

Ein gutes Team für alle!



Dr. Bernhard Fürthauer
Arzt für Allgemeinmedizin
5751 Maishofen

Hausärzte waren und sind es nach wie vor gewohnt, alles selbst zu erledigen. Ich kann mich noch gut erinnern, wie stolz mein Vater war, als er erstmals eine Sprechstundenhilfe anstellte, die ich in den Sommerferien als Gymnasiast manchmal vertrat: eine rein administrative Hilfe. Wenn auch in einigen allgemeinmedizinischen Praxen heute diplomierte Schwestern oder Laborantinnen arbeiten, wirklich Wesentliches hat sich bis zum heutigen Tag nicht geändert. Es gibt dafür viele, vor allem auch ökonomische Gründe, dass wir weiterhin viele nichtärztliche, delegierbare Arbeiten wie z.B. Verbandwechseln oder Blutabnahme selber verrichten. Das alles nimmt uns wertvolle Zeit, die wir für ausschließlich ärztliche Tätigkeiten dringend brauchen!

Im ambulanten Bereich haben sich inzwischen viele Dienste etabliert, welche unsere hausärztliche Tätigkeit ergänzend unterstützen. Einige, wie die Hauskrankenpflege, werden bereitwillig angenommen. Wiederum andere, die uns von „Schreibtischtätigern“ übergestülpt wurden (z.B. Case Manager), werden abgelehnt oder nur widerwillig akzeptiert.

Eine echte Erfolgsgeschichte ist die Einführung des „Mobilen Palliativteams“ (MPT). Ganz besonders dort, wo dieser Dienst

einfühlsam und mit guten, schlüssigen Informationen für die Hausärzte eingeführt wurde, wie es die Kollegin Ines Groh im Pinzgau machte: die Betroffenen sehen IHREN Hausarzt unterstützt durch das Palliativteam.

Besonders bewährt sich das Miteinander des MPT in einem eher frühen Stadium bei einem gemeinsamen Hausbesuch. Patient und Angehörige fühlen sich gut betreut und wissen, dass sie einen zusätzlichen Ansprechpartner haben, der mit ihrer Situation vertraut ist.

Als Hausarzt bin ich dankbar, mich bei schwierigen und oft heiklen Entscheidungen mit einer kompetenten Kollegin, die den Patienten, dessen Wünsche sowie das häusliche Umfeld kennt, fachlich und ethisch auszutauschen. So gelingt es uns beiden immer wieder, gemeinsam gute Entscheidungen für die Betroffenen zu finden – ganz im Sinne der 4 Säulen der Palliative Care: „Bio, psycho, sozio, spirituell“.

Viel Vergnügen beim Lesen des Artikels über Hausarzt und MPT wünscht Ihnen Ihr

Dr. Bernhard Fürthauer

Das Redaktionsteam:

Dr. Reinhold Glehr, Dr. Christoph Dachs,
Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer,
Dr. Susanna Michalek, Dr. Peter Pichler,
Dr. Susanne Rabady, Dr. Frederik Radunsky

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel. 01/405 13 83-17
Fax 01/405 13 83-23
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Der Hausarzt und Mobile Palliative Care

Entwicklung von Hospiz und Palliative Care – weltweite Renaissance einer uralten Idee:

Vor mehr als einem halben Jahrhundert nahm die moderne Hospiz- und Palliativbewegung ihren Ausgang mit Dame Cicely Saunders und der Errichtung ihres „St. Christopher Hospice in London“.

Rasch breitete sich ihre Idee über die ganze Welt aus, zunächst im angloamerikanischen Raum.

In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1982 in Köln eingerichtet, in Österreich nahm die Hospiz- und Palliatividee in den neunziger Jahren langsam Fahrt auf.

Die Entwicklung in Österreich

In der „Empfehlung des Europarates an die Mitgliedstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung vom November 2003“, die von allen 45 Mitgliedstaaten verabschiedet wurde, wird die Palliativmedizin als unverzichtbarer und integraler Teil der Gesundheitsversorgung manifestiert. „In den nationalen Strategien für die Gesundheitsversorgung sollten Vorkehrungen für die Entwicklung und funktionelle Integration von palliativmedizinischer Versorgung enthalten sein.“ Weiters heißt es: „Palliativversorgung sollte in angemessener und ausreichender Weise finanziert werden.“

In die im Herbst 2004 zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossene **Art.-15a-B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens** wurde ein Passus über den Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung aufgenommen. Im Artikel 3 Abs. 2 lautet es: „Im Besonderen wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitlich zu planen sowie prioritär umzusetzen. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich, sicherzustellen.“

