

Neuroleptika im Altersheim: Ruhe auf Rezept

Von Christina Gerth

In deutschen Altersheimen werden zu viele Psychopharmaka verabreicht. Die Medikamente schaden oft mehr, als sie nützen



„Tun Sie doch was“ – diesen Hilferuf von Pflegekräften aus Altenheimen hat Klaus Maria Perrar schon oft gehört. Einmal im Monat fährt der Gerontopsychiater ins Geschwister-Louis-Haus in Vossenack und zum Sophienhof in Niederzier, um dort „hermeneutische Fallbesprechungen“ abzuhalten. Dann tagt ein großes Team in einer zweistündigen Sitzung. Im Mittelpunkt des Gesprächs steht ein einzelner Bewohner mit Demenz. Und das Bemühen, ihn und sein „herausforderndes“ Verhalten zu verstehen. Sein Schimpfen und Rufen, sein zielloses Wandern, seine Wahnvorstellungen und Handgreiflichkeiten. So viel Zeit und Zuwendung ist keine Selbstverständlichkeit für deutsche Alten- und Altenpflegeheime.

Doch es ändert sich einfach nichts.

Oft wird auf anstrengende Bewohner einfach mit der Verschreibung von Psychopharmaka reagiert. Am häufigsten werden Antipsychotika verabreicht, sogenannte Neuroleptika. Doch diese Praxis ist häufig rechtswidrig, bringt den Pflegenden keineswegs immer die erhoffte Entlastung, und vor allem: Sie schadet den Menschen oft mehr, als dass sie nützt. Von Fachleuten wird der schnelle Griff zum Rezeptblock seit Jahren kritisiert.

Doch es ändert sich einfach nichts. Wie die Untersuchungen der vergangenen Jahre zeigen, werden die Medikamente nach wie vor großzügig ausgeteilt: In 31 Altenpflegeheimen in München erhielt ein Drittel aller Bewohner Antipsychotika; in zwei Heimen in Frankfurt und Mainz standen Psychopharmaka gar für 63 Prozent der 167 Bewohner Tag für Tag parat. Und von den 2367 Bewohnern in 30 Hamburger Altenpflegeeinrichtungen erhielten mehr als 50 Prozent wenigstens ein Psychopharmakon – 30 Prozent davon waren Neuroleptika. „Da lässt sich getrost von Überversorgung sprechen“, sagt Pflegewissenschaftlerin und Studienleiterin Gabriele Meyer.

Neuroleptika sind riskante Arzneimittel – erst recht für Alte

Es ist längst mehr als ein Verdacht: Neuroleptika werden allzu häufig vor allem wegen ihrer dämpfenden Wirkung eingesetzt. Ein Arzt, der ungenannt bleiben will, sagt: „Ich kenne keine Pflegeperson, die zugeben würde, einen Bewohner ruhigstellen zu wollen. Allerdings erlebe ich häufiger den Wunsch, auch von Angehörigen, Weglauftendenzen oder beständiges Rufen medikamentös einzustellen. Aber was ist das denn anderes als Ruhigstellen?“ Auch als Arzt

komme man da schnell in eine schwierige Situation: „Die einen unterstellen, man dröhne die Patienten nur zu, die anderen verstehen nicht, warum man nicht endlich genügend Medikamente gibt.“

