

Aus dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE)
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Karl Überla

Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Elisabeth Molter-Bock
aus München
2004

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. J. Hasford

Mitberichterstatter: Prof. Dr. U. Hegerl
Prof. Dr. L. von Meyer

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: -----

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h. c. K. Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 22.07.2004

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	1
2. STAND DER EMPIRISCHEN FORSCHUNG.....	2-21
2.1 Prävalenz der häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter / Allgemeinbevölkerung versus Alten- und Altenpflegeheime – Psychopharmakologische Behandlungsmethoden.....	2-11
2.1.1 Dementielles Syndrom, Verhaltensstörungen.....	3-5
2.1.2 Depressionen.....	6-7
2.1.3 Schizophrenie und paranoide Syndrome.....	8
2.1.4 Angsterkrankungen.....	9
2.1.5 Schlafstörungen.....	10-11
2.2 Psychopharmakaaanwendung in der Altenbevölkerung bzw. in Alten- und Altenpflegeheimen.....	12-21
2.2.1 Psychopharmakagebrauch in der Altenbevölkerung.....	12-13
2.2.2 Psychopharmakagebrauch in Altenheimen und Altenpflegeheimen.....	14-16
2.2.3 Psychopharmakaverordnungen bei dementen Alterspatienten nach stationärer psychiatrischer Behandlung.....	17
2.2.4 Potentielle Einflussfaktoren und Auswirkungen von Interventionen auf den Psychopharmakagebrauch.....	18-21
3. ZIELE DER ARBEIT.....	22
4. MATERIAL UND METHODEN.....	23-33
4.1 Größe und Struktur der Stichproben.....	23
4.2 Untersuchungsablauf, Methoden, Erhebungsinstrumente.....	24-28
4.2.1 BewohnerInnenbezogene Fragen / Basiserhebung (980 BewohnerInnen).....	25
4.2.2 Stationsbezogene Fragen / Basiserhebung (37 Stationen).....	26
4.2.3 BewohnerInnenbezogene Fragen / Erweiterte Erhebung (440 BewohnerInnen)	26-27
4.2.4 Stationsbezogene Fragen / Erweiterte Erhebung (17 Stationen).....	28
4.2.5 Nacherhebung Therapieempfehlung Psychiatrie.....	28
4.3 Eingesetzte standardisierte Erhebungsinstrumente.....	29-31
4.3.1 Besuchshäufigkeit / Verhaltensstörungen.....	29
4.3.2 Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit.....	30
4.3.3 Kognitive Beeinträchtigungen / Demenzerkrankungen.....	31
4.4 Methoden zur Auswertung der Daten.....	32-33
4.4.1 Zusammenhänge zwischen der Medikation mit Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/Sedativa bzw. Antidepressiva und bewohnerInnenbezogenen Daten..	32
4.4.2 Zusammenhänge zwischen der Medikation mit Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/Sedativa bzw. Antidepressiva und stationsbezogenen Daten.....	33
4.4.3 Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus - Vergleich der Therapieempfehlung bei Entlassung und der Verordnung 3 Monate später im Heim.....	33

5.	ERGEBNISSE.....	34-66
5.1	Ergebnisse aus den bewohnerInnenbezogenen Fragen / Untersuchungsstichproben: 980 bzw. 440 BewohnerInnen der Basis- bzw. Erweiterten Erhebung.....	34-51
<u>5.1.1</u>	<u>Ausschlußkriterien.....</u>	<u>34</u>
<u>5.1.2</u>	<u>Soziodemographische Daten.....</u>	<u>35</u>
5.1.2.1	Altersverteilung	
5.1.2.2	Geschlecht	
5.1.2.3	Heimaufenthaltsdauer	
<u>5.1.3</u>	<u>Unterbringung in Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmern.....</u>	<u>36</u>
<u>5.1.4</u>	<u>Besuche von Verwandten und/oder Bekannten im 28-tägigen Bezugszeitraum... </u>	<u>36</u>
<u>5.1.5</u>	<u>Pflegestufe, körperliche und geistige Fähigkeiten/Beeinträchtigungen und Erkrankungen.....</u>	<u>37-40</u>
5.1.5.1	Pflegestufe.....	37
5.1.5.2	Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit.....	37
5.1.5.3	Kognitive Beeinträchtigungen / Demenzerkrankungen.....	38
5.1.5.4	Verhaltensstörungen / –auffälligkeiten.....	38
5.1.5.5	Ärztliche Diagnosen entsprechend der aktuellen Pflegedokumentation.....	39-40
<u>5.1.6</u>	<u>Medikation.....</u>	<u>41-47</u>
5.1.6.1	Gesamte Medikation (Regel- und Bedarfsmedikation).....	41-42
5.1.6.2	Medikation mit Psycholeptika und Psychoanaleptika bzw. mit Psychopharmaka (Regel- und Bedarfsmedikation).....	43-46
5.1.6.3	Medikation mit Psycholeptika und Psychoanaleptika bzw. mit Psychopharmaka (Bedarfsmedikation).....	47
<u>5.1.7</u>	<u>Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus.....</u> Vergleich der Therapieempfehlung bei Entlassung und der Verordnung 3 Monate später im Heim	<u>48-51</u>
5.2	Ergebnisse aus den stationsbezogenen Fragen / Untersuchungsstichproben: 37 bzw. 17 Stationen der Basis- bzw. Erweiterten Erhebung.....	52
<u>5.2.1</u>	<u>Ist-Arbeitszeit am Stichtag</u>	<u>52</u>

5.3	Ergebnisse aus den weiteren bewohnerInnenbezogenen Fragen / Untersuchungsstichprobe: 440 BewohnerInnen der Erweiterten Erhebung	53-60
<u>5.3.1</u>	<u>Soziodemographische Daten</u>	<u>53</u>
5.3.1.1	Aufenthalt vor der Pflegestation	
5.3.1.2	Art der Krankenversicherung	
5.3.1.3	Familienstand	
<u>5.3.2</u>	<u>BewohnerInnenumgebung</u>	<u>53</u>
5.3.2.1	Persönliche Einrichtungsgegenstände	
5.3.2.2	Probleme durch Lärm-, Geruchs- oder klimatische Bedingungen	
5.3.2.3	Ausblick aus dem Fenster	
<u>5.3.3</u>	<u>Psychosoziale/-therapeutische Sonderbetreuung</u>	<u>54</u>
5.3.3.1	Heiminterne Einzelbetreuung (h/Woche)	
5.3.3.2	Heiminterne Gruppenbetreuung (h/Woche): Angebot nur für ausgewählte BewohnerInnen	
5.3.3.3	Teilnahme an heiminternem Gruppen-Aktivprogramm: Angebot für alle BewohnerInnen	
5.3.3.4	Einzelbetreuung durch Ehrenamtliche	
5.3.3.5	Teilnahme an Gruppen-Aktivprogramm: Angebot für alle BewohnerInnen / Ehrenamtliche	
5.3.3.6	Rehatherapeutische Maßnahmen/Einzel	
5.3.3.7	Privat bezahlte Einzelbetreuung	
<u>5.3.4</u>	<u>Zeit außerhalb des eigenen Zimmers/im Freien</u>	<u>55</u>
5.3.4.1	Zeit außerhalb des eigenen Zimmers	
5.3.4.2	Zeit im Freien	
<u>5.3.5</u>	<u>Betreuende Ärzte/Visiten</u>	<u>56-57</u>
5.3.5.1	Visiten des betreuenden Hausarztes persönlich bei dem/der BewohnerIn	
5.3.5.2	Visiten durch einen Neurologen/Psychiater persönlich bei dem/der BewohnerIn	
5.3.5.3	Visiten (ja/nein) durch einen Hausarzt/Neurologen/Psychiater persönlich bei den PsychopharmakakonsumentInnen und Rücksprachen (ja/nein) durch einen Hausarzt/Psychiater/Neurologen vor Ort mit dem Personal ohne Visite an gleichem Tag	
5.3.5.4	Dauer der Visiten der Hausärzte	
5.3.5.5	Dauer der Visiten der Neurologen/Psychiater	
5.3.5.6	Einbeziehung des Personals in die Visiten der Hausärzte	
5.3.5.7	Einbeziehung des Personals in die Visiten der Neurologen/Psychiater	
5.3.5.8	Anteil der BewohnerInnen, die der Hausarzt pro jeweiliger Station betreut	
<u>5.3.6</u>	<u>Medikation</u>	<u>58-60</u>
5.3.6.1	Placebopräparate	
5.3.6.2	Weitere Medikamente im 28-tägigen Bezugszeitraum über die für Stichtag 1 angegebenen Medikamente (vgl. Basiserhebung) hinaus	
5.3.6.3	Letzte Überprüfung der Verschreibung	
5.3.6.4	Einnahmedauer	
5.3.6.5	Verabreichungstageszeiten	
5.3.6.6	Verschreibungsinitiative	
5.3.6.7	Fachrichtung der Psychopharmaka-verschreibenden Ärzte	
5.4	Ergebnisse aus den weiteren stationsbezogenen Fragen / Untersuchungsstichprobe: 17 Stationen der Erweiterten Erhebung	61
5.4.1	Übergabegespräche	
5.4.2	Regelmäßige Fallbesprechungen	
5.4.3	Frühere Tätigkeit des Personals in einer psychiatrischen Einrichtung	
5.4.4	Geschätzte prozentuale Anteile bestimmter Tätigkeiten an der Arbeitszeit	

5.5	Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation und bewohnerInnen- bzw. stationsbezogenen Merkmalen.....	62-66
5.5.1	Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation und bewohnerInnenbezogenen Merkmalen	
5.5.2	Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation (aggregierte Werte) und stationsbezogenen Merkmalen	
6.	BEWERTUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE	67-86
6.1	Vergleich der Stichproben der Basiserhebung bzw. der Erweiterten Erhebung....	67
6.2	Gesamte Medikation.....	67-68
6.3	Eingesetzte Psychopharmaka.....	69-72
6.4	Zusammenhänge der Psychopharmakamedikation (ja/nein) mit untersuchten bewohnerInnenbezogenen Merkmalen.....	73-78
6.5	BewohnerInnenbezogene Merkmale ohne nennenswerten Zusammenhang mit der Psychopharmakamedikation.....	79-82
6.6	Stationsbezogene Merkmale.....	83-85
6.7	Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus.....	86
7.	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	87-91
7.1	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	87-89
7.2	Schlussfolgerungen.....	90-91
8.	LITERATURVERZEICHNIS.....	92-102
9.	TABELLENVERZEICHNIS.....	103-104
10.	ANHÄNGE.....	105-133
10.1	Fragebögen.....	105-131
10.1.1	„Bewohner-Fragebogen“: BewohnerInnenbezogene Fragen / Basiserhebung (980 BewohnerInnen).....	105-115
10.1.2	„Begleitbogen – Wohnbereiche bzw. Stationen“: Stationsbezogene Fragen / Basiserhebung (37 Stationen).....	116-121
10.1.3	„Bewohner-Fragebogen 2“: BewohnerInnenbezogene Fragen / Erweiterte Erhebung (440 BewohnerInnen)..	122-128
10.1.4	„Begleitbogen-Stationen 2“: Stationsbezogene Fragen / Erweiterte Erhebung (17 Stationen).....	129-131
10.2	Danksagung.....	132
10.3	Lebenslauf.....	133

Abkürzungsverzeichnis

AH	Altenheim/e
Antiepil.	Antiepileptika
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APH	Altenpflegeheim/e
ATC-Klassifikationssystem	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
Bew.	BewohnerIn/nen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CDR	Clinical dementia rating
DDD	Defined daily dose
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
einwilligungsf.	einwilligungsfähig
EPMS	Extrapyramidalmotorische Störungen
Erh.	Erhebung
Erw.	Erweiterte Erhebung
G. Wohngruppen	Gerontopsychiatrische Wohngruppen
gerontopsychiatr.	gerontopsychiatrisch
ges.	gesamt
Ginkgo b.	Ginkgo biloba
hochpot.	hochpotent/e
ICD	International classification of diseases
J.	Jahr/e
Kr.haus	Krankenhaus
LH	Landeshauptstadt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Nov.	November
psych.	psychisch
sd a (b-c)	Standardabweichung a (Minimum b - Maximum c)
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
therapeut.	therapeutisch
Verh.störg.	Verhaltensstörung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK

1. EINLEITUNG

Die Veränderungen in der Altersstruktur der deutschen Gesamtbevölkerung haben zu einem Anstieg sowohl der absoluten Anzahl als auch des relativen Anteils älterer Menschen geführt; seit 1910 hat sich die Anzahl der über 65jährigen vervierfacht und der über 80jährigen mehr als verzehnfacht (Bickel, 1997). Nach Informationen des Statistischen Bundesamtes (2000) ist in den nächsten 30 Jahren mit einem Anstieg der über 65jährigen um ca. 7 Millionen – auf über 20 Millionen – zu rechnen.

Dennoch besteht in Deutschland ein generelles gerontologisches Forschungsdefizit (Ihl & Weyerer, 2002). Im Bereich der biomedizinischen Altersforschung befindet sich Deutschland, wenn Forschungsproduktivität und ökonomische Leistungsfähigkeit zueinander in Beziehung gesetzt werden, im Verhältnis zu anderen Ländern (USA, Niederlande, Kanada, Skandinavien, Spanien, Italien, Großbritannien, Frankreich, Japan) an letzter Stelle (Zglinicki, 2000). Die Erforschung der Demenz, deren Hauptrisikofaktor das Alter ist (Förstl & Kurz, 2001), spielt im internationalen Vergleich quantitativ eine marginale Rolle.

1999 wurden in den vorhandenen deutschen 8859 Pflegeheimen 645 456 Plätze vorgehalten (BMG, 2001). Trotz zahlreicher Einzelfallberichte über einen inadäquaten bzw. zu hohen Gebrauch von Psychopharmaka in deutschen Pflegeheimen, wurden bisher nur vereinzelt entsprechende umfangreichere pharmakoepidemiologische Studien durchgeführt (vgl. 2.2.2).

Auf Initiative des Münchener Stadtrates war vom Sozialreferat München eine Studie zur Untersuchung freiheitsentziehender Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen beim Freiburger „Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung“ unter Projektleitung durch Herrn Prof. Dr. Thomas Klie und Herrn Thomas Pfundstein in Auftrag gegeben worden.

Die Studie wurde von einem örtlichen Beirat, dem Vertreter verschiedener Heimträger und Heime, der städtischen Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, der Münchener Betreuungsstelle/Sozialreferat, des Bayerischen Staatsministeriums für Justiz, des MDK, der Heimaufsicht, der Hans-Weinberger-Akademie, des deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, einer Krankenkasse, des Münchener Seniorenbeirates, des Angehörigenbeirates eines Heimes und ein Heimarzt angehörten, begleitet.

Nachdem – neben den Fixierungsmaßnahmen - auch die Medikation mit Psychopharmaka im Sinne freiheitseinschränkender Maßnahmen interpretiert werden kann, war dort bereits ursprünglich, allerdings nur am Rande, auch die Untersuchung der Gabe entsprechender Medikamente vorgesehen.

Der Vorschlag noch während der Planungsphase, die psychopharmakologische Behandlungspraxis in den Heimen im Rahmen der oben genannten Studie ausführlicher durch mich recherchieren zu lassen, wurde begrüßt.

2. STAND DER EMPIRISCHEN FORSCHUNG

2.1 Prävalenz der häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter Allgemeinbevölkerung versus Alten- und Altenpflegeheime - Psychopharmakologische Behandlungsmethoden

Die Studienergebnisse weltweit zur Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter schwanken zum Teil beträchtlich, so daß sich die folgenden Ausführungen weitestgehend auf relevante deutsche und europäische Ergebnisse beschränken werden.

Ein Viertel bis ein Drittel aller über 65jährigen Deutschen leidet an einer psychischen Störung (Bickel,1997). Krauss et al. (1977), Cooper & Sosna (1983), Weyerer & Dilling (1984) und Fichter (1990) fanden Prävalenzraten von 22,9-25,6%; in der Berliner Altersstudie (BASE), in der 516 ältere Menschen von 70 bis über 100 Jahre – ausgewählt durch Rückgriff auf das Berliner Melderegister – untersucht wurden, zeigten entsprechend 24% eindeutige psychische Erkrankungen (spezifizierte DSM-III-R Diagnostik) (Helmchen et al., 1996).

Im Rahmen der Zusatzerhebung zum „Pflege- und Betreuungsaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen“, einer Repräsentativerhebung durch Infratest in 387 stationären deutschen Pflegeeinrichtungen im Jahr 1998, waren nach den Angaben der auskunftgebenden Pflegekräfte 50% der Pflegebedürftigen der Pflegestufen 0-III „in einem solchen Ausmaß psychisch gestört, daß regelmäßig Anleitung oder Beaufsichtigung bei den alltäglichen Verrichtungen (z.B. beim Waschen oder beim Toilettengang) notwendig ist“, weitere 25% „eher leichter verwirrt oder im Verhalten auffällig“ und nur 25% „im wesentlichen unbeeinträchtigt“ (Schneekloth & Müller, 2000).

2.1.1 Dementielles Syndrom, Verhaltensstörungen

Die häufigste psychische Erkrankung im Alter ist die Demenz. Aussagen zur Epidemiologie der Demenzen beruhen in der Regel auf eher groben Schätzungen, die z.B. von der Art und Weise der Diagnosefindung abhängig sind; im ungünstigsten Fall kann ein Faktor 10 zwischen niedrigsten und höchsten Schätzungen liegen (DGPPN, 2000). Einer Studie des Instituts für Gesundheits- und Systemforschung (IGSF) in Kiel zufolge, leiden derzeit in Deutschland 1,3 bis 1,8 Millionen Menschen ab 65 Jahren an einer Demenz (Kern & Beske, 1999). Die Prävalenz steigt mit dem Alter stark an: Nach übereinstimmenden Studien verdoppelt sich die Rate alle 5-6 Jahre; bei den über 90jährigen liegt sie bei bis zu 40% (Preston, 1986; Jorm et al., 1987; Hofman et al., 1991; Ritchie & Kildea, 1995; Bickel, 1996).

In der Berliner Altersstudie wurden Demenzen bei 14% der über 70jährigen beobachtet (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Der Anteil der Demenzen vom Alzheimer-Typ in Deutschland liegt bei ca. 60%, bei ca. 30% handelt es sich um vaskuläre und vaskuläre-degenerative und bei ca. 10% um Demenzen anderer Genese (Suh & Shah, 2001). Die Demenzraten in den Heimen liegen deutlich über denjenigen in Privathaushalten. Nach Bickel (1997) ergaben seit Anfang der 80er Jahre in Skandinavien, Großbritannien und Nordamerika durchgeführte Untersuchungen: 17%-36% der Altenheimbewohner und 51%-72% der Pflegeheimbewohner litten an einer Demenz. Schulze-Mönking & Hornung (1998), Weyerer et al. (2000a) und Stelzner et al. (2001) fanden Demenzraten in deutschen Alten- bzw. Pflegeheimen zwischen 50% und 56%. Jakob et al. (2003) berichten über eine Demenz-Prävalenzrate bei >75jährigen in Alten- und Altenpflegeheimen von 47,6%, die damit 4mal höher lag als bei den >75jährigen in Privathaushalten. Nach einer bundesweiten Erhebung von Infratest (BMFSFJ, 1998) sind mehr als die Hälfte der Heimbewohner „häufig“ oder „gelegentlich“ desorientiert. Untersuchungen an konsekutiven Aufnahmen in Mannheimer Alten- und Pflegeheimen haben gezeigt, dass bereits zum Zeitpunkt der Heimaufnahme über die Hälfte der Bewohner (51,6 %) an einer Demenz leidet (Weyerer & Schäufele, 1999). Weyerer et al. (2000b) fanden einen Anstieg des Dementenanteils bei Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen (n=1376 bzw. 1387) von 53,8% auf 58,6% zwischen 1995/96 und 1997/98.

Die Sinnhaftigkeit der Anwendung von Antidementiva zur positiven Beeinflussung der kognitiven Zielsymptomatik der Demenz wurde vor allem aufgrund unzureichender Qualität früherer Wirksamkeitsprüfungen und geringen Verum-Plazebo-Differenzen regelmäßig angezweifelt; diese Kritik ist in dieser Pauschalität nicht mehr zu halten, nachdem nun auch diese Arzneimittel zu einem großen Teil unter Berücksichtigung hoher Standards geprüft sind, wie beispielsweise die Cholinesterasehemmer und das Phytopharmakon Ginkgo (Möller et al., 2001). Die Therapie mit Cholinesterasehemmern ist mit relativ hohen Kosten verbunden, andererseits können diese durch den Aufschub von Pflegebedürftigkeit sowie von Krankenhaus- oder Heimaufnahmen zu einer Kostenminderung beitragen (Livingston & Katona, 2000; Tariot et al., 2001; Hallauer, 2001; Förstl & Kurz, 2001; Birks et al., 2002).

Die sozioökonomisch bedeutsamsten Symptome der Demenzerkrankungen sind jedoch die Verhaltensstörungen, die bei 70-80% der Demenzkranken in den mittleren bis späten Stadien der Erkrankung zusätzlich zu den gelegentlich stärker beachteten kognitiven Symptomen auftreten; sie bilden den Hauptgrund für die Einweisung in Pflegeheime und tragen zu einer hohen Personalfuktuation in den Heimen bei (Stoppe & Staedt, 1999; Sutor et al., 2001). Zu den häufigsten Verhaltensstörungen zählen Unruhezustände, Apathie und depressive Verstimmungszustände (im Mittel bei etwa 40% der Alzheimerkranken), weniger häufig sind aggressive Verhaltensweisen, Wahn und Halluzinationen. Das mit Abstand am häufigsten persistierende Symptom sind Unruhezustände (Haupt, 1999). Daneben existieren eine Vielzahl weiterer Symptombeschreibungen in der Literatur. Bezüglich Definition und Operationalisierung der Verhaltensstörungen gibt es bisher keinen Konsens, was unter anderem darauf zurückgeführt wird, daß in den heutigen Richtlinien für die Zulassung von Antidementiva der Messung der kognitiven Störungen der Vorrang eingeräumt wird und damit der Druck für einen Konsens gering ist. Sowohl die Wechselbeziehungen der genannten Verhaltensstörungen als auch ihre Stabilität im Zeitverlauf bzw. ihre Umgebungsabhängigkeit wurden bis vor kurzem in der Demenzforschung kaum untersucht (Stoppe & Staedt, 1999). Die Verhaltensstörungen werden oft falsch und unwirksam therapiert, was den Kranken erheblich belastet und die Betreuenden frustriert (Ihl et al., 2002).

Als Mittel der Wahl in der hausärztlichen Versorgung zum Einsatz bei Verhaltensstörungen gelten heute die Neuroleptika, die auch hier –und nicht etwa für die Indikation Schizophrenie – hauptsächlich angeordnet werden (Stoppe et al., 1995; Stoppe et al., 1998; Linden, 1999). Nach Stoppe & Staedt (1999) „steht dies in auffälligem Kontrast zu einer mangelhaften wissenschaftlichen Beweislage“. Daß hier auch nicht geeignete bzw. unsinnige Medikationen erfolgen, wird durch entsprechende Erfahrungen mit den US-amerikanischen OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act) -Maßnahmen gestützt (Streim JE, 1995): Langfristig konnten bei bis zu 75% der Patienten die Neuroleptika abgesetzt bzw. reduziert werden, worunter sich bei einem Großteil von ihnen der klinische Befund verbesserte und Nebenwirkungen abnahmen (Semla et al., 1994). Eine Meta-Analyse von Studien, in denen konventionelle Neuroleptika zum Einsatz kamen, zeigte lediglich bei 18% der Patienten klare Verbesserungen der Verhaltensmuster (Schneider et al., 1990). Nach Risse & Barnes (1986) führten diese in einem ähnlichen Prozentsatz sogar zu einer Verschlechterung vorbestehender Verhaltensstörungen. Zu beachten ist das vor allem für ältere Personen ausgeprägte bekannte Risikopotential der hochpotenten konventionellen Neuroleptika, wie beispielsweise die bei bis zu 50% der geriatrischen Patienten auftretenden extrapyramidal-motorischen Störungen (Avorn et al., 1994). Haloperidol wird seit Jahrzehnten zur Behandlung von Agitiertheit, unter der bis zu 70% der Demenzen leiden, eingesetzt. Der routinemäßige Einsatz von Haloperidol zur Behandlung von Agitiertheit bei Demenz wurde als Ergebnis eines Cochrane Reviews (Lonergan et al., 2004) insbesondere im Hinblick auf die Nebenwirkungen als nicht gerechtfertigt bewertet. Neuere Neuroleptika, wie Risperidon und Olanzapin ergeben eine günstigere Nutzen/Risiko-Abschätzung (Stoppe et al., 1999; Brodaty et al., 2003; Martin et al., 2003). Risperidon wurde im

Rahmen des zweiten Konsensustreffens von Vertretern u.a. der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft im Jahr 2002 als Mittel der ersten Wahl zur Therapie nicht-kognitiver Symptome bei Demenz empfohlen (Hirsch, 2002).

Unter den niedrigpotenten Neuroleptika, bei denen die sedierenden Eigenschaften gegenüber den antipsychotischen Eigenschaften überwiegen, gibt es einige Wirkstoffe, wie Melperon, Pipamperon oder Prothipendyl, die sich wegen ihrer fehlenden anticholinergen Nebenwirkungen klinisch bewährt haben (Fuchsberger et al., 2003).

Weitere Medikamente, die bei Verhaltensstörungen häufig zum Einsatz kommen, sind Antidepressiva. Empfohlen werden vor allem Substanzen mit niedriger anticholinergischer Affinität, wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Moclobemid, Venlafaxin und Trazodon (Korthals & Kurz, 2000).

Die Phasenprophylaktika bzw. Antikonvulsiva Carbamazepin und Valproinsäure zeigten positive Effekte bei Agitation, Ängstlichkeit und Unruhe (Herrmann et al., 1996; Porsteinsson et al., 1997).

Für die Cholinesterasehemmer Donepezil, Rivastigmin und Galantamin ist in der Therapie der Alzheimer Demenz eine Wirkung auch auf zahlreiche nicht-kognitive Störungen gezeigt worden (Fuchsberger et al., 2003).

Benzodiazepine werden Demenzkranken insbesondere zur Behandlung von Schlafstörungen verordnet, wobei aufgrund der bekannten unerwünschten Begleiterscheinungen, wie Verwirrtheit, Tagesmüdigkeit, Koordinationsstörungen und erhöhter Sturzneigung, auf möglichst niedrige altersgerechte Dosierungen und Verwendung von Stoffen mit kurzer Halbwertszeit, wie Oxazepam und Lorazepam, zu achten ist (Stoppe & Staedt, 1999; Sutor et al., 2001).

Um Verhaltensstörungen nachhaltig positiv beeinflussen zu können, dürfen diese nicht isoliert betrachtet werden: Pflegende und Ärzte müssen medizinische, psychiatrische und Umgebungseinflüsse insgesamt betrachten und versuchen, das Verhalten im Lebenskontext der entsprechenden Personen zu verstehen (Sutor et al., 2001). Agitation kann sowohl Ausdruck von Angst als auch die Konsequenz von ängstigenden Halluzinationen, sowohl das Ergebnis von Fehlinterpretationen von Umgebungsreizen als auch eine Neuroleptika-induzierte Akathisie sein (Devanand et al., 1992; Mintzer & Brawman-Mintzer, 1996). Vor einer Pharmakotherapie sollten nicht-pharmakologische und milieutherapeutische Möglichkeiten zuerst ausgeschöpft werden. Anstatt primär Neuroleptika zur psychopharmakologischen Behandlung zu wählen, wird empfohlen, zunächst eine syndromatische Zuordnung zu Symptomkomplexen wie Angst, Depressivität oder paranoidem Erleben vorzunehmen und entsprechend zuerst anxiolytisch, antidepressiv oder neuroleptisch zu behandeln (Stoppe & Staedt, 1999). Die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenz muß in kurzen Intervallen kritisch überprüft werden (Hirsch, 2002; Fuchsberger, 2003).

2.1.2 Depressionen

Auch die Schätzungen zur Prävalenz der Depressionen hängen stark von der zugrundeliegenden Population, den verwendeten Erhebungsinstrumenten und der Definition der Erkrankung ab (Rovner et al., 1991). Eine schwedische Studie der älteren Allgemeinbevölkerung fand Raten von 3,9% Major Depression bei den Nicht-Dementen bzw. 11,8% Major Depression bei den Dementen (Forsell & Winblad, 1998). In der Berliner Altersstudie wurden Depressionen bei 9% der über 70jährigen beobachtet; dabei handelte es sich bei 5,8% um schwere Depressionen (Helmchen et al., 1996). Frühere Studien bei über 65jährigen in Mannheim bzw. Oberbayern ergaben Prävalenzraten von 2,1% bzw. 3,4% für schwere Depressionen (Cooper & Sosna, 1983; Weyerer & Dilling, 1984). Nach Helmchen & Kanowski (2000) liegen die Prävalenzen für mittelschwere und schwere Depressionen zusammengefaßt bei zwischen 8-16% und unter zusätzlicher Berücksichtigung leichterer Schweregrade bei 10-25%. Die Studien zeigten zudem, daß Prävalenz und Inzidenz von krankheitswertigen Depressionen im Alter – auch jenseits des 65. Lebensjahres - nicht zunehmen.

Nach Teresi et al. (2001) liegen die Schätzungen für die Prävalenzraten aller depressiven Störungen in Heimen zwischen 9-75% und zwischen 5-31% unter Zugrundelegung einer Major Depression. Riedel-Heller et al. (2001) kommen zu dem Ergebnis, daß in den Heimen durchschnittlich 40% der BewohnerInnen depressive Symptomatik zeigen und etwa 10% an einer Major Depression leiden. Schulze-Mönking & Hornung (1998), Weyerer et al. (2000a) und Stelzner et al. (2001) fanden Depressionsraten in deutschen Alten- bzw. Pflegeheimen zwischen 26% und 51,4%.

Die prinzipielle Wirksamkeit von Antidepressiva auch bei alten depressiven Menschen wurde nicht nur für trizyklische Antidepressiva, sondern auch für neuere Substanzen wie SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und Moclobemid nachgewiesen. Wirksamkeitsunterschiede zwischen den einzelnen Antidepressiva sind nicht belegt. Die leichte Handhabbarkeit, das Nebenwirkungsprofil und die Überdosierungssicherheit sind jedoch Vorteile der SSRI und neuerer Antidepressiva, die vor allem bei der Altersdepression zum Tragen kommen (Hegerl, 2001).

Unzureichend behandelte Depressionen wirken sich negativ auf Körperfunktionen und Lebensqualität aus (Wells et al., 1989; Dunham & Sager, 1994; Alexopoulos et al., 2002), führen häufig zu Rückzug, Immobilität, Bettlägerigkeit, ungenügender Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, haben negativen Einfluß auf den Verlauf anderer somatischer Erkrankungen, gehen mit erhöhter suizidunabhängiger Mortalität einher, stehen in engem Zusammenhang mit erhöhten Suizidraten (10-15% der Depressiven) (Hegerl, 2001) und führen zu kostenintensiverer medizinischer Versorgung (Callahan et al, 1994; Binglefors et al., 1995; Lepine et al., 1997). In Anbetracht der gravierenden Nachteile unzureichend behandelter Depressionen und der Tatsache, daß wirksame Arzneimittel zur Behandlung der Depressionen existieren, ist der mittlerweile bekannte Mißstand, daß die vorhandenen Möglichkeiten zur

Behandlung nicht ausgeschöpft werden (Schulze-Mönking & Hornung, 1998; Riedel-Heller et al., 2001; Teresi et al., 2001; Brown et al., 2002), umso weniger tragbar. Es werden vor allem folgende Gründe verantwortlich gemacht (Hegerl, 2001 und Riedel-Heller et al., 2001):

- Die Depressionen werden aufgrund der hier schwierigeren Diagnosefindung im Alter (Multimorbidität; klar abgegrenzte Phasen und rein endogene Symptomatik sind seltener) nicht erkannt;
- die depressive Symptomatik wird als nicht therapiebedürftige Krankheit, sondern als nachvollziehbare Reaktion auf betrübliche Lebensumstände aufgefasst;
- die Depression, als psychische Erkrankung, ist tabuisiert;
- viele Ärzte sind unsicher über die fachgerechte Behandlung wegen der aufgrund häufiger Multimorbidität und Multimedikation bei Älteren erschwerten Nutzen/Risiko-Abwägung und der Vielfalt der am Markt befindlichen Arzneimittel.

2.1.3 Schizophrenie und paranoide Syndrome

Die Lebenszeitprävalenz schizophrener Psychosen beträgt etwa 0,5 bis 1%. In den Studien zur Spätschizophrenie fand sich ein Anteil von 7-25% der Patienten mit Ersterkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr. Nach dem 65. Lebensjahr sind schizophrene Neuerkrankungen extrem selten, wenn die in diesem Alter häufigen organischen Psychosen, die paranoiden und anderen wahnhaften Störungen sorgfältig ausgeschlossen werden (Hambrecht, 1997; Riecher-Rössler, 1997).

Signifikant zur klinisch-diagnostischen Unterscheidung zwischen Schizophrenie und paranoider Psychose trägt jenseits des 40. Lebensjahres nur das Alter bzw. die höhere Zahl der Symptome bei der als schizophren diagnostizierten Gruppe bei (Häfner et al., 2001).

Beim paranoid-halluzinatorischen Syndrom aller Lebensalter handelt es sich um ein präformiertes Reaktionsmuster des Gehirns, das durch altersabhängige, neurobiologische, kognitive und soziale Entwicklungsfaktoren mit determiniert wird (Häfner et al., 2001). Christenson & Blazer (1984) fanden bei 4% der Älteren einen Verfolgungswahn. In früheren Stadien der Alzheimer-Demenz werden Komorbiditätsraten für Wahnbildungen und Halluzinationen von 15-75% beschrieben; die Prävalenz dieser Syndrome nimmt mit fortschreitender Demenz – offenbar aufgrund der Verarmung an kognitiven Fähigkeiten, Gedächtnisleistung und Initiative – deutlich ab (Häfner et al., 2001).

Nach Stelzner (1999) und Weyerer et al. (2000a) waren entsprechend der Pflegedokumentation für 5,2% bzw. 5,4% der Pflegeheimbewohner bzw. Alten- und Pflegeheimbewohner Erkrankungen entsprechend F20-F29 der ICD10 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) diagnostiziert.

Die psychopharmakologische Behandlung der Schizophrenie und paranoider Syndrome erfolgt vorwiegend mit Neuroleptika. Die Dosierung der Neuroleptika muß aufgrund der ab dem 60. Lebensjahr veränderten Pharmakokinetik (kardiale, hepatische und renale Einschränkung) um etwa 30-50% reduziert werden. Bei entsprechender Disposition für die spezifischen Nebenwirkungen muß die Behandlung mit atypischen Neuroleptika ganz im Vordergrund stehen (Bäumel & Kraemer, 2001).

2.1.4 Angsterkrankungen

Die Prävalenzraten der Angststörungen sind im Alter niedriger als im jüngeren Erwachsenenalter (Flint, 1994); sie liegen bei den über 65jährigen Frauen allerdings noch immer bei etwa 6% und den über 65jährigen Männern bei 3% (Kraemer & Zimmer, 2001). Die Berliner Altersstudie ergab eine durchschnittliche Prävalenz von 4,5% bei den über 70jährigen (Schaub & Linden, 2000). Im Rahmen der deutschen Studien von Stelzner (1999) und Weyerer et al. (2000a) wurden 32,8% der BewohnerInnen in Pflegeheimen bzw. 34,7% in Alten- und Pflegeheimen vom Pflegepersonal als gelegentlich oder häufig ängstlich eingeschätzt.

Bedingt durch die häufige Multimorbidität im Alter, gehören die durch körperliche Störungen verursachten Formen, die sogenannten sekundären Angststörungen, zu den häufigsten Angststörungen (Weiss, 1996; Krasucki et al., 1998; Karlbauer-Helgenberger et al., 2000). Etwa 15% der älteren Menschen, die körperliche Krankheiten aufweisen, leiden unter klinisch bedeutsamen Angststörungen. Den größten Anteil haben in dieser Gruppe Patienten mit frühzeitigem Beginn einer Demenz, Patienten mit Parkinsonkrankheit oder Brustschmerz (Hocking & Koenig, 1995). Ebenso ist die Komorbidität von Angst und Depression im Alter hoch: Etwa 50% der Personen mit einer Major Depression erfüllen auch die Kriterien für eine Angststörung (Beekmann et al., 2000). Aufgrund der Häufigkeit dieser sekundären Angststörungen muß daher vor der Therapie ihre Erkennung und die Behandlung der körperlichen oder psychiatrischen Grunderkrankung stehen. Psychopharmaka sind nur dann als primäre oder begleitende Intervention indiziert, wenn die Angst schwer und anhaltend ist – ausgenommen es handelt sich um Panikstörungen. Angststörungen werden heute vorwiegend mit Benzodiazepinen behandelt; bei älteren Patienten ist auf eine niedrige Dosierung zu achten und es sollten kürzer wirksame Formen bevorzugt werden, die über Glukuronisierung metabolisiert werden (z.B.: Lorazepam und Oxazepam). In der Akut-Therapie sind Benzodiazepine die effektivsten Anxiolytika. In der längerfristigen Behandlung sind Antidepressiva gleichwertig. Als weitere Anxiolytika kommen weiterhin Neuroleptika und Buspiron zum Einsatz. Viele ältere Menschen weisen eine psychische Abhängigkeit von Anxiolytika auf. Die häufigsten diagnostischen und therapeutischen Fehler sind eine Unterschätzung des psychischen Anteils der Störung, eine Unterschätzung der Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeiten im Alter, sowie eine zu starre oder zu rasche Handhabung therapeutischer Standards, ohne die Patienten genügend kennengelernt und informiert zu haben (Kraemer & Zimmer, 2001).

2.1.5 Schlafstörungen

Epidemiologische Untersuchungen zeigen eine deutliche Zunahme von Schlafstörungen im Verlaufe des Lebens. Die entsprechenden Zahlen variieren allerdings stark. Schwierig ist vor allem die Abgrenzung zwischen den altersbedingten normalen Veränderungen des Schlafes und des Schlaf-Wachrhythmus einerseits und tatsächlichen Störungen mit Krankheitswert (Käppler et al., 1994). Analog zu den Angststörungen, so stehen auch hier im Alter die sekundären, auf internistischen, psychiatrischen und neurologischen Grunderkrankungen basierenden Schlafstörungen gegenüber den primären Schlafstörungen im Vordergrund. Zu nennen sind hier vor allem die kardiovaskulären Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Schmerzzustände. Depressionen sind fast immer mit Schlafstörungen verbunden (Wiegand, 2001). Schlafstörungen treten bei bis zu 70% der Alzheimerkranken auf, und die Häufigkeit des Aufwachens und der Grad der Beeinträchtigung der Schlaftiefe ist mit der Schwere der Demenz verknüpft (Haupt, 1999). Die im Rahmen der Berliner Altersstudie bei über 70jährigen am häufigsten gefundene psychische Störung waren mit 18,8% die Schlafstörungen (Wernicke et al., 2000). Von 330 PflegeheimbewohnerInnen in Leipzig bzw. 1161 Alten- und PflegeheimbewohnerInnen in Mannheim litten nach Angaben des Pflegepersonals 44,8% bzw. 46,6% an Schlafstörungen (Stelzner, 1999; Weyerer et al., 2000a). Zur symptomatischen Insomnie-Behandlung eingesetzte Medikamente sind (Wiegand, 2001):

Benzodiazepine (Lormetazepam)

Neue Substanzen (Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon)

Sedierende Antidepressiva (Trimipramin, Doxepin, Nefazodon, Mirtazapin)

Sedierende Neuroleptika (Promethazin, Pipamperon, Melperon)

Phytopharmaka

Nach Wolter-Henseler (2003) sollten Substanzen mit dem Risiko gefährlicher Überleitungsstörungen, wie zum Beispiel Promethazin, alten Menschen nicht verabreicht werden.

Spezielle Risiken der Benzodiazepine bei älteren Patienten, die über das allgemeine Nebenwirkungsprofil (Abhängigkeitspotential, Rebound-Insomnie, Interaktion mit Alkohol) hinausgehen, sind: Erhöhte Sturz- und somit Frakturgefahr, paradoxe Reaktionen vor allem bei Demenzpatienten, Verstärkung bestehender eventuell unerkannter Atemregulationsstörungen aufgrund der atemdepressorischen Wirkung.

Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit oder aktiven Metaboliten sind wenig geeignet; verschiedene altersabhängige Veränderungen physiologischer Prozesse führen zu einer Zunahme der Halbwertszeit, die z.B. bei Diazepam und seinen Metaboliten bis auf das Drei- bis Fünffache verlängert sein können (Poser & Poser, 1996). Unter langwirksamen Benzodiazepinen mit Phase-I-Metabolismus werden Stürze häufiger beobachtet als unter den ausschließlich unter Glukuronidierung verstoffwechselten (Wolter-Henseler, 1999).

Wenn sich unter laufender Benzodiazepin-Medikation die psychischen Symptome wieder verschlechtern, wenn also eine (späte) Toleranz eintritt, und andererseits noch mit einigen

Jahren Lebenserwartung zu rechnen ist, sollte entzogen werden (Scholz, 1996; Poser & Poser, 1996). Die neueren Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon weisen gerade bei älteren Patienten eine günstigere Nutzen-Risiko-Relation auf: Bei vergleichbarer hypnotischer Potenz sind Muskelrelaxation und Atemdepression geringer ausgeprägt, Abhängigkeit und Rebound-Insomnien nach Absetzen treten seltener auf (Wiegand, 2000; Hajak et al., 2003).

