

report



Kommunikation und Kooperation an der Schnittstelle

Denkansätze und Erfolgsbeispiele aus der Praxis des österreichischen Gesundheitswesens

Inhalt

	Essenz	4
1	Gerald Bachinger: Trotzdem auf Augenhöhe äußern	7
2	Helmuth Badjura: „Diabetes ohne Tagebuch ist wie ein Auto ohne Tachometer“	9
3	Andreas Berger: Eigeninitiative und gute Vernetzung	11
4	Hans-Peter Edlhaimb: Wer als Werkzeug nur einen Hammer hat, sieht in jedem Problem einen Nagel	12
5	Martin Gleitsmann, Ulrike Klein: Einfache Machbarkeit in der Praxis	15
6/7	Beate Hartinger-Klein, Andreas Klein: Wert(e) schaffen	17
8	Eringard Kaufmann: Empfehlungen übersetzen	21
9	Irene Kernthaler-Moser: „Auch Lonesome Cowboys haben heute Checklisten“	23
10	Peter Kritscher: Patientensicherheit steht im Vordergrund	25
11	Bernhard Kuderer: Klare Hierarchien, Verschriftlichung und Wertschätzung	27
12	Anita Lawitschka: Healthcube als Kommunikationsschnittstelle	29
13	Hanna Mayer: Personenzentriertes Denken erspart uns vielleicht das Kommunikationstraining	31
14	Michael Musalek: „Wir schaffen eine Drehtürmedizin“	33
15	Monika Natlacen: Nicht „der Vati vergisst eh alles“	35
16	Katharina Pils: Vernetzen im Sinne des Patienten	37
17	Friederike Schönauer: Zuspruch bei einer Krankheit, die unter die Haut geht	39
18	Elvira Schrottmeyer-Stockinger: Die Ganzheitlichkeit des Menschen respektieren	41
19	Beatrix Volc-Platzer: Prägnanz, Sorgfalt und Genauigkeit an den Schnittstellen	43
20	Rudolf P. Wagner: Ein engmaschiges Netz, wenn die Selbstfürsorge fehlt	45
21	Herwig Wetzlinger: „45.000 ambulante Besucher benötigen keine Notfallmedizin“	47
22	Monika Wild: Fördernde Strukturen und Anreize	49
23	Thomas Wochele-Thoma: Befindensmedizin, nicht Befundmedizin	50
24	Sabine Wolf, Johanna Horn: Grenzen der Verantwortlichkeit klarer sehen können	53

Vorwort

©www.zolles.com



Wolfgang Tüchler



Christian Marihart

Erfolgreiche Beispiele als Impulsgeber

Mehr chronische Patienten, mehr Multimorbiditäten, vermehrt Nachsorge im niedergelassenen Bereich und häufigerer Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung – es gibt viele Gründe, warum Schnittstellenmanagement im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Grundlage einer erfolgreichen Kooperation an Nahtstellen ist stets auch die gelingende Kommunikation zwischen den beteiligten Partnern – Ärzteschaft, Pflege, Sozial- und Reha-Bereich, sowohl intra- als auch extramural. Mit dem Projekt „MedTogether“ hat das Gesundheitsministerium bereits Anfang der 2000er-Jahre einen entscheidenden Impuls für das Schnittstellenmanagement gesetzt. In den Folgejahren entstanden weitere ambitionierte Projekte. Mit dem vorliegenden Report will das Janssen Forum*) Best-Practice-Beispiele gelingender Kommunikation und Kooperation am „Schnittstellen-Vieleck“ vor den Vorhang holen.

Wir haben uns die Frage gestellt, was die Erfolgsfaktoren sind, damit Schnittstellen-Projekte prinzipiell im medizinischen Alltag nachhaltig Platz greifen können, aber auch, was es darüber hinaus benötigt, damit mehr Initiativen als bisher in diesem Bereich zustande kommen. Dazu haben wir zahlreiche Interviews sowohl mit Mitgliedern des Janssen Forums als auch mit weiteren Personen geführt.

Wir wollen mit diesem Report und mit den positiven Beispielen einerseits Anregungen geben und Mut zur Nachahmung machen. Andererseits aber auch zur Vernetzung relevanter Stakeholder beitragen, damit mehr erfolgreiche Schnittstellenprojekte im Sinne des Patientenwohls dauerhaft im Gesundheitswesen Einkehr finden.

In diesem Sinne wünschen wir eine spannende Lektüre, herzlichst

Dr. Wolfgang Tüchler
 Geschäftsführer Österreich

Christian Marihart
 External Affairs Manager

Essenz



Wie können die Schnittstellen des österreichischen Gesundheitswesens im Sinne des Patienten noch besser ineinandergreifen? Was sind die Erfolgsfaktoren, die ein besseres Gelingen der Kooperation und Kommunikation ermöglichen? Dazu haben wir 24 Experten des Janssen Forums um ihre Gedanken zum Thema und die Auswahl gelebter Erfolgsbeispiele gebeten. Im Folgenden finden Sie die Essenz der Interviews – Erfolgsfaktoren und Denkansätze, die vom Gros der Gesprächspartner geteilt werden.

Passion, Engagement, Initiative

Hinter jedem erfolgreichen Schnittstellen-Projekt, so scheint es, steht derzeit noch starke (Eigen-)Initiative einer gut vernetzten Person oder Gruppe, die mit viel persönlichem Einsatz, Passion und Engagement das jeweilige Projekt vorantreibt. Im intramuralen Bereich ist dies oft ein Führungsgremium, das ein Schnittstellen-Projekt trägt und das damit verbundene Change Management und die erforderliche Team- und Gesprächskultur mit Nachdruck unterstützt (wie dies etwa das Projekt „ClinCenter“ am Landeskrankenhaus Hainburg oder das „Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation“ zeigen). Was aber kann beherztes, persönliches Engagement fördern und stützen? Wie können die Initiativen Einzelner skalierbar werden?

Honorierte Zeit für Gespräche

Ob im intramuralen Bereich oder zwischen (mobiler) Pflege, niedergelassenem Mediziner, Krankenhaus und Rehabilitation – für ein funktionierendes Miteinander im Sinne des Patienten braucht es eine funktionierende Kommunikation. Diese setzt allerdings Zeit für Gespräche voraus. Zeit, die derzeit Mangelware ist, weil sie im Gesundheitssystem größtenteils nicht honoriert wird. Bezahlte Zeit hat viele Erscheinungsformen: bezahlte Teambesprechungen, fördernde Strukturen, die die Kommunikation an der Schnittstelle zwischen Allgemeinmediziner und mobiler Pflege ermöglichen, die Bezahlung von Vernetzungsleistungen zwischen Krankenhaus und Reha – oder bezahlte Zeit für Gespräche mit psychosomatischen und chronisch kranken Patienten. Die Honorierung des Faktors Zeit würde sich rechnen, so der Tenor der Befragten. Allerdings würde dies sowohl neue Modelle der Kosten-Nutzen-Berechnung voraussetzen, die längerfristig orientiert sind, als auch Evaluations-Modelle für grundsätzlich schwer messbare Leistungen wie Gespräche erfordern. „Schnittstellenkommunikation muss einen Wert für alle Beteiligten haben.“

Einheitlichere Finanzierung

Derzeit werden Leistungen im Gesundheitswesen aus verschiedenen Töpfen finanziert, die Finanzierungsströme sind entsprechend komplex. Eine einheitlichere Finanzierung sowie ökonomische Anreiz-Systeme wären der „Schnittstellen-Sache“ dienlich: Es bedürfte einer verstärkt makroökonomischen Betrachtung des Nutzens der Schnittstellenkommunikation, speziell ihres Nutzens für die Kostenträger. Evaluierbare Pilotprojekte mit unterschiedlichen Zahlern wären gefragt.

Unterschiedliche Logiken, eine Gesprächskultur

An den Schnittstellen und in den Schnittstellen-Teams treffen unterschiedlichste Logiken und Werthaltungen aufeinander. Ohne wertschätzende Kommunikation und Akzeptanz für die unterschiedlichen Zugänge bzw. Wissen um die jeweils andere Seite ist ein gutes Miteinander kaum möglich. Eine offene Gesprächskultur setzt auch voraus, dass Ressentiments gegen andere Stakeholder hintangehalten werden und ein Austausch auf Augenhöhe stattfindet, in dem alle Gruppen gleichberechtigt sind. Für Arzt-Patienten-Gespräche und im Austausch mit den Angehörigen bräuchte es darüber hinaus eine positive Ressourcen- statt Defizitorientierung.

Gesprächs-Skills in Aus- und Fortbildung

Von den Befragten werden auch laufendes Kommunikationstraining für Ärzte, die bereits im Berufsleben stehen, das Erwerben und Anwenden spezieller Gesprächs-Skills, Supervision und Fallbesprechungen sowie eine entsprechende Offenheit, auf die Wirklichkeit des anderen einzugehen und soziale Kompetenzen neben den fachlichen zu erwerben, angeregt. Schulungen im Nahtstellenmanagement in Krankenhäusern, gezieltes Entlassungsmanagement sowie der Ausbau des Case- und Care-Managements werden ebenfalls als Voraussetzungen für besseres Schnittstellenmanagement ins Treffen geführt.

Elektronische Vernetzung und Integration

Die Möglichkeiten der modernen Kommunikationstechnologie könnten der erfolgreichen Schnittstellenkommunikation hinkünftig weit dienlicher sein, als es bisher der Fall war, so die Befragten. Gewünscht werden vermehrte Transparenz und digitale Vernetzung der verschiedenen Akteure und folglich verbesserte Integration, aber auch eine verbesserte elektronische Erfassung sowie elektronische Rezepte. Anhand des Beispiels Schweiz wird u. a. auch für den verstärkten Ausbau telemedizinischer Lösungen in Österreich plädiert. All dies erfordert klarerweise auch gezieltere Aufklärung über den Nutzen der bestehenden digitalen Möglichkeiten, auch der breiten Bevölkerung. Nicht zuletzt zählen auch (elektronische) Checklisten für medizinische Prozesse, Teams bzw. Operationen zu wertvollen Gerüsten erfolgreichen Schnittstellenmanagements.

Disease-Management-Programme

Es werden auch mehr Disease-Management-Programme, die die Schnittstellen in Bezug auf unterschiedliche chronische Erkrankungen im Sinne des Patienten besser integrieren, gefordert. So sollte die Nachsorge aus Sicht der Befragten vermehrt im niedergelassenen Bereich erfolgen und bestehende, niederschwellige Bausteine der Nachsorge besser vernetzt werden. Dies könnte mit einer stärkeren Rolle des Allgemeinmediziners als Drehscheibe und Orientierungsanker für den Patienten verbunden sein.

1 „Elektronische Fieberkurve“ im Landeskrankenhaus

Übergreifende Patienten-Doku dank „CliniCenter“

In der Internen Abteilung des Landeskrankenhauses Hainburg wurde 2015 das Projekt *CliniCenter* lanciert. Seither wird die gesamte Patientendokumentation in einem vollständig integrierten System berufsübergreifend zusammengefasst und abgebildet. Die Visite läuft im Landeskrankenhaus elektronisch, mit Laptops und Tablets, ab. Ärztliche, pflegerische und andere Gesundheitsdiensteanbieter, alle ärztlichen Anordnungen und die komplette Medikationsliste werden elektronisch erfasst. Bei Dienstantritt kann das Personal bereits auf einen gemeinsamen Teambericht zurückgreifen. Aus Sicht des Personals des Krankenhauses ist der Dokumentationsaufwand in Summe zwar gestiegen, aber absolut lohnend. Die positiven Folgen: höhere Transparenz, Qualität und erhöhte Patientensicherheit.

Erfolgsfaktoren

Weiche Faktoren

- Innovative Führungsspitze – Projekt wurde von der Führung getragen
- Adressieren und Umgehen mit Ängsten und Sorgen im Change-Management-Prozess

Harte Faktoren

- Vollständig integriertes System, berufsgruppenübergreifende Dokumentation, unabhängig vom patientenführenden Krankenhausinformationssystem einsetzbar
- Wesentliche Funktionen mobil verfügbar, grafische Darstellung (Timeline)
- Einheitlicher Dokumentationskern mit fachspezifischen Zusatzmodulen
- Änderungen jederzeit nachvollziehbar, dynamisches Berichtswesen
- Standardkonforme Health Level 7-Kommunikation mit allen medizinischen Subsystemen

Interview mit Dr. Gerald Bachinger

Trotzdem auf Augenhöhe äußern



Gerald Bachinger

Leitung NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, Sprecher der PatientenanwältInnen

Report Warum gewinnt das Thema „gelungene Kommunikation an der Schnittstelle“ so an Bedeutung?

Dr. G. Bachinger Einerseits gibt es einen klaren Trend in Richtung immer mehr chronisch kranke sowie Geriatrie-Patienten – und damit in Richtung Multimorbidität. In Zukunft wird immer öfter ein Wechsel zwischen stationärem, niedergelassenem und sozialem oder Reha-Bereich stattfinden. Andererseits hat das auch systemimmanente Gründe: Mit der Arbeitsverdichtung durch das neue Arbeitszeitgesetz wird es viel mehr Dienstübergaben geben, mehr und mehr Leistungen werden außerdem an den niedergelassenen Bereich ausgelagert.

Report Wie kann die Kommunikation an den Schnittstellen besser gelingen?

Dr. G. Bachinger Es braucht Kommunikation auf Augenhöhe. Es gibt evidenzbasierte Studien, die zeigen, dass man sich in einer starren Hierarchie nicht traut, sich zu äußern. Ich finde Ansätze aus der Luftfahrt, Crew Resource Management, spannend, da sie zeigen, wie man auch im Akutfall auf Augenhöhe handeln und verhandeln kann. In der Medizin wären das etwa OP-Checklisten oder der Ansatz, dass in Briefings jeder gleichberechtigt zu betrachten ist. International gibt es sogenannte M&M-Konferenzen zu Mortalität und Morbidität, dort werden etwa Vorfälle im Detail besprochen, da geht es fast ausschließlich um Kommunikationsfragen.

Report Wie könnte man gelingende Schnittstellenkommunikation Ihrer Meinung nach fördern oder Anreize dafür schaffen?

Dr. G. Bachinger Zum einen muss das Thema im Rahmen der Ausbildung oder der Diplomfortbildung aufgegriffen werden. Daneben braucht es ein Anreizsystem – Pay for Performance, Pay for Quality wären aus meiner Sicht wichtige Hebel. Diese Leistung und Qualität müssen gemessen werden. In diesem Zusammenhang plädiere ich auch für Qualitätstransparenz. Patienten gingen dorthin, wo die Qualität gut ist, wenn sie darüber informiert wären. Die Daten gibt es zum Teil, aber sie werden nicht veröffentlicht. Und es braucht ganz pragmatisch eine durchgehend elektronische Erfassung statt Papierdokumenten. Das Landeskrankenhaus Hainburg liefert dafür ein gutes Beispiel.

Erfolgsfaktoren

- Checklisten für Teams
- Pay for Performance und Quality
- Messbare Qualitätstransparenz
- Schnittstellenkommunikation als Thema in der Aus- und Fortbildung

Telemedizin im Dienst einer chronischen Krankheit

Das DiabMemory der VAEB

An der Volkskrankheit Diabetes mellitus leiden zunehmend mehr Menschen, auch die Risikogruppe der Diabetesgefährdeten wächst stetig. Um Diabetiker bei einem gesunden Lebensstil zu unterstützen, hat die VAEB (Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau) daher den „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ ins Leben gerufen. In diesem Rahmen folgt einem persönlichen Gespräch mit dem Allgemeinmediziner ein dreiwöchiger Aufenthalt des Patienten in der Gesundheitseinrichtung Breitenstein.

Dort werden Patienten – neben Untersuchungen und Beratungen – auch mit dem elektronischen Diabetikertagebuch *DiabMemory* vertraut gemacht. Über das „DiabMemory“ sind sie mit ihrem behandelnden Arzt verbunden, der auf diese Weise im Zuge der Verlaufskontrolle regelmäßig wichtige Parameter kontrollieren und dem Patienten Feedback per SMS geben kann.

In einem nächsten Schritt wird sich die VAEB auch dem Einsatz von Telemedizin in der Diabetesprävention widmen.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Berücksichtigung der Lebenswelt aller Beteiligten (z. B. Patientenzentriertheit statt „IT-Zentriertheit“, möglichst wenig Zusatzaufwand für Ärzte)
- ▶ Enge Kooperation mit den Partnern in der Projektentwicklung (Ärztammer, Industrie, IT-Partner)
- ▶ Anpassung der Organisation der VAEB und Änderung von Prozessen: Gründung eines eigenen Geschäftsbereiches



Interview mit Helmut Badjura

„Diabetes ohne Tagebuch ist wie ein Auto ohne Tachometer“

Report Mit dem „Diabetes mellitus Dialog“ hat die VAEB einen innovativen Schritt im Bereich Telemedizin gesetzt. Wie kann ein solcher Schritt gelingen?

