

15. FACHTAG WERDENFELSER WEG
18.-19. Juli 2024

**Freiheitsentziehung durch
Medikamente
Alternativen und Lösungen**

Unzureichendes Fachwissen bei
gesetzlichen Vertretungen, Behörden,
Gerichten und Verfahrenspflegenden/
Verfahrensbeiständen

... was tun?

Unzureichendes

medizinisches / wissenschaftliches /
rechtliches / ethisches / pflegerisches ??

Fachwissen bei gesetzlichen
Vertretungen, Behörden, Gerichten und
Verfahrenspflegenden/
Verfahrensbeiständen

... was tun?

Agenda

Häufigkeiten

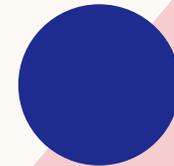
Problemstellung

Einblick in Lösungsansätze aus wissenschaftlicher Sicht

Barrieren / Gründe für Misserfolge

Eine weitere Lösungsidee ? - Diskussion

Quellen



Häufigkeit über die Jahre

Residents with at least one prescription of ...	n = 1375	ICCC
Any psychotropic medication	74.6 (72.0–77.2)	0.016
Antipsychotic medication	45.9 (42.7–49.1)	0.023
Conventional, low potency	31.5 (28.4–34.5)	0.025
Conventional, middle and high potency	6.4 (5.2–7.7)	0.006
Atypical	19.5 (17.2–21.8)	0.014
Anxiolytic medication	22.2 (20.0–24.5)	0.009
Benzodiazepine	21.6 (19.3–23.9)	0.011
Other	0.9 (0.4–1.3)	0.000
Hypnotic medication	13.3 (11.3–15.4)	0.017
Benzodiazepine	11.4 (9.6–13.3)	0.015
Zolpidem, Zopiclon	2.0 (1.4–2.6)	0.000
Antidepressant medication	36.8 (34.1–39.6)	0.012
Selective serotonin reuptake inhibitor	30.8 (28.2–33.5)	0.013
Tricyclic	8.2 (7.0–9.5)	0.000
Other	2.1 (1.3–2.9)	0.015

Pflegereport der AOK

In Heimen zu viele Psychopharmaka

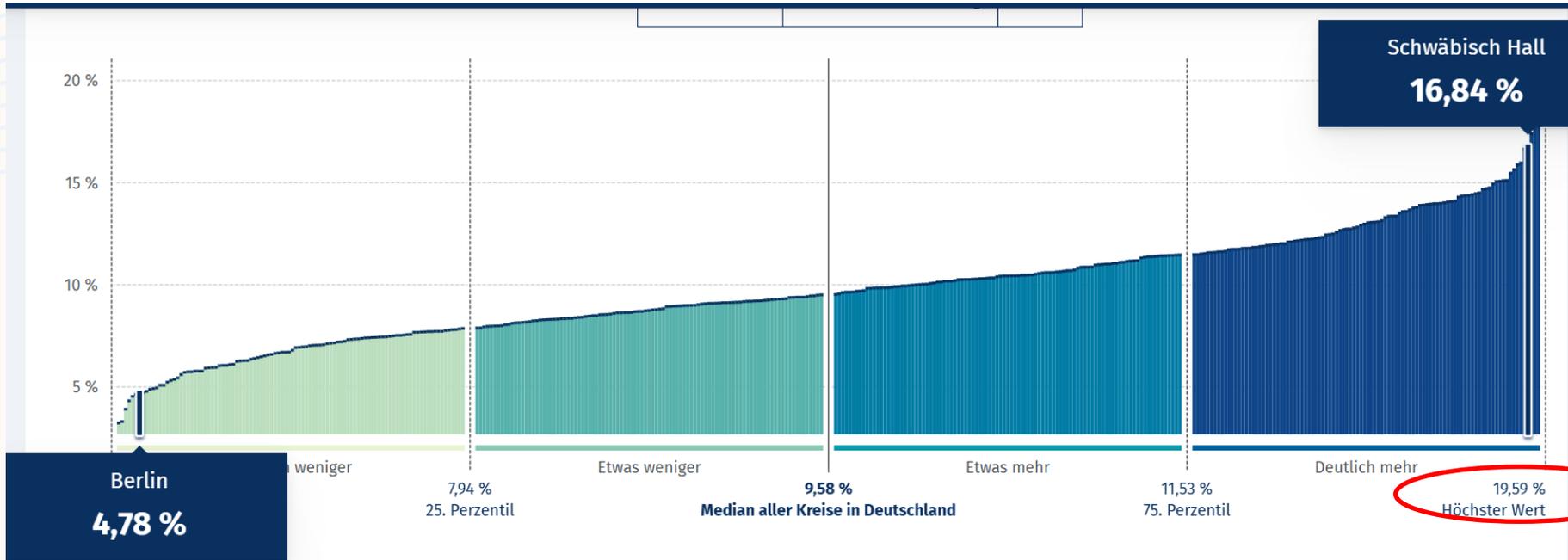
12.04.2017

Laut Studie erhalten insgesamt gut 30 Prozent der rund 800 000 Heimbewohner in Deutschland ein Antidepressivum. Einen Unterschied zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Demenz gibt es dabei kaum. Anders sieht es hingegen beim Einsatz von Neuroleptika aus. Während nur knapp 20 Prozent der Heimbewohner ohne Demenz ein entsprechendes Präparat erhalten, sind es bei den dementen Pflegebedürftigen ganze 43 Prozent.

