Notärztliche Versorgung von geriatrischen Heimpatienten

W. Lederer, Univ.-Klinik für Anaesthesie u. Intensivmedizin, 6020 Innsbruck

Für viele Menschen in den sich entwickelnden Ländern stellen Pflege- und Altenheime keine Realität dar. Pflege für kranke und alte Menschen wird durch die Großfamilie sichergestellt. Berücksichtigt man dann noch, dass auch in den reichen Regionen es sich nur wenige Länder leisten können ein für alle zugängliches Rettungssystem mit Notarztpräsenz rund um die Uhr erhalten zu können, dann erkennt man, dass die notärztliche Versorgung von geriatrischen Heimpatienten in nur ganz wenigen Staaten von Relevanz ist.

Bei der Errichtung von Seniorenwohnheimen wird manchmal zu wenig berücksichtigt, dass mit steigender Lebenserwartung auch der Anteil an Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zunimmt. Unterschätzt werden auch die Kosten, denn ca. 86% der Heimbewohner sind nicht in der Lage allein mit Pension, Pflegegeld, Ersparnissen und Erlös aus Vermögenswerten die finanziellen Forderungen abzudecken (Schneider U et al. 2006; Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung). Im Jahre 2003 bezogen von 61.532 Personen in Alten- und Pflegeheimen 52.864 Personen (85,9%) Sozialhilfe in der Höhe von 976.021.256 € (Pratscher K. 2005; Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2003 und im Jahrzehnt 1944-2003, Statistische Nachrichten April 2005). Dabei darf nicht übersehen werden, dass auch in Österreich vier Fünftel der Pflegefälle zu Hause von Ihren Verwandten betreut werden.

Im Versorgungsgebiet des Notarzteinsatzfahrzeuges NEF Innsbruck Stadt liegen 15 Alten- und Pflegeheime. 2008 wurde eine Untersuchung der Versorgungszufriedenheit nach 152 Notarzteinsätzen in diesen Heimen durchgeführt. (Bluemel MK et al. 2010; Erwartungen von Patienten, Pflegepersonal und Notärzten bei geriatrischen Notfällen in Heimen, EMJ). Lediglich 13 Personen konnten zwei bis drei Monate nach dem Einsatz befragt werden und äußerten sich sehr positiv. Zu diesem Zeitpunkt waren ein Viertel der betreuten Personen bereits verstorben, ein Drittel konnte sich nicht mehr an den Einsatz erinnern und ein weiteres Drittel war physisch und psychisch nicht in der Lage befragt zu werden. Bei den an diesen Einsätzen mitwirkenden Pflegekräften und Notärzten wurden vor allem das Gesprächsklima und die Zusammenarbeit vor Ort bemängelt.

Das Prinzip der Hilfsbereitschaft beim geriatrischen Patienten ist weiter zu definieren, da man ja auch wissen sollte, wann bestimmte Maßnahmen keine Hilfe mehr darstellen. Beschränkt nur der Tod den Machbarkeitsanspruch der modernen Medizin? Im Endstadium eines unheilbaren Leidens ist die Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen nicht mehr gerechtfertigt. Aber wann wissen wir, ob das Endstadium erreicht ist und wer attestiert uns das unheilbare Leiden. Wir müssen lernen, beim

alten Menschen auch relative Ziele zu akzeptieren. Linderung von Leid, bestmöglicher Erhalt von Funktionen, zumindest Verbesserung der Gesundheit wenn eine Wiederherstellung der Gesundheit nicht mehr möglich ist.

Das Prinzip der Schadensvermeidung ist weiter zu sehen. Wesentlich für die Effizienz in der Notfallmedizin ist das Erkennen und, wenn möglich, Beenden eines Schadensereignisses. Es dürfen auch keine Maßnahmen erfolgen, die eine weitere Schädigung der Betroffenen nach sich ziehen können. Vergessen wird aber oft, dass Entscheidungen und Handlungen vor Ort nicht zu bleibenden seelischen Belastungen der HelferInnen führen dürfen. Aktive direkte Sterbehilfe ist in Österreich strafbar und gilt entweder als Mord (§ 75 StGB), Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) oder Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 StGB). Wenn wir im Rahmen der notärztlichen Behandlung z.B. **s**chmerzlindernde Mittel verabreichen, auch um den Preis lebensverkürzender Risiken (aktive indirekte Sterbehilfe) oder wenn das Eintreten des Todes bei irreversibel verlaufender Krankheit absehbar ist und wir keine Therapiemaßnahmen unternehmen (Passive Sterbehilfe) so ist dies straffrei. Wenn aber kümmert es, wie es uns als Notarzt/ärztin dabei geht?