H. Badjura Im öffentlichen Bereich braucht es vor allem ein Denken in längeren Zyklen. Verschiedene Stakeholderinteressen müssen unter einen Hut gebracht werden, das braucht seine Zeit, vor allem bei Projekten zu chronischen Erkrankungen. In unserem Fall, der VAEB, sind zumindest Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung bereits unter einem Dach. Dennoch haben wir innerhalb der Organisation einen neuen Bereich „Gesundheit und Innovation“ geschaffen, um die Sichtweisen beider Bereiche berücksichtigen zu können

Report Wie können innovative Projekte über einen einzelnen Sozial- oder Krankenversicherungsträger hinaus Fuß fassen?

H. Badjura Unser Gesundheitssystem ist sektoral gegliedert und die Krankenversicherungsträger sind berufsständisch und territorial gegliedert. Daher ist es wichtig, dass wir das Rad nicht wieder neu erfinden, vielmehr sollten wir die Ideen anderer aufgreifen und ausbauen bzw. vermehrt Kooperationen eingehen. Es braucht auch mehr trägerübergreifende Pilotprojekte. Aktuell arbeiten wir zum Beispiel in der Modellregion Mur/Mürztal mit der STGKK, der KAGes und dem Steirischen Landesgesundheitsfonds an einem Telemedizin-Pilotprojekt zum Disease-Management, „Digital Healthcare“, um Patienten mit chronischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes und Herzinsuffizienz eine optimale Betreuung und Therapie zu ermöglichen.

Report Wie misst und evaluiert die VAEB den wirtschaftlichen Erfolg bei innovativen Schnittstellen-Projekten?

H. Badjura Wir wollen unser erwirtschaftetes Geld so effizient wie möglich unseren Versicherten zurückgeben. Man muss aber auch mutig sein und sagen, dass nicht alle Projekterfolge sofort in Euro festzumachen sind. Wir betreten mit der Telemedizin Neuland, da muss man sich gewisse Dinge auch trauen und sie ausprobieren. Es gibt eine Evaluierungsangst, alles muss immer mehrfach getestet und belegt werden. Man kann stattdessen auch als Prämisse in



Helmut Badjura

Stv. OE-Leiter VAEB (Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau)

den Raum stellen, dass Telemedizin bei chronischen Erkrankungen etwas bringt. Es ist nach wie vor unüblich, dass ein Sozialversicherungsträger älteren Menschen temporär Handys zur Verfügung stellt, wie wir es bei unserem Diabetesprogramm tun, aber der Gesundheitsmarkt verändert sich, das muss ich als Organisation berücksichtigen.

Report Was bringt die Telemedizin dem Patienten, wie kann sie dem Arzt dienlich sein?

H. Badjura Der Allgemeinmediziner ist in meiner Vorstellung die Drehscheibe in einem Disease-Management-Programm. Optimale Technik soll in Verbindung mit einem ordentlichen Behandlungskonzept sicherstellen, dass der Patient mehr Autonomie hat und in der Lage ist, seine Gesundheitsentscheidungen kompetent zu treffen bzw. seinem Arzt auf Augenhöhe zu begegnen. Die Telemedizin ermöglicht dem Mediziner eine engmaschige Betreuung und Verlaufskontrolle, und stellt sicher, dass er sich auf seine Kernaufgaben statt auf Administratives konzentrieren kann. Diabetes ohne Tagebuch ist wie Auto fahren ohne Tachometer.

3 Stabilisierende Arzneimittel ohne weite Wege

Kooperationsprojekt Ambulatorium/Apotheke

Sozialpsychiatrische Ambulatorien in Wien sind die Erstanlaufstelle für Betroffene im Fall einer psychiatrischen Erkrankung oder Krisensituation. Die Ameisapothek kooperiert mit einem benachbarten Sozialpsychiatrischen Ambulatorium und ermöglicht damit einer Gruppe von Patienten, die häufig nur eingeschränkt selbstständig agieren können und intensiver Betreuung bedürfen, die unkomplizierte Versorgung mit den erforderlichen Arzneimitteln. Das hilft nicht nur den Patienten, sondern gibt auch den betreuenden Personen des Ambulatoriums die Sicherheit, dass die Patienten stabilisierende Arzneimittel erhalten, ohne weite Wege zurücklegen zu müssen. Durch die laufende Abstimmung zwischen Apotheke und Ambulatorium wird die Versorgung mit den Hochpreispräparaten und teilweise kontingentierten Arzneimitteln sichergestellt. Die Apotheke hat für die Patientengruppe einen eigenen Bereich im Verkaufslokal geschaffen und macht damit die Abholung der Therapeutika für die Patienten einfacher. Durch eine gute Schnittstellenkommunikation, zwischen Ambulatorium und Apotheke, aber auch Industriepartnern, können der hohe Bedarf gedeckt und Arzneimittel auch zu günstigeren Konditionen bereitgestellt werden.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Enge Abstimmung Ambulatorium und Apotheke
- ▶ Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse der betroffenen Patientengruppe
- ▶ Schnittstellenkommunikation über alle beteiligten Systeme hinweg



Interview mit Mag. Andreas Berger

Eigeninitiative und Vernetzung



Andreas Berger
 Selbstständiger Apotheker in der Ameisapotheke

Report Welche Faktoren bestimmen eine gelingende Schnittstellenkommunikation?

A. Berger: Die erfolgreichen Projekte funktionieren derzeit vor allem aufgrund der Initiative Einzelner. Eigeninitiative ist ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg, wenn jemand ein Projekt startet und dahinter steht, funktioniert es auch. Sinnvolle Lösungen kommen aber immer nur durch Kommunikation zustande. Eine wichtige Voraussetzung ist, dass es keine Ressentiments gegen andere Berufsgruppen gibt. Nur im

offenen Gespräch kann man herausfinden, was „die anderen“ wirklich brauchen. Eine gute Vernetzung ist ein weiterer wesentlicher Faktor für eine gelingende Schnittstellenkommunikation und patientenorientierte Lösungen. Zum Beispiel werden bei einem Notarzteinsatz in Pflegeheimen die Patienten häufig ins Krankenhaus eingeliefert, weil die notwendigen Arzneimittel nicht vorrätig sind. Diese Stresssituation könnte man den alten Menschen durch bessere Schnittstellenkommunikation teilweise ersparen.

Report Wo sehen Sie noch sinnvolle Ansatzpunkte, aber auch Stolpersteine in der Schnittstellenkommunikation?

A. Berger: Einheitliche Systeme und Finanzierung zählen sicher zu den Erfolgsfaktoren für eine gute Schnittstellenkommunikation. Auch das elektronische Rezept würde Abläufe einfacher und sicherer machen. Der Einsatz der E-Card auch in der Apotheke steht auf dem Wunschzettel der Krankenkassen. Damit wäre mehr Transparenz und auch Effizienz möglich. Derzeit weichen Patienten bei Unstimmigkeiten gerne auf andere Anbieter aus. Einheitliche Systeme, die elektronische Erfassung und eine bessere Abstimmung helfen den Patienten. Zukunftsweisende Projekte, die unterschiedliche Bereiche wie Industrie, Ärzte und Apotheken unter ein Dach bringen, schaffen neue Schnittstellen. Die Apotheken als Orte der Kommunikation und Information können zusätzliche Betreuungsfunktionen vor allem bei chronisch kranken Patienten übernehmen – damit tun sich neue Bereiche für eine sinnvolle Schnittstellenkommunikation auf.

Erfolgsfaktoren

- Offene Gesprächskultur, gute Vernetzung und Kommunikation, keine Ressentiments gegen andere Stakeholder
- Elektronische Erfassung, elektronische Rezepte
- Einheitliche Systeme und Finanzierung

Klärung und Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Österreichische Balintgesellschaft

Die Österreichische Balintgesellschaft wurde 2003 gegründet. Ihr Ziel ist die Verbreitung der speziellen Arbeitsmethode des ungarischen Arztes und Psychoanalytikers Michael Balint (1896–1970) durch Einführung und Weiterbildung praktizierender Ärzte in Psychotherapie und Psychosomatik, insbesondere durch Klärung und Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung zum Zweck der diagnostischen und therapeutischen Nutzung.

Sie unterstützt und fördert Balintgruppen als Bestandteil der psychotherapeutischen und psychosomatischen Weiterbildung innerhalb der Ärzteschaft, unter anderem im Rahmen des Diplomfortbildungsprogramms der Österreichischen Ärztekammer. Balint-Gruppen sind vor allem Fallbesprechungsgruppen, in denen es um die Auseinandersetzung mit den in der allgemeinärztlichen Praxis auftretenden psychologischen Dynamiken bei mitunter schwierigen Arzt-Patienten-Situationen geht.



Österreichische Balintgesellschaft
Austrian Balint Society

Interview mit MR Dr. Hans-Peter Edlhaimb

Wer als Werkzeug sieht in jedem



©Foto Tschank

Hans-Peter Edlhaimb

Präsident der Österreichischen Balintgesellschaft

Report Inwieweit ist die Balint-Methode auch in der Schnittstellenkommunikation nutzbringend?

H.-P. Edlhaimb Bei der Balint-Methode geht es natürlich primär um Arzt-Patienten-Gespräche. Der Mensch sitzt mir als Arzt, aber nicht allein gegenüber, sondern bringt immer sein Familien- und/oder Arbeitsmilieu im Rucksack mit, so gesehen sind wir auch hier an einer Schnittstelle.

nur einen Hammer hat, Problem einen Nagel

Report Was braucht es für ein gelingendes Gespräch zwischen Patient und Arzt?

H.-P. Edlhaime Es braucht Zeit – und es würde bezahlte Zeit brauchen. Für etwa zwei Drittel der Menschen, die in eine Arztpraxis kommen, reicht eine kurze Intervention, sie können mit der Methode „Blick, Diagnose, Rezeptblock, Medikament“ bedient werden. Ein Drittel jedoch hat erhöhten Kommunikationsbedarf: chronisch kranke Patienten, Patienten mit psychosomatischen Beschwerden. Hier muss erst Vertrauen aufgebaut werden, denn vieles ist bei chronisch kranken, psychosomatischen Patienten verdrängt und muss erst zur Sprache gebracht werden. Nach mehreren Studien dauert es durchschnittlich 33 Sekunden, bis ein Arzt seinen Patienten unterbricht. Doch Patienten und Patientinnen brauchen mehr Zeit (meist weniger als zwei Minuten), um ihr Anliegen darzulegen. Etwas, das einem am Herzen liegt, braucht Zeit, mitgeteilt zu werden.

Report Gespräche werden kaum bezahlt, da – so die vorherrschende Meinung – ihr Effekt nicht messbar ist. Kann sich ein solches vertieftes Gespräch rechnen?

H.-P. Edlhaime Chronisch kranke Patienten wandern oft von einem Arzt zum nächsten. Sie erhalten dann auch mehrere Diagnosen und viele kostspielige Untersuchungen. Damit wird das Gesundheitssystem finanziell im Übermaß strapaziert. Wenn ich 15 Minuten investiere und bestimmte Gesprächs-Skills für ein patientenzentriertes Vorgehen anwende, sind unter Umständen beide Seiten zufrieden, wenn ich nur ein paar Minuten investiere, kommt der Patient öfter, ist frustriert und braucht in Summe mehr Zeit. Da gäbe es durchaus Zeitökonomie. Gespräche sind aber phänomenologisch und hermeneutisch orientiert und nicht messbar wie naturwissenschaftliche empirische Daten. Mit diesen evaluierbaren Daten kommt es leicht dazu, dass Laborbefunde und Röntgenbilder behandelt werden und keine Menschen.

Report Was wäre aus Ihrer Sicht in der ärztlichen Ausbildung vonnöten?

H.-P. Edlhaime Im Medizinstudium aller österreichischen Universitäten wurden Kommunikationstraining und ärztliche Gesprächsführung aufgenommen. Dies geschieht im Kontext des Aneignens einer großen Menge medizinischen Wissens und nicht in der Echtzeit der Arzt-Patienten-Beziehung. Um Effizienz im ärztlichen Gespräch zu erlangen, bedarf es einer berufsbegleitenden Schulung, Supervision und Anleitung zur Selbstreflexion. Balintgruppen leisten dies, bringen Mehrperspektivität in der Diagnostik und kompetente Erweiterung im ärztlichen Handeln. Wie heißt es so schön bei Paul Watzlawick: „Wer als Werkzeug nur einen Hammer hat, sieht in jedem Problem einen Nagel.“

Erfolgsfaktoren

- Kommunikationstraining für Ärzte, die bereits im Berufsleben stehen
- Spezielle Gesprächs-Skills, Nutzen der Erkenntnisse der Balint-Methode, Supervision und Fallbesprechungen
- Bezahlte Zeit für Patientengespräche, besonders für Patienten mit psychosomatischen oder chronischen Erkrankungen

Dolmetsch auf Knopfdruck

Das Pilotprojekt „Videodolmetschen im Gesundheitswesen“

An der Schnittstelle braucht es manchmal auch zusätzliche „Vermittler“ – über die Beteiligten des Gesprächs hinaus. Gespräche zwischen Medizinerinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bedürfen oft professioneller Übersetzung, um die Qualität der Entscheidungen sowie die Adhärenz zu fördern, aber auch um die Intimsphäre der Patienten zu wahren (Stichwort: der Übersetzer aus dem Wartezimmer).



Erfolgsfaktoren

- ▶ Reaktion auf klaren Bedarf
- ▶ Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Pilotprojekts
- ▶ Kein bürokratischer Mehraufwand sowie unkomplizierte Machbarkeit in der Praxis

Im November 2011 startete das Pilotprojekt *Videodolmetschen im Gesundheitswesen*. Das Konzept wurde von der Plattform Patientensicherheit in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin, ÖGS.barrierefrei und dem Zentrum für Translationswissenschaft (Universität Wien) entwickelt. Im Oktober 2013 lief das Projekt in zwölf Krankenhäusern und zehn Ärztezentren an. Nach erfolgreicher Testphase und wissenschaftlicher Aufbereitung der begleitenden Studie im März 2014 wurde die SAVD Videodolmetschen GmbH gegründet, die das Projekt weiterbetreibt.

Ende 2015 hat das Start-up in Österreich eine bundesweite Ausschreibung über rund 30 Mio. Euro gewonnen, die eine rechtssichere und hochwertige Videodolmetsch-Dienstleistung für alle öffentlichen Einrichtungen über fünf Jahre garantiert. Ebenfalls 2015 weitete das Unternehmen seine Aktivitäten auf den gesamten deutschsprachigen Markt aus. 2016 werden rund 150.000 Videodolmetsch-Einsätze für mehr als 250 Kunden aus den unterschiedlichsten Bereichen abgewickelt; Wochenend-, Feiertag- und Nachtdienst inklusive.

www.videodolmetschen.com

Interview mit Dr. Martin Gleitsmann und Mag. Ulrike Klein

Einfache Machbarkeit in der Praxis



Martin Gleitsmann und Ulrike Klein
 Wirtschaftskammer Österreich, Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit

Report Bessere Kooperation an den Schnittstellen des Gesundheitssystems. Wie kann das in Österreich vermehrt gelingen?

M. Gleitsmann In unserem Gesundheitssystem arbeiten die Akteure oft nebeneinander und wenig miteinander – das geht häufig zu Lasten der Patienten und ist verbunden mit höheren Kosten, Doppelverschreibungen oder mehrfachen Untersuchungen ohne Mehrwert. Wir brauchen vor allem mehr Transparenz im Gesundheitssystem, dafür muss auch ELGA möglichst rasch umgesetzt werden. In der Diskussion werden die Vorteile wie die dadurch mögliche Vernetzung der Gesundheitsdienstleister und die positiven Aspekte für den Patienten kaum erwähnt.

Report Was benötigt es aus Ihrer Sicht, damit neue Ideen wie dem Videodolmetschen im Gesundheitswesen Platz greifen? Warum gibt es nicht eine Fülle solcher Projekte, die quasi „Serienreife“ erlangen und den Schritt vom wissenschaftlichen „Piloten“ zum nachhaltigen Geschäftsmodell schaffen?

U. Klein Wesentlich ist die einfache Machbarkeit in der Praxis. Angebote, die Schnittstellenkommunikation fördern, müssen gut in den Alltag des Arztes oder in die Arbeitsabläufe eingebettet und integrierbar sein. Das halte ich für absolut zentral. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass noch mehr Administration gefordert ist. Dass es nicht mehr Projekte gibt, ist eine Ressourcenfrage. Es fehlt an Zeit und Geld. Wir müssen hier sicher langfristiger zu denken beginnen. Solche Angebote rechnen sich, aber nicht kurzfristig. In Deutschland setzen sich solche Lösungen teilweise rascher durch. Aufgrund der komplexeren Finanzierungsströme im Gesundheitssystem dauert es in Österreich länger, diese sind sicher nicht förderlich.