[1] Richter T et al: Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. **2012**

Dauerverordnung von Antipsychotika bei Demenz

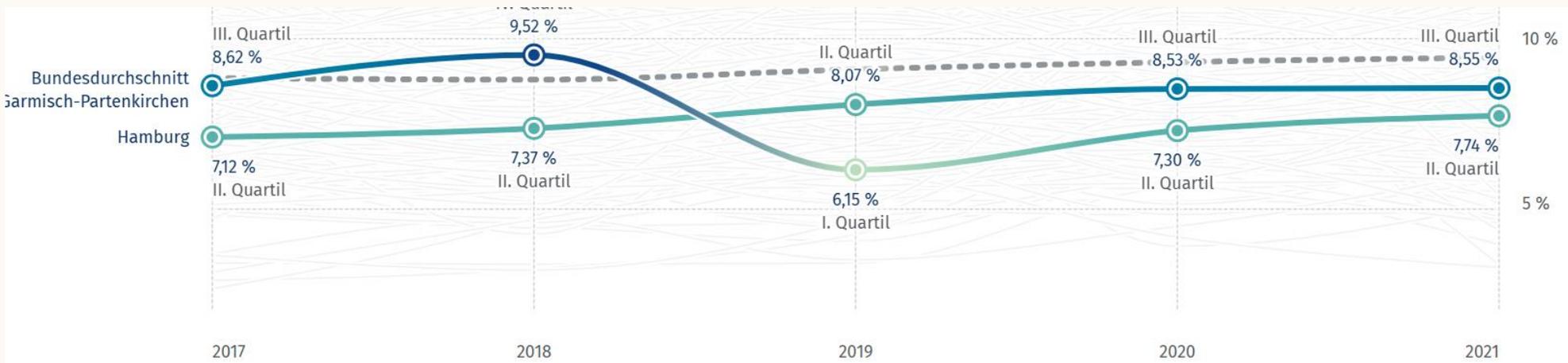
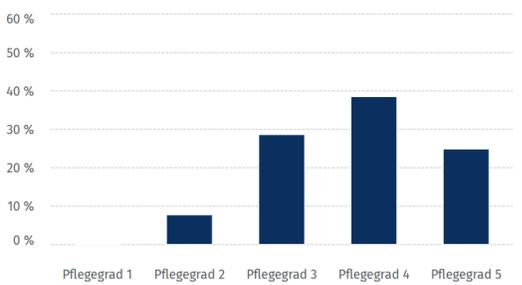
Ebene: **Kreise** | Region: **Berlin** | im Vergleich mit: **Schwäbisch Hall** | Jahr: **2021** | Darstellung: **Anteil**



Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
<https://www.qualitaetsatlas-pflege.de/>

