

Hausärztliche Begleitung in den letzten Lebenstagen

Was braucht es für eine erfolgreiche hausärztliche Betreuung zu Hause? Wann ist eine Betreuung zu Hause nicht möglich? Der folgende Beitrag gibt Antworten aus hausärztlicher Sicht.

**Reinhard Baumann,
Heike Grossmann,
Luzius von Rechenberg**

Mindestens 55 Prozent der Todesfälle in der Schweiz ereigneten sich im vergangenen Jahrzehnt in Spitälern, gegen 20 Prozent in Altersheimen. 1969 verstarben 38 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer zu Hause, 1986 28 Prozent (neuere Zahlen fehlen). Eine Mehrheit der Todesfälle erfolgt also in Institutionen.

Der Tod in Spitälern ist in der Regel der Schlusspunkt hinter einer Abfolge von medizinischen Handlungen, die eigentlich das Ziel haben, ebendieses zu verhindern. Die Problematik des medikalisierten Sterbens ist jedoch evident und hat vielerorts den Wunsch nach Alternativen geweckt. Wahrscheinlich ist es sogar eine der wichtigen Aufgaben, der sich die Individuen und die Öffentlichkeit heute stellen sollten, anders mit der Tatsache unserer Endlichkeit umzugehen. Für die Mediziner ist Palliative Care eine Rückbesinnung auf die traditionellen, vor allem im haus- und familienärztlichen Kontext zentralen Aufgaben der Begleitung, der Symptomlinderung und der Erhaltung von Lebensqualität. Der vorliegende

Beitrag befasst sich mit den Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Begleitung in den letzten Lebenstagen. Ein Fallbeispiel soll eingangs die Probleme und eine mögliche Form des hausärztlich koordinierten Managements illustrieren.

Fallbeispiel

Ein 74-jähriger Mann, pensionierter Ingenieur, verheiratet, leidet an einem Prostatakarzinom mit Skelettmetastasen und metastasenbedingter Querschnittslähmung.

Er wird nach einem Spitalaufenthalt zur weiteren Betreuung an einen Hausarzt überwiesen, der ihn wegen Überlastung einer Kollegin übergibt. Unkontrollierbare Schmerzen trotz Opiaten, nichtsteroidalen Entzündungshemmern und anderen schmerzmodulierenden Medikamenten machen den Entscheid zur erneuten Hospitalisation notwendig. Es erfolgt die stationäre Implantation eines Port-a-Cath (unter die Haut eingepflanzter Gefäßzugang), sodass Morphin mit einer vom Patienten bedienten Pumpe intravenös verabreicht werden kann. Eine weitere kurze Hospitalisation auf einer Palliativstation dient der Entlastung der Ehefrau und einer weiteren Optimierung der Schmerztherapie.

In Absprache mit dem Patienten erfolgen wiederholte antiinfektiöse Therapien infolge verschiedener Infektionen (u.a. Pilzinfektionen und eine Gürtelrose), ebenfalls auf seinen Wunsch werden wegen Müdigkeit bei festgestellter Blutarmut Bluttransfusionen durchgeführt.

Wundliegen (Dekubitus) erfordert die Anschaffung eines Spezialbettes, zahlreiche Schreiben an die Krankenkasse und AHV zwecks Kostenübernahme sind nötig.



Reinhard Baumann



Heike Grossmann



Luzius von Rechenberg

Die Hausärztin macht regelmässig Hausbesuche (Dauer: 15 bis 60 Minuten) und telefoniert oft. Eine Erreichbarkeit rund um die Uhr ist nicht möglich.

Eine Nachbarin entlastet die in der Pflege aktiv mitarbeitende Gattin; Besuche von Angehörigen und Freunden verschaffen der Gattin regelmässig zusätzliche Freiräume. Ein zweiter Aufenthalt auf der Palliativstation ermöglicht ihr drei Wochen «Ferien».

Das Management des Port-a-Cath und der Infusionen erfolgt durch eine auf die Betreuung von Krebskranken spezialisierte, rund um die Uhr erreichbare Spitex-Organisation.

