

Positionen
zur Zusammenarbeit
zwischen
niedergelassenen Ärzten
und
stationären
Pflegeeinrichtungen

■ ■ ■



Hartmannbund
Verband der Ärzte Deutschlands

■ ■ ■

Einführung

Etwa 660.000 Menschen leben in Deutschland in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, die Mehrheit davon (57%) in Altenpflegeheimen. 67% der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Einrichtungen sind 80 Jahre und älter. Demographische Berechnungen gehen davon aus, daß im Jahr 2030 voraussichtlich über 35% der Gesamtbevölkerung 65 Jahre alt und älter sein werden. Die Anzahl der Menschen, die über 75 Jahre alt sein werden, wird bei 7,9 Millionen liegen.

Alter und Pflegebedürftigkeit können nicht gleichgesetzt werden. Gleichwohl wird das Risiko, auf Pflege angewiesen zu sein, mit dem Fortschreiten des Lebensalters größer. Verbunden mit der Entwicklung hin zu einer Singularisierung der Gesellschaft (jeder dritte und in der Stadt bereits jeder zweite Haushalt ist ein 1-Personen-Haushalt) erhöht sich nochmals das Risiko, im Alter auf professionelle Pflege angewiesen zu sein (in der Gruppe der über 75jährigen Frauen leben ca. 80 % allein).

Zur Zeit sind ungefähr jede zweite Frau und jeder vierte Mann am Ende des Lebens darauf angewiesen, in ein Heim umzuziehen und dort zu wohnen. Die Arbeiterwohlfahrt und der Hartmannbund wollen durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegekräften dazu beitragen, daß für die über 660.000 Menschen, die in Deutschland in einer stationären Altenhilfeeinrichtung leben, die medizinische und pflegerische Versorgung weiter optimiert wird.

Gemeinsame Vorstellung über stationäre Pflege in Altenpflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen verfolgen im Verständnis von Arbeiterwohlfahrt und Hartmannbund das Ziel, „Wohnen“ und „Pflege“ im Lebensalltag der Bewohnerinnen und Bewohner stärker miteinander zu verbinden und ihnen durch bedarfsgerechte Angebote ein selbstbestimmtes Leben und die Realisierung individueller Lebensziele auch bei Hochaltrigkeit und schwerer Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen.

Die Qualität der Angebote stationärer Pflegeeinrichtungen mißt sich einerseits am Grad der Übereinstimmung zwischen den Betreuungs-, Versorgungs- und Pflegezielen und den tatsächlich erbrachten Leistungen, und andererseits an dem Grad der Zufriedenheit des Bewohners/der Bewohnerin und der von diesen als Qualität definierten Leistungen.

Pflegeeinrichtungen haben in der Regel einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen und sind den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet.

Die Arbeiterwohlfahrt mißt ihre Leistungen an einer Nutzenoptimierung, die zu Gunsten und nicht zu Lasten ihrer Nutzer geht. Betriebswirtschaftliche Erfordernisse und soziale Mitverantwortung für die Lebenslagen des einzelnen und für das Gemeinwesen sind gleichrangige Güter. Ihren Ausgleich zu finden ist für das ökonomische Handeln der Arbeiterwohlfahrt verpflichtend.

Unter Berücksichtigung der speziellen Bedingungen in der stationären Altenpflege betrachtet die Arbeiterwohlfahrt die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Pflegeeinrichtungen und deren Angehörige als Kunden, die durch die Mitarbeiter/-innen der Arbeiterwohlfahrt individuell und fachlich kompetent beraten, betreut und gepflegt werden.

Auch unter den Bedingungen stationärer Pflege sind in Heimen lebende Frauen und Männer vor allem Kunden einer sozialen und pflegerischen Dienstleistung, denen entsprechende Rechte vertraglich zustehen. Dabei darf nicht die pflegerische Standardleistung der Maßstab sein, sondern das individuelle Leistungspaket, das verhaltens-therapeutischen und rehabilitativen Qualitätsmaßstäben gerecht werden muß.

Dienstleistungen in der stationären Altenpflege

Arbeiterwohlfahrt und Hartmannbund verstehen Altenpflegeeinrichtungen in erster Linie als Orte zum Wohnen. Das Dienstleistungsangebot für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen besteht über Wohnen und die Ernährung hinaus in der Pflege, sozialen Betreuung und ärztlichen/fachärztlichen Versorgung. Die konkrete – und vor allem individuelle – Ausgestaltung dieser Inhalte ist wesentliches Element in der Leistungsgestaltung der Einrichtungen.

Das Alten- u. Pflegeheim versteht sich als ein Teil des jeweiligen Gemeinwesens und versucht, ein hohes Maß an „Normalität“ (gemessen an einem Leben außerhalb einer Institution) für die Bewohnerinnen und Bewohner in einer Einrichtung zu realisieren.