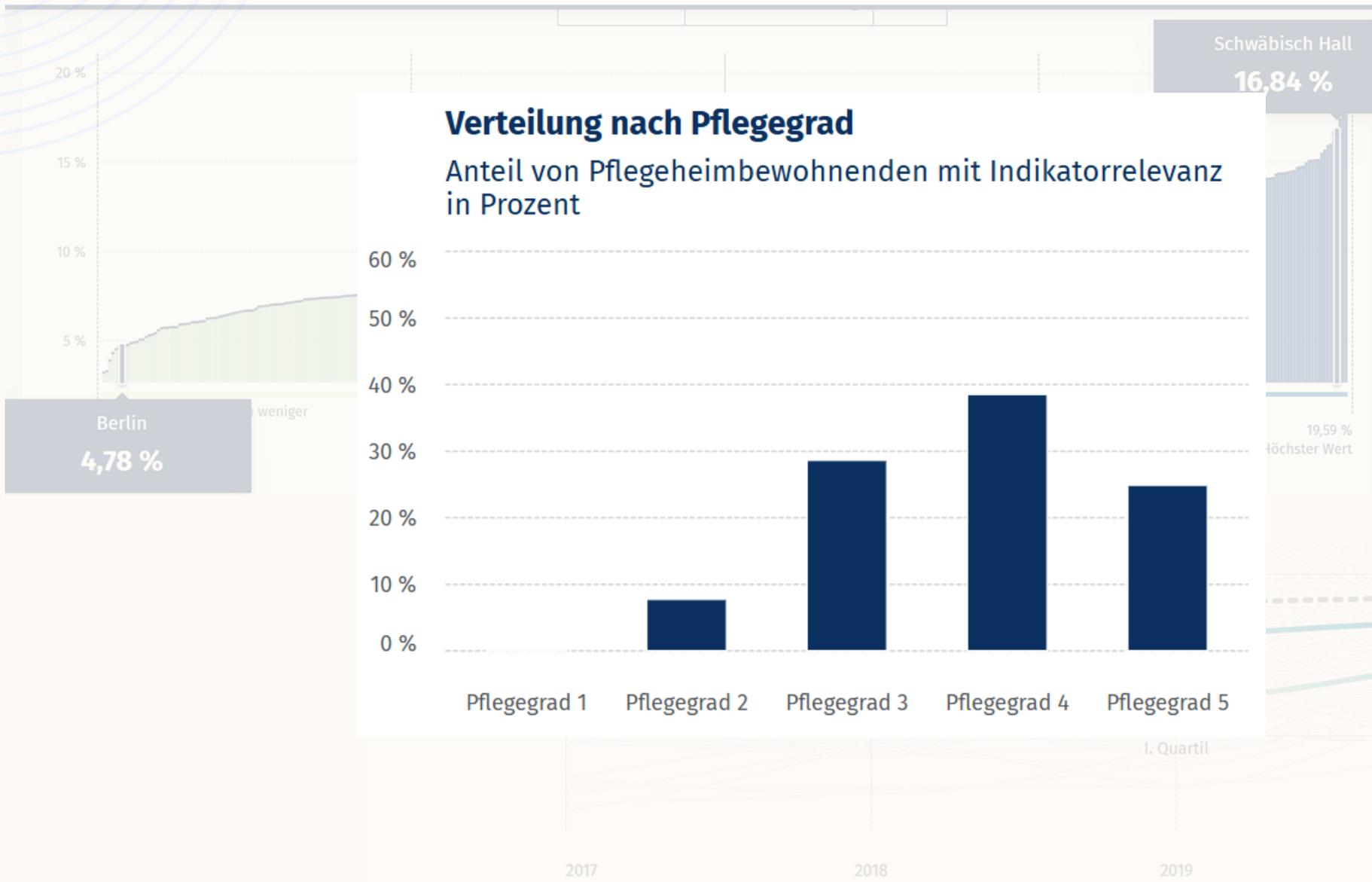
Verteilung nach Pflegegrad

Anteil von Pflegeheimbewohnenden mit Indikatorrelevanz in Prozent



Dauerverordnung von Antipsychotika bei Demenz ▾

Ebene: Region: im Vergleich mit: Jahr: Darstellung:



Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
<https://www.qualitaetsatlas-pflege.de/>

Entscheidungsprozess in der Gesundheitssorge



- Betreuer Mensch (mit Demenz)
- Betreuer*in
- Pflegende
- Arzt/ Ärztin
- Gericht
- Andere (Angehörige, Institution...)

→ Gemengelage mit mehreren Protagonisten, die Einfluss auf eine Entscheidung nehmen

Ziel Verbesserung der Versorgungssituation von betreuten Menschen mit Demenz durch eine Optimierung von Entscheidungsprozessen.

Methoden (Phase 1): Exploration und Analyse von Entscheidungsprozesse, Erfahrungen und Präferenzen in der Gesundheitsversorgung zu FEM, PEG und Antipsychotika bei Menschen mit Demenz.

Ergebnisse 09/ 2013 – 02/ 2014 → 38 Interviews von Menschen ohne / mit milden kognitiven Einschränkungen (14) und Betreuer*innen. (12 ehrenamtliche, 12 Berufsbetreuer*innen)

Kategorisierung: *Personenbezogene & Inhaltsbezogenen & Prozessbezogene Faktoren*

→ **Der Wille des Betreuten** wird als wichtig(st)er Bestandteil von Entscheidungsprozessen beurteilt, allerdings gibt es kein einheitliches Vorgehen, wie er ermittelt, interpretiert oder umgesetzt wird.

→ Die Vorstellungen zu Ablauf und Inhalt von Entscheidungsprozessen in Gesundheitsfragen sind heterogen. Für keine der interviewten Gruppen lässt sich ein „typischer“ Entscheidungsprozess definieren.

(Evidenzbasiert, Berücksichtigung von medizinischem und pflegerischem Fachwissen, rechtlichen Vorgaben und einem angemessenen und partizipativen Rollenverständnis der Entscheidungsbeteiligten)

PROTAGONISTEN

Betreuer Mensch
(mit Demenz)

Betreuer*in

Pflegende

Arzt/ Ärztin

Gericht

Andere

(Angehörige,
Institution...)

Ältere Menschen wünschen ein hohes Maß an Einbeziehung, zweifeln aber auch an, dass dies bei fortschreitender Demenz möglich ist.

„[...] der Wille steht natürlich an erster Stelle.“ [BB]

„Ja, ziemlich umfangreich [möchte ich einbezogen werden], soweit ich noch klar im Kopf bin.“ [HB].

Die Delegation von Entscheidungen wird von emotionalen Bindungen, insbes. zu Angehörigen, beeinflusst.

„Die [Kinder] würden mich nie leiden lassen.“ [HB]

Die Rolle der Ärztinnen und Ärzte wird unterschiedlich beurteilt. Einerseits besteht ein großes Vertrauen in ihre vermeintliche Expertise, andererseits wird beklagt, dass diese Entscheidungen ohne ausreichende Einbeziehung oder Aufklärung von Patient*innen bzw. deren Betreuer*innen treffen.

„Aber wenn es denn gar nicht anders geht und ein Arzt würde das befürworten, dann lässt sich das nicht ändern. Aber die letzte Entscheidung muss immer ein Arzt treffen.“ [HB].

Gemeinsame Entscheidungen mit einem Austausch von Informationen werden in allen drei Gruppen gewünscht.

Als weitere Einflussfaktoren auf Entscheidungen werden der allgemeine Gesundheitszustand, das Alter und die Lebensqualität der betreuten Person benannt.

