

Anforderungen an die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen

Thesenpapier einer Arbeitsgruppe der AGG 65+ (Autorin: Prof. Dr. Marion Schaefer)

Einleitung

Zur gegenwärtigen und künftigen Situation der Pflege und der medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland

Pflegebedürftigkeit ist abhängig vom Alter und/oder der Schwere einer Erkrankung, die eine selbständige Bewältigung von Alltagsanforderungen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zulässt. Mit der inzwischen erreichten durchschnittlichen Verlängerung der zu erwartenden Lebenszeit wäre demnach auch eine Zunahme der Pflegebedürftigen zu erwarten. Diese Entwicklung wird jedoch dadurch abgeschwächt, dass Ältere heute – nicht zuletzt auf Grund der intensiveren medizinischen Betreuung - deutlich länger aktiv und selbstbestimmt bleiben als die Generationen vor ihnen. Eine Ausnahme bildet in diesem Zusammenhang die Zunahme dementieller Erkrankungen, die auch besondere Anforderungen an die Pflege stellen.

Gleichzeitig ist eine gewisse Ernüchterung bezüglich der stationären Heimunterbringung von Pflegebedürftigen eingetreten, nicht zuletzt wegen immer wiederkehrender Meldungen in der Presse von Unregelmäßigkeiten in Pflegeheimen bis zur Verletzung von Persönlichkeitsrechten und im Ausnahmefall auch von Gewaltanwendungen. Dazu hat das Zentrum für Qualität in der Pflege Berlin erst kürzlich einen umfangreichen, vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Bericht vorgelegt. (https://www.zqp.de/wpcontent/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf).

Die Zahl der zu erwartenden Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes wächst nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) kontinuierlich:

Im Dezember 2013 waren in Deutschland 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig. Davon wurden 71% in der häuslichen Umgebung, oft teilweise oder vollständig von ambulanten Pflegediensten und 29% in Pflegeheimen versorgt. Im Dezember 2015 waren es schon 2,86 Millionen Menschen, wobei bereits 73% zu Hause versorgt wurden. Diese Entwicklung ist nicht zuletzt auf die Reform der Pflegeversicherung zurück zu führen, die mit den drei Pflegestärkungsgesetzen seit 1.1.2015 die ambulante Pflege stärker fördert als die stationäre (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=684>).

Für das Jahr 2030 wird ein Anstieg der Pflegebedürftigen auf etwa 3,36 Millionen erwartet, wobei gleichzeitig der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunehmen wird: Ihr Anteil betrug 2005 rund 2,6%, er wird bis 2020 auf 3,6% und bis zum Jahr 2030 auf 4,4% ansteigen. Etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind auf Grund der höheren Lebenserwartung Frauen.

Pflegebedürftigkeit geht nicht nur mit einer Einschränkung der Alltagskompetenz einher, sondern ist auch von einem zunehmenden Verlust der Kompensationsfähigkeit und der Selbständigkeit, insbesondere der Entscheidungsfreiheit geprägt, die bei einer Heimunterbringung zwangsläufig eingeschränkt ist. Gleichzeitig besteht häufig dennoch ein meist irrationaler Wunsch, das Leben in der gewohnten Form fortzusetzen.

Die Komplexität des Alterns unter sich stetig verändernden Rahmenbedingungen erfordert deshalb eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Betroffenen und den Beteiligten, einschließlich der Pflegenden und der behandelnden Ärzte. Dazu soll das vorliegende Papier einen Beitrag leisten.

Präventionsansätze zur Verzögerung der Pflegebedürftigkeit

Lebensweise und Umweltbelastungen, einschließlich Stress, können die potenziell in relativer Gesundheit zu erwartende Lebenszeit deutlich verkürzen. Der Sachverständigenrat beziffert dieses nicht ausgeschöpfte Potenzial in einem Sondergutachten aus dem Jahre 2009 mit einem Anteil von 45 % bis über 80 % bei Männern, bei Frauen von 37 % bis 76 % und fordert mehr Initiativen zur Prävention der Pflegebedürftigkeit im Alter (<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=195>).

Zur Prävention einer vorzeitigen Alterung können sowohl körperliche und kognitive Trainingsmethoden eingesetzt werden, aber auch um musikbegleitete Trainingsformen, für die inzwischen in Einzelstudien auch Nachweise ihrer Nutzeffekte erbracht wurden. Dass solche Angebote für Ältere als Präventionsansätze erkannt werden, setzt aber voraus, dass ein Grundwissen über Altersprozesse vorhanden ist und sie sich ihrer Zielstellung bewusst sind. Am erfolgreichsten dürften sie sein, wenn sie gar nicht als Seniorenangebote erkennbar sind, sondern der allgemeinen Fitness und dem körperlichen Wohlbefinden dienen. Wenn sie regelmäßig wahrgenommen werden, fördert dies gleichzeitig die soziale Interaktion und auch das psychische Wohlbefinden.

Es wird also in Zukunft darauf ankommen, solche Präventionsangebote für jüngere Senioren so zu kommunizieren, dass sie eine große Breitenwirkung haben und gut akzeptiert werden. Dass Krankenkassen sie zunehmend finanziell unterstützen, sollte zur Regel für diejenigen werden, die sich eine Eigenfinanzierung nicht leisten können und einen hohen Bedarf an entsprechenden Trainingsangeboten haben.

Sind bereits körperliche Beeinträchtigungen eingetreten, z.B. nach größeren Operationen, Unfällen etc. sollte – sofern möglich - ein gut abgestimmtes Vorgehen bei Rehabilitation und Nachsorge dafür Rechnung tragen, dass keine schwere Pflegebedürftigkeit eintritt und der Betreffende weiterhin am sozialen Leben teilhaben kann.

