine „starke innere Unruhe“. Letzteres wurde jedoch zuvor zumindest einmal auch bei Schlafstörungen vergeben.*

*Aus der Pflegedokumentation ergab sich, dass bei der Heimbewohnerin ein Bettgitter angebracht ist, welches sie des öfteren zu übersteigen versucht.*

#### **Zusammenfassung der erhobenen Studienbefunde:**

*Die Patientin kann nicht zu ihrer Lebensqualität befragt werden. Sie reagiert nur auf ihren Namen, ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung auf die Bilder des Fernsehprogramms fixiert. Die Patientin erhält nach Aussage der Pflegenden mehrmals pro Woche Besuch.*

*Die testpsychologischen Untersuchungen konnten ebenfalls nicht durchgeführt werden, es können jedoch auf Grund der klinischen Symptomatik schwere kognitive Leistungseinbußen diagnostiziert werden. Von einer Einwilligungsfähigkeit der Patientin kann daher nicht ausgegangen werden. Die Patientin braucht starke Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, beim An- und Auskleiden sowie bei der persönlichen Hygiene. Sie kann sich nicht ohne Hilfe fortbewegen und benötigt einen Rollstuhl.*

*An den Heimaktivitäten nimmt Frau M. nicht teil. Die neuropsychiatrischen Untersuchungen zeigen psychopathologische Auffälligkeiten, insbesondere in den Verhaltensbereichen Erregung/Aggression. In der Heimdokumentation ist vermerkt, die Erregung sei sehr störend und bedeute für das Pflegepersonal einen sehr starken Mehraufwand. Weiterhin seien Enthemmungsphänomene, wie z. B. das Ausführen von Manierismen, vorhanden, die ebenfalls einen starken Mehraufwand bedeuteten. Phasenweise sei die Patientin apathisch/gleichgültig. Diese Apathie könne nicht durch aktivierende Maßnahmen unterbrochen werden. Auch für diese Verhaltensauffälligkeiten wird der Mehraufwand als sehr groß eingestuft. Zudem habe die Patientin sporadisch Schlafstörungen.*

#### **Zusatzinformationen der behandelnden Ärzte:**

*Der Hausarzt teilt mit, er habe die Patienten Anfang 2002 übernommen und nur geringe Vorinformationen. Das Betreuungsgutachten liege ihm nicht vor. Zum Betreuer habe er nur sporadische Kontakte, diese würden in der Regel über das Pflegeheim laufen. Eine sprachliche Verständigung sei schon seit langem nur noch sehr eingeschränkt möglich gewesen, da Frau M. eine ausgeprägte Demenz habe. Einwilligungsfähig sei die Patientin nicht gewesen. Die Psychopharmaka seien vom Neurologen angesetzt worden. Die Patientin sei inzwischen verstorben.*

*Der behandelnde Neurologe und Psychiater ist im November 2004 verstorben. Seine Dokumentation ist nicht einsehbar.*

**Zusatzinformationen des gesetzlichen Betreuers:**

Der Betreuer berichtet, er sei seit wenigen Jahren mit der Betreuung beauftragt und habe die Patientin etwa alle zwei bis drei Monate einmal gesehen. Eine sprachliche Verständigung sei nicht möglich gewesen. In dem Betreuungsgutachten wird eine vaskuläre Demenz deutlicher Ausprägung diagnostiziert, zudem heißt es dort, die Patientin habe einen Schlaganfall auf der rechten Seite gehabt. Einwilligungsfähigkeit läge nicht vor. Der Betreuer berichtet, er habe mehrfach den Arzt angerufen, jedoch keinen Rückruf erhalten und in erster Linie mit dem Sozialarbeiter des Pflegeheims zusammengearbeitet. Fallkonferenzen seien sinnvoll, er selbst habe jedoch keine Zeit dafür. Dies würde in Zukunft noch schlechter werden, da er ab Juli 2005 nur noch für etwa zwei Stunden pro Patient und Monat bezahlt würde.

**Gesamtscore kritischer Items beim Screening auf inadäquaten Psychopharmakagebrauch: 8 von 34****Problembeschreibung aus gerontopsychiatrischer Perspektive:**

**Indikation:** Es ist anzunehmen, dass das Benzodiazepin und das Antiepileptikum primär aus neurologischer Indikation verschrieben werden (Epilepsie), obwohl es sich grundsätzlich auch um psychotrope Medikamente handelt. Das niederpotente Neuroleptikum ist vermutlich aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der schwer ausgeprägten Demenz verschrieben worden, was aber in der Heimdokumentation nicht vermerkt ist. Dokumentiert ist vielmehr ein „leichtes hirnorganisches Psychosyndrom“. Grundsätzlich besteht eine Indikation für die Gabe eines Antidementivums, das die Patientin aber nicht erhält.

**Dauer:** Bzgl. des Neuroleptikums hätte spätestens nach 6 Monaten ein Reduktions- bzw. Auslassversuch unternommen werden sollen. Dies ist jedoch nicht dokumentiert. Die Dauermedikation erscheint mit 10 Monaten daher relativ lange.

**Dosis:** Die Dosierung der eingesetzten Medikamente ist grundsätzlich angemessen.

**Monitoring:** Ein ausreichendes Monitoring/Dokumentation des Verlaufs der Zielsymptomatik fand offenbar nicht statt.

**Nebenwirkungen/Interaktionen:** Das Neuroleptikum kann die Krampfschwelle senken und ist daher nicht Therapie der ersten Wahl bei komorbider Epilepsie. Das Benzodiazepin kann bei bestehender Demenz zu einer Verschlechterung der kognitiven Defizite beitragen. Alle drei Medikamente sind sedierend und können z.B. die Apathie der Patientin erklären oder zu erhöhter Sturzgefahr führen.

**Polypragmasie:** Die Behandlung der Epilepsie mit einer Dauermedikation von einem Benzodiazepin und einem Antiepileptikum ist ungewöhnlich.

**Problembeschreibung aus medizinethischer Sicht:**

**Fürsorgepflicht:** Der Hausarzt hat die Patientin vor wenigen Jahren übernommen. Er hat weder biografische Informationen noch die Krankenakte übernommen. Dies bedeutet, dass ihm wesentliche Vorinformationen über Frau M. fehlen. Es ist unklar, ob eine Demenzabklärung vor der Übernahme der Patientin erfolgt ist. Hinzu kommt, dass eine medikamentöse antidementive Behandlung nicht stattgefunden hat. Hierdurch wurde eventuell die Möglichkeit versäumt, den Verlauf der Demenz günstig zu beeinflussen. Die Diagnose einer Demenz ist in der Pflegedokumentation nicht aufgeführt, und es ist auch keine Aktualisierung der dokumentierten Erkrankungen erfolgt. Der unzureichende Informationsaustausch erschwert die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege deutlich.

**Nichtschadensgebot:** Die Gabe eines Benzodiazepins ist bei einer Demenz nicht sinnvoll, da hierdurch die kognitive Leistungsfähigkeit weiter vermindert werden kann. Die antiepileptische Medikation hätte stattdessen weiter optimiert werden können, so dass die dauerhafte Gabe des Benzodiazepins nur als

*ultima ratio* und nach Ausschöpfung aller anderen medikamentösen Möglichkeiten in Frage gekommen wäre. Daher muss die laufende Therapie auf ihr Schadenspotenzial hin überprüft werden.

**Autonomie und Würde:** Da in der Pflegedokumentation keine differenzierten biografischen Angaben aufgeführt werden und die behandelnden Ärzte und der Betreuer keine Informationen zur Biographie der Patientin haben, fehlt eine wesentliche Voraussetzung, um der Selbstbestimmtheit von Frau M. gerecht zu werden. Dies lässt befürchten, dass einer Förderung der Selbstbestimmtheit durch entsprechende verhaltenstherapeutische oder auch Biografie-orientierte Maßnahmen zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Zur Wahrung der Würde eines schwerst dementen Menschen muss dieser Aspekt von allen Helfern bedacht werden.

**Gerechtigkeit:** Die medikamentöse Behandlung ist aus derzeitiger Sicht nicht als optimal einzustufen, so dass Ressourcen falsch verteilt wurden. Es besteht bei der Patientin ein deutlicher Mehraufwand an pflegerischen Leistungen, die durch eine Optimierung der therapeutischen Maßnahmen möglicherweise hätten reduziert werden könnten. Möglicherweise wurden anderen Heimbewohnern auf diese Weise wichtige Ressourcen der Pflege vorenthalten.

### **Problembeschreibung aus juristischer Perspektive:**

#### **Arztrechtliche Aspekte:**

1. Zunächst stellt sich die Frage, ob die Verordnung der Bedarfsmedikationen den rechtlichen Vorgaben genügt. Das ist hier bedenklich, da die Medikationen zumindest teilweise hinsichtlich des Zeitpunkts der Vergabe nicht hinreichend genau bestimmt sind, die Anordnungen des Arztes also teilweise keine die Medikation auslösende Bedingung bestimmen, für deren Erkennung die Pflegekraft nicht diagnostisch oder therapeutisch tätig werden muss. Denn es kann nicht ausreichen, dass der Bedarfsrahmen mit unbestimmten Begriffen, wie „Unruhe“ beschrieben wird, wenn die Vergabeentscheidung nicht bei dem behandelnden Arzt liegt. Dies war hier jedoch hinsichtlich des niederpotenten Neuroleptikums der Fall. Somit hat der behandelnde Arzt seine Verpflichtung, eine ordnungsgemäße Durchführung der Verordnung zu gewährleisten, nicht erfüllt.
2. Im Übrigen muss man sich fragen, ob der behandelnde Arzt seiner Verpflichtung zu einer fachgerechten ärztlichen Behandlung nachgekommen ist. Diese ist hier hinsichtlich verschiedener Gesichtspunkte bedenklich:
  - a. Zunächst ist die Heimbewohnerin bezüglich einer antidemendiven Behandlung möglicherweise unterversorgt.
  - b. Des Weiteren ist die Verordnungsdauer des Neuroleptikums unter Berücksichtigung international anerkannter Leitlinien zu lang.
  - c. Vor diesem Hintergrund könnte man sich auch fragen, ob der behandelnde Arzt seiner Therapiebeobachtungspflicht in ausreichender Weise nachgekommen ist.
  - d. Aufgrund der bereits bestehenden Erkrankungen wird die Heimbewohnerin einer Medikation ausgesetzt, welche aufgrund ihrer Nebenwirkungen ihren Gesundheitszustand weiter verschlechtern könnte.
  - e. Schließlich hat der behandelnde Arzt gegen seine Aufklärungspflicht verstoßen bzw. eine Einwilligung des gesetzlichen Betreuers für die Psychopharmakabehandlung nicht eingeholt.

#### **Krankenversicherungsrechtliche Aspekte:**

Darüber hinaus ist fraglich, ob die Psychopharmakabehandlung überhaupt als Sachleistung zu Lasten der GKV erbracht werden darf.

1. Das wäre zumindest dann nicht der Fall, wenn die Arzneimittelverordnungen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V verstoßen würden. Dies könnte hier aufgrund eines möglichen Verstoßes gegen Nr. 19 AMR von Bedeutung sein, da diese Norm vorsieht, dass

*es bei langfristiger Verordnung (länger als 2 Monate) von Tranquilantien und Hypnotika, einer strengen Indikationsstellung und einer Begründung in der ärztlichen Dokumentation bedarf. Wie bereits dargestellt, erhielt die Heimbewohnerin seit mehreren Monaten Hypnotika. Jedoch konnten die strenge Indikationsstellung mangels eines Einblickes in die ärztliche Dokumentation des Neurologen nicht überprüft werden.*

2. *Des Weiteren entspricht die Psychopharmakotherapie teilweise nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V.*

#### **Pflegerechtliche Aspekte:**

1. *Bezüglich der grundsätzlichen Zulässigkeit der medizinischen Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI bestehen keine Bedenken.*
2. *Jedoch sollten die Pflegekräfte darauf achten, dass sie die Vergabe der Psychopharmaka im Rahmen der Bedarfsmedikation nur dann übernehmen bzw. ausführen, wenn der Bedarfsfall durch den behandelnden Arzt in so hinreichender Weise bestimmt worden ist, dass sie bei der Durchführung der Bedarfsmedikationsverordnung zweifelsfrei nicht therapeutisch oder diagnostisch tätig werden müssen. Das ist hier zumindest teilweise nicht der Fall.*
3. *Darüber hinaus sind die Pflegekräfte verpflichtet, wenn sie schon von der Psychopharmakavergabe im Rahmen der Bedarfsmedikation Gebrauch machen, sich streng an die ärztlichen Anordnungen zu halten. Das war hier nicht immer der Fall.*
4. *Darüber hinaus sollte sich die Vorgehensweise bezüglich freiheitseinschränkender Maßnahmen streng an den Zulässigkeitsvoraussetzungen der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung orientieren (siehe unten).*

#### **Autonomie:**

*Des Weiteren muss die Frage aufgeworfen werden, ob die Psychopharmakabehandlung mit der freiheitseinschränkenden Maßnahme des Anbringens eines Bettgitters kombiniert werden durfte.*

1. *Problematisch ist hier insbesondere, ob nicht möglicherweise gegen die für die Verwendung eines Bettgitters vorliegende vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Einwilligung des gesetzlichen Betreuers verstoßen wurde. Demnach sollte das Anbringen eines Bettgitters erlaubt sein, solange die Heimbewohnerin nicht verbal oder nonverbal (z.B. durch Übersteigen) den Widerruf erklärt. Aus der Pflegedokumentation ergab sich, dass die Heimbewohnerin jedoch mehrfach versucht hat über das Bettgitter zu klettern. Damit könnte sie durch ihr Verhalten gemäß der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung den Widerruf erklärt haben.*
2. *Im Übrigen zeigen sich an diesem Fall weitere betreuungsrechtliche Probleme. Die Heimbewohnerin war für alle Beteiligten erkennbar nicht einwilligungsfähig. Allerdings bedarf jede ärztliche und pflegerische Maßnahme auf der Grundlage einer umfassenden ärztlichen Aufklärung der Einwilligung des Heimbewohners oder im Falle von dessen Einwilligungsunfähigkeit, die von dessen gesetzlichem Betreuer. Da es hier jedoch gerade kein Kontakt zwischen dem für die Gesundheitsfürsorge bestellten Betreuer und den behandelnden Ärzten gab, konnte es weder zu einer geeigneten Aufklärung noch zu einer entsprechenden Einwilligung seitens des gesetzlichen Betreuers kommen.*

#### **Pflegedokumentation:**

*Es konnte festgestellt werden, dass die Pflegedokumentation der vergangenen Monate teilweise nicht auffindbar war und die Eintragungen hinsichtlich des gesetzlichen Betreuers ungenau bzw. falsch waren. Letzterem Kritikpunkt lässt sich zwar teilweise entgegen halten, dass in der Verwaltung des Altenpflegeheimes der aktuelle Betreuer bekannt war, jedoch kann dies für eine gesetzeskonforme Dokumentationsleistung nicht ausreichen. Denn die Pflegedokumentation soll die Sicherheit der Bewohner im Pflege- und Betreuungsverlauf insbesondere durch die Ermöglichung der interdisziplinären Information und Kommunikation aller im Pflege-, Betreuungs-, und Behandlungsprozess Beteiligten*

*gewährleisten. Und da dieser Informationsaustausch der an der Pflege beteiligten Gruppen gerade über die Pflegeakte auf den Wohnbereichen erfolgt, fehlen die Dokumentationen an der entscheidenden Stelle.*

## 6 Diskussion

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung in Hinsicht auf gerontopsychiatrische, ethische und juristische Aspekte diskutiert werden. Ausgehend von der vorgenommenen konkreten Bestandaufnahme (Ist-Zustand) ist es das wichtigste Ziel der Diskussion, die Problemlage auf einer allgemeineren Ebene in Hinsicht auf Erfordernisse einer Psychopharmakotherapie zu analysieren, die dem Wohl des Altenpflegeheimbewohners oberste Priorität einräumt (Soll-Zustand). Dabei sollen sowohl die Befunde der deskriptiven Erhebung als auch die Erkenntnisse aus der individuellen Fallanalyse (Epikrisen) systematisch berücksichtigt werden. Unter Bezugnahme auf aktuelle Literatur zum Thema bzw. auf die aktuelle Rechtslage sollen dabei Lösungswege aufgezeigt werden, die letztlich als Anknüpfungspunkte für die Formulierung konkreter Handlungsempfehlungen dienen (Kapitel 7). Insofern soll die folgende Diskussion gleichzeitig als Erläuterung und Erklärung der im Kapitel 7 dargestellten Handlungsempfehlungen dienen. An entsprechender Stelle sind daher konkrete Verweise eingefügt, die den Bezug zu den im Kapitel 7 dargestellten Empfehlungen herstellen.

### 6.1 Gerontopsychiatrische Aspekte

Folgt man epidemiologischen Studien, so leidet in Deutschland ca. ein Viertel der über 65jährigen an einer psychiatrischen Erkrankung (Bickel, 2003). Obwohl die Häufigkeit psychischer Störungen (Prävalenz) in dieser Altersgruppe damit in Vergleich zu jüngeren Erwachsenen nicht erheblich größer ist, ist die Wahrscheinlichkeit im Alter erstmals eine psychische Krankheit zu erleiden (also die sogenannte Inzidenz) erheblich größer als im mittleren Erwachsenenalter. Diese Zunahme des Erkrankungsrisikos ist im wesentlichen auf die erhöhte Inzidenz organisch bedingter Störungen (insbesondere demenzieller Erkrankungen) zurückzuführen. Jedoch auch depressive Störungen spielen hinsichtlich ihrer Prävalenz bei älteren Menschen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Selbstverständlich werden aber auch andere psychiatrische Erkrankungen (Schizophrenie, Angststörungen, Suchterkrankungen etc.) bei älteren Menschen regelmäßig beobachtet, ohne dass sich jedoch in der Literatur bisher eindeutige Hinweise für eine Zunahme dieser Störungen im Alter finden lassen.

Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich viele der publizierten Zahlen auf Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung beziehen. Zieht man Untersuchungen an Altenheimbewohnern heran, so ist die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen hier wesentlich höher anzugeben und kann in einzelnen Untersuchungen weit über 50% der Untersuchten betreffen (Ray et al., 1991), ein Befund der auch mit den Ergebnissen der eigenen Untersuchung im Einklang steht. Dieser Tatbestand ist ganz wesentlich auf

die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen bei Pflegeheimbewohnern zurückzuführen, die Schätzungen zufolge mit ca. 50% angegeben wird (Ray et al., 1991).

Die Symptome einer Demenzerkrankung manifestieren sich auf verschiedenen Ebenen: Neben den sogenannten kognitiven Symptomen (Gedächtnis, Orientierung, Sprachvermögen etc.) prägen und erschweren nicht selten die sogenannten nicht kognitiven Symptome (Apathie, Depression, Affektlabilität, Wahn, Sinnestäuschung etc.) das klinische Bild. Sowohl kognitive als auch nicht kognitive Symptome der Demenz können insbesondere im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung zu Verhaltensauffälligkeiten (Umherwandern, Aggressivität, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus etc.) führen. Vor allem die letztgenannten Symptome stellen für die pflegenden Angehörigen bzw. betreuenden Personen häufig eine erhebliche – bisweilen nicht mehr zu bewältigende – Belastung dar.

Ogleich die Alzheimer Demenz – sowie die meisten Demenzerkrankungen – heute noch als unheilbare Erkrankung gelten muss, kann bei adäquater Ausschöpfung der bestehenden therapeutischen Möglichkeiten gleichwohl eine spürbare Linderung der Symptome sowie eine Verzögerung der mit den Symptomen einhergehenden Funktionseinschränkungen erzielt werden (Schröder et al., 2004). Dies setzt jedoch voraus, dass eine adäquate Basistherapie (pflegerische Betreuung, Milieugestaltung, adäquate allgemeinmedizinische Versorgung) mit psycho- und soziotherapeutischen sowie pharmakotherapeutischen Interventionen zu einem sinnvollen individuellen Gesamtbehandlungsplan kombiniert wird.

Dabei ist die Behandlung von seelischen Erkrankungen und Leidenszuständen mit Psychopharmaka – neben der Psychotherapie und der Soziotherapie – eine der wichtigsten Säulen moderner psychiatrischer Therapie. Dies gilt im gleichen Maße auch für die Gerontopsychiatrie, die als Spezialdisziplin der Psychiatrie letztlich das Erkennen und Behandeln von seelischen Erkrankungen des höheren Lebensalters zum Ziel hat. Insofern ist es unbestritten, dass eine Psychopharmakabehandlung unter Berücksichtigung klar definierter Indikationen und verantwortungsbewußer Handhabung etablierter therapeutischer Standards sehr wohl zum Nutzen des älteren, pflegebedürftigen Heimbewohners eingesetzt werden kann. Dies gilt etwa für die Behandlung einer klinisch manifesten depressiven Störung mit einem Antidepressivum oder für die neuroleptische (antipsychotische) Behandlung eines älteren Patienten mit einer bekannten schizophrenen Psychose. Aber auch bei einem Patienten mit Demenz kann bei sorgfältiger Indikationsstellung (s.u.) der Einsatz eines Neuroleptikums oder eines Sedativums durchaus zum Wohle des Betroffenen geschehen und zu einer deutlichen Leidenslinderung bzw. Steigerung von Lebensqualität beitragen.

Die Versorgungsrealität sieht jedoch leider häufig anders aus. Gerade hinsichtlich des Einsatzes von Psychopharmaka im Altenpflegeheim wurde in der Vergangenheit häufig der Vorwurf geäußert, diese Medikamente würden nicht adäquat bzw. missbräuchlich eingesetzt, so etwa mit der Absicht, Heimbewohner „ruhig zu stellen“ bzw. um bei unzureichender Personalausstattung einen geordneten Betrieb des Heimes aufrechterhalten zu können. Dies gilt insbesondere für die Verwendung von Neuroleptika und Benzodiazepinen. Umgekehrt scheint es in anderen Bereichen der Psychopharmakotherapie in Altenpflegeheimen eher eine Unterversorgung zu geben, so etwa bei der spezifischen Behandlung depressiver Störungen mit Thymoleptika oder aber bezüglich des Einsatzes von Antidementiva (Gurwich und Cunningham, 2000).

Zwar muss die Verordnung eines Psychopharmakons im Altenpflegeheim grundsätzlich als medizinische Behandlungsmaßnahme betrachtet werden; diese ist jedoch im Rahmen der Institution Altenpflegeheim in ein komplexes Handlungsfeld eingebettet und kann nur gelingen, wenn alle beteiligten Berufsgruppen (z.B. Pflegekräfte und Ärzte) und sonstige Beteiligte (z.B. gesetzliche Betreuer) möglichst optimal zum Wohle der Bewohner zusammenarbeiten. Was aber unterscheidet den adäquaten Einsatz eines Psychopharmakons bei einem Pflegeheimbewohner von dessen inadäquatem Einsatz? Welche medizinischen (gerontopsychiatrischen) Kriterien können hierfür angegeben werden? Zur Klärung dieser Frage erscheint eine Betrachtung der US-Amerikanischen Regularien des sogenannten *Omnibus Budget Reconciliation Act* (OBRA) hilfreich.

Ausgehend von einer Missstandbeschreibung in amerikanischen Pflegeheimen wurden die OBRA-Regularien im Jahre 1987 von der amerikanischen Health Care Financing Administration (HCFA) eingeführt, mit dem Ziel, Altenpflegeheimbewohner vor medizinisch „unnötigen“ (*unnecessary*) Maßnahmen zu schützen (Gurwich und Cunningham, 2000). Die Notwendigkeit einer relativ strengen Regulierung der Psychopharmakagabe bei Bewohnern von Altenpflegeheimen ergab sich allein schon aus der Tatsache, dass ältere Menschen in besonderem Maße vulnerabel sind für schwerwiegende medikamenteninduzierte Nebenwirkungen: Neben veränderten metabolischen Bedingungen (z.B. langsamerer Abbau eines gegebenen Medikamentes) tragen hierzu u.a. eine Häufung körperlicher Erkrankungen (Multimorbidität) sowie die häufig bei Älteren praktizierte Polypharmazie bei, die z.T. zu unvorhersehbaren bzw. schwer kalkulierbaren Interaktionen führen kann. So wurden etwa für das Jahr 1997 die Folgekosten für Medikamenten-induzierte medizinische Probleme in US-amerikanischen Pflegeheimen auf 6,2 Milliarden Dollar beziffert (Hughes und Lapane, 2005). Diese Daten sowie auch die bereits erwähnte Vermutung, dass Psychopharmaka in Pflegeheimen nicht nur aus medizinischer

Indikation, sondern teilweise auch zur „Ruhigstellung“ der Heimbewohner eingesetzt werden, veranlasste den US-Kongress, das *Institute of Medicine Report* mit einer Untersuchung über die vermuteten Missstände zu beauftragen. Der im Jahre 1986 über diese Untersuchung vorgelegte Bericht mit dem Titel „*Improving the Quality of Care in Nursing Homes*“ erhielt tatsächlich erschreckende Belege für die Richtigkeit der erhobenen Vorwürfe und schuf damit die Basis für die Formulierung rechtlicher Grundlagen einer adäquaten medizinischen und insbesondere psychopharmakologischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern.

Zu den medizinisch „unnötigen“ bzw. inadäquaten Interventionen zählt die HCFA insbesondere solche physikalischen und medikamentösen Maßnahmen, die lediglich oder vorwiegend mit der Absicht angewendet werden, den Heimfrieden bzw. die „Disziplin“ aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen. Diesbezüglich wurden 1990 Leitlinien (*interpretive guidelines*) für die Umsetzung der OBRA-Regularien implementiert, die für alle unter der Aufsicht der HCFA stehenden Pflegeheime verbindlich wurden (Aktualisierung: 1999). Als „unnötig“ wird hier eine Psychopharmakabehandlung definiert:

- die mit exzessiver Dauer oder Dosis verschrieben wird
- ohne klare (medizinisch-psychiatrische) Indikation zum Einsatz kommt
- mit schwerwiegenden Nebenwirkungen behaftet ist
- unzureichendem Monitoring unterliegt oder
- polypharmazeutisch (= mehr als ein Medikament mit ähnlicher Wirkung) zum Einsatz kommt.

Die Leitlinien fordern weiterhin:

- dass vor dem Einsatz von Psychopharmaka, medizinische, psychosoziale und umweltbezogene Ursachen eines definierten „problematischen Verhaltens“ ausgeschlossen werden müssen **und**
- dass der Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen (Verhaltensmanagement) zur Abwendung des Verhaltensproblems gescheitert ist.
- Da der Einsatz von Psychopharmaka nur vorgenommen werden darf, um das Wohlbefinden und oder den funktionellen Status des Bewohners zu verbessern, müssen die medizinische Indikation (Diagnose) sowie das spezifische Zielverhalten bzw. Zielsymptom explizit dokumentiert sein. Dies gilt ebenso für die sorgfältige Dokumentation von möglichen Nebenwirkungen
- Weiterhin muss die Wirkung des Medikaments auf das Zielsymptom regelmäßig dokumentiert werden.

- Vorschrift ist darüber hinaus die Vornahme regelmäßiger Ausschleich- bzw. Absetzversuche (insbesondere bei länger andauernder Behandlung).
- Für bestimmte Medikamente werden schließlich spezifische Dosisgrenzen (Höchstdosis für ältere Patienten) angeben.

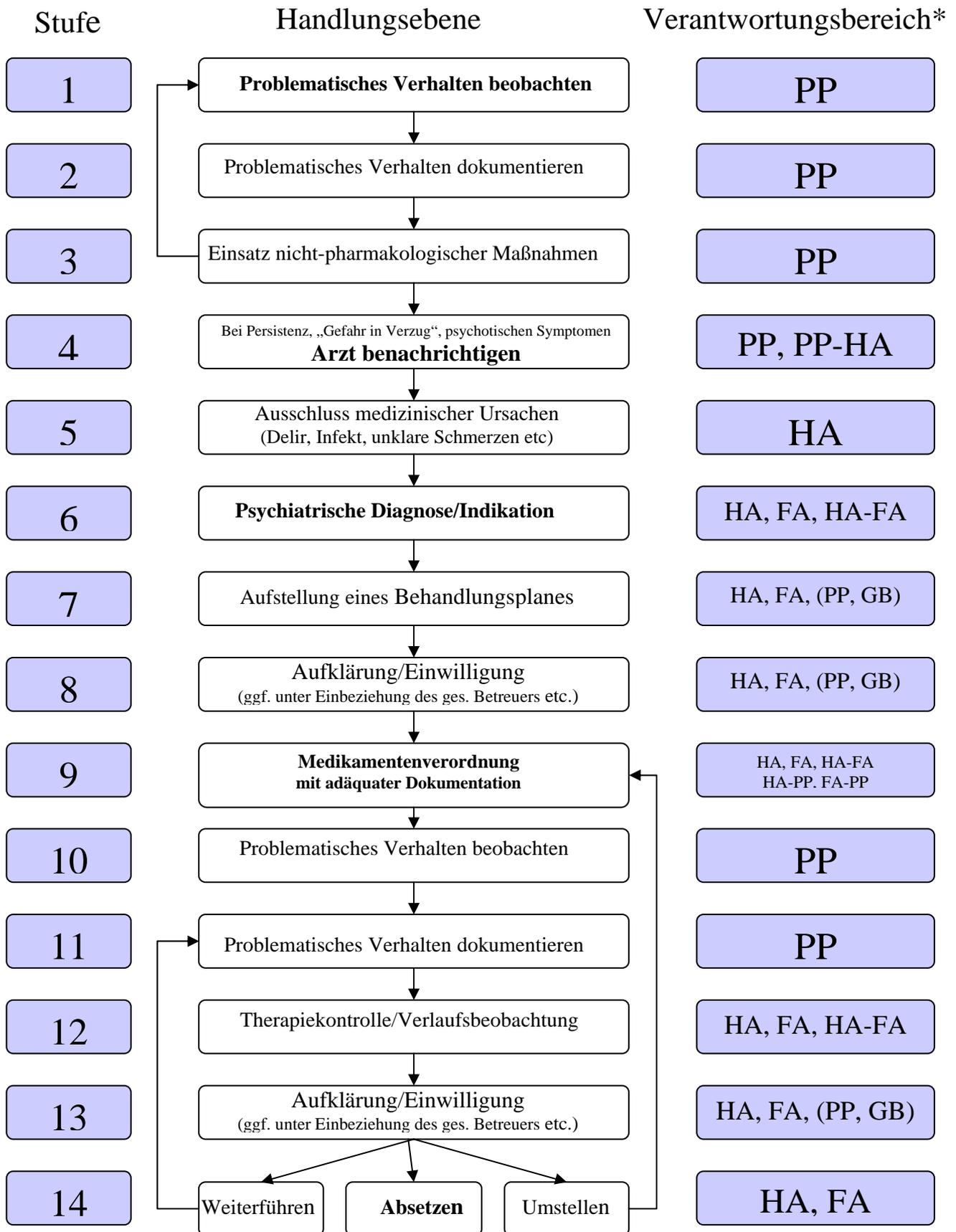
### 6.1.1 Handlungsstufen der Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim

Die in den Regularien formulierten Anforderungen und Leitlinien geben einerseits ein bestimmtes Handlungsschema vor und verdeutlichen zugleich, dass das angestrebte Ziel letztlich nur erreicht werden kann, wenn sich alle an der Medikamentenverordnung Beteiligten einem ständigen Reflexionsprozess unterziehen. Die wesentliche Frage, die diesen Reflexionsprozess steuert, sollte immer sein: Ist ein gegebenes Medikament tatsächlich medizinisch indiziert (also notwendig), oder kann das beobachtete Problem (auffälliges Verhalten etc.) mit anderen Mitteln gelöst werden?

Wie aber kann dieses Ziel in der Praxis realisiert werden? Oder anders formuliert: Welche konkreten Handlungsschritte bzw. Handlungsstufen sind erforderlich, um dem formulierten Ziel gerecht zu werden, und welche Akteure sind an diesen konkreten Handlungsstufen beteiligt? Zur Beantwortung dieser Frage möchten wir ein Stufenmodell vorschlagen, das in der folgenden **Abbildung** verdeutlicht wird. Eine ausführliche Erläuterung dieses Stufenmodells findet sich im Kapitel 7, weswegen an dieser Stelle zunächst nur eine kursorische Beschreibung vorgenommen wird.

Das Handlungsmodell geht aus von der Beobachtung eines auffälligen oder „problematischen“ Verhaltens des Bewohners durch das Pflegepersonal (**Stufe 1**). Dabei ist der Begriff „Verhalten“ hier im allgemeinsten Sinne verwendet, er schließt also nicht nur bestimmte Handlungen des Heimbewohners, sondern auch verbale Äußerungen, emotionale Reaktionen etc. ein. Bei den beobachteten Verhaltensweisen kann es sich im Einzelnen um konkrete psychopathologische Symptome wie Wahn, Halluzinationen, depressive Symptome, Angst etc. handeln oder aber um psychopathologisch vieldeutige Symptome wie Erregung/Aggression, abweichendes motorisches Verhalten, Schlafstörungen, Apathie/Gleichgültigkeit, Enthemmung, Reizbarkeit/Labilität, „unkooperatives Verhalten“ etc..

Die Aufgabe des Pflegepersonals ist es dann, dieses Verhalten möglichst präzise zu dokumentieren (**Stufe 2**). Die Dokumentation hat hierbei eine wichtige Mitteilungsfunktion (pflegerische Übergabe, Kommunikation mit Ärzten etc.), dient aber dem Beobachter auch dazu, die Art, Umstände und Ausprägung des Verhaltens noch einmal bewusst zu reflektieren.



\* PP = Pflegepersonal; HA = Hausarzt; FA = Facharzt; GB = gesetzlicher Betreuer; PP-HA = Schnittstelle Pflege-Hausarzt; HA-FA = Schnittstelle Hausarzt-Facharzt; FA-PP = Schnittstelle Facharzt-Pflege

Erfordert das Verhalten nach Einschätzung des Pflegepersonals unmittelbare medizinische Intervention, so ist entsprechend der zuständige Arzt zu unterrichten (vgl. Stufe 4). In allen anderen Fällen, sollte zunächst versucht werden, die Verhaltensweisen mit im weitesten Sinne pflegerischen Maßnahmen abzuwenden (**Stufe 3**). Im einfachsten Falle kann dies bloße persönliche (pflegerische) Zuwendung sein. Zur Anwendung können aber auch umgebungsstrukturierende und milieugestaltende Maßnahmen, verhaltenssteuernde bzw. verhaltenstherapeutische Interventionen sowie spezielle verbale und nonverbale Kommunikationsstrategien kommen. Nach Durchführung dieser Maßnahmen erfolgt zunächst erneut eine Beobachtungsphase, die die Beurteilung des Erfolgs bzw. Misserfolgs der erfolgten Intervention zum Ziel hat. Gegebenfalls kann dann die Intervention wiederholt und im Erfolgsfall z.B. gezielt in die Pflegeplanung integriert werden. Bei ausbleibendem Erfolg ist möglicherweise die Anwendung einer alternativen Maßnahme angebracht und sollte nicht unversucht bleiben.

Der Arzt sollte vom Pflegepersonal benachrichtigt werden, wenn das problematische Verhalten trotz nicht-pharmakologischer Maßnahmen bestehen bleibt, oder sich sogar verschlechtert (**Stufe 4**). Ferner sollte in allen anderen dringenden Fällen ein Arzt unmittelbar benachrichtigt werden (z.B. akute psychotische Symptome, drohende Gefährdung, Delir etc.). In allen genannten Fällen bestehen letztlich deutliche Hinweise, dass hier tatsächlich ein medizinisch behandlungsbedürftiges Problem oder gar ein medizinischer Notfall vorliegt.

Die Aufgabe des Arztes ist zunächst primär der Ausschluss medizinisch-internistischer Ursachen (z.B. Delir, unklarer Infekt, Exsikkose etc.) des beobachteten und dokumentierten Problems (**Stufe 5**). Dies schließt selbstverständlich eine ausreichend gründliche Untersuchung des betroffenen Heimbewohners ein. Wird eine medizinische (somatische) Ursache ermittelt, erfolgt deren Behandlung entsprechend den geltenden Therapieprinzipien.

In den übrigen Fällen sollte im Folgenden die Frage nach einer psychiatrischen Diagnose bzw. Ursache des beobachteten Verhaltensproblems im Vordergrund stehen (**Stufe 6**). Denn nur die Feststellung einer psychiatrischen Indikation stellt die entscheidende Eingangsvoraussetzung für die Einleitung einer Psychopharmakotherapie dar.

Entsprechend den geltenden Therapieleitlinien für eine zeitgemäße psychiatrische Behandlung sollte die Psychopharmakotherapie stets in einen psychiatrischen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein (**Stufe 7**), der neben pharmakologischen Maßnahmen auch psycho- und soziotherapeutische

Behandlungselemente angemessen berücksichtigt. Dieses ganzheitliche Behandlungskonzept muss neben rein medizinisch-psychiatrischen Aspekten (Art, Dauer und Dosis der Medikation, Verträglichkeit, somatische Komorbidität, mögliche Interaktionen mit anderen Pharmaka etc.) auch alle für die ausreichende Behandlung relevanten psychosozialen Informationen miteinbeziehen. Entsprechend wird bei dieser Stufe in der Regel auch speziellere fachärztliche Kompetenz gefragt sein. Bei ausreichender Qualifikation und Vorerfahrung eines behandelnden Allgemeinmediziners wird zwar nicht in allen Fällen die Hinzuziehung eines Facharztes (für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Gerontopsychiatrie) erforderlich sein, der behandelnde Arzt sollte jedoch bei Überschreiten seiner Fachkompetenz einen Fachspezialisten hinzuziehen bzw. in die Behandlung einbinden. Ein entscheidendes Element des Behandlungsplanes sollte in allen Fällen die Definition eines möglichst klar operationalisierten Zielsymptoms sein, dessen Beobachtung erst eine adäquate Verlaufskontrolle der Therapie ermöglicht.

Weitere wichtige Voraussetzungen für die Initiierung der Behandlung sind selbstverständlich eine angemessene Aufklärung und Einwilligung des Patienten/Bewohners bzw. dessen gesetzlichen Vertreters (**Stufe 8**) sowie eine adäquate schriftliche Fixierung bzw. Dokumentation des Behandlungsplanes (einschließlich der Psychopharmakabehandlung, **Stufe 9**). Da die Behandlung in der Regel im Pflegeheim selbst durchgeführt und überwacht wird, scheint hier eine detaillierte und für alle an der Therapie beteiligten Berufsgruppen transparente und jederzeit zugängliche schriftliche Fixierung im Rahmen der Heimdokumentation am zweckmäßigsten. Dies entbindet den behandelnden Arzt selbstverständlich nicht von seiner Pflicht, zusätzlich eine den gesetzlichen Auflagen entsprechende Dokumentation im Rahmen seines Praxisbetriebes zu führen.

Nach Einleitung der Behandlung ist die analog zu Stufe 1 und 2 durchgeführte Beobachtung und Dokumentation (**Stufe 10 und 11**) des problematischen Verhaltens (Zielsymptom) durch das Pflegepersonal eine wichtige Voraussetzung für die ärztliche Therapie- bzw. Verlaufskontrolle (**Stufe 12**). In Abhängigkeit von den durch Pflegepersonal und Arzt im Verlauf erhobenen Informationen sollte dann (in der Regel nach erneuter Aufklärung und Einwilligung, **Stufe 13**) in regelmäßigen Abständen über ein Weiterführen bzw. Absetzen der Medikation entschieden werden (**Stufe 14**).

Im Folgenden sollen die Stufen des dargestellten Handlungsmodells unter Berücksichtigung der in der eigenen Untersuchung erhobenen Befunde diskutiert werden. In Hinsicht auf eines der Hauptziele des vorliegenden Projekts wird dabei ein besonderes Augenmerk auf die Darstellung möglicher Lösungswege ggf. bestehender Defizite gerichtet, die in Form konkreter Handlungsempfehlungen in Institutionen der stationären Altenhilfe umgesetzt werden können.

### 6.1.2 Verhaltensbeobachtung und –dokumentation: Was soll eigentlich behandelt werden?

Das dargestellte Handlungsmodell verdeutlicht, dass eine zentrale Voraussetzung für die Sicherung einer adäquaten Psychopharmakotherapie von Pflegeheimbewohnern die Beobachtung und Dokumentation von Verhaltensauffälligkeiten bzw. vorher definierten Zielsymptomen ist. Das Vorhandensein dieser Schlüsselkompetenz beim Pflegepersonal ist unabdingbare Voraussetzung für die Stufen 1, 2, 10 und 11 der dargestellten Handlungssequenz (**vgl. Handlungsempfehlung zu Stufe 1,2, 10 und 11, Kapitel 7**). Sie liefert jedoch auch dem behandelnden Arzt wichtige Informationen für die Festlegung einer psychiatrischen Diagnose/Indikation (Stufe 6) und ist unabdingbar für die Formulierung des Gesamtbehandlungsplanes (Stufe 7), dessen zentrales Element die Festschreibung von Therapiezielen ist. Diese sind jedoch in der Regel an bestimmten Zielsymptomen orientiert, deren Definition auf die entsprechenden Beobachtungen durch das Pflegepersonal Bezug nimmt.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Pflegepersonal im Heim sowohl hinsichtlich der Dauer, der Häufigkeit und der Intensität der sozialen Kontakte zu dem Heimbewohner eine ganz andere Beziehung hat als etwa der behandelnde Arzt, der den Bewohner häufig nur kurz und zum Teil in längeren Abständen erlebt und beobachten kann. Durch die anfallenden Versorgungsleistungen im Heim ist insbesondere auf Seiten des Pflegepersonals ein regelmäßiger, meist sogar (mehrmaliger) täglicher Kontakt gegeben (Zimber et al., 1996). Darüber hinaus verfügt lediglich das Heimpersonal über Kontakte zu sämtlichen Heimbewohnern.

Wie ist es aber um die dargestellte Schlüsselkompetenz beim Pflegepersonal in deutschen Altenpflegeheimen bestellt? Aus den Daten der eigenen Erhebung lässt sich diese Frage letztlich nicht mit Sicherheit beantworten. Dies liegt zum einem daran, dass die von uns erhobenen Daten aufgrund der relativ kleinen Stichprobe nicht als repräsentativ betrachtet werden können, zum anderen war die fachliche Kompetenz und Qualifikation des Pflegepersonals in der untersuchten Einrichtung nicht explizit Gegenstand unserer Untersuchung. Gleichwohl lassen sich aus den Daten unserer Erhebung Informationen entnehmen, die indirekt darauf hinweisen, dass die betreffenden Stufen des dargestellten Handlungsmodells nur rudimentär umgesetzt sind.

So war in der untersuchten Einrichtung in 47,3% der Fälle keine Zielsymptomatik für die Gabe des Psychopharmakons am ersten Tag der Einnahme dokumentiert (Kriterium 1.2). Auch die Anforderung einer expliziten Dokumentation der Indikation bzw. Zielsymptomatik bei Gabe der Bedarfsmedikation (Kriterium 1.4) war in 42,9% der untersuchten Fälle nicht erfüllt. Entsprechend war in keinem der im

Ergebnisteil (Kapitel 5.3) ausführlich dargestellten Fälle ein regelmäßiges Monitoring der Zielsymptomatik auf der Basis systematischer Beobachtung durch das Pflegepersonal anhand der vorliegenden Heimdokumentation nachvollziehbar.

Dieser Befund kann sicherlich zum einem darauf zurückgeführt werden, dass eine entsprechende systematische Beobachtung und Dokumentation relevanter Verhaltensauffälligkeiten in der dargestellten Form in Rahmen der Heimdokumentation nicht explizit vorgesehen sind bzw. eingefordert werden. Selbstverständlich setzt die systematische und standardisierte Dokumentation der relevanten Informationen zunächst die Fähigkeit einer möglichst objektiven und reliablen Beobachtung voraus. Entscheidend ist, dass diese Beobachtung und Beschreibung des problematischen Verhaltens möglichst präzise, vollständig und frei von subjektiven Bewertungen durch den Beobachter sind, da sie letztlich die Grundlage für die Definition der Zielsymptomatik einer etwaigen Intervention darstellen und auch eine wichtige Funktion in der Kommunikation zwischen pflegerischem und ärztlichem Bereich darstellen. Dies setzt ein gewisses Maß an professioneller Schulung und Qualifizierung des Pflegepersonals in der Beobachtung und terminologisch korrekten Beschreibung psychopathologischer Symptome voraus.

Andererseits wurde von uns im Rahmen der durchgeführten Studie die Erfahrung gemacht, dass allein schon durch Einbeziehung des Pflegepersonals in die systematische und standardisierte Erhebung (z.B. durch die geforderte Fremdeinschätzung gegebener Verhaltensauffälligkeiten mittels des NPI) wesentlich umfangreichere und detailliertere Informationen über Verhaltensauffälligkeiten der Heimbewohner ermittelt werden konnten, als in der Heimdokumentation niedergelegt waren. Dies weist zumindest darauf hin, dass das Pflegepersonal in Heimen bei entsprechender Schulung und Anleitung sehr wohl dazu in der Lage ist, die relevanten Informationen systematisch und standardisiert zu erheben.

Gleichwohl existieren in der Literatur zur Verlässlichkeit (Reliabilität) von Angaben des Heimpersonals zu Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologischen Symptomen von Heimbewohnern bislang kaum Daten. Zwar ist aufgrund der fachlichen Qualifikation und des Tätigkeitsprofils von Pflegeheimpersonal - dessen Schwerpunkte eindeutig in der Pflegearbeit liegen - eher eine sachkundigere Einschätzung von Alltagseinschränkungen als etwa von psychiatrischen Symptomen zu erwarten (Zimber et al., 1996). So zeigten sich etwa im Rahmen einer Befragung von Krankenschwestern und Sozialarbeitern berufstypische Unterschiede in der Qualität von Einschätzungen der Selbstversorgungskapazität, des psychischen Status und der sozialen Interaktion (Watson, 1988).

In einer Studie von Weyerer und Mitarbeitern (Zimber et al., 1996) wurde daher gezielt die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Alltagsaktivitäten, Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Kontakten von 66 Bewohnern eines Mannheimer Pflegeheims durch das Pflegepersonal dieser Einrichtung untersucht. Die speziell für diese Studie eingesetzte Fremdeinschätzungsskala deckte ein breites Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten und anderen psychiatrisch relevanten Verhaltensmerkmalen bei älteren Menschen ab. Eingeschlossen waren insbesondere Fragen zu psychiatrischen Symptomen, kognitiven Dysfunktionen und Auffälligkeiten im sozialen Verhalten. Zur Prüfung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) der Einschätzung wurden innerhalb des Pflegepersonals Beurteilerpaare gebildet, die hinsichtlich der Dauer und der Qualität des Bewohnerkontaktes vergleichbar waren. Die ermittelten Beurteilerübereinstimmungen konnten zwar als zufriedenstellend bewertet werden, zumal die Verhaltensweisen der Bewohner überwiegend im (schwer einschätzbaren) Grenzbereich zwischen Defizit und Kompetenz bzw. zwischen psychischer Auffälligkeit und Unauffälligkeit lagen. Innerhalb wie zwischen den Fragekomplexen zeigte sich allerdings eine sehr unterschiedliche Güte der Beurteilungen: Fragen zur Orientierung und zur Pflegebedürftigkeit der Bewohner wiesen insgesamt höhere Übereinstimmungen zwischen den Beobachtern auf als Fragen zum Sozialverhalten und zu Verhaltensauffälligkeiten.

Dieses Ergebnis führen die Autoren der zitierten Untersuchung auf die Tatsache zurück, dass altersspezifische Fähigkeiten der Orientierung und Aktivitäten des täglichen Lebens letztlich näher am Alltag des Pflegepersonals liegen als allgemeine psychiatrische und soziale Auffälligkeiten. Die pflegerische Versorgung der Bewohner steht im Vordergrund der Ausbildung zum Beruf des Altenpflegers bzw. des Altenpflegehelfers, so dass auch die Sachkenntnis auf diesem Gebiet wesentlich höher sein dürfte als auf dem psychiatrischen. Entsprechend ergibt sich speziell auf dem Gebiet der Beobachtung von psychiatrischen Auffälligkeiten ein Bedarf an Schulung und Wissensvertiefung, wodurch auch bessere Voraussetzungen für eine adäquate Dokumentation und Verlaufsbeurteilung der relevanten Symptome geschaffen würden.

Für diesen Zweck sollte idealerweise eine standardisierte Verlaufsdokumentation gewählt werden, die fest in die Pflegedokumentation integriert ist. Erfasst werden sollten der Zeitpunkt, die Umstände, die Intensität, die Dauer, die Art und ggf. auch die Konsequenzen der jeweiligen Verhaltensstörung. Aus der Dokumentation sollte auch hervorgehen, warum das jeweilige Verhalten als problematisch erachtet wird (im Gegensatz etwa zu im situativen Kontext adäquaten bzw. „normalen“ Verhaltensvariationen). Hierbei bietet sich der Einsatz etablierter, standardisierter Skalen an, deren Durchführung möglichst zeitökonomisch und für das Pflegepersonal nach kurzer Einarbeitung anwendbar sein sollte.

Zur standardierten Einschätzung und Dokumentation von psychopathologischen Symptomen liegen eine Reihe von z.T. in der Praxis gut bewährten Instrumenten vor (Übersicht in: Gutzmann und Frölich, 2003). In der Praxis bewährt hat sich etwa der Einsatz des Neuropsychiatrischen Inventars (NPI). Das NPI ist eine Fremdbeurteilungsskala für psychopathologische Symptome bei Demenz und wurde u.a. in unserer eigenen Untersuchung eingesetzt (ausführliche Wiedergabe im Anhang). Das NPI hat weiterhin den Vorteil, dass es in einer deutschen Übersetzung vorliegt. Der Zeitaufwand für die Anwendung kann mit 10-15 Minuten veranschlagt werden.

Besonders geeignet für die Erfassung von problematischem Verhalten erscheint auch die Nursing Home Behavior Problem Scale (NHBPS), die speziell für den Einsatz im Pflegeheim entwickelt wurde und deren Anwendung ebenfalls ca. 10-15 Minuten in Anspruch nimmt (Ray et al., 1992). Eine deutsche Übersetzung der NHBPS (J.P.) ist auf der folgenden Seite wiedergegeben. Alle Items lassen sich aus der unmittelbaren Verhaltensbeobachtung beantworten, wodurch die Skala auch im Pflegeheimsetting relativ leicht einsetzbar erscheint. Psychopathologische Symptome werden im Vergleich zu NPI allerdings nur rudimentär bzw. weniger differenziert wiedergegeben, so dass ggf. eine Kombination mit dem NPI denkbar wäre. Für die NHBPS wurden von Ray et al. (1992) eine gute Validität und Interrater-Reliabilität ermittelt.

## The Nursing Home Behavior Problem Scale

**Anweisung:** Bitte schätzen Sie das Verhalten des Bewohners während der letzten 3 Tage ein. Kreuzen Sie das Kästchen mit der passenden Nummer entsprechend der folgenden Häufigkeiten an:

**0 = Nie      1 = Manchmal      2 = Oft      3 = Meistens      4 = Immer**

0	1	2	3	4	Wehrt sich gegen pflegerische Maßnahmen
0	1	2	3	4	Ist ungehalten oder verliert rasch die Fassung
0	1	2	3	4	Betritt (unangemessen) fremde Räume
0	1	2	3	4	Erwacht während der Nacht
0	1	2	3	4	Redet oder murmelt unverständlich zu sich selbst
0	1	2	3	4	Versucht sich selbst zu verletzen
0	1	2	3	4	Verweigert pflegerische Maßnahmen
0	1	2	3	4	Ist tätlich oder physisch aggressiv (treten, schlagen, beißen, spucken etc.)
0	1	2	3	4	Ist zappelig, unfähig still zu sitzen, ruhelos
0	1	2	3	4	Hat Einschlafschwierigkeiten
0	1	2	3	4	Uriniert oder kotet an unangemessenen Orten (außer Inkontinenz)
0	1	2	3	4	Sagt sinnlose Dinge
0	1	2	3	4	Beschädigt oder zerstört Dinge ohne Zweck
0	1	2	3	4	Ruft, stöhnt oder schreit laut
0	1	2	3	4	Streitet, bedroht oder flucht
0	1	2	3	4	Versucht auf gefährliche Weise aus (Roll-)Stuhl oder Bett aufzustehen
0	1	2	3	4	Fragt oder klagt unbegründet über gesundheitliche Probleme
0	1	2	3	4	Zeigt unangemessenes sexuelles Verhalten
0	1	2	3	4	Sieht oder hört Dinge, die nicht da sind
0	1	2	3	4	Stört andere Bewohner während der Nacht
0	1	2	3	4	„Wandert“ oder versucht sich von der Station zu entfernen (Weglaufen)
0	1	2	3	4	Äußert unbegründet Beschuldigungen gegen andere
0	1	2	3	4	Fragt nach Aufmerksamkeit oder Hilfe, ohne dass diese erforderlich ist
0	1	2	3	4	Ist unkooperativ
0	1	2	3	4	Läuft ziellos hin und her
0	1	2	3	4	Versucht sich aus Sicherungsmaßnahmen zu befreien (Bettgitter etc.)
0	1	2	3	4	Klagt und weint
0	1	2	3	4	Wiederholt ununterbrochen ein (bestimmtes) sinnloses Verhalten
0	1	2	3	4	Versucht gefährliche Dinge zu tun

### 6.1.3 Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen: Gibt es Alternativen zum Psychopharmakaeinsatz?

Durch die oben dargestellten OBRA-Regularien wurden den US-amerikanischen Pflegeheimen relativ strenge Auflagen gemacht, deren Befolgung empirischen Untersuchungen zufolge tatsächlich zu einer Abnahme des Psychopharmakagebrauchs in den verpflichteten Einrichtungen führte (Hughes et al., 2005). Gleichwohl stellen diese Regularien zunächst und primär den *Schutz* der Bewohner vor inadäquatem Einsatz von Psychopharmaka in den Vordergrund ohne detaillierter auf die Frage einzugehen, *welche* nicht-pharmakologischen Maßnahmen denn tatsächlich für das Management von Verhaltensauffälligkeiten bei Heimbewohnern geeignet und in Einrichtungen mit begrenzten Personalressourcen realistischerweise einsetzbar seien (Ray et al., 1993).

Diese Verhaltensauffälligkeiten stellen ja tatsächlich ein reales Problem in vielen Altepfeleinrichtungen dar. Dies wird auch durch die Ergebnisse der eigenen Untersuchung bestätigt (vgl. Abb. 5.40 bis 5.45 und Epikrise I, III, VI, VII, IX, XII und XIII). Durch die bloße Einschränkung des Gebrauchs von Psychopharmaka kann zwar zunächst ein restriktiver Einsatz dieser Medikamente eingefordert werden, ohne dass damit jedoch automatisch konstruktive Lösungswege für einen alternativen Umgang mit dem problematischen Verhalten bzw. zur Prävention dieser Verhaltensauffälligkeiten aufgezeigt werden (Ray et al., 2003). Maßnahmen zum restriktiven Einsatz von Psychopharmaka sollten daher immer von entsprechenden Maßnahmen zur Schulung des Pflegepersonals im Umgang mit problematischen Verhaltensweisen bzw. zur Prävention derselben einhergehen (**vgl. Handlungsempfehlungen zu Stufe 3, Kapitel 7**).

Die nicht-pharmakologischen Maßnahmen zur Prävention und/oder Reduktion von problematischem Verhalten bei Pflegeheimbewohner lassen sich grundsätzlich in zwei Kategorien einteilen (Übersicht in: Gräsel et al., 2003):

Zum einen können im weitesten Sinne *milieugestaltende* Maßnahmen zum Einsatz kommen. Hierzu zählen u.a. die Implementierung innovativer Wohn- und Betreuungsformen (z.B. Betreuungskonzept nach Erwin Böhm), sensorische Stimulation (z.B. Aromatherapie, „snuzzle room“), die Einbeziehung von Haustieren (sogenannte *pet therapy*) sowie die Verwendung von „sanften Barrieren“ (in der Regel durch visuelle Stimuli) anstelle von mechanischer Restriktion bei „wandernden“ (weglaufgefährdeten) Heimbewohnern. Diese Maßnahmen wirken letztlich über eine allgemeine Steigerung der Lebensqualität und Stressreduktion positiv auf das Wohlbefinden der Heimbewohner und können ggf. auch bei bereits eingetretener Agitation eine deeskalierende Wirkung entfalten. Positiv hervorzuheben ist an dieser Stelle

die Einführung des Böhm'schen Betreuungskonzeptes in einem der Wohnbereiche (Demenzstation) der untersuchten Einrichtung. Als Hinweis auf die Wirksamkeit dieser Maßnahme kann unser Befund bewertet werden, dass in dem genannten Wohnbereich die Anzahl der aus medizinischer Sicht kritischen Beobachtungen im Durchschnitt deutlich geringer lag als in den übrigen Wohnbereichen (vgl. Abb. 5.48 und 5.49). Auch wenn dieser Effekt aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße das statistische Signifikanzniveau verfehlt, kann er doch als ermutigendes Indiz dafür betrachtet werden, dass milieugestaltende Maßnahmen tatsächlich Einfluss auf die Verschreibungspraxis von Psychopharmaka haben können.

Die zweite Kategorie von Maßnahmen zielt unmittelbar auf die Qualifikation des Pflegepersonals im Umgang mit problematischem Verhalten der Heimbewohner. Auch diese Maßnahmen werden von einigen Autoren als im weitesten Sinne milieuthérapeutische Interventionen aufgefasst (Gräsel et al. 2003), da sie letztlich auf das soziale Umfeld bzw. den Lebensraum der Heimbewohner mittelbar einwirken. Dieser eher unspezifische Wirkfaktor eines Trainings der Pflegekräfte kann u.a. darauf zurückgeführt werden, dass Verhaltensauffälligkeiten von Heimbewohnern die Pflegenden psychisch belasten bzw. unter Druck setzen können (vgl. Abb. 5.46 und 5.47), wodurch letztlich das Verhalten des Pflegenden negativ beeinflusst werden kann: Eine Pflegekraft, die wenig Kompetenzen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten von Heimbewohnern hat, wird sich einer solchen Situation eher hilflos ausgeliefert fühlen, wodurch u.U. (unreflektierte) Gefühle der Frustration, des Ärgers oder der Ablehnung induziert werden können. Diese wiederum können bei Folgekontakten mit einem bestimmten Heimbewohner zu einer weniger empathischen oder ungeduldigen Haltung des Pflegenden führen, was wiederum negativ auf die Verhaltensauffälligkeiten zurückwirkt oder diese gar verstärken kann.

Diesem „Teufelskreis“ könnte etwa durch die Einführung regelmäßiger Team- oder Fallsupervisionen für Pflegekräfte begegnet werden, eine Maßnahme, die sich in psychiatrischen Behandlungssettings in der Praxis sehr bewährt hat. Unter Anleitung eines professionellen (in der Regel externen) Supervisors, können in diesem Forum schwierige Situationen bzw. „Problemfälle“ unter Berücksichtigung der eigenen emotionalen Anteile reflektiert und damit innere Freiräume für einen professionellen Umgang mit den zu Pflegenden gewonnen werden.

Aber auch direkte Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen für das Pflegepersonal können geeignet sein, den geschilderten (unspezifischen) Milieueffekt zu vermitteln und darüber hinaus über einen direkten Einfluss auf das Verhalten der Heimbewohner zu einer Reduktion des Psychopharmakgebrauchs

führen. Als Beleg für diese Hypothese soll im folgenden beispielhaft eine Untersuchung von Ray et al. (1993) etwas ausführlicher dargestellt werden („Reducing antipsychotic drug use in nursing homes“):

Das Ziel der zitierten Untersuchung war die Evaluation eines speziell entwickelten Trainings- und Qualifizierungsprogramms für Pflegeheimmitarbeiter hinsichtlich einer Reduktion von antipsychotischer Medikation in den untersuchten Einrichtungen. Insgesamt wurden vier vergleichbare Heime in die Untersuchung einbezogen, von denen jeweils die Hälfte als Interventions- bzw. als Kontrollstichprobe diente. In den Interventionsheimen wurde ein 4-wöchiges Trainingsprogramm durchgeführt (Ray et al., 1991). Zielgruppe des Interventionsprogrammes waren vorwiegend Krankenpflegerinnen und Krankenpflegehelferinnen, jedoch wurden auch die betreuenden Ärzte der Bewohner über das Programm informiert und gezielt in bestimmte Stufen des Programms einbezogen. Dieses umfasste im wesentlichen vier Maßnahmen:

1. Die Empfehlung an die Ärzte und Pflegenden bei jedem neu aufgetretenen bzw. sich verschlimmernden problematischen Verhalten gezielt und ganz bewusst (potenziell reversible) medizinische oder psychosoziale Ursachen auszuschließen (Neben einer Aufmerksamkeitsfokussierung der Pflegekräfte auf mögliche Ursachen geschah dies u.a. durch eine freiwillige Selbstverpflichtung der betreuenden Ärzte).
2. Gezielte Schulung und Training der Pflegekräfte in den folgenden Bereichen: Kommunikation mit Heimbewohnern, spezielle Interventionstechniken zur Reduzierung von Stress und Verwirrtheit, milieugestaltende Maßnahmen. Das Wissen wurde praxisnah durch Fallbeispiele, Rollenspiel, und fallbezogene Problemanalysen vermittelt.
3. Die Pflegekräfte wurden angeleitet, in jedem Fall einen schriftlich fixierten Plan aufzustellen, der eine standardisierte Beobachtung und Quantifizierung des ursprünglichen Verhaltens, einen spezifischen Interventionsplan mit Zielbeschreibung und regelmäßige Verlaufsbeobachtungen des Problemverhaltens enthalten sollte. Zur Beschreibung und Quantifizierung des Problemverhaltens wurde die oben beschriebene Nursing Home Behavior Problem Scale (NBPS) eingesetzt.
4. Bei Bewohnern, die bei Beginn der Studie bereits Neuroleptika erhielten, aber nicht psychotisch waren und auch in der Vergangenheit nicht durch gefährliches oder gewalttätiges Verhalten aufgefallen waren, wurde ein systematisches Ausschleichen und Absetzen der Medikamente empfohlen. Das Ausschleichen wurde nach einem standardisierten Schema unter Supervision der betreuenden Ärzte durchgeführt.

Das wesentliche Ergebnis der durchgeführten Intervention bestand in einer Reduktion der Neuroleptikagabe in Höhe von 72% in den beiden Heimen, die die Intervention erhalten hatten. Dagegen war der Gebrauch dieser Medikamente in den Kontrollheimen lediglich um 13% gesunken. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass alle vier Heime (also auch die Kontrollheime) ohnehin durch die kurz zuvor stattgefundene Einführung der OBRA-Regularien zu einem restriktiveren Umgang mit Psychopharmaka angehalten waren. Die Reduktion der Neuroleptikagabe in den Interventionsheimen war weder durch eine Zunahme der Gabe anderer psychotroper Medikamente noch durch einen vermehrten Einsatz mechanischer Restriktionen (Bettgitter, Fixierung etc.) begleitet. Trotz erheblich geringerem Neuroleptikagebrauch war gleichzeitig die Häufigkeit problematischer Verhaltensweisen in den beiden Interventionsheimen nicht angestiegen. Dies galt bemerkenswerterweise auch für diejenigen Bewohner, bei denen eine bestehende Neuroleptikagabe im Rahmen der Studie ausgeschlossen worden war.

Die genannte Studie weist mit Nachdruck darauf hin, dass durch geeignete Trainings- und Schulungsmaßnahmen der Einsatz von Psychopharmaka tatsächlich (auf das unbedingt notwendige Maß) erheblich reduziert werden kann, ohne dass gleichzeitig eine Zunahme problematischer Verhaltensweisen bei Heimbewohnern oder gar eine „Bedrohung des Heimfriedens“ befürchtet werden muss. Analoge Ergebnisse wurden inzwischen auch von anderen Arbeitsgruppen vorgelegt (Avorn et al., 1992; Meador et al., 1997; Schmidt et al., 1998).

Die genannten Ergebnisse sind um so bemerkenswerter, wenn man bedenkt, dass die erzielte Verbesserung ohne eine Aufstockung des Personalschlüssels in den betrachteten Einrichtungen realisiert werden konnte. Allerdings sollte diesbezüglich auch nicht vergessen werden, dass sich ein vermehrtes Engagement und eine initial große Motivation des Heimpersonals im Rahmen einer Studienteilnahme nach Abschluss der Studie und Übergang zum „Routinebetrieb“ auch rasch wieder verlieren kann. Inwiefern sich die beobachteten Effekte durch die Studieninterventionen auch im Zeitverlauf als stabil erweisen, kann mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Daher darf bei der Verfolgung des Zieles einer nachhaltigen Verbesserung der stationären Pflege, die eine regelmäßige Qualifikation des Personals im Sinne der oben beschriebenen Maßnahmen einschließen sollte, zweckmäßigerweise auch der Aspekt einer angemessenen Personalbemessung nicht ausgeblendet werden. Dieses Anliegen bildet sich auch in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DGGPP) zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes ab ([www.dggpp.de](http://www.dggpp.de)). Im Gegensatz zu den eher vagen Formulierungen im Gesetzentwurf fordert der DGPPN hier, dass der Bedarf an notwendigem Personal individuell für jede Einrichtung mit einem anerkannten Verfahren zur Bemessung von Pflegezeit- und Personalbedarf ermittelt werden müsse. Der vorgegebene Pflegebegriff

müsse alle Aktivitäten des täglichen Lebens einbeziehen. Ferner werde in den geplanten gesetzlichen Regelungen zu wenig berücksichtigt, dass der größte Teil der Bewohner in Heimen unter psychischen Störungen – insbesondere Demenzen – leide. Unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, vermehrt nicht-pharmakologisches Verhaltensmanagement im oben aufgezeigten Sinne in den täglichen Pflegeprozess zu integrieren, ist dieser Forderung sicherlich vorbehaltlos zuzustimmen.

#### **6.1.4 Ausschlussdiagnostik und Indikationsstellung: Wann ist die Behandlung mit Psychopharmaka angemessen?**

Der primär betreuende Arzt (i.d. Regel der Hausarzt) sollte vom Pflegepersonal benachrichtigt werden, wenn das problematische Verhalten trotz nicht-pharmakologischer Maßnahmen bestehen bleibt oder sich sogar verschlechtert. Ferner sollte in allen folgenden dringenden Fällen ein Arzt benachrichtigt werden:

- 1) neu aufgetretene, offensichtlich psychotische Symptome (z.B. Wahn, Halluzination);
- 2) Verhaltensweisen die mit einer akuten (unmittelbaren) Eigen- oder Fremdgefährdung einhergehen so etwa aufgrund von (Auto-)Aggressivität oder Suizidalität.
- 3) Bei Verdacht auf eine medizinisch/internistische Ursache der Verhaltensauffälligkeit (z.B. Delir, unklarer Infekt, Intoxikation, unklare Schmerzzustände etc.).

Die rechtzeitige Benachrichtigung des betreuenden Arztes setzt einerseits voraus, dass das Pflegepersonal im Erkennen der genannten Situationen geschult ist (vgl. Handlungsempfehlung zu Stufe 4, Kapitel 7). Das Erkennen psychiatrischer Notfälle (akute psychotische Symptome, Suizidalität etc.) könnte z.B. auch im Rahmen der bereits oben erläuterten Trainingsmaßnahmen zum Erkennen und Dokumentieren psychopathologischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten durchgeführt werden. Jedoch auch bei der Identifizierung von medizinischen und psychosozialen Faktoren, die ursächlich an einem neu aufgetretenen oder verstärkt aufgetretenen problematischen Verhalten eines Heimbewohners beteiligt sind, sind systematische Beobachtungen durch das Pflegepersonal von unschätzbarem Wert. Insbesondere wenn die pflegerischen Beobachtungen auf das Vorliegen eines akuten medizinischen Problems Hinweis geben, können und müssen sie Anlass für die Benachrichtigung des Arztes geben. Um die diesbezügliche systematische Beobachtung durch die Pflegenden zu unterstützen und zu strukturieren, wurde von Ray und Mitarbeitern im Rahmen des oben bereits dargestellten Trainingsprogramms den Pflegenden eine Checkliste (*workup*) vorgegeben, die eine ausgezeichnete Orientierung für ein systematisches Screening nach Ursachen für potenziell reversible Verhaltensauffälligkeiten darstellt (Ray et al., 1991). In dieser Checkliste werden systematisch verschiedene (insbesondere somatisch/internistische) Faktoren abgefragt (Änderungen der Medikation, Stürze, Vitalzeichen, Umgebungsfaktoren etc.), die sämtlich durch das

Pflegepersonal in relativ kurzer Zeit zu erheben sind, in der Hektik des Routinebetriebes aber durchaus übersehen und vergessen werden könnten. Eine Maßnahme, die das Pflegepersonal bei der Identifizierung von Situationen unterstützen würde, in denen die Benachrichtigung des Arztes erforderlich ist, wäre daher die feste Einbindung einer solchen Checkliste in den Pflegeprozess, verbunden mit der Anweisung, diese bei allen neu aufgetretenen, sich verschlechternden oder persistierenden Verhaltensauffälligkeiten einzusetzen (vgl. Handlungsempfehlungen zu Stufe 4, Kapitel 7).

Sicherlich gibt es in vielen Altenpflegeeinrichtungen – so auch in der untersuchten Institution – eine Reihe von berufserfahrenen und gewissenhaften Pflegekräften, die ausreichende Kompetenz in der Identifizierung der oben beschriebenen dringlichen Situationen besitzen. Darüber hinaus konnte in der vorliegenden Studie kein Fall sicher identifiziert werden, bei dem eine inadäquate Behandlung auf eine unterbliebene oder verzögerte Benachrichtigung des behandelnden Arztes zurückgeführt werden könnte. Gleichwohl sollten der diesbezügliche Kenntnisstand und die Fähigkeit, in den dargestellten Situationen adäquat zu reagieren, aufgrund der hohen Relevanz auch für eine adäquate Psychopharmakaversorgung nicht dem Zufall überlassen bleiben.

Eine weitere Voraussetzung für eine zeitnahe Benachrichtigung des zuständigen Arztes ist, dass dieser vom Pflegepersonal gut und möglichst regelmäßig zu erreichen ist. Diese Forderung erweist sich häufig schon allein aufgrund der Vielzahl der in die hausärztliche und psychiatrische Versorgung involvierten Ärzte als Problem. So waren in der untersuchten Einrichtung insgesamt 17 Ärzte (davon 12 Hausärzte/Internisten und 5 Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie) an der Betreuung der 56 in die Studie eingeschlossenen Heimbewohner beteiligt. Vor diesem Hintergrund wäre sicherlich eine Maßnahme, mögliche Kommunikationsprobleme an der Schnittstelle Ärzte/Pflegepersonal zu verbessern, die Einrichtung eines „Jour Fix“ (fester Visitertermin), an dem der jeweils behandelnde Arzt für das Pflegepersonal sicher zu erreichen bzw. ansprechbar ist. Der Wunsch nach der Einrichtung eines solchen festen Visitertermins wurde im Rahmen der durchgeführten Erhebung sowohl von Seiten einiger der befragten Ärzte als auch von Seiten des Pflegepersonals der untersuchten Einrichtung geäußert, so dass diese relativ einfach umzusetzende Maßnahme auch im Dienste einer Verbesserung der Psychopharmakabehandlung ernsthaft erwogen werden sollte.

Zur Verbesserung der Schnittstelle Arzt/Pflegepersonal hat sich in den Nachbarstaaten Schweiz und Österreich in vielen Altenpflegeheimen auch das sogenannte **Heimarztmodell** bewährt. Durch die Einbindung eines festen Heimarztes in die Versorgung der Bewohner muss nicht notwendigerweise das Recht auf freie Arztwahl der Bewohner tangiert sein. Gleichwohl ist er ein Arzt, der fest an die jeweilige

Institution gebunden ist, der einen wichtigen Teil der ärztlichen Verantwortung in der medizinischen Versorgung der Bewohner trägt und auch als Koordinator zwischen den vom Bewohner gewählten Haus- oder Facharzt auftritt. Gleichzeitig kann der Heimarzt eine wichtige Vermittlungsfunktion zwischen Pflegepersonal im Heim und externen Ärzten ausfüllen. Zur Veranschaulichung des Heimarztmodells sei im Folgenden ein Erfahrungsbericht aus dem Seniorenzentrum der Stadt Linz (Österreich) vom 30. Juli 2004 zitiert ([www.linz.at](http://www.linz.at)):

Bereits seit 1995 gibt es in den Seniorenheimen der Stadt Linz den aktuell von der Oberösterreichischen Ärztekammer geforderten Heimarzt. Im Seniorenzentrum Spallerhof wurde damals ein hauseigener Arzt installiert – übrigens gegen heftigen Widerstand der Ärztekammer. 1999 kam ein weiterer Mediziner hinzu, der an zwei Tagen pro Woche alle anderen städtischen Pflegeeinrichtungen besucht. Darüber hinaus haben beide Ärzte außerhalb ihrer Dienstzeit abwechselnd Bereitschaft. In allen städtischen Seniorenzentren haben die Bewohner/-innen zudem uneingeschränkt freie Arztwahl. Die Behandlung durch Haus- oder Heimarzt direkt im Seniorenzentrum ist nicht nur im Sinne der Bewohner/-innen, sondern auch ökonomisch sinnvoll: Teure Einweisungen in Krankenhäuser sind in vielen Fällen nicht notwendig. Auch kleinere Blutbefunde können durch die entsprechende Ausstattung in den Seniorenheimen direkt vor Ort gemacht werden. Grundsätzlich arbeitet das Pflegepersonal eng mit den Heim- und Hausärzten zusammen. Ablauf und Kompetenzverteilung gibt dabei im wesentlichen das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz vor. Den Ärzten fällt die Anordnungs-, dem Pflegepersonal die Durchführungspflicht zu. Darüber hinaus gibt es in den Seniorenzentren der Stadt Linz genaue Anweisungen für das Personal, in welchen Fällen ein Arzt zu verständigen ist.

Entsprechend den positiven Erfahrungen in anderen Ländern fordert auch der Sozialverband Deutschland in seinen im Januar 2005 vorgestellten „12 Forderungen für eine würdevolle Pflege“ die Einführung des Heimarztmodells in Deutschland ([www.sozialverband.de](http://www.sozialverband.de)):

Die ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen ist aufgrund der Strukturen im Gesundheitswesen äußerst problematisch. So sind Ärzte wegen der geringen Vergütung von Hausbesuchen oftmals nicht bereit, stationäre Pflegeeinrichtungen aufzusuchen. Um eine ärztliche Versorgung zu gewährleisten, sollte jedem Pflegeheim ein Heimarzt zur Verfügung stehen, der für die ärztliche Betreuung der Bewohner verantwortlich ist.

Inwieweit die Einführung des Heimarztmodells in Deutschland unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Vergütungsregelungen für ärztliche Leistungen möglicherweise sogar kurz- bis mittelfristig zu realisieren ist, sollte daher in Zukunft von allen Verantwortlichen intensiv geprüft werden.

Der Ausschluss (potenziell reversibler) medizinischer Ursachen für die beobachtete (insbesondere neu aufgetretene oder persistierende) Verhaltensauffälligkeit ist eine wesentliche Aufgabe des hinzugezogenen Arztes (**vgl. Handlungsempfehlung zu Stufe 5, Kapitel 7**). Dabei ist es zunächst unerheblich, ob es sich hierbei um einen externen, niedergelassenen Arzt (Hausarzt, Facharzt) oder aber

um einen Heimarzt im Sinne des oben dargestellten Modells handelt. Das Rational für diese Handlungsstufe ist die Tatsache, dass derartigen Verhaltensauffälligkeiten (incl. neu aufgetretenen psychopathologischen Symptomen) bei älteren Patienten in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle medizinisch-internistische Ursachen zugrunde liegen können. Die Therapie der Wahl wäre dann jedoch nicht lediglich die (symptomatische) Behandlung mit einem Psychopharmakon, sondern primär die adäquate Behandlung des internistischen Grundleidens (Übersicht in: Pantel, im Druck). Letztlich handelt es sich bei dieser Maßnahme also um eine Ausschlussdiagnostik, die vor der Stellung einer primär psychiatrischen Indikation zur Gabe eines Psychopharmakons *lege artis* gefordert werden muss.