→ Der betreute Mensch nimmt eine relativ passive Rolle im Prozess ein und stellt das schwächste Glied dar

Projekt „Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents“ [4,5]

Ziel

Generieren von Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen, die Verschreibungsraten von Antipsychotika in Pflegeheimen reduzieren sollen (Übersichtsarbeit/ Systematic Review).

PROTAGONISTEN

Betreuer Mensch
(mit Demenz)

Betreuer*in

Pflegende

Arzt/ Ärztin

Gericht

Andere
(Angehörige,
Institution...)

Methoden

Literaturarbeit. Zusammentragen, Qualitätsbewertung, Analyse von Studien zur genannten Fragestellung.

Ergebnisse

2012: 4 cluster-randomised controlled studies (RCT) eingeschlossen. Alle haben sich mit einer edukativen Maßnahme beschäftigt, 3 nur für Pflegende, die vierte mit einem multidisziplinären Team meetings incl. der Ärzte als Hauptkomponente.

2024: 5 RCT eingeschlossen. Es wurde eine deutliche klinische Heterogenität gefunden. Alle untersuchten Maßnahmen waren komplexe Interventionen mit einem edukativen Anteil

2 Studien haben ausgesagt, dass die Intervention einen Effekt haben könnten.

→ Insgesamt waren die Ergebnisse so schwach, dass man keine generalisierbare Empfehlung aussprechen kann.

[6] Fossey J, Ballard C: Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ. 2006 Apr 1;332(7544):61.

Ergebnisse: Nach 12 Monaten mit Intervention war der Anteil von Bewohner*innen mit Antipsychotika 23.0%, im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Intervention mit 42.1%.

Eine Reduktion von 19.1%

[7] Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (**EPCentCare**): a cluster-randomised controlled trial. Richter C, Berg A, et al: Age Ageing. 2019 May 1;48(3):419-425.

Ergebnisse: Die Bewohner*innen der Interventionsgruppe haben nicht profitiert von dem personenzentrierten Ansatz. Die durchschnittliche Anzahl der Bewohner*innen mit mindestens einem Antipsychotikum in der Interventionsgruppe war **44,6% bei Studienbeginn und 44,8% am Ende**, während die Häufigkeit in der Kontrollgruppe etwas abnahm, von 39,8% auf 33,3%.

Federführend für das Projekt EPCentCare ist Fr. Prof. Gabriele Meyer, Universität Halle, ihre Interpretation etwas später...

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

<https://www.awmf.org>

PROTAGONISTEN

Betreuer Mensch
(mit Demenz)

