

Weiterversorgung von pflegebedürftigen Patienten bei uneinsichtigen Verwandten

Eine 78 Jahre alte Patientin war bis zum Aufnahmetag an einer onkologischen Ambulanz wegen eines Speiseröhrenkarzinoms in Betreuung. Sie suchte jetzt diese Ambulanz wegen zunehmender Schwäche auf. Eine ambulante Betreuung der Patientin war jedoch nicht möglich, sodass eine Aufnahme an der onkologischen Abteilung des Krankenhauses erfolgte. Die Patientin war bei der Aufnahme in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand, exsikkiert, hatte Atemnot und Schluckbeschwerden, die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit war nicht möglich. Zusätzlich hatte die Patientin starke Schmerzen im Bereich des Rückens. Durch die eingeleitete medikamentöse Schmerz- und Infusionstherapie besserte sich die Symptomatik bei der Patientin sehr rasch. Die Patientin erhielt zusätzlich einen Speiseröhren-Stent zur Überwindung der Ösophagostenose, sodass die Nahrungsaufnahme wieder gewährleistet war.

Nach einem zweiwöchigen Aufenthalt hatte sich der Zustand der Patientin soweit gebessert, dass nun nicht mehr die medizinische, sondern viel mehr die pflegerische Versorgung der Patientin im Vordergrund stand. Der Aufenthalt in einer Akutabteilung war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr erforderlich, was auch mit der Familie eingehend besprochen wurde. Mit den Familienangehörigen der Patientin wurde auch über weitere Versorgungsmöglichkeiten diskutiert. Die Angehörigen waren jedoch nicht bereit, die Patientin wieder nach Hause zu nehmen und dort weiterzubetreuen, obwohl dies mit Hilfe des mobilen Hospizes durchaus möglich gewesen wäre. Aus diesem Grund wurde die Patientin mit ihrer Einwilligung in einem Pflegehospiz angemeldet und innerhalb von 10 Tagen wurde ihr zwei Mal ein Platz zur Verfügung gestellt, der jedoch aus

unerfindlichen Gründen von der Familie jedes Mal abgelehnt wurde.

Nach Meinung der Ärzte wäre die Übernahme der Patientin in das Pflegehospiz die beste Lösung zur weiteren Versorgung der Patientin gewesen, zumal sowohl der Patientin als auch den Angehörigen garantiert wurde, dass die Patientin bei Komplikationen jederzeit wieder ins Krankenhaus gebracht werden könne, falls es erforderlich sein sollte. Trotzdem bestanden die Angehörigen auf einem weiteren Krankenhausaufenthalt. Letztlich haben sich die Angehörigen an den Patientenanwalt gewendet mit der Beschuldigung, das Krankenhaus würde ihre schwerkranke Mutter einfach abschieben. Der ärztliche Direktor musste sich in einem langen Brief vor dem Patientenanwalt verteidigen.

Da ähnliche Fälle immer wieder vorkommen, nämlich dass Angehörige nicht bereit sind, die Pflege ihrer Verwandten daheim zu übernehmen, andererseits aber angebotene Lösungen aus oft unerfindlichen Gründen ablehnen, dafür aber weit überzogene Forderungen an die Allgemeinheit stellen, scheint eine Diskussion und Aufarbeitung dieser Problematik wichtig. Die Frage lautet, welche Verantwortung Verwandte (Kinder) gegenüber ihren kranken Angehörigen haben und wo bzw. ab wann die Gesellschaft verpflichtet ist einzuspringen?

