

Zusammenarbeit mit Hausärzten

Ein Erfahrungsbericht aus der Palliativarbeit



DDr. Heinz-Peter Ebermann
DGKP Gabriele Mangl
Dr. Thomas Schmitt

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1. 1 Vorwort	2
1. 2 Gender	4
2. Hypothese und Ziel	4
3. Methodik	5
4. Material	6
5. Hauptteil	9
5. 1 IST – Situation	9
5. 2 Datensammlung / Ergebnisse	10
5. 3 Evaluierung	16
6. Schlussfolgerungen	22
7. Literaturliste	24
8. Anhang	25
8. 1 Informationsblatt für Hausärzte	25
8. 2 Leitfaden für Gesprächsführung	27

1. Einleitung

1.1 Vorwort

Eine Voraussetzung von Palliative Care ist eine gelungene Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen, Institutionen und Ehrenamtlichen. Ausgang für unsere Arbeit ist einerseits unsere persönliche Erfahrung und anderseits der allgemeine Tenor, dass es hier ein Verbesserungspotential in der Kommunikation an diversen Schnittstellen gibt.

Die Schnittstellenproblematik auf den verschiedenen Ebenen, intramural – extramural, wird von vielen Beteiligten als nicht optimal bezeichnet und es gibt immer wieder Forderungen und Vorschläge zur Verbesserung dazu.

Was fehlt für eine gelungene Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten und deren Angehörigen? Was für Bedürfnisse hat jeder einzelne professionelle Begleiter in der Betreuung? Die meisten Arbeiten erkunden meist sehr genau die Bedürfnisse der Betroffenen und deren Angehörigen, und wo bleiben die der Betreuenden, in unserem Fall speziell die der Hausärzte. Fehlt wirklich nur das Gespräch miteinander oder doch mehr? Sind es Missverständnisse, fehlendes Verständnis für die jeweilige Situation des Anderen und dadurch auch wenig gegenseitige Toleranz und Akzeptanz. Oder sind es einfach fehlende Zeitressourcen für eine eingehendere Auseinandersetzung mit der Thematik? Diese Fragen waren Ausgangspunkt für unsere Projektarbeit und wir schauten uns eine besondere Schnittstelle und ihre Problematik an, nämlich die Zusammenarbeit zwischen Ärzten im niedergelassenen Bereich und mobilen Palliativteams.

Der Hausarzt ist eine wichtige Ressource und zentrale Schnittstelle von Menschen mit weit fortgeschrittener und unheilbarer Erkrankung. Die letzte Zeit ihres Lebens verbringen diese Menschen überwiegend zu Hause. Die medizinische Betreuung erfolgt dort hauptsächlich durch den Hausarzt.

Die interprofessionelle Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen bedingt, dass Hausarzt und Palliativteam in einem gemeinschaftlichen, koordinierten, kontinuierlichen und transparenten Prozess miteinander kooperieren. Ausmaß und Umfang der Kooperation sind von Patient, Angehörigen und Akzeptanz bzw. Leistungsspektrum der beteiligten Gesundheitseinrichtungen abhängig. (vgl. Weixler 2006, S.1)

Eine Kernaufgabe für die Palliativteams ist die Vernetzung aller vorhandenen Ressourcen für eine optimale Betreuung und Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen. (vgl. Konzept NÖ, S. 13) Der Zusammenarbeit mit der zuweisenden Ärzteschaft und insbesondere auch den Ärztenetzwerken wird dabei eine hohe Priorität eingeräumt. Ebenso soll dadurch eine Kontinuität bei der Versorgung im Bereich der Schnittstelle intra- und extramural gewährleistet werden. (vgl. Patientencharta, Artikel 5)

Wir sind eine interdisziplinäre Gruppe, die sich im jeweiligen Arbeitsumfeld aktiv um Transparenz der Palliativen Bewegung bemüht. So entstand die Idee zu unserer Projektarbeit:

DDr. Ebermann Heinz-Peter, Mobiles Palliativteam (MPT) LPH Tulln

Als ärztlicher Mitarbeiter in einem mobilen Palliativteam ist es mir einerseits ein Anliegen, als Partner der Hausärzte meinen Teil beitragen zu können, Patienten und Angehörige daheim zu betreuen, andererseits daran mitzuwirken, dass der Wille des Patienten für jeden absolute Priorität hat und zu respektieren ist.

DGKP Mangl Gabriele, Palliativteam (PKD/MPT) LK St. Pölten

„Das Arbeiten im Pflegebereich bedeutet für mich, Patientenbetreuung immer mit ganzheitlichen Gesichtspunkten und immer im Kontext mit den Angehörigen und allen an der Betreuung Beteiligten zu sehen. Als Mitarbeiterin eines Palliativteams möchte ich mit dieser Projektarbeit meinen Beitrag leisten, den Palliativen Tätigkeitsbereich für alle, hier aber speziell in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, transparenter zu machen.“

Dr. Schmitt Thomas, Mobiles Palliativteam (MPT) der Caritas Stockerau/Korneuburg

Als Palliativarzt erlebe ich immer wieder scheinbar unlösbare Situationen und immer wieder erlebe ich das „kleine Wunder“, wie durch miteinander reden, durch ausreichend Information eine Tür aufgeht. Diese Begegnungen sind für mich die Basis einer gelungenen Zusammenarbeit.

1. 2 Gender

Bei Personenbezeichnungen wird aufgrund der besseren Lesbarkeit meist die männliche Form verwendet. Die Bezeichnungen sind als geschlechtsneutral zu verstehen.

Originaltexte sind unter Anführungszeichen gesetzt. Der Literaturhinweis ist am Ende in Klammer angeführt. Auszüge sind ebenfalls am Ende mit einem Literaturhinweis in Klammer versehen, jedoch ohne Anführungszeichen gekennzeichnet.

2. Hypothese und Ziel

Hypothese

Ein regelmäßig stattfindender Informationsfluss fördert spürbar die Zusammenarbeit. Diese Zusammenarbeit ist noch spürbarer erleichtert, wenn ein persönlicher Kontakt vorhanden ist.

Ziel

Ziel sollte daher sein, nicht nur regelmäßig zu informieren, sondern auch einen persönlichen Kontakt zu suchen.

In unserer Situation ist der Kontakt zwischen den Hausärzten und den mobilen Palliativteams der jeweiligen Region aktiv durch die mobilen Teams zu fördern. Dies erfolgt durch 2 Schritte, die sich gegenseitig ergänzen:

- a) das Erstellen eines Infoblattes speziell für Hausärzte
- b) Kontakt in Form eines persönlichen Gespräches zwischen MPT / PKD und Hausarzt

3. Methodik

Ausgangspunkt für unsere Arbeit war eine Analyse der **IST – Situation** in den von uns betreuten 3 Regionen. Da wir in 2 Regionen als Teams schon auf eine Jahre lange Erfahrung schauen konnten, waren es in erster Linie unsere persönlichen Erfahrungen.

Aufgrund dieser Situation war unser nächster Schritt, in der Literatur zu forschen nach einschlägigen Schriften zum Thema **Gesprächsführung und Kommunikation**, bzw. **Vernetzung mit Hausärzten**.

Die Datensammlung erfolgte durch **Kontaktgespräche mit den Hausärzten**.