Beim Ausschluss medizinisch-internistischer Ursachen wird sich der betreuende Arzt in erster Linie auf die Befunde der von ihm persönlich durchgeführten Untersuchung und die Kenntnisse über die medizinische Vorgeschichte des Heimbewohners verlassen müssen. Die oben beschriebenen systematischen Beobachtungen und Dokumentationen des Pflegepersonal können gleichwohl für die Unterstützung und Erleichterung dieses diagnostischen Schrittes von unschätzbarem Wert sein. In vielen Fällen wird der behandelnde Arzt zusätzlich auf die Ergebnisse diagnostischer Zusatzuntersuchungen zurückgreifen müssen, so etwa auf bestimmte Blutanalysen oder z.B. die Ergebnisse einer EKG-Untersuchung. Dieser Schritt könnte erleichtert werden, indem etwa das Heim die Einrichtung einer apparativen Mindestausstattung für ärztliche Zusatzuntersuchungen (EKG, Routinelabor etc.) in den eigenen Räumlichkeiten veranlassen würde. Die technische Entwicklung ermöglicht es heute, dass insbesondere viele der weniger aufwändigen Laborparameter im Pflegeheim durchgeführt werden könnten. Dies kann dem Bewohner einerseits mühsame (und auch teure) Transportwege ersparen. Andererseits ist zu erwarten, dass im Rahmen der DRG-Einführung (Umstellung des Krankenhausvergütungssystem auf Fallpauschalen) in Zukunft eine größere Anzahl von Pflegepatienten so früh wie möglich aus dem Krankenhaus entlassen werden. Auch die adäquate Weiterversorgung dieser Bewohner könnte im Heim durch die genannten strukturellen Maßnahmen verbessert werden. Die optimale Lösung wäre u.E. aber auch hier die Einrichtung der genannten diagnostischen Möglichkeiten in den Räumlichkeiten des Heimes mit der Einführung des Heimarztmodelles (s.o.) zu kombinieren.

Obwohl wir in der eigenen Untersuchung in keinem der analysierten Fälle sichere Hinweise dafür fanden, dass eine adäquate Ausschlussdiagnostik nicht stattgefunden hat, gab es doch in verschiedenen Fällen Anhaltspunkte dafür, dass bei Arztwechsel bestehende Vordiagnosen unhinterfragt übernommen wurden, oder dass Informationen des vorbehandelnden Arztes nicht adäquat an den weiterbehandelnden Arzt übermittelt wurden, wodurch möglicherweise wichtige Informationen verloren gehen (vgl. Epikrise II, IX, XII, XIII). Hierbei handelt es sich sicherlich um ein allgemeines Problem des deutschen

Gesundheitswesens, das in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung zu Fehl- und Unterversorgung, vielfach aber auch zu Überversorgung führen kann – wenn etwa eine diagnostische Maßnahme aufgrund unzureichender Informationsvermittlung wiederholt werden muss.

Letztlich steht und fällt die Qualität der medizinischen Behandlung (einschließlich einer angemessenen Diagnostik) auch immer mit der fachlichen Qualifikation der die Altenheimbewohner betreuenden Ärzte. Über die fachliche Qualifikation der die untersuchte Einrichtung betreuenden Ärzte kann und soll an dieser Stelle kein Urteil abgegeben werden. Entsprechend der allgemeinen Situation in Deutschland darf jedoch angenommen werden, dass die zur Betreuung speziell älterer, multimorbider Patienten in Altenheimen erforderlichen Kenntnisse in der Ärzteschaft ungleichmäßig verteilt sind. Zwar handelt es sich hier vielfach um allgemeinmedizinische Basiskenntnisse, und eine Vielzahl von Hausärzten und auch Psychiatern können sich inzwischen auf breitere Erfahrung bei der Behandlung älterer Menschen stützen, spezielle geriatrisch/gerontopsychiatrische Vorerfahrungen müssen jedoch bei der Betreuung von Bewohnern eines Altenpflegeheims nicht nachgewiesen werden. Die geriatrische/gerontopsychiatrische Kompetenz der betreuenden Ärzte bleibt daher bisweilen dem Zufall überlassen. Dem könnte unter anderem durch eine freiwillige Selbstverpflichtung der im Heim tätigen Hausärzte und Fachärzte zur Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen mit geriatrischem/gerontopsychiatrischem Schwerpunkt (z.B. „Qualitätszirkel“) abgeholfen werden.

Nach adäquat durchgeführter Ausschlussdiagnostik ist das Stellen einer psychiatrischen Diagnose bzw. Indikation durch den Hausarzt (ggf. nach Einschaltung eines Facharztes) die entscheidende Eingangsvoraussetzung für die Einleitung einer Psychopharmakabehandlung (**vgl. Handlungsempfehlungen zu Stufe 6, Kapitel 7**). Die Indikation für die Verordnung von Psychopharmaka ist angesichts der potenziellen Nachteile und Beeinträchtigung des Heimbewohners bei fehlender oder inadäquater Indikation sehr streng zu stellen. Dabei können zunächst alle ausreichend gesicherten primär psychiatrischen Diagnosen, für die pharmakologische Behandlungsindikationen bestehen, als akzeptable Indikationen angesehen werden. Hierzu zählen z.B. schizophrene und schizoaffektive Psychosen, Depressionen eines bestimmten Schweregrades ggf. mit psychotischen Symptomen (dies gilt auch für depressive Syndrome i.R. einer Demenz), ausgeprägte Angst- und Zwangsstörungen oder ausgeprägte primäre Insomnien, die nicht auf andere Maßnahmen ansprechen. In all den genannten Fällen sollte sich die eingeleitete psychiatrische Behandlung, einschließlich der Auswahl des geeigneten Medikaments, an den gängigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapieleitlinien orientieren (vgl. Stufe 7). Folgt man den Einträgen in der Heimdokumentation, so war bei 37 der von uns untersuchten 56 Bewohnern, die Psychopharmaka erhielten, eine psychiatrische

Diagnose festgehalten. In 25/56 Fällen wies diese auf das Vorliegen einer Demenz hin. Diese Zahl deckt sich relativ gut mit den Ergebnissen der von uns durchgeführten Erhebung des kognitiven Status der Heimbewohner, insofern bei 27/56 Bewohnern schwer bzw. mittelschwer ausgeprägte kognitive Störungen gefunden wurden. Weiterhin fanden sich in der Heimdokumentation bei 8/56 Bewohnern eine Diagnose aus dem Spektrum depressiver Erkrankungen und bei weiteren 4 andere psychiatrische Diagnosen. Dies bedeutet jedoch, dass bei immerhin 19/56 Bewohnern, die am Stichtag Psychopharmaka erhielten, keine psychiatrische Diagnose in der Heimdokumentation vermerkt war. Da wir nicht in all diesen Fällen Einsicht in die entsprechende ärztliche Dokumentation nehmen konnten, schließt dieses Ergebnis natürlich nicht aus, dass u.U. doch eine psychiatrische Diagnose/Indikation bestand, die lediglich nicht in der Heimdokumentation niedergelegt war. Mindestens bleibt jedoch festzuhalten, dass die Dokumentation der Diagnosen im Heim an dieser Stelle möglicherweise unvollständig war.

Einen Sonderfall stellt die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten (nicht-kognitiven Symptomen) bei Patienten mit Demenz dar. Diese wird häufig vorschnell mit Neuroleptika und/oder Benzodiazepinen durchgeführt, ohne dass zuvor eine strenge Indikationsprüfung vorgenommen wurde. Dabei ist die allgemeine Diagnose „Demenz“ bzw. „hirnorganisches Psychosyndrom/HOPS“ etc. primär noch nicht als ausreichende Indikation für eine Therapie mit Neuroleptika, Benzodiazepinen sowie anderen Hypnotika und Sedativa anzusehen. Bei leichter ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten sollte hier zunächst ein Behandlungsversuch mit einem Antidementivum nicht unversucht bleiben. Allerdings setzt die Verordnung eines Antidementivums voraus, dass zumindest die Art und Schwere der Demenz ärztlicherseits festgestellt worden ist (z.B. mittelgrade Alzheimer Demenz). Entsprechend den bekannten Angaben in der Literatur zählte auch in der vorliegenden Untersuchung die Diagnose „demenzielles Syndrom“ bzw. „HOPS“ zu den häufigsten diagnostischen Einträgen in der Heimdokumentation: In 13 der 25 dokumentierten Demenz-Diagnosen fand sich in der Heimdokumentation dieser Eintrag, ohne dass jedoch die Art und Schwere der Demenz weiter spezifiziert wurde (z.B. Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz). Dieses Ergebnis verweist auf die Tatsache, dass hinsichtlich einer adäquaten Demenzdiagnostik in Deutschland allgemein noch relativ großer Fort- und Weiterbildungsbedarf besteht.

In allen Fällen, in denen problematische Verhaltensweisen und psychopathologische Symptome im Rahmen einer Demenz nicht auf die unter Stufe 3 genannten Maßnahmen oder die Gabe eines Antidementivums angesprochen haben, kann die Gabe eines Neuroleptikums und/oder Sedativums erwogen werden. Hierzu sollten jedoch die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Das Zielsymptom sollte (am besten im Kontext eines detaillierten Behandlungsplans) explizit dokumentiert sein (vgl. Stufe 7).
- Das Zielsymptom sollte persistierend bzw. andauernd und mit einer erheblichen (subjektiven) Beeinträchtigung für den Betroffenen einhergehen.
- Es besteht eine akute oder andauernde Eigen- oder Fremdgefährdung, die auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.
- Vorhandensein psychotischer Symptome (Wahn, Halluzination etc.)

In allen anderen Fällen (z.B. einfaches unkooperatives Verhalten, ohne Gefährdung einhergehender Bewegungsdrang, durch psychosoziale Intervention/Zuwendung abwendbare Angstzustände etc.) ist insbesondere die Gabe von Neuroleptika und/oder Tranquilizer nicht indiziert.

Unter Zugrundelegung dieser relativ strengen Indikationsvoraussetzungen sowie unter Berücksichtigung der Einträge in der Heimdokumentation lag in der vorliegenden Untersuchung immerhin in 25/56 (44,6%) der untersuchten Fälle keine ausreichende Indikation für die Gabe eines Psychopharmakons vor. Diese Feststellung war auch in 8 der 13 ausführlich analysierten Kasuistiken für mindestens eines der einem bestimmten Bewohner verordneten Medikamente zu treffen (Kasuistik I, II, III, V, VI, VIII, IX, X). Da im Rahmen der Analyse der ausgewählten Kasuistiken auch eine ausführliche Befragung der behandelnden Haus- und Fachärzte über die gestellten Behandlungsindikationen durchgeführt wurde, ist es unwahrscheinlich, dass das dargestellte Ergebnis lediglich oder hauptsächlich auf fehlende Einträge der Indikationen bzw. psychiatrischen Diagnosen in die Heimdokumentation zurückzuführen ist. Vielmehr spricht dieses Ergebnis dafür, dass in einem großen Teil der Fälle die Indikation für die Psychopharmakagabe nicht so streng geprüft wurde, wie oben dargestellt (vgl. hierzu auch Abb. 5.41).

Gleichwohl sollte dieses Ergebnis nicht zu der vorschnellen Schlussfolgerung einer unzureichenden Qualifikation oder mangelnden Sorgfalt der behandelnden Ärzte führen. Zum einen wurden von uns – wie bereits erwähnt – relativ strenge Indikationskriterien angelegt, wenngleich diese inzwischen von verschiedenen nationalen und internationalen Expertengremien in der zitierten Form als Empfehlung formuliert wurden (vgl. [www.dggpp.de](http://www.dggpp.de), Sultzer, 2004, Vass und Hendriksen, 2005). Allerdings ist selbst unter der Voraussetzung von explizit und konsensuell formulierten Behandlungsleitlinien, die in Deutschland in dieser verbindlichen Form noch gar nicht existieren, jeder Arzt in Rahmen seiner individuellen Therapentscheidungen nur bedingt an derartige Empfehlungen gebunden und kann auch abweichende Indikationen stellen, sofern er dies ausdrücklich unter Bezugnahme auf das Patientenwohl begründen kann. Darüber hinaus sind wir der festen Überzeugung, dass unser Befund – der letztlich ja nur

auf der Analyse einer relativ geringen Anzahl von Behandlungsfällen basiert – tatsächlich der Ausdruck einer in Deutschland und vermutlich auch vielen anderen Ländern sehr weit verbreiteten Behandlungspraxis ist, und damit keineswegs nur einen lokalen Missstand reflektiert. Die wissenschaftliche Konsensbildung über Kriterien für eine adäquate Indikationsstellung der Psychopharmakabehandlung bei älteren Menschen (und insbesondere Demenzpatienten) ist – ähnlich wie die Gerontopsychiatrie als Spezialdisziplin der Nervenheilkunde – noch relativ jung, und hat daher in vielen ärztlichen Ausbildungscurricula und Weiterbildungskatalogen noch nicht oder erst seit kurzem ihren Niederschlag gefunden. Entsprechend besteht die Hoffnung, dass durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die auch mancherorts z.B. in Form von sogenannten „Qualitätszirkeln“ bereits bestehen, eine allmähliche Qualitätsverbesserung auf diesem Gebiet erreicht werden kann. Aber auch die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung sollten sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels unserer Bevölkerung zunehmend in die Pflicht genommen fühlen, Inhalte und Qualifikationen aus dem Spektrum geriatrischer und gerontopsychiatrischer Kompetenz im Rahmen der Weiterbildungsrichtlinien verstärkt zu berücksichtigen.

Abgesehen von der noch fehlenden Verbreitung und Verbindlichkeit von Behandlungsleitlinien für einen adäquaten Psychopharmakaeinsatz bei älteren Menschen, sollten noch weitere Faktoren berücksichtigt werden, die die Indikationsstellung ungünstig beeinflussen können. Hier sind zum einen die – in der Praxis nicht selten beobachteten – Fälle zu nennen, in denen Patienten die Verordnung eines bestimmten Medikamentes explizit einfordern (vgl. Epikrise II). Häufig handelt es sich hierbei um Tranquilizer (Benzodiazepinpräparate), deren Weiterverschreibung zur Linderung unspezifischer Befindlichkeitsstörungen oder persistierender Einschlafstörungen vom Patienten ausdrücklich gewünscht wird, auch wenn keine medizinische Indikation im engeren Sinne besteht oder sogar Gesundheitsgefahren resultieren können. Hier kann das gesamte Spektrum der Suchtentwicklung beginnend mit der sogenannten „low level dependency“ bis hin zur manifesten Medikamentenabhängigkeit beobachtet werden. Der behandelnde Arzt ist hier nicht selten in einem Konflikt, da der ältere Patient unter dem Entzug des Medikaments zunächst leidet und der Arzt bei Absetzen der Medikation u.U. auch eine Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses fürchtet. Ein anderer Faktor, der die Indikationsstellung nachteilig beeinflussen kann, ist das geringe Zeitbudget, das dem niedergelassenen Arzt – selbst dem Facharzt - heute für die Erstellung einer sorgfältigen psychiatrischen Indikation zur Verfügung steht. Da die Indikationsstellung bei Bewohnern eines Altenpflegeheims in der Regel außerhalb der Praxis im Rahmen eines Hausbesuches erfolgen muss, wird das Problem zusätzlich verschärft. Gerade der letztgenannte Faktor wurde von verschiedenen der von uns im Rahmen der durchgeführten Untersuchung befragten Ärzten als besonders problematisch empfunden. Es stellt sich

daher die Frage, inwieweit nicht auch eine bessere Honorierung von ärztlichen Leistungen bei Hausbesuchen speziell im Altenpflegeheimen zu einer angemesseneren Indikationsstellung bei der Psychopharmakabehandlung der Heimbewohner beitragen kann.

### 6.1.5 Der Gesamtbehandlungsplan

Nach Etablierung der Diagnose bzw. Indikationsstellung wird in erster Linie der behandelnde Arzt, wenn möglich Facharzt für Neurologie/Psychiatrie, einen Behandlungsplan bzgl. der Psychopharmakabehandlung und eventueller verhaltenstherapeutischer Optionen entwerfen. (**vgl Handlungsempfehlung zu Stufe 7, Kapitel 7**). Eine Therapieplanung sollte die differenzierte biografische, medikamentöse und psychiatrisch-somatische Anamnese beinhalten, um eine möglichst optimale Grundlage für die Psychopharmakaverordnung zu gewährleisten.

Die Erhebung dieser Daten und die Formulierung des Therapieplans sollte unter Beteiligung aller Berufsgruppen und wenn möglich bereits zum Zeitpunkt des Heimeintritts erfolgen. Die standardisierten Beobachtungen und entsprechend dokumentierten Informationen des Pflegepersonals (s.o.) können dabei zum einem Ausgangspunkt für die gezielte Anamneseerhebung des behandelnden Arztes sein und stellen darüber hinaus eine wertvolle Ergänzung der ärztlicherseits erhobenen Informationen dar. Alle relevanten Informationen sollten von allen Berufsgruppen jederzeit an zentraler Stelle einsehbar sein (Heimdokumentation).

Der schriftlich fixierte Gesamtbehandlungsplan sollte mindestens die folgenden Angaben enthalten:

- Explizite Nennung der psychiatrischen Diagnose und/oder Indikation (s.o.).
- Insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von Demenzen muss eine explizite Benennung der Zielsymptomatik erfolgen.
- Explizite Festlegung der Therapieziele (möglichst operationalisiert).
- Angabe der Maßnahmen zur Erreichung der Therapieziele (incl. Medikamentenregime und ggf. nicht-pharmakologische Therapiemaßnahmen).
- Bei Bedarfsmedikation: explizite Nennung und möglichst operationalisierte Festlegung des Bedarfsfalls.
- Festlegung eines Zeitrahmens, in dem die Wirksamkeit der Therapiemaßnahmen gezielt bewertet werden kann mit Angabe eines Zeitpunktes, an dem ggf. eine Reevaluation und Anpassung des Behandlungsplans erfolgen sollte.

Da die Verschreibung (und Verabreichung) von Arzneimitteln einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellen, ist besonders sorgfältig bzgl. der Wirkungsweisen und Nebenwirkungen abzuwägen. Darüber hinaus sollte sich die Verordnungsentscheidung des behandelnden Arztes anhand der aktuellen Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften und der publizierten wissenschaftlichen Diskussion ausrichten, um eine dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Arzneimittelversorgung des Patienten zu erreichen.

Aus gerontopsychiatrischer Sicht ist die Entscheidung über die im Einzelfall geeigneten Medikamente häufig sehr komplex und sollte die folgenden Aspekte berücksichtigen:

1. Auswahl der geeigneten Präparates: Die Auswahl der geeigneten Präparate sollte möglichst evidenzbasiert erfolgen und sich darüber hinaus an publizierten Konsensusempfehlungen orientieren. Dies schließt auch die Berücksichtigung entsprechender Fachinformationen der Arzneimittelhersteller ein (z.B. Produktmonografien, „Rote-Hand-Brief“). Einschränkend muss hier allerdings angemerkt werden, dass für viele insbesondere der älteren Präparate gar keine ausreichende Datenbasis (im Sinne multizentrischer, randomisierter und verblindeter Studien) vorliegt, die sich speziell auf die Therapie älterer (multimorbider) Patienten bezieht. Der behandelnde Arzt muss in dieser Situation daher nicht selten allein auf seine Erfahrung oder aber z.B. auf im Rahmen von Lehrbüchern und Übersichtsarbeiten publizierte Expertenmeinungen zurückgreifen. Entscheidendes Kriterium bei der Auswahl sollte gleichwohl immer das bekannte Wirkungs-Nebenwirkungs-Profil eines bestimmten Medikamentes unter Berücksichtigung des Lebensalters des Patienten sein. Eine Monotherapie sollte stets bevorzugt werden, es sei denn, spezielle therapeutische Gründe sprechen für eine Kombinationsbehandlung. Unbedingt vermieden werden sollte pharmazeutische Polypragmasie, d.h. die Kombination von zwei oder mehr Präparaten mit ähnlichem oder fast identischem Wirkprofil. Da ältere Heimpatienten sehr häufig aufgrund bestehender Multimorbidität eine Vielzahl von Medikamenten erhalten, ist auf mögliche Interaktionen sorgfältig zu achten.
2. Somatische Komorbidität: Viele somatische Begleiterkrankungen stellen absolute oder relative Kontraindikationen für die Gabe eines bestimmten Präparates dar (z.B. Vermeidung von trizyklischen Antidepressiva bei Prostatahypertrophie, kardialen Reizleitungsstörungen oder Engwinkelglaukom). Dies setzt voraus, dass der behandelnde Arzt detaillierte Kenntnisse über das Vorliegen dieser somatischen Erkrankungen hat. In vielen Fällen, in denen sich die Gabe eines

bestimmten Medikamentes verbietet, stehen besser verträgliche Alternativpräparate zur Verfügung.

3. Dosis: Grundsätzlich gilt, dass der ältere (multimorbide) Patient erheblich vulnerabler für potenzielle Nebenwirkungen ist. Ein gegebenes Arzneimittel wird langsamer metabolisiert und ausgeschieden. Darüber hinaus ist die Plasmaproteinbindung vieler Substanzen geringer als beim jüngeren Erwachsenen. Das bedeutet, dass zunächst grundsätzlich niedrigere Dosisbereiche gewählt werden sollten und die Eindosierung behutsamer erfolgen muss als beim jungen Menschen. Der Grundsatz: „Start low, go slow!“ findet damit selbstverständlich auch für die Psychopharmakotherapie des älteren Heimbewohners Anwendung. Für viele Psychopharmaka stehen darüber hinaus in der Literatur inzwischen bestimmte Dosisgrenzen für ältere Patienten zur Verfügung, die nicht überschritten werden sollten.

Die spezielle Psychopharmakotherapie des älteren Patienten kann an dieser Stelle aus verständlichen Gründen nicht umfassend referiert werden. Während die Gerontopharmakopsychiatrie vor noch nicht allzu langer Zeit eher ein vernachlässigtes Gebiet der Psychiatrie war, hat in den letzten Jahren – auch im deutschsprachigen Bereich - die Zahl qualitativ hochwertiger Publikationen deutlich zugenommen. Bezüglich spezieller Therapieempfehlung wird an dieser Stelle daher auf die Fachliteratur verwiesen (u.a. Adler 2003, Förstl, 2003, Sultzer 2004, Hirsch et al., 2004). Besondere Erwähnung verdienen an dieser Stelle noch die sogenannten „Beers-Kriterien“, die bezüglich vieler häufig verschriebener Medikamente Aussagen über die Angemessenheit ihrer Anwendung speziell bei älteren Heimpatienten machen und auch explizite Dosisangaben enthalten (Beers et al., 1991; Beers, 1997). Entsprechend sind die „Beers-Kriterien“ inzwischen auch fest in die oben bereits erläuterten OBRA-Regularien integriert. Sie haben den Vorteil, dass sie auf einer komplexen Konsensbildung einer Vielzahl von anerkannten Spezialisten beruhen und daher nicht lediglich die Meinung einzelner Experten oder „Schulen“ reflektieren. Nachteilig ist dagegen, dass die Auswahl der beurteilten Präparate sich insbesondere an den Verschreibungsgewohnheiten in US-Amerikanischen Altenheimen orientiert und auch neuere Präparate bislang nur eingeschränkt berücksichtigt sind. Mangels vergleichbarer Konsensuskriterien in Deutschland können die „Beers-Kriterien“ aber sicherlich eine gute erste Orientierung bieten.

In der vorliegenden Untersuchung ergaben sich anhand der Informationen aus der Heimdokumentation Hinweise darauf, dass die Auswahl der Psychopharmaka hinsichtlich des Wirkungs-Nebenwirkungs-Profiles unter Berücksichtigung des Lebensalters und/oder bestehender somatischer Komorbidität in etwa einem Drittel der analysierten Fälle (36,4%) nicht angemessen war. In einem Viertel der Fälle (26,3%)

fanden sich Arzneimittelkombinationen, die als inadäquate pharmakologische Polypragmasie bewertet wurden. Wurden die Kombinationen aller verschriebenen Medikamente hinsichtlich potenziell schädlicher Interaktionen bewertet, fanden sich lediglich in 9 von 56 Fällen (16,9%) Hinweise für mögliche Beanstandungen. Hinweise für unangemessen hohe Dosierungen der verschriebenen Psychopharmaka konnten ebenfalls nur in einem relativ geringen Anteil der untersuchten Fälle (12,5%) ermittelt werden.

Berücksichtigt man in diesem Kontext die Ergebnisse der Einzelfallanalyse, so wird folgendes deutlich: In beinahe allen Fällen, in denen die Auswahl des Präparates, eine inadäquate Polypragmasie und/oder potenziell schädliche Arzneimittelinteraktionen bemängelt wurden, hätten diese Missstände vermutlich durch die Aufstellung und regelmäßige Evaluation eines reflektierten Gesamtbehandlungsplans verhindert oder behoben werden können.

#### **6.1.6 Verordnungsdocumentation und Therapiekontrolle**

Nach Formulierung des Behandlungsplanes sollte der Bewohner/Patient bzw. dessen gesetzlicher Betreuer über die geplanten Maßnahmen informiert und um seine Einwilligung gebeten werden. Abgesehen von den in den folgenden Abschnitten ausführlich diskutierten juristischen und ethischen Implikationen, kann eine angemessene Aufklärung – zumindest bei den einwilligungsfähigen Bewohnern – ganz erheblich die Compliance bei der Behandlung fördern und damit auch zum Erfolg der Therapie beitragen (**vgl. Handlungsempfehlung zu Stufe 8, Kapitel 7**).

An die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Medikamentenverordnung (einschließlich Bedarfsmedikation) werden von rechtlicher Seite bestimmte Anforderungen gestellt, die im Abschnitt 6.3 ausführlicher diskutiert werden. In unserer Untersuchung waren in über 40% der untersuchten Fälle die Anordnungen unklar oder unvollständig. Dies betraf insbesondere die Anordnung von Bedarfsmedikation. Unklarheiten bei der Medikamentenverordnung und ihrer Dokumentation leisten jedoch potenziellen Verordnungsfehlern Vorschub und können damit zum Auftreten von unerwünschten (ggf. jedoch vermeidbaren) Arzneimittelwirkungen (UAW) beitragen. Aktuellen Daten zur Folge sind inadäquate Verordnungen sogar die häufigste Ursache von UAW bei älteren Patienten (Grandt et al., 2005).

In der von uns durchgeführten Erhebung konnte die Frage nach dem Vorliegen von erheblichen Nebenwirkungen der eingesetzten Psychopharmaka (z.B. Übersedierung, motorische Einschränkungen, wiederholte Stürze etc.) in 98,1% der untersuchten Fälle verneint werden. Hierbei ist jedoch zu

berücksichtigen, dass die Erfassung möglicher UAW nur indirekt erfolgen konnte, da eine standardisierte körperliche Untersuchung der Bewohner nicht Teil unserer Erhebung war. Die ausführliche Analyse ausgewählter Kasuistiken erbrachte jedoch in 9 von 13 analysierten Fälle Hinweise auf mögliche UAW (insbesondere unerwünschte Sedierung: vgl. Epikrise I, II, III, IV, VI, VII, X, XI, XIII).

Die Vermeidung von UAW sowie die Sicherung des angestrebten Therapieerfolgs kann letztlich nur durch eine ausreichende Überwachung und das Monitoring von Zielsymptomatik und Nebenwirkungen gewährleistet werden (vgl. Handlungsempfehlung zu Stufe 8, 12, und 14, Kapitel 7). Die Überwachungs- und Therapiebeobachtungspflicht bezüglich der Psychopharmakotherapie obliegt in erster Linie den behandelnden Ärzten bzw. dem das Psychopharmakon verordnenden Arzt (Hausarzt, Facharzt). Dies gilt insbesondere für Arzneimittel, denen risikoreiche Nebenwirkungen oder Abhängigkeitspotenzial immanent sind. Hier ist regelmäßig darauf zu achten, dass durch die Wirkungsweise des verordneten Psychopharmakons der beabsichtigte Behandlungserfolg erreicht bzw. durch dessen Nebenwirkungen oder Interaktionen mit anderen Arzneimitteln oder Erkrankungen nicht in die körperliche Integrität des Patienten eingegriffen wird. Wie der einschlägigen Literatur zu entnehmen ist, sieht die tägliche Praxis häufig allerdings anders aus (Grandt et al., 2005). Es stellt sich daher die Frage, welche praktischen Maßnahmen ergriffen werden könnten, um die Versorgungssituation zu verbessern. Unseres Erachtens kommen hier grundsätzlich die folgenden Interventionen in Betracht:

1. Da das Pflegepersonal im Heim im Gegensatz zu dem behandelnden Arzt täglichen Kontakt zu dem Heimbewohner hat, wäre es sicherlich wünschenswert, typische oder häufige Nebenwirkungen von Psychopharmaka an entsprechender Stelle fest in die Pflegedokumentation zu integrieren. Dies könnte dem Arzt bei der adäquaten Überwachung der Therapie wertvolle Hinweise und zusätzliche Informationen geben. Das Funktionieren dieser Maßnahme würde allerdings eine Schulung des Pflegepersonal hinsichtlich des Erkennens und dieser typischen und häufigen UAW voraussetzen.
2. Die regelmäßige Durchführung klinisch-pharmakologischer Audits wurde von verschiedenen Autoren als geeignete Maßnahme hervorgehoben, um potenzielle Nebenwirkungen, Über- und Unterdosierung von Medikamenten sowie potenziell ungünstige pharmakologische Interaktionen (einschließlich pharmazeutischer Polypragmasie) rechtzeitig zu erkennen. Bei dieser Maßnahme besucht ein externer Pharmazeut bzw. klinischer Pharmakologe (ggf. auch im Team mit einem Geriater/Gerontopsychiater) in regelmäßigen Abständen (z.B. einmal im Quartal) die Pflegeeinrichtung und führt anhand der dokumentierten Medikamententherapien ein Screening auf

potenzielle „Problemfälle“ durch. Dies würde selbstverständlich das Einverständnis der Heimbewohner bzw. deren gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigten auf Einsicht in die Dokumentation voraussetzen. Im Rahmen der o.g. OBRA-Regularien sind regelmäßige pharmakologische Audits im dargestellten Sinne für US-Amerikanische Pflegeheime bereits seit mehreren Jahren eine Selbstverständlichkeit (Hughes und Lapane, 2005). Die Praktikabilität dieses Verfahrens wurde darüber hinaus unlängst im Rahmen der Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study in 23 norwegischen Altenheimen überprüft. Dabei konnten bei 76% aller 1354 berücksichtigten Pflegeheimbewohner aufgrund des durchgeführten Screenings potenzielle arzneimittelassoziierte Probleme identifiziert werden (UAW. 26%; unangemessene Medikamente bzw. falsche Indikation: 20%; Unterbehandlung bei gegebener Indikation: 13%). Die identifizierten Probleme wurden dem behandelnden Arzt (ggf. mit alternativen Behandlungsvorschlägen) mitgeteilt, der auf dieser Basis eine Optimierung der Therapie veranlassen konnte.

3. Im Krankenhausbereich wurde in den vergangenen Jahren vermehrt der Einsatz elektronischer Arzneimitteldokumentation als Alternative zur herkömmlichen Dokumentation untersucht (**vgl. Handlungsempfehlung zu Stufe 9, Kapitel 7**). Die Einführung elektronischer statt handschriftlicher Verordnung wird von einer amerikanischen Expertengruppe sogar als eine zentrale Voraussetzung für die Verbesserung der Medikationssicherheit bezeichnet (Grandt et al., 2005). Die elektronische Arzneimitteldokumentation würde auch eine elektronische Verordnungsunterstützung ermöglichen, die nachweislich die Häufigkeit von Verordnungsfehlern verringern kann (Bates und Gawande, 2003). Voraussetzung ist – wie erwähnt – dass der Arzt die Medikation nicht mehr handschriftlich, sondern mit Hilfe eines Computers verordnet (Computerized Physician Order Entry System, CPOES). In Dänemark ist ab 2006 die elektronische Erfassung der Medikation jedes Patienten im Krankenhaus gesetzlich vorgeschrieben. In Deutschland soll die elektronische Verordnung mit der Gesundheitskarte 2006 im ambulanten Bereich Realität werden. Zur elektronischen Verordnungsunterstützung wird z.B. am Klinikum Saarbrücken die Software *RpDoc* eingesetzt und evaluiert. Diese Software überprüft Medikationsempfehlungen auf klinisch relevante Interaktionen, ungewöhnliche Dosierung oder Applikationsfrequenz und weist auch auf die Notwendigkeit einer Dosisanpassung bei älteren Patienten hin. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse unserer Untersuchung sowie vieler anderer entsprechender Ergebnisse in der Literatur, sollte ernsthaft geprüft werden, ob der Einsatz elektronischer Arzneimitteldokumentation und –verordnungsunterstützung auch für den Bereich der stationären Altenhilfe in Frage kommt.

Durch die genannten Maßnahmen könnte u.E. der Schutz der Altenheimbewohner vor einer inadäquaten Verschreibung von Psychopharmaka deutlich verbessert werden. Zur Sicherung des Therapieerfolgs sollte jedoch gleichzeitig auch ein regelmäßiges Monitoring der Zielsymptomatik durchgeführt werden. Dabei kann die Feststellung nicht ausreichen, dass der Patient keine Verhaltensauffälligkeiten mehr aufweist. Vielmehr gilt es auch regelmäßig zu evaluieren, ob und wann die weitere Arzneimittelbehandlung wieder abgesetzt bzw. sie in ihrer Dosis reduziert werden kann. Zu einem zuvor festgesetzten Zeitpunkt sollte daher durch eine standardisierte Evaluation der Therapieerfolg kontrolliert werden. Dabei muss die Indikation sowohl für die fest angesetzte als auch für die bedarfsorientierte Psychopharmaka-Medikation überprüft werden.

Diese Forderung berücksichtigt, dass auch eine inadäquat lange Dauer einer einmal angesetzten Psychopharmakamedikation zum Schutz des Heimbewohners unbedingt vermieden werden sollte. Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie ([www.dggpp.de](http://www.dggpp.de)) empfiehlt, dass beim Einsatz von Neuroleptika zur Behandlung von demenzbedingten Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologischen Symptomen spätestens alle 2-3 Monate eine kritische Evaluation der Indikation und ggf. ein kontrollierter Dosisreduktions- oder Absetzversuch unternommen werden sollte. Beim Einsatz von Benzodiazepinen wird eine kritische Überprüfung der Indikation sogar nach Wochenfrist empfohlen.

Diese Empfehlungen beziehen ihr Rational u.a. aus der klinischen Beobachtung, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzpatienten im Verlauf deutlichen Fluktuationen unterliegen und daher eine dauerhafte medikamentöse Behandlung häufig nicht erforderlich ist. Entsprechend kommen Studien, in denen systematisch Absetzversuche von psychotropen Medikamenten (insbesondere Neuroleptika) bei langjährig behandelten Demenzpatienten evaluiert werden, regelmäßig zu dem Ergebnis, dass das Absetzen keineswegs zu dem möglicherweise befürchteten Wiederauftreten oder der Verschlechterung von Verhaltensauffälligkeiten führt (Ray et al., 1993; Thapa et al., 1994). Dagegen konnte in einigen Studien nach dem Absetzen der Medikamente sogar eine Verbesserung des Affekts und des funktioniellen Status beobachtet werden (Thapa et al. 1994).

Unter Berücksichtigung dieser Empfehlungen erschien bei 65,3% der von uns im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Heimbewohner die Dauer der Psychopharmakabehandlung als zu lang. Eine systematische Reevaluation der Therapienotwendigkeit fand in vielen Fällen nicht statt. Dies galt auch für mindestens 10 von 13 der ausführlich analysierten Fälle (vgl. Epikrisen). Es empfiehlt sich

daher, dass bereits bei Aufstellen des Behandlungsplan (vgl. Stufe 7) systematisch geeignete Zeitpunkte festgelegt werden, an denen eine Reevaluation der Psychopharmakagabe durchgeführt wird und auch gezielte Ausschleich- und Absetzversuche vorgenommen werden können. Auf sehr elegante Art und Weise könnte das angesprochene Problem auch im Rahmen der oben beschriebenen elektronischen Verordnungsunterstützung gelöst werden. Diese würde es gestatten, den Nutzer des Systems nach Ablauf einer vorher festgelegten Frist in regelmäßigen Abständen automatisch an die Reevaluation der Therapienotwendigkeit zu erinnern (automatische Alarm bzw. „Alert“-Funktion). Dies würde jedoch selbstverständlich die Implementierung dieses Systems voraussetzen und ist daher für viele Altenpflegeeinrichtungen nur mittelfristig realisierbar.

## 6.2 Ethische Aspekte

Die Gabe von Psychopharmaka bei Bewohnern im Altenpflegeheim beinhaltet vielfältige ethisch relevante Aspekte. Die Diskussion dieser Fragen soll im Folgenden vor dem Hintergrund der Kasuistiken aus unserer Untersuchung geführt werden, um durch konkrete ethische Problemanalysen die interdisziplinäre Grundlage für Handlungsempfehlungen zu erweitern.

Die Verordnung und Verabreichung von Psychopharmaka in einem Altenpflegeheim betreffen zum einen spezifische Handlungsfelder, die für die erforderlichen Entscheidungen und Handlungsabläufe von Bedeutung sind. Es handelt sich um Medizin und Pflege *für alte Menschen*, was besondere professionelle Anforderungen mit sich bringt. Sodann findet ärztliches und pflegerisches Handeln in einem *Pflegeheim* statt, was sich grundlegend von einer ambulanten Behandlung bzw. Betreuung unterscheidet und auch in der Form der Institution andere Strukturen und Prozesse aufweist als ein Krankenhaus. Schließlich ist auch der Gegenstand der Behandlung, nämlich die *Verordnung eines Psychopharmakons* von anderer Qualität als die Gabe anderer Medikamente.

Darüber hinaus ist die Situation durch vielfältige Überschneidungen in den Tätigkeits- und Verantwortungsbereichen der involvierten Gruppen gekennzeichnet: Heimleitung, Pflegende, Hausärzte, Fachärzte, Patienten, Angehörige und gegebenenfalls Betreuer oder Bevollmächtigter müssen *gemeinsam* das Wohl des Heimbewohners im Blick haben. Aus dem jeweiligen Selbstverständnis und den jeweils zugeordneten Aufgaben der Involvierten ergeben sich ethische Anforderungen und Konfliktpotenziale. Die Handlungsfelder und –bedingungen werfen also Fragen zur Pflegeethik, zur Medizinethik, zu Patientenethik, aber auch zu sozialetischen Aspekten auf. Dabei handelt es sich

keineswegs um jeweilige „Sonderethiken“, sondern um die Reflexion moralischer Urteile und moralischen Handelns in ganz spezifischen Kontexten.

Im Rahmen unserer Studie haben wir für die ethischen Fallbesprechungen die in der amerikanischen Bioethik von Thomas Beauchamp und James Childress entwickelten Prinzipien „mittlerer Reichweite“ herangezogen (Beauchamp, Childress, 2001). Diese vier Prinzipien, nämlich

- der Respekt vor der Autonomie des Patienten (respect for autonomy),
- die Fürsorgepflicht (Gutes tun, Wohlwollen, beneficence),
- das Nichtschadensgebot (Schaden vermeiden, non-maleficence)
- und die Gerechtigkeit (justice),

sind zur Begründung moralischer Urteile und Handlungsentscheidungen nicht unumstritten. Sie stellen den Verzicht auf ein philosophisch fundiertes Moralkonzept mit Letztbegründungsanspruch dar. Da es weder das Ziel unserer Studie war, ein eigenständiges Moralbegründungskonzept für die Pflege im Altenheim zu entwickeln, noch bereits vorhandene Ethik-Modelle auf ihre Tauglichkeit in der Altenpflege hin zu überprüfen, haben wir uns bewusst dazu entschieden, die genannten Prinzipien als plausible und anwendbare Richtschnur für die Fülle der auftauchenden Einzelfragen zu nutzen. Im Rahmen unserer Studie musste es das Ziel sein, einen Überblick über die wesentlichen impliziten ethischen Problembereiche beim Einsatz von Psychopharmaka in der Altenpflege zu vermitteln. Dazu ermöglichen Prinzipien „mittlerer Reichweite“ in einem komplexen, interdisziplinären Handlungsfeld eine pragmatische Orientierung und die Ausarbeitung von Empfehlungen zur Bewältigung der Alltagsprobleme. Da sie zweifellos nicht dem Anspruch einer subtilen Ethikanalyse genügen können und in vielen Konfliktfällen in ihrer Begründungsreichweite durchaus begrenzt sind (vgl. dazu z.B. die fundierte Auseinandersetzung zu Modellen einer Pflegeethik von Bobbert, 2002), folgt umso dringender die Empfehlung, ethische Kompetenz für moralische Entscheidungen auch durch entsprechende Fortbildungsangebote in den Institutionen der Altenpflege einzuführen und zu fördern (vgl. z.B. **Handlungsempfehlungen Stufe 7 und Stufe 12, Kapitel 7**). In einem so hochkomplexen und konfliktreichen Handlungsfeld wie der Betreuung von Heimbewohnern in einem Altenpflegeheim ermöglicht erst die kompetente Argumentations- und Begründungsbefähigung eine zufriedenstellende moralische Entscheidungsfindung.

### 6.2.1 Respekt vor der Autonomie

Das Prinzip der Autonomie hat eine Fülle theoretischer Fundierung erfahren. Die folgenden Ausführungen basieren daher nicht nur auf pragmatischen Güterabwägungen zwischen dem Prinzip der

Autonomie und den anderen zu erörternden Prinzipien. Vielmehr liegt unserer Argumentation implizit eine Hierarchisierung zugrunde, bei der die Autonomie den anderen Prinzipien übergeordnet ist. Der Begriff der Autonomie ist zudem eng mit dem Begriff der Menschenwürde und dem Recht auf Freiheit verbunden.

Die Bedeutung der Autonomie hat gerade in der Medizinethik für viele Zusammenhänge umfangreiche Erörterungen und recht kontroverse Stellungnahmen hervorgerufen. Zu den herausragenden Fragestellungen gehört die nach wie vor unaufgelöste Spannung zwischen dem Recht auf Autonomie und dem Gebot zur Fürsorge für den kranken Menschen. Für die Herausforderungen im täglichen Umgang mit den Heimbewohnern stellt dies die Frage nach dem Recht auf Respektierung der Autonomie und den Autonomiebedürfnissen der alten Menschen einerseits und den Fürsorgepflichten der Ärzte und Pflegenden bzw. den Fürsorgebedürfnissen der betroffenen Patienten andererseits.

Versteht man unter „Autonomie“ eine je nach Situation gegebene oder fehlende *rationale Fähigkeit*, so lässt sich die Selbstbestimmung des Patienten, die Ausdruck seiner Autonomie ist, für viele Situationen wie etwa Verwirrtheit, Nichteinwilligungsfähigkeit, aber auch schwere Krankheit und Schwäche in Frage stellen. Auch ein Konzept, wonach Autonomie *erst durch die Fürsorge* für den anderen *konstituiert* wird und folglich die Fürsorge dem Autonomieprinzip vorausgeht, relativiert ein Recht auf Achtung vor der Autonomie erheblich (vgl. u.v.a. Eibach, 1997). Überzeugender und dem Bedürfnis und Recht des Menschen angemessener, sein eigenes Leben als gutes und gelingendes gestalten zu wollen (hier kommen auch Kriterien einer „Strebensethik“ ins Spiel, die individuellen Wertbildern eine hohe Bedeutung beimisst), ist ein Autonomieverständnis, das die Fürsorge nicht als Gegenspieler betrachtet. Jan Beckmann, Philosoph in Hagen, beschreibt sehr eindrücklich die Grundlage ärztlichen Handelns: „Ärztliche Fürsorge ist ihrer Natur nach nicht Kompensation für eingeschränkte oder fehlende Patientenautonomie, sondern ärztliche Antwort auf das Hilfsbegehren des autonomen Patienten, der sich dem Arzt anvertraut.“ (Beckmann, 1998). Dieses Verständnis von Autonomie liegt unseren Überlegungen zugrunde. Autonomie als *Verfasstheit, als Proprium des Menschen*, ist folglich in besonderer Weise die Garantie für den *schwachen* Menschen, dass sein Selbstbestimmungsrecht auch dann, wenn er es persönlich nicht mehr wahrnehmen kann, Ausdruck findet im Respekt vor der ihm eigenen Autonomie (vgl. dazu Peintinger, 2003).

### ***Autonomie und Abhängigkeiten***

Dennoch wäre es eine Illusion und auch Verkennung der Lebenswirklichkeit, wenn man das Recht auf Autonomie verabsolutieren wollte. Selbstverständlich ist der autonome Menschen grundsätzlich niemals

ausschließlich selbstbestimmt. Zusätzlich zur Selbstbestimmtheit auch fremdbestimmt zu sein, ist nicht nur konstitutiv mit dem Menschsein verbunden, sondern in einer Vielzahl alltäglicher Entscheidungs- und Handlungssituationen unbedingt (und selbstbestimmt!) erwünscht.

Zudem ist das Recht auf Autonomie und auf Achtung der Autonomie nur im Verhältnis zum Recht auf Autonomie anderer Menschen zu rechtfertigen. Wenn wir nun das Handlungsfeld unserer Untersuchungen betrachten, so kann für die Pflegenden (wie übrigens auch für die Ärzte) immer wieder der Konflikt aufbrechen, „welche Fragen in den Bereich sehr individueller Wünsche und Vorstellungen fallen, welchen die professionellen Helfer(innen) nicht mehr nachkommen müssen. Außerdem werden sich Pflegende wie auch Mitglieder anderer professioneller Berufsgruppen fragen, welchen Stellenwert denn ihr Fachwissen und ihre berufliche Autonomie haben bzw. ab welchem Punkt sie womöglich nur noch die Erfüllungsgehilfen jedweder Vorstellungen eines Kranken werden.“ (Bobbert, 2002).

Diese Spannungen haben in der Debatte um die Gültigkeit von Patientenvorausverfügungen erhebliche Bedeutung bekommen. An dieser Stelle kann nur auf die dramatische Entscheidungssituation im Falle von Peter Klunk hingewiesen werden, einem sog. „Wachkoma“-Patienten, der zu Zeiten seiner Einwilligungsfähigkeit eine künstliche Sondenernährung zum Lebenserhalt dezidiert abgelehnt hatte, dessen Wille zum Ernährungsabbruch aber auf den erbitterten Widerstand der Pflegenden eines Pflegeheims stieß. Für die weitere Befassung mit möglichen Autonomie-Konflikten in einem Pflegeheim ist es interessant, die Regelungen in den USA zu betrachten, die den Institutionen in einigen Bundesstaaten unter bestimmten Bedingungen das Recht einräumen, Patientenentscheidungen nicht selbst umsetzen, sondern nur für Alternativunterbringung sorgen zu müssen. Vieles deutet darauf hin, dass es auch in Deutschland zu vergleichbaren Vereinbarungen kommen könnte (vgl. das jüngste BGH-Urteil vom 8.Juni 2005 zu dieser Problematik).

Für unsere engere Fragestellung der Psychopharmakamedikation und –einnahme zeigen sich zwei Konfliktkonstellationen, die den Kern der ethischen Problematik treffen und sehr viel Einfühlungsvermögen sowie ethische Entscheidungskompetenz auf Seiten der Pflegenden verlangen:

- Legitime Interessen der Mitbewohner, nicht gravierend im eigenen Wohlbefinden gestört und möglicherweise in der eigenen Würde verletzt zu werden;
- Formen der Verweigerung der Medikamenteneinnahme durch den Patienten selbst.

Beiden Konfliktfeldern ist das Recht der Betroffenen auf autonome Lebensgestaltung gemeinsam, das an der Autonomie und Würde des Mitbewohners seine Grenze findet. Beide berühren aber auch fundamental

das Selbstverständnis der Pflegenden, das einerseits durch das Gebot zur Fürsorglichkeit und zur Verantwortlichkeit für den erkrankten und zerbrechlichen alten Menschen geprägt ist und andererseits ebenso die Notwendigkeit beinhaltet, nicht in der eigenen Autonomie verletzt zu werden. Autonom zu sein ist zwingend damit verbunden, vor dem eigenen Gewissen zu rechtfertigende *Entscheidungen treffen* zu können.

In den beschriebenen Konstellationen liegen die schwierigsten und belastendsten Entscheidungen, wenn es um den Einsatz eines Psychopharmakons geht. Aggressionen, Schreien und Fluchen sowie sexuelle Übergriffe stellen im Alltagsleben eines Altenpflegeheims ein nicht zu vernachlässigendes Problem dar. Die Pflegenden sind in einem solchen Umfeld dem Wohlergehen *aller* Heimbewohner verpflichtet und tragen dafür die Verantwortung. An dieser Stelle beginnt aber bereits die oftmals kontroverse Einschätzung dessen, was im Verhalten eines Heimbewohners störend, was möglicherweise sogar intolerabel ist, und es zeigen sich die individuell recht verschiedenen Grenzen der Belastbarkeit von Pflegenden wie Heimbewohnern.

Das zweite angesprochene Konfliktfeld betrifft alle Formen der Verweigerung einer aus begründeten therapeutischen Überlegungen angeordneten, möglicherweise für das Wohlergehen des Patienten dringend erforderlichen Einnahme eines Psychopharmakons. Auch hier ist der Grat sehr schmal zwischen der gebotenen Fürsorge für den alten Menschen und dem Respekt vor seiner Selbstbestimmtheit. Respekt vor den Entscheidungen eines anderen Menschen erschöpft sich zweifellos nicht im unhinterfragten Umsetzen seiner Wünsche. Die professionelle Kompetenz zur Beurteilung von Krankheitssymptomen, die Einschätzung der Bedürfnisse des Kranken, die Bemühungen darum, ihn in alle Entscheidungen einzubeziehen und ihn – soweit als irgend möglich – auf einen gemeinsamen Weg zur Heilung mit zu nehmen, gehören zu den gleichermaßen grundlegenden wie im Einzelfall durchaus schwierigen Aufgaben von Ärzten wie Pflegenden, um dem prinzipiell *autonomen* Menschen die unabdingbare Fürsorge zukommen zu lassen (vgl. dazu Peintinger, 2003). Um diese Probleme zu bewältigen, reichen einfache Lösungsvorschläge nicht aus. Es bedarf der lebenslangen Auseinandersetzung mit den geforderten ethischen Handlungsbegründungen mit Blick auf einen individuellen Menschen und sein Wertesystem. Um zu einer für alle Beteiligten ethischen Entscheidungskultur zu kommen, die zur Zufriedenheit aller beitragen kann, müssen Konflikte zwischen den geforderten Prinzipien Autonomie und Fürsorge transparent gemacht und diskutiert werden (vgl. dazu **Handlungsempfehlungen auf Stufe 7, Kapitel 7**). Probleme der Medikamentenverweigerung durch den Patienten werden uns im Zusammenhang mit der Pflicht zur Fürsorge noch einmal näher beschäftigen.

Ein genau entgegengesetzter Konflikt berührt ebenfalls die Autonomie der Entscheidungsträger, aber auch die Pflicht zur Fürsorge und das Gebot, nicht schaden zu dürfen. Es betrifft die nicht seltene Forderung des alten Menschen, seine Medikamente entgegen der ärztlichen Indikationsstellung *nicht abzusetzen*: „Alteinrichtungen sind ..... offenbar mehr als andere Einrichtungen mit einem besonderen Problem konfrontiert, nämlich der >gewaltsamen Entziehung< von Medikamenten bzw. deren Vorenthaltung gegen den ausdrücklichen Wunsch und Willen von Patienten. Nicht wenige Patienten seien bei ihrer Übersiedlung in die Einrichtung an bestimmte, oft viele oder allzu viele Medikamente gewöhnt (in einem Beispiel wurden 18 Medikamente erwähnt). Wenn diese Patienten ihre Medikamente weiterhin einforderten, während der Arzt von ihrer Schädlichkeit überzeugt sei, ohne dass es ihm gelinge, auch den Patienten davon zu überzeugen, komme es zur Verweigerung der gewünschten Behandlung – auch dies eine Form von (fürsorglichem) Zwang.“ (von Eicken et al., 1990, S. 69).

Auch hier überschneiden sich Fürsorgepflichten, Aspekte des Nichtschadendürfens, Respekt vor der Selbstbestimmtheit des Patienten und ein legitimer Anspruch auf Respektierung ärztlicher und pflegerischer Autonomie. In unserer Untersuchung fanden wir keine eklatanten Beispiele für eine durchaus gefährliche Häufung von Medikamentenverordnungen (allerdings sehr viele Hinweise auf eine problematische Polypragmasie). Es ist jedoch das Problem aufgetaucht, dass eine Heimbewohnerin auf der Einnahme eines (möglicherweise schädigenden?) Psychopharmakons beharrt, weil sie davon überzeugt ist, dass es ihr gut tut und sie es braucht. Da die Patientin einwilligungsfähig ist, hat sie eindeutig das Recht, eine Behandlung abzulehnen. Sie hat aber nicht das Recht, eine nicht indizierte Behandlung zu verlangen. Dennoch ist die Konstellation des Falles unter ethischen Aspekten komplizierter. Die Patientin ist etwa 90 Jahre alt und in den vergangenen Jahren zumindest nicht zweifelsfrei medizinisch korrekt mit Medikamenten versorgt worden. Jetzt hat bereits der behutsame Absetzversuch des Antidementivums zu Unruhe geführt. Es muss also aus ärztlicher Sicht die schwierige Balance erhalten werden, in der die Patientin sich befindet, um sie nicht massiv zu gefährden. Das von ihr zusätzlich eingeforderte Benzodiazepin-Präparat mag überflüssig sein, es muss aber zumindest erwogen werden, ob das damit verbundene Abhängigkeitsrisiko höher zu veranschlagen ist als der (vermeintliche?) Vorteil für die Patientin, die ihr Wohlbefinden damit verbindet. Sind die mit diesem Medikament verbundenen Gefahren tatsächlich höher einzustufen als das sicherlich labile Gleichgewicht, das sich bei der betroffenen Patientin aufgrund der jahrelangen Gewöhnung an „ihre Medikamente“ eingestellt hat? Wie weit soll oder muss man einen alten Menschen zu „seinem Glück zwingen“? Dies dürfte ein typisches Beispiel dafür sein, dass nicht nur dringend gerontopsychiatrische Kompetenz bezüglich der *pharmakologischen* Besonderheiten einer Psychopharmakaverordnung beim *alten* Menschen zu fordern ist. Darüber hinaus ist in jedem Einzelfall der Austausch von Erfahrungen des Patienten selbst (wenn es

möglich ist) und von Beobachtungen und Erfahrungen der Pflegenden im Gespräch mit den behandelnden Ärzten dringlich. Auch gibt es aus guten Gründen ein rechtlich gesichertes „therapeutisches Privileg“ des Arztes, das individuelle Abwägungen erlaubt und sich nicht nur auf Aufklärungsfragen bezieht, sondern die Therapiefreiheit sichert. Allerdings ist ebenso zu diskutieren, ob nicht gerade die vorhandene Einwilligungsfähigkeit der Patientin einen Gesprächsrahmen eröffnet, um mit ihr gemeinsam in kleinen Schritten und mit behutsamer Motivation den Weg des Ausschleichens aus dem problematischen Medikament zu versuchen. Bezüglich der Zusammenarbeit haben unsere Untersuchungen – nicht zuletzt in den Gesprächen mit den Pflegenden und den Ärzten selbst – unter dem Aspekt des Erfahrungsaustauschs und der grundsätzlichen Kommunikation untereinander erheblichen Nachholbedarf gezeigt (vgl. **Handlungsempfehlungen auf Stufe 4**).

Schließlich soll noch auf das ethisch wie rechtlich recht komplexe Problem der Selbstverwaltung und der eigenständigen Einnahme der Medikamente durch den Patienten eingegangen werden. Zwei der 56 untersuchten Heimbewohner kümmern sich selbständig um die Einnahme der Arzneimittel, jedoch wäre dies bei einigen weiteren Patienten im Rahmen des Möglichen. Hier überschneiden sich wiederum Pflichten des Arztes und der Pflegekräfte.

Die gewünschte und anzustrebende Selbständigkeit, auch die damit bezeugte Eigenverantwortlichkeit des alten Menschen, stellt mit Blick auf die Autonomie einen hohen Wert dar. Es gehört nicht umsonst zu zentralen Aufgaben der Pflege, diese Ressourcen des Heimbewohners zu mobilisieren. Allerdings widerspricht es keineswegs der Autonomie des Betroffenen, wenn ein alter Mensch bewusst – und damit selbstbestimmt – die Bequemlichkeit des Versorgtseins und die Entlastung von lästigen Pflichten vorzieht und die Zuteilung und Überwachung der Medikamenteneinnahme den Pflegenden überlässt. Auch mag sich der eine oder andere prinzipiell einwilligungsfähige Heimbewohner gegen die dringend notwendigen Medikamente wehren, so dass eine tägliche, beständige und geduldige Motivation durch die betreuenden Pflegenden unabdingbar ist. Problematisch ist auch das Verhalten vieler Patienten, Medikamente – nicht nur Bedarfsmedikation – sowohl bezüglich des Zeitpunkts als auch bezüglich der Dosis nach eigenem Gutdünken einzunehmen oder Medikamente „vorsichtshalber“ zu horten, wodurch sie sich u.U. in gesundheits- und lebensgefährdende Situationen bringen. Schließlich kann eine Verweigerungshaltung auch Ausdruck von Autonomiebedürfnissen sein, deren Grundlage der Wunsch ist, in Ruhe gelassen zu werden. Die Vergabe der Psychopharmaka kann daher unter ethischen Aspekten keineswegs nur mit dem juristischen Verweis auf die *fehlende Notwendigkeit der Pflegeleistung* beantwortet werden, wenn der Heimbewohner prinzipiell in der Lage wäre, seine Arzneimittel selbständig zu verwalten, tatsächlich aber tägliche Schwankungen eine behutsame Führung zur Eigenständigkeit bei gleichzeitiger fürsorglicher

Überwachung erforderlich machen. Die in der Gesetzesfassung benannte Einschränkung der „geistigen Leistungsfähigkeit“ reicht keineswegs, um die Compliance zu beurteilen oder in Frage zu stellen. Es kommt also sehr subtil darauf an, dass der Arzt sich Gewissheit verschafft, in welchem Umfang der Patient zur Selbstverwaltung der Medikamente fähig ist und die Pflegenden ebenso subtil die physische und psychische Verfasstheit des Patienten auf diesem Handlungsfeld beobachten, gleichermaßen fördernd und unterstützend (siehe **Handlungsempfehlungen auf Stufe 1, 2 und 3, Kapitel 7**).

Für die Fragestellungen unserer Untersuchung muss weiterhin berücksichtigt werden, dass die betroffenen Menschen zumeist deshalb in einem Altenpflegeheim versorgt werden, weil sie *in besonders hohem Maße* pflegebedürftig sind (vgl. dazu die rechtlichen Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit, wie sie das Sozialgesetzbuch (SGB XI) festschreibt). An dieser Stelle kann nicht näher darauf eingegangen werden, ob der Begriff „Heimbewohner“ (was der Sprachregelung im Altenpflegeheim entspricht) der tatsächlichen Situation überhaupt angemessen ist, oder durch den Begriff „chronisch kranke Pflegebedürftige“ ersetzt werden müsste (Diese Überlegung, die uns im Verlauf unserer Untersuchungen immer wieder beschäftigt hat, verdanke ich insbesondere Herrn Prim. PD Dr. Peter Fasching, Wien). Wir können hier nur darauf hinweisen, wie deutlich mit dieser Frage die besondere Vulnerabilität dieser Menschen erkennbar wird.

Wie wir in unseren Nachfragen zur persönlichen Einschätzung der Lebensqualität erfahren haben, sind auch die Angehörigen nicht selten schon in einem höheren Lebensalter, sind selbst krank und selbst pflegebedürftig. Diese Lebensumstände erschweren den Zugang zur Biografie und zu oftmals ganz wesentlichen Informationen über Lebensentwürfe und Werturteile des betroffenen Heimbewohners. Zudem sind viele Heimbewohner aufgrund der medizinischen und sozialen Bedingungen der Pflegebedürftigkeit unvermeidbar, aber letztlich gegen ihren Willen oder zumindest ungerne und resigniert, im Altenpflegeheim untergebracht. Damit befinden sich diese alten Menschen in einer besonders eklatanten Abhängigkeit, die sie sich nicht selbst gewählt haben: „Für Versorgung, Pflege, medizinische Behandlung, Aktivitäten, Kontakte – kurz in allem, was ihnen ein menschenwürdiges Leben ermöglicht, sind diese Menschen auf die Einrichtung angewiesen, in der sie leben. Eine derart extreme Kumulierung von Abhängigkeiten wird man schwerlich anderswo in unserer Gesellschaft finden.“ (von Eicken et al., 1990)

Derartige Lebensumstände gefährden aber massiv die Möglichkeiten der alten Menschen, ihrer Autonomie Ausdruck zu verleihen und selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Ein nicht seltenes und zugleich typisches Beispiel dieser Problematik zeigt sich in unserer Untersuchung im Falle

einer Heimbewohnerin, die wegen drohender Verwahrlosung durch das Eingreifen ihres Hausarztes in das Pflegeheim aufgenommen wurde und nun bei jedem Besuch nachfragt, wann sie wieder nach Hause gehen könne. Niemand hat sie über die Entscheidungen informiert, die für sie getroffen wurden, und ebenso hat ihr bisher niemand die Wahrheit gesagt, dass sie auf Dauer und damit für ihre verbleibende Lebenszeit im Heim untergebracht sein wird. Hier sind grundlegende ethische Fragen zu thematisieren: Wie bestimmt sich das Wohl des Patienten, und wer bestimmt es? Welche Möglichkeiten zur Selbstbestimmtheit werden der Patientin verweigert, wo verläuft der schmale und hochproblematische Grat zwischen Fürsorglichkeit und Zwang? Wer rechtfertigt die Beschränkungen des Entscheidungs- und Handlungsspielraums der Patientin?

Verschärft wird das Problem schließlich, wenn die betroffenen Patienten nicht mehr einwilligungsfähig, beispielsweise dement, und im Grunde all ihrer Möglichkeiten zur freien Entfaltung ihrer Persönlichkeit beraubt sind: „Das berufliche pflegerische Verhältnis zu Menschen mit Demenz ist von einem krassen Macht- und Statusgefälle geprägt.“ (Schwerdt, 2005, S. 73)

„Autonomie-Konflikte“ werden in Zukunft auf allen Handlungsfeldern der Medizin und der Pflege vermutlich zunehmend häufiger auftreten und weisen über die genannten professionellen Anforderungen hinaus auf die Notwendigkeit des Erwerbs ethischer Kompetenz hin (vgl. beispielsweise die **Handlungsempfehlungen auf den Stufen 7 und 12, Kapitel 7**).

In einer Institution wie einem Altenpflegeheim ist bereits durch die erforderlichen Rücksichtnahmen der Rahmen für die Umsetzung persönlicher Autonomie durch autonome Entscheidungen höchst schwierig. Dennoch wird gerade für den alten Menschen das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben betont und die Forderung an die Gesellschaft und im speziellen an Medizin und Pflege, ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu gewährleisten, findet sich in zahlreichen Stellungnahmen. So hält z.B. das Sozialgesetzbuch XI in § 2 (1) zur sozialen Pflegeversicherung fest: „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.“ Ebenso bringt dies der *Entwurf einer Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* zum Ausdruck, wo es heißt: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch, auch der gesetzlich Betreute, hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.“ (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2005).

Aber auch die aktuelle fachinterne sowie öffentliche Debatte unterstreichen den erforderlichen Respekt vor der Selbstbestimmtheit des alten Menschen (jüngst z.B. Hibbeler im Deutschen Ärzteblatt, 2005). Pflege soll nach eigenem Verständnis die Ressourcen des Pflegebedürftigen mobilisieren und zu seiner Selbstbestimmung und Selbständigkeit beitragen. Allerdings scheinen gerade die Autonomiebedürfnisse alter Menschen besonders schwer zu akzeptieren zu sein. In der Pflege besteht aufgrund des intensiven Beziehungscharakters und der besonderen Zuwendung der Agierenden die Tendenz, die eigenen Handlungsziele und das eigene Verhalten recht unkritisch als selbstbestimmungsfördernd einzuschätzen (vgl. dazu u.a. Bobbert, 2002; Heinemann-Knoch et al. 2005). Die Gruppe der alten Menschen ist jedoch sowohl in körperlicher und gesundheitlicher Hinsicht als auch bezüglich ihrer Lebensvorstellungen, Lebensentwürfe und Wertentscheidungen ebenso heterogen wie andere soziale Gruppen. Die Bemühung um die Balance zwischen dem Respekt vor der Autonomie des alten Menschen und allen anderen zu berücksichtigenden Prinzipien darf diese Tatsache nicht vernachlässigen (vgl. **Handlungsempfehlungen zu Stufe 3, 7, 12, Kapitel 7**).

### *Autonomie und Zwänge*

Zwangsmaßnahmen jeder Art verletzen das Recht des Menschen auf Selbstbestimmtheit, körperliche Integrität und freie Entfaltung der Persönlichkeit. Dennoch gibt es viele Situationen in der Altenpflege, die die Frage aufwerfen, wann Zwang unvermeidbar und ethisch gerechtfertigt und wann er vermeidbar und entsprechend sittlich nicht zu rechtfertigen ist. Auch angesichts derartiger Konflikte sind einfache Lösungen nicht zu erwarten.

Ein erstes Moment der „Unfreiwilligkeit“ (des Zwangs?) besteht bereits für viele alte Menschen in der Unvermeidbarkeit, die eigene Wohnung und die unabhängige Lebensgestaltung aufgeben zu müssen. Viele erleben dies als einen Zwang, der tiefe Depression oder Resignation hervorruft (vgl. Kapitel 5.1). Hier muss sehr behutsam und verantwortungsbewusst versucht werden, die Problematik nicht sofort mit einem Psychopharmakon beheben zu wollen, sondern die vorhandenen alternativen Hilfsangebote auszuschöpfen. Allerdings muss an dieser Stelle auch angemerkt werden, dass Heimbewohner bei unseren Fragen zu ihrer Lebensqualität nicht selten die Betreuung rund um die Uhr, die Sorglosigkeit im alltäglichen Ablauf, die Entlastung von allen organisatorischen Fragen und die regelmäßigen Angebote zur Strukturierung des Alltags und zur Unterhaltung sehr positiv hervorgehoben haben. Die Vielfalt der individuellen Konstitutionen und Verarbeitungsmechanismen der alten Menschen zeigen sich bei allen anstehenden Problemen.

Zu den unvermeidbaren Folgen der Einweisung in ein Pflegeheim gehört oftmals ein Ortswechsel, der den Wechsel des Hausarztes nach sich ziehen muss. Dies reißt den Patienten nicht nur aus der vertrauten Beziehung zu seinem bisherigen Arzt heraus, sondern verlangt von ihm einen erheblichen Vertrauensvorschuss beim Aufbau einer unvermeidbar notwendigen neuen Arzt-Patienten-Beziehung. Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend ist das Pflegeheim verpflichtet, dem Heimbewohner bei der Suche nach einem neuen Arzt behilflich zu sein. Dabei ist die freie Arztwahl unbedingt zu achten. Allerdings gab es zwischen Pflegeheimen und einigen wenigen Ärzten Betreuungsverträge (vgl. die Studie von von Eicken et al., 1999, S. 70) so dass zu klären wäre, wie weit auch heute noch die Freiheit der Wahl im Einzelfall vielfältige Einschränkungen erfährt. Hier verlaufen oftmals kaum bestimmbare Grenzen zwischen unvermeidbaren, prinzipiell auch einvernehmlich zugestandenen Fremdbestimmungen und verdecktem Zwang aufgrund unterlassener Information und Bemühungen. Angesichts der knapp vorhandenen Ressourcen betrifft dies einen sehr problematischen Sektor der Gesundheitsversorgung

Das Bewusstsein, dass wir in unserer Gesellschaft zunehmend mehr alte Menschen betreuen müssen und würdig betreuen wollen, muss aber auch Antrieb sein, neue Modelle auszuprobieren. Dazu empfehlen wir im Rahmen unserer Studie das in anderen Ländern bereits praktizierte Heimarztmodell (**Handlungsempfehlung auf Stufe 5, Kapitel 7**). Damit könnten einige Problem gemildert werden, die das Modell der freien Wahl des Hausarztes mit sich bringt. An der grundsätzlichen Problematik, die von Eicken et al. 1990 beschrieben haben, hat sich nichts geändert: „Es wurde auf die teilweise geringe Neigung der Hausärzte hingewiesen, regelmäßige Hausbesuche in Heimen zu machen, und auf die geringe Frequenz der Besuche, auch darauf, dass der Hausarzt oft nicht einfach und schnell genug zu erreichen sei und dass Hausärzte meist keine spezifischen Erfahrungen mit alterstypischen Erkrankungen hätten.“ (von Eicken et al., 1990, S. 71). Wie zutreffend diese Anmerkungen sind, haben wir nicht nur in unseren Gesprächen mit den Ärzten selbst bestätigt gefunden, sondern es wurde auch durch die Mitteilung deutlich, dass Pflegende manches Mal nur am Telefon ärztliche Anweisungen erhalten können. Dies ist für unsere Fragestellung nach der Medikation von Psychopharmaka in besonderem Maße zu beanstanden.

Die Möglichkeit von kombinierten Modellen (vgl. Kap. 6.1) ist in ethischer Hinsicht ein wichtiger Ansatzpunkt, um der moralischen Verpflichtung nach medizinisch und pflegerisch bestmöglicher Versorgung nachzukommen und dabei zugleich das Recht des Heimbewohners auf freie und selbstbestimmte Wahl seines Arztes zu berücksichtigen. Darüber hinaus kann es Kommunikationsstrukturen verbessern, die für die Erfordernisse von Wohl und Gewährleistung der Freiwilligkeit in der Patientenbehandlung von fundamentaler Alltagsbedeutung sind.

Schließlich muss unter dem Aspekt möglicher Zwänge auch die heimliche Gabe von Medikamenten diskutiert werden. So wird z.B. in einer früheren Studie berichtet: „In etwa der Hälfte der besuchten Heime wurde erklärt, dass Medikamente, deren Einnahme verweigert werde, regelmäßig >unter das Essen gemogelt< würden. Daneben würden insbesondere Psychopharmaka auch als Mittel gegen Erkältungen oder als Herzmittel ausgegeben und dann von den Betroffenen eher akzeptiert. In einer Einrichtung wurde bei grundsätzlicher Zurückhaltung gegenüber Medikamenten ausdrücklich betont, dass auch die heimliche Behandlung nur in absoluten Notfällen vorkomme, während ansonsten beharrliche Behandlungsverweigerungen akzeptiert würden“ (von Eicken et al., 1990, S. 69)

Im Rahmen unserer eigenen Untersuchung lässt sich bei fünf Heimbewohnern nicht mit Sicherheit ausschließen, dass das Psychopharmakon ohne ihr Wissen oder das ihrer Betreuer gegeben wurde. Da es sich um Patienten handelt, deren Medikamente über eine PEG-Sonde zugeführt werden, entspricht dies möglicherweise, im Falle fehlender Information und Einwilligung durch den Patienten bzw. in der Regel durch den Betreuer einer Form von „Zwangsbehandlung“. Mit offenkundigem Zwang durch Gewaltanwendung wurden die Medikamente allerdings in keinem Fall verabreicht, und Einnahmeverweigerungen wurden respektiert.

Ein besonders brisantes Problem ist die Anwendung von Zwang (von fürsorglichem Zwang oder nicht zu rechtfertigendem Zwang?) bei der Anwendung von Fixierungsmaßnahmen. Diese Problematik wird unter dem Aspekt des Nichtschadensgebots angesprochen werden.

Letztlich ist mit der Frage nach Abhängigkeiten und Zwängen, nach Autonomie und Fürsorge auch die offene und kontrovers diskutierte Frage nach der Rolle der Pflegenden gegenüber dem Patienten berührt: Sind die Pflegenden Anwälte des Patienten (d.h. sie vertreten und stärken seine Selbstbestimmtheit), oder sind sie Wächter über seine Gesundheit (d.h. sie überwachen ihn und korrigieren ein Verhalten, das ihnen schädlich erscheint)?

### ***Einwilligungsfähigkeit und Informed Consent***

Die Forderung nach Aufklärung des Patienten durch den behandelnden Arzt und seine Einwilligung in die vorgeschlagene therapeutische Maßnahme nach präziser Information ist ein Grundpfeiler der sittlichen und rechtlichen Rechtfertigung ärztlichen Handelns. Dass dieser Forderung kontinuierlich über einen Behandlungszeitraum hinweg Genüge getan werden muss, betonen unsere Handlungsempfehlungen (vgl. **Handlungsempfehlung auf Stufe 8 und Stufe 13, Kapitel 7**). Die Bewohner eines Altenpflegeheims

stellen dabei eine besonders vulnerable Gruppe dar, da bei ihnen fast in der Regel die Voraussetzungen für eine informierte Einwilligung nicht vorhanden sind:

- Verstehen der Aufklärung
- Freiwilligkeit
- Entscheidungskompetenz
- Einwilligung.

Dennoch ist mit der Forderung nach Aufklärung und informierter Einwilligung *kein rein formales Ziel* verbunden.

Gerade die Verordnung von Psychopharmaka und die damit induzierte Änderung auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns betreffen die zentralen individuellen Merkmale einer Person. Um das Autonomieprinzip als allgemeines Menschenrecht zu wahren, ist vor der Verordnung von Psychopharmaka eine ärztliche Aufklärung unverzichtbar. Um dieses Recht des alten Menschen zu gewährleisten, müssen Bemühungen unternommen werden, ihm nach seinen Möglichkeiten ein Entscheidungsrecht zu sichern. Ist er nachweislich nicht einwilligungsfähig, so muss an seiner Stelle der gesetzliche Betreuer oder Bevollmächtigte informiert einwilligen. Erst dann und nur dann ist eine rechtsgültige Psychopharmaka-Verordnung möglich.

Neben der rechtlichen Komponente ist die Aufklärung ein wesentliches Moment des ethisch begründeten ärztlichen Handelns (**siehe Handlungsempfehlung auf Stufe 8, Kapitel 7**). Sie dient dazu, dem Patienten eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen und eine vertrauensvolle Beziehung zum Arzt aufzubauen, die eine wesentliche Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung ist. Ist die Selbstbestimmtheit des Menschen z.B. durch eine Demenz aufgehoben, muss der Betreuer oder der Bevollmächtigte in die Behandlung mit Psychopharmaka einwilligen. Dies hat zur Voraussetzung, dass genügend biografische Informationen über den Patienten vorhanden sind, um dessen mutmaßlichen Willen zu berücksichtigen. Vorteilhaft wäre daher eine differenzierte biografische Anamnese und - wenn nötig - eine Fremdanamnese, welche unter Beteiligung sämtlicher Berufsgruppen erstellt werden könnte. In einem der von uns diskutierten Fälle wären diese Voraussetzungen alle gegeben gewesen, allerdings wurde es versäumt, den Betreuer über die vorgesehene Psychopharmakabehandlung aufzuklären und seine Einwilligung oder Ablehnung abzuwarten. Wenn die Förderung bzw. der Erhalt der Selbstbestimmtheit als wesentliches Ziel des ärztlichen und pflegerischen Handelns angesehen wird, dann sind gerade die Berücksichtigung des individuellen Lebenswegs und die Kenntnis der Vorlieben und Eigenarten des Patienten wichtig, um Ansätze dafür zu haben, wie sein Selbstwertgefühl und seine Lebensqualität gesteigert werden können. Zudem kann bei Therapieentscheidungen der mutmaßliche

Wille des Patienten besser berücksichtigt werden (vgl. dazu **Handlungsempfehlung auf Stufe 7, Kapitel 7**).