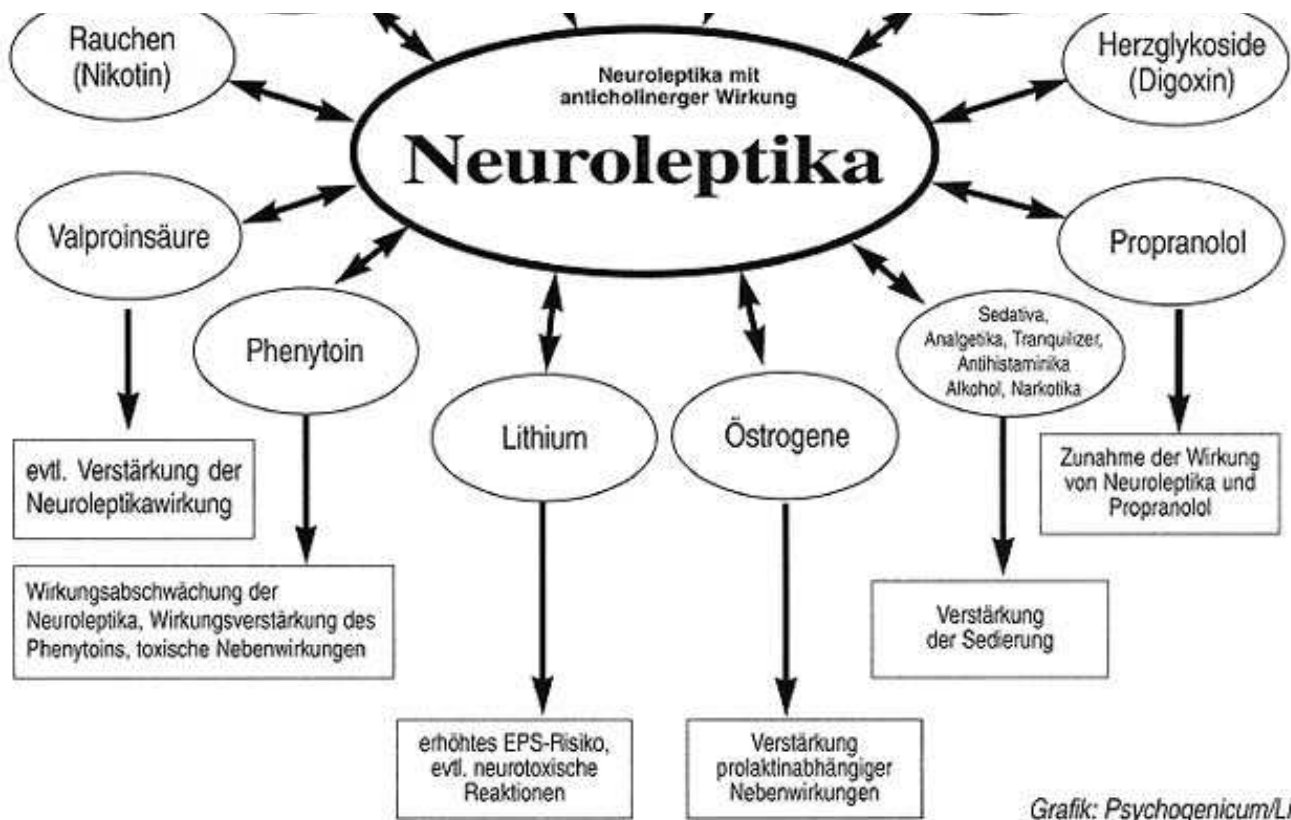
Doch Neuroleptika sind riskante Medikamente. Erst recht für alte Menschen mit Vorschädigungen am Gehirn.

Früher als bei jungen Patienten und schon nach niedrigeren Dosierungen treten bei ihnen die gefürchteten neuroleptikatypischen Bewegungsstörungen auf. Sie können sich als Parkinsonsyndrom, quälende Bewegungsunruhe, unwillkürliche Bewegungen und in Formen von Verkrampfungen und Fehlhaltungen der Muskulatur zeigen. Auch mangelnde Bewegungsfähigkeit, Apathie und Schluckstörungen können eine Folge sein und den Krankheitsverlauf verschlechtern. Große Risiken bergen die Wechselwirkungen zwischen den oft zahlreichen Medikamenten, die alte Menschen erhalten. Tatsächlich ist die Zahl der Krankenhausaufnahmen wegen unerwünschter Medikamentenwirkungen gerade bei dementen Heimbewohnern erheblich. „Zu hohe Dosen und zu schnelles Aufdosieren vor allem von Psychopharmaka, ungeeignete Arzneimittel und mangelhafte Therapieüberwachung sind die häufigsten Gründe dafür“, sagt Petra Thürmann, Expertin für klinische Pharmakologie. Bei 168 Bewohnern zweier Altenheime in Frankfurt und Mainz waren für ein Drittel der Medikamentenzwischenfälle allein die Neuroleptika verantwortlich. *Start low, go slow* – einschleichend und niedrig dosieren und nur vorsichtig erhöhen. Diese wichtigen Prinzipien der Alterspharmakologie werden allzu oft missachtet.

NEUROLEPTIKA Was unerwünschte Wechselwirkungen so alles anstellen:

Wenn das gewünschte Therapieziel mit dem verabreichten Neuroleptikum nicht erreicht wird, können hierfür die möglichen Gründe vielfältig sein: Falsche Diagnose, falsche Wahl des Medikaments, zu hohe oder auch zu geringe Dosierung. Besonders ist die Wechselwirkung von Neuroleptika mit anderen Arzneimitteln zu beachten. Auch koffeinhaltiger Kaffee bzw. gerbstoffhaltiger Tee können die Wirkung der Neuroleptika abschwächen. Mögliche Ursachen für unerwünschte Wechselwirkungen zeigt die Grafik. *Lichtblick*