Es wurden dafür Erfahrungen im persönlichen Arbeitsumfeld verwendet, welche in unterschiedlichen Zeiträumen anhand der erarbeiteten Kriterien betrachtet wurden.

Im Ausmaß von 4 Monaten bis zu einem Jahr wurden die Kontakte mit den Hausärzten analysiert, begonnen beim Start des jeweiligen Teams, oder im Laufe mehrjähriger Tätigkeit wurde ein Zeitrahmen verwendet.

Um die Informationen bestmöglich und nachhaltig weitergeben zu können, wurde als Hilfsmittel ein **Informationsblatt** für Hausärzte dazu erarbeitet.

Danach sind die **Kriterien** für die Datensammlung und deren Auswertung festgelegt worden.

Wobei Geschlecht, Alter, Kooperationsbereitschaft und deren Entwicklung sowie einige so genannte „Reizwörter“ uns als wesentlich erschienen.

Eine qualitative Evaluierung ist aus Zeitgründen bis zur Fertigstellung der Projektarbeit nicht möglich. Darum soll der Abschluss eine **qualitative Evaluierung** sein.

Die daraus entstandene Arbeit soll einen Informationscharakter in Bezug auf die derzeitige Situation bei komplexen Betreuungen von Palliativpatienten darstellen. Ebenso sollen damit Möglichkeiten aufgezeigt werden, wodurch eine Verbesserung bzw. Erleichterung in mancher angespannten Situation entstehen kann.

4. Material

Literatur: siehe 6. Literaturliste

In den Recherchen zeigt sich immer wieder, dass oberste Priorität bei dieser Thematik der bestmöglichen Kommunikation in der jeweiligen Situation zukommt. (zdnet.de/itmanager, de.wiki/Kommunikation)

Eine große Herausforderung ist dabei die Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen, wobei der direkte Kontakt telefonisch oder noch besser persönlich, sich immer noch als der beste bzw. effizienteste erweist. (Mettnitzer 2008, Müller T. 2004, Weixler 2006)

Eine einschlägige Literatur zu den Hausärzten im Palliativbereich ist im deutschsprachigen Raum sehr spärlich vorhanden. Ergebnisse aus dem englischen Sprachraum zeigen sehr wohl Parallelen zu uns, trotz der unterschiedlichen Gesundheitssysteme. (Weixler 2006, Schindler 2003, Ensink 1999, Aulbert 2007)

Ein Zugang zur Kommunikation mit Hausärzten war die Schulung von Pharmareferenten. Hier geht es vergleichend ebenfalls darum, zu einem Miteinander zu kommen, eine Gesprächsbasis zu finden und um Informationsaustausch. In der Literatur zeigt sich, dass es Ziel eines Pharmareferenten ist, innerhalb kürzester Zeit einen Kontakt herzustellen und dies dann kontinuierlich auszubauen. Ziel ist es auch, sehr klar zu kommunizieren, dass beide Seiten davon profitieren. Basis dafür ist der persönliche Kontakt mit einem gewissen Maß an privaten Kennen lernen. (Eva-Maria Westermann: Hausarzt auf Kommunikationsdiät; Erhard P. Geisler: Ambition, Kommunikation, Qualifikation; Kommunikationstraining für Pharmareferenten; Bernhard Bartsch: Beziehungs- und ergebnisorientierte Kommunikation; Pharmareferententraining)

Im Pflegebereich gibt es sehr allgemein formulierte Aufgabenbereiche für ambulante Teams in der Grundversorgung und spezielle Anforderungen für den Palliativbereich. (Kieschnick 2000, Krilla 2000, ÖBIG Konzept 2003)

Hilfsmittel:

- Erarbeitet wurde ein „**Leitfaden zur Gesprächsführung**“, siehe Anhang 8.2. Speziell bei Erstkontakten soll der Inhalt dazu beitragen, eine gute Gesprächsbasis zu schaffen. (Sollak, 2008) Meist erfolgen diese Gespräche ja telefonisch, wobei zusätzliche Regeln zu beachten sind. Denn „wer das Ohr beleidigt, dringt nicht zur Seele vor“. (Quintilian, röm. Sprachlehrer) „Der Verzicht auf Lehre und Belehrendes im Auftakt menschlicher Begegnung, wohin immer sie sich dann auch entwickeln mag, ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass der eine dem anderen Raum gibt und ein Mitteilen möglich wird.“ (Mettnitzer 2008, S.88,98) Eine gute Vorbereitung und Einstimmung auf das Bevorstehende ist wesentlich für den gewünschten Erfolg. Sich einzustellen auf das Unerwartete kann dazu beitragen, dass man nicht wortlos wird. Auf Einwände positiv reagieren. In kurzen Inhalten soll das Wesentliche verpackt sein. Nach der Vorstellung soll der Grund der Kontaktaufnahme vorgebracht werden. Auf persönliche Erfahrungen des Hausarztes soll sehr geachtet werden. Die Darstellung unseres Angebotes und des Nutzens für den anderen, sowie das gemeinsame Ziel soll klar erfolgen.
- **Informationsblatt** über Palliative Care **für Hausärzte** – siehe Anhang 8.1 Diese Information in Form von 2 Seiten DIN A 4 kann mit dem vorhandenen Folder des Teams an den Hausarzt übergeben werden. In kurzen Sätzen wird darauf eingegangen, für welche Patienten und ab wann unser Angebot gilt. Welche Leistungen wir dabei anbieten, ind. des finanziellen Aspektes. Ebenso wird speziell darauf eingegangen, wie eine Zusammenarbeit gestaltet werden kann.
- **Kriterien für die Auswertung** der Kontakte und deren graphische Darstellung – siehe 5.1,5.2.
Berücksichtigt wurde dabei das Verhältnis von *männlichen und weiblichen* Hausärzten und deren grundsätzlich positive oder negative Einstellung zu Palliative Care. Eingeteilt werden diese in *vier Altersgruppen* (<40, 40-50,50-60,>60). Ebenso erfasst wird die Art des *Erstkontaktes*, ob persönlich oder telefonisch.

Weiters wird die Reaktion auf so genannte *Reizwörter* erkundet und die Kooperationsbereitschaft, bzw. deren Entwicklung während der Zusammenarbeit. Als Reizwörter sind ausgewählt:

- Brückenfunktion
- Aufklärung
- Verantwortung
- gemeinsamer Patient
- Erfahrung mit Palliativpatienten

Diese Reizwörter sollen bei den Kontakten entweder direkt angesprochen werden oder es ergibt sich eine eindeutige Zuordnung durch die Zusammenarbeit.