In enger Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den behandelnden Ärzten/innen, dem Pflegepersonal und den Therapeuten erfolgen die Pflegeplanung und die sich daraus ergebende notwendige Versorgung und Pflege. Dabei werden die Bewohner und Bewohnerinnen und gegebenenfalls deren Angehörige aktiv einbezogen.

Präventionsmaßnahmen, die gesundheitliche und psychosoziale Einschränkungen verhindern, haben einen hohen Stellenwert. Rehabilitationsmaßnahmen und fördernde Pflege werden mit dem Ziel durchgeführt, die Bewohnerinnen und Bewohner wieder in die Lage zu versetzen, soweit wie möglich unabhängig von Pflege und Hilfe ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit innerhalb der Einrichtung zu führen und/oder Schwerstpflegebedürftigkeit zu verhindern.

Analog zur häuslichen Behandlung wird aufgrund einer Verordnung bzw. Anordnung der behandelnden Ärzte/innen Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte der Einrichtung erbracht und dokumentiert.

Grundlage der pflegerischen Arbeit in den Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt ist ein Pflegekonzept – orientiert an den 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL nach Monika Krohwinkel; siehe Anhang) – das von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter Einbeziehung von Bewohnern und Bewohnerinnen und Angehörigen erarbeitet, umgesetzt und regelmäßig fortgeschrieben wird.

Pflegemaßnahmen und Pflegeziele werden unter Beteiligung des Bewohners/der Bewohnerin sowie seiner Angehörigen und gegebenenfalls des behandelnden Arztes konkret formuliert und fortlaufend dokumentiert. Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem aktuellen Stand medizinisch-pflegerischer und gerontopsychiatrischer Erkenntnisse.

Ausgehend vom Befinden, vom Hilfe- und Versorgungsbedarf und unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen des Pflegebedürftigen wird die individuelle Pflege unter Achtung seiner Persönlichkeit und der Lebensgewohnheiten durchgeführt. Der Wahrung der Intimsphäre wird eine besondere Bedeutung zugemessen.

Vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Pflegeansatzes richten sich die Dienstleistungen auf eine aktivierende Förderung des Pflegebedürftigen.

Demenzkrankungen

Mit steigender Lebenserwartung wächst auch die Zahl an Demenz erkrankter Menschen. 1990 waren über eine Million Menschen Patienten mit Hirnleistungsstörungen im Alter. Nach Angaben des vierten Familienberichts der Bundesregierung kann davon ausgegangen werden, daß im Jahre 2010 über 1,8 Millionen demenzkranker Patienten in Deutschland leben werden. Da diese Erkrankungen zu völliger Abhängigkeit von Pflegepersonen führen, im Familienkreis aber häufig niemand für die Pflege vorhanden oder dazu in der Lage ist, wird vermehrt auf die stationäre Altenpflege zurückgegriffen werden müssen. Die ambulanten Dienste können bei ihrem Leistungsangebot nur einen ergänzenden Beitrag zur familiären Pflege leisten. Zur Zeit leidet schon fast jeder/jede zweite Heimbewohner/Heimbewohnerin an einer dementiellen Erkrankung (Infratest 1996).

Um die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu stärken, bedarf es vor diesem Hintergrund intensiver Gespräche zwischen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Pflegeeinrichtung und den Angehörigen, um diese mit den Auswirkungen des Krankheitsbildes, wie z.B. räumliche und zeitliche Desorientierung, Verwirrheitszustände, Gedächtnisprobleme (z.B. Angehörige nicht mehr erkennen), Persönlichkeitsveränderungen u.a.m., vertraut zu machen und Berührungspunkte abzubauen.

Angebote der Tagesstrukturierung, architektonische Gestaltung und Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterliegen für diese Bewohner/-innen besonderen Anforderungen. Besondere Bedeutung kommt der Stützung und Förderung noch vorhandener Fähigkeiten dementieller Bewohner/-innen zu. Die Annahme und Akzeptanz der subjektiven Realität der Betroffenen sind Voraussetzung für die bedarfsgerechte sozialtherapeutische Betreuung.

Heilmittel

Die beschriebenen und vom Gesetzgeber in der Pflegeversicherung geforderten Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen (§ 5 SGB XI) dürfen nicht durch die Budgetierung der Heil- und Hilfsmittel für Heimbewohner/innen unzugänglich gemacht werden. Dabei ist durchaus von einer Weiterverwendung gebrauchter Hilfsmittel auszugehen. Nur durch die Aufhebung des Heilmittelbudgets wird es den behandelnden Ärzten/innen und den Mitarbeitern/innen in der Altenhilfe gelingen können, der Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu mindern, zu überwinden oder aber eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, gerecht zu werden.

Verwaltungsaufgaben

Der vom SGB XI vorgegebene zunehmende Umfang der Verwaltungsaufgaben (Leistungsabrechnung, Antragstellung/Widersprüche, Informationsaufgaben gegenüber und Abrechnungen mit mehreren Leistungsträgern, Buchführungsvorschriften) darf nicht dazu führen, daß die zur Verfügung stehende Zeit der Pflegekräfte für pflegerische Aufgaben eingeschränkt wird.

Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen

Entsprechend der Zunahme hochaltriger Menschen in der Gesellschaft erhöht sich auch kontinuierlich der Altersdurchschnitt in den Altenpflegeeinrichtungen. Vor dem Hintergrund des Ausbaus der ambulanten Pflegeinfrastruktur, der Anreizgestaltung zur familiären Pflege durch die Pflegeversicherung und des Abbaus der versorgenden Krankenhausbetten wie auch der Verkürzung der Behandlungszeiten in den Krankenhäusern, befindet sich die Bewohnerstruktur in den Pflegeheimen in einem elementaren Wandel. Dieser Strukturwandel schlägt sich nieder in der deutlichen Zunahme hochbetagter multimorbider Patienten/innen mit einem hohen Anteil gerontopsychiatrischer und dementieller Krankheitsbilder. Erschwerend kommt in diesem Zusammenhang hinzu, daß der Anteil der Heimbewohner, die selten oder nie Kontakte zu Bekannten oder Verwandten mehr haben, bei nahezu einem Drittel liegt. Daraus folgt, daß in den Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe ein hoher Anteil pflegebedürftiger Menschen lebt, der in der Fähigkeit, einen Alltag selbst zu organisieren, deutlich eingeschränkt ist.

Generell gilt es, regionale Versorgungs- und Kommunikationsstrukturen anzustreben, die ein hohes Maß an konzeptioneller und personeller Kontinuität sicherstellen, z.B. durch Vernetzung und Case-Management, d.h. durch intensiven Informationsaustausch zwischen Krankenhausärzten, niedergelassenen Ärzten sowie den Pflegekräften der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege.

Regionale Versorgungsplanung

Die Zukunftsaufgabe regionaler Versorgungsplanung liegt in der Herstellung einer Verknüpfung der medizinischen Versorgungsplanung mit einer Planung der Pflegeinfrastruktur, dieses insbesondere im Rahmen von Pflegekonferenzen. Versorgungserfordernisse müssen aufeinander abgestimmt werden, Angebotslücken erkannt und beseitigt werden. In die regionale Versorgungsplanung sind die dort niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen in Abstimmung mit Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung einzubeziehen.

Sicherstellung medizinischer Versorgung

Der Wandel in der Bewohnerstruktur führt zu einem steigenden Bedarf an qualifizierter medizinischer Versorgung im Pflegeheim. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind somit zunehmend als hochspezialisierte Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu verstehen. Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegeeinrichtungen sind hinsichtlich ihrer Rechte als Patienten wie auch ihrer Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Leistungen wie zu Hause lebenden Pflegebedürftigen gleich zu behandeln.

Die wachsende Bedeutung der differenzierten ärztlichen Versorgung im Pflegeheim erfordert:

- geriatrische Qualifikationen der behandelnden Ärzte/innen
- Kontinuität in der ärztlichen Versorgung
- Sicherstellung von Krisenintervention
- die Einbeziehung von beratenden Ärzten/innen in konzeptionelle Überlegungen.

Das Prinzip der freien Arztwahl wird durch diese heimspezifischen Erfordernisse nicht in Frage gestellt. Es ist jedoch anzustreben, daß jeweils einer/eine der behandelnden Ärzte/innen als Ansprechpartner für die Pflegeeinrichtung in grundsätzlichen und organisatorischen Fragen fungiert.

Qualifizierung

Der Wandel in der Bewohnerstruktur der Pflegeheime erfordert für die an der vollstationären Pflege beteiligten Personen eine qualifizierte Fort- und Weiterbildung.

Im Bereich der Pflege gewinnen gerontopsychiatrische und rehabilitationspflegerische Zusatzqualifikationen eine große Bedeutung. Ärzte und Ärztinnen, die Patienten in Pflegeheimen behandeln und betreuen, bedürfen gerontologischer und geriatrischer Zusatzqualifikationen. Eine zielgerichtete Weiterqualifizierung aller Beteiligten unterstützt auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und fördert den Informationsaustausch sowie die gegenseitige Akzeptanz der am Prozeß Beteiligten.

Heimaufnahme

Um eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung gerade in der schwierigen Übergangsphase zu garantieren, muß die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen bereits vor der Heimaufnahme beginnen. Der Umzug in ein Pflegeheim bedeutet für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen oft einen entscheidenden und zum Teil krisenhaften Lebenschnitt. Es bedarf besonderer Bemühungen der beteiligten Ärzte/innen und Mitarbeiter/innen der Pflegeeinrichtungen, unterstützend, beratend und fördernd tätig zu werden. So sollte der Arztbogen zur Anmeldung von Bewohnern und Bewohnerinnen neben den Befunden bereits Empfehlungen über Fördermöglichkeiten und rehabilitative Maßnahmen für den betroffenen Patienten enthalten. Ein aktuelles Medikamentenblatt sollte dem Arztbogen beigefügt werden. Darüber hinaus bedarf es der Sicherstellung der Medikamentenversorgung der aufzunehmenden Patienten in den ersten Tagen des Heimaufenthaltes.