Neuroleptika der neuen Generation sind nicht ausreichend erforscht

Zwar gelten die neueren atypischen Neuroleptika als nebenwirkungsärmer, gar als „gut verträglich“, doch in Wahrheit, mahnen etwa die US-Psychiater Daniel Katz und Ira Weintraub, seien deren Wirkungen nicht ausreichend erforscht. Vor vier Jahren warnte die amerikanische Arzneimittelzulassungsbehörde FDA sogar: Atypische Neuroleptika erhöhen die Sterblichkeit älterer dementer Menschen. Vergangenes Jahr erweiterte die FDA die Warnung: Auch konventionelle Neuroleptika gelten nun als riskant. Es wurden vermehrt Schlaganfälle, Lungenentzündungen, plötzliche Herztode oder Stürze beobachtet. Schon bei Kurzzeitbehandlungen, so das Ergebnis einer kanadischen Studie, sind schwere Zwischenfälle, auch Krankenhausaufnahmen, häufiger. Ähnlich besorgniserregend ist das Ergebnis einer gerade erst im Fachblatt *Lancet Neurology* erschienenen Langzeitstudie.

Aber die Wirksamkeit der Antipsychotika ist fraglich.

Allenfalls moderate Behandlungseffekte scheinen nachweisbar, größeren Nutzen haben sie vermutlich nur bei schwerer Symptomatik. Paradoxe Weise können sie sogar gerade jene Symptome auslösen, die sie eigentlich mildern sollen: psychotisches Erleben, aggressive Impulsdurchbrüche und Unruhe. Dennoch wird bei unzureichendem Behandlungserfolg häufig und viel zu schnell einfach die Dosis erhöht. Doch Psychopharmaka brauchen länger, bis sie verlässlich wirken.

Das pharmakritische *Arzneitelegamm* empfahl, die Mittel „restriktiv nur bei ansonsten nicht beherrschbarer Gefährdung des Patienten selbst oder seiner Umgebung“ und „nur kurzzeitig“ zu verordnen. Ähnlich lauten die Empfehlungen der Fachgesellschaften.

Trotz der möglichen Komplikationen lehnt auch Klaus Maria Perrar Neuroleptika nicht völlig ab: „Richtig indiziert, vorsichtig eingesetzt und in einen Therapieplan eingebettet, der auch nichtmedikamentöse Angebote umfasst, können Psychopharmaka durchaus Gutes leisten.“ Nur: „Eines der größten Probleme ist, dass sie ausprobiert, aber dann nie wieder abgesetzt oder auch nur hinterfragt werden“, sagt Johannes Pantel, Gerontopsychiater von der Universität Frankfurt. Es lohnt sich jedoch, die Medikamente sorgsam ausschleichend auch mal wieder abzusetzen. „Sehr häufig passiert dann gar nichts, oder man erlebt eine Verbesserung“, sagt Pantel. Für ihn sind Dauerverordnungen, Überdosierungen und schwere Nebenwirkungen vor allem die Folge fehlender fachärztlicher Präsenz und mangelnder Schulung des Personals.

„Die fachärztliche Versorgung durch Neurologen und Psychiater ist nicht immer gegeben“, bestätigt Uwe Brucker vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Meist übernehmen Hausärzte die Versorgung. Doch deren Kenntnisse in Psychopharmakologie, sagen Fachleute, seien mangelhaft, und Fachärzte würden zu selten hinzugezogen. „Die Hausärzte“, wünscht sich Johannes Pantel, „sollten gerontologisch oder gerontopsychiatrisch geschult sein, wenn sie hauptverantwortlich die Heimversorgung übernehmen wollen.“ Auch Gerda Graf, Geschäftsführerin des Sophienhofs, ist überzeugt: „Die Medikation muss sachkundiger und gezielter eingesetzt werden.“

Überlastete, ungeschulte Pflegekräfte fragen den Arzt nach Medikamenten

Das Ausmaß der Verschreibungen steuern vor allem die Pflegekräfte. Sie sind es, die den Arzt rufen und nach Medikamenten fragen. Auf ihre Beobachtungen und Schilderungen ist der Mediziner angewiesen. Ungeschultes und überlastetes Personal ruft unter Umständen drei- bis viermal pro Woche in der Arztpraxis an. „Symptome werden oft übertrieben dargestellt. Dabei gehört vieles nun mal zum Krankheitsbild“, sagt Perrar. „Wenn ein Bewohner jeden Abend den Tisch decken will“, ergänzt Pflegewissenschaftler Detlef Rüsing, „weil er glaubt, sein vor Jahren verstorbener Sohn komme zu Besuch, leidet er zwar an Wahnvorstellungen, aber braucht noch lange keine Neuroleptika.“ Rüsing ist wie Perrar Co-Autor der vom Bundesgesundheitsministerium herausgegebenen *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*.