(GÖG 2009)

Tab. 1: HOSPIZISCHE UND PALLIATIVE EINRICHTUNGEN IN ÖSTERREICH (2008)

Einrichtungen bzw. Leistungserbringer	Anzahl
Palliativstationen in Krankenanstalten	25
Stationäre Hospize	6
Tageshospize	3
Palliativkonsiliardienste	31
Mobile Palliativteams	35
Hospizteams	135

(Hospiz Österreich 2009)

Die häusliche Betreuung

- 80% aller pflegebedürftigen Menschen werden überwiegend zu Hause durch Angehörige betreut, nicht in stationären Einrichtungen
- Mehr als zwei Drittel der pflegenden Angehörigen fühlen sich überbelastet. 70% der pflegenden Angehörigen leiden unter körperlichen und psychischen Belastungen. Die übernommene Verantwortung und das Gefühl der Überforderung sind die schwerwiegendsten psychischen Belastungen (ÖBIG 2005: Studie zur Situation pflegender Angehöriger)
- 425.900 ÖsterreicherInnen pflegen nahe Angehörige (6,7% der erwachsenen Bevölkerung Österreichs). 281.900 Frauen (8,5% aller Frauen) und 144.000 Männer (4,7% aller Männer) erbringen für Familienmitglieder meist unbezahlte Hilfs- und Pflegeleistungen. (Statistik Austria: Mikrozensus 2002, später nicht mehr erhoben)



Dr. Ines Groh
Fachärztin für Anästhesie und Palliativärztin

Die mobile palliative Betreuung

80–90% der zu Hause zu pflegenden und versterbenden Patienten weisen „einfache Situationen“ auf, „komplexe Situationen“ und schwierige Fragestellungen finden sich in 10–20% der Sterbefälle.

(Hospiz Österreich, ÖBIG)

Vor dem Hintergrund der Belastungen, die bereits durch die Pflege an sich den betreuenden Zugehörigen aufgebürdet sind, und deren exponentieller Zunahme bei komplexen Palliativsituationen wird die Beziehung eines mobilen Palliativteams zusätzlich zur bestehenden Betreuung durch Hausarzt und Hauskrankenpflege sinnvoll und hilfreich.

Die 4 Säulen der Palliative Care

„Bio, psycho, sozio, spirituell“

Palliative Care kümmert sich um Leiden und Beschwerden, die mit einer fortschreitenden Erkrankung oder deren Therapie einhergehen. Dies umfasst aber nicht nur die körperlichen Beschwerden wie Atemnot, Tumorfatigue oder Schmerzen, sondern auch und vor allem die psychosozialen Auswirkungen, die eine potenziell unheilbare Erkrankung auf die Betroffenen und deren Zugehörige hat.

Herr M. hat ALS. Seine Frau kümmert sich Tag und Nacht liebevoll und kompetent um ihn, die Söhne kommen am Wochenende.

Die Beschwerden von Herrn M. sind momentan völlig im Griff, er kann noch selbst essen, mit Unterstützung vom Bett in den Rollstuhl und zurück, hat selten Schmerzen und fühlt sich soweit wohl.

Seine Frau hat einen Badelift besorgt, einen Treppenlift, sie fährt mit ihm 3-mal wöchentlich zur Physiotherapie.

Der Hausarzt kommt regelmäßig zur Visite, er betreut diese Familie schon lange. Er hat den Antrag auf Pflegegeld abgeschickt, einen Rollstuhl und ein Pflegebett verordnet und hält engen Kontakt mit der betreuenden neurologischen Station. Das MPT (mobile Palliativteam) wird vom Hausarzt frühzeitig dazugeholt.

– Bereicherung oder Behinderung?

Die physische Komponente in der Palliative Care

Eine möglichst exakte Erfassung und bestmögliche Behandlung körperlicher Symptome steht zumeist an erster Stelle. Diese umfasst nicht nur „große“ Beschwerden wie Dyspnoe und Schmerz, sondern auch scheinbar „kleinere“ wie Schluckauf und Juckreiz.

Natürlich ist hier die Spezialisierung in Palliativmedizin und -pflege hilfreich und kann mit fachlichem Wissen und Tipps weiterhelfen.

Aber dies macht nur einen kleineren Teil der umfassenden, ganzheitlich orientierten Palliative Care aus.