5. Hauptteil

5.1 IST – Situation:

Eine Entlassung aus dem Krankenhaus ist für Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung und seinen Angehörigen oft ein Zeitpunkt, wo sich vieles ändert. Die gesamte Versorgungsstruktur muss unter neuen Gesichtspunkten aufgebaut werden. Die betreuenden Personen sind, wenn überhaupt vorhanden, neue Gesichter. Eine Vertrauensbasis soll erst wieder entstehen. Dieses Miteinander-vertraut-werden kann auch nur durch eine bedingungslose Offenheit in der menschlichen Begegnung entstehen. Darin liegt auch die einzige Möglichkeit einem Menschen und seiner Not gerecht zu werden. (Mettnitzer 2008, S.93,94) Es gibt keine übergreifende Logistik, keine oder nur eine minimale überleitende Kommunikation, die Zuständigkeiten für Medikamente und Hilfsmittel im niedergelassenen Bereich sind anders und häufig kompliziert. Nach wie vor liegt die Hauptlast im Entlassungsmanagement beim Patienten und den Angehörigen. Diese oft schwer überschaubare Situation, versetzt mit vielen bürokratischen Hürden, ist eine gewachsene Gegebenheit – ohne einen Schuldigen, aber mit vielen Beteiligten. Das Personal in den stationären Einrichtungen ist mit den Anforderungen vor Ort mehr als ausgelastet, und der Auftrag ist bzw. die Ressourcen sind nicht darüber hinaus ausgerichtet. Die Folge ist nicht selten eine Verlängerung des stationären Aufenthaltes oder eine Wiederaufnahme durch die Überforderung der pflegenden Angehörigen. Nicht nur die Betroffenen und deren Familie, sondern auch die sozialmedizinischen Dienste incl. der Hausärzte sehen oft mangels Zeit und Alternativen nur den Weg ins Krankenhaus. In diesen oft sehr komplexen Betreuungssituationen fehlt ein Ansprechpartner für alle auftretenden Fragen und Probleme.

Das Tätigkeitsprofil von Palliativ Konsiliardienst - PKD / Mobiles Palliativteam - MPT ist unter anderem exakt auf diese grenzüberschreitenden Aufgaben zugeschnitten, einerseits um eine Kontinuität in der ganzheitlichen Versorgung zu wahren, aber auch um eine Stütze zu sein für alle an der Betreuung Beteiligten. Ein Konzept zur flächendeckenden Versorgung ist in Niederösterreich in der Umsetzungsphase. Bis 2012 soll diese laut Plan abgeschlossen sein. (Hospiz- und Palliativkonzept für NÖ, 2005 S.17)

5.2 Datensammlung und Ergebnisse

Patienten in einer palliativen Situation, d.h. im weit fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Erkrankung, machen nur eine Minderzahl der von einem Allgemeinmediziner betreuten Patienten aus. Pro Jahr behandelt ein Hausarzt 1-6 Patienten in einem palliativen setting (Kanada 1, Deutschland 3, Australien 5-6, Großbritannien 5,5). (Weixler, 2006 S.14) Aufgrund dieser kleinen Fallzahlen ist es bereits schwierig, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um es Schwerstkranken und Sterbenden zu ermöglichen, daheim zu bleiben.

Dazu ist der Zeitmangel für den Hausarzt oft das größte Hindernis für eine palliative Betreuung im häuslichen Bereich.

Für die Realisierung dieser Vorhaben sind grundsätzlich drei Voraussetzungen notwendig:

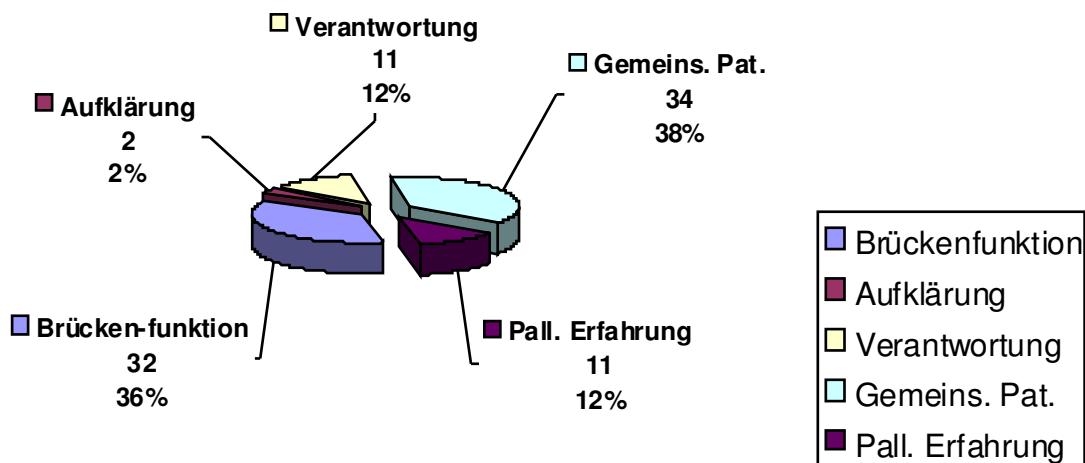
1. Allgemeinmediziner mit Kenntnissen und Fertigkeiten in Palliative Care, der auch bereit ist, nach Ende seiner offiziellen Ordinationszeiten für einen Patienten da zu sein.
2. Palliative Care – Expertenteam, das mit dem Allgemeinmediziner kooperiert.
3. Stationäre Einrichtung, welche zur Verfügung steht, wenn akute Veränderungen im Zustand des Patienten auftreten oder wenn sich Angehörige erholen müssen.

(Weixler,2006 S.15)

In unserer Datensammlung wurden die Erlebnisse von Kontakten mit 51 Hausärzten zusammengefasst. Vorwiegend war ein gemeinsam betreuter Patient Anlass zur Kontaktaufnahme.

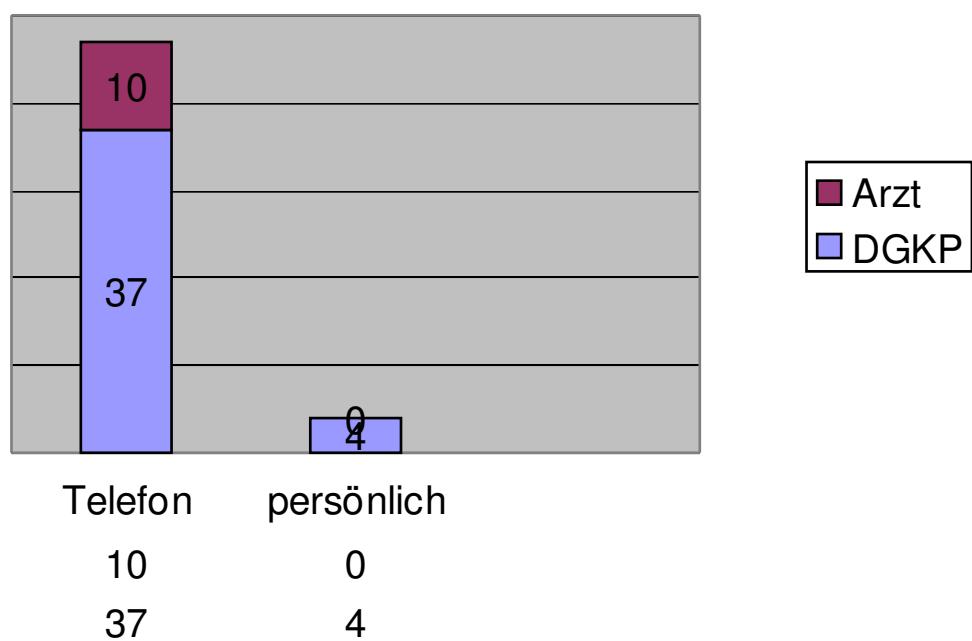
Die Reaktionen auf unsere Reizwörter waren eindeutig positiv, wenn auch manchmal etwas skeptisch, einige wenige waren ablehnend. Die Hausärzte zeigten alle eine gewisse Neugier. Als wertvolle Unterstützung wurde „Gemeinsamer Patient“ und „Brückenfunktion“ wahrgenommen. Von Interesse war diesbezüglich auch, was sich hinter dem Palliativteam verbirgt, für was es steht, und welchen Nutzen es für den Patient und sie selbst haben könnte. Dafür wurde unserem Infoblatt gemeinsam mit dem jeweiligen Folder sehr wohl Beachtung geschenkt, obwohl es die persönliche Information nur unterstützen kann, aber nicht zu ersetzen vermag. Wesentlich dabei sind die Vermerke über Ansprechpartner und Erreichbarkeit. Aufklärung wird selten bis gar nicht als Aufgabe der Hausärzte gesehen.