Report Was kann einer besseren Kooperation oder Vernetzung noch dienlich sein?

M. Gleitsmann Unser Gesundheitssystem ist nach wie vor auf Reparaturmedizin ausgerichtet. Der massive Wandel in den Krankheitsbildern hin zu chronischen Krankheiten ist noch nicht in der Gestaltung der Patientenbetreuung angekommen, wir brauchen vermehrt Disease-Management-Programme wie im Bereich Diabetes. Außerdem sollten wir den technischen Fortschritt für die Medizin nützen, um gerade chronisch Kranken eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen.

U. Klein Die Technologien gibt es alle, es geht um die Umsetzung. Wir müssen hier vermehrt aufklären, die generelle Skepsis gegenüber elektronischen Lösungen, die Gesundheitsdaten umfassen, ist in der Bevölkerung immer noch sehr hoch.

Erfolgsfaktoren

- Aufklärung zum Nutzen der digitalen Möglichkeiten
- Vermehrte Transparenz und digitale Vernetzung der verschiedenen Akteure
- Einbettung in alltägliche Arbeitsabläufe im Gesundheitswesen, praktische Machbarkeit
- Evaluation: *Return on Investment* bei Schnittstellenprojekten langfristiger rechnen

Verhaltensänderung schmackhaft machen

Schweiz: Telefonischer Erstkontakt zur Anamnese

Mittlerweile wickeln telemedizinische Beratungszentren wie Medi24 oder Medgate vier Millionen telefonische Erstkontakte jährlich in der Schweiz ab. Zwischen 50 und 60 Prozent der Patienten benötigen danach keinen weiteren Arzt- oder Ambulanzbesuch.

Ziel des telefonischen Erstkontakts ist es, die Behandlungsdringlichkeit und -notwendigkeit festzustellen. Bei den Beratern am Telefon handelt es sich um speziell ausgebildete Pflegekräfte mit breiter klinischer Erfahrung, die eine Triage erstellen, aber keine ärztliche Diagnose erbringen. Der Vorteil des Systems ist unter anderem, dass Patienten nicht zu viel und zu oft in unnötig hohen Versorgungsstufen landeten, unterstreicht Dr. Andrea Vincenzo Braga. Zugleich erhielten etwa zehn Prozent der anrufenden Patienten aufgrund der richtigen Ersteinschätzung der Kardinalsymptome rasch eine dringend notwendige ärztliche Behandlung, die ohne computergestützte Triage nicht rechtzeitig erfolgen würde. Braga war bis 2011 Ärztlicher Leiter und Geschäftsführungsmitglied von Medi24 in der Schweiz. Er berät derzeit auch beim österreichischen Pilotprojekt „Gesundheits hotline“, das 2017 startet, als Delegierter des Haupt-

verbandes, präsidiert die Österreichische Wissenschaftliche Gesellschaft für Telemedizin & eHealth (ASSTeH), ist Vizepräsident der Schweizerischen Gesellschaft für Telemedizin, Dozent für Telemedizin an der MedUni Wien, FH St. Pölten, MedUni Zürich und MedUni Bern, sowie Autor zahlreicher Publikationen.

Das Schweizer Telemedizin-System besteht seit etwa 17 Jahren, einen Wachstumsschub erfuhr es durch neue monetäre Anreizsysteme, die die Schweizer Versicherungen vor rund acht Jahren etablierten und ihren Kunden signifikante Rabatte auf die Krankenkassenprämien gewährten, wenn diese die telemedizinischen Angebote konsequent nutzten. Wichtig ist in der Startphase eines telemedizinischen Systems vor allem gute Kommunikation, um Patienten die Verhaltensänderung „schmackhaft“ zu machen – in der Schweiz wurden die Notfallnummern u. a. auf allen Versicherungskarten abgedruckt. Als weitere Erfolgsfaktoren wertet Braga vor allem die einheitliche und konsequente Qualität der telefonischen Erstberatung und hohe Servicelevels mit 24 Stunden-Verfügbarkeit in allen vier Landessprachen. In der Schweiz würden derzeit über 80 Prozent der Anrufe binnen 20 Sekunden angenommen. Dort beginnt übrigens Mitte 2017 die Einführung zum nächsten Level – der Videokonsultation.



Interview mit Mag. Beate Hartinger-Klein und Univ.-Lektor Dozent (PD) Dr. Andreas Klein

Wert(e) schaffen



Beate Hartinger-Klein
 Ökonomin

Report Konzepte zur Schnittstellenkommunikation gibt es viele. Wie kann die Umsetzung in die Praxis besser gelingen?

B. Hartinger Schnittstellenkommunikation muss einen Wert für die Beteiligten haben. Nur wenn geeignete Anreize bestehen, wird sie auch stattfinden. Aus Studien etwa zum Arztgespräch ist bekannt, dass für positive Effekte nicht unbedingt die Zeit, also die Quantität wichtig ist, sondern die Qualität der Kommunikation. Das macht den Wert schwerer messbar. In Deutschland wird von manchen Versicherungsträgern jedoch einiges in diesem Bereich investiert.

Report Wie könnte es in Österreich zu einem Umdenken kommen?

B. Hartinger Wir befinden uns in einem Umbruch. Der Primar etwa ist heute nicht mehr so sehr der „Gott in Weiß“, sondern weit mehr als früher Controllern gegenüber verantwortlich. Diese achten auf mikroökonomische, also

wirtschaftliche Aspekte des (Kranken-)Hauses. Wir müssen vermehrt auch makroökonomische Aspekte in Betracht ziehen. So ist zu fragen: Wenn die Schnittstellen besser zusammenarbeiten, was ist dann der Nutzen für den Patienten und seine Gesundheit und damit in der Folge auch für die Kostenträger? Dahinter braucht es dann auch politische Anreize und Maßnahmen, um die Zusammenarbeit zu fördern. Die Effekte lassen sich dann auch wissenschaftlich messen, wie z. B. in Deutschland.

A. Klein Neben dem wirtschaftlichen Wert geht es auch um Werte. Probleme bei der Schnittstellenkommunikation (z. B. zwischen Ärzteschaft und Pflege) sind häufig auch Wertkonflikte. Es sollte stets die Perspektive leitend sein, dass es letztlich um das Wohl von Patienten geht, an dem alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen mitwirken. Manches an Kommunikation wäre schon durch diese Leitperspektive zu verbessern. Dies beträfe auch die entsprechende politische Kommunikation über das Gesundheitswesen.

Fortsetzung auf Seite 19



Andreas Klein
 Univ.-Lektor Dozent (PD), Ethiker

Erwerbstätigkeit und Teilhabe sind das Ziel

Programm zum stufenweisen Wiedereinstieg der Erste Group

Zwischen „krank“ und „gesund“ gibt es viele Schattierungen: „Wir sind nicht immer ganz gesund“, so die Arbeitsmedizinerin und Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group, Dr. med Eva Hörtl. „Rund 20 Prozent der Erwerbstätigen leiden an chronischen gesundheitlichen Einschränkungen“. Die Erste Group hat 2013 ein Programm für genesende Mitarbeiter etabliert, das die Teilhabe am Berufsleben und den Erhalt der Erwerbstätigkeit fördern soll, zum beidseitigen Nutzen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Es ermöglicht Mitarbeitern einen durch eine Betriebsvereinbarung gesicherten, stufenweisen Wiedereinstieg nach langem Krankenstand. Bisher haben rund 400 Mitarbeiter von diesem Modell Gebrauch gemacht. Der Erfolg ist messbar: Langzeitkrankenstände gingen seit Programmbeginn um die Hälfte zurück, Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen ebenfalls um zwei Drittel.

Erfolgreich ist das Programm, so Hörtl, weil viele Genesende gern von sich aus in den Arbeitsprozess zurückkehren möchten, aber noch nicht über die Ressourcen verfügen, um wieder voll erwerbstätig sein zu können. Das Modell ermöglicht den Rückkehrenden neben dem stufenweisen Einstieg entsprechende Rahmenbedingungen, die phasenweise mit der Arbeitsmedizinerin re-evaluiert werden. Die Rahmenbedingungen werden dort festgelegt, wo die medizinische Kompetenz dafür besteht, die Arbeitsmedizinerin ist nicht Partei, sondern hat eine Vermittlungsrolle auf Augenhöhe inne. Dank der klar festgelegten Rollen sind auch die Führungskräfte der „Wiedereinsteiger“ entlastet, sie wurden im Zuge

Erfolgsfaktoren

- ▶ Win-win-Situation für Arbeitgeber und Arbeitnehmer
- ▶ Unterstützung des Vorstandes, Schulung der Führungskräfte
- ▶ Hohe Verbindlichkeit durch Betriebsvereinbarung
- ▶ Klare Prozesse, Strukturen und Eskalationsprozesse

des Programms auch entsprechend geschult. „In der heutigen Zeit ist die Sichtbarkeit der Leistung des Einzelnen sehr hoch, Minderleistung fällt rasch auf. Wir haben aber nicht immer die volle Gesundheit zur Verfügung“, so Hörtl. Ziel des Programms sind daher die Teilhabe und der Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Ihr sei es auch wichtig, das Spannungsfeld Gesundheit/Krankheit vermehrt im wirtschaftlichen Kontext, speziell in jenem eines börsennotierten, in starkem Wettbewerb stehenden Unternehmens, zu positionieren.

Eine wesentliche weitere Schnittstelle im Rahmen des Programms stellen auch die niedergelassenen Ärzte dar, da bei ihnen trotz der Einbeziehung der Arbeitsmediziner die Behandlungshoheit verbleibt. Mit der Ärztekammer wurden daher im Vorfeld des Projektstarts Gespräche und Verhandlungen geführt.

Fortsetzung des Interviews mit Mag. Beate Hartinger-Klein und Univ.-Lektor Dozent (PD) Dr. Andreas Klein

Wert(e) schaffen

Fortsetzung von Seite 17

Report Was wäre dafür ein Beispiel?

A. Klein Zum Beispiel in der Palliativmedizin. Für die Pflege ist Begleitung zu einem Leben und auch einem Sterben in Würde zentral. Ärzte zielen häufig auf den Erhalt des Menschenlebens mit allen Mitteln. Hier bestehen Perspektiven-differenzen, die eine stärkere integrative Kommunikation benötigen.

Report Wie kann man dann Brücken schlagen zwischen den Beteiligten?

A. Klein Ich plädiere seit Langem für eine flächendeckende Einführung von Ethik-Komitees in Spitälern, wie sie in Deutschland sehr produktiv gehandhabt werden. Ein solches Komitee ist multidisziplinär aufgestellt, mit Ärzten, Pflegenden, Ethikern oder Theologen, Juristen, Psychologen usw., um über schwierige ethische Fälle zu beraten (nicht zu entscheiden). Dort ist ein herrschaftsfreier Diskurs, ein Diskurs auf Augenhöhe möglich. Das ist ein gutes Lernfeld für interdisziplinären Austausch.

Erfolgsfaktoren

- Ökonomische Anreize
- Telemedizinische Unterstützung
- Lernfelder wie multidisziplinäre Ethik-Komitees

B. Hartinger Brücken schlägt auch die moderne Kommunikationstechnologie. Die Telemedizin ist heute noch viel zu rudimentär ausgebaut. In der Schweiz wurden durch Telemedizin bis zu 70 Prozent der Erstkontakte zu Ärzten reduziert, weil der Erstkontakt über ein geschultes Kontaktcenter erfolgt, das telefonisch, aber auch über Videotelefonie usw. zu erreichen ist. Dadurch kann auch die Vernetzung zwischen den Disziplinen weiter strukturiert werden. Der Nutzen für den Patienten liegt auf der Hand: kürzere Wartezeiten, Entlastung von Ambulanzen und Arztpraxen, Kostendämpfung und Effizienzsteigerung im gesamten System.



Gemeinsame Sprache

Erfolgsbeispiele der Mitglieder der Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs

Dr. Bettina Klar, Chefarztin Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) in Oberösterreich

Diskurs mit den Betroffenen

Die berufliche Rehabilitation und die berufliche Wiedereingliederung funktionieren immer dann gut, wenn es gelingt, den Betroffenen möglichst ganzheitlich zu betrachten. Wir im BBRZ versuchen zu definieren, in welche Richtung sich die Person am besten entwickeln kann. Hierzu definieren wir ein psychophysisches Leistungskalkül, das auf der Beurteilung von unterschiedlichen Experten wie etwa Sozialarbeitern, Arbeitsmedizinern, Sozialpädagogen und Psychologen beruht. Am runden Tisch wird regelmäßig multidisziplinär besprochen, wie die individuellen Faktoren aussehen, zum Beispiel die Belastbarkeit oder die finanziellen Hintergründe der Betroffenen. Im Gespräch ist es am wichtigsten, dass jeder Betroffene Feedback bekommt und Fragen stellen kann, wie etwa „Wie kommen Sie zu der Einschätzung, dass ich Stress nicht aushalte?“. Der transparente Diskurs ist hier wesentlich. Die Patienten dürfen nicht nur fragen, sondern auch kritisieren und auf Augenhöhe kommunizieren.

Erfolgsfaktoren

- Zeit für die Begutachtung
- In einfacher Sprache kommunizieren und komplexe Inhalte „übersetzen“

Mag. Jürgen E. Holzinger, Obmann Verein ChronischKrank® Österreich

Bessere Krankheitsbewältigung

Der Verein ChronischKrank® Österreich ist im Bereich Case- und Disease-Management tätig. Wir beraten und unterstützen Patienten ganzheitlich, das heißt im sozialen,

medizinischen und psychologischen Bereich. Soziale und psychologische Aspekte geraten häufig in den Hintergrund. Durch ein gutes Netzwerk von über 100 Primärärzten und Rechtsanwälten, Diätologen etc. können wir den Patienten den richtigen Netzwerkpartner zuweisen. Kommunikation muss das gesamte Umfeld berücksichtigen. Patienten und Angehörige sind in dieser Situation häufig überfordert, hinzu kommen finanzielle Probleme. Im Gespräch finden wir heraus, wo es brennt, und weisen den richtigen Experten zu. Dadurch ist eine ganzheitliche Krankheitsbewältigung möglich.

Erfolgsfaktoren

- Übergeordneter Blick für den Patienten übernehmen
- Ganzheitliche Beratung und Bedürfnisse ernst nehmen

Liane Krug, Coach ÖZIV Bundesverband

Mit Würde und Respekt behandeln

Im täglichen Umgang mit den Patienten geht es um Begutachtungen, Behindertenpässe, Anträge oder verschiedene Gutachten. Der Prozess funktioniert immer dann reibungslos, wenn der Umgang mit den Patienten wertschätzend ist und sie „gehört“ werden. Unsere Erfahrung zeigt, dass negative Nachrichten wie beispielsweise, dass der Grad der Behinderung von 50 Prozent nicht erreicht wird, unter Berücksichtigung der menschlichen Seite viel besser angenommen werden können. Außerdem braucht es Zeit für die Gespräche. Gespräche sind erfolgreich, wenn sich der Patient als Mensch wahr- und angenommen fühlt.

Erfolgsfaktoren

- Verständliche und gemeinsame Sprache
- Sich Zeit für das Gespräch nehmen

Interview mit Mag. Eringard Kaufmann, MSc

Empfehlungen übersetzen



Eringard Kaufmann

Generalsekretärin des ÖAR – Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs

Wie kann Kommunikation zwischen Behandlung und Begutachtung gelingen?

Menschen mit Behinderungen und akuten oder chronischen Erkrankungen stehen in der Regel vor besonderen persönlichen Herausforderungen. Häufig sind sie zusätzlich gefordert, sich in einem komplexen System zurechtzufinden, um ihre Existenz abzusichern. An dieser Schnittstelle zwischen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auf der einen Seite und vorübergehender oder dauernder Arbeitsunfähigkeit auf der anderen Seite finden zahlreiche meist medizinische Begutachtungen statt.

Erfolgsfaktoren

- Peerberatungs- und Unterstützungsleistungen
- Übersetzung fachspezifischer Termini

Eine spezielle Bedeutung kommt auf diesem Weg der ärztlichen Begutachtung zu. Patienten verfügen in der Regel über keinerlei Fachwissen dazu. Deshalb ist für eine gelingende Kommunikation die Übersetzung der ärztlichen Logik und Fachsprache ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Die Patienten sind mit dramatischen und mit teilweise kaum zu bewältigenden Lebenssituationen konfrontiert. In dieser Situation sind Interessensvertretungen und Selbsthilfegruppen für Menschen mit Behinderungen wichtige Brückenbauer und tragen aktiv zu einer positiven Kommunikation und damit einer positiven Krankheitsbewältigung bei.