Vorrangig akademisch orientierte Projektvorhaben wie etwa der Leibniz-Forschungsverbund "Gesundes Altern" mit seinen zahlreichen Verbundpartnern (<http://www.leibniz-gemeinschaft.de/forschung/leibniz-forschungsverbuende/gesundes-altern/>) sollten dabei unterstützt werden, ihre Ergebnisse einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich und für eine Förderung der Prävention nutzbar zu machen. Denn bislang dürften solche Initiativen in der Bevölkerung kaum bekannt sein.

Stärkung der Selbstverantwortung und des Eigenengagements

Dass man von eigener Pflegedürftigkeit verschont bleiben möge, ist ein häufig schon in frühen Lebensjahren formulierter Wunsch vieler Menschen. Dennoch werden erste Anzeichen meist verdrängt, und nur wenige sind bereit bzw. in der Lage, sich aktiv auf ein gesundes Altern vorzubereiten. Auch hier müsste mehr wirksame Aufklärungsarbeit im Sinne einer effektiven gesundheitlichen Prävention geleistet werden, zumal andere, z.B. Nestlé Health Science, den Markt der gut situierten Senioren längst entdeckt haben und eine Vielzahl von Nahrungsergänzungsmitteln anbieten. Senioren sollten deshalb auch in die Lage versetzt werden, gesundheitsbezogene Werbeaussagen (Health Claims) kritisch einschätzen zu können. Gleichzeitig sollten Ratschläge zur Identifizierung seriöser Angebote bzw. gezielte Hinweise auf entsprechende Webseiten gegeben werden.

Wichtig wäre in diesem Zusammenhang auch die Vermittlung von Informationen darüber, bei welchen Beschwerden und Symptomen unbedingt ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden muss, besonders vor der Alarmierung des Notrufs. Hier könnten in Einzelfällen telemedizinische Messgeräte, die die Körperfunktionen überwachen, die Dringlichkeit weitgehend objektivieren.

Von Betroffenen selbst initiierte Projekte, wie etwa der bereits 1998 gegründete Berufsverband „Peer Counseling“, sollten ideell und finanziell unterstützt werden. (<http://www.peer-counseling.org/index.php>) Denn hier bemühen sich Behinderte darum, Personen, die z.B. nach Unfällen in eine ähnliche Lage geraten sind, so zu beraten, dass sie ihre verbleibenden Ressourcen möglichst wirksam für die selbständige Lösung ihrer Probleme bei einer Umstellung auf eine völlig veränderte Lebenssituation für ein weitgehend selbstbestimmtes Leben einsetzen können.

Prinzipiell gilt dies für alle Selbsthilfegruppen und vergleichbare Zusammenschlüsse. Da sie häufig durch regionale Initiativen einzelner Betroffener gegründet wurden, ist es für Hilfesuchende oft nicht einfach eine Übersicht zu erhalten bzw. im Bedarfsfall möglichst schnell den am besten geeigneten Ansprechpartner in ihrer Wohnortnähe zu finden. Zentrale Kontaktstellen wie die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. bzw. NAKOS oder SEKIS sind meist nur für diejenigen schnell auffindbar, die über einen eigenen Internetzugang verfügen. Hier sollte geklärt werden, wer am besten in der Lage ist, eine Case-Management-Funktion auszufüllen.

Ehrenamtliches Engagement / Nachbarschaftshilfe

Ehrenamtliches Engagement und Nachbarschaftshilfe bei der Mitbetreuung von leicht pflegebedürftigen Mitbewohnern oder Freunden und Bekannten ist wünschenswert, kann aber nicht generell vorausgesetzt oder gar eingefordert werden.

Je mehr öffentliche Aufmerksamkeit und Anerkennung das ehrenamtliche Engagement und die Nachbarschaftshilfe erfährt, desto eher werden sich einzelne Mitbürger dazu bereit erklären. Schon jetzt sehen viele darin eine sinnvolle Beschäftigung nach Erreichen der eigenen Altersgrenze und gleichzeitig eine sinnstiftende Tätigkeit im Alter. Solche Ansätze, wie sie z.B. durch die Ausbildung zu Sterbebegleitern schon gefördert werden, sollten noch stärker auch für eine Begleitung etwa bei Arztbesuchen oder Präventionstrainings genutzt werden.

Zuwendung und praktische Unterstützung bei kleineren Erledigungen kann prinzipiell auch im Rahmen der Nachbarschaftshilfe geleistet werden. In der Regel setzt dies voraus, dass schon zu gesunden Zeiten ein gutes nachbarschaftliches Verhältnis vorliegt und die Hilfebedürftigkeit von den Betroffenen auch klar geäußert werden muss.

Notwendige Differenzierung bei der Versorgung von Pflegebedürftigen

Lebensführung und Umgang mit Beschwerden und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind höchst individuell und zusätzlich von der sozialen Situation und dem jeweiligen Umfeld geprägt. Der Wunsch jedes Menschen, dem in der Praxis so schwer gerecht zu werden ist, besteht darin, dass die individuellen Eigenheiten und Befindlichkeiten, einschließlich der individuell abrufbaren psychischen Bewältigungsstrategien nicht nur wahrgenommen, sondern auch berücksichtigt werden. Für Pflegebedürftige gilt diese Aussage in ganz besonderem Maße, zumal sie durch ihre Situation weit verletzlich sind als Gesunde. Ärzten und Pflegekräften ist dieser Anspruch im Grundsatz bewusst, dennoch wird aus unterschiedlichen Gründen immer wieder dagegen verstoßen.