Hausärzte - Reaktionen auf Reizwörter (n=51) Reaktionen eindeutig positiv (Mehrfachnennungen)



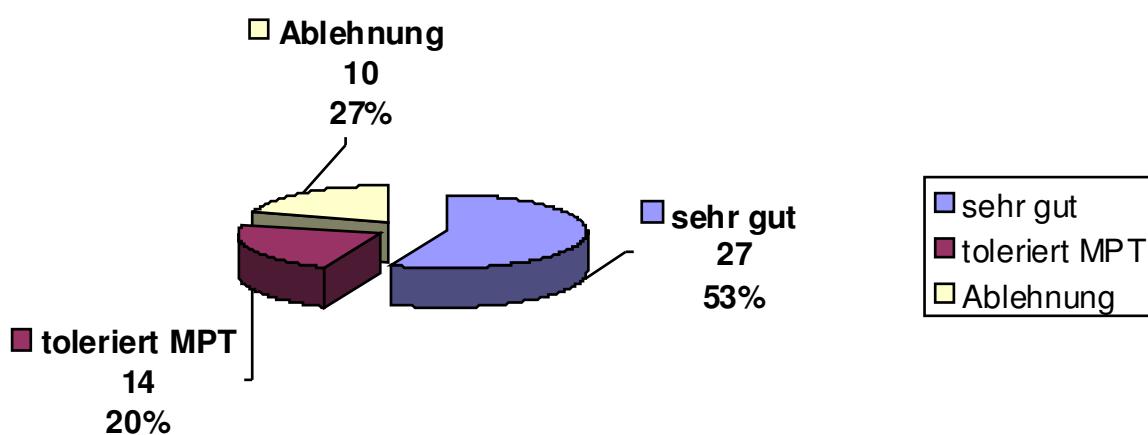
Die Erstkontakte verliefen überwiegend telefonisch. Dadurch sind eventuell vorhandene Merkmale zwischen telefonisch und persönlich nicht erkennbar. Es zeigte sich von den Palliativeteams her nur der Unterschied, dass sie bei den Mobilen Teams vorwiegend durch die Pflege bzw. Koordinatoren stattfindet, vom stationären Bereich aus - ist dies eher die Aufgabe der Mediziner.

Hausärzte
Erstkontakt mit MPT - Team (n=51)



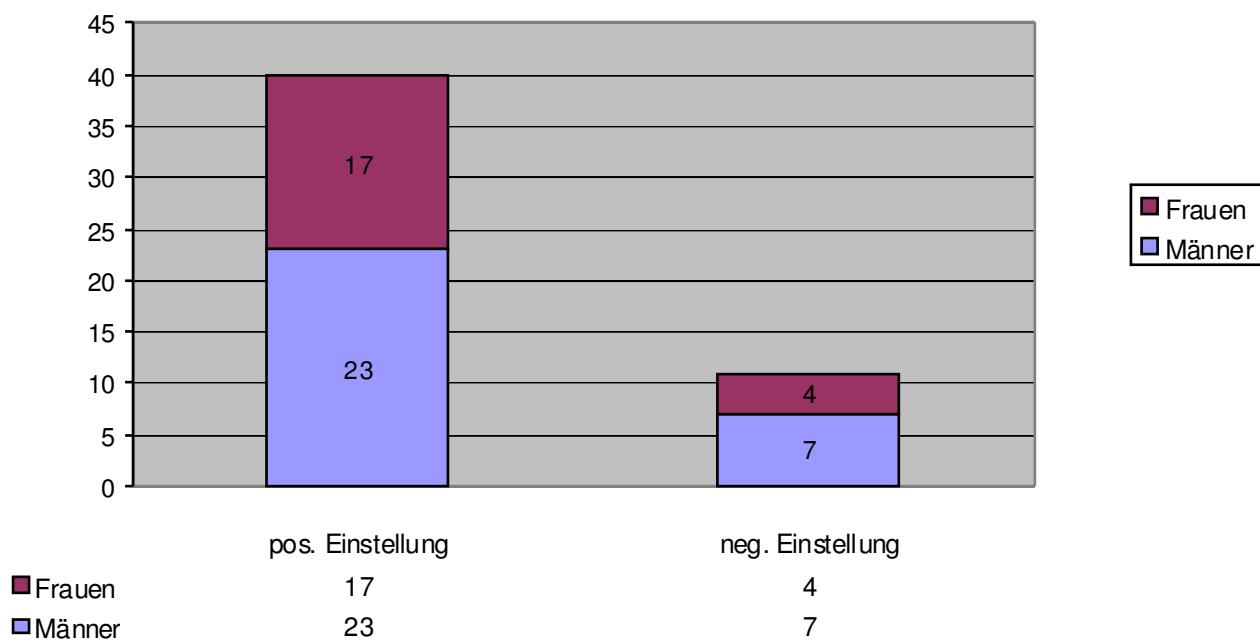
Die Kooperationsbereitschaft war in der Mehrzahl von Beginn an sehr positiv. Sie schätzen vor allem, einen Ansprechpartner für schwierige Situationen zu haben mit der Möglichkeit zu delegieren (psychosoziale Betreuung, Finalphase, Schmerzpumpe, Hilfsmittel). Ebenso wertvoll ist die vertrauensvolle, kontinuierliche Begleitung in allen Belangen für den Patienten und deren Angehörigen. Etwa ein Fünftel tolerierte die Existenz und das Angebot bzw. die „Einmischung“ der Palliativteams. Die Zusammenarbeit wurde hier auf das Notwendigste beschränkt (Rezepte usw.). Doch auch ein gutes Viertel wollte kategorisch keine Beteiligung „Anderer“ bei der Betreuung „Ihrer“ Patienten. Hier handelte es sich vorwiegend um die Altersgruppe über 50. Die Gründe dafür waren nur teilweise eruierbar. (z.B.: „wozu, bis jetzt habe ich auch alles alleine gemacht“, „was soll das, wir Hausärzte bleiben ja sowieso immer über“)

Hausärzte Kooperationbereitschaft mit MPT (n=51)