Wilhelm Streinzer

Kommentar zum Fall I

Ein Ösophaguscarcinom führte bei der knapp 80-jährigen Patientin wegen Schluckbehinderung und Schmerzsymptomatik zum körperlichen Verfall. Eine stationäre Aufnahme war gerechtfertigt. Nach dem Krankenanstaltengesetz (KAG) war Anstaltsbedürftigkeit gegeben, im weiteren Sinne war die Frau auch unabweisbar. Eine rasche Aufnahme im Krankenhaus konnte organisiert werden, was nicht immer selbstverständlich ist. Siehe Ethik Med 2003 15:222: *Für palliative Patienten haben wir keinen Platz.* Die stationäre Therapie mittels Ösophagussentent, parenteraler Ernährung und Schmerztherapie führte zur Besserung des Gesundheitszustandes. Nach Meinung der Ärzte war die Patientin zwei Wochen später entlassungsfähig. KAG: *Bedarf ein Pflegling der Anstaltspflege nicht mehr (dies ist der Fall, wenn der Behandlungserfolg durch eine anstaltsärztliche Untersuchung festgestellt ist), dann ist er zu entlassen. Wenn ein Pflegling nicht sich selbst überlassen werden kann, dann ist der Träger der öffentlichen Fürsorge von der Entlassung des Pfleglings rechtzeitig zu verständigen.* Der Krankenhausträger ist demnach verpflichtet, Informationen über die Situation des Pfleglings zum Entlassungszeitpunkt einzuholen. Dazu sind rechtzeitig Gespräche mit der Patientin und erforderlichenfalls auch mit den Angehörigen zu führen. Nach dem Fallbericht waren bei der Entlassung nur mehrpflegerische Maßnahmen notwendig, es finden sich aber keine Angaben über den Patientinnenwillen, die Familiensituation oder über die Gründe der Ablehnung der Angehörigen für die Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim. Lediglich eine Zustimmung der Patientin zur Heimeinweisung lag vor. Grundsätzlich war die Patientin entlassungsfähig, weil keine Änderung des sozialen Umfeldes nach dem zweiwöchigen stationären Aufenthalt anzunehmen war und der Gesundheitszustand verbessert werden konnte. Des öfteren wird versucht durch

Simulation einer plötzlichen Verschlechterung der Beschwerden, Verlust des Wohnungsschlüssels oder fehlender Nahrungsmittel, den Entlassungszeitpunkt hinauszuzögern. Bei Unklarheiten kann über die Sozialarbeiterin des Krankenhauses die staatliche Fürsorge eingeschaltet werden, welche die konkrete Situation überprüft. Es kann nicht die Aufgabe des Krankenhauses sein, die häusliche Situation ihrer Patienten zu verbessern oder zu organisieren. Meistens gelingt es mit einer positiven Gesprächsführung dem Patienten klarzumachen, dass das Krankenbett dringend für einen anderen hilfsbedürftigen Patienten benötigt wird. Sehr selten müssen Patienten, die sich nach der Übergabe der Entlassungspapiere weigern die Krankenstation zu verlassen, von der Polizei wegen Hausfriedensbruches aus dem Krankenhaus entfernt werden. Im konkreten Fall haben die Ärzte die Beteiligten nicht vor vollendete Tatsachen gestellt, sondern versucht die häusliche Pflege zu organisieren. Mit Unterstützung der staatlichen Einrichtungen und karitativen Organisationen wäre dies auch möglich gewesen. Hierfür steht zeitlich begrenzt die Medizinische Hauskrankenpflege zur Verfügung, die einen längeren Krankenhausaufenthalt vermeiden soll und zur Gänze von den Sozialversicherungsträgern (ASVG-Leistung) übernommen wird. Bei schweren Erkrankungen in der letzten Lebensphase können auch die Einrichtungen der karitativen Organisationen in Anspruch genommen werden. Diese leisten für die Patienten kostenfrei medizinische Versorgung, Schmerztherapie, psychische Betreuung sowie Beratung und Entlastung der Angehörigen. Die den Hilfsorganisationen entstehenden Kosten werden durch ASVG-Leistungen und Spenden abgedeckt. Bei zu erwartender längerer Pflegebedürftigkeit wird jenen Personen Pflegegeld gewährt, die dauerhaft (mindestens für 6 Monate) ständige Pflege- und

Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen müssen. Damit gelingt es, die pflegebedingten Kosten zumindest teilweise abzudecken. Als zusätzliche Unterstützung existieren zahlreiche private Vereine zur stundenweise oder Rund-um-die-Uhr-Betreuung hilfsbedürftiger Menschen. Dabei können aber beträchtliche finanzielle Belastungen entstehen. Die hierfür notwendige Vereinsmitgliedsgebühr ist zwar gering, der zusätzliche Aufwand in Form von sogenannten Trinkgeldern, der Schaffung einer Schlafgelegenheit für die Pflegeperson, deren Verköstigung, des Ersatzes der Anfahrt und Heimreisekosten der meist in Osteuropa lebenden Pflegepersonen, können existenzbedrohend sein. Rechtlich bewegt sich diese Pflegeform am Rand der Legalität. Nach dem Fallbericht lehnten die Angehörigen die Heimkrankenpflege ohne Angabe von Gründen ab. Dies kann in einer angespannten Familiensituation liegen, wobei erfahrungsgemäß immer der Andere als Verursacher angegeben wird. Auch bei intakten Familienverhältnissen kann es berechtigte Gründe für die Ablehnung geben. Sei dies durch eine große räumliche Entfernung, beengte Wohnverhältnisse oder eine Berufstätigkeit, deren Änderung oder Aufgabe für die Pflegeperson existenzgefährdend wäre. Häufig bestehen Ängste, der Situation nicht gewachsen zu sein, Bedenken etwas falsch zu machen oder zu versagen und die Furcht, den Tod eines nahen Angehörigen miterleben zu müssen. Dafür stehen aber mit dem mobilen Hospiz Kräfte zur Verfügung, die Angehörige in medizinischen und pflegerischen Belangen unterstützen und anleiten. Derzeit werden in Österreich nach einer Statistik des Hilfswerkes 80% der Pflegeleistungen von pflegenden Angehörigen (55% durch Angehörige alleine und 25% durch Angehörige unter Mithilfe von mobilen Diensten) erbracht. Etwa 15% bedürfen der Pflege in einem Heim, die restlichen 5% betreffen sogenannte illegale Hilfsdienste. Falls eine Betreuung zu Hause, aus welchen Gründen auch immer, nicht möglich ist, bleibt nur die Aufnahme in einem staatlichen Geriatriezentrum oder in einem privaten Pflegehospiz. Die pflegebedürftige Person

muss selbst für die Kosten der Pflege und des Aufenthaltes aufkommen, dafür aber maximal 80% des Gesamteinkommens (Rente und Pflegegeld) und des Vermögens (Sparguthaben und Liegenschaften) der Pflegeeinrichtung zur Verfügung stellen. Falls die Kosten damit nicht abgedeckt werden können, besteht bei Ehepaaren gegenseitige Unterhaltspflicht, und der Ehepartner ist zu einem einkommensunabhängigen Kostenersatz verpflichtet. Zusätzlich können in manchen Bundesländern die gesetzlichen Erben zu einem Kostenbeitrag herangezogen werden, in anderen Regionen sind die Angehörigen davon befreit. Im konkreten Fall lehnten die Angehörigen auch die Aufnahme in ein Pflegehospiz ohne Angabe von Gründen ab und beschwerten sich beim Patientenanwalt. Dieser Beschwerde konnten die Ärzte ohne Sorge entgegensehen. Der Gesundheitszustand der Patientin wurde verbessert und ihre Zustimmung zur Transferierung in ein Pflegeheim lag vor. Der Wille der Angehörigen ist in diesem Fall unerheblich.

Welche Verantwortung haben Verwandte gegenüber ihren kranken Angehörigen, wo und ab wann ist die Gesellschaft verpflichtet einzuspringen?

