



Foto: www.martinglauser.ch

## In vertrauter Umgebung – bis zuletzt

Schritte zu einer palliativen hausärztlichen Versorgung im Alten- und Pflegeheim

*Dagmar Müller, Lilian Froeschmann und Wolfgang Waldau-Spahn*

Durch den Ausbau der ambulanten Pflege nach dem politischen Motto „ambulant vor stationär“ kommen alte Menschen in den letzten Jahren zunehmend kränker in Alten- und Pflegeheime. Eine umfassendere palliative Versorgung der Pflegebedürftigen durch HausärztInnen kann unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden und die letzte Lebensphase in einer vertrauten Umgebung ermöglichen.

**D**er medizinische Fortschritt ermöglicht alten Menschen einerseits mehr Lebenszeit, zumal im gewohnten häuslichen Umfeld. Andererseits erfahren sie längere chronisch fortschreitende Krankheitsentwicklungen, die mit vielfältigen belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot und einer Vielzahl von neurologischen Veränderungen verbunden sind. Diese Entwicklung erfordert eine zunehmende Anpassung der pfle-

gerischen und medizinischen Versorgung. Gerade zum Lebensende hin können die Belastungen durch Abbauprozesse und Funktionseinschränkungen in Verbindung mit unzureichender medizinisch-pflegerischer Versorgung zu Krankenhauseinweisungen führen, um dort „in Sicherheit“ zu sterben. Aber nicht immer ist eine Krankenhauseinweisung tatsächlich notwendig.

### Alte, chronisch kranke Menschen sind Palliativpatienten

Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen, die in absehbarer Zeit zum Tode führen, sind die Zielgruppe für eine palliative Versorgung („Palliative Care“). Jeder alte Mensch, der an unheilbaren, chronisch fortschreitenden Erkrankungen leidet – und das ist früher oder später so gut wie jeder alte Mensch – ist mithin ein Palliativpatient.

Der Schwerpunkt palliativer Versorgung liegt auf der Unterstützung der bestmöglichen Lebensqualität für den Betroffenen und sein soziales Umfeld. Das wird erreicht mithilfe einer – auch schon vorausschauenden – Linderung krankheitsbedingter Belastungen durch medizinische, pflegerische, soziale, psychologische und spirituelle Unterstützung. Zunehmend stehen seit einiger Zeit auch alte Menschen mit alterstypischen chronischen Erkrankungen im Blickfeld palliativmedizinisch tätiger Berufsgruppen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass durch palliative Maßnahmen nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, sondern mitunter auch ihre Überlebenszeit eher verlängert werden kann, als es mit den häufig aggressiveren, nebenwirkungsreicheren Methoden der kurativen Medizin möglich ist.

Alte Menschen haben den Wunsch nach Kontinuität in der medizinisch-pflegerischen Versorgung im vertrauten Lebensumfeld. Oft ist die Erfahrung alter Menschen im Alten- und Pflegeheim jedoch eine andere: Ihrem Wunsch kann nicht immer entsprochen werden, etwa wenn außerhalb der Praxiszeiten der behandelnden Hausärzte kritische Befindlichkeitsänderungen eintreten. Von den verantwortlichen Pflegenden wird dann der hausärztliche Bereitschaftsdienst oder der Notarzt gerufen. Er muss für eine Behandlungsentscheidung die Verantwortung übernehmen. So kann es immer wieder – besonders zum Lebensende hin – zu Krankenhauseinweisungen kommen, die für den alten Menschen den Verlust des ver-

trauten Umfeldes bedeuten. Das ist verknüpft mit Angst, Verunsicherung und Orientierungsverlust. Und nicht selten werden alte Menschen aus dem Krankenhaus mit Dekubiti, Obstipation oder resistenten Keimen zurück ins Pflegeheim verlegt.

### Mehr Lebensqualität am Lebensende

Um auch alten Menschen im Pflegeheim eine angemessene palliative Versorgung zu ermöglichen, bedarf es nicht nur eines Umdenkens der beteiligten Berufsgruppen, Einrichtungs- und Kostenträger. Es sind Investitionen in angemessene Rahmenbedingungen notwendig, die letzten Endes zur Vermeidung unnötigen Leides und unnötiger Kosten führen.

Im Alten- und Pflegeheim Martha-Haus in Frankfurt am Main werden 81 alte Menschen betreut, versorgt und begleitet. 45 Bewohner des Hauses werden durch das Ärzteteam einer Gemeinschaftspraxis von drei HausärztInnen betreut. Alle drei haben eine Palliative Care-Zusatzausbildung und Erfahrung in der Versorgung von Patienten im nahe gelegenen Evangelischen Hospiz. Das Ärzteteam ist außerdem Mitglied im Frankfurter palliativmedizinischen Arbeitskreis (PallAs e. V.), einem Zusammenschluss von palliativmedizinisch tätigen HausärztInnen, Pflegekräften und weiteren Berufsgruppen, unter anderem mit dem Ziel des fachlichen Austausches.