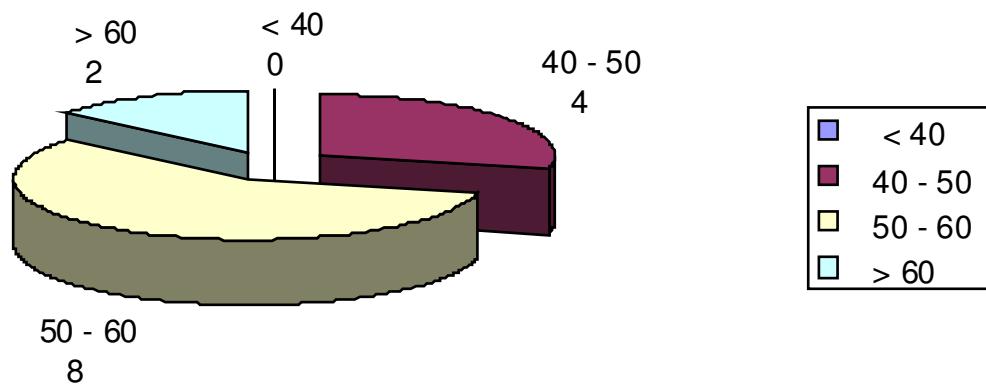
Die grundsätzliche Einstellung zu Palliative Care war gesamt zu fast 80% (40 von 51) positiv, d.h. es wurden die Vorteile für den Patienten, aber auch für die Betreuenden sehr wohl wahrgenommen. Bei diesen 80% ist die prozentuelle Verteilung bei Frauen und Männer etwa gleich. Auch bei der negativen Einstellung zu Palliative Care (11 von 51) zeigt sich bei Frauen und Männern ein gleicher prozentueller Anteil.

**Einstellung zu Palliative Care
Männer (n=30) Frauen (n=21)**



Eine ablehnende Haltung gegen Palliative Care ist zu 70% bei der Altersgruppe über 50 zu finden. Viele dieser Hausärzte wollen keine Palliativpatienten betreuen, fast alle fühlten sich für die Aufklärung ihrer Patienten nicht zuständig bzw. tabuisierten dieses Thema. Der notwendige Mehraufwand an Zeit für eine individuelle Betreuung ist für diese Ärzte nicht vorstellbar. Wenn ihre Grenzen erreicht sind, sind automatisch andere zuständig, meist das Krankenhaus. Dabei wurde die Betreuung durch ihre Person und mit ihrer Kompetenz als ausreichend gesehen. Warum in dieser Altersgruppe eine so hohe Ablehnung besteht, war aus unserer Arbeit heraus nicht evaluierbar, wäre aber sicher eine interessante Fragestellung für eine weitere Untersuchung.

**Hausärzte - Altersgruppen (n=51)
Nicht kooperativ bzw. Ablehnung**



5.3 Evaluierung

Durch die begrenzten Zeitressourcen war eine quantitative Evaluierung nicht möglich. Daraus entstand die Idee, eine qualitative durchzuführen (www.pflegewiki.de). In Form von halbstrukturierten Interviewgesprächen wurden von den Teammitgliedern 8 Hausärzte befragt. Davon waren drei männlich und fünf weiblich, aufgeteilt in alle Altersgruppen. Die Interviews wurden ca. 3 Monate nach dem Erstgespräch durchgeführt. Ausgewählt wurden nach Möglichkeit sehr unterschiedliche Gegenüber.

Hier stellen wir 2 Gespräche anonymisiert in Form von Gedächtnisprotokollen vor:

1. Gespräch:

Als Anlass für das erste Gespräch wurde eine gemeinsame Patientenbetreuung genommen. Es gab schon einen früheren Kontakt zwischen der Hausärztin und dem Palliativarzt. Der Kontakt erfolgte normaler Weise durch die Mitarbeiter aus der Pflege. Ziel war den Kontakt aufzufrischen und dadurch die Zusammenarbeit zu verbessern.

Nach telefonischer Ankündigung gab es eine freundschaftliche Begrüßung mit dem Angebot einer Tasse Kaffee.

Der Einstieg ins Gespräch erfolgte über ein Danke für die letzte gemeinsame Begleitung und der offenen Frage, ob von ihrer Seite etwas offen sei und / oder sie Verbesserungspotential sieht? - Nein, sie sei zufrieden. Auch sie fand die Begleitung geglückt. Sie findet das Thema belastend und ist froh, insgesamt nur wenige solcher Patienten zu haben, da sie meist im Krankenhaus betreut werden.

Hier steige ich ein und übergebe das Infoblatt für Hausärzte, zusammen mit dem Folder. Im Gespräch bringe ich die Reizwörter ein wie „gemeinsamer Patient“, „Verantwortung übernehmen“, „Brückenfunktion“, „kostenlose Begleitung“ und „Aufklärung“. Dadurch entsteht auch das Bild einer erweiterten Zusammenarbeit.

Sie nimmt die Reizwörter sehr positiv auf, betont, wie durch die Zusammenarbeit sie unterstützt wird und sie manches abgeben kann. Die Thematik findet sie persönlich schwer und belastend, trotzdem gibt sie diesen Patienten gerne ihre Handynummer weiter, um für sie auch außerhalb der Ordinationszeiten erreichbar zu sein. Sie begrüßt unsere Wochenendbereitschaft, das entlastet sie, da sie hier ihr Handy abschalten kann. Dem Ziel einer vermehrten Informationspolitik steht sie positiv gegenüber, weiß aber nicht, was wir anders machen könnten. Ich führe als Beispiel an, notwendige Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten

in Form von ethischen Gesprächen zu Hause zu führen. Das lehnt sie eher ab, sie gibt diesen Bereich gerne an uns weiter und ist auch froh darüber, dass wir dies machen. Aber hier die notwendigen Informationen zu bekommen, findet sie wesentlich. Sie würde diese dann auch in ihrer Kartei vermerken. Mit dem Bekenntnis zur weiteren Zusammenarbeit endet dann das Gespräch. Infoblatt und Folder werden am Schreibtisch abgelegt.

2. Gespräch

Auch hier war der Anlass eine gemeinsame Begleitung eines Patienten, aber es gab vorher noch keinen Kontakt zwischen Hausarzt und Palliativarzt. Bisher erfolgten die Kontakte immer über die mobile Pflegekraft. Als Vorinformation war durch die Kontakte dieser bekannt, dass er als Hausarzt auf seine Therapien Wert legt und die Kontakte sich manchmal schwierig gestalten. Das Ziel hier war eine verbesserte Zusammenarbeit zu erreichen über den persönlichen Kontakt.

Begrüßung per Handschlag und er eröffnet das Gespräch mit den Worten: „Wie kann ich Ihnen helfen?“ – ich beziehe mich auf die letzte gemeinsame Patientenbetreuung und bringe gleich das erste Reizwort ein: „gemeinsamer Patient“. Trotz Gesprächspausen meinerseits als Angebot zum Gespräch schweigt er beharrlich und lässt mich reden. So ziehe ich unseren Gesprächsleitfaden durch und erkläre das Angebot durch unser Team. Nach etwa 5 Minuten habe ich das Angebot erklärt, Infoblatt und Folder übergeben. – es entsteht eine längere Gesprächspause – Stillschweigen. Er schaut mich dabei ruhig an, es ist nicht zu erkennen, was er denkt. Ich durchbreche das Schweigen, indem ich ihn um seine Meinung zu unserem gemeinsamen Patienten frage.