Als Faustregel für Schlafmittel gilt, dass die Dosis etwa die Hälfte der bei jüngeren Erwachsenen üblichen betragen sollte. Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) empfiehlt als maximale Anwendungsdauer einen Zeitraum von 4 Wochen. Nur in Ausnahmefällen sind längere Einnahmezeiten gerechtfertigt (Wiegand, 2000).

Angesichts der zahlreichen Faktoren, die den Schlaf beeinflussen, sollten vor der Behandlung mit Arzneimitteln stets psychologische und umgebungsbezogene Interventionen versucht werden (McCrae & Lichtenstein, 2002).

Bei allen sekundären Schlafstörungen steht die Behandlung der Grunderkrankung an erster Stelle. Ein klassischer Kunstfehler ist die Verschreibung eines Hypnotikums bei ausgeprägter Insomnie im Rahmen einer depressiven Episode ohne adäquater Behandlung der zugrundeliegenden affektiven Störung mangels eingehender psychiatrischer Diagnostik (Wolter-Henseler, 1999; Evers et al., 2002).

2.2 Psychopharmakaaanwendung in der Altenbevölkerung bzw. in Alten- und Altenpflegeheimen

2.2.1 Psychopharmakagebrauch in der Altenbevölkerung

Pharmakoepidemiologische Studien, die Arzneimittelanwendungen personenbezogen dokumentieren, gibt es in Deutschland bisher nur ansatzweise (Bertelsmann et al., 1998). Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentengebrauch sehr stark an. Aus dem Wohlfahrtssurvey (Noll & Schöb, 2001) geht hervor, daß 1998 von den 70jährigen und Älteren 77% (Westdeutschland) bzw. 68% (Ostdeutschland) regelmäßig Medikamente einnahmen. Im Vergleich dazu ist die Medikamenteneinnahme in der Erwachsenenbevölkerung insgesamt wesentlich niedriger (Westdeutschland: 32%; Ostdeutschland: 34%).

Besonders aufschlußreiche Ergebnisse zur tatsächlichen Medikation (Verordnung plus Selbstmedikation) in der Altenbevölkerung liefert die Berliner Altersstudie, in der eine repräsentative Stichprobe 70jähriger und Älterer – ausgewählt aus dem Berliner Melderegister - untersucht wurde (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; Helmchen et al., 1996):

Es zeigt sich, daß 96% der 70jährigen und Älteren mindestens 1 Medikament einnehmen, wobei 87% mindestens 1 chemisch definiertes Präparat auf ärztliche Verordnung hin täglich anwenden. Multimedikation, definiert als gleichzeitige Anwendung von 5 und mehr Medikamenten, wurde bei über der Hälfte (56%) bzw. – unter Beachtung lediglich der chemisch definierten innerlich anzuwendenden Arzneimittel - bei 23% der Studienteilnehmer registriert.

25% der Teilnehmer nahmen Psychopharmaka ein. Psychopharmaka wurden – unter Zugrundelegung der im Einzelfall diagnostizierten aktuellen Erkrankungen - am häufigsten als nicht indizierte oder kontraindizierte Verordnungen identifiziert. Bei Anwendung der expliziten Kriterien für prinzipielle Fehlmedikation einer Expertenkommission für die Gruppe der institutionalisierten Personen (Beers et al., 1991) als auch für ambulant behandelte ältere Menschen (Stuck et al., 1994) lag die Prävalenz für alle Arzneimittel bei 19%. Es wurde also fast jede fünfte Person dieses Alters mit mindestens 1 Medikament behandelt, das nach Expertenkonsens überhaupt nicht (z.B. Diazepam, Amitriptylin), in niedrigerer Dosierung oder nur über einen kürzeren Zeitraum (z.B. Oxazepam) bei der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden sollte.

Bezogen auf die Depressionen steigt mit der Krankheitsintensität sowohl die Zahl der insgesamt eingenommenen Medikamente als auch die Zahl der eingenommenen Psychopharmaka; dieser gesteigerte Konsum geht nicht auf die gehäufte Einnahme von Antidepressiva sondern von Benzodiazepinen zurück. Die Studienergebnisse zeigten bei Depressionen eine 44%ige Untermedikation mit Antidepressiva. Bei Demenzkranken ist festzustellen, daß sie im Vergleich zu Nicht-Dementen signifikant weniger Medikamente erhalten. Allerdings werden signifikant mehr Neuroleptika auf niedrigem Niveau verabreicht, die der Behandlung organischer Psychosen oder von Unruhezuständen dienen. Die Autoren schlussfolgern zum einen, dies

deute darauf hin, daß Neuroleptika bei dementiellen Syndromen im Alter durchaus eine Rolle spielten, zum anderen könnte die Frage gestellt werden, ob den Patienten angesichts der auffallend seltenen Verordnung sonstiger Arzneimittel nicht Behandlungschancen vorenthalten würden.

Der Konsum von Benzodiazepinen nimmt mit dem Lebensalter deutlich zu (jenseits des 65. Lebensjahres auf etwa das 2,5-fache des Gesamtdurchschnittes; vom 20. bis zum 70. Lebensjahr nimmt die Verordnungsrate um das Zehnfache zu), Frauen überwiegen um das 1,5 bis 3-fache (Wolter-Henseler, 1999). Allerdings ist die Verordnungsrate von Benzodiazepinen insgesamt seit Jahren rückläufig; dafür nimmt die Verschreibung von Neuroleptika, Antidepressiva und pflanzlichen Psychopharmaka zu (Sieb & Laux, 1995; Schwabe & Paffrath, 1996). Der Verordnungsrückgang ist jedoch wahrscheinlich geringer, als der GKV-Arzneimittelindex nahelegt, weil niedergelassene Ärzte Benzodiazepine zunehmend auf Privatrezept verordnen (Wolter-Henseler, 1999).

2.2.2 Psychopharmakagebrauch in Altenheimen und Altenpflegeheimen

Im Folgenden werden Ergebnisse einer vom Gesundheitsministerium von New South Wales / Australien bei einer Sonderkommission im Jahr 1996 in Auftrag gegebenen Untersuchung einer eventuellen übermäßigen Anwendung von Psychopharmaka in Pflegeheimen dargestellt (NSW Ministerial Taskforce, 1997). Es wurde eine Recherche über weltweit veröffentlichte Studien der Jahre 1985-1996 durchgeführt. Bezüglich der Psychopharmaka-Verschreibungsraten von 1991-1996 wurden der Bewertung der Kommission u.a. folgende Ergebnisse/Studien zugrundegelegt:

Tabelle 1:

Ergebnisse zum Gebrauch von Psychopharmaka in Alten- bzw. Altenpflegeheimen - Studien weltweit 1991-1996 (NSW Ministerial Taskforce, 1997)

Autoren	Jahr	Land	Fallzahl	% -Satz der BewohnerInnen mit Psychopharmakagabe				
				Neuroleptika	Anxiolytika	Hypnotika/Sedativa	Antidepressiva	Psychopharmaka gesamt
Billig et al.	1991	US	555	21 %	---	14 %	12 %	47 %
Svarstad & Mount	1991	US	760	26 %	10 %	---	---	---
Phillips & Henderson	1991	AU	323	30 %	---	41 %	24 %	---
Tybjerg & Gulmann	1992	DK	1454	20 %	13 %	33 %	11 %	56 %
Rovner et al.	1992	US	17 Heime	14 %	---	15 %	19 %	---
Sandberg	1993	---	---	20 %	22 %	6 %	17 %	48 %
Miller et al.	1993	AU	---	43 %	---	59 %	---	---
Snowdon et al.	1995	AU	2414	27 %	---	32 %	16 %	59 %
Munro et al.	1995	AU		27 %	---	53 %	23 %	74 %
Mc Grath & Jackson	1996	UK	909	24 %	---	---	---	---
Range				14-43 %	10-22 %	6-59 %	11-24 %	47-74 %

Die Kommission fasste zusammen, die Studien implizierten, es gebe verschiedene Grade inadäquaten Gebrauchs von Psychopharmaka in den untersuchten Ländern/Regionen, die Daten müssten allerdings u.a. aus folgenden Gründen mit Vorsicht betrachtet werden:

Bezüglich der Vergleichbarkeit der Studien:

- Den Studien liegen unterschiedliche Studiendesigns, Ein- und Ausschlußkriterien, Bezugszeiträume, Studienpopulationen und Arzneimittelkategorisierungen zugrunde (Ergänzung/Erläuterung: Den Verbrauchsdaten liegen zudem uneinheitlich einmal nur die Regelmedikation, ein andermal die Summe aus Regel- und Bedarfsmedikation zugrunde; die Kriterien zur Kategorisierung in Altenheime bzw. Altenpflegeheime sind von Land zu Land unterschiedlich; es bestehen unterschiedliche Gesundheitssysteme, die von permanentem gesundheitspolitischem Wandel beeinflußt sind)

Bezüglich der Beurteilung der Geeignetheit der Medikation:

- Es handelt sich vorwiegend um Querschnittstudien, aus denen eine Ursache-Wirkungsbeziehung – anders als bei Längsschnittstudien – nicht ableitbar ist; beispielsweise wird nicht systematisch untersucht, ob BewohnerInnen von medikamentösen Therapien profitieren bzw. wie sich das Absetzen von Präparaten auf den gesundheitlichen Zustand bzw. das Verhalten auswirkt.
- Die Definition der Geeignetheit von Psychopharmaka variiert stark: Nygaard et al. (1990) beispielsweise betrachten die Anwendung von Psychopharmaka bei Verhaltensstörungen per se als ungeeignet; der regelmäßige Gebrauch mehrerer Psychopharmaka gleichzeitig indiziert für Beers et al. (1988) generell eine Übermedikation

Neuere ausländische Studien liefern zu den zitierten früheren Studien ähnliche Psychopharmakagebrauchsdaten (keine Differenzierung in Alten- und Altenpflegeheimen):

Tabelle 2:

**Ergebnisse zum Gebrauch von Psychopharmaka in Alten- bzw. Altenpflegeheimen -
Neuere ausländische Studien**

Autoren	Jahr	Land	Fallzahl	%Satz der BewohnerInnen mit Psychopharmakagabe					
				Neuroleptika	Anxiolytika	Hypnotika /Sedativa	Antidepressiva	Benzodiazepine	Psychopharmaka gesamt
Williams et al.	1999	US	818	18,3	22,7	---	16,0	---	---
Conn & Fansabedian	1999	CA	360	19,3	---	26,7	---	---	---
Snowdon	1999	AU	1975	22,6	6,2	17,0	16,0	23,2	48,5
Van Dijk et al.	2000	NL	2355	35	28	54	16	---	---
Furniss et al.	2000	UK	330	30	---	---	25	---	---
Ballard et al.	2001	UK	209	46	---	---	19	14	---
Draper et al.	2001	AU	647	21,3	8,5	23,1	19,8	---	51,5
Sørensen et al.	2001	DK	288	21	---	30	24	38	56
Ruths et al.	2002	NO	1552	23	---	---	31	22	59
Oborne et al.	2002	UK	934	24,5	---	---	---	---	---
<u>Range</u>				<u>18-46</u>	<u>6-28</u>	<u>17-54</u>	<u>16-31</u>	<u>14-38</u>	<u>49-59</u>

Oborne et al. (2002) (vgl. Tabelle 2) beurteilten die Neuroleptikaverschreibungen unter Zugrundelegung der in den Vereinigten Staaten 1987 verabschiedeten verschärften Richtlinien, die BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen vor unnötigen physischen und chemischen Freiheitsbeschränkungen schützen sollten (OBRA: Omnibus Budget Reconciliation Act, vgl. Gurvich & Cunningham, 2000): 82,2% der Verschreibungen wurden als ungeeignet bzw. nicht gerechtfertigt eingestuft.

Bislang gibt es wenige deutsche Untersuchungen mit Ergebnissen zum Psychopharmakagebrauch in Alten- und vor allem - gesondert ausgewertet - in Altenpflegeheimen:

Tabelle 3: Ergebnisse zum Gebrauch von Psychopharmaka in Alten- und Altenpflegeheimen (AH bzw. APH) - Deutsche Studien seit 1990

Autoren	Jahr der Veröffentlichung / Untersuchungsort	Heimart	Fallzahl	% -Satz der BewohnerInnen mit Psychopharmakagabe					
				Neuroleptika	Anxiolytika	Hypnotika /Sedativa	Antidepressiva	Benzodiazepine	Psychopharmaka gesamt
Becker/Diss.	1992 / Hamburg	APH	89	29,2	---	---	7,9	36,0	---
Weyerer	1993 / Mannheim	AH	542	13,3	13,0	11,7	8,9	---	42,1
Grond	1994 / Nordrhein-Westfalen	AH	108	38,9	19,4	---	18,5	---	62
Weyerer et al.	1996 / Mannheim	AH	497	23,8	10,9	10,7	12,9	---	47,6
Damitz	1997 / Bremen	AH +APH	301	25,6	10,0	11,0	10,0	---	45,2
Schulze-Mönking & Hornung	1997 / Warendorf	AH	185	19,0	17,0	17,0	---	---	---
Stelzner/Diss.	1999 / Leipzig	AH	230	6,1	---	---	2,6	13,0	42,2
		APH	330	30,2	---	---	3,6	12,7	59,0
Weyerer et al.	2000a / Mannheim	AH +APH	1161	38,8	---	---	12,1	16,2	58,0
Pittrow et al.	2002 / Berlin	AH +APH	996	40,1	13,0	---	15,0	---	61,0
<u>Range</u>				<u>6-40</u>	<u>10-19</u>	<u>11-17</u>	<u>3-19</u>	<u>13-36</u>	<u>42-62</u>

Gemäß der Dissertation von Warbanow (1992) zur Untersuchung über die Vielfachmedikation in einem Münchener Altenpflegeheim fielen auf 252 BewohnerInnen 145 Psychopharmakaverordnungen (inkl. Hypnotika/Sedativa). Nach Luderer & Rechlin (1993) nahmen ca. 20% der AltenheimbewohnerInnen in Nürnberg, Erlangen und Fürth Tranquillantien als Dauermedikation (Medikamentenmißbrauchsuntersuchung). Pittrow et al. (2002) fanden bei HeimbewohnerInnen häufigere Psychopharmakaverschreibungen als bei nach Alter und Geschlecht vergleichbaren ambulant behandelten pflegebedürftigen PatientInnen. Auch bezüglich der deutschen Studien sind die zu den ausländischen Studien oben genannten Einschränkungen für die Vergleichbarkeit der Daten (vor allem hinsichtlich der Kategorisierung der Arzneimittel, der Bezugszeiträume und der unterschiedlichen Bewohnerpopulationen) – wenn auch in geringerem Ausmaß – zu beachten.

2.2.3 Psychopharmakaverordnungen bei dementen Alterspatienten nach stationärer psychiatrischer Behandlung

Eine Untersuchung von Wilhelm-Gößling (1998) bei 49 Alterspatienten mit Demenzerkrankungen, die in Hannover gerontopsychiatrisch-stationär behandelt und anschließend in Heime entlassen worden waren, führte unter anderen zu folgenden Ergebnissen:

In den Heimen wurden signifikant häufiger Neuroleptika gegeben als bei Klinikentlassung (an 45,5-65,9% der BewohnerInnen je nach Erhebungszeitpunkt nach Klinikentlassung gegenüber an 20,4% bei Klinikentlassung); Benzodiazepine wurden etwa doppelt so häufig verordnet (an 34,1% der BewohnerInnen). In den meisten Fällen wurden Psychopharmaka in den Heimen aufgrund von „Unruhe“, Schlafstörungen oder Aggressivität verordnet. Besonders hohe Neuroleptikadosierungen erhielten dort diejenigen Heimbewohner, deren psychiatrische Begleitsymptomatik durch diese Substanzen nicht wesentlich beeinflusst werden konnte.

2.2.4 Potentielle Einflussfaktoren und Auswirkungen von Interventionen auf den Psychopharmakagebrauch

Alter:

Die Studienergebnisse sind teilweise widersprüchlich: Sørensen et al. (2001) fand eine Zunahme der Versorgung mit Antidepressiva mit dem Alter, bei Weyerer et al. (2000a) und Riedel-Heller et al. (2001) war wiederum jüngeres Alter verknüpft mit häufigerer Antidepressiva-Gabe. Stelzner (1999), Ruths et al. (2002) und Pittrow et al. (2002) berichten von einer Abnahme des Psychopharmakaeinsatzes mit dem Alter; Weyerer (1993) und Weyerer et al. (1996) fanden hier keinen Zusammenhang.

Geschlecht:

Auch hier gibt es unterschiedliche Ergebnisse: In mehreren Studien konnte kein signifikanter Unterschied in Bezug auf den Psychopharmakakonsum festgestellt werden (Weyerer, 1993; Weyerer et al., 1996). Sørensen et al. (2001) fanden eine erhöhte Verschreibung von Antidepressiva an Männer, Weyerer et al. (2000a) an Frauen. Bei Stelzner (1999) wurden an Frauen nur halb so viele Psychopharmaka verschrieben wie an Männer.

Pflegebedürftigkeit:

Weder die Mannheimer Studie von Weyerer et al. (2000a) noch die Leipziger Heimstudie von 1999 (Stelzner) ergab eine Korrelation der Psychopharmakamedikation mit der Pflegebedürftigkeit (Barthel-Index) der HeimbewohnerInnen.

Diagnosen:

Nach Grond (1994) war nur bei 24 der 67 BewohnerInnen mit Psychopharmakagabe (von insgesamt 108 BewohnerInnen) die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung gestellt worden. Williams et al. (1999) fanden keinen Zusammenhang zwischen Psychopharmakagabe und den in der Pflegedokumentation aufgeführten Diagnosen, während die Studien von Weyerer et al. (2000a) und Sørensen et al. (2001) zumindest beim Gebrauch von Neuroleptika signifikant positive Korrelationen ergaben.

Verhaltensstörungen:

Verhaltensstörungen spielen eine entscheidende Rolle bei der Verschreibung von Psychopharmaka. Einige Studien stützen die Annahme, die Einschätzung der psychiatrischen Morbidität der BewohnerInnen aufgrund deren Verhalten durch das Pflegepersonal habe größeren Einfluß als standardisierte klinische Kriterien: Vom Personal eingeschätzte Verhaltensstörungen, die mit psychiatrischen Diagnosen nicht korrelierten, determinierten in dänischen Heimen den Gebrauch von Neuroleptika und Benzodiazepinen (Sørensen et al., 2001). In Norwegen wurden Neuroleptika in 66% der Fälle bei nicht-

psychotischen Störungen des Verhaltens bzw. psychologischen Problemen verabreicht (Ruths et al., 2002). Conn & Fansabedian (1999) fanden bzgl. der Gabe von Hypnotika/Sedativa mit Agitation und Schlaflosigkeit einen positiven, mit der Diagnose Demenz jedoch einen negativen Zusammenhang. Die Studie von Ruths et al. (2002) zeigte eine entsprechende Korrelation zwischen Schlaflosigkeit und der Gabe von Benzodiazepinen. Neuroleptikaverschreibungen korrelierten positiv mit den Verhaltensstörungen Agitation, Schlaflosigkeit, Aggression, Wahn und Schreien (Conn & Fansabedian, 1999). In der kleinen Studie von Wilhelm-Göbbling (1998) mit 49 aus gerontopsychiatrisch-stationärer Behandlung in Heime entlassener Bewohner standen Aggression, Schlafstörungen und allgemeine Unruhe in positivem Zusammenhang mit dem Gebrauch von Neuroleptika, wobei die Ergebnisse nahelegten, daß diese sogar langfristig weiter verordnet und in steigender Dosierung gegeben wurden, wenn die akzessorisch-psychiatrische Symptomatik durch die neuroleptische Behandlung nicht gebessert werden konnte oder sich verschlechtert hatte. In weiteren Studien wurden bei BewohnerInnen mit Agitiertheit, unfreundlichem Verhalten, Schlafproblemen mit nächtlichem Stören, Depressionen bzw. Umherwandern signifikant häufiger Psychopharmaka eingesetzt (Avorn & Monane, 1992; Stelzner, 1999; Weyerer et al., 1996).

Ärztliche Betreuung

Nach Beers et al. (1993) verordneten Ärzte, denen mehr Zeit während des Heimbeseuchs zur Verfügung stand, insgesamt weniger Medikamente; regelmäßige Visiten eines Psychiaters zogen eine adäquatere Medikation nach sich. Bei zeitlich höherer Präsenz von Ärzten wurden mehr Antidepressiva verschrieben (Ruths et al., 2002).

Wilhelm-Göbbling (1998) fand keinen wesentlichen Unterschied hinsichtlich Verordnungshäufigkeiten und Dosierungen zwischen Hausärzten und Nervenärzten. Nach Weyerer et al. (2000a) hing die Wahrscheinlichkeit, ein Neuroleptikum zu erhalten, in hohem Maße von der Behandlung durch einen Nervenarzt ab; unter Berücksichtigung von Kovariationen mit weiteren untersuchten Merkmalen kam man zu dem Schluß, die Einbeziehung von Nervenärzten in die medizinische Versorgung von HeimbewohnerInnen gehöre zu den Kriterien einer mit hohen Qualitätsstandards arbeitenden Einrichtung.

Heimärzte verschrieben an HeimbewohnerInnen aus allen (ATC-)Arzneimittelgruppen – nicht-opioide Analgetika, Laxantien und Anxiolytika ausgenommen – weniger Arzneimittel als die in den Heimen behandelnden Ärzte mit externer Praxis (Pittrow et al., 2003).

Fortbildung von Ärzten und/oder Pflegepersonal

Informationsprogramme und Fortbildungen für Ärzte und/oder Personal wirkten sich positiv auf die psychopharmakologische Versorgungspraxis aus (Avorn & Monane, 1992; Meador et al., 1997; Snowdon, 1999; Roberts et al., 2001; Eide & Schjot, 2001).

Personalausstattung / Heimumwelt

In einigen Studien wurde in größeren Heimen und/oder in Institutionen mit qualitativ und/oder quantitativ schlechterer Personalausstattung der Befund eines vergleichsweise höheren bzw. unsachgemäßen Psychopharmakagebrauchs signifikant häufiger gestellt (Svarstad & Mount, 1991; Avorn & Monane 1992; Damitz, 1997; Wilhelm-Göbbling, 1998; Stelzner, 1999; Svarstad & Mount, 2001). In der großangelegten Studie in Mannheim (Weyerer et al., 2000a) wurde – erstmalig im deutschen Sprachraum – neben individuellen Bewohnermerkmalen auch die Bedeutung der Heimumwelt für den Gebrauch von Psychopharmaka in Alten- und Pflegeheimen umfassend untersucht. Bei einzelnen Medikamentengruppen bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Psychopharmaka und einer Reihe institutioneller Bedingungen, wie zum Beispiel dem Anteil der psychosozialen Betreuung an der Arbeitszeit; in kleinen Einrichtungen wurden mehr Antidepressiva, in größeren Organisationseinheiten mehr Neuroleptika verschrieben; der Psychopharmakagebrauch stand dort jedoch in keinem substantiellen Zusammenhang mit Personalausstattung, Belastungserleben oder Qualifikation des Personals. Insgesamt wurden hier Bewohnermerkmale (zu denen auch der Anteil der BewohnerInnen mit nervenärztlicher Behandlung gezählt wurde) - gegenüber den ausgewählten institutionellen Bedingungen, die nur vereinzelt zu einer Verbesserung der Vorhersage beitrugen - als gewichtigere Prädiktoren für den Psychopharmakagebrauch gewertet.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zeigten in Untersuchungen einen positiven Einfluß auf die psychopharmakologische Versorgungspraxis (Schmidt et al., 1998; Svarstad & Mount, 2001; Teri & Logsdon, 2000; Teri et al., 2000; Davis et al., 2001); zu weiteren Therapieansätzen psychologischer Interventionen finden sich sehr häufig Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit (Ihl, 2002).

Reviews der verschriebenen Psychopharmaka

Regelmäßige Reviews der verschriebenen Psychopharmaka durch Ärzte (Khunti & Kinsella, 2000) oder Pharmazeuten (Furniss et al., 2000, Roberts et al., 2001) waren geeignete Instrumente zur Optimierung der Verschreibung von Psychopharmaka.

Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Für das Greifen von Maßnahmen zur Verbesserung der psychopharmakologischen Behandlungspraxis kommt der multidisziplinären Zusammenarbeit von ÄrztInnen, Pflegepersonal, BewohnerInnen, Angehörigen und Heimverwaltung eine zentrale Bedeutung zu (O'Connor & O'Connor, 1999; Schmidt & Svarstad, 2002).

Staatliche Regularien

In den Vereinigten Staaten wurden 1987 verschärfte Richtlinien verabschiedet, die BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen vor medizinisch unnötigen physischen oder chemischen Freiheitsbeschränkungen schützen sollten (OBRA: Omnibus Budget Reconciliation Act, vgl. Gurvich & Cunningham, 2000):

- Vor der Verschreibung von Psychopharmaka müssen medikamentöse, umgebungsbedingte oder psychosoziale Gründe für Verhaltensstörungen ausgeschlossen und nichtpharmakologische Behandlungsmöglichkeiten versucht werden.
- Diagnosen und spezifische Zielsymptome oder –verhaltensstörungen müssen dokumentiert, die Wirksamkeit der Arzneimitteltherapie überwacht werden.
- Spezifische Dosierungsgrenzen sind einzuhalten und es müssen periodische Dosierungsreduktionen und Auslassversuche durchgeführt werden, es sei denn, spezifische Ausnahmebedingungen liegen vor.
- Nebenwirkungen (insbesondere von Neuroleptika) sind zu überwachen.
- Bei Verschreibung von Arzneimitteln, die nicht den Richtlinien entsprechen, ist deren medizinische Notwendigkeit zu dokumentieren.
- Neuroleptika sind im allgemeinen nur für Psychosen oder psychotische Symptome zu verwenden.
- Bei Demenz dürfen Neuroleptika gegeben werden, wenn die Verhaltensauffälligkeiten eine Fremd- oder Selbstgefährdung beinhalten.
- Neuroleptika sind nicht zur Behandlung von Schlafstörungen, Unruhe, unkooperativem Verhalten oder als Bedarfsmedikation geeignet.
- Zur Unterstützung von Ärzten und Einrichtungen prüft ein ansässiger Apotheker monatlich alle Pflegedokumentationen.
- Die Einhaltung der Richtlinien wird jährlich offiziell überprüft.

Die Regelungen führten unter anderem zu einem gesteigerten Bewusstsein hinsichtlich der Indikationen und Nebenwirkungen von Neuroleptika und zu einer Gesamtabnahme von deren Gebrauch um nahezu ein Drittel.

3. ZIELE DER ARBEIT

Es ist Ziel der Arbeit, Informationen über die psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Pflegeheimen zu gewinnen, die als Beitrag für die Diskussion, ob und gegebenenfalls in welcher Hinsicht hier Verbesserungsbedarf bzw. Verbesserungsmöglichkeiten bestehen, dienen können.

Zu diesem Zweck sollen Medikation mit Psychopharmaka und weitere vor allem bewohnerInnen- und am Rande auch stationsbezogene Merkmale erfasst und auf mögliche Zusammenhänge hin untersucht werden.

Weiterhin soll bei BewohnerInnen, die in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden waren, geprüft werden, ob – wie in der Untersuchung von Wilhelm-Gößling (1998) (vgl. 2.2.3) in Hannover – auch in München Psychopharmaka in den Heimen deutlich häufiger bzw. höher dosiert verordnet werden als von den vorbehandelnden psychiatrischen Krankenhäusern bei Entlassung empfohlen.

4. MATERIAL UND METHODEN

4.1 Größe und Struktur der Stichproben

Innerhalb der Stadtgrenze Münchens werden 48 Einrichtungen mit stationären Pflegeabteilungen geführt. Davon gibt es in 9 Heimen beschützende Abteilungen (mit Zugangs/Ausgangssperre) und in 3 Heimen gerontopsychiatrische Wohngruppen (Information des Sozialreferates München auf Basis der Bayerischen Heimstatistik, Stand 7.2000).

Von den 7 Heimen privater Trägerschaft beteiligte sich 1 Heim (mit 2 Stationen) an der Studie; die weiteren Münchener Heimträger waren mit je mindestens 50% ihrer Heime mit stationären Pflegeabteilungen vertreten. Zur Teilnahme an der **Basiserhebung** (1 Stichtag) erklärten sich 26 der insgesamt 48 Einrichtungen mit je 1 Station, 4 Heime zur Teilnahme mit je 2 Stationen und 1 Heim zur Teilnahme mit 3 Stationen (3 gerontopsychiatrische Wohngruppen mit jeweils geringer Bewohnerzahl) bereit; insgesamt ergab dies eine Heimzahl von 31 bzw. eine Stationenzahl von 37 bzw. eine BewohnerInnenzahl von 980 (von insgesamt 5.992 in München) für die Basiserhebung. Die Stationen umfassten je durchschnittlich 26 BewohnerInnen (sd 10; 9-51 Bew.). Von den an der Basiserhebung beteiligten 31 Heimen nahmen wiederum 13 Heime mit je 1 Station und 2 Heime mit je 2 Stationen mit insgesamt 440 BewohnerInnen an der **Erweiterten Erhebung** (1 weiterer Stichtag auf einer Station, die bereits in die Basiserhebung einbezogen worden war) teil:

Tabelle 4: Anzahl der Heime/Stationen/BewohnerInnen mit Pflege in München/den Stichproben

	München gesamt:	Davon: Stichprobe für die Basiserhebung (1 Stichtag)	Wiederum davon: Stichprobe für die Erweiterte Erhebung (1 weiterer Stichtag)
	Heime mit stationären Pflegeplätzen	Heime mit stationären Pflegeplätzen	Heime mit stationären Pflegeplätzen
Anzahl der Heime	48 <u>davon</u> Heime mit: Beschützen- Geronto- der Station psychiatr. Wohn- gruppen 9 3	31 (erhoben: 37 Pflegestationen) <u>davon</u> Heime mit: Beschützen- Geronto- der Station psychiatr. Wohn- gruppen 5 2 (5 Stationen) (5 Stationen)	15 (erhoben: 17 Pflegestationen) <u>davon</u> Heime mit: Beschützen- Geronto- der Station psychiatr. Wohn- gruppen 4 1 (4 Stationen) (1 Station)
Anzahl der Pflege- Plätze /Fälle	5.992 <u>davon</u> in: Beschützen- G. Wohn- der Station gruppen 304 72	980 <u>davon</u> in: Beschützen- G. Wohn- der Station gruppen 138 52	440 <u>davon</u> in: Beschützen- G. Wohn- der Station gruppen 99 10

4.2 Untersuchungsablauf, Methoden, Erhebungsinstrumente

Die umfassende Untersuchung der freiheitsentziehenden Maßnahmen erfolgte durch Befragungen auf Stations- und Pflegemanagementebene und durch ergänzende sogenannte „teilnehmende Beobachtungen“, auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden soll.

Im Rahmen der **Basiserhebung (37 Stationen; n=980)** wurden die Stationsleitungen bzw. deren VertreterInnen an einem Stichtag – Stichtag 1 - zwischen Ende März 2001 und Mitte Juli 2001 schriftlich befragt (Fragebögen für die BewohnerInnen- bzw. Stationsebene: vgl. 10.1.1 bzw. 10.1.2); die Wahl des Erhebungstages war freigestellt, sollte aber einer üblichen Wochentagsituation bezüglich Personalstand und Auslastung entsprechen. Es wurden 2 Schulungstermine zur Bearbeitung der entsprechenden Fragebögen angeboten, die jedoch nur von etwa 1/3 der Heime wahrgenommen wurden; die übrigen Heime wurden telefonisch instruiert.

Im Rahmen der **Erweiterten Erhebung (17 Stationen; n=440)** wurden die Stationsleitungen bzw. deren VertreterInnen an einem weiteren Stichtag – maximal 1 Woche nach Stichtag 1: Stichtag 2 – persönlich durch mich befragt (Fragebögen für die BewohnerInnen- bzw. Stationsebene: vgl. 10.1.3 bzw. 10.1.4).

Die Erhebung sämtlicher unter 4.2 genannter Daten erfolgte in anonymisierter Form; die Identität der BewohnerInnen wurde von den Heimen vor Weitergabe mittels eines Zahlencodes verschlüsselt.

Im Folgenden werden ausschließlich diejenigen Teile der Befragungen dargestellt bzw. ausgewertet, die von mir selbständig erarbeitet worden waren und in die Studie neu aufgenommen wurden bzw. mit den vom „Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung“ bereits ursprünglich geplanten Untersuchungen praktisch übereinstimmten.

Als **Bezugszeitraum** für die Fragen wurden – falls nichts anderes angegeben - die dem Stichtag 1 vorangegangenen 28 Tage festgelegt.

Folgende Parameter wurden abgefragt:

4.2.1 BewohnerInnenbezogene Fragen / Basiserhebung (980 BewohnerInnen)

Soziodemographische Daten und allgemeine Informationen

- Alter
- Geschlecht
- Heimaufnahmedatum
- Bewohnerstatus (-> *Stationäre-/Kurzzeitpflege*)
- Kontinuierliche Anwesenheit (d.h. keine mehr als 48-stündige durchgehende Abwesenheit) im Bezugszeitraum (-> *ja/nein*)

Unterbringung in Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmern

Besuche von Verwandten und/oder Bekannten im Bezugszeitraum

(siehe. 4.3 Eingesetzte standardisierte Erhebungsinstrumente)

Pflegestufe, körperliche und geistige Fähigkeiten/Beeinträchtigungen und Erkrankungen

- Pflegestufe
- Verhaltensstörungen im Bezugszeitraum
(siehe. 4.3 Eingesetzte standardisierte Erhebungsinstrumente)
- Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit
(siehe. 4.3 Eingesetzte standardisierte Erhebungsinstrumente)
- Kognitive Beeinträchtigungen im Bezugszeitraum / Demenzerkrankungen
(siehe. 4.3 Eingesetzte standardisierte Erhebungsinstrumente)
- Ärztliche Diagnosen entsprechend der aktuellen Pflegedokumentation

Medikation am Stichtag (inkl. Angabe von Stärke, Darreichungsform, Dosierung und Information über Regel bzw. Bedarfsmedikation)

Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus unmittelbar vor Heimaufnahme oder später (ja/nein) und falls ja: Datum des letzten Psychiatrieaufenthaltes, Name des Krankenhauses und verordnete Medikamente zum Zeitpunkt exakt 3 Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus ins Heim. Die Wahl des Zeitpunktes „nach 3 Monaten“ orientiert sich an den Ergebnissen von Wilhelm-Göbbling (1998): Nach 3 Monaten war (gegenüber den Stichtagen nach 2 Wochen, 4 Wochen bzw. 6 Monaten) eine maximale Diskrepanz zwischen den Neuroleptikaverordnungen entsprechend den Therapieempfehlungen der Krankenhäuser und den späteren Verordnungen in den Heimen festgestellt worden.

4.2.2 Stationsbezogene Fragen / Basiserhebung (37 Stationen)

Ist-Arbeitszeit am Stichtag

Die Arbeitszeit folgender Mitarbeiter wurde abgefragt: Examierte Kräfte, PflegehelferInnen, Pflegekräfte ohne Pflegefachausbildung, dem Wohnbereich zugeordnete Zeiten durch Hauswirtschaftspersonal, anteiliges Deputat von Sozialdienst/Therapeuten, PraktikantInnen, SchülerInnen, Zivildienstleistende und ggf. Sonstige auf der jeweils teilnehmenden Station.

4.2.3 BewohnerInnenbezogene Fragen / Erweiterte Erhebung (440 BewohnerInnen)

Soziodemographische Daten

- Aufenthalt vor der Pflegestation – zwischenzeitliche Krankenhausaufenthalte von <6 Monaten unberücksichtigt (-> *Privathaushalt/Betreutes Wohnen, Anderes Heim, Wohnbereich des Heimes*)
- Art der Krankenversicherung (-> *gesetzlich, privat, nicht versichert*)
- Familienstand

BewohnerInnenumgebung

- Persönliche Einrichtungsgegenstände im Zimmer des/der Bewohners/in (-> *nein, ja*)
- Probleme durch Lärmbelästigung, dauerhafte unangenehme Gerüche oder ungünstige klimatische Bedingungen im Bezugszeitraum (-> *nein, ja*)
- Ausblick aus dem Fenster des/der Bewohners/in überwiegend auf Straßen/Gewebegebiet/Hochhäuser bzw. auf Grünanlagen/kleine Wohneinheiten/Gärten

Psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung (über die psychosozialen Hilfen im Rahmen der üblichen Pflegeroutine hinausgehend / durchschnittliche Stundenzahl pro Woche im Bezugszeitraum)

- Heiminterne Einzelbetreuung
- Heiminterne Gruppenbetreuung: Angebot nur für ausgewählte BewohnerInnen
- Teilnahme an heiminternem Gruppen–Aktivprogramm (z.B. Singen, Bewegung, Basteln, Kochen, Vorlesen, Spielen, nicht: Kirchenbesuch):
Angebot für alle BewohnerInnen
- Einzelbetreuung durch Ehrenamtliche
- Teilnahme an Gruppen–Aktivprogramm (z.B. Singen, Bewegung, Basteln, Kochen, Vorlesen, Spielen, nicht: Kirchenbesuch):
Angebot für alle BewohnerInnen / Leitung durch Ehrenamtliche
- Rehatherapeutische Maßnahmen Einzel (Krankengymnastik, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie)
- Privat bezahlte Einzelbetreuung

Zeit außerhalb des eigenen Zimmers/im Freien

- Zeit, die der/die Bewohner/in im Bezugszeitraum außerhalb seines/ihres Zimmers verbrachte ggf. in durchschnittlichen Stunden pro Tag
- Zeit, die der/die Bewohner/in im Bezugszeitraum für mindestens 5 Minuten pro Tag im Freien (z.B. Garten/Park/Balkon) verbrachte ggf. an durchschnittlichen Tagen pro Woche

Betreuende Ärzte/Visiten

- Visitenhäufigkeit des behandelnden Hausarztes bzw. eines Neurologen/Psychiaters persönlich bei dem/der Bewohner/in im Bezugszeitraum
- Häufigkeit mit der der behandelnde Hausarzt bzw. Neurologe/Psychiater das Heim im Bezugszeitraum besuchte, den/die Bewohner/in nicht persönlich visitierte, jedoch das Personal nach dessen/deren Befinden befragte
- Bei Visiten im Bezugszeitraum: Einbeziehung des Personals in die Visiten des Hausarztes bzw. Neurologen/Psychiaters
(-> *nie, gelegentlich (<Hälfte der Visiten), häufig (>Hälfte der Visiten)*)
- Bei Visiten im Bezugszeitraum: Visitendauer des Hausarztes bzw. Neurologen/Psychiaters bei dem/der Bewohner/in
- Anteil der BewohnerInnen pro Station, die der betreuende Hausarzt insgesamt betreut

Medikation

- Verabreichung von Placebopräparaten, die Einfluß auf Schlaf, Verhalten oder Gemütsstimmung haben sollten, im Bezugszeitraum (-> *nein, ja; ggf. Häufigkeit*)
- Weitere Medikamente, die im 28-tägigen Bezugszeitraum über die für Stichtag 1 angegebenen Medikamente hinaus gegeben/eingenommen wurden
- Ergänzend jeweils zu den Medikamenten, die am Stichtag vergeben/eingenommen wurden und synthetische Psychopharmaka (Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika oder Antidepressiva) sind:
 Fachrichtung der verschreibenden Ärzte (-> *Allgemein-/Hausärzte, Neurologen/Psychiater, Sonstige*);
 Zeitlich letzte Überprüfung der Verschreibung durch einen Arzt;
 Einnahmedauer;
 Verabreichungstageszeiten (-> *tagsüber/nicht abends; nur abends/nachts; tagsüber und abends/nachts*);
 Verschreibungsinitiative (-> *Verordnung vorwiegend auf Initiative/Empfehlung/Wunsch von verordnendem Arzt / Arzt-Personal / Arzt-Patient / Arzt-Angehörige / Psychiatrischer Klinik / Sonstiger Klinik / Sonstigen*);

4.2.4 Stationsbezogene Fragen / Erweiterte Erhebung (17 Stationen)

Übergabegespräche

Stattfinden von überwiegend arbeitsbezogenen Übergabegesprächen mit routinemäßig festgelegtem Ablauf (-> *nein, ja*) und ggf. Angabe, bei welchen Schichtwechseln diese durchgeführt werden und wie lange diese durchschnittlich dauern.

Fallbesprechungen

Regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen (-> *nein, ja*)

Frühere Tätigkeit des Personals in einer psychiatrischen Einrichtung

Frühere Tätigkeit einer auf der Station beschäftigten Pflegefachkraft oder PflegehelferIn in einer psychiatrischen Einrichtung für 3 Monate oder länger (-> *nein, ja*) und ggf. Anzahl dieser Personen

Geschätzte prozentuale Anteile bestimmter Tätigkeiten an der Arbeitszeit

Grundpflege; Dienstgespräche mit KollegInnen und Angehörigen/Teambesprechungen; Dokumentation/Buchführung; Gespräche bzw. (nicht primär pflegerische) Beschäftigung mit den HeimbewohnerInnen (im Sinne psychosozialer Hilfen im Rahmen der üblichen Pflegeroutine).