Generell sinnvoll ist die enge Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und Ärztinnen in Krankenhaus und Praxis vor einer möglichen Heimaufnahme im Anschluß an die Krankenhausbehandlung, um eine optimale ärztliche Begleitung des Heimeinzuges zu gewährleisten. Eine reibungslose Heimaufnahme und eine optimale pflegerische und medizinische Versorgung in der Übergangsphase setzt die frühzeitige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst – ggfs. schon im Krankenhaus – voraus. Dabei ist die Einbeziehung aller ärztlichen Unterlagen sicherzustellen.

Pflegeplanung und -dokumentation

Pflegeplanung und -dokumentation ist federführende Aufgabe der Pflegefachkraft. Sie ist nach den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung (§ 80 SGB XI) u.a. verantwortlich für die fachliche Planung des Pflegeprozesses und die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation. Dabei kooperiert sie eng mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen insbesondere in medizinischen Fragen und bei ärztlichen Verordnungen (z. B. verschiedenen Therapien und Heil- und Hilfsmitteln).

Innerhalb der ersten Woche nach Heimaufnahme sollte unter Beteiligung des behandelnden Arztes, des Pflegebedürftigen und soweit möglich der Angehörigen eine erste grundlegende Pflegeplanung vorgenommen werden, in der wesentlich auch auf die Diagnosen und medizinischen Behandlungserfordernisse des Arztes/der Ärztin Bezug genommen werden muß. Dabei sind Absprachen in der Aufgabenwahrnehmung, der gegenseitigen Information und im Umgang mit spezifischen pflegerischen Besonderheiten zu treffen (z. B. Beobachtung der Auswirkung ärztlicher Verordnungen, Einbeziehung der Angehörigen in den Tagesablauf, besondere Ernährungserfordernisse). Generell sind die behandelnden Ärzte/innen bei der Pflegeplanung einzubeziehen, soweit es die medizinischen Inhalte und Bedarfe erfordern.

Die Pflegedokumentation ist fachgerecht und übersichtlich zu gestalten. Alle besprochenen und durchgeführten Maßnahmen sind sorgfältig zu dokumentieren, wobei die Dokumentation ärztlicher Leistungen (Verordnungen, Medikation, Therapien) durch den behandelnden Arzt und pflegerischer Leistungen durch Pflegefachkräfte vorzunehmen ist. Telefonisch verordnete medizinische Maßnahmen sind nachträglich vom Arzt/von der Ärztin abzuzeichnen. Nur durch diese differenzierte Dokumentationsarbeit kann gegenüber den Betroffenen und auch gegenüber den Kostenträgern die Arbeitsteilung zwischen Arzt/Ärztin und Pflegekraft transparent gemacht und damit auch Haftungserfordernisse erfüllt werden.

Hausbesuche

Arzttermine bei Heimbewohnern/innen sind Hausbesuche besonderer Qualität. Besuche des behandelnden Haus- bzw. Facharztes bei Heimbewohnern unterliegen spezifischen organisatorischen Anforderungen:

- Terminabsprache mit den zuständigen Pflegekräften
- Vorgespräch mit und Vorbereitung durch die zuständige Pflegefachkraft
- Vorbereitung und Vorlage der Pflegedokumentation
- Dokumentation der ärztlichen Leistungen und der ärztlich veranlaßten Maßnahmen (insbesondere Medikation) durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin
- Begleitung durch Pflegepersonal, Vorbereitung des Bewohners durch die Pflegekräfte, Sicherstellung und Umsetzung ärztlicher Verordnungen, Patientenbeobachtung, Vermittlung zwischen Angehörigen und Arzt/Ärztin.
- Ausstattung der Ärzte/Innen mit mobilen Chipkartenerfassungsgeräten

Grundsätzlich gilt dabei, daß der Pflegebedürftige den Arzt/die Ärztin von der Schweigepflicht entbinden und auch die Pflegeeinrichtung ermächtigen muß, Informationen an den Arzt/die Ärztin weiterzugeben. Dies kann auch im Rahmen der Heimverträge geregelt werden, mit der Beschränkung auf den zur Durchführung der Behandlung und Behandlungspflege erforderlichen Umfang. Lediglich in Situationen mit lebensbedrohlichem Charakter kann auf diese Zustimmung des Patienten

