

J. Papke

Palliative häusliche Betreuung Schwerkranker und Sterbender

Praxis und Tagesklinik
Neustadt/Sachsen

Prof. Dr. Hans-Joachim Papke (1935 - 1995), meinem Vater, gewidmet in Dankbarkeit für den uns vorgelebten Umgang mit seiner Krankheit.

Am Anfang des 21. Jahrhunderts erleben wir eine drastische Zunahme chronischer Krankheiten bei immer weiter erhöhter Lebenserwartung beider Geschlechter. Patienten mit Tumorerkrankungen überleben dank der zwar limitierten, aber erkennbaren Erfolge der Onkologie länger und erleben somit zunehmend auch das chronische Stadium ihrer Erkrankung.

Eine immer weiter steigende Anzahl palliativer Therapiesituationen und Entscheiderfordernisse ist gegeben [Mantz et al. 2002].

Dem gegenüber steht eine stetige Verknappung der Mittel im Gesundheitswesen. Aus dieser Konstellation resultieren wirtschaftliche und in deren Folge auch medizinische, juristische und ethische

Konflikte. Ein wichtiger Lösungsansatz ist die Annäherung der bisher traditionell strikt getrennten sektoralen Anbieterstrukturen stationär und ambulant. Dies ist keine leichte Aufgabe. Sie kann nur gelingen, wenn sich die tradierten Versorgungsanbieter auf gemeinsame Ziele verständigen.

Durch den Gesetzgeber wurden die Rahmenbedingungen geschaffen, um dem Aufbau sogenannter integrierter Versorgungsstrukturen ein Stück näher zu kommen [Tophoven 2002; Papke, Tüting 2002].

Beispielhaft soll im folgenden über ein aus der ambulanten Betreuung heraus regional gewachsenes Modell der Integrierten Versorgung sektoral getrennter Leistungsanbieter berichtet werden.

Einleitung

Ambulante onkologische Versorgung stellt die wirtschaftlich, medizinisch und humanistisch optimale Betreuungsform für inkurabel Krebskranke mit erhaltenem sozialem Umfeld dar. Eine aktuelle und repräsentative telefonische Befragung von 1012 amerikanischen Haushalten ergab, dass es sich 86% aller Menschen wünschen, im Falle einer unheilbaren Erkrankung zuhause versterben zu können [Harris 2002, McGrath 2002]. Weitere 88 % sind daran interessiert, im Falle einer inkurablen Krankheit von einem professionellen Home Care Team versorgt und betreut zu werden. Dem gegenüber steht die Tatsache, dass sich in den westlichen Staaten die meisten Krebstodesfälle im Krankenhaus ereignen [Wilson 2002]. Ausgehend von der spezifischen Situation im kleinstädtisch-ländlichen Umfeld ergab sich für eine internistisch-onkologische Praxis in Ostsachsen die Gelegenheit und das Erfordernis einer intensiveren Kooperation mit einem palliativmedizinisch kompetenten Home-Care-Team. Die ersten Ergebnisse gemeinsamer Tätigkeit werden im folgenden analysiert.

Material und Methodik

Es wurden retrospektiv die vom pflegerischen Personal geführten Pflegedokumentationen der onkologischen Patienten des Hospiz- und Pflegedienstes pro vitam GmbH der Jahre 2000 bis 2002 untersucht. Tumorpatienten erhielten pflegebegleitend eine visuelle Analogskala (VAS) zur Quantifizierung von Schmerzen. Hiermit war auch rückblickend eine Erfassung des Schmerztherapieerfolgs möglich. Es wurden folgende Parameter erfasst:

- Personalien
- Sterbeort Zuhause/Klinik, wenn Einweisung: Grund

- Dauer der finalen Liegezeit (complete dependency)
- Schmerztherapie ja/nein; wenn ja: enteral/parenteral, Art, Dauer, Erfolg
- Ernährungstherapie ja/nein, wenn ja: enteral/parenteral, Art, Dauer