Die psychologische Komponente in der Palliative Care

Schon beim Erstgespräch wird neben den körperlichen Beschwerden des Patienten auch nach seiner seelischen Verfassung gefragt:

- Gibt es depressive Zustände, gibt es Angst, Unruhe oder Panikzustände, gibt es spezielle Sorgen über den weiteren Krankheitsverlauf oder Krisensituationen?
- Gibt es sonstige Sorgen, z.B. um die finanzielle Belastung der Familie, das zukünftige Wohlergehen der Angehörigen, den Verbleib der Kinder?

Die spirituelle Komponente in der Palliative Care

Eine spirituelle Kurzanamnese durch das Palliativteam kann dem Patienten helfen, sich über selten Artikuliertes klar zu werden:

Bin ich ein gläubiger/religiöser/spiritueller Mensch? Haben diese Überzeugungen eine Bedeutung in meinem Lebensalltag, übe ich im Leben in irgendeiner Form Spiritualität aus? Alleine oder im Rahmen einer Glaubensgemeinschaft bzw. spirituellen Vereinigung? Könnte mir ein spirituelles Angebot in meiner jetzigen Situation helfen? Könnte mir z.B. ein Gespräch oder ein Ritual Kraft geben in meiner Krankheit?

Die soziale Komponente in der Palliative Care

Ebenfalls beim Erstgespräch wird auf den organisatorischen Aufwand für die Pflegenden eingegangen, ihre gefühlte Belastung erfragt, nach Ressourcen gefragt, die beim Krafttanken helfen. Es wird erfragt, wie weitere Zugehörige einbezogen sind, ob Gesprächsbedarf vorliegt, ob es sonstige Belastungen in der Familie gibt.

Finanzielle Lasten werden ebenso exploriert wie spezifische Sorgen z.B. über den Krankheitsverlauf, über neue Symptome und mögliche auftretende Krisensituationen, die dann unter hohem Druck zu meistern sind.

Frau M. gibt an, alles sehr gut im Griff zu haben, schließlich sei sie ja in Pension und habe „sonst nichts mehr zu tun“. Die permanente Anwesenheit und Unmöglichkeit, auch nur kurz auf einen Kaffee zu gehen, ohne in angespannter Sorge zu sein, ob zu Hause auch nichts passiere, sei allerdings doch ein wenig belastend.

Außerdem habe sie zunehmende Rückenbeschwerden durch das viele Heben und nächtliche Drehen des Gatten. Angst habe sie vor allem davor, dass ihr Gatte eines Tages jämmerlich ersticken müsse und sie dann machtlos daneben aushalten müsse.

Mit ihrem Mann könne sie nicht darüber sprechen, weil er unangenehmen Gesprächen immer ausweiche.

Die Interdisziplinarität des Palliativteams

Das Angebot, eine Hospizmitarbeiterin 2-mal/Woche für 3 Stunden einzubeziehen, die bei Herrn M. bleiben kann und seiner Gattin ei-

nen Freiraum schafft, wird von dieser gerne angenommen. Eine Liste mit Physiotherapeuten in der Nähe soll es Frau M. ermöglichen, sich schnell Hilfe für ihre Rückenbeschwerden zu holen. Die Palliativschwester zeigt ihr zudem, wie sie rückschonend lagern und pflegen kann. Ein Kontakt zur Kinderseelenhilfe wird hergestellt, weil ein Enkelkind mit der Situation schlecht zurechtkommt und sich sozial zurückzieht. Bei spirituellem Bedarf stellt das Palliativteam den Kontakt zu der Pfarre, der Gemeinde oder anderen her.

Advance Care Planning

Ein zentraler Aspekt der palliativen Arbeit ist das Vorausplanen: Zunächst das Besprechen möglicher neuer Situationen oder Krisensituationen, Erklären, Anleiten der pflegenden Zugehörigen und damit Herstellen einer gewissen Sicherheit und Handlungskompetenz.

Medikamente für mögliche Krisensituationen werden besorgt.

Am Beispiel einer möglichen Atemnotattacke mit Panik bei Herrn M.: Frau M. wird zunächst angeleitet, bewusst selbst Ruhe zu bewahren, selbst langsam zu atmen, Sauerstoff auf z.B. 8 l aufzudrehen. Sie könnte den Oberkörper ihres Gatten hochlagern, evtl. Fenster öffnen, Abstand halten, Patienten nicht beengen, u.U. nur die Füße berühren u.a. Dazu wird eine Notfallbox eingerichtet. Im Deckel der Box findet sich eine schriftliche Anweisung, was, wie viel, wie oft, in welchem Abstand und gegen welche Beschwerden gegeben werden darf.