### Der hausärztliche Kooperationsvertrag

Im Juli 2016 wurde die Vergütung hausärztlicher Versorgung in Pflegeeinrich-

tungen im Rahmen der Vereinbarung zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen verbessert (§119b Abs. 2 SGB V, Kapitel 37 EBM). Zwischen der Gemeinschaftspraxis und dem Alten- und Pflegeheim Martha-Haus wurde daher ein Kooperationsvertrag geschlossen, um die beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen sowie die Kommunikation und Zusammenarbeit zu stärken.

Seitdem bietet die hausärztliche Praxis von Montag bis Freitag zwischen sieben und 22 Uhr eine Rufbereitschaft an. Das Bereitschaftstelefon wird rotierend von den drei ÄrztInnen bedient. Die Visitenzeiten sind definiert. In Urlaubs- und Krankheitszeiten wird eine Vertretung benannt. Ebenso werden in Zusammenarbeit mit dem Martha-Haus patientenorientierte Fallbesprechungen und Konsile für die Patienten koordiniert.

Im Martha-Haus gibt es bereits entwickelte, gut funktionierende Strukturen der interdisziplinären Kommunikationsorganisation zwischen Pflegenden und Hausärzten: die Themen, die besprochen werden müssen, sind in der Dokumentation auf einem Visitenblatt aufgelistet. Vor der Visite bespricht sich der Hausarzt mit der diensthabenden Pflegekraft, bevor beide gemeinsam zum Bewohner gehen. Der Hausarzt trägt seinen Bericht auf das entsprechende Dokumentationsblatt ein. Zusätzlich werden vorausschauend mögliche Krisensituationen besprochen und Maßnahmen dafür festgelegt. So hat die

## Angehörige bestmöglich begleiten

Auch  
als e-book



### Angelika Feichtner, Bettina Pußwald Palliative Care

#### Unterstützung der Angehörigen

facultas 2017, 176 Seiten, broschiert  
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP  
ISBN 978-3-7089-1489-3, epub 978-3-99030-633-8

Wer schwer oder terminal erkrankte Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase begleitet, begleitet immer auch deren Angehörige. Dieses Praxisbuch bietet Anregungen für Pflegenden, wie die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der palliativen Betreuungssituation gelingen kann, ist aber auch ein hilfreicher Leitfaden für die Angehörigen selbst.

jeweils diensthabende Pflegende in der Nacht und am Wochenende einen größeren Handlungsspielraum bezüglich des medikamentösen Krisenmanagements. Die verlängerte Erreichbarkeit der Ärzte und die Möglichkeit, kurzfristig im Rahmen der Rufbereitschaft Maßnahmen anzupassen, führen zu einer deutlich selteneren Beanspruchung des Notarztes.

### Investition in kompetente Pflege zahlt sich aus

Um dem Hausarzt relevante Informationen über die Bewohner zu vermitteln, damit er die Behandlung optimal an Veränderungen anpassen kann, bedarf es einer kompetenten pflegerischen Beobachtung und fachlichen Einschätzung von Veränderungen. Dafür muss das Pflegepersonal entsprechend ausgebildet sein und Gelegenheit zur pflegerischen Beobachtung haben. Die ergiebigste Einschätzung über die Befindlichkeit eines Bewohners gewinnen Pflegende bei der Unterstützung der Körperpflege: Wie zeigen sich Orientierung, Kommunikationsfähigkeit, Beweglichkeit, Vitalfunktionen, Emotionalität etc. bei den alltäglichen Aktivitäten? Worauf deuten beobachtbare Veränderungen, etwa Bewegungsunlust, Atemgeräusche, hoher Muskeltonus, hin?

Es wird schwierig, zeitnah relevante Informationen über beginnende Veränderungen zu gewinnen, wenn das Pflegepersonal nicht über angemessenes Fachwissen, Beobachtungs- und Kommunikationskompetenz verfügt. Deshalb ist es wichtig, die Unterstützung alltäglicher Aktivitäten von fachlich ausgebildetem Personal durchführen zu lassen. Je früher Veränderungen erkannt und formuliert werden können, desto schneller kann der Hausarzt informiert werden, sodass es nicht erst zu einer Eskalation der Symptome und unnötigen Krankenhausaufenthalten kommen muss.

### Ein Beispiel aus der Praxis

Frau A. ist 89 Jahre alt und lebt seit sechs Monaten in einem Pflegeheim. Mithilfe von Brille und Hörgerät kann sie ihre Umgebung gut erkennen und verstehen, was mit ihr gesprochen wird. Frau A. ist durch degenerativ fortschreitende Gelenkerkrankungen in ihrer Beweglichkeit unsicher und benötigt Unterstützung beim Toilettengang. Wenn sie sich zu schnell bewegt, nimmt der Schmerz in den Gelenken zu. Sie beißt dann ihre Zähne zu-

sammen – sie ist froh, dass sie noch einige eigene Zähne hat. Allmählich wird das Herz von Frau A. schwächer. Sie kann nur noch kurze Strecken gehen, manchmal wird dann schon die Luft knapp und ihr wird schwindelig. Frau A. fühlt sich wohl im Pflegeheim.