Die Fragestellungen zu „Übergabegespräche“ und „Geschätzte prozentuale Anteile bestimmter Tätigkeiten an der Arbeitszeit“ wurden vollinhaltlich aus den Fragebögen, die der Untersuchung von Weyerer et al. (2000a) zugrundelagen, übernommen.

4.2.5 Nacherhebung Therapieempfehlung Psychiatrie

Ursprünglich war vorgesehen, für die BewohnerInnen, die unmittelbar vor oder nach Heimaufnahme einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen waren, die Empfehlung des entsprechenden Krankenhauses zur weiteren Medikation bei Entlassung aus dem letzten Krankenhausaufenthalt bei den jeweiligen Krankenhäusern zu erfragen. Nachdem sich herausgestellt hatte, daß die Therapievorschlüsse der Krankenhäuser in der Regel auch in den Heimen vorliegen, wurden diese in den später erhobenen Stationen noch während der Erweiterten Erhebung, zu einem großen Teil jedoch erst in einem späteren Zeitraum zwischen September 2001 und Dezember 2001 vor Ort erhoben, was leider zur Folge hatte, daß ein Teil der betroffenen BewohnerInnen zu dem Nacherhebungszeitpunkt aus der betreffenden Station ausgezogen oder verstorben war, so daß die entsprechenden Therapievorschlüsse den Stationen nicht mehr vorlagen und zum größten Teil in vertretbarem Aufwand nicht mehr beschaffbar waren.

4.3 Eingesetzte standardisierte Erhebungsinstrumente

4.3.1 Besuchshäufigkeit / Verhaltensstörungen

Sämtliche Items – mit Ausnahme der Frage zu den Weglauftendenzen - sind dem von Zimber et al. (1996) in Anlehnung an das CAMDEX-Inventar (Cambridge Mental Disorder of the Elderly Examination) (Roth et al., 1986) entwickelten Fragebogen entnommen:

Besuchshäufigkeit: Erhielt der/die Bewohner/in in den letzten 28 Tagen Besuche von Verwandten und/oder Bekannten ? -> nein, gelegentlich (bis zu 4mal), häufig (mehr als 4mal)

Depression: War sie/er in den letzten 28 Tagen traurig oder depressiv ?
-> nie, gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit), häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)

Ängstlichkeit: War sie/er in den letzten 28 Tagen ängstlich ?
-> nie, gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit), häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)

Gereiztheit: War sie/er in den letzten 28 Tagen gereizt ?
-> nie, gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit), häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)

Agitiertheit: War sie/er in den letzten 28 Tagen unruhig und hatte Probleme, längere Zeit stillzusitzen ?
-> nie, gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit), häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)

Ein- oder Durchschlafprobleme: Hatte sie/er in den letzten 28 Tagen Ein- oder Durchschlafprobleme ?
-> nie, gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit), häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)

Nächtliches Stören: Störte sie/er nachts durch auffälliges Verhalten, z.B. lautes Reden, Schreien ?
-> nie, gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit), häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)

Mißtrauen: Zeigte sie/er in den letzten 28 Tagen Mißtrauen gegenüber Personal oder Verwandten ? -> nein, ja

Wahn: Hatte sie/er in den letzten 28 Tagen Wahnvorstellungen oder Halluzinationen ?
-> nein, ja

Apathie: War sie/er in den letzten 28 Tagen leidenschafts-/teilnahmslos ?
-> nie, gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit), häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)

Aggression: Zeigte sie/er in den letzten 28 Tagen aggressives Verhalten ?

Aggressive Äußerungen: -> nein, ja

Aggressive Handlungen gegen Sachen: -> nein, ja

Aggressive Handlungen gegen Personen: -> nein, ja

Weglauftendenzen: Zeigte sie/er in den letzten 28 Tagen Weglauftendenzen ? -> nein, ja

Kooperationsverhalten: Gab es in den letzten 28 Tagen Probleme in der Kooperation mit dem Pflegepersonal oder anderen Heimbewohnern ? -> nein, ja

Alkoholkonsum: Trank sie/er in den letzten 28 Tagen Alkohol ?
-> nein-keinerlei Alkoholkonsum; ja, jedoch sehr mäßiger Konsum (kein Alkoholmißbrauch); ja, in erheblichem Maße (Alkoholmißbrauch ist anzunehmen)

4.3.2 Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit

Neben der Antwortmöglichkeit

Nicht beantwortbar, Einwilligungsfähigkeit und/oder Bewegungsfähigkeit unklar

standen folgende Unterscheidungskategorien zur Auswahl:

Der/die Bewohner/in ist einwilligungsfähig;

Der/die Bewohner/in ist nicht einwilligungsfähig, aber bewegungsfähig;

Der/die Bewohner/in ist nicht einwilligungsfähig und nicht bewegungsfähig;

Diese 3 Kategorien sind den gemeinsamen „Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen“ / “Empfehlungen für Pflegekräfte“ der Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern, der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege (LH München), der Betreuungsstelle beim Sozialreferat, der Heimaufsicht beim Kreisverwaltungsreferat, des Referates für Gesundheit und Umwelt und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (2001) entnommen.

Die Frage wurde aufgenommen, weil die Einwilligungsfähigkeit und die willkürliche Bewegungsfähigkeit des Bewohners für die rechtliche Bewertung und Legitimation von freiheitsentziehenden Maßnahmen von Bedeutung ist: Sofern der Bewohner einwilligungsfähig ist, können Maßnahmen mit freiheitsentziehender bzw. freiheitseinschränkender Wirkung, wie etwa das Aufstellen des Bettgitters aus Schutzbedürfnis, durch den Betroffenen selbst entschieden werden und erfordern keine Genehmigung durch Dritte. Bei willkürlicher Bewegungsunfähigkeit entfällt in der Regel der Freiheitsentzug.

Die rechtliche Bewertung der freiheitsentziehenden Maßnahmen ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Ursprünglich war hier von mir die Aufnahme der international gebräuchlichen Skala zur Messung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ nach Mahoney & Barthel (1965) vorgesehen, die jedoch aus Praktikabilitätsgründen entfallen mußte. Die Auswertung der Frage zur Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit kann nun zumindest bei nicht-einwilligungsfähigen BewohnerInnen Aufschluß über deren Bewegungs- bzw. Bewegungsunfähigkeit geben, die wiederum Einfluß auf die Medikation haben könnte.

4.3.3 Kognitive Beeinträchtigungen / Demenzerkrankungen

Die Beurteilung der kognitiven Verfassung der BewohnerInnen durch das Pflegepersonal erfolgte anhand der folgenden 8 modifizierten Items zur Fremdbeurteilung dementieller Symptome aus dem CAMDEX-Inventar (Cambridge Mental Disorder of the Elderly Examination) (Roth et al., 1986).

Erkannte er/sie Bekannte/Angehörige/Personal ?

Kannte er/sie Bekannte/Angehörige/Personal mit Namen ?

Reagierte er/sie auf den eigenen Namen ?

Konnte er/sie sich erinnern, was sich in den letzten Tagen ereignet hat ?

Verwechselte er/sie Personen und weiß er/sie manchmal nicht, wo er/sie ist ?

Hatte er/sie Schwierigkeiten, sich im Zimmer zu orientieren ?

Hatte er/sie Schwierigkeiten, sich im Heim zu orientieren ?

Hatte er/sie Schwierigkeiten, sich in der Heimumgebung zu orientieren ?

Sofern die jeweilige Beeinträchtigung auftrat, wurde für das jeweilige Item 1 Punkt vergeben, so daß insgesamt ein maximaler Summenwert von 8 Punkten möglich war.

BewohnerInnen mit 0-2 Punkten wurden den Nicht-Demenzfällen zugeordnet, BewohnerInnen mit 3-8 Punkten den Demenz-Fällen.

Das vorliegende Instrument wurde von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim anlässlich einer Studie über Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe entwickelt (Weyerer et al., 2000b).

Zur Beurteilung der Güte der Personaleinschätzungen waren von Weyerer et al. für eine Stichprobe von 377 BewohnerInnen parallele unabhängige diagnostische Expertenurteile eingeholt worden, die sich wiederum auf das Clinical Dementia Rating (CDR) (Hughes et al., 1982) stützten. Für die Pflegekräfte-Kurzskala wurde ein Cut-off zwischen 2 und 3 Punkten gewählt (0-2 keine bzw. fragliche Demenz nach CDR; 3-8 mittelschwere bis schwere Demenz nach CDR), der die höchste Trefferquote für Demenz- und Nicht-Demenz-Fälle aufwies. Mit einer Sensitivität von 93%, einer Spezifität von 84,5% und einem Kappa-Wert von $k=0.77$ (Konkordanzmaß, das auch zufällige Übereinstimmungen berücksichtigt), wurde die Qualität von anerkannten Screening-Instrumenten erreicht.

4.4 Methoden zur Auswertung der Daten

4.4.1 Zusammenhänge zwischen der Medikation

mit Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/Sedativa bzw. Antidepressiva und bewohnerInnenbezogenen Daten

Zur Schätzung der Häufigkeit des Gebrauchs von Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/Sedativa und Antidepressiva in Abhängigkeit von bewohnerInnenbezogenen Parametern wurden die Daten mit Hilfe der multivariaten logistischen backward Regression ausgewertet.

Als mögliche Prädiktoren wurden die Merkmale

Alter

Geschlecht und

Heimaufenthaltsdauer

stets erfasst;

die folgenden bewohnerInnenbezogenen Merkmale gingen in diese Analyse ein, falls sie in der bivariaten Analyse (Chi-Quadrat-Test / Mann-Whitney-U-Test / Exakter Test nach Fisher / Mantel-Haenszel-Test) mit dem Psychopharmakagebrauch in signifikantem ($p < 0,05$) Zusammenhang standen:

Unterbringung in Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmern

Besuche von Verwandten und/oder Bekannten

Pflegestufe

Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit

Kognitive Beeinträchtigungen / Demenzerkrankungen

Verhaltensstörungen: Einschätzung durch das Pflegepersonal

Psychische und Verhaltensstörungen: Diagnosen entsprechend der aktuellen

Pflegedokumentation (gruppiert: ICD F00-09 / F10-19 / F20-F29 / F30-39 / F40-99)

und für die in der Erweiterten Erhebung erfaßten BewohnerInnen zusätzlich:

Krankenversicherung

Familienstand

Heiminterne psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung einzeln oder in einer definierten Gruppe (ja/nein)

Teilnahme an heiminternem Gruppen-Aktivprogramm (ja/nein)

Zeit außerhalb des eigenen Zimmers (0,0h / >0,0-2,0h / >2,0-4,0h / ... / >10,0h)

Zeit im Freien (durchschnittliche Tage / Woche)

Visiten des betreuenden Hausarztes persönlich bei dem/der BewohnerIn (ja/nein)

Visiten durch einen Neurologen/Psychiater persönlich bei dem/der BewohnerIn (ja/nein)

Anteil der BewohnerInnen, die der Hausarzt pro jeweiliger Station betreut (gruppiert: 0-20,0% / >20,0-60,0% / >60,0-100%)

4.4.2 Zusammenhänge zwischen der Medikation mit Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/Sedativa bzw. Antidepressiva und stationsbezogenen Daten

Die wenigen erhobenen stationsbezogenen Parameter wurden bivariat auf mögliche Zusammenhänge (Korrelationen nach Spearman bzw. Mann-Whitney-U-Test) mit dem Einsatz von Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/Sedativa und Antidepressiva (Verwendung jeweils der aggregierten Daten pro Station, also z.B. des prozentualen Anteils der BewohnerInnen mit Neuroleptika pro Station) untersucht:

Durchschnittswert der Gesamtarbeitsminuten/belegtem Platz

und für die in der Erweiterten Erhebung erfassten BewohnerInnen zusätzlich:

Dauer der Übergabegespräche (min)

Durchführung von regelmäßigen Fallbesprechungen (ja/nein)

Geschätzte prozentuale Anteile von Grundpflege, Dienstgesprächen, Dokumentation bzw. psychosozialer Hilfen im Rahmen der üblichen Pflegeroutine an der Gesamt-Arbeitszeit

4.4.3 Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus - Vergleich der Therapieempfehlung bei Entlassung und der Verordnung 3 Monate später im Heim

Der Vergleich der Therapieempfehlung für die Regel- bzw. Bedarfsmedikation von Psycholeptika (Neuroleptika, Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa), Psychoanaleptika (Antidepressiva, Psychostimulanzien/Nootropika, Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination und Antidementiva) und Phasenprophylaktika zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus mit den entsprechenden Verordnungen 3 Monate nach Entlassung ins Heim, erfolgte unter Verwendung des McNemar-Tests (Häufigkeit der Verordnungen) bzw. des Wilcoxon Rank Tests (DDD-Dosierungen).

5. ERGEBNISSE

5.1 Ergebnisse aus den bewohnerInnenbezogenen Fragen / Untersuchungsstichproben: 980 bzw. 440 BewohnerInnen der Basis- bzw. Erweiterten Erhebung

5.1.1 Ausschlußkriterien

Aufgrund der folgenden **Ausschlußkriterien** wurden im Rahmen der Basiserhebung von den für 980 BewohnerInnen erhobenen Daten die Daten von **888 BewohnerInnen** ausgewertet; analog wurden im Rahmen der Erweiterten Erhebung von den für 440 BewohnerInnen erhobenen Daten die Daten von **397 BewohnerInnen** ausgewertet:

- Heimaufnahme vor weniger als 4 Wochen
Basiserhebung: zutreffend in 24 Fällen / fehlende Angaben in 5 Fällen
Erweiterte Erhebung: zutreffend in 9 Fällen / fehlende Angaben in 4 Fällen
- Kurzzeitpflege
Basiserhebung: zutreffend in 4 Fällen / fehlende Angaben in 3 Fällen
Erweiterte Erhebung: zutreffend in 1 Fall / fehlende Angabe in 1 Fall

Es wird angenommen, daß BewohnerInnen, die erst seit kurzem oder nur für kurze Zeit der neuen Heimumgebung ausgesetzt sind, ein gegenüber den länger anwesenden HeimbewohnerInnen unterschiedliches Verhaltensmuster zeigen und umgekehrt auch die „Heimumgebung“ (v.a. Personal und ggf. neu betreuende Ärzte) mit dem/der BewohnerIn unzureichend vertraut ist und daher insbesondere auch die entsprechende Medikation nicht repräsentativ für die Gesamtstichprobe wäre.

- Ein- oder mehrmalige 48-stündige durchgehende Abwesenheit im Bezugszeitraum:
Basiserhebung: zutreffend in 57 Fällen / fehlende Angaben in 11 Fällen
Erweiterte Erhebung: zutreffend in 30 Fällen / fehlende Angaben in 5 Fällen
Bei entsprechender Abwesenheit ist in der Regel von einem Krankenhausaufenthalt der/des Bewohnerin/s oder selten von Besuch(en) bei Verwandten/Bekanntem auszugehen, was jeweils ebenso zu einem gegenüber den übrigen BewohnerInnen abweichenden bzw. während des Bezugszeitraums diskontinuierlichen Verhaltensmuster führen könnte.
- Fehlende Angaben zur Medikation:
Basiserhebung: 1 Fall; Erweiterte Erhebung: 1 Fall

5.1.2 Soziodemographische Daten

5.1.2.1 Altersverteilung (vgl. folgende Tabelle)

Basiserhebung: Das Durchschnittsalter lag bei 84,4 Jahren (sd 8,5; 42-105 J); der größte Anteil der BewohnerInnen (48,2%) war zwischen 80-89 Jahre alt.

Erweiterte Erhebung: Das Durchschnittsalter lag bei 84,4 Jahren (sd 8,0; 51-105 J); der größte Anteil der BewohnerInnen (49,1%) war zwischen 80-89 Jahre alt.

5.1.2.2 Geschlecht (vgl. folgende Tabelle)

Der Frauenanteil lag sowohl in der Basiserhebung (79,2%) als auch in der Erweiterten Erhebung (77,3%) deutlich über dem der Männer.

5.1.2.3 Heimaufenthaltsdauer (vgl. folgende Tabelle)

Basiserhebung: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 3,7 Jahren (sd 4,1; 0,09-27,9 J); die meisten BewohnerInnen (24,8%) lebten seit 1-2 Jahren im Heim.

Erweiterte Erhebung: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 4,0 Jahren (sd 4,4; 0,09-27,0 J); die meisten BewohnerInnen (25,9%) lebten seit 1-2 Jahren im Heim.

Tabelle 5: Altersverteilung, Geschlecht, Heimaufenthaltsdauer

	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
	n	%	n	%
Altersverteilung				
40 - 59 Jahre	10	1,1	7	1,8
60 - 69 Jahre	36	4,1	12	3,0
70 - 79 Jahre	170	19,1	68	17,1
80 - 89 Jahre	428	48,2	195	49,1
90 - 99 Jahre	237	26,7	114	28,7
100 J. und älter	7	0,8	1	0,3
Gesamt:	888	100,0	397	100,0
Geschlecht				
weiblich	703	79,2	307	77,3
männlich	179	20,2	89	22,4
Angabe fehlt	6	0,7	1	0,3
Gesamt:	888	100,0	397	100,0
Heimaufenthaltsdauer				
> 1 Monat bis 1 Jahr	169	19,0	71	17,9
> 1 bis 2 Jahre	220	24,8	103	25,9
> 2 bis 3 Jahre	130	14,6	65	16,4
> 3 bis 4 Jahre	102	11,5	31	7,8
> 4 bis 5 Jahre	70	7,9	29	7,3
> 5 bis 6 Jahre	43	4,8	18	4,5
> 6 bis 7 Jahre	33	3,7	18	4,5
> 7 bis 8 Jahre	12	1,4	3	0,8
> 8 bis 9 Jahre	29	3,3	10	2,5
> 9 bis 10 Jahre	19	2,1	10	2,5
> 10 Jahre	61	6,9	39	9,8
Gesamt:	888	100,0	397	100,0

5.1.3 Unterbringung in Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmern

Basiserhebung: 45,7% der BewohnerInnen lebten in Einzelzimmern, 54,2% in Doppelzimmern. Erweiterte Erhebung: 57,2% der BewohnerInnen lebten in Einzelzimmern, 42,6% in Doppelzimmern. Die BewohnerInnen waren in keinem Fall zu dritt oder zu noch mehreren in einem Zimmer untergebracht.

Tabelle 6:

Unterbringung in Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmern

	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
	n	%	n	%
Einzelzimmer	406	45,7	227	57,2
Doppelzimmer	481	54,2	169	42,6
Angabe fehlt	1	0,1	1	0,3
Gesamt:	888	100,0	397	100,0

5.1.4 Besuche von Verwandten und/oder Bekannten im 28-tägigen Bezugszeitraum

Basiserhebung und Erweiterte Erhebung: Beinahe die Hälfte der BewohnerInnen erhielt jeweils häufigen Besuch (mehr als 4mal).

Tabelle 7:

Besuchshäufigkeit

	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
	n	%	n	%
nein	133	15,0	72	18,1
gelegentlich (bis zu 4mal)	324	36,5	137	34,5
häufig (mehr als 4mal)	429	48,3	188	47,4
Angabe fehlt	2	0,2	0	0,0
Gesamt:	888	100,0	397	100,0

5.1.5 Pflegestufe, körperliche und geistige Fähigkeiten/Beeinträchtigungen und Erkrankungen

5.1.5.1 Pflegestufe

Basiserhebung und Erweiterte Erhebung: Etwa die Hälfte der BewohnerInnen war in Pflegestufe 2 und je etwa ¼ der BewohnerInnen in Pflegestufe 1 bzw. 3 eingestuft.

Tabelle 8:

Pflegestufe

	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
	n	%	n	%
kein Antrag bzw. kein Antragsergebnis	5	0,6	2	0,5
Pflegestufe 0	28	3,2	14	3,5
Pflegestufe 1	196	22,1	90	22,7
Pflegestufe 2	427	48,1	195	49,1
Pflegestufe 3	229	25,8	95	23,9
Pflegestufe 3 / Härtefall	3	0,3	1	0,3
Gesamt:	888	100,0	397	100,0

5.1.5.2 Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit

Basiserhebung: 50,1% der BewohnerInnen wurden vom Pflegepersonal als nicht einwilligungsfähig eingestuft, wovon wiederum für etwa 62,5% Bewegungsfähigkeit und für etwa 37,5% fehlende Bewegungsfähigkeit angegeben wurde.

Erweiterte Erhebung: 48,1% der BewohnerInnen wurden vom Pflegepersonal als nicht einwilligungsfähig eingestuft, wovon wiederum für etwa 65,4% Bewegungsfähigkeit und für etwa 34,6% fehlende Bewegungsfähigkeit angegeben wurde.

Tabelle 9:

Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit

	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
	n	%	n	%
einwilligungsfähig	423	47,6	198	49,9
nicht einwilligungsfähig, aber bewegungsfähig	278	31,3	125	31,5
nicht einwilligungsfähig, nicht bewegungsfähig	167	18,8	66	16,6
nicht beantwortbar	19	2,1	8	2,0
keine Angabe	1	0,1	0	0,0
Gesamt:	888	100,0	397	100,0

5.1.5.3 Kognitive Beeinträchtigungen / Demenzerkrankungen

Für 67,8% (Basiserhebung) bzw. 63,2% (Erweiterte Erhebung) der BewohnerInnen wird aus der Beantwortung der Fragen zu den kognitiven Beeinträchtigungen eine mittelschwere bis schwere Demenz zum Erhebungszeitpunkt geschlossen.

Tabelle 10: Kognitive Beeinträchtigungen/Demenzerkrankungen

	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
	n	%	n	%
ja	602	67,8	251	63,2
nein	272	30,6	139	35,0
Angabe fehlt	14	1,6	7	1,8
Gesamt:	888	100,0	397	100,0

5.1.5.4 Verhaltensstörungen

Die vom Personal am häufigsten beobachteten Verhaltensstörungen (gelegentlich oder häufig auftretend) in der Gesamtstichprobe/Basiserhebung waren Depressionen bei 52,7%, gefolgt von Ängstlichkeit (51,9%), Gereiztheit (46,8%), Apathie (45,3%), Schlafproblemen (43,4%) und Agitiertheit bei 41,7% der BewohnerInnen. Auch in der Teilstichprobe der Erweiterten Erhebung kamen diese genannten 6 Verhaltensstörungen – ebenso mit Depressionen an 1. und Ängstlichkeit an 2. Stelle - in ähnlicher Verteilung am häufigsten vor.

Tabelle 11: Verhaltensstörungen im Bezugszeitraum

	BewohnerInnen Basiserhebung (Basis) bzw. Erweiterte Erhebung (Erw.)									
	Angabe fehlt		nein		gelegentlich		häufig		ja	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	Basis	Erw.	Basis	Erw.	Basis	Erw.	Basis	Erw.	Basis	Erw.
Depression	1,2	0,5	46,1	47,1	33,8	34,5	18,9	17,9	52,7	52,4
Ängstlichkeit	0,7	0,3	47,4	50,1	30,1	28,5	21,8	21,2	51,9	49,7
Gereiztheit	0,7	0,0	52,5	56,7	34,9	32,0	11,9	11,3	46,8	43,3
Apathie	1,0	0,3	53,7	55,7	31,2	31,2	14,1	12,8	45,3	44,0
Schlafprobleme	0,2	0,3	56,4	55,2	28,7	28,7	14,6	15,9	43,4	44,6
Agitiertheit	0,6	0,0	57,8	56,2	25,8	26,7	15,9	17,1	41,7	43,8
Kooperationsverhalten	0,6	0,0	64,2	70,3	-	-	-	-	35,2	29,7
Mißtrauen	1,4	0,3	69,5	73,3	-	-	-	-	29,2	26,4
<i>Aggressionen gesamt</i>	<i>0,7</i>	<i>0,5</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>28,8</i>	<i>25,3</i>
Nächtliches Stören	0,3	0,0	73,3	68,3	20,4	24,9	6,0	6,8	26,4	31,7
Aggressive Äußerungen	0,2	0,0	75,7	78,8	-	-	-	-	24,1	21,2
Wahn	2,4	0,8	79,3	82,1	-	-	-	-	18,4	17,1
Aggressionen gegen Personen	0,7	0,5	84,2	85,6	-	-	-	-	15,1	13,9
Weglauff Tendenzen	0,0	0,0	85,8	82,4	-	-	-	-	14,2	17,6
Aggressionen gegen Sachen	0,7	0,0	89,0	91,7	-	-	-	-	10,4	8,3
Alkoholmißbrauch	0,2	0,3	98,4	99,0	-	-	-	-	1,4	0,8

5.1.5.5 Ärztliche Diagnosen entsprechend der aktuellen Pflegedokumentation

Tabelle 12:

Ärztliche Diagnosen der BewohnerInnen gemäß Pflegedokumentation;
Kategorisierung nach der International Classification of Diseases (ICD 10, Version 2.0);
Hauptgruppen geordnet nach Häufigkeit der dokumentierten Diagnosen

Diagnosen	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
	n	%	n	%
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	641	72,2	293	73,8
Hypertonie (I10-I15)	292	32,9	125	31,5
Herzinsuffizienz (I50)	251	28,3	121	30,5
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	214	24,1	87	21,9
Arrhythmie (I47-I49)	81	9,1	33	8,3
Krankheiten der Arterien, Arteriolen, Kapillaren und Venen (I70-I87)	80	9,0	39	9,8
Myokardinfarkt (akut/rezidiv./alt) (I21,I22,I25.2)	36	4,1	14	3,5
Kardiale Erregungsleitungsstörungen (I44-I45)	7	0,8	4	1,0
Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes (I26-I28)	2	0,2	1	0,3
Sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	144	16,2	65	16,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	550	61,9	256	64,5
Organische, einschließl. symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	477	53,7	217	54,7
<i>Demenz (F00-F03)</i>	<i>338</i>	<i>38,1</i>	<i>161</i>	<i>40,6</i>
<i>Sonstige organische psychische Störungen (F04-F09)</i>	<i>177</i>	<i>19,9</i>	<i>73</i>	<i>18,4</i>
Affektive Störungen (F30-F39)	96	10,8	47	11,8
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	42	4,7	23	5,8
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	26	2,9	12	3,0
Sonstige psychische und Verhaltensstörungen (F40-F99)	19	2,1	5	1,3
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	339	38,2	164	41,3
Alzheimer-Krankheit (G30)	137	15,4	67	16,9
Primäres Parkinsonsyndrom (G21)	80	9,0	36	9,1
Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome (G80-G83)	59	6,6	32	8,1
Epilepsie / zerebrales Anfallsleiden (G40)	14	1,6	8	2,0
Malignes Neuroleptika-Syndrom bzw. sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinsonsyndrom (G21.0, G21.1)	3	0,3	2	0,5
Sonstige Krankheiten des Nervensystems	80	9,0	37	9,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	312	35,1	135	34,0
Diabetes mellitus (E10-E14)	207	23,3	86	21,7
Krankheiten der Schilddrüse (E00-E07)	68	7,7	36	9,1
Sonstige	79	8,9	32	8,1

Tabelle 12 / Fortsetzung

Diagnosen	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
	n	%	n	%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	225	25,3	69	17,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	224	25,2	102	25,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	109	12,3	49	12,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	97	10,9	58	14,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	57	6,4	31	7,8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	54	6,1	34	8,6
Neubildungen (C00-D48)	50	5,6	27	6,8
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie best. Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D89)	44	5,0	19	4,8
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	40	4,5	20	5,0
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	24	2,7	14	3,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-99)	24	2,7	11	2,8
Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00-B99)	9	1,0	4	1,0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	2	0,2	1	0,3
<i>Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</i>	346	39,0	144	36,7
<i>Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y98)</i>	6	0,7	3	0,8
<i>Einzelne nicht verschlüsselbare Diagnosen (z.B. aufgrund schlechter Lesbarkeit)</i>	41	4,6	23	5,8

Hier ist anzumerken, daß in einigen Heimen geäußert wurde, die Pflegedokumentation sei bzgl. der Diagnosen seit dem Zeitpunkt der Heimeinweisung möglicherweise nicht verändert worden und entspreche somit eventuell nicht dem aktuellen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der BewohnerInnen.

Weiterhin soll erwähnt werden, daß bei zahlreichen BewohnerInnen eine relativ unspezifische psychiatrische Diagnosestellung erfolgt war: Bei 123 der 550 BewohnerInnen (entsprechend 22%) mit zugeordneten „psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ erfolgte die Kategorisierung in diese Hauptgruppe allein aufgrund eines diagnostizierten „HOPS“ (Hirnorganisches Psychosyndrom).

5.1.6 Medikation

Es wird unterschieden zwischen Regel- und Bedarfsmedikation:

Die Regelmedikation wurde vom Arzt zur regelmäßigen Einnahme/Verabreichung verordnet.

Die Bedarfsmedikation darf dagegen ausschließlich bei Auftreten bestimmter Indikationen, die vom Arzt ebenso wie die entsprechenden Einzeldosen und Maximaldosierungen schriftlich festzulegen sind, eingenommen bzw. verabreicht werden. Der Patient bzw. das Pflegepersonal kann hier selbständig entscheiden, ob die vorgegebene Indikation eingetreten ist oder nicht.

5.1.6.1 Gesamte Medikation (Regel- und Bedarfsmedikation)

Die Einteilung der Medikamente erfolgte gemäß dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (ATC) der WHO einschließlich der Erweiterungen für den deutschen Markt des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Bonn mit Stand November 2001. Einen Überblick über sämtliche am Stichtag verabreichte Medikamente, gruppiert in die jeweiligen ATC-Hauptgruppen (1. und zum Teil 2. Ebene) und geordnet nach Häufigkeit der Einnahme durch die BewohnerInnen gibt Tabelle 13 (siehe folgende Seite).

Medikamente der ATC-Hauptgruppen, die von weniger als 2% der BewohnerInnen eingenommen wurden, sind nicht in der Tabelle aufgeführt. Ebenso wurden Dermatika bzw. sonstige äußerlich anzuwendende Medikamente nicht berücksichtigt; Acetylsalicylsäure wurde, aufgrund seiner vorwiegenden entsprechenden Anwendung in Altenpflegeheimen, stets den Thrombozytenaggregationshemmern zugeordnet.

Insgesamt wurden am Stichtag 4272 Medikamente als Regel- und/oder Bedarfsmedikation verabreicht (inkl. der 8 vom Pflegepersonal angegebenen nicht identifizierbaren Medikamente und von 6 Placebopräparaten); dies entspricht einer durchschnittlichen Medikamentenzahl pro BewohnerIn von 4,81 (sd 2,59; 0-15 Medikamente). 21 BewohnerInnen bzw. 2,4% erhielten keinerlei Medikamente. Bei nur 3,7% der Medikamente handelte es sich um Phytopharmaka, Homöopathika oder Mikroorganismen. 50,8% bzw. 47,9% der BewohnerInnen wurden unter Zugrundelegung aller Medikamente bzw. nur der chemisch definierten Arzneimittel am Stichtag mit mindestens 5 Medikamenten versorgt.

Tabelle 13:

Gesamte Medikation - am Stichtag verabreichte Regel- und Bedarfsmedikation;
Kategorisierung nach dem ATC-Klassifikationssystem der WHO/WiDO (Stand: November 2001);
geordnet nach Häufigkeit der angegebenen Medikation

ATC	Medikation	BewohnerInnen Basiserhebung		BewohnerInnen Erweiterte Erh.	
		n	%	n	%
C	Kardiovaskuläres System	664	74,8	493	75,8
C03	Diuretika	428	48,2	192	48,4
C01	Herztherapie	273	30,7	127	32,0
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	266	30,0	119	30,0
C08	Calciumkanalblocker	121	13,6	52	13,1
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	92	9,2	41	10,3
N	Nervensystem	654	73,6	485	73,8
N05	Psycholeptika (Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa)	456	51,4	201	50,4
N06	Psychoanaleptika (Antidepressiva, Psychostimulanzien und Nootropika, Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination, Antidementiva)	238	26,8	94	23,7
N02	Analgetika	119	13,4	47	11,8
N04	Antiparkinsonmittel	119	13,4	51	12,8
N03	Antiepileptika (inkl. Phasenprophylaktika)	58	6,5	28	7,1
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	493	55,5	224	56,4
A06	Laxanzien	181	20,4	88	22,8
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus und der Flatulenz	153	17,2	65	16,4
A12	Mineralstoffe	128	14,4	49	12,3
A10	Antidiabetika	116	13,1	57	14,4
A03	Spasmolytika, Anticholinergika und Prokinetika	61	6,9	18	4,5
A11	Vitamine	33	3,7	14	3,5
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	27	3,0	10	2,5
B	Blut und blutbildende Organe	350	39,4	163	41,1
B01	Antithrombotische Mittel	322	36,3	145	36,5
B03	Antianämika	42	4,7	21	5,3
M	Muskel- und Skelettsystem	151	17,0	80	20,2
M04	Gichtmittel	76	8,6	40	10,1
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	58	6,5	32	8,1
M03	Muskelrelaxanzien	26	2,9	12	3,0
R	Respirationstrakt	116	13,1	243	12,8
R05	Husten- und Erkältungspräparate	74	8,3	32	8,1
R03	Antiasthmatica	28	3,2	15	3,8
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	28	3,2	11	2,8
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	93	10,5	49	12,3
H03	Schilddrüsen therapie	82	9,2	43	10,8
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	51	5,7	19	4,8
G04	Urologika	48	5,4	17	4,3

5.1.6.2 Medikation mit Psycholeptika und Psychoanaleptika bzw. mit Psychopharmaka (Regel- und Bedarfsmedikation)

Entsprechend der ATC-Klassifikation werden

unter N05-Psycholeptika: Antipsychotika, Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa und

unter N06-Psychoanaleptika: Antidepressiva, Psychostimulanzien/Nootropika, Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination und Antidementiva zusammengefaßt.

Die Stoffe Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin, Gabapentin und Topiramamat sind ausschließlich in der Gruppe der Antiepileptika (N03) aufgeführt, werden in der vorliegenden Arbeit – aufgrund ihres auch gängigen Gebrauchs als Phasenprophylaktika - dennoch etwas ausführlicher beschrieben.

Für „Antipsychotika“ wird hier durchwegs die (derzeit noch) gebräuchlichere Bezeichnung „Neuroleptika“ verwendet.

Wie in zahlreichen Publikationen wird außerdem der Begriff „Psychopharmaka“ zusammenfassend für die Gruppen der Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika und der Antidepressiva gebraucht, wobei in dieser Arbeit – falls nichts anderes angegeben – nur die entsprechenden synthetischen Wirkstoffe unter „Psychopharmaka“ subsummiert sind; die oben genannten Phasenprophylaktika werden, wie die Psychostimulanzien/Nootropika und Antidementiva, hier formal nicht der Gruppe der „Psychopharmaka“ zugeordnet.

Tabelle 14 gibt die gesamte am Stichtag verabreichte Regel- und Bedarfsmedikation von Psycholeptika, Psychoanaleptika und Phasenprophylaktika gemäß den Angaben des Pflegepersonals wieder.

In Tabelle 15 sind alle am Stichtag als Regel- und/oder Bedarfsmedikation verabreichten Psychopharmaka unter Angabe ihrer jeweiligen Einsatzhäufigkeit und Dosierung einzeln aufgelistet.

Abbildung 1 zeigt die Anzahl der konsumierten Psychopharmaka je BewohnerIn am Stichtag (Regel- und Bedarfsmedikation).

Tabelle 14:
Psycholeptika, Psychoanaleptika bzw. Phasenprophylaktika
- am Stichtag verabreichte Regel- und Bedarfsmedikation

Medikation ATC-Klassifikation (WHO/WIdO: Nov. 2001)	BewohnerInnen Basiserhebung Regel-und Bedarfs- medikation		BewohnerInnen Erweiterte Erh. Regel-und Bedarfs- medikation	
	n	%	n	%
Neuroleptika - gesamt	299	33,7	134	33,8
Neuroleptika - konventionelle niederpotente ¹	179	20,2	77	19,4
Neuroleptika - konventionelle mittel- und hochpotente ²	53	6,0	28	7,1
Neuroleptika - atypische (im weiteren Sinn) ³	86	9,7	38	9,6
Neuroleptika - sonstige (Tiaprid)	8	0,9	4	1,0
Anxiolytika - gesamt (synthetisch)	109	12,3	53	13,4
Anxiolytika - Benzodiazepine	104	11,7	51	12,8
Anxiolytika - sonstige	5	0,6	2	0,5
Hypnotika/Sedativa - gesamt (synthetisch)	121	13,6	48	12,1
Hypnotika/Sedativa - Benzodiazepine	40	4,5	21	5,3
Hypnotika/Sedativa - Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon	51	5,7	12	3,0
Hypnotika/Sedativa - sonstige	34	3,8	16	4,0
Antidepressiva - gesamt (synthetisch)	175	19,7	74	18,6
Antidepressiva - SSRI	86	9,7	36	9,1
Antidepressiva - sonstige	92	10,4	38	9,6
Psychostimulanzien/Nootropika	9	1,0	3	0,8
Antidementiva - gesamt (synthetisch+Ginkgo biloba)	73	8,2	20	5,0
Antidementiva - Cholinesterasehemmer	32	3,6	9	2,3
Antidementiva - sonstige (synthetisch)	20	2,3	6	1,5
Pflanzl. Antidementiva - Ginkgo biloba	21	2,4	5	1,3
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - gesamt⁴	46	5,2	24	6,0
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - Carbamazepin	34	3,8	20	5,0
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - sonstige	13	1,5	5	1,3
Psychopharmaka (Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika /Sedativa, Antidepressiva) - gesamt (synthetisch)	501	56,4	226	56,9
Psychopharmaka - gesamt (pflanzlich)	48	5,4	18	4,5
Psychopharmaka - gesamt (synthetisch+pflanzlich)	525	59,1	237	59,7
Benzodiazepine - gesamt	142	16,0	72	18,1

¹ Melperon, Pipamperon, Levomepromazin, Prothipendyl, Thioridazin, Chlorprothixen

² Haloperidol, Zuclopenthixol, Perazin, Flupentixol, Fluspirilen, Triflupromazin, Benperidol, Perphenazin, Pimozid

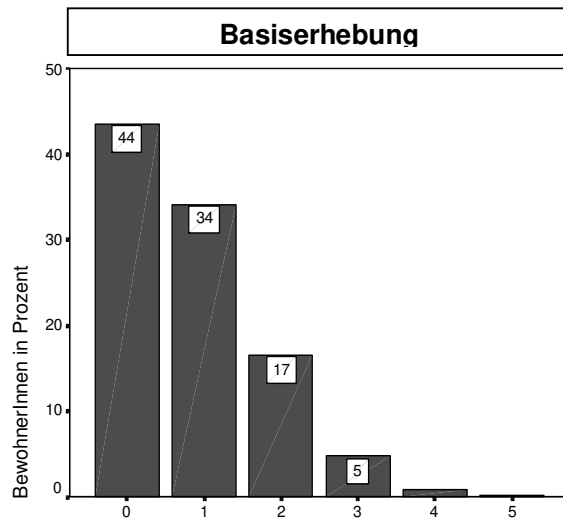
³ Olanzapin, Clozapin, Quetiapin, Risperidon, Sulpirid, Amisulpirid

⁴ Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin, Gabapentin

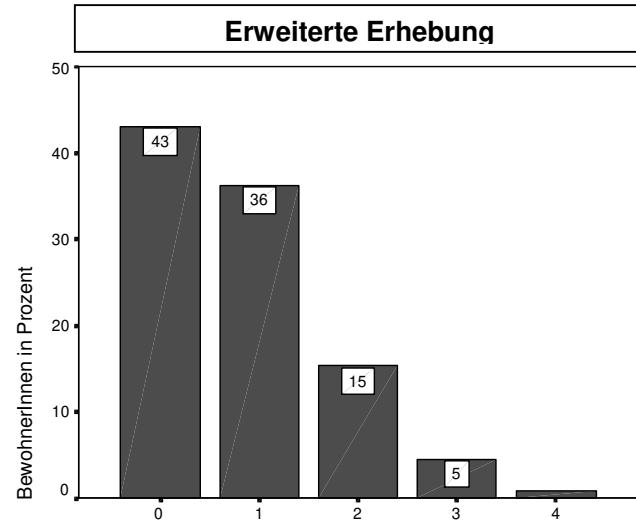
Tabelle 15: Einzelaufstellung der Psychopharmaka (Regel- und Bedarfsmedikation)

	Psychopharmaka / Wirkstoff	Anzahl BewohnerInnen	Dosierung (mg Wirkstoff / Tag)			
			MW	Std Dev	Minimum	Maximum
Neuroleptika	Melperon	137	48,6	40,3	10,0	300,0
	Risperidon	56	1,3	1,1	0,5	6,0
	Haloperidol	33	2,4	3,2	0,2	12,5
	Pipamperon	27	38,2	28,0	2,0	120,0
	Sulpirid	13	80,8	32,5	50,0	150,0
	Zuclophenthixol	9	12,0	25,6	1,0	80,0
	Clozapin	8	63,3	37,6	6,3	100,0
	Levomepromazin	8	29,9	33,1	3,0	80,0
	Olanzapin	8	6,6	2,7	2,5	10,0
	Tiaprid	8	181,3	103,3	50,0	400,0
	Perazin	6	38,5	30,2	25,0	100,0
	Prothipendyl	6	53,3	34,5	20,0	120,0
	Thioridazin	5	34,0	14,8	20,0	50,0
	Chlorprothixen	4	32,5	20,6	10,0	50,0
	Flupentixol	3	11,3	12,1	2,0	25,0
	Fluspirilen	3	0,7	0,1	0,6	0,8
	Triflupromazin	2	10,0	0,0	10,0	10,0
	Amisulpirid	1	100,0	0,0	100,0	100,0
	Benperidol	1	15,0	0,0	15,0	15,0
	Perphenazin	1	6,0	0,0	6,0	6,0
Pimozid	1	16,0	0,0	16,0	16,0	
Quetiapin	1	100,0	0,0	100,0	100,0	
Anxiolytika	Oxazepam	41	10,1	3,1	5,0	20,0
	Lorazepam	34	1,1	0,6	0,3	3,0
	Diazepam	13	10,8	9,4	2,5	30,0
	Alprazolam	6	0,7	0,7	0,1	2,0
	Bromazepam	5	2,7	2,0	1,5	6,0
	Hydroxyzin	5	25,0	0,0	25,0	25,0
	Dikaliumchlorazepat	4	7,5	2,9	5,0	10,0
	Clobazam	1	5,0	0,0	5,0	5,0
	Nordazepam	1	3,2	0,0	3,2	3,2
	Prazepam	1	10,00	0,0	10,0	10,0
Hypnotika/ Sedativa	Zolpidem	33	8,9	2,1	5,0	10,0
	Promethazin	27	13,5	6,5	5,0	30,0
	Lormetazepam	25	1,1	0,5	0,5	2,5
	Zopiclon	17	6,8	1,5	3,8	7,5
	Nitrazepam	4	6,3	2,5	5,0	10,0
	Clomethiazol	3	199,5	72,8	157,5	283,5
	Doxylamin	3	12,5	10,8	6,3	25,0
	Flurazepam	3	30,0	0,0	30,0	30,0
	Flunitrazepam	3	1,3	0,6	1,0	2,0
	Triazolam	3	0,2	0,1	0,1	0,3
	Temazepam	2	20,0	0,0	20,0	20,0
	Zaleplon	2	5,0	0,0	5,0	5,0
	Chloralhydrat	1	500,0	0,0	500,0	500,0
Diphenhydramin	1	50,0	0,0	50,0	50,0	
Antidepressiva	Citalopram	50	20,6	10,0	10,0	60,0
	Amitriptylin	26	35,6	20,2	10,0	88,2
	Paroxetin	19	21,1	9,4	10,0	40,0
	Doxepin	14	45,5	47,4	2,5	200,0
	Trimipramin	13	44,5	44,3	3,0	150,0
	Mirtazapin	12	36,3	14,9	15,0	60,0
	Sertralin	10	50,0	20,4	25,0	100,0
	Nortriptylin	8	43,1	18,5	20,0	75,0
	Fluoxetin	7	31,4	30,2	20,0	100,0
	Moclobemid	6	200,0	77,5	150,0	300,0
	Maprotilin	4	68,8	31,5	25,0	100,0
	Clomipramin	3	25,0	0,0	25,0	25,0
	Opipramol	3	83,3	28,9	50,0	100,0
	Mianserin	2	75,0	63,6	30,0	120,0
	Dibenzepin	1	240,0	0,0	240,0	240,0
	L-Tryptophan	1	500,0	0,0	500,0	500,0
	Reboxetin	1	8,0	0,0	8,0	8,0
	Trazodon	1	100,0	0,0	100,0	100,0

Abbildung 1:
Anzahl der Psychopharmaka je BewohnerIn am Stichtag (Regel- und Bedarfsmedikation)



Zahl Psychopharmaka/BewohnerIn



Zahl Psychopharmaka/BewohnerIn

Die Mehrheit der Psychopharmaka - konsumentInnen (34,1% der Bewohnerschaft bzw. 60,5% der PsychopharmakakonsumentInnen) erhielt am Stichtag 1 Psychopharmakon; die übrigen PsychopharmakakonsumentInnen (insgesamt 22,3% der Bewohnerschaft bzw. 39,5% der PsychopharmakakonsumentInnen) bekamen 2 bis maximal 5 Psychopharmaka verabreicht.