An dieser Stelle bricht sein Frust mit dem bestehenden Gesundheitssystem heraus. „Die aggressiven Therapien bis ins hohe Alter hinein machen Entscheidungen in der Praxis schwierig. Solange noch bei 90-jährigen Patienten Herzkatheter und anderes gemacht werden, erleben die Patienten und die Angehörigen, dass immer noch was geht, dass immer noch etwas getan werden kann. Wie soll ich dann einbringen, nichts mehr zu tun.“

Hier steige ich in die Diskussion ein. „Nichts mehr machen“ ist ein aktives Tun und muss den Menschen erklärt werden. Diese Form von ethischen Gesprächen brauchen wir genauso in der Praxis wie im Spital. Das mobile Palliativteam ist genau deswegen vom Land Niederösterreich installiert worden, um hier einen neuen / alten Weg zu bestreiten. Wir diskutieren dies an Hand

von Patientenfällen. Beim Vorschlag meinerseits, gemeinsame Verantwortung (Reizwort) zu übernehmen, beendet er das Gespräch mit dem Hinweis auf einen Termin.

Es kommt zu einer durchaus freundschaftlichen Verabschiedung und ich habe das Gefühl, das Gespräch ist in einer konstruktiven Atmosphäre verlaufen.

Wenn wir die Gespräche zusammenfassen, dann ergibt sich folgendes:

Inhalte waren, wenn vorhanden, gemeinsame Betreuungen in dieser Zeit sowie Schwerpunkte, Sichtweisen, Anliegen, Belastungen und Grenzen in der Palliativarbeit. Speziell die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Palliativteams und dessen unterschiedliche Wertigkeit aus der Sichtweise der Hausärzte wurden als Gesprächsbasis genutzt. Dabei wurde in Form offene Fragestellungen gearbeitet, um sowohl positive wie negative Erfahrungen erfassen zu können. Blickwinkel waren auch die Standorte der Praxis (Stadt / Land) und ob Geschlecht und Alter sich beeinflussend auswirken. Das Arbeitsfeld der 3 Teams ist überwiegend im ländlichen Bereich, deshalb sind eventuelle Unterschiede hier nicht erkennbar. Ebenso wurde darauf geachtet ob von früheren Begegnungen und Gesprächen etwas mitgenommen wurde.

Schon bei der Terminvereinbarung war meist eine Beschränkung der vorhandenen Zeitressourcen für die Gespräche erkennbar, welche alle während der Ordinationszeiten stattfanden. Eingeleitet wurden die Gespräche wieder mit einer kurzen Vorstellung unserer Tätigkeiten in den Palliativteams. Dabei wurden Folder und spezielles Infoblatt für Hausärzte überreicht. In der Vorstellung wurde versucht, die „Reizwörter“ mit ein zu bauen. Geachtet wurde dann darauf, welche Reaktionen einzelne Reizwörter im Gesprächsverlauf auslösten. Dabei war einerseits schon immer wieder erkennbar, dass der Lebensqualität von Betroffenen und Angehörigen Beachtung geschenkt wird – andererseits die eigene Belastung nicht vernachlässigt werden darf.

Mit der Hälfte der Befragten entwickelte sich ein guter Austausch, gestützt auf gegenseitige Wertschätzung, welche ja einen wesentlichen Faktor für eine gelungene Kommunikation darstellt, und wodurch Vertrauen vermittelt werden kann. (zdnet/itmanager) Für andere war der eigene Nutzen bei der Sache vorrangig und jener für den Patienten zweitrangig. Oder es war eine einseitige Unterhaltung in Form von Information, d. h. eine detaillierte Auseinandersetzung kam nicht zustande und die eigene Kompetenz wurde als ausreichend betrachtet.

Gut zwei Drittel (6) der Ärzte hatten schon Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Palliativteams, von diesen wiederum waren zwei Drittel (4) sehr positiv eingestellt. Bei diesen war weder altersmäßig noch geschlechtsbezogen eine Tendenz zu erkennen. Die sehr distanzierten bzw. negativ positionierten waren m / w und Altersgruppe bis 60 bzw. unter 40.

In teils sehr offenen Gesprächen zeigte sich, dass unsere so genannten Reizwörter nicht nur als solche gesehen wurden, z. B. dass ein „gemeinsamer Patient“ für gegenseitige Wertschätzung, Zusammenarbeit und Unterstützung durch Arbeitsteilung steht. Besonders jene mit Erfahrungen im Palliativbereich sehen MPT / PKD als Bereicherung, in erster Linie für Patienten und Angehörige, aber dann auch für die eigene Person. Sie sehen die Kooperation und Unterstützung, und nicht die Konkurrenz. Diese ist bei den negativ positionierten Ärzten sehr wohl Thema, hier ist die Akzeptanz begrenzt – entweder wird die eigene Kompetenz als ausreichend gesehen oder der eigne Nutzen steht im Vordergrund. Jene ohne Erfahrung haben sich abwartend verhalten und ihre Prioritäten liegen aufgrund der geringen Anzahl von Palliativpatienten im Jahresdurchschnitt woanders (3 – 4 Patienten / Jahr). Von Interesse sind für sie hauptsächlich der Informationscharakter, die Brückenfunktion und die psychosoziale Unterstützung. Eine 24 Stunden Bereitschaft ist nur bedingt vorstellbar. Für einige selbstverständlich, für andere ist es aus verschiedenen Gründen (Notwendigkeit, Einstellung, Umstände) nicht möglich.

Zum Vorschein kam auch, dass die Begriffe Hospiz und Palliativ trotz mehrerer Gespräche noch immer nicht klar unterschieden werden. Dies sollte uns zeigen, dass in der Öffentlichkeitsarbeit in vielen Bereichen noch viel zu tun ist, bzw. dass es mit einem einzelnen Gespräch nicht abgetan ist.

Auffallend war, dass es nach den Gesprächen von Seiten der Hausärzte zu einem deutlichen Anstieg von aktiver Einbindung der PKD / MPT bei Patientenbetreuungen kam. Bei allen Teams kam es zu Anfragen für gemeinsame Betreuungen durch den Hausarzt.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Vernetzung durch persönliche Gespräche mit Information, gegenseitiger Wertschätzung und Toleranz als Grundlage für eine konstruktive Zusammenarbeit zu sehen ist. Dies ist auch durch keine andere Informationsquelle zu ersetzen.

Gemeinschaftliche Problemlösungen können nur durch eine gute und damit echte Kommunikation entstehen. Dies bedingt eine vorhergehende Verständigung mit dem Aufbau einer Vertrauensbasis. (vgl. wiki/Kommunikation) Dann kann ein Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität für den Betroffenen möglich werden und auch die Bedürfnisse aller Betreuenden werden dadurch nicht vernachlässigt. Man muss aber auch zur Kenntnis nehmen, dass das beste Angebot manchmal nicht ankommt.

Bestätigt wurde dies damit, dass als Folgeerscheinung der Gespräche kurze Zeit später das Palliativteam mehrfach aktiv angefordert wurde und eine Unterstützung für eine Informationsveranstaltung angeboten wurde. Aber auch, dass kurz nach einem Gespräch von einer Seite sehr kritische Äußerungen gegen das Palliativteam bekannt wurden.

Als schriftliches Produkt unserer Arbeit gilt das Informationsblatt. Es hat eine ganz bestimmte Zielgruppe anzusprechen, nämlich jene so heterogene Gruppe von Ärzten, die uns in den persönlichen Gesprächen begegnet ist.