Die Pflege von Kranken durch Familienangehörige in der eigenen Umgebung ist wünschenswert und nach den Statistiken auch der Regelfall. Die Aufnahme in ein Pflegeheim wird von den Betroffenen als nicht attraktiv empfunden und als Endstation gesehen. Verwandte, insbesondere die Kinder, haben grundsätzlich die Pflicht, sich um ihre Angehörigen im Krankheitsfall oder im letzten Lebensabschnitt zu kümmern. Die Grenze liegt in der zumutbaren körperlichen, psychischen und finanziellen Belastungsfähigkeit der Verwandten. Das Pflegegeld schafft für letzteres Erleichterung, führt aber des öfteren zu einem gegenteiligen Effekt, wenn die Angehörigen auf das Pflegegeld als Familieneinkommen angewiesen sind. In solchen Fällen verweigern diese eine stationäre Behandlung oder fordern die baldige Entlassung ihres Pfleglings. Die Gesellschaft hat dort einzuspringen, wo Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihre Ange-

legenheiten selbst zu regeln und die Verpflichtung für eine menschenwürdige letzte Lebensphase zu sorgen. Diese Pflicht kann nicht auf eine Krankenhausverwaltung abgewälzt werden. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim führt meistens zum Verlust des Vermögens, und die Verwandten sehen ihr Erbe gefährdet. Es liegt an den Angehörigen zu entscheiden, ob sie die Pflege übernehmen können oder möchten, oder ob das Vermögen für das Pflegeheim verbraucht wird. Es kann nicht Aufgabe des Staates sein, diese Kosten bei vorhandenen Eigenmitteln zu übernehmen. Es ist aber auch den Angehörigen nicht zumutbar, dass der Staat fehlende finanzielle Mittel bei ihnen eintreibt, weil auch sie ein Recht auf ein eigenständiges Leben haben. Die Angehörigen müssen es mit ihrem Gewissen vereinbaren, wenn z.B. die Mutter unglücklich in einem Pflegeheim untergebracht ist, aber eigene finanzielle Mittel vorhanden wären, das Leben zu Hause mit pflegerischer Unterstützung zu ermöglichen.

Dr. med. Wilhelm Streinzer
Facharzt für HNO-Heilkunde, Allgemein beeideter
und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger
Krankenhaus St. Elisabeth
Landstraßer Hauptstraße 4a, A-1030 Wien
Wilhelm.Streinzer@inode.at

Stefan Kudlacek

Kommentar zum Fall II

Eine ältere Patientin mit zunehmendem Gewichtsverlust und Schwäche wurde zur weiteren diagnostischen Abklärung an einer medizinischen Fachabteilung stationär aufgenommen. Die Ursache für die permanente Verschlechterung des Gesundheitszustandes war ein Ösophaguskarzinom, wegen des ausgedehnten Befundes wurde die Engstelle mit einem Stent versorgt, um zumindest vorübergehend die Speisepassage wiederherzustellen. Der Allgemeinzustand konnte rasch gebessert werden, und über die Möglichkeiten einer Betreuung in häuslicher Pflege wurde gesprochen. Ab diesem Zeitpunkt war ein weiterer Spitalsaufenthalt nicht mehr erforderlich, rein palliative Maßnahmen standen im Vordergrund. Mit der Patientin und ihren Angehörigen wurde die Zukunft besprochen, die von einer unterstützten Betreuung durch die Familie und zusätzliche Heimhilfen im eigenen Heim oder durch verschiedene Pflegeinstitutionen bis zum Hospiz geleistet werden könnte. Bei der Betreuung in der eigenen Wohnung kann auch das mobile Hospiz mit Schmerztherapie und regelmäßigen Gesprächen unterstützen.

Die Angehörigen lehnten die weitere Betreuung mit der Begründung einer zu aufwändigen Betreuung zu Hause ab. Demnach wurde die Patientin in einem Hospiz angemeldet und innerhalb von 10 Tagen waren 2 Termine zur Auswahl. Die Angehörigen waren mit der weiteren Betreuung im Hospiz auch nicht einverstanden und lehnten kategorisch ab und forderten eine weitere Betreuung im Spitalsbereich. Auch die Zusage, bei einer zukünftigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes wieder die Spitalsabteilung aufsuchen zu können, änderte nicht die Entscheidung der Angehörigen. Zuletzt wurde beim Patientenanwalt interveniert.