Viele der betroffenen Heimbewohner sind vor allem aufgrund von Demenzerkrankungen unterschiedlicher Genese nicht mehr einwilligungsfähig. Dennoch äußern sie durch Gestik und Mimik in recht differenzierter Weise ihre Freude, ihre Vorlieben, ihre Ängste und ihren Unwillen. Damit zeigen sie aber oftmals auch ihre Einwilligung in eine therapeutische Maßnahme oder ihre (manchmal heftige) Ablehnung. Diese außerordentlich schwer zu interpretierenden Willensäußerungen sind zweifellos eine erhebliche Herausforderung für alle, die um den Patienten herum entscheiden und handeln. Es besteht aber Konsens, dass ein derartiger „natürlicher Wille“ – unabhängig von allen damit verbundenen Interpretationsproblemen – nicht einfach ignoriert werden darf.: „Mit dem Verlust der sprachlichen Fähigkeiten geht der Person mit Demenz auch ihre Autonomie verloren, verstanden im wörtlichen Sinn als die Ausübung der Kompetenz, >für sich zu sprechen<. Im fortgeschrittenen Demenzprozess bleibt der Person die Autonomie des Augenblicks: Ihre aktuellen Gefühle, Wünsche, Sinneseindrücke, Impulse aus der Umgebung, die Begegnung mit anderen Menschen (oder mit Tieren) bleiben in Reichweite.“ (Schwerdt 2005, S. 61). Dies bedeutet, dass gerade bei diesen Menschen besonders verantwortungsbewusst reflektiert werden muss, ob und wann ein „fürsorglicher Zwang“ ethisch zu rechtfertigen ist. Bei derartigen Konflikten überschneiden sich Probleme der Autonomie und der Fürsorglichkeit gravierend mit Problemen des Nichtschadensgebotes. Zwangsmaßnahmen, bei denen das Schadenspotenzial erheblich sein kann, werden unter 6.2.3 näher erörtert.

### 6.2.2 Wohlwollen und Fürsorgepflichten

Das Prinzip der Fürsorge, das auf das *Wohl* des Patienten zielt, gehört zu den traditionsreichsten ethischen Verbindlichkeiten, die der Arztberuf kennt: *salus aegroti suprema lex* (Das Wohl des Patienten ist das oberste Gesetz). Aber auch in der Pflege herrscht das Prinzip der Fürsorglichkeit implizit und explizit vor. Es ist – wie schon erwähnt – zentrales Prinzip von Pflegeethiken, die sich auf die Sorge für den Kranken, auf Hinwendung, enge Beziehung und Empathie stützen. Wie kompliziert daher gerade für die Handelnden in den Heilberufen der Paradigmenwechsel hin zu *voluntas aegroti suprema lex* (Der Wille des Patienten ist das oberste Gesetz) ist, wurde bei der Diskussion des Autonomie-Prinzips bereits angesprochen.

Ganz wichtig ist jedoch zu sehen, dass „Wohl“ nicht erreicht werden kann ohne die Beachtung der individuellen Autonomie. Wohl ist „im Wesentlichen ... ein individueller Begriff, der damit letztlich nur

einer jeweils aktuellen, individuellen Interpretation zugänglich bleibt“ (Peintinger 2003, S. 299). Der Arzt Michael Peintinger macht darüber hinaus darauf aufmerksam, dass das Wohl eines Menschen grundsätzlich einen dynamischen Charakter aufweist, „der sich aus seiner engen Beziehung zu einer sich unter den Gegebenheiten zumeist verändernden Wertehierarchie des Patienten ergibt“ (Peintinger 2003, S. 299). Das Wohl eines Heimbewohners entwickelt sich folglich innerhalb der Verflechtungen zwischen gesundheitlichem Zustand, aktuellem körperlichem Befinden, seelischen Ressourcen und einem unschätzbar wichtigen Beziehungsnetz aus Familie, Freunden und betreuenden Pflegenden.

Um einen Eindruck und auch eine gewisse Einschätzung von diesem so individuell zu fassenden Begriff des „Wohls“ der betroffenen Heimbewohner zu bekommen, haben wir im Rahmen unserer Untersuchung standardisierte Fragen zur Lebensqualität gestellt (Logsdon et al., 1996). Unser Instrumentarium hat die Besonderheiten eines Menschen mit Alzheimer Demenz berücksichtigt, um von möglichst vielen Heimbewohnern Antworten zu erhalten. Wir sind uns aber gerade angesichts der Abhängigkeiten vom augenblicklichen Befinden des Befragten, von den immer wieder auftauchenden Ambivalenzen bei der Antwort und der fehlenden Rückkoppelung an persönliche Eigenschaftsmerkmale der sehr begrenzten Aussagekraft bewusst (vgl. dazu auch die umfangreiche Literatur, u.a. Kruse, Thorgrimsen, Martin-Cook et al).

Betrachtet man nun unsere Fragestellung zur Psychopharmakaverordnung, so ist zunächst festzuhalten, dass die verordneten Medikamente das Ziel haben, die psychische Gesundheit des Patienten wieder herzustellen oder zumindest sein Leiden zu lindern. Sie dienen also dem Wohl des Patienten, und ihr Einsatz ist Teil der ärztlichen und pflegerischen Fürsorge für den kranken Menschen.

Mit dieser Aufgabe der behandelnden Ärzte wie auch der Pflegenden sind zunächst typische berufsethisch relevante Verpflichtungen wie Sorgfaltspflicht und Fortbildungspflicht verbunden. Diese selbstverständlichen Berufspflichten sind keineswegs nur für die Heilberufe verbindliche Grundlagen, aber sie spielen im Zusammenhang unserer Fragestellungen eine besondere Rolle angesichts der möglichen Konsequenzen. Eine ganze Reihe von Empfehlungen bezieht sich daher auf Aufgaben, die in den Bereich ärztlichen oder pflegerischen Handelns fallen und in ethischer Hinsicht der kritischen Überprüfung durch die Handelnden bedürfen. Diese Verpflichtungen und die daraus abzuleitenden Handlungsempfehlungen sind in Kapitel 7 ausführlich erörtert. An dieser Stelle sollen einige ethisch schwierige Probleme angeführt werden.

Während die behandelnden Ärzte im Altenpflegeheim für die Diagnosestellung und die therapeutische Seite verantwortlich sind, obliegt den Pflegekräften die Durchführungspflicht und Durchführungsverantwortlichkeit. Dies erfordert aber präzise Angaben zur Verordnung von Medikamenten, ganz besonders von Psychopharmaka. In unserer Untersuchung war bei Durchsicht der Pflegedokumentationen ersichtlich, dass trotz einer Medikation keine entsprechende psychiatrische Diagnose aufgeführt war (etwa in Epikrise II, III und IV). Für die Pflegekräfte ist also nicht unbedingt nachvollziehbar, weshalb das auszuteilende Medikament angeordnet ist, und was es bewirken soll. Da derartige Beispiele keine Einzelfälle sind, können sich zwangsläufig problematische und ethisch relevante Folgen ergeben. Vor allem aber entstehen in solchen Situationen Dilemmata bezüglich der ethischen Verantwortung der Pflegenden für die Ausführung. Die Pflegekräfte sehen u.U. gerade aufgrund ihrer beständigen Nähe zum Patienten, dass dessen Wohl gefährdet sein könnte. Welche Verpflichtungen haben Pflegenden in derartigen Situationen, wann dürfen sie die Anordnungen des Arztes in Frage stellen? Wie weit geht ihr Recht, möglicherweise problematische Anordnungen kritisch zu diskutieren, wenn ihre Beobachtungen Fragen zum Wohl des Patienten aufwerfen? Wie dürfen sie ihr Erfahrungswissen einbringen? Die Selbstverständlichkeit der Kommunikation und der gemeinsamen Entscheidungsfindung zum Wohl des Patienten ist nicht immer gewährleistet (Kroeger Mappes, 1999). Auch derartige Kommunikationsprobleme, die keine genuin ethischen sind, können ethisch problematische Folgen zeitigen, die bedacht werden müssen.

Aus diesen Konfliktsituationen leiten sich mehrere Handlungsempfehlungen für Handlungsstrategien ab, die der Qualitätssicherung der pharmakologischen Behandlung und der Schadensvermeidung dienen, aber auch der Kommunikation zur Vermeidung von ethischen Dilemmata der weisungsgebundenen Pflegenden. Ein erster Schritt muss in einer Problemoffenlegung von Kommunikationsschwierigkeiten und / oder Schwächen der organisatorischen Abläufe liegen. Das Ziel muss eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den involvierten Berufsgruppen sein. Es muss darauf hingewirkt werden, dass das Pflegepersonal bei der Vergabe von Psychopharmaka durch die behandelnden Ärzte präzise informiert wird, warum bestimmte Präparate angesetzt werden und welche Zielsymptomatik behandelt werden soll (**Handlungsempfehlungen zu Stufen 7, 9 und 14, Kapitel 7**).

Die entscheidende Aufgabe der Pflegenden mit Blick auf das Wohl des Patienten ist im Rahmen unserer Fragestellung die aufmerksame Beobachtung des Kranken. Diese Aufgabe – unter dem Stichwort „problematisches Verhalten“ beobachten, erkennen und richtig einordnen – ist in ethischer Hinsicht unter verschiedenen Aspekten relevant.

Es gehört zu den gravierendsten und in Einzelfällen durchaus auch berechtigten Vorwürfen, dass der Einsatz von Psychopharmaka im Altenpflegeheim in erster Linie der Ruhigstellung „störender“ alter Menschen dienen sollte (Ärzte-Zeitung, 2004; vgl. auch Stelzner et al., 2001). Die Einschätzungen des Heimbewohners durch die Pflegenden können daher gesellschaftliche Werturteile über „krankhaft“, „normal“ oder „störend“ zur Geltung bringen und damit erhebliche therapeutische Konsequenzen auf Seiten der Ärzte auslösen. Eine Voraussetzung zur richtigen Beurteilung und Einordnung des problematischen Verhaltens ist eine gründliche Kenntnis psychopathologischer Störungen, die in entsprechenden Fortbildungen erworben werden kann (siehe **Handlungsempfehlung für Stufe 1, Kapitel 7**; vgl. dazu auch die ausführliche Darstellung in Kap. 6.1.2). Was ist „problematisches Verhalten“? Welche Werturteile der Beobachtenden fließen bei der Beurteilung ein? In diesem Bereich tauchen zweifellos die zentralen Probleme im Zusammenhang mit Psychopharmaka im Altenpflegeheim auf.

Behutsame Beobachtung, Einfühlung und Empathie der Pflegenden können nicht unhinterfragt mit dem Verstehen des Patienten, dem Erkennen seiner Bedürfnisse und der Wahrung seiner Würde gleichgesetzt werden. Die vom behandelnden Arzt festgestellte Indikation ist nicht nur wesentlich abhängig von den Aussagen, d.h. den Beobachtungen der Pflegenden, sondern sie kann auch selbst niemals ganz wertfrei möglich sein. Es wird im Vorfeld darüber entschieden, ob der Patient ein „Störfaktor“ ist, ob er aus Mitleid behandelt werden sollte, ob er auf Druck der Angehörigen ein Psychopharmakon erhalten soll, weil sie mit seinem Verhalten nicht umgehen können, etc. Wo ist die Grenze zwischen der Notwendigkeit, nicht-medikamentöse Möglichkeiten auszuschöpfen und der Notwendigkeit, zur Unterstützung des Patienten ein Arzneimittel einzusetzen?

Problematisches Verhalten kann immer auch als Kommunikationsversuch des Patienten gedeutet werden und sollte daher nur bei eindeutiger Notwendigkeit mit psychopharmakologischen Maßnahmen behandelt werden. Da die Kommunikationsformen gerade bei Patienten mit Demenzen häufig nicht unseren vernunftgeleiteten Mitteilungsmöglichkeiten entsprechen, ist es besonders wichtig, sich die Zeit zu nehmen, zu reflektieren, warum bestimmte Verhaltensauffälligkeiten aufgetreten sind und was hierdurch eventuell mitgeteilt werden soll. Hierbei könnte z.B. ein therapeutisches Verfahren wie das Validationsverfahren nach N. Feil eingesetzt werden. Wenn man davon ausgeht, dass ein bestimmtes Gefühl, z. B. Angst aufgrund nicht rational nachvollziehbarer Ursachen, durch das problematische Verhalten „Unruhe“ ausgedrückt werden kann, ist alleine die ruhige wertschätzende Grundhaltung eine wichtige Voraussetzung um dem Patienten z. B. seine Angst zu nehmen oder zu verringern. Die Wahrnehmung des Patienten sollte nicht als „falsch“ gedeutet werden, sondern es sollte versucht werden,

sie aus seiner Sicht nachzuvollziehen und als Teil seiner Realität zu deuten, sie als *valide* zu betrachten. Auch die Umsetzung eines solchen Programms hat zur Voraussetzung, dass biografische Informationen über den Patienten bekannt sein sollten, denn dies erleichtert bisweilen die Interpretation seiner Äußerungen und verbessert die Interventionsmöglichkeiten. Feil empfiehlt:

1. Frage niemals nach dem warum, sondern nach dem wer, was, wo, wann, wie.
2. Spreche die bevorzugte Sinnesmodalität des Kranken an.
3. Verwende eindeutige, nicht wertende Worte als vertrauensbildende Maßnahme.
4. Halte Blickkontakt, setze eine klare und sanfte Sprache ein.

Die Validation als Kommunikationsstil birgt einige wertvolle Ansätze, die insbesondere in der alltäglichen Pflege ihren praktischen Nutzen haben können. Das Pflegeheim unserer Untersuchung hat mit hervorragendem Erfolg andere Ansätze bereits teilweise in die Pflegepraxis integriert (z.B. das Psychobiografische Pflegemodell nach Böhm). Weitere verhaltensmodifizierende Maßnahmen, die immer auch das Fühlen und Denken beeinflussen und damit zu einer Leidensminimierung beitragen sollen, werden in den entsprechenden gerontopsychiatrischen Abschnitten (Kap. 6.1) diskutiert. Aus ethischer Sicht muss reflektiert werden, dass die Psychopharmakagabe in erster Linie als *unterstützende* Maßnahme zum Wohl des Patienten dienen soll. Aus medizinischer Sicht muss bedacht werden, dass die zu voreilige Vergabe einer Bedarfsmedikation zu einer zunehmenden medikamentösen Fixierung führen und dazu beitragen kann, dass insbesondere durch die Gabe von Benzodiazepinen eine Gewöhnung und Abhängigkeit eintreten kann. Für die Patienten nimmt die Gefahr von Stürzen hierunter deutlich zu. Zudem können sich insbesondere die kognitiven Funktionen bei Patienten mit demenziellen Syndromen verschlechtern. Damit wird zweifellos mehr Schaden als Nutzen hervorgerufen.

Hinzu kommt schließlich noch, dass bei den oftmals hochgradig pflegebedürftigen und multimorbiden Patienten eine Überschneidung einer in gewissem Maße noch möglichen Aktivierungsphase mit einer erforderlich werdenden palliativen Phase entstehen kann. Dies macht dringend die Beobachtung notwendig, um den Punkt einer Rücknahme oder Änderung der Psychopharmakabehandlung zu erkennen. Auch dies erfordert Kommunikationsprozesse zwischen den Disziplinen, nicht zuletzt zwischen den Pflegenden und den behandelnden Ärzten.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die gewünschte und geforderte *Qualitätssicherung* der Pflege in Altenheimenrichtungen. Hier bestehen – wie die ausführliche Literatur zur Altenpflegepraxis zeigt – noch erhebliche Defizite. Für unsere Untersuchungen war es wichtig, die *Lebensqualität* der von der Psychopharmakaverordnung betroffenen Heimbewohner zu erfragen (s.o.). Dies ist grundsätzlich etwas

anderes als die *Betreuungsqualität* einer Einrichtung. Zweifellos beziehen sich viele der zitierten positiven Urteile der von uns Befragten auf die gute *Betreuung* im Altenpflegeheim. Aber es können durchaus Spannungen zwischen professionell motivierten Anforderungen der Pflegenden an die Betreuung und persönlich motivierten Anforderungen aus dem Blick der individuellen Lebensqualität des betroffenen Heimbewohners auftreten. Dies spiegelt sich in normativen Festlegungen von Fürsorgepflichten und Autonomie wider. Es gilt jedoch, keinen der Aspekte aus den Augen zu verlieren. Ein Wertediskurs muss unverzichtbar in den Einrichtungen wie auch mit den behandelnden Ärzten, den Angehörigen und Betreuern geführt werden. Dies ist zweifellos ebenfalls ein Desiderat für verstärkte interdisziplinäre Arbeit.

### ***Dokumentationspflichten***

Zu den Pflichten des Altenpflegeheims gehört die Dokumentation der Pflegeleistungen. Ebenso ist auch der Arzt verpflichtet, Diagnose und Therapie präzise zu dokumentieren. Dies sollte in Form eines schriftlich niedergelegten Behandlungsplanes erfolgen, der auch mit dem Patienten (bzw. seinem Betreuer) besprochen werden muss (**siehe Handlungsempfehlung Stufe 7 und Stufe 8**).

Präzise Dokumentation erleichtert zweifellos das Zusammenarbeiten, hilft Fehler zu vermeiden und dient damit dem Wohl des Patienten. Auch die Psychopharmakaversorgung kann durch eine Optimierung der Dokumentation relativ leicht verbessert werden. Aus ethischer Sicht hat diese Optimierung der Medikation ihre rationale Grundlage darin, das Bestmögliche für den Patienten erreichen zu wollen und Schaden von ihm abzuwenden. Natürlich sind für eine verbesserte Dokumentation verschiedene Voraussetzungen nötig. In erster Linie sollte den Mitarbeitern durch die Leitungsebene des Pflegeheims die Möglichkeit geboten werden, Fortbildungsmaßnahmen zu besuchen, um den Anforderungen einer qualitativ hochwertigen und effizienten Patientenversorgung gerecht zu werden. Diese zusätzlichen Qualifikationen würden eine erhöhte Sicherheit im Umgang mit Psychopharmaka und der Anwendung nicht pharmakologischer Maßnahmen zur Behandlung von problematischen Verhaltensweisen bewirken. Es soll jedoch nicht der Eindruck erweckt werden, dass nur im Pflegebereich Optimierungsmöglichkeiten bestehen. Auch für den ärztlichen Verantwortungsbereich gibt es im Rahmen der Dokumentation deutliche Verbesserungsmöglichkeiten.

Allerdings ist gerade der Bereich der Dokumentation auch kritisch zu hinterfragen, was an dieser Stelle allerdings nur kurz angesprochen werden kann. In jüngster Zeit mehren sich die Stimmen, die vor einer ausufernden Bürokratisierung der Altenpflege warnen. Ähnlich wie im ärztlichen Alltag droht die Papierflut die Hinwendung zum Patienten erheblich zu beeinträchtigen. Angesichts der hohen

Anforderungen an eine gute Pflege, die gleichermaßen auf karitativer Hingabe, auf Erfahrungswissen im Umgang mit dem alten Menschen und auf professionellem Pflegewissen beruhen soll, dürfen die Pflegekräfte nicht mit einer Bürokratie überhäuft werden, die zwar gesetzlichen Anforderungen genügt, dabei aber den zu betreuenden Menschen zwangsläufig aus dem Auge zu verlieren droht. Dies ist sowohl unter Fürsorgeaspekten als auch unter den später zu besprechenden Fragen einer gerechten Ressourcenverteilung zu diskutieren. Handlungsempfehlungen zur Dokumentation müssen daher unbedingt darauf achten, dass die Anforderungen an die Pflege nicht pervertiert werden. Daher sind dringend standardisierte Vorgaben zu entwickeln oder aus bewährten Modellen zu übernehmen (vgl. **Handlungsempfehlungen auf Stufe 2, Kapitel 7**; vgl. auch die Vorschläge in Kapitel 6.1).

### 6.2.3 Nichtschadensgebot

Während Fürsorgepflichten durchaus Abwägungen verlangen und auch zulassen können (z.B. im Vergleich zu Autonomiebedürfnissen des Patienten oder angesichts der physischen und psychischen Belastbarkeitsgrenzen der Pflegenden), gilt das Nichtschadensgebot kategorisch. Es gehört zu den grundlegenden Berufspflichten wie berufsspezifischen Selbstverpflichtungen der Ärzte und der Pflegenden, dass dem Patienten nie geschadet werden darf bzw. dass unvermeidbarer Schaden einem höheren Nutzen dienen muss (z.B. bei einer notwendigen lebensrettenden Amputation). Auch dies beruht auf dem alten Prinzip des „*nil nocere*“ – nicht schaden. Im Rahmen unserer Untersuchung sind auf mehreren Ebenen Entscheidungen und Handlungen auf ihr mögliches Schadenspotenzial hin zu überprüfen.

Zunächst ist auf der Ebene ärztlichen Handelns die erforderliche medizinische Kompetenz bei der Psychopharmakaverordnung an den alten Menschen unabdingbar. Die Gabe eines Psychopharmakons zielt auf eine Änderung der psychischen Verfassung des Patienten und induziert eine Veränderung auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns. Damit greift das Medikament in die zentralen individuellen Merkmale einer Person ein. Psychopharmaka stehen nicht grundlos im Verdacht, „moderne Fixierungsmaßnahmen“ zu sein, die auf Einschränkung der „inneren Bewegungsfreiheit“ hinzielen (von Eicken et al., 1990). Fehler bei der Indikation und / oder der Dosierung sowie unkontrollierte Medikamentengabe gefährden – wie bereits in der Diskussion der gerontopsychiatrischen Aspekte ausführlich dargestellt (Kapitel 6.1) – durch gravierende mögliche Nebenwirkungen den betroffenen Patienten hochgradig. Die Möglichkeit der zentralen Beeinflussbarkeit der Psyche des Patienten zwingt zu besonders gewissenhafter Kontrolle der Therapie. Der gewünschte, wohltuende und dem Patienten dienende Effekt muss – dies entspricht dem ärztlichen Standard – regelmäßig überprüft werden.

Diese erforderlichen Sorgfaltspflichten gehören zu den eher trivialen Selbstverständlichkeiten eines ärztlichen Berufsethos. Ein Konfliktpotenzial enthält diese Forderung nicht. In ethischer Hinsicht kommt jedoch neben einem direkten Schaden durch den indirekten Schaden einer erheblichen Verschlechterung der Lebensqualität und damit einer ernst zu nehmenden Einschränkung des Altersdaseins ein Aspekt hinzu, der die ganze Debatte um die Betreuung alter Menschen kennzeichnet: Mängel in der Versorgung der Patienten in Einrichtungen der Altenpflege – und das gilt natürlich insbesondere für Pflegeheime – sind ein Indiz dafür, dass alten Menschen nicht die erforderliche Aufmerksamkeit geschenkt wird. Nachlässigkeit in der Therapieplangestaltung und Verordnungspraxis, lückenhafte Kenntnisse und problematische kommunikative Defizite haben implizit eine Vernachlässigung der betroffenen alten Menschen zur Folge. Das ethische Problem liegt also in der Gefahr, dass Güterabwägungen im medizinischen Alltagsgeschehen bewusst oder unbewusst zulasten alter Menschen gehen.

Strukturelle, organisatorische und kommunikative Probleme innerhalb der Gruppe der behandelnden Ärzte stellen ebenfalls ein Schädigungspotenzial für die Menschen im Heim dar. In unserer Untersuchung fielen uns zwei problematische Abläufe auf. Bei einer Heimbewohnerin liegt eine deutlich depressive Verstimmung vor ohne eine adäquate Therapie mit einem Antidepressivum. Ebenso wenig findet eine entsprechende Psychotherapie der Depression statt, und die behandelnden Ärzte haben zu keinem Zeitpunkt ein gemeinsames Therapiekonzept diskutiert. Im Falle eines Heimbewohners liegen schwerwiegende körperliche Einschränkungen vor, die seine Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Zudem ist er in seiner Persönlichkeitsstruktur sicher ein eher schwieriger Mensch. Diese Problematik könnte stärkere Aufmerksamkeit für Angebote an den Patienten erforderlich machen, die seine Lebensqualität verbessern könnten. Dazu müsste ein interdisziplinär ausgearbeiteter Behandlungsplan entwickelt werden. Mangelnde Zusammenarbeit und höchst seltener Informationsaustausch zwischen den Ärzten schädigen zwangsläufig die jeweils betroffenen Patienten. Insbesondere die behandelnden Hausärzte haben diesen Zustand auch beklagt. Sie müssen diese Probleme aber dringend unter dem *Aspekt des Schadens* für den Patienten reflektieren und nach Lösungen suchen. Da eine interdisziplinäre Zusammenarbeit die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich steigert, sollte im ersten Schritt nach Wegen gesucht werden, diese Kommunikationsdefizite zu beheben. Hier bieten sich zum Beispiel interdisziplinäre Visitermine mit einer anschließenden kurzen Besprechung in Anwesenheit der behandelnden Pflegekräfte und Betreuer an (**Handlungsempfehlung auf Stufe 4 und 5, Kapitel 7**). Im Rahmen unserer Studie lässt sich feststellen, dass das Pflegeheim bereits eine verbesserte Dokumentation für den Bereich der Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten eingeführt hat. Es ist nun

möglich, dass der behandelnde Arzt für seinen Kollegen eine Nachricht hinterlässt. Inwieweit diese Kommunikationsform die bisherigen Defizite beheben kann, wird sich in Zukunft erweisen.

Ein anderes spezifisches Problem bei der Verordnung von Psychopharmaka stellt sich für die Medikation von Antidementiva bei dementen Patienten. Derzeit wird noch darüber gestritten, ob die Behandlung der kognitiven Störungen dem Wohlbefinden des Patienten dient. Um hierzu verbindliche Aussagen machen zu können, dürften weitere Studien dringlich erforderlich sein. Aktuelle Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Antidementivum nicht – wie gelegentlich angenommen – das Leiden des Patienten nur hinauszieht und seine psychische Situation verschlechtern kann, wenn er seine kognitiven Schwierigkeiten stärker wahrnehmen kann. Vielmehr können neben der Verbesserung der kognitiven Beeinträchtigungen auch die Verhaltensveränderungen positiv beeinflusst werden. Dass Patienten mit einer Demenz im Allgemeinen keine antidementive Medikation erhalten, entspricht jedenfalls nicht dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnis. In mehreren Cochrane Metanalysen wurden verschiedene Antidementiva empfohlen (Olin et al., 2002; Birks et al., 2000). Es stellt sich also die Frage, inwieweit auch die behandelnden Ärzte ihre eher ablehnende Haltung gegenüber einer modernen antidementiven Psychopharmakabehandlung eventuell durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen zum Wohl der Patienten überwinden können. In ethischer Hinsicht ist jedenfalls ein bedeutsamer (und auch durchaus brisanter) Diskussionspunkt berührt, denn die offenen Fragen weisen auf die Schwierigkeit hin, dass auch ein Mangel an Forschung an dementen Patienten durchaus eine Schädigung darstellen kann. Dies darf die erforderlichen Schutzmechanismen für Demente nicht herabsetzen, sollte aber zu verstärkten Bemühungen führen, die Leiden, die mit der Demenz verbunden sind, zu lindern und die Bedeutung der Kognition für die Lebensqualität nicht zu negieren und zu vernachlässigen.

Die oftmals viele Jahre andauernde Versorgung eines Heimbewohners führt in nicht seltenen Fällen dazu, dass auch die Psychopharmakaverordnung unhinterfragt über Jahre hinweg weitergeführt wird. Der Einsatz psychopharmakologischer Maßnahmen ist zwar in der Regel aufgrund der Reversibilität der Wirkung durch Absetzen des Arzneimittels ethisch weniger problematisch als ein irreversibler Eingriff in die Psyche des Patienten. Die Dauermedikation kann jedoch – neben möglicherweise ernststen Nebenwirkungen – zu schwerwiegenden Gewöhnungs- und Suchterscheinungen führen. Daher kommt Dosisreduktions- und Absetzversuchen bei Psychopharmaka eine noch größere Bedeutung zu als bei anderen Medikamenten. Ebenso haben auch unsere Untersuchungen die Notwendigkeit bestätigt, dass im Bereich eines Altenpflegeheims eine grundsätzliche Reduzierung des Einsatzes von Psychopharmaka regelmäßig geprüft werden sollte (vgl. dazu Hach et al., 2004).

Schließlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass auch bei der Psychopharmakotherapie generell ein gewisser Prozentsatz der Patienten als medikamentös unterversorgt einzustufen ist. Neben den bereits erwähnten Demenz-Patienten sind es vor allem Patienten mit depressiven Syndromen, die teilweise nicht ausreichend antidepressiv behandelt werden. Auch in unserer Untersuchung sind wir auf dieses Problem gestoßen. In ethischer Hinsicht ist dies deshalb besonders problematisch, weil Studien den Verdacht nahe legen, dass diese Heimbewohner durch ihr stilles Verhalten nicht „stören“ und sich unproblematisch in den Heimalltag einfügen, so dass ihre persönliche Problematik nicht wahrgenommen wird (vgl. dazu Avorn und Gurwitz, 1995; Stelzner et al., 2005, S. 310). Diese Form der Vernachlässigung stellt zweifellos eine unmittelbare Schädigung der Patienten dar.

Wie jüngste Studien zeigen, ist die Anwendung von mechanischen Fixierungsmaßnahmen in der Gerontopsychiatrie ein heftig diskutiertes Problem (vgl. u.a. Bredthauer, 2005; Hamers und Huizing 2005). Da mit Fixierung – neben der unter dem Aspekt der Autonomie bereits erwähnten Verletzung des Selbstbestimmungsrechts, der körperlichen Integrität und freien Entfaltung der Persönlichkeit – auch schwerwiegende Gefahren für den Patienten verbunden sind, droht gerade im Zusammenhang mit der Psychopharmakagabe die Gefahr, das Nichtsschadensgebots zu verletzen. Vor allem Patienten mit hochgradigen kognitiven Einschränkungen werden zu einem nicht unwesentlichen Prozentsatz Fixierungsmaßnahmen ausgesetzt. Seit längerem muss der Wert derartiger, sicher häufig zum Schutz des Patienten gedachten und auch richterlich genehmigten Maßnahmen bezweifelt werden (vgl. u.a. Bredthauer 2005; Hamers und Huizing 2005). Häufige Stürze, Dekubitus, verstärkte Aggressionen und Depressionen der Betroffenen weisen auf die erhebliche Gefahr einer Schädigung hin. Das kategorische Nichtschadensgebot fordert bei dieser Problematik dringend eine kritische Überprüfung der Alltagspraxis, ein kritischeres Abwägen von Nutzen und Schaden und auch ein ethisches Reflektieren der tangierten Werte wie Selbstbestimmungsrecht und körperliche Integrität.

Zur Diskussion des Nichtschadensgebotes gehört aber auch die kritische Betrachtung der *übergeordneten Ebene der strukturellen Bedingungen*, unter denen alle an der Betreuung des alten Menschen Beteiligten arbeiten müssen, was zum Problembereich der Gerechtigkeit überleitet.

#### **6.2.4 Aspekte der Gerechtigkeit**

Aspekte einer gerechten Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen stellen unter den heutigen Bedingungen knapper Ressourcen ein ethisch nicht zu vernachlässigendes und oftmals brisantes Problem

dar. Üblicherweise unterscheidet man in Anlehnung an den Bioethiker H. Tristram Engelhardt vier Ebenen, auf denen Allokationsentscheidungen getroffen werden:

- Makroallokation I: Entscheidung über den Anteil der wirtschaftlichen Leistungskraft für das Gesundheitswesen (z.B. Gesundheitsversorgung vs. Bildung, Verteidigung, Kultur etc.)
- Makroallokation II: Verteilung des festgelegten Anteils auf verschiedene Oberziele (z.B. Prävention, kurative Medizin, Hochleistungsmedizin, Forschung, Rehabilitation)
- Mikroallokation I: Prinzipien, nach denen Ressourcen an Patienten verteilt werden (Therapierichtlinien, Kriterien für Wartelisten, Verteilungsentscheidungen für spezielle Patientengruppen etwa nach Alter oder Krankheitsarten)
- Mikroallokation II: Konkrete Zuteilung von Ressourcen durch den Arzt an identifizierbare Patienten

Im Rahmen unserer Thematik sind alle Ebenen berührt. Welcher Anteil der Mittel des Gesundheitswesens kommt der Altersmedizin, welcher der Altenheimpflege zugute? Hinzukommt, dass sowohl die Medikamentenverordnung als auch die Pflegeleistungen nach den Vorgaben des SGB XI dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen müssen (vgl. Kap. 6.3, § 29 Abs. 1 SGB XI und § 12 Abs.1 SGB V), was oftmals ethisch schwierige Abwägungen und Entscheidungen nach sich ziehen kann.

Dabei sind Gefahren für die Diskriminierung alter Menschen nicht von der Hand zu weisen. Mit Blick auf unsere Untersuchung ist erkennbar, dass grundsätzlich der Einsatz *ärztlicher Leistungen im Pflegeheim* nicht adäquat honoriert wird, was die Hausärzte einerseits zurecht sehr nachdrücklich kritisieren, was andererseits jedoch darüber hinaus nachweislich zu einer unbefriedigenden ärztlichen Versorgung alter Heimbewohner führt. Ebenso problematisch ist die Versorgung mit bestimmten Medikamenten. Gelegentlich haben betreuende Ärzte den Verzicht auf indizierte Antidementiva mit dem Kostenfaktor begründet.

Zudem wird die Verordnung grundsätzlich vielfach in Frage gestellt. Dabei spielen Gerechtigkeitsfragen und drohende Diskriminierung durchaus eine Rolle. Lebenserhaltende Maßnahmen führen bei einem alten Menschen im Durchschnitt zu weniger gewonnenen Lebensjahren als bei einem jüngeren Menschen. Zudem ist der Gewinn an Lebensjahren bei einem alten Menschen oftmals mit weniger Gewinn in guter Lebensqualität verbunden als dies bei dem gleichen Mitteleinsatz für einen jüngeren Menschen zu erwarten ist. Dies hängt nicht zuletzt mit den häufigen Begleiterkrankungen alter Menschen zusammen. Umso gravierender stellt sich das Problem einer inadäquaten Medikation von Psychopharmaka dar. Falsche Medikamentenverordnung ist zweifellos eine Vergeudung von Mitteln, die Kosten verursachen und zudem an anderer Stelle fehlen. Darüber hinaus führen alle möglichen Folgeschäden einer

inadäquaten Therapie, wie etwa Stürze, zu weiteren Kosten. Dabei könnten nicht nur die finanziellen Kosten vermieden werden, sondern auch der durch schädliche Nebenwirkungen erforderliche pflegerische Mehraufwand ist ein erheblicher Kostenfaktor. Gerade angesichts der schwierigen personellen Situation in der Pflege stellen die verfügbaren Pflegekräfte eine äußerst wichtige Ressource in unserem Gesundheitswesen dar, das bedrückend von Knappheit gekennzeichnet ist. Auch die prinzipiell sicherlich wünschenswerte Eigenverwaltung der angeordneten Medikamente kann mit problematischem Verschleudern von Ressourcen einhergehen, wenn die Sicherheit und Regelmäßigkeit der Einnahme nicht zweifelsfrei gewährleistet ist

Sozialethische Aspekte – die notwendige Erweiterung der Gerechtigkeitsfragen

Die Pflegeethikerin Ruth Schwerdt hat kürzlich sehr eindringlich eine Verbesserung der Versorgung von dementen Menschen mit Alzheimer Krankheit eingefordert. Was sie zu den gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen schreibt, gilt uneingeschränkt auch für die Versorgung der Menschen in einem Altenpflegeheim: „Die Rahmenbedingungen und die Zuteilung der Ressourcen zur Erfüllung der gesellschaftlichen Aufgabe der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz bei Alzheimer Krankheit sind abhängig von verbreiteten Werthaltungen. Die Stigmatisierung von Betroffenen und ihren Angehörigen, das nachhaltig schlechte Image der Pflegeeinrichtungen, der geringe Status der beruflichen Pflege der Betroffenen und das verbreitete Misstrauen gegen die Pflegenden könnte auf einer Abwehr tief liegender Angst davor beruhen, dass ein zentrales Prinzip der Industriegesellschaft, die Rationalität, durch die Dementen bei Alzheimer Krankheit gefährdet wird.“ (Schwerdt, 2005, S. 74). Damit ist zugleich die nicht zu vermeidende Forderung nach finanziellen Mitteln, nach Ressourcenzuteilung, das heißt aber auch an Pflegepersonal, für den Bereich der Altenpflege angesprochen. Die notwendigen Strukturstandards als Mindestanforderungen an die Versorgungsqualität müssen ebenso gesichert sein wie die Prozessstandards, die der Verbesserung der Arbeitsabläufe und der Sicherstellung von Entscheidungsprozessen dienen.

Institutionen sind grundsätzlich dazu verpflichtet, Strukturstandards und eine Optimierung der Prozessabläufe anzustreben und regelmäßig zu hinterfragen bzw. zu kontrollieren. Die schon angesprochene möglicherweise zusätzliche Bürokratisierung und Technokratisierung der Abläufe könnte allerdings mit einer höchst problematischen Reduzierung der eigentlichen Pflgetätigkeit verbunden sein, die ganz und gar kontraproduktiv wäre. Wie schon unter dem Aspekt der Patientenautonomie dargelegt, geraten die Pflegenden nicht zuletzt aufgrund des Zeitdrucks immer wieder in Solidaritätskonflikte angesichts ihrer Verpflichtung für das Wohl aller Mitbewohner Sorge tragen zu müssen.

Die Forderung an die Heimleitungen nach Fortbildungsangeboten berührt ebenfalls das Problem der gerechten Mittelverteilung. Dies gilt gleichermaßen für ärztliche wie für pflegerische Fortbildung im Bereich gerontopsychiatrischen Wissens als auch für die Erlangung moralischer Kompetenzen in der Versorgung einer besonders vulnerablen Patientengruppe. Ruth Schwerdt hat auf die Defizite hingewiesen: „Qualität der Pflege von Menschen mit Demenz wird zwar durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen und die Heimaufsicht überprüft, und Qualitätsmanagement wird von den Pflegeeinrichtungen gesetzlich gefordert (PQsG). Es liegen jedoch recht verschiedene, z.T. widersprüchliche Vorstellungen von einer guten Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz bei Alzheimer Krankheit vor.“ (Schwerdt, 2005, S. 60) Zudem mahnt sie dringend eine bessere Qualifikation der Pflegenden im Rahmen der erst seit 2003 bundesgesetzlich geregelten Altenpflegeausbildung an. Erst die Verbindung von klinischer und moralischer Kompetenz aller in die Betreuung eingebundenen Heilberufe kann eine Versorgung zum Wohl der Betroffenen gewährleisten und ist „auch in der effizienten Nutzung der begrenzt vorhandenen zeitlichen, personellen, institutionellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen“ *ein Gebot der Gerechtigkeit* (Schwerdt, 2005, S. 63). Im Rahmen unserer Untersuchung bedeutet dies, dass Heimleitungen auch dafür Sorge tragen müssen, für diesen Sektor der Patientenversorgung durch Erhöhung der Kompetenzen ihres Personals Ressourcen sinnvoll einzusetzen und Vergeudung zu vermeiden. Dass dies im Augenblick noch ein dringendes Desiderat ist, zeigen die jüngsten Zahlen, wonach es

- in jedem zweiten Heim keine individuellen Pflegeziele gibt,
- ein Pflegekonzept, wenn es existiert, in 42% der Fälle nicht umgesetzt wird,
- in jedem dritten Haus keine fachgerechte Planung der Pflegeprozesse stattfindet
- und die Bedarfsmedikation inhaltlich nicht festgelegt ist. (Meißner, 2004)

In unserer Untersuchung haben sich aber auch Probleme gezeigt, die ohne eine deutliche Verbesserung auf der gesellschaftlich-politischen Ebene nicht zu lösen sind. Forderungen, wie sie in allen **Handlungsempfehlungen 3.Ordnung (vgl. Kapitel 7)** zum Ausdruck kommen, weisen auf die Dringlichkeit hin, der Altenpflege erheblich mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung zu geben. So beklagt Ruth Schwerdt u.a. zurecht: „Die Ignoranz der hohen Anforderungen an die Pflege dieser vulnerablen Klientel zeigt sich auch in kommunalen Strategien, Langzeitarbeitslose unvorbereitet in dieses Arbeitsfeld zu schieben, und in politischen Initiativen, die Fachquote zu senken.“ (Schwerdt, 2005, S. 74). Die geforderten Verbesserungen können nicht ganz und gar ohne finanzielle Unterstützung, und das heißt vor allem Aufstockung des Personalschlüssels, umzusetzen sein. Diese Problematik ist auch für die Psychopharmakotherapie belegt. Stelzner et al. berichten, dass sie im Rahmen ihrer vergleichenden Studie in dem Heim mit dem geringsten Schlüssel an examiniertem Personal und noch vorhandenen

Vierbett-Zimmern einen 1,5fach höheren Verbrauch an Psychopharmaka fanden (vgl. dazu Stelzner et al., 2005, S. 311).

Die Pflegenden selbst haben die Problematik immer wieder unmissverständlich zum Ausdruck gebracht: „Dieses zentrale gesellschaftspolitische Thema ist bisher von allen Parteien weitgehend ignoriert worden; das Lob mancher Abgeordneter vom >wir wissen welche aufopferungsvolle Arbeit< in Pflegeheimen geleistet wird, wirkt angesichts der – politisch zu verantwortenden – Zustände wie Hohn und Spott. ... Politiker und Gesellschaft müssen offensiv und selbstbewusst mit dem Pflegealltag schonungslos konfrontiert werden. Die Diskussion über die angebliche Nichtfinanzierbarkeit von menschenwürdiger Pflege muss direkt vor Ort auf der Pflegestation stattfinden.“ (Fussek, 2000). Die Zahlen aus der Ärzte Zeitung vom 15. April 2004 (Meißner, 2004) belegen den katastrophalen Notstand: Nur jede fünfte Mitarbeiterin im Pflegeheim ist eine ausgebildete Altenpflegerin, zehn Prozent der Beschäftigten haben eine Krankenpflegeausbildung, alle anderen Mitarbeiter sind berufsfremde oder ungelernete Kräfte.

Unter dem Begriff des „Ageism“ wird in der Medizinethik eine explizite und häufig auch versteckte Missachtung und Vernachlässigung alter Menschen diskutiert. Diese Formen der Diskriminierung machen sich in erster Linie an Fragen der Gerechtigkeit fest. Gesundheitsversorgung im Alter steht tatsächlich im Brennpunkt „zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang“ (vgl. die grundlegenden Darstellungen bei Marckmann, 2003). Das Fazit eines Beitrags in der Ärzte Zeitung lautet denn auch: „Moderne Pflegekonzepte gibt es kaum, ganz zu schweigen von einheitlichen Qualitätsstandards. Würden die aber erst einmal eingeführt, würden die Kosten in die Höhe schnellen. Ein Teufelskreis, der wieder einmal die Frage der Finanzierbarkeit von Pflege und Pflegeversicherung aufwirft.“

Beide Aspekte – der ethische wie der ökonomische – müssen daher transparent gemacht und öffentlich diskutiert werden. Die Handlungsempfehlungen, die sich aus unseren Untersuchungen ableiten, zeigen aber Wege auf, wie die vorhandenen Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden könnten.

### **6.2.5 Das Klinische Ethik-Komitee: Versuch eines Lösungsansatzes aus ethischer Sicht**

Unsere Untersuchungen haben sehr deutlich gemacht, dass zumeist weniger einzelne Unzulänglichkeiten als vielmehr vor allem Defizite der internen Kommunikation und Organisation zu problematischen Psychopharmakaverordnungen und in der Folge zu vielfältigen ethischen Problemen führen. Dabei trat

auch das grundsätzliche Dilemma zutage, dass es für ethisch schwierige und belastende Situationen keinen ausreichenden Raum zur Diskussion gibt.

Aber auch wenn Unsicherheiten bezüglich einer weiteren Behandlung auftauchen, sollte die Möglichkeit bestehen, zu einer gemeinsam getragenen Klärung und Entscheidung zu kommen. Ein Modell, das dafür einen wertvollen Beitrag leisten könnte, stellt ein *Ethik-Komitee* im Altenpflegeheim dar.

Die Einrichtung eines sog. Klinischen Ethik-Komitees ist in den Krankenhäusern vieler Länder mit Erfolg durchgeführt worden. In den USA wurden auf Empfehlung der Catholic Hospital Organisation bereits 1949 erste Gremien zur klinischen Ethik-Beratung gegründet. In Deutschland ist diese Institution noch sehr jung, aber die Möglichkeiten der modernen, teilweise hochtechnologischen Medizin und der Wertpluralismus unserer Gesellschaft haben in unserem Land dazu geführt, dass sich die konfessionellen Krankenanstalten vor einigen Jahren dazu verpflichtet haben, ein derartiges Ethik-Komitee zu etablieren. Das Ziel ist – nach der gemeinsamen *Empfehlung der Evangelischen und Katholischen Krankenhausverbände* – ethische Konflikte zu erkennen, bewusst anzugehen und „nach bestem Wissen und Gewissen im gemeinsamen Diskurs die relativ beste Lösung zu finden“ (zit. nach May, 2004). Nach und nach entstehen auch in nicht-konfessionellen Krankenhäusern und Universitätskliniken derartige Komitees. Es kommt aber zweifellos hinzu, dass zum Begriff einer „klinischen Einrichtung“ auch Mischformen wie Altenpflegeheime, ambulante Altenpflegeeinrichtungen und Tagesheime gehören (Moreno, 1999). Für diese Betreuungsformen alter Menschen sind in Deutschland noch nirgendwo institutionalisierte Ethik-Komitees vorhanden.

Ethik-Komitees haben die Aufgabe, in der Praxis auftauchende moralische Fragen zu diskutieren und beratend tätig zu werden. Ihre Arbeit konzentriert sich innerhalb eines bestimmten institutionellen Rahmens auf die Weiterbildung in medizinischer Ethik, auf die Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen, die die moralische Integrität der Institution gewährleisten sollen und auf die einzelfallbezogene Beratung. Eine Kommission kann dabei ebenso wenig wie ein einzelner Ethiker das individuelle Gewissen des Entscheidungsträgers ersetzen. Es geht also weder um eine „Alibifunktion“ noch um ein „Besserwissen“ oder gar eine Einmischung in das Verhältnis zwischen dem Patienten und seinem Arzt oder seinen Pflegenden (anders als Sieglar, 1999, es sieht, nach dessen Überzeugung durch ein Ethik-Komitees eine Unterminierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses droht). Klinische Ethik-Komitees haben die Aufgabe, eine Beratungsfunktion zu übernehmen in ethisch schwierigen, möglicherweise strittigen Entscheidungssituationen. In der Regel stehen derartige Komitees allen an einem konkreten Fall Betroffenen als Ansprechpartner zur Verfügung, d.h. sowohl die behandelnden

Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegende, Angehörige, Betreuer oder gegebenenfalls die Patienten selbst können sich mit der Bitte um eine Beratung an ein Klinisches Ethik-Komitee wenden.

Der „professionelle Ethiker“ soll in diesem Team die Rolle eines „facilitator of moral inquiry“ übernehmen (Terence F. Ackerman, zit. nach Moreno, 1999, S. 576), d.h. er soll die moralische Erkundung erleichtern, keinesfalls „moralischer Zeigefinger“ sein. Seine Professionalität besteht darin, Moraltheorien und moralische Prinzipien zu kennen und verfügbar zu machen. Er soll

- Denkmodelle zur Entscheidungsfindung nebeneinander aufzeigen
- Begründungen des Handelns entwickeln
- Konsequenzen von Entscheidungen und Handlungen vorausdenken
- Objektivität und Abwägung fördern
- Aporien (Ausweglosigkeiten) aufzeigen.

Zweifellos wird es nicht immer möglich sein, aus der ethischen Fallanalyse heraus eine Entscheidung im völligen Konsens aller Beteiligten zu finden, aber die Bereitschaft, anstehende moralische Meinungsverschiedenheiten in argumentativer und respektvoller Weise zu diskutieren und eine Entscheidung herbeizuführen, die zumindest von allen mitgetragen werden kann, ist ein erheblicher Gewinn für eine gute Gesprächs- und Entscheidungskultur im klinischen Alltag. Das Ziel der Beratung muss also darin liegen, dem Team der Behandelnden eine Entscheidung in eigener Verantwortung zu erleichtern.

Das New Jersey Office for the Ombudsman for the Institutionalized Elderly in Trenton, N.J., hat seit 1998 in Zusammenarbeit mit dem Stein Ethics Network des Cooper Health System in Camden, N.J., nun auch für *Einrichtungen der Langzeitpflege und Altenpflege* das New Jersey Long-Term Care Ethics Network entwickelt und organisiert (O'Brien, 2005; Weston et al., 2005) Dieses Netzwerk umfasst 15 regional eingerichtete Ethik-Komitees mit in Ethik ausgebildeten Mitgliedern. Das Netzwerk steht für jedes der 365 Nursing Homes zur Verfügung, wenn ethisch schwierige Probleme für Heimbewohner oder Familienangehörige auftauchen. Zu diesen Problemen gehört beispielsweise die Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit des alten betroffenen Menschen. Mit Blick auf unsere eigene Untersuchung ist festzuhalten, dass auch in der kleinen Untersuchungsgruppe von 56 Heimbewohnern die Pflegenden bei 9 Personen keine sichere Aussage dazu machen konnten, ob die Einwilligungsfähigkeit gegeben ist (vgl. Kapitel 5.1).

In den Listen zu den wichtigsten ethischen Fragestellungen, die oftmals heftigen Kontroversen entspringen und üblicherweise in einem Ethik-Komitee beraten werden, tauchen implizit auch ethische Fragen der Psychopharmakatherapie auf. In erster Linie handelt es sich um Probleme wie:

- Kardio-pulmonale Wiederbelebung nach Herzstillstand
- Einsatz oder Verzicht auf künstliche Beatmung
- Einsatz oder Verzicht auf künstliche Ernährung mit einer nasogastralen Sonde oder per PEG-Sonde
- Antibioticabehandlung oder andere Formen einer aggressiven Therapie bei einem Atemwegs- oder Harnwegsinfekt
- Fragen zu therapeutischen Maßnahmen, die als sinnlos einzustufen sind.

Aber in der Liste ist auch aufgeführt:

- Einsatz physischer oder chemischer Zwangsmaßnahmen.

Damit ist die Grauzone bei der Vergabe von Psychopharmaka tangiert.

Bei genauer Durchsicht zeigte sich auch in unseren Untersuchungen eine Vielzahl von Problemen, die Ansatzpunkte für eine Diskussion in einem interdisziplinären Team bieten und geradezu nach einer Problemlösung auf der Basis einer ethischen Fallanalyse verlangen. Dazu könnte es z.B. gehören, in einem Team sowohl von involvierten als auch von nicht in der Betreuung eingebundenen Pflegekräften, Ärzten und unabhängigen Beratern die verschiedenen ethischen Aspekte des Rechts eines Heimbewohners auf eine wahrheitsgemäße Aufklärung über die nicht zu vernachlässigenden Neben- und Folgewirkungen einer Langzeittherapie mit Beruhigungsmitteln zu klären, aber auch das Recht des Patienten zu reflektieren, gegebenenfalls ein erhöhtes Risiko eingehen zu wollen.

Auch die Frage, welche Bedeutung es für die Würde des Patienten und das Arzt-Patienten-Verhältnis hat, wenn regelmäßige und stereotyp verlaufende Gespräche mit dem Hausarzt immer wieder dazu führen, dass ein Heimbewohner über seine Situation nicht wahrheitsgemäß aufgeklärt, sondern betrogen wird, sollte bzw. muss zur Sprache kommen. In einem Konsil müssten z.B. Fragen nach Vertrauensmissbrauch und Vertrauenswürdigkeit der Betreuung angesprochen werden. Darüber hinaus müssten Alternativen für einen Patienten erörtert werden, die ihm eine zufriedenstellende Perspektive anbieten oder zumindest einen unvermeidbaren Trauerprozess möglich machen. In dem in unserer Untersuchung konkreten, kritisch zu reflektierenden Fall ist zu vermuten, dass sowohl die Pflegenden als auch die behandelnden Ärzte davon überzeugt sind, dass die betroffene Patientin sich nicht mehr eigenständig versorgen kann und eine ambulante Pflege nicht ausreichend ist. Inwieweit dennoch über fürsorgliche Entscheidungen der

Betreuenden hinaus die Autonomiebestrebungen der Patientin unterstützt werden könnten, müsste in einem Ethik-Komitee geklärt werden.

Fragen, die das Selbstverständnis des Arztes oder der Pflegekräfte betreffen und ihre berufliche Integrität tangieren, sollten ebenfalls thematisiert werden. Schließlich drängen wirtschaftliche Aspekte und ihre Konsequenzen immer wieder zur Problemwahrnehmung und Lösungssuche.

Die ethische Analyse eines schwierigen Falles sollte auf mehreren Stufen möglich sein. Dies kann sowohl unmittelbar nach einer Heimaufnahme erforderlich werden als auch im Rahmen eines Behandlungsablaufs. Auch die erforderliche Transparenz der ethisch sehr relevanten Beobachtungsbeschreibungen sollte gegebenenfalls auf ihre moralischen Implikationen hin untersucht werden.

Eine Befragung in den USA ergab für eine Vielzahl drängender Probleme ein Bedürfnis nach ethischer Hilfestellung in Dilemma-Situationen. Neben den gravierenden Schwierigkeiten bei Behandlungs- und Betreuungsaufgaben am Lebensende (etwa die Frage nach der Beendigung künstlicher Ernährung über eine Sonde oder nach Behandlungsbegrenzungen bei schwerwiegendem geistigem Abbau mit Bewusstlosigkeit und Kommunikationsunfähigkeit) sind es vor allem Fragen zu Zwangsmaßnahmen, die moralische Probleme aufwerfen. Allerdings muss man sehen, dass Ethik-Komitees in Altenpflegeheimen auch in den USA noch recht selten vorhanden sind (vgl. aus jüngster Zeit Hogstel et al., 2004; aber auch Yougner et al., 1983; Glasser et al., 1988 und mit kritischen Anmerkungen Zuckerman, 1994)

Ein derartiges Angebot an Ethik-Beratung durch Komitees sollte unbedingt durch Trainingsprogramme in Pflegeethik ergänzt werden (vgl. dazu u.a. die **Handlungsempfehlungen auf der Stufe 7, Kapitel 7**). Das Programm des New Jersey Stein Ethics Education and Development Project (NJ SEED) gibt drei Ziele vor (vgl. O'Brien, 2005 und Weston et al., 2005):

- Systematisches Training für die Mitglieder regionaler Ethik-Komitees in Einrichtungen der Langzeitpflege in ethischer Theorie wie in Methodik der Fallberatung
- Verstärkte Anstrengungen und Training für ein moralisch gutes Klima in den Institutionen
- Verbesserung der Pflegequalität durch Trainingsangebote an Angehörige und Pflegekräfte zur besseren Entscheidungs- und Handlungsbefähigung in moralischen Dilemma-Situationen.

Das Ziel dieser ethischen Unterstützung ist also niemals die Vorgabe von Handlungsanweisungen und Verantwortungszug, sondern die Strukturierung von ethischer Fallanalyse und gemeinsamer

Entscheidungsfindung, die die den Handelnden und Verantwortlichen zusätzliche Gewissheit gibt. Derartige Ethik-Beratungen werden auch immer nur im Einzelfall von Bedeutung sein, können aber die Gesprächs- und vor allem die Entscheidungskultur in einem Altenheim für alle deutlich zufriedenstellender gestalten, und die Leitungen von Pflegeeinrichtungen sollten dieser Möglichkeit mehr Aufmerksamkeit schenken. Als Fazit unserer Untersuchung soll ein nächster Schritt in der Bemühung bestehen, derartige Ethik-Komitees in Altenpflegeheimen einzurichten und die interdisziplinäre Fortbildung der involvierten Handelnden auch für die Medizin- und Pflegeethik zu initiieren. Die geforderte bessere Verankerung der Gerontopsychiatrie in der Aus- und Fortbildung der Ärzte (die anders als Schaeffer, 2004, es darstellt, noch nicht erfolgt ist) sowie die ebenso geforderte Verbesserung der entsprechenden Kompetenzen in der Altenpflege kann und muss einhergehen mit einer Fortbildung in ethischer Entscheidungs- und Handlungskompetenz.

### **6.3 Juristische Aspekte**

Das Ziel dieser Arbeit bestand u.a. darin, das Geflecht der Leistungen und Leistungsbeziehungen der ambulanten Psychopharmakaversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aus juristischer Sicht zu untersuchen. Dabei sollen die vielfältigen Rechtsbeziehungen und der Normenkomplex systematisch dargestellt und kritisch aufgearbeitet werden. Ebenso dient die Studie dazu, einen Rahmen von Handlungsempfehlungen abzustecken, welcher die Pflegequalität in stationären Pflegeheimen verbessern soll. Dies ist insbesondere deshalb notwendig, weil dieser Bereich nur unsystematisch durch den Gesetzgeber geregelt ist und die vorhandenen Bestimmungen weder auf die Konstellation der ambulanten Psychopharmakaversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zugeschnitten noch aufeinander abgestimmt sind. So finden sich die relevanten Normen für die Psychopharmakaversorgung z. B. im Sozialgesetzbuch 5 (SGB V), im Sozialgesetzbuch 11 (SGB XI), im Heimgesetz (HeimG), im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), im Apothekengesetz (ApoG), in den Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherungen (MB/KK), in den Musterbedingungen der privaten Pflegeversicherungen (MB/PPV), in der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ), in der Hessischen Berufsordnung der Ärzte (BO-Ä Hessen) usw. Schließlich finden sich weitere zu beachtende Sachverhalte in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH), des Bundessozialgerichtes (BSG) und in der juristischen sowie pflegewissenschaftlichen Fachliteratur.

Dieses unübersichtliche Geflecht bedarf der systematischen Darstellung, da die Psychopharmakabehandlung in stationären Pflegeeinrichtungen eine für die tägliche Pflege bedeutende

Rolle spielt, vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass bundesweit ca. 50 Prozent aller Heimbewohner Psychopharmaka erhalten.<sup>1</sup> In dem hier untersuchten Altenpflegeheim erhielten genau 55,6 % der Heimbewohner mindestens ein Psychopharmakon, womit dieses Heim nur knapp über dem Bundesdurchschnitt liegt (vgl. Kap. 5.1– Abb. 5.1). Dabei sind jedoch die besonderen Risiken einer Psychopharmakabehandlung zu bedenken.<sup>2</sup> Dieser Aspekt verdient besondere Berücksichtigung, weil viele Heimbewohner aufgrund von nur eingeschränkten Fähigkeiten zur Wahrnehmung ihrer Autonomie sowie aufgrund der strukturellen und faktischen Abhängigkeitsverhältnisse (vgl. Kap. 6.3.3),<sup>3</sup> besonders schutzbedürftig sind.

Basierend auf den Ergebnissen der Studie sollen zunächst die Leistungsbeziehungen im Rahmen der Psychopharmakaverordnung in der ambulanten Krankenbehandlung dargestellt werden, um diesen in einem weiteren Schritt die Besonderheiten der Arzneimittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen gegenüberzustellen (vgl. Kap 6.3.1).

Im weiteren Verlauf werden dann die Allgemeinen Leistungsvoraussetzungen der Psychopharmakaversorgung dargestellt, wobei insbesondere die Problemfelder behandelt werden, die sich aufgrund der speziellen Konstellation der Psychopharmakabehandlung in der stationären Pflege ergeben (vgl. Kap. 6.3.2).

### **6.3.1 Leistungsbeziehungen im Rahmen der Psychopharmakaversorgung**

Der Kreis der handelnden Personen im „Normalfall“ der Arzneimittelversorgung als Teil der Krankenbehandlung, also im Fall der ambulanten Psychopharmakaversorgung außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen, ist im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)<sup>4</sup>, der privaten Krankenversicherung (PKV)<sup>5</sup> und der Sozialhilfe relativ überschaubar. An der Arzneimittelversorgung sind im Wesentlichen vier Personengruppen beteiligt (Patienten, Ärzte, Apotheker und Krankenversicherungen).

Im Mittelpunkt der Leistungsbeziehungen der Arzneimittelversorgung steht der Patient. Zumeist ist er gemäß §§ 5, 9, 10 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung pflicht-, freiwillig oder familienversichert. Oder er ist privat versichert bei einem privaten Versicherungsunternehmen oder er unterhält gar keine Rechtsbeziehung zu einer Krankenversicherung. Da der Heimbewohner in einem stationären Heim in der Regel das 65. Lebensjahr überschritten hat und nicht mehr erwerbsfähig ist,

<sup>1</sup> Schlüter, ZRP 2004, S. 75, 76; Weyerer/El-Barrawy/König/Zimber, Gesundheitswesen 58, S. 201, 203.

<sup>2</sup> Giesen, PharmZ 2003, S. 28; Klein/Ellinger-Weber, MMG 16, S. 73, 74; Wilhelm – Gößling, Nervenarzt, S. 999, 1000.

<sup>3</sup> Igl, VSSR 1978, S. 201, 203; Klie, ZRP 2002, S. 504, 507.

<sup>4</sup> Im Folgenden nur noch GKV.

<sup>5</sup> Im Folgenden nur noch PKV.

kommt für ihn bei Bedürftigkeit gemäß § 19 Abs. 3 SGB XII noch ein Krankenbehandlungsanspruch nach § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch 12 (SGB XII) in Betracht oder eine Selbstversorgung, indem er für die Krankenbehandlung selbst bezahlt.

In dieser Studie soll jedoch aufgrund der Versichertenstruktur der in die Studie einbezogenen Heimbewohner, die zu 96,43 % aus gesetzliche Versicherten und zu 3,57 % aus privat Versicherten besteht (vgl. Kap. 5.1), die Konstellation der Psychopharmakaversorgung in der GKV im Mittelpunkt stehen.

### **6.3.1.1 Leistungsbeziehungen in der GKV im „Normalfall“**

Zunächst soll als Hintergrundfolie für die Heimkonstellation ein kurzer Überblick über die Rechtsbeziehungen der direkt an der Psychopharmakaversorgung beteiligten Personen im Normalfall der ambulanten Arzneimittelversorgung gegeben werden. Dabei bleiben die Rechtsbeziehungen der Leistungserbringer und Leistungsträger zu ihren Spitzenorganisationen und deren Beziehungen untereinander zunächst unberücksichtigt.

#### Versicherter - Krankenkasse

Wenn der Versicherte die Voraussetzungen der §§ 5, 9, 10 SGB V erfüllt, liegt zwischen ihm und einer von ihm gemäß §§ 173 – 177, 186 Abs. 10 SGB V frei wählbaren gesetzlichen Krankenversicherung ein Versicherungsverhältnis vor.<sup>6</sup> Aus diesem Versicherungsverhältnis erwächst dem Versicherten dann gemäß §§ 27 ff. SGB V möglicherweise ein Anspruch gegenüber seiner Krankenkasse, Leistungen bei dem Eintritt des Versicherungsfalles, nämlich der Krankheit zu erhalten.<sup>7</sup> Dieser mögliche Anspruch auf Krankenbehandlung umfasst gemäß § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, 31 Abs. 1 SGB V auch die Versorgung mit Arzneimitteln,<sup>8</sup> also auch mit Psychopharmaka.

Allerdings kann der Versicherte gemäß § 13 Abs. 2 S. 1 SGB V auch die Kostenerstattung anstatt der Sach- und Dienstleistung wählen. Dann ist er gezwungen die Krankenbehandlung vorzufinanzieren.<sup>9</sup> Der Versicherte hat in dieser Konstellation also nur einen Anspruch gegenüber dem Krankenversicherungsträger auf die ihm entstandenen Kosten zur Krankenbehandlung, solange diese sich im Leistungsrahmen des SGB V bewegen.<sup>10</sup> Dabei besteht gemäß § 13 Abs. 2 S. 7 SGB V der Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Dieses Leistungsverhältnis ähnelt also der des PKV – Patienten (vgl. Kap. 6.3.1.2).

<sup>6</sup> KassKom-Peters, § 173 SGB V, Rn. 2; Schuln/Igl, Rn. 212.

<sup>7</sup> Zu dem sozialversicherungsrechtlichen Begriff der Krankheit vgl. Kap. 6.3.2.2.

<sup>8</sup> Zu dem Anspruch des Versicherten und der Ausgestaltung der §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 SGB V als Rahmenrecht vgl. 6.3.2.2.

<sup>9</sup> KassKom-Höfler, § 13 SGB V, Rn. 15.

<sup>10</sup> KassKom-Höfler, § 13 SGB V, Rn. 16.

### Versicherter - Arzt

Die Psychopharmaka zur Behandlung des Versicherten erhält dieser jedoch nicht von der Krankenversicherung selbst. Vielmehr bedient sich die jeweilige Krankenkasse eines Leistungserbringers.<sup>11</sup> Denn gemäß § 2 Abs. 2 SGB V ist die GKV grundsätzlich, wenn nicht der Versicherte nach § 13 Abs. 2 S. 1 SGB V Kostenerstattung gewählt hat, dazu verpflichtet, ihren Versicherten Sachleistungen bereitzustellen, wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.<sup>12</sup> Folglich bestehen auch Rechtsbeziehungen der Versicherten und der Krankenkassen bzw. von deren Spitzenorganisationen zu den Leistungserbringern. Leistungserbringer ist in dem Bereich der Arzneimittelversorgung der behandelnde Vertragsarzt, aber auch der Apotheker.<sup>13</sup>

Zu dem behandelnden Vertragsarzt tritt der Versicherte in Kontakt, wenn er eine Krankenbehandlung begehrt. Dabei kann der Versicherte gemäß § 76 Abs. 1 SGB V unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten frei wählen. Der Vertragsarzt ist nach § 76 Abs. 4 SGB V bei der Behandlung zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts verpflichtet. Die Qualität der in diesem Zusammenhang entstehenden Rechtsbeziehung zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherten ist umstritten. Die Rechtsprechung des BSG behandelt sie jedoch als ein gesetzliches Rechtsverhältnis mit einem öffentlich-rechtlichen Charakter.<sup>14</sup>

### Versicherter - Apotheker

Schließlich besteht bei der Arzneimittelversorgung auch eine Rechtsbeziehung zwischen dem Versicherten und dem Apotheker. Gegen die Vorlage eines ordnungsgemäßen Kassenrezeptes gemäß § 29 BMV-Ä bekommt der Versicherte nach der Leistung einer Zuzahlung, von dem Apotheker nach Maßgabe des § 129 SGB V das erforderliche Arzneimittel.<sup>15</sup> Der Apotheker ist unter den dargestellten Voraussetzungen verpflichtet, dem Versicherten das Arzneimittel herauszugeben.<sup>16</sup> Denn zwischen dem Versicherten und dem Apotheker besteht ebenfalls eine Rechtsbeziehung. Diese war in ihrer Rechtsform umstritten.<sup>17</sup> Nach der Rechtsprechung des BSG formuliert der Vertragsarzt mit der ihm verliehenen Kompetenz als Vertreter der Krankenkassen mit der Ausstellung des Rezeptes ein Angebot, welches der

<sup>11</sup> Waltermann, Rn. 191; Eberhard, AcP 1971, S. 289, 291.

<sup>12</sup> Waltermann, Rn. 190; Wannagat – Wollenschläger, § 2 SGB V, Rn. 14.

<sup>13</sup> Wigge, NZS 1999, S. 584, 586.

<sup>14</sup> BSGE 59, 172, 177; Eberhard, AcP 171, S. 289, 297; Muckel, SGB 1998, S. 385, 386; zu anderen Auffassungen siehe: Eichenhofer, Sozialrecht, Rn. 373 f.; Kleinmann, NJW 1985, S. 1367, 1368.

<sup>15</sup> Wigge, NZS 1999, S. 584, 587.

<sup>16</sup> Wigge, NZS 1999, S. 584, 587.

<sup>17</sup> Zu der Streitigkeit siehe die Ausführungen bei Wigge, NZS 1999, S. 584 ff. Hier wird der Auffassung des BSG gefolgt.

Versicherte als Bote dem Apotheker anträgt, welcher dann durch die Aushändigung des Arzneimittels einen Vertrag mit der Krankenkasse zugunsten des Versicherten abschließt.<sup>18</sup>

### **6.3.1.2 Leistungsbeziehungen in der PKV, bei der Wahl von Kostenerstattung in der GKV und in der Selbstversorgung im „Normalfall“**

Das Geflecht der Leistungsbeziehungen weicht im System der PKV von dem Sachleistungssystem der GKV in der Weise ab, dass der Versicherte durch einen privatrechtlichen Versicherungsvertrag in der Regel i.V.m. den Musterbedingungen MB/KK einen Anspruch gegen seinen Versicherungsunternehmer erwirbt.<sup>19</sup> Dieser Anspruch ist nicht wie in der GKV auf eine Sachleistung gerichtet, sondern vielmehr besteht der Versicherungsschutz darin, dass der Versicherungsnehmer die Kosten seiner Heilbehandlung erstattet bekommt, wenn die Voraussetzungen des Versicherungsvertrages vorliegen.<sup>20</sup>

Ausgehend von dieser Rechtsbeziehung zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherungsunternehmer liegt es auf der Hand, dass der privat Versicherte mit dem behandelnden Arzt einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag im Sinne des § 611 BGB abschließt<sup>21</sup> und mit dem Apotheker einen Kaufvertrag gemäß § 433 BGB.

Insofern ist die Struktur der Rechtsbeziehungen des Patienten zu dem Arzt und dem Apotheker identisch mit der des sich selbstversorgenden Patienten, da sich auch dieser seine Psychopharmakabehandlung selbst beschaffen muss. Dies gilt ebenfalls für den in der GKV versicherten Patienten, der gemäß § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt hat.<sup>22</sup> Für die übrigen in der GKV Versicherten bleibt jedoch festzuhalten, dass im Vergleich mit der PKV, die handelnden Personengruppen insoweit identisch sind, jedoch die Rechts- und Leistungsbeziehungen weitgehend einen anderen Charakter haben.

### **6.3.1.3 Leistungsbeziehungen im Fall der stationären Pflege**

In der ambulanten Krankenbehandlung, bzw. in der Psychopharmakaversorgung im Rahmen einer stationären Pflegeeinrichtung stellen sich die Leistungsbeziehungen etwas komplizierter dar. Hier treten wesentlich mehr Akteure auf, wobei einige der bereits genannten Leistungserbringer zusätzliche Funktionen wahrnehmen. Da im Folgenden die hinzukommenden Rechtsbeziehungen sowohl für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung als auch im Bereich der privaten Pflegeversicherung weitgehend identisch sind (bis auf die Träger der jeweiligen Versicherungsart), können diese für beide Konstellationen gemeinsam dargestellt werden, wobei die Abweichungen kurz benannt werden.

<sup>18</sup> BSGE 77, 194, 200; LPK – Murawski, § 129 SGB V, Rn. 1.

<sup>19</sup> Bach/Moser - Moser, Einl., Rn. 13; BGH NJW 1999, S. 3411, 3412.

<sup>20</sup> Bach/Moser – Schoenfeld–Kalis, § 1 MB/KK, Rn. 5; Wannagat – Wollenschläger, § 2 SGB V, Rn. 16.

<sup>21</sup> Bach/Moser – Schoenfeld–Kalis, § 1 MB/KK, Rn. 5; Deutsch/Spickhoff, Rn. 85; MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 643; Staudinger-Richardi, Vorbem. zu §§ 611 ff. BGB, Rn. 1264.

<sup>22</sup> Krauskopf – Wagner, § 13 SGB V, Rn. 9.

### Versicherter - Pflegeversicherung

Als weiterer Akteur in der zu untersuchenden Konstellation der ambulanten Psychopharmakabehandlung im Rahmen der stationären Pflege tritt zunächst die soziale bzw. die private Pflegeversicherung auf, zu welcher der Versicherte ein gesetzlich oder vertraglich ausgestaltetes Rechtsverhältnis unterhält, das ihm im Fall der stationären Pflegebedürftigkeit einen Anspruch auf die Übernahme von pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zusichert. Die Leistungspflicht der stationären Pflege basiert im Fall der sozialen Pflegeversicherung (SPV)<sup>23</sup> auf § 43 Abs. 2 SGB XI, während sie bei der privaten Pflegeversicherung (PPV)<sup>24</sup> auf den Versicherungsvertrag unter Berücksichtigung der Musterbedingungen PPV<sup>25</sup> zurückzuführen ist.<sup>26</sup> Der Anspruch gegen die Pflegekasse stellt jedoch, obwohl als Kostenerstattungsanspruch formuliert, im Falle der SPV eine Sachleistung dar.<sup>27</sup> Hingegen handelt es sich gemäß § 23 Abs. 1 S. 3 SGB XI bei der Leistungspflicht der privaten Pflegeversicherung um einen Kostenerstattungsanspruch.<sup>28</sup>

### Versicherter – Altenpflegeheim

Um jedoch die Leistung der stationären Pflege zu erhalten, muss der Pflegebedürftige zunächst über den Weg des Vertragsabschlusses mit dem Pflegeheim die Aufnahme in diesem vereinbaren. Dieser Heimvertrag unterliegt den Reglementierungen des HeimG. Diese sehen gemäß § 5 HeimG vor, dass über die Rechte und Pflichten des Altenpflegeheimträgers und der Bewohner/in, insbesondere über die Leistungen des Pflegeheims und die zu entrichtende Vergütung ein Vertrag zu schließen ist. Darüber hinaus stellt das HeimG insbesondere bezüglich der Anpassungspflichten, der Erhöhung des Entgelts, der Vertragsdauer und eines Abweichungsverbots in §§ 5 – 9 HeimG zwingende Anforderungen auf. Ziel dieser Regelungen ist es, die Rechte des Heimbewohners zu stärken und die Transparenz des Heimvertrages, sowie die Abstimmung der Normen mit den Bestimmungen des SGB XI sowie des SGB XII zu fördern.<sup>29</sup>

Der Altenpflegeheimträger tritt nämlich auch als Leistungserbringer der Pflegeversicherung auf.<sup>30</sup> Dieser erbringt aufgrund des Heimvertrages mit dem Pflegebedürftigen und nach den Vorschriften des SGB XI im Rahmen der stationären Pflege die Leistungen als Sachleistung für den Pflegeversicherungsträger der

<sup>23</sup> Im Folgenden nur noch SPV.

<sup>24</sup> Im Folgenden nur noch PPV.

<sup>25</sup> Im Folgenden nur noch MB/PPV.

<sup>26</sup> LPK – Gallon, § 23 SGB XI, Rn. 49.

<sup>27</sup> KassKom – Leitherer, § 43 SGB XI, Rn. 11; Noftz/Wilde – Rehberg, § 43 SGB XI, Rn. 6.

<sup>28</sup> LPK – Gallon, § 23 SGB XI, Rn. 49.

<sup>29</sup> KBW-Butz, § 5 HeimG, Rn. 1; Schmitt, S. 346.

<sup>30</sup> Schulin/Igl, § 19, Rn. 377.

SPV. Daher müssen die im Heimvertrag genannten Leistungen und Entgelte den Regelungen der Pflegeversicherung entsprechen, wenn der Vertrag mit Leistungsempfängern der sozialen Pflegeversicherung abgeschlossen wird.<sup>31</sup>

Jedoch ist der Leistungsumfang im Fall der stationären Pflege nicht nur auf die Leistung der erforderlichen Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der medizinischen Behandlungspflege im Sinne des SGB XI beschränkt. Darüber hinaus werden durch den Heimvertrag noch andere Leistungen, wie zum Beispiel Leistungen der Unterkunft und der Verpflegung bestimmt, welche gemäß § 87 Abs. 1 SGB XI vereinbart werden. Die letztgenannten Leistungen muss der Heimbewohner gemäß § 82 Abs. 1 S. 3 SGB XI, auch wenn er pflegeversichert ist, selbst tragen.<sup>32</sup>

### Pflegeheim – Pflegekraft

Das Rechtsverhältnis zwischen dem Pflegeheim, in dem der Versicherte untergebracht ist und dem ihn pflegenden Personal bestimmt sich nach den allgemeinen Regeln des Zivilrechts. Danach liegt zwischen dem Pflegeheimträger und den Pflegekräften ein Arbeitsvertrag im Sinne des § 611 ff. BGB vor. Es besteht also ein Dauerschuldverhältnis, in dessen Rahmen sich die Pflegekräfte dazu verpflichtet haben, eine abhängige Arbeit gegen Entgelt zu leisten.<sup>33</sup> In den Grenzen dieses vertraglichen Schuldverhältnisses konkretisiert der Arbeitgeber durch sein Weisungsrecht die Dienstleistungspflichten der Pflegekräfte,<sup>34</sup> die wiederum schlussendlich häufig den Heimbewohner betreffen. Diesen Weisungen hat die Pflegekraft Folge zu leisten, solange keine anderen Arbeitsbedingungen durch den Arbeitsvertrag, durch Betriebsvereinbarungen oder Tarifverträge festgelegt worden sind.<sup>35</sup>

### Vertragsarzt – Pflegekraft/Heim

Schwerer zu bestimmen ist die Rechtsbeziehung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Pflegeheimträger bzw. den Pflegekräften. Hier arbeiten zwei Leistungserbringer verschiedener Versicherungszweige nebeneinander, ohne dass ihre Rechtsbeziehung zueinander ausdrücklich geregelt wäre. Einerseits erbringt der Vertragsarzt die Arzneimittelbehandlung als eine Leistung der GKV bzw. der „private Arzt“ eine Leistung zugunsten des Heimbewohners, für welche die PKV möglicherweise zur Kostenerstattung verpflichtet ist. Andererseits stellen die Mitarbeiter des Altenpflegeheims den Arztkontakt her und lassen den Arzt die Räumlichkeiten des Altenpflegeheims betreten. Der

<sup>31</sup> KBW – Butz, § 5 HeimG, Rn. 23.