Auch das Wissen darum, dass Pflegebedürftigkeit nicht nur an das zunehmende Alter gebunden ist, sondern durch schwere Erkrankungen oder Unfälle auch in jüngeren Jahren eintreten kann, erfordert eine Anpassung an die individuelle Situation. Gleichmaßen sollten geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden, sofern ausreichende Erkenntnisse für eine differenzierte geschlechtsspezifische Behandlung bei älteren Männern und Frauen vorliegen.

Eine Differenzierung der ärztlichen Betreuung von Pflegebedürftigen ist selbstverständlich auch dahin gehend notwendig, ob sie sich noch im häuslichen Umfeld oder bereits in einer Pflegeeinrichtung befinden. Für beide Fälle sollten die Patientenverfügung, die Betreuungsverfügung und die Vorsorgevollmacht die wichtigsten Grundrechte des einzelnen fixieren und rechtzeitig, d.h. spätestens bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit vorliegen.

Bei der häuslichen Pflege werden Pflegebedürftige im Wesentlichen auf die Unterstützung durch Angehörige oder ihre Betreuer angewiesen sein und wie bislang üblich von ihren Hausärzten betreut. In diesem Zusammenhang dürfte künftig auch die strukturierte Tagespflege eine noch größere Rolle spielen, da sie eine Kompromisslösung zwischen der häuslichen und der stationären Pflege darstellt. Denn sie bietet dem Pflegebedürftigen einen weitgehend strukturierten Tagesablauf mit aktivierenden Angeboten und entlastet pflegende Angehörige.

Für die ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen gibt es bislang keine bundesweit einheitlichen Regelungen. Am bekanntesten dürfte das Berliner Modell sein, das bereits 1998 ins Leben gerufen wurde und noch immer als Vorzeigemodell gilt (<https://www.wohnen-im-alter.de/pflege-aerztliche-versorgung-im-pflegeheim.html>), aber nur in einigen wenigen Bundesländern eingeführt ist.

Für alle Pflegebedürftigen sollte die Zuständigkeit und Erreichbarkeit von Therapeuten geklärt sein. In den vergangenen Jahren sind hierzu eine Reihe von Ansprechstellen geschaffen worden, die aber nicht immer ausreichend bekannt sind. Hier könnte ein Case Management im Sinne einer möglichst effizienten Steuerung durch das System wertvolle Hilfestellung leisten. Das gilt vor allem für neuere, insbesondere die IT-gestützte

Gesundheitsdienstleistungen, die sonst Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen möglicherweise verschlossen bleiben.

Schwerpunkte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Schwerpunkte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen ergeben sich in erster Linie aus den bekannten altersbedingten Erkrankungen, die akut auftreten oder chronische Verläufe zeigen. Eine Besonderheit der Krankheitsverläufe im Alter, die häufig mit funktionellen Verlusten verbunden sind und daher auch die Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne bestimmen, ist die Tatsache, dass sich physiologische Alterungsprozesse und Krankheitsgeschehen überlagern bzw. im ungünstigen Fall auch verstärken können.

Hinzu kommt, dass psychische Faktoren oder dementielle Einschränkungen den psychosomatischen Verlauf des Alterns und des Krankheitsgeschehens noch weiter differenzieren bzw. die Subjektivität des Gesundheitsgeschehens begründen. Diese Zusammenhänge wurden bereits 2009 durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ausführlich dargelegt (http://www.gbe-bund.de/pdf/Gesundh_Krankh_Alter.pdf)

Legt man den Fokus auf die Prävalenz der als altersbedingt anzusehenden Erkrankungen, so sind folgende Indikationsgebiete zu nennen

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Herzinfarkt und Schlaganfall
- Stoffwechselerkrankungen / Diabetes
- Knochenbrüche / Osteoporose
- Arthrose
- Krebserkrankungen
- Depressionen
- Demenzen
- Chronische Bronchitis
- Inkontinenz

Zusätzlich wird häufig ein Nachlassen der sensorischen Leistungen (Sicht/Visus und Gehör) beklagt, der die subjektiv empfundene Lebensqualität weiter beeinträchtigt.

Siehe dazu auch den RKI-Bericht Gesundheit in Deutschland 2015

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile

Da die genannten Erkrankungen, die nur die im Alter am häufigsten vorkommenden repräsentieren, bei Senioren nicht selten gleichzeitig auftreten bzw. chronische Formen angenommen haben, ist das Leben im Alter oft von Multimorbidität und vor allem auch von ständigen Schmerzen geprägt. Ursachen dafür sind neben den bereits erwähnten Erkrankungen Polyneuropathien, osteoporotische Sinterungsfrakturen der Wirbelsäule, arthritische und arthrotische Veränderungen der großen Gelenke und dann natürlich auch

Schmerzen im Rahmen von bösartigen Neubildungen. Auch multimodale Schmerzstörungen bei depressiven Syndromen sind zu berücksichtigen. Zudem spielen allgemein Umgebungsfaktoren und die noch erhaltenen sozialen Kompetenzen eine wichtige Rolle. Die psychische Verfassung des Pflegeheimbewohners, sein noch vorhandener oder auch nicht mehr vorhandener Lebensmut und seine soziale Interaktion mit den Mitbewohnern eines Pflegeheims modulieren die Schmerzwahrnehmung stark. Alles zusammen dürfte dazu beitragen, dass die Bewertung der eigenen Gesundheit mit zunehmendem Alter kontinuierlich abnimmt, aber dennoch die weitere Lebensführung in sehr unterschiedlicher Weise beeinflusst. Neben aktiven Gegenstrategien findet man deshalb auch völlige Passivität oder gar eine wissentliche Inkaufnahme der gesundheitlichen Konsequenzen von selbstzerstörerischen Verhaltensweisen.

