

Mit der Verschreibung von Medikamenten ist es nicht getan – die Wirkung muss beobachtet und die Dosis gegebenenfalls angepasst werden.

Pharmakotherapie, Medikamenteneinnahme und -gabe

Pharmakotherapie in der Langzeitpflege älterer Personen

Alma Henke*, 85 Jahre, hat am Morgen Mühe, aufzustehen und ihre Stimmung ist nicht gerade zum Besten. Die Morgentoilette wird erledigt, endlich steht das Morgenessen vor ihr und dann kommt auch noch eine Pflegefachfrau und bietet ihr die Medikamente an. Sie ist verärgert und schimpft: "Du jungs Düpfi, hau ab!" Um solche Situationen kompetent und empathisch zu lösen, braucht es Fachwissen und Geduld von den Pflegefachkräften, meint SUSANNE TOSCH, Leiterin Pflege und Betreuung im Zentrum Passwang in der Schweiz.

Die Betreuung und Pflege älterer Personen in Institutionen ohne medikamentöse Behandlung ist höchst selten. Dies bedeutet, dass Medikamentabgabe aus Sicht der Pflegenden und Medikamenteinnahme aus Sicht der Bewohnenden zu einem täglichen oft mehrmaligen Ritual werden, zu dem großes verstecktes Wissen gehört, das sich überdies dauernd ändert.

Gefahr der Polymedikation

Die Ausgangssituation ist in der Regel so, dass mehrere Medikamente wegen verschiedenen Erkrankungen gleichzeitig eingesetzt werden müssen, wodurch die Gefahr einer Polymedikation hoch ist. Unabhängig davon, ob Polymedikation als gleichzeitige Verordnung, beziehungsweise gleichzeitige

Einnahme von fünf oder neun Medikamenten definiert wird, bestehen sowohl praktische als auch grundsätzliche, das heißt, pharmakologische Probleme.

Die Grundmedikation

Bedarf für eine Grundmedikation besteht häufig bei Herz-Kreislaufproblemen, Stoffwechselstörungen, psychischen Erkrankungen sowie damit verbundenen Zuständen. Daraus ergibt sich, dass blutdrucksenkende und die Herzaktion stützende Medikamente einerseits wie diuretisch wirksame Mittel anderseits zusammen mit Psychopharmaka geradezu zur Standardmedikation gehören. Damit sind auch schon die Grundprobleme benannt. Hinzu kommen bei dieser Klientel sehr oft Angehörige, deren Unterstützung bei der Pflege hilfreich sein kann, deren Verständnis aber keineswegs immer vorausgesetzt werden kann. Dies bedeutet, dass die Angehörigen bereits früh in den Pflegeprozess einbezogen werden sollten. Dabei müssen oft Wissenslücken geschlossen werden – schließlich werden die Angehörigen mit dieser belastenden Situation zumeist erstmalig konfrontiert.

Ziel der Medikamentenverordnung ist es, die Störungen (zum Beispiel zu hoher Blutdruck) oder Beeinträchtigungen der Bewohner (wie Atembeschwerden) zu beheben. Dazu kommen oft Zustände, die mit der Grunderkrankung nicht in einem Zusammenhang stehen (beispielsweise Unruhe- oder Erregungszustände). Besonders erwähnt werden müssen bei der Pflege von älteren Personen zunächst die Störungen des Wach-/Schlafrhythmus, die gemeinhin zu einfach als Schlafprobleme bezeichnet werden, aber auch die längerdauernden Schmerzzustände, deren Ursache oft unerkannt bleibt.

Die Integration der Medikamentabgabe in den täglichen Pflegebetrieb ist sowohl für die Pflegenden als auch für die Gepflegten von wesentlicher Bedeutung, da diese leicht als Störung empfunden wird.

Was sind die Pflegeziele für die Medikamentengabe?

Primär geht es darum, den Bewohner in seiner mit dem Hausarzt vereinbarten Medikamentösen Therapie zu unterstützen, Gesundheit zu erhalten und Beschwerden des Bewohners zu lindern – zum Beispiel auch durch die Anwendung von Heilmitteln zu Heilzwecken.



Bei der Verabreichung eines Arzneimittels sind mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu beachten.

Foto: © Birgit Kolme

Foto: @ Gabriele Gerner

"So viel W**ie nötig** und so wenig W**ie möglich**."