Die Problemanalyse:

- Wie kann die optimale poststationäre Betreuung eines Patienten organisiert werden?
- Welche Möglichkeiten stehen dafür zu Verfügung?
- Wie können die Wünsche der Beteiligten mit den Möglichkeiten adaptiert werden?
- Welche Verantwortung haben die Angehörigen gegenüber ihren Familienangehörigen?
- Welche Verantwortung hat die Institution des Spitals gegenüber den Patienten?
- Wie kann einer Überforderung von Angehörigen entgegengewirkt werden?
- Wie können Patienten und Angehörige von der Lösung überzeugt werden?
- Wie kann eine Krisenintervention aussehen?

Zunächst soll einem Patienten mit unheilbarer Erkrankung, absehbarem Lebensende und eingeschränkter Lebensqualität sicher die beste medizinische Versorgung, bestmögliche Pflege und soziale Unterstützung zukommen. Neben der Versorgung im Spital, wo die Diagnosestellung mit Prognose, die Therapie, notwendige Interventionen und professionelle Pflege durchgeführt werden, steht eine Vielfalt von poststationären Betreuungsmaßnahmen speziell für onkologische Patienten zur Verfügung. Besteht eine realistische Aussicht auf Verbesserung des Allgemeinzustandes, kann die Institution für stationäre Kurzzeitpflege bis 3 Monate die Betreuung übernehmen. Danach erfolgt die weitere Betreuung in der eigenen Wohnung mit Unterstützung durch Heimhilfen oder in einem Pflegeheim. Bei unkontrollierbaren Tumorschmerzen, zunehmendem körperlichen Verfall und mangelnder Unterstützung durch den Familienverband kann ein Hospiz in Anspruch genommen werden. Eine Liste von Anmeldungen und die oft erhebliche Wartezeit bei viel zu geringen Hospizplätzen erfor-

dern eine Selektion der Patienten.

Im speziellen Fall wurden zwei verschiedene Termine für eine weitere Betreuung im Hospiz in kürzester Zeit organisiert, der Patientin angeboten und mit den Familienangehörigen besprochen. Wiederholt waren die Angehörigen dagegen, bezeichneten die Vorgangsweise als „Abschieben“ und beschwerten sich beim Patientenanwalt. Eine Gegendarstellung wurde vom Abteilungsvorstand eingeholt.

Unzufriedenheit seitens Patient und/oder Angehöriger kann sich einstellen:

- durch unzureichende Versorgung durch Arzt und/oder Pflege
- durch eine nicht erfüllbare Erwartungshaltung
- durch Überforderung mit der Situation infolge der Krankheit
- durch Kommunikationsprobleme
- durch fehlendes Wissen über soziale Möglichkeiten
- durch Unkenntnis über die Grenzen der Spitalorganisation
- durch mangelndes Verantwortungsbewusstsein seitens der Angehörigen
- durch fehlende Akzeptanz von Realitäten wie Krankheit und Tod

Die Versorgung der Patientin mit Ösophaguskarzinom und die weitere Organisation der Betreuung können als bester Standard bezeichnet werden. Seitens der Patientin wurden keine Beschwerden vorgebracht. So bleibt die Frage, weshalb die Angehörigen ausschließlich den weiteren Spitalsaufenthalt forderten. Bei unterschiedlichen Ansichten von Arzt und Patienten oder deren Angehörigen sind die Möglichkeiten vielschichtig, und Kommunikationsdefizite münden in allgemeine Unzufriedenheit. Oft sind nahe Angehörige mit der Situation überfordert und klammern sich an den Spitalsbereich, um jederzeit die beste Hilfe für ihre kranken Verwandten zu erhalten.