ten/Bewohners verzichtet werden. Rehabilitative Maßnahmen

Geriatrische Rehabilitation basiert auf den vorhandenen Fähigkeiten und Lebenserfahrungen älterer Menschen, sie fördert dieses Potential und stärkt Selbstbestimmung und Selbstverantwortung für die Betroffenen. Dadurch können körperlichen und psychischen Einschränkungen entgegengewirkt, Liegezeiten im Krankenhaus verkürzt oder vermieden werden. Geriatrische Rehabilitation bedarf dabei enger Kooperation der tätigen Therapeuten/innen mit den Pflegekräften und den behandelnden Ärzten/Ärztinnen. Alle Beteiligten müssen in ihrem Rehabilitationsverständnis vom Ressourcenmodell angeleitet sein, das von realistischer Therapieplanung in kleinen Schritten, von multiprofessioneller Arbeit, aktivierender Pflege und Behandlung und von der Frühzeitigkeit und Kontinuität rehabilitativer Maßnahmen sowie der Prävention gegenüber zunehmender Pflegebedürftigkeit ausgeht (siehe hierzu auch die gemeinsamen Positionen der Arbeiterwohlfahrt und des Hartmannbundes zur geriatrischen Rehabilitation und zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation im Anhang).

Medizinische Krisenintervention

Angesichts des hohen Anteils gerontopsychiatrischer und dementieller Erkrankungen erfährt die medizinische Krisenintervention eine zunehmende Bedeutung in den Pflegeheimen. Pflegeheim und Arzt/Ärztin müssen ein verbindliches Verfahren abstimmen, im Rahmen dessen der denkbare Notfall näher definiert und die entsprechende Einsatzbereitschaft des Arztes/der Ärztin verbindlich

geregelt wird.

Dies dient auch dem Ziel, den Krankenhausaufenthalt zu verhindern und die Kontinuität in der Lebenssituation des Betroffenen möglichst zu sichern. Die Indikation für den Einsatz eines Notarztes bleibt davon unberührt. Hierbei ist es erforderlich, daß wichtige Krankheitsbefunde in den Pflegemappen vorhanden und zugänglich sind, damit Notärzte darauf zurückgreifen können.

Gerontopsychiatrische Erkrankungen

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten/innen und Pflegeheimen unterliegt insbesondere bei der Behandlung gerontopsychiatrisch und dementiell erkrankter Menschen besonderen Anforderungen. Alle gerontopsychiatrischen Erkrankungen bedürfen der dezidierten Abklärung hinsichtlich der Einsatzmöglichkeiten von rehabilitativen Maßnahmen im weiteren Sinne. Während der Behandlung bedarf es eines regelmäßigen persönlichen Kontaktes zwischen Patient und behandelndem Arzt/Ärztin. Patientenbeobachtung durch die Pflegekräfte ist eine wesentliche Grundlage für die Maßnahme des/der behandelnden Arztes/Ärztin. Die Gabe von Psychopharmaka darf nur nach exakter ärztlicher Verordnung erfolgen. Vorrangig sollten hierbei Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie hinzugezogen werden. Eine Bedarfsmedikation, in der die Mitarbeiter/-innen alleine über die Dosierung von Psychopharmaka bestimmen können, ist fachlich und rechtlich abzulehnen.

Ärztliche Begleitung bei schwerer Krankheit und Sterbebegleitung

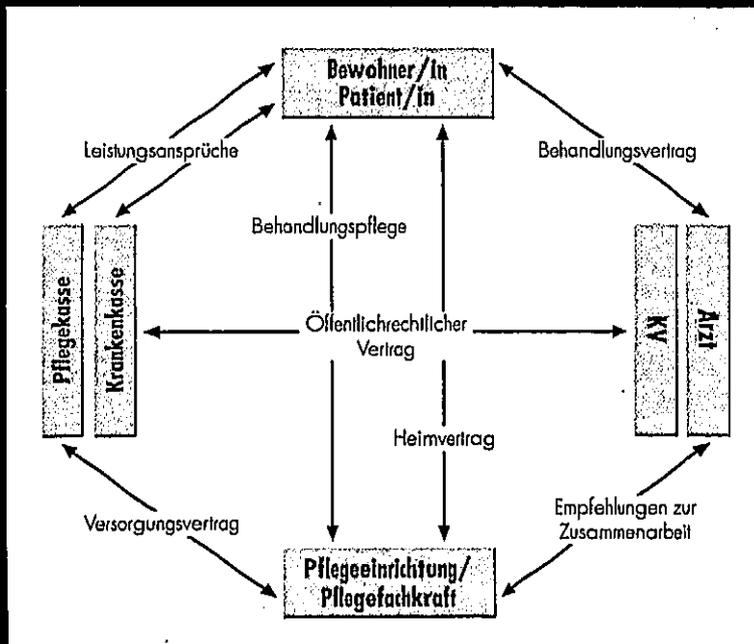
Im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Begleitung chronisch kranker und schwerstkranker Menschen sowie im Rahmen der Sterbebegleitung ist die ärztliche Mitarbeit in einem hohen Maß von Erfahrungen und Kenntnissen in der Schmerztherapie abhängig. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten/innen muß die Sicherstellung der Schmerzfreiheit bei chronischer und schwerster Erkrankung wie auch im Sterben gewährleistet sein.

