

Hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen



Dr. Ottilie Randzio

Die ärztliche Versorgung der Bewohner ist zwar nicht Gegenstand der Begutachtung; es ist aber offensichtlich, dass eine nicht funktionierende Zusammenarbeit zwischen behandelndem (Haus-)Arzt und Pflegekräften zu Lasten der Gesundheit des Bewohners geht. Aus Sicht der Pflegekräfte stehen einer optimalen Zusammenarbeit häufig folgende Gründe im Wege:

- Der Informationsaustausch zwischen Arzt und Pflegepersonal wird oft vom Arzt nicht (an-)erkannt.
- Bei der Versorgung von Bewohnern mit einer PEG-Sonde fühlen sich Pflegefachkräfte oft vom Arzt allein gelassen. Sie erhalten kaum ärztliche Rückmeldung.
- Bei der Dekubitusbehandlung klagt engagiertes Pflegepersonal darüber, dass Ärzte häufig Therapieverfahren anwenden, die nicht dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Kenntnisse entsprechen. Werden dann von der Heimseite externe Wundberater eingeschaltet, ist der Konflikt mit dem Arzt oft vorprogrammiert, der die angeblich höheren Kosten moderner Wundbehandlung scheut. Tatsächlich ist eine zeitgemäße Wundtherapie zwar anfänglich kostenintensiver als zum Beispiel die Behandlung mit Kochsalzlösung und Kompressen. Untersuchungen belegen jedoch, dass der Heilungsverlauf bei Anwendung moderner Methoden im Regelfall kürzer und die Behandlung daher im Endergebnis wirtschaftlicher ist. Auch die Schmerzbelastung des Patienten fällt deutlich geringer aus.
- Beklagt wird auch, dass der Hausarzt oft nur schwer zu erreichen ist und oft zu viel Zeit bis zum Eintreffen des Arztes vergeht, weil die Praxisbelange vorgehen. Wird dann der Notarzt gerufen, weist dieser oft den Bewohner in das Krankenhaus ein, weil er

Stationäre Pflegeheime haben sich, angesichts des hohen Eintrittsalters von durchschnittlich 86 Jahren und der relativ frühen Verlegung von Patienten aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim seit Einführung der *Diagnosis Related Groups*, zunehmend zu „Krankenheimen“ entwickelt. Daraus resultieren hohe Ansprüche an die Fachkompetenz des Pflegepersonals wie auch an die ambulante hausärztliche Betreuung der pflegebedürftigen Patienten.

mangels Dokumentation und anderer Informationen über den tatsächlichen Gesundheitszustand des Patienten den sicheren Weg geht. So entsteht der bekannte – und teure – „Drehtüreffekt“ (der Bewohner wechselt in kurzen Intervallen zwischen Heim und Krankenhaus).

Demgegenüber sehen sich Hausärzte, die Heimbewohner betreuen, oft vor folgende Probleme gestellt:

- Bei Visiten im Heim steht dem Arzt oftmals kein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung, sodass notwendige Informationen über die Ergebnisse der Krankenbeobachtung durch das Pflegepersonal nicht zu ihm vordringen. Die Dokumentation ist häufig unübersichtlich und mit Selbstverständlichkeiten überladen, während wichtige Informationen fehlen oder nur mit großem Zeitaufwand zu finden sind. Oft fehlen organisatorische Vorkehrungen der Pflegeeinrichtung, die auf die wirtschaftlich bedingte Zeitnot des kassenärztlich tätigen Hausarztes Rücksicht nehmen.
- Erhält der Hausarzt einen Notfallanruf aus dem Pflegeheim, fehlen oft präzise Angaben zum betroffenen Bewohner, zu Zeitpunkt und Verlauf der Notsituation und zur aktuellen Medikation des Patienten. Konkrete Notfall-Meldeabläufe werden nicht mit dem Arzt erarbeitet oder gelegentlich auch nicht vom Anrufer beachtet.

Wie die wichtige Schnittstelle Heim/Hausarzt optimiert werden kann, zeigt sich an den (leider noch zu wenigen) stationären Pflegeeinrichtungen, die eine gute bis sehr gute Ergebnisqualität aufweisen. In diesen Einrichtungen fällt auf, dass eine geplante und regelmäßige vertrauensvolle Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Ärzten stattfindet, zum Beispiel in Form von Pflegevisiten und Fallbesprechungen. Die Erreichbarkeit des Arztes ist geregelt und im Falle seiner Abwesenheit oder Verhinderung die Behandlung durch einen Vertreter gewährleistet. Es gibt ein festes Notfallreglement, an das sich beide Seiten halten. Zur Vermeidung von Ernährungsproblemen

werden gemeinsam individuelle Ernährungspläne – eventuell unter Hinzuziehung eines Ernährungsberaters – erstellt. Eine willkürliche Ruhigstellung der Bewohner durch das Pflegepersonal findet nicht statt; Psychopharmaka werden, wenn überhaupt, nur nach entsprechender Diagnostik – auch unter Hinzuziehung eines Facharztes – gezielt eingesetzt. Unter Anleitung und regelmäßiger Kontrolle des Hausarztes wird eine moderne Wundtherapie angewandt. Die Einführung eines Schmerzassessments in der Einrichtung und die Erstellung eines ärztlichen Therapieplanes führen zu einem konsequenten Schmerzmanagement, das eine wirksame und auch wirtschaftliche Versorgung des Bewohners erlaubt. Ein zielgerichteter Hilfsmitelesatz reduziert Stürze und Verletzungen und gewährt dem Bewohner eine größtmögliche selbstständige und selbstbestimmte Lebensweise.

Diese positiven Ergebnisse lassen sich nur erreichen, wenn ein interdisziplinäres Zusammenwirken stattfindet. Hierfür gibt es bereits verschiedene Modelle wie den „Praxisverbund der an der Heimversorgung teilnehmenden Hausärzte“ oder das „Arzt-im-Heim“-Modell, die zwar ihre „Kinderkrankheiten“ haben, aber doch bereits im Versuchsstadium zu einer besseren medizinisch-pflegerischen Versorgung der Heimbewohner beigetragen haben.

Eine optimale Versorgung verspricht der Ansatz der „Integrierten Versorgung“, in dem Krankenhaus, Heim, ambulante Pflegedienste und Hausärzte eng zusammenwirken. Dieses viel versprechende Projekt der AOK Bayern startet derzeit an drei Standorten.

Letztendlich arbeiten wir alle, Pflegekräfte und Ärzte, an einem gemeinsamen Ziel: den pflegebedürftigen Menschen durch eine qualifizierte Pflege und eine optimale hausärztliche Versorgung ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben in Würde zu ermöglichen. Den Weg dazu müssen – und werden – wir gemeinsam gehen.

Dr. Ottilie Randzio,
Ärztliche Leiterin Pflege, MDK Bayern