Zusammen wachsen

Mit „Grow Together“ Familien aus schwierigem Umfeld stützen

Bei der Geburt eines Kindes eröffnet sich – von der Hirnforschung nachgewiesen – für Mütter und Eltern ein mögliches Fenster der tiefgreifenden positiven Entwicklung und Veränderung. Diesen Umstand nützt das Projekt *Grow Together* und begleitet Familien aus schwierigen persönlichen und familiären Situationen therapeutisch und sozialpädagogisch intensiv und langfristig.

Mütter und Eltern, die sozial benachteiligt sind, werden so intensiv unterstützt und gestützt, dass ihre Kinder bei ihnen aufwachsen können und bestmöglich gefördert werden. Auch die berufliche Weiterentwicklung der Mütter wird gefördert. Das Projekt wurde 2010 von der Kinderärztin Dr. Katharina Kruppa initiiert. Im Vorfeld des Pilotprojekts wurde im Rahmen eines Spitalsprojekts das Personal am Preyer'schen Kinderspital etwa im Bereich Wertschätzung für Menschen in belasteten psychosozialen Situationen – im speziellen Drogensubstitution – sensibilisiert, die Aufenthaltszeiten der Kinder sanken in Folge.

Das Projekt erhielt 2010 den Gesundheitspreis der Stadt Wien und den Innovationspreis des Krankenanstaltenverbundes 2011. Grow Together erlangte 2013 den Preis für Ideen gegen Armut (WU, Coca-Cola, Der Standard) und 2015 den Sozialmarie Award.

www.growtogether.at

Erfolgsfaktoren

- Eigeninitiative und Passion der Gründerin, ihrer Mitarbeiter und ihrer ehrenamtlichen Helfer
- Erfolgreiches Einwerben von Förderungen z. B. der Kahane Foundation, der Katharina Turnauer Stiftung, MAG elf, Ministerien etc.
- Evaluation mit der Wirtschaftsuniversität Wien: Der *Return on Social Investment* bei diesem Projekt ist 22. Dieser außergewöhnlich hohe Wert erklärt sich durch den langfristigen, präventiven Charakter.



Interview mit Mag. Irene Kerthaler-Moser

„Auch Lonesome Cowboys haben heute Checklisten“

©Mehrenergie Consulting OG



Irene Kerthaler-Moser
 Mehrenergie Consulting

Report Sie waren als Patientin selbst Teil des Schnittstellen-Vielecks. Was braucht es für ein gelungenes Miteinander zwischen Arzt, Patienten und Pflege?

I. Kerthaler-Moser Im Spital oder in der Praxis treffen völlig unterschiedliche Logiken aufeinander. Als Patientin geht es mir um mein Leben, um ganz Privates. Für den Arzt wiederum geht es um naturwissenschaftliche Fragen und ein hochprofessionelles Agieren. Ein Beispiel: Bei mir hat sich einmal ein Chirurg beschwert, dass die Patienten ihm nach einer OP nicht die richtigen Fragen z. B. nach der OP-Methode stellen, sondern zuerst fragen, wann sie entlassen werden. Hier geht es letztendlich um die Frage, ob ich jemanden akzeptieren kann, der mir fremd und in einer anderen Wirklichkeit zu Hause ist. Auf die Wirklichkeit des anderen muss man sich einlassen, das braucht Zugang zur eigenen Wirklichkeit und Zeit.

Report Zeit ist Mangelware. Wie kann man unter diesem Aspekt diese unterschiedlichen Wirklichkeiten dennoch zusammenbringen?

I. Kerthaler-Moser Unser System bezahlt leider nicht die Gesunderhaltung der Patienten, sondern es bezahlt bei aufgetretener Krankheit, ansonsten wäre die notwendige Zeit mit Return on Investment durchaus finanzierbar. Ärzte werden in Zukunft lernen, im professionellen Kontext eine Sprache für die soziale Kompetenz und die eigenen Emotionen zu finden. Das braucht Persönlichkeitsentwicklung gemeinsam mit der fachlichen Ausbildung, auch das braucht ein Umdenken, was sinnvoll eingesetzte Zeit ist. Ich glaube die Entwicklung wird möglich, wenn alle Beteiligten erkennen, dass auch ihre Lebensqualität steigt.

Report Was ist aus Ihrer Sicht für ein Gelingen der Kommunikation an den Schnittstellen noch wichtig?

I. Kerthaler-Moser Ich folge da dem Ansatz des Chirurgen und WHO-Experten Atul Gawande. Früher gab es eine überschaubare Anzahl an behandelbaren Krankheiten. Heute gibt es Tausende Therapien, die aber nur funktionieren, wenn alle Spezialisten zusammenarbeiten. Es sind nicht mehr Einzelhelden, Lonesome Cowboys, gefragt, sondern Teams, die vernetzt agieren. Gawande hat unterschiedliche Checklisten für OPs mit zum Teil banal wirkenden Fragen, wie „Wer ist bei dieser OP dabei?“ zur Qualitätssicherung entwickelt. Damit wurden nachweislich Todesraten gesenkt. Und übrigens, sogar die echten Cowboys arbeiten heute schon teilweise mit Checklisten.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Eingehen auf die Wirklichkeit des anderen, Emotion, Privates neben Profession, Wissenschaft stehen lassen können
- ▶ Soziale Kompetenzen genauso wichtig nehmen wie fachliche Kompetenzen
- ▶ Zusammenarbeit als Stärke und nicht als Schwäche sehen und entsprechende Fortbildungen besuchen
- ▶ Checklisten für medizinische Prozesse umsetzen, das erleichtert und verlängert das Leben (Bsp. OP: www.who.int/patientsafety/safesurgery)

10 Arzneimittel im Griff

UNIQA-Kooperationsprojekt sorgt für mehr Sicherheit im Umgang mit Arzneimitteln

Für Menschen, die regelmäßig Arzneimittel einnehmen müssen, stellen sich immer wieder Fragen zur Verträglichkeit oder zum Arzneimittelumgang. „Vertragen sich meine Arzneimittel miteinander? Welche Tablette muss ich vor dem Essen nehmen? Wie kann ich es verhindern, dass ich die grüne Tablette zu Mittag nicht vergesse?“ Übelkeit, Schwindel, Verwirrtheit und trockener Mund sind nur einige der Erscheinungen, die durch nicht ideal kombinierte Arzneimittel entstehen können. Hinzu kommen häufig auch Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamine, die zusätzlich eingenommen werden. Mit dem Projekt Medikamente im Griff unterstützt UNIQA in Kooperation mit der Österreichischen Apothekerkammer Patienten, alle diese Faktoren in einer Gesamtschau zu berücksichtigen. Mit dem Gutschein für eine Medikationsanalyse erhalten Patienten in den jeweiligen Partnerapothe-

ken eine ausführliche Beratung. Der Apotheker nimmt sich Zeit für eine detaillierte Bestandsaufnahme. Der mehrstufige Prozess des UNIQA-Projekts beinhaltet neben ausführlichen Gesprächen wertvolle Optimierungsvorschläge und Compliance-Tipps.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Raum und Zeit für Beratung
- ▶ Gesamtschau: Bestandsaufnahme aller eingenommenen Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, etc.



Interview mit Dr. Peter Kritscher

Patientensicherheit steht im Vordergrund



Peter Kritscher
 Leistungsmanagement der UNIQA Krankenversicherung

Report Wo konkret setzt das Projekt Medikamente im Griff an?

P. Kritscher Der Beratungs-Gutschein ermöglicht eine vollständige Bestandsaufnahme der Einnahme aller Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel und Pflanzenpräparate und so weiter. Der Apotheker nimmt sich für das erste Gespräch viel Zeit. Das Gespräch findet in der Apotheke, aber nicht im üblichen Verkaufsbereich an der Tara, sondern in einem Extraraum, ungestört von anderen Patienten, statt. Die Kunden werden im Vorfeld informiert, was sie alles zum Gespräch mitnehmen sollen. Damit ist eine umfassende Betrachtung und Beratung möglich. Im Gespräch können alle Details angesprochen werden, etwa wann werden welche Arznei-

mittel genommen, ob diese zu einer bestimmten Tageszeit eingenommen werden müssen und so weiter. Unter Umständen stellt sich heraus, dass die Tablette, die man immer am Morgen vergessen hat, auch zum Mittagessen eingenommen werden kann. Im Einzelgespräch kann man gezielt auf Stolpersteine eingehen und individuelle Lösungen suchen.

Report Welche Erfahrungen haben Sie bei dem Projekt bisher gemacht?

P. Kritscher Die Patientensicherheit steht für uns an erster Stelle. Erste Rückmeldungen zeigen auch eher beunruhigende Ergebnisse. Für mich ist es zum Beispiel überraschend, dass Patienten verschriebene Arzneimittel ohne Rücksprache mit dem Arzt einfach absetzen. Wenn ein Thrombosemittel abgesetzt wird, weil ein Patient gelesen hat, dass es Gastritis auslösen könnte, sehe ich eine Gefährdung der Patientensicherheit. Hier möchten wir mit unserem Kooperationsprojekt ansetzen und die Schnittstelle zwischen Arzt und Apotheker fördern. Denn die unkontrollierte Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln und Vitaminen beziehungsweise auch Selbsttherapie durch die Wiedereinnahme von abgesetzten Arzneimitteln kann zu unerwünschten Resultaten führen.

Report Welche Bereiche sind in diesem Zusammenhang aus Ihrer Sicht besonders wichtig?

P. Kritscher Das Projekt soll bei Bedarf eine zusätzliche Informationsmöglichkeit für Patienten bieten. Es ist mir ein Anliegen, vor allem auch die kritische Problemgruppe von Menschen zu erreichen, die sehr viele Arzneimittel nehmen müssen und unter Umständen nicht mehr in der Lage sind, alleine einen guten Überblick zu bewahren. In diesem Zusammenhang sollten auch die zuständigen Pflegepersonen und Betreuer in die Beratung eingebunden werden.

11



Interview mit Dr. Bernhard Kuderer

Klare Hierarchien, Verschriftlichung und Wertschätzung



Bernhard Kuderer

Facharzt für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation

Dr. Bernhard Kuderer führt seit rund 14 Jahren eine Kassenspraxis für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation in Wien und beschäftigt 16 Mitarbeiter, neben Physiotherapeuten auch Sportwissenschaftler, medizinische Masseure und Heilmasseure und medizinisch-technische Fachkräfte sowie Service- und Administrationspersonal. Jährlich werden etwa 2.000 Patienten in der Ordination behandelt.

Report Sie arbeiten in Ihrer Praxis mit einem relativ großen interprofessionellen Team und bilden darüber hinaus mit zahlreichen Kollegen aus dem allgemeinmedizinischen- und Facharztbereich, vor allem niedergelassen, aber auch intramural, Schnittstellen. Was führt zum Gelingen der Zusammenarbeit?

B. Kuderer In meiner Praxis selbst geht es primär um interprofessionelles Zusammenarbeiten, wir haben sehr unterschiedliche Aufgaben, es gibt eine klare Hierarchie. Hier halte ich es mit der Musik: Meine Rolle ist die des Dirigenten, der dieses Orchester dirigiert, damit es gut zusammenspielen kann. Meine Mitarbeiter sind die Experten auf ihrem Gebiet. Ich setze Ihnen einen klaren Rahmen, in dem sie sich optimal entfalten können und sollen. Dabei geht es auch darum, einen hohen Qualitätsstandard zu erreichen und diesen beizubehalten. Für mich sind Qualität und Qualitätstransparenz in der Medizin ganz essenziell. Ich wäre in diesem Zusammenhang durchaus auch dafür, Selbstbehalte

für jeden Patienten einzuführen. Wenn ich als Patient jedes Quartal schwarz auf weiß sehe, was mich eine Leistung kostet, bewerte ich die damit verbundene Qualität auch kritischer und gehe dorthin, wo sie entsprechend hoch ist.

Report Was fördert aus Ihrer Sicht eine gute Zusammenarbeit mit den Arztkollegen diversester Fächer?

B. Kuderer In der interdisziplinären Zusammenarbeit ist besonders die Verschriftlichung sehr wichtig. Das klingt aufs Erste banal, ist es aber nicht. Ich habe bereits bei der Gründung meiner Ordination ein maßgeschneidertes Ordinations-Softwareprogramm entwickeln lassen, mit einer systematischen elektronischen Befunderstellung. Damals war das eher unüblich, es galt noch das Prinzip „Stille Post“ zwischen Arztkollegen. Es hat sich auch heute vielerorts noch nicht durchgesetzt, etwa im Notfall- und Akutbereich. Dort laufen viele Übergaben nach wie vor mündlich ab, der Patient ist eine Blackbox. Ich war früher als Notarzt im Einsatz und fand es teilweise erschreckend, wie wenig die Kollegen bei der Aufnahme die Hintergrundinformation zu den einzelnen Patienten interessiert hat. Auch bei Aufnahme und Entlassung im Krankenhaus hängt das Prozedere stark vom einzelnen Träger ab, auch in diesem Bereich sehe ich noch sehr viel Verbesserungspotenzial zur Professionalisierung der Übergaben an den Schnittstellen.

Report Wie halten sie es mit dem „Faktor Mensch“ in einem so unter Druck stehenden System?

B. Kuderer In der Medizin sind der persönliche Kontakt und die Beziehung extrem wichtig. Es ist essenziell, dass der Patient weiß, welcher Arzt ihn betreut oder betreut hat, dass es keine anonymisierte Maschinerie wird, auch nicht in Gruppenpraxen. Darauf lege ich in meiner Ordination großen Wert. Man spricht ja nicht umsonst vom Therapeuten als Heilmittel. Unsere Patienten können sich nach Maßgabe der Zeitfenster ihre Therapeuten aussuchen und werden nicht als Nummer im Wartezimmer gehandelt, die vom nächsten freien Therapeuten behandelt werden. Ich befrage auch jeden Patienten, wie zufrieden er mit der Behandlung war. Wichtig ist auch der persönliche Kontakt zwischen zuweisenden Kollegen und Ordination. Es gibt Zuweiser, die einem einen bestimmten Patienten besonders ans Herz legen. Da entsteht eine ganz andere Qualität in der Betreuung.

Nachbetreuung krebskranker Kinder verbessern



Smartphone statt Papiertagebuch

Die Smartphone-App INTERACCT ermöglicht die Kommunikation zwischen krebskranken Kindern und Jugendlichen nach allogener Stammzelltransplantation (SZT) und ihrem medizinischen Team. Ziel der App ist es, die Compliance zu erhöhen und Probleme und Komplikationen schneller erkennen zu können. Die Funktionsweise ist einfach: Patienten geben, ähnlich einem Papiertagebuch, in der App Daten wie etwa Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Schmerzen, körperliche Aktivitäten etc. ein. Motiviert werden sie dabei unter anderem durch die Möglichkeit, Punkte für ihre Eingabe zu erhalten, die sie in einem in der App integrierten Spiel einsetzen können. Einer der entscheidenden Vorteile der App: Der behandelnde Arzt kann die Daten in Echtzeit verfolgen und bei Bedarf sofort gegensteuern. Die App mit dem „Serious Games“-Ansatz wurde im Rahmen eines von der Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft FFG geförderten, interdisziplinären Forschungsprojektes zwischen der St. Anna Kinderkrebsforschung, der Universität Wien (Scientific Computing), der Universität für angewandte Kunst und dem Industriepartner T-Systems entwickelt.

Erfolgsfaktoren

- Kommunikation über Fachgrenzen hinaus
- Eingehen auf die Kommunikationswelt der Patienten

Interview mit Dr. Anita Lawitschka

Healthcube als Kommunikations-Schnittstelle

©OeGH



Anita Lawitschka
 St. Anna Kinderkrebsforschung & Leitung SZT-Ambulanz/Tagesklinik

Report Was macht die Kommunikation an der Schnittstelle so schwierig?

A. Lawitschka Die Entwicklung der INTERACCT-App wurde von Personen mit unterschiedlichem beruflichem Background entwickelt. Wir haben viele Wochen und Monate damit verbracht, eine „gemeinsame Sprache“ zu finden. Einzelne Begriffe werden mitunter sehr unterschiedlich interpretiert. Beispielsweise haben wir den Begriff „behavioral change“ gebraucht. Damit ist in der Transplantmedizin jedoch etwas anderes gemeint als bei den IT- und „Serious Game“-Spezialisten. Das ist ein einfaches Beispiel, wie kompliziert Schnittstellenkommunikation sein und zu welchen Missverständnissen sie führen kann. Bei krebserkrankten Kindern ist die Kommunikation zusätzlich erschwert, da sie mitunter zu schwach sind, alle Befindlichkeiten zu notieren, oder weil es unter Umständen zu langweilig ist. Wir benötigen aber diese Daten für eine optimale Betreuung. Die INTERACCT-App ermöglicht eine neue Art der Kommunikation zwischen Patienten und medizinischen Teams und liefert uns diese Daten.