In diesem Zusammenhang sollte bei allen Pflegebedürftigen von Zeit zu Zeit ein Assessment durchgeführt werden, um die gesundheitliche Situation und die Selbständigkeit einschätzen zu können. Dazu gibt es eine Reihe von Instrumenten, die zum Teil auch validiert oder zumindest erprobt sind.

(http://www.lkhf.at/redaktion/uploads/files/1c8d7b2e37e17126eae980b5deb240d5/assessment_1_ndlepflegeetag_2013.pdf)

Auch die individuelle Schmerzsituation bzw. der bisherige Umgang mit Schmerzepisoden lässt sich mit Hilfe von Fragebögen erheben und bei der Betreuung von Pflegebedürftigen berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sind zum Beispiel folgende Fragen zu klären:

- Welche Schmerzen sind dominierend? (Lokalisation: Kopf, Rücken, Gelenke...)
- Art der Schmerzen nach Selbstauskunft (stechend, permanent etc.)
- Dauer der Schmerzen bzw. Häufigkeit von Schmerzattacken
- Sind den Schmerz verstärkende oder lindernde Faktoren bekannt?
- Ermittlung des individuellen Schmerzerlebens mit Hilfe von Schmerzskalen
- Schmerzbedingte Einschränkungen des Alltagslebens
- Gibt es Erfahrungen mit schmerzlindernder Bewegungstherapie?
- Einschätzung des psychogenen Schmerzanteils
- Bisheriger Umgang mit Schmerzmitteln / Häufigkeit des Einsatzes
- Bevorzugte Schmerzmittel (welche helfen Ihnen am besten?)
- Woher bekommen Sie Ihre Schmerzmittel?
- Abklärung eines eventuellen Abhängigkeitspotenzials
- Ausschluss schmerzmittelinduzierter Schmerzen
- Medikationscheck / Analyse arzneimittelbezogener Probleme (Interaktionen etc.)

Ein wesentlicher Teil dieser Fragen wird bereits im Rahmen des regulären Schmerzassessments in Pflegeheimen erhoben. Wie gut und ob es bereits flächendeckend umgesetzt ist, kann im Augenblick nicht beurteilt werden.

Grundsätzlich muss man immer davon ausgehen, dass auch ältere multimorbide Patienten von ihren Ärzten zumindest eine Linderung ihrer Beschwerden erwarten, wenn sie schon nicht von ihren Grundleiden geheilt werden können. Dies setzt voraus, dass auch sie nach den geltenden Leitlinien und Standards diagnostiziert und behandelt werden. Gleichzeitig muss der Arzt ein ausreichendes Einfühlungsvermögen für ihre individuelle Lebenssituation, mögliche Ängste und Hoffnungen aufbringen.

Bekanntermaßen gibt es auch noch immer altersbedingte Erkrankungen, die schlecht behandelbar sind, etwa die Sarkopenie, Schluckstörungen, Parkinson, chronifizierter Pruritus, Inkontinenz u.a. Therapeutischer Nihilismus ist aber für die Betroffenen sehr belastend, zumal mitunter der Eindruck entsteht, dass hier im Gegensatz zu anderen hochaktuellen Forschungsfragen kaum in Forschung investiert wird.

Wenn multimorbide Patienten keinen Ausweg aus ihren Leiden sehen, führen die sich verstärkenden körperlichen Beschwerden, verbunden mit einem zunehmenden Sinnverlust häufig in die Depression, für deren Therapie im Alter andere Ansätze gefunden werden müssen als bei jüngeren Patienten. Chronische Erkrankungen und die damit verbundenen körperlichen Funktionseinschränkungen führen – insbesondere wenn sie von psychischen Erkrankungen begleitet werden – nicht selten zu einer Erhöhung des Suizidrisikos und der Suizidrate, vor allem bei Männern (allein im Jahr 2013 gab es bei ihnen 7.449 vollendete Suizide, bei den Frauen waren es 2.627.)

Nur wenn es im Einzelfall gelingt die Beschwerden des Alterns um die Anteile mit behandelbarem Krankheitswert zu reduzieren, kann auch für die Gesellschaft insgesamt ein Zugewinn an relativ gesunden Lebensjahren erreicht bzw. eine Verlängerung der Lebenszeit in Krankheit vermieden werden.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen obliegt nach § 75 des SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen, egal ob es sich um Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung oder in Pflegeheimen handelt.

Auf Grund der meist vorliegenden Multimorbidität müssen gerade in dieser Altersgruppe häufig Fachärzte in Anspruch genommen werden. Um die mitunter langen Wartezeiten abzukürzen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen seit Januar 2016 verpflichtet, Terminservicestellen zu betreiben, die bei Vorliegen einer Überweisung (außer bei Augenärzten und Gynäkologen) in angemessener Frist einen Behandlungstermin in zumutbarer Entfernung anbieten müssen. Die Dringlichkeit schätzt der überweisende Arzt dabei mit Hilfe einer Codenummer ein, die der Patient bei seinem Terminsuchen angeben muss und deren Inhalt er nur kennt, wenn der Arzt ihn darüber vorab informiert hat.

Nach einjähriger Erfahrung funktioniert dieses System allerdings kaum besser als die frühere Regelung: Patienten wissen oft gar nichts von der Existenz der Terminservicestellen, und über die angemessene Frist der Terminvermittlung und die Zumutbarkeit der Entfernung herrschen offenbar unterschiedliche Auffassungen (<https://www.test.de/Facharzttermin-Bei-Anruf-Arzt-4975763-0/>).