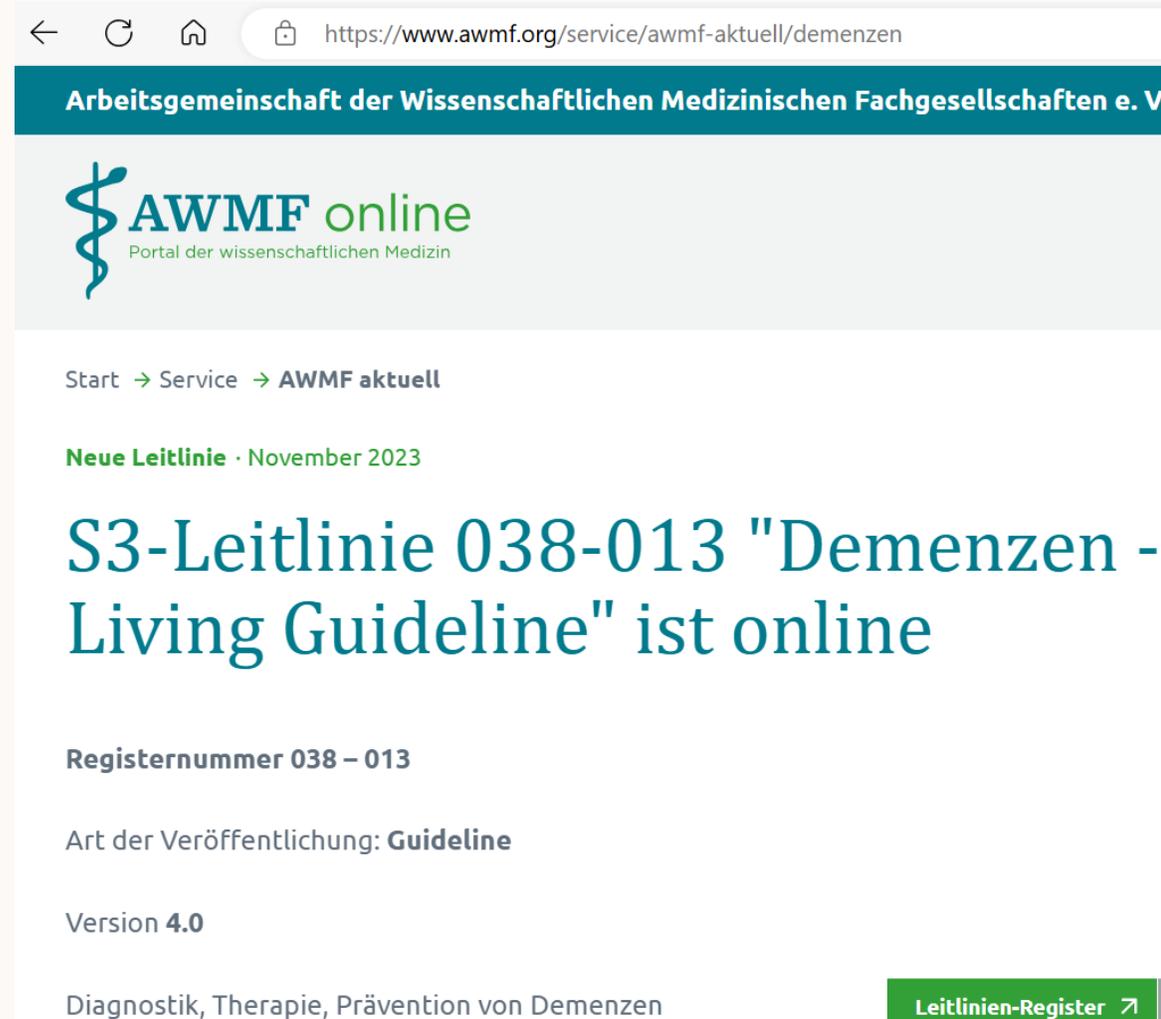
Betreuer*in

Pflegende

Arzt/ Ärztin

Gericht

Andere
(Angehörige,
Institution...)



← ↻ 🏠 🔒 <https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/demenzen>

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

 **AWMF online**
Portal der wissenschaftlichen Medizin

Start → Service → **AWMF aktuell**

Neue Leitlinie · November 2023

S3-Leitlinie 038-013 "Demenzen - Living Guideline" ist online

Registernummer 038 – 013

Art der Veröffentlichung: **Guideline**

Version **4.0**

Diagnostik, Therapie, Prävention von Demenzen

[Leitlinien-Register](#) ↗

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. <https://www.awmf.org>

5.3.4 Pharmakologische Behandlung von Verhaltenssymptomen

PROTAGONISTEN

Der Einsatz von Psychopharmaka sollte dann erwogen werden, wenn nicht pharmakologische Interventionen nicht wirksam oder nicht umsetzbar sind. [...]

Betreuer Mensch

(mit Demenz)

Betreuer*in

Pflegende

Arzt/ Ärztin

Gericht

Andere

(Angehörige,
Institution...)

Bei Behandlung mit Antidepressiva sollte darauf geachtet werden, dass die Präparate keine anticholinerge Nebenwirkung haben. Zusätzlich sollten Antidepressiva vermieden werden, die die **Sturzgefahr** erhöhen. Auf spezifische Kontraindikationen einzelner Medikamente, auch im Kontext von Polypharmazie und Multimorbidität, sollte geachtet werden. [...]

Für Antipsychotika gelten die gleichen Auswahlkriterien wie für Antidepressiva. Antipsychotika sind zusätzlich mit **erhöhten Risiken für Nebenwirkungen** assoziiert (s.u.) sowie mit einem **negativen Effekt auf die Kognition**.

Ihr Einsatz sollte daher zeitlich begrenzt sein. Regelmäßige Absetzversuche, z. B. monatlich, sollen durchgeführt werden.

Leitlinie Zu Nicht-pharmakologischen Interventionen

5.3.1.7 Unangemessenes Verhalten/Enthemmung

Es gibt keine Evidenz für die Wirksamkeit nicht pharmakologischer Interventionen zur Behandlung von unangemessenem Verhalten oder Enthemmung bei Demenz.

5.3.1.3 Halluzinationen

Es gibt keine Evidenz für die Wirksamkeit nicht pharmakologischer Interventionen zur Behandlung von Halluzinationen bei Demenz.

5.3.1.4 Psychose

Es gibt keine Evidenz für die Wirksamkeit nicht pharmakologischer Interventionen zur Behandlung von Psychose (Wahn) bei Demenz.

Leitlinienempfehlungen zu pharmakologischen Interventionen

81	Empfehlung	Neu Stand 2023
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Wir schlagen vor, im Fall medikamentöser Behandlungsnotwendigkeit von psychotischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen) bei Demenz Risperidon als erste Wahl oder Haloperidol als zweite Wahl zeitlich begrenzt und in möglichst geringer Dosis einzusetzen.*	
Evidenz für: Psychose: Moderat ⊕⊕⊖⊖	Literatur: (292) PMID: 34918337 Weitere Hintergrundliteratur: (297) PMID: 25786075 (291) PMID: 33687462 (293) PMID: 36513918 (290) PMID: 28431909	
	100 % (starker) Konsens	

*Risperidon ist zugelassen für aggressives Verhalten bei Alzheimer-Demenz, bei dem nicht pharmakologische Behandlungen nicht ausreichend wirksam sind und ein Risiko für Eigen- oder Fremdgefährdung besteht. Eine spezifische Zulassung zur Behandlung von Psychose bei Demenz besteht nicht. Haloperidol ist zur Behandlung von psychotischen Symptomen bei Alzheimer-Demenz, die durch nicht pharmakologische Behandlungen nicht ausreichend gemildert werden können und durch die ein Risiko für Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, zugelassen.