Report Was ist das Neuartige daran und wo sehen Sie die Vorteile und Möglichkeiten?

A. Lawitschka Kinder, die eine Stammzelltransplantation erhalten haben, können in den eigenen vier Wänden am

besten gesund werden. Die Nachsorge ist aber ein kritischer Punkt, da es immer noch eine hohe Morbiditäts- und Mortalitätsrate gibt. Um Krisen rasch erkennen zu können, benötigt das medizinische Team viele Informationen zum Beispiel zu den Körperfunktionen wie Harn, Stuhl und Fieber, aber auch zu Schmerzen oder Trinkverhalten, um Krisen rasch erkennen zu können. Neu ist in diesem Zusammenhang die Einbettung in einen „Serious Game“-Ansatz. Wir haben auch festgestellt, dass Kinder weniger spielen, wenn sich ihr Zustand verschlechtert – noch bevor diagnostische Daten uns das zeigen. Durch die App sind die Kinder motiviert, die notwendigen Daten einzugeben – es trifft ihre Lebenswelt und der behandelnde Arzt sieht in Echtzeit am Computer, ob ein Parameter von der Norm abweicht und kann rasch reagieren. Die App ersetzt nicht die Kontrolle, aber vermindert die Frequenz der klinischen Kontrollen in der Ambulanz. Interessanterweise haben die Kids auch nie ein technisches Verbindungsproblem. Sie sind in dieser Welt zu Hause und können deshalb die App sofort annehmen. Ich sehe noch viele andere Möglichkeiten, die App einzusetzen und weiterzuentwickeln.

Report Welche Weiterentwicklung wäre denkbar?

A. Lawitschka Wir möchten eine Weiterentwicklung in der Praxis. Derzeit funktioniert die INTERACCT-App – verknüpft mit einer Spielewelt – als Tagebuch der körperlichen Symptome und Befindlichkeiten. Da die physische Mobilisierung und Rehabilitation ein zentrales Thema der Nachsorge und Genesung ist, planen wir nun die Bereiche Physiotherapie, Rehabilitation und Orthopädie einzubinden. Die App könnte dann auch „spielerisch“ Mobilisierungsfunktionen übernehmen, z. B. indem der Patient mit dem Spiel „Conquer the City“ seinen Häuserblock gehend oder später laufend erobern kann. Weitere Kommunikations-Schnittstellen mit der Pflege, Psychologie oder Schmerztherapie etc. wären ebenfalls sehr interessant und zielführend. Wir denken hier an einen sogenannten „Healthcube“, in dem dann alle Bereiche „andocken“ und INTERACCT nützen können.

Erfolgsfaktoren

- Motivation durch spielerischen Zugang
- Vernetzung

13 Stresssituationen entschärfen, einen neuen Rahmen setzen

Das Process Communication Model® im Pflege-Pilotprojekt

In Pflegeheimen herrscht oft hoher Druck – aufseiten aller Beteiligten – der Bewohnerinnen und Bewohner, der Angehörigen, der Pflegenden. In zwei SeneCura Sozialzentren in Niederösterreich hat das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien ein Pilotprojekt „PComCare – Process Communication for Care“ aufgesetzt. Die Pflegekräfte wurden dort auf Basis des Process Communication Models® von Dr. Taibi Kahler, das auf Erkenntnissen der Transaktionsanalyse beruht, geschult. Das Modell geht davon aus, dass Menschen in der Art und Weise, wie sie mit anderen in Kontakt treten und kommunizieren, ganz bestimmten Mustern folgen, die messbar und vorhersagbar sind und ein vorherrschender Persönlichkeitstyp die Kommunikation und das Verhalten im Distress determiniert.

Wenn eine Pflegekraft etwa versucht, einem Angehörigen, der unter hohem Druck mit extremer Gereiztheit und Abwertung reagiert (= Logiker Stressmuster), auf reiner fürsorglicher Ebene zu begegnen, so kann dies ungewollt zur Eskalation führen, weil dieser Persönlichkeitstyp den informativen Kommunikationskanal und die psychische Bedürfnisbefriedigung nach Anerkennung der Leistung, (Zeit-)Struktur fordert, um das Distressverhalten aufzulösen und produktives Verhalten zu ermöglichen. Mit Hilfe des wissenschaftlich gut fundierten Modells ist es möglich, den Kommunikationsstil des Gesprächspartners innerhalb kürzester Zeit zu analysieren und distressbedingte Misskommunikation, Reaktionen und Verhaltensweisen des Gegenübers zu verstehen, adäquat darauf zu reagieren und Situationen zu entschärfen. In den USA, Australien und Neuseeland wird das Modell bereits erfolgreich im Gesundheitswesen eingesetzt.

Im Zuge des Pilotprojekts versuchte man den Pflegekräften pragmatische Hilfsmittel in die Hand zu geben, um distressbedingtes Kommunikationsverhalten gemäß des Modells beim Gegenüber möglichst rasch zu erkennen und eine entsprechend gezielte Kommunikationsstrategie (dem jeweiligen Typ entsprechend) anzuwenden. Das Projekt wurde im Rahmen qualitativer Aktionsforschung durchgeführt und

evaluiert. Die Pflegekräfte fühlten sich mit dem neuen „Rahmen“, den das Modell vermittelte, entlastet und weniger hilflos, es konnte eine produktive Gesprächsbasis und die Reduktion von Stress und Konfliktsituationen beobachtet werden. Die veränderte Wahrnehmung des Gegenübers und die professionellere Beziehungsgestaltung im Sinne einer gelebten Personenzentrierung waren die zentralen Outcomes. Erkenntnisse über die Patienten wurden in der Folge systematisch in die Pflegepläne und damit auch in die Dienstübergaben an andere Pflegekräfte integriert. Das Projekt zeigte auch einen positiven Nebeneffekt: Es verbesserte aufgrund der erfolgten Perspektivenerweiterung auch den Umgang miteinander in den Teams.

In einem Nachfolgeprojekt in einem der SeneCura Sozialzentren wird nun erforscht, ob das Modell bei Personen mit leichter und mittelschwerer Demenz bei der Entschärfung herausfordernder Verhaltensweisen hilfreich sein kann. Im Rahmen eines Aktionsforschungsprojektes entwickelt Mag. Eva Zojer, die zu diesem Thema ihre Dissertation verfasst, gemeinsam mit den unterschiedlichen Beteiligten an den verschiedenen Schnittstellen und auf den unterschiedlichen Ebenen während der Untersuchung der Anwendbarkeit und der Auswirkungen auch ein PCM Diagnostik- und Dokumentationsverfahren.

Erfolgsfaktoren

- Wissenschaftlich fundiertes Modell und Evaluation
- Personenzentrierter Ansatz
- Systematische Integration in Pflegepläne möglich

Interview mit Univ.-Prof. Dr. Hanna Mayer

Personenzentriertes Denken erspart uns vielleicht das Kommunikationstraining



Hanna Mayer

Leitung Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

Report Das Process Communication Model® scheint im Gesundheitswesen sehr nutzbringend zu sein. Wo außer in der Pflege alter Menschen könnte es noch sinnvollerweise zum Einsatz kommen?

H. Mayer Dieses Modell könnte vor allem auch im Akutbereich sehr wertvoll sein, im Bereich der Notfallmedizin, wo permanent unter hohem Druck gearbeitet wird. Durch neue Zugänge und Herangehensweisen könnte man in Stresssituationen schon anfangs schneller adäquat reagieren, man müsste dann in diesen Teams viel weniger Deeskalationsmechanismen trainieren und schulen. Im Gegensatz zur Langzeitpflege ist der Akutbereich nicht personen-, sondern sehr systemzentriert, das macht es nicht gerade einfach. Genauso dienlich könnte das Modell im Miteinander an den Schnittstellen im intramuralen Bereich sein, etwa bei interprofessionellen Dienstübergaben.

Report Inwiefern wäre es da nützlich? Was braucht es aus Ihrer Sicht für ein gelingendes Miteinander der unterschiedlichen Beteiligten im intramuralen Bereich?

H. Mayer Ich denke, wir müssen nicht ständig unser Miteinander beleuchten. Der wichtigste Punkt ist, dass wir alle, egal ob Ärzte oder Pflegenden, auf die Betroffenen, also die Patienten und ihre Angehörigen, fokussieren, dass wir alle personenzentriert arbeiten, und das systematisch. Wenn das Wohlbefinden des Individuums im Zentrum unserer Arbeit steht, dann ermöglicht das eine gute interdisziplinäre Fallbesprechung. Dafür benötigt es kein eigenes Kommunikationstraining, auch wenn Werte und Perspektiven der einzelnen Spieler unterschiedlich sein mögen.

Report Wie könnte dieser personenzentrierte Ansatz auf verschiedenen Ebenen Eingang finden?

H. Mayer Zurzeit fokussiert das Medizinstudium hauptsächlich auf das Heilen einer Krankheit, und das heißt in der heutigen Zeit „reparieren“, und je besser die technologischen Möglichkeiten, desto höher ist die Erwartung. In der Pflege liegt der Fokus mehr auf dem Kranksein. Aufgrund dieser Unterschiede kommuniziert man schnell aneinander vorbei, das beginnt bei der Sprache und den Begrifflichkeiten. Damit wir verstärkt personenzentriert arbeiten, braucht es aber auch ein Umdenken im Führungsbereich, in der Managementausbildung. In vielen Leitbildern steht heute schon „Der Mensch ist Mittelpunkt“. Gelebt wird oft noch etwas anderes, nämlich „Der Mensch ist Mittel. Punkt.“ Ich plädiere unter anderem für ein gemeinsames Grundstudium für alle Gesundheitsberufe. Es gibt ja bereits internationale Studienpläne, die Bakkalaureat, Masterstudium und Doktorat vorsehen. Ein gemeinsames Bakkalaureat wäre hilfreich, um Werte zu reflektieren und eine gemeinsame Grundhaltung zu entwickeln.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Gemeinsames Basis-Studium für alle Gesundheitsberufe
- ▶ Personenzentrierter Ansatz auf allen Ebenen

14



Interview mit Univ.-Prof. Prim. Dr. Michael Musalek

„Wir schaffen eine Drehtürmedizin“



Michael Musalek

Vorstand des Instituts für Sozialästhetik und psychische Gesundheit der Sigmund Freud Privatuniversität

Report Was ist aus Ihrer Sicht das wichtigste aktuelle Schnittstellenthema im österreichischen Gesundheitswesen?

M. Musalek Aus meiner Sicht ist dies das Spannungsfeld zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, im Besonderen die Frage, wer ambulante und wer stationäre Behandlung benötigt. Derzeit wird diese Frage nur aus politischer und ökonomischer, nicht aber aus medizinischer Sicht behandelt. Die Perspektiven klaffen klar auseinander. Das ist eine unheilvolle Entwicklung für den Patienten. Es gibt diese Glaubenssätze „Weniger Betten sind besser“ bzw. „Je schwerer jemand erkrankt ist, desto eher braucht er ein Spital“. Beide stimmen so pauschal allerdings nicht.

Report Was wäre ein konkretes Beispiel dafür?

M. Musalek Ein Psychosepatient soll aus politisch-ökonomischer Sicht sechs bis zehn Tage im stationären Bereich verbleiben. Aus medizinischer Sicht kann sich dieser Patient

aber in diesem Zeitrahmen nicht stabilisieren. Wenn er nach Hause geschickt wird, muss er dann meist nach kurzer Zeit wieder aufgenommen werden. Damit schaffen wir eine „Drehtürmedizin“. Wir können nicht alle Indikationen über einen Leisten schlagen und nicht alle Patienten gleich beurteilen. In den Bereichen psychische Krankheiten und Suchterkrankungen gelten andere Gesetzmäßigkeiten, „weniger ist mehr“ ist hier nicht angebracht. Bei psychischen Krankheiten ist das Spital auch Schutzraum für den Patienten, wo er sich neu adjustieren kann, damit er die Stabilität erreicht, die er im Alltag außerhalb der Klinik benötigt. Leider gibt es eine negative Korrelation zwischen verfügbaren Betten bzw. Aufenthaltsdauer und Kriminalität.

Report Wie könnte man diesem Spannungsfeld begegnen, was bräuchte es für eine Zusammenführung der Perspektiven?

M. Musalek Es bräuchte eine Kooperation zwischen Fachleuten aus Medizin, Politik und Gesundheitsökonomie, einen echten Dialog auf Augenhöhe, mit entsprechender Reziprozität. Es bringt nichts, wenn nur die Mediziner das Sagen haben, und auch nichts, wenn nur Politik oder Ökonomie das Sagen hat. Alle Akteure müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein. Derzeit ist die Anzahl der Spitalsbetten auch noch ein Machtfaktor, auch die Mediziner müssen da ehrlich zu sich sein. Wir bräuchten ein Schnittstellenprojekt, in dem evaluiert wird, wann und wofür es ambulante, und wann und wofür es stationäre Behandlung braucht. Es geht weder um das eine noch um das andere, sondern primär um die Frage, wann welche Behandlung nutzbringender für den Patienten ist.

Report Ist nicht die stationäre Behandlung um vieles kostspieliger als die ambulante?

M. Musalek Auch das stimmt so pauschal nicht. Wenn ich genügend stationäre Patienten habe, kann ich z. B. im Anton Proksch Institut, dem ich als Ärztlicher Leiter vorstehe, 15 bis 20 Patienten-Parallelgruppen mit Suchtpatienten betreuen und führen. Diese Gruppen lassen sich im ambulanten Bereich nicht so effizient führen. Die höchsten Kosten sind ohnehin in jedem Fall die Personalkosten, nicht die Sachkosten, die bei einer stationären Behandlung anfallen.

15 Würde erhalten

Die demenzfreundliche Apotheke

„Wie spreche ich jemanden an, der vergesslich ist und zum dritten Mal am selben Tag dieselben Arzneimittel bestellen möchte?“ Diese und ähnliche Fragen stellen sich Apotheker tagtäglich im wertschätzenden Umgang mit Demenzpatienten. Um die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit Alzheimer und deren Angehörigen zu fördern, wurde das Gemeinschaftsprojekt „Demenzfreundliche Apotheke“ ins Leben gerufen. Die bedürfnisorientierte Versorgung in der Apotheke sowie der Erhalt von Lebensqualität und Würde der Beteiligten standen im Fokus der Maßnahmen. Geleitet wurde das Projekt vom Institut für Palliative Care und Organisationsethik der Universität Klagenfurt. 18 Apotheken in Wien und Niederösterreich wurden zu diesem Thema, u.a. in Workshops, nach der Validationsmethode geschult. Die Apotheken der Stadt Salzburg folgen nun diesem Beispiel. Die Dos and Don'ts des richtigen Verhaltens, etwa dass man einen Demenzpatienten nicht nach dem „Warum“ fragen

darf oder die richtige Position und Haltung, um Aggression gut zu begegnen, wurden praxisorientiert trainiert. Das Projekt erhielt den Wiener Gesundheitspreis im Rahmen der Wiener Gesundheitsförderungskonferenz und gilt in Europa als Best-Practice-Beispiel im Demenzbereich.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Realitätsnahes Grundlagenmodell (Validationsmethode nach Naomi Feil)
- ▶ Wissenschaftliche Leitung und Unterstützung
- ▶ Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Österreichischer Apothekerkammer, Universität Klagenfurt, Selbsthilfegruppe Alzheimer Austria



Interview mit Monika Natlacen

Nicht „der Vati vergisst eh alles“

Report Patienten mit Demenz sind eine Patientenpopulation, die im Steigen begriffen ist. Welche Schnittstellen werden hier benötigt, um Patienten gut bzw. besser zu begleiten?

M. Natlacen Im Umgang mit Menschen mit Vergesslichkeit und Demenz braucht es vor allem Zeit und Wertschätzung vonseiten der Medizin, der Pflegenden und der Angehörigen. Schnelligkeit funktioniert nicht. Der Patient muss in dem Moment etwas sagen dürfen, wo er etwas sagen kann, ansonsten ist der Inhalt möglicherweise verloren. Das Wording ist auch wichtig. Ich muss in der Gegenwart dieser Patienten auch mit ihnen sprechen, nicht über sie sprechen und sie damit reduzieren. Das tun die Angehörigen aber oft. Sie fokussieren zu stark auf Defizite, weil sie diese stärker erleben, nach dem Motto „Der Vati vergisst eh alles“. Patienten mit Demenz haben aber alle Ressourcen und Kompetenzen.

Report Ist das auch auf andere Krankheitsbereiche übertragbar?