Die Pflegeeinrichtungen stellen auf Wunsch der Bewohner/innen Beratung und Hilfen bezüglich eines Patientenstamentes zur Verfügung. Dem Wunsch des Bewohners, in der Einrichtung zu sterben, sollte Rechnung getragen werden. Die Pflegeeinrichtung arbeitet dabei eng mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin und den Angehörigen zusammen.

Koordinierung ärztlicher Behandlung

Bei der Behandlung durch verschiedene niedergelassene Ärzte/innen beziehungsweise auch Krankenhausärzte bedarf es einer Koordinierung der ärztlichen Leistungen. Auf entsprechenden Hinweis der Pflegeeinrichtung hinsichtlich eines notwendigen Koordinierungsbedarfes sollten die beteiligten Ärzte/innen diese Federführung durch nur eine/n Arzt/Ärztin sicherstellen. Diese/r koordinierende Arzt/Ärztin ist dann Ansprechpartner für das Pflegeheim bei Verdacht auf Wechselwirkungen verschiedener Medikamente und bei Unverträglichkeiten und gegensätzlichen ärztlichen Verordnungen oder Empfehlungen und trägt somit zur Sicherung ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen bei. Bei der Koordinierung sind die Pflegeeinrichtung und gegebenenfalls die Angehörigen entsprechend einzubeziehen und zu informieren. Voraussetzung für eine funktionierende Koordinierung der ärztlichen Leistungen stellt eine exakte Dokumentation dar.

Pflege und ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen



Vereinbarungen über Zusammenarbeit

Die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin, Patient beziehungsweise Bewohner/in und Pflegeeinrichtung basiert dabei auf den vertraglichen Beziehungen der Beteiligten (siehe nebenstehendes Schaubild) und den hieraus abzuleitenden Fürsorgepflichten. Durch die Eingebundenheit des Bewohners/der Bewohnerin in einen Heimtag wie auch durch das Ineinandergreifen medizinisch-ärztlicher und pflegerisch-therapeutischer Kompetenzen bedarf es einer engen Zusammenarbeit aller am Pflegeprozess Beteiligten.

Die besondere Beziehung zwischen Arzt/Ärztin, Patient/in, Bewohner/in und Pflegeeinrichtung verpflichtet den Arzt/die Ärztin und die Pflegemitarbeiter/-innen darüber hinaus, Mißstände anzusprechen und gegebenenfalls notwendige Schritte einzuleiten.

Arbeiterwohlfahrt und Hartmannbund empfehlen, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen auf die Basis der vorstehenden Inhalte zu stellen und verbindlich zu regeln. Dies darf den Grundsatz der freien Arztwahl und den Sicherstellungsauftrag der kasernenärztlichen Vereinigung nicht einschränken.

Anhang

Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens
AEDL nach Krahwinkel, 1988:

1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
4. Sich pflegen
5. Essen und trinken
6. Ausscheiden
7. Sich kleiden
8. Ruhen und schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Für eine sichere Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

„Krefelder Erklärung“

Gemeinsame Erklärung des Harimannbundes und der
Arbeiterwohlfahrt zur geriatrischen Rehabilitation.

These 1

Geriatrische Rehabilitation geht aus von den vorhandenen Fähigkeiten und Lebenserfahrungen des älteren Menschen, sie fördert dieses wertvolle Potential und stärkt damit Selbstbewußtsein und Würde älterer Menschen.

These 2

Deshalb postuliert die geriatrische Rehabilitation das Recht des älteren Menschen auf ein Leben in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Damit setzt die geriatrische Rehabilitation den Grundsatz der Gleichbehandlung auch für ältere, von Krankheit und Behinderung betroffene Menschen um.

These 3

Indem sie die Selbstverantwortung des älteren Menschen für seine eigene Versorgung stärkt, verfolgt die geriatrische Rehabilitation das Ziel, körperlichen und seelischen Behinderungen entgegenzuwirken, Liegezeiten im Krankenhaus zu verkürzen und Fehleinweisungen in Pflegeheime zu verhindern.

These 4

Die kleinste und wichtigste Einheit zur Versorgung älterer Menschen ist die Familie; die geriatrische Rehabilitation fördert das Leben des Älteren in der eigenen Familie und ist deshalb unverzichtbar.

These 5

Altenarbeit ist nur dann zukunftsorientiert, wenn die geriatrische Rehabilitation als unverzichtbarer Bestandteil akzeptiert und gefördert wird; die Erfolge rehabilitativer Arbeit mit älteren Menschen reichen nämlich über den somatopsychischen Bereich weit in deren soziales und ökonomisches Umfeld hinein.

These 6

Deshalb entfaltet die geriatrische Rehabilitation die gewünschte Wirkung nur bei wohnortnaher Arbeit mit dem älteren Menschen unter sorgfältiger Bewahrung seines Umfeldes und seiner sozialen Bezüge. Bezugslosigkeit fördert einen schädlichen und den Intentionen der geriatrischen Rehabilitation zuwiderlaufenden „Rehabilitations-Tourismus“ älterer Menschen, der dringlich zu vermeiden ist.