Projekt PRODECIDE - Informierte Entscheidungen für und mit Menschen mit Demenz [2,3]

Ziel Verbesserung der Versorgungssituation von betreuten Menschen mit Demenz durch eine Optimierung von Entscheidungsprozessen.

PROTAGONISTEN

Betreuer Mensch
(mit Demenz)

Betreuer*in

Pflegende

Arzt/ Ärztin

Gericht

Andere

(Angehörige,
Institution...)

Methoden Phase 2: Entwicklung und Pilotierung eines Schulungsprogramms für ehrenamtliche und Berufsbetreuer*innen. Durchführung von Schulungen und anschließende Interviews.

Ergebnisse Zwischen Juli und Oktober 2014 wurden fünf Teilschulungen (jeweils 4 ½ Stunden, Modul A und ein themenspezifisches Modul) und drei komplette Schulungen (jeweils 8 Stunden ganztägig, Modul A - D) durchgeführt. Insgesamt nahmen 28 Berufsbetreuerinnen und -betreuer sowie 19 ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer an den Schulungen teil.

Insgesamt war die Akzeptanz hoch und die Verständlichkeit der Inhalte und Materialien wurde positiv bewertet, wobei teils die Vertiefung einzelner Themen und Diskussionen gewünscht wurde. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, zukünftig kritischer über die Notwendigkeit von FEM, PEG und AP in der Versorgung von Menschen mit Demenz zu diskutieren und Alternativen anzustreben.

Schulungsziel

Reflektierter Entscheidungsprozess unter Berücksichtigung von:

- Nutzen-Schaden-Abwägung
- Entscheidungskonzepten
- Rollenverständnis von Entscheidungsbeteiligten

Tab. 1: Schulungsinhalte

Modul A	Der Entscheidungsprozess Methodenwissen
Modul B	Perkutane Ernährungssonde (PEG)
Modul C	Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM)
Modul D	Antipsychotika
Modul E	Praxisbeispiele (Anwendung)

Methoden und Materialien

- Präsentationen und evidenzbasierte Informationen
- Reflexion, Erfahrungsaustausch, Fallbesprechungen
- Interaktive Arbeitsaufträge, Gruppenarbeit und Diskussionen (Abb.1)
- Textarbeit (Studienergebnisse, Entscheidungshilfe)
- Schulungsmappe und „Ordner für Weiterleser“

Tab.2: Pilotierungsergebnisse

Barrieren

- ↳ Viel Inhalt, zu wenig Zeit für Diskussionen / Vertiefung der Themen **versus** begrenzte zeitliche Ressourcen im Alltag
- ↳ Unsicherheit der BetreuerInnen bezüglich der eigenen Rolle

Optimierungsstrategien

- ↳ Flexibles Angebot der Module
- ↳ mehr Zeit für Vertiefung und Anwendung
- ↳ Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele in Rollenspielen

Abb. 1: Gruppenarbeit zum Arbeitsauftrag Studiendesigns



Abb. 3: Auszug - evidenzbasierte Informationen zum Nutzen der PEG

Überlebenszeit

Beobachtet wurden Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen mit einer Ernährungssonde (nasal oder PEG) und Menschen mit Demenz ohne Ernährungssonde. Es wurde kein Unterschied in der Überlebenszeit gefunden. Das heißt, in den Studien wurde kein Zusammenhang zwischen der Anlage einer Ernährungssonde und der Lebensdauer gezeigt (2, 4, 6).

Es konnte kein Zusammenhang zwischen einer Ernährungssonde bei Menschen mit Demenz und der Überlebenszeit gezeigt werden.

Die Fragestellung wurde in zwei großen amerikanischen Kohortenstudien untersucht. Zwischen 1999 und 2007 wurden über 36.000

Abb. 2: Entscheidungskonzepte, abgestuftes Verfahren

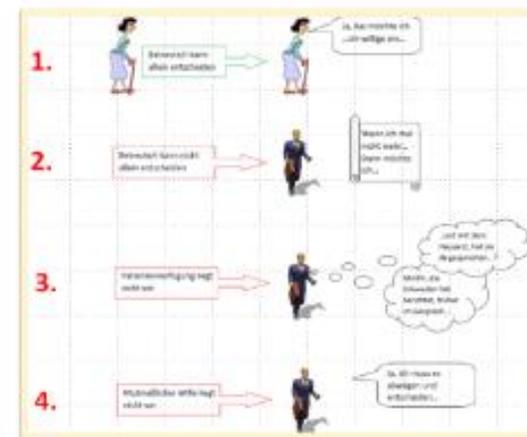


Abb. 4: Auszug - Präsentation zu Nutzen und Schaden von FEM

Was sind FEM?	<h2>Sturzrisiko</h2> <p>Es konnte nachgewiesen werden, dass der Verzicht auf FEM im Rahmen eines strukturierten Schulungsprogramms nicht zu vermehrten Stürzen führt.</p> <p>Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie. Die Anzahl der FEM wurde innerhalb von 6 Monaten um 6,5 % reduziert. Die Anzahl der Stürze unterschied sich zwischen den Gruppen nicht signifikant. Köpke (2012).</p> <p>Es konnte ein Zusammenhang zwischen der Anwendung von FEM und körperlichen Beeinträchtigungen, die das Sturzrisiko erhöhen, gezeigt werden.</p> <p>Ergebnisse einer Kohortenstudie. Unklar ist, ob diese Beeinträchtigungen eine Folge von FEM sein können, oder ob diese die Anwendung von FEM bedingen können. Evans (2002).</p>
Warum erhalten Menschen FEM?	
Wie häufig sind FEM?	
Zusammenhänge mit der Anwendung von FEM.	
Nutzen und Schaden	
Alternativen	
Rechtliche Bestimmungen	
Literatur	