Ergebnisse

Im Zeitraum vom 1.1.2000 bis 31.12.2002 betreute ein mit einer kleinstädtisch gelegenen Onkologischen Schwerpunktpraxis assoziierter mobiler häuslicher Palliativpflegedienst insgesamt 98 pflegebedürftige onkologische Patienten. Die Schwestern des Pflegedienstes führen pflegebegleitend eine ausführliche Dokumentation, die wöchentlich im Rahmen von Pflegekonferenzen mit ärztlicher Beteiligung im Team ausgewertet wird. Bestandteil der Dokumentation ist die Schmerzquantifizierung mittels einer VAS, die mindestens einmal wöchentlich erhoben und dokumentiert wird.

Der Betreuungszeitraum betrug im Mittel 17,7 Wochen. 46% der Patienten erhielten eine parenterale Schmerztherapie über im Mittel 25,6 Tage. Die Schmerzintensität war nach VAS-Dokumentation bei Betreuungsbeginn im Mittel 7,5; nach 28 Tagen bei 2,8. Die finale Liegephase (complete dependency) betrug im Mittel 28,2 Tage. Insgesamt kamen 67 Patienten im betrachteten Zeitraum ad

finem. In der Finalphase wurden 23 Patienten (35 %) durch die jeweiligen Hausärzte stationär eingewiesen. Rückblickend müssen hiervon 11 Fälle als Fehleinweisungen eingeordnet werden. In drei Fällen kam es zur Dekompensation der pflegenden Angehörigen, in acht Fällen mangelte es an hausärztlichem Engagement. Die Einweisungen wären bei engagierter Nutzung der durchaus vorhandenen palliativmedizinischen Kompetenz vermeidbar gewesen, so dass letztlich das Versterben im Krankenhaus nur für 12 Patienten von 67 unumgänglich gewesen ist.

Hingegen konnten 44 Patienten (65%) zuhause versterben. Insgesamt 47 Patienten (48%) wurden mit einer Ernährungstherapie versorgt, davon folgten 78% (n = 37) parenteral (Tabelle 1).

Diskussion

Nach dem vorliegenden Datenmaterial kann gezeigt werden, dass auch im kleinstädtisch-ländlichen Bereich mit seinen bereits dargestellten Spezifika (Tabelle 2) bei entsprechendem Engagement und Kompetenz eine qualifizierte, mit den Ergebnissen etablierter palliativmedizinischer Zentren gut vergleichbare palliativpflegerische Versorgung möglich und realisierbar ist. Die finale Liegephase der analysierten Krankheitsverläufe ist vergleich-

Tabelle 1: Ergebnisse im Vergleich

	Home Care Berlin e.V.	pro vitam Neustadt
n	1114	98
complete dependency	23 d	28,2 d
parent.Schmerztherapie	50%	46%
häusliche Sterberate	61%	65%