Die Mehrheit der Psychopharmaka - konsumentInnen (36,3% der Bewohnerschaft bzw. 63,7% der PsychopharmakakonsumentInnen) erhielt am Stichtag 1 Psychopharmakon; die übrigen PsychopharmakakonsumentInnen (insgesamt 20,7% der Bewohnerschaft bzw. 36,3% der PsychopharmakakonsumentInnen) bekamen 2 bis maximal 4 Psychopharmaka verabreicht.

5.1.6.3 Medikation mit Psycholeptika und Psychoanaleptika bzw. mit Psychopharmaka (Bedarfsmedikation)

Die als Bedarfsmedikation hier ungeeigneten und nicht eingesetzten Psychoanaleptika (synthetische Antidepressiva, Psychostimulanzien/Nootropika, Antidementiva) bzw. Phasenprophylaktika wurden in der folgenden Tabelle nicht berücksichtigt. Der Anteil der Bedarfsmedikation an der gesamten Psychopharmaka-Medikation am Stichtag war sehr niedrig: 56,4 % der BewohnerInnen erhielten Psychopharmaka als Bedarfs- und/oder Regelmedikation, 2,7% der BewohnerInnen bekamen Psychopharmaka als Bedarfsmedikation ausschließlich oder zusätzlich zur Regelmedikation.

Tabelle 16:

Psychopharmaka - am Stichtag verabreichte Bedarfsmedikation

Medikation ATC-Klassifikation (WHO/WldO: Nov. 2001)	BewohnerInnen Basiserhebung Bedarfs- medikation		BewohnerInnen Erweiterte Erh. Bedarfs- medikation	
	n	%	n	%
Neuroleptika - gesamt	14	1,6	2	0,5
Neuroleptika - konventionelle niederpotente ¹	11	1,2	1	0,3
Neuroleptika - konventionelle mittel- und hochpotente ²	2	0,2	---	---
Neuroleptika - atypische (im weiteren Sinn) ³	1	0,1	1	0,3
Anxiolytika - gesamt (synthetisch)	5	0,6	2	0,5
Anxiolytika - Benzodiazepine	5	0,6	2	0,5
Anxiolytika - sonstige (synthetisch)	---	---	---	---
Hypnotika/Sedativa - gesamt (synthetisch)	7	0,8	2	0,5
Hypnotika/Sedativa - Benzodiazepine	3	0,3	---	---
Hypnotika/Sedativa - sonstige (synthetisch)	4	0,5	2	0,5
Psychopharmaka (Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika /Sedativa) - gesamt (synthetisch)	24	2,7	6	1,5
Psychopharmaka - gesamt (pflanzlich)	3	0,3	1	0,3
Benzodiazepine - gesamt	8	0,9	2	0,5

¹ Melperon, Pipamperon, Levomepromazin, Prothipendyl, Thioridazin, Chlorprothixen

² Haloperidol, Zuclopenthixol, Perazin, Flupentixol, Fluspirilen, Trifluromazin, Benperidol, Perphenazin, Pimozid

³ Olanzapin, Clozapin, Quetiapin, Risperidon, Sulpirid, Amisulpirid

5.1.7 Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Von den erhobenen 980 BewohnerInnen waren 176 (18%) einmal unmittelbar vor Heimaufnahme oder später in psychiatrischer stationärer Behandlung gewesen. Ausgewertet wurden die Daten derjenigen **107** (10,9 %) BewohnerInnen, die sich zuletzt ab 1997 dort in Behandlung befunden hatten und für die auf den erhobenen Stationen vollständige Daten (Therapieempfehlung der Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Entlassung und Medikation in den Heimen 3 Monate danach) vorlagen. Bei 15 BewohnerInnen fehlten die Unterlagen, weil diese BewohnerInnen zwischen Stichtag 1 und Nacherhebung (vgl. 4.2.5: Nacherhebung Therapieempfehlung Psychiatrie) entweder aus der Station weggezogen oder verstorben waren und die Unterlagen in vertretbarem Aufwand nicht mehr beschaffbar waren.

Tabelle 17:

BewohnerInnen mit stationärer psychiatrischer Behandlung unmittelbar vor Heimaufnahme oder später

	BewohnerInnen	
	n	%
Letzter Aufenthalt ≥ 1997, Daten vollständig	107	10,9
Letzter Aufenthalt ≥ 1997, Daten unvollständig	28	2,9
Letzter Aufenthalt ≥ 1997, Daten fehlen/Umzug	9	0,9
Letzter Aufenthalt ≥ 1997, Daten fehlen/Verstorben	6	0,6
Letzter Aufenthalt < 1997	26	2,7
Zwischensumme:	176	18,0
Unbekannt, ob BewohnerIn in stationärer psychiatrischer Behandlung war	1	0,1
Keine stationäre psychiatrische Behandlung	803	81,9
Gesamt	980	100,0

Für die 107 BewohnerInnen wurden insgesamt 9 verschiedene behandelnde Kliniken für den letzten Aufenthalt angegeben. 73,8% dieser BewohnerInnen waren Frauen, 24,3% Männer und bei 1,9% fehlte die Angabe des Geschlechts. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Klinikentlassung lag bei 78 Jahren (sd 9,15; 51-97 J.). Heute befinden sich 59,8% der betreffenden BewohnerInnen auf beschützenden Stationen, 28,0% auf „normalen“ Pflegestationen und 12,1% in gerontopsychiatrischen Wohngruppen.

Vergleich der Therapieempfehlung bei Entlassung
und der Verordnung 3 Monate später im Heim

Bei Vergleich der Therapieempfehlungen für die Regelmedikation von Psycholeptika, Psychoanaleptika und Phasenprophylaktika zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus mit den entsprechenden Verordnungen 3 Monate nach Entlassung in das Heim, ergaben sich keine signifikanten ($p < 0,05$) Unterschiede hinsichtlich der Verordnungshäufigkeit:

Tabelle 18:

Regelmedikation – Häufigkeit der Verordnungen von Psycholeptika, Psychoanaleptika und Phasenprophylaktika: Vergleich der Therapieempfehlungen der psychiatrischen Krankenhäuser mit den Verordnungen 3 Monate nach Entlassung ins Heim

Medikation ATC-Klassifikation (WHO/WldO: Nov. 2001)	BewohnerInnen Therapie- empfehlung der Krankenhäuser		BewohnerInnen Medikation 3 Monate nach Entlassung		McNemar Test Exakte Signifikanz (2-seitig)
	n	%	n	%	
Neuroleptika - gesamt	58	54,2	61	57,0	0,648
Neuroleptika - konventionelle niederpote ¹	36	33,6	39	36,4	0,607
Neuroleptika - konventionelle mittel- u. hochpot. ²	7	6,5	10	9,3	0,508
Neuroleptika - atypische (im weiteren Sinn) ³	20	18,7	19	17,8	1,000
Neuroleptika - sonstige (Tiaprid)	1	0,9	2	1,9	1,000
Anxiolytika - gesamt (synthetisch)	20	18,7	22	20,6	0,754
Anxiolytika - Benzodiazepine	20	18,7	22	20,6	0,754
Anxiolytika - sonstige (synthetisch)	0	0	0	0	---
Hypnotika/Sedativa - gesamt (synthetisch)	33	30,8	25	23,4	0,096
Hypnotika/Sedativa - Benzodiazepine	16	15,0	10	9,3	0,070
Hypnotika/Sedativa - Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon	13	12,1	13	12,1	1,000
Hypnotika/Sedativa - sonstige (synthetisch)	4	3,7	3	2,8	1,000
Antidepressiva - gesamt (synthetisch)	41	38,3	37	34,6	0,289
Antidepressiva - SSRI	28	26,2	25	23,4	0,549
Antidepressiva - sonstige (synthetisch)	13	12,1	12	11,2	1,000
Psychostimulanzien/Nootropika	0	0	1	0,9	1,000
Antidementiva - ges. (synthetisch+Ginkgo b.)	27	25,2	23	21,5	0,481
Antidementiva - Cholinesterasehemmer	21	19,6	17	15,9	0,388
Antidementiva - sonstige (synthetisch)	4	3,7	3	2,8	1,000
Pflanzl. Antidementiva - Ginkgo biloba	2	1,9	3	2,8	1,000
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - gesamt⁴	8	7,5	9	8,4	1,000
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - Carbamazepin	6	5,6	7	6,5	1,000
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - sonstige	3	2,8	3	2,8	1,000
Psychopharmaka (Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika /Sedativa, Antidepressiva) - gesamt (synthetisch)	92	86	86	80,4	0,146
Psychopharmaka-gesamt (pflanzlich)	2	1,9	3	2,8	1,000

¹ Melperon, Pipamperon, Levomepromazin, Prothipendyl, Thioridazin, Chlorprothixen

² Haloperidol, Zuclopenthixol, Perazin, Flupentixol, Fluspirilen, Triflupromazin, Benperidol, Perphenazin, Pimozid

³ Olanzapin, Clozapin, Quetiapin, Risperidon, Sulpirid, Amisulpirid

⁴ Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin, Gabapentin

Der folgende Dosierungsvergleich erfolgte unter Zugrundelegung der entsprechenden DDD-Werte des ATC-Index mit DDD-Angaben des WIdO für den deutschen Arzneimittelmarkt (Fricke & Günther, 2002). Bezüglich der Regelmedikation (nur chemisch definierte Stoffe) zeigt sich, daß Antidepressiva – insbesondere die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) - in den Heimen insgesamt (n=107) signifikant ($p < 0,05$) häufiger niedriger dosiert verordnet wurden als von den psychiatrischen Einrichtungen 3 Monate zuvor empfohlen (Tabelle 19), wobei sich die Mittelwerte der Dosierungen für diejenigen BewohnerInnen, die diese Antidepressiva tatsächlich verordnet bekommen hatten, allerdings nicht wesentlich unterschieden (Antidepressiva gesamt: Unterschied der DDD-Mittelwerte: 13,6% / Antidepressiva - SSRI: Unterschied der DDD-Mittelwerte: 20,3%).

Tabelle 19: Regelmedikation - Vergleich der Therapieempfehlungen der psychiatrischen Krankenhäuser mit den Verordnungen 3 Monate nach Entlassung ins Heim: Verordnete Dosierung von Psycholeptika, Psychoanaleptika und Phasenprophylaktika (Durchschnittliche DDDs pro BewohnerIn, der/dem eine Medikation verordnet war, und Wilcoxon Rank Test basierend auf der Gesamtheit der BewohnerInnen: n=107)

Medikation ATC-Klassifikation (WHO/WIdO: Nov. 2001)	Krankenhaus MW DDDs (sd)	Heim MW DDDs (sd)	Wilcoxon Rank Test DDD (Heim)- DDD (Kr.haus) Asympt. 2-seitige Signifikanz (Z-Wert)
Neuroleptika - gesamt	0,36 (0,47)	0,38 (0,41)	0,214 (-1,242^a)
Neuroleptika - konventionelle niederpotente ¹	0,15 (0,11)	0,18 (0,13)	0,246 (-1,159 ^a)
Neuroleptika - konventionelle mittel- u. hochpot. ²	0,34 (0,25)	0,48 (0,38)	0,130 (-1,514 ^a)
Neuroleptika - atypische (im weiteren Sinn) ³	0,65 (0,62)	0,55 (0,48)	0,396 (-0,849 ^a)
Neuroleptika - sonstige (Tiaprid)	0,25 (0,00)	0,38 (0,18)	0,317 (-1,000 ^a)
Anxiolytika - gesamt (synthetisch)	0,65 (0,85)	0,48 (0,59)	0,204 (-1,270^b)
Anxiolytika - Benzodiazepine	0,65 (0,85)	0,48 (0,59)	0,204 (-1,270 ^b)
Anxiolytika - sonstige (synthetisch)	---	---	---
Hypnotika/Sedativa - gesamt (synthetisch)	0,91 (0,41)	1,07 (0,47)	0,366 (-0,904^b)
Hypnotika/Sedativa - Benzodiazepine	1,09 (0,38)	1,25 (0,54)	0,098 (-1,652 ^b)
Hypnotika/Sedativa - Zopiclon,Zolpidem,Zaleplon	0,92 (0,19)	1,00 (0,35)	0,740 (-0,332 ^a)
Hypnotika/Sedativa - sonstige (synthetisch)	0,14 (0,08)	0,25 (0,13)	0,686 (-0,405 ^a)
Antidepressiva - gesamt (synthetisch)	1,10 (0,61)	0,95 (0,56)	0,018 (-2,375^b)
Antidepressiva - SSRI	1,18 (0,51)	0,94 (0,33)	0,042 (-2,036 ^b)
Antidepressiva - sonstige (synthetisch)	0,94 (0,77)	0,97 (0,88)	0,715 (-0,365 ^a)
Psychostimulanzien/Nootropika	---	0,25 (0,00)	0,317 (-1,000^a)
Antidementiva - gesamt (synthetisch)	1,09 (0,63)	0,97 (0,54)	0,124 (-1,539^b)
Antidementiva - Cholinesterasehemmer	0,97 (0,42)	0,82 (0,35)	0,099 (-1,648 ^b)
Antidementiva - sonstige (synthetisch)	1,74 (1,15)	1,78 (0,77)	0,593 (-0,535 ^b)
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - gesamt⁴	0,67 (0,59)	0,57 (0,42)	1,000 (0,000^c)
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - Carbamazepin	0,35 (0,18)	0,39 (0,19)	0,317(-1,000 ^a)
Antiepileptika/Phasenprophylaktika - sonstige	1,08 (0,68)	0,81 (0,63)	0,593 (-0,535 ^b)

^{1,2,3,4}: siehe Tabelle 18

^a Basiert auf negativen Rängen, ^b Basiert auf positiven Rängen,

^c Summe der negativen Ränge = Summe der positiven Ränge

In den Heimen war - gegenüber den Therapieempfehlungen der Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Entlassung - 3 Monate später eine signifikant ($p < 0,01$) häufigere Verordnung von Neuroleptika, insbesondere von konventionellen niederpotenten Neuroleptika, als Bedarfsmedikation und signifikant ($p < 0,05$) häufigere Verordnungen von Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa jeweils als Bedarfsmedikation dokumentiert:

Tabelle 20:

Psychopharmakamedikation - Bedarfsmedikation: Vergleich der Therapieempfehlungen der psychiatrischen Krankenhäuser mit den Verordnungen 3 Monate nach Entlassung ins Heim

Medikation ATC-Klassifikation (WHO/WldO: Nov. 2001)	BewohnerInnen Therapie- empfehlung der Krankenhäuser		BewohnerInnen Medikation 3 Monate nach Entlassung		McNemar Test Exakte Signifikanz (2-seitig)
	n	%	n	%	
Neuroleptika - gesamt	8	7,5	21	19,6	0,007
Neuroleptika - konventionelle niederpotente ¹	7	6,5	20	18,7	0,004
Neuroleptika - konventionelle mittel- u. hochpot. ²	1	0,9	0	0	1,000
Neuroleptika - atypische (im weiteren Sinn) ³	0	0	2	1,9	0,500
Neuroleptika - sonstige (Tiaprid)	0	0	0	0	---
Anxiolytika - gesamt (synthetisch)	5	4,7	15	14,0	0,013
Anxiolytika - Benzodiazepine	5	4,7	15	14,0	0,013
Anxiolytika - sonstige (synthetisch)	0	0	0	0	---
Hypnotika/Sedativa - gesamt (synthetisch)	5	4,7	14	13,1	0,012
Hypnotika/Sedativa - Benzodiazepine	2	1,9	3	2,8	1,000
Hypnotika/Sedativa - Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon	3	2,8	5	4,7	0,625
Hypnotika/Sedativa - sonstige (synthetisch)	0	0	6	5,6	0,031
Psychopharmaka (Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika /Sedativa) - gesamt (synthetisch)	16	15,0	42	39,3	0,000
Psychopharmaka - gesamt (pflanzlich)	0	0	2	1,9	0,500

¹ Melperon, Pipamperon, Levomepromazin, Prothipendyl, Thioridazin, Chlorprothixen

² Haloperidol, Zuclopenthixol, Perazin, Flupentixol, Fluspirilen, Triflupromazin, Benperidol, Perphenazin, Pimozid

³ Olanzapin, Clozapin, Quetiapin, Risperidon, Sulpirid, Amisulpirid

5.2 Ergebnisse aus den stationsbezogenen Fragen / Untersuchungsstichproben: 37 bzw. 17 Stationen der Basis- bzw. Erweiterten Erhebung

5.2.1 Ist-Arbeitszeit am Stichtag

Aus den Angaben des Personals wurden die am Stichtag tatsächlich geleisteten aufsummierten Arbeitsminuten des gesamten auf der Station eingesetzten Personals geteilt durch die Zahl belegter Plätze (Zahl der am Stichtag anwesenden + abwesenden aktuellen BewohnerInnen) für die jeweiligen Stationen errechnet; die Zeitanteile der Nachtdienste mußten dabei unberücksichtigt bleiben, weil das Personal hier häufig für mehrere Stationen gleichzeitig zuständig ist, die Belegung evtl. weiterer Stationen nicht erhoben wurde und somit eine entsprechende Berechnung der geleisteten Arbeitszeit/belegter Plätze nicht möglich war.

Die resultierenden Zahlen lassen keinen Schluß auf die tatsächlichen Kontaktzeiten des Personals mit einzelnen BewohnerInnen zu, da nicht die Arbeitszeiten pro BewohnerIn sondern lediglich die Arbeitszeiten pro Station erhoben wurden.

Der Durchschnittswert der Gesamt-Arbeitsminuten pro belegtem Platz der einzelnen Stationen betrug 124 min (sd 30; 80-231 Arbeitsminuten) für die 37 Stationen der Basiserhebung - respektive 123 min (sd 31; 80-177 Arbeitsminuten) unter Zugrundelegung lediglich der 17 Stationen, die zusätzlich an der Erweiterten Erhebung teilgenommen hatten.

Der ungewöhnlich hohe Maximums-Wert von 231 min beruht auf einem sehr hohen Zeitanteil von Sozialtherapeuten in einer gerontopsychiatrischen Wohngruppe, wobei es sich hier um einen Sondereffekt des Stichtages handeln dürfte.

5.3 Ergebnisse aus den weiteren bewohnerInnenbezogenen Fragen / Untersuchungsstichprobe: 440 BewohnerInnen der Erweiterten Erhebung

Unter Berücksichtigung der unter 5.1.1 angegebenen Ausschlusskriterien wurden von den für 440 BewohnerInnen erhobenen Daten die Daten von 397 BewohnerInnen ausgewertet.

5.3.1 Soziodemographische Daten und 5.3.2 BewohnerInnenumgebung

Tabelle 21:

Soziodemographische Daten, BewohnerInnenumgebung

	BewohnerInnen Erweiterte Erh.		
	n	%	
<u>5.3.1.1 Aufenthalt vor der Pflegestation</u>			Die meisten BewohnerInnen (83,7%) kamen von zu Hause, 6,0% aus einem anderen Heim bzw. 5,8% aus dem Wohnbereich des Heimes.
Privathaushalt od. betreutes Wohnen	332	83,7	
Anderes Heim	24	6,0	
Wohnbereich des Heimes	23	5,8	
Sonst und Nicht bekannt	18	4,5	
Gesamt:	397	100,0	
<u>5.3.1.2 Art der Krankenversicherung</u>			Der Großteil der BewohnerInnen war gesetzlich versichert (89,7%), 7,1% waren privat und 3,3% nicht versichert.
Gesetzlich	356	89,7	
Privat	28	7,1	
Nicht versichert	13	3,3	
Gesamt:	397	100,0	
<u>5.3.1.3 Familienstand</u>			Erwartungsgemäß waren die BewohnerInnen überwiegend verwitwet (60,7%); Verheiratete bzw. Ledige waren mit je etwa 15% gleich häufig vertreten.
Verwitwet	241	60,7	
Verheiratet	62	15,6	
Ledig	57	14,4	
Geschieden	27	6,8	
Nicht bekannt	10	2,5	
Gesamt:	397	100,0	
<u>5.3.2.1 Persönliche Einrichtungsgegenstände</u>			BewohnerInnen mit persönlichen Einrichtungsgegenständen in den Zimmern waren 1,5mal häufiger als diejenigen mit ausschließlicher Heimeinrichtung.
Ja	232	58,4	
Nein	164	41,3	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
<u>5.3.2.2 Probleme durch Lärmbelästigung etc.</u>			Probleme durch Lärm-, Geruchs- oder klimatische Belästigungen gab es in 2,0% der Fälle.
Nein	389	98,0	
Ja	8	2,0	
Gesamt:	397	100,0	
<u>5.3.2.3 Ausblick aus dem Fenster</u>			Etwa 3 von 4 HeimbewohnerInnen bewohnten Zimmer mit Blick auf überwiegend Grünanlagen, kleine Wohneinheiten oder Gärten.
Grünanlagen, kleine Wohneinheiten, Gärten	301	75,8	
Straßen, Gewerbe, Hochhäuser	96	24,2	
Gesamt:	397	100,0	

5.3.3 Psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung

Tabelle 22: Psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung (Stunden / Woche)

	BewohnerInnen		
	Erweiterte Erh.		
	n	%	
5.3.3.1 Heiminterne Einzelbetreuung (h/Woche)			
0,0 Stunden	374	94,2	5,5% der BewohnerInnen erhielten pro Woche durchschnittlich 0,9h (sd 0,3) heiminterne Einzelbetreuung, 29,4% erhielten durchschnittlich 7,3h (sd 5,3) heiminterne Gruppenbetreuung für ausgewählte BewohnerInnen; insgesamt 79% bzw. 73% der BewohnerInnen dieser beiden Gruppen waren als dement eingestuft worden bzw. hatten psychoorganische Störungen diagnostiziert bekommen.
>0,0 bis 0,5h	7	1,8	
>0,5 bis 1,0h	12	3,0	
>1,0 bis 1,5h	3	0,8	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.3.2 Heiminterne Gruppenbetreuung (h/Woche): Angebot nur für ausgewählte BewohnerInnen			
0,0 Stunden	279	70,3	23,6% der BewohnerInnen nahmen pro Woche durchschnittlich 3,6h (sd 2,7) lang an einem vom Heim angebotenen Aktivprogramm (z.B.: Basteln, Bewegung, Singen) teil.
>0,0 bis 3,0h	21	5,3	
>3,0 bis 6,0h	47	11,8	
>6,0 bis 9,0h	15	3,8	
>9,0 bis 12,0h	14	3,5	
>12,0 bis 15,0h	16	4,0	
>15,0h	4	1,0	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.3.3 Teilnahme an heiminternem Gruppen-Aktivprogramm: Angebot für alle BewohnerInnen			
0,0 Stunden	302	76,1	6,8% der BewohnerInnen wurden pro Woche durchschnittlich für 2,3h (sd 4,7) durch Ehrenamtliche einzelbetreut.
>0,0 bis 3,0h	52	13,1	
>3,0 bis 6,0h	34	8,6	
>6,0h	8	2,0	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.3.4 Einzelbetreuung durch Ehrenamtliche			
0,0 Stunden	374	94,2	5,5% der BewohnerInnen erhielten pro Woche durchschnittlich 1,2h (sd 0,3) Gruppenbetreuung durch Ehrenamtliche (z.B. Singen, Vorlesen).
>0,0 bis 1,5h	22	5,5	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.3.5 Teilnahme an Gruppen-Aktivprogramm: Angebot für alle BewohnerInnen / Ehrenamtliche			
0,0 Stunden	313	78,8	20,9% der BewohnerInnen erhielten pro Woche durchschnittlich 0,9h (sd 0,5) rehatherapeutische Einzelbehandlungen (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logotherapie).
>0,0 bis 0,5h	25	6,3	
>0,5 bis 1,0h	46	11,6	
>1,0 bis 1,5h	8	2,0	
>1,5h	4	1,0	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.3.6 Rehatherapeutische Maßnahmen/Einzel			
0,0 Stunden	391	98,5	1,3% der BewohnerInnen wurden pro Woche durchschnittlich 8,0h lang (sd 8,6; 1-20h) von privat bezahlten Personen einzelbetreut.
>0,0h	5	1,3	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.3.7 Privat bezahlte Einzelbetreuung			

5.3.4 Zeit außerhalb des eigenen Zimmers bzw. im Freien

Tabelle 23:

Zeit außerhalb des eigenen Zimmers bzw. im Freien

	BewohnerInnen Erweiterte Erh.		
	n	%	
5.3.4.1 Zeit außerhalb des Zimmers (in h/Tag durchschnittlich im Bezugszeitraum)			
0,0 Stunden	63	15,9	Die BewohnerInnen verbrachten durchschnittlich 5,3 Stunden (sd 3,9; 0,0-16,0h) pro Tag außerhalb ihres Zimmers. Ca. 1/6 der Bewohnerschaft blieb ständig auf den Zimmern: knapp je 50% davon waren in Pflegestufe II bzw. Pflegestufe III eingestuft.
>0,0 bis 2,0h	55	13,9	
>2,0 bis 4,0h	52	13,1	
>4,0 bis 6,0h	60	15,1	
>6,0 bis 8,0h	69	17,4	
>8,0 bis 10,0h	74	18,6	
>10,0h	23	5,8	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.4.2 Zeit im Freien für mindestens 5 min/Tag (an Tagen/Woche durchschnittlich im Bezugszeitraum)			
0 Tage	155	39,0	Durchschnittlich begaben sich (bzw. wurden begleitet/gebracht) die BewohnerInnen an 1,8 Tagen pro Woche (sd 2,4) ins Freie; dazu zählte ggf. auch die Zeit z.B. auf dem Balkon. Beinahe 4 von 10 BewohnerInnen waren über den gesamten Bezugszeitraum von 28 Tagen auch nicht für kurze Zeit im Freien (50% Pflegestufe III+1 Härtefall, 30% Pflegestufe II).
>0,0 bis 1,0 Tag	100	25,2	
>1,0 bis 2,0 Tage	47	11,8	
>2,0 bis 3,0 Tage	20	5,0	
>3,0 bis 4,0 Tage	10	2,5	
>4,0 bis 5,0 Tage	8	2,0	
>5,0 bis 6,0 Tage	6	1,5	
>6,0 bis 7 Tage	50	12,6	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	

5.3.5 Betreuende Ärzte/Visiten

Tabelle 24: Betreuende Ärzte/Visiten

Bezugszeitraum: 28 Tage vor Stichtag 1	BewohnerInnen Erweiterte Erh.		
	n	%	
5.3.5.1 Visiten des betreuenden Hausarztes persönlich bei den BewohnerInnen			78,4% der BewohnerInnen wurden im Bezugszeitraum im Schnitt 2,5 mal (sd 1,97; 0-20 Visiten) also jeden 11,2 ten Tag von ihrem betreuenden Hausarzt persönlich visitiert; bei 20,7 % der BewohnerInnen wurde vom Personal angegeben, daß keine Hausarztvisite erfolgt sei.
Keine Visite	82	20,7	
1 - 3 Visiten	128	32,2	
4 Visiten	177	44,6	
6 – 20 Visiten	6	1,6	
Hausarzt extern/kein Hausarzt/Tagesklinik	3	0,8	
Keine Angabe		0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.5.2 Visiten durch einen Neurologen/Psychiater persönlich bei den BewohnerInnen			Sämtliche Stationen der Erweiterten Erhebung wurden je von 1-2 Neurologen/Psychiatern regelmäßig besucht. 81,4 % der BewohnerInnen erhielten keine, 18,4% der BewohnerInnen bis zu 4 Neurologen/Psychiater-Visiten im 28-tägigen Bezugszeitraum.
Keine Visite	323	81,4	
1 - 3 Visiten	58	14,6	
4 Visiten	15	3,8	
Tagesklinik	1	0,3	
Gesamt:	397	100,0	
5.3.5.3 Visiten (ja/nein) durch einen Hausarzt/ Neurologen/Psychiater persönlich bei den PsychopharmakakonsumentInnen und Rücksprachen (ja/nein) durch einen Hausarzt/Psychiater/Neurologen vor Ort mit dem Personal ohne Visite an gleichem Tag			50 entsprechend 22,1% der insgesamt 226 BewohnerInnen der Erweiterten Erhebung mit Psychopharmaka hatten im 28-tägigen Bezugszeitraum keinen persönlichen Kontakt mit einem Hausarzt, Neurologen oder Psychiater; bei 17 der genannten 50 BewohnerInnen fand auch keine Rücksprache zwischen Arzt und Personal bzgl. des Befindens der Personen statt.
Visiten: ja, Rücksprachen: ja (1-8x)	39	17,3	
Visiten: ja, Rücksprachen: nein	136	60,2	
Visiten: nein, Rücksprachen: ja (1-8x)	33	14,6	
Visiten: nein, Rücksprachen: nein	17	7,5	
Tagesklinik	1	0,4	
Gesamt:	226	100,0	
5.3.5.4 Dauer der Visiten der Hausärzte (Visiten bei 312 BewohnerInnen)			Die Visitendauern der Hausärzte wurden vom Personal auf durchschnittlich 7,6 Minuten (sd 4,0; 1-30 min) geschätzt.
1-3 min	37	11,9	
5-7 min	137	43,9	
10 min	91	29,2	
15 min	38	12,2	
30 min	1	0,3	
Nicht bekannt/keine Angabe	8	2,6	
Gesamt:	312	100,0	
5.3.5.5 Dauer der Visiten der Neurologen/Psychiater (Visiten bei 73 BewohnerInnen)			Die Schätzung der Visitendauern der Neurologen/Psychiater lag bei durchschnittlich 6,6 Minuten (sd 3,4; 1-15 min).
1-3 min	11	15,1	
5-7 min	38	52,1	
10 min	18	24,7	
15 min	5	6,8	
Nicht bekannt	1	1,4	
Gesamt:	73	100,0	

Fortsetzung von Tabelle 24:

Betreuende Ärzte/Visiten

Bezugszeitraum: 28 Tage vor Stichtag 1	BewohnerInnen		
	Erweiterte Erh.		
	n	%	
<u>5.3.5.6 Einbeziehung des Personals in die Visiten der Hausärzte</u> (Visiten bei 312 BewohnerInnen)			Die Hausärzte und Neurologen/Psychiater bezogen das Personal zum größten Teil (bei 84,9% bzw. 87,7% der BewohnerInnen) häufig, d.h. bei mehr als der Hälfte Ihrer Visiten, mit ein.
Nie	18	5,8	
Gelegentlich (< Hälfte der Visiten)	28	9,0	
Häufig (> Hälfte der Visiten)	265	84,9	
Keine Angabe	1	0,3	
Gesamt:	312	100,0	
<u>5.3.5.7 Einbeziehung des Personals in die Visiten der Neurologen/Psychiater</u> (Visiten bei 73 BewohnerInnen)			
Nie	2	2,7	
Gelegentlich (< Hälfte der Visiten)	7	9,6	
Häufig (> Hälfte der Visiten)	64	87,7	
Gesamt:	73	100,0	
<u>5.3.5.8 Anteil der BewohnerInnen, die der Hausarzt pro jeweiliger Station betreut</u>			Je gut 1/3 der BewohnerInnen waren PatientInnen von Hausärzten, die insgesamt <20% bzw. 60-100% der gesamten Bewohnerschaft einer Station betreuten; 26,7% der BewohnerInnen waren unter der Obhut von Hausärzten, die 20-60% der Bewohnerschaft einer Station betreuten.
Arzt betreut <20% der Bew. der Station	150	37,8	
Arzt betreut 20-60% der Bew. der Station	106	26,7	
Arzt betreut 60-100% der Bew. der Station	138	34,8	
Hausarzt extern/kein Hausarzt/Tagesklinik	3	0,8	
Gesamt:	397	100,0	

5.3.6 Medikation

5.3.6.1 Placebopräparate

6 BewohnerInnen erhielten im 28-tägigen Bezugszeitraum an durchschnittlich 4,8 Tagen pro Woche Placebopräparate, die Einfluß auf Schlaf, Verhalten oder Gemütsstimmung haben sollten ($n_{\text{ges}}=397$; keine fehlenden Angaben).

5.3.6.2 Weitere Medikamente im 28-tägigen Bezugszeitraum über die für Stichtag 1 angegebenen Medikamente (vgl. Basiserhebung) hinaus

An 65 BewohnerInnen wurden in den 28 Tagen vor Stichtag 1 gegenüber Stichtag 1 zusätzliche Medikamente vergeben. 0,8% der BewohnerInnen erhielten im genannten Zeitraum, nicht jedoch am Stichtag, Psychopharmaka.

5.3.6.3 Letzte Überprüfung der Verschreibung

Von den 332 im Rahmen der Erweiterten Erhebung erfaßten Psychopharmaka erfolgte die letzte Überprüfung der Verschreibung durch einen Arzt

vor <1 Woche bei 49 (14,8%) der Psychopharmaka / verabreicht an 36 BewohnerInnen

vor 1-4 Wochen bei 163 (49,1%) der Psychopharmaka / verabreicht an 114 Bew.

vor 1-3 Monaten bei 32 (9,6%) der Psychopharmaka / verabreicht an 40 BewohnerInnen

vor 3 Monaten-1Jahr bei 48 (14,5%) der Psychopharmaka / verabreicht an 32 Bew.

vor 1-5 Jahren bei 9 (2,7%) der Psychopharmaka / verabreicht an 8 BewohnerInnen

vor 5-10 Jahren bei 1 (0,3%) der Psychopharmaka / verabreicht an 1 BewohnerIn

Bei 19 (5,7%) der Psychopharmaka war der Zeitraum seit der letzten Überprüfung nicht bekannt, für 11 (3,3%) der Psychopharmaka fehlt die Angabe.

5.3.6.4 Einnahmedauer

Von den 332 im Rahmen der Erweiterten Erhebung erfaßten Psychopharmaka nahmen die BewohnerInnen

seit <1 Woche 2 (0,6%) der Psychopharmaka / verabreicht an 2 BewohnerInnen

seit 1-4 Wochen 11 (3,3%) der Psychopharmaka / verabreicht an 9 Bew.

seit 1-3 Monaten 42 (12,7%) der Psychopharmaka / verabreicht an 34 BewohnerInnen

seit 3 Monaten-1Jahr 118 (35,5%) der Psychopharmaka / verabreicht an 91 Bew.

seit 1-5 Jahren 134 (40,4%) der Psychopharmaka / verabreicht an 94 BewohnerInnen

seit 5-10 Jahren 14 (4,2%) der Psychopharmaka / verabreicht an 10 BewohnerIn

für 11 (3,3%) der Psychopharmaka fehlt die Angabe.

5.3.6.5 Verabreichungstageszeiten

Die Psychopharmaka wurden am häufigsten „nur abends/nachts“ verabreicht: 162 von 332 (48,8%). Entsprechend der Untersuchung der Verteilung der Verabreichungszeiten in den verschiedenen Psychopharmakagruppen (vgl. folgende Tabelle) wurden die Neuroleptika vorwiegend (zu 46,7%) tagsüber und zusätzlich abends/nachts, die Anxiolytika und Hypnotika vorwiegend (zu 62,3% bzw. 84,0%) nur abends/nachts und die Antidepressiva vorwiegend (zu 57,1%) nur tagsüber gegeben.

Tabelle 25:
Verabreichungstageszeiten

	nur tagsüber (nicht abends)		nur abends/ nachts		tagsüber + abends/nachts		Fehlende Angabe		gesamt
	n	%	n	%	n	%	n	%	%
Neuroleptika	22	14,5	57	37,5	71	46,7	2	1,4	100,0
Anxiolytika (synthetisch)	6	11,3	33	62,3	13	24,5	1	1,9	100,0
Hypnotika (synthetisch)	0	0,0	42	84,0	7	14,0	1	2,0	100,0
Antidepressiva (synth.)	44	57,1	30	39,0	3	3,9	0	0,0	100,0
Psychopharmaka (synth.)	72	21,7	162	48,8	94	28,3	4	1,2	100,0

Bei den 7 auch tagsüber verabreichten Hypnotika handelte es sich in 1 Fall um Clomethiazol und in 6 Fällen um Promethazin.

5.3.6.6 Verschreibungsinitiative

Die Verordnung der 332 im Rahmen der Erweiterten Erhebung erfaßten Psychopharmaka war im einzelnen hauptsächlich erfolgt auf Initiative/Empfehlung/Wunsch folgender Personen(gruppen) bzw. Einrichtungen:

Arzt und Personal bei 135 (40,7%) der verabreichten Psychopharmaka

Psychiatrische Klinik bei 47 (14,2%) der verabreichten Psychopharmaka

Arzt bei 35 (10,5%) der verabreichten Psychopharmaka

Arzt und Patient bei 26 (7,8%) der verabreichten Psychopharmaka

Sonstige Klinik bei 9 (2,7%) der verabreichten Psychopharmaka

Sonstige bei 7 (2,1%) der verabreichten Psychopharmaka

Arzt und Angehörige bei 3 (0,9%) der verabreichten Psychopharmaka

für 59 (17,8%) der verabreichten Psychopharmaka war nicht bekannt, auf wessen Initiative/Empfehlung/Wunsch hin die Verordnung hauptsächlich erfolgt war, für 11 (3,3%) der Psychopharmaka fehlt wiederum eine entsprechende Angabe.

5.3.6.7 Fachrichtung der Psychopharmaka-verschreibenden Ärzte

111 bzw. 49,1% der PsychopharmakakonsumentInnen bekamen Psychopharmaka ausschließlich von ihrem Hausarzt verschrieben und zwar im Mittel jeweils 1,4 Psychopharmaka je BewohnerIn (sd 0,6; 1-3 Psychopharmaka),

94 bzw. 41,6% der PsychopharmakakonsumentInnen bekamen Psychopharmaka ausschließlich von einem Psychiater/Neurologen verschrieben und zwar im Mittel jeweils 1,5 Psychopharmaka je BewohnerIn (sd 0,8; 1-4 Psychopharmaka),

und 14 bzw. 6,2% der PsychopharmakakonsumentInnen bekamen Psychopharmaka sowohl von ihrem Hausarzt als auch einem Psychiater/Neurologen verschrieben:

Hausarzt: 1,1 Psychopharmaka/BewohnerIn (sd 0,4; 1-2 Psychopharmaka) und zusätzlich von einem Psychiater/Neurologen 1,0 Psychopharmakon/BewohnerIn (sd 0,0).