M. Natlacen Wertschätzende Kommunikation gehört zu den absoluten Grundlagen, genauso wie die Sprache, die gut verstanden wird. Menschen, die eine Diagnose erhalten, sind oft in einem emotionalen Ausnahmezustand. Es muss uns bewusst sein, dass der Therapieerfolg größer ist, wenn eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung besteht. Wir werden immer mehr alte, auch Menschen mit Demenz haben, dafür müssen wir jetzt die Weichen stellen. Diese alten Patienten werden oft mit der Rettung ins Spital gebracht und sitzen dann allein und vergessen in einer Ambulanz. Wir brauchen da mehr Betreuung und Rooming-in mit Angehörigen.



Monika Natlacen
 Selbsthilfegruppe Alzheimer Austria

Report Zeit und Ressourcen sind im System Mangelware. Wie kann es ein Mehr an Betreuung geben?

M. Natlacen Die Selbsthilfegruppen spielen da eine wesentliche Rolle, sie sind eine wichtige Ressource. Studien belegen, dass ein Kontakt zu Selbsthilfegruppen Patienten und Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung hilft. Selbsthilfegruppen müssen aufgewertet werden, da auch sie fachlich kompetent sind. Wichtig wäre etwa, dass Ärzte bei der Diagnose auf die Möglichkeit, eine Selbsthilfegruppe zu kontaktieren, verweisen. Es darf aber nicht alles in die Ehrenamtlichkeit geschoben werden, das ist in Österreich bereits sehr stark der Fall.

Erfolgsfaktoren

- Haltung: Wertschätzung und Zeit im Umgang und im Gespräch
- Ressourcen- statt Defizitorientierung
- Einbindung der Angehörigen in die Betreuung alter Patienten, z. B. Rooming-in
- Aufwertung der Ressource „Selbsthilfegruppe“

16 Klar dargestellte Patientenwege

Das Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation

Das im Oktober 2013 publizierte Prozesshandbuch „Akutgeriatrie/Remobilisation“ des Bundesministeriums für Gesundheit, herausgegeben durch die Gesundheit in Österreich GmbH, zeigt anhand von Musterprozessen, wie die Zusammenarbeit in der Akutgeriatrie und Remobilisation an der Nahtstelle von Zuweisern, intramuralen Teams und extramuralen Stakeholdern für alle Beteiligten gut funktionieren kann.

Die definierten Prozesse unterstützen die Kommunikation im Team sowie mit Zuweisern und nachbetreuenden Personen. Der Patient und seine Angehörigen werden auf dem Weg durch komplexe Strukturen begleitet. Die Nahtstellenkommunikation wurde durch definierte Prozesse für die Bereiche Zuweisung, Aufnahme, Assessment, Zielfindung und Entlassungsmanagement deutlich verbessert, da die einzelnen Prozessschritte und Entscheidungsbäume klar aufgezeigt wurden. Das Prozesshandbuch reflektiert die über die Jahre entwickelten *Models of Good Practice*. Die klare Darstellung der Patientenwege unterstützt die Zuweiser, aber auch die Teams an den Abteilungen für Akutgeriatrie. Damit konnte

auch die Zielsetzung einer gemeinsamen Qualitätssicherung in den Abteilungen für Akutgeriatrie erreicht werden.

Das Projekt Benchmark Geriatrie läuft in vier Bundesländern (Wien, Steiermark, Oberösterreich und Kärnten) das siebente Jahr.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Aus dem Team heraus entstanden und damit vom Team getragen
- ▶ Klare Kompetenzaufteilung und Kommunikation auf Augenhöhe (wahrnehmen, beachten, wertschätzen, begleiten, austauschen, voneinander lernen, sorgen)
- ▶ Führung/Leitung fördert Teamgeist und Gesprächskultur
- ▶ Teamverständnis – die Prozesse müssen gelebt werden



Interview mit Univ.-Prof. Prim. Dr. Katharina Pils

Vernetzen im Sinne des Patienten



Katharina Pils

Stellvertretende Ärztliche Direktorin Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital

Report Wie hat sich die Idee zum Prozesshandbuch in der Geriatrie entwickelt und was ist das Besondere daran?

K. Pils Seit dem ersten Projekt der „Rehabilitation älterer Menschen nach Schenkelhalsfraktur“ an der Allgemeinen Poliklinik 1993 war klar, dass eine gemeinsame Sprache die Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgie, Innerer Medizin und Physikalischer und Rehabilitativer Medizin erleichtert. Der erste Schritt war eine Beschreibung jener Patienten, die von einer multiprofessionellen, interdisziplinären Rehabilitation am meisten profitieren würden. Ein- und Ausschlusskriterien wurden gemeinsam festgelegt, der Zuweisungsmodus definiert, einfache Formulare für Zuweiser und Informationen für Patienten wurden geschaffen. Die standardisierte Dokumentation der alltagsrelevanten Funktionsverbesserungen während des Aufenthaltes sowie ein strukturiertes Entlassungsmanagement inklusive Kommunikation mit den nachsorgenden Personen waren die Erfolgsfaktoren. 94 Prozent der Patienten konnten nach Hause entlassen werden. Vieles, das wir damals initiiert haben, ist heute Standard und findet sich im Prozesshandbuch wieder.

Die Teamstruktur fördert eine Kommunikation auf Augenhöhe. Die Patienten fühlen sich wahr- und angenommen. Ein Prozess, der durch die weiterführende Kommunikation nach der Entlassung verstärkt und nachhaltig gemacht wird. Gute Kommunikation braucht eine klare Struktur und Verantwortung. Das Prozesshandbuch liefert anhand der Musterprozesse diese klaren Strukturen in einem komplexen System. Die

Prozesse Assessment, Zielfindung und Entlassungsmanagement laufen parallel und sind verschränkt.

Report Wer profitiert vom Prozesshandbuch?

K. Pils Von den standardisierten und nachvollziehbaren Kriterien und Informationen profitieren sowohl die Zuweiser als auch die Aufnehmer. Diagnostik und Pflegeaufwand werden damit planbarer, auslösende Ursachen, Traumen und Begleiterkrankungen werden bei der Aufnahme erfasst. Beim geriatrischen Team wird durch die Rollenverteilung und Vermeidung von Redundanzen die Effizienz gesteigert. Und nicht zuletzt profitieren natürlich die Patienten, deren Angehörige und alle betreuenden Personen im Gesundheitssystem. Die Vorteile für das Gesundheitssystem und den Kostenträger sind die höhere Transparenz in der Bettenplanung und -belegung sowie das Vermeiden von Wiederaufnahmen.

Report Wo sehen Sie den größten Nutzen für die Patienten?

K. Pils Das System zielt auf die bestmögliche Vernetzung der Kommunikation aller Beteiligten im Sinne der Patienten ab. Das schafft für die Patienten eine optimale Struktur im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Sicherheit und Freiheit. Die Entscheidungen werden gemeinsam getroffen – getragen von den Patienten und deren Angehörigen. Durch eine durchgängige Dokumentation, zeitgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilbehelfen, Bedarfserhebung der sozialen/pflegerischen Unterstützung nach der Entlassung im Sinne des Nahtstellenmanagements und der Vernetzung mit dem Hausarzt und den sozialen Diensten wird der Nutzen für die Patienten nachhaltig. Wiederaufnahmen aus sozialen Gründen werden seltener.

Erfolgsfaktoren

- Genügend Zeit, Verfügbarkeit: Möglichkeiten zum Zuhören, Nachdenken und Kooperieren
- Ausreichend Personal (Personalstand war etwa in der Geriatrie historisch betrachtet immer höher als in anderen Bereichen)
- Unterstützung durch Gesundheitspolitik; politischer Wille, Druck zur Umsetzung aufzubauen
- Finanzierung – es braucht bezahlte Zeit, um miteinander zu sprechen, auch bezahlte Teambesprechungen, diese muss auch für den extramuralen Bereich geschaffen werden!

17 Persönliche Erfahrung schafft Vertrauen

Selbsthilfegruppe Forum Psoriasis

In Österreich leben etwa 250.000 Menschen mit Psoriasis. Das Forum Psoriasis bietet Personen, die von Schuppenflechte betroffen sind, Austausch, Hilfe und Beratung. Da es sich bei dieser Erkrankung um Entzündungsprozesse unter der Haut handelt, können neben der Haut auch Gelenke, Augen oder der Verdauungstrakt betroffen sein. Menschen mit Schuppenflechte werden oft mit Begleiterkrankungen konfrontiert und leiden häufig auch an chronischen Krankheiten wie Diabetes, Herzerkrankungen oder Übergewicht. Aufgrund der individuellen Krankheitsverläufe muss jede Therapieform maßgeschneidert werden. Das Forum Psoriasis dient als Anlaufstelle und fungiert als Schnittstelle. Der Austausch über medizinische und psychologische Versorgung sowie über Kontakte zu Krankenkassen, medizinische Zent-

ren oder rechtliche Informationen sind hier ein wesentlicher Teil. Hinzu kommt aber auch das Verständnis für den Betroffenen, das maßgeblich auf der persönlichen Erfahrung der Mitglieder mit der Erkrankung beruht.

Erfolgsfaktoren

- Umfassendes Netzwerk
- Austausch auf Augenhöhe
- Authentizität
- Zeit zur individuellen Beratung



Interview mit Friederike Schönauer

Zuspruch bei einer Krankheit, die unter die Haut geht



Friederike Schönauer
 Selbsthilfegruppe Forum Psoriasis

Report In welchen Bereichen benötigen Psoriasis-Patienten abgesehen von der medizinischen Betreuung individuelle Unterstützung?

F. Schönauer Psoriasis (Schuppenflechte) ist eine sehr belastende Erkrankung, die mit vielen Einschränkungen verbunden ist. Die Sichtbarkeit der Krankheit führt auch immer wieder zu Rückzug und unter Umständen zur Depression. Der Austausch mit anderen Psoriatikern, die aufgrund einer langjährigen persönlichen Krankengeschichte bestens

über Schuppenflechte Bescheid wissen, ist hier oft eine wichtige Stütze. Im Gespräch mit einem „Leidensgenossen“ kann sich der Patient öffnen und brennende Fragen in einer ungezwungenen Umgebung besprechen. Hinzu kommt, dass durch das Internet viel und oft widersprüchliche Information zur Verfügung steht. Das Gespräch in der Gruppe kann hier helfen, diese Informationen besser einzuordnen.

Darüber hinaus sehe ich es aber auch als wichtige Aufgabe des Forums, betroffenen Personen Zuspruch zuteilwerden zu lassen. An das Forum Psoriasis sollen sich Menschen auch wenden können, wenn sie verzweifelt und aktuell mit ihrer Krankheit überfordert sind. Das Forum dient nicht ausschließlich dem Austausch über die Krankheit. Bei unseren Vereinsabenden essen wir gemeinsam und plaudern über alle möglichen Themen. Das schafft Vertrauen.

Report Wo sehen Sie in Österreich noch Aufholbedarf an den Schnittstellen für Psoriatiker?

F. Schönauer Ich möchte gerne auch in den Bundesländern den Betroffenen noch mehr Informationen zur Verfügung stellen. Da kann man ja nicht einfach zum Vereinsabend kommen. Deshalb plane ich Veranstaltungen in den Landeshauptstädten, damit die Information über das Leben mit Psoriasis noch breiter gestreut und das Netzwerk ausgebaut wird. Die Auseinandersetzung mit einer chronischen Erkrankung läuft ja in Phasen ab. Sie führt über Schock und Verleugnung, aggressive und depressive Phasen und Verhandlungsphasen irgendwann zur Akzeptanz der Erkrankung. Diese Phasen werden von Betroffenen höchst unterschiedlich wahrgenommen und in Dauer und Intensität sehr individuell durchlebt. Unser Forum möchte dazu beitragen, dass die Betroffenen wissen, wo sie in welcher Phase die notwendige Unterstützung bekommen.

18 Über den Krankenhausaufenthalt hinaus



Multidisziplinäre Gruppen für Onko-Patientinnen am Landeskrankenhaus Korneuburg

Krebserkrankungen stellen ein massives Lebensereignis dar, langfristige Krebstherapien verändern das Leben betroffener Frauen grundlegend. Im Landeskrankenhaus Korneuburg agiert das multidisziplinäre Team der Gynäkologie mit einem gemeinsamen Ziel: Die im Krankenhaus erbrachten medizinischen, pflegerischen, physikalischen, psychosozialen Leistungen sollen den Patientinnen nachhaltig dienlich sein.

2006 wurde ein Projekt gestartet, um der Überbrückung der Schnittstellen Rechnung zu tragen und einen verstärkten Informationsfluss zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen zu erreichen. Ehemalige Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen werden nach der Spitalsentlassung in jährlichen Gruppentreffen weiter betreut. Erfahrungsberichte und die subjektiven Empfindungen der Patientinnen sowie der Krankheits- und Symptomverlauf werden besprochen und bilden die Grundlage für weitere Gruppentreffen. Auch um wirtschaftliche, berufliche und administrative Probleme abzudecken, werden beispielsweise Vertreter der Gebietskrankenkasse, von Selbsthilfegruppen etc. eingeladen. Durch die Auswertung der gewonnenen Daten lernt das multidisziplinäre Team für seine weitere Arbeit.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Multidisziplinärer Ansatz, Team mit gemeinsam definiertem Ziel, das über den Krankenhausaufenthalt der Patientinnen hinausreicht
- ▶ Ein Themenbereich wird von verschiedenen Berufsgruppen und dadurch mit unterschiedlichen Zugängen bearbeitet.
- ▶ Einbindung und Einladung von Partnern aus unterschiedlichen Bereichen (z. B. Krankenkassen, Palliativteam, Ärzte aus Bereichen wie Psychosomatik)

Interview mit Mag. Elvira Schrottmeyer-Stockinger

Die Ganzheitlichkeit des Menschen respektieren



Elvira Schrottmeyer-Stockinger
 Pflegewissenschaftlerin

Report Aus Sicht der Pflegewissenschaft: Was gibt es im Bereich Pflege bereits, um die Kooperation an den Schnittstellen reibungsloser zu gestalten?

E. Schrottmeyer-Stockinger In der Gesundheits- und Krankenpflege wird seit ca. zwei Jahrzehnten im Case-, Care- und Entlassungsmanagement gearbeitet. Vom Case-Manager erhält eine Person die unmittelbare und individuell angepasste organisatorische Unterstützung, die sie für eine häusliche Betreuung und Pflege benötigt. Durch das Case-Management soll die Kontinuität der Versorgung durch Vernetzung aller in die Betreuung involvierten Berufsgruppen erreicht werden. Das Care-Management zielt auf eine bedürfnis- und bedarfsorientierte Versorgung einer spezifischen Bevölkerungsgruppe in bestimmten Regionen ab. Ein Entlassungsmanager koordiniert speziell die Entlassungsvorbereitungen und soll einen reibungslosen Übergang vom stationären ins häusliche bzw. weiterbehandelnde Umfeld koordinieren.

Report Das Case- und Care-Management gibt es seit 20 Jahren. Was hat sich in den letzten Jahren aus Ihrer Sicht verändert?

E. Schrottmeyer-Stockinger Die Autoritäten im Gesundheitsbereich werden zunehmend stärker hinterfragt. Patienten suchen vermehrt nach Begründungen und nach weiteren Möglichkeiten zur Genesung. Die Heilung benötigt das Zusammenspiel zwischen rationalen Gedanken und emotionalen Bedürfnissen, das wird in alltäglichen Entscheidungen oft nicht respektiert. Informationen an den Schnittstellen müssten umfangreich sein, damit sich Patienten für die eigene Gesundheit adäquat entscheiden und dementsprechende Schritte unternehmen können. Im Mittelpunkt stehen immer die individuellen Bedürfnisse eines Menschen, der unterschiedliche Gesundheitsleistungen benötigt. Es ist wichtig, die Ganzheitlichkeit des Menschen zu betrachten.

Report Wie sieht es aus an der Schnittstelle Ärzte und Pflegenden – wie ist ihr Miteinander?

