

Mind the Gap!

Wie wir die medizinische Versorgung von Bewohnenden in Langzeiteinrichtungen verbessern könnten

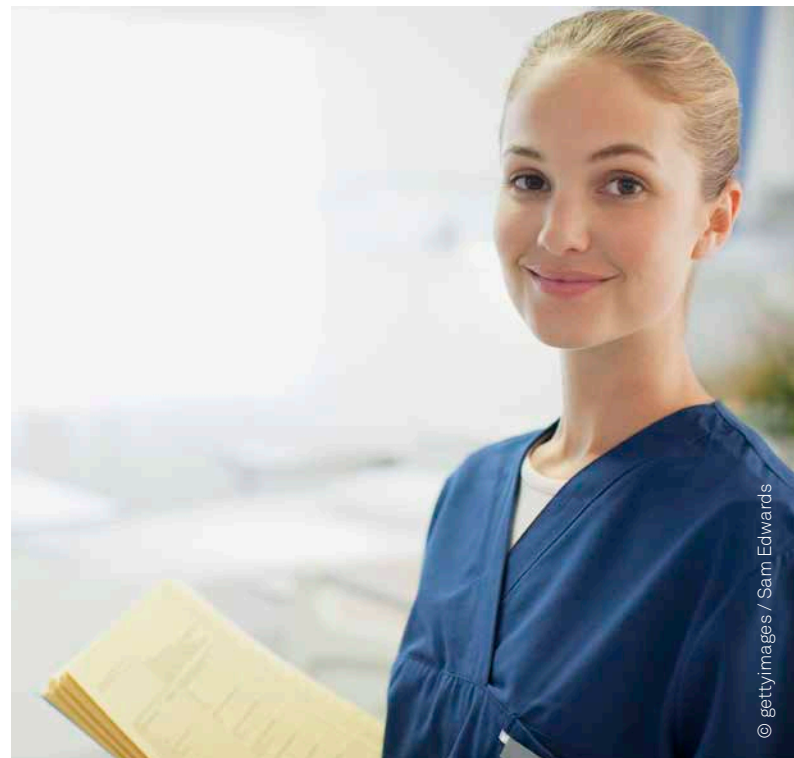
Ursula Klopstein-Bichsel

Seit einigen Jahren werden an den Schweizer Fachhochschulen und teils an Universitäten klinisch ausgerichtete Pflegefachpersonen ausgebildet. Immer mehr werden diese Advanced Practice Nurses (APN) in Alters- und Pflegeheimen eingesetzt. Sie helfen dabei, die drohenden medizinischen Versorgungslücken zu füllen und damit Komplikationen und Hospitalisationen bei multimorbiden Bewohnerinnen und Bewohnern zu reduzieren.

Viele Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen (APH) leben, weisen einen hohen Grad an Bedürftigkeit auf, oftmals mit Polymorbidität, progredienten kognitiven Einschränkungen und zunehmender Frailty vergesellschaftet (Hardwick, 2022; Reilev, 2019).

Frailty definiert sich als ein potenziell reversibler Gesundheitszustand, der charakterisiert ist durch eine verminderte physiologische Reserve in Form einer erhöhten Vulnerabilität für schwerwiegende Zwischenfälle und Komplikationen wie Stürze, Hospitalisationen und damit einhergehenden Einbussen an Lebensqualität und erhöhter Mortalität. Es wird geschätzt, dass die Prävalenz der von Frailty betroffenen Personen in APH bei über 50 % liegt (Liau et al., 2021).

Die damit zusammenhängende Polymorbidität bringt Einschränkungen in der Mobilität, der Alltagsbewältigung und damit in der Lebensqualität. Sie erhöht das Risiko einer Hospitalisation und Mortalität und führt oft zu einer Polypharmazie. Patientinnen und Patienten in APH erhalten durchschnittlich bis zu 12,8 Medikamenten pro Tag. Mit jedem zusätzlichen Medikament steigt auch das Risiko für Interaktionen und unerwünschte Nebenwirkungen, was die bereits bestehende Einschränkung der Lebensqualität und das Risiko von kritischen Zwischenfällen zusätzlich erhöht (Boudon, 2017). Eine Untersuchung zur Arzneimittelsicherheit in APH (Jaehde, 2012) ergab eine Inzidenz von acht unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) pro 100 Heimbewohner, die oft zu Hospitalisationen führen. Die meisten UAE entstehen durch Medikamente zur Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen



© gettyimages / Sam Edwards

und Psychopharmaka, besonders durch Antikoagulantien. Viele dieser UAE wären potenziell vermeidbar.