Im Akutspital wird der Tagsatz verrechnet, während die Pflege durch Heimhilfen und auch der Aufenthalt im Pflegeheim direkt verrechnet

wird (Ausnahme: Asylierung und Übernahme der Kosten durch die Fürsorge). Da allein durch Pflegegeld der Aufwand nicht gedeckt wird, muss die Differenz durch Patienten oder deren Angehörigen getragen werden. Vielfach wird die Verlängerung des Spitalaufenthaltes aus rein finanziellen Gründen angestrebt, insbesondere dann, wenn eine Asylierung abgelehnt wird. Eine unnötig lange Liegedauer von Patienten im Akutspital ist aus wirtschaftlichen Gründen nicht vertretbar. Die Spitalsfinanzierung wird derzeit mit diagnosebezogenen LKF-Punkten durchgeführt, und die überlange Liegedauer bedeutet einen finanziellen Abgang für den Krankenhausträger. Weiters steht ein nicht genützter teurer, hoch technisierter Spitalsplatz anderen, genauso bedürftigen Patienten nicht zur Verfügung.

Zu Beginn des Spitalsaufenthaltes wird zwischen Krankenhausträger und Patient ein sogenannter Behandlungsvertrag abgeschlossen. Dieser Vertrag verpflichtet die sachgemäße medizinische und pflegerische Versorgung seitens des Spitals. Der Patient ist zur Befolgung der Anordnungen des Krankenanstaltenpersonals und zur Bezahlung der Gebühren verpflichtet. Die Anstaltsbedürftigkeit wird durch § 22 Abs 3 KAG (Krankenanstaltengesetz) geregelt. Unter anderem kann der zurechnungsfähige und eigenberechtigte Patient aus der Anstaltspflege entlassen werden, wenn er in eine andere Krankenanstalt überstellt werden will und die Aufnahme und Betreuung dort gesichert ist.

Da medizinisch und pflegerisch für die Patientin alles unternommen und auch noch Alternativen angedacht wurden, ist das Mögliche ausgeschöpft. Warum dennoch der Patientenanwalt eingeschaltet wurde, kann nur mit Mutmaßungen erklärt werden. War die Kommunikation unzureichend, die Einsicht der Angehörigen nicht gegeben oder lagen doch Missverständnisse über die Vielfalt und Leistungsfähigkeit von Institutionen im Gesundheitssystem vor?

Glücklicherweise sind die meisten persönlichen Katastrophen mit dem derzeitigen, für alle

verfügbaren Gesundheitssystem zu bewältigen. Nahezu immer sind Patienten und ihre Angehörigen nach einem guten Gespräch offen für weitere Maßnahmen und Alternativen. In diesem konkreten Falle schimmert allerdings durch, dass die Angehörigen eine ausreichende Kooperation vermissen ließen. Dies resultiert – wie die leidvolle Erfahrung lehrt – meist aus einem kritiklosen „Vertrauen“ auf den Sozialstaat, der „verpflichtet sei“, jegliche Unbill fernzuhalten, die durch das bedauernde Schicksal eines Familienmitglieds heraufbeschworen wird. Solche Sichtweisen der Angehörigen von Seiten der Ärzteschaft korrigieren oder auch nur diskutieren zu wollen, wird dann oft mit Unverständnis, ja Aggression beantwortet. In diesen Fällen kann (und soll) die Patientenanwaltschaft präventiv (und paradoxerweise) durch die Betreuer mit dem Problem befasst werden, sodass der Informationsfluss bereits vor der Klage der Angehörigen einsetzen kann. Solange aber – wie zu meist – Bereitschaft für eine Kooperation aller Beteiligten vorausgesetzt werden kann, wird bei der Problemlösung das Wohl des Patienten die höchste Priorität behalten und diese für alle zweifellos belastende Situation nicht durch Unstimmigkeiten überschattet werden.

Univ.-Doz. Dr. Stefan Kudlacek
Lehrkrankenhaus der Barmherzigen Brüder
Medizinische Abteilung
Große Mohrengasse 9, A-1020 Wien
abteilung.interne@bbwien.at