<sup>32</sup> Schuln/Igl, § 22, Rn. 390.

<sup>33</sup> Palandt – Putzo, Einf. V. § 611 BGB, Rn. 5.

<sup>34</sup> Palandt – Putzo, § 611 BGB, Rn. 45.

<sup>35</sup> Palandt – Putzo, § 611 BGB, Rn. 47.

Pflegeheimträger agiert durch seine weisungsgebundenen Pflegekräfte als Leistungserbringer der medizinische Behandlungspflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI.<sup>36</sup>

Allerdings enthält auch der Heimvertrag diesbezüglich eine individuelle Regelung, die das Verhältnis zwischen Arzt und Pflegeheim/ - kraft beschreibt:

### **§ 2 Leistungen der medizinischen Behandlungspflege**

1. Bei Leistungen der sogenannten medizinischen Behandlungspflege handelt es sich um Kooperationsaufgaben von den behandelnden Ärzten der Heimbewohner und den Pflegekräften der Einrichtung. Die Pflegekräfte der Einrichtung unterstützen die Ziele der ärztlichen Behandlung durch pflegerische Maßnahmen und führen ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege durch, soweit sie hierzu ausreichend qualifiziert sind.  
Auf Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes werden diese Leistungen zunächst nur bis zum 31.12.2004<sup>37</sup> erbracht.
2. Der Umfang der angebotenen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ergibt sich aus dem Versorgungs- und Rahmenvertrag gemäß §§ 72, 75 SGB XI. Darüber hinausgehende Leistungen der medizinischen Behandlungspflege dürfen nur durch die behandelnden Ärzte erbracht werden.
3. Die Bewohnerin/Der Bewohner ist in der Wahl ihres/seines Arztes frei. Die Einrichtung ist der Bewohnerin/dem Bewohner auf Wunsch bei der Vermittlung ärztlicher Hilfe behilflich.

Der Altenpflegeheimträger verpflichtet sich also vertraglich dem Heimbewohner gegenüber Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zu leisten, solange sich diese im Rahmen des SGB XI bewegen und die Pflegekräfte dazu in der Lage sind. Eine direkte Verpflichtung zwischen Arzt und Pflegeheimbetreiber bzw. eine gesetzliche Ausgestaltung des Rechtsverhältnisses besteht jedoch gerade nicht.<sup>38</sup>

Mit der Ausübung der therapeutischen Entscheidung legen sowohl der Vertragsarzt als auch der Privatarzt fest, welche Arzneimittel der Heimbewohner in welcher Dosis erhält. Damit definiert er gleichzeitig, welche Leistung die Pflegekräfte des Pflegeheims im Rahmen der geschuldeten medizinischen Behandlungspflege zu erbringen haben. In diesem Zusammenhang stellen sich eine Reihe von

<sup>36</sup> BAG v. 15.12.99, AP Nr. 16; LSG Sachsen –Anhalt U. 24.09.1997, Az.: L 4 Kr 30/97; Benz, NZS 2000, S. 125, 128; LPK - Klie/Steppe, vor §§ 14 – 19 SGB XI, Rn. 8; Krauskopf – Krauskopf, § 43 SGB XI, Rn. 9.

<sup>37</sup> Ursprünglich sollte die medizinische Behandlungspflege im Rahmen der stationären Pflege zum 01.01.2005 in die Finanzierungszuständigkeit der GKV fallen. Jedoch wurde kurz zuvor die Frist bis zum 01.07.2007 verlängert.

<sup>38</sup> Klie, S. 111.

Rechtsfragen an der Schnittstelle der ambulanten Krankenbehandlung und der stationären Pflege, insbesondere die nach der Delegationsfähigkeit einer Leistung von einem Arzt auf nichtärztliches Personal<sup>39</sup>, sowie die Frage, welche Rechtsqualität und welcher Grad der Verbindlichkeit der Anweisung des behandelnden Arztes gegenüber den Pflegekräften zukommt (vgl. dazu Kap. 6.3.2.3), da ein Weisungsrecht des behandelnden Arztes nicht besteht.<sup>40</sup> Insofern unterscheidet sich die ambulante Krankenbehandlung im Rahmen der stationären Pflege von der stationären Krankenhausbehandlung.

### Apotheker - Pflegeheim

Außerdem ist noch die Rolle des Apothekers anzusprechen. Dessen Aufgabe besteht, wie bereits dargestellt, in der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung.<sup>41</sup> Jedoch obliegen ihm im Falle der ambulanten Psychopharmakaversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen neben der Abgabe von Arzneimitteln gemäß § 12a ApoG weitere Pflichten. Diese Regelungen dienen dem Schutz der Heimbewohner sowie der Beschäftigten des Heimes.<sup>42</sup> Diese Bestimmung ist ausdrücklich im Zusammenhang mit der Normierung der verschärften Kontrollen des Heimgesetzes und des Pflege – Qualitätssicherungsgesetzes zu sehen.<sup>43</sup>

Der Gesetzgeber hat mit der Normierung des § 12a ApoG eine Regelung erlassen, welche die Rechtsbeziehung zwischen dem Heim und dem Apotheker ausgestaltet. Demnach ist gemäß § 12a Abs. 1 ApoG ein Apotheker verpflichtet, einen schriftlichen Vertrag mit dem Altenpflegeheim abzuschließen, wenn er einzelne oder alle Bewohner des fraglichen Heimes mit Arzneimitteln versorgen will. Diese Verpflichtung trifft den Apotheker jedoch gemäß § 12a Abs. 3 ApoG nicht, wenn Heimbewohner sich selbst mit Arzneimitteln versorgen, damit deren Recht der freien Apothekenwahl nicht eingeschränkt wird. Dies stellt jedoch in der Praxis eher eine Seltenheit dar.<sup>44</sup> Dieser Vertrag mit einem Heim im Sinne des § 1 HeimG bedarf gemäß § 12a Abs. 1 S. 2 ApoG der Genehmigung der zuständigen Behörde. Vor einer Genehmigung ist der Vertrag folglich schwebend unwirksam, bzw. bleibt unwirksam, wenn die Genehmigung der Behörde versagt wird. Jedoch besteht gemäß § 12a Abs.1 S. 3 ApoG ein Anspruch auf die Genehmigung, wenn die Voraussetzungen des § 12a Abs. 1 S. 3 Nr. 1 – 5 ApoG erfüllt sind. Gefordert wird darin zunächst die Vereinbarung organisatorischer Gegebenheiten, wie zum Beispiel die Zutrittsrechte des Apothekers in die Räumlichkeiten des Heims. Interessanter sind hingegen die Regelungen in § 12a Abs. 1 S. 3 Nr. 2 – 5 ApoG.

<sup>39</sup> Vgl. Kap. 6.3.2.4.

<sup>40</sup> LPK - Pöld-Krämer, § 43 SGB XI, Rn. 15; Böhme, S. 54.

<sup>41</sup> Wigge/Kleinke, MedR 2002, S. 391.

<sup>42</sup> Bt-Drs. 14/8930, S. 4.

<sup>43</sup> Bt-Drs. 14/8930, S. 2.

<sup>44</sup> Vgl. Kap. 6.3.2.3.

Danach sind Vereinbarungen über die Pflicht des Apothekers zur Überprüfung der ordnungsgemäßen, bewohnerbezogenen Aufbewahrung der von ihm gelieferten Produkte durch sein pharmazeutisches Personal, sowie bezüglich der Dokumentation zu treffen. Darüber hinaus kommt dem Apotheker in diesem Zusammenhang und unter der Berücksichtigung des oben genannten Regelungszwecks eine gewisse Kontrollfunktion bezüglich der Vergabe der Arzneimittel zu, wenn von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, dass der Apotheker die Arzneimittel in Wochenrationen vordosiert. Des Weiteren sind in dem Vertrag die Pflichten des Apothekers zur Information und Beratung zu vereinbaren, soweit dies für die Sicherheit des Heimbewohners oder der Pflegekräfte erforderlich ist.

Vergleicht man dann im Folgenden die inhaltlichen Anforderungen an den Vertrag, wie sie in § 12a ApoG formuliert sind, mit den Vereinbarungen in dem Vertrag zwischen dem Apotheker und dem untersuchten Altenpflegeheim, so fällt auf, dass die Inhalte im wesentlichen identisch sind. Es sind kaum wesentliche Spezifikationen seitens der Vertragspartner erfolgt. Lediglich an einer Stelle werden die gesetzlichen Anforderungen konkretisiert. Dies betrifft die Überwachungspflichten des Apothekers.

Diesbezüglich bestimmt der Vertrag die Pflichten des Apothekers dahingehend, dass dieser, bzw. dessen pharmazeutischer Mitarbeiter, eine halbjährig wiederkehrende Überprüfung durchführen muss, über die er ein Protokoll in zweifacher Ausfertigung erstellt. Enthalten muss das Protokoll die Art und den Umfang der Überprüfung bzgl. der allgemeinen Lagerungs- und Aufbewahrungsbedingungen, sowie bzgl. der apothekenpflichtigen Medizinprodukte nach den anerkannten pharmazeutischen Regeln, die Beschaffenheit einschließlich der Kennzeichnung der Arzneimittel, sowie die Verfalldaten. Des Weiteren sind festgestellte Mängel zu protokollieren, ebenso wie die zu deren Beseitigung veranlassten Maßnahmen und Angaben zu der Beseitigung bereits früher festgestellter Mängel.

#### Betreuer, Bevollmächtigter und Vormundschaftsgericht

Schließlich verkompliziert sich das Geflecht der handelnden Personen durch die Berücksichtigung des Betreuungsrechts. Von Bedeutung sind die Regelungen des Betreuungsrechts, weil alle ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen der Einwilligung des Heimbewohners bedürfen, die gegebenenfalls durch diejenige des gesetzlichen Betreuers/des Bevollmächtigten und unter Umständen auch zusätzlich durch die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zu ersetzen ist.<sup>45</sup> Somit können drei weitere Akteure im Rahmen der Psychopharmakaversorgung von Heimbewohnern auftreten. Einerseits kann es sein, dass ein Vormundschaftsgericht für einen Heimbewohner einen gesetzlichen Betreuer bestellt hat, bzw. dieser einen nahen Verwandten oder eine sonst für vertrauenswürdig befundene Person mit einer Vollmacht ausgestattet hat, wobei hier vorwiegend der Aufgabenbereich der Gesundheitsfürsorge relevant ist. In

<sup>45</sup> Dodegge, NJW 1994, 2383, 2387; Stolz, FamRZ 1993, S. 642, 643; Wullweber, R&P 1985, S. 122, 123.

dem hier untersuchten Altenpflegeheim hatten von den 56 Heimbewohnern immerhin 35 (62,5 %) einen gesetzlichen Betreuer oder einen Bevollmächtigten für die Gesundheitsfürsorge (vgl. Kap. 5.1 – Tab. 3). Andererseits könnte dem Vormundschaftsgericht in einem Fall des § 1904 Abs. 1, 2 oder des § 1906 Abs. 4, 5 BGB eine aktive Rolle im Rahmen der Psychopharmakabehandlung des Heimbewohners zukommen, wenn es nämlich die Einwilligung des Betreuers oder des Bevollmächtigten zu der Heilbehandlung bzw. zu der ärztliche Maßnahme überprüfen muss, um über deren Genehmigung zu entscheiden (vgl. Kap. 6.3.2.1).

### *Die gesetzliche Betreuung*

Der Staat stellt einer volljährigen Person als Beistand einen gesetzlichen Betreuer zur Seite, wenn die Voraussetzungen des § 1896 Abs. 1 BGB vorliegen. Dabei müssen bei der Auswahl der Person des Betreuers die Grundsätze des § 1897 BGB Anwendung finden.<sup>46</sup> Diese staatliche Fürsorgeleistung wird auf Antrag oder von Amts wegen angeordnet.<sup>47</sup> Letzterer Möglichkeit ist immanent, dass die Anordnung einer Zwangsbetreuung<sup>48</sup> nur unter der engen Voraussetzung zulässig ist, dass der Betroffene aufgrund seiner psychischen Krankheit oder seiner geistigen oder seelischen Behinderung seinen Willen nicht frei bestimmen kann.<sup>49</sup> Hingegen kann bei der Alternative der körperlichen Behinderung die Betreuung nur auf Antrag angeordnet werden.<sup>50</sup> Eine Ausnahme existiert lediglich für den Fall, dass der Betroffene aufgrund seiner körperlichen Behinderung seinen Willen nicht mehr kundtun kann, er z.B. aufgrund einer Lähmung durch einen Schlaganfall einen Antrag nicht mehr stellen kann.<sup>51</sup> In diesem Fall, soll ihm die Möglichkeit einer rechtlichen Betreuung nicht genommen werden, so dass in dieser Konstellation eine rechtliche Betreuung von Amts wegen angeordnet werden kann.<sup>52</sup>

Ein wesentliches Prinzip des geltenden Betreuungsrechts ist jedoch, dass die Autonomie des Betroffenen erhalten werden soll.<sup>53</sup> Daher verlangt § 1896 Abs. 2 S. 1 BGB, dass der Betreuer nur für die Aufgabenkreise zu bestellen ist, für die er erforderlich ist.<sup>54</sup> Andererseits ist eine Betreuung gemäß § 1896 Abs. 2 S.2 BGB auch nur dann zulässig, wenn sie notwendig ist und nicht aus Gründen der Subsidiarität hinter anderen Selbsthilfemöglichkeiten zurücktritt. Zum Beispiel kann diese durch eine erteilte Personenvorsorge- bzw., Altersvorsorgevollmacht oder durch den Beistand des Heimpersonals

<sup>46</sup> BayObLG FamRZ 94, S. 530, 531; Dodegge, NJW 1994, S. 2383, 2388.

<sup>47</sup> BayObLG FamRZ 96, S. 897; Dodegge, NJW 1994, S. 2383, 2387; Palandt – Diederichsen, § 1986 BGB, Rn. 13.

<sup>48</sup> Zur Frage der Verfassungsmäßigkeit der Zwangsbetreuung und zum weiteren Meinungsstand vgl. Jürgens, § 1896, Rn. 13.

<sup>49</sup> BayObLG FamRZ 96, S. 897; Dodegge, NJW 1994, S. 2383, 2387; Palandt – Diederichsen, § 1986 BGB, Rn. 14.

<sup>50</sup> BT-Drs 11/4528 S. 120; Palandt – Diederichsen, § 1896 BGB, Rn. 14.

<sup>51</sup> Palandt – Diederichsen, § 1896 BGB, Rn. 14; MüKo – Schwab, § 1896 BGB, Rn. 6.

<sup>52</sup> Palandt – Diederichsen, § 1896 BGB, Rn. 14; MüKo – Schwab, § 1896 BGB, Rn. 6.

<sup>53</sup> Palandt – Diederichsen, Einf. v. § 1896 BGB, Rn. 5.

<sup>54</sup> Dodegge, NJW 1994, S. 2383, 2387; MüKo – Schwab, § 1896 BGB, Rn. 6.

entbehrlich sein.<sup>55</sup> Folglich ist allein aus der Pflegebedürftigkeit eines Menschen im Sinne des § 14 SGB XI oder des § 1 MB/PPV nicht der Schluss zu ziehen, dass auch eine Betreuungsbedürftigkeit besteht.

### *Die Bevollmächtigung*

Das Geflecht der an der Psychopharmakaversorgung beteiligten Personen erweitert sich noch einmal durch die Möglichkeit der Erteilung einer Vorsorgevollmacht. Dabei erklärt der Vollmachtgeber, dass die bevollmächtigte Person stellvertretend Entscheidungen bezüglich der Sorge um seine Gesundheit treffen darf.<sup>56</sup> Diese Vollmacht, die zumeist zugunsten einer Vertrauensperson mit engem persönlichem oder verwandtschaftlichem Kontakt erteilt wird, bleibt bestehen, wenn der Vollmachtgeber zu einem späteren Zeitpunkt die Geschäftsfähigkeit verliert.<sup>57</sup>

Früher war allerdings die Frage, ob eine Stellvertretung in der höchstpersönlichen Sphäre der Gesundheitsfürsorge überhaupt möglich sei, viel diskutiert und heftig umstritten.<sup>58</sup> Vielfach wurde dargelegt, dass eine Einwilligung in eine Heilbehandlung keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung und daher grundsätzlich stellvertretungsfeindlich sei.<sup>59</sup> Des Weiteren wurde eingewandt, dass der Bevollmächtigte seine Macht missbrauchen oder aus sonstigen Gründen nicht zum Wohle des Vollmachtgebers handeln könne.<sup>60</sup> Diesen Bedenken sind einige Stimmen in der Literatur und auch der Rechtsprechung schon frühzeitig entgegen getreten.<sup>61</sup> Und mit dem in Kraft treten des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes seit dem 01.01.1999 wurde für die Möglichkeit der Erteilung einer Vorsorgevollmacht auch eine gesetzliche Grundlage geschaffen, indem in § 1904 Abs. 2 BGB und § 1906 Abs. 5 BGB die Einwilligung eines Bevollmächtigten der eines gesetzlichen Betreuers gleichgestellt wurde.<sup>62</sup>

Mit dieser Regelung wurde Rechtsklarheit geschaffen.<sup>63</sup> Allerdings muss die Vorsorgevollmacht gewissen Bestimmtheitserfordernissen genügen.<sup>64</sup> Das bedeutet, die Vollmacht muss ausdrückliche Angaben dazu enthalten, ob der Bevollmächtigte die Befugnis hat, in eine ärztliche Untersuchung oder in eine ärztliche Heilbehandlung einzuwilligen bzw. ob die Befugnis zur Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung auch dann bestehen soll, wenn die Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber stirbt oder einen länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.<sup>65</sup> Des weiteren muss nach Auffassung des

<sup>55</sup> BayOLG FamRZ 98, S. 452; Dodegge, NJW 94, 2383, 2387.

<sup>56</sup> Hamburg, DNotZ 2000, S. 220, 221; Kunz/Butz/Langenfeld, ZEV 2003, S. 449, 451.

<sup>57</sup> Eisenbart, MedR 1997, S. 305, 305; MüKo – Schramm, § 168 BGB, Rn. 12.

<sup>58</sup> Zu diesem Streit siehe ausführlich: Eisenbart, MedR 1997, S. 305 ff.

<sup>59</sup> BGHZ 29, 33, 36; Kern, NJW 1994, S. 753; Stolz, BtPrax 1994, S. 49.

<sup>60</sup> MüKo – Schwab, § 1896 BGB, Rn. 58.

<sup>61</sup> LG Hamburg, DNotZ 2000, S. 220, 221; Eisenbart, MedR 1997, S. 305 ff.; Kunz/Butz/Langenfeld, ZEV 2003, S. 449, 451; Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 53.

<sup>62</sup> LG Stuttgart, BtPrax 1994, S. 64, 66; Eisenbart, MedR 1997, S. 305, 312; Kern, NJW 1994, S. 753, 757.

<sup>63</sup> Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 53; LG Hamburg, DNotZ 2000, S. 220, 221.

<sup>64</sup> LG Hamburg, DNotZ 2000, S. 220; Müller, DNotZ 1999, S. 99, 107.

<sup>65</sup> LG Hamburg, DNotZ 2000, S. 220, 222; Müller, DNotZ 1999, S. 99, 107.

LG Hamburg die Vorsorgevollmacht im Bereich der Gesundheitsfürsorge ausdrückliche Regelungen treffen, ob der Bevollmächtigungsrahmen auch die Einwilligung in die Anwendung einer Außenseitermethode umfasst,<sup>66</sup> etwa bei der Anwendung von nicht zugelassenen Psychopharmaka oder bei der indikationsübergreifenden Anwendung von Psychopharmaka und ob der Bevollmächtigte Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes erhalten soll und ob der Arzt in diesem Rahmen von der Schweigepflicht entbunden wird.<sup>67</sup>

Fraglich ist darüber hinaus, ob die Bevollmächtigung zwingend an die Schriftform gebunden ist. Diesbezüglich sieht § 1904 Abs. 2 S. 2 BGB ausdrücklich vor, dass die Vorsorgevollmacht des Vollmachtgebers schriftlich erteilt sein und die in § 1904 Abs. 1 BGB genannte Maßnahme ausdrücklich umfassen muss. Gleiches gilt gemäß § 1906 Abs. 5 BGB für die Bevollmächtigung eines Stellvertreters für die Entscheidung über eine Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen. Demnach reicht die mündliche oder konkludente Einwilligung also für die Fälle der § 1904 Abs. 1, 2 und § 1906 Abs. 4, 5 BGB nicht aus.<sup>68</sup>

Jedoch muss man berücksichtigen, dass dieser Norm zwar eine grundsätzliche Bedeutung zukommt, da mit ihrer Normierung die Stellvertretung in der höchstpersönlichen Sphäre anerkannt wurde.<sup>69</sup> Allerdings geht der Geltungsbereich des Schriftlichkeitserfordernisses nicht über den Bereich der Einwilligung in eine gesundheitsgefährdende medizinische Heilbehandlung und der unterbringungsähnliche Maßnahmen hinaus.<sup>70</sup> Vielmehr liegt der Schluss nahe, dass der Gesetzgeber mit diesen Regelungen nicht beabsichtigt hat, ein generelles Schriftlichkeitserfordernis zu normieren. Also gilt im übrigen, dass eine Vollmacht gemäß den §§ 164 ff. BGB auch formlos erteilt werden kann.<sup>71</sup>

### *Vormundschaftsgericht*

Der letzte in dem Geflecht der direkt an der Psychopharmakaversorgung teilnehmende Beteiligte ist das Vormundschaftsgericht. Dessen Aufgabe liegt, wie bereits dargestellt, einerseits in der Bestellung der gesetzlichen Betreuer bzw. in der Kontrolle der Bevollmächtigung. Andererseits muss das Vormundschaftsgericht gemäß §§ 1904 Abs. 1, 2 und 1906 Abs. 4, 5 BGB darüber entscheiden, ob es eine Einwilligung in gesundheitsgefährdende oder freiheitsentziehende Maßnahmen genehmigt. Dem Gericht kommt also eine Kontroll- und Entscheidungskompetenz zu, die zwar möglicherweise in der Pflegepraxis als lästige Bevormundung empfunden wird, die jedoch einerseits für den Bevollmächtigten/Betreuer eine unabhängige Legitimation seiner Einwilligung bildet, was für einen

<sup>66</sup> LG Hamburg, DNotZ 2000, S. 220, 221f.

<sup>67</sup> LG Hamburg, DNotZ 2000, S. 220, 221f.

<sup>68</sup> Müller, DNotZ 1999, S. 99, 110.

<sup>69</sup> Soergel–Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 53; LG Hamburg, DNotZ 2000, S. 220, 221.

<sup>70</sup> LG Hamburg, DNotZ 2000, S. 220, 221; Spickhoff, NJW 2000, S. 2297, 2304; Vossler, ZRP 2002, S. 295, 298.

<sup>71</sup> Spickhoff, NJW 2000, S. 2297, 2304; Vossler, ZRP 2002, S. 295, 298; Müller, DNotZ 1999, S. 99, 109f.

medizinisch ungebildeten oder unerfahrenen Menschen insbesondere in etwaigen Haftungsfragen von großer Bedeutung sein kann.<sup>72</sup>

#### Das Leistungsgeflecht aus der Sicht des Heimbewohners

Um die oben dargestellten Ausführungen zusammenzufassen, lässt sich zunächst feststellen, dass der Altenheimbewohner im Rahmen dieses Geflechts der Rechtsbeziehungen verschiedene Rollen einnimmt. Einerseits ist er der Versicherte (pflege- und krankenversichert), andererseits ist er Betreuer, Patient, Pflegebedürftiger und nicht zu letzt Heimbewohner.

Als Teil des Geflechts der sozialen Pflege- und Betreuungsverhältnisse steht der Heimbewohner nun im Rahmen der Psychopharmakaversorgung einem großen Kreis von agierenden Personen und einer Vielzahl von Rechtsbeziehungen gegenüber.<sup>73</sup> Dieses Geflecht der Rechtsbeziehungen, das im Rahmen der Psychopharmakaversorgung existiert, zeichnet sich also dadurch aus, dass der Heimbewohner neben den Leistungserbringern, Leistungsträgern und Kostenträgern, zu denen er einen direkten Kontakt hat, für die Versorgung mit Psychopharmaka auch auf Rechtsbeziehungen angewiesen ist, die lediglich zwischen den Beteiligten bzw. deren Spitzenverbänden bestehen.<sup>74</sup>

Das Geflecht der Rechtsbeziehungen im Rahmen der Psychopharmakaversorgung im System der GKV lässt sich aus der Sicht des Heimbewohners in 3 Ebenen unterteilen. Auf der ersten Ebene steht der Heimbewohner selbst. Zu den Personen der zweiten Ebene steht er in persönlichem Kontakt und unterhält zu diesen, wie bereits dargestellt, unterschiedliche Rechtsbeziehungen. Diese Personen stehen dabei teilweise untereinander in mehr oder weniger konkreten Rechtsverhältnissen zueinander, da eine Kooperation notwendig ist, damit sie ihre Leistungen erfüllen können. Auf dieser zweiten Ebene ergeben sich Schnittstellen zwischen den Sektoren der GKV und der SPV. Diese Schnittstellen zeichnen sich dadurch aus, dass Leistungserbringer der jeweiligen Sektoren miteinander kooperieren müssen, um ihre jeweiligen Leistungen zugunsten des Heimbewohners erbringen zu können, wobei teilweise der Leistungsrahmen eines Leistungserbringers erst durch die Leistung eines anderen bestimmt wird (z.B. die medizinische Behandlungspflege).<sup>75</sup> Darüber hinaus existiert eine dritte Ebene. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass auf dieser Ebene der Leistungsumfang der GKV und der SPV konkretisiert wird, wobei der Heimbewohner zu den dort agierenden Akteuren in keiner direkten Rechtsbeziehung steht. Dabei handelt es sich insbesondere um die Akteure, die an der untergesetzlichen Richtlinienggebung gemäß § 92 SGB V, an der Vereinbarung des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI bzw. des

---

<sup>72</sup> Stolz, BtPrax 1994, S. 49, 50.

<sup>73</sup> Igl, VSSR 1978, S. 201, 222.

<sup>74</sup> Igl, VSSR 1978, S. 201, 210.

<sup>75</sup> Vgl. Kap. 6.3.2.3.

Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI und an der Vereinbarung der Grundsätze und Maßstäbe der Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege gemäß § 80 Abs. 1 SGB XI teilnehmen.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass sich der Pflegeheimbewohner in einem „totalen Abhängigkeitsverhältnis“ zu den im Rahmen der Psychopharmakaversorgung und darüber hinaus agierenden Personen befindet.<sup>76</sup> Das führt dazu, dass die Persönlichkeitssphäre und die Autonomie des Heimbewohners häufig auf der Strecke bleiben.<sup>77</sup> Konkret zeigt sich das einerseits darin, dass fast keiner der Heimbewohner in dem untersuchten Pflegeheim seine Psychopharmaka selbst verwaltet (vgl. Kap. 6.3.2.3), selbst wenn er dazu in der Lage ist, andererseits in der Tatsache, dass die Pflegekräfte faktisch jederzeit in die Privatsphäre des Heimbewohners eindringen können und dies teilweise auch müssen, um ihre Leistungen zu erbringen. Dies führt dazu, dass der Heimbewohner in den meisten Fällen zu einem passiven Leistungsempfänger wird, selbst wenn er zu einer stärkeren Ausübung seiner Autonomie in der Lage wäre.<sup>78</sup>

### **6.3.2 Leistungsvoraussetzungen für die Verordnung und Vergabe von Psychopharmaka**

Im Folgenden werden die Allgemeinen Leistungsvoraussetzungen der Psychopharmakaversorgung dargestellt, wobei insbesondere die Problemfelder behandelt werden, die sich aufgrund der speziellen Konstellation in der stationären Pflege ergeben.

Diese Leistungsvoraussetzungen der Versorgung eines Heimbewohners mit Psychopharmaka sind unter verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Einerseits stellt sich die Frage, ob die allgemeinen arzt- und berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Psychopharmakaversorgung erfüllt sind. Des Weiteren ist danach zu unterscheiden, ob die Psychopharmakaversorgung zu Lasten der GKV erbracht werden darf, was in einigen Punkten zu einer Überlagerung des allgemeinen Arzt- und Berufsrechts führt.<sup>79</sup> In der GKV richten sich die Voraussetzungen der Psychopharmakaversorgung nach den allgemeinen Voraussetzungen für die Arzneimittelversorgung der §§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, 31 Abs. 1 SGB V und dem System der untergesetzlichen Normierung. Liegen die jeweiligen Voraussetzungen nicht vor, darf eine Psychopharmakaverordnung zulasten der GKV nicht erfolgen. Jedoch ergibt sich aus der Möglichkeit, dass mangels bestimmter Leistungsvoraussetzungen ein Versicherungsanspruch auf die Sachleistung der GKV nicht begründet ist, kein Verbot der Psychopharmakabehandlung. Vielmehr hat der Heimbewohner die Möglichkeit, die Psychopharmakabehandlung nach vorheriger Aufklärung im Wege einer privatärztlichen Behandlung zu finanzieren.<sup>80</sup> In der folgenden Darstellung bleiben die

<sup>76</sup> Igl, VSSR 1978, S. 201, 203; Klie, ZRP 2002, S. 504, 507.

<sup>77</sup> Klie, ZRP 2002, S. 504, 507.

<sup>78</sup> Igl, VSSR 1978, S. 201, 203.

<sup>79</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 683.

<sup>80</sup> Katzenmeier, NVersZ 2002, S. 537, 538; Krause, SGB 1982, S. 425, 431.

Leistungsvoraussetzungen der PKV jedoch unberücksichtigt, einerseits, weil es sich bei den betrachteten Heimbewohnern fast ausschließlich um Versicherte der GKV handelte,<sup>81</sup> und andererseits, weil es sich bei der PKV um ein System der Kostenerstattung handelt, welches die Verordnungsmöglichkeiten des behandelnden Arztes eben nicht einschränkt.

Weiterhin müssen für die Vergabe der Psychopharmaka durch das Altenpflegeheim bzw. durch dessen Pflegekräfte die Voraussetzungen der Pflegeversicherung vorliegen. Liegen diese nicht vor, dann hat dies zur Konsequenz, dass die erbrachten Leistungen nicht in den Leistungskatalog des SGB XI bzw. des Pflegeversicherungsvertrages i.V.m. § 4 Nr. 12 MB/PPV und Nr. 7.1 des Tarifs PV fallen. Schließlich wird, integriert in die zuvor genannten Punkte, auf Fragen der Autonomie der Heimbewohner und deren Sicherstellung eingegangen, sowie auf Fragen der konkreten Durchführung der medizinischen Behandlungspflege und der Pflegedokumentation.

### **6.3.2.1 Allgemeine arzt- und berufsrechtliche Leistungsvoraussetzungen der Psychopharmakabehandlung**

#### Herstellung des Arztkontaktes durch die Pflegekräfte – Freie Arztwahl

Wenn der Versicherte über Beschwerden klagt bzw. Krankheitssymptome erkennbar sind, ist es notwendig, dass der Heimbewohner eine ärztliche Behandlung, zumindest zur Untersuchung, erhält. Dafür bedarf es der Herstellung eines Arztkontaktes zwischen dem Heimbewohner und dem behandelnden Arzt. Dieser Kontakt kann häufig nicht selbst von dem Heimbewohner hergestellt werden. Einerseits kann dies daran liegen, dass der Heimbewohner aufgrund der Beschwerden oder aufgrund seines pflegebedürftigen Zustandes nicht dazu in der Lage ist. Andererseits haben viele Heimbewohner kein geeignetes Kommunikationsmittel zu ihrer unmittelbaren Verfügung, so dass sie schon allein deshalb auf die Kooperation mit den Pflegekräften angewiesen sind. Für den Heimträger erwächst die Herstellung des Arztkontaktes zumindest als Nebenpflicht aus dem Heimvertrag bzw. aus § 2 Nr. 3 des Heimvertrages (vgl. Kap. 6.3.1.3), den er mit dem Bewohner abgeschlossen hat, was dazu führt, dass er sicherstellen muss, dass der Heimbewohner einen Zugang zu der ärztlichen Leistung erhält (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen zur Stufe 4 und 6**).

Dabei ist jedoch ein wesentliches Prinzip zu beachten, nämlich das in § 76 Abs. 1 SGB V, in der Berufsordnungen, z.B. in § 7 Abs. 2 BO-Ä Hessen und in § 4 Abs. 2 MB/KK garantierte Recht der freien Arztwahl. Dieses verkürzt sich im System der GKV für die Versicherten in der Regel auf die niedergelassenen Vertragsärzte.<sup>82</sup>

<sup>81</sup> Vgl. Kap. 5.1.

<sup>82</sup> Krauskopf-Krauskopf, § 76 SGB V, Rn. 3; LPK-Auktor, § 76 SGB V, Rn. 2; Hauck/Noftz-Glückmann, § 76 SGB V, Rn. 12.

Inwieweit dieses Recht der freien Arztwahl in dem untersuchten Altenpflegeheim tatsächlich immer garantiert wird, kann wohl nicht abschließend festgestellt werden. Allerdings gibt es Indizien, die einen Einfluss des Heims auf die Arztwahl vermuten lassen.

Im Ergebnis zeigte sich, dass es verschiedene Arztgruppen gibt, zu denen in den 56 untersuchten Fällen ein Kontakt besteht. Allen voran existieren Beziehungen zu den Allgemeinmediziner, des Weiteren zu Neurologen, Augenärzten, HNO – Ärzten, usw. (vgl. Kap.5.1). Anhand der in Kapitel 5.1 aufgeführten Zahlen kann man bei der psychiatrischen bzw. neurologischen Versorgung feststellen, dass bei keinem Heimbewohner der Neurologe/Psychiater nach dem Heimeintritt mit dem vorherigen Leistungserbringer identisch war. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass insgesamt nur 5 Neurologen 44 Heimbewohner versorgt haben, wovon einer immerhin 33 Patienten abgedeckt und somit die Mehrheit der 56 in die Studie einbezogenen Heimbewohner versorgt hat. Anders stellt sich die Situation bei den Allgemeinmediziner dar. Hier haben immerhin 12 verschiedene Allgemeinmediziner die 56 Patienten behandelt (von denen einer höchstens 15 Patienten hatte). Das zeigt, ebenso wie die Tatsache, dass immerhin 6 der 56 Heimbewohner ihren Hausarzt nach dem Heimeintritt beibehalten haben (vgl. Kap.5.1), dass eine freie Arztwahl in dem untersuchten Altenpflegeheim möglich ist und auch ausgeübt werden kann. Einen besonders seltenen Beleg findet man in der Tatsache, dass einige der gesetzlichen Betreuer sogar einen regelmäßigen Praxisbesuch für ihren Heimbewohner organisiert haben (vgl. Kap 5.3 – Epikrise XI). Allerdings ist in den fachärztlichen Bereichen jeweils eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Konzentration der Patientenzahlen bei einem oder zwei Mitglieder der Facharztgruppe zu erkennen (vgl. Kap. 5.1). Das spricht dann wiederum dafür, dass bei fehlendem Drang des Heimbewohners bzw. seines Betreuers von seinem Wahlrecht aktiv Gebrauch zu machen, eine Steuerung von Seiten des Heimes stattfindet.

Auswirkungen könnten diese Vermutungen im Hinblick auf die hier zu untersuchende Fragestellung der Psychopharmakaversorgung haben, wenn sich feststellen ließe, dass durch das faktische Vermittlungsmonopol des Heimträgers eine Marktmacht entsteht, welche zu einem gewissen Einfluss der Mitarbeiter des Pflegeheims auf die Behandlungsentscheidung und damit auf die Psychopharmakaverordnung bzw. –absetzung entstehen bzw. diese befürchten ließe. Eine solche Einflussnahme auf den behandelnden Arzt könnte möglicherweise bei 4 Fällen vorgelegen haben, wobei dies nur für einen Fall gesichert nachgewiesen werden konnte (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.63, vgl. Kap. 5.3 – Epikrise I).

Daher sollte das Recht des Heimbewohners auf freie Arztwahl durch die Pflegekräfte beachtet und dessen Ausübung gefördert werden. Verzichtet der Heimbewohner trotzdem auf sein Recht der freien Arztwahl, dann sollten die Pflegekräfte im Behandlungsfall, nach Einwilligung des Heimbewohners bzw. seines

gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten eine optimale Haus- oder Fachärztliche Versorgung organisieren. (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen zur Stufe 4 und 6**).

#### Pflicht zur Übernahme der Behandlung durch die angesprochenen Ärzte

Bei der Herstellung des Arztkontaktes kommt es häufig zu Schwierigkeiten, die einerseits die faktische Durchsetzung des Rechtes des Heimbewohners auf die freie Arztwahl erschweren und andererseits den Aufwand für die Erfüllung der nebenvertraglichen bzw. vertraglichen Pflicht zur Herstellung des Arztkontaktes durch den Heimträger erhöhen. Dadurch wird die Motivation auf Seiten des Heimträgers erhöht, dass man zu einer Kooperation mit einem oder nur wenigen Ärzten gelangt. Dieses Problem besteht nach Aussage der Pflegenden darin, dass viele Ärzte nicht bereit sind, die Behandlung der Heimbewohner zu übernehmen. Der Hauptgrund für die zurückhaltende Bereitschaft zur Übernahme der ärztlichen Behandlung ist wohl darin zu sehen, dass der behandelnde Arzt in den meisten Fällen zur Behandlung in das Altenpflegeheim kommen muss. Dies scheitert nach den Aussagen von Mitgliedern aller beteiligten Berufsgruppen an der Tatsache, dass die Heimbesuche zu zeitaufwendig seien, bzw. nicht ausreichend vergütet werden, um ein hinreichendes Motivationsmoment darzustellen (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen zur Stufe 6**).

Diese Problematik wirft die Frage auf, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Arzt die Behandlung des Heimbewohners ablehnen darf. Zunächst lässt sich dazu feststellen, dass der Arzt gemäß § 1 Abs. 1 BO-Ä Hessen einen freien Beruf ausübt und gemäß § 7 Abs. 2 S. 2 BO-Ä Hessen frei ist, eine Behandlung abzulehnen, wenn dieses Recht nicht durch besondere rechtliche Verpflichtungen eingeschränkt wird oder ein Notfall vorliegt.<sup>83</sup> Also stellt sich die Frage, ob nicht besondere rechtliche Regelungen die Freiheit zur Behandlungsablehnung durchbrechen.

Hier muss allerdings wieder zwischen dem Vertragsarzt und dem Privatarzt unterschieden werden. Für den Erbringer privatärztlicher Leistungen lässt sich aus keinem Gesetz eine Behandlungspflicht konstruieren.<sup>84</sup> Vielmehr kann sich der Privatarzt außer in Notfällen auf Art. 2 Abs. 1 GG stützen, konkretisiert in dem Grundsatz der zivilrechtlichen Vertragsfreiheit.<sup>85</sup>

Anderes gilt für den Vertragsarzt. Er ist durch seine Zulassung grundsätzlich gemäß § 95 Abs. 3 SGB V zur vertragsärztlichen Behandlung berechtigt und verpflichtet. Dabei ergibt sich aus § 13 Abs. 7 BMV-Ä, dass er die Behandlung von Versicherten der GKV nur in begründeten Fällen ablehnen kann. Ein anerkannter Grund für die Behandlungsablehnung ist, dass der Vertragsarzt überlastet ist.<sup>86</sup> Dieser anerkannte Ausnahmetatbestand dürfte in den oben dargestellten Fällen die Ablehnung der medizinischen

<sup>83</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 52, Rn. 3; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 14.

<sup>84</sup> Hecker, MedR 2001, S. 224; Deutsch/Spickhoff, Rn. 81.

<sup>85</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 52, Rn. 3; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 14; siehe zu den Ausnahmekonstellationen: Deutsch/Spickhoff, Rn. 81.

<sup>86</sup> Hecker, MedR 2001, S. 224, 226; LPK – Adelt, § 95 SGB V, Rn. 37; KassKom - Hess, § 95 SGB V, Rn. 61.

Behandlung der Heimbewohner in einer zulässigen Weise begründet bzw. eine plausible Begründung ermöglicht haben. Generell dürfte es den Vertragsärzten nicht schwer fallen, diesen Ausnahmetatbestand plausibel zu begründen.

### Ärztliche Leistungspflichten nach der Behandlungsübernahme

Aufgrund der Übernahme der Behandlung hat der Arzt konkrete Pflichten zu erfüllen. Diese richten sich nach den jeweiligen Regelungen, die dem Rechtsverhältnis zu Grunde liegen. Jedoch soll nun erst einmal unabhängig von der jeweiligen versicherungsrechtlichen Grundlage untersucht werden, wann der Heimbewohner eine Psychopharmakabehandlung erhalten darf, wenn er sie nicht im Rahmen des Sachleistungssystems eines gesetzlichen Krankenversicherungsverhältnisses erhält, sondern er sie sich selbst oder sie ihm von seinem Betreuer beschafft wird. In diesem Fall liegt der Psychopharmakabehandlung ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag gemäß § 611 BGB zugrunde, wobei es sich in der Regel um einen Dienstvertrag handelt.<sup>87</sup> Dieser ist üblicherweise auf eine fachgerechte ärztliche Versorgung und auf die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten gerichtet, wobei er keine Erfolgsgarantie enthält.<sup>88</sup> Darüber hinaus ist der behandelnde Arzt an die speziellen berufsrechtlichen Normen wie zum Beispiel die der BO-Ä Hessen gebunden.

### *Persönliche Leistungserbringungspflicht*

Gemäß § 613 BGB muss der behandelnde Arzt die Leistung im Zweifel selbst erbringen. Dabei handelt es sich jedoch lediglich um eine Auslegungsvorschrift.<sup>89</sup> Des Weiteren kommt auch in § 19 S.1 BO-Ä Hessen und § 4 Abs. 2 GOÄ der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringungspflicht des Arztes zum Ausdruck. In diesen Normen ist das Verbot enthalten, ärztliche Maßnahmen auf Dritte zu übertragen.<sup>90</sup> Das bedeutet jedoch nicht, dass der behandelnde Arzt sämtliche Tätigkeiten selbst ausführen muss. Vielmehr darf er sich der Hilfe Dritter bedienen.<sup>91</sup> Jedoch darf sich die Übertragung der Aufgaben nicht auf den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit erstrecken, worunter solche Aufgaben zu verstehen sind, für die ärztliches Fachwissen erforderlich ist, wie zum Beispiel die Erstellung der Diagnose oder des Therapieplans oder auch einer konkreten Therapieeinzelentscheidung.<sup>92</sup> Diese Pflicht des Arztes wird

<sup>87</sup> Deutsch/Spieckhoff, Rn. 85.

<sup>88</sup> Deutsch/Spieckhoff, Rn. 89; MüKo - Wagner, § 823 BGB, Rn. 643.

<sup>89</sup> Deutsch/Spieckhoff, Rn. 86.

<sup>90</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 47, Rn. 1; Deutsch/Spieckhoff, Rn. 86; Köhler-Fleischmann, S. 104; Kuhla, MedR 2003, S. 25, 28; Klie, S. 171; Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 144; Sträßner, MPR 2002, S. 95, 99.

<sup>91</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 47, Rn. 2; Deutsch/Spieckhoff, Rn. 86.

<sup>92</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 47, Rn. 2; Köhler-Fleischmann, S. 104; Kuhla, MedR 2003, S. 25, 28; Klie, S. 171; Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 144; Sträßner, PKR 2002, S. 95, 99.

jedoch insbesondere bei der Frage der Delegationsfähigkeit von Leistungspflichten interessant und daher im Kapitel „Durchführung der medizinischen Behandlungspflege“ besprochen.<sup>93</sup>

### *Ärztliche Leistungspflichten*

Die konkreten Leistungspflichten des Arztes beziehen sich bei Behandlungsbeginn auf die Erstellung der Anamnese, der Untersuchung des Patienten, der Diagnoseerstellung und der Indikationserstellung (vgl. auch die gerontopsychiatrische Diskussion – Kap. 6.1.4).<sup>94</sup>

Die Anamnese betrifft die Ermittlung der Vorgeschichte einer aktuellen Krankheit und ist unverzichtbarer Bestandteil der Diagnostik.<sup>95</sup> Besonders hervorzuheben ist neben der Eigenanamnese auch die Medikamentenanamnese.<sup>96</sup> In diesem Zusammenhang konnte in der Studie festgestellt werden, dass bei vielen der mit Psychopharmaka behandelten Heimbewohner kein Kontakt zwischen den behandelnden Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen bzgl. der Vorerkrankungen und der Arzneimittelverordnung bestand. Über diesen Zustand haben sich viele der interviewten Ärzte beschwert oder ihn zumindest als verbesserungsbedürftig erachtet. Der Grund für diesen Missstand liege in der mangelnden Zeit bzw. in der mangelnden Kooperationsbereitschaft der Kollegen. Demzufolge findet kaum ein persönliches Gespräch und nur selten ein Arztbriefwechsel zwischen den verschiedenen behandelnden Ärzten statt (vgl. Kap. 5.3 – Epikrise I, II, III, IV, VIII, IX). Der Informationsfluss bezüglich der jeweils verordneten Psychopharmaka findet in diesen Situationen ausschließlich über die Pflegedokumentation statt. Dieser Befund ist verbesserungsbedürftig, was etwa mit regelmäßigen Fallkonferenzen zwischen den Pflegenden und den behandelnden Ärzten bzw. durch ein Forum zum gezielten und transparenten Austausch von relevanten Informationen, etwa im Rahmen der Pflegedokumentationen erreicht werden könnte. (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 7, 12 und 14**). Dafür bedarf es jedoch, da es sich um den Austausch von personenbezogenen Gesundheitsdaten handelt, der Einwilligung des Heimbewohners bzw. seines gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten und der Entbindung der Ärzte von ihrer Schweigepflicht.<sup>97</sup>

Des Weiteren ist der behandelnde Arzt verpflichtet, mit den Mitteln und Möglichkeiten der modernen Diagnostik zu untersuchen.<sup>98</sup> Im Anschluss daran muss der Arzt die Krankheitssymptome durch die Erhebung der üblichen Befunde verfolgen und die erhobenen Befunde mit der nötigen Sorgfalt

<sup>93</sup> Vgl. Kap. 6.3.2.4.

<sup>94</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 49, 50, 51; Staudinger – Richardi, Vorbem. zu §§ 611ff. BGB, Rn. 1286.

<sup>95</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 48, Rn. 1 f.

<sup>96</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 48, Rn. 5.

<sup>97</sup> Staudinger – Richardi, Vorbem. zu §§ 611ff. BGB, Rn. 1286.

<sup>98</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 49, Rn. 1; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 23.

interpretieren.<sup>99</sup> Er muss also eine Diagnose erstellen bzw. eine Indikation für eine Heilbehandlung erstellen,<sup>100</sup> wobei er nicht blind auf die Medikationsempfehlung anderer Ärzte vertrauen darf.<sup>101</sup> (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 6**).

### *Heilbehandlung lege artis*

Darüber hinaus schuldet der Arzt seinem Patienten eine Heilbehandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst, die auf die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten gerichtet ist.<sup>102</sup> (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 7, 14**). Dazu gehört insbesondere die Verordnung von Arzneimitteln. Allerdings stellt sich die Frage, was unter einer fachgerechten ärztlichen Behandlung zu verstehen ist. Diesbezüglich ist davon auszugehen, dass die Behandlung dem geltenden medizinischen Standard des Fachgebietes entsprechen muss.<sup>103</sup> Die Konkretisierung der Regeln der ärztlichen Kunst bzw. des geltenden Standards erfolgt durch die Wissenschaft,<sup>104</sup> deren Ergebnisse sich im Fachschrifttum sowie in den ärztlichen Leitlinien der Fachgesellschaften wiederfinden.<sup>105</sup> Bei letzteren handelt es sich um wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen, die als Entscheidungshilfe über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen dienen.<sup>106</sup> Diese als Leitlinien bezeichneten Empfehlungen sind jedoch strikt von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu trennen, insbesondere in Bezug auf deren Verbindlichkeit im System der GKV.<sup>107</sup> Die medizinische Beurteilung der in dem Altenpflegeheim vorgefundenen Psychopharmakatherapien fand anhand solcher, in den USA sogar in Gesetzesform gegossener Leitlinien statt, die speziell auf die Psychopharmakabehandlung in Altenpflegeheimen ausgerichtet sind (vgl. gerontopsychiatrische Diskussion Kap. 6.1). Dabei konnte festgestellt werden, dass die Verordnungspraxis, insbesondere hinsichtlich der Auswahl des verordneten Psychopharmakons und hinsichtlich der Dauer der Psychopharmakamedikation, häufig nicht den Anforderungen der Leitlinien gerecht werden konnte (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.55 – 5.60, Abb. 5.67).

Jedoch sind die veröffentlichten Erkenntnisse der medizinischen Leitlinien grundsätzlich im Fluss bzw. stehen anderen therapeutischen Ansätzen gegenüber, so dass die Leitlinien keine Verbindlichkeit hinsichtlich der ärztlichen Sorgfaltspflichten statuieren können.<sup>108</sup> Somit können die oben aufgrund des Abweichens von den Leitlinien als kritisch dargestellten Fällen nicht ohne eine genauere Prüfung als

<sup>99</sup> BGHZ 99, 391, 396; BGH NJW 1993, 2375, 2377; Deutsch/Spickhoff, Rn. 89; Wagner – MüKo, § 823 BGB, Rn. 687.

<sup>100</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 50, Rn. 1.

<sup>101</sup> Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 27.

<sup>102</sup> Deutsch/Spickhoff, Rn. 89; MüKo - Wagner, § 823 BGB, Rn. 643.

<sup>103</sup> Palandt – Sprau, § 823 BGB, Rn. 135.

<sup>104</sup> Müko-Wagner, § 823 BGB, Rn. 678; Deutsch/Spickhoff, Rn. 163.

<sup>105</sup> Müko-Wagner, § 823 BGB, Rn. 678; Deutsch/Spickhoff, Rn. 163; Schimmelpfeng – Schütte, ZRP 2004, S. 253, 257.

<sup>106</sup> Ratzel – Ratzel, § 11 MBO-Ä, Rn. 5; Deutsch/Spickhoff, Rn. 163; Francke, SGB 2000, S. 159, 160; Axer, Rn. 34.

<sup>107</sup> Hart, MedR 1998, S. 8, 12; Zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vgl. Kap. 6.3.2.2.

rechtswidrig bezeichnet werden. Zwar können die Leitlinien einen Hinweis auf den medizinischen Standard geben, jedoch bleibt es einem Patienten zum Beispiel im Arzthaftungsprozess offen, den Nachweis eines Behandlungsfehlers zu führen, auch wenn sich der Arzt an die Leitlinien gehalten hat.<sup>109</sup> Folglich hängt die Bewertung der verschiedenen Ansätze von dem behandelnden Arzt ab, so dass grundsätzlich das Prinzip der Therapiefreiheit gilt.<sup>110</sup> Davon geht auch § 11 Abs. 1 BO-Ä Hessen aus, durch den der behandelnde Arzt verpflichtet ist, den Patienten mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu versorgen.<sup>111</sup> Das bedeutet, dem behandelnden Arzt steht ein Beurteilungsspielraum hinsichtlich der Therapieentscheidung in der Hinsicht zu, dass er im Einzelfall von wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen (den etablierten Mehrheitsmeinungen in der Wissenschaft) abweichen kann, wenn er den Heimbewohner in einer anderen, von ihm bevorzugten Art und Weise behandeln will.<sup>112</sup> Jedoch muss er die Maßnahmen ergreifen, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt vom Stand seines Faches erwartet werden dürfen. Dabei ist für diesen Fall zwingende Voraussetzung, dass der Heimbewohner bzw. dessen gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter nach der Aufklärung über die Heilungschancen und alternative Behandlungsmethoden der vorgeschlagenen Behandlung zugestimmt hat, bzw. alle anderen alternativen Behandlungsmethoden abgelehnt hat.<sup>113</sup> Die Grundlage der Therapiefreiheit fußt letztlich auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten.<sup>114</sup> Begrenzt wird die Therapiefreiheit außerdem durch die Sittenwidrigkeit, das ärztliche Berufsrecht, die GOÄ und das Erfordernis, dass die gewählte Behandlungsmethode nicht objektiv erfolglos oder kontraproduktiv sein darf.<sup>115</sup> Folglich ist eine Psychopharmakabehandlung dann nicht mehr durch die Therapiefreiheit gedeckt, wenn der Arzt erkennen muss, dass die gewählte Behandlungsmethode nicht wirksam ist, und dem Heimbewohner durch die Behandlung gesundheitliche Gefahren drohen,<sup>116</sup> sowie wenn er erkennen muss, dass eine Psychopharmakabehandlung nicht so wirksam ist wie alternative Behandlungsmethoden, die von dem Patienten nicht abgelehnt wurden.<sup>117</sup> Allerdings bleibt im Ergebnis festzuhalten, dass sich der behandelnde Arzt grundsätzlich auf die Therapie-/Methodenfreiheit für seine Behandlungsentscheidung berufen kann, wenn die oben genannten Voraussetzungen vorliegen. Jedoch muss die ärztliche Leistung grundsätzlich gemäß § 1 Abs. 2 GOÄ nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht werden und medizinisch notwendig sein, wenn er dafür eine Vergütung verlangen will.

<sup>108</sup> Ratzel – Ratzel, § 11 MBO-Ä, Rn. 5 f.; Hart, MedR 1998, S. 8, 14; MüKo-Wagner, § 823 BGB, Rn. 677; Francke, SGB 2000, S. 159, 160. Zur Bedeutung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vgl. Kap. 6.3.2.2.

<sup>109</sup> Hart, MedR 1998, S. 8, 14; MüKo-Wagner, § 823 BGB, Rn. 677.

<sup>110</sup> Schulin-Schneider, § 22, Rn. 34; Ratzel – Ratzel, § 11 MBO-Ä, Rn. 1; Schmid, NJW 1986, S. 2339, 2341; MüKo - Wagner, § 823 BGB, Rn. 679.

<sup>111</sup> Hart, MedR 1998, S. 8, 14; Ratzel – Ratzel, § 11 MBO-Ä, Rn. 2.

<sup>112</sup> Schmid, NJW 1986, S. 2339, 2340; BGH NJW 1991, 1535, 1537.

<sup>113</sup> BGH NJW 1991, 1535, 1536; Schmid, NJW 1986, S. 2339, 2341; MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 679.

<sup>114</sup> BGH NJW 1991, 1535, 1536; Zu der streitigen Grundlage der Therapiefreiheit siehe auch Schmid, NJW 1986, S. 2339 ff.

<sup>115</sup> BGH NJW 1991, 1535, 1536; OVG Münster, NWVBl. 1997, 66, 67; Ratzel – Ratzel, § 11 MBO-Ä, Rn. 2; MüKo - Wagner, § 823 BGB, Rn. 679.

<sup>116</sup> Schmid, NJW 1986, S. 2339, 2341.

Im Zusammenhang mit der Frage nach der fachgerechten ärztlichen Versorgung konnte in dem untersuchten Altenpflegeheim festgestellt werden,

- dass in 9 der 13 analysierten Fällen unerwünschte Nebenwirkungen (wie z.B. Sedierungen) die Psychopharmakotherapie begleiteten (vgl. Kap. 6.1.4 – gerontopsychiatrische Diskussion; vgl. Epikrise I, II, III, V, VI, VIII, IX, X).
- dass bei 9 der 56 in die Studie einbezogenen Heimbewohnern Hinweise vorliegen, dass die Arzneimitteltherapie nicht wirksam (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.65) bzw. in 27 von 56 Fällen nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprochen haben könnte (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.67) bzw. dass bei 25 der 56 untersuchten Heimbewohner keine bzw. zum Teil keine ausreichende Indikation für die Psychopharmakabehandlung vorliegen könnte (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.51; ebenso vgl. gerontopsychiatrische Diskussion Kap. 6.1; ebenso Epikrise I, II, III, V, VI, VIII, IX, X).

Diese Defizite könnten möglicherweise mit ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen behoben werden (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 6**).

Ein weiterer interessanter Punkt betrifft die ärztliche Verordnung. Ein Sachverhalt, den die Untersuchung im Altenpflegeheim zutage gefördert hat, ist, dass in mehreren Fällen die Verordnung der Psychopharmaka aufgrund von telefonischer Schilderung der Beobachtungen der Pflegekräfte erfolgte. Der Grund dafür liegt wohl darin, dass die behandelnden Ärzte sich nicht dazu in der Lage sahen, zeitnah in das Altenpflegeheim zu kommen, um den Patienten zu untersuchen. Allerdings ist der Arzt aufgrund der Übernahme der Behandlung des Versicherten verpflichtet, den Heimbewohner persönlich zu untersuchen, die Diagnose zu stellen, sowie den Behandlungsplan zu erstellen.<sup>118</sup> Eine telefonische Ferndiagnose oder Fernbehandlung ist daher nicht ausreichend und verstößt gegen den ärztlichen Pflichtenkatalog, was zu Regressansprüchen, sowie zu einer Verurteilung vor den Berufsgerichten führen kann.<sup>119</sup> Eine Telefonuntersuchung bzw. eine Fernbehandlung liegt immer dann vor, wenn der behandelnde Arzt ohne jede Voruntersuchung aufgrund der Übermittlung von Symptomen oder Befunden die Diagnose erstellt und/oder eine Behandlung anordnet.<sup>120</sup> Im Fall der Psychopharmakaverordnung könnte diese aufgrund der Versendung eines Rezeptes für verschreibungspflichtige Medikamente nach einer vorherigen telefonischen Untersuchung vorliegen.

In dem untersuchten Altenpflegeheim liegen in einigen Fällen Hinweise vor, dass eine solche Fernbehandlung stattgefunden haben könnte, wobei dies im Einzelnen anhand der Heimdokumentationen nicht mehr exakt nachvollzogen werden konnte (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.62 und 5.64). Denn einerseits

<sup>117</sup> BGH NJW 1960, S. 2253; BGH NJW 1962, S. 1780, 1782; Schmid, NJW 1986, S. 2339, 2341.

<sup>118</sup> Vgl. Kap. 6.3.2.1.

<sup>119</sup> OVG Münster, NJW 2003, S. 2332; Uhlenbruck-Laufs, § 53, Rn. 16; Ratzel – Lippert, § 7 MBO-Ä, Rn. 25.

besteht in den Pflegeakten auch immer das Risiko der fehlerhaften Dokumentation und andererseits gibt es Situationen in denen eine grundsätzlich unzulässige Fernbehandlung ausnahmsweise zulässig sein kann.<sup>121</sup>

So stellt sich die Situation in den Fällen dar, in denen der behandelnde Arzt zu einem Notfall gerufen wird und in denen die Ärzte sich telefonisch über den Zustand des Patienten informieren und bis zu ihrem Eintreffen einstweilige Anweisungen erteilen.<sup>122</sup> Außerdem kann eine telefonische Therapieanweisung dann zulässig sein, wenn der Heimbewohner bereits in Behandlung bei dem Arzt ist, dieser das Krankheitsbild des Patienten genau kennt und dieser in den nächsten Tagen entweder aufgrund der telefonischen Anordnung zu einem Hausbesuch kommt, oder er sowieso demnächst zu einem Hausbesuch gekommen wäre.<sup>123</sup> Diesbezüglich sieht Nr. 11 der Arzneimittelrichtlinie (AMR) des Gemeinsamen Bundesausschusses und § 15 Abs. 2 BMV-Ä vor, dass eine Arzneimittelverordnung durch den behandelnden Kassenarzt nur zulässig ist, wenn er sich von dem Zustand des Versicherten überzeugt hat oder er ihm aus seiner Behandlung bekannt ist. Daher dürfte eine telefonische Erstverordnung in der Regel unzulässig sein (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 6**).

In den oben angesprochenen Fällen des untersuchten Altenpflegeheims wird jedoch der Ausnahmetatbestand zumeist erfüllt gewesen sein, da die behandelnden Ärzte in relativ regelmäßigen Abständen zur Visite in das Altenpflegeheim kommen (Hausärzte ein mal in 1 – 2 Wochen pro Patient, Neurologen/Psychiater ein mal in 2 – 4 Wochen) und der Patient dem behandelnden Arzt in der Regel aus der Behandlung bekannt war (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.56 und 5.57). Anders könnte es sich aber bei einer Erstverordnung verhalten.

Ebenso könnte unter das Verbot der Fernbehandlung fallen, dass in der Praxis des untersuchten Altenpflegeheims in 4 der 5 Wohnbereiche, der Apotheker den behandelnden Arzt anruft und ihm nach seiner Ausführung der wöchentlichen Vordosierung der verordneten Arzneimittel mitteilt, dass die Arzneimittel eines Heimbewohners zur Neige gehen, und der Arzt dann ein neues Rezept ausstellt und es an den Apotheker sendet. Dies entspricht der Handhabe der oben beschriebenen Fernbehandlung. Allerdings betrifft diese Praxis wiederum nur die Weiterverordnung von Psychopharmaka, so dass auch hier in der Regel, aufgrund der regelmäßig folgenden Arztvisiten und der ärztlichen Kenntnis des Krankheitsbildes, der Ausnahmetatbestand erfüllt sein dürfte.

Darüber hinaus ist problematisch, dass in einigen Fällen die Pflegekräfte ihrer Erwartungshaltung gegenüber dem behandelnden Arzt Ausdruck verliehen haben, um eine Weiterverordnung eines

---

<sup>120</sup> Uhlenbruck-Laufs, § 53, Rn. 16.

<sup>121</sup> Ratzel – Lippert, § 7 MBO-Ä, Rn. 22; Uhlenbruck-Laufs, § 50, Rn. 17.

<sup>122</sup> Uhlenbruck-Laufs, § 50, Rn. 17.

bestimmten Psychopharmakons zu erreichen (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.62). Denn der behandelnde Arzt darf sich davon in seiner Therapieentscheidung nicht beeinflussen lassen, da es sich insoweit um eine nicht delegierbare persönliche Leistungserbringungspflicht handelt.<sup>124</sup> Darüber hinaus wurde dieser Gedanke auch in § 2 Abs. 4 BO-Ä Hessen normiert, wonach Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen dürfen (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 7**). Dass gegen diesen Grundsatz verstoßen wurde, konnte gesichert für einen Fall nachgewiesen werden (vgl. Kap. 5.3 – Epikrise I; vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.63).

### Autonomie des Heimbewohners

Die Autonomie des Heimbewohners wird über das in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art 2 Abs. 2 GG verbürgte allgemeine Persönlichkeitsrecht, sowie das Recht auf körperliche Unversehrtheit gemäß § 2 Abs. 2 GG, welche im öffentlich-rechtlichen Bereich Abwehrrechte des Bürgers darstellen, geschützt. Dieser Schutzgedanke entfaltet sich aber auch in zivilrechtlichen Rechtsbeziehungen als Teil einer objektiven Wertordnung über die Generalklauseln und legt dann das Erfordernis zugrunde, dass der Heimbewohner in ärztliche Heilbehandlungen und damit auch in die Psychopharmakotherapie einwilligen muss.<sup>125</sup> Wird eine solche Einwilligung von dem behandelnden Arzt nicht eingeholt, so erfüllt die Maßnahme den Tatbestand der Körperverletzung und kann sowohl strafrechtliche als auch zivilrechtliche Konsequenzen haben.<sup>126</sup> Diesbezüglich wurden auch berufsrechtliche Vorschriften in der BO-Ä (Hessen) normiert und auf dieser Grundlage Empfehlungen entwickelt.

Die Einwilligung des Heimbewohners/Patienten erfordert, dass dieser frei von Zwängen in die Heilbehandlung einwilligen kann.<sup>127</sup> Dies setzt zunächst voraus, dass er einwilligungsfähig ist, also dass er dazu in der Lage ist, die Bedeutung und die Tragweite der Entscheidung und des Eingriffs zu überblicken.<sup>128</sup> Es bedarf also der generellen Fähigkeit des Heimbewohners, die komplizierte Situation prinzipiell verstehen zu können. Ist er dazu nicht in der Lage, dann muss die Einwilligung durch einen gesetzlichen Betreuer oder einen Bevollmächtigten erfolgen, dessen Einwilligung möglicherweise sogar einer Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht bedarf.<sup>129</sup> Andererseits kann der Heimbewohner oder auch der berufene Vertreter die Tragweite der Entscheidung nur dann überschauen und beurteilen, wenn er von dem behandelnden Arzt ordnungsgemäß aufgeklärt wurde.<sup>130</sup>

<sup>123</sup> Ratzel – Lippert, § 7 MBO-Ä, Rn. 22; Uhlenbruck-Laufs, § 53, Rn. 17.

<sup>124</sup> Zu der Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen vgl. Kap 6.3.2.4.

<sup>125</sup> Glatz, S. 129; Hoppe, NJW 1998, S. 782; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 77.

<sup>126</sup> BGH, NStZ 1996, S. 34; BGH NJW 1956, S. 1106; Hoppe, NJW 1998, S. 782; Stolz, FamRZ 1993, S. 642, 643.

<sup>127</sup> Hoppe, NJW 1998, S. 782.

<sup>128</sup> BGHZ 29, 33, 36; Kern, NJW 1994, S. 753, 755; Wagner, SÄ 1994, S. 538, 542; BGH NJW 1956, S. 1106.

<sup>129</sup> Kern, NJW 1994, S. 753, 756.

<sup>130</sup> Hoppe, NJW 1998, S. 782; BGH NJW 1956, S. 1106; Deutsch/Spickhoff, Rn. 187.

### *Aufklärung durch den behandelnden Arzt*

Das Aufklärungserfordernis stellt eine wesentliche Voraussetzung dar, damit der Heimbewohner/Stellvertreter überhaupt in die Lage versetzt ist, eine Einwilligung zu erklären.<sup>131</sup> Für die Psychopharmakabehandlung der Heimbewohner ist es also unerlässlich, dass der behandelnde Arzt eine ordnungsgemäße Aufklärung der einwilligungspflichtigen Person durchführt (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 8 und 13**), denn die Aufklärung kann in zweifacher Weise für, oder bei einem Unterlassen gegen, den behandelnden Arzt wirken.<sup>132</sup> Einerseits besteht aus dem gesetzlichen bzw. vertraglichen Schuldverhältnis die positive Pflicht des Arztes zur Aufklärung und andererseits entfaltet die Aufklärung die negative Wirkung, dass sie im Rahmen eines geltend gemachten Schadensersatzanspruches aus § 823 Abs. 1 BGB die indizierte Rechtswidrigkeit der Rechtsgutsverletzung widerlegen kann.<sup>133</sup>

Daher ist die Frage zu beantworten, welche Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufklärung zu stellen sind. Dazu muss man jedoch im voraus die Funktion der Aufklärung bestimmen. Die erste Funktion besteht darin, dass der Patient vor Gesundheitsrisiken gewarnt werden soll.<sup>134</sup> Es handelt sich also um eine Beratungspflicht, die unabhängig von einer möglichen medikamentösen Behandlung besteht. Die zweite Funktion der Aufklärungspflicht besteht darin, der Autonomie des Patienten zu dienen.<sup>135</sup> Es handelt sich also um eine Selbstbestimmungsaufklärung. In ihrem Rahmen muss der Patient darüber informiert werden, wie sein Gesundheitszustand ist,<sup>136</sup> welche Folgen durch die Krankheit und die Psychopharmakatherapie zu erwarten sind,<sup>137</sup> wie die Erfolgsaussichten der Behandlung sind,<sup>138</sup> wie die Prognose ohne die Behandlung ist,<sup>139</sup> welche typischen Gefahren bestehen und ob es Behandlungsalternativen gibt.<sup>140</sup>

Problematisch ist bei der Psychopharmakaversorgung in einem stationären Altenpflegeheim außerdem, dass sich im Normalfall der Aufklärungsumfang danach bestimmt, welchen Tatsachen ein verständiger Mensch in der Lage des Patienten, so wie der Arzt sie kennt oder sie kennen sollte, Bedeutung beimessen würde, um eine Entscheidung über die angeratene Behandlung treffen zu können.<sup>141</sup> Denn der behandelnde Arzt ist in einem Altenpflegeheim in vielen Fällen mit der Situation konfrontiert, dass er aufgrund der kognitiven Defizite der Patienten gerade nicht einen verständigen Durchschnittsmenschen vor sich hat. Ist dieser durch seine Krankheit in seiner Verstandesreife so weit beeinträchtigt, dass er nicht

<sup>131</sup> Hoppe, NJW 1998, S. 782; BGH NJW 1956, S. 1106.

<sup>132</sup> Glatz, S. 223; BGH NJW 1992, 2354, 2355; Deutsch/Spickhoff, Rn. 187.

<sup>133</sup> Glatz, S. 223; Deutsch/Spickhoff, Rn. 190.

<sup>134</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 699; Glatz, S. 239.

<sup>135</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 699; Glatz, S. 239.

<sup>136</sup> OLG Frankfurt, NJW – RR – 95. 1048; Staudinger – Schäfer, § 823 BGB, Rn. 478; Wagner, SÄ 1994, S. 538, 542.

<sup>137</sup> BGHZ 90, 96, 99; Wagner, SÄ 1994, S. 538, 542; Wojnar, BtPrax 1999, S. 11; Deutsch/Spickhoff, Rn. 205.

<sup>138</sup> BGH, NJW 92, S. 1558, 1560; Glatz, S. 209; Wagner, SÄ 1994, S. 538, 542.

<sup>139</sup> BGH, NJW 92, S. 2354, 2355; Glatz, S. 209; Wagner, SÄ 1994, S. 538, 542.

<sup>140</sup> Glatz, S. 209; Wagner, SÄ 1994, S. 538, 542; Deutsch/Spickhoff, Rn. 213

mehr einwilligungsfähig ist, dann gestaltet sich die Situation in der Hinsicht einfach, dass die Aufklärung auf jeden Fall gegenüber dem gesetzlichen oder vertraglichen Vertreter des Heimbewohners erfolgen muss, sofern es eine solche Person gibt. Der Stellvertreter nimmt bezüglich der Aufklärung des Arztes also die Position des einwilligungsunfähigen Heimbewohners ein. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Aufklärung des Einwilligungsunfähigen bezüglich der Risiken und des Verlaufs der Behandlung unterlassen werden kann, solange dieser noch zu einem gewissen Maß den Ausführungen folgen kann.<sup>142</sup> Denn schließlich dient die Aufklärung auch dazu, dass die Compliance des Patienten und damit der Behandlungserfolg gefördert werden kann. Und außerdem hat auch der Nichteinwilligungsfähige ein Recht auf Information (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 8 und 13**).

Für den Umfang der Aufklärungspflicht kommt es also auf das individuelle Aufklärungsbedürfnis an, was zur Folge hat, dass den behandelnden Arzt gegenüber den Heimbewohnern eine stärkere Pflicht zur Aufklärung trifft, als gegenüber dem Durchschnittspatienten und einem informierten Patienten, je mehr seine Verstandesreife beeinträchtigt ist.<sup>143</sup>

Im Übrigen muss eine ordnungsgemäße Aufklärung rechtzeitig, in der richtigen Weise, inhaltlich richtig und in dem gebotenen Umfang erfolgen.<sup>144</sup> Das Erfordernis der Rechtzeitigkeit ist in der Praxis des dargestellten Geflechts der handelnden Personen im Rahmen der ambulanten Krankenbehandlung in der stationären Pflege eines der kritischen Gesichtspunkte. Durch dieses Kriterium soll erreicht werden, dass der Patient für die Einwilligung zu einer ärztlichen Heilbehandlung nicht unter einen zeitlichen Druck gesetzt wird, der dazu verleitet, eine übereilte Entscheidung zu treffen.<sup>145</sup> Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass hier in vielen Fällen ein gesetzlicher Betreuer oder ein Bevollmächtigter zugunsten seines Betreuten eine Entscheidung treffen muss, die er gegebenenfalls auch vor den Angehörigen oder dem Betreuten selbst oder dem Vormundschaftsgericht rechtfertigen muss, liegt die Bedeutung der rechtzeitigen Aufklärung darin, dass der Betroffene eine angemessene Frist zur Willensbildung erhält, innerhalb deren das Für und Wider der Psychopharmakatherapie abgewogen werden kann.<sup>146</sup> Wird von dem behandelnden Arzt also der letzte Zeitpunkt verpasst, zu dem eine rechtzeitige Aufklärung möglich gewesen wäre, macht das die Aufklärung fehlerhaft, was in der Konsequenz bedeutet, dass eine wirksame Einwilligung des Heimbewohners oder Betreuers fehlt. Zu welchem Zeitpunkt die Aufklärung stattgefunden haben muss, hängt von der Intensität des Eingriffs bzw. des damit verbundenen Risikos ab

---

<sup>141</sup> Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 91; Deutsch/Spickhoff, Rn. 213.

<sup>142</sup> Deutsch/Spickhoff, Rn. 244; BGH NJW 1956, 1106.

<sup>143</sup> Glatz, S. 255; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 105.

<sup>144</sup> Hoppe, NJW 1998, S. 782.

<sup>145</sup> Hoppe, NJW 1998, S. 782, 783.

<sup>146</sup> Hoppe, NJW 1998, S. 782, 783; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 105.

und lässt sich daher nicht allgemein für die Psychopharmakotherapie bestimmen. Vielmehr kommt es auch hier auf den Einzelfall an.

Allgemein lässt sich jedoch feststellen, dass die Aufklärung unabhängig vom jeweiligen Risiko der konkreten Psychopharmakotherapie vor dem Beginn der Therapie erfolgen muss. Gerade hier waren jedoch einige Probleme in der praktischen Umsetzung in dem Altenpflegeheim festzustellen. Denn in mehreren Fällen verlief die Kooperation der beteiligten Personen in der Weise, dass der Heimbewohner selbst einwilligungsunfähig war und es der Einwilligung des berufenen Stellvertreters bedurfte. Jedoch hat der behandelnde Arzt nach der Festlegung der Psychopharmakotherapie, in diesen Fällen keinen oder zu spät Kontakt zu dem gesetzlichen oder vertraglich bestellten Vertreter des Heimbewohners aufgenommen (vgl. Kap. 5.3 - Epikrise V, VI, VII, VIII, XI, XII, XIII). Vielmehr hat er das Rezept ausgestellt und die Anweisungen an die Pflegekräfte ausgegeben, bzw. diese durch sein Handzeichen bestätigt. Es hat in diesen Fällen also faktisch keine Aufklärung und keine Einwilligung durch den Vertreter des Heimbewohners stattgefunden. In einigen Fällen haben die Mitarbeiter des Altenpflegeheims zwar den Kontakt zwischen dem Stellvertreter und dem behandelnden Arzt in der Weise hergestellt, dass sie den Stellvertreter unterrichtet haben, bzw. ihn gebeten haben, Kontakt zu dem behandelnden Arzt aufzunehmen. Dies führt dann aber lediglich dazu, dass die notwendige Aufklärung vermutlich zu spät erfolgt ist, so dass die begonnene Psychopharmakotherapie nicht von einer wirksamen Einwilligung gedeckt war (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 8 und 13**).

