

Albert Wettstein¹

Als Hausärztin oder Hausarzt im Pflegeheim: Unterschiede und Gemeinsamkeiten zur Arbeit in der Praxis

Workshop-Bericht von der SFD Conference 29.–30. August in Bern

Im Pflegeheim (PH) gibt es anstatt der Arzt-Patienten Beziehung eine Vieleckbeziehung: Da in PH ca. 90% der Patienten eine neuropsychiatrische Hauptdiagnose wie Demenz, Parkinson, Depression oder Status nach Hirnschlag haben, ist die Mehrheit nicht voll urteilsfähig. Deshalb sind medizinische Behandlungen nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht nur legal, wenn die entscheidungsberechtigten Angehörigen zustimmen. Dazu kommt, dass im PH immer die Pflegenden involviert sind und sowohl meist die entscheidenden Patientenbeobachtungen liefern als auch die ärztlichen Verordnungen ausführen. Das heisst ohne Pflegenden können im PH keine sinnvollen und situationsgerechten ärztlichen Entscheide gefällt werden. Ausserdem sind in PH meist verschiedene Therapeutinnen tätig, deren Tätigkeit z.T. ärztlich zu verordnen ist. Nur eine gute und regelmässige Kommunikation der Ärzte mit allen 4 Bezugspersonengruppen kann zu einer optimalen Diagnostik und wirkungsvollen Verordnungen führen.

Folgen für die ärztliche Tätigkeit im PH

Da PH von ihrem Zweck her pflegeorientiert und deshalb pflegedominant sind, kann wirkungsvolles ärztliches Handeln nur integriert in die Heimkultur und in die Arbeitsabläufe im Heim erfolgen. Krankenbesuche im Heim müssen deshalb gut abgesprochen mit den Pflegenden und zu den vorbesprochenen Zeiten erfolgen. Stehen schwierige Entscheide an, sollten vom Heim auch die entscheidungsberechtigten Angehörigen einbestellt werden, sodass deren Meinung direkt in die Entscheidungsfindung einfließen kann und deren Zustimmung nicht noch zusätzlich telefonisch eingeholt werden muss. Deshalb sollen – abgesehen von Notfällen – Arztvisiten im PH für möglichst viele Kranke gleichzeitig und zu Zeiten stattfinden in denen am meisten Pflegeverantwortliche anwesend und nicht an Rapporten beschäftigt sind, d.h. in den meisten PH zwischen 09:00 und 12:00 oder 13:00 und 15:00 Uhr.

Angehörige einbeziehen nicht Verantwortung abschieben

Da die meisten Schweizer Hochbetagten ein schnelles Sterben mit optimaler Palliation für sich wünschen – auch wenn leider viele dies nicht in Patientenverfügungen festgehalten haben – ist für die Ärzteschaft der Generalauftrag im PH meist nicht Lebensverlängerung sondern Optimierung der Lebensqualität für die noch verbleibende Lebenszeit. Meist wird auch keine Hospitalisation mehr gewünscht, ausser dies sei zur Palliation z.B. bei einer Hüftfraktur unvermeidlich. Entscheidend ist, wie das den Angehörigen kommuniziert wird. Falsch ist z.B.: «Sie müssen entscheiden, ob Ihre Mutter mit einer Antibiotika-Therapie ihrer jetzt aufgetretenen Lungenentzündung möglichst am Leben bleiben kann oder ob sie

nur mit Morphiumspritzen sediert ruhig sterben gelassen werden soll». In einer solchen Situation soll die ärztliche Haltung und Empfehlung klar geäussert werden, so dass die Angehörigen sich keinesfalls für das Sterben ihrer lieben Angehörigen verantwortlich fühlen und nur darum alles medizinisch Mögliche verlangen. Bei einer Pneumonie bei einer schwer Demenzkranken würde ich deshalb die zuständige Angehörige fragen: «Ihre seit langem immer dementer werdende Mutter hat eine Lungenentzündung bekommen, woran die meisten Demenzen schliesslich sterben. Ich empfehle, in Anbetracht der unheilbaren und sich verschlechternden Grundkrankheit auf eine lebensverlängernde Antibiotikatherapie und künstliche Flüssigkeitszufuhr zu verzichten. Wir sollten uns auf eine optimale Linderung eventuell auftretender Beschwerden konzentrieren mit Morphiumspritzen und einer guten Mundpflege gegen ein Eintrocknen der Mundschleimhaut. Durstgefühle hat ihre Mutter ja schon lange kaum mehr und Infusionen, deren Sinn sie nicht verstehen kann, quälen sie nur unnötig. Sie sind doch sicher auch einverstanden, dass wir uns auf eine optimale Beschwerdelinderung konzentrieren?»

PH als Slow-Stream-Rehabilitations-Einrichtung

Heute haben wir die Situation, dass immer mehr Hochbetagte nach einer Notfall-Hospitalisation nicht sofort wieder nach Hause zurückkehren können. Sie sind noch stark pflege- aber nicht mehr spitalbedürftig und viele sind nicht fit genug für eine intensive Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik, weshalb sie kurzfristig ein PH benötigen. Aktuell treten z.B. in den Zürcher Pflegeheimen 50% aller Eingetretenen wieder aus, meist nach Hause innert durchschnittlich 40 Tagen mit einer grossen Streubreite.