Der generelle und allgemein gehaltene Grundsatz heißt: "So viel wie nötig und so wenig wie möglich." Um dies umzusetzen, benötigt es viel Fingerspitzengefühl, eine gute Beobachtungsgabe der Pflegenden, kompetente und fachliche Kommunikation und Argumentation mit den Ärzten.

Angehörigen-Edukation als wichtiger Baustein

Auch die Aufklärung der Angehörigen ist ein wichtiger Punkt. Sie sollten Verständnis für die Medikamentengabe haben und deren Notwendigkeit nachvollziehen können.

Wir nennen dies Angehörigen-Edukation. Dies beinhaltet die Aufklärung über Symptome, welche im Alltag für die Pflegenden am relevantesten sind, deren Diagnose, deren Auswirkungen und Verhaltensweisen im Alltag und die milieutherapeutischen und pharmakologischen Maßnahmen der Pflegekräfte.

Ich benenne dies auch gern, "Verkaufstalent" zu haben, was aber teilweise in der Pflege einen etwas anrüchigen Charakter hat. Dabei geht es doch darum, bestmöglich aufzuklären, was wir tun, welche Maßnahmen wir treffen oder auch bevorzugen, im Idealfall mit der Partizipation des Bewohners und der Angehörigen, oder auch darum, Alternativen mit ihnen zu prüfen.

Je besser ich erklären kann, weshalb jemand diese Medikamente erhält, was Sinn und Zweck ist, dass beispielsweise die Sedation, ein häufiges Thema, nur vorübergehend ist und nicht das Therapieziel, kann als dargebotene Hand empfunden werden und in Compliance übergehen.

Die Compliance zu erhalten, das heißt, dass der Bewohner entgegenkommend mit dem Sinn und der Einnahme einverstanden ist. Wenn dies dann die Angehörigen mit unterstützen können oder einem nicht noch Steine in den Weg legen, ist ein gutes Fundament gelegt.

Die Bewohner sind oft nicht in der Lage, "zu Risiken und Nebenwirkungen die Packungsbeilage zu lesen", geschweige denn Risiken und Nebenwirkungen zu beobachten und den "Arzt oder Apotheker zu befragen". Hier helfen die Pflegepersonen somit als wichtige Mittler und auch Beobachter zwischen Bewohner und Arzt. Nebenwirkungen (wie beispielsweise Müdigkeit, Allergien, Schwindel, Übelkeit) sollen selbstverständlich gering gehalten werden.

Richten der Medikamente

Medikamente werden nach Verordnung des Arztes in der Bewohnerdokumentation eingetragen. Das Richten von Medikamenten benötigt Konzentration und Ruhe, was leider im Alltag nicht immer vorhanden ist. Über Untersuchungen zur Fehlerquote müsste in einem anderen Artikel geschrieben werden.

Grundsätzlich wendet man das "Vier-Augen"-Prinzip an, wobei nach dem Richten der Medikamente diese nochmals von einer anderen Pflegefachperson kontrolliert werden. Die Tropfen und flüssigen Medikamente werden frisch gerichtet.



Ältere Menschen nehmen oft eine Vielzahl an Medikamenten ein – das kann zuweilen überfordern.

Die Medikamentenverabreichung

Die Medikamentenverabreichung erfolgte früher nach der "5 R-Regel". Heute wird die Methode 6 R-Regel genannt und ist teilweise auch unter der Bezeichnung "MOPED" bekannt.

Das richtige Medikament soll am richtigen Ort in der richtigen Form dem richtigen Patienten/Bewohner, zur richtigen Einnahmezeit und in der richtigen Dosis verabreicht werden. Heute wird ergänzt, dass die Verabreichung auch korrekt dokumentiert wird (= 6.R).

Welches Medikament für welchen Patienten?

Nun spätestens hier scheiden sich die Geister. Welche Patientengruppe benötigt welches Medikament? Im geriatrischen Bereich wird dies nochmals anders gewichtet als bei jungen gesunden Erwachsenen, nochmals anders im Palliative Care-Ansatz. Primär entscheidet natürlich der Arzt über die Auswahl der Medikamente. Er ist aber wohlberaten, wenn er auf die Erfahrung und Einschätzung der Pflegenden achtet.