Bei dem Betroffenen darf nicht der Eindruck entstehen, dass er sich nicht aus dem bereits in Gang gesetzten Geschehensablauf lösen kann.<sup>147</sup> Dies ist jedoch gerade der Fall, wenn die zuständige Person erst nach dem Beginn der Psychopharmakotherapie über diese aufgeklärt wird, während der Heimbewohner die Psychopharmaka bereits bei dem das Heim beliefernden Apotheker gekauft und eingenommen hat. Folglich kann man festhalten, dass hier die komplizierte Struktur der an der Psychopharmakotherapie beteiligten Personen zu einer Vernachlässigung der rechtzeitigen Aufklärung führt (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 8 und 13**).

Hinsichtlich der Form der Aufklärung ist anerkannt, dass diese auch mündlich erfolgen darf. Der Schriftform bedarf es also nicht.<sup>148</sup> Sie soll gemäß § 8 BO-Ä Hessen sogar der Einwilligung in einem persönlichen Gespräch vorausgehen.

Fraglich ist, wann der behandelnde Arzt die grundsätzlich gebotene Aufklärung unterlassen kann. Das ist erstens gegenüber dem Heimbewohner dann der Fall, wenn dieser bewusstlos oder urteilsunfähig ist, er

<sup>147</sup> Hoppe, NJW 1998, S. 782, 783.

<sup>148</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 724.

also die Bedeutung und die Tragweite der Ausführungen überhaupt nicht mehr verstehen kann.<sup>149</sup> Jedoch besteht die Aufklärungspflicht dann immer noch gegenüber dem gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Stellvertreter. Zweitens ist eine Aufklärung dann entbehrlich, wenn Gefahr im Verzug ist.<sup>150</sup> Das ist dann der Fall, wenn eine akute, schwere Gefährdung für Leib und Leben des Heimbewohners vorliegt oder droht.<sup>151</sup> In dieser Notlage ist der Arzt bzw. der Pfleger auch ohne eine vorliegende Einwilligung berechtigt, eine Psychopharmakabehandlung durchzuführen, wenn diese objektiv erforderlich ist.<sup>152</sup> Jedoch ist dieser Fall für die Psychopharmakabehandlung in stationären Altenpflegeeinrichtungen eher unbedeutend, da diese Fallgruppe durch die dargestellte Definition zeitlich begrenzt ist. Wenn also die Situation der Gefahr überstanden ist, lebt die Aufklärungspflicht wieder auf. Des Weiteren kann die Aufklärung unterlassen werden, wenn der einwilligungsfähige Betroffene auf die Aufklärung verzichtet hat.<sup>153</sup> Dafür ist jedoch eine unmissverständliche ausdrückliche oder konkludente Willenserklärung erforderlich.<sup>154</sup>

Eine letzte Ausschlussmöglichkeit bzw. Begrenzung der Aufklärungspflicht ist das von ärztlicher Seite oft geltend gemachte therapeutische Privileg. Dieses beinhaltet eine mögliche Rechtfertigung für das ärztliche Unterlassen der Aufklärung, wenn der Patient durch die Offenbarung der diagnostizierten Krankheiten oder der notwendigen Behandlungsmaßnahmen Schaden nehmen würde. Jedoch hat diese Frage für die vorliegende Untersuchung nicht so eine gravierende Bedeutung. Erkennbar wurde in dem Altenpflegeheim nur unter der Berufung auf den erstgenannten Ausnahmetatbestand die Aufklärung unterlassen, nämlich dann, wenn die behandelnden Ärzte davon ausgehen, dass der Patient den Inhalt der Aufklärung überhaupt nicht verstehen und beurteilen kann.

#### *Einwilligung des Heimbewohners bzw. durch dessen gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten*

Des Weiteren bedarf, basierend auf der dargestellten Aufklärung, jede ärztliche und jede pflegerische Maßnahme der Einwilligung des Heimbewohners oder im Falle von dessen Einwilligungsunfähigkeit, derjenigen von dessen Stellvertreter.<sup>155</sup> (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 8 und 13**)

Die Einwilligung des Heimbewohners/Stellvertreters ist keine Willenserklärung im Sinne von § 104 ff. BGB.<sup>156</sup> Vielmehr ist es lediglich eine rechtsgeschäftsähnliche Erklärung, so dass auch nicht die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen erforderlich ist, um eine rechtswirksame Einwilligung zu erteilen.<sup>157</sup>

<sup>149</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 719; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 112.

<sup>150</sup> Wojnar, BtPrax 1999, S. 11, 14; Wullweber, R & P 1989, S. 122.

<sup>151</sup> Wojnar, BtPrax 1999, S. 11, 14; Wullweber, R & P 1989, S. 122.

<sup>152</sup> Wojnar, BtPrax 1999, S. 11, 14; Wullweber, R & P 1989, S. 122.

<sup>153</sup> BGH MDR 1971, S. 918; Deutsch/Spickhoff, Rn. 247; Ratzel – Lippert, § 8 MBO-Ä, Rn. 13.

<sup>154</sup> BGH MDR 1971, S. 918; Deutsch/Spickhoff, Rn. 247; Ratzel – Lippert, § 8 MBO-Ä, Rn. 13.

<sup>155</sup> Hennies, MedR 1999, S. 242, 244; Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 2; Stolz, FamRZ 1993, S. 642, 643; Wullweber, R & P 1985, S. 122, 123.

<sup>156</sup> BGHZ 29, 34, 36; BGHZ 105, 48; Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 3.

<sup>157</sup> BGHZ 29, 34, 36; BGHZ 105, 48; Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 3.

Die Voraussetzungen einer wirksam erteilten Einwilligung setzen sich im Wesentlichen aus sechs Komponenten zusammen.

(1) Erstens muss eine Einwilligung rechtlich zulässig sein, was immer dann der Fall ist, wenn der Einwilligende über das Rechtsgut, also hier über die körperliche Unversehrtheit, vollständig disponieren kann.<sup>158</sup> Bei der Einwilligung in eine Psychopharmakabehandlung durch den Heimbewohner selbst ist das Tatbestandsmerkmal der rechtlichen Zulässigkeit unproblematisch, da er über ein höchstpersönliches Rechtsgut verfügt. Hingegen setzt eine Einwilligung des Stellvertreters eine wirksame Vollmacht bzw. Betreuerbestellung voraus.<sup>159</sup>

(2) Zweitens muss die Einwilligung zu jedem Zeitpunkt der Psychopharmakabehandlung noch bzw. bereits bestehen.<sup>160</sup> Das bedeutet, eine nachträgliche Einwilligung macht die vorherige Therapie nicht rechtmäßig.<sup>161</sup> Hier lebt die oben beschriebene Problematik der verspäteten Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Betreuer wieder auf. Was bei der Aufklärung galt, nämlich dass sie bereits vor dem Beginn der Psychopharmakabehandlung erfolgen muss, gilt selbstverständlich auch für die auf der Aufklärung aufbauenden Einwilligung. Das bedeutet, wenn die Psychopharmakabehandlung beginnt, bevor die Einwilligung erteilt wird, liegt keine wirksame Einwilligung vor und kann für diese Zeit auch nicht mehr nachgeholt werden. Eine nachträgliche Einwilligung könnte zugunsten des Arztes lediglich einem möglichen Schadensersatzanspruch die Grundlage entziehen.

(3) Als dritte Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung muss der Einwilligende nach seiner geistigen und sittlichen Reife im Stande sein, die Bedeutung und die Folgen der Einwilligung im Wesentlichen zu erkennen.<sup>162</sup> Der Einwilligende muss also einwilligungsfähig sein.

(4) Darüber hinaus muss der einwilligende Heimbewohner frei in seiner Entschließung gewesen sein. Das bedeutet, der Einwilligende darf nicht durch Täuschung, Drohung oder Zwang zu der Einwilligung bewegt worden sein.<sup>163</sup> Die Einwilligung darf daher nicht an wesentlichen Willensmängeln leiden.<sup>164</sup>

(5) Des Weiteren darf die Einwilligung nicht sittenwidrig sein.<sup>165</sup>

(6) Und schließlich muss die Einwilligung erklärt worden sein, was jedoch auch konkludent erfolgen kann, also nicht zwingend ausdrücklich, geschweige denn zwingend schriftlich erfolgt sein muss.<sup>166</sup> Allerdings kann der Einwand, dass eine konkludente Einwilligung in die Psychopharmakabehandlung vorliege, nicht greifen, wenn der Heimbewohner einwilligungsunfähig ist und kein Kontakt des

<sup>158</sup> Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 142; Tröndle, in Fischer/Tröndle, vor § 32 StGB, Rn. 3b.

<sup>159</sup> Vgl. Kap. 6.3.1.3.

<sup>160</sup> Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 142.

<sup>161</sup> Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 142.

<sup>162</sup> Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 142.

<sup>163</sup> Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 142; Palandt – Sprau, § 823 BGB, Rn. 151.

<sup>164</sup> Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 142; Tröndle, in Fischer/Tröndle, vor § 32 StGB, Rn. 3b.

<sup>165</sup> Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 142; Tröndle, in Fischer/Tröndle, vor § 32 StGB, Rn. 3b.

<sup>166</sup> Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 2.

behandelnden Arztes zu dem gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten bestand. Denn an dessen Einwilligung fehlt es dann eben gerade.

Im Kontext mit der Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten für einen einwilligungsunfähigen Betreuten stellt sich die Frage, ob dem Betreuer/Bevollmächtigten im ambulanten Bereich die Befugnis zukommt, seine Einwilligung ohne oder gegen den Willen des einwilligungsunfähigen Betreuten durchsetzen zu können. Diese Frage ist in der juristischen Literatur und der Rechtsprechung umstritten.<sup>167</sup> Mit dem BGH ist davon auszugehen, dass eine medizinische Behandlung gegen den natürlichen Willen des einwilligungsunfähigen Betreuten mangels Rechtsgrundlage aufgrund von Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG nicht zulässig ist.<sup>168</sup> Das müsste konsequenterweise auch für solche Eingriffe gelten, die an dem Patienten mit Einverständnis des Betreuers heimlich vorgenommen werden. Davon ausgehend ist im Rahmen dieser Studie fraglich, ob möglicherweise bei fünf Heimbewohnern die Vergabe der Arzneimittel, welche über die Nahrungsaufnahme, vornehmlich über eine PEG – Sonde, zugeführt wurden, gegen diese Grundsätze verstoßen. Ob die Patienten in diesen Fällen über ihre Psychopharmakabehandlung aufgeklärt wurden und ob der gesetzliche Betreuer/Bevollmächtigte aufgeklärt wurde und in die Heilbehandlung eingewilligt hat, konnte nicht abschließend festgestellt werden (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 3**).

#### *Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht*

Wie bereits angesprochen, bedarf die Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten in den Fällen des § 1904 Abs. 1, 2 BGB und des § 1906 Abs. 4, 5 BGB der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes.<sup>169</sup> Wenn die Voraussetzungen dieser Normen vorliegen, kann auf die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung gemäß §§ 1904 Abs.1 S. 2, 1906 Abs. 2 BGB nur dann verzichtet werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist, also wenn etwa im Fall des § 1904 BGB ohne die sofortige Maßnahme ein erheblicher gesundheitlicher Nachteil wahrscheinlich wäre.<sup>170</sup> Im Fall des § 1906 Abs. 4, 5 BGB muss die Genehmigung nachgeholt werden.

#### *Genehmigung im Rahmen des § 1904 Abs. 1, 2 BGB*

Ein Fall des § 1904 Abs. 1, 2 BGB liegt vor, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der einwilligungsunfähige Patient, für den eine gesetzliche Betreuung/Bevollmächtigung (für die Gesundheitsfürsorge) besteht, aufgrund einer medizinischen Maßnahme (Heilbehandlung oder medizinischer Eingriff) stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden

<sup>167</sup> Dazu siehe mit einer Zusammenfassung des Meinungsstandes: MüKo – Schwab, § 1904 BGB, Rn. 18.

<sup>168</sup> BGH, FamRZ 01, S. 149, 151.

<sup>169</sup> Staudinger – Bienwald, § 1904 BGB, Rn. 19.

erleidet. Dabei ist unter einer medizinischen Maßnahme auch eine Heilbehandlung mit Psychopharmaka zu verstehen.<sup>171</sup> Also stellt sich im Folgenden die Frage, wie mit den Tatbestandsmerkmalen, insbesondere mit den unbestimmten Rechtsbegriffen „begründete Gefahr“ und „schwerer und länger dauernder gesundheitlicher Schaden“ umgegangen werden soll.

Das Tatbestandsmerkmal der begründeten Gefahr wird dabei als eine Gefahr begriffen, die objektiv feststellbar sowie ernstlich und konkret sein muss.<sup>172</sup> Subjektive Einschätzungen reichen hingegen gerade nicht aus.<sup>173</sup> Einige Stimmen in der Diskussion versuchen einen Prozentsatz der Wahrscheinlichkeit zu benennen, von dem ausgehend das Vorliegen einer begründeten Gefahr definiert werden soll.<sup>174</sup> Dabei schwanken die Angaben für den Prozentsatz der Wahrscheinlichkeit, mit dem der Eintritt des befürchteten Schadens zu erwarten ist, zwischen 8 – 10 %<sup>175</sup> und 20 %.<sup>176</sup> Allerdings erscheint die Grenzziehung als willkürlich.<sup>177</sup> Sie erfolgt ohne jeden Anhaltspunkt. Außerdem stellt sich die Frage, wie in einem konkreten Fall die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts zuverlässig berechnet werden soll. Somit bleibt festzuhalten, dass eine Grenzziehung für die notwendige Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts unterbleiben sollte, weil damit kein gesicherter Erkenntnisgewinn zu verzeichnen ist.<sup>178</sup> Ebenso wenig ist es hilfreich, die begründete Gefahr in der Weise zu definieren, dass sie „ein Mehr gegenüber der bloßen Gefahr sei, jedoch ein Weniger als eine dringende Gefahr.“<sup>179</sup> Denn mit einer solchen Definition würden nur neue Rechtsbegriffe eingeführt, die im praktischen Umgang mit der Norm keinen Gewinn versprechen.<sup>180</sup> Somit bedarf es grundsätzlich einer Entscheidung im Einzelfall.

Das Merkmal des Todes ist unproblematisch. Anders verhält es sich mit dem Merkmal des schweren und lang andauernden gesundheitlichen Schadens. Einfach zu bestimmen ist noch, dass unter einem gesundheitlichen Schaden jede nachteilige gesundheitliche Entwicklung zu verstehen ist.<sup>181</sup> Allerdings ist fraglich, ab welchem Punkt ein gesundheitlicher Schaden als schwer zu bezeichnen ist. Der Gesetzgeber verweist zu diesem Zweck auf die in § 224 Strafgesetzbuch (StGB) genannten Qualifikationstatbestände. Diese betreffen jedoch nicht den Verlust von inneren Organen, wodurch der Schutz des Betreuten verkürzt würde, da er ja gerade gegen die begründeten Gefahren einer ärztlichen Maßnahme geschützt werden soll, die sich selbstverständlich auch auf innere Organe auswirken kann. Daher reicht der Schutz

<sup>170</sup> Palandt – Diederichsen, § 1904 BGB, Rn. 12.

<sup>171</sup> Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 67.

<sup>172</sup> Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 27; Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 49.

<sup>173</sup> Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 27; Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 49.

<sup>174</sup> LG Berlin, BtPrax, 1993, S. 66; Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 49.

<sup>175</sup> LG Berlin, BtPrax 1993, S. 66.

<sup>176</sup> Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 49.

<sup>177</sup> Kern, MedR 1993, S. 245, 249; Soergel – Staudinger, § 1904 BGB, Rn. 27.

<sup>178</sup> Kern, MedR 1993, S. 245, 249; Soergel – Staudinger, § 1904 BGB, Rn. 27.

<sup>179</sup> Bt.-Drs. 11/6949, S. 73; Hennies, MedR 1999, S. 242, 244.

<sup>180</sup> Kern, MedR 1993, S. 245, 248; Soergel – Staudinger, § 1904 BGB, Rn. 27.

<sup>181</sup> Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 31.

des § 1904 BGB weiter als die in § 224 StGB genannten Tatbestandsmerkmale.<sup>182</sup> Jedenfalls ist anerkannt, dass die Nebenwirkungen von Psychopharmaka die begründete Gefahr für einen schweren gesundheitlichen Schaden darstellen können.<sup>183</sup>

Auch das Tatbestandsmerkmal des „länger andauernden“ schweren gesundheitlichen Schadens kann grundsätzlich von der Medikamenteneinnahme erfüllt werden.<sup>184</sup> Dabei versteht der Gesetzgeber unter diesem Merkmal regelmäßig eine Dauer von einem Jahr, wobei für die Bestimmung der „langen Dauer“ auch die Art und das Ausmaß des schweren Gesundheitsschadens zu berücksichtigen ist, was dazu führt, dass bei außergewöhnlichen Schmerzen bereits nach wenigen Tagen eine lange Dauer erreicht sein kann.<sup>185</sup> Das Merkmal des länger andauernden Gesundheitsschadens lässt sich also nicht schematisch anwenden, vielmehr muss im Einzelfall unter der Berücksichtigung des konkreten gesundheitlichen Leidens eine individuelle Entscheidung getroffen werden.

Jedoch wird bei einer Psychopharmakatherapie die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts grundsätzlich versagt, wenn sie unter Berücksichtigung des Alters, der Konstitution und des allgemeinen Gesundheitszustandes nicht dem Wohl des Betroffenen entspricht, etwa weil die Nebenwirkungen so schwerwiegend sind, dass sie im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung mit dem Behandlungserfolg nicht aufgewogen werden können.<sup>186</sup>

Die entscheidende Frage lautet also: Wie lassen sich in Bezug auf die Psychopharmakatherapie praktikable Kriterien finden, die eine Beachtung der Norm ermöglichen und damit den Schutzzweck der Vorschrift realisieren? Denn die Schwäche dieser Bestimmung liegt gerade darin, dass sie einerseits wenig greifbar ist und andererseits den Aufwand für die an der Betreuung und an der ärztlichen Behandlung beteiligten Personen erheblich erhöht.<sup>187</sup> In dem untersuchten Altenpflegeheim ließ sich kein Fall finden, in dem ein Gericht darüber entschieden hatte, ob eine konkrete Psychopharmakabehandlung genehmigungsfähig im Sinne des § 1904 Abs. 1, 2 BGB ist, obwohl nach gerontopsychiatrischer Beurteilung in mindestens 2 Fällen die Genehmigungsbedürftigkeit bestand (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.82). Daraus könnte man den Schluss ziehen, dass die Norm im Bezug auf die Psychopharmakatherapie in der Praxis ignoriert wird. Diese Vermutung hat bereits Kern geäußert, dessen Befürchtung dahin ging, dass die Ärzte „so oft wie möglich von der Einwilligungsfähigkeit des Patienten ausgehen, um das formale Verfahren zu vermeiden“.<sup>188</sup> **(siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlung Stufe 8 und 13)**

<sup>182</sup> Palandt – Diederichsen, § 1904 BGB, Rn. 10.

<sup>183</sup> Bt.-Drs. 11/4528, S. 140; Schreiber, FamRZ 1991, S. 1014, 1016; Stolz, FamRZ 1993, S. 642, 644; Wiebach/ Kreysig/ Peters/ Wächter/ Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 49; Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn.34.

<sup>184</sup> Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 36.

<sup>185</sup> Soergel – Zimmermann, § 1901 BGB, Rn. 37; LG Hamburg, FamRZ 1994, S. 1204.

<sup>186</sup> LG Regensburg, FamRZ 93, S. 597, 598; Soergel – Zimmermann, § 1906, Rn. 46.

<sup>187</sup> Stolz, FamRZ 1993, S. 642, 644; Palandt – Diederichsen, § 1904 BGB, Rn. 1.

<sup>188</sup> Kern, MedR 1991, S. 66, 69.

Der viel beachtete Lösungsvorschlag von Schreiber<sup>189</sup> für diese Problematik war, dass er eine Liste entwarf, in die er Arzneimittel aufnahm und in Gruppen einteilte, die er insbesondere aufgrund der starken Nebenwirkungen für genehmigungspflichtig hielt.<sup>190</sup> Dabei fanden vornehmlich psychotrop wirkende Medikamente die Aufnahme in diese Liste.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich bei der Untersuchung in dem Frankfurter Altenpflegeheim mehrere der Psychopharmaka, bzw. der Substanzen in den Medikamentenblättern wieder fanden, insbesondere die Gruppe der Tranquilizer, die Schreiber für genehmigungspflichtig hielt. So wurden zum Beispiel die Substanzen Oxazepam, Lorazepam und Diazepam in vielen Fällen verordnet (vgl. Kap. 5.1 – Abb. 5.14). Für die Genehmigungsbedürftigkeit dieser Therapien spricht, dass diese angstlösenden Substanzen einerseits ein erhebliches Abhängigkeitspotential aufweisen und andererseits bei alten Menschen einen gegenteiligen Effekt hervorrufen und somit Angst und Erregung verursachen können.<sup>191</sup>

Jedoch ist fraglich, ob eine solche Medikamentenliste geeignet ist, um die Genehmigungspflichtigkeit einer Psychopharmakatherapie zu bestimmen. Zunächst besteht generell die Gefahr, dass eine solche Liste unvollständig ist.<sup>192</sup> Denn angesichts der Flut von Medikamenten ist eine Auflistung nur schwer denkbar, da diese auch ständig aktualisiert werden müsste.<sup>193</sup> Darüber hinaus würde die individuelle Behandlungssituation nicht berücksichtigt.<sup>194</sup> Denn ein Psychopharmakon kann in einer Situation sehr gut verträglich sein. Hingegen kann es in einer anderen Konstellation, etwa im Zusammenwirken mit anderen Arzneimitteln oder bei einer besonders zu berücksichtigenden Konstitution des Patienten dazu führen, dass eine Anwendung nur in dieser bestimmten Konstellation eine begründete Gefahr für einen schweren und lang andauernden Gesundheitsschaden darstellt.<sup>195</sup> Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass Menschen mit einem hohen Lebensalter, wie sie in einem Altenpflegeheim anzutreffen sind, häufig empfindlicher auf Psychopharmaka reagieren, und somit eine individuelle Dosis des Psychopharmakons erst gefunden werden muss.<sup>196</sup> Insoweit greift er in seiner Auflistung zu kurz.<sup>197</sup>

Für die gegenwärtige Praxis ist jedoch festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung der Zivilgerichtsbarkeit eine Behandlung mit Neuroleptika einer solchen vormundschaftsgerichtlichen

<sup>189</sup> Kritisch bzw. ablehnend dazu: Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. Rn. 36; Dose, FamRZ 1993, S. 1033, 1034; Nedopil, FamRZ 1993, S. 24 ff.; Wolter – Henseler, BtPrax 1994, S. 183, 184; Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 50 ff.

<sup>190</sup> Schreiber, FamRZ 1991, S. 1014 ff.

<sup>191</sup> Schreiber, FamRZ 1991, S. 1014, 1019.

<sup>192</sup> Nedopil, FamRZ 1993, S. 24, 25; Wolter – Henseler, BtPrax 1994, S. 183, 186; Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 49.

<sup>193</sup> Soergel – Zimmermann, § 1904 BGB, Rn. 37; Wolter – Henseler, BtPrax 1994, S. 183, 186.

<sup>194</sup> Wolter – Henseler, BtPrax 1994, S. 183, 187; Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 51.

<sup>195</sup> Wolter – Henseler, BtPrax 1994, S. 183, 187; Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 51.

<sup>196</sup> Wolter – Henseler, BtPrax 1994, S. 183, 187; Wiebach/ Kreysig/ Peters / Wächter / Winterstein, BtPrax, 97, S. 48, 51.

<sup>197</sup> Nedopil, FamRZ 1993, S. 24, 25.

Genehmigung bedürfen kann.<sup>198</sup> In diesem Zusammenhang macht es Sinn, sich die Zahlen der Neuroleptikaverordnungen bei den untersuchten Altenpflegeheimbewohnern zu vergegenwärtigen (vgl. Kap. 5.1 – Abb. 5.15).

Dabei fallen zumindest die 11 Heimbewohner ins Auge, die 2 oder 3 Neuroleptika gleichzeitig erhalten (wobei immerhin 18 weitere Heimbewohner zumindest ein Neuroleptikum erhielten). In diesen Fällen müsste man bei nicht einwilligungsfähigen Heimbewohnern, in Anbetracht der dargestellten Rechtsprechung, zumindest darüber nachdenken, ob nicht eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung eingeholt werden müsste. Dafür sollte in regelmäßigen Abständen geprüft werden, ob bei den entsprechenden Heimbewohnern die Voraussetzungen für die Notwendigkeit einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung im oben dargestellten Sinne vorliegen (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 8 und 13**).

#### *Genehmigung im Rahmen des § 1906 Abs. 4, 5 BGB*

Eine Genehmigung der Einwilligung des gesetzlichen Betreuers (mit ausreichendem Aufgabenbereich) in eine Psychopharmakatherapie ist auch gemäß § 1906 Abs. 4, 5 BGB erforderlich, wenn sie gegen den Willen eines volljährigen, in einem Heim (ohne untergebracht zu sein)<sup>199</sup> lebenden einwilligungsunfähigen Betreuten stattfindet und ihr eine freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Wirkung zukommt. Das ist jedoch nur dann der Fall, wenn die Psychopharmakatherapie gerade eine Entziehung der Freiheit bezwecken soll. Dabei darf es sich aber aufgrund des finalen Zwecks der Freiheitsentziehung nicht bloß um Nebenwirkungen einer Heilbehandlung handeln.<sup>200</sup> Außerdem darf es sich bei der Maßnahme nicht nur um eine unerhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit handeln. Vielmehr muss sie tatsächlich einen unterbringungsähnlichen Charakter haben.<sup>201</sup> Das ist kann aber nur dann der Fall sein, wenn der Heimbewohner wenigstens mit natürlichem Willen seinen Aufenthaltsort verlassen will und dazu ungeachtet seiner Gebrechen in der Lage ist.<sup>202</sup> Wichtig ist in dieser Konstellation, dass die an der Pflege beteiligten Personen alle Anzeichen, in denen der Heimbewohner seinen entgegenstehenden Willen zeigen kann, zu berücksichtigen haben, insbesondere wenn der Heimbewohner nicht mehr kommunikationsfähig ist.<sup>203</sup> Ein anschauliches Beispiel bietet der nicht mehr kommunikationsfähige Heimbewohner, der versucht, das an seinem Bett angebrachten Gitter zu übersteigen.<sup>204</sup> Darin ist wohl

<sup>198</sup> LG Berlin vom 05.11.1992, Az.: 83 T 423 und 426/92.

<sup>199</sup> Zu der Frage, ob von der Norm auch Betreute erfasst werden, die untergebracht sind: siehe Jürgens – Marschner, § 1906 BGB, Rn. 31.

<sup>200</sup> OLG Bremen, PflR 1999, S. 304, 305; Soergel – Zimmermann, § 1906 BGB, Rn. 81.

<sup>201</sup> OLG Bremen, PflR 1999, S. 304, 305; Lipp, JZ 2001, S. 825, 826.

<sup>202</sup> Palandt – Diederichsen, § 1906 BGB, Rn. 14; Soergel – Zimmermann, § 1906 BGB, Rn. 89.

<sup>203</sup> Dodegge, NJW 1994, S. 2383, 2390.

<sup>204</sup> Dodegge, NJW 1994, S. 2383, 2390.

eindeutig ein entgegenstehender Wille des Heimbewohners zu sehen. Hingegen ist eine solche Freiheitsbeeinträchtigung durch eine Psychopharmakabehandlung nur dann leicht festzustellen, wenn der Patient durch die Arzneimittel wie gefesselt ist. Für Wirkungsweisen auf einer niedrigeren Stufe, beispielsweise wenn der Patient durch die Psychopharmaka extrem antriebslos und damit der Bewegungsdrang eingeschränkt wird, ist die finale Zweckbestimmung der Maßnahmen schwieriger festzustellen, insbesondere weil dann auch die Grenzen zu einer Heilbehandlung bzw. zu deren Nebenwirkungen unsicher sind.<sup>205</sup>

Allerdings betrifft § 1906 Abs. 4, 5 BGB nur Freiheitsbeeinträchtigungen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken oder regelmäßig erfolgen bzw. deren wiederkehrende Anwendung absehbar ist.<sup>206</sup>

Als genehmigungsfähig sind gemäß § 1906 Abs. 4 BGB jedoch nur Maßnahmen einzustufen, wenn eine konkrete und erhebliche Eigengefährdung besteht, die Maßnahme also dem Wohl des Betreuten dient und der Heimbewohner seinen Willen krankheitsbedingt nicht frei bilden kann.<sup>207</sup> In der Rechtsprechung sind solche Konstellationen angenommen worden, wenn es zu einem Sturz mit Verletzungen gekommen war oder der Heimbewohner verwirrt umhergelaufen war und von der Polizei zurückgebracht werden musste, sowie wenn der Heimbewohner im Heim herumirrte und sich mit Kot beschmierte.<sup>208</sup>

Des Weiteren muss die Maßnahme erforderlich und verhältnismäßig sein. Es darf also kein milderes Mittel geben, mit dem das Ziel erreicht werden kann.<sup>209</sup> Das ist auch dann der Fall, wenn ein mögliches milderes Mittel, wie zum Beispiel die permanente Überwachung des Heimbewohners durch das Pflegepersonal oder die Teilnahme an Dementengruppen aufgrund des finanziellen Rahmens der Einrichtung nicht umsetzbar oder nicht ausreichend sind.<sup>210</sup>

Bei den in die Studie einbezogenen Heimbewohnern konnten zwar teilweise Sedierungen festgestellt werden (vgl. Kap. 6.1.4 – gerontopsychiatrische Diskussion; ebenso vgl. Epikrise I, II, III, V, VI, VIII, IX, X). Allerdings wurde bei der Auswertung der Datenlage kein Fall in der Studie identifiziert, bei dem gesichert die dargestellten Voraussetzungen des § 1906 Abs. 4, 5 BGB durch die Psychopharmakatherapie erfüllt gewesen wären. Interessant ist, dass der Bericht der Heimaufsicht für die hessischen Heime in dem Zeitraum von 01.01.2002 bis zum 31.12.2003 ebenso zu dem Ergebnis kam, dass unzulässige freiheitsentziehende Maßnahmen durch Sedierung nicht oder nur kaum festgestellt werden konnten.<sup>211</sup>

<sup>205</sup> Soergel – Zimmermann, § 1906 BGB, Rn. 82.

<sup>206</sup> OLG Bremen, PflR 1999, S. 304; Stolz, FamRZ 1993, S. 642, 645.

<sup>207</sup> BayOLG FamRZ 1994, S. 1418; OLG Frankfurt, BtPrax 1993, S. 139; OLG Hamm, FamRZ 1993, S. 1490 ff.

<sup>208</sup> BayOLG FamRZ 1994, S. 1418; OLG Frankfurt, BtPrax 1993, S. 139; OLG Hamm, FamRZ 1993, S. 1490 ff.

<sup>209</sup> OLG Frankfurt, BtPrax 1993, S. 139; OLG Hamm, FamRZ 1993, 1490 ff.; Dodegge, NJW 1994, S. 2383, 2390.

<sup>210</sup> OLG Frankfurt, BtPrax 1993, S. 139; OLG Hamm, FamRZ 1993, 1490 ff.; Dodegge, NJW 1994, S. 2383, 2390; Dodegge, NJW 1995, S. 2389, 2395.

<sup>211</sup> Bericht des RP Gießen, Statistik.

### Ärztliche Kontrollpflichten und Therapiebeobachtungspflichten

Schließlich hat der behandelnde Arzt eine Überwachungs- und Therapiebeobachtungspflicht.<sup>212</sup> Die gilt insbesondere bei Arzneimitteltherapien mit risikoreichen Nebenwirkungen.<sup>213</sup> Diesbezüglich bestimmt Nr. 26 AMR für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, das bei wiederholten Arzneimittelverordnungen deren Erforderlichkeit und Verantwortbarkeit, insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung eines Arzneimittelmissbrauchs im Sinne einer Gewöhnung oder einer Arzneimittelabhängigkeit, zu überprüfen ist.

Wichtig ist dieser Punkt, da im Rahmen der Studie, wie oben bereits dargestellt, häufig die lange Verordnungsdauer der Psychopharmaka in dem Altenpflegeheim kritisiert wird (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.57). Schließlich kann es sich bei Psychopharmaka um Arzneimittel mit starken Nebenwirkungen handeln, die teilweise erhebliche Abhängigkeitspotenziale aufweisen.<sup>214</sup> Zwar konnte im Rahmen der Studie festgestellt werden, dass die behandelnden Ärzte ihre Patienten in dem untersuchten Altenpflegeheim regelmäßig besuchen. Jedoch zeigte sich die Gefahr, dass eine lange verordnete Medikation nicht mehr hinterfragt wird, wenn der Heimbewohner, ohne Verhaltensauffälligkeiten zu zeigen, darauf eingestellt ist (vgl. Kap. 5.3 - Epikrise V). Demzufolge muss man davon ausgehen, dass diese ärztliche Pflicht in der Praxis oftmals nicht genug Aufmerksamkeit erfährt.

In diesem Zusammenhang könnten regelmäßige Fallkonferenzen zwischen den Pflegenden und den behandelnden Ärzten Verbesserungen erzielen (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 7 und 12**). Dafür bedarf es jedoch, da es sich um den Austausch von personenbezogenen Gesundheitsdaten handelt, der Einwilligung des Heimbewohners bzw. seines gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten und der Entbindung der Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

### Ärztliche Dokumentationspflicht

Die Dokumentationspflicht des Arztes ist eine Nebenpflicht aus dem Rechtsverhältnis, welches zwischen dem Heimbewohner und dem behandelnden Arzt besteht.<sup>215</sup> Demnach ist der Arzt verpflichtet, die Diagnosen und die Therapie und die diesbezüglich erhobenen medizinischen Fakten zu dokumentieren, sowie diese Informationen auf Wunsch dem Patienten zur Verfügung zu stellen.<sup>216</sup> Hingegen müssen Routinemaßnahmen oder die ärztliche Aufklärung nicht dokumentiert werden.<sup>217</sup> Grundsätzlich kommt es für den Umfang der Dokumentationspflicht auf die Bedeutung der zu dokumentierenden Daten an.<sup>218</sup>

<sup>212</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 57, Rn. 3.

<sup>213</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 57, Rn. 3.

<sup>214</sup> Giesen, PharmZ 2003, S. 28; Klein/Ellinger-Weber, MMG 16, S. 73, 74; Wilhelm – Gößling, Nervenarzt, S. 999, 1000.

<sup>215</sup> Ratzel, § 10 MBO-Ä, Rn. 3; Bach/Moser – Schoenfeld-Kalis, § 1 MB/KK, Rn. 83.

<sup>216</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 740; Ratzel – Ratzel, § 10 MBO-Ä, Rn. 4.

<sup>217</sup> Ratzel – Ratzel, § 10 MBO-Ä, Rn. 5.

<sup>218</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 740; OLG Köln, VersR 98, 1020, 1027; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 71.

Ein in der Pflegepraxis beachtliches Problem stellt die Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt und der Pflegeeinrichtung hinsichtlich der Dokumentation dar (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.77). Fraglich ist dabei, ob dem behandelnden Arzt aus dem Behandlungsverhältnis zu dem Heimbewohner eine Pflicht erwächst, die Ergebnisse der Diagnose, sowie die getroffenen Behandlungsentscheidungen, insbesondere die Verordnung eines Psychopharmakons in der Pflegeakte des Altenpflegeheims zu dokumentieren. In dem untersuchten Pflegeheim werden die verordneten Arzneimittel sowie deren Dosierung durch die Pflegekräfte dokumentiert und durch das Handzeichen des behandelnden Arztes abgezeichnet. Andere Dokumentationspflichten haben die behandelnden Ärzte nicht übernommen. Jedoch wird dieses Abzeichnen von den Ärzten vernachlässigt und erfolgt in vielen Fällen nur aufgrund des mehrfachen Nachfragens (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.77).

Daher ist zu untersuchen, ob eine Dokumentationspflicht des Arztes (bezüglich etwaiger Verordnungen, Diagnosen, der Krankengeschichte usw.) in der Pflegeakte des Heimbewohners besteht. Die Suche nach rechtlichen Regelungen erschöpft sich im Ergebnis in § 10 Abs. 1 BO-Ä Hessen, wonach der Arzt über die getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen hat. Für die Vertragsärzte besteht im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit noch eine Regelung in § 57 Abs. 1 BMV-Ä, wonach der Vertragsarzt die Befunde, Behandlungsmaßnahmen und die getroffenen Anordnungen dokumentieren muss. Die Psychopharmakaverordnung und die Diagnose stellen solche Maßnahmen im Sinne des § 10 BO-Ä Hessen und des § 57 BMV-Ä dar,<sup>219</sup> so dass grundsätzlich eine Dokumentationspflicht des Arztes diesbezüglich besteht. Jedoch ist die Dokumentationspflicht des Arztes von der des Altenpflegeheimes gemäß § 13 Abs. 5 HeimG, § 16 Rahmenvertrag, Nr. 3.2.3 der Grundsätze und Maßstäbe der Qualität und Qualitätssicherung zu trennen. Die Dokumentation des einen Leistungserbringers lässt die des anderen nicht erlöschen. Somit besteht aus § 10 BO-Ä Hessen und § 57 BMV-Ä keine Verpflichtung des behandelnden Arztes Dokumentationsleistungen in der Heimdokumentation zu erbringen.

Allerdings könnte eine entsprechende Dokumentationsverpflichtung des Arztes als Nebenpflicht aus dem gesetzlichen oder vertraglichen Rechtsverhältnis zu dem Heimbewohner begründet sein. Um die Reichweite der Dokumentationspflicht zu bestimmen, ist nach dem Sinn und Zweck derselben zu fragen. Diese beruht auf der Pflicht des behandelnden Arztes, die weitere ärztliche Behandlung durch einen Arzt nicht zu erschweren.<sup>220</sup> Insofern dient sie der Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung, da frühere Befunde, Eingriffe und Therapien für die spätere Heilbehandlung nicht unberücksichtigt bleiben können.<sup>221</sup> Des Weiteren dient sie einerseits dem Interesse des Patienten von seiner Krankengeschichte Kenntnis zu erlangen und andererseits der Beweisführung im Arzt – Patientenverhältnis.<sup>222</sup> Das bedeutet für die Reichweite der Dokumentationspflicht, dass es grundsätzlich ausreicht, wenn der behandelnde

<sup>219</sup> Roßbruch, PflR 2003, S. 95, 144.

<sup>220</sup> Bach/Moser -Schoenfelld-Kalis, § 1 MB/KK, Rn. 83, 84; LG Hamburg, NJOZ 2002, S. 299.

<sup>221</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 740.

Arzt, in seiner selbst geführten Krankenakte die entsprechenden Aufzeichnungen macht.<sup>223</sup> Dafür spricht auch, dass eine Dokumentation des Arztes alleine in den Unterlagen des Heimes nicht ausreicht. Außerdem würden ansonsten die Dokumentationspflichten des Altenpflegeheimträgers teilweise ins Leere laufen.

Davon zu unterscheiden ist die Frage nach der Erforderlichkeit der schriftlichen Anordnung der Arzneimitteltherapie, wobei diese Frage hier nicht vertieft behandelt werden soll. Jedoch trägt der behandelnde Arzt die Ordnungsverantwortung und insbesondere wenn die Psychopharmakaverordnung im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege (vgl. Kap. 6.3.2.3) von den Pflegenden durchgeführt werden soll, muss der verordnende Arzt sicherstellen, dass die Durchführung der Verordnung fachgerecht erfolgen kann.<sup>224</sup> Dafür ist eine schriftliche Anweisung des Arztes, zumindest in der Form des Abzeichnens der Verordnung und der Anweisungen im Medikamentenblatt der Pflegedokumentation der sicherste Weg, da die richtige Übermittlung der Verordnung sichergestellt sein muss.<sup>225</sup> Im Übrigen muss sie auch inhaltlich so hinreichend bestimmt sein, dass eine fachgerechte und sichere Durchführung der Medikation möglich ist (vgl. Kap. 6.3.2.3).<sup>226</sup> Eine Klarstellung dieser Pflichten, die sich an der Schnittstelle zwischen der ambulanten Krankenbehandlung und der stationären Pflege befinden, könnte im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zwischen den behandelnden Ärzten und dem Pflegeheimträger erreicht werden **(siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 4 und 9)**.

### **6.3.2.2 Leistungsvoraussetzungen zulasten der GKV**

Im Anschluss an die Frage welche allgemeinen Voraussetzungen generell an eine Psychopharmakabehandlung zu stellen sind, stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Psychopharmakabehandlung der Heimbewohner zulasten der GKV möglich ist. Denn das allgemeine Arzt- und Berufsrecht wird zum Teil durch das Recht der GKV überlagert.<sup>227</sup>

Die Grundvoraussetzung für die Sachleistung der Psychopharmakatherapie zulasten der GKV ist, dass der Versicherte die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen für die Arzneimittelbehandlung gemäß §§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 SGB V erfüllt. Diese Normen geben dem Heimbewohner jedoch keinen konkreten Anspruch auf den Erhalt der Psychopharmaka, denn bei dem Behandlungsanspruch handelt es sich lediglich um ein subjektiv-öffentlichrechtliches Rahmenrecht, welches der Vertragsarzt mit seiner

<sup>222</sup> BGH NJW 1987, S. 1482, 1483; MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 740.

<sup>223</sup> RP Gießen, Hess. Ärzteblatt 03, S. 629.

<sup>224</sup> RP Gießen, Hess. Ärzteblatt 03, S. 629; Klie, S. 108.

<sup>225</sup> RP Gießen, Hess. Ärzteblatt 03, S. 629; Klie, S. 94; Böhme, S. 74.

<sup>226</sup> Sträßner, PKR 02, S. 95, 101.

<sup>227</sup> MüKo – Wagner, § 823 BGB, Rn. 683.

Behandlungsentscheidung ausfüllt<sup>228</sup> und womit er im Rahmen des § 15 Abs. 2, Abs. 3 SGB V die Krankenkasse an seine Entscheidung bindet, solange er sich formell und materiell im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bewegt.

### Versicherungsverhältnis

Grundvoraussetzung für eine Psychopharmakabehandlung auf Kosten der GKV ist, dass der Heimbewohner in der GKV versichert ist. In dem untersuchten Altenpflegeheim waren von den 56 in die Studie einbezogenen Heimbewohnern immerhin 54 gesetzlich krankenversichert. Die übrigen zwei Heimbewohner hatten einen privaten Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen (vgl. Kap. 5.1).

### Versicherungsfall

Zunächst muss bei dem versicherten Heimbewohner der Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V eingetreten sein.<sup>229</sup> Dieser Begriff ist nicht gesetzlich definiert, sondern wurde durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts präzisiert.<sup>230</sup> Der Krankheitsbegriff im Sinne des § 27 Abs. 1 SGB V ist juristisch geprägt und meint einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, wobei die Ursache der Krankheit grundsätzlich unbeachtlich ist.<sup>231</sup> Auf die Arbeitsunfähigkeit kommt es vorliegend nicht an. Für die Bestimmung der Regelwidrigkeit des Körper- bzw. des Geisteszustandes ist vom Leitbild des gesunden Menschen auszugehen, was bei einer funktionalen Betrachtung dazu führt, dass sich die Regelwidrigkeit danach bestimmt, ob der Heimbewohner zur Ausübung seiner normalen körperlichen und psychischen Funktionen in der Lage ist.<sup>232</sup> Für den Personenkreis, der in einem Altenpflegeheim untergebracht ist, und der hier als Empfänger einer Psychopharmakabehandlung in Betracht kommt, stellt sich die Frage, ob bei ihm die Voraussetzungen des Krankheitsbegriffes vorliegen. Denn schließlich handelt es sich bei den Beschwerden pflegebedürftiger Menschen in Altenpflegeheimen oftmals um eine natürliche Entwicklung des Menschen, die im Alter davon gekennzeichnet ist, dass die geistigen und körperlichen Kräfte nachlassen. Jedoch ist in Rechtsprechung und Literatur anerkannt, dass der sozialversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff ebenso solche Regelwidrigkeiten umfasst, die auf einen Alterungsprozess zurückzuführen sind.<sup>233</sup>

Allerdings muss der regelwidrige Geistes- oder Körperzustand des Heimbewohners kausal zumindest für dessen Behandlungsbedürftigkeit sein. Diese erfordert, dass ein regelwidriger Geistes- oder

<sup>228</sup> BSGE 81, 54, 61; BSGE 81, 73, 78 f.; Schwerdtfeger, NZS 1997, S. 98, 101.

<sup>229</sup> BSGE 59, 119, 121; LPK – Adelt, § 27 SGB V, Rn. 7; Schuln/Igl, § 12, Rn. 293.

<sup>230</sup> BSGE 35, 10, 12; Schuln/Igl, Rn. 293; LPK – Adelt, § 27 SGB V, Rn. 9.

<sup>231</sup> BSGE 35, 10, 12; BSGE 59, 119, 121; Schuln/Igl, Rn. 293; LPK – Adelt, § 27 SGB V, Rn. 9.

<sup>232</sup> BSGE 59, 119, 121; LPK – Adelt, § 27 SGB V, Rn. 13; Schuln/Igl, Rn. 294; Krauskopf – Wagner, § 27 SGB V, Rn. 5.

<sup>233</sup> BSGE 85, 36, 39; Schuln/Igl, Rn. 294.

Körperzustand nicht ohne ärztliche Hilfe erkannt bzw. geheilt werden kann oder aber die ärztliche Hilfe wenigstens erforderlich ist, um eine Verschlimmerung zu verhindern, den Gesundheitszustand zu verbessern oder Schmerzen zu lindern.<sup>234</sup> Das bedeutet, dass eine Behandlungsbedürftigkeit nur dann vorliegt, wenn bei dem Heimbewohner durch den Einsatz von Psychopharmaka eines der vier genannten Behandlungsziele des § 27 Abs. 1 SGB V erreicht werden kann.<sup>235</sup>

Darüber hinaus muss der pflegebedürftige Heimbewohner grundsätzlich behandlungsfähig sein, wofür es ausreicht, dass eine Prognose zu dem Ergebnis führt, dass eines der genannten Behandlungsziele möglicherweise mit der Behandlung erreichbar ist.<sup>236</sup> Demzufolge ist der Heilerfolg selbst keine notwendige Voraussetzung für eine Psychopharmakonverordnung.<sup>237</sup> Die Behandlungsbedürftigkeit muss auf den regelwidrigen Geistes- oder Körperzustand zurückzuführen sein.<sup>238</sup> Dieser Kausalitätszusammenhang richtet sich nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung.<sup>239</sup> Ausreichend ist also nicht die naturwissenschaftliche Äquivalenztheorie, nach der jede Bedingung kausal ist, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg in seiner konkreten Gestalt entfielen. Vielmehr erfordert die Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung eine Wertung der Bedingungen, wobei jede als rechtlich wesentlich zu bewerten ist, welche gegenüber anderen Bedingungen eine überragende Bedeutung für den Erfolg haben.<sup>240</sup>

Das bedeutet im Ergebnis, dass eine Verordnung zu Lasten der GKV nicht möglich ist, wenn ein Heimbewohner nicht einen regelwidrigen Geistes- oder Körperzustand in dem oben beschriebenen Sinne aufweist oder wenn mit der Hilfe einer Psychopharmakabehandlung nicht eines der vier Behandlungsziele des § 27 Abs. 1 SGB V erreicht werden kann. Ein Beispiel für einen solchen Fall bildet die Situation, dass ein Heimbewohner mit Psychopharmaka behandelt wird, weil er/sie nicht mit seiner Umgebung in dem Pflegeheim zurecht kommt und aufgrund seiner inneren Ablehnung gegen seine äußere Umgebung die Ordnung des Pflegeheims stört, indem er/sie andere Heimbewohner belästigt oder mit seinem Verhalten den Pflegeaufwand erhöht.

### Leistungsfall

Schließlich erfordert die Verordnung von Psychopharmaka auch den Eintritt des Leistungsfalls. Somit müssen insbesondere die Voraussetzungen der §§ 31 Abs. 1, 34, 12 Abs. 1 SGB V vorliegen.

<sup>234</sup> BSGE 35, 10, 21; LPK – Adelt, § 27 SGB V, Rn. 16; Waltermann, Rn. 175.

<sup>235</sup> BSGE 85, 36, 41; LPK – Adelt, § 27 SGB V, Rn. 16; Waltermann, Rn. 175; KassKom – Höfler, § 27 SGB V, Rn. 21.

<sup>236</sup> KassKom – Höfler, § 27 SGB V, Rn. 19; Waltermann, Rn. 175.

<sup>237</sup> LPK – Adelt, § 27 SGB V, Rn. 17.

<sup>238</sup> Waltermann, Rn. 281.

<sup>239</sup> BSGE 45, 176, 178; BSGE 63, 277, 280; Waltermann, Rn. 282.

<sup>240</sup> BSGE 33, 202, 204; Waltermann, Rn. 284; LPK – Adelt, § 27 SGB V, Rn. 21.

### *Zugelassenes Arzneimittel*

Damit Psychopharmaka zulasten der GKV verschrieben werden dürfen, müssen sie die Anforderungen des Arzneimittelbegriffs im Sinne des § 31 Abs. 1 SGB V erfüllen. Dieser Begriff wird im SGB V nicht definiert. Hingegen gibt es eine Begriffsbestimmung in § 2 Abs. 1 AMG. Zwar stimmt dieser Begriff mit dem des SGB V weitgehend überein, jedoch kann er nicht mit dem des SGB V gleichgesetzt werden.<sup>241</sup> Vielmehr wird das Arzneimittel im Sinne des § 31 Abs. 1 SGB V als eine Substanz definiert, deren bestimmungsgemäße Wirkung darin liegt, Krankheitszustände zu heilen oder zu bessern oder darin, körperliche oder seelische Zustände oder Funktionen erkennen zu lassen.<sup>242</sup> Die Substanz muss also nach ihrem allgemeinen Verwendungszweck das Ziel verfolgen, Behandlungsziele gemäß § 27 Abs. 1 SGB V zu erreichen. Dies richtet sich nach den Zielen, die mit der Herstellung und dem in Verkehr Bringen objektiv verfolgt werden, wobei das Arzneimittel in Abgrenzung zu den ebenfalls in § 31 Abs. 1 SGB V erwähnten Heilmitteln vornehmlich von innen bzw. „systematisch“ auf den Organismus einwirken muss.<sup>243</sup> Wichtig ist darüber hinaus die Frage, ob die Psychopharmaka gemäß § 22 AMG zugelassen sind, da ein zulassungspflichtiges und noch nicht zugelassenes Arzneimittel vom Leistungsumfang des § 31 Abs. 1 SGB V in der Regel nicht erfasst wird (vgl. unten – off-label-use).

Für die in dem Altenpflegeheim vorgefundenen psychopharmakologischen Substanzen bestehen keine Zweifel, dass es sich bei den verordneten Psychopharmaka um zugelassene Arzneimittel im geschilderten Sinne handelt.

### *Apothekenpflichtigkeit der Psychopharmaka*

Des Weiteren müssten die in dem Altenpflegeheim verwendeten Psychopharmaka gemäß § 34 Abs. 1 S. 1 SGB V apothekenpflichtig sein, um zulasten der GKV verordnet werden zu können. Dieses durch das 2. GKV-NOG mit Wirkung zum 01.07.1997 eingeführte Tatbestandsmerkmal soll die Versorgung mit Arzneimitteln ausschließen, die in Supermärkten und Reformhäusern erhältlich sind.<sup>244</sup> In dem untersuchten Altenpflegeheim konnte lediglich in 5 Fällen die Verordnung eines nicht apothekenpflichtigen Psychopharmakons festgestellt werden (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.66).

### *Kein Ausschluss gemäß § 34 SGB V*

Für die Leistungspflicht der GKV im Rahmen der Psychopharmakaversorgung sind die Regelungen des § 34 Abs. 1, 2 oder Abs. 3 SGB V zu beachten. § 34 Abs. 1 SGB V sieht vor, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Verordnung ausgeschlossen sind. Verschreibungspflichtig sind Arzneimittel, die unter die Vorschriften der §§ 48, 49 AMG fallen. Dies gilt jedoch nur solange

<sup>241</sup> BSGE 81, 240,243; Hauck/Noftz – Gerlach, § 31 SGB V, Rn. 15.

<sup>242</sup> BSGE 46, 179, 182; Wannagat – Mroczynski, § 31 SGB V, Rn. 15; LPK – Adelt, § 31 SGB V, Rn. 12.

<sup>243</sup> BSGE 46, 179, 182; Hauck/Noftz – Gerlach, § 31 SGB V, Rn. 15.

gemäß § 34 Abs. 1 S. 2 SGB V keine Ausnahme durch die Arzneimittelrichtlinie<sup>245</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V vorgesehen ist. Solche Ausnahmetatbestände sollen jedoch nur bei solchen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln geschaffen werden können, die bei schwerwiegenden Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Eine schwerwiegende Erkrankung liegt gemäß Nr. 16.2 AMR vor, wenn diese lebensbedrohlich ist oder wenn aufgrund der Schwere der durch die Erkrankung verursachten Gesundheitsstörung, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt ist. Unter diese Ausnahmetatbestände der Arzneimittelrichtlinie fiel jedoch keines der in dem Altenpflegeheim entdeckten, nicht verschreibungspflichtigen Psychopharmaka.

Ein Ausschlusstatbestand gemäß § 34 Abs. 2 SGB V kommt nicht in Betracht, weil der Gesetzgeber von dieser Verordnungsermächtigung zum Studienstichtag noch keinen Gebrauch gemacht hatte.<sup>246</sup> Unter die Ausschlussliste gemäß § 34 Abs. 3 SGB V fällt keines der in der Studie betrachteten Psychopharmaka.

### *Ärztliche Verordnung*

Eine zwingende Voraussetzung für die Leistungspflicht der GKV bezüglich der vorgenommenen Psychopharmakatherapie ist, dass der behandelnde Arzt das entsprechende Psychopharmakon verordnet hat.<sup>247</sup> Dieses Tatbestandsmerkmal findet sich auch in Nr. 4 der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wieder. Zweck der Verordnungspflicht ist, dass grundsätzlich alle Krankenbehandlungsleistungen auf ärztlicher Entscheidung beruhen sollen. Denn der Vertragsarzt füllt mit seiner Behandlungsentscheidung das subjektiv-öffentliche Rahmenrecht des Versicherten auf eine Arzneimittelbehandlung aus.<sup>248</sup> Der Psychopharmaka verordnende Vertragsarzt muss dabei den Anforderungen der Nr. 9 AMR i.V.m. § 29 BMV-Ä gerecht werden. Danach darf der Vertragsarzt nur ordnungsfähige Arzneimittel verordnen, wofür er ein Kassenrezept verwenden muss. Insbesondere § 29 BMV-Ä enthält darüber hinaus noch weitere Konkretisierungen für das Ordnungsverfahren, welche aber hier nicht relevant sind.

Für dieses Tatbestandsmerkmal konnten während der Erhebung drei Fälle entdeckt werden, bei denen Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass möglicherweise eine Psychopharmakavergabe durchgeführt wurde, für die keine ärztliche Verordnung in dem oben dargestellten Sinn vorgelegen haben könnte (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.73).

Des Weiteren bestimmt Nr. 11 AMR, dass der behandelnde Vertragsarzt in der Regel nur dann Arzneimittel verordnen darf, wenn er sich zuvor von dem Zustand des Versicherten überzeugt hat oder

<sup>244</sup> Bt-Drs. 13/6087, S. 23; Bt-Drs. 13/7264, S. 60.

<sup>245</sup> Im Folgenden nur noch AMR.

<sup>246</sup> KassKom – Hess, § 34 SGB V, Rn. 4.

<sup>247</sup> BSG NJW 1997, S. 2475.

<sup>248</sup> BSGE 81, 54, 61; BSGE 81, 73, 78 f.; Schwerdtfeger, NZS 1997, S. 98, 101.

ihm sein Zustand aus der Behandlung bekannt ist. Diesbezüglich kann jedoch auf die Ausführungen zu der Fernbehandlung verwiesen werden (vgl. Kap. 6.3.2.1).

### *Off-label-use*

Anknüpfend an das Kriterium des zugelassenen Arzneimittels ist die Frage von Bedeutung, ob das zugelassene Arzneimittel auch indikationsgerecht eingesetzt wird. Bei dem sogenannten off-label-use von Arzneimitteln handelt es sich um eine indikationsüberschreitende, also eine die arzneimittelrechtliche Zulassung übergreifende Verwendung von zugelassenen Arzneimitteln. Dabei war einige Zeit umstritten, ob ein Arzneimittel, welches nur für bestimmte Indikationen zugelassen ist, auch für andere Bereiche zulasten der GKV verordnet werden darf. In der Rechtsprechung hat sich der 1. Senat des BSG in seinem off-label-use Urteil vom 19.03.2002 ausdrücklich mit dieser Thematik beschäftigen müssen.<sup>249</sup> Danach ist der off-label-use zulasten der GKV im Grundsatz nicht zulässig.<sup>250</sup> Allerdings darf der Ausschluss des off-label-use aus dem Leistungskatalog der GKV nach Auffassung des 1. Senates nicht ausnahmslos erfolgen.<sup>251</sup> Der 1. Senat des BSG hat 3 Ausnahmekriterien formuliert, die für eine Anwendung einer zulassungsübergreifenden Arzneimittelverordnung zulasten der GKV vorliegen müssen, nämlich erstens eine schwerwiegende Erkrankung, zweitens darf keine andere Therapie verfügbar sein und drittens muss die begründete Aussicht bestehen, dass mit dem Präparat ein Behandlungserfolg zu erzielen ist.<sup>252</sup>

Dabei ist insbesondere fraglich, was unter dem Kriterium einer schwerwiegenden Krankheit zu verstehen ist. Die überwiegenden Ansichten im Schrifttum sehen darin eine Krankheit, die lebensbedrohlich ist oder die die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.<sup>253</sup> Dies entspricht auch der Definition der Nr. 16.2 AMR. Jedenfalls ist durch den Zusammenhang mit der Variante der lebensbedrohlichen Krankheit klargestellt, dass eine bloße Bagatteleerkrankung nicht mit dem Sinn und Zweck dieses Tatbestandsmerkmal vereinbar ist. Somit darf dieses Tatbestandsmerkmal nicht allzu weit ausgelegt werden.<sup>254</sup> Eine die Lebensqualität beeinträchtigende Krankheit liegt jedoch zumindest dann vor, wenn der Patient aufgrund der Erkrankung dauerhaften Schmerzen ausgesetzt ist oder sie zu einer Lähmung oder Teillähmung führt.<sup>255</sup>

Begründet wurde dieser Ausnahmetatbestand des BSG mit der Tatsache, dass es dem Arzt weder aus arzneimittelrechtlichen noch aus berufsrechtlichen Gründen versagt sei, Arzneimittel indikationsübergreifend zu verwenden.<sup>256</sup> Außerdem bestehe ein großes praktisches Bedürfnis nach dem

<sup>249</sup> BSGE 89, 184 ff.

<sup>250</sup> BSGE 89, 184.

<sup>251</sup> BSGE 89, 184.

<sup>252</sup> BSGE 89, 184.

<sup>253</sup> Engelmann/Meurer/Verhasselt, NZS 2003, S. 70, 73; Schroeder-Pritzen/Tadayon, SGB 2002, S. 664.

<sup>254</sup> Engelmann/Meurer/Verhasselt, NZS 2003, S. 70, 73; Schroeder-Pritzen/Tadayon, SGB 2002, S. 664.

<sup>255</sup> Schroeder-Pritzen/Tadayon, SGB 2002, S. 664

<sup>256</sup> BSGE 89, 184, 187 ff.

off-label-use, weil oft der Arzneimittelhersteller, dem die Antragsstellung auf die Neuzulassung eines Arzneimittels gemäß §§ 29 Abs. 3 i.V.m. 21 Abs. 3 S. 1 AMG obliegt, den Indikationsbereich für sein Medikament im dafür vorgesehenen Zulassungsverfahren nicht erweitert.<sup>257</sup> Gründe dafür können unter anderem sein, dass er die erheblichen Kosten für das Zulassungsverfahren scheut, oder dass er gerade bei seltenen Krankheiten kein Interesse an der Vermarktung hat.<sup>258</sup>

### *Wirtschaftlichkeitsgebot*

Schließlich muss als weitere Voraussetzung für die Leistungspflicht der GKV dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V Rechnung getragen werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot soll gegensätzliche Interessen ausgleichen, nämlich einerseits das Interesse an einer optimalen Versorgung und andererseits das Interesse an einer preisgünstigen Versorgung.

Die konkrete Funktion des Wirtschaftlichkeitsgebots besteht also darin, einen qualitativ gerade ausreichenden Leistungsstandard zu sichern, sowie die im Rahmen der GKV durch die Krankenkassen zu erbringenden Leistungen auf das Notwendige zu beschränken.<sup>259</sup> Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V verlangt als Oberbegriff eine ausreichende, zweckmäßige, notwendige und wirtschaftliche Versorgung. Diese unbestimmten Rechtsbegriffe stehen dabei in einem inneren Zusammenhang.<sup>260</sup>

Unter einer ausreichenden Leistung ist dabei eine solche zu verstehen, die nach Umfang und Qualität eine hinreichende Chance für einen Heilerfolg bietet.<sup>261</sup> Zweckmäßig ist eine Arzneimitteltherapie dann, wenn sie auf die Behandlungsziele des § 27 Abs. 1 SGB V abzielt und hinreichend wirksam ist.<sup>262</sup> Dabei ist bei der Auslegung zu beachten, dass die Psychopharmakotherapie gemäß § 2 Abs. 1 SGB V dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht werden muss. Bezüglich der Ermittlung des Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse kann auf die obigen Ausführungen zu den ärztlichen Leitlinien verwiesen werden, wobei diese nicht mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vermischt werden dürfen.<sup>263</sup> Um diese Vielzahl von Leitlinien handhabbar zu machen, ist bereits öfter empfohlen worden, diese zu zertifizieren.<sup>264</sup> Daher ist mit dem GMG in § 139 a-c SGB V das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorgesehen worden. Dieses Institut wird u.a. die Aufgabe haben, Leitlinien im Hinblick auf die den

<sup>257</sup> BSGE 89, 184, 187 ff.

<sup>258</sup> BSGE 89, 184, 187 ff.

<sup>259</sup> Jörg, in Schnapp/Wigge, § 10, Rn. 8; Hauck/Noftz – Noftz, § 12 SGB V, Rn. 9 ff.

<sup>260</sup> KassKom – Höfler, § 12 SGB V, Rn. 21.

<sup>261</sup> KassKom – Höfler, § 12 SGB V, Rn. 22; Hauck/Noftz – Noftz, § 12 SGB V, Rn. 18.

<sup>262</sup> KassKom – Höfler, § 12 SGB V, Rn. 23; Hauck/Noftz – Noftz, § 12 SGB V, Rn. 19.

<sup>263</sup> Vgl. Kap. 6.3.2.1.

<sup>264</sup> Francke, SGB 2000, S. 159, 163; Hart, MedR 1998, S. 8, 14.

Empfehlungen zugrunde liegende Evidenz zu bewerten, wobei diese Empfehlungen keine Verbindlichkeit beanspruchen können.<sup>265</sup>

Notwendigkeit ist eine Maßnahme, die nach Art und Umfang unentbehrlich ist.<sup>266</sup> Und schließlich ist mit dem Tatbestandsmerkmal der Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne in einem Kosten-Nutzen-Vergleich gegeneinander abzuwägen, ob ein günstiges Verhältnis zwischen Aufwand und Wirkung besteht.<sup>267</sup>

Im Einzelnen ist das Wirtschaftlichkeitsgebot in Literatur und Rechtsprechung umstritten. Jedoch wird es im Bezug auf die Leistungspflicht der GKV insbesondere durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 ff. SGB V konkretisiert.<sup>268</sup>

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat gemäß § 92 I S. 2 Nr. 6 SGB V die Kompetenz, über die Verordnung von Arzneimitteln in der ambulanten Versorgung Richtlinien zu beschließen, die eine ausreichende, zweckmäßige, notwendige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleisten soll.<sup>269</sup> Wenn der Leistungserbringer also nicht eine Psychopharmakabehandlung wählt, die den Vorgaben der gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossenen Arzneimittelrichtlinie (AMR) entspricht, dann liegt ein generell unzulässiges Mittel vor, welches einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot begründet, weshalb dann eine Prüfung der Zweckmäßigkeit im Einzelfall nicht mehr notwendig ist.<sup>270</sup> Im Ergebnis wird das Vertragsarztrecht und damit auch das Leistungsrecht der §§ 27 ff. SGB V durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert, denn der Versicherte kann im Rahmen des Leistungsrechts nur erhalten, was der Leistungserbringer auch erbringen darf.<sup>271</sup>

Für die Psychopharmakabehandlung in dem untersuchten Altenpflegeheim könnten die Nr. 9, 11, 13, 22, 26 AMR von Bedeutung sein. Da Nr. 9, 11, 26 AMR die Pflichten des Vertragsarztes bei der Arzneimittelverordnung betrifft, wurde dazu bereits Stellung genommen.<sup>272</sup>

Nr. 13 S. 2 AMR schließt die Arzneimittelverordnung aus, für die der therapeutische Nutzen nicht ausreichend gesichert ist. Die Bestimmung des therapeutischen Nutzens setzt eine Nutzen-Risiko-Abwägung mit günstigem Ergebnis voraus, was dann gemäß Nr. 13 S.1 AMR der Fall sein soll, wenn

<sup>265</sup> Bt.- Drs. 15/1525, S. 128.

<sup>266</sup> KassKom – Höfler, § 12 SGB V, Rn. 39; Hauck/Noftz – Noftz, § 12 SGB V, Rn. 21; BSGE 66, 245, 246.

<sup>267</sup> KassKom – Höfler, § 12 SGB V, Rn. 40; Hauck/Noftz – Noftz, § 12 SGB V, Rn. 23.

<sup>268</sup> LPK – Auktor, § 92 SGB V, Rn. 3; Hauck/Noftz – Gerlach, § 31 SGB V, Rn. 45; Axer, Rn. 22.

<sup>269</sup> Engelmann, NZS 2000, S. 1, 2.

<sup>270</sup> BSGE 81, 54, 61; Jörg, in: Schnapp/Wigge, § 10, Rn. 53.

<sup>271</sup> Ebsen, VSSR 1990, S. 57, 64; BSGE 81, 54, 61.

<sup>272</sup> Vgl. Kap. 6.3.2.1.

nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse ein relevantes Ausmaß der Wirksamkeit bei einer definierten Indikation besteht.

Bei der medizinischen Bewertung der in dem Altenpflegeheim erhobenen Daten zeigte sich nach dem Screening, dass immerhin bei 27 der betrachteten Heimbewohner Anhaltspunkte vorliegen, dass die Psychopharmakabehandlung für die Erreichung eines Behandlungszieles gemäß § 27 Abs. 1 SGB V unter Zugrundelegung der in den Pflegeakten dokumentierten Diagnosen und Indikationen nicht zweckmäßig war bzw. die Psychopharmakaverordnung nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.65 und Abb. 5.67). Folglich könnte es in diesen Fällen an dem in der AMR geforderten therapeutischen Nutzen bzw. an der Zweckmäßigkeit der Psychopharmakaverordnung fehlen und damit ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegen (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 7 und 14**).

Und schließlich könnte Nr. 22 AMR von Bedeutung sein, da diese Norm vorsieht, dass es bei langfristiger Verordnung (länger als 2 Monate) von Tranquilantien und Hypnotika, es einer strengen Indikationsstellung und einer Begründung in der ärztlichen Dokumentation bedarf. Auch dabei handelt es sich um eine Verordnungseinschränkung. Wichtig ist dies in Anbetracht der Tatsache, dass viele der in die Studie einbezogenen Heimbewohner länger als 2 Monate, zumindest mit einem Psychopharmakon behandelt wurden. Insgesamt konnten bei den 56 Heimbewohnern 24 Verordnungen von Psychopharmaka aus der Gruppe der Sedativa, Hypnotika und der Benzodiazepine festgestellt werden, wobei manche Heimbewohner teilweise 2 oder 3 Psychopharmaka dieser Gruppen erhielten (vgl. Kap. 5.1 – Abb. 5.16). Ob in den betroffenen Fällen die Verordnungseinschränkung im Sinne der Nr. 22 AMR durch den verordnenden Arzt erfüllt wurden, konnte jedoch mangels Einblick in die ärztliche Dokumentation nicht überprüft werden.

### *Zuzahlungspflicht*

Schließlich trifft den Heimbewohner noch die Leistungspflicht der Zuzahlung gemäß § 31 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 61 SGB V. Die Zuzahlung soll dazu dienen, die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein des Versicherten zu stärken.<sup>273</sup> Die Zuzahlungspflicht betrifft gemäß § 31 Abs. 3 S. 1 SGB V alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich seit 01.01.2004 nach § 61 S. 1 SGB V. Jetzt muss der Versicherte für alle Arzneimittel bzw. für alle Mittel und Medizinprodukte, die in die Arzneimittelversorgung einbezogen sind, eine Zuzahlung von 10 % leisten, die jedoch nicht unter 5 und nicht über 10 € liegen darf. Des Weiteren darf die Zuzahlung nicht höher sein als die Kosten für das Arzneimittel. Dies gilt solange, wie der Versicherte nicht die in § 62

<sup>273</sup> LPK – Adelt, § 31 SGB V, Rn. 5.

SGB V normierte Belastungsgrenze von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bzw. von 1 % bei chronisch Kranken erreicht hat.

### **6.3.2.3 Anforderungen aus dem Recht der sozialen bzw. der privaten Pflegeversicherung**

Nachdem im vorherigen Abschnitt die Voraussetzungen nach dem Recht der GKV für eine ambulante Psychopharmakatherapie und die Studienergebnisse skizziert wurden, sollen nun die sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Psychopharmakaverabreichung und die Überwachung der Arzneimitteleinnahme durch die Pflegekräfte der stationären Altenpflegeeinrichtung besprochen werden. Diese Leistung liegt an der Schnittstelle zwischen der ambulanten Krankenbehandlung und der stationären Pflege, bei der die Leistungserbringer der verschiedenen Bereiche miteinander kooperieren.

Ein möglicher Anspruch auf stationäre Pflegeversicherungsleistungen zugunsten der Heimbewohner richtet sich im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach § 43 Abs. 2 SGB XI bzw. in der privaten Pflegeversicherung nach dem Pflegeversicherungsvertrag i.V.m. § 4 MB/PPV und dem Tarif PV. Dieser Anspruch besteht in der Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege. Allerdings ist die Leistung der sozialen Pflegeversicherung keine Geldleistung, sondern trotz des Gesetzeswortlauts „der Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag von 1432 € monatlich“ als Sachleistung zu verstehen.<sup>274</sup> Hingegen gewährt die private Pflegeversicherung Kostenerstattung.<sup>275</sup>

In diesem Rahmen muss jedoch angemerkt werden, dass die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nur bis zum 30.06.2007 zulasten der Pflegeversicherung vorgesehen sind, wobei § 43 b SGB XI bestimmt, dass ab 01.07.2007 die Finanzierungsverantwortung von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden soll, wobei das Nähere noch durch ein Gesetz geregelt werden soll.

Jedenfalls bis zum Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung müssen die Leistungen der stationären Pflege gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI zunächst gegenüber der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V abgegrenzt werden. Letztere erhalten Versicherte nur in ihrem eigenen Haushalt bzw. in dem Haushalt ihrer Familie. Da die Versicherten in dem Altenpflegeheim nicht in dem Haushalt eines Verwandten oder Schwägers leben, stellt sich die Frage, ob der in einem Altenpflegeheim wohnende Versicherte einen eigenen Haushalt im Sinn des § 37 Abs. 1 SGB V behält. Das ist in der Regel nicht der Fall, da sich die Versicherten in einem Altenpflegeheim hauswirtschaftlich nicht selbst versorgen.<sup>276</sup> Hingegen wird in

<sup>274</sup> KassKom – Leitherer, § 43 SGB XI, Rn. 11; Hauck/Wilde – Rehberg, § 43 SGB XI, Rn. 7.

<sup>275</sup> LPK – Gallon, § 23 SGB XI, Rn. 49.

<sup>276</sup> BSG vom 30.10.2001, Rn. 23 f.; Hauck/Noftz – Gerlach, § 37 SGB XI, Rn. 27.

Altenwohnanlagen mit separaten Wohnungen ein eigener Haushalt angenommen.<sup>277</sup> Soweit in einem solchen Fall Pflegeleistungen erbracht werden, handelt es sich dann um ambulante Pflege nach §§ 36 ff. SGB XI. Jedoch liegt in dem untersuchten Altenpflegeheim in der Regel die hauswirtschaftliche Versorgung in den Händen des Heimträgers. Folglich scheidet hier die Leistung der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V aus. Ebenso kommt auch der Tatbestand des § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V nicht in Betracht, mit dem Ergebnis, dass sich für die in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Heiminsassen die Psychopharmakavergabe und die Überwachung von deren Einnahme nur nach § 43 Abs. 2 SGB XI richten kann.<sup>278</sup>

Allerdings muss im weiteren Rahmen dieser Studie hier nicht zwischen der privaten und der gesetzlichen Pflegeversicherung unterschieden werden und braucht nicht auf die Lage unversicherter Heimbewohner eingegangen zu werden. Denn die private Pflegeversicherung wurde sehr stark durch den Gesetzgeber reguliert,<sup>279</sup> was faktisch dazu führt, dass alle Krankenversicherten in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind.<sup>280</sup> Gemäß § 23 Abs. 1 S. 2 SGB XI müssen die Leistungspflichten der privaten Pflegeversicherung nach Art und Umfang denen der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sein. Das betrifft insbesondere die Leistungsvoraussetzungen, die Leistungsstufen und die Leistungshöhe.<sup>281</sup> Diese Vorgaben lassen sich anhand der entsprechenden Regelung des SGB XI bzw. der MB/PPV nachvollziehen. Der Heimvertrag, den die Heimbewohner mit dem untersuchten Altenpflegeheim geschlossen haben, setzt die entsprechenden Anforderungen in das Rechtsverhältnis derselben zum Heim um (vgl. Kap. 6.3.1.3). Insofern können die Voraussetzungen der Leistungspflicht im Folgenden für alle Betroffenen anhand der gesetzlichen Pflegeversicherung besprochen werden.

### Versicherungsverhältnis

Die erste Voraussetzung der Erbringung der stationären Pflegeleistungen gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI zulasten der Pflegeversicherung ist, dass der Heimbewohner versichert ist. Dieses Tatbestandsmerkmal bildet die Grundlage für alle Leistungen zulasten der gesetzlichen Pflegeversicherung. Da jedoch alle im Rahmen der Studie untersuchten Fälle in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung versichert waren, besteht für alle Heimbewohner auch ein Pflegeversicherungsverhältnis. Denn alle in der GKV versicherungspflichtigen Mitglieder sind gemäß § 20 Abs. 1 S. 1 SGB XI in der SPV versichert.<sup>282</sup>

<sup>277</sup> Hauck/Noftz – Gerlach, § 37 SGB XI, Rn. 27; LSG Bayer, vom 27.22.2003.

<sup>278</sup> BSG vom 30.10.2001.

<sup>279</sup> BVerfG, NJW 2001, S. 1709, 1710; Leube, NZS 2003, S. 449,450; Schulin/Igl, Rn. 396.

<sup>280</sup> Leube, NZS 2003, S. 449,450; Schlegel, DStR 1994, S. 1861.

<sup>281</sup> KassKom – Peters, § 23 SGB XI, Rn. 13.

<sup>282</sup> Schlegel, DStR 1994, S. 1861.

Da die in der GKV familienversicherten Menschen keine Mitglieder sind, werden sie von dieser Norm nicht erfasst. Vielmehr sind sie gemäß § 25 Abs. 1 SGB XI ebenfalls familienversichert.

Die in der PKV krankenversicherten Heimbewohner sind gemäß § 1 Abs. 2 SGB XI gezwungen, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen.