5.4 Ergebnisse aus den stationsbezogenen Fragen / Untersuchungsstichprobe: 17 Stationen der Erweiterten Erhebung

5.4.1 Übergabegespräche

Auf allen 17 Stationen fanden regelmäßig Übergabegespräche zwischen Früh- und Spät-, Spät- und Nacht- bzw. Nacht- und Frühdienst mit überwiegend arbeitsbezogenem Inhalt statt. Der durchschnittliche Zeitaufwand der verschiedenen Übergabegespräche betrug auf den 17 Stationen der Erweiterten Erhebung zwischen 13 und 30 Minuten, gemittelt 20 min (sd 5).

5.4.2 Regelmäßige Fallbesprechungen

Auf 5 der erhobenen 17 Stationen (29,4%) wurden regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt.

5.4.3 Frühere Tätigkeit des Personals in einer psychiatrischen Einrichtung

In 2 der erhobenen 17 Stationen war von den dort tätigen Pflegefachkräften je 1 Person irgendwann einmal 3 Monate oder länger in einer psychiatrischen Einrichtung tätig gewesen.

5.4.4 Geschätzte prozentuale Anteile bestimmter Tätigkeiten an der Arbeitszeit

Mehr als die Hälfte der Arbeitszeit im Tagdienst entfiel auf die Grundpflege (MW: 61,3%; sd 6,1; 50-75%).

Die Anteile für Dienstgespräche mit KollegInnen und Angehörigen-/Teambesprechungen bzw. für Dokumentation/Buchführung wurden auf durchschnittlich 14,8% (sd 4,5; 10-20%) bzw. 14,6% (sd 4,4; 10-25%) geschätzt.

Der Anteil für Gespräche bzw. (nicht primär pflegerische) Beschäftigung mit den HeimbewohnerInnen (im Sinne psychosozialer Hilfen im Rahmen der üblichen Pflegeroutine) wurde mit durchschnittlich 9,3% (sd 5,1; 3-20%) angegeben.

5.5. Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation und bewohnerInnen- bzw. stationsbezogenen Merkmalen

5.5.1 Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation und bewohnerInnenbezogenen Merkmalen

Die Ergebnisse der bivariaten Analyse zeigt **Tabelle 27**.

Die Merkmale, die mit dem Psychopharmakagebrauch in signifikantem ($p < 0,05$) bivariatem Zusammenhang standen, wurden mit Hilfe der logistischen backward Regression weiter untersucht. Es ergaben sich folgende nennenswerte statistisch signifikante Zusammenhänge ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,001$) zwischen den folgenden bewohnerInnenbezogenen Merkmalen und der Anwendung von Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/Sedativa bzw. Antidepressiva (vgl. **Tabelle 28**):

Psychiatrische Diagnosen:

Die Wahrscheinlichkeit für die Einnahme von **Neuroleptika** war bei Vorliegen diagnostizierter **Psychoorganischer Störungen, Schizophrenie/Wahnstörungen** bzw. **Sonstigen psychischen oder Verhaltensstörungen** um das 1,9 bzw. 5,5 bzw. 6,9-fache erhöht.

BewohnerInnen mit diagnostizierten **Affektiven Störungen** wurden 2,0x häufiger mit **Antidepressiva** therapiert als diejenigen ohne diese Diagnose.

Verhaltensauffälligkeiten:

BewohnerInnen mit

Depressionen

(gelegentlich oder häufig) erhielten häufiger **Antidepressiva** (2,5 bzw. 3,7x)

Gereiztheit

(gelegentlich) erhielten häufiger **Hypnotika/Sedativa** (2,3x)

Agitiertheit

(gelegentlich oder häufig) erhielten häufiger **Neuroleptika** (1,7 bzw. 2,1x)

Schlafproblemen

(gelegentlich oder häufig bzw. häufig) erhielten häufiger **Anxiolytika** (2,1 bzw. 2,8x) bzw. **Hypnotika/Sedativa** (3,5x)

Aggressionen

erhielten häufiger **Neuroleptika** (1,8x)

Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit / Zeit außerhalb des eigenen Zimmers

Nicht einwilligungsfähige, aber bewegungsfähige BewohnerInnen bekamen häufiger **Neuroleptika** (2,1x) als die einwilligungsfähigen (bewegungsfähigen oder nicht bewegungsfähigen) BewohnerInnen der Referenzgruppe, wobei zwischen den nicht einwilligungsfähigen+nicht bewegungsfähigen BewohnerInnen und der Referenzgruppe kein signifikanter ($p < 0,05$) Unterschied feststellbar war.

Je mehr Zeit die BewohnerInnen **außerhalb ihres Zimmers** verbrachten, desto höher (1,2x) war die Wahrscheinlichkeit, ein **Neuroleptikum** zu erhalten.

Unterbringung in Einzel- bzw. Doppelzimmern:

BewohnerInnen in **Doppelzimmern** erhielten 2,0x häufiger **Neuroleptika** als BewohnerInnen, die in Einzelzimmern untergebracht waren.

Heiminterne psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung einzeln und/oder in einer definierten Gruppe:

Es wurde ein signifikanter ($p < 0,01$) Zusammenhang gefunden zwischen der heiminternen psychosozialen/-therapeutischen intensiveren Betreuung der BewohnerInnen einzeln und/oder in einer definierten Gruppe und der Einnahme von **Hypnotika/Sedativa** (2,7x häufiger).

Visiten durch einen Psychiater/Neurologen im Bezugszeitraum:

BewohnerInnen, die in den dem Stichtag vorangegangenen 4 Wochen von einem Neurologen oder Psychiater persönlich visitiert worden waren, erhielten 3,0x bzw. 2,7x häufiger **Neuroleptika** bzw. **Anxiolytika**, als die BewohnerInnen ohne entsprechende Visiten.

5.5.2 Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation (aggregierte Werte) und stationsbezogenen Merkmalen

Die bivariate Analyse ergab signifikante ($p < 0,05$) Zusammenhänge zwischen dem jeweiligen durchschnittlichen Neuroleptikagebrauch der einzelnen Stationen und den durchschnittlichen Personalminuten pro BewohnerIn (sehr schwache positive Korrelation) als auch der Dauer der Übergabegespräche (schwache negative Korrelation):

Tabelle 26:

Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation (aggregierte Werte) und stationsbezogenen Merkmalen / Ergebnisse der bivariaten Analyse

Merkmale	n ¹⁾	Test ²⁾	Neuroleptika		Anxiolytika		Hypnotika/Sedativa		Anti-depressiva	
			r _{sp}	p	r _{sp}	p	r _{sp}	p	r _{sp}	p
Personalminuten pro BewohnerIn (min)	37	Sp	0,360	0,028	-0,131	0,441	0,255	0,128	0,210	0,211
Dauer Übergabegespräche (min)	17	Sp	-0,528	0,029	0,014	0,957	0,044	0,866	-0,415	0,097
Regelmäßige Fallbesprechungen (ja/nein)	17	MW	---	0,279	---	0,506	---	0,574	---	1,000
Geschätzte Anteile Grundpflege an der Gesamtarbeitszeit (%)	17	Sp	-0,406	0,106	0,161	0,538	-0,298	0,245	0,032	0,904
Geschätzte Anteile Dienstgespräche an der Gesamtarbeitszeit (%)	17	Sp	0,163	0,547	-0,120	0,658	0,296	0,266	-0,285	0,285
Geschätzte Anteile Dokumentation / Buchführung an der Gesamtarbeitszeit (%)	17	Sp	0,143	0,585	0,031	0,905	0,304	0,235	0,221	0,394
Geschätzte Anteile „psychosoziale Hilfen“ an der Gesamtarbeitszeit (%)	17	Sp	0,127	0,626	0,009	0,973	-0,089	0,735	0,053	0,841

¹⁾Anzahl Stationen; ²⁾ Sp = Korrelation nach Spearman / MW = Mann-Whitney-U-Test

Tabelle 27:

Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation und bewohnerInnenbezogenen Merkmalen / Ergebnisse der bivariaten Analyse

Merkmale	Ausprägungen	n ¹⁾	Test ²⁾	Neuroleptika			Anxiolytika			Hypnotika/ Sedativa			Antidepressiva		
				n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Alter	x Jahre	888	MW	299	33,7	0,007	109	12,3	0,431	121	13,6	0,301	175	19,7	0,000
Geschlecht	weiblich	703	Chi	239	34,0	0,794	87	12,4	0,975	87	12,4	0,035	144	20,5	0,198
	männlich	179		59	33,0		22	12,3		33	18,4		29	16,2	
Heimaufenthaltsdauer	x Monate	888	MW	299	33,7	0,064	109	12,3	0,417	121	13,6	0,126	175	19,7	0,002
Einzel-/Doppelzimmer	Einzelzimmer	406	Chi	110	27,1	0,000	59	14,5	0,049	49	12,1	0,210	76	18,7	0,487
	Doppelzimmer	481		188	39,1		49	10,2		72	15,0		99	20,6	
Besuch	nein	133	MH	47	35,3	0,256	16	12,0	0,715	17	12,8	0,938	27	20,3	0,767
	gelegentlich	324		116	35,8		38	11,7		46	14,2		60	18,5	
	häufig	429		135	31,5		55	12,8		58	13,5		88	20,5	
Pflegerstufe	0	28	MH	3	10,7	0,215	2	7,1	0,688	4	14,3	0,402	8	28,6	0,093
	I	196		58	29,6		21	10,7		28	14,3		44	22,4	
	II	427		166	38,9		59	13,8		60	14,1		81	19,0	
	III	229		70	30,6		26	11,4		27	11,8		41	17,9	
	III/Härtefall	3		1	33,3		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit	einwilligungsfähig	423	Chi	101	23,9	0,000	52	12,3	0,555	58	13,7	0,001	93	22,0	0,157
	nicht einwilligungsfähig aber bewegungsfähig	278		140	50,4		38	13,7		52	18,7		55	19,8	
	nicht einwilligungsf. und nicht bewegungsfähig	167		50	29,9		17	10,2		10	6,0		25	15,0	
Kognitive Beeinträchtigungen	ja	602	Chi	231	38,4	0,000	73	12,1	0,758	86	14,3	0,574	110	18,3	0,093
	nein	272		61	22,4		35	12,9		35	12,9		63	23,2	
Depressionen	nie	409	MH	110	26,9	0,000	41	10,0	0,002	47	11,5	0,189	42	10,3	0,000
	gelegentlich	300		116	38,7		32	10,7		50	16,7		74	24,7	
	häufig	168		71	42,3		34	20,2		24	14,3		58	34,5	
Angstlichkeit	nie	421	MH	117	27,8	0,000	47	11,2	0,268	57	13,5	0,610	52	12,4	0,000
	gelegentlich	267		99	37,1		32	12,0		34	12,7		68	25,5	
	häufig	194		83	42,8		28	14,4		30	15,5		54	27,8	
Gereiztheit	nie	466	MH	136	29,2	0,001	53	11,4	0,232	39	8,4	0,003	82	17,6	0,329
	gelegentlich	310		116	37,4		38	12,3		71	22,9		73	23,5	
	häufig	106		47	44,3		17	16,0		11	10,4		19	17,9	
Agitiertheit	nie	513	MH	126	24,6	0,000	54	10,5	0,017	43	8,4	0,000	81	15,8	0,003
	gelegentlich	229		99	43,2		28	12,2		47	20,5		60	26,2	
	häufig	141		73	51,8		26	18,4		31	22,0		34	24,1	
Schlafprobleme	nie	501	MH	146	29,1	0,001	40	8,0	0,000	37	7,4	0,000	97	19,4	0,883
	gelegentlich	255		99	38,8		39	15,3		46	18,0		53	20,8	
	häufig	130		54	41,5		29	22,3		38	29,2		25	19,2	
Nächtliches Stören	nie	651	MH	192	29,5	0,000	67	10,3	0,002	64	9,8	0,000	135	20,7	0,130
	gelegentlich	181		80	44,2		31	17,1		42	23,2		32	17,7	
	häufig	53		25	47,2		11	20,8		14	26,4		7	13,2	
Mißtrauen	nein	617	Chi	189	30,6	0,005	68	11,0	0,096	76	12,3	0,067	107	17,3	0,017
	ja	259		105	40,5		39	15,1		44	17,0		63	24,3	
Wahn	nein	704	Chi	207	29,4	0,000	78	11,1	0,019	87	12,4	0,102	130	18,5	0,113
	ja	163		82	50,3		29	17,8		28	17,2		39	23,9	
Apathie	nie	477	MH	133	27,9	0,001	61	12,8	0,915	56	11,7	0,493	76	15,9	0,008
	gelegentlich	277		118	42,6		30	10,8		51	18,4		69	24,9	
	häufig	125		47	37,6		17	13,6		13	10,4		29	23,2	
Aggressionen	nein	629	Chi	117	28,1	0,000	72	11,4	0,263	81	12,9	0,262	118	18,8	0,327
	ja	254		120	47,2		36	14,2		40	15,7		55	21,7	

¹⁾Anzahl BewohnerInnen; ²⁾ Chi = Chi-Quadrat-Test / MH = Mantel-Haenszel-Test / MW = Mann-Whitney-U-Test / F = Exakter Test nach Fisher

Tabelle 27 / Fortsetzung

Merkmale	Ausprägungen	n ¹⁾	Test ²⁾	Neuroleptika			Anxiolytika			Hypnotika/ Sedativa			Antidepressiva		
				n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Weglauffendenzen	nein	762	Chi	224	29,4	0,000	94	12,3	0,891	91	11,9	0,000	142	18,6	0,048
	ja	126		75	59,5		15	11,9		30	23,8		33	26,2	
Kooperationsverhalten	nein	404	Chi	166	29,1	0,000	71	12,5	0,892	71	12,5	0,146	104	18,2	0,141
	ja	182		131	41,9		38	12,1		50	16,0		70	22,4	
Alkoholkonsum	nie	788	MH	277	35,2	0,007	101	12,8	0,125	103	13,1	0,275	151	19,2	0,151
	mäßig	86		21	24,4		8	9,3		15	17,4		20	23,3	
	Mißbrauch	12		1	8,3		0	0,0		2	16,7		4	33,3	
Diagnose: Psychoorganische Störung (F00-F09)	nein	411	Chi	96	23,4	0,000	49	11,9	0,766	50	12,2	0,239	85	20,7	0,498
	ja	477		203	42,6		60	12,6		71	14,9		90	18,9	
Diagnose: Affektive Störung (F30-F39)	nein	792	Chi	260	32,8	0,127	91	11,5	0,041	104	13,1	0,217	139	17,6	0,000
	ja	96		39	40,6		18	18,8		17	17,7		36	37,5	
Diagnose: Schizophrenie/Wahnstörung (F20-F29)	nein	846	Chi	272	32,2	0,000	101	11,9	0,171	118	13,9	0,210	165	19,5	0,494
	ja	42		27	64,3		8	19,0		3	7,1		10	23,8	
Diagnose: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen (F40-F99)	nein	869	Chi / F	286	32,9	0,001	104	12,0	0,072	119	13,7	1,000	171	19,7	0,777
	ja	19		13	68,4		5	26,3		2	10,5		4	21,1	
Krankenversicherung	gesetzlich	356	F	124	34,8	0,048	45	12,6	0,464	46	12,9	0,098	66	18,5	0,960
	privat	28		7	25,0		6	21,4		0	0,0		6	21,4	
	nicht versichert	13		3	23,1		2	15,4		2	15,4		2	15,4	
Familienstand	verwitwet	241	Chi	80	33,2	0,708	30	12,4	0,635	25	10,4	0,132	44	18,3	0,505
	verheiratet	62		20	32,3		10	16,1		10	16,1		9	14,5	
	ledig	57		22	38,6		6	10,5		11	19,3		13	22,8	
Heiminterne psychosoziale/-therap. intensivere Betreuung einzeln oder in einer definierten Gruppe	nein	268	Chi	76	28,4	0,001	36	13,4	0,967	25	9,3	0,014	41	15,3	0,012
	ja	128		58	45,3		17	13,3		23	18,0		33	25,8	
Teilnahme an heiminternem Gruppen- Aktivprogramm	nein	302	Chi	108	35,8	0,147	45	14,9	0,112	39	12,9	0,386	61	20,2	0,167
	ja	94		26	27,7		8	8,5		9	9,6		13	13,8	
Zeit außerhalb des eigenen Zimmers (Stunden/Tag)	0,0h	63	MH	17	27,0	0,000	11	17,5	0,335	4	6,3	0,009	8	12,7	0,792
	>0,0-2,0h	55		11	20,0		8	14,5		5	9,1		10	18,2	
	>2,0-4,0h	52		15	28,8		6	11,5		5	9,6		17	32,7	
	>4,0-6,0h	60		19	31,7		11	18,3		5	8,3		12	20,0	
	>6,0-8,0h	69		22	31,9		3	4,3		11	15,9		11	15,9	
	>8,0-10,0h	74		39	52,7		11	14,9		14	18,9		14	18,9	
	>10,0h	23		10	43,5		3	13,0		4	17,4		2	8,7	
Zeit im Freien (an Tagen/Woche)	0,0 Tage	155	MH	49	31,6	0,177	28	18,1	0,201	15	9,7	0,986	26	16,8	0,761
	>0,0-1,0 Tag	100		40	40,0		11	11,0		16	16,0		22	22,0	
	>1,0-2,0 Tage	47		19	40,4		6	12,8		7	14,9		10	21,3	
	>2,0-3,0 Tage	20		7	35,0		0	0,0		2	10,0		4	20,0	
	>3,0-4,0 Tage	10		1	10,0		0	0,0		0	0,0		1	10,0	
	>4,0-5,0 Tage	8		4	50,0		1	12,5		2	25,0		2	25,0	
	>5,0-6,0 Tage	6		2	33,3		1	16,7		1	16,7		2	33,3	
	>6,0-7 Tage	50		11	22,0		6	12,0		5	10,0		7	14,0	
Visiten Hausarzt	nein	82	Chi	33	40,2	0,163	11	13,4	0,948	8	9,8	0,450	17	20,7	0,611
	ja	312		100	32,1		41	13,1		40	12,8		57	18,3	
Visiten Neurologe/Psychiater	nein	323	Chi	93	28,8	0,000	36	11,1	0,014	34	10,5	0,041	59	18,3	0,652
	ja	73		40	54,8		16	21,9		14	19,2		15	20,5	
Anteil BewohnerInnen betreut durch Hausarzt pro Station	0-20,0%	150	Chi	49	32,7	0,442	19	12,7	0,963	13	8,7	0,169	22	14,7	0,129
	>20,0-60,0%	106		32	30,2		14	13,2		13	12,3		19	17,9	
	>60,0-100,0%	138		52	37,7		19	13,8		22	15,9		33	23,9	

¹⁾Anzahl BewohnerInnen; ²⁾ Chi = Chi-Quadrat-Test / MH = Mantel-Haenszel-Test / MW = Mann-Whitney-U-Test / F = Exakter Test nach Fisher

Tabelle 28:

Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation und bewohnerInnenbezogenen Merkmalen /

Ergebnisse der multivariaten logistischen backward Regression (*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001);

ns = nicht signifikant; „---“ = keine Aufnahme in die multivariate Analyse, da kein signifikanter (p<0,05) bivariater Zusammenhang besteht

<u>Merkmale</u>	<u>Ausprägungen</u>	Neuroleptika OR (CI 95%)	Anxiolytika OR (CI 95%)	Hypnotika/Sedativa OR (CI 95%)	Antidepressiva OR (CI 95%)
Alter	x Jahre	ns	---	---	0,96 (0,94-0,98) ***
Geschlecht (Referenz: weiblich)	männlich	---	---	ns	---
Heimaufenthaltsdauer	x Monate	---	---	---	0,995 (0,990-0,999) *
Diagnose: Psychoorganische Störung (Referenz: nein)	ja	1,9 (1,3-2,6) ***	---	---	---
Diagnose: Affektive Störung (Referenz: nein)	ja	---	ns	---	2,0 (1,2-3,3) **
Diagnose: Schizophrenie/Wahnstörung (Referenz: nein)	ja	5,5 (2,5-12,1) ***	---	---	---
Diagnose: Sonstige psych./Verh.störg. (Referenz: nein)	ja	6,9 (2,3-20,1) ***	---	---	---
Depressionen (Referenz: nie)	gelegentlich	ns	ns	---	2,5 (1,6-3,8) ***
	häufig	ns	1,8 (1,1-2,9) *	---	3,7 (2,3-6,0) ***
Angstlichkeit (Referenz: nie)	gelegentlich	ns	---	---	ns
	häufig	ns	---	---	ns
Gereiztheit (Referenz: nie)	gelegentlich	ns	---	2,3 (1,5-3,6) ***	---
	häufig	ns	---	ns	---
Agitiertheit (Referenz: nie)	gelegentlich	1,7 (1,2-2,5) **	ns	1,8 (1,1-3,0) *	ns
	häufig	2,1 (1,4-3,3) ***	ns	2,0 (1,1-3,5) *	ns
Schlafprobleme (Referenz: nie)	gelegentlich	ns	2,1 (1,3-3,4) **	1,9 (1,1-3,1) *	---
	häufig	ns	2,8 (1,6-4,8) ***	3,5 (2,0-6,1) ***	---
Nächtliches Stören (Referenz: nie)	gelegentlich	ns	ns	ns	---
	häufig	ns	ns	ns	---
Mißtrauen (Referenz: nein)	ja	ns	---	---	ns
Wahn (Referenz: nein)	ja	ns	ns	---	---
Apathie (Referenz: nie)	gelegentlich	ns	---	---	ns
	häufig	ns	---	---	ns
Aggressionen (Referenz: nein)	ja	1,8 (1,2-2,5) **	---	---	---
Weglauff Tendenzen (Referenz: nein)	ja	ns	---	ns	ns
Kooperationsverhalten (Referenz: nein)	ja	ns	---	---	---
Alkoholkonsum (Referenz: nie)	mäßig	ns	---	---	---
	Mißbrauch	ns	---	---	---
Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit (Referenz: einwilligungsfähig)	nicht einwilligungsf. aber bewegungsfähig /	2,1 (1,5-3,0) ***	---	ns	---
	nicht einwilligungsf. und nicht bewegungsfähig	ns	---	0,5 (0,2-0,9) *	---
Kognitive Beeinträchtigungen (Referenz: nein)	ja	ns	---	---	---
Zeit außerhalb des eigenen Zimmers (Stunden/Tag)	x Stunden (0,0 />0,0-2,0h/>2,0-4,0h/.../>10,0h)	1,2 (1,1-1,4) **	---	ns	---
Einzel-/Doppelzimmer (Referenz: Einzelzimmer)	Doppelzimmer	2,0 (1,4-2,7) ***	---	---	---
Heiminterne psychosoziale/-therapeut. intensivere Betreuung einzeln oder in definierter Gruppe (Referenz: nein)	ja	ns	---	2,7 (1,4-5,4) **	ns
Visiten Neurologe/Psychiater (Referenz: nein)	ja	3,0 (1,7-5,3) ***	2,7 (1,3-5,5) **	ns	---

6. BEWERTUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

6.1. Vergleich der Stichproben der Basiserhebung bzw. der Erweiterten Erhebung

Die unter 5.1-5.4 zusammengefaßten Ergebnisse der Stichproben der Basiserhebung und der Erweiterten Erhebung sind vergleichbar; lediglich bzgl. der Art der belegten Zimmer (45,7% der BewohnerInnen der Basiserhebung in Einzelzimmern gegenüber 57,2% der Erweiterten Erhebung) fällt ein Unterschied auf.

6.2 Gesamte Medikation

Die am häufigsten von je mindestens 20% der BewohnerInnen angewendeten Arzneimittel waren - bei Kategorisierung nach dem 3-stelligen ATC-Code – die Psycholeptika gefolgt von den Diuretika, Antiithrombotika, Herztherapeutika, Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, Psychoanaleptika und den Laxanzien an 7. Stelle. Zu den Psycholeptika zählen die Neuroleptika, Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa, zu den Psychoanaleptika die Antidepressiva, Psychostimulantien/Nootropika, Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination und die Antidementiva.

Pittrow et al. (2002) ermittelten aus den Krankenkassendaten einer Betriebskrankenkasse in Berlin bei Alten- und AltenpflegeheimbewohnerInnen mit Pflegestufe - bei Kategorisierung nach dem 4-stelligen ATC-Code - als die 3 am häufigsten angewendeten Arzneimittelgruppen analog: Antikoagulantien, Neuroleptika und Schleifendiuretika.

In der Untersuchung von Stelzner (1999) in Pflegeheimen stellten - bei Kategorisierung nach der Roten Liste 1993 der Rote Liste Service GmbH - die Psychopharmaka, Analgetika/Rheumatika und Diuretika die am häufigsten verabreichten Medikamente dar .

Während in den Heimen **die Psychopharmaka ganz oben rangierten**, standen in der Berliner Altersstudie (vgl. 2.2.1) in der Gruppe der ärztlich verordneten, chemisch definierten, innerlich und täglich anzuwendenden Arzneimittel - bei Kategorisierung nach einer modifizierten Systematik der Roten Liste der Rote Liste Service GmbH - die Kardiaka an erster Stelle, gefolgt von den Diuretika, den Calciumantagonisten, den durchblutungsfördernden Mitteln, den Koronarmitteln und den Psychopharmaka (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Nach Pittrow et al. (2002) bekamen HeimbewohnerInnen mit Pflegestufe etwa 3mal häufiger Neuroleptika verschrieben als pflegebedürftige ambulant behandelte PatientInnen. Diese Unterschiede hinsichtlich der Psychopharmakaanwendung sind zu einem großen Teil sicherlich auf die höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen in den Pflegeheimen zurückzuführen (vgl. 6.4., Diagnosen).

Multimedikation, definiert als die gleichzeitige Anwendung von 5 oder mehr Medikamenten, war bei 56% der älter als 70jährigen Berliner Bevölkerung anzutreffen. Diese Zahl lag in den Münchener Pflegeheimen mit 50,8% niedriger - allerdings verkehrt sich das Mehrheitsverhältnis bei alleiniger Betrachtung der innerlich anzuwendenden Arzneimittel mit chemisch definierten Wirkstoffen in 23% (Berliner Altenbevölkerung) zu 47,9% (Münchener Pflegeheime).

Phytopharmaka, Homöopathika bzw. Mikroorganismen-Präparate spielen in den Münchener Pflegeheimen nur eine marginale Rolle (Anteil von 3,7% an der Gesamtmedikation). Das Risiko

für Nebenwirkungen, Kumulation und Interaktionen steigt mit der Zahl der eingenommenen Medikamente; bei Einnahme von sechs und mehr Medikamenten (in der vorliegenden Studie war dies bei 33,2% der BewohnerInnen der Fall) – gegenüber bis zu fünf Medikamenten - stieg die Prävalenz unerwünschter Nebenwirkungen bei älteren Menschen von 18 auf 80% sprunghaft an (Caird, 1989).

In deutschen Altenheimen erhalten nur 10% der Demenzkranken **Antidementiva** (Hallauer, 2001); diese Schätzung stimmt mit den in München gefundenen Zahlen überein: bei 8,2% der BewohnerInnen bzw. 9,6% der als dement Bewerteten erfolgte eine Antidementiva-Gabe. Antidementiva können Demenz nicht heilen, jedoch – nachgewiesenermaßen zumindest für leichte und mittelgradige Demenzformen (Möller et al, 2001) - den Verlauf verzögern. Ein bedeutender Grund für die dennoch geringe Verschreibung bzw. mangelnde Bereitschaft zur Übernahme der Behandlungskosten dieser relativ teuren Medikamente dürfte die Budgetierung der Ärzte und vor allem die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung sein, die dazu führt, daß die Ersparnisse im Pflegeaufwand nicht in dem Bereich anfallen, in dem die Ausgaben getätigt werden.

6.3 Eingesetzte Psychopharmaka

Vergleiche der in München gefundenen Häufigkeiten mit den Ergebnissen anderer Studien sind u.a. wegen den unterschiedlichen Bewohnerpopulationen, den zum Teil unterschiedlichen Bezugszeiträumen und nicht zuletzt der uneinheitlichen Definition der Psychopharmaka nicht unproblematisch und können somit nur der groben Orientierung dienen:

Die aus den Münchener Heimen erhaltenen Ergebnisse für **Neuroleptika** (33,7%), **Anxiolytika** (12,3%) und **Hypnotika/Sedativa** (13,6%) liegen innerhalb der für in- und ausländische Studien gefundenen Bereichswerte (vgl. 2.2.2). Die Zahlen umfassen dabei Regel- und Bedarfsmedikation. Nach Angaben des Heimpersonals erhielten nur 2,7% der BewohnerInnen Bedarfsmedikation ausschließlich oder zusätzlich zur Regelmedikation.

Der für die Anwendung bei 19,7% der BewohnerInnen erhaltene Wert für **Antidepressiva** ist höher als die Vergleichswerte der wenigen entsprechenden deutschen Studien, was vor dem Hintergrund der bekannten Untermedikation mit Antidepressiva positiv zu werten ist; dabei unterschied sich der Anteil der vom Personal als gelegentlich oder häufig depressiv eingeschätzten Bewohnerschaft (52,7%) – auf Basis der identischen Fragestellung - von den entsprechenden Prozentwerten bei Stelzner (1999) mit 49,2% und Weyerer (2000a) mit 51,4% kaum. 4,8% bzw. 8,5% der BewohnerInnen mit affektiven Störungen als aufgeführter Diagnose in der Pflegedokumentation bei Stelzner (1999) bzw. Weyerer et al. (2000a) standen in München 10,8% der Bewohnerschaft gegenüber. Allerdings müssen die Einschätzung durch die Pflegekräfte, basierend auf einer einzigen Frage, wie auch die Dokumentation der Diagnosen aus den unter 5.1.5.5 angegebenen Gründen mit Einschränkung betrachtet werden und entsprechen nicht einer zeitnahen validen Depressionsdiagnostik. Von einer Unterversorgung mit Antidepressiva wird nach wie vor ausgegangen.

Auch der Anteil der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) an der Gesamt-Antidepressiva-Gabe war in München mit nahezu 50% vergleichsweise hoch: Sowohl in Leipziger Pflegeheimen (Stelzner, 1999) als auch in Berliner und Bremer Alten- und Pflegeheimen (Pittrow et al., 2002; Damitz, 1997) wurden vorwiegend trizyklische Antidepressiva eingesetzt, die gegenüber den SSRI ein vor allem für ältere Menschen ungünstigeres Nutzen/Risiko-Verhältnis, schlechtere Handhabbarkeit und schlechtere Überdosierungssicherheit besitzen.

Wie bei Pittrow et al. (2002) wurden auch in München zur **neuroleptischen Behandlung** vorwiegend (hier: zu 54,8%) konventionelle niederpotente, üblicherweise vor allem zur Sedierung bei Unruhe und Schlafstörungen eingesetzte, Neuroleptika verwendet; zu 87,7% handelte es sich dabei um Melperon und Pipamperon, Medikamente mit relativ geringem Nebenwirkungspotential aufgrund des Fehlens einer anticholinergen Komponente und eines nur geringen EPMS-Risikos. 25,5% der Neuroleptika waren im weiteren Sinne atypische Neuroleptika, vorwiegend Risperidon gefolgt von Sulpirid. Sie besitzen gegenüber den konventionellen, vor allem mittel- und hochpotenten Alternativen häufig eine günstigere Nutzen/Risiko-Abschätzung (vgl. 2.1.1 und 2.1.3) und kamen beispielsweise bei Stelzner (1999) nur vereinzelt zum Einsatz.

Zu 17,3% wurden konventionelle mittel- und hochpotente Neuroleptika (vorwiegend Haloperidol gefolgt von Zuclopenthixol) eingesetzt.

Schließlich ist bei den Hypnotika/Sedativa der häufige Einsatz neuerer **Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten** wie Zopiclon und Zolpidem bei mehr als einem Drittel der BewohnerInnen mit Hypnotika/Sedativa bemerkenswert, die im Vergleich zu **Benzodiazepinen** ein günstigeres Nebenwirkungsprofil besitzen (vgl. 2.1.5).

In den Vereinigten Staaten wurden auf der Grundlage vorhandener klinischer und pharmakologischer Studien explizite Kriterien für die **Fehlmedikation** u.a. zur Auswertung der Ergebnisse epidemiologischer Arzneimittelverbrauchsstudien definiert: Im Jahr 1991 wurde ein Expertenkonsens für ältere (>65 Jahre) PflegeheimbewohnerInnen erzielt (Beers et al., 1991). Die Kriterien wurden zweimalig überarbeitet. Sie gelten nun generell für alle Menschen, die älter als 65 Jahre sind (Beers, 1997; Fick et al., 2003) und enthalten Listen von Wirkstoffen, die per se oder ab bestimmten Dosierungen oder Anwendungshäufigkeiten oder bei Vorliegen definierter Gegenanzeigen **möglichst nicht angewendet werden sollen**. Auch im Rahmen der Berliner Altersstudie wurde die Medikation nach den Ergebnissen dieses Expertenkonsens bewertet (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996).

Bei Anwendung der oben genannten Kriterien auf die Daten der vorliegenden Studie erhielten 7,7% der BewohnerInnen bzw. **13,6% der PsychopharmakakonsumentInnen** 1 Psychopharmakon bzw. in einem Fall 2 Psychopharmaka, **die als Arzneimittel eingestuft wurden, die bei älteren Menschen möglichst nicht angewendet werden sollen** (hier: Diazepam, Flurazepam, Amitriptylin, Doxepin, Fluoxetin, Thioridazin und Diphenhydramin). Die starken Nebenwirkungen von Benzodiazepinen mit längerer Halbwertszeit, wie Diazepam und Flurazepam, machen auch nach der „Behandlungsleitlinie Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000) die Geeignetheit dieser Arzneimittel für ältere Menschen fraglich.

Weitere 1,7% der BewohnerInnen bzw. **3,0% der PsychopharmakakonsumentInnen** erhielten Psychopharmaka als Regelmedikation, die **auffallend hoch dosiert waren**: Ohne Berücksichtigung der individuellen Indikationen überschritten die oralen Tagesdosierungen jeweils die üblichen Obergrenzen der Erhaltungsdosisspannen (Benkert & Hippus, 2000; Förstl, 2001) für die Indikationen mit den jeweils höchsten Dosierungen allgemein. Entsprechende Dosierungsempfehlungen speziell für ältere Menschen existierten dabei nur zum Teil, so daß ggf. auch die altersundifferenzierten Dosierungsgrenzen zugrundegelegt wurden; ebenso wurde ggf. die Dosierung für die ambulante gegenüber der stationären psychiatrischen Versorgung ausgewählt. Die besonders hohe Dosierung betraf im einzelnen folgende Wirkstoffe: Haloperidol (12/12,5 mg), Melperon (300 mg), Flupentixol (25 mg), Pimozid (16 mg), Diazepam (17,5 bzw. 30 mg), Nitrazepam (10 mg), Lormetazepam (2,5 mg), Citalopram (60 mg), Mirtazapin (60 mg) und Reboxetin (8 mg). Die definitive Beantwortung der Frage, ob in diesen Fällen eine tatsächliche Überdosierung vorliegt, wäre nur bei eingehenderer Betrachtung der individuellen Fälle hinsichtlich Indikation, Begleiterkrankungen, Begleitmedikation, Anamnese und ggf. Blutspiegel möglich.

Wie vor dem grundsätzlichen Einsatz von Psychopharmaka sollte gerade bei der Medikation älterer PatientInnen auch vor der Wahl der Dosierung eine ausführliche Nutzen/Risikoabschätzung erfolgen, da in der Regel die Wahrscheinlichkeit und Intensität von Nebenwirkungen mit der Dosierung zunehmen. Wilhelm-Göbbling (1999) fand in der Studie an 49 AltenpflegeheimbewohnerInnen, daß bei Analyse aller Faktoren, die Einfluß auf die Mortalität haben könnten, die Höhe der Haloperidol-Äquivalenzdosis sowie die Summe aller sedativ und/oder neuroleptisch wirksamen Substanzen den größten Einfluß auf das Überleben hatten. Diejenigen, die höher dosiert Psychopharmaka bzw. mehr als 1 mg Haloperidol-Äquivalenzdosen erhielten, verstarben signifikant eher als diejenigen ohne Neuroleptika oder mit geringerer Dosierung ($p=0,01$). Weder das jeweilige Lebensalter noch die Schwere des Demenzsyndroms, Begleiterkrankungen oder die Mobilität beeinflussten die Überlebenszeit gleichermaßen stark. 215 der 299 BewohnerInnen der vorliegenden Studie mit Neuroleptika erhielten Neuroleptika, für die Haloperidol-Äquivalenzdosen festgesetzt sind (Grohmann et al., 1994; für die neueren verabreichten Wirkstoffe Risperidon, Zuclopenthixol, Olanzapin, Triflupromazin, Quetiapin und Amisulpirid existieren bis dato keine entsprechenden Daten). Bei 50 dieser 215 BewohnerInnen war eine Dosierung entsprechend mehr als 1mg Haloperidol-Äquivalenten verordnet.

Weitere Ergebnisse zur Psychopharmakamedikation aus der Erweiterten Erhebung:

Lediglich 0,8% der BewohnerInnen erhielten nicht am Stichtag, jedoch im 28-tägigen Bezugszeitraum Psychopharmaka, was eine weitestgehende Vergleichbarkeit mit Studien, denen ein Bezugszeitraum von 4 Wochen zugrundeliegt (z.B. Stelzner, 1999 und Weyerer et al., 2000a), erlaubt.

Nach Weyerer et al. (2000a) wurde die Verschreibung von Psychopharmaka in Alten- und Pflegeheimen auch aus der Sicht examinierter Pflegekräfte sowie in Heimen tätiger Haus- und Nervenärzte näher beleuchtet: Die Verabreichung von Placebopräparaten spielt bei BewohnerInnen ohne bekannte psychiatrische Grunderkrankung nach eigenen Aussagen der Mannheimer Pflegekräfte von Stationen mit geringem Psychopharmakagebrauch durchaus eine Rolle. Die Häufigkeit der Vergabe von Placebopräparaten, die Einfluß auf Schlaf, Verhalten oder Gemütsstimmung haben sollten, ist in Münchener Pflegeheimen praktisch vernachlässigbar (6 von 397 BewohnerInnen).

Weiterhin geht die Initiative zur Verordnung von Psychopharmaka nach Weyerer et al. (2000a) in der Regel vom Pflegepersonal aus. In München wurde für 40,7% und damit für einen Großteil der verabreichten Psychopharmaka vom Personal entsprechend angegeben, die Initiative/Empfehlung/Wunsch für die Verordnung sei von Arzt und Personal zusammen ausgegangen, d.h. aus gemeinsamen Besprechungen hervorgegangen (Alternativen: Arzt, Arzt/Patient, Arzt/Angehörige, Kliniken, Sonstige).

Bei 40,4% der verabreichten Psychopharmaka (38% wiederum davon waren Neuroleptika, verabreicht an BewohnerInnen ohne diagnostizierte psychotische Symptome, und 21% Benzodiazepine) wurde für die ununterbrochene Einnahme eine Dauer von 1-5 Jahren angegeben. Die jeweils letzte Überprüfung der Verschreibung des Großteils (49,1%) der 332 im Rahmen der Erweiterten Erhebung verabreichten Psychopharmaka erfolgte vor 1-4 Wochen; bei immerhin 17,5% der verabreichten Psychopharmaka (31% wiederum davon waren Neuroleptika, verabreicht an BewohnerInnen ohne diagnostizierte psychotische Symptome, und 24% Benzodiazepine) lag die letzte Kontrolle mindestens 3 Monate bis teilweise Jahre zurück. Die Sinnhaftigkeit vor allem derart langer Überprüfungsintervalle erscheint bereits angesichts des fluktuierenden Verlaufs der Erkrankungen bzw. Störungen, die einer Psychopharmakamedikation insbesondere mit Neuroleptika (Stoppe & Staedt, 1999; Wilhelm-Göbbling, 1999) und Benzodiazepinen in Altenpflegeheimen meist zugrundeliegen, fraglich. Für Benzodiazepine wird – außer in Ausnahmefällen - eine maximale Einnahmezeit von 4 Wochen empfohlen (vgl. 2.1.5).

Verabreichungstageszeiten

49% der Psychopharmaka wurden „nur abends/nachts“ (vorwiegend die Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa), 28% „tagsüber und abends/nachts“ (vorwiegend die Neuroleptika) und 22% „nur tagsüber“ (vorwiegend die Antidepressiva) verabreicht.

7 Hypnotika/Sedativa wurden tagsüber verabreicht; es handelt es sich dabei um Clomethiazol- bzw. Promethazin- haltige Arzneimittel, die in der Roten Liste 2000 (Rote Liste Service GmbH, 2000) im Gegensatz zur ATC-Klassifikation (WHO/WidO: Nov. 2001) nicht den „Hypnotika/Sedativa“, sondern den „Sonstigen Psychopharmaka“ bzw. „Neuroleptika“ zugeteilt sind und auch zur Anwendung zu anderen als hypnotischen Zwecken bestimmt sind.

