

**MMW: Inwieweit entsprachen die Nachweise in den Proben den ärztlichen Verordnungen?**

**Gleich:** Einen Medikationsplan hatten wir von 53 der insgesamt 98 Fälle in der staatsanwaltlichen Akte. In 37 Fällen haben wir Abweichungen festgestellt, das heißt, dass nicht verordnete Substanzen gegeben wurden oder dass verordnete Substanzen nicht gegeben wurden.

**MMW: Welches waren die häufigsten nicht verordneten Substanzen?**

**Gleich:** Das waren die peripheren Analgetika. Am zweithäufigsten waren die nicht verordneten Antipsychotika: Solche waren bei einem Drittel der Fälle mit vorhandenem Medikationsplan nachweisbar. Bei der Gegenprobe hat man aber auch gesehen, dass jedes verordnete Antipsychotikum tatsächlich gegeben worden war, im Gegensatz zu den Opioidanalgetika: Diese konnten in einigen Fällen nicht nachgewiesen werden, obwohl sie verordnet waren.

**MMW: Das heißt, die Patienten hatten vielleicht Schmerzen, die nicht adäquat behandelt wurden ...**

**Gleich:** Richtig, und vielleicht sind sie ja deswegen unruhig geworden!

**MMW: Halten Sie es für möglich, dass Substanzen vornehmlich zur Ruhigstellung eingesetzt wurden?**

**Gleich:** Wir haben Hinweise gefunden, dass zentral wirksame Substanzen als freiheitsentziehende Maßnahmen genutzt worden sein könnten. Speziell bei Nachweis von Antipsychotika haben wir uns die ärztliche Indikation angeschaut. Bei 9 von 53 Fällen konnten wir anhand der vorliegenden Unterlagen eine ärztliche Indikation nicht nachvollziehen. Bei den Sedativa/Hypnotika z. B. konnten wir in keinem einzigen Fall die Indikation Schlafstörung nachvollziehen, wo für diese Substanzen in erster Linie gedacht sind. Hinzu kommt, dass unter den verabreichten Antipsychotika Subs-

tanzen mit sedierenden Eigenschaften überwogen haben. Und wir hatten auch Fälle, bei denen z. B. sedierende Antipsychotika abends gegeben wurden und Hypnotika morgens. Das sollte eigentlich nicht sein. Letztlich können wir aber nur sagen, was wir im Körper des Verstorbenen gefunden haben. Wie es hineingekommen ist oder wer es ihm gegeben hat, können wir nicht sagen.

**MMW: Was kann man zu den Wirkstoffspiegeln sagen?**

**Gleich:** Wir konnten in keinem Fall nachweisen, dass der Wirkstoffspiegel einer Substanz todesursächlich war. Aber es gab Fälle, bei denen z. B. Schmerzmittelspiegel aufgrund von Interaktionen oder Kontraindikationen erhöht waren. Einem Bewohner wurde z. B. ein starkes Schmerzmittel verordnet, obwohl er eine Leberzirrhose hatte. Da hätte man die Dosis reduzieren müssen.

**MMW: Enthielten die Proben Substanzen der PRISCUS-Liste?**

**Gleich:** Wir haben 23 Fälle als sog. PRISCUS-Fälle klassifiziert. 20 hatten eine Substanz aus der Liste, drei jeweils zwei Substanzen erhalten. Dabei waren am häufigsten Hypnotika, gefolgt von Antipsychotika und Antidepressiva.



Riskante Polypharmazie.

**MMW: Welche Anzeichen bei einem Heimbewohner könnten auf eine inadäquate Medikation hindeuten?**

**Gleich:** Wenn er Auffälligkeiten zeigt, z. B. plötzlich schläfrig oder verändert wirkt, sollte man versuchen, der Sache auf den Grund zu gehen. Andererseits hat ein Demenzpatient, der sehr unruhig ist, vielleicht chronische Schmerzen, die nicht adäquat behandelt werden. Auch daran muss man denken. In unserem Kollektiv hatten wir auffallend viele Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Die Literatur zeigt, dass gerade bei demennten Heimbewohnern die Versorgung mit Analgetika oft unzureichend ist. ■

Interview: Dr. Elke Oberhofer

---

## Nutzen Sie das Fachwissen des Apothekers!

„Um einen inadäquaten Einsatz von Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen zu verhindern, sollte der Arzt darauf achten, was mitbehandelnde Kollegen, z. B. Psychiater, Neurologe oder Orthopäde, verordnen. Unser Eindruck ist, dass die Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten teilweise nicht optimal ist. Zum Zweiten sollte der Medikationsplan immer auf dem aktuellen Stand sein. Der Arzt sollte bei jeder Visite überprüfen, ob alle Medikamente noch indiziert sind und ob sie für den Patienten wirklich einen gesundheitlichen Nutzen haben. Gerade bei Altenheimbewohnern muss man sich bewusst sein, dass die Leitlinien der Fachgesellschaften nicht für hochbetagte Patienten geschaffen wurden. Es kommt darauf an, klug zu wählen: Was braucht der Patient wirklich, damit es ihm gut geht? Eventuell kann man da schon mal was aussortieren. Ein guter Ansprechpartner im Hinblick auf Arzneimittelinteraktionen ist übrigens der Apotheker, der u. a. auf spezielle Datenbanken zugreifen kann. Dieses Fachwissen sollte man sich im Zweifel zunutze machen. Ich empfehle, der Arzneimitteltherapiesicherheit im Alltag noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken!“

Dr. Sabine Gleich