Des Weiteren muss der Heimbewohner die Vorversicherungszeiten gemäß § 33 Abs. 2 und 3 SGB XI (bzw. gemäß § 3 MB/PPV) erfüllt haben.<sup>283</sup>

### Pflegebedürftigkeit

Der Versicherungsfall der Pflegebedürftigkeit ist durch § 14 SGB XI bzw. § 1 S. 4 MB/PPV geregelt. Dieses Tatbestandsmerkmal ist eine zwingende Voraussetzung für die Leistungen der stationären Pflege. Pflegebedürftig ist eine Person, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder erhöhtem Maß der Hilfe bedarf. Leistungen werden für diese Versicherten gewährt, wenn ihnen gemäß §§ 14, 15 SGB XI bzw. gemäß § 1 S. 8 MB/PPV eine Pflegestufe anerkannt wurde, sie also einen gesetzlich bzw. vertraglich definierten Pflegebedarf aufweisen. Dies trifft in der vorliegenden Untersuchung auf nahezu alle Heimbewohner zu. Von den 56 in die Studie einbezogenen Heimbewohner wurden 23 als pflegebedürftig mit der Pflegestufe 1, 19 mit der Pflegestufe 2, 12 mit der Pflegestufe 3 und 1 Heimbewohner mit der Pflegestufe 3 – Härtefall eingestuft. Die Ausnahme bildet dabei ein Heimbewohner der keiner Pflegestufe im Sinne des § 15 Abs. 1 SGB XI zugeordnet ist, und somit nicht pflegebedürftig im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung ist (vgl. Kap. 5.1 – Abb. 5.4).

### Antrag

Schließlich bedarf es für den Erhalt der Leistungen der Pflegeversicherung sowohl gemäß § 33 SGB XI als auch gemäß § 6 Abs. 1 MB/PPV eines Antrages bei dem Pflegeversicherungsträger bzw. beim Pflegeversicherungsunternehmen.

### Subsidiarität der stationären Pflege

Aufgrund der Subsidiarität der stationären Pflege muss eine häusliche oder teilstationäre Pflege unmöglich sein, was sowohl durch den Umfang der Pflegebedürftigkeit als auch die individuelle Pflegesituation bedingt sein kann.<sup>284</sup> Ist die stationäre Pflege nicht erforderlich und wählt der Versicherte trotzdem die vollstationäre Pflege, dann erhält er gemäß § 43 Abs. 4 i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI bzw.

<sup>283</sup> KassKom – Leitherer, § 43 SGB XI, Rn. 12; Schuli/Igl, Rn. 359.

<sup>284</sup> KassKom – Leitherer, § 43 SGB XI, Rn. 13; Krauskopf – Krauskopf, § 43 SGB XI, Rn. 5.

gemäß § 4 Nr. 13 MB/PPV einen Zuschuss in Höhe der Aufwendungen der häuslichen Pflege, wobei bei der häuslichen Pflegesachleistung die medizinische Behandlungspflege nicht erfasst ist.

### Zugelassenes Pflegeheim

Ein Unterschied zwischen der SPV und der PPV besteht darin, dass sich die Leistung der SPV nur auf die Pflege in einem gemäß §§ 72 SGB XI durch einen Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeheim beziehen darf.<sup>285</sup> Das untersuchte Altenpflegeheim hat jedoch, obwohl es in den vorformulierten Vertragsinhalten darauf verweist, keinen Vorsorgevertrag gemäß § 72 Abs. 1 SGB XI mit den Landesverbänden der Pflegekassen abgeschlossen. Denn es bestand bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung und fällt somit unter die Regelung des § 73 Abs. 3 S. 1 i.V.m. § 73 Abs. 4 SGB XI, da in dem Altenpflegeheim bereits vor dem 01.01.1995 vollstationäre Pflege erbracht wurde. Damit gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen.

Jedoch stellt auch § 4 Nr. 12 S. 2 i.V.m. Nr. 8 S. 2-5 MB/PPV bestimmte Anforderungen an die Einrichtung und die Ausstattung des Pflegeheims, die hier erfüllt sind.

### Vergabe der Psychopharmaka und Überwachung der Arzneimitteleinnahme

#### *Begriff der medizinischen Behandlungspflege*

Bei der Psychopharmakavergabe und der Überwachung der Psychopharmakaeinnahme durch die Pflegekräfte des Altenpflegeheims handelt es sich um eine Leistung der medizinischen Behandlungspflege. Diese Leistung im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB XI umfasst Maßnahmen, die als Teil einer auf das Erkennen, Verhüten oder Heilen einer Krankheit oder die Linderung von Krankheitsbeschwerden ausgerichteten ärztlichen Behandlung erforderlich sind.<sup>286</sup> Sie setzt also notwendig eine gleichzeitige ärztliche Behandlung voraus, deren Teil sie ist. Diese Definition entspricht unter der Berücksichtigung des Zusatzes, dass es sich dabei um Maßnahmen handeln muss, die üblicherweise auch an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können, auch der Definition der Häuslichen Krankenpflegerichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V. Insbesondere ist unbestritten, dass die medizinische Behandlungspflege die Medikamentenvergabe durch den Pfleger an den Versicherten gemäß der ärztlichen Verordnung umfasst, wenn sie für den Heilungsplan erforderlich ist.<sup>287</sup> Denn die Pflegekräfte unterstützen mit der Vergabe der Medikation die Heilung einer Krankheit bzw. die Linderung von Krankheitsbeschwerden. Für deren

<sup>285</sup> KassKom – Leitherer, § 43 SGB XI, Rn. 11.

<sup>286</sup> BSGE 89, 50; LPK - Klie/Steppe, vor §§ 14 – 19 SGB XI, Rn. 8.

<sup>287</sup> BAG v. 15.12.99, AP Nr. 16; LSG Sachsen –Anhalt U. 24.09.1997, Az.: L 4 Kr 30/97; Benz, NZS 2000, S. 125, 128; LPK - Klie/Steppe, vor §§ 14 – 19 SGB XI, Rn. 8.

Verordnung trägt der Arzt im haftungsrechtlichen Sinne die Anordnungsverantwortung, während die Pflegekräfte die Durchführungsverantwortung übernehmen.<sup>288</sup>

Fraglich ist hingegen, ob es sich bei der Überwachung der Arzneimiteleinahme ebenfalls um eine Leistung der medizinischen Behandlungspflege handelt. Dies ist früher für die Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V teilweise bestritten worden<sup>289</sup> (inzwischen ist diese Tätigkeit in den Katalog der verordnungsfähigen Leistungen der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege aufgenommen worden). Nach dieser Auffassung sollte es sich um Grundpflege handeln, unter der allgemeine pflegerische Maßnahmen nicht medizinischer Art zu verstehen sind, welche die alltäglichen Grundbedürfnisse oder die Aktivitäten des Lebens betreffen. Jedoch sind die Begriffe der Grundpflege im SGB V und im SGB XI nicht identisch, denn das SGB XI grenzt die Grundpflege auf die Tatbestandsmerkmale des § 14 Abs. 4 SGB XI ein, da es nicht darauf zielt, den Bedarf voll abzudecken.<sup>290</sup> Das hätte zur Folge, würde man dieser früheren Auffassung folgen, dass die Überwachung der Arzneimiteleinahme möglicherweise nicht zu dem Leistungskatalog der stationären Pflege gehören könnte, wenn es sich dabei nicht um medizinische Behandlungspflege im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB XI handeln würde.<sup>291</sup>

Vielmehr ist das entscheidende Kriterium zur Abgrenzung der Grund- und Behandlungspflege, dass eine Maßnahme einen medizinischen Bezug hat. Solange also dieses Kriterium erfüllt ist, können die Pflegekräfte des Altenpflegeheims die Vergabe und auch die Überwachung der Psychopharmakaeinnahme als medizinische Behandlungspflege im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB XI erbringen.<sup>292</sup> Gleiches gilt für die Anleitung zur Selbstverwaltung und eigenständigen Einnahme der Arzneimittel, da gemäß § 28 Abs. 4 SGB XI aktivierende Pflege betrieben werden soll um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und verloren gegangene Fähigkeiten wiederzuerlernen.<sup>293</sup> Insofern ist die Leistung der medizinischen Behandlungspflege im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB XI mit dem Katalog der verordnungsfähigen Maßnahmen der Behandlungspflege im Rahmen des § 37 SGB V identisch.

Dabei ist davon auszugehen, dass insbesondere bei psychisch oder demenzkranken Patienten eine Erfolg versprechende Behandlung ohne die Überwachung der Psychopharmakaeinnahme nicht möglich ist, so dass es sich in diesen Fällen um eine medizinische Behandlungspflege im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB XI handelt.

In diesem Zusammenhang ist für das untersuchte Altenpflegeheim auch festzustellen, dass von den insgesamt 56 an der Studie beteiligten Heimbewohnern lediglich 2 ihre Arzneimittel selbst bzw. teilweise

<sup>288</sup> Pies, S. 6; Höfert, Pflege konkret 2003, Heft 2, S. 2.

<sup>289</sup> Dazu siehe LPK - Klie/Steppe, vor §§ 14 – 19 SGB XI, Rn. 8 mit weiteren Nachweisen.

<sup>290</sup> Igl/Welti, VSSR 1995, S. 117, 133.

<sup>291</sup> BSG vom 19.02.1998, Az.: B 3 P 5/97 R.

<sup>292</sup> Krauskopf – Krauskopf, § 43 SGB XI, Rn. 9; Hauck/Noftz., - Rehberg, § 43 SGB XI, Rn. 10a.

<sup>293</sup> vgl. weiter unten - Kap. 6.3.2.3.

selbst verwalteten. Die übrigen 54 Heimbewohner erhalten von den Pflegekräften die Leistung der medizinischen Behandlungspflege (vgl. Kap. 5.1 – Abb. 5.17).

#### *Untergesetzliche Regelungen bzgl. der medizinischen Behandlungspflege*

Auf die medizinische Behandlungspflege wird in verschiedenen Rechtsquellen Bezug genommen. Der Pflegeheimträger des untersuchten Altenpflegeheims verpflichtet sich gegenüber dem Heimbewohner gemäß § 2 des Heimvertrages, die medizinische Behandlungspflege auf der Grundlage der Pflegeversicherung zu erbringen, wobei sich der Umfang der medizinischen Behandlungspflege aus dem Rahmenvertrag und aus dem Versorgungsvertrag ergeben soll (vgl. 6.3.1.3).<sup>294</sup>

Zum Zwecke der Zulassung einer Pflegeeinrichtung zur Erbringung von Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI schließen die Landesverbände der Pflegekassen gemäß § 72 Abs. 1 SGB XI einen Versorgungsvertrag mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Hingegen regelt der Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI Einzelheiten einer wirksamen und wirtschaftlichen Versorgung. Es handelt sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) mit den Vereinigungen der stationären Pflegeeinrichtungen des Landes.<sup>295</sup> Für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen ist dieser Vertrag gemäß § 75 Abs. 1 S. 4 SGB XI unmittelbar verbindlich. Jedoch ändert dies nichts daran, dass im Sozialversicherungsverhältnis die Rechtsgrundlage für die medizinische Behandlungspflege zugunsten des Heimbewohners in § 43 Abs. 2 SGB XI zu finden ist. Denn der Versicherte hat, wie bereits dargestellt einen Sachleistungsanspruch gegen seine Pflegekasse, die sich des Pflegeheims als Leistungserbringer bedient.

Allerdings stellt sich die Frage, ob Regelungen des Versorgungsvertrages oder des Rahmenvertrages die Versorgung mit der medizinischen Behandlungspflege konkretisieren. Das untersuchte Altenpflegeheim hat wie bereits dargestellt keinen Vorsorgevertrag gemäß § 72 Abs. 1 SGB XI mit den Landesverbänden der Pflegekassen abgeschlossen, da ein solcher gemäß § 73 Abs. 3 S. 1 i.V.m. § 73 Abs. 4 SGB XI als abgeschlossen gilt. Somit liegen keine Regelungen des Versorgungsvertrages vor, die die Leistungspflichten der medizinischen Behandlungspflege konkretisieren könnten.

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen im Sinne des § 80a Abs. 1 SGB XI, welche Leistungs- und Qualitätsmerkmale u.a. für die medizinische Behandlungspflege festlegen sollen, wurden von dem untersuchten Altenpflegeheim noch nicht abgeschlossen.

<sup>294</sup> Zu der Möglichkeit der dynamischen Verweisung des Heimvertrages auf den Landesrahmenvertrag siehe: BGH vom 08.11.01, Az: III ZR 14/01.

<sup>295</sup> Hauck/Noftz - Orthen, § 75 SGB XI, § 75, Rn. 10; Wannagat-Wigge, § 75 SGB XI, Rn. 6.

Jedoch enthält der Rahmenvertrag, der gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen (Hessen) unter Beteiligung des MDK sowie der Privaten Krankenversicherungen e.V. mit den Trägern der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen abgeschlossen wurde, gesonderte Regelungen zur medizinischen Behandlungspflege. Dieser Rahmenvertrag ist zum 31.12.2004 gekündigt worden. Ein neuer Rahmenvertrag ist bis zum heutigen Tag nicht vereinbart worden. Allerdings ist der alte Rahmenvertrag zum Stichtag der Untersuchung am 15.06.2004 gültig gewesen. Darum wird er in der für 2004 geltenden Fassung als Rechtsquelle herangezogen.

Jedoch bestimmt dieser Rahmenvertrag für den hier relevanten Bereich nur, dass die medizinische Behandlungspflege entsprechend den ärztlichen Anordnungen erbracht werden soll und dass die ärztlichen Anordnungen und deren Durchführung zu dokumentieren sind. Des Weiteren haben die Vertragspartner vereinbart, dass sich für die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege der Umfang des für Hessen geltenden Leistungskatalogs der Vereinbarungen nach § 132 SGB V<sup>296</sup> in der jeweils gültigen Fassung maßgeblich sein soll. Damit wird auf den Leistungskatalog der Häuslichen Krankenpflege in der GKV Bezug genommen, der jedenfalls hinsichtlich der Arzneimittelvergabe, -überwachung und der Anleitung zur Behandlungspflege mit dem oben dargestellten Begriff des SGB XI identisch ist. Inhaltlich begrenzen könnten diese Regelung im Rahmenvertrag, die im SGB XI festgesetzte Leistung der medizinischen Behandlungspflege zulasten des Versicherten ohnehin nicht.<sup>297</sup> Vielmehr ergibt sich der Anspruch des Versicherten aus dem Leistungsrecht des SGB XI, also hier aus § 43 Abs. 2 SGB XI.

#### *Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlungspflege*

Die Pflegeleistungen müssen gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 29 Abs. 1 SGB XI wirksam und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die darüber hinausgehen, sind aus dem Leistungskatalog des SGB XI ausgeschlossen.<sup>298</sup> Darüber hinaus müssen sie gemäß § 11 Abs. 1 SGB XI dem Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechen.

Um dem Tatbestandsmerkmal der Wirksamkeit gemäß § 29 Abs. 1 SGB XI zu entsprechen, muss eine Leistung für die Erreichung des Pflegeziels einerseits geeignet und darf andererseits nicht überflüssig sein.<sup>299</sup> Zu diesen Zielen der Pflege, in diesem Fall also der medizinischen Behandlungspflege, zählt gemäß § 28 Abs. 4 SGB XI auch die aktivierende Pflege, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und

<sup>296</sup> Der Gegenstand dieser Norm ist inzwischen in § 132a SGB V geregelt. Eine Rahmenempfehlung gemäß § 132a Abs. 1 SGB V ist bisher nicht zustande gekommen. Und die Vereinbarungen nach § 132a Abs. 2 SGB V richten sich nach dem Leistungskatalog der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Häuslichen Krankenpflege.

<sup>297</sup> LSG Bayern, vom 27.06.2003; Hauck-Noftz, Orthen, § 75 SGB XI, § 75, Rn. 12a – 13; Wannagat – Wigge, § 75 SGB XI, Rn. 7, a.M.: Krauskopf – Knittel, § 75 SGB XI, Rn. 8.

<sup>298</sup> Hauck/Noftz-Rehberg, § 29 SGB XI, Rn. 1

<sup>299</sup> Hauck/Noftz, - Rehberg, § 29 SGB XI, Rn. 8.

verloren gegangene Fähigkeiten zurück zu gewinnen. Dieser allgemeine programmatische Grundsatz ist integraler Bestandteil aller nach §§ 36 ff. SGB XI zu gewährender Pflegeleistungen.<sup>300</sup> Dabei soll die aktivierende Pflege alle körpernahen Verrichtungen umfassen, worunter insbesondere die Anleitung zur Selbsthilfe zu verstehen ist, zum Beispiel beim Blutdruckmessen und beim Umgang mit Inkontinenzartikeln.<sup>301</sup> Insofern ist die Selbsthilfe zur Selbstverwaltung der Arzneimittel als Teil des Patientenbeitrages an der Heilbehandlung ein nach § 28 Abs. 4 SGB XI anzustrebendes Ziel.

Auch muss die Leistung unter den gleichwirksamen die kostengünstigste sein, um dem Wirtschaftlichkeitskriterium im engeren Sinne zu entsprechen.<sup>302</sup> Dieses erfordert insbesondere bei der Leistungserbringung die Beachtung einer angemessenen und wirtschaftlich vertretbaren Relation zwischen Kosten und Nutzen.<sup>303</sup> Dies ist hier an zwei Stellen zu beachten: Einerseits dann, wenn der Arbeitsaufwand, einen Heimbewohner zur Selbstverwaltung seiner Arzneimittel anzuleiten, so groß ist, dass er zu dem Erfolg der Aktivierung in keinem angemessenen Verhältnis steht; andererseits, wenn die Aktivierung bzw. die Selbstverwaltung der Arzneimittel einen unverhältnismäßig hohen Überwachungsaufwand auslöst. Unter diesen Umständen muss die aktivierende Pflege aus Gründen der Wirtschaftlichkeit hinter der Arzneimittelverwaltung und –vergabe zurücktreten.

Und schließlich muss sich die Leistung der medizinischen Behandlungspflege am Notwendigkeitskriterium messen lassen, weshalb die Pflegeleistung unentbehrlich und auf das Nötige beschränkt sein muss.<sup>304</sup> Hinsichtlich des Tatbestandsmerkmals der Notwendigkeit der medizinischen Behandlungspflege stellt sich die Frage, wie dieses auszulegen ist. Dafür bietet das SGB XI keine Anhaltspunkte. Als Auslegungshilfe könnte man hier die Kriterien der Anlage der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses<sup>305</sup> gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 6, Abs. 7 SGB V anwenden. Diese Vorgehensweise liegt nahe, weil der Leistungsumfang hinsichtlich der Vergabe, Überwachung und Anleitung der Arzneimittel im SGB V und im SGB XI weitgehend identisch ist. In Nr. 26 dieser Anlage werden für die Medikamentengabe, welche auch das Richten der Arzneimittel und die Kontrolle der Einnahme umfasst, 4 Tatbestände aufgelistet, welche im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege die konkreten Verordnungsfähigkeitsvoraussetzungen der Arzneimittelgabe anhand der zu kompensierenden Defizite des Patienten darstellen. Danach ist die Behandlungspflege in Form der Medikamentengabe nur notwendig, wenn der Patient:

<sup>300</sup> KassKom - Leitherer, § 28 SGB XI, Rn. 23; Klie, S. 272.

<sup>301</sup> Hauck/Noftz, - Rehberg, § 28 SGB XI, Rn. 11; Krauskopf – Knittel, § 28 SGB XI, Rn. 10, 11; Wannagat – Meydam, § 29 SGB XI, Rn. 23.

<sup>302</sup> Hauck/Noftz, - Rehberg, § 29 SGB XI, Rn. 10.

<sup>303</sup> KassKom – Leitherer, § 29 SGB XI, Rn. 9.

<sup>304</sup> Hauck/Noftz, - Rehberg, § 29 SGB XI, Rn. 11.

<sup>305</sup> Im Folgenden nur noch HKPfRL.

- an einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit leidet, dass es ihm unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen oder
- an einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten leidet, dass er die Medikamente nicht an den Ort ihrer Bestimmung führen kann oder
- an einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit leidet, dass er zu schwach ist, die Medikamente an den Ort ihrer Bestimmung bringen zu können oder
- an einer so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit und Realitätsverlust leidet, dass die compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist.

Die Anleitung zur Behandlungspflege in Form der Beratung und Kontrolle des Versicherten soll gemäß Nr. 7 der Anlage der HKPfIRL verordnungsfähig sein bei:

- initialer Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahme und vorhandenem Lernpotenzial.

Bei 8 Heimbewohnern lagen Anzeichen dafür vor, dass die oben genannten Kriterien nicht gegeben waren (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.79). Bei diesen 8 Heimbewohnern ist die Leistung der medizinischen Behandlungspflege also möglicherweise nicht notwendig, so dass diese ihre Arzneimittel selbst verwalten und Einnehmen könnten oder zumindest dazu angeleitet werden müssten, solange dies mit einem verhältnismäßigen Aufwand Erfolg versprechend ist (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 9**).

Aufgrund des dargestellten Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß § 29 Abs. 1 SGB XI und des Zieles der aktivierenden Pflege haben die versicherten Heimbewohner grundsätzlich ihre Arzneimittel selbst zu verwalten und dürfen die Leistung der medizinischen Behandlungspflege in Form der Gabe der Psychopharmaka und der Überwachung der Einnahme nur dann erhalten, wenn auf eine andere Art der Therapieerfolg bzw. die Sicherung des Patientenbeitrages zu der Psychopharmakabehandlung nicht zu gewährleisten ist. Gegebenenfalls müsste der Versicherte im Sinne der Aktivierung zu der selbständigen Arzneimittelverwaltung und –einnahme durch die Pflegekräfte angeleitet und überwacht werden (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 9**). Denn nur so kann das Ziel der Wiedergewinnung bzw. der Erhaltung der Fähigkeiten erreicht werden. Das entspricht dem Sinn des § 2 Abs. 1 Nr. 2 HeimG, des § 2 Abs. 1 S. 1 SGB XI und des Betreuungsrechts wonach die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortlichkeit des Heimbewohners gewahrt und gefördert werden soll. Aufgrund der Zielsetzung der aktivierenden Pflege kann man sich auch nicht auf den Standpunkt zurückziehen, dass

man mit der nicht erforderlichen medizinischen Behandlungspflege eine kostenfreie Leistung außerhalb des Leistungsrahmens des SGB XI erbringen wolle. Darüber hinaus appelliert § 6 Abs. 2 SGB XI ausdrücklich an die Pflegebedürftigen, dass sie an der aktivierenden Pflege mitzuwirken haben, auch wenn ein Verstoß keinerlei Sanktionen nach sich zieht.<sup>306</sup>

Fraglich ist letztlich, welche Kontroll- bzw.- Überwachungspflichten den Pflegekräften des Altenpflegeheims obliegen. Insbesondere ist zu fragen, ob ein Konflikt zwischen den dem Haftungsrecht entspringenden deliktsrechtlichen und nebenvertraglichen Obhutspflichten bzw. den Fürsorgepflichten des Altenpflegeheimbetreibers und einer Förderung der Arzneimittelselbstverwaltung durch die Heimbewohner besteht.<sup>307</sup> Das wäre dann der Fall, wenn die Pflegekräfte eines Altenpflegeheims zu einer lückenlosen Überwachung der Einnahme der Arzneimittel verpflichtet wären. Eine solche Überwachungspflicht könnte sich aus den Anweisungen des Arztes und eigenen Erfahrungen im Pflegealltag ergeben. Denn der Altenpflegeheimträger ist deliktsrechtlich und vertraglich verpflichtet, den Heimbewohner vor Schädigungen seiner Gesundheit zu bewahren.<sup>308</sup> Dabei müssen jedoch die Aspekte der Freiheit (Art. 2 GG) und der Würde (Art.1 Abs. 1 GG) berücksichtigt werden.<sup>309</sup> Das erfordert eine Abwägung im Einzelfall. Wenn dem Altenpflegeheimträger bzw. den Pflegekräften bekannt ist, dass ein Heimbewohner Arzneimittel hortet und die Gefahr besteht, dass er dann die Arzneimittel auf einmal einnimmt und sich somit einem Gesundheitsrisiko aussetzt, besteht die Sorgfaltspflicht, für eine Überwachung der Einnahme zu sorgen.<sup>310</sup> Ebenso verhält es sich, wenn der behandelnde Arzt eine entsprechende Anweisung gegeben hat, um Gesundheitsrisiken zu vermeiden.<sup>311</sup> Im Übrigen besteht, zumindest ohne einen konkreten Gefährdungshinweis, keine Pflicht zur lückenlosen Überwachung der Einnahme der Psychopharmaka bei solchen Heimbewohnern, welche die Fähigkeit besitzen ihre Psychopharmaka selbst zu verwalten und dies auch problemlos tun.<sup>312</sup> Denn da die Überwachung der Arzneimittelaufnahme auch eine Leistung der medizinischen Behandlungspflege darstellt, wäre es inkonsequent, wenn einerseits wegen fehlender Notwendigkeit die Leistung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne nicht erbracht werden dürfte, aber andererseits das Unterlassen zu einem Haftungsfall führte. Dem steht die Einheit der Rechtsordnung entgegen.

<sup>306</sup> Die Frage nach der Möglichkeit der Sanktion in Form des Entzuges von Pflegeleistungen aufgrund von §§ 62 ff SGB I ist umstritten. Dagegen: Hauck/Noftz – Wagner, § 6 SGB XI, Rn. 10.

<sup>307</sup> Klie, S. 175.

<sup>308</sup> BGH vom 28.04.2005, Az.: III ZR 399/04, S. 4.; OLG Koblenz, NJW-RR-2002, S. 867

<sup>309</sup> BGH vom 28.04.2005, Az.: III ZR 399/04, S. 5.

<sup>310</sup> LG Hamburg, NJOZ 2002, 299, 300; OLG Koblenz, NJW-RR-2002, S. 867; Klie, S. 176.

<sup>311</sup> LG Hamburg, NJOZ 2002, 299, 300.

<sup>312</sup> LG Hamburg, NJOZ 2002, 299.

Außerdem spricht für diese Auslegung auch das Urteil des BGH vom 28.04.05.<sup>313</sup> Darin wurde eine Klage einer Krankenversicherung in letzter Instanz abgewiesen, welche die Krankenbehandlungskosten für einen gestürzten Heimbewohner ersetzt haben wollte. Da jedoch kein Anhaltspunkt erkennbar war, dass eine besondere Sicherungsmaßnahme erforderlich gewesen wäre, bzw. sich eine solche Sachlage nicht aufgedrängt hat, blieb die Klage erfolglos.<sup>314</sup> Entsprechendes gilt auch für die Arzneimittelbehandlung.

### *Zwischenergebnis*

Mit der strikten Anwendung der oben dargestellten Leistungsvoraussetzungen des SGB XI, könnte man die Autonomie einiger Heimbewohner fördern und ihnen gleichzeitig eine partielle Abhängigkeit von den Pflegekräften nehmen. Auf Seiten der Pflege könnte man mittelfristig den Umfang der medizinischen Behandlungspflege reduzieren, der sich laut einer Studie auf einen durchschnittlichen Zeitaufwand von 37,7 Minuten pro Tag und pro Heimbewohner beläuft.<sup>315</sup> Dieses Einsparpotential könnte den chronisch unterbesetzten Altenpflegeheimen zusätzlich Kapazitäten bringen (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 9**).

#### **6.3.2.4 Rechtliche Anforderungen an die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege**

Grundsätzlich trägt der behandelnde Arzt die Ordnungsverantwortung im Bezug auf die Psychopharmakotherapie, während die Pflegenden die Durchführungsverantwortung für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen,<sup>316</sup> soweit sie dazu in der Lage sind.<sup>317</sup> Letztere dürfen die Leistung der medizinischen Behandlungspflege nur im Rahmen der ärztlichen Verordnung erbringen (vgl. Kap. 5.3 – Epikrise XIII; **siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 9**). Dabei ergeben sich, gerade durch das Zusammenwirken der verschiedenen Leistungserbringer einige rechtlich interessante Fragestellungen.

### Bedarfsmedikation

Im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln trat in dem Frankfurter Altenpflegeheim die Problematik der Bedarfsmedikation zu Tage.

<sup>313</sup> BGH vom 28.04.2005, Az.: III ZR 399/04.

<sup>314</sup> BGH vom 28.04.2005, Az.: III ZR 399/04, S. 7 ff.

<sup>315</sup> Risse – Beck, Medizinische Behandlungspflege in der stationären Altenpflegehilfe, S. 1, 9.

<sup>316</sup> Klie, S. 107 f.; RP Gießen, Hess. Ärzteblatt 03, S. 629; Böhme, S. 54.

<sup>317</sup> Zu einem möglichen Zurückweisungsrecht bzw. der Zurückweisungspflicht der Pflegekräfte: siehe Klie, S. 98 und 107 f.

### *Begriff der Bedarfsmedikation*

Zu verstehen ist unter dem Begriff der Bedarfsmedikation, dass der behandelnde Arzt ein Medikament verordnet, welches die Pflegekräfte in einem zukünftigen Bedarfsfall zu verabreichen haben.<sup>318</sup> Dieser undeutliche Begriff sowie die damit verbundene Praxis in dem Altenpflegeheim gibt Anlass zu einer ausführlichen Betrachtung. Zunächst ist festzustellen, dass bei den 56 in die Studie einbezogenen Heimbewohnern, bei jedem ein Arzneimittel als Bedarfsmedikation verordnet worden ist. Allerdings reduziert sich die Zahl der Heimbewohner, die Psychopharmaka als Bedarfsmedikation erhalten haben auf 23 (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.69).

Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass es sich um eine gängige Praxis in der Altenpflege handelt.

### *Zulässigkeit der Bedarfsmedikation*

Wie bereits dargestellt, kann es sich bei der Vergabe der Psychopharmaka um eine Leistung der gesetzlichen wie der privaten Pflegeversicherung handeln, über die der Arzt inhaltlich mit seiner Behandlungsentscheidung und Verordnung der Arzneimittel entscheidet. Dabei kann es auch zu der Verordnung bzw. zu der Vergabe der dargestellten Bedarfsmedikation kommen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die mit der Verordnung der Bedarfsmedikation einhergehende Vergabe der Psychopharmaka den rechtlichen Vorgaben entspricht. Denn um eine Leistung der medizinischen Behandlungspflege kann es sich dabei nicht mehr handeln, wenn die Pflegekraft Tätigkeiten ausführen muss, welche in die persönliche Leistungserbringungspflicht des Arztes fallen. Dies entspricht auch der Definition der Behandlungspflege in Art. I Nr. 2a HKPfIRL, die betont, dass es sich dabei um Maßnahmen handeln muss, die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können. Daher ist zunächst zu klären, welche Aufgaben einer Pflegekraft im Rahmen der Verabreichung der Bedarfsmedikation üblicherweise zufallen kann und welche dem Arzt selbst zur persönlichen Leistungserbringung obliegen.

### *Abgrenzung von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten*

Für die Abgrenzung des ärztlichen vom pflegerischen Aufgabenbereich stellt sich die Frage nach dem Umfang der persönlichen Leistungserbringungspflicht des Arztes. Diese hat in den verschiedensten Bestimmungen ihre Ausprägung gefunden. Möglicherweise lassen sich bereits aus § 613 S. 1 BGB Hinweise auf den Umfang der persönlichen Leistungserbringungspflicht des Arztes herauslesen. Danach wäre der Arzt im Zweifel dazu verpflichtet, eine Leistung, die in dem Dienstvertrag vereinbart ist, selbst zu erbringen, was einem grundsätzlichen Delegationsverbot gleichkäme.<sup>319</sup> Jedoch handelt es sich bei § 613 S.1 BGB nur um eine Auslegungsregel, deren Wirkungskreis sich nur dann entfaltet, wenn die

---

<sup>318</sup> Pies, S. 9.

Auslegung des Vertragsverhältnisses keine eindeutige Bestimmung der Leistungspflichten erkennen lässt.<sup>320</sup> Die Bestimmung der persönlichen Leistungserbringungspflicht i.S. des § 613 S. 1 BGB muss also durch eine Wertung im Einzelfall erfolgen.<sup>321</sup> Die Auslegung des § 613 S. 1 BGB führt also nicht weiter. Denn schließlich wird die Abgrenzung des ärztlichen von dem pflegerischen Aufgabenbereich nicht weiter konkretisiert. Möglicherweise können Regelungen in der BO-Ä Hessen oder die der GOÄ weiterhelfen. In § 19 S. 1 BO-Ä Hessen und § 4 Abs. 2 GOÄ kommt der Grundsatz der ärztlichen Leistungserbringungspflicht wieder zum Ausdruck. Jedoch beinhalten diese Normen lediglich die Anforderung, dass der Arzt bei dem Tätigwerden eines Nichtarztes eigenverantwortlich mitwirken muss, um der Leistung sein persönliches Gepräge zu geben.<sup>322</sup> Festzuhalten bleibt also, dass der behandelnde Arzt bei der Behandlung seiner Patienten einer persönlichen Leistungserbringungspflicht unterliegt, er diese jedoch delegieren kann, soweit er der Leistung durch sein Mitwirken sein persönliches Gepräge geben kann und die Leistung nicht seiner besonderen fachlichen Fähigkeiten und Kenntnisse bedarf. Dem entspricht es, dass sich die Gruppe der nichtärztlichen Tätigkeitsfelder immer weiter differenziert und spezialisiert.<sup>323</sup>

Es gibt also sowohl einen Bereich der ärztlichen Leistungen welcher delegierbar ist, sowie einen nicht delegierbaren Kernbereich, der nicht ohne die notwendigen Fähigkeiten eines approbierten Arztes ausgefüllt werden darf. Somit bleibt für die Frage der Zulässigkeit der Bedarfsmedikation zu klären, wie der ärztliche Kernbereich ausgestaltet ist. Wie bereits gesehen, bietet das Gesetz keine Lösung für diese Frage. So sind also Kriterien zu finden, die den nicht delegierbaren Bereich bestimmen.

Einerseits lassen sich Aufgaben finden, die eindeutig in den Bereich der ärztlichen Tätigkeit fallen. Zwar ist dieser Bereich nicht gesetzlich definiert, jedoch lassen sich die Diagnoseerstellung, Indikationserstellung, die Erstellung von Therapieplänen und die abschließende Beurteilung von Befunden dem ärztlichen Kernbereich zuordnen.<sup>324</sup> Andererseits lässt sich anhand des Gesetzeszweckes der bereits dargestellten Normen eine Formel finden, welche die persönliche ärztliche Leistungspflicht weiter eingrenzt. Denn das Ziel der persönlichen Leistungserbringungspflicht des Arztes besteht darin, den Patienten vor den Gefahren der Heilbehandlung zu schützen, und die besondere Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient zu erhalten.<sup>325</sup> Folglich muss sichergestellt sein, dass sich die objektive Gefährlichkeit der Heilbehandlung durch die Delegation der ärztlichen Leistung nicht erhöht.<sup>326</sup> Da jeder Heilbehandlung eine gewisse Gefährlichkeit inne wohnt, kann jedoch eine abstrakte Gefährlichkeit nicht

<sup>319</sup> Uhlenbruck/Laufs, § 47, Rn. 1.

<sup>320</sup> Köhler - Fleischmann, S. 103.

<sup>321</sup> Köhler - Fleischmann, S. 65.

<sup>322</sup> Peikert, MedR 2000, S. 352, 353; Köhler-Fleischmann, S. 104; Klie, S. 99.

<sup>323</sup> Hahn, NJW 1981, S. 1977.

<sup>324</sup> Uhlenbruck-Laufs, § 47, Rn. 2; Peikert, MedR 2000, S. 352, 355; Köhler-Fleischmann, S. 104; Kuhla, MedR 2003, S. 25, 28; Klie, S. 171; Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 144; Sträßner, PKR 2002, S. 95, 99.

<sup>325</sup> Peikert, MedR 2000, S. 352, 355.

ausreichen, um die persönliche Leistungspflicht des Arztes zu bestimmen.<sup>327</sup> Also müsste für die Zulässigkeit der Verordnung bzw. der Vergabe der Bedarfsmedikation die Pflegekraft im Einzelfall genauso gut in der Lage sein, die Maßnahme in ähnlich qualifizierter Weise vornehmen zu können wie der behandelnde Arzt.<sup>328</sup> Sie kann also nicht zulässig sein, wenn fachärztliches Wissen erforderlich sein sollte.

Die besondere Problematik der Bedarfsmedikation besteht darin, dass im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege die Pflegekraft die Entscheidungskompetenz über die Indikationsstellung und den Vergabezeitpunkt und damit über medikamentöse Behandlung erhält. Das bedeutet, wenn die Umstände und der Zeitpunkt der Vergabe der Bedarfsmedikation durch den behandelnden Arzt nicht hinreichend genau definiert wurden, muss die Pflegekraft diagnostisch bzw. therapeutisch tätig werden, um den Augenblick, in dem die Psychopharmakavergabe erfolgen soll, zu bestimmen. Und damit würde sie in den Kernbereich der ärztlichen Leistungspflichten eingreifen, wobei nicht gewährleistet werden kann, dass sie dazu in der Lage ist, diese Maßnahme in einer ähnlich qualifizierten Art und Weise wahrzunehmen, wie der behandelnde Arzt. Dafür spricht auch § 3 Nr. 2 AltPflG, wonach die Altenpfleger lediglich zur Mitwirkung bei der Behandlung kranker Menschen ausgebildet werden, um ärztliche Verordnungen auszuführen. Folglich kann die Durchführung der Bedarfsmedikationsverordnung nur zulässig sein, wenn sichergestellt ist, dass die Pflegenden für diese Aufgabe nicht diagnostisch oder therapeutisch tätig werden müssen. Dafür bedarf es einer hinreichend bestimmten ärztlichen Anweisung hinsichtlich der Umstände und des Vergabezeitpunktes (sowie der Dosis und des Medikaments).

### *Praktischer Ablauf der Durchführung*

Zur praktischen Durchführung der Bedarfsmedikation lassen sich einheitliche Standards, aber auch gewisse Unterschiede feststellen. Einheitlich ist der organisatorische Rahmen. Nachdem der behandelnde Arzt im Pflegeheim angekommen ist, den Patienten gesehen, untersucht und die Diagnose bzw. den Versicherungsfall festgestellt hat, verschreibt er, soweit er es als medizinisch notwendig und wirtschaftlich erachtet, ein Psychopharmakon als Bedarfsmedikation. Dieses wird in die Pflegedokumentation eingetragen. Dafür sind in den Vordrucken der Heimdokumentationen gesonderte Spalten vorgesehen, welche die Überschrift Bedarfsmedikation tragen. Dort hinein werden, meist von den Pflegekräften, die Verordnungen des Arztes notiert, die dieser mit seinem Handzeichen bestätigt. In den dafür vorgesehenen Spalten wird neben dem Namen des Arzneimittels die verordnete Einzeldosis für den Bedarfsfall, sowie die maximale Tagesdosis und das Datum der Verordnung vermerkt.

---

<sup>326</sup> Peikert, MedR 2000, S. 352, 355; Staudinger – Hager, § 823 BGB, Rn. I 32; Klie, S. 101.

<sup>327</sup> BGH, NJW 1975, S. 2245, 2246; Peikert, MedR 2000, S. 352, 355.

<sup>328</sup> Neumann – Wedekind, MedR 1997, S. 397, 398; Peikert, MedR 2000, S. 352, 355.

Was die Definition des Bedarfsfalles betrifft, kann man in dem untersuchten Pflegeheim drei verschiedene Vorgehensweisen beobachten. Einerseits wird die Definition des Bedarfsfalles komplett unterlassen. Das war bei 6 der 23 Heimbewohner mit einer verordneten Bedarfsmedikation für Psychopharmaka der Fall. In anderen Fällen wurden als Bedarfsfall sehr allgemein gehaltene Sachverhalte bestimmt. So fanden sich Formulierungen, wie z.B. „bei Angst“ oder bei „Unruhe“. Solche unbestimmten Formulierungen gab es bei 14 Heimbewohnern. Schließlich gab es noch die seltene Gruppe (bei 3 Heimbewohnern), für welche der Bedarfsfall hinreichend genau beschrieben oder eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt vorgeschrieben wurde (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.69 und Abb. 5.70).

Der weitere Ablauf der Ereignisse gestaltet sich dann wie folgt: Wenn der behandelnde Arzt das Medikament verordnet und das Rezept ausgestellt hat, bekommt das Heim die Medikamente geliefert. Diese werden dann auf den Wohnbereichen verwaltet. Wenn die Pflegekräfte einen Bedarfsfall erkennen, geben sie dem Patienten bzw. Heimbewohner, gemäß der vermerkten ärztlichen Dosierung die Psychopharmaka. Das sollte in der Pflegeakte des Heimbewohners dokumentiert werden (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 7 und 9**).

### *Beurteilung*

Die rechtliche Beurteilung der vorgefundenen Praxis der Bedarfsmedikation ist unterschiedlich.

In der Konstellation (1) haben die behandelnden Ärzte den Pflegekräften keine Definition des Bedarfsfalls zur Verfügung gestellt. Folglich müssen die Pflegekräfte in dieser Konstellation selbst die Entscheidung treffen, wann ein Bedarfsfall vorliegt. Das bedeutet, die Pflegekraft muss im Grunde erkennen, wann die medizinischen Voraussetzungen vorliegen, die eine Verordnung durch einen Arzt rechtfertigen würden. Also müsste die Pflegekraft eine Diagnose/Indikation aufgrund des Verhaltens des Heimbewohners stellen und überprüfen, ob die Diagnose/Indikation der durch den Arzt vorgegebenen Therapiemöglichkeit in dem konkreten Fall entspricht. Dabei handelt es sich jedoch, wie bereits festgestellt, um originär ärztliche Aufgaben, die nicht delegationsfähig sind.<sup>329</sup> Folglich ist hier die Vergabe des Medikaments keine Maßnahme der medizinischen Behandlungspflege. Vielmehr ist die Entscheidung über den Bedarfsfall eine ärztliche Aufgabe, so dass die Pflegekräfte eine Bedarfsmedikation in der dargestellten Weise nicht ausführen dürfen. Der behandelnde Arzt wird mit dieser unbestimmten Verordnung seiner Ordnungsverantwortung nicht gerecht.

In der Konstellation (2) haben die behandelnden Ärzte für die Pflegekräfte Bedarfsfälle definiert. Diese waren jedoch sehr allgemein gehalten. Daher stellt sich die Frage, ob die Pflegekräfte den Aufgaben im Rahmen dieser Anweisung gewachsen sind. Wenn etwa ein Heimbewohner unruhig ist, kann die

<sup>329</sup> Klie, S. 93; Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 144; Sträßner, PKR 2002, S. 95, 99.

Pflegekraft diesen Zustand feststellen und anhand der Anordnung des Arztes das Psychopharmakon an den Heimbewohner verabreichen.

Allerdings zeichnen sich derartige unklare Beschreibungen dadurch aus, dass sie sowohl Ausdruck krankhafter seelischer Zustände sein, als auch auf anderen Ursachen beruhen können. Das ist aber problematisch, da eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka der als Bedarfsfall definierten Symptome nur dann geboten ist, wenn sicher ist, dass sie auf der diagnostizierten Krankheit beruhen, für welche die Bedarfsmedikation verordnet wurde.<sup>330</sup> Dafür bedürfte es wiederum der Erkennung der Krankheit also der medizinischen Begutachtung der auffälligen Verhaltensweisen, also einer Diagnose,<sup>331</sup> die in den Rahmen der persönlichen Leistungserbringungspflicht des behandelnden Arztes fällt. Dies darf eine Pflegekraft nicht als medizinische Behandlungspflege leisten. Hinzu kommt, dass die Bedarfsmedikation in dem untersuchten Altenpflegeheim in vielen Fällen über mehrere Jahre hinweg verordnet worden war. Das ist problematisch, da eine Diagnose dynamisch ist.<sup>332</sup> Diese Dynamik der Diagnose hat es zur Eigenschaft, dass sie möglicherweise eine Korrektur der Diagnose an das aktuelle Krankheitsbild erforderlich macht.<sup>333</sup> Demnach kann es nicht ausreichen, dass der Bedarfsrahmen mit unbestimmten Begriffen, wie „bei Unruhe“ beschrieben wird, wenn die Vergabeentscheidung nicht bei dem behandelnden Arzt liegt.<sup>334</sup>

In der dritten (3) Konstellation wurde eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt angeordnet bzw. der Bedarfsfall wurde ausreichend bestimmt definiert. In dieser Konstellation übt die Pflegekraft keine diagnostische Tätigkeit aus und trifft keine therapeutische Entscheidung, da lediglich bei einem klar definierten künftigen Ereignis ihr Tätigwerden erforderlich wird bzw. der behandelnde Arzt im Einzelfall die Vergabeentscheidung trifft. Ein Ermessensspielraum besteht insoweit hier gerade nicht. Dieses Vorgehen entspricht den Fähigkeiten der Altenpflegekraft und hält sich im Rahmen des pflegerischen Aufgabenkreises. Somit ist die Verordnung im Rahmen dieser 3. Konstellation, aber auch nur dann, eine zulässige Praxis. Hierbei kann sich aufgrund der Rückfrage bei dem behandelnden Arzt das Problem der Fernbehandlung ergeben, wobei diese hier in der Regel zulässig sein dürfte (vgl. Kap. 6.3.2.1).

### *Zwischenergebnis*

Nach den ausführlichen Untersuchungen der Verhältnisse in dem Frankfurter Altenpflegeheim und den rechtlichen Rahmenbedingungen bleibt festzustellen, dass die Verordnung und die Durchführung der Bedarfsmedikation zum größten Teil nicht den rechtlichen Vorgaben entspricht (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 7 und 9**).

<sup>330</sup> Wojnar, BtPrax 1999, S. 11, 12.

<sup>331</sup> BGH NJW 1989, S. 2941; Uhlenbruck-Laufs, § 50, Rn. 1.

<sup>332</sup> Uhlenbruck-Laufs, § 50, Rn. 1

<sup>333</sup> Uhlenbruck-Laufs, § 50, Rn. 2.

<sup>334</sup> Klie, S. 93; Rossbruch, PflR 2003, S. 95, 144; Sträßner, PKR 2002, S. 95, 99.

Im Hinblick auf die medizinische Behandlungspflege ließ sich auch feststellen, dass die Pflegekräfte mit der ungenauen Definition des Bedarfsfalls im praktischen Umgang tatsächlich teilweise überfordert waren. Denn bei immerhin 26,1 % der Heimbewohner konnte festgestellt werden, dass die Pflegekräfte, den nach ihrer Meinung vorliegenden Bedarfsfall erkannt und dokumentiert haben. Jedoch ließ sich in der Pflegedokumentation nicht feststellen, dass in diesen Situationen eine Vergabe des Bedarfsmedikaments stattgefunden hat. Unterstellt man zusätzlich, dass die Pflegekräfte aufgrund der fehlenden Definition des Bedarfsfalles bei ebenfalls 26,1 % der Heimbewohner generell Schwierigkeiten haben müssen, dann kommt man zu dem Ergebnis, das bei insgesamt 52,2 % der Heimbewohner mit einer verordneten Bedarfsmedikation Probleme im Umgang mit derselben bestehen (vgl. Kap. 5.1 – Abb. 5.18). Dies bestätigt auch der Bericht der Heimaufsicht der hessischen Heime für die Jahre 2002 - 2003, wonach häufig die Qualität der medizinischen Behandlungspflege unzureichend sei.<sup>335</sup>

#### Autonomie des Heimbewohners gegenüber den Pflegekräften

Wie bereits dargestellt, erfordern sowohl alle ärztlichen als auch pflegerischen Maßnahmen die Einwilligung des Heimbewohners oder dessen gesetzlichen oder bevollmächtigten Stellvertreters. Dabei gilt für die Wirksamkeit der Einwilligung des Heimbewohners in die pflegerischen Maßnahmen auch das Erfordernis der Aufklärung, wie es oben (vgl. Kap. 6.3.2.1) bereits dargestellt worden ist.

Jedoch werfen die bereits dargestellten Mängel bezüglich der rechtzeitigen Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung (vgl. Kap. 6.3.2.1) die Frage auf, wie sich die Pflegekräfte zu verhalten haben, wenn sie wissen, dass der behandelnde Arzt bei einwilligungsunfähigen Heimbewohnern keine wirksame Einwilligung des Betreuers eingeholt hat, welche die Heilbehandlung mit Psychopharmaka rechtfertigt. Für diese Situation muss festgestellt werden, dass eine medizinische Behandlungspflege nur in dem Rahmen zulässig sein kann, wie die Heilbehandlung mit Psychopharmaka selbst zulässig ist. Denn schließlich ist die medizinische Behandlungspflege nur ein auf der Pflegebedürftigkeit des Heimbewohners beruhender unselbständiger Teil der ärztlichen Therapie. Folglich würde der Altenpflegeheimträger, bei Kenntnis einer fehlenden wirksamen Einwilligung bewusst eine Leistung erbringen, die er nicht erbringen darf.<sup>336</sup> Somit muss der Pflegeheimträger (bzw. dessen Pflegekräfte) in Fällen, in denen Kenntnis darüber besteht, dass keine wirksame Einwilligung vorliegt, vor dem Beginn der medizinischen Behandlungspflege auf die ordnungsgemäße Aufklärung durch den behandelnden Arzt drängen (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 8**). Allerdings bleibt die Verantwortung für die Einholung einer wirksamen Einwilligung beim behandelnden Arzt, der auch nur adäquat eine Aufklärung des Betroffenen hinsichtlich medizinischer Sachverhalte vornehmen kann. In Zweifelsfällen

---

<sup>335</sup> Bericht des RP Gießen, Statistik.

können insofern Heimträger und Pflegekräfte aufgrund des Vertrauensgrundsatzes davon ausgehen, dass der jeweils behandelnde Arzt seine Pflichten kennt und erfüllt.<sup>337</sup> Auch das ist die Konsequenz des unselbständigen Charakters der medizinischen Behandlungspflege.

Auffällig ist in diesem Kontext, dass in den Pflegeakten keine ausdrücklichen Informationen bezüglich der Einwilligungsfähigkeit des Heimbewohners vermerkt sind. Denn um auf den behandelnden Arzt einwirken zu können, müsste seitens der Pflegekräfte zunächst die gesicherte Information vorliegen, ob der Heimbewohner einwilligungsfähig ist. Hinzu kommt, dass die Pflegekräfte nicht mit Sicherheit die Einwilligungsfähigkeit beurteilen können (vgl. auch Kap. 6.1.2). Denn auf die Frage, ob der jeweilige in die Studie einbezogene Heimbewohner einwilligungsfähig sei, konnten die Pflegekräfte in immerhin 9 von 56 Fällen nicht eindeutig antworten. Dabei wurde in 5 Fällen mit „eher nein“ geantwortet, in 2 Fällen mit „eher ja“ während in den übrigen 2 Fällen die Einwilligungsfähigkeit unklar war (vgl. Kap. 5.1).

Insofern wäre es sinnvoll, den aktuellen Status der Einwilligungsfähigkeit in den Pflegeakten zu dokumentieren, da auch jede pflegerische Maßnahme der Einwilligung bedarf. Auf diese Weise könnte für die oben dargestellten unsicheren Fälle einer wirksamen Einwilligung eine effektive Handlungshilfe entstehen. In diesem Rahmen wäre es auch sinnvoll, die Pflegekräfte hinsichtlich der Bestimmung des Status der Einwilligungsfähigkeit zu schulen (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 1, 2, 8, 10, 11 und 13).**

### ***6.3.2.5 Pflegedokumentation***

Gemäß § 13 HeimG sind die Heime im Sinne des § 1 HeimG dazu verpflichtet, nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie deren Ergebnisse zu dokumentieren. Diese Aufzeichnungspflicht ergibt sich nicht aus dem Heimvertrag zwischen dem Heimbewohner und dem Träger des Pflegeheims. Vielmehr handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Pflicht, die der Heimträger erfüllen muss, und deren Verwirklichung durch die zuständige Aufsichtsbehörde gemäß § 15 Abs. 1 S. 3 HeimG überwacht wird.<sup>338</sup> Für diese Deutung spricht die Tatsache, dass die bewohnerbezogenen Dokumentationspflichten zusammen mit den kaufmännischen und kameralistischen Buchführungspflichten normiert sind, sowie, dass die vom Gesetzgeber in § 13 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 – 10 HeimG benannten Aufzeichnungen, die für eine ordnungsgemäße Buch- und Aktenführung von wesentlicher Bedeutung sind, in einem engen

<sup>336</sup> Klie, S. 109.

<sup>337</sup> Klie, S. 109, Böhme, S. 51.

<sup>338</sup> KBW – Butz, § 13 HeimG, Rn. 7.

Zusammenhang zu den Überwachungsaufgaben der Heimaufsicht stehen.<sup>339</sup> Somit erscheint die Dokumentationsverpflichtung als eine notwendige Voraussetzung, um eine effektive Kontrolle durch die Heimaufsicht zu gewährleisten. Für die Psychopharmakabehandlung von besonderer Bedeutung sind die Aufzeichnungspflichten, die in § 13 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 und 6 HeimG normiert sind. Danach soll der Erhalt, die Aufbewahrung und die Verabreichung von Arzneimitteln einschließlich der pharmazeutischen Überprüfung der Arzneimittelvorräte und die Unterweisung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln dokumentiert werden.

Des Weiteren ist der Heimträger durch § 16 des öffentlich-rechtlichen Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Pflegedokumentation verpflichtet. Dieser Vertrag konkretisiert die Dokumentationspflicht des Heimes um einiges. Sie umfasst eine systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung von pflege-/betreuungsrelevanten Daten. Das bedeutet insbesondere, dass unter der Berücksichtigung der Pflegepläne des MDK ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten ist. Die Pflegedokumentation muss gemäß § 16 Abs. 2 Rahmenvertrag übersichtlich und aussagekräftig sein und von den tätigen Personen unter der Einbeziehung der behandelnden Ärzte regelmäßig, fortlaufend und nachvollziehbar geführt werden. Sämtliche Eintragungen sind mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen des Eintragenden zu versehen. Die Ziele der Pflege beschreibt die Anlage Nr. 4 zu § 16 des Rahmenvertrages. Danach dient sie der Gewährleistung der Sicherheit für die Bewohner im Pflege- und Betreuungsverlauf, der Herstellung von Leistungstransparenz, der Ermöglichung der interdisziplinären Information und Kommunikation aller im Pflege-/Betreuungs- und Behandlungsprozess Beteiligten, der Qualitätssicherung, als Organisationsmittel, als Planungshilfe, als Arbeitsgrundlage, als Voraussetzung zur Überprüfung der Qualität der erbrachten Leistungen und als Leistungsnachweis von externen Diensten. Sie soll insbesondere die Pflege- und Betreuungsanamnese enthalten. Letztere umfasst gemäß der Anlage 4 des Rahmenvertrages insbesondere die Angaben über die Diagnosen, Medikation, behandelnde Ärzte, Pflege- und Krankenkasse, Pflegestufe, allgemeine Angaben über Lebensgewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen, Kontaktadressen, familiäre Situation, notwendige Hilfsmittel, besondere Kostform, Betreuung nach dem Betreuungsgesetz und die Pflegeplanung.

Darüber hinaus sehen die Grundsätze und Maßstäbe der Qualität und Qualitätssicherung für die stationäre Pflege Regelungen vor, welche gemäß § 80 Abs. 1 S. 3 SGB XI für alle zugelassenen Pflegeheime verbindlich sind. Diese bestimmen gemäß Nr. 3.2.3, dass die Pflegeeinrichtungen eine geeignete Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen haben, aus der heraus das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess abzuleiten sind. Wichtig ist dabei im Kontext der medizinischen Behandlungspflege die Dokumentation bezüglich der medizinischen Behandlungspflege,

---

<sup>339</sup> KBW – Butz, § 13, Rn. 7.

das Führen eines Stammdatenblattes, eines ärztlichen Verordnungsblattes, die Dokumentation der Pflegeanamnese, der Pflegeprozessplanung, der Pflegedurchführungsnachweise sowie der Pflegeberichte.

Bei der Bewertung der Dokumentation gaben die in dem Altenpflegeheim vorgefunden Unterlagen ein recht unterschiedliches Bild ab. Positiv anzumerken ist zunächst, dass in den Pflegeakten geeignete Dokumentationsinstrumentarien (Vordrucke für das Stammdatenblatt, die Pflegeanamnese usw.) vorhanden waren. Bezüglich der Umsetzung der Dokumentation waren sowohl sehr gute, optimierungsfähige wie auch schlecht geführte Dokumentationsleistungen vorhanden, bis hin zu den wenigen Ausnahmen, in denen fast gar keine Dokumentation geführt wurde. Insgesamt kann man jedoch den Schluss ziehen, dass vor allem die Aktualisierung der pflegerelevanten Daten vernachlässigt wird, wie zum Beispiel die Aktualisierung der gesetzlichen Betreuer, der Diagnose, der Biographie, der Pflegeplanung und der persönlichen Verhältnisse. Hingegen werden die Dokumentationen bezüglich der Arzneimittelverordnungen sehr ernst genommen. Diese waren nahezu ausnahmslos korrekt. Jedoch verhielt es sich wiederum anders mit den Aufzeichnungen bezüglich der Durchführung der medizinischen Behandlungspflege. So konnten in zahlreichen Fällen der untersuchten Pflegeakten größere oder kleinere Mängel oder Optimierungsmöglichkeiten festgestellt werden (vgl. Kap. 5.2 – Abb. 5.75 – 5.78).

Die festgestellten Verbesserungsmöglichkeiten bei der Pflegedokumentation sind für die Versorgungsqualität nicht irrelevant. Die Dokumentation soll den an der Versorgung und Pflege beteiligten Personengruppen die Kommunikation ermöglichen, wobei die Kommunikation der ärztlichen Leistungserbringer in der Praxis, wie bereits dargestellt, häufig eben nur über diese Pflegedokumentation stattfindet. Von daher können Lücken oder Mängel in derselben praktische Konsequenzen haben, wenn die Beteiligten aufgrund eines veralteten Kenntnisstandes ihre (Behandlungs-) Entscheidungen treffen. Erforderlich ist also, dass in den vorhandenen Dokumentationsinstrumentarien die pflegerelevanten Daten besser erfasst werden (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 2 und 11**). Interessant ist auch in diesem Zusammenhang ein Vergleich mit dem Bericht der Heimaufsicht.<sup>340</sup> Für den Berichtszeitraum vom 01.01.2002 bis zum 31.12.2003 wurde in den damals 627 hessischen Heimen festgestellt, dass gerade die Dokumentation bzw. Erstellung der Pflegeplanung, der biographischen Daten und der Medikation sehr häufig mangelhaft war.<sup>341</sup> Hingegen wurden nur geringe Mängel bei der Dokumentation der ärztlichen Verordnungen in dem Bericht aufgeführt. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Punkt nahezu deckungsgleich. Insofern drängt sich der Schluss auf, dass insoweit die Kontrollen der Heimaufsicht noch keine Früchte getragen haben, obwohl durch das Heimgesetz ein beachtlicher Sanktionsrahmen besteht. Nach der Auffassung der Heimaufsicht ist der anhaltende Mangel darauf

---

<sup>340</sup> Bericht des RP Gießen, S. 7.

zurückzuführen, dass die Pflegedokumentation als vernachlässigenswerte bürokratische Last empfunden wird.<sup>342</sup> Dafür spricht auch, dass im Bereich der Psychopharmakaversorgung die für die tägliche Pflege essentiellen Informationen lediglich in seltenen Fällen mangelhaft waren. Es ist also die Tendenz zu erkennen, in der täglichen Pflegepraxis für wichtig und unwichtig befundenen Informationen zu unterscheiden und nur bei ersteren besonders sorgfältig zu sein.

### 6.3.3 Fazit

Die Untersuchung hat einige Bereiche aufgedeckt, welche im Hinblick auf die Einhaltung rechtlicher Pflichten bei der Psychopharmakaversorgung verbesserungsbedürftig sind. Diese werden hier noch einmal kurz zusammengefasst und in einen strukturellen Kontext gestellt, wobei die noch folgenden Handlungsempfehlungen in dem Zusammenhang der dargestellten juristischen Defizite versuchen werden, eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen.

#### *Die wesentlichen Defizite*

Strukturell liegen viele der dargestellten Defizite in den Bereichen, in denen es einer Kooperation der verschiedenen an der Psychopharmakaversorgung beteiligten Personengruppen bedarf. Darüber hinaus konnten, wie im obigen Teil dargestellt, eine Reihe von berufsspezifischen Defiziten festgestellt werden:

- In verschiedenen Fällen Defizite bei der Erbringung einer fachgerechten ärztlichen Versorgung
- Fehlende ärztliche Aufklärung der gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten bei einigen einwilligungsunfähigen Heimbewohnern seitens des behandelnden Arztes (gilt auch für dessen Einwilligung)
- Unterlassung von Genehmigungsverfahren vor dem Vormundschaftsgericht
- Nichtbeachtung der Leistungsvoraussetzungen der GKV durch einige Vertragsärzte
- Zum Teil mangelnde Aktivierung bei der medizinischen Behandlungspflege
- Verordnungs-, Kooperations- und Durchführungsdefizite bei der Bedarfsmedikation
- Optimierungsbedarf bei der Führung der Pflegedokumentation

#### *Einige Vermutungen zu den Ursachen der Defizite*

##### Rechtliche Koordination

Ein Problem stellt sicherlich die mangelnde rechtliche Koordination der verschiedenen Rechtsbereiche dar. Dies konnte am Beispiel der medizinischen Behandlungspflege dargestellt werden (vgl. Kap.

---

<sup>341</sup> Bericht des RP Gießen, S. 7.

<sup>342</sup> Bericht des RP Gießen, S. 7.

6.3.2.3). Dort müssen 2 Leistungserbringer kooperieren, obwohl die jeweiligen Leistungspflichten nur im Bezug auf den Heimbewohner existieren und diese Leistungen nicht durch den Gesetzgeber koordiniert werden. Daher könnte eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Pflegeheim und den behandelnden Ärzten die gegenseitigen Aufgaben koordinieren. Darüber hinaus könnte durch die Vereinbarung von etwaigen Fallkonferenzen (zu welchen der Heimbewohner bzw. sein gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter zustimmen muss), ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität geleistet werden (**siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 4, 7, 12 und 14**).

Die Regulierung der Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung durch den Arzt, die Arzneimittelversorgung durch den Apotheker und die medizinische Behandlungspflege durch die Leistungserbringer der Pflege könnte im Hinblick auf die Kooperation verbessert werden. Insbesondere sind die rechtlichen Regelungen für die beteiligten Leistungserbringer nicht auf die ambulante Arzneimittelbehandlung in stationären Pflegeeinrichtungen zugeschnitten.

#### Interessenslagen bzw. -konflikte

Darüber hinaus sind die an der Psychopharmakaversorgung beteiligten Personen jeweils gewissen Zwängen und Interessenskonflikten ausgesetzt, die nicht förderlich sind, um eine optimale Versorgung zu erreichen.

#### *Ungünstige Bedingungen für die Autonomie der Heimbewohner*

Allgemein lässt sich feststellen, dass die Lebensbedingungen in einem Altenpflegeheim nicht günstig sind, um die Autonomie des einzelnen Heimbewohners zu fördern. Das beginnt zunächst bei dem Heimbewohner selbst, der in vielen Fällen nicht mehr in der Lage ist, seine Interessen autonom wahrzunehmen. Vielmehr ist er vielfach aufgrund seiner Einschränkungen auf die Hilfe eines gesetzlichen Betreuers / Bevollmächtigten angewiesen. Hinzu kommt, dass die überwältigende Mehrheit der Menschen nicht oder nur im absoluten Notfall dazu bereit sind, in ein Altenpflegeheim zu ziehen.<sup>343</sup> Demzufolge finden sich in Altenpflegeheimen viele Menschen wieder, die diese Umgebung nicht akzeptieren wollen bzw. in dieser unglücklich sind.<sup>344</sup> Beeinflusst wird dieser Zustand dann oftmals noch durch die konkrete Wohnsituation.<sup>345</sup> Mehrheitlich sind die Altenpflegeheimbewohner in 2 - Bettzimmern untergebracht, in denen sie mit Fremden eine eher zufällige und oft unfreiwillige Gemeinschaft bilden müssen. In diesem Rahmen ist für die Akzeptanz der neuen Lebenssituation problematisch, dass der

<sup>343</sup> Lind, SozSich 1995, S. 31, 33.

<sup>344</sup> Koch –Staub, BtPrax 1994, S. 152, 155.

<sup>345</sup> Lind, SozSich 1995, S. 31, 35.

Heimbewohner mit der Lebenssituation seines Zimmernachbarn konfrontiert ist, was aufgrund des jeweiligen Leidens zu einem sehr belastenden Klima führen kann **(siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 3)**.<sup>346</sup>

Diese Lebenssituation führt dazu, dass mancher Heimbewohner resigniert und nur noch bloßer Leistungsempfänger wird oder sich ein Konfliktpotential im täglichen Umgang mit den Pflegekräften aufbaut (vgl. Kap. 6.2.1 – gerontopsychiatrische Diskussion). Gerade wenn sich der Heimbewohner in die Passivität zurückzieht, fehlt es ihm an der für die Wahrung seiner Autonomie unerlässlich notwendigen Eigeninitiative.

Für diese Autonomiegewährleistung des Heimbewohners Sorge zu tragen, ist u.a. die Aufgabe der gesetzlichen Betreuer und der Bevollmächtigten. Diese könnten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten,<sup>347</sup> jedoch ist dieser Faktor eben von dessen persönlichem Einsatz und Leistungsfähigkeit abhängig. Letzteres wird wiederum durch die Lebensverhältnisse des Betreuers/Bevollmächtigten bestimmt. Das führt insbesondere bei den Berufsbetreuern zu der Situation, dass oftmals nur selten Kontakt zu den behandelnden Ärzten aufgenommen wird, weil dieser selbst unter Zeit und Kostendruck steht. Jedoch stehen auch die Bevollmächtigten oftmals unter Zeitdruck, so dass die Apathie des Heimbewohners dem Interesse des Betreuers/Bevollmächtigten entgegen kommen kann.

#### *Der Arzt zwischen Erwartungsdruck und Wettbewerb*

Auch der behandelnde Arzt trägt oftmals den Aspekten der Qualitätssicherung bzw. der Gewährleistung der Autonomie des Heimbewohners nicht in ausreichender Weise Rechnung. Das liegt zum einen daran, dass sowohl von Seiten der Pflegekräfte im Altenpflegeheim bzw. von den Heimbewohnern selbst ein gewisser Erwartungsdruck entsteht.<sup>348</sup> Dieser lässt die Befürchtung entstehen, dass man bei der Veränderung des Verordnungsverhaltens möglicherweise den Patienten an einen anderen Kollegen verlieren könnte,<sup>349</sup> insbesondere weil in vielen Fällen die Wahl des ärztlichen Leistungserbringers vom Patienten auf das Pflegeheim übergegangen ist. Insofern besteht auch hier das strukturelle Risiko, dass der Arzt bei seiner Therapieentscheidung die Interessen des Heimes zumindest auch berücksichtigt und sich nicht ausschließlich am Interesse des Patienten orientiert (vgl. Kap. 5.3 – Epikrise I).

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass auch die behandelnden Ärzte unter einem Kosten- und Zeitdruck stehen. Insofern hat auch der behandelnde Arzt selbst ein Interesse an glatten und nicht immer wieder zu überprüfenden Abläufen. Daher besteht bei einigen Ärzten die Tendenz, nicht an eine

<sup>346</sup> Lind, SozSich 1995, S. 31, 35.

<sup>347</sup> Klie, S. ZRP 2002, 504, 506.

<sup>348</sup> Klingenberg/Szecsényi, ErsK 1998, S. 362.

Absetzung der Psychopharmaka zu denken, solange keine Auffälligkeiten seitens des Heimbewohners auftreten.

### *Kostendruck auf das Heim und die Pflegekräfte*

Hingegen leiden die Pflegekräfte bzw. der Pflegeheimträger an der zu geringen Personaldichte, was insbesondere für die hessischen Altenpflegeheime in vielen Fällen gilt.<sup>350</sup> Dieser Mangel führt letztlich auch wiederum dazu, dass die Pflegequalität leidet und die Zeit für Maßnahmen wie die aktivierende Pflege fehlt. Besonders bedeutsam wird dieser Umstand, wenn der Pflegeheimbewohner sich dem Heimbetrieb nicht anpassen will, bzw. durch sein Verhalten einen erheblichen Mehraufwand verursacht. In diesen totalen Abhängigkeitsverhältnissen, in denen sich der Heimbewohner befindet, können sich besonders die Routinen und standardisierten Abläufe in der Pflege zulasten der Autonomie des Heimbewohners auswirken.<sup>351</sup> Und gerade angesichts der Gefahr, dass alle beteiligten Leistungserbringer bei der Wahrung und Förderung der Autonomie der Heimbewohner mit höherem Zeitaufwand rechnen müssen und Psychopharmaka, vor allem „ruhig stellende“, einen vordergründig einfachen Ausweg bieten könnten, sind die Verfahrens- und Dokumentationspflichten wichtig, deren Optimierungsbedarf im Rahmen der Studie festgestellt wurde. Verfahren und Standards der Qualitätssicherung sollten hierauf integrierend reagieren **(siehe Kapitel 7, Handlungsempfehlungen Stufe 2 und 11)**.

---

<sup>349</sup> Klingenberg/Szecsényi, ErsK 1998, S. 362.

<sup>350</sup> Bericht des RP Gießen, S. 7.

<sup>351</sup> Hirsch, 2001; Klie, S. 504, 516.

## 7 Handlungsempfehlungen

### 7.1 Allgemeine Aspekte

Das Ziel der Verordnung von Psychopharmaka im Altenpflegeheim soll und darf letztlich nur die Linderung (bzw. Behandlung) eines medizinisch (psychiatrisch) bedingten Leidenszustandes sein und damit eine **Optimierung der Lebensqualität** der betroffenen Heimbewohner (bzw. Patienten).

Die Erreichung dieses Ziel setzt das erfolgreiche Handeln und die gelungene Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bzw. Personen voraus. Zu diesen zählen insbesondere das **Pflegepersonal (PP)**, die **Hausärzte (HA)**, die **Fachärzte (FA)** und ggf. die **gesetzlichen Betreuer (GB)** der betroffenen Heimbewohner. Weiterhin kommt der **Heimleitung** eine besondere Verantwortung bei der Gestaltung bzw. Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zu, die das Erreichen des genannten Ziels im Kontext der Institution Pflegeheim ermöglichen sollen.

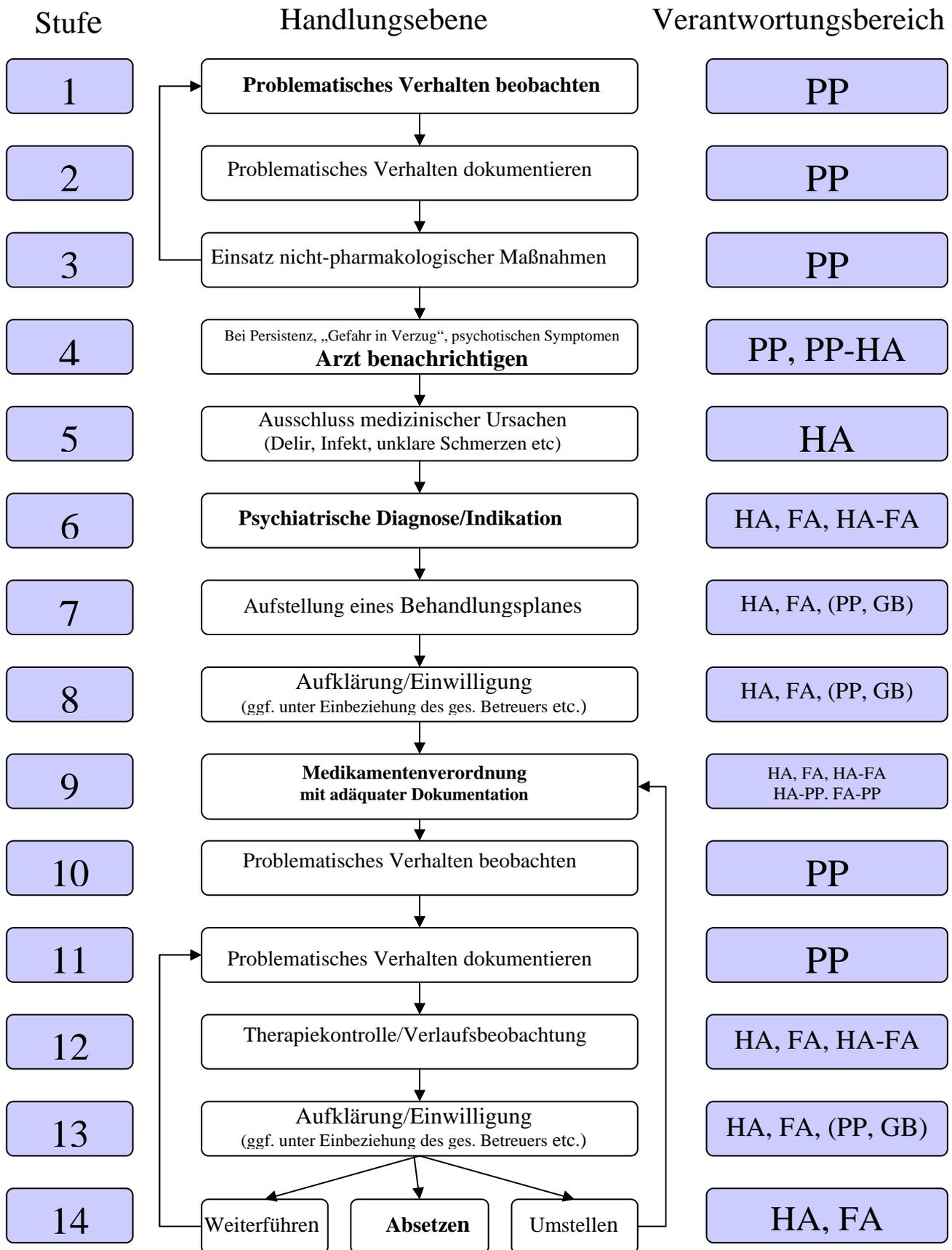
Die Verordnung von Psychopharmaka im Altenpflegeheim ist ein komplexer, **mehrstufiger Prozess** unter Einbeziehung der o.g. Berufsgruppen. Defizite können auf jeder Stufe dieses Prozesses beschrieben werden und sowohl **medizinische**, **juristische** als auch **ethische** Aspekte betreffen. Ferner sollte berücksichtigt werden, dass Defizite **sowohl spezifische Handlungsfelder einzelner Berufsgruppen** als auch Probleme bei der Interaktion zwischen den Akteuren (**Schnittstellenprobleme**) betreffen können.

Die im Folgenden vorgestellten Handlungsempfehlungen basieren auf einer empirischen Defizitanalyse und sollen es ermöglichen, auf jeder Stufe bzw. Handlungsebene des Gesamtprozesses gezielt und möglichst konkret Verbesserungen vorzunehmen. Empfehlungen können sich dabei grundsätzlich auf die folgenden Handlungsebenen beziehen:

- Auf das Handeln einzelner Personen – z.B. des Pflegepersonals  
(**Handlungsempfehlungen 1. Ordnung**)
- Auf die institutionellen Rahmenbedingungen in der konkreten Einrichtung  
(**Handlungsempfehlungen 2. Ordnung**)
- Auf allgemeine (gesetzliche, regulatorische, politische) Rahmenbedingungen  
(**Handlungsempfehlungen 3. Ordnung**).

Der Schwerpunkt der vorliegenden Darstellung wird im wesentlichen auf der Formulierung von Handlungsempfehlungen 1. und 2. Ordnung liegen. Handlungsempfehlungen 3. Ordnung werden ggf. an entsprechender Stelle erwähnt, überschreiten jedoch naturgemäß den Handlungsrahmen der beteiligten Individuen bzw. Institutionen.

Die folgende Formulierung von Handlungsempfehlungen orientiert sich an den sequenziell angeordneten Stufen des Verordnungsprozesses von Psychopharmaka im Pflegeheim, wie sie bereits in Kapitel 6.1 eingeführt wurden. Im Folgenden sollen daher zunächst noch einmal die konkreten Stufen dieses Prozesses unter Berücksichtigung der jeweils berufsgruppenbezogenen Anforderungen beschrieben werden (**vgl. folgende Abbildung**). Diese Beschreibung kann somit auch als Entwurf eines **Handlungsmodells** verstanden werden, dessen Umsetzung eine Verwirklichung des eingangs genannten Zieles ermöglichen soll.