bar wie auch der Anteil der zuhause verstorbenen Tumorpatienten. So berichtet beispielsweise Home Care Berlin e.V. über einen Anteil an parenteral applizierter Schmerztherapie von 50 %, der sich mit dem unserer Gruppe deckt. Ferner wird eine häusliche Sterberate von 61% beschrieben [Schindler et al. 2002], die von unserem Home Care Team mit 65% übertroffen werden konnte. Hier mögen die überwiegend intakten familiären Verhältnisse im ländlichen Raum gegenüber dem hohen Anteil von Single-Haushalten im großstädtischen Berlin eine wichtige Rolle gespielt haben. Interessanterweise berichtet ein Home-Care-Dienst aus Taiwan über eine mit 69% ebenfalls identische häusliche Sterberate bei insgesamt 264 betreuten Patienten [Tang 2002]. Bei den Einweisungen jedoch wurden bei Home Care Berlin 70% primär medizinische Gründe als Ursachen angegeben; dies war im untersuchten Patientengut nur bei 52% (12 von 23) zu erreichen. Ursache der hohen Fehleinweisungsrate ist einerseits die unzureichende Vorbereitung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen, andererseits aber auch der mangelhafte palliativmedizinische Kenntnisstand, Engagement und Bedenken hinsichtlich juristischer Konsequenzen bei den einweisenden Haus- bzw. Notärzten. Die frühzeitige Einbindung des Palliative-Care-Teams in die häusliche Versorgung erweist sich auch aus Kostengründen als sinnvoll. Nach einer spanischen Analyse, die eine allgemeinpflegerisch versorgte mit einer Palliative-Care-Gruppe in der Stadt Mataro im Jahre 1998 vergleicht, wurden in der Standardpflegegruppe mehr Klinikweisungen erforderlich, die zusätzlich auch längere Verweildauern nach sich zogen; es wurden mehr Notfalldienste und Hausbesuche gerufen, letztlich wurden eher und mehr stationäre Hospize eingebunden. Insofern resultierte ein Anstieg der Versorgungskosten um 71% bei den allgemeinpflegerisch versorgten Patienten. Die Autoren schlussfolgern, dass mit der Einbindung von Home-Care-Teams in die Betreuung von Krebspatienten auch eine Kostensenkung im Gesundheitssystem möglich ist [Serra-Prat et al. 2001]. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt eine Studie des Home Care Berlin e.V. an insgesamt 100 zuhause verstorbenen und vom Verein betreuten Patienten, denen die Daten von 2523 stationär verstorbenen Tumorpatienten gegenübergestellt wurden. Es ergab sich, dass trotz kürzerer Versorgungszeit im Krankenhaus von 16,5 Tagen vs. 37 Tagen

ambulant ein Kostenaufwand pro Patient von im Krankenhaus DM 10 532 entstand, dem ein Kostenaufwand ambulant von DM 4645 entgegensteht.

Pro Versorgungstag heruntergerechnet, ergibt sich für den stationär versorgten Patienten ein Kostenaufwand von DM 638 pro Tag vs. ambulant DM 225,50 für ärztliche Hausbesuche, Pflegedienstleistungen einschließlich Medikamenten- und Kosten für Heil- und Hilfsmittel [Woskanjan 1997].

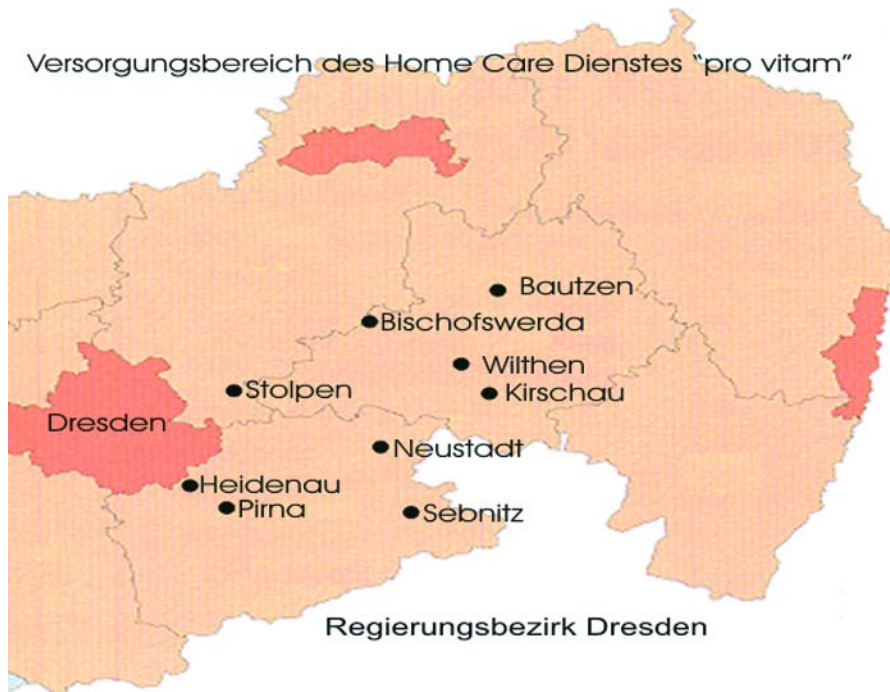
Die hierzulande dennoch vielerorts noch zu beobachtende häufige stationäre Aufnahme unheilbar kranker Tumorpatienten zum Zwecke einer – oft auch ambulant möglichen – Therapie bzw. aus Versorgungsgründen entspringt zum einen Insuffizienzen im hausärzt-