Deshalb muss nach jedem Eintritt ins PH mit den Betroffenen und ihren Angehörigen abgesprochen werden, ob noch einmal ein Versuch zur Rehabilitation mit dem Ziel Rückkehr nach Hause unternommen werden soll und welche Bedingungen dazu erreicht werden müssen (z.B. wie viele Treppenstufen müssen dazu bewältigt werden können?). Daraus ergibt sich dann, welche Ziele für Ärzte, Pflegenden und Therapeutinnen gelten: eine Konzentration auf Rehabilitation zur Rückkehr nach Hause oder Beschränkung auf Optimieren der Lebensqualität im Heim und Palliation. Dieser Behandlungsplan muss gemäss dem neuen Erwachsenenschutzrecht auch schriftlich festgehalten werden und von den Entscheidungsberechtigten unterschrieben werden. Die ärztliche Aufgabe ist gegebenenfalls die Leitung des individuell angemessenen Rehabilitationsteams mit allen dazu sinnvollen Therapeutinnen aus Physio-, Ergo- und Logo- resp. Schlucktherapie mit regelmässigen Teambesprechungen alle 1–3 Wochen.

¹ Ehemaliger Chefarzt, Pflegezentren Zürich

Für erfolgreiche Langsamrehabilitation genügen z.B. nach Schenkelhalsfraktur gemäss einer kontrollierten Studie ½ Stunde Physiotherapie neben aktivierender Pflege. So konnte auch in Zürich gezeigt werden, dass seit Einführung von DRG und verzögerungsfrei möglicher Verlegung in Pflegezentren mit Slow-Stream-Rehabilitationsoption insgesamt statt früher 50% nur noch 40% aller in Stadtspitäler operierten Personen nach Hüftfraktur dauernd in PH bleiben, also 10% mehr nach Hause zurückkehren konnten. Voraussetzung für diesen Erfolg war jedoch, dass Aufnahme-Abteilungen mit geriatrischem Knowhow und gut eingespielten Rehabilitationsteams eingeführt worden waren. Für Hausärztinnen und Hausärzte, die regelmässig in grösserer Zahl PH-Patienten zu betreuen haben, empfiehlt sich dazu die Aneignung des nötigen geriatrischen und rehabilitativen Know-how durch gezielte Fortbildungen, wie sie z.B. die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) speziell für Hausärzte durchführt (www.sfgg.ch).

Grundsätze der geriatrischen Betreuung

Wichtig ist, dass alle, die in einem PH ärztlich tätig sind, sich der Besonderheiten der Altersmedizin bewusst sind (s. Tabelle). Wichtig ist auch im Alltag umzusetzen, dass die im PH-Alltag oft eintretenden Verhaltensstörungen vor allem von Demenz- oder anderweitig psychisch Kranken nicht nur Folge der Persönlichkeit, der Biographie und der Krankheit sind, sondern meist durch die soziale und physische Umwelt wesentlich mitbeeinflusst werden (sozial-ökologisches Konzept von R.H. Moos 1994). Auslöser von Verhaltensstörungen in der Umwelt der Kranken zu finden und diese zu verändern ist wirkungsvoller, als Psychopharmaka mit ihren im hohen Alter oft verheerenden Nebenwirkungen einzusetzen. Dass das nur im guten Einvernehmen mit den anderen im Heim tätigen Fachpersonen möglich ist, ist selbstverständlich.

Tabelle 1

10 Grundsätze der Geriatrie: Die Emory BIG 10 [1] eignen sich als Grundlage für die hausärztliche Betreuung von Alterspatienten auch im Heim.

Altern ist keine Krankheit.

Medizinische Probleme sind bei alten Menschen häufig chronisch, multipel und multifaktoriell.

Reversible und behandelbare Probleme werden bei Betagten oft nicht erkannt und nicht behandelt.

Funktionelle Fähigkeiten und Lebensqualität sind entscheidende Ziele bei der Behandlung von Betagten.

Sozialanamnese, soziale Unterstützung und Vorlieben der Betroffenen selbst sind entscheidende Aspekte des geriatrischen Managements.

Geriatrische Betreuung ist multidisziplinär.

Störungen der Kognition und des Affektes sind bei Betagten häufig und werden oft in ihren frühen Stadien nicht erkannt.

Jahrelange Krankheiten sind häufig und wären oft vermeidbar.

Geriatrie wird in vielen Situationen praktiziert, im Spital, zu Hause und im Pflegeheim.

Ethische Aspekte und Sterbebegleitung sind entscheidende Aspekte im geriatrischen Alltag.

Literatur

- 1 Flacker JM, et al. Responding to «What's special about Geriatric Medicine?» The Emory Basics in Geriatrics (BIG)10. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):61–62.

Die ausführliche PowerPointPräsentation zum Artikel ist online unter primary-care.ch > Archiv > Heft 21 abrufbar.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Albert Wettstein
8942 Oberrieden
[wettstein.albert\[at\]bluewin.ch](mailto:wettstein.albert[at]bluewin.ch)