Laut Marengoni et al. (2021) erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Übertritts in ein APH vor allem bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen und kognitiven Einschränkungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Anämien, metabolischen Störungen, Schlafstörungen, Sensibilitätsstörungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und gastrointestinalen Problemen.

Auch vorgängige Hospitalisationen, zum Beispiel aufgrund sturzbedingter Verletzungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, des Atmungssystems oder des Verdauungssystems und psychische Störungen erhöhen dieses Risiko (Reilev et al., 2011).

Das Team in den APH muss somit die Verantwortung übernehmen für Menschen mit ausserordentlich komplexen Krankheitsbildern und Polymorbidität, bei denen immer auch mit einer Polymedikation zu rechnen ist. Die Risikosituationen, die sich daraus ergeben, können vielfältig sein, wie das Auftreten von Delir, Stürzen, Infekten oder kardialen Dekompensationen.

Dieser Umstand verschärft sich durch einen aktuell sich zuspitzenden Fachkräftemangel, sowohl im Bereich der Pflege wie auch der heimärztlichen Fachpersonen. In den letzten zwei Jahre hat sich dieser Mangel im gesamten Gesundheitswesen zugespitzt, betrifft aber Langzeitpflegeeinrichtungen besonders stark. Der Mangel an ärztlichen Fachpersonen in der Grundversorgung – und damit auch im Heimbereich – wird von Jahr zu Jahr evidenter, wie eindringlich gemahnt wird (Hostettler & Kraft, 2021). Diese Dynamik lässt Zweifel daran entstehen, in welchem Umfang die von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Angehörigen wie auch Fachorganisationen geforderte Qualität in Zukunft sichergestellt werden kann. Es wird befürchtet, dass die aktuellen Herausforderungen die Frustration und Erschöpfung von Fachkräften in den APH verstärken und den Fachkräftemangel zusätzlich beschleunigen.

Wie lässt sich Qualität der Gesundheitsversorgung in APH definieren?

Die National Academies of Sciences US schlägt folgende Definition vor: „Eine qualitativ hochwertige Pflege in einem Pflegeheim bietet ein Umfeld, das die Lebensqualität fördert und den medizinischen, verhaltensbezogenen und sozialen Bedürfnissen der Bewohner entspricht; die Werte und Vorlieben der Bewohner widerspiegeln, Autonomie fördert und die Risiken minimiert, um die Sicherheit der Bewohner zu gewährleisten.“

Die dafür notwendige Pflegequalität wird folgendermassen umschrieben: „Sie ist umfassend, personenzentriert und fair, die Gesundheit, die Lebensqualität und Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner im APH gewährleistet, die Selbständigkeit fördernd und Risiken berücksichtigend.“

Fallbeispiel

Wenn diese Qualität fehlt, kann es zu fatalen Kaskaden von widrigen Umständen kommen, die sich gegenseitig verstärken. Dies belegt die Leidensgeschichte einer 86-jährigen Frau (Beispiel anonymisiert, im Einverständnis der Patientin und ihrer Angehörigen publiziert):

Frau S. lebte bereits seit zwei Jahren infolge einer dementiellen Entwicklung, Herzinsuffizienz und Gonarthrose sowie angstbetonten, depressiven Episoden im APH, als sie stürzte und danach über heftige Rückenschmerzen mit Bewegungseinschränkungen klagte. Neurologisch zeigten sich keine Ausfälle, der zugezogene Heimarzt ging von einer Prellung aus und verordnete ein NSAR (nicht steroidales Schmerzmittel) zur Analgesie zusammen mit einem magenschonenden Mittel.

Die Schmerzen besserten sich nicht. Frau S., die sich eigentlich sehr gerne bewegt, konnte nur noch sitzen und liegen, aber auch das nur mit Schmerzen. Dazu kam nun

eine pandemiebedingte Isolation, weil im Heim eine hohe Zahl an Bewohnerinnen und Bewohnern an SARS-CoV-2 erkrankt waren. Die Angehörigen konnten aufgrund des Besuchsverbotes nur noch telefonisch mit ihr in Kontakt treten.