E. Schrottmeyer-Stockinger Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal hat aufgrund seines Berufsgesetzes eine pflegerische Kernkompetenz. Aufgrund meiner praktischen Erfahrungen ist das Wissen und vielleicht auch Verständnis, was die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in ihren pflegerischen Kernkompetenzen eigenverantwortlich durchführen, wenig gegeben. Dies spiegelte sich zum Beispiel während meines Studiums in der oft von Ärzten gestellten Frage, warum eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin Pflegewissenschaft studiere, wider. Die optimale Gesundheitsversorgung des Patienten ist jedoch das Ziel beider Berufsgruppen. Aufgrund der unterschiedlichen Kern- und Kompetenzbereiche der jeweiligen Berufsgruppen ergeben sich aber Differenzen, die unter anderem aus Wissensmangel über die andere Berufsgruppe entstehen. Solche Differenzen gilt es vor allem durch wertschätzende Kommunikation und Information auch über die jeweilige Expertise des Berufs zu bearbeiten.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Umfangreiche Information an den Schnittstellen
- ▶ Bedarfs- und Bedürfnisorientierung
- ▶ Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie in der Kommunikation und Information
- ▶ Funktionierendes Case- und Care-Management

19 Gemeinsames Vertiefen der SOPs



SOPs und Leitlinien für Routine-Erkrankungen

An der Dermatologischen Abteilung des SMZ Ost wurde bereits früh begonnen, das Schnittstellenmanagement zu professionalisieren. Pflichten- und Checklisten im Rahmen eines Arbeitspakets regelten detailliert die Verantwortlichkeiten der Pflegekräfte, des ärztlichen Personals sowie jene für gemeinsame Tätigkeiten. Es folgte die Erarbeitung eines Sets an Leitlinien und Standard Operating Procedures (SOPs) für dermatologische Routine-Erkrankungen. Die SOPs reichen von engeren und weiter gefassten Diagnoserichtlinien (wie beispielsweise für die Autoimmunerkrankung kutaner Lupus erythematoses, CLE), über Therapieleitlinien (etwa zur Behandlung von Leishmaniose) bis zum Umgang mit Medikation. Die Leitlinien beruhen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und wurden im Rahmen der ärztlichen Fortbildung

über zwei Semester gemeinsam entwickelt und vertieft. Die Fortbildung richtete sich primär an ärztliches Personal, aber auch Pflegende waren dazu eingeladen. Ein externer deutscher Auditor prüfte die SOPs. Die Zusammenarbeit wird als sehr wertvoll für die Qualität des Regelwerks eingestuft.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Auseinandersetzung mit Leitlinien und SOPs in der Fortbildung
- ▶ Externes Auditing des entstandenen Regelwerks

Interview Univ.-Prof. Dr. Beatrix Volc-Platzer

Prägnanz, Sorgfalt und Genauigkeit an den Schnittstellen



Beatrix Volc-Platzer
 Vorstand der Dermatologischen Abteilung im SMZ Ost – Donauspital

Report Sie leiten eine Abteilung in einem der großen medizinischen Zentren Wiens. Welche Schnittstelle empfinden Sie persönlich als zentral?

B. Volc-Platzer Eine ganz wichtige Schnittstelle liegt aus meiner Sicht innerhalb der Fachärzteschaft im Spitalsbetrieb selbst. Das gilt im Besonderen, wenn es um Anfragen bezüglich Konsiliarbefunden oder radiologischen Befunden geht. Solche Anfragen müssen präzise und klar formuliert sein. Etwa bei Verdacht auf einen Tumor muss man genau darlegen, warum welche Organe untersucht werden sollen. Auch an der Schnittstelle zu Fachärzten im extramuralen Bereich ist es wesentlich, dass Zuweisungen höchst präzise formuliert sind. Genauigkeit und Sorgfalt sind wichtige Faktoren. In einer funktionierenden Hierarchie braucht es auch entsprechende Qualitätskontrollen. Es benötigt eine entsprechende Vorbildwirkung der älteren Ärzte. Führungskräfte müssen bei der Delegation von Aufgaben nachkontrollieren. Leider wird dies im zunehmend dichter werdenden Arbeitsprozess immer schwieriger.

Report Wie könnte man hier gegensteuern?

B. Volc-Platzer Es braucht mehr Wertschätzung für die Ärzte, eine Entlastung von administrativen Aufgaben auf das Not-

wendigste, so dass sie vermehrt das tun können, wofür sie ausgebildet sind – die Arbeit am Patienten.

Report Wie könnte man diese Präzision und Sorgfalt im Ausbildungskontext vermitteln?

B. Volc-Platzer Von der medizinischen Universität in Graz etwa weiß ich, dass im Unterricht mit Patientenvorstellungen gearbeitet wird, mit der Ausarbeitung und Vorstellung klinischer Fälle. Dabei lernt man, wie man wesentliche Informationen prägnant vermittelt und Fragen präzise formuliert. Es wird dort auch nach den Grundsätzen des biopsychosozialen Modells gelehrt und geforscht, das auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise der Patienten beruht.

Report Gibt es in Ihrem Haus ein Beispiel, wo eine quasi „zwischenärztliche“ Schnittstelle besonders gut funktioniert?

B. Volc-Platzer Besonders gut funktionieren bei uns das interdisziplinäre Tumorboard und die interdisziplinäre Betreuung von Kindern mit Hautkrankheiten. Im Tumorboard an unserer Abteilung diskutieren Patienten mit fortgeschrittenen Melanomen und anderen Hauttumoren mit Vertretern von Radiologie, Strahlentherapie und internistischer Onkologie, individuell auch weiterer Fachrichtungen, und legen gemeinsam die Therapie fest. Kinder mit Hautkrankheiten werden von uns und den Pädiatern gemeinsam gesehen und Diagnostik und Therapie gemeinsam festgelegt. Auch die Gespräche mit den Eltern werden i. B. gemeinsam geführt. Dafür braucht es keinen speziellen Prozess, so etwas muss einfach gelebt werden und das Funktionieren hängt sehr stark von den handelnden Personen ab. Auch an der Schnittstelle zur Pflege sind nicht nur gut geregelte Verantwortlichkeiten notwendig, sondern auch Wertschätzung und der Umgang auf Augenhöhe. Wir leben dies hier schon seit Langem.

Erfolgsfaktoren

- Genauigkeit und Sorgfalt in der Kommunikation und Fragestellung an den ärztlichen Schnittstellen
- Erlernen präziser Fragestellung im Ausbildungskontext, etwa durch Ausarbeitung klinischer Fälle
- Interdisziplinäre Einrichtungen wie Tumorboards und Sprechstunden

Die Lebenswelt emotional abbilden

Digitale Kommunikation, auf die Verfasstheit abgestimmt

Seit 1965 betreut und begleitet pro mente Wien erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen wie jene aus dem schizophrenen Formenkreis, den affektiven Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit und bietet Unterstützung zur

Selbsthilfe einzeln und in Gruppen an. Da diese Klienten/Patienten teilweise in der Wahrnehmung ihrer Selbstfürsorge beeinträchtigt sind, bedarf es bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen teilweise eines Anstoßes vonseiten der Angehörigen oder betreuender Therapeuten zur Kontaktaufnahme.

Als erste NGO in diesem Bereich setzte pro mente an der Schnittstelle zu Klienten/Patienten, Angehörigen, Therapeuten und Sozialarbeitern auf moderne Webkommunikation. Diese ist an die Rezeptionsgewohnheiten und die Verfasstheit der Klienten/Patienten ideal angepasst. Gearbeitet wird sehr stark über Kurzvideos, die bereits auf der Homepage angeteasert werden, um Interessenten kurz und bündig zu informieren aber auch emotional positiv anzusprechen. Einfachheit, Klarheit und die Vermeidung von „high expressed emotions“ sind dabei wichtig. Die Website wird gemäß den Anforderungen moderner digitaler Kommunikation regelmäßig erneuert. Hier wie auch bei den Angebotsfoldern ist der Abbau von Barrieren bei der Kontaktaufnahme für die Kommunikationsgestaltung handlungsleitend.

Erfolgsfaktoren

- Abbildung der Lebenswelt der Betroffenen
- Starke Visualisierung über Video
- Emotionale Ansprache ohne „high expressed emotions“

Interview mit Dr. Rudolf P. Wagner

Ein engmaschiges Netz, wenn die Selbstfürsorge fehlt

©Marie Rambauske, www.rambauske.com



Rudolf P. Wagner

Geschäftsführer pro mente Wien, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit

Report pro mente betreut psychisch kranke Menschen. Hier muss das Betreuungsnetz besonders engmaschig sein, um den Behandlungserfolg zu sichern. Was ist an dieser Schnittstelle zwischen Ihnen als NGO, Sozialarbeitern, Therapeuten und dem ambulanten bzw. stationären Bereich besonders wichtig?

R. Wagner Es braucht auf unserer Seite unbedingt Verständnis für die klinische Denk- und Arbeitsweise. Unter welchen Bedingungen wird der Patient auf einer Station behandelt, wie wichtig ist die Medikation? Jemand, der nie im Spital gearbeitet hat, hat es da schwer. Ich finde es etwa sehr sinnvoll, dass alle Psychotherapeuten, die einen Kassenvertrag eingehen wollen, ein Jahr klinische Erfahrung nachweisen müssen.

Report Was ist Ihre Rolle als NGO an dieser Schnittstelle?

R. Wagner Wir sind hier ein wichtiges Bindeglied. Der Kern einer erfolgreichen Behandlung bei bestimmten psychischen Krankheitsbildern ist, dass der Patient mit dem behandelnden Arzt im Dialog bleibt. Der Patient hat oft Scheu, dem Arzt zu sagen, dass er beispielsweise seine Medikation abgesetzt habe, weil ihm z. B. schlecht geworden sei. Die Rückfallquote ist aber ohne Medikation sehr viel höher. Unsere Aufgabe ist es, den Klienten zu „empowern“, wesentliche Informationen wie diese mit dem Arzt zu teilen und nicht einfach die Medikation nicht einzunehmen. Wenn jemand in der Selbstfürsorge beeinträchtigt ist, muss man ihn hier unterstützen. Damit der Behandlungsstrom nicht abreißt, müssen viele mithelfen.

Report Was würde den Erfolg der Kooperation an der Schnittstelle auf Spitalsseite fördern?

R. Wagner Wir können unsere adjuvante Arbeit nur machen, wenn das Auffangnetz der Akutpsychiatrie hält. Wenn wir einen Patienten bei dringendem Bedarf einer stationären Behandlung nicht zuführen können, kann dies zu erheblichen sozialen Problemen bis hin zur Obdachlosigkeit führen. Hier ist eine gute Abstimmung zwischen den stationär tätigen und unseren Experten einzufordern, sowohl bei einer im Raum stehenden Aufnahme wie auch beim Entlassungsmanagement, wo alleine schon die zeitnahe Information, dass ein Patient wieder entlassen worden ist, uns hilft, den Übergang möglichst komplikationsfrei zu gestalten. Mitunter ist ein an Schizophrenie erkrankter Patient in der Wahrnehmung seiner sozialen Rollen und den damit einhergehenden sozialen Ängsten dermaßen beeinträchtigt, dass er sich etwa nicht mehr aus dem Haus traut, nicht einkaufen geht und fast zu verhungern droht. Hier müssen alle an einem Strang ziehen. Ein Überwinden der nachvollziehbaren Systemegoismen zum Wohl des Patienten ist hier angezeigt, auf allen Seiten.

Report Wie sehen Sie als Mediziner die Notwendigkeit vermehrter Vermittlung von Soft Skills im Medizinstudium?

R. Wagner Während des Medizinstudiums ist die Menge des Lernstoffs so enorm und der Druck so groß, dass dafür wenig Platz ist. Ich würde eine Supervision während der Famulatur oder nach der Ausbildung während des Turnus sehr nützlich finden, die auch Sozialarbeiter, Psychologen und Pflegendemiteinbezieht, berufsübergreifend also. Der Spitalsbetrieb ist sehr hoch getaktet – das wird nicht auf freiwilliger Basis passieren können, da bräuchte es eine Verpflichtung.

Erfolgsfaktoren

- Gemeinsamer Erfahrungshorizont: klinische Erfahrung des psychosozialen Fachpersonals bei der Betreuung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Empowerment von Patienten zum Dialog mit dem Arzt

Der Überlastung im Akutbereich Herr werden

Die Allgemeinmedizinische Akutversorgung am AKH

Am Wiener AKH wird im Rahmen eines Pilotprojekts eine Allgemeinmedizinische Akutversorgung (AMA) etabliert. Die AMA entlastet die Universitätsklinik für Notfallmedizin (NFA), die durch überplanmäßig häufige Rettungsanfahrten sowie durch eine extrem hohe Zahl an selbstzuweisenden Patienten laufend überlastet ist. Organisatorisch ist sie keine Ambulanz des AKH, sondern wird in dessen Auftrag von der Ärztekundendienst GmbH betrieben.

Die Erstbegutachtung an der AMA beruht auf dem *Emergency Severity Score* (ESI), einem von der Harvard Medical

School entwickelten und wissenschaftlich validierten Triage-System, das zunächst die Behandlungsdringlichkeit und in weiterer Folge den voraussichtlichen Ressourcenbedarf des Patienten evaluiert. Patienten können sich sowohl vor Administration an der Notfallambulanz für die AMA entscheiden, als auch nach erfolgter Erstbegutachtung (Priorität 4 und 5 nach ESI wird etwa als niedriger Versorgungsbedarf definiert, bei Priorität 4 und 5 wird die Alternative AMA empfohlen). Die AMA ist werktags von 14:00 bis 22:00 Uhr, Samstag, Sonntag und feiertags zwischen 10:00 und 22:00 Uhr geöffnet.



Interview mit Direktor DI Herwig Wetzlinger

„45.000 ambulante Besucher benötigen keine Notfallmedizin“

©AKH Wien, Felicitas Matern



Herwig Wetzlinger

Leitung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien

Report Das Wiener AKH ist eines der größten Krankenhäuser Europas, seine Ambulanzen sind entsprechend hoch frequentiert. Wie begegnen Sie der Nahtstelle Spital und niedergelassener Bereich im Akutbereich?

H. Wetzlinger Ein gutes Beispiel ist die Universitätsklinik für Notfallmedizin, die laufend überlastet ist. Derzeit testen wir in einem Pilotprojekt eine Allgemeinmedizinische Akutversorgung zur Entlastung dieser Klinik, vor allem außerhalb der üblichen Ordinationszeiten und an Wochenenden und Feiertagen. Dabei kooperieren wir eng mit dem Ärztekundendienst.

Report Was ist das Ziel dieser Akutversorgung?

H. Wetzlinger Es geht hier darum, einen effizienteren Behandlungsablauf an der Nahtstelle zu schaffen und darum, die bestmögliche Versorgungskette für die Patienten und Patientinnen sicherzustellen. Rund 45.000 der ambulanten Besucher jährlich, die wir bislang an der Universitätsklinik für Notfallmedizin akut versorgt haben, benötigen gar keine notfallmedizinische Versorgung. Wenn es uns gelingt, einen Großteil dieser Patienten über die AMA zu versorgen, reduzieren wir damit die Wartezeiten für die spitalspflichtigen Akut-Patienten, wir entlasten aber auch die konsiliarisch tätigen Ärzte an der Klinik. Das vor allem zu hochfrequentierten Zeiten, wo viele Patienten mit niedrigem Versorgungsbedarf die Notfallambulanz aufsuchen.

Report Wie werden die Patienten nach der Erstbegutachtung an der AMA weiterversorgt?

H. Wetzlinger Patienten, bei denen nach der erfolgten Begutachtung eine weiterführende, aber nicht akute fachärztliche Behandlung erforderlich ist, werden einem niedergelassenen Facharzt zugewiesen. Eine Zuweisung an die Notfallambulanz der Universitätsklinik erfolgt bei akutem Bedarf unmittelbar.

Struktur statt Wohlwollen

In einer Zeit, in der die Krankenhausaufenthalte tendenziell kürzer werden und es immer mehr Menschen gibt, die über einen langen Zeitraum hinweg zu Hause gepflegt und betreut werden müssen, unterstützt das Österreichische Rote Kreuz in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt durch professionelle Pflege Patienten und Angehörige. Die mobile Pflege hat viele Schnittstellen, sowohl zu Allgemeinmedizinern, Krankenhäusern, Tageszentren als auch zu den Angehörigen. Im Krankenhausbereich wurden im Schnittstellenmanagement in den vergangenen Jahren vor allem durch das Entlassungsmanagement große Fortschritte erzielt.

Mobile Pflege als multiple Schnittstelle

Die mobile Pflege hat durch den Entlassungsmanager eine konkrete Ansprechperson, dies fördert gute Kommunikation.

Die Schnittstelle mobile Pflege und Hausarzt funktioniert immer dann gut, wenn der Allgemeinmediziner der Pflege offen und positiv gegenübersteht und ausreichend Zeit vorhanden ist. Dies hängt derzeit noch vom „Goodwill“ der einzelnen handelnden Personen ab, da der Arzt als selbstständig Tätiger für seine Zeit nicht bezahlt wird und es damit keine Struktur für Austausch und Kommunikation gibt.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Kommunikation Arzt und Pflege auf Augenhöhe
- ▶ Schulungen im Nahtstellenmanagement in Krankenhäusern
- ▶ Entlassungsmanager als konkrete Ansprechperson
- ▶ Zeit für den Austausch an der Schnittstelle



Interview mit Mag. Monika Wild

Fördernde Strukturen und Anreize

Report Wie gestaltet sich die Schnittstellenkommunikation in der mobilen Pflege derzeit?