Bereits schon die im Entscheidungsbereich der Pflegenden liegende Abgabe der Bedarfsmedikation (Reserve-Medikation) sollte kompetent erfolgen. Hier ist ganz viel Spielraum vorhanden und sollte bestmöglich ausgeschöpft werden. Oft werden Reserven zu wenig beachtet und bei vorhandenen Symptomen zu wenig eingesetzt.

Herausforderndes Verhalten

Herausforderndes Verhalten geht mit einer guten "Profiler"-Arbeit einher. Das heißt, die Pflegenden müssen in detektivischer Herangehensweise fragen: "Welche Ursache bewirkt dieses Verhalten?" Oft sind zu wenig behandelte Schmerzen im Hintergrund. Wenn hier nun die Schmerzreserve ausgeschöpft wird und die Kombination mit der Fixmedikation nicht



Gute Pflegekräfte beobachten, wie sich ein Medikamente beim Bewohner auswirkt, und besprechen die Gabe mit der zuständigen Ärztin.

ausreicht, kann besser aufgezeigt werden, dass die Schmerzen wahrscheinlich nicht adäquat behandelt sind oder auf ein anderes Präparat umgestellt werden muss.

Die Pflegekräfte sind **Mittler** "zu Risiken und Nebenwirkungen"

Medikamente gegen die Angst

Ältere Menschen mit einer Demenz leiden oft unter einer ängstlichen und depressiven Stimmungslage, welche sich zuweilen in der Institution mit herausforderndem Verhalten paart.

Im Idealfall können Ängste mit verhaltenstherapeutischen und im Alltag mit milieutherapeutischen Ansätzen reduziert werden. Doch nicht immer gelingt dies von Anfang an. Dann sind anxiolytische (angstreduzierende) oder beruhigende Medikamente eine gute Überbrückung.

Zu den häufig verschriebenen Benzodiazepinen gehört Temesta®. Hintergrund der häufigen Verschreibung ist die gute Verträglichkeit auch bei älteren Menschen. Gern im Alltag eingesetzt wird das Temesta Expidet®, eine Schmelztablette in schnell löslicher Form. Allerdings bedeutet dies nicht, dass ein schnellerer Wirkungseintritt geschieht. Auch bei rascher Auflösung der Schmelztablette im Mund findet die Resorption erst im Darm statt.

Polypharmazie

In der Literatur wird Polypharmazie oft als Verordnung von fünf und mehr Medikamenten definiert. In dem in der Schweiz häufig genutzten Abrechnungs- und Leistungserfassungssystem RAI (Resident Assessment Instrument) spricht man bei "9 oder mehr Medikamenten" von Polymedikation in der Langzeitpflege.

Relevante Medikamentengruppen in der Langzeitpflege

Eine der am häufig verabreichte Medikamentengruppe sind die Herzkreislauf-Medikamente, oft gefolgt von den Psychopharmaka – unterteilt in Hypnotika, Benzodiazepine und Neuroleptika. Die Neuroleptika werden nochmals unterteilt in hochpotente, niederpotente und atypische (neuere Generation) Neuroleptika. Analgetika werden unterteilt in die drei WHO-Stufen.

Einschränkungen und Empfehlungen

In der PRISCUS-Liste sind 83 Arzneimittel aufgelistet, die als potentiell inadäquat für ältere Patienten bewertet werden. Die Liste entstand nach Literaturrecherche, Analysen internationaler Listen und einer strukturierten Expertenbefragung.

Hier kann in die drei Gruppen (Benzodiazepine, Antidepressiva, Neuroleptika hochpotent, niederpotent und atypische eingeteilt werden), die in der Schweiz auf die 16 am häufigsten verabreichten Medikamente reduziert werden (reduzierte Liste über Zentrum Passwang erhältlich).

Hintergrund der bedenklichen Medikamente bei älteren Menschen ist oft ihre lange Halbwertszeit, daraus resultierend eine erhöhte Sturzgefährdung. Ebenso wie die erhöhte Gefahr des deliranten Syndroms. Dazu gehört Rohypnol®, von vielen älteren Menschen gern zum Schlafen benutzt, mit Halbwertszeiten von 16–35 Stunden.

Auch Haldol® ein hochpotentes Neuroleptikum, welches oft bei Verhaltensauffälligkeiten und/oder deliranten Zuständen eingesetzt wird, hat eine lange Halbwertszeit von 12–38 Stunden – und die sedierende Wirkung ist bei älteren Menschen stärker ausgeprägt. Oft wird diese auch noch begleitet von Hypotonien.