Fachrichtung der Psychopharmaka-verschreibenden Ärzte

49 bzw. 42% der PsychopharmakakonsumentInnen hatten die Psychopharmaka ausschließlich von ihrem Hausarzt bzw. Psychiater/Neurologen verschrieben bekommen.

Die Zahl der je KonsumentIn verschriebenen Psychopharmaka ist vergleichbar hoch (durchschnittlich 1,4 bzw. 1,5).

Ähnlich fand Wilhelm-Göbbling (1998) eine Psychopharmakaverordnung durch Hausärzte in etwas mehr als der Hälfte der Fälle.

6.4 Zusammenhänge der Psychopharmakamedikation (ja/nein) mit untersuchten BewohnerInnenbezogenen Merkmalen

Dokumentierte Diagnosen und vom Personal angegebene Verhaltensstörungen

Die Aktualität und Vollständigkeit der in der Pflegedokumentation angegebenen Diagnosen wurde vom Personal vereinzelt angezweifelt und sollte in künftigen Studien verstärkt hinterfragt werden. Zudem fiel eine häufig relativ unspezifische psychiatrische Diagnosestellung auf (vgl. 5.1.5.5).

Entsprechend der Pflegedokumentation wiesen die BewohnerInnen in den Münchener Pflegeheimen vorrangig Kreislauferkrankungen (72,2%), Psychische Erkrankungen (61,9%), Krankheiten des Nervensystems (38,2%), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (35,1%) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (25,2%) auf.

In der Berliner Altenbevölkerung (vgl. 2.1) kamen Krankheiten des Kreislaufsystems und Gelenkerkrankungen am häufigsten vor (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996), bei Hilfe- und Pflegebedürftigen in bundesdeutschen privaten Haushalten spielten auch Krankheiten des Nervensystems (bei 65- bis 79jährigen mehr, bei den ≥ 80 jährigen weniger) und Stoffwechselkrankheiten eine herausragende Rolle (Schneekloth et al., 1996). Ein Viertel bis ein Drittel aller über 65jährigen Deutschen leidet an einer psychischen Störung (vgl. 2.1). Schneekloth & Müller (2000) ermittelten in der Zusatzerhebung von 1998 in deutschen Altenpflegeheimen einen 50%igen BewohnerInnenanteil mit erheblichen psychischen Störungen in einem Ausmaß, daß die Personen auf kontinuierliche Anleitung oder Beaufsichtigung bei der Ausführung der täglichen Verrichtung angewiesen waren. Diese Daten unterstreichen erneut die gegenüber der Altenbevölkerung in Privathaushalten höhere Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in Altenpflegeheimen. In München kamen psychische und Verhaltensstörungen (mit 62%; Datenquelle: Pflegedokumentation; Kategorisierung: ICD 10) häufiger vor als in Mannheim: Bei Weyerer et al. (2000a) lag das Ergebnis hier bei 50% (Datenquelle: Pflegedokumentation; Kategorisierung: ICD 9).

Wie in den Studien von Weyerer et al. (2000a) und Sørensen et al. (2001) ergaben sich auch in München zwischen psychiatrischen Diagnosen und Psychopharmaka-Vergabe signifikant positive Korrelationen (1,9 bis 6,9-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Vergabe von Neuroleptika bei Psychoorganischen Störungen, Schizophrenie/Wahnstörungen bzw. Sonstigen psychischen und Verhaltensstörungen bzw. 2,0-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Vergabe von Antidepressiva bei diagnostizierten affektiven Störungen). Diese Zusammenhänge waren zwar zu erwarten, waren jedoch nicht in allen vorangegangenen Studien zu finden (vgl. 2.2.4).

Wie unter 2.1.1 ausgeführt, sind die Verhaltensstörungen, die den Hauptgrund für die Einweisung darstellen, in Pflegeheimen in hohem Maße prävalent, was sich in der vorliegenden Studie bestätigt: Die vom Personal am häufigsten beobachteten Verhaltensstörungen waren Depressionen (bei 52,7% der BewohnerInnen), gefolgt von Ängstlichkeit, Gereiztheit, Apathie, Schlafproblemen und Agitiertheit (41,7%). Ein ähnliches Häufigkeitsmuster ergaben die Untersuchungen von Stelzner (1999) und Weyerer et al. (2000a), in denen das Auftreten von Verhaltensstörungen mit dem nahezu identischen Erhebungsinstrument abgefragt worden war. Die Ergebnisse für die einzelnen Verhaltensstörungen lagen in München dabei quantitativ meist nur geringfügig über denjenigen der genannten Studien, außer bzgl. des Items „Ängstlichkeit“: Hier wurden mit 51,9% etwa 17-20% mehr BewohnerInnen als betroffen eingeschätzt.

Die multivariate Analyse der bewohnerInnenbezogenen Items ergab signifikant positive Zusammenhänge ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,001$)

zwischen Agitation bzw. Aggressionen und dem Einsatz von Neuroleptika,

zwischen Schlafstörungen und Anxiolytika,

zwischen Gereiztheit bzw. Schlafproblemen und Hypnotika/Sedativa und

zwischen Depressionen und der Gabe von Antidepressiva.

Auch Stelzner (1999) und Weyerer et al. (2000a) und einige weitere Autoren berichten hier über signifikante Zusammenhänge (vgl. 2.2.4).

Geeignetheit der eingesetzten Psychopharmaka bei den genannten Verhaltensauffälligkeiten

Risikoaspekte und die eventuelle Existenz alternativer nicht-medikamentöser Therapien mit besserem gesundheitlichem Nutzen/Risiko-Potential ungeachtet, ist die Bewertung der Geeignetheit der in München bei Verhaltensstörungen eingesetzten Psychopharmaka bereits hinsichtlich der Frage des gesundheitlichen Nutzens der Einnahme allein aus folgenden Gründen schwierig:

- Für zahlreiche PsychopharmakakonsumentInnen waren keine oder lediglich relativ unspezifische psychiatrische Diagnosen dokumentiert (z.B. Hirnorganisches Psychosyndrom). Zudem ist die Validität diagnostizierter oder vom Personal angegebener Verhaltensstörungen fraglich: Trotz des häufigen Auftretens von Verhaltensstörungen gibt es bezüglich Definition und Operationalisierung der Verhaltensstörungen bisher keinen Konsens. Agitation kann sowohl Ausdruck von Angst als auch die Konsequenz von ängstigenden Halluzinationen, sowohl das Ergebnis von Fehlinterpretationen von Umgebungsreizen als auch eine Neuroleptika-induzierte Akathisie sein (vgl. 2.1.1)
- Die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei zahlreichen Verhaltensstörungen im Rahmen von psychiatrischen Erkrankungen ist relativ wenig erforscht (vgl. 2.1.1)

- Auch den Einfluß der eingesetzten Psychopharmaka auf das Befinden der BewohnerInnen auf empirischem Wege zu ermitteln, ist im Rahmen einer Querschnittsstudie, die nur den Status Quo mehrerer Parameter zu einem bestimmten Zeitpunkt misst, nicht möglich. Für einen positiven Zusammenhang zwischen Psychopharmaka-Gabe und angegebenen psychischen Störungen gibt es hier mehrere plausible Interpretationsmöglichkeiten:
 - > die Medikation erfolgt aufgrund der psychischen Störung; die Therapie ist wirksam, die Besserung jedoch zum Erhebungszeitpunkt noch nicht eingetreten,
 - > die Medikation erfolgt aufgrund der psychischen Störung; die Therapie ist unwirksam,
 - > die psychische Störung ist eine Folge der Medikation

Die Sachgerechtigkeit der Behandlung von Verhaltensstörungen wird unterschiedlich beurteilt: U.a. wurden bereits vor mehr als 10 Jahren in den USA Richtlinien (Omnibus Reconciliation Act 1987) für den Umgang mit psychotropen Substanzen in Altenheimen entwickelt (Gurwich & Cunningham, 2000): Danach sind beispielsweise Neuroleptika nur für Psychosen oder psychotische Symptome zu verwenden. Bei Demenz dürfen sie dann gegeben werden, wenn die Verhaltensauffälligkeiten eine Fremd- oder Selbstgefährdung beinhalten; sie sind hier nicht zur Behandlung von Schlafstörungen, Unruhe, unkooperativem Verhalten oder als Bedarfsmedikation geeignet. Demgegenüber gelten – entsprechend der „Behandlungsleitlinie Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000) - Neuroleptika neben paranoider oder halluzinatorischer Symptomatik auch bei Aggressionen, psychomotorischer Unruhe und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus bei Demenzen als angezeigt.

Einige Heimstudien über den Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeiten und Psychopharmakagabe unterstützen die Annahme, die Einschätzung der psychiatrischen Morbidität der BewohnerInnen durch das Pflegepersonal könnte größeren Einfluß auf die Psychopharmakamedikation haben als standardisierte klinische Kriterien (vgl. 2.2.4). In München waren bei 139 der 501 PsychopharmakakonsumentInnen, entsprechend 28%, keine psychiatrischen Diagnosen (nach ICD 10: F00-F99 inkl. psychischer und Verhaltensstörungen) dokumentiert. Bei 96 der 501 PsychopharmakakonsumentInnen (entsprechend 19%), waren keine psychiatrischen Diagnosen dokumentiert, jedoch vom Personal zwischen 3 und 12 Verhaltensauffälligkeiten (übermäßiger Alkoholkonsum ausgenommen) angegeben worden. Dieses Ergebnis könnte einerseits auf einer tatsächlich abweichenden Einschätzung der BewohnerInnen durch das Personal, verbunden mit entsprechender Einflußnahme auf die Psychopharmakagabe basieren, andererseits könnten die „fehlenden“ Diagnosen auch von einer nach Aussage einzelner Pflegepersonen nicht sorgfältig geführten Diagnosedokumentation herrühren.

Der enge Zusammenhang zwischen sicherlich störenden Verhaltensweisen, wie Agitation, Aggression und Gereiztheit und der Gabe von Neuroleptika bzw. Hypnotika/Sedativa ist auffallend. Die Frage allerdings, ob in München psychotrope Substanzen unter Vernachlässigung von Nutzen/Risiko-Abwägungen bzw. des Einsatzes alternativer nichtmedikamentöser Therapiemöglichkeiten primär mit der Intention der Verhaltenskontrolle zum Zwecke der Pflegeererleichterung eingesetzt werden, ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend beantwortbar.

Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit / Zeit außerhalb des eigenen Zimmers

Zusätzlich zu fehlender Einwilligungsfähigkeit verbunden mit vorhandener Bewegungsfähigkeit - gegenüber der Referenzgruppe der einwilligungsfähigen (bewegungs- oder nicht bewegungsfähigen BewohnerInnen)- trug zunehmende Zeit (h/Tag), die die BewohnerInnen außerhalb ihres eigenen Zimmers verbrachten, zu einer höheren Wahrscheinlichkeit (2,1x bzw. 1,2x je 2h), ein Neuroleptikum zu erhalten, bei. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit verbunden mit nicht vorhandener Bewegungsfähigkeit war gegenüber der Referenzgruppe kein signifikanter Unterschied feststellbar.

Einerseits ist durch den größeren Aktionsradius der beschriebenen „Risikogruppen“ eine erhöhte Auffälligkeit evtl. vorhandener psychiatrischer Probleme oder auch eine stärkere Beeinträchtigung der Pflegeroutine vorstellbar, die wiederum die häufigere Verschreibung von Neuroleptika nach sich ziehen könnte; zum anderen können zahlreiche Neuroleptika ihrerseits bekanntermaßen zu psychomotorischer Unruhe bzw. zu erhöhtem Bewegungsdrang und Verlassen des Zimmers führen.

Art der belegten Zimmer

Die Wahrscheinlichkeit, ein Neuroleptikum zu erhalten, ist in München bei Unterbringung in einem Doppelzimmer gegenüber in einem Einzelzimmer doppelt so hoch, was durch einen vermehrten Einsatz von Neuroleptika bei Verhalten eines/r Bewohners/In, das der jeweilige Zimmergenosse als störend empfindet, erklärt werden könnte.

Psychosoziale/-therapeutische heiminterne intensivere Betreuung (einzeln oder in definierten Gruppen): Etwa ein Drittel der BewohnerInnen erhielt im Bezugszeitraum einzeln oder in definierten Gruppen, in die jeweils regelmäßig nur bestimmte BewohnerInnen einer Station einbezogen wurden, heiminterne intensivere psychosoziale/-therapeutische Betreuung (die genaue Art der Betreuung bzw. Therapie wurde im Rahmen der Studie nicht näher spezifiziert). Der erhöhte Anteil als demenz eingestufte BewohnerInnen (79%) bzw. von BewohnerInnen mit diagnostizierten psychoorganischen Störungen (73%) spricht dafür, daß BewohnerInnen mit diesen Störungen bevorzugt für die beschriebenen Angebote ausgewählt wurden. Allgemein finden sich lediglich zur Verhaltenstherapie vereinzelt doppelblinde randomisierte Studien, die deren Wirksamkeit auch im Vergleich mit Medikamenten bei Verhaltenssymptomen der Demenz belegen (Teri & Logsdon, 2000; Teri et al., 2000; Davis et al., 2001). Keine der zu den übrigen Therapieansätzen, wie z.B. dem Realitäts-Orientierungstraining (ROT), der Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) oder Musiktherapie vorliegenden Untersuchungen erfüllt die Kriterien, die an die Wirksamkeitsprüfung von Therapien durch die Europäische Kommission gefordert werden. Da sich jedoch sehr häufig Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit psychologischer Interventionen finden lassen, werden diese Verfahren zur Ergänzung verhaltenstherapeutischer Techniken von Hausärzten und Fachärzten empfohlen (Ihl, 2002). Die Angebote sind allerdings von den Heimen über die Leistungen aus der Pflegeversicherung mitzufinanzieren, was vielfach beklagt wird (Weyerer et al., 2000b) und ein Defizit psychosozialer Therapiemaßnahmen zur Folge hat. Dem Drittel der Bewohnerschaft mit heiminterner intensiverer Betreuung standen in München 61,9% der BewohnerInnen mit dokumentierten psychiatrischen Diagnosen gegenüber. Eine verringerte Psychopharmakaeinnahme für den Teil der Bewohnerschaft mit heiminterner intensiverer Betreuung konnte – unter Kontrolle der übrigen potentiellen Einflußfaktoren – nicht gefunden werden; vielmehr war die Wahrscheinlichkeit für die Einnahme von Hypnotika/Sedativa für diesen Teil der Bewohnerschaft erhöht. Dieses Ergebnis schließt einen dennoch positiven Einfluß der intensiveren Betreuung auf das Befinden der BewohnerInnen nicht aus; möglicherweise ist in München, trotz der finanziellen Förderung der „Heiminternen Tagesbetreuung für Demente“ in den Heimen durch die Stadt München, das Angebot psychosozialer Betreuungs- bzw. Therapiemaßnahmen noch immer zu gering oder zu unspezifisch, um einen in Form verringerter Psychopharmakagabe messbaren Effekt feststellen zu können. Um die spezielle Bedeutung verschiedener Therapie- oder Betreuungsmaßnahmen für das Befinden der BewohnerInnen oder sogar die Anwendung von Psychopharmaka näher konkretisieren zu können, wären wesentlich differenziertere Fragestellungen notwendig gewesen, die den Rahmen dieser Studie deutlich gesprengt hätten. Eine mögliche Erklärung für die erhöhte Einnahme von Hypnotika/Sedativa könnte sein: Die Motivierung der BewohnerInnen zur Teilnahme gestaltet sich häufig schwierig (Weyerer et al., 2000b). Demzufolge ist von einer Einbeziehung vorwiegend aktiverer BewohnerInnen auszugehen, die eventuell besser in der Lage sind, sich über gesundheitliche Probleme, wie Schlafstörungen, zu äußern.

Ärzte

BewohnerInnen, die in den vergangenen 4 Wochen von einem Neurologen bzw. Psychiater visitiert worden waren, hatten ein höheres Risiko, Neuroleptika (3,0x) bzw. Anxiolytika (2,7x) zu erhalten, als BewohnerInnen, die von einem anderen Arzt oder überhaupt nicht visitiert worden waren. Bei 77,5% der 40 BewohnerInnen, die am Stichtag Neuroleptika einnahmen bzw. 75% der 16 BewohnerInnen, die am Stichtag Anxiolytika einnahmen und jeweils im Bezugszeitraum von einem Psychiater/Neurologen visitiert wurden, war die entsprechende Verschreibung auch tatsächlich von einem Psychiater/Neurologen ausgegangen.

Nach den Ergebnissen von Weyerer et al. (2000a) werden Nervenärzte von den Hausärzten vor allem dann konsultiert, wenn diese sich fachlich oder finanziell überfordert fühlen. Die oben beschriebene häufigere Verschreibung von Neuroleptika und Anxiolytika dürfte also damit zusammenhängen, daß es sich bei den von den Psychiatern/Neurologen visitierten bzw. behandelten BewohnerInnen häufig um „schwerere Fälle“ handelt; entsprechend wiesen BewohnerInnen mit Psychiater-/Neurologen-Visiten auch signifikant mehr Verhaltensstörungen auf (durchschnittlich 6) als BewohnerInnen ohne Psychiater/Neurologen-Visiten (durchschnittlich 4 Verhaltensstörungen) (Mann-Whitney-U-Test: $p < 0,000$).

6.5 BewohnerInnenbezogene Merkmale ohne nennenswerten Zusammenhang mit der Psychopharmakamedikation (ja/nein)

Alter

Das ermittelte Durchschnittsalter liegt mit 84,4 Jahren über demjenigen der Infrateststudie (81 Jahre). Bedenkt man, daß in Privathaushalten zum Vergleich 21% der Pflegebedürftigen im Alter unter 60 Jahren (hier: 1,1%) und nur 45% 80jährig und älter sind (hier: 75,7%), so zeigt sich, daß auch im Falle einer eingetretenden Pflegebedürftigkeit ein Umzug in ein Heim in aller Regel erst im gehobenen Alter stattfindet. Dies steht im Einklang mit der Erkenntnis, daß den Hauptgrund für die Einweisung in Pflegeheime die Verhaltensstörungen darstellen, die mit den ab dem 65. Lebensjahr stark zunehmenden Demenzerkrankungen in späteren Stadien zu 70-80% einhergehen (Tariot et al., 1995; Stoppe & Staedt, 1999). Wie unter 2.2.4 erläutert, sind die Studienergebnisse hinsichtlich der Rolle des Alters als mögliche Determinante für den Psychopharmakagebrauch in den Pflegeheimen widersprüchlich. Für die Münchener Heime ergab die statistische Auswertung keine nennenswerten Zusammenhänge mit der Psychopharmakamedikation.

Geschlecht

Die Geschlechterverteilung (Verhältnis Frauen zu Männern: 4 zu 1) entspricht der gefundenen Verteilung in der für bundesdeutsche Pflegeheime repräsentativen Infratest-Studie (Schneekloth & Müller, 2000). Der hohe Frauenanteil in den Heimen hängt mit der höheren Lebenserwartung der Frauen, mit dem auch kriegsbedingt unausgewogenen Zahlenverhältnis der Geschlechter (Füsgen, 1996), und der Tatsache, daß die Männer eher von ihren Frauen zu Hause gepflegt werden, während die später allein lebenden Frauen eher in ein Heim umziehen werden, zusammen (Bartholomeyczik, 2002). Während bei Stelzner (1999) Frauen häufiger Psychopharmaka nahmen als Männer und bei Weyerer (2000a) weibliches Geschlecht ebenso zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, ein Antidepressivum oder Benzodiazepin zu erhalten, beitrug, wurden in München hinsichtlich der Psychopharmakamedikation keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt.

Familienstand

Der Großteil der BewohnerInnen war verwitwet (61%). Eine Verwitwung kann massive psychopathologische und psychosomatische Symptome zur Folge haben und den Beginn einer Pflegebedürftigkeit darstellen (Dibelius, 2000). Bei Pflegebedarf von Verwitweten ist die Möglichkeit der häuslichen Pflege, die zu 30 Prozent von dem/der EhepartnerIn übernommen wird (Schneekloth & Müller, 2000), gegenüber Verheirateten eingeschränkter.

Heimaufenthaltsdauer

Die durchschnittliche bisherige Heimaufenthaltsdauer – nicht zu verwechseln mit der tatsächlichen Verweildauer der BewohnerInnen vom Einzug bis zum Ableben, die einer Querschnittserhebung nicht zugänglich ist - lag in München bei 3,7 Jahren gegenüber 4,3 Jahren in der Infratest-Studie (Schneekloth & Müller, 2000). Viele BewohnerInnen verbringen nach wie vor einen erheblichen Teil ihres Lebensabends in Pflegeheimen, die somit nicht allein unter dem Gesichtspunkt der Sterbebegleitung zu betrachten sind, sondern deren Qualität auch am Grad der Wohnlichkeit bemessen werden sollte.

Wohnliche Situation

45,7% der BewohnerInnen lebten zum Zeitpunkt der Erhebung in einem Einzelzimmer, 54,2% in einem Doppelzimmer. In der Infratest-Studie (50%-EZ, 44%-DZ, 5%-MehrbettZ) wurde die wohnliche Situation in der stationären Pflege unter dem Gesichtspunkt der Lebensqualität als verbesserungsbedürftig beurteilt (Schneekloth & Müller, 2000). In München waren 10% der BewohnerInnen (Erweiterte Erhebung) in Doppel-Zimmern mit Blick auf Straßen, Gewerbe oder Hochhäuser und ohne persönliche Einrichtungsgegenstände untergebracht; diese BewohnerInnen lebten bereits seit durchschnittlich 4,7 Jahren im Heim.

Zeit im Freien

Ein beträchtlicher Teil der Bewohnerschaft (39%; davon 50% Pflegestufe III und 30% Pflegestufe II) war über den gesamten 28-tägigen Bezugszeitraum auch nicht für wenigstens 5 min im Freien (dazu zählte auch Zeit auf dem Balkon). Bemerkenswert war hier, daß einige Personen des befragten Personals äußerten, es würde ihnen bei dieser Frage erst wieder bewußt, daß einige BewohnerInnen seit Monaten nicht mehr im Freien gewesen wären und daß sie gerne mehr Zeit hätten, diese öfter nach draußen zu begleiten bzw. ihnen zu helfen, dorthin zu gelangen.

Besuche

Beinahe die Hälfte der BewohnerInnen erhielt im 4-wöchigen Bezugszeitraum häufig (mehr als 4mal), weitere 37% der BewohnerInnen gelegentlich (bis zu 4mal) Besuch; ein beinahe identisches Ergebnis fanden Weyerer et al. (2000b).

Teilnahme an Aktivprogramm des Heimpersonals, Einzel- und Gruppenbetreuung durch Ehrenamtliche, privat bezahlte psychosoziale Betreuung

Entsprechend der Ergebnisse der Untersuchung von Weyerer (2000a) gehören zu den wesentlichen Lösungsvorschlägen des Personals als Beitrag für die Optimierung des Psychopharmaka-Einsatzes in Pflegeheimen die Bereitstellung von mehr Personal für die soziotherapeutische Betreuung und auch die Einbeziehung ehrenamtlicher Kräfte. Auch in München wurde ungefragt mehrmals auf Bemühungen zur Gewinnung ehrenamtlicher Kräfte durch das Personal hingewiesen. Ehrenamtliche betreuten bzw. beschäftigten sich aktuell mit

6,8% bzw. 5,5% der BewohnerInnen einzeln bzw. in Gruppen. 1,3% der BewohnerInnen erhielten privat bezahlte Einzelbetreuung.

Neben der psychosozialen/-therapeutischen intensiveren Betreuung einzeln oder in definierten Gruppen durch Heimpersonal werden Aktivprogramme für alle angeboten, die von 23,6% der BewohnerInnen genutzt wurden – die Motivierung zur Teilnahme durch das Heimpersonal bedeutet dabei einen nicht zu vernachlässigenden Zeitfaktor.

Pflegestufe

Der Vergleich der Verteilung der Pflegestufen 0 bis 3 in München (3,2% / 22,1% / 48,1% / 25,8%) mit derjenigen der Infratest-Repräsentativerhebung von 1998 (Schneekloth & Müller, 2000: 12% / 23% / 37% / 23%) zeigt ähnliche Resultate in den Pflegestufen 1 und 3, während die Zuordnung zu Pflegestufe 0 (der sogenannten Vergütungsklasse 0) bzw. 2 in den Münchener Heimen 2001 niedriger bzw. höher lag. Diese Unterschiede werden auf eine Veränderung der BewohnerInnenstruktur im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung zurückgeführt. Beispielsweise stellten Weyerer et al. (2000b) bereits zwischen 1995/1996 und 1997/1998 einen Anstieg des Dementenanteils von 53,8% auf 58,8% und einen engen Zusammenhang zwischen Demenzerkrankungen und Pflegebedürftigkeit fest; 75% der Demenzkranken waren schwer pflegebedürftig gegenüber 30% der Nichtdementen. Nach den Informationen des Statistischen Bundesamtes (2001) waren Ende 2000 die Pflegestufen wie folgt verteilt: Stufen 0-3: 3,4% / 30,8% / 43,4% / 22,4%. Eine Zunahme der Psychopharmakamedikation mit steigender Pflegestufe wurde nicht festgestellt.

Kognitive Beeinträchtigungen / Demenzerkrankungen

Die festgestellte Rate kognitiver Beeinträchtigungen bzw. Demenzerkrankungen (67,8%) liegt im oberen Bereich veröffentlichter Prävalenzdaten für Pflegeheime (51%-72% nach Bickel, 1997); sie ist auch vergleichsweise hoch gegenüber den in den Psychopharmaka-Studien von Stelzner (1999) (53,6% in den Pflegeheimen) und Weyerer et al. (2000a) (50% in Alten- und Pflegeheimen) gefundenen Ergebnissen. In der weiteren Untersuchung von Weyerer et al. (2000b), wurde das auch für München verwendete identische Erhebungsinstrument entwickelt und eingesetzt: Der Dementenanteil lag dort in den Jahren 1995/1996 bei 53,8% bzw. 1997/1998 bei 58,8% (Alten- und Altenpflegeheime). Einen Beitrag zu den höheren Demenzraten in München dürfte – entsprechend des exponentiellen Anstiegs mit dem Alter (vgl. 2.1.1) - das relativ hohe Durchschnittsalter leisten (München: 84,4 J; Weyerer et al., 2000b: 77,4 J bzw. 78 J; Weyerer et al., 2000a: 81 J; Schneekloth & Müller, 2000: 81 J).

Visiten der Ärzte, Einbeziehung des Personals in die Visiten, Prozentuale Anteile der Bewohnerschaft je Station, die von einem Arzt betreut wurden

78,4% bzw. 18,4% der BewohnerInnen wurden im Bezugszeitraum von einem Hausarzt bzw. einem Psychiater/Neurologen visitiert. Bei Stelzner (1999) wurden 83,9% der PflegeheimbewohnerInnen von Hausärzten, 11,4% von einem Nervenarzt und 13,9% von anderen Fachärzten versorgt. Weyerer et al. (2000a) berichtet von 13,6% der BewohnerInnen in nervenärztlicher Behandlung. In München hatten immerhin 22% der PsychopharmakakonsumentInnen im 28-tägigen Bezugszeitraum keinerlei persönlichen Kontakt mit einem Hausarzt, Psychiater oder Neurologen (von den betroffenen PsychopharmakakonsumentInnen nahmen 60% Neuroleptika, 22% Anxiolytika, 16% Hypnotika/Sedativa und 34% Antidepressiva ein); allerdings fand bei 66% dieser Personen zumindest eine Rücksprache mit dem Personal statt, was wiederum die bedeutende Rolle des Personals im Rahmen der medizinischen Betreuung unterstreicht. Sowohl die Hausärzte als auch die Psychiater/Neurologen bezogen das Personal zum größten Teil (bei 84,9% bzw. 87,7% der BewohnerInnen) häufig, d.h. bei mehr als der Hälfte der Visiten mit ein.

Die Dauer der Visiten wurde vom Pflegepersonal für Hausärzte auf durchschnittlich 7,6 min, für Psychiater/Neurologen auf durchschnittlich 6,6 Minuten geschätzt. Die Visitendauern in Mannheimer Alten- und Pflegeheimen lagen nach eigenen Angaben der Ärzte bei weniger als 5 Minuten, was von Pflegekräften und Ärzten selbst als zu kurz bewertet wurde; eine angemessene Honorierung der Visiten sei wünschenswert (Weyerer et al., 2000a). Die an der genannten Studie teilnehmenden Mannheimer Nervenärzte wünschten sich eine stärkere Nachfrage nach Nervenärzten durch Hausärzte und eine Reduktion der Anzahl behandelnder Ärzte in den Heimen. In München wurden 38% bzw. 27% bzw. 35% der BewohnerInnen von Hausärzten betreut, die <20% bzw. 20-60% bzw. 60-100% der gesamten Bewohnerschaft einer Station betreuten. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil der von einem Hausarzt auf einer Station insgesamt betreuten BewohnerInnen und der Verschreibung einzelner Psychopharmakagruppen wurde nicht festgestellt.

6.6 Stationsbezogene Merkmale

Personalausstattung / Ist-Arbeitszeit am Stichtag

Im Rahmen der Infratest-Studie „Pflege und Betreuungsaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen“ (Schneekloth & Müller, 2000), wurde als 2. Stufe der Untersuchung im Frühjahr 1999 bei einer Untersuchungsstichprobe von 152 stationären Pflegeheimen eine bewohnerInnenbezogene Zusatzerhebung durchgeführt. Die Personenstichprobe entsprach dabei in ihrer Grundstruktur der tatsächlichen Verteilung der BewohnerInnen von deutschen stationären Pflegeeinrichtungen (nach Pflegestufe, Altersgruppe und Geschlecht). Über den Zeitraum einer Woche wurde der zeitliche Umfang der Hilfeleistungen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege sowie der psychosozialen Hilfen (unabhängig von regelmäßigen psychosozialen bzw. sozialtherapeutischen Einzel- oder Gruppen-Maßnahmen; z.B. Sterbebegleitung, Kommunikation mit den BewohnerInnen) pro BewohnerIn erfaßt.

Für die Pflegestufen 0-3 wurde ein durchschnittlicher zeitlicher Aufwand pro Tag und BewohnerIn von 121 (inkl. Nachtdienst) bzw. 114 min (ohne Einbeziehung des Nachtdienstes) errechnet. Unter Zugrundelegung der Pflegestufenverteilung der vorliegenden Studie (fehlende Anträge und Härtefälle bei insgesamt 8 BewohnerInnen vernachlässigt) ergibt sich ein **theoretischer** entsprechender Aufwand von **128 min** an zeitlichem Umfang der Hilfeleistungen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege sowie der psychosozialen Hilfen für die Pflegestufen 0-3 der untersuchten Stationen in München (ohne Einbeziehung des Nachtdienstes).

Die grundsätzliche Vergleichbarkeit der in München bzgl. der Arbeitszeit erhobenen Daten mit denjenigen der Infrateststudie ist allein deshalb stark eingeschränkt, weil

- die Ergebnisse der Infratest-Studie auf der Erhebung über den Zeitraum einer vollständigen Woche und diejenigen der vorliegenden Studie lediglich auf einer Stichtagserhebung basieren und somit weniger repräsentativ sind,
- die Daten im Rahmen der Infratest-Studie pro BewohnerIn, in München pro Station erhoben wurden, und
- in der Infratest-Studie die Zeit für bestimmte Pflegetätigkeiten erhoben wurde, während in München alle Personalzeiten, die am Stichtag direkt auf der Station erbracht worden waren, eingerechnet wurden.

Dennoch erscheint der in der Münchener Studie **gefundene** durchschnittliche Wert der Gesamt-Arbeitsminuten / belegtem Platz von **124 min** in Früh- und Spätdienst (gegenüber dem theoretischen Wert von **128 min** für Grund-, Behandlungspflege und psychosoziale Hilfen in Früh- und Spätdienst) vergleichsweise gering, wenn man vor allem berücksichtigt, daß in dieser Zeit neben Grund-, Behandlungspflege und psychosozialen Hilfen mindestens zusätzlich der zeitliche Aufwand für Dokumentation und dienstliche Besprechungen, die nach Schätzungen des Pflegepersonals durchschnittlich zusätzlich je ca. 15% der Arbeitszeit beanspruchen (vgl. 5.4), enthalten sein müßte. Einen Beitrag zu dieser niedrigen Personalbesetzung in München gegenüber dem Bundesdurchschnitt dürften die unattraktiv hohen Lebenshaltungskosten und die bekannt hohe Personalfuktuation leisten.

Im 4. Altenbericht des BMFSFJ wird zu den Arbeitsbedingungen der Altenpflege in Deutschland unter anderem ausgeführt, es sei eine „Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein eklatanter Personalmangel in der Altenpflege zu verzeichnen ist. ... Die häufig zitierten Qualitätsmängel in den Heimen müssen auch vor diesem Hintergrund gesehen werden.“ (Bartholomeyczik, 2002)

In einigen Studien wurde in Institutionen mit qualitativ und/oder quantitativ mangelhafter Personalausstattung der Befund eines vergleichsweise erhöhten bzw. unsachgemäßen Psychopharmakagebrauchs gestellt (vgl. 2.2.4). Die vorliegende Studie ergab hingegen einen – wenn auch sehr schwachen und auf niedrigem Wahrscheinlichkeitsniveau basierenden – positiven bivariaten Zusammenhang ($r_{sp}=0,36$; $p<0,05$) zwischen durchschnittlichen Personalminuten/BewohnerIn und dem jeweiligen durchschnittlichen Neuroleptikagebrauch der einzelnen Stationen. Angesichts der aktuellen schwierigen Personalsituation in den Heimen scheint folgende Interpretation dieses Ergebnisses plausibel: Auf Stationen mit erhöhter Neuroleptika-Gabe, die mit hoher Wahrscheinlichkeit – wie oben gezeigt - mit einer höheren Häufigkeit von Verhaltensstörungen und psychiatrischen Erkrankungen einhergeht, wird verstärkt Personal eingesetzt zur Begrenzung noch weitergehender „Qualitätsmängel“. Um einen positiven Effekt einer besseren Personalausstattung auf die Psychopharmakagabe zu zeigen, müßte wohl insgesamt wesentlich mehr Personal auf den Stationen vorhanden sein, als derzeit verfügbar ist.

Übergabegespräche

In München fanden zwischen sämtlichen Schichtdiensten (Früh-, Spät- und Nachtdienst) regelmäßig Übergabegespräche mit einer Dauer von durchschnittlich 20 min (sd 5; 13-30 min) statt. Bei Weyerer et al. (2000a) dauerten die Übergabegespräche durchschnittlich 28 min (10-60 min); Gespräche zwischen Nachtwachen und Pflegekräften im Tagdienst, die in der Regel von kürzerer Dauer als die Gespräche zwischen den sonstigen Schichten sind, gab es dort allerdings nur auf 62% der Stationen. Während in Mannheim Qualität und Quantität der Übergaben als Ergebnis der logistischen Regression im Rahmen einer Mehrebenenanalyse positiv – allerdings in geringem Maße - mit dem Gesamtpsychopharmakaverbrauch korrelierten (OR 1,18; $p<0,05$), ergab die bivariate Analyse der nach Stationen aggregierten Daten für München einen sinkenden Gebrauch von Neuroleptika mit zunehmender Dauer der Übergabegespräche ($r_{sp}=-0,528$; $p<0,05$).

Fallbesprechungen bzw.

Frühere Tätigkeit des Personals in psychiatrischen Einrichtungen

Als Maßnahmen zur Optimierung des Psychopharmakaeinsatzes in den Heimen wurden von Seiten der Nervenärzte bzw. des Pflegepersonals unter anderem die Durchführung regelmäßiger Fallbesprechungen und der Ausbau von Praktikumsstellen in psychiatrischen Einrichtungen vorgeschlagen (Weyerer et al., 2000a). Auf 5 bzw. 2 der erhobenen 17 Stationen

in München wurden regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt bzw. waren Pflegekräfte irgendwann einmal mindestens 3 Monate in einer psychiatrischen Einrichtung tätig gewesen; die bivariate Analyse der nach Stationen aggregierten Daten hinsichtlich der Fallbesprechungen ergab keinen signifikanten Zusammenhang mit einer der untersuchten Psychopharmakagruppen.

Geschätzte prozentuale Anteile bestimmter Tätigkeiten an der Arbeitszeit

Die Anteile für Grundpflege / Dienstgespräche / Dokumentation / Psychosoziale Betreuung wurden in München auf 61% / 15% / 15% / 9% und in Mannheim (Weyerer et al., 2000a) auf 57% / 11-12% / 11-12% / 12% geschätzt. Während in der vorliegenden Studie in der bivariaten Analyse keinerlei Korrelationen einzelner Anteile mit der Psychopharmakagabe gefunden wurden, bestanden in Mannheim zwischen dem Anteil psychosozialer Betreuung und dem Gebrauch von Neuroleptika bzw. von Psychopharmaka insgesamt im Rahmen der logistischen Regressionsanalyse signifikante negative Zusammenhänge (OR 0,67; $p < 0,01$ bzw. OR 0,71; $p < 0,05$).

6.7 Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Zwischen den Therapieempfehlungen der Krankenhäuser und den Verordnungen 3 Monate nach Entlassung ins Heim war weder hinsichtlich der Häufigkeit noch der Dosierung der regelmäßig einzunehmenden Neuroleptika und auch der sonstigen Psychopharmaka ein signifikanter bzw. nennenswerter Unterschied festzustellen. In München lagen die Therapieempfehlungen der Krankenhäuser bei weitem höher (Neuroleptikaempfehlung für die Regelmedikation bei 54,2% der PatientInnen) als in der Untersuchung von Wilhelm-Göbbling (1998) in Hannover (Neuroleptikaempfehlung bei 20,4%). Diese vergleichsweise höheren Therapieempfehlungen der Krankenhäuser, die die Münchener Pflegeheime versorgen, dürften in Bayern keine Ausnahme darstellen: Nach Lippert et al. (1996) zeigten sämtliche am AMÜP (Arzneimittelüberwachungsprojekt) beteiligten Bayerischen Fachkliniken für Psychiatrie in einer 1994 durchgeführten Untersuchung eine bemerkenswert hohe Übereinstimmung bei den Häufigkeiten der eingesetzten Psychopharmaka, wobei kein spezieller Fokus auf geriatrischen PatientInnen gelegen hatte.

Interessant ist die signifikant häufiger verordnete Psychopharmaka-Bedarfsmedikation 3 Monate nach Entlassung ins Heim: Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus war eine Therapie bei Bedarf mit Psychopharmaka bei 15,0% bzw. mit Neuroleptika bei 7,5% der BewohnerInnen empfohlen. 3 Monate später war eine Psychopharmakabedarfsmedikation bei 39,3% bzw. eine Neuroleptikabedarfsmedikation bei 19,6% der BewohnerInnen verordnet. Auf die Eruiierung des Umfanges der tatsächlichen Gabe dieser verordneten Bedarfsmedikation mußte im Rahmen dieser Arbeit verzichtet werden, da sie für das bereitgestellte Heimpersonal einen zusätzlichen hohen Zeitaufwand bedeutet hätte.

7. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

7.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Sowohl Multimedikation (mindestens 5 Arzneimittel pro Tag) mit chemisch definierten Wirkstoffen als auch die Medikation mit Psychopharmaka kam in den Münchener Heimen mit 47,9% (gegenüber 23%) bzw. 56,4% (gegenüber 25%) jeweils gut doppelt so häufig vor wie in der repräsentativen Stichprobe der Berliner Altenbevölkerung, in der nicht schwerpunktmäßig PflegeheimbewohnerInnen ausgewählt worden waren. Psychiatrische Erkrankungen waren in den Heimen bei 61,9% der BewohnerInnen dokumentiert gegenüber diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen bei 24% der untersuchten Personen aus der Berliner Altenbevölkerung (vgl. 2.1).

Von allen Arzneimittelgruppen wurden in den Münchener Pflegeheimen Psychopharmaka am häufigsten verabreicht. Es handelte sich dabei fast ausschließlich um Regelmedikation. Aus den Angaben des Pflegepersonals ergab sich ein geringer Anteil von 2,7% der BewohnerInnen mit Psychopharmaka-Bedarfsmedikation.

9,6% der als dement eingestuften BewohnerInnen erhielten Antidementiva.

Im einzelnen liegen die Häufigkeiten der Medikation mit Neuroleptika (33,7% der BewohnerInnen), Anxiolytika (12,3% der BewohnerInnen) und Hypnotika/Sedativa (13,6% der BewohnerInnen) innerhalb der für in- und ausländische Alten- bzw. Pflegeheimstudien gefundenen Bereichswerte. Der Wert für die Anwendung von Antidepressiva lag in München mit 19,7% gegenüber den Ergebnissen der wenigen diesbezüglich vergleichbaren deutschen Studien höher; bei den Antidepressiva bzw. den Neuroleptika wurden auch deutlich mehr selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bzw. atypische Neuroleptika eingesetzt. 13,6% der PsychopharmakakonsumentInnen erhielten Psychopharmaka, mit denen ältere Menschen unabhängig von der Indikation nach einem amerikanischen Expertenkonsens möglichst nicht behandelt werden sollen (Beers et al., 1991; Beers, 1997; Fick et al., 2003); dazu zählen beispielsweise bestimmte Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit wie Diazepam. Bei weiteren 3,0% der PsychopharmakakonsumentInnen waren die Psychopharmaka zumindest auffallend hoch dosiert, wie zum Beispiel mit 300 mg Melperon pro Tag.