Das Prinzip der Gerechtigkeit sieht den gleichen und uneingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung und die gerechte Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen vor. Diskriminierung durch Dritte kann von Notarzt/ärztin oft leichter erkannt werden, wenn der Patient in seinem privaten Umfeld aufgesucht wird. Indikatoren für Missbrauch (Blutergüsse, Hautverletzungen, Frakturen,...), Vernachlässigung (Kontrakturen, Dekubitus, Dehydration, Durchfall, Depression, Verstopfung, Mangelernährung, unzureichende Medikamentation,...) und Ausnützung sollten nicht übersehen werden (Fulmer T et al. 1984; Abuse of the elderly: screening and detection, J Emergency Nursing).

Das Prinzip der Autonomie stellt heute das Recht auf unabhängige Selbstbestimmung (Patientenverfügungsgesetz, Vorsorgevollmachtgesetz) über die Behandlungspflicht (Garantenstellung, Geschäftsführung ohne Auftrag). Was Lebensqualität und Erfüllung sind definiert jeder für sich selbst und wird nicht durch das Wohltätigkeitsprinzip von Institutionen vorgegeben. Die Patientenverfügung erlaubt die beachtliche oder verbindliche Ablehnung bestimmter medizinischer Behandlungen, die einer ärztlichen Anordnung bedürfen. Bei voller Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten und nach umfassender Aufklärung und Dokumentation durch einen Arzt muss dieses Dokument durch Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundige Mitarbeiter einer Patientenvertretung bestätigt werden und gilt dann längstens für fünf Jahre. Viel häufiger werden in Heimen Vorsorgevollmachten ausgestellt. Die Patienten bestimmen selbst welche Vertrauenspersonen welche Entscheidungen in ihrem Namen treffen dürfen. Es besteht keine zwingende Formvorschrift obwohl die Errichtung vor einem Notar, Rechtsanwalt oder vor Gericht empfehlenswert ist. Nach

Registrierung ist das gesetzliche Vertretungsrecht nächster Angehöriger ausgeschlossen und es erfolgt auch keine Sachwalterbestellung (Gruber K, 2008; Vorsorgevollmachtgesetz, Klosterneuburg)

Bei einem Notarzteinsatz im Heim prallen gegensätzliche Welten aufeinander. Notärztliches Handeln wir bestimmt durch rasches Erkennen und Vermeiden einer Vitalbedrohung und Behandeln und Überwachen von akuten Beschwerden. Von Seiten der Pflege sind oft pflegeunterstützende Maßnahmen und nicht unbedingt intensivmedizinische Therapie gewünscht. Auch braucht die medizinische Versorgung von alten Menschen eher den Generalisten als den Spezialisten. Ethisch betrachtet Entscheidungen, die man in einer Krise rasch treffen muss, immer bedenklich, egal ob man bei einem sterbenden Menschen generell mit intensivmedizinischen Maßnahmen beginnt oder sich generell entscheidet nichts mehr zu tun. Aber auch therapeutisch nichts mehr zu tun bedeutet ja nicht, gar nichts mehr zu tun! Absolut vermieden werden müssen: Sterben unter Leiden (Schmerzen, Ersticken,...), eine Verlängerung des Sterbeprozesses, Sterben in Einsamkeit (soziale Isolation) und Sterben unter der Belastung, für die anderen eine Bürde zu sein (Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine).

Es liegt in der Verantwortung der Heimleitung dafür zu sorgen, dass sich spätestens wenn der Tod bei jahrelang im Heim betreuten Patienten absehbar wird, die Angehörigen, Pflegekräfte und Hausärzte/ärztinnen zusammensetzen und sich über den Ernst der Lage und die weiteren Maßnahmen absprechen. Die wirksamste Maßnahme gegen eine Krise ist die Prävention.
In Innsbruck wird seit 8 Monaten ein Palliativer Behandlungsplan als Pilotprojekt in einem Heim verwendet. Er erlaubt dem Notarzt sich in kürzester Zeit über Zustand und Verlauf der Betreuung zu informieren und damit leichter zu entschieden, ob intensive Maßnahmen und Hospitalisierung noch angezeigt sind oder nicht. Mehr aber noch ist er Anlass, ein Thema das gerne hinausgeschoben wird zu kommunizieren und eine Entscheidung zu treffen.

Welche Behandlungsstrategien für Notarzt/ärztin beim geriatrischen Notfallpatienten ergeben sich aus diesen Überlegungen? Die erste Frage sollte nicht sein: „Was sollen wir tun?“ (Kant I, 1724-1804), sondern: „Wer ist berechtigt eine Entscheidung zu treffen?“ (Lueger A. Medizinische Universitätsklinik; LKH Univ.-Klinikum Graz). Wissen wir wer zuständig und verantwortlich ist, dann fragen wir nach den bisherigen Maßnahmen und Entscheidungen. Erst dann überlegen wir uns, welches Ziel durch unser therapeutisches, pflegerisches und rehabilitatives Vorgehen erreicht werden soll. Nun sollte auch relativ klar sein, was noch therapeutisch unternommen werden darf und was unterlassen werden muss (Frühwald T, 2005; KH Hietzing, NZ Rosenhügel).