M. Wild Die erfolgreiche Kommunikation zwischen mobiler Pflege und Hausarzt ist derzeit sehr stark an das Wohlwollen der beteiligten Personen gebunden. Bei einer positiven Einstellung des Hausarztes gegenüber der Hauskrankenpflege prägt das akkordierte Vorgehen die Schnittstellenkommunikation. Arzt und Pflegepersonal überlegen gemeinsam, was es braucht und wer eingebunden werden sollte. Die einzelnen Berufsgruppen müssen miteinander kommunizieren. Diese Kommunikation muss durch fördernde Strukturen und Anreize verbessert werden. Bezahlte Zeit zum Reden und Abstimmen, etwa eine Stunde pro Woche, ist hier ein wichtiges Stichwort. Die betreuenden Personen werden aus verschiedenen Finanztöpfen bezahlt. Hinzu kommen die unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Bundesländern.

Report Unterscheidet sich der Krankenhausbereich durch die öffentliche Struktur in der Kommunikation?

M. Wild Im Nahtstellenmanagement zwischen Krankenhäusern und mobiler Pflege hat sich viel getan. Durch Schulungen und das Entlassungsmanagement läuft die Kommunikation sehr gut. Auch die schriftliche Information hat sich qualitativ deutlich verbessert, teilweise auch EDV-unterstützt, wie beispielsweise in Wien oder Oberösterreich. Wenn es noch mehr Zeit zur Abstimmung mit der mobilen Pflege geben würde, könnte man sich über das Ausmaß der notwendigen Betreuung noch besser abstimmen, da die mobile Pflege oft einen anderen Blickwinkel hat, was eine Person zu Hause machen kann, als das Krankenhauspersonal, das die Person nicht in ihrer unmittelbaren Umgebung erlebt.

Report Sehen Sie in einer verbesserten Kommunikation auch Einsparungspotenzial?

M. Wild Beim letzten Forum für Geriatrie und Gerontologie in Bad Hofgastein wurde die Studie *Versorgungsoptimierung in Kärntner Pflegeheimen* vom Kärntner Gesundheitsfonds, der Kabeg, Universität und Fachhochschule Klagenfurt präsentiert. Die in zehn Kärntner Pflegeheimen durchgeführte Studie ergab, dass sich etwa ein Fünftel der Transporte ins Krankenhaus vermeiden ließe. Vor allem Krankheitskeime,



©ÖRK / Jürg Christandl

Monika Wild

Leiterin Gesundheits- und Soziale Dienste Österreichisches Rotes Kreuz

Stress und Lärm können sich negativ auf die Gesundheit eines betagten Menschen auswirken, bei dem vielleicht nur ein Katheter gewechselt werden muss. Man arbeitet an Einweisungs-Richtlinien beziehungsweise auch an Richtlinien, wann man den Patienten nicht transportieren soll. Eines der Ziele des Projekts ist es, die geriatrische Kompetenz in den Heimen besser zu nützen. Hier kommt auch hinzu, dass die Transportkosten wieder von einer anderen Kostenstelle gedeckt und damit nicht mitgedacht werden. Es zeigt sich ganz klar, dass eine einheitliche Finanzierung, aber auch höhere Flexibilität und mehr Kommunikation zu erheblichen Einsparungen führen und den Stress bei den Patienten maßgeblich reduzieren könnten.

Erfolgsfaktoren

- Übergeordnete und fördernde Strukturen, die bezahlte Zeit für die Kommunikation an der Schnittstelle zwischen Allgemeinmediziner und mobiler Pflege, aber auch zwischen Krankenhauspersonal und mobiler Pflege ermöglichen
- Einheitlichere Finanzierung
- Nützen der speziellen Kompetenzen, etwa der geriatrischen Kompetenz von Pflegeheimen

Einen möglichst würdevollen Abschied ermöglichen

Projekt „Hospiz Palliative Care in Pflegehäusern“

Sterben ist nach wie vor ein tabuisiertes Thema in unserer Gesellschaft, oft wird mit Patienten am Ende ihres Lebens daher nicht über ihre Wünsche und Erwartungen bezüglich des nahenden Lebensendes gesprochen. Auch in den Pflegehäusern der Caritas gab es früher häufig Unsicherheiten, ob Sterbende noch zum Lebensende in Krankenhäuser überstellt werden sollen.

Dadurch verließen die Betroffenen die vertraute Umgebung und liebgelebte Bezugspersonen aus der Pflege, und starben teilweise vereinsamt. Mit dem Schnittstellen-Projekt *HPCPH Hospiz Palliative Care in Pflegehäusern* hat sich das geändert. Bewohner der Pflegehäuser der Caritas werden vorsichtig und mit Feingefühl befragt, was sie für das nahe Lebensende wünschen, der Patientenwille wird dokumentiert. Allgemeinmediziner als wesentliche Schnittstelle und Mitentscheider werden in Qualifizierungszirkeln in das Projekt eingebunden, um das Miteinander zwischen Patienten, Angehörigen, Pflege und Ärzteschaft zu erwirken. Ziel ist es, den Betroffenen eine bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt zu ermöglichen. Auch für die Pflegenden erweist sich das Projekt als wesentlich. Durch die hohe Schulungsrate von über 80 Prozent der Mitarbeiter der Caritas Wien in den Pflegehäusern konnte ein verbesserter Umgang mit den Themen am Ende des Lebens im Sinne der Patienten erzielt werden.

Erfolgsfaktoren

- Regelmäßige Einbindung aller Betroffenen, hoher Organisationsgrad, Steuergruppe auf breiter Basis
- Zahlreiche Einzelgespräche an vielen Schnittstellen (Pflege, Allgemeinmediziner, Notärzte, Krankenhäuser)
- Auch neue Mitarbeiter werden sofort eingebunden

Interview mit Dr. Thomas Wochele-Thoma

Befindensmedizin,



Thomas Wochele-Thoma
 Ärztlicher Leiter Caritas Wien

Report Die Caritas bewegt sich stark an der Schnittstelle von Pflege und anderen Stakeholdern, die in der Betreuung alter Menschen tätig sind, wie etwa im Hospizbereich. Wie funktioniert Schnittstellenmanagement aus Ihrer Sicht prinzipiell?

T. Wochele-Thoma Derzeit funktionieren Schnittstellen dort, wo Menschen intrinsisch motiviert und gut vernetzt sind, der Sache wegen zusammentreffen und in Lösungen denken. Auch in Krisenzeiten funktionieren Schnittstellen gut, wenn der Grad an Dringlichkeit hoch ist und es ein gemeinsames Ziel der unterschiedlichen Stakeholder gibt. In nicht akuten Phasen ist das leider weniger der Fall. Da stehen Partialinteressen wieder im Vordergrund. Auch an den Schnittstellen zu Fördergebern ist es deutlich schwieriger. Es gibt Gewinner bestehender Strukturen, die etwas davon haben, wenn die Dinge so bleiben, wie sie sind.

nicht Befundmedizin

Report Was braucht es für eine Veränderung des Systems?

T. Wochele-Thoma Bevor sich Systeme verändern, braucht es Zeiten, wo allgemein spürbar wird, dass es so nicht mehr weitergehen kann. Wenn es dann Stakeholder gibt, die beweglich genug sind, um für das Gelingen einer größeren Idee Eigeninteressen zu relativieren, kann es gelingen. Zum Beispiel der Faktor „Kommunikation“ in der Arzt-Patienten-Beziehung. Das ist ein prinzipielles Problem. Weil Interventionen wie Gesprächsverfahren schwer messbar sind, ist die Wirkung nicht leicht abzubilden, und Zeit alleine ist noch kein ausreichendes Maß für gelungene Kommunikation. Dadurch, dass gelungene Kommunikation keine „abrechenbare Position“ ist, die auch sonst nicht wesentlich vom System belohnt wird, wird sie nicht systematisch entwickelt und gefördert.

Report Was macht ein gutes Gespräch aus?

T. Wochele-Thoma Wenn Sie ein Gespräch zwischen Arzt und Patient meinen, dann macht ein gutes Gespräch aus, dass mehr als nur ein „Faktentransfer“ stattfindet. Der Patient soll sich im Gespräch als Mensch mit seinen Problemen, Ängsten und Nöten wahrgenommen fühlen, und neben bestmöglicher moderner Medizin auch Begleitung und Mitgefühl im Gespräch erfahren. In unserem System herrscht im Arzt-Patienten-Gespräch häufig eine Defizitorientierung. Die Kommunikation versetzt den Patienten oft in Angst, weil zum Beispiel vor Operationen der Patient über alle möglichen Komplikationen aufgeklärt werden muss, um sich rechtlich abzusichern. Hier könnte man viel in der Kommunikation verbessern. Der sogenannte „Noceboeffekt“ wird noch nicht berücksichtigt und wir sind uns gar nicht bewusst, wo wir überall durch schlechte Kommunikation Schaden anrichten. Der Fokus in der Kommunikation liegt eben stark im Transfer von Fakten. Wie der Patient mit den Infos, die er vom Arzt bekommt, umgeht und was sie in ihm bewirken, wird deutlich unterschätzt.

Report Gibt es Systeme, die Sie als Vorbild sehen?

T. Wochele-Thoma Es haben alle Systeme Vor- und Nachteile, es lohnt sich aber zu schauen, was man von anderen Systemen lernen kann. In starken Hausarztssystemen wie in Deutschland oder Großbritannien hat der Hausarzt den Überblick. So sehr mir die freie Arztwahl als Idee gefällt, sie bringt teilweise auch das Risiko mit sich, dass Patienten im Gesundheitssystem an verschiedensten Stellen Hilfe suchen, ohne wirklich sicherzustellen, dass ein Experte den Gesamtüberblick behält. Das ist vor allem in der Stadt ein Problem, am Land sind die Patienten meist sehr gut bei ihrem Arzt aufgehoben. Wenn Patienten mit komplexen Krankheiten von verschiedenen Ärzten behandelt werden, die nicht einmal voneinander wissen, ist das gefährlich. Ich glaube, dass zum Beispiel Disease-Management-Programme einen großen Nutzen für Patienten bringen können. Damit dies gelingen kann, braucht es aber eine gute digitale Vernetzung. Solange Systeme nicht vernünftig integriert sind, gehen viele Informationen verloren.

Erfolgsfaktoren

- ▶ Denken in längerfristigen Zyklen
- ▶ Begegnung und Mitgefühl statt „reiner Infotransfer“ in Arzt-Patienten-Gesprächen
- ▶ Digitale Vernetzung zur Integration verschiedener Schnittstellen ohne Informationsverlust
- ▶ Stärkere Gewichtung des Hausarztes als „Wahrer des Überblicks“

Vermittler zwischen Familien und Pflege

Psychosoziale Visite im AKH

Das interdisziplinäre Projekt „Psychosoziale Visite“ der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde des AKH wurde Mitte 2000 begonnen und startete auf den neonatologischen Intensiv- und Intermediate Care-Stationen. Mit der psychosozialen Visite wird die Familiensituation der Kinder noch stärker berücksichtigt und dem Pflege- wie auch dem medizinischen Personal nähergebracht. Psychologen arbeiten mit den Familien und dem Pflegepersonal im Rahmen der Familienorientierung eng zusammen. Das Programm kommt bei allen Familien mit chronisch kranken Kindern und Frühgeborenen zum Einsatz. Die Psychologen berichten in regelmäßigen Abständen dem anwesenden Personal über die Familiensituation. Wertungen und Vorurteile sollen durch die psychosoziale Visite abgebaut, Verständnis geschaffen werden. Aufzeichnungen wie „Die Mutter war heute schon wieder nicht da!“ sollen objektiviert werden – etwa zu „Die Mutter war heute nicht da“. Sachlichkeit soll das Gespräch über den Patienten und die Pflege bestimmen. Die psycho-

Erfolgsfaktoren

- ▶ Änderung der Werthaltung beim Pflegepersonal
- ▶ Objektivierung durch Verständnis für die Familiensituation, Eigenkompetenz der Familien anerkennen
- ▶ Kommunikation auf sinnvolle Elemente beschränken
- ▶ Grenzen in der Pflege annehmen

soziale Visite funktioniert idealerweise als Hypothesenzerstörer und hilft bei der Abgrenzung zwischen Pflgetätigkeit und anderen Bereichen. Die Pflege beschränkt sich dank des Projekts auf ihre Kernkompetenz und verfügt über weniger, aber adäquates Wissen.



Interview mit Direktorin Sabine Wolf, MBA, und Bereichsleiterin Johanna Horn, MBA

Grenzen der Verantwortlichkeit klarer sehen können



Sabine Wolf
 Direktorin des Pflegedienstes im AKH Wien

Report Wer kann die psychosoziale Visite in Anspruch nehmen?

S. Wolf Das Angebot einer psychologischen Unterstützung wird an die Familien bereits zu Beginn der Behandlung herangetragen beziehungsweise auch zu einem späteren Zeitpunkt erneut, falls das Angebot am Anfang noch nicht gewünscht wird. Bei Risikoschwangerschaften kommt das Team der Psychologen bereits vor der Geburt hinzu, aber auch wenn das „Frühgeborene“ auf der Welt ist.

Report Wie funktioniert die psychosoziale Visite konkret?

J. Horn: Das Schnittstellenprojekt zielt darauf ab, das Pflegepersonal über die Familiensituation auf dem Laufenden zu halten und damit für ein Stück „Objektivität“ im Umgang mit

der Familie des Patienten zu sorgen. Es ist ein lösungsorientierter und systemischer Ansatz, bei dem es um Haltung geht. Durch gezielte und detaillierte Information sollen starre Hypothesen, die sich beim Pflegepersonal aufgebaut haben, zerschlagen werden. Familien haben ihre Eigenkompetenz. Diesbezüglich hat die Pflege ihre Werthaltung geändert. Themen, die der Psychologe erfasst, werden vertraulich behandelt und nicht ins System eingegeben. Die Information basiert auf einer „Need to know“-Basis. In der Dokumentation zeigt sich bereits die veränderte Haltung der Pflege. Vertraulichkeit und Datenschutz sind selbstverständlich absolut gewährleistet.

Report Wer profitiert von dieser Art der Schnittstellenkommunikation?

J. Horn: Einerseits das Pflegepersonal, es wird ein Stück entlastet und kann Grenzen und Verantwortlichkeiten deutlicher verorten. Da das Pflegepersonal den unmittelbarsten und häufigsten Kontakt zum Patienten hat, fühlen sich die Pflegenden häufig für alles verantwortlich. Die psychosoziale Visite ist ein lösungsorientierter Ansatz und wirft keinen therapeutischen Blick auf die Vergangenheit, sondern auf Bereiche, die wichtig sind, um Patienten besser zu unterstützen. Andererseits der kleine Patient, der am meisten davon profitieren soll. Bei einer reibungsloseren Kommunikation aller Beteiligten hilft das den Patienten und den Angehörigen.

Erfolgsfaktoren

- Regelmäßiger Austausch und reibungslose Kommunikation
- Fokus auf Werthaltung
- Systemische Lösungsorientierung im Vordergrund, nicht therapeutischer Ansatz



FOR

*Das Janssen Forum

Das Janssen Forum wurde 2012 gegründet. Es versteht sich als Netzwerk engagierter Experten aus dem österreichischen Gesundheitswesen und will Impulse zur stärkeren Zusammenarbeit rund um die Bedürfnisse der Patienten geben. Dabei geht es um Bereiche, die über die medikamentöse Therapie hinausgehen, z. B. Beziehung und Kommunikation zwischen Ärzteschaft, Pflegenden, Patienten und Angehörigen. Mit Umfragen und Studien will das Janssen Forum Grundlagen für die öffentliche Diskussion liefern, mit der Auswahl und Förderung von Pilotprojekten will es Anregungen oder Starthilfe geben.

Impressum und Anmerkungen

Für den Inhalt verantwortlich

Janssen-Cilag Pharma GmbH
Vorgartenstraße 206B, 1020 Wien
Telefon: +43 1 610 30 – 0, Fax: +43 1 616 12 41

Gestaltung

Northern Lights Communications/LMP.wien

Danksagung

Wir danken allen Mitgliedern des Janssen Forums, die zu diesem Report mit ihren Beispielen und Interviews beigetragen haben, sowie dem Projektteam bei Janssen (Petra Ebner, Christian Marihart, Wolfgang Salar, Bettina Schrickler, Wolfgang Tüchler, Manuela-Claire Warscher, Michael Zechner).

Anmerkungen/Disclaimer

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des Autors oder Interviewten wieder, diese muss nicht mit der Meinung von Janssen übereinstimmen.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten und Beiträgen der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Die in diesem Report verwendeten Begriffe Naht- bzw. Schnittstelle sind deckungsgleich.

Bildquellen

Seiten 10, 14, 16, 24, 26, 32, 36, 38, 42, 46, Getty Images