Eine Pflegedokumentation für alle Beteiligten befindet sich immer beim Patienten und orientiert alle Beteiligten über die aktuelle Situation.

Die Gattin ist die wichtigste Vermittlungsperson zwischen dem Patienten und den Betreuenden; sie formuliert seine und ihre gemeinsamen Bedürfnisse klar. Regelmässig nimmt sie sich Zeit für sich selbst.

Es bestünden ausreichende finanzielle Ressourcen, um allfällige Kosten einer Haushalthilfe zu tragen.

Der Patient verstirbt zu Hause an einer Sepsis (Blutvergiftung). Die Betreuungsteams der Spitex und die Hausärztin sind anwesend an der Abdankungsfeier. Eine rückblickende Besprechung zwischen der Gattin und Angehörigen der Spitex klärt verbleibende offene Fragen.

Elemente einer erfolgreichen Betreuung

Während früher Sterben (wie auch die Geburt) im Rahmen der Grossfamilie zum Alltag gehörte und meist auch bewältigt wurde, hängt heute das Gelingen der Betreuung von schwer kranken und sterbenden Patienten zu Hause von einer *intensiven Zusammenarbeit* der professionellen Helfer ab. Wo vorhanden (dies ist häufiger der Fall, als man gemeinhin annimmt), spielt *Nachbarschaftshilfe* eine wichtige Rolle. Organisationen der *Freiwilligenhilfe* oder ähnliche Organisationen können angefragt werden, ob sie Nachtwachen oder andere Aufgaben übernehmen.

Geeignete *Kommunikationsmittel* müssen sicherstellen, dass die an der

Inserat RVK-Rück

Betreuung Beteiligten jederzeit über die aktuelle Situation orientiert sind. Ein *Notfalldispositiv*, das alle kennen, ist für Angehörige und Pflegende beruhigend.

Unabdingbar ist die transparente Koordination aller Mitarbeitenden. Im vorliegenden Fall wurde diese Aufgabe durch die Hausärztin wahrgenommen; denkbar ist auch, dass sie von einer Spitexorganisation übernommen wird.

Die *kurzzeitige Nutzung von stationären Angeboten* (Anästhesieabteilungen, Palliativstationen, Hospiz) kann helfen, die medizinische Betreuung (z.B. die Schmerzkontrolle) zu optimieren, ohne die häusliche Pflege grundsätzlich zu gefährden.

Weil die Hausärztin/der Hausarzt die Kranken und ihre Angehörigen oft seit vielen Jahren kennt, erfüllt sie/er viele wichtige Voraussetzungen, um den letzten Weg mit den Kranken in der gewohnten Umgebung anzutreten. Hier ist es leichter, die Angst vor den bedrohlichen Vorgängen im Vorfeld des Sterbens zu thematisieren. Denn meist ist es diese Angst, die den Automatismus der «Hospitalisation zum Sterben» auslöst. Erfahrung auf diesem Gebiet und Expertise im Symptomanagement erlauben es der Hausärztin/dem Hausarzt, die häufigsten Fragen kompetent zu beantworten und damit die Situation wesentlich zu entspannen. Solche Fragen sind (unter vielen anderen): «Muss ich erstickten?», «Bin ich noch mich selbst, wenn ich Morphin brauche?», «Warum benötigt er/sie jetzt keine Flüssigkeit mehr?»

Ob Interventionen, zum Beispiel die Gabe von Antibiotika oder Bluttransfusionen, notwendig und sinnvoll sind, kann und muss voraussetzend zusammen mit den Betroffenen geklärt werden.

Grenzen der Begleitung Sterbender zuhause

Doch es ist nicht in jedem Fall möglich, Sterbende zu Hause zu begleiten. Mögliche Hinderungsgründe sind:

■ *Ungenügende Symptomkontrolle*
Unter kundigem ärztlichem und pflegerischem Einsatz zwar selten,

können dennoch nicht beherrschbare Schmerzzustände eine Hospitalisation oder eine anderweitige stationäre Betreuung (Hospiz) nötig machen.