lichen Bereich, zum anderen dem wirtschaftlichen Interesse bestimmter Kliniken, die durch die Modalitäten der derzeitigen Krankenhausfinanzierung interessiert sind, die Zahl der – gleich aus welcher Indikation – belegten Betten so hoch wie möglich zu halten. Dieses Vorgehen ist einerseits unwirtschaftlich, andererseits unärztlich und inhuman angesichts der regelhaft bereits spürbar limitierten Lebenserwartung der betroffenen Patienten.

Ambulante onkologische Versorgung lässt sich um so einfacher anbieten und organisieren, je höher die Patientendichte ist, je kürzer die zu bewältigenden Wege sind und je höher die Hausarzt-dichte und -kompetenz ist. Die regionale Präsenz der Krankenhäuser sowie deren Taktik der eigenen Präsentation und Leistungs-

Tabelle 2: Unterschiede in der Situation der ambulanten onkologischen Versorgung

Stadt	Land
Hohe Patientendichte	Patienten dezentral
Hausarzt-dichte hoch	geringe Hausarztpräsenz
Facharzt-dichte hoch, Subspezialisten	geringe Facharztzahl, Generalisten
Kliniken der Schwerpunktversorgung	Kreiskrankenhäuser
Bevölkerung innovativ, kritisch, informiert	eher konservativ
kurze Wege, Nahverkehr	lange Wege, ungünstige Verkehrsverbindungen
Profilierte Fachpflegedienste	allgemeine häusl. Pflege



anbietung, die Aufgeklärtheit und Mündigkeit der Patienten, der Kooperationswille der hausärztlichen Kollegen sowie logistische Dinge wie Transportwege, Erreichbarkeit über Kommunikationsmedien etc. spielen weitere, nicht zu unterschätzende Rollen. Insbesondere im kleinstädtisch-ländlichen Umfeld stellt sich die Betreuungssituation erheblich kom-

plizierter dar, da nahezu sämtliche Faktoren sich als für eine ambulante Patientenversorgung ungünstig erweisen.

Letztlich kann aus dem vorliegenden Datenmaterial gezeigt werden, dass durch frühzeitige Einschaltung ambulanter ärztlich-onkologischer Kompetenz sowie engagierter Home Care in die häusliche Versorgung von Tumor-

patienten den durch die nahende Umstellung auf DRG an frühzeitiger Entlassung ihrer Patienten in die Häuslichkeit interessierten Kliniken eine seriöse Möglichkeit gegeben wird, Tumorkranken zuhause eine professionelle Weiterversorgung zu garantieren. Dies ist eine wichtige Chance, im ambulanten Bereich stationersetzende Leistungen vorhalten zu können und dabei effizient Kosten zu senken bei gleichzeitiger hoher Betreuungsqualität, die dem Wunsch der schwerkranken Patienten nach häuslicher Versorgung in der Finalphase entgegenkommt bzw. diese erst ermöglicht. Neben der Erfordernis weiterer Forschungsaktivitäten im Home-Care-Bereich ergibt sich für die künftige Arbeit die Notwendigkeit einer Bewusstseinssteigerung der Allgemeinheit für die mit der spezifischen Situation von Home Care assoziierten Probleme, die Arbeit an einer hohen fachlichen Qualifikation der Fachpflegekräfte, der Abbau der derzeitigen Informationsdefizite in der Gesellschaft sowie die Initiierung einer dringend erforderlichen Debatte in Deutschland über Möglichkeiten und Grenzen einer qualifizierten und hochtechnisierten Home Care, die auf internationalem Austausch von Erfahrungen und Ideen basiert [Ewers 2002].

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Jens Papke
Rosa-Luxemburg-Str. 6
01844 Neustadt/Sachsen