Dadurch unterscheidet sich auch das Infoblatt vom Folder, der vor allen mobilen Teams verwendet wird. Der Folder soll mit knappen, leicht verständlichen Worten eine breite Masse von Menschen ansprechen mit ganz unterschiedlichen Hintergründen und Zugängen zum Thema Palliative Care. Die Zielgruppen sind Patienten, Angehörige, mobile Dienste, Ärzte, Kirchengemeinden, Ehrenamtliche, Sozialämter und andere mehr. Es soll daher mit einer kurzen, oft auch bildlichen Darstellung Informationen transportiert werden, während Details für Interessenten nur durch weitere, telefonische und / oder persönliche Kontakte zu erfahren sind.

Nicht so beim Infoblatt für die Hausärzte! Diese Zielgruppe hat keine Zeit für die Beschaffung von Detailinformationen, sondern will sofort erkennen, worum es geht, worin der persönliche Benefit besteht und warum das Angebot eine Bereicherung und Erleichterung ihrer Arbeit bei den Patienten darstellt.

Zwei Fragen müssen daher aus dem Blatt klar beantwortet werden:

1. „was habe ich als Hausarzt davon?“
2. „was hat der Patient davon?“

Der Hausarzt soll erkennen, dass wir ihn als zentrale Figur und ersten Ansprechpartner in der Familie des Patienten respektieren und unterstützen.

Unser „Produkt“, das Infoblatt für die Hausärzte, beinhaltet jene „Reizwörter“, die wir auch in den persönlichen Gesprächen verwendet haben. Das Infoblatt ist daher die Verschriftlichung unserer mündlichen Darstellung bei den Hausärzten.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass persönliche und schriftliche Information folgende nachhaltige Effekte bewirkt haben:

1. ein Team vereinbart regelmäßige Treffen mit den Hausärzten (1x Jahr)
2. wir registrieren zunehmend Anrufe und Anfragen von Hausärzten
3. ein Team wurde eigens zu einer Ärzteversammlung eingeladen mit dem Ziel, nähere Informationen zu präsentieren (mündlich und schriftlich)

Die persönlichen Gespräche und das Infoblatt führten zu einem verbesserten Kontakt mit den Hausärzten, ihr Interesse an der Arbeit von PKD und MPT nahm deutlich zu.

Wir gehen davon aus, dass eine laufend gute Kommunikation auch in Zukunft das ständige Bemühen um Information und Kontakte durch die MPT und PKD erforderlich sein wird.

6. Schlussfolgerungen

Mehr als 80% der Terminal Kranken wollen ihre letzte Lebensphase zu Hause verbringen. Somit ist auch die beste stationäre Versorgung immer nur die zweitbeste Lösung. Hausärzte tragen nach wie vor die Gesamtverantwortung für die häusliche Versorgung von Palliativpatienten in der letzten Phase ihres Lebens. Die Patienten und deren Angehörige werden von ihnen häufig schon über Jahre betreut. Sie stellen meist eine Vertrauensperson für die gesamte Familie dar. Um am Lebensende die häusliche Versorgung durch den Hausarzt zu gewähren, bedarf es einer umfangreichen Unterstützungsstruktur. Seine Grenzen sind schnell erreicht, sei es durch eigene Defizite - welche meist gar nicht wahrgenommen werden, sei es durch einen Rechtfertigungsdruck gegenüber den Kostenträgern, durch die Bürokratisierungen oder den betriebswirtschaftlichen Anforderungen – oder einfach durch die fehlende zeitliche Ressource. Eine besondere Chance für den Hausarzt in der Betreuung von langjährigen Patienten, welche jetzt am Ende ihres Lebens stehen, ist die Tatsache, dass es eine gewachsene Beziehung gibt und damit die Vertrauensbasis vorhanden ist. Eine gute Kommunikation wird nicht mehr durch die Phase des Kennenlernens erschwert oder verzögert. Und nur wenn der Hausarzt bereit ist, einen Tempo- und Haltungswechsel bei sich zuzulassen, kann er in dieser Phase eine sehr wertvolle Ressource für den Patienten und dessen Angehörigen darstellen. Durch eine Zusammenarbeit mit Palliativteams sind viele Tätigkeiten delegierbar, dadurch kann in vielen Bereichen eine Entlastung für den Hausarzt entstehen, ohne dass er in seiner Verantwortung und in seiner Kompetenz Einschränkungen hinnehmen muss.

Palliativteams sind jedes Mal von Anfang an gefordert, wahrzunehmen „was ist, das ist“. Das soll hier sagen „Ich bin, wo ich bin“ und auch „der andere ist, wie und wo er ist“. (Mettnitzer, 2008 S.113) Dieses Denken und Handeln ist in der palliativen Haltung gegenüber dem Patienten selbstverständlich. Aber auch in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten begleitet uns dies immer wieder – nur so kann ein gemeinsamer Weg für den Patienten beginnen und gelingen. Denn man darf nicht unterschätzen, die Priorität des Palliativpatienten im Palliativteam gegenüber jener beim Hausarzt.

In unseren Gesprächen bei der Evaluierung spiegelt sich die Gesamtsituation aus den Erstgesprächen doch in einigen Aspekten wieder. Jeder neue Patient bedeutet eine neue, andere, sehr individuelle Situation und Geschichte. Und so ist es auch mit jedem neuen

Kontakt zu einem Hausarzt. Denn die Betreuung von Palliativpatienten erfordert nicht nur eine hohe Fachkompetenz, sondern immer auch eine Haltung der nicht gängigen Art.

Aufgrund des Bedarfs und aus ökonomischen Gründen soll generell bei der Schaffung von Palliativstrukturen dem Aufbau von ambulanten Strukturen gegenüber den stationären Einrichtungen der Vorzug gegeben werden. Vorhandene Defizite seitens der Finanzierung, spezieller Weiterbildungen oder bei ganzheitlichen Betreuungsangeboten rund um die Uhr sind ein Auftrag an die Trägerorganisationen. Versorgungsmodelle in Deutschland haben gezeigt, dass die Kooperation des unverzichtbaren Hausarztes mit den Palliativteams im intra- und extramuralen Bereich ein guter Lösungsansatz sein kann. (Aulbert, 2007 S.131)

7. Literaturliste

Dr. med. univ. Dietmar Weixler : „Kenngrößen der Kooperation von niedergelassenen Allgemeinmedizinern mit einem Palliativkonsiliardienst“ 2006

Ensink F.B.M.: Support – Gesundheitsökonomische Qualitätssicherung. 1999

Müller T.: Bestie Mensch – Tarnung, Lüge, Strategie 2004, 2. Aufl.