Abb. 5: Auszug – Leitlinienempfehlung zu Antipsychotika bei Demenz

Empfehlungen der Leitlinie zu anderen atypischen Antipsychotika:

- E 64: „Für andere atypische Antipsychotika [außer Risperidon und Aripiprazol] gibt es **keine Evidenz** für Wirksamkeit bei psychotischen Symptomen bei Demenz, daher wird der Einsatz **nicht** empfohlen.“

Methoden und Materialien

- Präsentationen und evidenzbasierte Informationen
- Reflexion, Erfahrungsaustausch, Fallbesprechungen
- Interaktive Arbeitsaufträge, Gruppenarbeit und Diskussionen (Abb.1)
- Textarbeit (Studienergebnisse, Entscheidungshilfe)
- Schulungsmappe und „Ordner für Weiterleser“

Abb. 5: Auszug – Leitlinienempfehlung zu Antipsychotika bei Demenz

Empfehlungen der Leitlinie zu anderen atypischen Antipsychotika:

- E 64: „Für andere atypische Antipsychotika [außer Risperidon und Aripiprazol] gibt es keine Evidenz für Wirksamkeit bei psychotischen Symptomen bei Demenz, daher wird der Einsatz nicht empfohlen.“

Tab.2: Pilotierungsergebnisse

Barrieren

- ⚡ Viel Inhalt, zu wenig Zeit für Diskussionen / Vertiefung der Themen versus begrenzte zeitliche Ressourcen im Alltag
- ⚡ Unsicherheit der BetreuerInnen bezüglich der eigenen Rolle

Optimierungsstrategien

- ⚡ Flexibles Angebot der Module
- ⚡ mehr Zeit für Vertiefung und Anwendung
- ⚡ Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele in Rollenspielen

Projekt: Informed Decision-Making with and for People with Dementia-Efficacy of the PRODECIDE Education Program for Legal Representatives: A Randomized Controlled Trial (PRODECIDE-RCT) and Process Evaluation [8]

Ziel: Evaluation der Wirksamkeit der Schulung im Hinblick auf Wissenszuwachs

PROTAGONISTEN

Betreuer Mensch
(mit Demenz)

Betreuer*in

Pflegende

Arzt/ Ärztin

Gericht

Andere

(Angehörige,
Institution...)

Methoden: RCT: 2 zufällig zugeteilte Gruppen, Gruppe A Schulung, Gruppe B Warten. Beide haben den gleichen Wissenstest gemacht.

Ergebnisse 216 ehrenamtliche und Berufsbetreuer*innen (intervention n = 109, control n = 107).

- Endpunkt: Wissen zu a) Entscheidungsprozess, b) Evidenz zu Maßnahmen.

Schulungsgruppe: 69.0% richtige Antworten

Wartegruppe 43.4% richtige Antworten

Vergleich ehrenamtliche – Berufsbetreuer*innen:

BB hatten 13.6% mehr richtige Antworten.

- Endpunkt Ausreichendes Wissen (definiert als ≥ 10 von 13 richtige Antworten):

Schulungsgruppe: 51.2%

Wartegruppe 2.1%

Vergleich ehrenamtliche – Berufsbetreuer*innen :

EB: 38% Schulungsgruppe – 0% Wartegruppe,

BB 53,4% Schulungsgruppe – 2,6% Wartegruppe

PRODECIDE Education Program for Legal Representatives - Prozessevaluation

- Interviewpartner*innen gaben an, die Schulungsinhalte in Entscheidungsprozessen angewendet zu haben.
- Optionen wurden intensiver / vollständiger abgewogen.

ABER: “ *Es war schwierig, die Schulungsinhalte in der Praxis umzusetzen.* ”

Hürden waren:

- Gesprächspartner*innen (insbesondere Ärzte und Ärztinnen) waren nicht gewillt, zu diskutieren.
- Fehlende Zeit
- Traditionelle Rollenmodelle
- Vertrauen in ärztliche Entscheidungen

- Lokale Aktivitäten (?)

PROTAGONISTEN

Betreuer Mensch
(mit Demenz)

Betreuer*in

Pflegende

Arzt/ Ärztin

Gericht

Andere
(Angehörige,
Institution...)



Barrieren / Gründe für bisheriger Projekte bzw. Maßnahmen

Prof. Gabriele Meyer in: Arbeitskreis Frauengesundheit In Medizin, Psychotherapie Und Gesellschaft E.V. (AKF) [9]

Ruhigstellen Von Alten- Und Pflegeheimbewohner*innen Mit Psychopharmaka

„...Die Zusammenarbeit der Pflegenden mit den Ärzten ist in Deutschland sehr hierarchisch geprägt und Pflegenden werden in medizinischen Fragen nicht immer ernstgenommen. Auch wagen Allgemeinmediziner häufig nicht, Verordnungen des Facharztes abzusetzen und somit in das Terrain des Psychiaters oder Neurologen einzugreifen. Für die Psychiater oder Neurologen ist das verschriebene Medikament Z.T. der einzige Grund um Visiten in Pflegeheimen zu rechtfertigen.

