

Stefan Neuner-Jehle, Madeleine Straumann

Die Betreuung multimorbider Patienten in der Hausarztpraxis – neue Ansätze

Bericht von einem Skill-Trainings-Workshop von WONCA¹ und AMH² in Gent, Belgien, 14.–16.10.2013

Seit 2006 existiert die DDD³-Bewegung, in der die WONCA und 20 andere Organisationen daran arbeiten, die Betreuung multimorbider Patienten in der Grundversorgung zu verbessern. Das Zielpublikum dieser Anstrengungen sind einerseits die Hausärzte⁴ andererseits auch andere Gesundheitsberufe wie Pflegefachkräfte, die diese Betreuung konkret leisten. Diabetes und Depression wurden exemplarisch gewählt, auch weil sie häufig kombiniert vorkommen. Die patientenzentrierten Ansätze können – und sollen – aber auf jede Konstellation multimorbider Patienten verwendet werden.

Der Pilot-Workshop, für den die Universität Gent als Gastgeber fungierte, bot neben dem konzeptuellen Rahmen und dem internationalen Austausch das Üben kommunikativer Fertigkeiten (skill training) an. Zentrales Element ist dabei, den Fokus von den multiplen Krankheiten und Medikationsplänen weg auf die Bedürfnisse und die Ziele des Patienten zu richten: Nicht die bestmögliche Prävention, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen sind im Vordergrund, sondern das bestmögliche Verwirklichen des Gesundheitspotentials und der individuellen Ziele des Patienten, besonders im Hinblick auf sein «Funktionieren» im Alltag und die Teilnahme am sozialen Leben. Durch Anwenden von Techniken wie Motivierendes Interviewen, gemeinsame Entscheidungsfindung und Verhaltensaktivierung führt der Arzt seinen Patienten auf diese Rolle hin. Das tönt alles gut und recht, ist aber im konkreten Gespräch alles andere als einfach und muss geübt werden; Tabelle 1 listet eine Auswahl an Schlüsselfragen auf, die dazu nützlich sind. In Gent wurden wir mittels Patientenvignetten, Rollenspielen und Schauspielerpatienten kompetent trainiert und hatten zudem die Aufgabe, diese Methoden auf ihre praktische Tauglichkeit hin zu evaluieren.

Tabelle 1

Schlüsselfragen und Anregungen zur patienten- und zielorientierten Betreuung.

Einstieg: Lassen Sie mich Ihre Klagen und Einschränkungen zusammenfassen: ...

Welches sind die Auswirkungen daraus auf Ihr tägliches Leben?

Was scheint Ihnen daran wichtig, was möchten Sie am liebsten ändern?

Was erwarten Sie bezüglich Betreuung und Hilfen?

Was sind Ihre ersten (konkreten) Ziele, was Sie im Alltag ändern könnten?

Erstellen Sie mir bitte eine Liste, welche Dinge Ihnen Freude bereiten, was Sie gerne können würden oder im Alltag können sollten.

Falls es Optionen der Behandlung/Betreuung gibt: Stellen Sie sich konkret vor, wie Sie die Option X umsetzen wollen. Wie fühlen Sie sich dabei?

Wählen Sie eine Option aus und testen Sie aus – zurück kann man immer!



Gent – das historische Zentrum lohnt einen Besuch.

Die Teilnehmer machten immer wieder die Erfahrung, dass sie in die gewohnten Rollen als Berater und Entscheidungsträger zurückfielen, mit der Gefahr des sich Verlierens und gegenseitigen Frustrierens in der Fülle der Diagnosen und Medikation. Natürlich spielen die medizinischen Fakten im Hintergrund mit – die Hauptrolle ist aber neu dem Patienten und seinen Bedürfnissen zugespielt. Aktuell laufen Gespräche mit der DDD-Programmleitung, ob ähnliche Skill-Trainingskurse ab 2014 auch in der Schweiz angeboten werden können.

Solche hinführende Gespräche können durchaus von geschulten nicht-ärztlichen Gesundheitsarbeitern geleistet werden – in der Zukunft wird diese Zusammenarbeit (*skill mix*) schon aus Kapazitätsgründen unverzichtbar werden. Wie dies konkret funktioniert, lebt Professor Jan De Maeseneer, der Leiter der Genter akademischen Hausarztmedizin, in seinem Community Health Center vor: ein multidisziplinär geführtes «Medical Home» im multikulturellen Aussenquartier der 250 000–Einwohner-Stadt, wo auch sozial Schwache und Sans-Papiers Zugang garantiert haben. 5500 Patienten aus 60 Nationen werden dort im Vergütungssystem per capita von Hausärzten, Pflegefachfrauen, Ernährungsberaterinnen, Zahnärzten, Sozialarbeitern und Gesundheitsförderern betreut. Die Registrierung erfolgt nach Wohnort (Strasse), denn das Gesundheitszentrum versteht sich als lokal verankertes und extrem tief-schwelliges Angebot. So melden sich auch einmal ausgebüchste

¹ Welt-Dachverband der Hausärzteorganisationen

² The Association for the Improvement of Mental Health Programmes (www.aim-mental-health.org)

³ Dialogue on Diabetes and Depression

⁴ Die weibliche Form ist natürlich immer gleichwertig zur männlichen Form mitgemeint





Unsere international zusammengesetzte Expertengruppe in der ehrwürdigen Bibliothek der Universität Gent.

Jugendliche in ihrer Krise dort, oder als Reaktion auf einen schweren Verkehrsunfall in der Parallelstrasse zur Praxis entsteht ein Umbauprojekt, dass die Strassensicherheit erhöht. Regelmässig treffen sich Praxisteam, lokale Behörden und Nachbarn, um anstehende Probleme zu definieren und anzupacken – einander kennen und niederschwellig zusammenzuarbeiten ist laut Prof. De Maese-neer essentiell für den Erfolg eines solchen Zentrums. Der Arzt ist in diesem Arbeitsmodell nicht mehr reiner Dienstleister, sondern gemeinsam mit anderen Fachleuten «Public-Health-Agent» . Empathische Ärzte handelten immer schon in diese Richtung. Neu ist aber die extrem konsequente Ausrichtung auf den polymorbiden Patienten, seine Bedürfnisse und die gut lernbaren Gesprächstechniken dafür. Angesichts der künftigen Bedeutung von Polymorbidität leistet dieser Ansatz wichtige Pionierarbeit.

Fazit

Der Wechsel von der krankheitslastigen ärztlichen Agenda hin zur bedürfniszentrierten Patientenagenda beim polymorbid Kranken ist gut nachvollziehbar, aber im konkreten Gespräch voller Fallgruben. Er ist aber lernbar, macht den beruflichen Alltag lebendig, und lohnt sich – für Patienten wie auch für ihre Hausärzte.

Korrespondenz:
 Dr. med. Stefan Neuner-Jehle
 Facharzt für Innere Medizin FMH
 Schmidgasse 8
 6300 Zug
 sneuner[at]bluewin.ch