Für Pflegebedürftige ist diese Situation besonders unbefriedigend, da sie sich in der Regel nicht mehr selbst um Arzttermine kümmern können und lange Wartezeiten gravierende

Folgen haben können. Da andererseits verhindert werden muss, dass Pflegebedürftige unnötige oder nicht mehr lebensverlängernde diagnostische oder therapeutische Maßnahmen über sich ergehen lassen müssen, stellt dies an die Betreuenden und die behandelnden Ärzte hohe fachliche und ethische Anforderungen. Liegt eine Patientenverfügung vor, kann sie für die Entscheidungsfindung ebenso herangezogen werden wie die Aussagen von Angehörigen oder Betreuenden. Grundsätzlich muss aber gerade bei Pflegebedürftigen gelten, dass lebensverlängernde therapeutische Maßnahmen immer von einer individuellen Nutzen-Risiko-Bewertung begleitet sein müssen, die die Verbesserung oder zumindest den Erhalt der Lebensqualität einschließt.

Dies setzt voraus, dass die behandelnden Ärzte ihre Patienten nach Möglichkeit über einen längeren Zeitraum begleiten. Bei der Pflege im häuslichen Bereich wird dies in der Regel durch den Hausarzt gewährleistet. Für die Pflegeheime kann das Berliner Modell diesem Anspruch bisher am besten genügen. Denn es sieht vor, dass Ärzte entweder durch das Pflegeheim eingestellt werden, was eine entsprechende Größe voraussetzt, oder Ärzte vertraglich an das Haus gebunden werden.

Es wäre nicht nur wünschenswert, dieses Modell bundesweit einzuführen, sondern zumindest für den Bereich der Pflegeeinrichtungen noch weiter zu präzisieren, z.B. durch die Empfehlung eines ärztlichen Versorgungsschlüssels.

Unabhängig davon muss nach weiteren Möglichkeiten gesucht werden, die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen wirksam zu verbessern, gegebenenfalls auch zusätzlich zum kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag. Dazu zählen spezifische Versorgungsverträge, aber auch die Option Fachärzten die Möglichkeit einzuräumen, zu feststehenden Terminen eine Sprechstunde in Pflegeheimen anzubieten. Künftig sollten auch Pflegeheimbewohner bzw. die betreuenden Pflegekräfte eine telemedizinische Beratung in Anspruch nehmen können.

Versorgungsverträge der Krankenkassen zur ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Versorgungsverträgen zwischen unterschiedlichen Krankenkassen, die als Vertragspartner oft im Verbund auftreten, und einzelnen ambulant tätigen Pflegediensten, wobei der Geltungsbereich genau definiert ist. Der Pflegedienst erbringt dabei unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots „häusliche Krankenpflege im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung“. Als unmittelbare Ziele gelten die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und die Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, wobei die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern ist.

https://www.aokgesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/brb/pflege/hkp/brb_hkp_muster_rahmenvertrag.pdf

Einen Schritt weiter geht das von der AOK Nordost 2011 initiierte Programm der integrierten Versorgung care^{plus}, das in Berlin und Brandenburg „durch den Aufbau einer spezifizierten, kooperativen und aufeinander abgestimmten medizinischen Versorgungsform die Versorgungs- und Lebensqualität der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Bewohner verbessern will“. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/>

Es soll die Versorgungs- und Lebensqualität der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Bewohner verbessern, und zwar durch die Einbeziehung geeigneter Leistungserbringer, d.h. interessierter Ärzte und Therapeuten, durch den Träger der Pflegeeinrichtung. Dadurch sollen ärztliche, medizinisch-therapeutische und pflegerische Leistungen optimal aufeinander abgestimmt und unnötige Krankenhauseinweisungen möglichst vermieden werden.

Zudem zielt das Modell auf eine verbesserte Qualität der Arzneimitteltherapie in den stationären Pflegeeinrichtungen. Das care^{plus} OAV-Modell wurde von 2011 bis 2013 in vier Berliner Pflegeheimen evaluiert, wobei Ärzte, Pfleger, Apotheker und geriatrische Pharmazeuten miteinander kooperierten. Als spürbare Effekte wurden eine Reduktion der vermeidbaren Nebenwirkungen um 80 – 90 % erreicht, die Zahl der Stürze um etwa 60% gesenkt und die Zahl der pro Patient verordneten Arzneimittel auf durchschnittlich 5 Verordnungen dauerhaft herabgesetzt. Dadurch kam es zu ca. 25% weniger Krankenhauseinweisungen im Vergleich zu Heimbewohnern, die nicht in das Programm eingeschlossen waren.

http://www.aokgesundheitspartner.de/bln/pflege/stationaer/careplus/index_13079.html

Da nur AOK-Patienten von diesem multidisziplinären Programm profitieren können, bedeutet dies aber einen Verstoß gegen das Gebot der Gleichbehandlung aller Versicherten, so dass künftig zu fordern ist, dass entsprechende Programme allen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen angeboten werden sollten.

Umsetzung eines effektiven Medikationsmanagements

Das in das care^{plus} Programm der AOK integrierbare Modell einer optimierten Arzneimittelversorgung erfüllt in seinem Grundansatz die Anforderungen an ein effektives Medikationsmanagement. Darunter ist eine bisher nicht fest vorgeschriebene Abfolge einzelner Schritte zu verstehen, die dazu beitragen sollen, dass der individuelle Patient optimal von seiner Arzneimitteltherapie profitiert und möglichst keine unerwünschten Arzneimittelwirkungen tolerieren muss.