Mettnitzer Arnold: Couch und Altar, 2008

Sollak Gabriele: Unterlagen aus dem Vortrag beim ABL: „Öffentlichkeitsarbeit“ 18.09.2008

Patientencharta: Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte 57 d.B. (XXII.GP)
Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG; 2003

Integriertes Hospiz- und Palliativversorgungskonzept für Niederösterreich

Bericht der Arbeitsgruppe „Integriertes Palliativ – Versorgungskonzept“
St. Pölten, Stand 16.02.2005, beschlossen am 03.03.2005

Aulbert Eberhard: Lehrbuch der Palliativmedizin 2007

www.pflegewiki.de/wiki/qualitative_Forschung

Kieschnick H.: Arbeitsfelder der Pflege: Thiemes Pflege, Band 1, 9. Auflage 2000

Krilla V.: Professionelle Pflege: Thiemes Pflege, Band 1, 9. Auflage 2000

www.zdnet.de/itmanager/management

www.de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation

Eva-Maria Westermann: Carat Wiesbaden: Hausarzt auf Kommunikationsdiät; media spectrum 11.07; www.media-spectrum.de

Erhard P. Geisler: Ambition, Kommunikation, Qualifikation; Kommunikationstraining für Pharmareferenten; 12.01.2009; www.bvpoe.at

Bernhard Bartsch: Beziehungs- und ergebnisorientierte Kommunikation;
Pharmareferententraining; co-matrix, münchen, 2009; www.co-matrix.de

8. Anhang

8.1 Informationsblatt



PALLIATIVE CARE

Information für Hausärzte

PKD - Palliativ Konsiliardienst - tätig in den Landeskliniken

MPT - Mobiles Palliativteam - tätig extramural und in den LPPH

Das Palliativteam ist ein interdisziplinäres Team mit Palliativausbildung bestehend aus Arzt, DGKP, Sozialarbeiter und anderen Professionen (Psychologie, Seelsorge, Physiotherapie). Palliativmedizin steht als ein Zusatzangebot für Patienten und den betreuenden Einrichtungen im intra- und extramuralen Bereich mit dem Ziel einer bestmöglichen Lebensqualität für den Patienten. Ebenso gilt unsere Aufmerksamkeit auch den pflegenden Angehörigen, diesen auch in der Zeit der Trauer.

Welche Patienten können betreut werden?

Es ist eine aktive, ganzheitliche Betreuung von Menschen mit einer unheilbaren und progredienten Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Dabei geht es um Lösungen zu spezifischen Fragestellungen zum Wohl des Patienten. Die häufigsten Diagnosen sind Krebs, neurologische und Cardio – pulmonale Erkrankungen.

Welche Leistungen bieten die Teams?

„Ziel ist ein Leben bis zuletzt in Würde und mit größtmöglicher Lebensqualität“

- Das Team übernimmt Brückenfunktion in der Zusammenarbeit aller Betreuenden im Sinne einer guten Vernetzung und Kommunikation.
- Ein weiteres Ziel ist eine gute Symptomkontrolle, speziell bei Schmerz.
- Weiters werden Beratung und Unterstützung geleistet bei Organisation und Vernetzung von Pflegedienstleistungen.

- Im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung wird allen physischen, psychischen und psychosozialen Wünschen und Bedürfnissen der Patienten und deren Angehörigen große Aufmerksamkeit entgegengebracht.

Was kosten diese Leistungen?

Die Leistungen des Palliativteams sind kostenlos und stehen allen Menschen offen.

Ab welchem Zeitpunkt unterstützen die Teams?

Im Hinblick auf eine zeitgerechte und umfassende Betreuung ist es vorteilhaft, möglichst früh einen Kontakt herzustellen. Die weitere Begleitung erfolgt den Wünschen und Bedürfnissen entsprechend individuell. Die Anforderung eines Palliativteams kann durch jedermann erfolgen. Für die Dauer einer Betreuung gibt es keine zeitliche Begrenzung. Nach Absprache sind wir für Sie erreichbar.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt?

Die Betreuung erfolgt individuell, dem Krankheitsverlauf sowie den Bedürfnissen des Patienten bzw. der Angehörigen angepasst, jedoch immer in Abstimmung und im Einvernehmen mit dem behandelnden Hausarzt. Der Hausarzt ist und bleibt erster Ansprechpartner für seinen Patienten, das Team steht ihm zur Seite. Eine ausführliche Dokumentation der Betreuung bietet Sicherheit und Transparenz.

Aufklärung

Jeder Patient hat das Recht, über seinen (unheilbaren) Zustand aufgeklärt zu werden, und eines der Prinzipien von Palliative Care ist, offen und ehrlich mit dem Patienten umzugehen.

Ansprechpartner

8.2 Leitfaden für Gesprächsführung

Leitfaden mit „Reizwörtern“ für gezielte Gesprächsführung mit Hausärzten

- Kontaktaufnahme – tel. oder Telefonat zur Terminvereinbarung zum persönlichen Gespräch
- Vorstellung – Funktion, Arbeitsbereich
- Grund für Anruf, Kontaktaufnahme
 1. aktuelle Patientenbetreuung und
 2. Information über Angebote eines Palliativteams, wie Unterstützung für HA
 3. Frage nach persönlichen Erfahrungen in der Betreuung von PC-Pat.
Mehraufwand – wie organisiert, aufgeteilt?
Was ist dabei gut gelaufen, wobei war Unzufriedenheit?
Vorschläge, Wünsche, Anregungen
- Nutzen für Hausarzt – mit „Reizwörtern“
Zusatzangebot für komplexe Krankheitsgeschichten - Arbeitsteilung
 - Für Delegation, Unterstützung kann PT beansprucht werden, auch in Notsituationen und bei Abwesenheit
 - Entlastung bei der Betreuung von PC-Pat. – knappe Ressourcen
 - Erleichterung in der Kommunikation mit KH – Brückenfunktion (z. B. bei Aufklärung oder Info über weitere Therapieentscheidungen)
 - Keine Konkurrenz – Keine Rezeptur
Aktivitäten nur in Absprache - Verantwortung bleibt bei HA
 - Ausführliche Dokumentation bringt Sicherheit, Transparenz
 - In der Zusammenarbeit ist meist viel mehr möglich – im Sinne einer individuellen Betreuung – gemeinsamer Patient – HA, PKD, MPT, LK, MHT, LPPH
- Ziel
Einweisungen von PC –Patienten ins KH auf das notwendige Minimum reduzieren
 - Bestmögliche Lebensqualität für die Betroffenen, Autonomie und Würde
 - Unterstützung auch für die Angehörigen

Telefonat zur Terminvereinbarung

Sprechstundenhilfe informiert vor (außer Gattin) –
Termine vereinbart Hausarzt selbst

- Im Stehen – bessere Konzentration, Aufmerksamkeit
- Auf seine / ihre Sprechgeschwindigkeit achten - anpassen
- Dauer max. 2 – 3 min.
- Begrüßung mit Arbeitsfeld, Firma – Zeitpunkt muss gut sein
(Info über Sprechstundenhilfe)
- Grund – zur Terminvereinbarung für ein kurzes Info Gespräch über Patienten bzw. Palliativteam, d.h. über ihre Erfahrungen damit und über die Angebote eines Palliativteams, max. 5 – 10 min.

Direkt danach

- Nutzen für HA – Entlastung da ihre Ressourcen knapp – dadurch mehr Zeit für andere, Erleichterung in der Kommunikation mit KH, wenn sie wollen können sie uns beanspruchen bzw. an uns delegieren. Die Verantwortung bleibt bei ihnen, wir sind keine Konkurrenz
- Einwände – Beispiele
Nicht Druck ausüben, stehen lassen – positiv werten (mache ich selbst – toll, darf ich sie als Ansprechpartner in der Zukunft vermerken)
Darf ich trotzdem kurz vorstellig werden, um eine Zusammenfassung des Angebots zu „erläutern“.
Wenn nochmaliger Einwand – danke und: „darf ich Folder trotzdem abgeben für den Fall der Fälle“ - Verabschiedung
- Termin – einkreisen
Dauer max. 5 – 10 min – wenn sie mehr Zeit wollen, bin ich gerne für sie da.
- Zusammenfassung – Terminwiederholung
- Verabschiedung