These 7

Geriatrische Rehabilitation bedarf der trägerübergreifenden Zusammenarbeit aller stationären, teilstationären, ambulanten, ärztlichen, pflegerischen und sozialen Dienste unter regionalen Gesichtspunkten.

These 8

Die gebietsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den beteiligten ärztlichen Disziplinen in enger Kooperation mit Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Diätassistenten, Logopäden und Sozialarbeitern ist unabdingbare Voraussetzung für die geriatrische Rehabilitation.

These 9

Geriatrische Rehabilitation erfordert eine qualitativ hochstehende, aktivierende Pflege unter Einbeziehung der psychosozialen Betreuung. Diese hohe Pflegequalität ist nur zu erreichen, wenn die Finanzierung einheitlicher Standards gesichert ist.

These 10

Geriatrische Rehabilitation bedingt die konsequente und permanente qualitätsgesicherte Fortbildung für Ärzte, Pfleger und Therapeuten mit dem gemeinsamen Ziel, rehabilitatives Denken und Handeln zur Grundlage ihrer Alltagsarbeit mit älteren Menschen werden zu lassen.

„Ulmer Erklärung“

Gemeinsame Erklärung des Hartmannbundes und der Arbeiterwohlfahrt zur geriatrischen Rehabilitation.

These 1

Durch die sozialrechtliche Trennung von Krankheit und Pflege sowie die jahrzehntelange Ausrichtung des Rehabilitationsbegriffs auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit fehlen in Deutschland geeignete Strukturen für eine bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung älterer und hochbetagter Patienten/-innen.

These 2

Prävention und Rehabilitation erhalten mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung eine noch deutlichere Vorrangstellung vor der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Dabei sind präventive und rehabilitative Maßnahmen nicht nur unter humanen Gesichtspunkten von hohem Stellenwert, sondern sie können auch volkswirtschaftlich sinnvoll sein. Ziel der Rehabilitation muß sein, den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu verzögern, bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern oder ihre Entstehung zu vermeiden.

These 3

Die geriatrische Rehabilitation hat die Besonderheiten ihrer Zielgruppe – ältere und alte Menschen – zu berücksichtigen. Multimorbidität, chronische Erkrankungen und kritische Verschlechterung des Allgemeinzustandes führen oftmals dazu, daß sich die Rekonvaleszenz mit zunehmendem Alter verlängert und die erforderliche Pflegeintensität erhöht. Daher sind für die geriatrische Rehabilitation spezifische Maßstäbe entwickelt worden, insbesondere hinsichtlich der Rehabilitationsziele, ihrer Dauer und Intensität, die sich deutlich von der Rehabilitation jüngerer Erwerbstätiger zur Wiedereingliederung in das Berufsleben unterscheiden. Einschränkende Regelungen im Krankenversicherungsrecht im Hinblick auf Dauer und Kosten von Prävention und Rehabilitation älterer Patienten sind daher aufzugeben. Rehabilitationsfähigkeit ist den besonderen Bedürfnissen dieser Zielgruppe entsprechend neu zu definieren.

These 4

Als zentraler Stellenwert für den alten Menschen erweist sich sein vertrautes Wohnumfeld, das ihm wenn irgend möglich auch bei der Rehabilitation erhalten bleiben muß. Daher sind wohnortnahe Angebote zu einer umfassenden ambulanten geriatrischen Rehabilitation erforderlich. Das ambulante Angebotsspektrum muß auch Maßnahmen der mobilen Rehabilitation umfassen, die in der häuslichen Umgebung der Patienten/-innen stattfinden. Damit diese Angebote wirksam werden können, bedarf es einer zugehenden, leistungserschließenden Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen.

These 5

Nach dem Verständnis von Hartmannbund und Arbeiterwohlfahrt umfaßt eine bedarfsgerechte (ambulante) geriatrische Rehabilitation sowohl Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation als auch psychosoziale und pflegerische Komponenten unter Berücksichtigung des jeweiligen sozialen Umfelds der Betroffenen. Folglich spricht das Sozialgesetzbuch von „medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation“ (§11 SGB V und § 5 SGB XI).

These 6

Ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem ambulanter geriatrischer Rehabilitation setzt sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen, zu denen niedergelassene Haus- und Fachärzte/-innen, Ergo-, Logo- und Physiotherapeuten/-innen, ambulante Dienste und teilstationäre Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege sowie Hilfsmittel und

Wohnraumberatung zählen.

These 7

Effektivität und Effizienz ambulanter geriatrischer Rehabilitation sind dabei abhängig von Grad und Dichte der Vernetzung sowohl zwischen den genannten Bausteinen als auch zwischen stationärem und ambulatem Sektor (Schnittstelle Krankenhaus - ambulanter Bereich) sowie dem Zusammenwirken von Leistungs- und Kostenträgern im Sinne der Betroffenen.