Hauptproblem ist die gesellschaftliche Akzeptanz der Behandlung mit Psychopharmaka von alten Menschen entgegen jeglicher wissenschaftlicher Erkenntnislage. Weder Antipsychotika noch Antidepressiva sind Lösungen für das gesellschaftliche Versagen im Umgang mit alten Menschen.

Ärzte und Pflegenden verstehen sich offensichtlich nicht als Interessenvertreter der alten Menschen, diese vor schädlichen Medikamenten zu schützen. Die Ärzte werden nicht zur Rechenschaft gezogen, wenn sie mit zweifelhafter Indikation, zu viel und zu lange Psychopharmaka verschreiben.“

Ruhigstellen Von Alten- Und Pflegeheimbewohner*innen Mit Psychopharmaka

„...Die Zusammenarbeit der Pflegenden mit den Ärzten ist in Deutschland sehr hierarchisch geprägt und Pflegende werden in medizinischen Fragen nicht immer ernstgenommen. **Betreuer*innen auch nicht.** Auch wagen Allgemeinmediziner häufig nicht, Verordnungen des Facharztes abzusetzen und somit in das Terrain des Psychiaters oder Neurologen einzugreifen. Für die Psychiater oder Neurologen ist das verschriebene Medikament Z.T. der einzige Grund um Visiten in Pflegeheimen zu rechtfertigen.

Hauptproblem ist die gesellschaftliche Akzeptanz der Behandlung mit Psychopharmaka von alten Menschen entgegen jeglicher wissenschaftlicher Erkenntnislage. Weder Antipsychotika noch Antidepressiva sind Lösungen für das gesellschaftliche Versagen im Umgang mit alten Menschen.
„Alles ist besser als nichts zu tun“

Ärzte und Pflegende verstehen sich offensichtlich nicht als Interessenvertreter der alten Menschen, diese vor schädlichen Medikamenten zu schützen. **Betreuer*innen auch nicht, weil sie Medikamentenverschreibungen nicht als einwilligungsnotwendige Aufgabe verstehen** Die Ärzte werden nicht zur Rechenschaft gezogen, wenn sie mit zweifelhafter Indikation, zu viel und zu lange Psychopharmaka verschreiben. **„Betreuer*innen auch nicht**

Die Beteiligung in dem Entscheidungsprozess ist mitunter mühsam und zeitaufwendig und mit Unsicherheit und Unbehagen verbunden.

Eine weitere Lösungsidee – alle zusammen?

Beibehalten der Schulungen für Pflegende und Betreuer*innen

&

Schulung für Gerichte und „Verfahrensregulierung“ für Heimbewohner*innen: verpflichtende Mitteilung der eingenommenen Medikamente incl. der Begründung für Antipsychotika / Psychopharmaka, ggf. Einfordern eines Antrages auf FEM

&

Schulung für Ärzte und Ärztinnen

&

Public reporting [10]

VIELEN DANK

Tanja Richter

040 – 3179 4511

tan.richter@web.de

Quellen

- [1] Richter T, Mann E, Meyer G, Haastert B, Köpke S: Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 Feb;13(2).
- [2] Lühnen J, Richter T. (2016) :Informierte Entscheidungen für und mit Menschen mit Demenz - Proxy-decision-making (PRODECIDE). Entwicklung und Pilotierung eines Schulungsprogramms für rechtliche Betreuer/innen. *BT-PRAX;*127-32.
- [3] Lühnen J, Mühlhauser I, Richter T (2019): Informed decision-making with and for people with dementia: Developing and pilot testing an education program for legal representatives (PRODECIDE). *Dementia (London)* 18:2303-2321. [Epub 2017].
- [4] Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S: Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12(12):CD008634.
- [5] Lühnen J, Richter T, Calo S, Meyer G, Köpke S, Möhler R: Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents (update)..*Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Aug 31;8(8).
- [6] Fossey J, Ballard C: Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ.* 2006 Apr 1;332(7544):61.
- [7] Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. Richter C, Berg A, et al: *Age Ageing.* 2019 May 1;48(3):419-425.
- [8] Lühnen J, Haastert B, Richter T: Informed Decision-Making with and for People with Dementia-Efficacy of the PRODECIDE Education Program for Legal Representatives: A Randomized Controlled Trial (PRODECIDE-RCT) and Process Evaluation. *Geriatrics, Basel.* 2024 May 9;9(3):60.
- [9] Prof. Gabriele Meyer in: Arbeitskreis Frauengesundheit In Medizin, Psychotherapie Und Gesellschaft E.V. (AKF) [9] Ruhigstellen Von Alten- Und Pflegeheimbewohner*innen Mit Psychopharmaka https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2019/08/Meyer_gabriele_ruhigstellen_psychopharmaka.pdf.
- [10] Prof. Gabriele Meyer in: Schwinger/Kuhlmey/Greß/Klauber/Jacobs (Hrsg.) *Pflege-Report 2023. Schwerpunkt: Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten.* Springer (Berlin Heidelberg).