Sollten sich Schluckstörungen abzeichnen, könnte die Palliativschwester eine subkutane Verweilkanüle legen, die wichtigen Medikamente in Ampullenform fertig portioniert, in Spritzen aufgezogen und beschriftet in den Kühlschrank legen.

Die Gattin wird genau angeleitet, und sie übt mit der Schwester, bis sie sich in der Applikation ganz sicher fühlt.

Nach nun bald 13 Jahren Erfahrung sind wir überzeugt, dass diese zusätzliche Sicherheit, die Patienten und Angehörige durch das genaue Vorbesprechen, durch die schriftliche Festlegung und die praktische Übung – durch diese Hilfe zur Selbsthilfe – gewinnen, die auftretenden Krisen in ihrer Anzahl und Heftigkeit deutlich reduziert.

„End-of-life-preferences“

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Vorausplanens ist das Anstoßen, Begleiten und immer wieder Aufgreifen des innerfamiliären Diskurses zu Fragen, die oft nicht gewagt werden zu stellen:

- Wofür lohnt es sich noch zu leben?
- Was möchte ich nicht erleben, wovor habe ich Angst?
- Was ist mir in meiner jetzigen Situation ganz besonders wichtig?
- Was nehme ich in Zukunft noch in Kauf für welche Möglichkeit?

Z.B.: Solange ich noch Himbeerkuchen essen kann und meinen Enkelkindern zusehen kann, nehme ich auch eine hohe Querschnittslähmung hin, vorausgesetzt, meine Schmerzen sind im Griff.

Natürlich kann das gemeinsame Abfassen einer Patientenverfügung ebenso ein Bestandteil palliativer Betreuung sein, aber erfahrungsgemäß ist es der immer wieder geführte Diskurs, der mit Familie und Betreuenden geführt wird, der die Sicherheit vermittelt:

„Meine Wünsche sind mir selbst klar geworden, meine Zugehörigen wissen genau, was ich will, ebenso meine professionellen Betreuer – und alle werden im Wissen um meine Wünsche und Präferenzen einvernehmlich handeln können, wenn ich selbst nicht artikulieren kann.“ Die formale Verschriftlichung ist dabei zweitrangig.

Die Wirkungen palliativer Betreuung

Neben der Linderung körperlicher Beschwerden kann das Palliativteam zur Ermächtigung des Patienten beitragen, Dinge (noch/wieder) selbst bestimmen zu können.

Das MPT kann die Sicherheit von Patient und Zugehörigen erhöhen: Beschwerden, Behandlungsmöglichkeiten, Konsequenzen werden durch immer wieder angebotene Diskussion und Information besser verstanden, Planen fällt leichter, die Zugehörigen werden in ihrem Tun durch das Team bestätigt

Handlungskompetenzen verbessern sich durch Erklären, Anleiten, Einüben, Verschriftlichen von Maßnahmen. Patient und Zugehörige haben weniger das Gefühl, Situationen völlig ausgeliefert zu sein, sie bekommen Vieles selbst in den Griff.

Die Berührungspunkte der mobilen Palliativteams mit den Hausärzten

Der Hausarzt ist und bleibt Hauptbetreuender. Er kennt oftmals die Familie seit vielen Jahren, kennt deren Geschichte und viele Details. Er bleibt primäre Bezugsperson und Verantwortlicher für die medizinische Betreuung mit und ohne Beteiligung eines Palliativteams. Nachdem Hausärzte bei oft jahrzehntelangem hohen Engagement gewohnt sind, Entscheidungen und Verantwortung alleine zu tragen, betrachten einige das Auftauchen einer neuen Disziplin, der Palliative Care, mitten in ihrem ureigensten Gebiet, der Familie zu Hause, zunächst mit einiger Skepsis. Beteiligung des MPT an der

Tab. 3: UNTERSCHIEDE IN DER ARBEITSWEISE

Hausarzt	MPT
Arbeitet als Alleinverantwortlicher, oft „Einzelkämpfer“	Per definitionem multiprofessionelles Team
Longitudinale Betreuung, oft mehrere Generationen	Kommt punktuell für meist kurze Zeit dazu
Kennt gesamtes Umfeld und „Geschichte“	Dringt kurzfristig tief in Familiengeschichte ein
Hat breites Fachwissen und Kompetenzen	Spezialisierung und Erfahrung in Palliative Care
Hausarzt kennt Höhen, Tiefen und viele Geheimnisse	Manchmal möchte die Familie ein Geheimnis lieber Außenstehenden erzählen

