

CIRS ambulant – Der aktuelle Fall (August 2019)

"Kommunikation im Pflegeheim"

Eine Ärztin, ein Arzt berichtet aus einem Pflegeheim in www.cirsmedical.de:

Was ist passiert?

Ein Bewohner mit bekannter Krebserkrankung seit mehreren Jahren, entwickelte im Verlauf des Pflegeheimaufenthaltes und akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes am Oberschenkel eine tiefe, sehr schmerzempfindliche Wunde. Der Bewohner erbrach bei jeder Lageveränderung. Dabei verschlechterte sich die Herzkreislauftsituation so stark, dass beide Beine über längere Zeit marmoriert waren. Trotz der Rückmeldung dieser massiven Verschlechterung seitens des pflegerischen Dienstes, ordnete der ärztliche Dienst ein Débridement der Wunde an.

Was war das Ergebnis?

Trotz Einsatz von Schmerzmedikation vor der Maßnahme zeigte der Bewohner massive Schmerzreaktionen und Stressreaktionen (Erbrechen) und bat verbal mehrfach flehend darum, diese Maßnahme zu unterlassen.

Bewohner ist einige Tage später verstorben.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können??

Falsche Einschätzung der Gesamtsituation seitens des ärztlichen Dienstes. Fehlende Abstimmung und Konzentration auf Lebensqualität zwischen pflegerischen und ärztlichen Dienst. Unzureichende Gesprächsbereitschaft seitens des ärztlichen Dienstes hinsichtlich des weiteren Vorgehens.

Die Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin kommentierte bereits u. a. wie folgt:

"Die optimale palliative Betreuung sterbenskranker und hochbetagter Menschen in Pflegeeinrichtungen sowie die Kommunikation im Team über Behandlungsziele, Prioritäten und Maßnahmen bei Menschen in der letzten Lebensphase ist eine große Herausforderung. Leider ist es so, dass nicht interdisziplinär, sondern allenfalls in der eigenen Berufsgruppe kommuniziert wird. Dies trägt zu Missverständnissen, Spannungen und Vorwürfen bei, durch die Defizite verschlimmert und nicht gebessert werden.

Umso wichtiger ist es, dass die im neuen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom Dezember 2015 enthaltenen Empfehlungen zur umfassenden gesundheitlichen Vorausplanung in Pflegeeinrichtungen (Advance Care Planing) zügig aufgenommen werden und mit Hilfe von Fallkonferenzen Behandlungsprioritäten und -ziele im Einzelfall indikations- und willensorientiert für alle nachvollziehbar und transparent festgelegt werden, damit keine professionellen Parallelwelten entstehen, die eine Problem-orientierte Herangehensweise bei Patienten in einer terminalen Lebenssituation und die Kommunikation darüber behindern. Gerade im sensiblen Bereich der symptomorientierten pflegerischen Betreuung in der Terminalphase muss für alle Beteiligten klar sein und vermittelt werden, dass bestimmte Maßnahmen zur Symptomlinderung notwendig sind und auch ergriffen werden müssen, um Leidenslinderung, Komfort und ein Sterben unter würdigen

Bedingungen zu ermöglichen. Ein wichtiger Grund, aggressive leidenslindernde Maßnahmen (beispielsweise Debridement, Absaugen, Lagern etc.) zu unterlassen, ist, dass sie mehr belasten als nutzen.

Der Hauptgrund für eine unzureichende Betreuung Sterbender ist auch in Pflegeeinrichtungen, wo besonders viele hochbetagte Menschen sterben, oft die mangelhafte Kommunikation und prognostische Unsicherheit über die terminale Lebenssituation des Bewohners, so dass auch hier palliative Gesichtspunkte nicht ausreichend beachtet werden."

Kommentar der Arbeitsgruppe

Im Bericht wird geschildert, dass es hier zu einer unterschiedlichen Einschätzung der Situation durch die Pflegenden auf der einen und dem behandelnden Arzt auf der anderen Seite kam. Es kommt immer noch vor, dass mehrere Ärzte einzelne Patienten eines Pflegeheims auch parallel betreuen, es zu keinem direkten Austausch miteinander kommt und Ärzte, die den Patienten und seinen Hintergrund kaum kennen, Entscheidungen treffen, die im Konflikt zur Einschätzung der Pflegefachkräfte oder der mitbetreuenden ärztlichen Kollegen stehen.

Empfehlungen aus diesem Ereignis

Seit dem 1.1.2019 müssen Pflegeheime mit Vertragsärzten Kooperationsverträge für die ärztliche Versorgung der GKV-versicherten Heimbewohner abschließen. Verträge auf freiwilliger Basis sah bereits der Paragraph 119 b des SGB V vor. Pate für diese gesetzliche Regelung stand das in 1998 initiierte Berliner Modellprojekt, an dem in 2016 34 der 290 vollstationären Pflegeeinrichtungen beteiligt waren. Ziel des Modellprojekts und der nun geltenden verpflichtenden Regelung ist es, die Kommunikation und Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Ärzte und Pflegekräfte zu verbessern. Gleichzeitig – das konnte im Berliner Projekt gezeigt werden – wurden dadurch auch noch Einsparungen in Millionenhöhe (durch weniger Krankenhauseinweisungen und eine wirtschaftlichere Arzneimitteltherapie) erzielt.

Die Aufgaben des Kooperationsarztes bestehen in der Durchführung und Koordination der medizinischen Maßnahmen, Durchführung von Visiten zu festen Terminen, der Koordination von Zusammenarbeit und Kommunikation der beteiligten Ärzte und Pflegefachkräfte, der Durchführung von Fallbesprechungen, Angehörigengesprächen und Konsilen, Rufbereitschaften, der Durchführung von Fortbildung für die Mitarbeitenden und der Dokumentation aller entsprechenden Vorgänge. So soll unter anderem auch eine Einweisung in ein Krankenhaus nicht durchgeführt werden, ohne den in Rufbereitschaft befindlichen Kooperationsarzt konsultiert zu haben.

Noch haben vermutlich nicht alle Pflegeheime einen entsprechend vertraglich verpflichteten Arzt. Rekrutierungsprobleme können vermutet werden. Je nachdem, ob sich mehrere Personen die Aufgabe der Heimbetreuung teilen oder nicht, kann der Zeitaufwand variieren. Ein Mitglied der Arbeitsgruppe, der sich die Aufgabe mit zwei Kollegen teilt, ist etwa einmal pro Woche für ca. 5 Stunden im Pflegeheim.

Vor dem Hintergrund dieser neuen Regelung und mit der Durchführung auch von ethischen Fallbesprechungen (an denen der Patient selbst oder auch eine für den Patienten sprechende Person teilnimmt) erscheint die im Bericht geschilderte Situation vermeidbar. Mittels dieser Fallbesprechungen gibt es regelmäßige Abstimmungen zwischen den Pflegenden und dem zuständigen Arzt, so dass auch unterschiedliche Ziele der Versorgung und die Umsetzung

entsprechender Maßnahmen geklärt werden können. Mehr zu ethischen Fallbesprechungen finden Sie in

Gordjin, B.: Ethische Diskussion im Team. Nimwegener Modell der multidisziplinären Fallbesprechung. Die Schwester/Der Pfleger, 39 (2000) 2, S.114 oder unter www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/Fachbereiche/Krankenhaeuser/Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf.

Autor*innen:
Arbeitsgruppe "CIRS ambulant"

www.cirsmedical.de ist das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin, das vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betrieben wird. Das ÄZQ ist eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Sie sind herzlich eingeladen, ebenfalls in www.cirsmedical.de zu berichten.