Zum verantwortlichen Einsatz von Neuroleptika gehört, auf unerwünschte Wirkungen prompt zu reagieren. Doch Ungeschulte übersehen diese leicht. „Examierte Altenpfleger sind durchaus in der Lage, die Nebenwirkungen zu erkennen“, sagt Andrea Bergstermann, Leiterin des Dortmunder Fachseminars für Altenpflege. „Das ist Teil ihrer Ausbildung. Aber in den Heimen arbeiten immer mehr Hilfskräfte. Die wenigen examinierten Kräfte sind schnell damit überfordert, jeden einzelnen Bewohner genau im Blick zu behalten.“

Rechtlich bewegen sich viele Mediziner ohnehin auf dünnem Eis.

Denn noch immer gilt: Ärzte dürfen, außer in Notsituationen, einen Menschen nicht ohne seine aufgeklärte Einwilligung oder der seines legitimierten Vertreters behandeln. Der Heidelberger Amtsrichter Jörg-Peter Menk stellte schon vor zehn Jahren klar, dass der Behandler auch „bei jedem Behandlungswechsel (Dosis, anderer Wirkstoff et cetera) der Einwilligung des aufgeklärten Betreuers bedarf“. Und: „Es ist die Pflicht des Behandlers, sich um diese Einwilligung selbst zu

bemühen.“ Das nichtärztliche Personal, das verordnete Medikamente verabreicht, darf zwar unterstellen, dass der Arzt dem nachgekommen ist. Aber: „Ergeben sich aus den Umständen Hinweise, dass dem nicht so ist, muss es remonstrieren, also nachfragen. Bleiben rechtliche Zweifel, kann und muss es gegebenenfalls seine Mitwirkung verweigern“, sagt der Pflegerechtsexperte Werner Schell.

Die Gesetzeslage wird jedoch allzu oft ignoriert.

„Die Rechtsposition der Betreuer wird immer noch nicht ausreichend berücksichtigt – weder von Ärzten noch von Pflegepersonen“, sagt der Gerontopsychiater Rolf Dieter Hirsch, der auch Vorsitzender der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter ist. Und der Freiburger Rechtsexperte Thomas Klie ist überzeugt: Der in Pflegeheimen praktizierte Gebrauch von Psychopharmaka hat häufig strafrechtliche Qualität. „Wer ohne medizinische Indikation Neuroleptika verordnet, macht sich strafbar.“



Da erstaunt nicht, was der Frankfurter Johannes Pantel 2005 bei der Analyse exemplarischer Fallbeschreibungen zutage förderte: In 60 Prozent der Fälle gab es Anhaltspunkte dafür, „dass der verordnende Arzt vor Behandlungsbeginn weder über die Psychopharmakaverordnung aufgeklärt noch eine Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten eingeholt hat“. Da erklärt der Betreuer, der Arzt habe sich nie bei ihm gemeldet, und der erklärt, der Betreuer habe nie den Kontakt zu ihm gesucht.

Vor allem ältere Angehörige, glaubt die Bochumer Rechtsanwältin Bärbel Schönhof, neigen dazu, alles dem Arzt zu überlassen – aus Respekt vor ärztlicher Autorität und im Glauben, Medizinisches nicht beurteilen zu können.

Eine zwiespältige Haltung. Denn Betreuer, schreiben die Gerontopsychiater Jan Wojnar und Klaus Maria Perrar in einem Leitfaden der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, sollen nicht nur über vorgeschlagene Therapien stellvertretend entscheiden, „sondern auch durch Fragen nach deren Indikation und den Nebenwirkungen der Behandlung zu einem nachdenklichen und umsichtigen Umgang mit den Medikamenten beitragen“. Statt des reflexhaften Griffs zur Pillenschachtel fordert der Gerontopsychiater Perrar die Antwort auf eine zentrale Frage: „Verbessern wir mit Psychopharmaka die Lebensqualität des kranken Menschen?“