These 8

Rehabilitation ist grundsätzlich eine interdisziplinäre Aufgabe, die Abstimmung und Koordinierung unter den Beteiligten verlangt. Für die rechtzeitige Einleitung der Rehabilitation ist der Arzt/die Ärztin verantwortlich, der/die stationäre oder ambulante Akutversorgung durchführt. Zum Rehabilitationsteam gehören neben den Ärzten/-innen auch die therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen, so daß geriatrische Rehabilitation als eine berufsgruppenübergreifende Team-Aufgabe anzusehen ist. Dabei erfordern alle Maßnahmen der Rehabilitation die individuelle Aufklärung und Zustimmung des betroffenen Patienten.

These 9

Die Beratung, Begleitung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen bilden im Prozeß der ambulanten geriatrischen Rehabilitation einen zur Erreichung des Rehabilitationsziels unverzichtbaren Beitrag. Diese Maßnahmen dürfen sich nicht nur auf die professionelle Anleitung bei der körperlichen Pflege beschränken, sondern müssen auch die emotionale und psychische Eingebundenheit der Angehörigen in den Pflegeprozeß berücksichtigen. Unverzichtbar müssen diese Maßnahmen zum Bestandteil des Leistungsspektrums ambulanter geriatrischer Rehabilitation werden. Zugleich werden angesichts des abnehmenden familiären Hilfe- und Pflegepotentials bzw. der steigenden Zahl alleinlebender alter Menschen verstärkt psychosoziale Unterstützungsleistungen erforderlich, die dieser Entwicklung Rechnung tragen.

These 10

Die Rehabilitation älterer Patienten ist für Ärzte, nichtärztliche Therapeuten und Pflegekräfte eine besonders dankbare Aufgabe. Sie ist zutiefst humanitär und entspricht dem ethischen Anspruch dieser Berufe, der durch die zunehmende Reglementierung im Gesundheits- und Sozialwesen in den Hintergrund zu treten droht.

Ginkgo-Spezialextrakt zur Behandlung dementieller Erkrankungen

Ca. 6 - 7% der Altenbevölkerung in der BRD sind an einer fortgeschrittenen Demenz erkrankt. Die jährliche Neuerkrankungsrate beläuft sich auf 1 - 2%.

Wie keine andere Gruppe von Erkrankungen im höheren Lebensalter determiniert Demenz den Pflegebedarf. Da die Epidemiologie der Demenz in erster Linie ein Spiegelbild der Altersstruktur der Bevölkerung ist, wird mit der zu erwartenden Zunahme des Anteils der Personen im Alter von 65 und darüber die Zahl der Demenz-Patienten steigen.

Die Firma Dr. Willmar Schwabe, Karlsruhe, beschäftigt sich seit ihrer Gründung im Jahr 1865 mit der Herstellung von pflanzlichen Arzneimitteln. Durch systematische Anstrengungen und beachtliche Investitionen in die moderne wissenschaftliche Entwicklung von Arzneimitteln hat sich das Familienunternehmen eine weltweit führende Position und Anerkennung als Hersteller hochwertiger und gut dokumentierter pflanzlicher Arzneimittel erworben.

Als besondere Leistung des Hauses Schwabe gilt, beginnend vor ca. 30 Jahren, Wirkstoffe aus den Blättern des Ginkgo-Baumes als Ginkgo-Spezialextrakt EGb 761 zur Behandlung dementieller Erkrankungen in die medikamentöse Therapie eingeführt zu haben.

Das Unternehmen baut seit einigen Jahren ein diagnostisch-therapeutisches Gesamtkonzept zur Behandlung und Betreuung dementer Patienten auf. Über das Angebot eines Arzneimittels hinaus werden Serviceleistungen geboten mit der Zielsetzung, die Qualität der Versorgungsprozesse zu verbessern und zur Lösung praktischer Probleme im Umgang mit den Kranken beizutragen.

Ausgehend von der Forderung, die Indikation vor Therapiebeginn ausreichend zu sichern und zu dokumentieren, enthält das Gesamtkonzept u. a. Diagnosehilfsmittel, setzt sich fort über verschiedene Therapiehilfen und wird abgerundet durch ein umfangreiches Angebot für die psychotherapeutische Beratung und Führung von Patienten und deren Angehörige.

Nähere Informationen zu diesem therapeutischen Gesamtkonzept zur Behandlung der Demenz erhalten Sie auf Wunsch über:

Dr. Willmar Schwabe
Arzneimittel
Tebonin-Service
Postfach 41 09 25
76209 Karlsruhe



Herausgeber: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Oppelner Str. 130
531 19 Bonn

Tel. 0228/66 85 - 0
Fax: 0228/6 68 52 09

Hartmannbund
Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

Postfach 26 01 25
531 53 Bonn

Tel. 02 28/81 04 - 0
Fax: 02 28/8 10 41 55

Stand: 1996