\* PP = Pflegepersonal; HA = Hausarzt; FA = Facharzt; GB = gesetzlicher Betreuer; PP-HA = Schnittstelle Pflege-Hausarzt; HA-FA = Schnittstelle Hausarzt-Facharzt; FA-PP = Schnittstelle Facharzt-Pflege

## 7.2 Beschreibung der Handlungsstufen

Als Teil des vorliegenden Projekts wurde das im Folgenden beschriebene Handlungsmodell entworfen, das - in Form sequenziell aufeinander folgender Handlungsstufen - die Voraussetzungen für einen adäquaten Einsatz von Psychopharmaka im Altenpflegeheim unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, juristischer und medizinethischer Erfordernisse prototypisch beschreibt (vgl. 6.1.2). Das Handlungsmodell dient zugleich als Strukturmatrix für die im Anschluss formulierten Handlungsempfehlungen.

### Stufe 1: Problematisches Verhalten beobachten

Die Beobachtung problematischen Verhaltens liegt im wesentlichen im Verantwortungsbereich des **Pflegepersonals**. Unter dem Begriff „problematisches Verhalten“ sind hier letztlich alle diejenigen Verhaltensweisen eines konkreten Heimbewohners zu fassen, die auf einen möglichen pflegerischen und/oder ärztlichen Handlungsbedarf hinweisen. Das Ziel pflegerischen und/oder ärztlichen Handelns sollte dabei immer die Optimierung der Lebensqualität des Bewohners bzw. die Linderung oder Bekämpfung eines konkreten Leidenszustandes sein. Bei den beobachteten Verhaltensweisen kann es sich im Einzelnen um konkrete psychopathologische Symptome wie Wahn, Halluzinationen, depressive Symptome, Angst etc. handeln oder aber um psychopathologisch vieldeutige Symptome wie Erregung/Aggression, abweichendes motorisches Verhalten, Schlafstörungen, Apathie/Gleichgültigkeit, Enthemmung, Reizbarkeit/Labilität, „unkooperatives Verhalten“ etc.. Entscheidend ist, dass die Beobachtung und Beschreibung des problematischen Verhaltens möglichst präzise, vollständig und frei von subjektiven Bewertungen durch den Beobachter sind, da sie letztlich die Grundlage für die Definition der Zielsymptomatik einer etwaigen Intervention darstellen und auch eine wichtige Funktion in der Kommunikation zwischen pflegerischem und ärztlichem Bereich darstellen. Dies setzt ein gewisses Maß an professioneller Schulung und Qualifizierung des Pflegepersonals in der Beobachtung und terminologisch korrekten Beschreibung psychopathologischer Symptome voraus.

### Stufe 2: Problematisches Verhalten dokumentieren

Auch die Dokumentation des problematischen Verhaltens liegt im Verantwortungsbereich des **Pflegepersonals**. Sie umfasst sowohl die primäre Dokumentation psychopathologischer Symptome als auch die Verlaufsdokumentation. Idealerweise sollte eine standardisierte Verlaufsdokumentation gewählt werden, die fest in die Pflegedokumentation integriert ist. Erfasst werden sollten der Zeitpunkt, die Umstände, die Intensität, die Dauer, die Art und ggf. auch die Konsequenzen der jeweiligen

Verhaltensstörung. Aus der Dokumentation sollte auch hervorgehen, warum das jeweilige Verhalten als problematisch erachtet wird (im Gegensatz etwa zu im situativen Kontext adäquaten bzw. „normalen“ Verhaltensvariationen). Hierbei bietet sich der Einsatz etablierter, standardisierter Skalen an, deren Durchführung möglichst zeitökonomisch und für das Pflegepersonal nach kurzer Einarbeitung anwendbar sein sollte (z.B. BEHAVE-AD, NPI, NHBPS etc.). Besonders geeignet erscheinen z.B. das NPI-INST oder die Nursing Home Behavior Problem Scale (NHBPS), die speziell für den Einsatz im Pflegeheim entwickelt wurde und deren Anwendung ca. 10-15 Minuten in Anspruch nimmt.

### **Stufe 3: Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen**

Unter dem Begriff „nicht-pharmakologische“ Maßnahmen sind alle diejenigen Interventionen zusammengefasst, die es im Rahmen der Institution Pflegeheim ermöglichen, das problematische Verhalten ohne Einsatz von Psychopharmaka zu bewältigen bzw. zu minimieren. Sie sollen und können in erster Linie durch das **Pflegepersonal** angewendet werden. Zur Anwendung kommen hier vor allem umgebungsstrukturierende und milieugestaltende Maßnahmen, verhaltenssteuernde bzw. verhaltenstherapeutische Interventionen sowie spezielle verbale und nonverbale Kommunikationsstrategien (z.B. Kommunikations-TanDem, Validation). Es empfiehlt sich auch hier der Einsatz evaluierter bzw. bewährter Techniken und Programme, die dem Pflegepersonal im Rahmen von Schulungen bzw. Fortbildungen gezielt vermittelt werden können. Nach Anwendung der nicht-pharmakologischen Maßnahmen sollte das Verhalten (bzw. Zielsymptom) erneut eingeschätzt und standardisiert dokumentiert werden (vgl. **Stufe 1 und 2**).

### **Stufe 4: Hausarzt benachrichtigen**

Der primär betreuende Arzt (i.d. Regel der Hausarzt) sollte vom Pflegepersonal benachrichtigt werden, wenn das problematische Verhalten trotz nicht-pharmakologischer Maßnahmen bestehen bleibt, oder sich sogar verschlechtert. Das kann jedoch, außer in Notfällen, nur dann gelten, wenn der Heimbewohner oder dessen gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter in die ärztliche Konsultation eingewilligt hat. Ferner sollte in allen im Folgenden dringenden Fällen ein Arzt benachrichtigt werden: 1) neu aufgetretene, offensichtlich psychotische Symptome (z.B. Wahn, Halluzination); 2) Verhaltensweisen die mit einer akuten (unmittelbaren) Eigen- oder Fremdgefährdung einhergehen; 3) Bei Verdacht auf eine medizinisch/internistische Ursache der Verhaltensauffälligkeit (z.B. Delir, unklarer Infekt, Intoxikation, unklare Schmerzzustände etc.). Dies setzt voraus, dass das **Pflegepersonal** im Erkennen der genannten Situationen geschult ist und dass der zuständige Arzt vom Pflegepersonal gut zu erreichen ist (Schnittstelle: **Pflegepersonal-Hausarzt**).

### **Stufe 5: Ausschluss medizinischer Ursachen**

Der Ausschluss medizinisch-internistischer Ursachen (Delir, medikamentös bedingt, Exsikkose, Infekt etc.) der Verhaltensauffälligkeit erfolgt nach persönlicher Untersuchung (unter Einsatz der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen) durch den betreuenden Arzt (i.d.R. **Hausarzt**). Stellt dieser eine medizinisch-internistische Ursache fest, wird zunächst primär diese entsprechend den medizinischen Erfordernissen behandelt.

### **Stufe 6: Psychiatrische Diagnose/Indikation**

Nach Ausschluss medizinischer Ursachen (s. Stufe 5) ist das Stellen einer psychiatrischen Diagnose bzw. Indikation durch den **Hausarzt** (ggf. nach Einschaltung eines **Facharztes**) die entscheidende Eingangsvoraussetzung für die Einleitung einer Psychopharmakabehandlung. Dabei können alle primär psychiatrischen Diagnosen, für die eine pharmakologische Behandlungsindikation besteht, als akzeptable Indikationen angesehen werden (z.B. schizophrene und schizoaffektive Psychosen, Depressionen eines bestimmten Schweregrades ggf. mit psychotischen Symptomen, ausgeprägte Angst- und Zwangsstörungen, ausgeprägte und persistierende primäre Insomnien, etc.). Die Diagnosen „Demenz“ bzw. „hirnorganisches Psychosyndrom/HOPS“ etc. stellen primär noch keine ausreichende Indikation für eine Psychopharmakatherapie dar. Eine gewisse Sonderstellung nehmen hier die Antidementiva ein, jedoch sollte auch bei der Verordnung eines Antidementivums zumindest die Art und Schwere der Demenz ärztlicherseits festgestellt worden sein (z.B. mittelgrade Alzheimer-Demenz). In allen anderen Fällen ist die Gabe eines Psychopharmakons nur dann indiziert, wenn das problematische Verhalten nicht auf die unter Stufe 3 genannten Maßnahmen anspricht sowie im Kontext der Demenz-Diagnose für das **Zielsymptom** die folgenden Kriterien erfüllt:

- explizite Dokumentation
- persistierend bzw. andauernd
- mit einer Eigen- oder Fremdgefährdung einhergehend
- Vorhandensein psychotischer Symptome (Wahn, Halluzination etc.)

In allen anderen Fällen (z.B. einfaches unkooperatives Verhalten, Bewegungsdrang, durch psychosoziale Intervention/Zuwendung abwendbare Angstzustände etc.) ist insbesondere die Gabe von Neuroleptika und/oder Tranquilizern nicht indiziert.

### **Stufe 7: Aufstellung eines (Gesamt-)Behandlungsplanes**

Nach einer entsprechenden Diagnose wird in erster Linie der behandelnde Arzt, wenn möglich Facharzt für Neurologie/Psychiatrie, einen Behandlungsplan bzgl. der Psychopharmakabehandlung und eventueller verhaltenstherapeutischer Optionen entwerfen. Eine Therapieplanung sollte die differenzierte biografische, medikamentöse und psychiatrisch-somatische Anamnese beinhalten, um eine möglichst optimale Grundlage für die Psychopharmakaverordnung zu gewährleisten. Die Erhebung dieser Daten sollte unter Beteiligung aller Berufsgruppen erfolgen und wenn möglich bereits zum Zeitpunkt des Heimeintritts durchgeführt werden kann. Diese Informationen sollten von allen betroffenen Berufsgruppen jederzeit im Pflegeheim einsehbar sein, wobei dies, da es sich um den Austausch von Gesundheitsdaten des Heimbewohners handelt, nur mit dessen Einwilligung bzw. mit der seines gesetzlichen Betreuers möglich ist.

Unter Berücksichtigung dieser Vorinformationen ist eine differenzierte und effiziente auf den jeweiligen Patienten bezogene psychopharmakologische Therapieplanung des Arztes möglich. Da die Verschreibung (und Verabreichung) von Arzneimitteln einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellen, ist besonders sorgfältig bzgl. der Wirkungsweisen und Nebenwirkungen abzuwägen. Von Bedeutung kann es dabei sein, die Medikamentenanamnese besonders zu berücksichtigen. Diesbezüglich kann die Kooperation mit anderen Ärzten des Bewohners notwendig werden (Schnittstelle: **Hausarzt-Facharzt**).

Darüber hinaus sollte sich die Verordnungsentscheidung des behandelnden Arztes anhand der aktuellen Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften und der publizierten wissenschaftlichen Diskussion ausrichten, um eine dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Arzneimittelversorgung des Patienten zu erreichen. Das Therapieziel sollte klar definiert werden und eine standardisierte Evaluation des Therapieerfolgs zu festgelegten Zeitpunkten (Stufe 12) erfolgen.

Dabei müssen eine fest angesetzte und eine bedarfsorientierte Psychopharmaka-Medikation unterschieden werden. Insbesondere die Verwendung einer Bedarfsmedikation hat zur Voraussetzung, dass das Pflegepersonal auf differenzierte Indikationskriterien zurückgreifen kann. Es reicht nicht aus, z.B. „Unruhe“ als Bedarfskriterium zu benennen, ohne diese weiter zu spezifizieren. Arzt und Pflegepersonal sollten gemeinsame Kriterien verwenden (z.B. anhand der o.g. standardisierten Beobachtungsskalen), um übereinstimmend entscheiden zu können, wann ein Bedarfsfall vorliegt. Dies soll einem inadäquaten Medikamenteneinsatz vorbeugen und Schaden von dem Patienten abwenden.

Der Therapieplan muss in der Pflegedokumentation jederzeit einsehbar sein. Eine unmittelbare Rücksprache des Arztes mit dem Pflegedienst über die Planung erzielt dabei ein hohes Maß an Transparenz. Die Pflege sollte über die Wirkungsweise des Medikamentes aufgeklärt werden und eventuell auftretende Nebenwirkungen erkennen können. Wünschenswert wäre, dass der Patient eine Bezugspflege erhält, um eine persönliche Konstanz der Pflege sicherzustellen und den Erkrankungsverlaufs dadurch besser einschätzen zu können.

Der Bewohner sollte seine Medikamente nach Möglichkeit selber verwalten und darin bestärkt werden, dies zu tun bzw. zu erlernen. Dies dient dazu, den Bewohner als aktiven Partner in seine Behandlung mit einzubeziehen.

Wenn bei Heimeintritt für eine bereits bestehende Psychopharmaka-Medikation keine Indikation mehr besteht, sollte frühzeitig ein Dosisreduktions- bzw. Absetzversuch unternommen werden, um Schaden von dem Patienten abzuwenden. Um zu vermeiden, dass der Patient das Gefühl hat, ihm werde nur etwas weggenommen, kann mit alternativen positiven Verstärkern gearbeitet werden.

### **Stufe 8: Aufklärung/Einwilligung**

Die Aufklärung eines Patienten gehört zu den grundlegenden **ärztlichen** Aufgaben, da jedes ärztliche Eingreifen nur bei einer entsprechenden Indikation und der Einwilligung des aufgeklärten Patienten ethisch und rechtlich gerechtfertigt ist. Diese Pflicht zur Aufklärung gilt prinzipiell auch gegenüber dem einwilligungsunfähigen Patienten. Bei bewusstseinsgetrübten, bewusstlosen oder dementen Patienten muss entsprechend der gesetzliche Vertreter aufgeklärt werden und in die Behandlungsmaßnahme einwilligen. Kann der einwilligungsunfähige Patient jedoch in einem gewissen Ausmaß die Ausführungen zu Bedeutung und Tragweite einer Behandlung verstehen, so muss er – seinen Möglichkeiten entsprechend – ebenso aufgeklärt werden wie sein gesetzlicher Betreuer. Der Arzt muss bei der Aufklärung neben der rein sachlich-fachlichen Ebene auch die emotionale Ebene berücksichtigen. Auf dieser Ebene ist im Rahmen eines Heimes die Unterstützung durch die Pflegenden von großer Bedeutung. Dies kann durch Bereitstellung von Raum, durch Erklärungshilfen für den Heimbewohner über einen längeren Zeitraum hinweg und durch Vermittlungsarbeit zwischen Heimbewohnern, Angehörigen und/oder Betreuern geschehen.

Darüber hinaus kann jedoch auch eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten erforderlich sein, wenn aufgrund der Psychopharmakabehandlung die begründete Gefahr des Todes oder einer schweren lang andauernden Gesundheitsbeeinträchtigung des Heimbewohners besteht oder wenn es sich bei der Psychopharmakatherapie um eine unterbringungsähnliche Maßnahme handelt.

### **Stufe 9: Medikamentenverordnung und Dokumentation der Verordnung**

Die Medikamentenverordnung ist eine in den ausschließlichen Verantwortungsbereich des behandelnden **Arztes** (Hausarzt, Facharzt) fallende Tätigkeit. Diese muss er persönlich und gewissenhaft erbringen. Er darf sich dabei nicht durch Nichtärzte zu einer bestimmten Verordnungs- bzw. Behandlungsentscheidung anweisen lassen. Die Verordnungsentscheidung selbst muss sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst richten und die Heilbehandlung muss auf die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten (bzw. auf die Verhinderung der Verschlechterung oder die Linderung von Schmerzen) gerichtet sein. Hierbei sind von ärztlicher Seite alle im Rahmen der Aufstellung des Behandlungsplanes (Stufe 7) gewonnenen (anamnestischen) Informationen angemessen zu berücksichtigen. Für die Verordnung übernimmt der behandelnde Arzt die Verantwortung. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der die Psychopharmaka verordnende Arzt nicht ohne jede Voruntersuchung, etwa aufgrund der telefonischen Übermittlung von Symptomen oder Befunden eine Behandlung anordnet. Etwas anderes kann nur dann gelten, wenn er sich von dem Zustand des Patienten überzeugt hat oder er ihm aus seiner Behandlung bekannt ist.

Besondere Berücksichtigung verdient in diesem Zusammenhang die Frage nach der Delegationsfähigkeit von Maßnahmen wie der Vergabe von Psychopharmaka, die teilweise von den Pflegekräften zu erbringen sind. Dabei muss die Verordnung der Medikationen durch den Arzt insbesondere hinsichtlich der Dosis und des Zeitpunkts der Vergabe genau bestimmt sein (Schnittstelle: **Arzt-Pflegepersonal**). Für die Pflegekräfte muss es im Rahmen ihrer beruflichen Ausbildung möglich sein, ohne diagnostisch oder therapeutisch tätig zu werden, eine die Medikation auslösende Bedingung zu erkennen. Dies gilt insbesondere für die sogenannte **Bedarfsmedikation**. Hier ist eine so präzise Definition der Zielsymptomatik erforderlich, dass die Pflegenden keinen eigenen therapeutischen oder diagnostischen Spielraum haben. Im übrigen sind die medizinischen Fakten und die darauf basierende Arzneimitteltherapie zu dokumentieren, um eine weitere Behandlung zu erleichtern.

Darüber hinaus ist der kassenärztlich zugelassene Vertragsarzt bei der Arzneimittelverordnung für gesetzlich krankenversicherte Patienten an die Leistungsvoraussetzungen des Sozialgesetzbuches V gebunden, weil er die Verordnung als eine Leistung der Krankenkasse erbringt. Daher darf er nur solche Arzneimitteltherapien verordnen, die wirtschaftlich sind und dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Insbesondere darf ein Arzneimittel nur zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden, wobei es apothekenpflichtig bzw. verschreibungspflichtig sein muss und nicht gesetzlich oder untergesetzlich (z.B. durch die Arzneimittelrichtlinie) aus dem Leistungskatalog der GKV

ausgeschlossen sein darf. Darüber hinaus darf ein Psychopharmakon in der Regel nur dann verordnet werden, wenn eine Indikation vorliegt, für die das Arzneimittel zugelassen ist.

Die Durchführung der Psychopharmakaverordnung obliegt im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege den Pflegekräften. Diese kann die Arzneimittelvergabe, die Überwachung der Einnahme und gegebenenfalls die Anleitung des Heimbewohners zur eigenständigen Einnahme und Verwaltung der Arzneimittel enthalten. Die Arzneimittelvergabe muss entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgen, wobei die Pflegenden die Durchführungsverantwortung übernehmen, solange es sich um eine Aufgabe handelt, die in den pflegerischen Aufgabenbereich fällt, für die also kein ärztliches Fachwissen erforderlich sein darf. Ein eigener therapeutischer oder diagnostischer Spielraum darf den Pflegekräften dabei nicht zustehen.

#### **Stufe 10: Problematisches Verhalten beobachten**

Die weitere Beobachtung des problematischen Verhaltens ist im Verantwortungsbereich des **Pflegepersonals**. Sie sollte engmaschig und regelmäßig erfolgen. Die Anforderungen entsprechen im wesentlichen den Ausführungen unter Stufe 1. Die Beobachtung des Verhaltens (Zielsymptomatik) ist eine entscheidende Voraussetzung für die Therapiekontrolle bzw. weitere Behandlungsplanung

#### **Stufe 11: Problematisches Verhalten dokumentieren**

Die weitere Dokumentation des problematischen Verhaltens ist im Verantwortungsbereich des **Pflegepersonals**. Auch sie sollte engmaschig und regelmäßig erfolgen. Die Anforderungen entsprechen im wesentlichen den Ausführungen unter Stufe 2. Entscheidend ist eine standardisierte Dokumentation (s. Stufe 2). Die valide und reliable Dokumentation des Verhaltens (Zielsymptomatik) liefert insbesondere dem behandelnden Arzt wichtige Informationen für die Therapiekontrolle bzw. weitere Behandlungsplanung.

#### **Stufe 12: Therapiekontrolle/Verlaufsbeobachtung**

Die Überwachungs- und Therapiebeobachtungspflicht bezüglich der Psychopharmakatherapie obliegt in erster Linie den behandelnden Ärzten, bzw. dem das Psychopharmakon verordnenden **Arzt** (Hausarzt, Facharzt). Dies gilt insbesondere für Arzneimittel, denen risikoreiche Nebenwirkungen oder Abhängigkeitspotentiale immanent sind.

Hier ist regelmäßig darauf zu achten, dass durch die Wirkungsweise des verordneten Psychopharmakons der beabsichtigte Behandlungserfolg erreicht bzw. durch dessen Nebenwirkungen oder Interaktionen mit

anderen Arzneimitteln oder Erkrankungen nicht in die körperliche Integrität des Patienten eingegriffen wird. Jedoch kann die Feststellung nicht ausreichen, dass der Patient keine Verhaltensauffälligkeiten mehr aufweist. Vielmehr gilt es auch regelmäßig zu evaluieren, ob und wann die weitere Arzneimittelbehandlung wieder abgesetzt bzw. sie in ihrer Dosis reduziert werden kann. Dies ist ebenfalls eine dem behandelnden Arzt obliegende Aufgabe. Auch an dieser Stelle ist bei eventuellen Auffälligkeiten eine zielfördernde Kommunikation zwischen den behandelnden Haus- bzw. Fachärzten wünschenswert.

Zu Beginn der Psychopharmakotherapie wurde das Therapieziel definiert (vgl. Stufe 7). Zu einem zuvor festgesetzten Zeitpunkt sollte durch eine standardisierte Evaluation der Therapieerfolg kontrolliert werden. Dabei muss die Indikation sowohl für die fest angesetzte als auch für die bedarfsorientierte Psychopharmaka-Medikation überprüft werden.

Die Verlaufbeobachtung ermöglicht es, frühzeitig den Zeitpunkt zu erkennen, zu dem die Akuttherapie in eine Erhaltungstherapie überführt werden kann. Nach einer Remission wäre es möglich, über einen definierten Zeitraum eine prophylaktische Behandlung vorzunehmen. Dies ist z.B. bei der Therapie rezidivierender depressiver Störungen von entscheidender Bedeutung. Den Pflegenden kommt hier erneut eine besonders wichtige Aufgabe zu, da sie aufgrund ihrer größeren Nähe zum Heimbewohner eine präzise Verlaufsbeobachtung dokumentieren können (vgl. Stufe 12).

### **Stufe 13: Aufklärung/Einwilligung**

Im Rahmen einer Therapie muss ein Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem das Handlungsziel und die Frage der Fortführung, Änderung oder Beendigung der eingesetzten therapeutischen Maßnahmen überprüft und diskutiert werden müssen. Für diesen Schritt ist erneut die Mitarbeit und entsprechend die Aufklärung und Einwilligung des betroffenen Heimbewohners bzw. gesetzlichen Vertreters erforderlich (vgl. hierzu Stufe 8). Auch dies ist eine **ärztliche Aufgabe**. Da es aber auch hierzu eines geschützten Raumes bedarf, der Gespräche und Kontakte möglich macht, können die **Pflegenden** durch Bereitstellung von Raum und durch Vermittlungshilfen erhebliche **Unterstützung** leisten.

### **Stufe 14: Weiterführen/Absetzen/Unstellen der Medikation**

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Therapiekontrolle/Verlaufsbeobachtung (vgl. Stufe 12) sowie nach Aufklärung/Einwilligung des Patienten (ggf. unter Einbeziehung des gesetzlichen Betreuers) hat der behandelnde **Arzt (Hausarzt bzw. Facharzt)** in regelmäßigen Abständen darüber zu entscheiden, ob die Psychopharmakabehandlung weitergeführt, (ausschleichend) abgesetzt oder umgestellt werden soll.

Ist die Indikation primär durch eine psychiatrische Diagnose (z.B. rezidivierende depressive Störung, paranoide Schizophrenie etc.) begründet, sollte sich diese Entscheidung an den gängigen Behandlungsrichtlinien für diese Krankheitsbilder orientieren. In allen anderen Fällen (insbesondere bei Behandlung schwerwiegender Verhaltensauffälligkeiten i.R. eines Demenzsyndroms, vgl. Stufe 6). Sollte spätestens alle 3 Monate ein ausschleichender Absetzversuch bzw. eine Dosisreduktion des Psychopharmakons unternommen werden. Erst nach 2 gescheiterten Absetzversuchen (Wiederauftreten der Zielsymptomatik) kann eine längerfristige Medikation erwogen werden, die aber auch dann selbstverständlich eine regelmäßige Verlaufskontrolle erfordert (Nebenwirkungen etc.). Dieses Vorgehen lässt sich aus der Tatsache ableiten, dass erhebliche Verhaltensauffälligkeiten i.R. von Demenzsyndromen häufig einen fluktuierenden bzw. vorübergehenden Charakter haben und in vielen Fällen keine langfristige Dauermedikation erforderlich ist. Im Falle eines Weiterführens bzw. Umstellens der Medikation sollte die Handlungssequenz auf Stufe 11 bzw. 9 wieder aufgenommen werden.

### 7.3 Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Handlungsstufen

Handlungsempfehlungen 1. Ordnung beziehen sich auf das Handlungsfeld einzelner an der Psychopharmakabehandlung beteiligter Personen (Pflegepersonal, Ärzte etc.).

Handlungsempfehlungen 2. Ordnung richten sich auf die institutionellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung. Als Adressaten kommen also Heimleitung und Heimträger in Frage.

Handlungsempfehlungen 3. Ordnung beziehen sich eher auf allgemeine (gesetzliche, regulatorische, politische) Rahmenbedingungen. Mögliche Adressaten sind politisch Verantwortliche, Gesetzgeber, Berufsverbände etc.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde an dieser Stelle auf die Darstellung ausführlicher Begründungen und Erläuterungen für die gegebenen Empfehlungen verzichtet. Stattdessen werden jeweils konkrete Verweise auf die betreffenden Textstellen der Diskussion (Kapitel 6) gegeben. Bei Bedarf können Erläuterungen bzw. Problemstellung hier im Detail nachgelesen werden.

<b>Stufe 1: Problematisches Verhalten beobachten</b>
------------------------------------------------------

#### Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Teilnahme des Pflegepersonals an Fortbildungsmaßnahmen zum Erkennen und Erfassen psychopathologisch relevanter Symptome bzw. Verhaltensauffälligkeiten.
- Teilnahme der Pflegenden an professionell geleiteten Supervisionsgruppen (Fallsupervision) zur besseren emotionalen Bewältigung und Förderung eines professionellen Umgangs mit problematischen Verhaltensweisen der Heimbewohner.
- Teilnahme des Pflegepersonals an Fortbildungsmaßnahmen zum Erkennen und Erfassen des Status der Einwilligungsfähigkeit oder -unfähigkeit der Heimbewohner.

#### Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Maßnahmen der Heimleitung zur Initiierung von Fortbildungsmaßnahmen zum Erkennen und Erfassen psychopathologisch relevanter Symptome/Verhaltensauffälligkeiten für das Pflegepersonal.

- Maßnahmen der Heimleitung zur Initiierung von Fortbildungsmaßnahmen zum Erkennen und Erfassen des Status der Einwilligungsfähigkeit oder -unfähigkeit der Heimbewohner für das Pflegepersonal.
- Einrichtung von Supervisionsgruppen durch die Heimleitung zur psychologischen Begleitung der Pflegenden durch die Heimleitung und zur Förderung eines professionellen Umgangs mit emotional belastenden Verhaltensauffälligkeiten.

#### Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

- Stärkere Berücksichtigung der Kompetenz im reliablen Erkennen und Erfassen psychopathologischer Symptome/Verhaltensauffälligkeiten in der Altenpflegeausbildung (Curricula der Altenpflegeschulen).

#### *Erläuterung:*

**Kapitel 6.1.2 (S. 141)**

**Kapitel 6.2.1 (S. 172)**

**Kapitel 6.2.2 (S. 181)**

**Kapitel 6.3.2.4 (S. 260)**

### **Stufe 2: Problematisches Verhalten dokumentieren**

#### Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Teilnahme des Pflegepersonals an Fortbildungsmaßnahmen zur standardisierten Dokumentation relevanter psychopathologischer Symptome/Verhaltensauffälligkeiten.
- Das Pflegepersonal sollte der exakten Dokumentation und Aktualisierung von pflegerisch und medizinisch relevanten Informationen besondere Aufmerksamkeit widmen. Das schließt insbesondere die Diagnosen, Pflege- und Behandlungsziele sowie Verhaltensauffälligkeiten ein.
- Ebenso sollte der Status bzgl. der Einwilligungsfähigkeit der Heimbewohner stets in den Dokumentationsunterlagen auf dem Wohnbereich dokumentiert und aktualisiert sein.
- Die bereits vorhandenen standardisierten Dokumentationsinstrumentarien sollten so weit wie möglich genutzt und ausgeschöpft werden.

Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Maßnahmen der Heimleitung zur Initiierung von Fortbildungsmaßnahmen zur standardisierten Dokumentation psychopathologisch relevanter Symptome/Verhaltensauffälligkeiten für das Pflegepersonal sollten eingeleitet werden.
- Standardisierten Skalen für die (Verlaufs-)Dokumentation von psychopathologisch relevanten Symptomen/Verhaltensauffälligkeiten sollten durch die Heimleitung verbindlich in die Heimdokumentation implementiert werden.

Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

- Die Erfassung psychopathologischer Symptome/Verhaltensauffälligkeiten mittels standardisierter Erhebungsinstrumente sollte in der Altenpflegeausbildung stärker berücksichtigt werden (Curricula der Altenpflegeschulen).
- Die Dokumentationsstandards für die Erfassung psychopathologischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten sollten in der Ausbildung und Versorgungspraxis ggf. bundesweit vereinfacht und vereinheitlicht werden.

*Erläuterung:***Kapitel 6.1.2 (S. 141)****Kapitel 6.2.1 (S. 172)****Kapitel 6.2.2 (S. 184)****Kapitel 6.3.2.4 (S. 260)****Kapitel 6.3.2.4 (S. 262)****Kapitel 6.3.3 (S. 266)****Stufe 3: Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen**Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Teilnahme des Pflegepersonals an Fortbildungsmaßnahmen zum adäquaten Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen (Verhaltensinterventionen, Kommunikationstraining etc.) im pflegerischen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten.
- Teilnahme des Pflegepersonals an regelmäßiger, professionell geführter Supervision (Team- oder Fallsupervision).

### Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Die Heimleitung sollte Maßnahmen zur Initiierung von Fortbildungsmaßnahmen zum adäquaten Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen (Verhaltensinterventionen, Kommunikationstraining etc.) im pflegerischen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten ergreifen.
- Implementierung von umgebungsstrukturierenden und milieugestaltenden Maßnahmen durch die Heimleitung, um dem Auftreten von problematischem Verhalten bei Heimbewohnern vorzubeugen sowie die allgemeine Lebensqualität der Bewohner zu fördern.
- Die Heimleitung sollte regelmäßige professionelle Supervision (Team- oder Fallsupervision) für das Pflegepersonal ermöglichen und ggf. fest institutionalisieren.
- Die Heimleitung sollte dafür Sorge tragen, dass Zwangsmaßnahmen gegen Heimbewohner vermieden werden. In besonders schwierigen Fällen sollte die frühzeitige Kontaktaufnahme mit den Mitgliedern eines Ethik-Konsils erwogen werden.

### Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

- Die Kompetenz zum (nicht-pharmakologischen) Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten sollte im Rahmen der Altenpflegeausbildung stärker gefördert werden (entsprechende Berücksichtigung in den Curricula der Altenpflegeschulen, s.auch Ausbildungs- und Prüfungsverordnung i.R. des Altenpflegegesetzes).
- Bei der Bemessung für Pflegezeit und Personalbedarf in Einrichtungen der stationären Altenhilfe muss der Einsatz nicht-pharmakologischer Interventionen sowie der entsprechende Fortbildungsbedarf angemessen berücksichtigt werden, um zeitliche Freiräume für den Einsatz nicht-pharmakologischer Interventionen zu schaffen.

### *Erläuterung:*

**Kapitel 6.1.3 (S. 146)**

**Kapitel 6.2.1 (S. 172 und 174)**

**Kapitel 6.3.2.1 (S. 226)**

**Kapitel 6.3.3 (S. 265)**

**Stufe 4: Arzt benachrichtigen**Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Teilnahme des Pflegepersonals an Fortbildungsmaßnahmen zur Schulung der Kompetenz, dringende Situationen (Delir, akute psychotische Symptome, akute Medikamentennebenwirkungen) zu erkennen und zu dokumentieren, in denen eine unmittelbare Benachrichtigung des behandelnden Arztes erforderlich ist.
- Die Wohnbereichsleiter/Pflegedienstleiter sollten sich in Kooperation mit den behandelnden Ärzten für die Einrichtung eines „Jour Fix“ (fester Visitertermin) einsetzen, an dem der behandelnde Arzt sicher für das Pflegepersonal im Heim verbindlich ansprechbar bzw. erreichbar ist.
- Das Recht der Heimbewohner auf freie Arztwahl sollte stets beachtet werden. Das Pflegepersonal sollte die Heimbewohner bei der Ausübung dieses Rechts unterstützen.
- Das Pflegepersonal sollte in den Fällen, in denen der Heimbewohner bzw. sein gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter keinen Gebrauch von dem Recht der freien Arztwahl macht, in Absprache mit dem behandelnden Allgemeinmediziner, die Funktion des Lotsen zu einem kompetenten Arzt bzw. zu einem qualifizierten Facharzt wahrnehmen.

Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Die Heimleitung sollte die Implementierung des sogenannten „Heimarztmodelles“ (vgl. Schweiz und Österreich) erwägen, bzw. überprüfen, ob die Einrichtung/Anstellung eines Heimarztes ggf. möglich ist. Der Heimarzt kann dann bei Bedarf als Vermittler zwischen Pflegepersonal und Haus-/Fachärzten tätig sein. Das Recht auf freie Arztwahl wird hierdurch nicht beschnitten.
- Die Heimleitung sollte prüfen, ob sie mit den einzelnen behandelnden Haus – bzw. Fachärzten eine Kooperationsvereinbarung abschließen kann, so dass Schnittstellenprobleme zwischen stationärer Pflege und ambulanter Krankenbehandlung überwunden werden können. In diesem Zusammenhang könnte auch die Verpflichtung zur Teilnahme an etwaigen Fallkonferenzen (vgl. Stufe 7 und 12) oder zur Einrichtung eines „Jour Fix“ (siehe Handlungsempfehlung 1. Ordnung) geregelt werden.
- In die Pflegedokumentation sollte eine für das Pflegepersonal einfach zu handhabende Checkliste zur Identifizierung medizinisch relevanter Informationen, die eine Benachrichtigung des behandelnden Arztes erforderlich machen, implementiert werden (Heimleitung).

Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

- Die Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung (KV, Ärztekammer) sollten konstruktiv (ggf. in Zusammenarbeit mit dem Gesetzgeber) darauf hinwirken, die Voraussetzungen für eine flächendeckende Versorgung von Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit Hausärzten zu schaffen.

*Erläuterung:***Kapitel 6.1.4 (S. 150)****Kapitel 6.2.1 (S. 171)****Kapitel 6.2.3 (S. 185)****Kapitel 6.3.2.1 (S. 211, 213 und 234)****Kapitel 6.3.3 (S. 264)****Stufe 5: Ausschluss medizinischer Ursachen**Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Teilnahme der im Heim tätigen Hausärzte und Fachärzte an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen mit geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Schwerpunkt oder an entsprechenden Qualitätszirkeln, im Sinne einer freiwilligen Selbstverpflichtung.

Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Im Rahmen eines „Hausarztmodell“ (vgl. Stufe 4) sollte die Heimleitung die Einrichtung einer apparativen Mindestausstattung für ärztliche Zusatzuntersuchungen (EKG, Routinelabor etc.) veranlassen. So kann die Ausschlussdiagnostik vor Ort deutlich verbessert werden.

*Erläuterung:***Kapitel 6.1.4 (S. 152)****Kapitel 6.2.1 (S. 175)****Kapitel 6.2.3 (S. 185)**

**Stufe 6: Psychiatrische Diagnose/Indikation**Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Teilnahme der im Heim tätigen Hausärzte und Fachärzte an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen mit geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Schwerpunkt oder an einschlägigen Qualitätszirkeln, im Sinne einer freiwilligen Selbstverpflichtung.
- Der behandelnde Arzt muss sich vor der Erstellung des Behandlungsplanes persönlich von dem Zustand des Heimbewohners überzeugen und die notwendigen diagnostischen Maßnahmen ergreifen.
- Das Pflegepersonal sollte in den Fällen, in denen der Heimbewohner bzw. sein gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter keinen Gebrauch von dem Recht der freien Arztwahl macht, in Absprache mit dem behandelnden Allgemeinmediziner, die Funktion des Lotsen zu einem kompetenten Arzt bzw. zu einem qualifizierten Facharzt wahrnehmen (s.a. Stufe 4).

Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

- Der erhöhte Aufwand der niedergelassenen Ärzte bei Hausbesuchen speziell im Pflegeheim sollte angemessen honoriert werden. Hier ist ggf. eine Revision der bestehenden Vergütungsregelungen erforderlich.
- Die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung und Fachgesellschaften sollten sich für die Schaffung einer (führbaren) Schwerpunktbezeichnung „Gerontopsychiatrie“ i.R. des Facharztes Psychiatrie und Psychotherapie einsetzen, um dem Bedarf an entsprechend qualifizierten Ärzten gerecht zu werden.

*Erläuterung:***Kapitel 6.1.4 (S. 154)****Kapitel 6.3.2.1 (S. 211, 213, 216, 218 und 219)****Stufe 7: Aufstellung eines (Gesamt-)Behandlungsplanes**Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Der behandelnde Arzt muss dem Heimbewohner hinsichtlich der Diagnose und der Arzneimittelverordnung eine fachgerechte ärztliche Behandlung zuteil werden zu lassen. Dabei muss sich der kassenärztlich niedergelassene Arzt im Rahmen der Behandlung eines gesetzlich

versicherten Patienten streng an die Vorgaben des gesetzlichen und untergesetzlichen Rechts der GKV halten. Das bedeutet, er darf grundsätzlich nur zulassungs- und apothekenpflichtige Arzneimittel zum Zwecke der Heilbehandlung verordnen, die sich im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots bewegen.

- Vor Beginn der Behandlung sollten Pflegende und verordnende Ärzte (sowie ggf. die gesetzlichen Betreuer) an einem Gesprächsforum zur Erörterung und Festlegung des Behandlungsplans im Sinne einer „Fallkonferenz“ teilnehmen. Der Behandlungsplan sollte neben den erforderlichen medikamentösen Maßnahmen auch eventuelle verhaltenstherapeutische Optionen berücksichtigen und eine differenzierte biografische, medikamentöse, psychiatrische und somatische Anamnese beinhalten. Da hierfür personenbezogene Gesundheitsdaten ausgetauscht werden müssen, bedarf es der Einwilligung des Heimbewohners bzw. dessen gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten.
- Der Behandlungsplan sollte durch Ärzte und Pflegende unter besonderer Berücksichtigung der Indikationskriterien für den Einsatz von fest angesetzten Medikamenten und/oder einer Bedarfsmedikation zu Beginn der Behandlung dokumentiert werden. Hierzu empfiehlt sich eine möglichst standardisierte schriftliche Fixierung in der Heimdokumentation.
- Im Behandlungsplan sollte ein Zeitpunkt zur Überprüfung des Therapieerfolgs bzw. zur Reevaluation der Therapienotwendigkeit explizit festgelegt werden. Bei der psychopharmakologischen Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten (speziell mit Neuroleptika) sollte die Überprüfung spätestens nach 3 Monaten erfolgen.
- Zur Vermeidung von gravierenden Unsicherheiten bezüglich der individuellen Wertentscheidungen des betroffenen Heimbewohners sollte frühzeitig (möglichst mit Heimeintritt) auch die Frage nach Vorausverfügungen mündlicher oder schriftlicher Art überprüft werden und den Pflegenden bekannt sein. Ansprechpartner sind diesbezüglich der Bewohner selbst und ggf. Angehörige, gesetzliche Betreuer oder vorbehandelnde Ärzte.
- Die Pflegekräfte dürfen den behandelnden Arzt nicht zu einer Arzneimittelbehandlung drängen, insbesondere wenn diese nicht zu einer Heilbehandlung dienen soll.

#### Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Die Heimleitung sollte einen Gesprächsrahmen zur berufsgruppenübergreifenden Diskussion und Festlegung des Behandlungsplans im Sinne der o.g. „Fallkonferenz“ bereitstellen.
- Die Heimleitung sollte Maßnahmen ergreifen, um die wünschenswerte Bezugspflege speziell für komplexe Krankheitsfälle zu ermöglichen, um eine persönliche Konstanz der Pflege sicherzustellen und den Erkrankungsverlaufs dadurch besser einschätzen zu können. Die

Notwendigkeit der Bezugspflege kann i.R. der Erstellung des Behandlungsplanes erörtert und festgelegt werden.

- Der Heimleitung wird die Einrichtung eines (ehrenamtlichen) Ethik-Konsils empfohlen, dass zur Beratung besonders schwieriger Fälle zur Verfügung steht. Derartige Komitees mit Mitgliedern aus der Einrichtung und Außenstehenden bestehen an anderen Orten bereits und haben sich zur Vorbeugung gegen „verschleppte“ Probleme und zur frühzeitigen Analyse problematischer Fälle bewährt.

#### Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

- Die Verantwortlichen in der pflegerischen Ausbildungs- und Versorgungspraxis sollten sich für eine möglichst zügig umzusetzende bundesweite Vereinfachung und Vereinheitlichung der erforderlichen Dokumentationsstandards einsetzen.

#### *Erläuterung:*

**Kapitel 6.1.5 (S. 158)**

**Kapitel 6.2 (S. 166)**

**Kapitel 6.2.1 (S. 169, 173, 174 und 178)**

**Kapitel 6.2.2 (S. 180 und 183)**

**Kapitel 6.2.5 (S. 195)**

**Kapitel 6.3.2.1 (S. 215, 216, 220 und 232)**

**Kapitel 6.3.2.2 (S. 242)**

**Kapitel 6.3.2.4 (S. 257 und 258)**

**Kapitel 6.3.3 (S. 264)**

### **Stufe 8: Aufklärung/Einwilligung**

#### Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Der Psychopharmaka verordnende Arzt muss die Heimbewohner entsprechend der jeweiligen Verstandesreife in verständlicher und angemessener Weise sowohl über die Diagnosen und die beabsichtigte Therapie aufklären als auch etwaige Behandlungsalternativen aufzeigen, so dass diese die Möglichkeit haben, autonom über den Behandlungsvorschlag zu entscheiden. Bei einwilligungsunfähigen Heimbewohnern muss er vor dem Beginn der Psychopharmakabehandlung, die gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten in verständlicher und

angemessener Weise über die Diagnosen, Therapieansätze und etwaige Behandlungsalternativen informieren und deren Einwilligung einholen.

- Die Pflegekräfte sollten im Sinne einer Vermittlerrolle zwischen Heimbewohner und Arzt gegenüber den Psychopharmaka verordnenden Ärzten darauf hinwirken, dass die Heimbewohner entsprechend der jeweiligen Verstandesreife in verständlicher und angemessener Weise sowohl über die Diagnosen und die beabsichtigte Therapie als auch über etwaige Behandlungsalternativen aufgeklärt werden, so dass sie die Möglichkeit haben, autonom über den Behandlungsvorschlag zu entscheiden.
- Die Pflegekräfte sollten im Sinne einer Vermittlerrolle darauf hinwirken, dass die behandelnden Ärzte vor dem Beginn der Psychopharmakabehandlung die gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten in verständlicher und angemessener Weise über die Diagnosen, Therapieansätze und etwaige Behandlungsalternativen informieren und deren Einwilligung einholen. Dies könnte z.B. dadurch geschehen, dass das Pflegepersonal die gesetzlichen Betreuer zeitnah über eine durchgeführte Änderung der Medikation informiert, so dass diese sich ggf. mit dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen können. Das gilt insbesondere in den Fällen, in welchen den Pflegenden bekannt ist, dass es an der ärztlichen Aufklärung und Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten fehlt.
- Teilnahme des Pflegepersonals an Fortbildungsmaßnahmen zum Erkennen und Erfassen des Status der Einwilligungsfähigkeit oder -unfähigkeit der Heimbewohner (vgl. Stufe 1).
- Es sollte in regelmäßigen Abständen geprüft werden, ob bei einwilligungsunfähigen Heimbewohnern aufgrund einer potenziellen Gefährlichkeit einer gegebenen Psychopharmakabehandlung, z.B. infolge der Nebenwirkungen oder infolge einer die körperliche Bewegungsfreiheit einschränkenden Arzneimitteltherapie, die Notwendigkeit einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung der Einwilligung des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten besteht.

#### Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Die Heimleitung sollte Maßnahmen zur Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen zum Erkennen und Erfassen psychopathologisch relevanter Symptome/Verhaltensauffälligkeiten für das Pflegepersonal initiieren (vgl. Stufe 1).
- Maßnahmen der Heimleitung zur Initiierung von Fortbildungsmaßnahmen zum Erkennen und Erfassen des Status der Einwilligungsfähigkeit oder -unfähigkeit der Heimbewohner für das Pflegepersonal (vgl. Stufe 1).

Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

- Der Gesetzgeber sollte die rechtlichen Rahmenbedingungen bzgl. der Rolle von Patientenverfügungen (speziell im Falle einer Demenzerkrankung) weiterentwickeln und ggf. präzisieren.
- Der Gesetzgeber sollte zur Förderung der Rechtssicherheit, die Tatbestandsvoraussetzungen für vormundschaftsgerichtliche Genehmigungsverfahren gemäß § 1904 BGB konkretisieren.

*Erläuterung:***Kapitel 6.1.6 (S. 161 und 162)****Kapitel 6.2.1 (S. 176 und 177)****Kapitel 6.2.2 (S. 183)****Kapitel 6.3.2.1 (S. 221, 222, 223, 224, 228 und 230)****Kapitel 6.3.2.4 (S. 259 und 260)****Stufe 9: Medikamentenverordnung**Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Die Vergabe der Bedarfsmedikation durch die Pflegekräfte muss immer in der Heimdokumentation schriftlich fixiert werden. Dabei sollte insbesondere der Zustand des Heimbewohners beschrieben werden, ebenso wie der Zeitpunkt und die Dosis der Vergabe.
- Bei der Verordnung der Bedarfsmedikation durch den behandelnden Arzt, muss dieser erstens den Zeitpunkt der Vergabe des Arzneimittels definieren, und zweitens dies in einer so hinreichend bestimmten Art und Weise tun, dass die Pflegekräfte ohne diagnostisch oder therapeutisch tätig zu werden, erkennen können, wann der Bedarfsfall vorliegt. Darauf sollte auch von Seiten der Pflegekräfte geachtet werden. Unbestimmte Begriffe wie „bei Unruhe“ sind dafür nicht ausreichend. Für diese Fälle könnte die Schulung des Pflegepersonals durch entsprechende medizinisch evaluierte Skalen (vgl. Stufe 2) oder die vorherige Rücksprache mit dem behandelnden Arzt eine praktikable Lösung bieten.
- Im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege sollten die Heimbewohner, welche die entsprechenden psychischen und physischen Voraussetzungen aufweisen, zur Selbstverwaltung der eigenen Arzneimittel angeleitet werden (aktivierende Behandlungspflege).

Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Die Heimleitung sollte dafür Sorge tragen, dass standardisierte Formulare für die adäquate Dokumentation der laufenden Medikation (incl. Bedarfsmedikation) in die Heimdokumentation verbindlich implementiert werden.
- Zur Verbesserung der Medikationssicherheit sollte die Heimleitung die bereits verfügbaren Möglichkeiten einer elektronischen Arzneimitteldokumentation und Verordnungsunterstützung in Hinsicht auf ihren potenziellen Einsatz im Heimbereich prüfen und ggf. Schritte zur Implementierung geeigneter Systeme einleiten.
- Die Heimleitung sollte prüfen, ob sie mit den einzelnen behandelnden Haus – bzw. Fachärzten eine Kooperationsvereinbarung abschließen kann, so dass Schnittstellenprobleme zwischen stationärer Pflege und ambulanter Krankenbehandlung beseitigt werden können. In diesem Zusammenhang könnte auch die Verpflichtung zur Teilnahme an etwaigen Fallkonferenzen (vgl. Stufe 7 und 12) oder zur Einrichtung eines „Jour Fix“ geregelt werden (vgl. Stufe 4).

Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

- Die Dokumentationsstandards für die Erfassung der laufenden Medikation (incl. Bedarfsmedikation) sollten in der Ausbildung und Versorgungspraxis ggf. bundesweit vereinfacht und vereinheitlicht werden.

*Erläuterung:***Kapitel 6.1.6 (S. 163)****Kapitel 6.2.2 (S. 180)****Kapitel 6.3.2.1 (S. 234)****Kapitel 6.3.2.3 (S. 251 und 253)****Kapitel 6.3.2.4 (S. 253, 257 und 258)****Stufe 10: Problematisches Verhalten beobachten**Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 1)

Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 1)

Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 1)

*Erläuterung:*

**Kapitel 6.1.2 (S. 141)**

**Kapitel 6.2.1 (S. 172)**

**Kapitel 6.2.2 (S. 181)**

**Kapitel 6.3.2.4 (S. 260)**

<b>Stufe 11: Problematisches Verhalten dokumentieren</b>
----------------------------------------------------------

Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 2)

Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 2)

Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 2)

*Erläuterung:*

**Kapitel 6.1.2 (S. 141)**

**Kapitel 6.2.1 (S. 172)**

**Kapitel 6.2.2 (S. 184)**

**Kapitel 6.3.2.4 (S. 260)**

**Kapitel 6.3.2.5 (S. 262)**

**Kapitel 6.3.3 (S. 266)**

## Stufe 12: Therapiekontrolle/Verlaufsbeobachtung

### Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

- Der behandelnde Arzt sollte in regelmäßigen Abständen, insbesondere bei der Weiterverordnung der Psychopharmakotherapie, seine Verordnungen überprüfen, damit ausgeschlossen ist, dass eine nicht notwendige Medikation unreflektiert weiterverordnet wird.
- Teilnahme des Pflegepersonals an Fortbildungsveranstaltungen zur Wirkungsweise von Psychopharmaka und potenziell auftretenden Nebenwirkungen.
- Im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege sollten die Heimbewohner, welche die entsprechenden psychischen und physischen Voraussetzungen aufweisen, durch das Pflegepersonal zur Selbstverwaltung der eigenen Arzneimittel angeleitet (geschult) werden (vgl. Stufe 9).
- Für die an der Psychopharmakaversorgung unmittelbar beteiligten Personen (Ärzte, Pflegekräfte, gesetzliche Betreuer/Bevollmächtigte) sollte ein Forum für den regelmäßigen Austausch behandlungsrelevanter Informationen geschaffen werden. Dies könnte etwa durch einen festen Platz für schriftliche Mitteilungen im Rahmen der Pflegedokumentation geschehen, wodurch die jeweilige Zielsetzung des Leistungserbringers bzw. Fragen und Mitteilungen für die anderen an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen transparent dargestellt werden können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass eine regelmäßige Einsichtnahme und Partizipation aller Beteiligten stattfindet. Da hier personenbezogene Gesundheitsdaten ausgetauscht werden müssen, bedarf es der Einwilligung des Heimbewohners bzw. dessen gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten sowie der Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht.
- Um eine verbesserte Kommunikation und Kooperation der an der Pflege und der Arzneimittelversorgung der Heimbewohner beteiligten Personen- und Berufsgruppen herzustellen, sollten in mindestens vier- bis sechsmonatigen Abständen (bei Bedarf bzw. in schwierigen Fällen auch engermaschiger) Therapiebesprechungen zwischen den behandelnden Ärzten, den Pflegenden (ggf. auch unter Einbeziehung der gesetzlichen Betreuern, Bevollmächtigten oder Angehörigen) erfolgen. Dabei sollten wichtige neue Informationen und Erfahrungen ausgetauscht sowie die weiteren Behandlungs- und Pflegeziele abgesteckt werden. Über diese Besprechungen sollte ein Ergebnisprotokoll erstellt werden, das der Heimdokumentation beizuheften ist. Auch hierzu bedarf es zuvor einer Einwilligung des Heimbewohners (gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten).

- Die Einholung eines Ethik-Konsils (vgl. Empfehlung zu Stufe 7) sollte bei im Verlauf der Behandlung auftretenden schwierigen Situation rechtzeitig erwogen und ggf. veranlasst werden.

#### Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

- Die Heimleitung sollte Maßnahmen einleiten um Pflegenden die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zur Wirkungsweise von Psychopharmaka und eventuell auftretenden Nebenwirkungen zu ermöglichen.
- Um potenzielle Nebenwirkungen, Über- und Unterdosierung von Medikamenten sowie potenziell ungünstige pharmakologische Interaktionen (einschließlich pharmazeutischer Polypragmasie) rechtzeitig zu erkennen, sollten klinisch-pharmakologische Konsile (Audits) eingerichtet und regelmäßig durchgeführt werden. Dabei besucht ein externer Pharmazeut bzw. klinischer Pharmakologe (ggf. auch im Team mit einem Geriater/Gerontopsychiater) in regelmäßigen Abständen (z.B. einmal im Quartal) die Pflegeeinrichtung und führt anhand der dokumentierten Medikamententherapien ein Screening auf potenzielle „Problemfälle“ durch. Dies bedarf zuvor der Einwilligung des Heimbewohners bzw. von dessen gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigtem.
- Im Rahmen der Pflegedokumentation sollte ein Vorgehen etabliert werden, das das Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen (z.B. 3-monatlich) automatisch daran erinnert, eine Reevaluation der bestehenden Medikation durch die behandelnden Ärzte zu veranlassen. Die Einrichtung eines solchen „Alert“-Systems wäre auch sehr gut im Rahmen der Implementierung der o.g. elektronischen Dokumentations- und Verordnungsunterstützung (vgl. Stufe 9) zu realisieren.
- Der Heimleitung wird die Einrichtung eines (ehrenamtlichen) Ethik-Konsils empfohlen, dass zur Beratung besonders schwieriger Fälle zur Verfügung steht (vgl. Empfehlung zu Stufe 7).

#### *Erläuterung:*

**Kapitel 6.1.6 (S. 162)**

**Kapitel 6.2 (S. 166)**

**Kapitel 6.2.1 (S. 173 und 174)**

**Kapitel 6.3.2.1 (S. 215 und 232)**

**Kapitel 6.3.3 (S. 264)**

### Stufe 13: Aufklärung/Einwilligung

#### Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 8)

#### Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 8)

#### Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 8)

#### *Erläuterung:*

**Kapitel 6.1.6 (S. 161 und 162)**

**Kapitel 6.2.1 (S. 176 und 177)**

**Kapitel 6.2.2 (S. 183)**

**Kapitel 6.3.2.1 (S. 221, 222, 223, 224, 228 und 230)**

**Kapitel 6.3.2.4 (S. 259 und 260)**

### Stufe 14: Weiterführen/Absetzen/Unstellen der Medikation

#### Handlungsempfehlungen 1. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 7)

#### Handlungsempfehlungen 2. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 7)

#### Handlungsempfehlungen 3. Ordnung:

(vgl. Empfehlungen zu Stufe 7)

#### *Erläuterung:*

**Kapitel 6.1.5 (S. 158)**

**Kapitel 6.2 (S. 166)**

**Kapitel 6.2.1 (S. 169, 173, 174 und 178)**

**Kapitel 6.2.2 (S. 180 und 183)**

**Kapitel 6.2.5 (S. 195)**

**Kapitel 6.3.2.1 (S. 215, 216, 220 und 232)**

**Kapitel 6.3.2.2 (S. 242)**

**Kapitel 6.3.2.4 (S. 257 und 258)**

**Kapitel 6.3.3 (S. 264)**

## 8 Ausblick

In dem vorliegenden Projekt sollte nicht nur die gegenwärtige Praxis der Anwendung von Psychopharmaka in einer konkreten Einrichtung der stationären Altenhilfe aus gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Sicht untersucht und vertiefend analysiert werden. Wesentliches Anliegen dieser Untersuchung war es vielmehr, Möglichkeiten einer konkreten Verbesserung der diesbezüglichen Versorgungssituation aufzuzeigen. Diese zielen letztlich auf einen Gewinn an Lebensqualität für die betroffenen Heimbewohner. In dem beschriebenen Projekt konnten wir uns diesem Ziel auf folgende Weise annähern:

1. Das von uns verwendete Erhebungsinventar stellt – in Kombination mit der entwickelten Kriterienliste – ein **Screeninginstrument** dar, mit dem Indikatoren eines inadäquaten Psychopharmakagebrauchs in jeder beliebigen Einrichtung der stationären Altenhilfe operationalisiert erfasst werden können. Dieses Screeninginstrument ermöglicht also zunächst eine systematische und umfassende Bestandsaufnahme der tatsächlichen Versorgungspraxis, die auch in anderen Heimen als der hier untersuchten Einrichtung Basis für eine gezielte Optimierung der eigenen Versorgungssituation sein kann. Mittelfristig könnte das eingesetzte Instrument unseres Erachtens sogar die Funktion eines Qualitätsindikators für die untersuchten Versorgungsaspekte im Pflegeheim übernehmen (z.B. im Rahmen eines Benchmarkings vergleichbarer Einrichtungen).
2. Darüber hinaus glauben wir, mit der Formulierung der im vorhergehenden Kapitel dargestellten **Handlungsempfehlungen** eine wichtige Grundlage für eine konkrete Verbesserung der vorgefundenen Versorgungssituation gelegt zu haben. Die von uns durchgeführte Analyse ist sehr umfassend und in der vorgelegten Form - insbesondere auch aufgrund der systematischen Berücksichtigung rechtlicher und ethischer Aspekte – in Deutschland bisher einzigartig.
3. Gemeinsam mit den formulierten Handlungsempfehlungen steckt das in dem vorliegenden Abschlussbericht vorgeschlagene **Handlungsmodell** letztlich das **Programm für eine Interventionsstudie** ab, die mit dem Ziel durchgeführt werden sollte, die Effektivität der vorgeschlagenen Maßnahmen unter Praxisbedingungen zu überprüfen. Einzelne Elemente der von uns aufgeführten Optimierungsschritte – wie z.B. Qualifizierungsmaßnahmen für Heimmitarbeiter multidisziplinäre Medikation-Reviews und Ethik-Komitees im Altenpflegeheim – wurden bereits in anderen Ländern wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit untersucht. In der Mehrzahl dieser Untersuchungen führten die durchgeführten Interventionen tatsächlich zu signifikanten

Verbesserungen der Psychopharmakaversorgung von Pflegeheimbewohnern (Übersicht in: Hughes und Lapane, 2005). Der empirisch abgesicherte Beleg für die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Verbesserungen – in Form des hier abgesteckten Programms - wäre aus unserer Sicht auch eine wichtige Voraussetzung, um Kostenträger für die Unterstützung bei der langfristigen Umsetzung dieser Maßnahmen zu gewinnen.

Jeder Einrichtung, die offen für die beschriebenen Optimierungsschritte ist, steht es jedoch selbstverständlich frei, auch ohne die oben beschriebene Bestandsaufnahme bzw. außerhalb weiterführender wissenschaftlicher Untersuchungen einzelne oder mehrere der aufgeführten Handlungsempfehlungen im eigenen Alltag umzusetzen. Insofern möchten die Autoren dieses Abschlussberichtes alle professionell in der stationären Altenhilfe Tätigen ausdrücklich ermutigen, das dargestellte Handlungsmodell zum Ausgangspunkt einer **bewussten Reflexion** der eigenen Praxis zu machen und konkrete Erfahrungen mit den entsprechenden Handlungsempfehlungen zu sammeln.

## 9 Literatur

**Adler G:** Psychopharmakotherapie im höheren Lebensalter, in: Der Internist 44: 2003, S. 936-942.

**Ärzte Zeitung:** Pflegepatienten ruhig gestellt, um Personal zu sparen, 5.April 2004.

**Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross-Degnan D, Beers MH, Sherman D, Salem-Schatz SR, Fields D :** A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes, in: New England Journal of Medicine 327: 1992, S. 168-173.

**Avorn J, Gurwitz JH:** Drug use in the nursing home, in: Annals of Internal Medicine 123: 1995, s. 195-204.

**Axer P:** Das Kollektivvertragsrecht in der vertragsärztlichen Versorgung, S. 205 – 229, in: Handbuch des Vertragsarztrechts, Hrsg.: Schnapp F, Wigge P, München 2002.

**Bach M, Nikolaus T, Oster P, Schlierf G :** Diagnostik der Depression im Alter: Die „Geriatric Depression Scale“, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28: 1995, S. 42-46.

**Bach P, Moser H:** Private Krankenversicherung: MB/KK - und MB/KT-Kommentar zu §§ 178a ff. VVG, zu den MB/KK und MB/KT und zu weiteren Gesetzes- und Regelwerken der Rechtspraxis in der privaten Krankenversicherung, 3. Auflage, München 2002.

**Bates DW, Gawande AA:** Improving safety with information technology, in: New England Journal of Medicine 348: 2003, S. 2526-2534.

**Bauer A, Hasselbeck W:** Fürsorglicher Zwang zum Wohle des Betreuten, in: Fürsorge und Recht 1994, S. 293-300.

**Beauchamp TL, Childress JF:** Principles of Biomedical Ethics, 5.Auflage, New York 2001.

**Beckmann J:** Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 44: 1998, S. 143-156.

**Beers MH:** Explicit criteria for determining potentially inappropriate Medication use by the elderly – an update, in: Archives of Internal Medicine 157: 1997, S. 1531-1536.

**Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC:** Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents, in: Archives of Internal Medicine 151: 1991, S. 1825-1832.

**Benz M:** Pflegegeld und Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2004, S. 125 – 131.

**Bickel H:** Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter, S. 11-26, in: Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie, Hrsg.: Förstl H, Stuttgart 2003.

**Birks J, Iakovidou V, Tsolati M:** Rivastigmine for Alzheimer`s disease. Cochrane Database Syst Rev. 2000:CD001191.

- Bobbert M:** Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts, Frankfurt am Main 2002.
- Böhm E:** Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm, Band I und II, Wien 1999.
- Böhme H:** Pflege auf dem Prüfstand, Rechtsfragen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegende, Berlin 1993.
- Böhme H:** Haftungsfragen und Pflegeversicherungsgesetz, Köln 1997.
- Bredthauer D:** Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie, Dissertation, Ulm 2002.
- Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Koczy P, Nikolaus T:** Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38: 2005, S. 10-18.
- Brühl A:** Zur Anwendung von Psychopharmaka in Justizvollzugsanstalten, in: *Recht und Psychologie* 1987, S. 58 – 65.
- Bundesgerichtshof,** Beschluss vom 8.Juni 2005 – Az.: XII ZR 177/03.
- Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS:** A description of agitation in a nursing home, in: *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 44: 1989, S. M77-M84.
- Deutsch E, Spickhoff A:** *Medizinrecht*, 5. Auflage, Berlin, Heidelberg 2003.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen / Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege:** Entwurf einer Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Online gesehen: 8.8.2005
- Dodegge G:** Neuere Entwicklungen des Betreuungsrechts, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, S. 2389 – 2398.
- Dodegge G:** Weitere Entwicklungen des Betreuungsrechts, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1994, S. 2383 – 2392.
- Dose M:** Medikamentöse Versorgung als Heilbehandlung gemäß § 1904 BGB, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 1993, S. 1032 – 1033.
- Draper B, Brodaty H, Low LF, Saab D, Lie D, Richards V, Paton H:** Use of psychotropics in Sydney nursing homes: Associations with depression, psychosis, and behavioral disturbances, in: *International Psychogeriatrics* 13: 2001, S. 107-118.
- Eberhard D:** Zivilrecht und Sozialrecht in der Beziehung von Kassenarzt und Kassenpatient, in: *Archiv der civilistischen Praxis* 171, S. 289 – 327.
- Ebsen I:** Autonome Rechtssetzung in der Sozialversicherung und der Arbeitsförderung als Verfassungsproblem, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* 1990, S. 57 – 73.

**Eibach U:** Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik 43: 1997, S. 215-231.

**Eichenhofer E:** Sozialrecht, 5. Auflage, Tübingen 2004.

**Eicken B von, Ernst E, Zenz G:** Fürsorglicher Zwang. Freiheitsbeschränkung und Heilbehandlung in Einrichtungen für psychisch kranke, für geistig behinderte und für alte Menschen, Rechtstatsachenforschung, Bundesanzeiger, Köln 1990.

**Eisenbart B:** Die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten, in: Medizinrecht 1997, S. 305 – 312.

**Engelmann K, Meurer F, Verhasselt B:** Lösungsansätze für die Problematik der Off-Label-Therapie mit Arzneimitteln, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2003, S. 70 – 76.

**Engelmann K:** Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien (Teil 1 und Teil 2), in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2000, S. 1 – 8 und S. 76-84.

**Feil N:** Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, München, 2000.

**Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR:** "Mini-mental-state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, in: Journal of Psychiatry Research 12: 1975; S. 189-198.

**Förstl H (Hrsg.):** Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie, 2. Auflage, Stuttgart 2003.

**Francke R:** Sozialrechtliche Rezeption ärztlicher Leitlinien, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2000, S. 159 – 165.

**Fussek C:** Der pflegebedürftige Mensch im Mittelpunkt? Anforderungen an die Qualitätssicherung aus Sicht der Betroffenen, Kurzfassung eines Vortrags anlässlich des Sozialmedizinischen Expertenforums des MDS „Die Zukunft der Qualitätssicherung – Was bringt das Pflegequalitätssicherungsgesetz?“ am 31. August 2000 in Berlin, online gesehen: 02.05.2005

**Giesen H:** Angst im Alter ist anders, in: Pharmazeutische Zeitschrift 2003, S. 28.

**Glatz C:** Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung, Berlin 1998.

**Grandt D, Braun C, Häuser W:** Häufigkeit, Relevanz, Ursachen und Strategien zur Vermeidung von Medikationsfehlern in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38: 2005, S. 196-202.

**Gräsel E, Wiltfang J, Kornhuber J:** Non-Drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 15: 2003; S. 115-125.

**Gurvich T, Cunningham JA:** Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes, in: American Family Physician 61: 2000, S. 1437-1446.

**Gutzmann H, Frölich L:** Klinische Untersuchung und Psychometrie S. 88-106, in: Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie Hrsg.: Förstl H, Stuttgart 2003.

**Hach I, Rentsch A, Krappweis J, Kirch W:** Psychopharmakaverordnungen an älteren Menschen. Ein Vergleich zwischen Patienten aus Alten- und Pflegeheimen, ambulant behandelten Pflegefällen und ambulanten Patienten ohne Pflegebedarf, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37: 2004, S. 214-220.

**Hahn B:** Zulässigkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben – Zur Übertragung von Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen und Bluttransfusionen auf nichtärztliches Assistenzpersonal, in: Neue Juristische Wochenschrift 1981, S. 1977 – 1984.

**Hamers JPH, Huizing AR:** Why do we use physical restraints in the elderly?, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38: 2005, S. 19-25.

**Hart D:** Ärztliche Leitlinien - Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen, in: Medizinrecht 1998, S. 8 – 16.

**Hauck K, Noftz W:** SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Band 2, 68. Ergänzungslieferung, Berlin 2004.

**Hauck K, Noftz W:** SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, Band 1 und Band 2, 22. Ergänzungslieferung, Berlin 2004.

**Hecker D:** Die Vertragsabschlussfreiheit des Arztes bei gestörtem Vertrauensverhältnis zum Patienten, in: Medizinrecht 2001, S. 224 – 227.

**Heinemann-Knoch M, Korte E, Heusinger J, Klünder M, Knoch T:** Kommunikationsschulung in der stationären Altenpflege. Ergebnisse der Evaluation eines Modellprojektes zur Entwicklung von Kommunikationskultur und zur Transfersicherung, in: Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie 38: 2005, S. 40-46.

**Hennies G:** Risikoreiche ärztliche Maßnahmen – betreuungsrechtliche Begriffe, in: Medizinrecht 1999, S. 341 – 344.

**Hibbeler B:** Geriatrie – Für ein selbstbestimmtes Leben im Alter, in: Deutsch Arztebl 102: 2005, S. B 1452-1455.

**Hirsch RD, Füsigen I, Gutzmann H, Haen E, Kortus R:** Neuroleptikatherapie bei demenzbedingten Verhaltensstörungen: Eine Neubewertung. Ergebnisse des dritten Konsensustreffens, Bonn, 16. Juli 2004, in: Geriatrie Journal Spezial 6: 2004, S. 2-6.

**Hirsch R:** Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen, Bonn, 2001.

**Höfert R:** „Alles was Recht ist“ – Pflege im Spannungsfeld zwischen Aufgabenstellung und rechtlichen Anforderungen, in: Pflege konkret 2003, Heft 2, S. 1 – 3.

**Hogstel MO, Curry LC, Burns PG:** Ethics Committees in long-term care facilities, in: Geriatric Nursing 25: 2004, S. 364-369.

**Hoppe J:** Der Zeitpunkt der Aufklärung des Patienten – Konsequenzen der neuen Rechtsprechung, in: Neue Juristische Wochenschrift, S. 782 – 786.

**Hughes CM, Lapane KL:** Administrative initiatives for reducing inappropriate prescribing of psychotropic drugs in nursing homes, in: *Drugs and Aging* 22: 2005, S. 339-351.

**Igl G, Welti F:** Die Leistungsinhalte der häuslichen Krankenpflege und ihre Abgrenzung von den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* 1995, S. 117 – 148.

**Igl G:** Rechtliche Gestaltung sozialer Pflege- und Betreuungsverhältnisse, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* 1978, S. 201 – 255.

**Illhardt FJ:** Spannung zwischen Alt und Jung? Fairneß und das Modell der Altersmedizin, in: *Ethik Med* 8: 1996, S.173-182.

**Jörg M:** Der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung, S. 230 – 267, in: *Handbuch des Vertragsarztrechts*, Hrsg.: Schnapp F, Wigge P, München 2002.

**Jürgens A:** *Betreuungsrecht kompakt: systematische Darstellung des gesamten Betreuungsrechts*, 5. Auflage, München 2002.

**Kane RL, Garrard J:** Changing physician prescribing practice – Regulation versus education in: *Journal of the American Medical Association* 271: 1994, S. 393-394.

**Kassler Kommentar:** *Sozialversicherungsrecht - Band 1 und Band 2*, Hrsg.: Niesel K, 44. Ergänzungslieferung, München 2004.

**Katzenmeier C:** Alternative Therapierichtungen im Recht der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, in: *Neue Zeitschrift für Versicherungsrecht* 2002, S. 537 – 540.

**Kern BR:** Die Bedeutung des Betreuungsgesetzes für das Arztrecht in: *Medizinrecht* 1991, S. 66 – 71.

**Kern BR:** Arzt und Betreuungsrecht, in: *Medizinrecht* 1993, S. 245 – 251.

**Kern BR:** Fremdbestimmung bei der Einwilligung in ärztliche Eingriffe, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1994, S. 753 – 759.

**Klein D, Elliger-Weber S:** Medikamentengebrauch und –abhängigkeit: Epidemiologie, Risiken, Maßnahmen. Der aktuelle Forschungsstand, in: *Medizin Mensch Gesellschaft* 1991, S. 73 – 79.

**Klingenberg A, Szecsenyi J:** Zufriedenheit mit der hausärztlichen Psychopharmakatherapie, in: *Die Ersatzkasse* 1998, S. 362 – 366.

**Klie T:** *Rechtskunde: Das Recht der Pflege alter Menschen*, 7. Auflage, Hannover, 2001.

**Klie T:** Rechtlicher Rahmen und Qualitätssicherung in der Pflege, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 2002, S. 504 – 520.

**Klie T, Krahrmer U :** *Lehr- und Praxiskommentar SGB XI*, Baden – Baden 1998.

**Koch–Straube U:** Die alltäglichen Zwänge und die Folgen für MitarbeiterInnen und alte Menschen, in: *Die Betreuungspraxis*, S. 152 – 155.

**Köhler M:** Selbstbestimmung und ärztliche Therapiefreiheit im Betäubungsmittelstrafrecht, in: Neue Juristische Wochenschrift 1993, S. 762 – 766.

**Köhler-Fleischmann G:** Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht, München 1991.

**Kroeger Mappes EJ:** Ethical dilemmas for nurses: Physicians' orders versus patients' rights, S. 555-561, in: Bioethics. An Anthology, eds.: Kuhse H, Singer P, Blackwell Philosophy Anthologies, Oxford 1999.

**Krause:** Die Rechtsbeziehungen zwischen Kassenarzt und Kassenpatient, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1982, S. 425 – 432.

**Krauskopf D:** Soziale Krankenversicherung – Pflegeversicherung, Band 1 und Band 2, München 2003.

**Kruse A:** Lebensqualität im Alter. Befunde und Interventionsansätze, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36. 2003, S. 419-420.

**Kruse J, Hänlein A:** Lehr- und Praxiskommentar – Gesetzliche Krankenversicherung, 2. Auflage, Baden – Baden 2003.

**Kuhla W:** Persönliche Leistungserbringung des Krankenhausarztes bei ambulanten Behandlungen sozialversicherter Patienten, in: Medizinrecht 2003, S. 25 – 28.

**Kunz E, Butz M, Wiedemann E:** Heimgesetz, München, 2003.

**Kunz E, Butz M, Langenfeld G:** Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung: Weniger Freiheit, mehr Rechtssicherheit, in: Zeitschrift für Erbrecht und Vermögensnachfolge 2003, S. 449 – 452.

**Lange RT, Hopp, GA, Kang N:** Psychometric properties and factor structure of the Neuropsychiatric Inventory Nursing home version in an elderly neuropsychiatric population, in: International Journal of Geriatric Psychiatry 19: 2004, S. 440-448.

**Leube K:** Sozialversicherung in Gestalt der Privatversicherung – Rechtliche Rahmenbedingungen, in: Neue Zeitschrift für Sozialrechts 2003, S. 449 – 456.

**Lind S:** Das Altenpflegeheim, in: Soziale Sicherheit 1995, S. 31 – 38.

**Lipp V:** Anmerkung, in: Juristische Zeitschrift 2001, S. 825 – 829.

**Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L:** Quality of Life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports, in: Journal of Mental Health and Aging 5: 1999, S. 21-31.

**Marckmann G:** Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischen Zwang, Schattauer, Stuttgart 2003.

**Martin-Cook K, Hynan LS, Rice-Koch K, Svetlik DA, Weiner MF:** Responsiveness of the quality of life in late-state dementia scale to psychotropic drug treatment in late-stage dementia, in: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 19: 2005, S. 82-85.

**May AT:** Ethische Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Die Rolle des klinischen Ethikkomitees, in: Ethik in der Medizin 16: 2004, S.242-252.

**Meador KG, Taylor JA, Thapa PB, Fought RL, Ray WA:** Predictors of antipsychotic withdrawal or dose reduction in a randomized controlled trial of provider education, in: *Journal of the American Geriatric Society* 45: 1997, S. 207-210.

**Meißner T:** Qualitätsdefizite in der Altenpflege zeigen sich gerade am Beispiel der Demenzzkranken besonders krass, *Ärzte Zeitung* vom 15. April 2004.

**Moreno JD:** Ethics Consultation as moral engagement, pp. 576-582, in: *Bioethics. An Anthology*, eds.: Kuhse H, Singer P, Blackwell Philosophy Anthologies, Oxford 1999.

**Muckel, S:** Das Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz, in: *Die Sozialgerichtsbarkeit* 1998, S. 385 – 389.

**Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch:** Hrsg.: Rebmann K, Band 1, 4. Auflage, München 2001.

**Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch:** Hrsg.: Rebmann K, Band 5, 4. Auflage, München 2004.

**Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch:** Hrsg.: Rebmann K, Band 8, 4. Auflage, München 2002.

**Müller G:** Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (BtÄndG) auf die Vorsorgevollmacht in Angelegenheiten der Personensorge, in: *Deutsche Notar-Zeitschrift* 1999, S. 107 – 122.

**Nedopil N:** Die medikamentöse Versorgung als Heilbehandlung gemäß § 1904 BGB, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 1993, S. 24 – 26.