Die Psychopharmakaverordnung erfolgte häufiger ausschließlich durch den Hausarzt (49% der PsychopharmakakonsumentInnen) als ausschließlich durch einen Psychiater oder Neurologen (42%). Das Betreuungspersonal spielt bei der Verordnung von Psychopharmaka eine bedeutende Rolle: Für 40,7% der verabreichten Psychopharmaka waren die Verordnungen aus gemeinsamen Besprechungen zwischen Arzt und Personal hervorgegangen.

Die Visitendauern der Hausärzte wurden auf durchschnittlich 7,6 Minuten, die der Neurologen/Psychiater auf durchschnittlich 6,6 Minuten geschätzt.

22% der PsychopharmakakonsumentInnen hatten im 28-tägigen Bezugszeitraum keinen persönlichen Kontakt mit einem Hausarzt, Neurologen oder Psychiater.

Bei 17,5% der verabreichten Psychopharmaka (zu 31% Neuroleptika und zu 24% Benzodiazepine) lag die letzte Überprüfung der Verschreibung mindestens 3 Monate bis zu mehrere Jahre zurück, ein Zeitraum, der bereits angesichts des fluktuierenden Verlaufs der Erkrankungen bzw. Störungen, die einer Psychopharmakamedikation vor allem mit Neuroleptika und Benzodiazepinen in Altenpflegeheimen meist zugrundeliegen, sicher inadäquat ist.

Die in der Pflegedokumentation angegebenen Diagnosen waren häufig relativ unspezifisch: Bei 22% der BewohnerInnen mit angegebenen psychiatrischen Erkrankungen war beispielsweise ausschließlich ein „HOPS“ (Hirnorganisches Psychosyndrom) dokumentiert.

Bei 27,7% der PsychopharmakakonsumentInnen waren in der Pflegedokumentation keine psychiatrischen Diagnosen dokumentiert.

Auf 29% der untersuchten Stationen wurden regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt.

Während für 61,9% der BewohnerInnen psychische Erkrankungen diagnostiziert waren, erhielt lediglich etwa ein Drittel der Bewohnerschaft heiminterne psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung einzeln oder in definierten Gruppen. Die gefundene Personalbe-

setzung lag mit 124 min / belegtem Platz für Grund-, Behandlungspflege, psychosoziale Hilfen, Dokumentation und dienstliche Besprechungen unter dem bundesdeutschen Durchschnitt mit 128 min / belegtem Platz für Grund-, Behandlungspflege und psychosoziale Hilfen ohne Berücksichtigung von Zeiten für Dokumentation und dienstliche Besprechungen.

Die multivariate Analyse bzgl. der bewohnerInnenbezogenen Merkmale ergab nennenswerte positive Zusammenhänge zwischen der Gabe einzelner Psychopharmakagruppen und

- diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen
- einzelnen vom Personal angegebenen Verhaltensstörungen (Agitiertheit, Aggressionen, Gereiztheit, Schlafprobleme, Depressionen)
- fehlender Einwilligungsfähigkeit bei vorhandener Bewegungsfähigkeit (gegenüber Einwilligungsfähigkeit bzw. Nicht-Einwill.fähigkeit+Nicht-Bewegungsfähigkeit)
- zugebrachter Zeit außerhalb des eigenen Zimmers
- Unterbringung in einem Doppelzimmer (gegenüber Einzelzimmer)
- Heiminterner psychosozialer/-therapeutischer intensiverer Betreuung (einzeln oder in definierten Gruppen)
- Visiten durch einen Neurologen bzw. Psychiater in den vergangenen 4 Wochen.

Keine bzw. vernachlässigbare Zusammenhänge wurden gefunden u.a. mit dem Geschlecht, zunehmendem Alter, zunehmender Heimaufenthaltsdauer und Pflegestufe, kognitiven Beeinträchtigungen und dem prozentualen Anteil der von einem Hausarzt auf einer Station insgesamt betreuten BewohnerInnen.

Bei BewohnerInnen, die in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden waren, orientierte sich die Verordnung der zur regelmäßigen Einnahme verschriebenen Psychopharmaka in den Heimen 3 Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus – im Gegensatz zu den Ergebnissen von Wilhelm-Gößling (1998) in Hannover - weitestgehend an den entsprechenden Therapieempfehlungen der Krankenhäuser, wobei in München Psychopharmaka allerdings wesentlich häufiger empfohlen worden waren als in der genannten Untersuchung. Bei der Bedarfsmedikation wurde ein Anstieg der BewohnerInnenanteile mit Psychopharmakaverordnungen von 15,0% auf 39,3% bzw. mit Neuroleptikaverordnungen von 7,5% auf 19,6% festgestellt.

7.2 Schlussfolgerungen

München nimmt bezüglich der quantitativen Verschreibung von Neuroleptika, Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa im Vergleich mit anderen deutschen Pflegeheimen keine Sonderstellung ein.

Positiv zu werten sind die in München häufigere, wenn auch vermutlich noch immer unzureichende, Medikation mit Antidepressiva und die häufigere Verschreibung selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bzw. atypischer Neuroleptika, die gegenüber den trizyklischen bzw. konventionellen mittel- und hochpotenten Alternativen jeweils ein günstigeres Nutzen/Risiko-Profil ergeben.

Der niedrige Anteil der als dement eingestuftten BewohnerInnen mit Antidementiva weist auf eine mögliche Unterversorgung hin.

Ein Hauptgrund dafür, daß ältere Menschen in Pflegeheimen häufiger Psychopharmaka verordnet bekommen als die übrige Altenbevölkerung, liegt in der höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen.

Für die Einschätzung, Neuroleptika würden in den Pflegeheimen auch zur Sedierung mit dem primären Zweck der Entlastung des Pflegepersonals gegeben werden, wie dies im 4. Altenbericht des BMFSFJ bzgl. der medikamentösen Therapie von Verhaltenssymptomen bei Demenz in Deutschland konstatiert wurde (Ihl, 2002), spricht, daß

- bei etwa einem Viertel der PsychopharmakakonsumentInnen in der Pflegedokumentation keine psychiatrischen Diagnosen dokumentiert waren,
- sich – unter statistischer Kontrolle der übrigen untersuchten Einflußfaktoren – enge positive Zusammenhänge der Neuroleptikamedikation mit extrovertierten Verhaltensstörungen, fehlender Einwilligungsfähigkeit bei vorhandener Bewegungsfähigkeit, zugebrachter Zeit außerhalb des Zimmers und Unterbringung in einem Doppelzimmer ergaben und
- bei BewohnerInnen, die in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden waren, gegenüber den Therapieempfehlungen der Krankenhäuser ein deutlicher Anstieg der Verordnungen von Psychopharmaka, vor allem der Neuroleptika, „bei Bedarf“ festgestellt wurde.

Diese Einschätzung ist aus den hier gewonnenen Daten nicht direkt ableitbar, weil

- die Dokumentation der Diagnosen in den Heimen möglicherweise nicht regelmäßig fortgeführt wurde,
- es sich bei der vorliegenden Studie um eine Querschnittsstudie handelt, die die Darstellung einseitiger Ursache-Wirkungsbeziehungen nicht zulässt und
- weil nicht bekannt ist, ob die oben genannte häufigere Bedarfsmedikation in den Heimen gegenüber den Therapieempfehlungen der Krankenhäuser bei BewohnerInnen, die in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden waren, auch tatsächlich verabreicht wurde.

Unabhängig davon sind näher zu untersuchen bzw. zu bemängeln:

- Die Verschreibung von Psychopharmaka, die als Medikamente eingestuft wurden, die von älteren Menschen grundsätzlich möglichst nicht eingenommen werden sollten, an 14% der PsychopharmakakonsumentInnen,
- die Verschreibung von auffallend hoch dosierten Arzneimitteln an weitere 3% der PsychopharmakakonsumentInnen,
- zu lange Überprüfungsintervalle für die Psychopharmakaverschreibungen,
- zu seltene und zu kurze persönliche Visiten,
- zu unspezifische Diagnosestellungen und eine möglicherweise nicht sorgfältig fortgeführte Diagnosedokumentation

bei jeweils nicht zu vernachlässigenden Anteilen der PsychopharmakakonsumentInnen und

- zu seltene Fallbesprechungen.

Häufig wurde die unzureichende Berücksichtigung der Gerontopsychiatrie im Rahmen der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und vor allem von Pflegepersonen, die mit der Behandlung bzw. Pflege alter Menschen in Pflegeheimen betraut sind, beklagt. Die Studienergebnisse belegen den erwarteten hohen Anteil psychiatrisch erkrankter Menschen in den Münchener Altenpflegeheimen, zeigen, in welchem hohem Ausmaß Hausärzte und Pflegepersonal neben Psychiatern bzw. Neurologen am Verschreibungsgeschehen von Psychopharmaka beteiligt sind, und unterstreichen somit die Bedeutung und Dringlichkeit einer adäquaten Aus- und Weiterbildung zur Förderung von Sensibilität und Sachgerechtigkeit im Umgang mit Psychopharmaka. Eine häufigere Hinzuziehung von Psychiatern bzw. Neurologen sollte in Betracht gezogen werden. Vielversprechend ist hier auch der Einsatz eines geriatrisch-pflegerischen Praxisverbundes (GPV), eines Zusammenschlusses geriatrisch erfahrener Hausärzte, die die BewohnerInnen eines Heimes betreuen, dessen Erprobung im Rahmen eines Modellprojektes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) im Herbst 2003 in Nürnberg starten sollte. Ziele des GPV sind u.a. ein optimiertes Medikamentenmanagement, die Verstärkung der hausärztlichen Präsenz, eine verbesserte Kommunikation, eine standardisierte Dokumentation und eine spezifische geriatrisch-pflegerische Fortbildung.

Das Fehlen einer erwarteten geringeren Psychopharmakaeinnahme bei BewohnerInnen mit psychosozialer/-therapeutischer intensiverer Betreuung wird auf ein insgesamt noch zu geringes Betreuungs-/Therapieangebot zurückgeführt. Die Personalsituation in den deutschen Heimen ist bekannt schwierig; dies gilt vor allem für die Ballungsräume. Auch die in München gefundene Personalbesetzung lag unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen ebenso wie eine qualitativ oder quantitativ bessere Personalausstattung ergaben in mehreren Untersuchungen einen positiven Einfluß auf die psychopharmakologische Versorgungspraxis (vgl. 2.2.4). Für die Optimierung der Medikation mit Psychopharmaka wird von einer zentralen Bedeutung der Verbesserung der Personalsituation in den Heimen als auch des Angebotes bestimmter psychosozialer/-therapeutischer Maßnahmen ausgegangen.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainscott C, Krishnan KRR: Comorbidity of late life depression: An opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biological-Psychiatry* 52 (6), 543-558 (2002)
- Avorn J, Monane M: Documenting, understanding and fixing psychoactive drug use in the nursing home. *Ann Rev Gerontol Geriatr* 12, 163-182 (1992)
- Avorn J, Monane M, Everitt DE, Beers MH, Fields D: Clinical assessment of extrapyramidal signs in nursing home patients given antipsychotic medication. *Arch Intern Med* 154, 1113-1117 (1994)
- Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, Reichelt K, Lee L, Swann A, Fossey J: Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: The impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics* 13 (1), 93-106 (2001)
- Bartholomeyczik S: Pflegerische Versorgung. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin, 250-288 (2002)
- Bäumel J, Kraemer S: Schizophrenie. In: Förstl H (Hrsg.): Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter. München Jena: Urban & Fischer, 1. Auflage, 87-114 (2001)
- Becker U: Medikation in Alten- und Pflegeheimen. Eine Untersuchung von drei Hamburger Alten- und Pflegeheimen unter besonderer Berücksichtigung des Psychopharmakakonsums in Abhängigkeit von Gesundheitssituation, Heimstruktur und subjektivem Wohlbefinden der Heimbewohner. Universität Hamburg (Dissertation) (1992)
- Beekman Aartjan TF, de Beurs E, van Bolkom Anton JL, Deeg Dorly JH, van Dyck R, van Tilburg W: Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 157(1), 89-95 (2000)
- Beers MH, Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Sherman DS, Salem S: Psychoactive medication use in intermediate-care facility residents. *JAMA* 260, 3016-3020 (1988)
- Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck J: Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine* 151, 1825-1832 (1991)
- Beers MH, Beck JC, Fingold SF, Morgenstern H, Ouslander JG, Reuben DB: Characteristics and quality of prescribing by doctors practising in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 41, 802-807 (1993)
- Beers MH: Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Archives of Internal Medicine* 157, 1531-1536 (1997)
- Benkert O, Hippus H (Hrsg.): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer (2000)

- Bertelsmann A, Knopf H, Melchert HU: Der Bundes-Gesundheitssurvey als pharmakoepidemiologisches Instrument. *Das Gesundheitswesen* 60 (SH2), 89-94 (1998)
- Bickel H: Pflegebedürftigkeit im Alter. Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. *Gesundheitswesen* 58, 56-62 (1996)
- Bickel H: Grundlagen des normalen und pathologischen Alterns. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. In: Förstl H (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Enke, 1. Auflage, 1-15 (1997)
- Billig N, Cohen-Mansfield J, Lipson S: Pharmacological treatment of agitation in a nursing home. *J Am Geriatr Soc* 39, 1002-1005 (1991)
- Bingefors KA, Isacson DG, von Knorring L, Smedby B: Prescription drug and healthcare use among Swedish patients treated with antidepressants. *Ann Pharmacother* 29, 566-572 (1995)
- Birks JS, Melzer D, Beppu H: Donepezil for mild and moderate Alzheimer's disease (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, Oxford: Update Software (2002)
- Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, Lee E, Lyons B, Grossman F: A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 64 (2), 134-143 (2003)
- Brown MN, Lapane KL, Luisi AF: The management of depression in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 50 (1), 69-76 (2002)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen. Integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung*. Stuttgart: Kohlhammer (1998)
- Bundesministerium für Gesundheit: *Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Bonn (2001)
- Caird FJ (Hrsg.): *Drugs for the elderly*. WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen (1989)
- Callahan CM, Hui SL, Nienhaber NA, Musick BS, Tierney WM: Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 42, 833-838 (1994)
- Christenson R, Blazer D: Epidemiology of prosecutory ideation in an elderly population in the community. *American Journal of Psychiatry* 141, 1088-1091 (1984)
- Conn DK, Fansabedian N: Pattern of use of neuroleptics and sedative-hypnotic medication in a Canadian long-term care facility. *International Journal of Geriatric Psychopharmacology* 2, 18-22 (1999)
- Cooper B, Sosna U: Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. *Nervenarzt* 54, 239-249 (1983)
- Damitz BM: Arzneimittelverbrauch älterer Menschen in Bremer Alten- und Pflegeheimen unter besonderer Berücksichtigung von Psychopharmaka. *Gesundheitswesen* 59, 83-86 (1997)

- Davis RN, Massman PJ, Doody RS: Cognitive intervention in Alzheimer Disease: A randomized placebo-controlled study. *Alzheimer's disease and associated disorders* 15, 1-9 (2001)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.): *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 3. Behandlungsleitlinie Demenz.* Darmstadt: Steinkopff (2000)
- Devanand DP, Brockington CD, Moody BJ: Behavioral syndromes in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatrics* 4, 161-184 (1992)
- Dibelius O: Verwitwung. In: Wahl H-W, Tesch-Römer C (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen.* Stuttgart: Kohlhammer, 158-162 (2000)
- Draper B, Brodaty H, Low L-F, Saab D, Lie D, Richards V, Paton H: Use of psychotropics in Sydney nursing homes: Associations with depression, psychosis, and behavioral disturbances. *International Psychogeriatrics*, 13 (1) 107-120 (2001)
- Dunham NC, Sager MA: Functional status, symptoms of depression, and the outcomes of hospitalization in community-dwelling elderly patients. *Arch Fam Med* 3, 676-680 (1994)
- Eide E, Schjot J: Assessing the effects of an intervention by a pharmacist on prescribing and administration of hypnotics in nursing homes. *Pharmacy World & Science* 23 (6), 227-231 (2001)
- Evers MM, Samuels SC, Lantz M, Khan K, Brickman AM, Marin DB: The prevalence, diagnosis and treatment of depression in dementia patients in chronic care facilities in the last six months of life. *Int J Geriatr Psychiatry* 17 (5), 464-472 (2002)
- Fichter MM: *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer (1990)
- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH: Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med* 163, 2716-2724 (2003)
- Flint AJ: Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 151, 640-649 (1994)
- Forsell Y, Winblad B: Major depression in a population of demented and nondemented older people: prevalence and correlates. *Journal of American Geriatrics Society* 46, 27-30 (1998)
- Förstl H (Hrsg.): *Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter.* München Jena: Urban & Fischer, 1. Auflage (2001)
- Förstl H, Kurz A: Demenz. In: Förstl H (Hrsg.): *Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter.* München Jena: Urban & Fischer, 1. Auflage, 15-34 (2001)
- Fricke U, Günther J (Hrsg.): *Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD-Angaben.* Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (2002)
- Fuchsberger T, Möller HJ, Hamperl H: Demenzpatienten: Was spricht für neue, was für alte Antiagitative ? *Geriatric Journal* 5 (9), 12-17 (2003)

- Furniss L, Burns A, Craig SKL, Scobie S, Cooke J, Faragher B: Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. *British Journal of Psychiatry* 176, 563-567 (2000)
- Füsgen I: *Der ältere Patient*. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 3-15 (1996)
- Grohmann R, Rütger E, Schmidt LG (Hrsg.): *Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka: Ergebnisse der AMÜP-Studie*. Berlin, Heidelberg: Springer (1994)
- Grond E: Chemische Fixierung im Heim – Ausdruck der Hilflosigkeit ? *Home Care* 4, 20-21 (1994)
- Gurvich T, Cunningham J: Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes. *American Family Physician* 61 (5), 1437-1446 (2000)
- Häfner H, Löffler W, Riecher-Rössler A, Häfner-Ranabauer W: Schizophrenie und Wahn im höheren und hohen Lebensalter. *Epidemiologie und ätiologische Hypothesen. Nervenarzt* 72, 347-357 (2001)
- Hajak G, Muller WE, Wittchen HU, Pittrow D, Kirch W: Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. *Addiction* 98 (10), 1371-1378 (2003)
- Hallauer J: Modellrechnungen zur Entwicklung der Zahl Demenzkranker und der Demenzkosten. Im Auftrag der Sachverständigenkommission "Vierter Altenbericht der Bundesregierung". Berlin (2001)
- Hambrecht M: Chronische Schizophrenie und Residualzustände im Alter. In: Förstl H (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Enke, 378-383 (1997)
- Haupt M: Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. *Z Gerontol Geriat* 32, 159-166 (1999)
- Hegerl U: Antidepressiva. In: Hegerl U, Zaudig M, Möller HJ (Hrsg.): *Depression und Demenz im Alter. Abgrenzung, Wechselwirkungen, Diagnose, Therapie*. Wien: Springer (2001)
- Helmchen H, Baltus M, Geiselman B, Kanowski S, Linden M, Reischies FM, Wagner M, Wilms HU: Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltus PB (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 185 - 219 (1996)
- Helmchen H, Kanowski S: Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen an die Gerontopsychiatrie. Expertise für den 3. Altenbericht der Bundesregierung. Berlin (2000)
- Herrmann N, Lanctot KL, Naranjo CA: Behavioral disorders in demented elderly patients. *Current issues in pharmacotherapy. CNS drugs* 6, 280-300 (1996)
- Hirsch RD: Demenzpatienten ohne Zukunft ? Ergebnisse des zweiten Konsensus-Treffens in Königswinter, am 29. Juni 2002. *Geriatric Journal* 10, 47-50 (2002).
- Hocking LB, Koenig HG: Anxiety in medically older patients: a review and update. *Int J Psychiatry Med* 25, 221-238 (1995)
- Hofman A, Rocca WA, Brayne C, et al.: The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *Int J Epidemiol* 20, 736-748 (1991)

- Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL: A new clinical scale for the staging of dementia. *Brit J Psychiat* 140, 566-572 (1982)
- Ihl R: Therapie der Demenz. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin, 288-303 (2002)
- Ihl R, Weyerer S: Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin, 60-70 (2002)
- Ihl R, Weyerer S, Wojnar J: Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin, 164-182 (2002)
- Jakob A, Busse A, Riedel-Heller SG, Pavlicek M, Angermeyer MC: Prevalence and incidence of dementia among nursing home residents and residents in homes for the aged in comparison to private homes. *Z Gerontol Geriat* 35 (5), 474-481 (2002)
- Jorm AF, Korten AE, Henderson AE: The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiat Scand* 76, 465-479 (1987)
- Käppler C, Riemann D, Weyerer S, Berger M, Hohagen F: Schlafstörungen im höheren Lebensalter - Prävalenz und Behandlung in der Allgemeinpraxis. In: Kemper J, Zulley J (Hrsg.): *Gestörter Schlaf im Alter*. München: MMV, 46-75 (1994)
- Karlbauer-Helgenberger F, Zulley J, Buttner P: Altersprobleme. In: Jürgen Margraf (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2*, Springer Verlag, 517-549 (1999)
- Kern AO, Beske F: *Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030*. Kiel: Institut für Gesundheits- und Systemforschung (1999)
- Khunti K, Kinsella B: Effect of systemic review of medication by general practioner on drug consumption among nursing-home residents. *Age and Ageing* 29, 451-453 (2000)
- Korthals Altes M, Kurz A: Antidepressiva bei Demenzerkrankungen. *Z Gerontol Geriat* 33, 396-400 (2000)
- Kraemer S & Zimmer R: Zwangs- und Angststörungen. In: Förstl H (Hrsg.): *Therapie neuropsychiatrischer Erkrankungen im Alter*. München Jena: Urban & Fischer, 1. Auflage, 217- 232 (2001)
- Krasucki Ch, Howard R, Mann A: The relationship between anxiety disorders and age. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13, 79-99 (1998)
- Krauss B, Cornelsen J, Lauter H, Schlegel M: Vorläufiger Bericht über eine epidemiologische Studie der 70jährigen und Älteren in Göttingen. In: Degkwitz R, Radebold H, Schulte PW (Hrsg.): *Janssen-Symposien. Gerontopsychiatrie 4*. Düsseldorf: Janssen, 18-32 (1974)

- Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A: Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 12, 19-29 (1997)
- Linden M: Pharmakoepidemiologie der Neuroleptika-Verordnung bei nicht-schizophrenen Störungen. In: Gaebel W (Hrsg.): Stellenwert der Neuroleptika bei der Behandlung nicht schizophrener Krankheitsbilder. Berlin: Springer (1999)
- Lippert E, Aigner JM, Grohmann R, Klein HE, Schmauß M, Rütter E: Anwendungshäufigkeiten und Dosierungen von Psychopharmaka an psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern. Ergebnisse aus dem Arzneimittelüberwachungsprojekt Bayern. *Psychopharmakotherapie* 4, 178-183 (1996)
- Livingston G, Katona C: How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of alzheimer's disease ? A number needed to treat analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 15, 203-207 (2000)
- Lonergan E, Luxenberg J, Colford J: Haloperidol for agitation in dementia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd (2004)
- Luderer JH, Rechlin T: Alkohol- und Medikamentenmißbrauch in Altenheimen. In: Meyer-Lindenberg J, Möller J, Rohde H (Hrsg.): Psychische Krankheiten im Alter. Berlin, Springer-Verlag, 171-179 (1993)
- Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation. The Barthel-Index. *Md State Med J* 2, 61-65 (1965)
- Martin H, Slyk MP, Deymann S, Cornacchione MJ: Safety profile assessment of risperidone and olanzapine in long-term care patients with dementia. *J Am Med Dir Assoc* 4 (4), 183-188 (2003)
- McCrae CS, Lichtenstein KL: Managing insomnia in long-term care. *Annals-of-Long-Term-Care* 10 (4): 38-43 (2002)
- Mc Grath AM, Jackson GA: Survey of neuroleptic prescribing in residents of nursing homes in Glasgow. *BMJ* 312, 611-612 (1996)
- 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. *JAGS* 45, 207-210 (1997)
- Miller RS, Humble RH, Peterson GM: Medication use and costs for nursing home patients: relationship to level of care needed. *Aust Pharmacist*, 333-337 (1993)
- Mintzer JE, Brawman-Mintzer O: Agitation as a possible expression of generalized anxiety disorder in demented elderly patients: toward a treatment approach. *J Clin Psychiatry* 57 (suppl 7), 55-63 (1996)
- Möller HJ, Hampel H, Padberg F: Nootropika/Antidementiva. In: Hegerl U, Zaudig M, Möller HJ (Hrsg.): Depression und Demenz im Alter. Abgrenzung, Wechselwirkungen, Diagnose, Therapie. Wien: Springer (2001)
- Munro A, Lawrence E, Peterson G: Medication in nursing homes. A study of psychoactive drug use. *Aust Pharmacist* 14, 544-548 (1995)

- Noll HH, Schöb A: Lebensqualität im Alter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission "Vierter Altenbericht der Bundesregierung". Mannheim (2001)
- NSW (New South Wales) Ministerial Taskforce: Psychotropic medication use in nursing homes – report (1997)
- Nygaard HA, Bakke KJ, Breivik K, Brudvik E: Mental and physical capacity and consumption of neuroleptic drugs in residents of nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 5, 303-308 (1990)
- Oborne CA, Hooper R, KaChiLi, Swift CG, Jackson SHD: An indicator of appropriate neuroleptic prescribing in nursing homes. *Age and Ageing* 31, 435-439 (2002)
- O'Connor CS, O'Connor BP: Reducing consumption of psychotropic medication in nursing homes: Contextual obstacles and solutions. *Clinical Gerontologist* 21 (1), 21-35 (1999)
- Phillips CJ, Henderson AS: The prevalence of depression among Australian nursing home residents: results using draft ICD-10 and DSM-III criteria. *Psychological Medicine* 21, 739-748 (1991)
- Pittrow D, Krappweis J, Kirch W: Arzneimittelanwendung bei Alten- und Pflegeheimbewohnern im Vergleich zu Patienten in ambulanter Pflege bzw. ohne Pflegebedarf. *Dtsch Med Wochenschr* 127, 1995-2000 (2002)
- Pittrow D, Krappweis J, Rentsch A, Schindler C, Hach I, Bramlage P, Kirch W: Pattern of prescriptions issued by nursing home-based physicians versus office-based physicians for frail elderly patients in German nursing homes. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 12, 595-599 (2003)
- Porsteinsson AP, Tariot PN, Erb R, Gaile S: An open trial of valproate for agitation in geriatric neuropsychiatric disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 5, 344-351 (1997)
- Poser W, Poser S: *Medikamente - Mißbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart, Thieme (1996)
- Preston GAN: Dementia in elderly adults: Prevalence and institutionalization. *J Gerontol* 41, 261-267 (1986)
- Riecher-Rössler A: Spät beginnende schizophrene und paranoide Psychosen. In: Förstl H (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Enke, 384-395 (1997)
- Riedel-Heller SG, Matschinger H, Schork A, Angermeyer MC: The utilization of antidepressants in community-dwelling and institutionalized elderly - Results from a representative survey in Germany. *Pharmacopsychiatry* 34, 6-12 (2001)
- Risse SC, Barnes R: Pharmacological treatment of agitation associated with dementia. *J Am Geriatr Soc* 34, 368-376 (1986)
- Ritchie K, Kildea D: Is senile dementia "ageing-related"? - Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. *Lancet* 346. 931-934 (1995)
- Roberts MS, Stokes JA, King MA, Lynne TA, Purdie DM, Glasziou PP, Wilson DAJ, McCarthy ST, Brooks GE, de Looze FJ, Del Mar CB: Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. *Br J Clin Pharmacol* 51, 257-265 (2001)

- Rote Liste Service GmbH (Hrsg.): Rote Liste 1993. Arzneimittelverzeichnis für Deutschland (einschließlich EU-Zulassungen). Frankfurt: Editio Cantor (1993)
- Rote Liste Service GmbH (Hrsg.): Rote Liste 2000. Arzneimittelverzeichnis für Deutschland (einschließlich EU-Zulassungen). Frankfurt: Editio Cantor (2000)
- Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R: CAMDEX: A standardized instrument for diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Brit J Psychiat* 149, 689-709 (1988)
- Rovner BM, Edelman BA, Cox MP, Shmueli Y: The impact of antipsychotic drug regulations on psychotropic prescribing practices in nursing homes. *Am J Psychiatry* 149, 1390-1392 (1992)
- Rovner BW, German PS, Brant L, et al.: Depression and mortality in nursing homes. *JAMA* 265: 993-996 (1991)
- Ruths S, Straand J, Nygaard A: Psychotropic drug use in nursing homes - diagnostic indications and variations between institutions. *Cancer-Chemotherapy-and-Pharmacology-Supplement* 49 (7), 523-528 (2002)
- Sandberg AM: Use of four classes of psychoactive drugs in long-term care facilities. *Consult Pharm* 8, 1377-1381 (1993)
- Schaub RT, Linden M: Anxiety and anxiety disorders in the old and very old - results from the Berlin Aging Study. *Comprehensive Psychiatry* 41, No. 2, Suppl. 1, 48-54 (2000)
- Schmidt I, Claesson C, Westerholm B et al.: Resident and organizational factors affecting the quality of drug use in Swedish nursing homes. *Soc Sci Med* 47, 961-971 (1998)
- Schmidt IK, Svarstad BL: Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social-Science-and-Medicine* 54 (12), 1767-1777 (2002)
- Schneekloth U, Potthoff P, Piekara R, Rosenblatt Bv (Hrsg.): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 111.2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer (1996)
- Schneekloth U, Müller U: Wirkungen der Pflegeversicherung, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Baden-Baden 127 (2000)
- Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA: A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 38, 553-563 (1990)
- Scholz H: Abhängigkeitskrankheiten. In: Zopotoczky HG, Fischhof PK (Hrsg.): Handbuch der Gerontopsychiatrie. Wien: Springer, 337-346 (1996)
- Schulze-Mönking H, Hornung WP: Prävalenz und Behandlung von depressiven Syndromen in Altenheimen. Erhebung in einem ländlichen Versorgungssektor. *Psychiat. Prax.* 25, 183-185 (1998)
- Schwabe U, Paffrath D: Arzneimittelverordnungsreport '96. Stuttgart: G. Fischer (1996)
- Semla TP, Palla K, Podding B, Brauner DJ: Effect of the Omnibus Reconciliation Act 1987 on antipsychotic prescribing in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 42, 648-652 (1994)

- Sieb JPG, Laux G: Abusus und Abhängigkeit von Benzodiazepinen. In: P. Riederer, G. Laux, W. Pödingner (Hrsg.), *Neuro-Psychopharmaka*, Bd.2: Tranquilizer und Hypnotika. Wien: Springer, 111-133 (1995)
- Snowdon J, Vaughan R, Miller R, Burgess EE, Tremlett P: Psychotropic drug use in Sydney nursing homes. *Med J Aust* 163, 70-72 (1995)
- Snowdon J: A follow-up survey of psychotropic drug use in Sydney nursing homes. *Med J Aust* 170, 299-301 (1999)
- Sørensen L, Foldspang A, Gulmann NC, Munk-Jørgensen P: Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, 147-154 (2001)
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (2000)
- Statistisches Bundesamt: Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt (2001)
- Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M: Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 151-183 (1996)
- Stelzner G: Psychopharmakagebrauch bei Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen in der Stadt Leipzig. Universität Leipzig (Dissertation) (1999)
- Stelzner G, Riedel-Heller SG, Sonntag A, Matschinger H, Jakob A, Angermeyer MC: Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriat* 34, 306-312 (2001)
- Stoppe G, Sandholzer H, Staedt J, Winter S, Kiefer J, Rütther E: Sleep disturbances in the demented elderly: Treatment in ambulatory care. *Sleep* 18, 844-848 (1995)
- Stoppe G, Sandholzer H, Winter S, Kiefer J, Staedt J: Treatment of the memory disturbed elderly in primary care. *Primary Care Psychiatry* 4, 205-209 (1998)
- Stoppe G, Brandt C, Staedt J: Behavioral problems associated with dementia: the role of newer antipsychotics. *Drugs & Aging* 14, 55-68 (1999)
- Stoppe G, Staedt J: Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken. *Z Gerontol Geriat* 32, 153-158 (1999)
- Streim JE: OBRA regulations and psychiatric care in the nursing home. *Psychiat Ann* 25, 413-418 (1995)
- Stuck AE, Beers MH, Steiner A, Aronow HU, Rubinstein LZ, Beck J: Inappropriate medication use in community-residing older persons. *Archives of Internal Medicine* 154, 2195-2200 (1994)
- Suh GH, Shah A: A review of the epidemiological transition in dementia - cross-national comparisons of the indices related to Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Psychiat Scand* 104, 4-11 (2001)
- Sutor B, Rummans TA, Smith GE: Assessment and management of behavioral disturbances in nursing home patients with dementia. *Mayo Clin Proc* 76, 540-550 (2001)

- Svarstad J, Mount JK: Nursing home resources and tranquilizer use among the institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 39, 869-875 (1991)
- Svarstad J, Mount JK: Chronic benzodiazepine use in nursing homes: Effect of federal guidelines, resident mix, and nurse staffing. *J Am Geriatr Soc* 49, 1673-1678 (2001)
- Tariot PN, Mack JL, Patterson MB, et al.: Behavioral pathology committee of the consortium to establish a registry for Alzheimer's disease. The behavior rating scale for dementia of the consortium to establish a registry for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 152, 1349-1357 (1995)
- Tariot PN, Cummings JL, Katz IR, Mintzer J, Perdomo CA, Schwam EM, Whalen E: A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease in the nursing home setting. *JAGS* 49, 1590-1599 (2001)
- Teresi J, Abrams R, Douglas H, Ramirez M, Eimicke J: Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36, 613-620 (2001)
- Teri L, Logsdon RG: Assessment and management of behavioral disturbances in Alzheimer disease. *Comprehensive Therapy* 26, 169-175 (2000)
- Teri L, Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE et al.: Treatment of agitation in AD: A randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology* 55, 1271-1278 (2000)
- Tybjerg J, Gulmann NC: [Use of psychopharmaceuticals in municipal nursing homes. A nationwide survey] [Danish]. [Abstract] *Ugeskrift for Laeger* 154, 3126-3129 (1992)
- Van Dijk KN, de Vries CS, van den Berg PB, Brouwers JRBJ, de Jong-van den Berg LTW: Drug utilisation in Dutch nursing homes. *Eur J Clin Pharmacol* 55, 765-771 (2000)
- Warbanow K: Über die Vielfachmedikation bei multimorbiden Patienten eines Altenpflegeheims. Ludwig-Maximilians-Universität München (Dissertation) (1992)
- Weiss KJ: Optimal management of anxiety in older patients. *Drug Therapy* 9 (3) 191-201 *Z Ärztl. Fortbild Qual Sich* 94, 241-244 (1996)
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J: The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 262, 914-919 (1989)
- Wernicke TF, Linden M, Gilberg R, Helmchen H: Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old - results from the Berlin Aging Study (BASE). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 250, 111-119 (2000)
- Weyerer S, Dilling H: Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns, *Nervenarzt* 55, 30-42 (1984)
- Weyerer S: Die psychopharmakologische Behandlung älterer Menschen in der Allgemeinbevölkerung und in Heimen: Epidemiologische Befunde. *Sucht* 3, 180-186 (1993)
- Weyerer S, El-Barrawy R, König S, Zimmer A: Epidemiologie des Gebrauchs von Psychopharmaka in Altenheimen. *Gesundheitswesen* 58, 201-206 (1996)

- Weyerer S, Schäufele M: Epidemiologie körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen im Alter. In: Zimmer A & Weyerer S (Hrsg.): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 3-23 (1999)
- Weyerer S, Zimmer A, Schäufele M, Hönig T: Gebrauch von Benzodiazepinen und anderen Psychopharmaka in Alten- und Altenpflegeheimen: Eine prospektive Studie zu individuellen und institutionellen Determinanten sowie Auswirkungen der Langzeiteinnahme. Bericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim (2000a)
- Weyerer S, Hönig T, Schäufele M, Zimmer A: Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Empirische Forschungsergebnisse. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart, 1-58 (2000b)
- Wiegand M: Schlafstörungen. In: Förstl H (Hrsg.): Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter. München Jena: Urban & Fischer, 1. Auflage, 115 - 126 (2001)
- Wilhelm-Göbbling C: Neuroleptikaverordnungen bei dementen Alterspatienten. Zum Verlauf in Altenheimen nach stationär psychiatrischer Behandlung. Nervenarzt 69, 999-1006 (1998)
- Wilhelm-Göbbling C: Eine deutliche Häufung der Todesfälle. Hochdosierte Neuroleptika in Pflegeheimen. Soziale Psychiatrie 2, 16-18 (1999)
- Williams BR, Nichol MB, Lowe B, Yoon PS, McCombs JS, Margolies J: Medication use in residential care facilities for the elderly. The Annals of Pharmacotherapy 33, 149-155 (1999)
- Wolter-Henseler DK: Benzodiazepine: Verordnung, Einnahme, Mißbrauch und Abhängigkeit im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 12 (2), 115-128 (1999)
- Wolter-Henseler DK: Schizophrene Psychosen und Wahnsyndrome. Geriatrie Journal 9, 19-23 (2003)
- Zglinicki T.v.: Research on aging in Germany. In: Experimental Gerontology 35, S. 259-270 (2000)
- Zimmer A, Gaeth K, Weyerer S: Pflegebedürftigkeit, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Aktivitäten bei Heimbewohnern: Wie zuverlässig sind die Beurteilungen des Pflegepersonals? Z Gerontopsychol-psychiat 9, 165-177 (1996)

9.	TABELLENVERZEICHNIS	Seite
Tabelle 1	Ergebnisse zum Gebrauch von Psychopharmaka in Alten- bzw. Altenpflegeheimen – Studien weltweit 1991-1996 (NSW Ministerial Taskforce, 1997).....	14
Tabelle 2	Ergebnisse zum Gebrauch von Psychopharmaka in Alten- bzw. Altenpflegeheimen - Neuere ausländische Studien.....	15
Tabelle 3:	Ergebnisse zum Gebrauch von Psychopharmaka in Alten- und Altenpflegeheimen (AH bzw. APH) Deutsche Studien seit 1990.....	16
Tabelle 4:	Anzahl der Heime/Stationen/BewohnerInnen mit Pflege in München/den Stichproben.....	23
Tabelle 5:	Altersverteilung, Geschlecht, Heimaufenthaltsdauer.....	35
Tabelle 6:	Unterbringung in Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmern.....	36
Tabelle 7:	Besuchshäufigkeit.....	36
Tabelle 8:	Pflegestufe.....	37
Tabelle 9:	Einwilligungs- und Bewegungsfähigkeit.....	37
Tabelle 10:	Kognitive Beeinträchtigungen/Demenzerkrankungen.....	38
Tabelle 11:	Verhaltensstörungen im Bezugszeitraum.....	38
Tabelle 12:	Ärztliche Diagnosen der BewohnerInnen gemäß Pflegedokumentation; Kategorisierung nach der International Classification of Diseases (ICD 10, Version 2.0); Hauptgruppen geordnet nach Häufigkeit der dokumentierten Diagnosen.....	39-40
Tabelle 13:	Gesamte Medikation - am Stichtag verabreichte Regel- und Bedarfsmedikation; Kategorisierung nach dem ATC-Klassifikationssystem der WHO/WIdO (Stand: November 2001); geordnet nach Häufigkeit der angegebenen Medikation.....	42
Tabelle 14:	Psycholeptika, Psychoanaleptika bzw. Phasenprophylaktika - am Stichtag verabreichte Regel- und Bedarfsmedikation.....	44
Tabelle 15:	Einzelauflistung der Psychopharmaka - Regel- und Bedarfsmedikation.....	45
Tabelle 16:	Psychopharmaka - am Stichtag verabreichte Bedarfsmedikation.....	47
Tabelle 17:	BewohnerInnen mit stationärer psychiatrischer Behandlung unmittelbar vor Heimaufnahme oder später.....	48

Tabelle 18: Regelmedikation – Häufigkeit der Verordnungen von Psycholeptika, Psychoanaleptika und Phasenprophylaktika: Vergleich der Therapieempfehlungen der psychiatrischen Krankenhäuser mit den Verordnungen 3 Monate nach Entlassung ins Heim.....	49
Tabelle 19: Regelmedikation - Vergleich der Therapieempfehlungen der psychiatrischen Krankenhäuser mit den Verordnungen 3 Monate nach Entlassung ins Heim: Verordnete Dosierung von Psycholeptika, Psychoanaleptika und Phasenprophylaktika (Durchschnittliche DDDs pro BewohnerIn, der/dem eine Medikation verordnet war, und Wilcoxon Rank Test basierend auf der Gesamtheit der BewohnerInnen: n=107).....	50
Tabelle 20: Psychopharmakamedikation - Bedarfsmedikation: Vergleich der Therapieempfehlungen der psychiatrischen Krankenhäuser mit den Verordnungen 3 Monate nach Entlassung ins Heim.....	51
Tabelle 21: Soziodemographische Daten, BewohnerInnenumgebung.....	53
Tabelle 22: Psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung (Stunden / Woche)....	54
Tabelle 23: Zeit außerhalb des eigenen Zimmers bzw. im Freien.....	55
Tabelle 24: Betreuende Ärzte / Visiten.....	56-57
Tabelle 25: Verabreichungstageszeiten.....	59
Tabelle 26: Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation (aggregierte Werte) und stationsbezogenen Merkmalen / Ergebnisse der bivariaten Analyse.....	63
Tabelle 27: Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation und bewohnerInnenbezogenen Merkmalen / Ergebnisse der bivariaten Analyse.....	64-65
Tabelle 28: Zusammenhänge zwischen Psychopharmakamedikation und bewohnerInnenbezogenen Merkmalen / Ergebnisse der multivariaten logistischen backward Regression (*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001).....	66