Pflegekräfte sind gefordert, eine **Rückmeldung** an den behandelnden Arzt zu geben.

Das Nozinan, ein niederpotentes Neuroleptikum, wurde früher oft im psychiatrischen Bereich zur Sedation eingesetzt und ist gerade in der Langzeitarbeit höchst bedenklich. Oft treten bei älteren Menschen vegetative Störungen mit ausgeprägter orthostatischer Dysregulation, Frühdyskinisien (unwillkürliche Bewegungen) und Akathisien auf. Bei zu hohen Dosierungen konnten in der Praxis auch pharmakologisch bedingte Miktionsstörungen beobachtet werden. Aufgrund dieser Erkenntnisse wird dies heute nur noch höchst selten benutzt. Wir haben es gänzlich von der Liste im Haus gestrichen. Alternativ wird Dipiperon® empfohlen.

Auch das Zyprexa® mit einer Halbwertszeit um die 50 Stunden ist auf der Priscus-Liste. Das Risiko für ein zerebrovaskuläres Ereignis ist bei über 75-jährigen Menschen, zudem noch mit einer Demenzerkrankung kombiniert, besonders erhöht.

Ebenso auf der Liste ist das Temesta® (Lorazepam) mit einer Halbwertszeit von 12–16 Stunden.

Temesta® ist ein ausgezeichnetes Mittel gegen Angst, hat jedoch bei Menschen mit Demenz oft eine paradoxe Wirkung: ausgeprägter Unruhe und Erregung – genau das Gegenteil, welches man eigentlich erreichen wollte.

Alle Benzodiazepine wirken stark muskelrelaxierend, was die Sturzgefahr bei älteren Menschen extrem erhöht.

Viel verordnet wird hingegen Sequase® oder Quetiapin® (ein atypisches Neuroleptikum) aufgrund von seltener auftretenden Nebenwirkungen, genauso wie Risperdal®.

Die Medikamente der Alma Henke*

Gehen wir nochmals auf das eingangs erwähnte Bewohnerbeispiel ein: Alma Henke* erhielt nach Analyse der Situation vor dem Aufstehen ihre flüssige Schmerzmedikation mit Kaffee ans Bett. Seither verläuft die Pflege am Morgen weitgehend friedlich und für beide Seiten zufriedenstellend. Die Morgenmedikamente beim Frühstück bedürfen immer noch einiger Diskussionen. Ab und zu reicht es, einige Minuten später nochmals hinzugehen und sie anzubieten und zu erklären, was es lindert. Oft werden die Medikamente auch gemörsert und mit ihrem Einverständnis im Joghurt eingerührt.

Hier gilt es, die Zermörsbarkeit zu beachten. Viele Retard-Medikamente sollten zum Beispiel nicht zermörsert werden, da sonst das Retard-Prinzip verloren geht. Ebenso gilt dies für Adalat[®], Akineton[®], Fosamax[®], Lyrica[®], Pantoprazol[®], Tilur[®], Voltaren[®] und ähnliche Medikamente.

Heimliches Verabreichen von Medikamenten

Von einer heimlichen Verabreichung von Medikamenten ohne Wissen oder gar entgegen dem Willen des Bewohners ist dringend abzuraten. Nur in seltenen Ausnahmefällen ist dies im rechtlichen Rahmen gestattet (siehe dazu den Beitrag von Ulrich Rüsing, S. 26ff.).

Fazit

Generell gilt es, das Bewusstsein in dieser heiklen Thematik stets aufrecht zu erhalten, dass wir mit Medikamenten auf den Organismus einwirken. Wir sollten die Auswirkungen aufmerksam beobachten und eine regelmäßige Kontrolle der verschriebenen und "nötigen" Wirkstoffe anstreben und versuchen, wenn möglich, die Medikamente auch zu reduzieren oder auszuschleichen.

Deshalb halten wir uns an die kompetente Umsetzung des Grundsatzes "So viel wie nötig und so wenig wie möglich" – nutzen und nicht schaden wollen.

*Die Namen sämtlicher Personen wurden von der Redaktion verändert.



Susanne Tosch
Leitung Pflege & Betreuung Zentrum Passwang
Breitenbach, Schweiz
Trainerin Mütos Aggressionsmanagement
E-Mail: tosch@intergga.ch