Mit der Zeit zeigte sie eine deutliche Appetitverminderung und Frau S. äusserte zunehmende Übelkeit. Trotz lokaler Druckdolenz im Lendenbereich und starken Schmerzen wurde erst zwei Wochen nach dem Sturz auf Druck der Angehörigen eine Bildgebung veranlasst, die nun eine Fraktur der Lendenwirbel zeigte und die Schmerzpersistenz zu erklären vermochte. Darauf wurde eine dermale Opiattherapie installiert. Die Schmerzen waren nun deutlich besser kontrolliert, die Übelkeit und Appetitlosigkeit nahm aber weiter zu.

Frau S. äusserte nun den Angehörigen gegenüber zunehmende Dyspnoe, die als „psychisch bedingt“ interpretiert wurde. Dazu entwickelte sich ein Mundsoor, der die Dysphagie verstärkte, was erst im Nachhinein klar wurde. Sie ass und trank demzufolge immer weniger und wurde zunehmend desorientiert, unruhig und verwirrt. Die Pflegenden hatten kaum Zeit für sie und realisierten den sich nun rapid verschlechternden Zustand nicht.

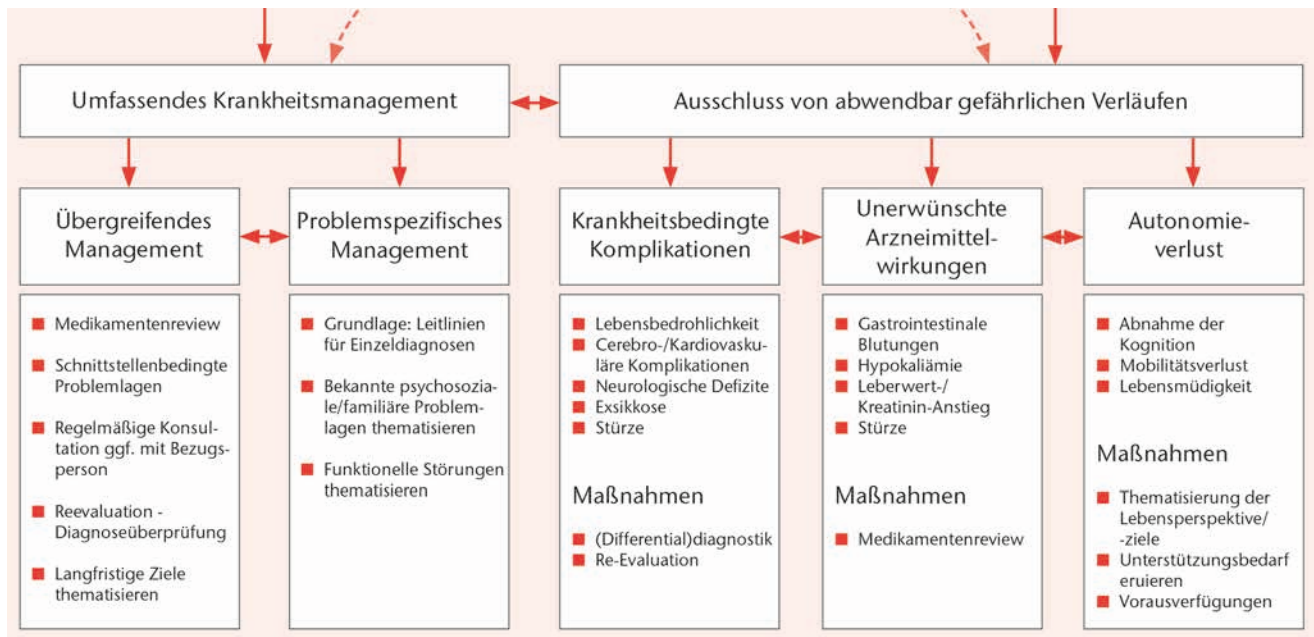
Nach einer weiteren Woche eskalierte die Situation. Die Patientin klagte über starke Atemnot und begann, aus Nase und Mund zu bluten. Der erst jetzt alarmierte Heimarzt hospitalisierte Frau S. nun unverzüglich. Sie trat in einem dehydrierten Zustand, mit delirantem Zustandsbild, dekompensierter Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und schwer entglittener Antikoagulation und daraus folgender Anämie ins nächstgelegene Spital ein.