10. ANHÄNGE

10.1 Fragebögen

10.1.1 „Bewohner-Fragebogen“:

BewohnerInnenbezogene Fragen / Basiserhebung (980 BewohnerInnen)

Frage		Weiter mit:
7	<p>Fragen zur kognitiven Beeinträchtigung der Bewohnerin/des Bewohners in den vergangenen 28 Tagen (Kreuzen Sie bitte jeweils „ja“ oder „nein“ an)</p> <p style="text-align: center;">nein ja</p> <p>1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erkannte sie/er Bekannte/Angehörige/Personal ?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kannte sie/er Bekannte/Angehörige/Personal mit Namen ?</p> <p>3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reagierte sie/er auf den eigenen Namen ?</p> <p>4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Konnte sie/er sich erinnern, was sich in den letzten Tagen ereignet hat ?</p> <p>5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verwechselte sie/er Personen, und weiß sie/er manchmal nicht, wo sie/er ist ?</p> <p>6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hatte sie/er Schwierigkeiten, sich im Zimmer zu orientieren ?</p> <p>7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hatte sie/er Schwierigkeiten, sich im Heim zu orientieren ?</p> <p>8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hatte sie/er Schwierigkeiten, sich in der Heimumgebung zu orientieren ?</p>	8
8	<p>Vorhandensein bzw. Stadium einer dementiellen Erkrankung</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden: Kognitive Störungen (z.B. Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen oder Verwirrheitszustände), die eine dementielle Erkrankung vermuten lassen, sind nicht vorhanden.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Leicht: Obwohl Alltag und soziale Aktivitäten deutlich beeinträchtigt sind, bleibt die Fähigkeit, mit entsprechender persönlicher Hygiene und intaktem Urteilsvermögen unabhängig zu leben, erhalten.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Mittel: Eine selbständige Lebensführung ist mit Schwierigkeiten möglich; ein gewisses Maß an Aufsicht ist erforderlich.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Schwer: Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind derart beeinträchtigt, dass eine kontinuierliche Aufsicht benötigt wird, z.B. besteht Unfähigkeit, eine minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten, es bestehen weitgehende Inkohärenz und Mutismus.</p>	9

Frage		Weiter mit:
9	<p data-bbox="293 226 1328 262">Zeigte der/die Bewohner/in innerhalb der letzten 28 Tage Verhaltensstörungen ?</p> <p data-bbox="293 283 511 315">9.1 Depression</p> <p data-bbox="293 315 1031 346">War sie/er in den letzten 28 Tagen traurig oder depressiv ?</p> <p data-bbox="293 367 527 399">1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nie</p> <p data-bbox="293 420 1031 451">2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)</p> <p data-bbox="293 472 917 504">3 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p data-bbox="293 567 527 598">9.2 Ängstlichkeit</p> <p data-bbox="293 598 868 630">War sie/er in den letzten 28 Tagen ängstlich?</p> <p data-bbox="293 651 527 682">1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nie</p> <p data-bbox="293 703 1031 735">2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)</p> <p data-bbox="293 756 917 787">3 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p data-bbox="293 850 503 882">9.3 Gereiztheit</p> <p data-bbox="293 882 836 913">War sie/er in den letzten 28 Tagen gereizt?</p> <p data-bbox="293 934 527 966">1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nie</p> <p data-bbox="293 987 1031 1018">2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)</p> <p data-bbox="293 1039 917 1071">3 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p data-bbox="293 1134 503 1165">9.4 Agitiertheit</p> <p data-bbox="293 1165 1242 1228">War sie/er in den letzten 28 Tagen unruhig und hatte Probleme, längere Zeit stillzusitzen?</p> <p data-bbox="293 1249 527 1281">1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nie</p> <p data-bbox="293 1302 1031 1333">2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)</p> <p data-bbox="293 1354 917 1386">3 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p data-bbox="293 1449 771 1480">9.5 Ein- oder Durchschlafprobleme</p> <p data-bbox="293 1480 1144 1512">Hatte sie/er in den letzten 28 Tagen Ein- oder Durchschlafprobleme?</p> <p data-bbox="293 1533 527 1564">1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nie</p> <p data-bbox="293 1585 1031 1617">2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)</p> <p data-bbox="293 1638 917 1669">3 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)</p>	10

Frage	Weiter mit:
<p>9.6 Nächtliches Stören Störte sie/er nachts durch auffälliges Verhalten, z. B. lautes Reden, Schreien?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)</p> <p>3 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)</p>	
<p>9.7 Mißtrauen Zeigte sie/er in den letzten 28 Tagen Misstrauen gegenüber Personal oder Verwandten ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>9.8 Wahn Hatte sie/er in den letzten 28 Tagen Wahnvorstellungen oder Halluzinationen ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>9.9 Apathie War sie/er in den letzten 28 Tagen leidenschafts-/teilnahmslos ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)</p> <p>3 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)</p>	
<p>Aggression Zeigte sie/er in den letzten 28 Tagen aggressives Verhalten ?</p> <p>9.10 Aggressive Äußerungen ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> ja</p> <p>9.11 Aggressive Handlungen gegen Sachen ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> ja</p> <p>9.12 Aggressive Handlungen gegen Personen ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> ja</p>	

Frage		Weiter mit:
	<p>9.13 Weglauftendenzen Zeigte sie/er in den letzten 28 Tagen Weglauftendenzen</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ ja</p> <hr/> <p>9.14 Kooperationsverhalten Gab es in den letzten 28 Tagen Probleme in der Kooperation mit dem Pflegepersonal oder anderen Heimbewohnern ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ ja</p> <hr/> <p>9.15 Alkoholkonsum Trank sie/er in den letzten 28 Tagen Alkohol ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ nein – keinerlei Alkoholkonsum</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ ja, jedoch sehr mäßiger Konsum (kein Alkoholmissbrauch)</p> <p>3 <input type="checkbox"/>/ ja, in erheblichen Maße (Alkoholmissbrauch ist anzunehmen)</p> <hr/> <p>9.16 Sonstige Verhaltensstörungen und Häufigkeit :</p> <p>_____</p> <p><i>(bitte angeben)</i></p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ nie</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)</p> <p>3 <input type="checkbox"/>/ häufig (mehr als die Hälfte der Zeit)</p>	10
10	<p>Erhielt der/die Bewohner/in in den letzten 28 Tagen Besuche von Verwandten und/oder Bekannten?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ gelegentlich (bis zu 4mal)</p> <p>3 <input type="checkbox"/>/ häufig (mehr als 4mal)</p>	11
11	<p>Bewohnt der/die Bewohner/in in Ihrer Einrichtung ein Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmer?</p> <p>1 <input type="checkbox"/>/ Einzelzimmer</p> <p>2 <input type="checkbox"/>/ Doppelzimmer</p> <p>3 <input type="checkbox"/>/ Mehrbettzimmer</p>	12

Frage		Weiter mit:
12	<p>Arztliche Diagnosen (körperliche und psychische Erkrankungen) laut Pflegedokumentation: (Falls Ihnen die ICD-Klassifikation bekannt ist, geben Sie sie bitte an.)</p> <p style="text-align: right;"><i>(Bitte freilassen)</i></p> <p>1. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	13
13	<p>Wurden heute freiheitseinschränkende Maßnahmen im Sinne der Frage 13a und/oder 13b angewandt ?</p>	
	<p>1 <input type="checkbox"/> nein</p>	17
	<p>2 <input type="checkbox"/> ja</p>	13a
13a	<p>Wurden freiheitseinschränkende Maßnahmen im Bett vorgenommen ?</p>	
	<p>1 <input type="checkbox"/> nein</p>	13b
	<p>Ja, und zwar</p>	13aa
	<p>2 <input type="checkbox"/> Bettgitter</p>	
	<p>3 <input type="checkbox"/> Fixiergurte/ -bänder</p>	
	<p>4 <input type="checkbox"/> Andere Fixierungsarten (z.B. Pflegehemd, Schutzdecke....)</p>	

Frage	Weiter mit:
<p>13aa Wann und wie lange wurde diese Maßnahme eingesetzt? (<i>bitte den Zeitraum ggfls. auch mehrere Zeiträume ankreuzen</i>)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 0 - 4 Uhr 2. <input type="checkbox"/> 4 - 8 Uhr 3. <input type="checkbox"/> 8 - 12 Uhr 4. <input type="checkbox"/> 12 - 16 Uhr 5. <input type="checkbox"/> 16 - 20 Uhr 6. <input type="checkbox"/> 20 - 24 Uhr</p> <p>Gesamtdauer der Maßnahme an diesem Tag in Stunden: <input type="text"/>/ <input type="text"/> Zahl der Stunden (<i>bitte auf- bzw. abrunden</i>)</p>	13b
<p>13b Wurden freiheitseinschränkende Maßnahmen am Stuhl angewandt?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ja und zwar</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Bauchgurt 3 <input type="checkbox"/> Geristuhl 4 <input type="checkbox"/> Sonstige Behinderungen (z.B. Schlaufen, Stecktisch, vom Bewohner nicht lösbare Bremse am Stuhl....)</p>	14 13bb
<p>13bb Wann und wie lange wurde diese Maßnahme eingesetzt? (<i>bitte den Zeitraum ggfls. auch mehrere Zeiträume ankreuzen</i>)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 0 - 4 Uhr 2. <input type="checkbox"/> 4 - 8 Uhr 3. <input type="checkbox"/> 8 - 12 Uhr 4. <input type="checkbox"/> 12 - 16 Uhr 5. <input type="checkbox"/> 16 - 20 Uhr 6. <input type="checkbox"/> 20 - 24 Uhr</p> <p>Gesamtdauer der Maßnahme an diesem Tag in Stunden: <input type="text"/>/ <input type="text"/> Zahl der Stunden (<i>bitte auf- bzw. abrunden</i>)</p>	14
<p>14 Wie bzw. durch wen sind die freiheitseinschränkende Maßnahmen im Bett (13a) bzw. am Stuhl (13b) legitimiert? (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)</p>	14a bis 14b
<p>14a Legitimation der freiheitseinschränkende Maßnahmen im Bett?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> durch selbständige fachliche Entscheidung eines Mitarbeiters 2 <input type="checkbox"/> durch Anordnung der Wohngruppen- bzw. Hausleitung 3 <input type="checkbox"/> auf Wunsch bzw. Einwilligung des Bewohners 4 <input type="checkbox"/> auf Wunsch von bzw. in Absprache mit Angehörigen 5 <input type="checkbox"/> auf Veranlassung des Arztes 6 <input type="checkbox"/> durch Entscheidung des gesetzlichen Betreuers 7 <input type="checkbox"/> durch Genehmigung eines Vormundschaftsgerichtes (gem. BGB §§ 1904,1906)</p>	14aa

Frage		Weiter mit:
14aa	<p>Wann wurde die Legitimation der Maßnahmen im Bett zum letzten Mal eingeholt?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> vor einer Woche</p> <p>2 <input type="checkbox"/> vor ca. einem Monat</p> <p>3 <input type="checkbox"/> vor mehreren Monaten</p> <p>4 <input type="checkbox"/> vor einem Jahr oder länger</p>	14b
14b	<p>Legitimation der freiheitseinschränkenden Maßnahmen am Stuhl?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> durch selbständige fachliche Entscheidung eines Mitarbeiters</p> <p>2 <input type="checkbox"/> durch Anordnung der Wohngruppen- bzw. Hausleitung</p> <p>3 <input type="checkbox"/> auf Wunsch bzw. Einwilligung des Bewohners</p> <p>4 <input type="checkbox"/> auf Wunsch von bzw. in Absprache mit Angehörigen</p> <p>5 <input type="checkbox"/> auf Veranlassung des Arztes</p> <p>6 <input type="checkbox"/> durch Entscheidung des gesetzlichen Betreuers</p> <p>7 <input type="checkbox"/> durch Genehmigung eines Vormundschaftsgerichtes (gem. BGB §§ 1904,1906)</p>	14bb
14bb	<p>Wann wurde die Legitimation der Maßnahmen am Stuhl zum letzten Mal eingeholt?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> vor einer Woche</p> <p>2 <input type="checkbox"/> vor ca. einem Monat</p> <p>3 <input type="checkbox"/> vor mehreren Monaten</p> <p>4 <input type="checkbox"/> vor einem Jahr oder länger</p>	15
15	<p>Welche Indikation begründet die freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Bett oder am Stuhl ? <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sturzgefahr 2 <input type="checkbox"/> Schwindel</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Unruhe 4 <input type="checkbox"/> Sondensicherung</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Verwirrtheit 6 <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Gehunfähigkeit 8 <input type="checkbox"/> Suizidgefahr</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung</p> <p> 9.1 <input type="checkbox"/> körperliche Gewalt gegenüber Pflegepersonal</p> <p> 9.2 <input type="checkbox"/> körperliche Gewalt gegenüber Bewohnern</p> <p>10 <input type="checkbox"/> sonstige Indikation <i>(bitte angeben)</i> _____</p>	16

Frage		Weiter mit:
16	<p>Wie häufig mussten die freiheitseinschränkende Maßnahmen im letzten Monat angewandt werden?</p> <p>FEM im Bett (Frage 14a)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> täglich</p> <p>2 <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich</p> <p>3 <input type="checkbox"/> einmal wöchentlich</p> <p>4 <input type="checkbox"/> selten</p> <p>FEM am Stuhl (Frage 14b)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> täglich</p> <p>2 <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich</p> <p>3 <input type="checkbox"/> einmal wöchentlich</p> <p>4 <input type="checkbox"/> selten</p>	17
17	<p>Kam es bei dem/der Bewohner/in im letzten Monat zu Unfällen?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ja</p>	18
17a	<p>Wenn ja, zu welchen Unfällen in welcher Häufigkeit? (Bitte Art und evtl. Verletzung angeben)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><u> </u> / Schwer <u> </u> / leicht <u> </u> / keine Verletzung (bitte Häufigkeit [Zahl] eintragen)</p> <p>Schwer - sind Unfälle, die eine ärztliche Heilbehandlung erfordern, Leicht - sind Unfälle, deren Folgen keine ärztliche Konsultation erfordern Keine sind Zwischenfälle ohne erkennbare Folgen</p>	18

Bitte vergessen Sie nicht, abschließend auch die Fragen auf der folgenden letzten Seite zu beantworten !

10.1.2 „Begleitbogen – Wohnbereiche bzw. Stationen“:
Stationsbezogene Fragen / Basiserhebung (37 Stationen)

Begleitbogen – Wohnbereiche bzw. Stationen¹

Einleitung:

Dieser Bogen dient der Analyse der Rahmenbedingungen auf den Stationen zum Zeitpunkt der Erhebung. Hierfür ist es nötig, dass einerseits das Haus und die Station eindeutig gekennzeichnet werden und andererseits die Bewohner- und Personalsituation während der Stichtagserhebung dokumentiert wird. Mit dem Stations - Begleitbogen erfolgt die statistische Zuordnung zu den Organisationseinheiten der - Einrichtungen. Da die Namen der Bewohner - um den Datenschutz zu gewährleisten - nicht aufgeführt werden, ist es wichtig, dass alle Bewohnerbogen - Nummern, der in Ihrem Bereich ausgefüllten Bögen unter Frage 9 eingetragen werden.

Frage		Weiter mit:
1	<p>Welche Nummerierung (Codierung) ist Ihrer Wohngruppe zugeordnet? (Bitte entnehmen Sie die Codenummer der beigefügten Liste)</p> <p>Die Codenummer lautet:</p> <p>_____ / _____ Wohnhaus / Gruppe</p>	2
2	<p>Welches Betreuungskonzept für geronto-psychiatrisch Erkrankte wird in ihrem Wohnbereich angewandt?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ein integriertes Konzept (Demenzkranken und somatisch Kranke werden gemeinsam betreut)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ein segregatives Konzept (Demenzkranken werden getrennt betreut)</p>	3
3	<p>Nehmen Sie an dem Münchner Programm der gerontopsychiatrischen Tagesangebote teil ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ja</p>	4
4	<p>Besteht auf ihrer Wohngruppe eine Zugangssicherung?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ja</p>	5 4a

¹ Mit Wohnbereichen bzw. Stationen sind die Organisationseinheiten des Hauses gemeint. Organisationseinheit ist durch die gemeinsame Dienstplanerstellung definiert. In einer Organisationseinheit können mehrere Bezugswohngruppen bestehen.

Frage		Weiter mit
4a	<p>Wenn ja, welche? (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Eingangstür ist immer abgeschlossen.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Eingangstür ist durch Trickschloss gesichert.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Eingangsbereich wird Video überwacht.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> sonstige Sicherung:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>bitte angeben</i></p>	5
5	<p>Wie viel Betreuungspersonal sollte heute laut Soll-Dienstplan wie viele Stunden auf der Station arbeiten ?</p> <p><i>Bitte die Gesamtstundenzahl am heutigen Tag (0-24 Uhr) der jeweiligen Berufsgruppe angeben. Zeiten des Hauswirtschaftspersonals und der Sozialdienste/Therapeuten bitte nur angeben, sofern sie direkt Serviceleistungen für Bewohner des Wohnbereiches erbringen.</i></p> <p><i>Berechnungsmodus: z.B. Person A arbeitet heute 6 Std. 30 Min; Person B arbeitet 3Std. 45 Min, ergibt 10 Std. 15 Min.</i></p> <p style="text-align: center;">Std. / Min.</p> <p>1 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>, <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Examinierte Kräfte (2- oder 3 jährige Ausbildung)</p> <p>2 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>, <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ PflegehelferInnen (APH / KPH)</p> <p>3 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>, <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Pflegekräfte ohne Pflegefachausbildung</p> <p>4 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>, <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Hauswirtschaftspersonal (dem Wohnbereich zugeordnete Zeiten)</p> <p>5 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>, <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Sozialdienst / Therapeuten (anteil. Deputat)</p> <p>6 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>, <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ PraktikantInnen / SchülerInnen</p> <p>7 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Zivildienstleistende</p> <p>8 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Sonstige _____</p> <p style="text-align: center;"><i>bitte angeben</i></p>	5a
5a	<p>Abweichungen vom Soll-Dienstplan ergaben sich auf Grund von:</p> <p>1. <input type="checkbox"/>/Urlaub 2. <input type="checkbox"/>/Krankheit 3. <input type="checkbox"/>/Weiterbildung 4. <input type="checkbox"/>/Sonstiges</p>	6
6	<p>Wie viele Bewohner waren heute anwesend?</p> <p>_____</p> <p><i>Bitte Zahl angeben</i></p>	7

Frage		Weiter mit
7	<p>Wie viele Bewohner waren heute abwesend bzw. wie viele Plätze sind derzeit nicht belegt?</p> <p> <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ </p> <p>Zahl der abwesenden Bewohner Zahl der nicht belegten Plätze</p>	8
8	<p>Wie viel Betreuungspersonal arbeitete wie lange in ihrer Wohngruppe in den einzelnen Schichten? <i>Bitte nach dem Verfahren aus Frage 5 beantworten.</i></p> <p>Frühschicht (Vormittag):</p> <p style="text-align: center;">Std. / Min.</p> <p>1 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Examierte Kräfte (2- oder 3 jährige Ausbildung)</p> <p>2 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ PflegehelferInnen (APH / KPH)</p> <p>3 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Pflegekräfte ohne Pflegefachausbildung</p> <p>4 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Hauswirtschaftspersonal (dem Wohnbereich zugeordnete Zeiten)</p> <p>5 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Sozialdienst / Therapeuten (anteil. Deputat)</p> <p>6 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ PraktikantInnen / SchülerInnen</p> <p>7 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Zivildienstleistende</p> <p>8 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Sonstige _____</p> <p style="text-align: right;"><i>bitte angeben</i></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Spätschicht (Nachmittag):</p> <p style="text-align: center;">Std. / Min.</p> <p>1 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Examierte Kräfte (2- oder 3 jährige Ausbildung)</p> <p>2 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ PflegehelferInnen (APH / KPH)</p> <p>3 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Pflegekräfte ohne Pflegefachausbildung</p> <p>4 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Hauswirtschaftspersonal (dem Wohnbereich zugeordnete Zeiten)</p> <p>5 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Sozialdienst / Therapeuten (anteil. Deputat)</p> <p>6 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ PraktikantInnen / SchülerInnen</p> <p>7 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Zivildienstleistende</p> <p>8 <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ Sonstige _____</p> <p style="text-align: right;"><i>bitte angeben</i></p>	9

Frage		Weiter mit:
	<p>Nachtdienst:</p> <p>Std. / Min.</p> <p>1 <u> </u>/<u> </u>,<u> </u>/<u> </u> Examierte Kräfte (2- oder 3-jährige Ausbildung)</p> <p>2 <u> </u>/<u> </u>,<u> </u>/<u> </u> angeleitete PflegehelferInnen</p>	
9	<p>Hier bitte die Nummern (Codierung) der Bewohnerbögen auflisten.</p> <p>1) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 2) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 3) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>4) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 5) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 6) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>7) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 8) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 9) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>10) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 11) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 12) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>13) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 14) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 15) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>16) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 17) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 18) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>19) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 20) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 21) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>22) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 23) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 24) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>25) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 26) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 27) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>28) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 29) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 30) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>31) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 32) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 33) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>34) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 35) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 36) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>37) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 38) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u> 39) <u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p>	10

	40) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 41) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 42) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 43) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 44) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 45) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 46) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 47) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 48) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 49) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 51) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 52) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 53) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 54) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 55) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 56) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 57) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 58) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 59) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 60) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Evtl. fehlende Vorgaben bitte auf der Rückseite ergänzen - Bitte wenden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10	Gab es heute besondere Vorkommnisse bzw. Ereignisse? 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche Vorkommnisse waren dies? <hr/> <hr/> <hr/> <i>(bitte stichwortartig angeben)</i>	11
11	Dieser Bogen und die Bewohnerbögen wurden am _____ / _____ ausgefüllt. Wochentag Datum	

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Gewissenhaftigkeit beim Ausfüllen der Bögen.

10.1.3 „Bewohner-Fragebogen 2“:**BewohnerInnenbezogene Fragen / Erweiterte Erhebung (440 BewohnerInnen)**

Bewohner – Fragebogen 2

Frage		Weiter mit:
1	Wo lebte der/die Bewohner/in vor der Aufnahme in Ihre Einrichtung ? <i>(bitte kreuzen Sie genau 1 Antwort an; zwischenzeitliche Krankenhausaufenthalte von <6 Monaten können hier vernachlässigt werden)</i> 1 <input type="checkbox"/> in einem Privathaushalt bzw. betreutem Wohnen 2 <input type="checkbox"/> in einem anderen Heim 3 <input type="checkbox"/> im Wohnbereich des aktuellen Heimes 4 <input type="checkbox"/> sonst bzw. nicht bekannt	2
2	Bitte geben Sie die Art der Krankenversicherung der/des Bewohner-in/s an: 1 <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung 2 <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung 3 <input type="checkbox"/> Keine Krankenversicherung	3
3	Bitte geben Sie den Familienstand der/des Bewohner-in/s an: 1 <input type="checkbox"/> ledig 2 <input type="checkbox"/> verheiratet 3 <input type="checkbox"/> verwitwet 4 <input type="checkbox"/> geschieden	4
4	Erhielt der/die Bewohner/in im Bezugszeitraum (28 Tage vor Stichtag 1) über die psychosozialen Hilfen im Rahmen der üblichen Pflegeroutine hinausgehende psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung <i>(Einzel- oder Gruppenbetreuung, Teilnahme an Aktivprogramm, Rehatherapeutische Maßnahmen)</i> 1 <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> ja → <u>bitte machen Sie entsprechende Angaben in Beiblatt A</u>	5
5	Erhielt der/die Bewohner/in im Bezugszeitraum Placebopräparate , die Einfluss auf Schlaf, Verhalten oder Gemütsstimmung haben sollten ? 1 <input type="checkbox"/> nein (5a) 2 <input type="checkbox"/> ja, und zwar durchschnittlich an ____ Tagen pro Woche	6

6	Befanden sich im Bezugszeitraum in dem Zimmer der Bewohnerin/des Bewohners von ihr/ihm selbst mitgebrachte Einrichtungsgegenstände (z.B. Möbel, Bilder) ? 1 <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> ja	7
7	Bestanden in dem Zimmer der Bewohnerin/des Bewohners im Bezugszeitraum Probleme durch 7a <u>Lärmbelästigung (Radio, TV, Sprechanlagen, Verkehr, etc.):</u> 1 <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> ja 7b <u>Dauerhafte intensive/unangenehme Gerüche:</u> 1 <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> ja 7c <u>Ungünstige klimatische Bedingungen:</u> 1 <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> ja	8
8	Ausblick aus dem Fenster: 1 <input type="checkbox"/> Überwiegend auf Straßen / Gewerbegebiet / Hochhäuser 2 <input type="checkbox"/> Überwiegend auf Grünanlagen / kleine Wohneinheiten / Gärten	9
9	Verbrachte der/die Bewohner/in im Bezugszeitraum Zeit außerhalb seines/ihres Zimmers – und falls ja – an durchschnittlich wie vielen Stunden pro Tag ? <i>(bitte berücksichtigen Sie auch diejenigen BewohnerInnen, die nur mit fremder Hilfe aus dem Zimmer gelangen)</i> 1 <input type="checkbox"/> nein (9a) 2 <input type="checkbox"/> ja, und zwar an durchschnittlich ca. ____ Stunden pro Tag 3 <input type="checkbox"/> nicht bekannt	10
10	Verbrachte der/die Bewohner/in im Bezugszeitraum Zeit (je mindestens 5 min) im Freien (z.B. Garten/Park/Balkon) –und falls ja– an durchschnittlich wie vielen Tagen pro Woche ? <i>(bitte berücksichtigen Sie auch diejenigen BewohnerInnen, die nur mit fremder Hilfe aus dem Zimmer gelangen)</i> 1 <input type="checkbox"/> nein (10a) 2 <input type="checkbox"/> ja, und zwar an durchschnittlich ca. ____ Tagen pro Woche 3 <input type="checkbox"/> nicht bekannt	11

11	Wie viele BewohnerInnen der Station werden von dem behandelnden Hausarzt insgesamt betreut ? ____ BewohnerIn(nen)	12
12 12a 12aa 12b 12bb	Durch welche(n) Arzt/Ärzte wurde der/die Bewohner/in im Bezugszeitraum an wie vielen Tagen – persönlich – visitiert? <i>(Bitte berücksichtigen sie auch die Anzahl der Arztbesuche außerhalb ihres Hauses; Mehrfachantworten sind möglich)</i> 1-nein 2-ja ___/ ___/ Hausarzt des Bewohners; an ___ Tagen 1-nein 2-ja ___/ ___/ Neurologe/Psychiater; an ___ Tagen	13
13a 13aa 13b 13bb	Welche/r Arzt/Ärzte kamen im Bezugszeitraum an wie vielen Tagen in das Heim, visitierten den/die Bewohner/in nicht persönlich , befragten jedoch das Personal nach dessen/deren Befinden ? 1-nein 2-ja ___/ ___/ Hausarzt des Bewohners; an ___ Tagen 1-nein 2-ja ___/ ___/ Neurologe/Psychiater; an ___ Tagen	14
14a 14b	<u>Bei Betreuung durch Hausarzt und/oder Neurologen (sonst jeweils streichen)</u> Welche Ärzte beziehen das Pflegepersonal wie häufig in ihre Visiten ein ? <u>Hausarzt der Bewohnerin/des Bewohners:</u> 1 ___/ nie 2 ___/ gelegentlich (weniger die Hälfte der Visiten) 3 ___/ häufig (mehr als die Hälfte der Visiten) <u>Neurologe/Psychiater der Bewohnerin/des Bewohners:</u> 1 ___/ nie 2 ___/ gelegentlich (weniger die Hälfte der Visiten) 3 ___/ häufig (mehr als die Hälfte der Visiten)	15
15a 15b	<u>Bei Betreuung durch Hausarzt und/oder Neurologen (sonst jeweils streichen)</u> Wie lange dauerten die Visiten des Arztes/der Ärzte persönlich bei der Bewohnerin / dem Bewohner durchschnittlich ? <u>Hausarzt der Bewohnerin/des Bewohners:</u> ca. ___ Minuten <u>Neurologe/Psychiater der Bewohnerin/des Bewohners:</u> ca. ___ Minuten	16

16	Erhielt der/die Bewohner/in im Bezugszeitraum (28 Tage vor Stichtag 1) - zusätzlich zu den für den Stichtag 1 angegebenen Medikamenten - weitere Medikamente ?	
	1 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> nein	17
16 a	2 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ja, und zwar (Arzneimittelbezeichnung - ggf. inkl. Stärke ! und Darreichungsform ! : z.B. <i>Uskan 10, Tabletten</i>): 1. _____ <input type="checkbox"/> /Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> /Regelmedikation 2. _____ <input type="checkbox"/> /Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> /Regelmedikation 3. _____ <input type="checkbox"/> /Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> /Regelmedikation	16a
17	Wurde für den/die Bewohner/in eine gesetzliche Betreuung bestellt? 1 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ja	18
18	Erhielt der/die Bewohner/in am Stichtag synthetische Psychopharmaka (Neuroleptika/Anxiolytika/Hypnotika/Antidepressiva) ?	
	1 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> nein	Ende
	2 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ja	19
19	Sofern für den/die Bewohner/in eine gesetzliche Betreuung besteht und synthetische Psychopharmaka verordnet sind - liegt eine Einwilligungserklärung des Betreuers vor?	
	1 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> nein	Bei- blatt B
19a	2 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann wurde diese Einwilligungserklärung erteilt?	19a 19aa
	1 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> vor ca. einer Woche	
	2 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> vor ca. einem Monat	
	3 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> vor mehreren Monaten	
	4 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> vor mehr als einem Jahr	
19aa	Wenn ja, für welche Arzneimittel ? _____	19b
19b	Wurde bei bestehender Betreuung und Psychopharmakaverordnung ein Beschluss des Vormundschaftsgerichtes über diese Verordnung eingeholt?	
	1 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> nein	Bei- blatt B
19c	2 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann wurde dieser Beschluss des Vormundschaftsgerichtes verfügt? Bitte Datum angeben: ____/____/____(Tag/Monat/Jahr)	19c Bei- blatt B

Bewohner-Fragebogen 2, Beiblatt A

Psychosoziale/-therapeutische intensivere Betreuung im Bezugszeitraum (über die psychosozialen Hilfen im Rahmen der üblichen Pflegeroutine hinausgehend / durchschnittliche Stundenzahl pro Woche)

Heiminterne Einzelbetreuung:

- 1 / nein
- 2 / ja, und zwar durchschnittlich an ____ Stunden pro Woche

Heiminterne Gruppenbetreuung / Angebot nur für ausgewählte BewohnerInnen:

- 1 / nein
- 2 / ja, und zwar durchschnittlich an ____ Stunden pro Woche

Teilnahme an heiminternem Gruppen-Aktivprogramm (z.B. Singen, Bewegung, Basteln, Kochen, Vorlesen, Spielen, nicht: Kirchenbesuch) / Angebot für alle BewohnerInnen

- 1 / nein
- 2 / ja, und zwar durchschnittlich an ____ Stunden pro Woche

Einzelbetreuung durch Ehrenamtliche:

- 1 / nein
- 2 / ja, und zwar durchschnittlich an ____ Stunden pro Woche

Teilnahme an Gruppen-Aktivprogramm / Leitung durch Ehrenamtliche (z.B. Singen, Bewegung, Basteln, Kochen, Vorlesen, Spielen, nicht: Kirchenbesuch) / Angebot für alle BewohnerInnen

- 1 / nein
- 2 / ja, und zwar durchschnittlich an ____ Stunden pro Woche

Rehatherapeutische Maßnahmen Einzel (Krankengymnastik, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie)

- 1 / nein
- 2 / ja, und zwar durchschnittlich an ____ Stunden pro Woche

Privat bezahlte Einzelbetreuung

- 1 / nein
- 2 / ja, und zwar durchschnittlich an ____ Stunden pro Woche

Bewohner-Fragebogen 2, Beiblatt B

--	--	--	--	--	--

Haus / Kennnummer

Arzneimittel- bezeichnung – ggf. inkl. Stärke und Darreichungsform	Regelmäßige Medikation mit synthetischen Neuroleptika/Anxiolytika/Hypnotika/Antidepressiva an Stichtag 1						
	Verschreibung durch 1= Allgemeinarzt 2= Neurologen/ Psychiater 3= Anderen Facharzt	Explizite Einwilligung der Bewohnerin /des Bewohners zur Einnahme ? 1= nein 2= ja 3= nicht bekannt	Falls ja, Einwilligung zuletzt vor ca.:	Letzte Überprüfung der Verschreibung durch einen Arzt vor ca.:	Einnahme seit mindestens:	Verabreichung. wann? 1=nur abends/nachts 2=nur tagsüber 3=abends/nachts+tags	Verabreichung hauptsächlich auf Initiative/Empfehlung/Wunsch von 1= Verordnendem Arzt 2= Arzt-Personal 3= Arzt-Patient 4= Psychiatrischer Klinik 5= Arzt-Angehörigen 6= sonstiger Klinik 7= Sonstigen 8= nicht bekannt
			1= < 1 Woche 2= 1–4 Wochen 3= 1–3 Monaten 4= 3 Monaten–1 Jahr	5= 1 – 5 Jahren 6= 5 –10 Jahren 7= >10 Jahren 8= nicht bekannt			

Arzneimittel- bezeichnung – ggf. inkl. Stärke und Darreichungsform	Bedarfsmedikation mit synthetischen Neuroleptika/Anxiolytika/Hypnotika/Antidepressiva an Stichtag 1						
	Verschreibung durch 1= Allgemeinarzt 2= Neurologen/ Psychiater 3= Anderen Facharzt	Explizite Einwilligung der Bewohnerin /des Bewohners zur Einnahme ? 1= nein 2= ja 3= nicht bekannt	Falls ja, Einwilligung zuletzt vor ca.:	Letzte Überprüfung der Verschreibung durch einen Arzt vor ca.:	Einnahme seit mindestens:	Verabreichung. wann? 1=nur abends/nachts 2=nur tagsüber 3=abends/nachts+tags	Verabreichung hauptsächlich auf Initiative/Empfehlung/Wunsch von 1= Verordnendem Arzt 2= Arzt-Personal 3= Arzt-Patient 4= Psychiatrischer Klinik 5= Arzt-Angehörigen 6= sonstiger Klinik 7= Sonstigen 8= nicht bekannt
			1= < 1 Woche 2= 1–4 Wochen 3= 1–3 Monaten 4= 3 Monaten–1 Jahr	5= 1 – 5 Jahren 6= 5 –10 Jahren 7= >10 Jahren 8= nicht bekannt			

10.1.4 „Begleitbogen-Stationen 2“:**Stationsbezogene Fragen / Erweiterte Erhebung (17 Stationen)**

Begleitbogen – Stationen¹ 2

Frage		Weiter mit:
1	<p>Welche Nummerierung (Codierung) ist Ihrem Haus zugeordnet? <i>(Bitte entnehmen Sie die Codenummer der beigefügten Liste)</i></p> <p>Die Codenummer lautet:</p> <p>_____</p> <p>Wohnhaus</p>	2
2	Finden zum Schichtwechsel regelmäßig Übergabegespräche statt ?	
	1 <input type="checkbox"/> / nein	3
	2 <input type="checkbox"/> / ja	2a
2a	Haben diese Übergaben überwiegend arbeitsbezogenen Inhalt ?	2b
	1 <input type="checkbox"/> / nein	
	2 <input type="checkbox"/> / ja	
2b	Haben diese Übergaben einen routinemäßig festgelegten Ablauf ?	2c
	1 <input type="checkbox"/> / nein	
	2 <input type="checkbox"/> / ja	
2c	Bei welchen Schichtwechseln finden diese Gespräche statt <i>(ggf. Mehrfachantworten)</i> ?	2d
2c1	1 <input type="checkbox"/> / Zwischen Früh- und Spätschicht	
2c2	2 <input type="checkbox"/> / Zwischen Spät- und Nachtschicht	
2c3	3 <input type="checkbox"/> / Zwischen Nacht- und Frühschicht	
2d	Wie lange dauern diese Übergaben durchschnittlich ?	3
	_____ min	
3	Werden auf der Station regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt ?	4
	1 <input type="checkbox"/> / nein	
	2 <input type="checkbox"/> / ja	

¹ Mit Stationen sind die Organisationseinheiten des Hauses gemeint. Organisationseinheit ist durch die gemeinsame Dienstplanerstellung definiert. In einer Organisationseinheit können mehrere Bezugswohngruppen bestehen.

Frage		Weiter mit:
4 4a 4b 4c 4d	<p>Welcher Anteil der Arbeitszeit entfällt in dieser Organisationseinheit auf folgende Tätigkeiten ?</p> <p> ___/___/___/ % Grundpflege</p> <p> ___/___/___/ % Dienstgespräche mit KollegInnen und Angehörigen/Teambesprechungen</p> <p> ___/___/___/ % Dokumentation/Buchführung</p> <p> ___/___/___/ % Gespräche bzw. (nicht primär pflegerische) Beschäftigung mit Heimbewohnern</p> <hr/> <p> <u> 1 0 0 </u> % Summe</p>	5
5 5a	<p>Waren von den derzeitig auf dieser Station beschäftigten Pflegefachkräften oder PflegehelferInnen eine oder mehrere Personen irgendwann einmal 3 Monate oder länger in einer psychiatrischen Einrichtung tätig ?</p> <p>1 ___/ nein</p> <p>2 ___/ ja,</p> <p> und zwar _____ Personen</p>	6
6	<p>Dieser Bogen 2 und die Bewohnerbögen 2 wurden am _____ ausgefüllt.</p> <p>Wochentag / Datum</p>	Ende

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Gewissenhaftigkeit beim Ausfüllen der Bögen.

10.2 Danksagung

Ich danke allen, die zum Zustandekommen meiner Arbeit beigetragen haben, insbesondere:

- Herrn Prof. Dr. med. Joerg Hasford für die freundliche Überlassung des Themas, die Beratung und auch moralische Unterstützung bei auftretenden Problemen
- Herrn Prof. Dr. Thomas Klie und Herrn Thomas Pfundstein (Kontaktstelle für Praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg) für zahlreiche Gespräche, Daten und die fruchtbare Zusammenarbeit
- Frau Gertraud von Gaessler, Frau Helga Weninger und Frau Helma Kriegisch (Sozialreferat München) und dem die Studie begleitenden Beirat für das mir entgegengebrachte Vertrauen zur Durchführung des medikamentenbezogenen Teils der Studie bzw. zur Vorstellung der Ergebnisse im Rahmen des Münchener Fachtages „Humane Pflege im Heim – Wege zu weniger freiheitsentziehenden Maßnahmen“ im April 2003
- den an der Studie teilnehmenden Trägern, LeiterInnen bzw. MitarbeiterInnen der Pflegeheime für ihre Investitionen bzw. ihr Engagement
- Frau Lusine Breitscheidel (IBE) für ihre große Hilfe bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse und Frau Volk (IBE) für die Unterstützung in administrativen Angelegenheiten
- Herrn Dr. Jörg Lohse (Gerontopsychiatrie BZK Haar b. München) für seine Bewertung der Arbeit
- Für wertvolle Informationen bzw. die Zusendung unterstützender Unterlagen:
 Herrn Prof. Dr. Siegfried Weyerer (Zentralinstitut für Seelische Gesundh., Mannheim)
 Herrn Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch (Gerontopsychiatrie Rheinische Kliniken, Bonn)
 Frau Dr. Claudia Wilhelm-Göbbling (Medizinische Hochschule, Hannover)
 Frau Dr. Renate Grohmann (Universitätsklinikum Innenstadt, München)
 Herrn Dr. Dietl (Gerontopsychiatrie BZK Haar b. München)
 Herrn Dr. Michael Wiseman (Leibniz-Rechenzentrum, München)
 Herrn Dr. Ibach (BZK Regensburg)
 Frau Dr. Veronika Egen (Bayerischer Forschungsverbund Public Health)
 Frau Katrin Nink (Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn)
 Herrn Dr. Lachner (Medizinische Lesehalle der UB München)
 Frau Christiane Isselhorst und Frau Bärbel Waidner (Pflegeh. Feldkirchen-Westerham)

Mein letzter ganz herzlicher Dank gilt jenen, ohne die es die vorliegende Arbeit wohl nicht geben würde, nämlich meiner Familie.

10.3 Lebenslauf

Name: Elisabeth Molter-Bock

Geboren: 15.09.1964, München

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: verheiratet, 2 Kinder

Ausbildung / Berufserfahrung:

1974-1983: Wilhelm-Hausenstein-Gymnasium, München, Abitur

1983/1984: Mathematikstudium, TU München

1984/1985: Ausbildung zur Apothekenhelferin, München

1985/1986: Apothekenhelferin, Herzog-Apotheke, München

1986-1991: Pharmaziestudium, LMU München
Staatsexamina 2. und 3. Abschnitt

1991-1999: Zulassungsreferentin,
Protina Pharmazeutische Gesellschaft mbH, Ismaning

Ab 1996: Informationsbeauftragte gem. § 74 AMG

seit 6.2000: Doktorandin,
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung,
Biometrie und Epidemiologie, LMU München
Betreuung: Prof. Dr. med. Joerg Hasford