Definition Medikationsmanagement

Beim Medikationsmanagement wird die gesamte Medikation eines Patienten einer systematischen Analyse unterzogen, um sogenannte arzneimittelbezogene Probleme zu erkennen (Doppelverordnungen, Compliance/Adhärenz-Probleme, Interaktionen, Kontraindikationen, Dosierungsprobleme, Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Anwendungsprobleme) und diese anschließend so zu lösen, dass der Patient in optimaler Weise von seiner Arzneimitteltherapie profitieren kann. Zusätzlich kann auf die Einhaltung bestimmter Normvorgaben geprüft werden, etwa bei Laborparametern, bezüglich der Priscus-Liste oder den START-STOPP-Kriterien.

Ein Teil des Medikations-Checks, also die unmittelbare systematische Prüfung auf arzneimittelbezogene Probleme, kann durch Apotheker oder andere Heilberufler durchgeführt werden. Andere Checks, wie die Kontrolle der Laborparameter, gehören in die Hand der behandelnden Ärzte. Auch die Umsetzung von Lösungsvorschlägen muss zumindest bei den rezeptpflichtigen Arzneimitteln letztlich durch die Ärzte erfolgen, so dass eine enge Kooperation zwischen allen beteiligten Heilberuflern unerlässlich ist.

Grundvoraussetzung für die Durchführung eines Medikations-Checks ist die systematische Erfassung bzw. Fortschreibung der gesamten Medikation eines Patienten (Medikationshistorie, einschließlich Rx und OTC) wie sie auf dem Medikationsplan vorgesehen ist. Der eigentliche Medikations-Check kann aber nur mit Hilfe definierter Algorithmen vorgenommen werden, die in ein (standardisiertes) Softwareprogramm integriert sind. Zur besseren Veranschaulichung transformiert das Programm die Medikationshistorie in ein sogenanntes Medikationsprofil, das die Arzneimittelanwendung eines Patienten über einen Zeitraum von 6 Monaten ausweist.

Nutzeffekte des Medikationsmanagement können sachlogisch sehr gut begründet werden (Vermeidung von unnötigen Doppelverordnungen, Verbesserung der Compliance/Adhärenz, Vermeidung von Interaktionen, Kontraindikationen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen), die sonst zusätzliche Kosten verursacht hätten. Einflüsse auf die Reduzierung der Krankenhauseinweisung oder der Liegetage sind durch Studien nachgewiesen worden. Der Effekt des Medikationsmanagements auf die Verbesserung der Lebensqualität ist hingegen differenzierter zu betrachten, da er von zahlreichen anderen Einflussfaktoren überlagert sein kann.

Eine systematische Durchführung des Medikationsmanagements erfordert je nach Komplexität des individuellen Therapieregimes einen unterschiedlich hohen Zeitaufwand und muss in den täglichen Arbeitsablauf integriert werden. Die Bundesapothekerkammer unterscheidet deshalb drei Stufen des Medikationsmanagement, je nach dem eine einfache Prüfung (Check der aktuellen Medikation) oder eine umfassende Prüfung über den Zeitverlauf gemäß den o.g. Schritten durchgeführt wird.

Ein umfassendes Medikationsmanagement sollte deshalb zunächst nur denjenigen Patienten angeboten werden, die davon in überdurchschnittlichem Maße profitieren, weil sie multimorbide sind und mehr als 5 Arzneimittel gleichzeitig anwenden.

Dies werden in der Regel ältere Patienten sein, von denen aber noch eine aktive Mitwirkung bei der Umsetzung der unterbreiteten Lösungsvorschläge erwartet werden kann. Da bei älteren Patienten meist auch häufigere Krankenhausaufenthalte notwendig werden, muss besonders für sie die sogenannte Entlassmedikation sicherstellen, dass die im Krankenhaus begonnene Therapie ohne unzumutbaren Aufwand lückenlos weitergeführt werden kann. Bei etwaigen Therapieumstellungen nach der Krankenhausentlassung muss durch das Medikationsmanagement gewährleistet werden, dass keine neuen arzneimittelbezogenen Probleme auftreten.

Siehe dazu auch

- 10 Forderungen der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS zum Medikationsmanagement
https://www.google.de/?gws_rd=ssl#q=arbeitsgemeinschaft+gesundheit+65+plus
- Schaefer, M.: Medikationsmanagement zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Dtsch. Apoth. Zeitg. 153 (2013)37, 3806 – 3815

Kommunikation und Kooperation bei der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Betreuung und Behandlung von Pflegebedürftigen stellt in den meisten Fällen besonders hohe Anforderungen an die Kommunikation unter den Beteiligten, aber auch mit dem Pflegebedürftigen selbst. Denn auf Grund der meist vorliegenden Multimorbidität sind in der Regel mehrere Fachärzte in die Betreuung einbezogen, und die Zahl der Krankenhauseinweisungen nimmt in der Tendenz ebenfalls zu. Die Komplexität des Krankheitsgeschehens macht häufig eine Prioritätensetzung erforderlich, die oft von den Betroffenen nicht ohne weiteres nachzuvollziehen ist und nicht nur besonderes Einfühlungsvermögen bei der Kommunikation, sondern auch Zeit erfordert, die im Alltag oft nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung steht.

Eine elektronische Patientenakte, in der neben den gesundheitsrelevanten Patientendaten auch alle Diagnosen sowie die davon abgeleiteten Therapiemaßnahmen und erforderliche Kontrolltermine dokumentiert sind und von allen an der individuellen Betreuung eines Patienten beteiligten Heilberuflern abrufbar sind, ist deshalb gerade für ältere Patienten eine unerlässliche Voraussetzung. Zudem müssen bei diesem Personenkreis häufig auch die Angehörigen oder betreuende Personen oder Einrichtungen informiert werden, wobei es nach Möglichkeit nicht zu Dissonanzen bei der Informationsvermittlung kommen sollte.

Wo immer möglich, sollte deshalb zusätzlich eine schriftliche Übermittlung der gegebenen Informationen erfolgen.