Wie kam es zu diesem schweren Verlauf?

Typisch für einen solchen Verlauf ist der initiale Sturz, der zu einer Aggravation der bereits vorbestehenden Polymorbidität und Polypharmazie führte (Schlee & Freiburger, 2016). Folgende Faktoren haben sich dann gegenseitig ungünstig beeinflusst:

- *Dehydration* und *Malnutrition* durch *Schmerz*, *Isolation* und *Medikamente* (Analgesie und hochdosiertem PPI) sowie einer Soorinfektion im Rachenraum
- *Delir* durch multiple Risikofaktoren wie durch *Malnutrition* bedingte metabolische Entgleisung, *Polypharmazie*, *Stress* durch *Schmerz* und *Isolation*, *Anämie* und die vorbestehende dementielle Erkrankung
- Entgleisung der Blutgerinnung durch *Malnutrition* bei vorbestehender Antikoagulation und *Niereninsuffizienz*
- *Depressive Entgleisung* infolge *Erschöpfung*, *Stress*, *Schmerzen* und *Isolation*.

Offenbar wurde aus obengenannten Gründen unterlassen, eine regelmässige klinische Evaluation durchzuführen, sowohl des körperlichen wie mentalen Zustandes, der laborchemischen Parameter und des Medikamentenmanagements. Dies hätte durch rechtzeitigen Beizug des Hausarztes und kontinuierliche Information von Seiten der zuständigen Pflegefachperson erfolgen müssen. Auch



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (2017). Multimorbidität. Version 1. AWMF-Registernr. 053-047. Verfügbar unter www.degam.de

wurden keine Assessments durchgeführt, die Informationen zum Sturzrisiko, zum Schmerz oder zum Vorhandensein eines Delirs hätten geben können.

Laut Leitlinien zur Multimorbidität (2017) sollte die Versorgung von diesen Patientinnen und Patienten auf einem ganzheitlichen Verständnis beruhen, d.h. das Erfassen der Zusammenhänge miteinschliessen, das individuelle, patientenzentrierte Anpassungen ermöglicht. Einen Teil des Behandlungs-Algorithmus dieser Leitlinien bildet das umfassende Krankheitsmanagement und der Ausschluss von abwendbaren, gefährlichen Verläufen (s. Abb.).

Da Bewohnende eines APH in der Regel nicht selbstständig ärztliche Hilfe aufsuchen können, sind sie auf eine Zuweisung durch die Pflegefachperson angewiesen. Erfolgt dies nicht, kann es für die betroffene Person gravierende gesundheitliche Folgen haben. Das bedeutet, dass Heime als Teil ihres gesetzlichen Versorgungsauftrags sicherstellen müssen, dass Pflegefachpersonen über die notwendigen Kompetenzen verfügen, klinische Veränderungen, kritische Situationen und Komplikationen rechtzeitig zu erfassen und weiterzuleiten.

Was können wir tun?

Seit einigen Jahren werden in der Schweiz in den Masterstudiengängen klinisch ausgerichtete Fachpersonen ausgebildet, Advanced Practice Nurses (APN), auch Nurse Practitioner, genannt und unterdessen immer verbreiteter in APH eingesetzt. Weltweit gibt es gute Daten, die die Effektivität dieser Berufsgruppe bezüglich der Reduktion von Komplikationen und Hospitalisationen bei multimorbiden Patientinnen und Patienten belegen. Donal et al.

(2013) zeigen in ihrer Review eindrücklich, dass der Einsatz von APN in Langzeiteinrichtungen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bewohnerinnen und Bewohner führt. Um dieses Ziel zu erreichen, werden ANP für die Teamschulung und Weiterbildung zu klinischen Assessments beigezogen, was nachweislich die Erfassung kritischer Situationen bei Bewohnenden verbessert sowie die Komplikationsraten reduziert.

APN könnten in Delegation von ärztlichen Fachpersonen und gemäss ihren Kompetenzen nach Hamric (Spirig, 2012) klinische Aufgaben wie Anamneseerhebung, körperliche Untersuchungen sowie klinische Einschätzungen durchführen und danach entsprechende Schritte planen oder sogar einleiten. Auch können sie, wie im Fallbeispiel gefordert, standardisierte Assessments vorschlagen, planen, durchführen und auswerten.