**Neumann – Wedekindt J:** Zum Begriff „Delegieren“ im Zahnheilkundegesetz, in: *Medizinrecht* 1997, S. 397 – 401.

**O'Brien LA:** Establishing and Educating a Long-term Care Regional Ethics Committee: The NJ Model, in: *Journal of the American Medical Directors Association* 6:2005, S. 66-67.

**Olin J, Schneider L.:** Galantamine for Alzheimer`s disease (Cochrane Review), *Cochrane Library*. 2002:1.

**Palandt O:** Bürgerliches Gesetzbuch, 64. Auflage, München 2005.

**Pantel J:** Akute organische Psychosen, in: *Kurzlehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Hrsg.: Hampel, Rupprecht, Stuttgart (im Druck).

**Peikert P:** Persönliche Leistungserbringungspflicht, in: *Medizinrecht* 2000, S. 352 – 359.

**Peintinger M:** Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung, Wien, New York 2003.

**Pies S:** Haftung in der Pflege, [www.pflegenet.com](http://www.pflegenet.com), S. 1-11.

**Popp W:** Zwangsbehandlung von psychisch Kranken im Betreuungsrecht, Frankfurt 2003.

**Ratzel R, Lippert HD:** Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 3. Auflage, Berlin 2002

**Ray WA, Taylor JA, Lichtenstein MJ, Meador KG, Stoudemire A, Liptzin B, Blazer D:** Managing behaviour problems in nursing home residents, in: Contemporary Management in Internal Medicine 1: 1991, S. 71-112.

**Ray WA, Taylor JA, Lichtenstein MJ, Meador KG:** The Nursing Home Behavior Problem Scale, in: Journal of Gerontology: Medical Sciences 47: 1992, S. M9-M16.

**Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Lichtentein MJ, Griffin MR, Fought R, Adams ML, Blazer DG:** Reducing antipsychotic drug use in nursing homes, in: Archives of Internal Medicine 153: 1993, S. 713-721.

**Regierungspräsidium Gießen:** Bericht der Heimaufsicht in Hessen nach § 22 Abs. 3 HeimG für den Zeitraum vom 01.01.2002 bis zum 31.12.2003, ([www.rp-gießen.de/me\\_in/medien/versorgung/statistik\\_heimaufsicht\\_02\\_03.pdf](http://www.rp-gießen.de/me_in/medien/versorgung/statistik_heimaufsicht_02_03.pdf)).

**Regierungspräsidium Gießen:** Bericht über die Situation der Heime und der Bewohnerinnen und Bewohner in Hessen, ([http://www.rp-giessen.de/me\\_in/medien/versorgung/heimbericht\\_02\\_03.pdf](http://www.rp-giessen.de/me_in/medien/versorgung/heimbericht_02_03.pdf)).

**Regierungspräsidium Gießen:** Dokumentation von ärztlichen Anordnungen in Heimen, in: Hessisches Ärzteblatt 2003, S. 629.

**Reitinger E, Heller A, Tesch-Römer C, Zeman P:** Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen, Freiburg i.Br. 2004.

**Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T:** The global deterioration scale (GDS): an instrument for the assessment of primary degenerative dementia (PDD), in: American Journal of Psychiatry 139: 1992, S. 1136-1139.

**Risse L, Beck M:** Medizinische Behandlungspflege in der stationären Altenpflegehilfe, ([http://pflegen-online.de/download/risse\\_beck.pdf](http://pflegen-online.de/download/risse_beck.pdf)).

**Rossbruch R:** Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 1.Teil, in: Pflegerecht 2003, S. 95 – 102, 2.Teil, in: Pflegerecht 2003, S. 139 – 149.

**Roth G:** Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Stuttgart 2001.

**Schaeffer D:** Zum Verhältnis von Gerontopsychiatrie und Pflegewissenschaft. Gemeinsamkeiten und Unterschiede, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37: 2004, S. 307-315.

**Schimmelpfeng-Schütte R:** Deutschland auf dem Weg in ein dirigistisches Gesundheitssystem?, in: Zeitschrift für Rechtspolitik 2004, S. 253 – 257.

**Schlegel R:** Das Pflegeversicherungsgesetz – Ein Überblick über die wichtigsten Regelungen (Teil 1), in: Deutsche Steuer-Zeitung 1994, S. 1861 – 1863.

- Schlüter B:** Grundrechtsbeschränkungen für Pflegebedürftige?, in: Zeitschrift für Rechtspolitik 2004, S. 75 – 78.
- Schmid H:** Die Grenzen der Therapiefreiheit, in: Neue Juristische Wochenschrift 1986, S. 2339 – 2343.
- Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL:** The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes, in: Journal of the American Geriatric Society 46: 1998, S. 77-82.
- Schneider G:** Krankenbehandlung, S. 662–747, in: Handbuch des Sozialversicherungsrechts, (Hrsg.: Schulin B), Band 1, München 1994.
- Schreiber LH:** Die medikamentöse Versorgung als Heilbehandlung gemäß § 1904 BGB n.F. im zukünftigen Betreuungsgesetz, in: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht, 1991, S.1014–1022.
- Schroeder-Pritzen J, Tadayon A:** Die Zulässigkeit des Off-Label-Use nach der Entscheidung des BSG vom 19.3.2002, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2002, S. 664 - 667.
- Schröder J, Pantel J, Förstl H:** Demenzielle Erkrankungen – Ein Überblick, S. 224-239, in: Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht, Hrsg.: Kruse A, Martin M, Bern 2004.
- Schulin B, Igl G:** Sozialrecht, 7. Auflage, Düsseldorf 2002.
- Schweitzer KH:** Heilbehandlung und Selbstbestimmung – Zur Frage der Zulässigkeit ambulanter Zwangsbehandlung psychisch Kranker, in: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht 1996, S 1317 – 1324.
- Schwerdt R:** Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer Krankheit. Anforderungen an die Qualifikation professioneller Helferinnen und Helfer, in: Zeitschrift für Medizinische Ethik 51: 2005, S. 59-76.
- Schwerdtfeger G:** Die Leistungsansprüche des Versicherten im Rechts-konkretisierungskonzept des SGB V Teil 1 und 2, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1998, S. 49 – 53 und S. 97 – 103.
- Siegler M:** Ethics Committees: Decision by bureaucracy, pp. 583-586, in: Bioethics. An Anthology, eds.: Kuhse H, Singer P, Blackwell Philosophy Anthologies, Oxford 1999.
- Soergel HT (Begr.), Siebert, W (Hrsg.):** Bürgerliches Gesetzbuch: mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen, Band 20 – Familienrecht 4, §§ 1741 – 1921, 13. Auflage, Stuttgart u.a. 2000.
- Spickhoff A:** Die Patientenautonomie am Lebensende: Ende der Patientenautonomie? - Zur Feststellbarkeit und Durchsetzbarkeit des realen oder hypothetischen Willens des Patienten, in: Neue Juristische Wochenschrift 2000, S. 2297, 2304.
- Staudinger J:** Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch: mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen – Buch 2 Recht der Schuldverhältnisse §§ 611 - 615, 13. Auflage, Berlin, 1999.
- Staudinger J:** Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch: mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen – Buch 2 Recht der Schuldverhältnisse §§ 823 - 825, 13. Auflage, Berlin, 1999.

**Staudinger J:** Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch: mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen – Buch 4 Familienrecht §§ 1896 - 1921, 13. Auflage, Berlin, 1999.

**Stelzner G, Riedel-Heller SG, Sonntag A, Matschinger H, Jakob A, Angermeyer MC:** Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: 2001, S. 306-312.

**Stolz K:** Betreuungsgesetz: Umsetzungsdefizite im Bereich der Heilbehandlung und freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Heimbewohnern, in: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht 1993, S. 642 – 645.

**Stolz K:** Medikamentöse Versorgung von Heimbewohnern nach dem Betreuungsgesetz, in: Betreuungspraxis 1994, S. 49 – 52.

**Sträßner HR:** Die Pflege und Medikation des Patienten, in: Pflege- und Krankenhausrecht 2002, S. 95 – 104.

**Sultzer DL:** Psychosis and antipsychotic medication in Alzheimer's disease: clinical management and research perspectives. in: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 17: 2004, S. 78-90.

**Thapa PB, Meador KG, Gideon P, Fought RL, Ray WA:** Effects of antipsychotic withdrawal in elderly nursing home residents, in: Journal of the American Geriatric Society 42: 1994, S. 280-286.

**Thorgrimsen L, Selwood A, Spector A, Royan L, Madariaga Lopez de M, Woods RT, Orrell M:** Whose quality of life is it anyway?, in: Alzheimer Dis Assoc Disord 17. 2003, S. 201-208.

**Tröndle H, Fischer T:** Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 52. Auflage, München 2004.

**Uhlenbruck W, Laufs A:** Handbuch des Arztrechts, 2. Auflage, München 1999.

**Vass M, Hendriksen C:** Medication for older people – aspects of rational therapy from the general practitioner's point of view, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38: 2005, S. 190-195.

**Vossler N:** Bindungswirkung von Patientenverfügungen? – Gesetzgeberischer Handlungsbedarf ?, Zeitschrift für Rechtspolitik 2002, S. 295 – 299.

**Wagner HJ:** Arztrechtliche Aspekte zur Arzneimittelbehandlung, in: Saarländisches Ärzteblatt 1994, S. 538 – 545.

**Waltermann R:** Sozialrecht, 4. Auflage, München 2003.

**Wannagat G:** Sozialgesetzbuch: SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung, 11. Ergänzungslieferung, Köln, Berlin, Bonn, München 1999.

**Watson WH:** Rating disabilities of older patients by nurses and social workers on geriatric health care teams: A research note implications for further study, in: International Journal of Aging and Human Development 26: 1988, S. 147-152.

**Weyerer S, Mann AH, Ames D:** Prävalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern in Mannheim und Camden (London), in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28: 1995, S. 169-178.

**Weyerer S, El-Barrawa R, König S, Zimmer A:** Epidemiologie des Gebrauchs von Psychopharmaka in Altenheimen, in: Das Gesundheitswesen 1996, S. 201 – 206.

**Wiebach K, Kreyßig M, Peters H, Wächter C, Winterstein P:** Was ist „gefährlich“? – Ärztliche und juristische Aspekte bei der Anwendung des § 1904 BGB, in: Die Betreuungspraxis 1997, S. 48 – 53.

**Wigge P, Kleinke S:** Kooperative Berufsausübung zwischen Apothekern und anderen Gesundheitsberufen, in: Medizinrecht 2002, S. 391 – 394.

**Wigge P:** Arzneimittelversorgung durch niedergelassene Apotheker in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1999, S. 584 – 589.

**Wilhelm-Gößling, C:** Neuroleptikaverordnungen bei dementen Alterspatienten, in: Der Nervenarzt 1998, S. 999 – 10.

**Wojnar J:** Der Einsatz von Psychopharmaka in der Betreuung demenzkranker Menschen, in: Die Betreuungspraxis 1999, S. 11 – 14.

**Wolter-Henseler D:** Betreuungsrecht und Arzneimittel - wann ist eine medikamentöse Behandlung genehmigungspflichtig i.S. des § 1904 BGB, in: Die Betreuungspraxis 1994, S. 183 - 190.

**Wullweber H:** Machen Psychopharmaka gesund?, in: Recht & Politik 1985, S. 122 – 128.

**Youngner SJ, Jackson DL, Coulton C, Juknialis W, Smith EM:** A national survey of hospital ethics committees, in: Critical Care Medicine 11: 1983, S. 902-905.

**Zimmer J, Gaeth K, Weyerer S:** Alltagsaktivitäten, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Kontakte bei Altenheimbewohnern: Wie zuverlässig sind die Beurteilungen durch das Pflegepersonal? in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 9: 1996, S. 167-179.

**Zuckerman C:** Clinical Ethics in Geriatric Care Settings, in: Generations, Winter 1994, S. 9-12.

## 10 Abkürzungsverzeichnis

AcP	Archiv der civilistischen Praxis
AMR	Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses)
ApoG	Gesetz über das Apothekenwesen – Apothekengesetz
BAG	Bundesarbeitsgericht
BO-Ä Hessen	Hessische Berufsordnung der Ärzte
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungssammlung des Bundesgerichtshofes
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts
Bt-Drs.	Bundestags Drucksache
BtPrax	Die Betreuungspraxis (Zeitschrift)
DStR	Deutsche Steuer-Zeitung
DNotZ	Deutsche Notar-Zeitschrift
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
FuR	Fürsorge und Recht (Zeitschrift)
GOÄ	Gebührenordnung der Ärzte
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
HeimG	Heimgesetz
HKPfIRL	Richtlinie über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses)
i.V.m.	in Verbindung mit
KassKom	Kassler Kommentar
KBW	Kunz E, Butz M, Wiedemann E
LG	Landgericht
LPK	Lehr- und Praxiskommentar
LSG	Landessozialgericht
MBO-Ä	Musterberufsordnung der Ärzte
MB/KK	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherungen
MB/PPV	Musterbedingungen der privaten Pflegeversicherungen
MDR	Monatsschrift für Deutsches Recht
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
MMG	Medizin Mensch Gesellschaft
MüKo	Münchner Kommentar
NJOZ	Neue Juristische Online Zeitschrift
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NJW – RR	Neue Juristische Wochenschrift – Rechtsprechungsreport
NWVBl.	Nordrhein-Westfälische Verwaltungsblätter
NVersZ	Neue Zeitschrift für Versicherungsrecht
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
PfIR	Pflegerecht (Zeitschrift)
PharmZ	Pharmazeutische Zeitschrift

PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegeversicherung
RP	Regierungspräsidium
R & P	Recht & Politik (Zeitschrift)
SÄ	Saarländisches Ärzteblatt
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SGB I	Sozialgesetzbuch 1
SGB II	Sozialgesetzbuch 2
SGB V	Sozialgesetzbuch 5
SGB XI	Sozialgesetzbuch 11
SGB XII	Sozialgesetzbuch 12
SPV	Soziale Pflegeversicherung
StGB	Strafgesetzbuch
VSSR	Vierteljahresschrift für Sozialrecht
ZEV	Zeitschrift für Erbrecht und Vermögensnachfolge
ZRP	Zeitschrift für Rechtspolitik

## 11 Anhang



## INVENTAR

### **Psychopharmaka im Altenpflegeheim – eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte**

gefördert von der  
**BHF-BANK-Stiftung, Frankfurt/M.**

Projektleiter:

Prof. Dr. J. Pantel  
Dr. B. Weber  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt/M.  
[johannes.pantel@kgu.de](mailto:johannes.pantel@kgu.de)

Frau Dr. Bockenheimer-Lucius  
Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin  
Paul- Ehrlich –Straße 20-22  
60596 Frankfurt/M.

Prof. Dr. I. Ebsen  
Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht  
Senckenberganlage 31  
60325 Frankfurt/M.

Mitarbeiter:

Frau Dipl.-Psych. R. Müller  
Tel. 069 6301 6624  
[Ruth.Mueller@kgu.de](mailto:Ruth.Mueller@kgu.de)

Herr P. Hustedt

Herr A. Diehm

Datum der Beurteilung:

--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--

Datum der Heimaufnahme

--	--	--	--	--	--

Umzug erfolgte anlässlich eines  
Krankenhausaufenthaltes nein ja

Geschlecht

 weiblich männlich

Familienstand

 ledig verwitwet verheiratet geschieden

Aktuelle Pflegestufe

 Stufe 0 Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3 Härtefall

Gesetzliche Betreuung

 ja Vollmacht nein

Die einzelnen Aufgabenkreise:

 Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung Persönl. Angelegenheiten Postalische Angelegenheiten Wohnungsangelegenheiten Alle Angelegenheiten Gesundheitsfürsorge

Betreuer / Bevollmächtigter

Name und Anschrift

Schulbildung

Anzahl der Schuljahre

--	--

 kein Schulabschluss Hauptschule Realschule Gymnasium

Berufstätigkeit

Anzahl der Berufsjahre

--	--

 keine Berufsausbildung Berufsausbildung Beruf/Tätigkeit ausgeübt

**Familie**

Anzahl der Kinder

Anzahl der Enkel

**Wohnsituation**

Bewohnerin/Bewohner lebt in einem

 Einzelzimmer Doppelzimmer

Sind Bad und WC direkt vom Zimmer aus zugänglich?

 ja nein

Lebt in einem speziellen Wohnbereich

 offen geschlossen

Sonstiges:

**Zimmereinrichtung**

Hat eigene Möbel im Zimmer?

 ja nein

Hat persönliche Gegenstände im Zimmer?

 ja nein

Hat Telefon- und Kabelanschluss?

 ja nein

Hat Probewohnen in Anspruch genommen?

 ja nein**Religionszugehörigkeit** kath. andere evang. keineAusübung: Kirchengang/Kapelle/  
Seelsorger täglich sporadisch regelmäßig nie/nein**Bemerkungen / Sonstiges**

**Ärztliche Versorgung im Pflegeheim**

Wurde beim Heimeintritt der Hausarzt gewechselt  ja  nein

**Hausarzt:**

Name, Anschrift und Tel.-Nr.

Häufigkeit der persönlichen Kontakte  
mit Hausarzt

Anzahl der Kontakte in  
den letzten 4 Wochen

Regelmäßige Behandlung  
durch **Neurologe / Psychiater**

ja  nein

Häufigkeit der persönlichen Kontakte  
mit Neurologe / Psychiater

Anzahl der Kontakte in  
den letzten 4 Wochen

**Sonstige Fachärzte:****Klinikaufenthalte seit Heimeinzug**

ja  nein

Anzahl insgesamt

Indikationen:

**Allgemeinzustand**Körpergewicht    KgKörpergröße    cmErnährungszustand  gut  ausreichend  mäßig  reduziert  stark reduziertSondenernährung  ja  nein

Stürze in den letzten vier Wochen

 kein Sturz bekannt  Sturz ohne oder mit leichten Folgen  Sturz mit ernsthaften Folgen

Sehvermögen

 gut  schlecht  nicht beurteilbar  blindSehhilfe vorhanden  ja  neinadäquater Umgang mit Sehhilfe  ja  nein

Hörvermögen

 gut  schlecht  nicht beurteilbar  taubHörhilfe vorhanden  ja  neinadäquater Umgang mit Hörhilfe  ja  nein

Sprachverständnis

 keine Störungen  Versteht bei Wiederholung alles  Versteht bei Wiederholung nur einfache Aufforderung  kein Sprachverständnis**Sonstige Angaben aus der Pflegedokumentation (Arztbriefe, besondere Vorkommnisse in letzter Zeit?)**

**Somatische Erkrankungen**

Welche?

Seit wann bekannt?

**Psychiatrische Erkrankungen**

Welche?

Seit wann bekannt?

**Aktuelle Medikation:****Fest angesetzt:**

<b>Präparat:</b>	<b>Dosis/Tag</b>	<b>Psychopharmakon?</b>
1.		ja/nein
2.		ja/nein
3.		ja/nein
4.		ja/nein
5.		ja/nein
6.		ja/nein
7.		ja/nein
8.		ja/nein

**Bedarfsmedikation:**

<b>Präparat:</b>	<b>max. Dosis/Tag</b>	<b>Psychopharmakon?</b>
1.		ja/nein
2.		ja/nein
3.		ja/nein
4.		ja/nein
5.		ja/nein
6.		ja/nein
7.		ja/nein
8.		ja/nein

**Dosisreduktion, Absetzversuche, Indikation (nur Psychopharmaka)****Fest angesetzt:**

<b>Präparat</b>	<b>Dauer der Einnahme</b>	<b>Indikation Dokumentiert am Tag der <u>ersten</u> Einnahme?</b>	<b>Falls ja: Klartext</b>	<b>Reduktions- oder Absetzversuche in den letzten <u>6 Monaten</u> ?</b>
		Ja/Nein		

**Bedarfsmedikation:**

<b>Präparat</b>	<b>Häufigkeit der Gabe in den letzten 6 Monaten</b>	<b>Wie häufig wurde bei Gabe eine Indikation dokumentiert ?</b>	<b>Beispiel dokumentierter Indikation im Klartext</b>

**Anmerkungen**

--

## Lebensqualität – (Heimbewohner) Selbstbeurteilung

**Anweisungen:** Bitte schildern Sie Ihren eigenen Eindruck von Ihrer derzeitige Situation. Geben Sie auf jede Frage bitte nur eine Antwort.

<b>1. Körperlicher Gesundheitszustand</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>2. Energie/Tatkraft</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>3. Stimmungslage</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>4. Lebenssituation</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>5. Gedächtnis</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>6. Familie</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>7. Ehe</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>8. Freunde</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>9. Die eigene Person insgesamt.</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>10. Fähigkeit zur Verrichtung der Hausarbeit</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>11. Fähigkeit, Dinge zu tun, die Freude machen</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>12. Umgang mit Geld</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
<b>13. Die eigene Lebenssituation insgesamt</b>	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet

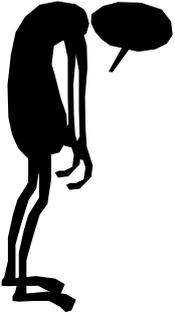
**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

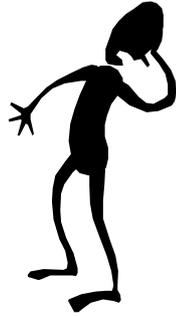
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**schlecht**



**zufriedenstellend**



**gut**



**ausgezeichnet**

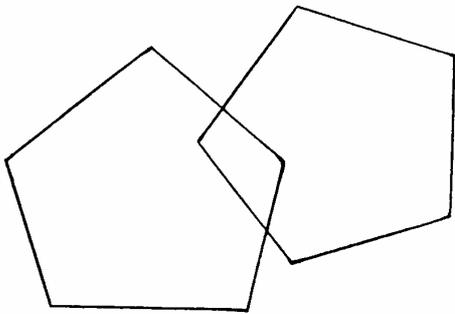


## MINI-MENTAL-STATUS-TEST

## MMST

		Score
<b>1. Orientierung</b>		
	1. Jahr	<input type="checkbox"/>
	2. Jahreszeit	<input type="checkbox"/>
	3. Datum	<input type="checkbox"/>
	4. Wochentag	<input type="checkbox"/>
	5. Monat	<input type="checkbox"/>
	6. Bundesland/Kanton	<input type="checkbox"/>
	7. Land	<input type="checkbox"/>
	8. Stadt/Ortschaft	<input type="checkbox"/>
	9. Klinik/Spital/Praxis/Altersheim	<input type="checkbox"/>
	10. Stockwerk	<input type="checkbox"/>
	<b>Summe (max. 10)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Merkfähigkeit</b>		
	11. „Auto“	<input type="checkbox"/>
	12. „Blume“	<input type="checkbox"/>
	13. „Kerze“	<input type="checkbox"/>
	<b>Summe (max. 3)</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Anzahl der Versuche bis zur vollständigen Reproduktion der 3 Wörter</b>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit</b>		
	14. „93“	<input type="checkbox"/>
	15. „86“	<input type="checkbox"/>
	16. „79“	<input type="checkbox"/>
	17. „72“	<input type="checkbox"/>
	18. „65“	<input type="checkbox"/>
	<b>Summe (max. 5)</b>	<input type="checkbox"/>
	19. o-i-d-a-r	<input type="checkbox"/>
	<b>Summe (max. 5)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Achtung: nur die höhere Punktzahl in die Berechnung der Gesamtsumme einbeziehen</b>		
<b>4. Erinnerungsfähigkeit</b>		
	20. „Auto“	<input type="checkbox"/>
	21. „Blume“	<input type="checkbox"/>
	22. „Kerze“	<input type="checkbox"/>
	<b>Summe (max. 3)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Sprache</b>		
	23. Armbanduhr benennen	<input type="checkbox"/>
	24. Bleistift benennen	<input type="checkbox"/>
	25. Nachsprechen des Satzes: „Sie leiht ihm kein Geld mehr“	<input type="checkbox"/>
	26. Kommando befolgen:	<input type="checkbox"/>
	– Blatt Papier in die rechte Hand	<input type="checkbox"/>
	– in der Mitte falten	<input type="checkbox"/>
	– auf den Boden legen	<input type="checkbox"/>
	27. Anweisungen auf der Rückseite dieses Blattes vorlesen und befolgen	<input type="checkbox"/>
	28. Schreiben eines vollständigen Satzes (Rückseite)	<input type="checkbox"/>
	29. Nachzeichnen (s. Rückseite)	<input type="checkbox"/>
	<b>Summe (max. 9)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Summieren Sie bitte die Teilsummen der Abschnitte 1-5</b>	<b>Gesamtpunktwert (max. 30)</b>	<input type="checkbox"/>

Bitte schließen Sie die Augen!



# Global Deterioration Scale GDS

Bewerten Sie die kognitive Leistungsfähigkeit des Patienten durch Markieren des zutreffenden Stadiums.

## 1 Keine kognitiven Leistungseinbußen

Keine subjektiven Hinweise auf ein Gedächtnisdefizit. Im klinischen Interview wird kein Gedächtnisdefizit evident.

## 2 Zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen

Subjektive Klagen über Defizite, am häufigsten in nachfolgenden Bereichen: a) vergißt, wo vertraute Gegenstände abgelegt wurden; b) vergißt früher gut bekannte Namen. Keine objektiven Zeichen eines Gedächtnisdefizits im klinischen Interview. Keine objektivierbaren Defizite im Beruf oder im sozialen Umfeld. Angemessenes Verhalten unter Berücksichtigung der Symptomatik.

## 3 Geringe kognitive Leistungseinbußen

Erste eindeutige Defizite manifestieren sich in mehr als einem der nachfolgenden Bereiche: (a) Patient(in) kann sich an einem fremden Ort nicht zurechtfinden; (b) Mitarbeiter(innen) bemerken die reduzierte Arbeitsleistung; (c) Freunde und Bekannte bemerken Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, die Namen von Bekannten zu erinnern; (d) die/der Patient(in) behält nur einen geringen Teil einer gelesenen Textpassage; (e) die/der Patient(in) kann sich Namen bei der Vorstellung neuer Personen schlechter merken; (f) die/der Patient(in) verlegt oder verliert Wertgegenstände; (g) während der klinischen Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident.

Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur in einem ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests finden.

Verringerte Leistungsfähigkeit im Beruf oder im sozialen Umfeld. Die/der Patient(in) beginnt, Defizite zu verleugnen. Geringe bis mittelgradige Angst begleitet die Symptome.

## 4 Mäßige kognitive Leistungseinbußen

Im sorgfältig durchgeführten klinischen Interview manifestieren sich eindeutige Defizite in folgenden Bereichen: (a) Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse; (b) Erinnern des eigenen Lebenslaufes; (c) Konzentration bei den Aufgaben mit seriellen Subtraktionen; (d) Fähigkeit, sich an unbekanntem Orten zurechtzufinden oder mit Geld umzugehen, usw.

Meist keine Defizite in nachfolgenden Bereichen: (a) Orientierung zu Zeit und Person; (b) Wiedererkennen vertrauter Personen und Gesichter; (c) Fähigkeit, sich an bekannten Orten zurechtzufinden.

Unfähigkeit, komplexe Aufgaben durchzuführen. Das Verleugnen von Defiziten ist die dominierende Abwehrstrategie. Der Affekt verflacht, und die/der Patient(in) beginnt, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden.

## 5 Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen

Die/Der Patient(in) kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen. Sie/Er kann sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern: z. B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger (wie die der Enkel), den Namen der Schule, die sie/er zuletzt besucht hat.

Häufig ist Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. Eine gebildete Person kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Vierschritten oder beginnend bei 20 in Zweischrritten rückwärts zu zählen. Patienten dieses Stadiums erinnern allerdings noch einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern ihren Namen ebenso wie den der/s Ehepartnerin(s) oder der Kinder. Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z. B. Hausschuhe für den Waldspaziergang wählen).

## 6 Schwere kognitive Leistungseinbußen

Kann gelegentlich den Namen der(s) Ehegattin (en) vergessen, von dem ihr (sein) Überleben abhängt. Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und eigener Erfahrungen. Lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit. Jahreszeiten und zeitliche Veränderungen werden z. B. nicht mehr wahrgenommen. Kann Schwierigkeiten haben, von zehn bis eins rückwärts zu zählen, gelegentlich sogar beim Vorwärtszählen von 1 bis 10. Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, kann z. B. inkontinent werden oder Hilfe benötigen, um sich an bekannten Orten zurechtzufinden. Gelegentlich gelingt es aber auch ohne Hilfe. Der Tag/Nacht-Rhythmus ist häufig gestört. Beinahe immer wird der eigene Name erinnert. Häufig können noch bekannte von unbekanntem Personen unterschieden werden.

Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund. Sehr variable ausgeprägte Störungen sind: (a) Verfolgungsgedanken; z. B. wird der Betreuungsperson Betrug und Diebstahl unterstellt oder mit imaginären Personen oder dem eigenen Spiegelbild gesprochen; (b) Zwangssymptome; z. B. wird ständig ein und derselbe Gegenstand gereinigt; (c) Angstsymptome, Unruhe und aus der Vergangenheit nicht bekanntes aggressives Verhalten können auftreten; (d) fehlender Willensantrieb, z. B. kann erwünschtes Verhalten nicht mehr in die Tat umgesetzt werden, weil der Gedankengang dazu nicht mehr lange genug im Kopf behalten werden kann.

## 7 Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen

Häufig totaler Sprachverlust; gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten. Harninkontinenz; ist auf Hilfe beim Toilettengang und Essen angewiesen. Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z. B. nicht mehr laufen. Das Gehirn scheint den Körper nicht mehr steuern zu können.

Häufig finden sich generalisierte und fokale neurologische Symptome.

## Geriatrische Depressionsskala GDS

(Sheikh und Yesavage, 1986)

**Bitte wählen Sie bei den folgenden Fragen jeweils die Antwort aus, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht hat.**

1	Sind Sie im Wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2	Haben Sie viele Ihrer Interessen oder Aktivitäten aufgegeben ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4	Sind Sie oft gelangweilt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5	Haben Sie meistens gute Laune?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.	Sind Sie besorgt darüber, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.	Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	Fühlen Sie sich oft hilflos?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	Haben Sie den Eindruck, mit dem Gedächtnis in letzter Zeit mehr als sonst Probleme zu haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Finden Sie es schön, jetzt in dieser Zeit zu leben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	Fühlen Sie sich voller Energie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Haben Sie den Eindruck, dass des den meisten Menschen besser geht als Ihnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Total GDS

**Gezählt wird die Anzahl der Kreuze in den grau hinterlegten Kästchen. Das Maximum beträgt somit 15 Punkte. Von den Autoren wurden zur Bedeutung der Punktzahlen folgende Angaben gemacht:**

- 0 – 5 Punkte Normal
- 5 – 10 Punkte Leichte bis mäßige Depression
- 11 – 15 Punkte Schwere Depression

**Psychopathologische Symptome in den letzten 4 Wochen (nach Weyerer)****Orientierung**

Erkannte er/sie Bekannte/Angehörige/Personal?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Erkannte er/sie Bekannte/Angehörige/ Personal mit Namen?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Reagierte er/sie auf den eigenen Namen?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Konnte er/sie sich erinnern was sich in den letzten Tagen ereignet hat?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Verwechselt er/sie Personen und weiß er/sie Nicht, wo er/sie ist?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
<b>Konnte er/sie sich orientieren</b>			
- im Zimmer?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
- im Heim	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
- in der Heimumgebung?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie

**Abendliche Verwirrtheit (sun-downing)**

Erscheint der/die Bewohner/in in der Dämmerung oder gegen Abend verwirrt als zu anderen Tageszeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

**Schlafprobleme**

Hat er/sie in den letzten vier Wochen Ein- oder Durchschlafprobleme?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
War er/sie nachts unruhig oder wach?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Störte er/sie nachts durch auffälliges Verhalten?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie

**Alkoholkonsum**

Trank er/sie in den letzten 4 Wochen Alkohol?	<input type="checkbox"/> kein Konsum	<input type="checkbox"/> ja, kein Missbrauch	<input type="checkbox"/> ja, Missbrauch
-----------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------

**Tabakkonsum**

Rauchte er/sie in den letzten 4 Wochen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, unter Aufsicht	<input type="checkbox"/> ja, ohne Aufsicht
-----------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------	--------------------------------------------

**Kooperationsverhalten**

Gab es Probleme in der Kooperation mit dem Pflegepersonal?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

**Sicherheitsmaßnahmen**

Brauchte er/sie in den letzten vier Wochen zum Schutz ein Bettgitter?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Brauchte er/sie einen Fixiergurt oder andere Sicherungsvorrichtungen?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig

## Lebensqualität – (Pflegekraft) Fremdbeurteilung

**Anweisungen:** Bitte beurteilen Sie die derzeitige Situation des Heimbewohners nach Ihrem eigenen Eindruck.  
Geben Sie auf jede Frage bitte nur eine Antwort.

1. Körperlicher Gesundheitszustand	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
2. Energie/Tatkraft	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
3. Stimmungslage	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
4. Lebenssituation	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
5. Gedächtnis	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
6. Familie	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
7. Ehe	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
8. Freunde	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
9. Die eigene Person insgesamt.	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
10. Fähigkeit zur Verrichtung der Hausarbeit	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
11. Fähigkeit, Dinge zu tun, die Freude machen	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
12. Umgang mit Geld	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
13. Die eigene Lebenssituation insgesamt	Schlecht	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Physical Self-Maintenance Scale (P.S.M.S.)

### Grundlegende Funktionen

#### 1. Kontinenz

Vollkommen selbständige Toilettenbenutzung, keine Inkontinenz	1
Muß erinnert werden, oder braucht Hilfe, oder ist inkontinent (in seltenen Fällen)	2
Während des Schlafs mehr als einmal wöchentlich inkontinent	3
Während des Wachens mehr als einmal wöchentlich inkontinent	4
Keine Blasen- und Stuhlgangkontrolle	5

#### 2. Nahrungsaufnahme

Ißt ohne Unterstützung	1
Ißt mit geringer Unterstützung zu den Essenszeiten und/oder mit spezieller Zubereitung der Mahlzeiten oder braucht Hilfe beim Abwasch	2
Ißt mit mäßiger Unterstützung, unsauber	3
Benötigt weitgehend Hilfe bei allen Mahlzeiten	4
Ist nicht in der Lage, selbständig zu essen und verweigert Unterstützung anderer	5

#### 3. Ankleiden

Selbständiges An- und Auskleiden sowie Kleidungswahl	1
An- und Auskleiden mit geringer Hilfe	2
Benötigt mäßige Hilfe beim An- und Auskleiden sowie Kleidungswahl	3
Benötigt weitgehende Hilfe beim Ankleiden, aber läßt Unterstützung anderer zu	4
Unfähig zum Ankleiden und Verweigern der Unterstützung anderer	5

#### 4. Äußeres

(Sauberkeit, Haare, Hände, Gesicht, Kleidung)	
Immer gepflegtes Äußeres, saubere Erscheinung, benötigt keine Unterstützung	1
Pflegt sich selbst angemessen, mit gelegentlich geringfügiger Unterstützung (z. B. Rasur)	2
Benötigt mäßige und regelmäßige Unterstützung oder Überwachung des Äußeren	3
Benötigt vollständige Hilfe bei der Pflege des Äußeren; bewahrt nach Hilfe ein gepflegtes Äußeres	4
Lehnt aktiv jede Bemühungen anderer ab, die auf ein gepflegtes Äußeres zielen	5

**5. Mobilität**

Geht alleine aus dem Haus / durch die Stadt	1
Kann innerhalb der Wohnanlage oder des Wohngebietes umhergehen	2
Ist mobil mit Unterstützung von	3
a) einer anderen Person	
b) einem Geländer	
c) einem Gehstock	
d) Gehgestell / Laufstuhl	
e) Rollstuhl	
– kann selbständig in den Rollstuhl ein- und aussteigen	
– benötigt Hilfe beim Ein- und Aussteigen	
Sitzt ohne Unterstützung auf einem Stuhl oder in einem Rollstuhl aber kann sich nicht ohne Hilfe fortbewegen	4
Ist für mehr als die Hälfte der Zeit bettlägerig	5

**6. Baden/Duschen**

Badet, duscht und wäscht sich selbständig	1
Badet selbständig, aber benötigt Hilfe beim Einsteigen in und Aussteigen aus der Badewanne	2
Kann sich Gesicht und Hände, aber nicht den Rest des Körpers waschen	3
Kann sich nicht selbst waschen, aber unterstützt diejenigen, die ihn waschen/baden	4
Versucht nicht sich zu waschen, und verweigert Bemühungen ihn oder sie sauberzuhalten	5

**Gesamtscore:**

### Soziale Situation in den letzten 4 Wochen

<b>Soziale Kontakte</b>		
- zum Pflegepersonal	nimmt häufig und gerne Kontakt auf, ist interessiert.....	1
	ist zurückgezogen, beschränkt sich auf das Notwendigste.....	2
	zeigt keine Ansätze zur Kommunikation.....	3
- zu anderen Heimbewohnern	nimmt häufig und gerne Kontakt auf, ist interessiert.....	1
	ist zurückgezogen, beschränkt sich auf das Notwendigste.....	2
	zeigt keine Ansätze zur Kommunikation.....	3
<b>Besuche</b>		
von Verwandten und Bekannten	nie.....	1
	gelegentlich (mindestens einmal im Monat).....	2
	häufig (mindestens einmal pro Woche).....	3
<b>Hauptkontaktperson(-en) von außen:</b>		
	(Ehe-)Partner.....	1
	(Schwieger-) Kind.....	2
	andere Familienmitglieder.....	3
	Freund/in.....	4
	Nachbar/in.....	5
	Sonstige (z.B. Betreuer; Ehrenamtliche).....	6

### Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen/ Freiwillige

In welchem Umfang waren Angehörige und Ehrenamtliche/ Freiwillige in den letzten 4 Wochen in die Betreuung und/oder Pflege des Bewohners/ der Bewohnerin eingebunden?

	<u>Angehörige</u>	<u>Ehrenamtliche/ Freiwillige</u>
nie.....	1	1
einmal im Monat.....	2	2
mehrmals im Monat.....	3	3
einmal pro Woche.....	4	4
mehrmals pro Woche oder täglich.....	5	5
Wenn ja, handelte es sich dabei um: ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )		
Unterstützung bei		
- pflegerischen Tätigkeiten (z.B. Körperpflege, Essen reichen).....	1	1
- der Betreuung (z.B. Spazieren gehen, Gespräche, Spiele u. ä. Aktivitäten).....	2	2
- hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z.B. Zimmer aufräumen, Wäsche waschen).....	3	3

(nach Weyerer, AG Psychogeriatric, ZI für Seelische Gesundheit, Mannheim)

### Aktivitäten in den letzten vier Wochen

#### Hobbies/Interessen

Ging er/sie in den letzten 4 Wochen Hobbies und Interessen nach oder spielte Spiele?	nie .....	1
	gelegentlich.....	2
	häufig .....	3

#### Sexuelle Aktivitäten

Zeigte er/ sie in den letzten 4 Wochen sexuelle Aktivitäten (z.B. sexuelle Annäherung an andere Person, Masturbation)?	nie .....	1
	gelegentlich.....	2
	häufig .....	3

Aktivitäten	nie	gelegentlich (mind. 1x im Monat)	häufig (mind. 1x pro Woche)	sehr häufig (nahezu täglich)
Teilnahme an Heimveranstaltungen außerhalb des Heims in den <u>letzten 4 Wochen</u> (z.B. Spaziergänge, Ausflüge, Besuche, Einkaufen, Kirchgänge, ....)	1	2	3	4
- selbstständig.....	1	2	3	4
- in Begleitung von Heimpersonal.....	1	2	3	4
- in Begleitung durch andere Personen.....	1	2	3	4
<u>Erhielt der/die Bewohner/in während der letzten 4 Wochen</u> außerhalb grundpflegerischer Tätigkeiten				
- Selbständigkeitstraining (z.B. Frühstücksguppe, Anziehtraining) von mindestens 10 Minuten Dauer	1	2	3	4
- Körperliche Aktivierung (z.B. Mobilitätstraining, Sitzgymnastik, Tanz, KG) von mindestens 10 Minuten	1	2	3	4
- Lern- oder Gedächtnistraining (o. ä. therapeutisches Angebot) von mindestens 10 Minuten Dauer	1	2	3	4
- Gruppenaktivitäten inkl. biographieorientierter Aktivierung (Singgruppe, Bastel/ Handarbeitsgruppen, Kochen, Vorlesegruppe, Erzählgruppe....)	1	2	3	4
- individuelle Angebote inkl. biographieorientierter Aktivierung (Singen, Vorlesen, 10-Minuten-Aktivierung, ....) von mindestens 10 Minuten Dauer	1	2	3	4

(nach Weyerer, AG Psychogeriatric, ZI für Seelische Gesundheit, Mannheim)

## NEUROPSYCHIATRISCHES INVENTAR – INSTITUTION (NPI-INST)

### A. Wahnvorstellungen

(nicht zutreffend)

Leitfrage:

Glaubt der Patient<sup>1</sup> Dinge, von denen Sie wissen, dass sie nicht wahr sind? Besteht er z.B. darauf, dass andere Leute versuchen, ihm Schaden zuzufügen oder ihn zu bestehlen? Erkennt er Familienmitglieder oder deren Heim nicht mehr? Handelt es sich nicht nur um blosses Misstrauen, sondern ist der Patient wirklich überzeugt, dass ihm diese Dinge passieren?

NEIN (falls nein, gehen Sie über  
zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über  
zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Glaubt der Patient, dass er in Gefahr ist oder dass andere Leute ihn bedrohen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Glaubt der Patient, dass er bestohlen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Glaubt der Patient, dass sein Partner eine Affäre hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Glaubt der Patient, dass sich fremde Leute in seinem Haus aufhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erkennt der Patient seinen Partner oder Bekannte nicht mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Erkennt der Patient sein Heim nicht mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glaubt der Patient, dass ihn seine Familienmitglieder verlassen wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Glaubt der Patient, dass Personen aus Fernsehen oder Zeitschriften tatsächlich bei ihm Zuhause anwesend sind? (Spricht er mit Ihnen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Glaubt er andere ungewöhnliche Dinge, die oben nicht aufgeführt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte Häufigkeit und Schwere der Wahnvorstellungen.

- Häufigkeit:
1. Selten - weniger als einmal pro Woche
  2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
  3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
  4. Sehr häufig - einmal oder mehrmals pro Tag

- Schwere:
1. Leicht - Wahnvorstellungen sind vorhanden, scheinen aber harmlos und belasten den Patienten nur wenig.
  2. Mässig - Wahnvorstellungen sind belastend und störend.
  3. Deutlich - die Wahnvorstellungen sind sehr störend und eine Hauptursache für Verhaltensstörungen.

- Mehraufwand:
0. Gar nicht
  1. Minimal
  2. Leicht
  3. Mässig
  4. Ziemlich
  5. Sehr oder extrem

<sup>1</sup> gilt im ganzen Dokument für männliche und weibliche Personen

**B. Halluzinationen**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Leidet der Patient unter optischen oder akustischen Halluzinationen? Scheint er Dinge zu sehen, zu hören oder wahrzunehmen, die nicht vorhanden sind?

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Schildert der Patient, dass er Stimmen hört oder verhält er sich so?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spricht der Patient mit Menschen, die nicht anwesend sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schildert der Patient Dinge, die andere nicht sehen können oder verhält er sich so (Menschen, Tiere, Lichter etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Berichtet der Patient über Gerüche, die von anderen nicht gerochen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fühlt der Patient Berührungen oder Kribbeln auf der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schildert der Patient Geschmackseindrücke ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schildert der Patient irgendwelche anderen ungewöhnlichen Sinneseindrücke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte Häufigkeit und Schwere der Halluzinationen.

Häufigkeit:

1. Selten - weniger als einmal pro Woche
2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
4. Sehr häufig - einmal oder mehrmals pro Tag

Schwere:

1. Leicht - Halluzinationen sind vorhanden, aber harmlos und belasten den Patienten nur wenig.
2. Mässig - Halluzinationen sind belastend und störend für den Patienten
3. Deutlich - die Halluzinationen sind sehr störend und eine Hauptursache für Verhaltensstörungen.

Mehraufwand:

0. Gar nicht
1. Minimal
2. Leicht
3. Mässig
4. Ziemlich
5. Sehr oder extrem

**C. Erregung / Aggression**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Gibt es Phasen, in denen der Patient sich weigert, zu kooperieren oder Hilfe anzunehmen? Ist er schwierig im Umgang?

NEIN (falls nein, gehen Sie über  
zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über  
zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Ist der Patient aufgeregt/ungeduldig mit Pflegeperson oder sträubt er sich gegen Tätigkeiten wie Baden, Kleiderwechsel, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist der Patient eigensinnig, will er seinen Kopf durchsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist der Patient unkooperativ, widersetzt er sich der Hilfe anderer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zeigt der Patient irgendein anderes Verhalten, das es schwierig macht, mit ihm umzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schreit oder flucht er?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Knallt er Türen zu, tritt gegen Möbel oder wirft mit Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Versucht der Patient andere Personen zu verletzen oder zu schlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zeigt der Patient irgend ein anderes aggressives oder erregtes Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Erregung.

- Häufigkeit:**
1. Selten - weniger als einmal pro Woche
  2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
  3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
  4. Sehr häufig - einmal oder mehrmals pro Tag

- Schwere:**
1. Leicht - Verhalten ist störend, kann aber durch Lenkung und Beruhigung bewältigt werden.
  2. Mässig - Verhalten ist störend und schwierig zu lenken oder zu kontrollieren.
  3. Deutlich - Erregung ist sehr störend und eine Hauptursache von Schwierigkeiten, möglicherweise befürchtet er/sie, dass ihm/ihr von anderen weh getan wird.

- Mehraufwand:**
0. Gar nicht
  1. Minimal
  2. Leicht
  3. Mässig
  4. Ziemlich
  5. Sehr oder extrem

**D. Depression / Dysphorie**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Scheint der Patient traurig oder deprimiert zu sein? Sagt er, dass er sich traurig oder deprimiert fühlt?

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Gibt es Phasen, in denen der Patient weinerlich ist und die darauf hindeuten, dass er traurig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bestätigt der Patient, dass er traurig oder niedergeschlagen ist oder verhält er sich so?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erniedrigt sich der Patient selbst oder erwähnt er, dass er sich als Versager fühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sagt der Patient er sei ein schlechter Mensch und er es verdiene, bestraft zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Scheint der Patient sehr mutlos zu sein oder sagt er, dass er keine Zukunft hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fühlt er sich als Last für seine Familie oder denkt er, dass es seiner Familie ohne ihn besser gehen würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Äussert der Patient Sterbewünsche oder spricht er von Suizid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zeigt der Patient andere Anzeichen von Depression oder Traurigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Depression.

**Häufigkeit:**

1. Selten - weniger als einmal pro Woche
2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
4. Sehr häufig - beinahe immer vorhanden

**Schwere:**

1. Leicht - Depression ist belastend, spricht aber normalerweise auf Lenkung oder Beruhigung an.
2. Mässig - Depression ist belastend und depressive Symptome werden von dem/der Patienten/-in spontan geäussert und sind schwer zu lindern.
3. Deutlich - Depression ist sehr belastend und eine Hauptursache für Leiden beim Patienten.

**Mehraufwand:**

0. Gar nicht
1. Minimal
2. Leicht
3. Mässig
4. Ziemlich
5. Sehr oder extrem

**E. Angst**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Ist der Patient ohne ersichtlichen Grund sehr nervös, besorgt oder verängstigt? Ist er launisch? Scheint er sehr angespannt oder zappelig? Hat der Patient Angst, von Ihnen getrennt zu sein?

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

- |                                                                                                                                                                                                                     | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sagt der Patient, dass er Angst hat vor geplanten Ereignissen?                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gibt es Zeiten, in denen der Patient sich schwach fühlt, unfähig ist, sich zu entspannen oder sich übermässig angespannt fühlt?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gibt es Zeiten, in denen der Patient kurzatmig ist (oder darüber klagt), nach Luft schnappt oder aus Nervosität seufzt?                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Klagt der Patient über ein mulmiges Gefühl in der Magengegend, über Herzrasen oder Herzklopfen in Verbindung mit Nervosität? (Symptome, die sich nicht durch gesundheitliche Beeinträchtigungen erklären lassen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Meidet der Patient bestimmte Orte oder Situationen, die ihn verunsichern wie z.B. Autofahrten, Treffen mit Freunden, oder Menschenmengen?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wird der Patient nervös und aufgeregt, wenn er von Ihnen/oder von seiner Betreuungsperson getrennt ist? (Klammert er sich an Sie, um eine Trennung zu vermeiden)                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zeigt der Patient irgendwelche anderen Anzeichen von Angst?                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Angst.

Häufigkeit:

1. Selten - weniger als einmal pro Woche
2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
4. Sehr häufig - einmal oder mehrmals pro Tag

Schwere:

1. Leicht - Angst ist belastend, spricht aber normalerweise auf Lenkung oder Beruhigung an.
2. Mässig - Angst ist belastend, die Symptome der Angst werden von dem/der Patienten/-in spontan geäußert und sind schwer zu lindern.
3. Deutlich - Angst ist sehr belastend und die Hauptursache für das Leiden des Patienten.

Mehraufwand:

0. Gar nicht
1. Minimal
2. Leicht
3. Mässig
4. Ziemlich
5. Sehr oder extrem

**F. Hochstimmung / Euphorie**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Scheint der Patient ohne ersichtlichen Grund zu fröhlich oder zu glücklich zu sein? Nicht normale Freude, die man empfindet, wenn man Freunde sieht, Geschenke bekommt oder Zeit mit Familienmitgliedern verbringt. Hat der Patient anhaltende und übertrieben gute Laune oder empfindet er Dinge als lustig, die andere Leute nicht so empfinden.

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Scheint sich der Patient aussergewöhnlich gut zu fühlen oder aussergewöhnlich glücklich zu sein (im Unterschied zu seinem normalen Verhalten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Findet der Patient etwas lustig oder lacht er über Dinge, die andere nicht komisch finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Scheint der Patient einen kindischen Sinn für Humor zu haben mit der Tendenz, unangemessen zu kichern/zulachen (etwa wenn andere etwas Unangenehmes zustösst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Erzählt der Patient Witze oder macht er Bemerkungen, die andere wenig lustig finden, ihm aber komisch erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Spielt er zum Spass kindische Streiche, wie kneifen oder anderen etwas wegnehmen und damit weglaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist der Patient angeberisch, prahlt er mit Unwahrheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zeigt der Patient irgendwelche anderen Anzeichen dafür, dass er sich zu gut fühlt oder zu glücklich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Hochstimmung/Euphorie.

- Häufigkeit:**
1. Selten - weniger als einmal pro Woche
  2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
  3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
  4. Sehr häufig - beinahe immer vorhanden

- Schwere:**
1. Leicht - Hochstimmung ist für Freunde und Familie auffällig aber nicht störend.
  2. Mässig - Hochstimmung ist auffällig abnormal.
  3. Deutlich - Hochstimmung ist sehr ausgeprägt; der/die Patient/-in ist euphorisch und findet beinahe alles lustig.

- Mehraufwand:**
0. Gar nicht
  1. Minimal
  2. Leicht
  3. Mässig
  4. Ziemlich
  5. Sehr oder extrem

**G. Apathie / Gleichgültigkeit**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Hat der Patient das Interesse an seiner Umwelt verloren? Hat er das Interesse verloren, etwas zu tun oder fehlt ihm die Motivation, etwas Neues zu beginnen? Ist es schwieriger als üblich, ihn in ein Gespräch zu verwickeln oder ihn für Alltagsaktivitäten zu interessieren? Ist der Patient apathisch oder gleichgültig?

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Erscheint der Patient apathischer und gleichgültiger als üblich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist es wenig wahrscheinlich, dass der Patient von sich aus ein Gespräch beginnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zeigt der Patient weniger Zuneigung oder Emotionen als üblich (Besuch von Freunden, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beteiligt sich der Patient weniger an Haushaltsaktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zeigt der Patient weniger Begeisterung für Aktivitäten und Pläne von anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat der Patient Interesse verloren an Freunden und Familienmitgliedern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zeigt der Patient weniger Interesse an seinen bisherigen Tätigkeiten/Hobbies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt es irgendwelche anderen Anzeichen, dass sich der Patient nicht für neue Dinge interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Apathie/Gleichgültigkeit.

<u>Häufigkeit:</u>	1. Selten - weniger als einmal pro Woche
	2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
	3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
	4. Sehr häufig - beinahe immer vorhanden

<u>Schwere:</u>	1. Leicht - Apathie ist auffällig, verursacht jedoch wenig Störung in der täglichen Routine; unterscheidet sich nur leicht vom normalen Verhalten des/der Patienten/-in; Patient/-in spricht auf Vorschläge an, an Aktivitäten teilzunehmen.
	2. Mässig - Apathie ist sehr offensichtlich; kann von der Betreuungsperson durch gut Zureden und Ermutigen überwunden werden; reagiert spontan nur auf besondere Ereignisse wie Besuche von nahen Verwandten oder Familienmitgliedern.
	3. Deutlich - Apathie ist sehr offensichtlich und spricht normalerweise nicht auf Ermutigung oder äussere Ereignisse an.

<u>Mehraufwand:</u>	0. Gar nicht
	1. Minimal
	2. Leicht
	3. Mässig
	4. Ziemlich
	5. Sehr oder extrem

**H. Enthemmung**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Handelt der Patient impulsiv, ohne nachzudenken? Tut oder sagt er Dinge, die man normalerweise nicht in der Öffentlichkeit tut oder sagt? Tut er Dinge, die Sie oder andere in Verlegenheit bringen?

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Handelt der Patient impulsiv, ohne die Konsequenzen zu bedenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spricht der Patient mit völlig Fremden, als ob er sie kennen würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sagt er Dinge zu anderen Leuten, die unhöflich sind oder die ihre Gefühle verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sagt der Patient ordinäre Dinge oder macht er sexuelle Anspielungen, was er normalerweise nicht tun würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Spricht der Patient offen über sehr persönliche oder private Dinge, die normalerweise nicht in der Öffentlichkeit diskutiert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nimmt sich der Patient Freiheiten heraus; berührt/umarmt er andere Menschen auf eine Art und Weise, die nicht seinem Charakter entsprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zeigt der Patient irgendwelche anderen Anzeichen eines Verlustes an Kontrolle über seine Impulse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Enthemmung.

**Häufigkeit:**

1. Selten	-	weniger als einmal pro Woche
2. Manchmal	-	etwa einmal pro Woche
3. Häufig	-	mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
4. Sehr häufig	-	beinahe immer vorhanden

**Schwere:**

1. Leicht	-	Enthemmung ist auffällig, spricht aber normalerweise auf Lenkung und Führung an.
2. Mässig	-	Enthemmung ist sehr offensichtlich und schwer zu überwinden durch die Betreuungsperson.
3. Deutlich	-	Enthemmung spricht normalerweise nicht auf irgendeine Intervention der Betreuungsperson an und ist eine Ursache für Peinlichkeit oder sozialen Stress.

**Mehraufwand:**

0. Gar nicht
1. Minimal
2. Leicht
3. Mässig
4. Ziemlich
5. Sehr oder extrem

**I. Reizbarkeit / Labilität**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Ist der Patient leicht reizbar und aufgeregt? Sind seine Stimmungen sehr wechselhaft. Ist er aussergewöhnlich ungeduldig? (Nicht frustriert über Gedächtnisverlust oder die Unfähigkeit, seine üblichen Aufgaben zu verrichten. Ich möchte wissen, ob der Patient unübliche, aussergewöhnliche Reizbarkeit, Ungeduld oder schnelle emotionale Veränderungen zeigt).

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Hat der Patient schlechte Laune, geht er leicht wegen Kleinigkeiten „in die Luft“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hat der Patient Stimmungsschwankungen, ist in einem Moment zufrieden und im nächsten Moment unzufrieden oder wütend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat der Patient plötzliche Wutanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist der Patient ungeduldig, hat er Mühe mit Verzögerungen fertig zu werden oder auf geplante Aktivitäten zu warten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist der Patient griesgrämig und reizbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist der Patient streitsüchtig. Ist es schwer, mit ihm auszukommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zeigt der Patient irgendwelche anderen Anzeichen von Reizbarkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere der Reizbarkeit/Labilität.

- Häufigkeit:**
1. Selten - weniger als einmal pro Woche
  2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
  3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
  4. Sehr häufig - beinahe immer vorhanden

- Schwere:**
1. Leicht - Reizbarkeit oder Labilität sind auffällig, sprechen aber normalerweise auf Lenkung und Beruhigung an.
  2. Mässig - Reizbarkeit und Labilität sind sehr offensichtlich und durch die Betreuungsperson schwer zu überwinden.
  3. Deutlich - Reizbarkeit und Labilität sind sehr offensichtlich, sie sprechen normalerweise nicht auf irgendeine Intervention der Betreuungsperson an und sind eine Hauptursache für Belastung.

- Mehraufwand:**
0. Gar nicht
  1. Minimal
  2. Leicht
  3. Mässig
  4. Ziemlich
  5. Sehr oder extrem

**J. Abweichendes motorisches Verhalten**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Geht der Patient ständig auf und ab oder wiederholt er Dinge immer wieder, wie z.B. Schränke und Schubladen öffnen, an Sachen zupfen, Schnur oder Faden aufwickeln?

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

- |                                                                                                                                                               | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Geht der Patient ohne ersichtliches Ziel im Haus auf und ab?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stöbert der Patient herum; öffnet er Schubladen oder Schränke und räumt diese aus?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zieht der Patient wiederholt Kleidung an und aus?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat der Patient „Gewohnheiten“, die er immer wieder ausführt?                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat der Patient Gewohnheiten wie z.B., dauernd an Knöpfen herum zu spielen, zupfen, Schnur aufwickeln, etc.?                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ist der Patient motorisch extrem unruhig; ist es ihm z.B. nicht möglich, still zu sitzen (mit den Füßen wackeln, mit den Fingern klopfen, oder ähnliches)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wiederholt der Patient irgendwelche andere Aktivitäten immer wieder?                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wurde die Leitfrage bestätigt, bestimmen Sie bitte die Häufigkeit und Schwere des abweichenden motorischen Verhaltens.

- Häufigkeit:**
1. Selten - weniger als einmal pro Woche
  2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
  3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
  4. Sehr häufig - beinahe immer vorhanden

- Schwere:**
1. Leicht - abnormale motorische Aktivität ist auffällig, verursacht jedoch wenig Störung in der täglichen Routine.
  2. Mässig - abnormale motorische Aktivität ist sehr offensichtlich, kann von der Betreuungsperson überwunden werden.
  3. Deutlich - abnormale motorische Aktivität ist sehr offensichtlich, sie spricht normalerweise nicht auf irgendeine Intervention der Betreuungsperson an und ist eine Hauptursache für Belastung

- Mehraufwand:**
0. Gar nicht
  1. Minimal
  2. Leicht
  3. Mässig
  4. Ziemlich
  5. Sehr oder extrem

**K. Schlaf**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Hat der Patient Schlafschwierigkeiten (nicht zutreffend, wenn der Patient nur ein- oder zweimal in der Nacht aufsteht um zur Toilette zu gehen, dann gleich wieder einschläft). Steht er nachts auf und geht umher, zieht sich an oder geht in andere Zimmer?

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Schläft der Patient schlecht ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Steht der Patient nachts auf (nicht zutreffend, wenn er nur ein- oder zweimal in der Nacht aufsteht, um zur Toilette zu gehen und dann gleich wieder einschläft)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Steht der Patient auf und läuft herum oder macht sonst etwas Unpassendes in der Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Weckt der Patient Sie während der Nacht auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wird der Patient nachts wach, zieht er sich an und versucht auszugehen, weil er meint, es sei Morgen und Zeit, den Tag anzufangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Erwacht der Patient morgens zu früh (früher als üblich)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schläft der Patient übermässig viel am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verhält sich der Patient nachts sonst irgendwie auffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, stellen Sie die Häufigkeit und den Schweregrad des nächtlichen Verhaltens fest:

- Häufigkeit:**
1. Selten - weniger als einmal pro Woche
  2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
  3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
  4. Sehr häufig - im Grunde ununterbrochen
- Schwere:**
1. Leicht - nächtliche Ereignisse kommen vor, sind aber nicht besonders störend.
  2. Mässig - nächtliche Ereignisse kommen vor und stören den Schlaf des/der Patienten/-in und der Pflegeperson; ein Einzelverhalten kann mehr als einmal vorkommen.
  3. Deutlich - nächtliche Ereignisse kommen vor; mehrere Arten von Verhalten können vorkommen; der/die Patient/-in ist sehr unruhig in der Nacht und der Schlaf der Pflegeperson wird sehr gestört.
- Mehraufwand:**
0. Gar nicht
  1. Minimal
  2. Leicht
  3. Mässig
  4. Ziemlich
  5. Sehr oder extrem

**L. Appetit und Essstörungen**

(nicht zutreffend)

**Leitfrage:**

Ist eine Veränderung im Appetit, Gewicht oder in den Essgewohnheiten beim Patienten zu verzeichnen (nicht zutreffend, falls der Patient nicht alleine essen kann und gefüttert werden muss)? Haben sich seine Vorlieben geändert?

NEIN (falls nein, gehen Sie über zur nächsten Leitfrage)

JA (falls ja, gehen Sie über zu den Unterfragen)

	Ja	Nein
1. Leidet der Patient unter Appetitverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hat der Appetit zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat der Patient Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat der Patient Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat sich das Essverhalten verändert (z.B., nimmt der Patient zuviel auf einmal in den Mund?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Stellen Sie eine Veränderung der bevorzugten Nahrungsmittel fest, z.B. zu viele Süßigkeiten oder andere spezielle Sachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat der Patient ein „eigenartiges“ Essverhalten entwickelt, wie z.B. täglich genau die gleichen Nahrungsmittel essen oder in einer bestimmten Reihenfolge essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind andere Veränderungen aufgetreten, die oben nicht erwähnt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde die Leitfrage bestätigt, stellen Sie die Häufigkeit und den Schweregrad bezüglich Appetit und Essstörungen fest:

- Häufigkeit:**
1. Gelegentlich - weniger als einmal die Woche
  2. Oft - ca. einmal die Woche
  3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
  4. Sehr häufig - im Grunde ununterbrochen
- Schwere:**
1. Mild - Veränderungen im Appetit oder beim Essen sind vorhanden, die aber nicht zu einer Gewichtszunahme oder Beeinträchtigung geführt haben.
  2. Moderat - Veränderungen im Appetit oder beim Essen sind vorhanden, und haben aber zu einer Gewichtszunahme geführt
  3. Deutlich - Deutliche Veränderungen im Appetit oder beim Essen sind vorhanden und haben zu einer Gewichtszunahme geführt. Diese sind für den/die Patienten/-in peinlich oder beeinträchtigen ihn/sie anderweitig.
- Mehraufwand:**
0. Gar nicht
  1. Minimal
  2. Leicht
  3. Mässig
  4. Ziemlich
  5. Sehr oder extrem

## Neuropsychiatrisches Inventar INST - Mehraufwand

Symptom	Häufigkeit	Schwere	Mehraufwand
Wahnvorstellungen			
Halluzinationen			
Erregung/Aggression			
Depression/Dysphorie			
Angst			
Euphorie			
Apathie/Gleichgültigkeit			
Enthemmung			
Reizbarkeit/Labilität			
Abweichendes motorisches Verhalten			
Schlafstörungen			
Appetit und Essstörungen			

**Häufigkeit:**

1. Selten - weniger als einmal pro Woche
2. Manchmal - etwa einmal pro Woche
3. Häufig - mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
4. Sehr häufig - beinahe immer vorhanden

**Schwere:**

1. Leicht - auffällig aber nicht störend
2. Mässig - sehr offensichtlich und schwer zu überwinden
3. Deutlich - sehr offensichtlich, spricht nicht auf irgendeine Intervention an

**Mehraufwand:**

0. Gar nicht
1. Minimal
2. Leicht
3. Mässig
4. Ziemlich
5. Sehr oder extrem

### Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)(modifiziert)

Für jedes Verhaltensmerkmal soll die Auftretenshäufigkeit in den letzten 4 Wochen angegeben werden.

Verhalten	Nie	Weniger als 1 x pro Woche	1 x oder 2 x pro Woche	Mehrmals wöchent lich	1 x oder 2 x täglich	Mehr- mals täglich	Mehrmals in der Stunde
A.	1	2	3	4	5	6	7
1. Schlagen (auch sich selbst)	0	0	0	0	0	0	0
2. Treten	0	0	0	0	0	0	0
3. Anfassen anderer (mit schmutzigen Händen)	0	0	0	0	0	0	0
4. Stoßen anderer (mit Gefahr von Stürzen)	0	0	0	0	0	0	0
5. Werfen mit harten Gegenständen	0	0	0	0	0	0	0
6 Beißen	0	0	0	0	0	0	0
7. Kratzen/Kneifen	0	0	0	0	0	0	0
8. Bespucken anderer	0	0	0	0	0	0	0
9. Sich selbst verletzen (heiße Getränke usw.)	0	0	0	0	0	0	0
10. Zerreißen von Kleidungsstücken oder Zerstören des eigenen o. fremden Eigentums)	0	0	0	0	0	0	0
11. Sexuelle Annäherungsversuche (körperlich)	0	0	0	0	0	0	0
12. Eindringen in fremde Räume/Liegen in fremden Betten	0	0	0	0	0	0	0
13. Inadäquates Ausziehen.(oder Anziehen)	0	0	0	0	0	0	0
14. Gefährdung durch Weglaufen	0	0	0	0	0	0	0
15. „Absichtliches“ Fallen	0	0	0	0	0	0	0
16. Essen oder trinken ungeeigneter Substanzen	0	0	0	0	0	0	0
17. Nahrungsverweigerung	0	0	0	0	0	0	0
18. Urinieren/Einkoten in den Wohnräumen (nicht als Folge der Inkontinenz)	0	0	0	0	0	0	0
19. Verstecken/Verlegen und/oder Sammeln von Gegenständen (aus fremden Zimmern)	0	0	0	0	0	0	0
20. Ausführen von Manierismen, Klopfen, Klatschen usw.	0	0	0	0	0	0	0
21. Intensive Beweglichkeit, extrem aufdringlich oder störend, verbal nicht beeinflussbar	0	0	0	0	0	0	0
22. Anhaltendes Schreien	0	0	0	0	0	0	0
23. Abweichende Ausdrucksformen (Fluchen, verbale Aggressivität, wiederholte Fragen oder Klagen, ungewöhnliche Geräuschproduktion wie Stöhnen oder eigenartiges Lachen usw.)	0	0	0	0	0	0	0
24. Gefährden anderer durch Fehlhandlungen (Zerren aus dem Bett durch die Bettgitter usw.)	0	0	0	0	0	0	0
25. Ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung oder Hilfe	0	0	0	0	0	0	0

#### B.

Ausgeprägte Antriebsstörungen, wie Apathie, ausgeprägtes Rückzugsverhalten, „Insichgekehrtheit“; starke Antriebslosigkeit

Nein

Ja (bitte kurz beschreiben)

### Gefühle im Kontakt mit der Bewohnerin / bzw. dem Bewohner - optional

Ganz unabhängig von der Professionalität in der Arbeitseinstellung treten im Umgang mit den Bewohnern und Bewohnerinnen auch Gefühle auf. Bei den folgenden acht Gefühlsdimensionen / -zuständen geht es nicht um Sie persönlich, sondern um die Beziehung zwischen dem/der jeweiligen Bewohner/in und Ihnen. Sie nutzen damit quasi sich und Ihre innere Wahrnehmung als „Instrument“.

Beziehen Sie die Angaben bitte auf den Zeitraum der zurückliegenden vier Wochen.

Der Bewohner / die Bewohnerin...			
A ...löste bei mir <b>Freude</b> aus:	nie .....	1	
	selten .....	2	
	gelegentlich (mehrmals pro Woche) .....	3	
	häufig (mehrmals täglich) .....	4	
bislang stärkste Intensität: <input type="checkbox"/> 1 leicht <input type="checkbox"/> 2 mittel <input type="checkbox"/> 3 groß <input type="checkbox"/> 4 sehr groß			
B ...löste bei mir <b>Traurigkeit</b> aus:	nie .....	1	
	selten .....	2	
	gelegentlich (mehrmals pro Woche) .....	3	
	häufig (mehrmals täglich) .....	4	
bislang stärkste Intensität: <input type="checkbox"/> 1 leicht <input type="checkbox"/> 2 mittel <input type="checkbox"/> 3 groß <input type="checkbox"/> 4 sehr groß			
C ...löste bei mir <b>Wohlbefinden/ Zufriedenheit</b> aus:	nie .....	1	
	selten .....	2	
	gelegentlich (mehrmals pro Woche) .....	3	
	häufig (mehrmals täglich) .....	4	
bislang stärkste Intensität: <input type="checkbox"/> 1 leicht <input type="checkbox"/> 2 mittel <input type="checkbox"/> 3 groß <input type="checkbox"/> 4 sehr groß			
D ...löste bei mir <b>Ärger</b> aus:	nie .....	1	
	selten .....	2	
	gelegentlich (mehrmals pro Woche) .....	3	
	häufig (mehrmals täglich) .....	4	
bislang stärkste Intensität: <input type="checkbox"/> 1 leicht <input type="checkbox"/> 2 mittel <input type="checkbox"/> 3 groß <input type="checkbox"/> 4 sehr groß			
E ...löste bei mir <b>Ekel</b> aus:	nie .....	1	
	selten .....	2	
	gelegentlich (mehrmals pro Woche) .....	3	
	häufig (mehrmals täglich) .....	4	
bislang stärkste Intensität: <input type="checkbox"/> 1 leicht <input type="checkbox"/> 2 mittel <input type="checkbox"/> 3 groß <input type="checkbox"/> 4 sehr groß			
F ...löste bei mir <b>Angst</b> aus:	nie .....	1	
	selten .....	2	
	gelegentlich (mehrmals pro Woche) .....	3	
	häufig (mehrmals täglich) .....	4	
bislang stärkste Intensität: <input type="checkbox"/> 1 leicht <input type="checkbox"/> 2 mittel <input type="checkbox"/> 3 groß <input type="checkbox"/> 4 sehr groß			
G ...löste bei mir <b>Mitleid</b> aus:	nie .....	1	
	selten .....	2	
	gelegentlich (mehrmals pro Woche) .....	3	
	häufig (mehrmals täglich) .....	4	
bislang stärkste Intensität: <input type="checkbox"/> 1 leicht <input type="checkbox"/> 2 mittel <input type="checkbox"/> 3 groß <input type="checkbox"/> 4 sehr groß			
H ...löste bei mir <b>Sorge</b> aus:	nie .....	1	
	selten .....	2	
	gelegentlich (mehrmals pro Woche) .....	3	
	häufig (mehrmals täglich) .....	4	
bislang stärkste Intensität: <input type="checkbox"/> 1 leicht <input type="checkbox"/> 2 mittel <input type="checkbox"/> 3 groß <input type="checkbox"/> 4 sehr groß			

(nach Weyerer, AG Psychogeriatric, ZI für Seelische Gesundheit, Mannheim)

## Fragen zur Datenerhebung weiterer juristisch relevanter Informationen

### I. Arztkontakt

Welcher Arzt bzw. welche Ärzte haben dem Heimbewohner die Psychopharmakabehandlung verordnet?	
Wer war der behandelnde Arzt des Heimbewohners vor der Aufnahme ins Altenpflegeheim?	

### II. Diagnose des Arztes

War der behandelnde Arzt bei der Verordnung der Psychopharmaka bzw. der Weiterverordnung im Altenheim anwesend oder wurde diese erst nachträglich dokumentiert?	
In welchen Zeitabständen erfolgten Kontrolluntersuchungen bzw. Besuche des behandelnden Arztes bei dem Heimbewohner ?	
Wurde die Dauer der Arztbesuche dokumentiert? Wenn ja, welchen Zeitaufwand umfassen diese?	

### III. Verordnung der Psychopharmaka

#### a. Dauermedikation

Erhält der Heimbewohner eine Dauermedikation?	
-----------------------------------------------	--

Aufgrund welcher Indikation ist die Dauermedikation verordnet worden?	
-----------------------------------------------------------------------	--

#### **b. Bedarfsmedikation**

Wurde bei dem Heimbewohner eine Bedarfsmedikation verordnet?	
Hat der Arzt Anweisungen oder Absprachen mit den Pflegekräften dokumentiert, wann ein Bedarfsfall des Heimbewohners vorliegt? Wenn ja, welche?	
Haben die Pflegekräfte vor der Psychopharmakavergabe im Bedarfsfall des Heimbewohners den Arztkontakt gesucht und dieses dokumentiert?	
Wenn nicht, wer hat dann die Entscheidung getroffen, dass ein Bedarfsfall des Heimbewohners vorliegt? Ggf. unter Rücksprache mit wem?	
Wer verwaltet die Medikamente des Heimbewohners im Rahmen der Bedarfsmedikation?	

#### **IV. Psychopharmakabezug des Heims und Dosierung**

Ist in der Akte des Heimbewohners dokumentiert, welche Medikamente er erhält und wie diese dosiert werden? Wenn ja, welche und wie?	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Ist eine möglich erneute oder Weiterverordnung dokumentiert? Wenn ja, von wem?	
Weiß der Heimbewohner, welche Zuzahlungen er zu den jeweiligen Arzneimitteln bezahlt?	
Werden die geleisteten Zuzahlungen des Heimbewohners dokumentiert?	
Verwaltet der Heimbewohner seine Medikamente selbst?	
Wenn nicht, erfolgt die Dosierung der Medikamente des Heimbewohners durch die Apotheke bzw., durch deren Angestellte oder durch die Pflegekräfte?	
Ist von einer durch die Apotheke bereitgestellten Tagesdosierung der Psychopharmaka abgewichen worden?	

#### **V. Aufklärung und Einwilligung des Patienten bzw. dessen Betreuers**

Ist der Heimbewohner einwilligungsfähig?	
Wenn nicht, ist dies in der Akte des Heimbewohners dokumentiert?	

Wurde die Einsichtsfähigkeit des Heimbewohners überprüft, z.B. bei der Aufnahme im Pflegeheim?	
Wurde der Heimbewohner bzgl. der Psychopharmakabehandlung aufgeklärt wurde, bzw. hat er in diese eingewilligt hat?	
Hat der Heimbewohner einen Betreuer / Bevollmächtigten? Wenn ja, wen ?	
Geht aus der Akte des Heimbewohners hervor, für welche Aufgabengebiete dieser bestellt wurde? Wenn ja, für welche ?	
Hat der Betreuer / Bevollmächtigte des Heimbewohners in die Psychopharmakabehandlung eingewilligt? Wenn ja, wann und wie ?	
Wenn der Betreuer / Bevollmächtigte seine Einwilligung gegeben haben sollte, wurde dann noch die Einwilligung des Heimbewohners eingeholt?	

## VI. Durchführung der Behandlung

Besteht eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung für Psychopharmakabehandlung des Heimbewohners?	
Findet die Psychopharmakavergabe gegen oder ohne die Zustimmung des Heimbewohners statt? Wenn ja, wie erfolgt diese?	

Wird die Psychopharmakabehandlung des Heimbewohners kombiniert mit Zwangsmaßnahmen? Wenn ja, mit welchen und auf welche Dauer ?	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**VII. Sonstige Informationen :**

## Danksagung

Unser Dank gilt zunächst der BHF-Bank Stiftung (Frankfurt) für die finanzielle und ideelle Förderung des Projekts, vertreten durch ihren Geschäftsführer Herrn Dr. Gust. Der Heimleitung des Franziska Schervier Altenpflegeheims Frankfurt – vertreten durch Herrn Lauscher und Herrn Trost – danken wir dafür, dass sie die Durchführung des Projekts im Franziska Schervier Heim ermöglicht und konstruktiv begleitet haben. Unser ganz besonderer Dank gilt weiterhin all denjenigen Bewohnern des Franziska Schervier Heims, die an der Untersuchung teilgenommen haben. Ebenso danken wir allen am Projekt beteiligten Pflegekräften des Heims für die Unterstützung bei der Erhebung der relevanten Daten. Schließlich möchten wir auch allen im Rahmen des Projektes befragten Ärzten, Betreuern und Bevollmächtigten unseren Dank für die wertvolle Kooperation aussprechen.