Viele unruhige Menschen haben unzureichend behandelte Schmerzen

Wie sich die Situation nach Absetzen der Psychopharmaka bessern kann, konnte Perrars Kollege Pantel in einem Heim demonstrieren. „Unruhe und Angstzustände bei den Bewohnern reduzierten sich signifikant“, sagt Pantel. Und das lag nicht nur am Verzicht auf Medikamente. „Die Pflegekräfte wurden auch im Umgang mit dem Bewohner trainiert.“ Dazu gehört, den dementen Menschen, seine Bedürfnisse und die Ursachen seines Verhaltens verstehen zu lernen. Auch wenn er sich nicht mehr äußern kann. Bis zu 80 Prozent der Pflegeheimbewohner, zeigen Studien, leiden unter unzureichend behandelten Schmerzen. „Auf Vorträgen“, sagt Perrar, „frage

ich die Zuhörer immer: Wenn Sie sich nicht richtig äußern können, und Sie haben Schmerzen, wollen Sie lieber Schmerzmittel oder Neuroleptika?“

Der Sophienhof hat ein selbst entwickeltes Konzept. Es setzt auf den Hospizgedanken, auf spezifische Formen des Umgangs mit Demenz und auf eine Visitenkultur, die den Facharzt und den Angehörigen einbezieht. Krankenhauseinweisungen wegen sogenannter psychiatrischer Krisen kommen nur selten vor. „Wir haben eine ganz geringe Krankenhausquote“, sagt Pflegedienstleiterin Sibylle Dichant stolz.

In Vossenack und Niederzier kommen die Patienten mit Anfangsdosierungen aus.

Auf unruhige Nächte ist man eingestellt. Drei Nachtwachen, das ist mehr als üblich, betreuen im Sophienhof 80 Personen. Bis Mitternacht gibt es dort noch „Mittagessen“. Und Stephan Braun, Wohnbereichsleiter des Geschwister-Louis-Hauses, erzählt: „Dank spezieller Türschlösser können unsere ruhelosen Bewohner nachts von außen nicht in die Zimmer der anderen und sie beim Schlafen stören. Einer von ihnen schläft übrigens immer bis mittags.“ Starre Regeln sind unbekannt. „Wir wollen sie nicht in einen Rhythmus pressen“, sagt Dichant, und man spürt, das meint sie ernst.

Offenbar sind andere als die üblichen Wege möglich.

Und Perrar versucht zu helfen. Der Autor eines Lehrbuchs über Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe hat den Pflegekräften seine Handynummer gegeben. Schon das entspanne die Situation. Die großen Fallbesprechungen mit 10 bis 15 Teilnehmern – unter ihnen auch die Angehörigen – sind bewährte Praxis. Seit 2002 führt Perrar sie durch. „Sie dienen dem gemeinsamen Schauen, dem Sammeln von Ideen, der veränderten Perspektive, dem Finden eines Problemverständnisses, dem Entwickeln von Problemlösungspotenzial“, sagt er. 130 Fallkonferenzen, schätzt Perrar, hat er inzwischen geleitet. Die Besprechungen führten nicht selten zu Lösungen, die kaum jemand für möglich gehalten habe. Es kommen immer mehr Anfragen von Heimen – mehr, als er bewältigen kann.



Unsere Gesundheitsbriefe - Das Archiv mit allen früheren Ausgaben

Unser Anliegen ist die Förderung natürlicher Gesundheit. Wir glauben, dass auch fundiertes Wissen erforderlich ist um Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Wir stellen Ihnen deshalb die Fülle unseres naturheilkundlichen Wissens in Form unserer kostenlosen Gesundheitsbriefe zur Verfügung. Alle bisher veröffentlichten Gesundheitsbriefe finden Sie in diesem Archiv.

Es ist nicht Zweck unserer Webseiten, Ihnen medizinischen Rat zu geben, Diagnosen zu stellen oder Sie davon abzuhalten, zu Ihrem Arzt zu gehen. In der Medizin gibt es keine Methoden, die zu 100% funktionieren. Wir können deshalb - wie auch alle anderen auf dem Gebiet der Gesundheit Praktizierenden - keine Heilversprechen geben. Sie sollten Informationen aus unserem Seiten niemals als alleinige Quelle für gesundheitsbezogene Entscheidungen verwenden. Bei gesundheitlichen Beschwerden fragen Sie einen anerkannten Therapeuten, Ihren Arzt oder Apotheker. Bei Erkrankungen von Tieren konsultieren Sie einen Tierarzt oder einen Tierheilpraktiker. Die Artikel und Aufsätze unserer Seiten werden ohne direkte medizinisch-redaktionelle Begleitung und Kontrolle bereitgestellt. Nehmen Sie bitte niemals Medikamente (Heilkräuter eingeschlossen) ohne Absprache mit Ihrem Therapeuten, Arzt oder Apotheker ein.

www.vitalstoff-journal.de

COM Marketing AG | Fluelistrasse 13 | CH - 6072 Sachseln