So screenen sie z.B. Medikamentenlisten spezifisch auf Polypharmazie, Interaktionen und Unverträglichkeiten, schlagen eine altersangepasste Medikation vor und formulieren Vorschläge zu deren Optimierung in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Team.

Daneben ist es unerlässlich, dass diplomierte Pflegefachpersonen geschult werden, einschlägige klinische Untersuchungstechniken zur umfassenderen Einschätzung des gesundheitlichen Zustands von Bewohnenden im Heim auch anzuwenden, um Komplikationen, unnötiges Leiden und nicht notwendige Hospitalisationen zu vermeiden (Dirk et al., 2019). Unterdessen werden diese Fertigkeiten an den Schweizerischen Fachhochschulen im Rahmen des sog. klinischen Assessments theoretisch und praktisch unterrichtet.

Durch die Etablierung solcher pflegerischer Kompetenzen bleibt zu hoffen, dass bei den Betroffenen eine zeitnahe Stabilisierung der Gesundheitsversorgung möglich

wird, die unnötiges Leiden und Kosten erspart, die Zufriedenheit und Lebensqualität der Betroffenen fördert, aber auch die Freude an der spannenden, anspruchsvollen Arbeit von Pflegefachpersonen an der Langzeitpflege erhöht, die dadurch in ihrer Bedeutung und Wertschöpfung für unsere Gesellschaft in den Vordergrund rücken kann (Gesundheitsförderung Schweiz, 2020).

Literatur

- Boudon, A., Riat, F., Rassam-Hasso, Y. & Lang, P. O. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. *Swiss medica Forum*, 17(13), 306–312.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (2017). *Multimorbidität*. Version 1. AWMF-Registernr. 053–047. Verfügbar unter www.degam.de
- Dirk, K., Rachor, G. S. & Knopp-Sihota, J. A. (2019). Pain Assessment for Nursing Home Residents: A Systematic Review Protocol. *Nursing Research*, 68(4), 324–328.
- Donald, F. et al. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148–61.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2020). *Fachkräfte-Erhalt in der Langzeitpflege – Ansätze zur Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen*. Arbeitspapier 51. Abgerufen am 17. Juni 2022 unter https://friendlyworkspace.ch/fileadmin/friendlyworkspace_ch/public/downloads/jsa/AP_51_Fachkraefteerhalt_Langzeitpflege_de_web.pdf
- Hardwick, N., Marriott, J., Mason, K. & Steinbrecher, M. (2022). Human Rights and Systemic Wrongs. *Journal of Human Rights Practice*. <https://doi.org/10.1093/jhuman/huab050>
- Hostettler, St. & Kraft, E. (2021). FMH-Ärzttestatistik 2020 – die Schweiz im Ländervergleich. *Schweizerische Ärztezeitung*, 102(12), 417–422.
- Jaehde, U. & Thürmann, P. A. (2012). Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFQ)*, 106, 712–716.
- Liau, J. S., Lalic, S., Visvanathan, R., Dowd L. A. & Bell, J. S. (2021). The FRAIL-NH Scale: Systematic Review of the Use, Validity and Adaptations for Frailty Screening in Nursing Homes. *J Nutr Health Aging*, 25(10), 1205–1216.
- Marengoni, A. et al. (2021). Multimorbidity Patterns and 6-Year Risk of Institutionalization in Older Persons: The Role of Social Formal and Informal Care. *JAMDA*, 22, 2184–2189.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2022). *The National Imperative to Improve Nursing Home Quality: Honoring Our Commitment to Residents, Families, and Staff*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Reilev, M. et al. (2019). Morbidity and mortality among older people admitted to nursing home. *Age and Ageing*, 49, 67–73.
- Schlee, S. & Freiberger, E. (2016). Der Anfang vom Ende? Sturz im Alter und seine Folgen. *Der Allgemeinarzt*, 38(6), 14–18.
- Spirig, R. (2012). Nurse Practitioner, Medizinische Praxis Koordinatorin – oder Best Practice für Patienten? *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(8), 295–297.



Dr. Ursula Klopffstein-Bichsel, Dozentin an der Berner Fachhochschule Gesundheit, Fachbereich Pflege

ursula.klopffstein@bfh.ch