Betreuung kann für den Hausarzt pro & contra bedeuten (Tab. 2). Nach jahrelangem Engagement für diesen Patienten und seine Familie kann vom Hausarzt die Auseinandersetzung mit palliativmedizinischen Behandlungskonzepten leicht als Eindringen in die langjährige gute Arzt-Patienten-Beziehung und Behinderung der eigenen Arbeit empfunden werden. Das Dilemma der Familie bei Ablehnung des MPT durch den Hausarzt ist dabei nicht zu unterschätzen. Einerseits nähme die Familie die Hilfe des MPT gerne zusätzlich in Anspruch, andererseits hat sie große Sorge, ihren HA zu vergrämen und später mit seiner Hilfe nicht mehr rechnen zu können. Sie gerät ausgerechnet in ihrer schweren Situation in ein zusätzliches Spannungsfeld. Sorgfältige, klare Kommunikation zwischen betroffener Familie, ihrem Hausarzt und dem MPT ist daher von zentraler Bedeutung.

Der gemeinsame Focus ist ja derselbe: Das Wohlergehen und die bestmögliche Lebensqualität des Patienten und seiner Zugehörigen. Hilfreich für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und MPT können sein:

- Gemeinsame Visiten (z.B. Erstvisite)
- Fakultativ gemeinsame Nutzung der durch das MPT vor Ort geführten Dokumentation
- Kollegiale, offene Kommunikation von beiden Seiten, z.B. regelmäßige Telefonate: sowohl das MPT verständigt den Hausarzt als auch der Hausarzt informiert das Palliativteam
- Interdisziplinäre Q-Zirkel

Dadurch wird den Patienten und Familien signalisiert, dass sie sich in vertrauensvoll zusammenarbeitenden Händen befinden, die ihre Kompetenzen gemeinsam und ergänzend einsetzen.

In den letzten Jahren hat sich diese enge Zusammenarbeit im Bundesland Salzburg als Ort einiger der ältesten mobilen Palliativteams Österreichs mehr und mehr eingespielt und ist teilweise eine wunderbare Selbstverständlichkeit geworden.

Oft wird von Patienten und Angehörigen dankbar verbalisiert, wie sicher und wohl sie sich fühlen, aufgrund der Tatsache, dass alle ihre Betreuer sich offensichtlich so gut untereinander abstimmen, Therapien gemeinsam besprechen und ergänzend miteinander arbeiten, um ihnen und ihrer Familie bestmögliche hausärztliche und palliative Betreuung zukommen zu lassen.

Zur Person: Dr. Ines Groh ist Fachärztin für Anästhesie und Palliativärztin, ihr obliegt die ärztliche Leitung der 4 mobilen Palliativteams im Land Salzburg. Sie war 4 Jahre lang Mitglied des Leitungsteams der Palliativakademie Salzburg und ist Vorstandsmitglied der OPG (Österreichischen Palliativgesellschaft).

Kontakt: ines.groh@yahoo.com

Tab. 2: PRO & CONTRA

„Nachteile“	„Vorteile“
Der Hausarzt hat u.U. weniger Visiten zu fahren	Der Hausarzt braucht bei oftmals aufwändigen Betreuungen weniger Visiten zu fahren
Er kann möglicherweise etwas nicht mehr abrechnen, z.B. Infusion legen	Er kann einiges ans MPT delegieren
Neue/andere Therapien werden vorgeschlagen	Kontakt mit neuem Fachwissen kann bereichern und die eigene Kompetenz stärken
Die Familie hat manche Dinge bereits mit MPT besprochen, nicht mit Hausarzt	Der Zeitaufwand für langwierige Diskussionen, Patientenverfügungen und Familienkonferenzen kann delegiert werden
Gewisser Zeitaufwand nötig, um sich mit MPT auszutauschen	Zeitersparnis durch zusätzliche Arbeit des MPT
Informationen können primär am Hausarzt vorbeigehen	Der Hausarzt erhält zusätzliche Informationen durch das MPT
In Krisensituationen wird der Hausarzt geholt, weil das MPT nicht schnell genug vor Ort ist	Krisensituationen werden durch Vorausplanung seltener und besser zu bewältigen
Die „Liebe“ und das Vertrauen der Familie ist nun zu teilen	Das Vertrauen der Familie in den Hausarzt wächst, weil er Spezialisten hinzuzieht, um seinen Patienten in schwierigen Situationen noch besser zu versorgen