Bei der wöchentlichen Visite durch ihre Hausärztin Frau Dr. Froeschmann berichten die Pflegenden, dass Frau A. nach der Körperpflege oder nach dem Essen unter leichter Atemnot leidet und die Trinkmenge reduziert hat. Aufgefallen ist ihnen auch, dass sie ihr Gesicht sehr anspannt und immer langsamer geht, wenn sie sich morgens ins Badezimmer begibt. Die Frage nach Schmerzen verneint sie jedoch. Die Pflegenden vermuten, dass Frau A. diese leugnet, um nicht noch mehr Tabletten schlucken zu müssen.

Aufgrund dieser Informationen plant die Hausärztin ein längeres Visitengepräch mit Frau A. und der betreuenden Pflegekraft. Frau A. bagatellisiert zunächst die von der Pflegenden berichteten Beobachtungen. Im Gespräch stellt sich heraus, dass sie nicht nur eine Ausweitung medizinischer Maßnahmen, sondern auch einen drohenden Krankenhausaufenthalt vermeiden möchte. Die Ärztin erklärt, dass die Befindlichkeitsänderungen auf ein Fortschreiten der Herzschwäche hinweisen. Diese Entwicklung könne man verzögern, jedoch nicht aufhalten. Frau Dr. Froeschmann gibt Frau A. einige Zeit, um diese Information bei ihr „ankommen“ zu lassen. „Das geht dann also aufs Ende zu (...) Da kann man wohl nichts mehr machen“, meint Frau A. nach einer kurzen Besinnung. Die Hausärztin erklärt ihr, dass man sehr wohl noch eine ganze Menge tun kann:

Frau A. akzeptiert ein Morphinpflaster gegen ihre Schmerzen und die Atemnot. Einige Medikamente (z. B. blutdrucksenkende und diuretische) werden abgesetzt. Ärztin und Pflegende versichern Frau A., dass sie ihre Nahrungs- und Trinkmenge selbst bestimmen darf und sie künftig Unterstützung bei einer regelmäßigen, anstrengungsarmen Darmentleerung erhält, um Verstopfungen als Nebenwirkung des Morphinpflasters zu vermeiden. Außerdem rezeptiert die Ärztin Medikamente, die von den Pflegenden bei Bedarf ohne Rücksprache in einer festgelegten Einzel-/ Tagesdosis gegen Angst, Atemnot, Schmerzen oder Übelkeit verabreicht werden dürfen. Jede Woche soll es am Freitag-

nachmittag ein Telefonat geben, um gegebenenfalls weitere Anpassungen für das Wochenende vorzunehmen.

In den folgenden Tagen ging es Frau A. zunächst deutlich besser, da sie bei Bewegung weniger Schmerzen und keine Atemnot hatte. Nach einigen Wochen wurde sie jedoch zunehmend schwächer. Sie aß und trank immer weniger und verzichtete auf die Einnahme von Tabletten. Bei jeder Visite war die zuständige Pflegende anwesend, manchmal auch ihr Sohn. Körperliche Beschwerden spielten keine große Rolle mehr. Frau A. besprach mit ihrer Hausärztin, was geschehen solle, falls sie das Bewusstsein verlieren sollte. Ihre Wünsche wurden jedes Mal von der anwesenden Pflegenden schriftlich festgehalten. Frau A. konnte ohne belastende körperliche Krisen und ohne erkennbare Beschwerden in der vertrauten Umgebung des Pflegeheimes sterben.

### Persönlicher Einsatz

Nicht immer ist es „so einfach“. Nicht alle Bewohner des Pflegeheimes können ihre Beschwerden sprachlich formulieren. Schmerzen äußern sich möglicherweise in unruhigem und/oder ablehnendem Verhalten. Nicht immer hilft dann ein Medikament „gegen Unruhe“. Frau Dr. Froeschmann möchte sich in manchen Situationen lieber vor Ort ein Bild machen und kommt dann auch freitags um 20 Uhr ins Pflegeheim, um noch einen guten Plan für das Wochenende zu entwickeln. Der finanzielle Zuschlag, den sie aus dem Kooperationsvertrag für ihren abendlichen Einsatz erhält, wiegt nach ihrer Einschätzung nicht die Leistung auf, die sie erbringt, um einem Bewohner eine unter Umständen unnötige und belastende Krankenhauseinweisung zu ersparen. ■

### Was macht Lebensqualität für Sie aus?

„Für uns ist Lebensqualität, dass die persönlichen Wertvorstellungen respektiert werden.“

#### Dr. Dagmar Müller

geb. 1962, ist Geschäftsführerin des Evangelischen Hospiz Frankfurt am Main. [d.mueller@hospiz-frankfurt.de](mailto:d.mueller@hospiz-frankfurt.de)

#### Dr. Lilian Froeschmann

geb. 1976, ist niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin. [lilianmanthei@yahoo.de](mailto:lilianmanthei@yahoo.de)

#### Wolfgang Waldau-Spahn

geb. 1955, ist Pflegedienstleiter des Alten- und Pflegeheimes Martha-Haus. [w.waldau-spahn@egpffm.de](mailto:w.waldau-spahn@egpffm.de)