Fort- und Weiterbildung von Ärzten für die Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Behandlung und Betreuung von Pflegebedürftigen muss sich nicht nur an den vorherrschenden Erkrankungen orientieren, sondern erfordert auch eine einfühlsame Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Situation und der sozialen Ressourcen im jeweiligen persönlichen Umfeld. Da jeder Arzt auch ältere Patienten hat, sammelt er im Laufe der Zeit Erfahrungen und kennt in der Regel auch ihre Vorgeschichte. In besonderen Fällen kann es aber notwendig werden, einen Fachmann in geriatrischer Medizin zu Rate zu ziehen, der eine entsprechende Ausbildung durchlaufen hat.

Dazu hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie ein detailliertes Weiterbildungsprogramm zum Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie vorgelegt, das insgesamt eine Weiterbildungszeit von 72 Monaten vorsieht. Bisher ist es jedoch nur in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt umgesetzt worden (Stand Januar 2017). (<http://www.dggeriatrie.de/weiterbildung/facharzt-innere-medizin-und-geriatrie.html>)

Die Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie sehen sich dabei nicht in Konkurrenz zu den betreuenden Hausärzten, sondern bieten – sofern dies aus ihrer Sicht und Erfahrung möglich ist – Rat in einer Situation, in der der Hausarzt mit seinem Patienten nicht mehr weiter kommt.

Rechte von Pflegebedürftigen / Ethische Ansprüche am Lebensende

Mit Erreichen der altersbedingten Pflegebedürftigkeit rückt in den meisten Fällen auch das Lebensende näher, gleichzeitig hat sich die durchschnittliche Zeitspanne der

Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahren reduziert. Die nahezu vollständige Abhängigkeit des Pflegebedürftigen von seinen Betreuenden, sei es im Pflegeheim oder zu Hause, führt über kurz oder lang zu einem Ich-Verlust, für den es unter den jetzigen Bedingungen pflegerischer Tätigkeit kaum Gegenstrategien gibt. Dies dürfte mit der bewussten oder unbewussten Verdrängung von Tod und Sterben im gesunden Leben zu tun haben, obwohl Menschen seit ihrer Kindheit von der Endlichkeit des eigenen Lebens wissen.

Sieht man von der im Grundgesetz genannten Feststellung ab, dass die Würde des Menschen unantastbar sei, so existieren rechtliche Ansprüche von Pflegebedürftigen nur insoweit als sie in dem dafür vorgesehenen Rahmen juristisch fixiert sind, also in der Patientenverfügung, der Betreuungsverfügung, der Festlegung zur Organspende und ggf. einer Vorsorgevollmacht. Mit seinem Beschluss vom 6. Juli 2016 hat der Bundesgerichtshof zusätzlich präzisiert, welche inhaltlichen Voraussetzungen an eine Patientenverfügung zu stellen sind (Az. XII ZB 61/16). Demnach muss sie ausreichend konkrete Angaben zu wichtigen Behandlungsentscheidungen enthalten. Anderenfalls kann die Verfügung unwirksam sein. So muss zum Beispiel auch festgelegt werden, in welcher Situation eine künstliche Ernährung erfolgen oder nicht erfolgen soll und ob und welche Schmerzmittel verabreicht werden sollen.

Bevollmächtigte Personen können darüber hinaus Anzeige erstatten, wenn Sie der Auffassung sind, dass es bei der Behandlung von Pflegepersonen zu Fehlern, Unregelmäßigkeiten oder gar Misshandlungen gekommen ist.

Die Idealvorstellung eines jeden Menschen, möglichst im Schlaf und ohne größere Schmerzen zu sterben, wird sich aber nur für die wenigsten erfüllen. Umso wichtiger ist es, sich noch in gesunden Jahren mit dem Prozess des Sterbens auseinander zu setzen und sich auch mental auf das letzte große Ereignis im Leben, den eigenen Tod, einzustellen und vorzubereiten. Das Thema eines „guten Sterbens“ gehört nicht nur in die Obhut der Kirchen und Hospize, sondern es erfordert, dass Rituale und Techniken, etwa der Meditation, vermittelt werden, die diesen letzten Schritt erleichtern. Auch der zunehmende Einsatz von Sterbebegleitern trägt dazu bei, dass die individuelle Lebenserfahrung des Sterbeprozesses, der sich über Tage und Wochen hinziehen kann und durch verschiedene Stufen des Fremdwerdens im eigenen Leben gekennzeichnet ist, dem öffentlichen Bewusstsein zugänglich werden. So empfinden viele, die diesen Prozess mehr oder weniger bewusst erleben, das Sterben als eine Art Durchgangsstadium in eine andere Dimension. Ungestört ablaufen kann dieses körperliche und sinnliche „Transzendieren“ nur, wenn eine ausreichende Schmerzlinderung erfolgen kann, keine belastenden Probleme mehr offen sind und inneres Einverständnis mit dem Tod gegeben ist (Renz, M. (2000/2005): Zeugnisse Sterbender. Paderborn: Junfermann).

Strukturelle und funktionelle Veränderungen in bestehenden Pflegeheimen

Die 1995 durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung ausgelöste rasche Erweiterung der Pflegeheimkapazität hat einen Pflegemarkt geschaffen, auf dem auch nach markt- und betriebswirtschaftlichen Grundsätzen agiert wird. Zwar hat sich laut Angabe des Statistischen Bundesamtes die durchschnittliche Zahl der pro Pflegeheim verfügbaren Betten von 65 im Jahr 1999 auf 63 im Jahr 2015 nicht wesentlich geändert, doch bei den sogenannten Marktführern der Pflegeheimbetreiber – darunter sind auch zunehmend ausländische Betreiber - ergibt sich ein anderes Bild: Bei den 30 Größten von ihnen liegen

die pro Pflegeheim durchschnittlich verfügbare Bettenzahl bei bis zu 240 (MÜNCHENSTIFT GmbH, eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der Stadt München).