■ *Übermässiger Zeitaufwand*

Gelegentlich erfordern Komplikationen bei onkologischen Krankheiten, zum Beispiel ausgedehnte oberflächliche oder tiefe Wunden, einen Pflegeaufwand, der ambulant nicht geleistet werden kann. Die Anforderungen an die hausärztliche Präsenz und Flexibilität können ebenfalls erheblich sein und eine angepasste Praxisorganisation verlangen. Gegenseitige Vertretungen, zum Beispiel innerhalb von Praxisgruppen, können die einzelnen Ärztinnen und Ärzte von länger dauernder pausenloser Verfügbarkeit entlasten.

■ *Finanzierungsprobleme*

Der von den Krankenkassen vergütete Pflegeumfang pro Quartal ist auf 60 Stunden beschränkt. Dieser Pflegeumfang ist, zum Beispiel aus dem oben erwähnten Grund, manchmal unzureichend, sodass andere Lösungen gesucht werden müssen (privat finanzierte Pflege, Hospiz). Hauspflegen oder andere Familienhilfen gehen oft zu Lasten der Betroffenen und können deren finanzielle Möglichkeiten übersteigen.

■ *Soziales Umfeld*

Absenz von Angehörigen oder fehlende Synergiennutzung des Umfeldes verunmöglichen oft ein zielgerichtetes, den Wünschen der Kranken angepasstes Pflegekonzept. Oft fallen die so wichtigen Ressourcen der Angehörigen aus, weil die Grenzen ihrer Tragfähigkeit nicht beachtet wurden. Familiengespräche oder Fallkonferenzen helfen, Bedürfnisse zu klären und ermöglichen den gewinnbringenden Einbezug von Familienangehörigen und anderen Bezugspersonen in die Betreuung.

Fazit

■ Die hausärztliche Betreuung von sterbenden Menschen umfasst sowohl die Kranken als Individuen als auch ihr Beziehungsumfeld.

■ Die quantitativ und qualitativ grosse Herausforderung gelingt nur in gut organisierter Teamarbeit. Netzwerke wie das PALLIATIVE

CARE NETZWERK ZÜRICH [1] oder das Berner Zentrum für ambulante Palliativpflege ZAPP [2], bestehend aus Pflegenden, medizinischen Grundversorgern, Beratungsstellen, Vertretungen von spitalinternen Strukturen (Palliativstationen, geriatrischen Abteilungen), hospizartigen Institutionen und Freiwilligen, bieten praktische Hilfe und koordinierende Unterstützung an.

■ *Lebensqualität am Lebensende*: eine Forderung, die in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion um die medizinische Prioritätensetzung nicht übergangen werden darf. Palliative Care als Element der Gesundheitsversorgung erfordert Ressourcen, die sowohl im gegenwärtigen ambulanten Grundleistungskatalog als auch in der Spitalplanung ungenügend berücksichtigt sind.

■ Eine grosse Rolle spielt in der palliativen Betreuung die Freiwilligenhilfe, deren Aufbau in der Schweiz erst punktuell in Gang gekommen ist. ■

AutorInnen:

Dr. med. Reinhard Baumann

Innere Medizin FMH
Hausarzt, Arzt des Hospiz Zürcher
Lighthouse
Dufourstrasse 29
8008 Zürich
E-Mail: baumann@hausarzt.ch

**Drs. med. Heike Grossmann und
Luzius von Rechenberg**

Allgemeine Medizin FMH
Kappenhühlweg 11
8049 Zürich-Höngg
E-Mail:
L.v.Rechenberg@hausarzt.ch

Adressen:

1. Palliative Care Netzwerk Zürich
Seebahnstrasse 231
8004 Zürich
Tel. 01-240 16 20
Fax 01-242 95 45
E-Mail: pallnetz@bluewin.ch

2. ZAPP – Zentrum für ambulante
Palliativpflege Bern
Schänzligasse 15
3013 Bern
Tel. 031-332 27 23
Fax 031-332 27 25
info@zapp-bern.ch