<https://www.pflegemarkt.com/2015/11/09/die-liste-der-30-groessten-pflegeheimbetreiber-in-deutschland-2013/>

Sieht man sich die 10 größten Pflegeheime Deutschlands an, ergeben sich noch ganz andere Größenverhältnisse. So verfügt das Hospital zum Heiligen Geist in der Hansestadt Hamburg über 950 Pflegeplätze und beherbergt insgesamt rund 1.100 Bewohner im Pflegebereich oder betreutem Wohnen. Bei der zweitgrößten Einrichtung, dem Rehabilitations- und Pflegezentrum des Landesvereins für innere Mission in Schleswig-Holstein sind es immerhin noch Plätze für 660 Patienten.

<https://www.pflegemarkt.com/2014/08/13/die-10-groessten-pflegeheime-in-deutschland/>

Bei diesen Größenordnungen müssen die Arbeitsabläufe rationell durchgeplant werden, meist zu Lasten der Pflegebedürftigen, die – von den sogenannten Beschäftigten abgesehen – dadurch in eine zunehmend passive Rolle gedrängt werden. Zusätzliche, aktivierende und begleitende Angebote sind dabei häufig mit höheren Kosten verbunden. Insgesamt hat dies zu einer gewissen Ernüchterung geführt, was stationäre Pflegeheime leisten können. Gleichzeitig wird offenbar verstärkt auf die ambulante Betreuung in der häuslichen Umgebung gesetzt, die inzwischen auch einen beachtlichen Organisationsgrad erreicht hat. Allein die größten 10 Pflegedienstbetreiber, unter denen auch 5 der besten sind, versorgen zusammen 14.300 Patienten. Die genannten Pflegedienstbetreiber unterhalten zwischen 10 und 45 Standorte, durch die durchschnittlich zwischen 50 und 100 Patienten ambulant betreut werden.

Für beide Pflegedienstformen ist der Dokumentationsaufwand in den letzten Jahren deutlich gestiegen, was nicht zuletzt auch durch einzelne Fälle von Abrechnungsbetrug forciert wurde. Seit 2008 werden Pflegeheime und seit 2009 auch die ambulanten Pflegedienste einer systematischen Qualitätskontrolle unterzogen, deren Ergebnisse in einem Notenschlüssel abgebildet werden, der aber immer wieder auch in der Kritik steht bzw. auch als Marketinginstrument verwendet wird.

Pflegeheime und Pflegedienste agieren demnach in einem sich stetig wandelnden Spannungsfeld, das von den Bedürfnissen der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen ebenso beeinflusst wird wie von den Wirtschaftlichkeitsgeboten und damit verbundenen Kosten.

Bezüglich der ärztlichen Versorgung kooperieren ambulante Pflegedienste in der Regel mit den in der Region niedergelassenen Ärzten und vermitteln auch notwendige Facharzttermine. Für stationäre Pflegeheime sollte ab einer bestimmten Bettengröße zumindest ein Arzt angestellt oder für eine feste Zusammenarbeit nach dem Berliner Modell gewonnen werden. Dies ist besonders für Pflegeheime in ländlichen Regionen problematisch, weil hier meist ohnehin Ärztemangel herrscht. Hier wäre zu prüfen, inwieweit über telemedizinische Konsiliardienste eine Unterstützung erfolgen könnte.

http://www.telemedallianz.de/at_leistungserbringer_krankenhaeuser.html

Betriebswirtschaftliche Aspekte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Da die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen bisher nicht bindend geregelt ist, gibt es kaum Studien, die sich mit diesem Thema befassen. Im Abschlussbericht zur Studie

„Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, die das BMG in Auftrag gegeben hat und die 2011 vorgelegt wurde, ist die ärztliche Versorgung nicht erwähnt. Gleiches gilt für eine ebenfalls vom BMG initiierte Studie zur Studie „Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme“, deren Abschlussbericht 2013 erschien.

Auch die seit dem 1. Januar 2014 in Kraft getretene Rahmenvereinbarung (nach § 119 b SGB V), wonach die „kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeheimen“ – ähnlich wie im Berlin Modell - gefördert werden soll, hat daran offenbar wenig geändert. Für das Berliner Modell gibt es immerhin einige Aussagen, die die Nutzeffekte einer geregelten ärztlichen Versorgung von Pflegeheimen belegen: Die Bewohner der einbezogenen Pflegeheime wurden seltener in ein Krankenhaus überwiesen, weil rund um die Uhr eine medizinische Betreuung gewährleistet wurde. Während die Pflegekassen in einem typischen Berliner Heim 2005 im Schnitt 78 Kliniküberweisungen pro 100 Bewohner registrierten, lag diese Quote in dem Projekt bei durchschnittlich 35 (<https://www.wohnen-im-alter.de/pflege-aerztliche-versorgung-im-pflegeheim.html>).

Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen sollte deshalb durch die Versorgungsforschung stärker als Thema aufgegriffen bzw. aus dem Innovationsfonds gefördert werden. Nach Möglichkeit sollten dabei die in der Routine ohnehin erfassten Daten genutzt werden, was aber die Anwendung einheitlicher „IT-Standards im Gesundheitswesen“ voraussetzt. Ob die im Januar 2017 erfolgte Gründung des gleichnamigen Spitzenverbandes (SITiG) dazu beitragen kann, bleibt abzuwarten. <http://e-health-com.de/koepfe-und-karrieren/>