



MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät

der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Marianne Elisabeth Schneemilch

aus Magdeburg

Magdeburg 2018

Dokumentationsblatt

Bibliographische Beschreibung:

Schneemilch, Marianne E.:

Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis. – 2018. - 90 Bl., 1 Abb., 3 Tab., 7 Anl.

Kurzreferat:

Pflegende Angehörige nehmen in der Versorgung Pflegebedürftiger eine wichtige Rolle ein. Diese Pflege ist mit einer hohen physischen und psychischen Belastung für die pflegenden Angehörigen verbunden. Der Hausarzt gilt als eine wichtige Quelle für Informationen für pflegende Angehörige.

Es wurden 10 Hausärzte zu ihren Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen interviewt. Die Interviews wurden transkribiert und analog der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Zu den Aufgaben des Hausarztes bei der Betreuung pflegender Angehöriger gehören die Bereitstellung von Informationen, die Organisation des Pflegeablaufes und die Anleitung der Angehörigen zur Pflege. Kommt es zu kritischen Pflegesituationen fungiert der Hausarzt als Entscheidungshilfe. Durch die Komplexität einer Pflegesituation und zahlreiche Akteure aus Familie und Pflege nimmt der Hausarzt eine zentrale Vermittlerrolle ein. Um dieser Rolle gerecht zu werden, bedient sich der Hausarzt verschiedener Strategien.

Um eine hochwertige Versorgung pflegender Angehöriger zu gewährleisten, benötigt der Hausarzt Zeit und kommunikatives Geschick. Damit die Bedürfnisse pflegender Angehöriger erfüllt werden können, müssen diese Bedürfnisse vom Hausarzt erkannt und angesprochen werden. Häufig verschwindet der pflegende Angehörige hinter dem zu Pflegenden und potenziell gesundheitsgefährdende Störungen des pflegenden Angehörigen werden übersehen oder erst spät erkannt. Hier gilt es die Hausärzte für die Belange von pflegenden Angehörigen zu sensibilisieren und aufzuklären.

Schlüsselwörter:

Pflegende Angehörige – Hausarzt – häusliche Pflege – Arzt-Patient-Beziehung

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung.....	7
1.1.	Hintergrund	7
1.2.	Forschungsgegenstand.....	10
1.3.	Fragestellung	14
2.	Methode.....	16
2.1.	Vorgeschaltete Umfrage.....	16
2.2.	Interviews zum Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis ..	17
2.3.	Methode der Analyse	21
3.	Ergebnisse	24
3.1.	Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis	24
3.1.1.	Informationen	24
3.1.2.	Versorgung	26
3.1.3.	Anleitung des Angehörigen zur Pflege	28
3.1.4.	Entscheidungshilfe bei Verschlechterung des zu Pflegenden.....	28
3.2.	Beziehung zwischen Hausarzt, pflegenden Angehörigen und zu Pflegenden..	30
3.2.1.	Die Rolle des Hausarztes.....	30
3.2.1.1.	Vermittlerrolle	30
3.2.1.2.	Organisation der Pflege.....	33
3.2.1.3.	Führungsstile des Hausarztes	35
3.2.2.	Hindernisse und Konflikte bei der Pflege.....	37
3.2.2.1.	Die Angehörigen	37
3.2.2.2.	Der zu pflegende Patient.....	48
3.2.2.3.	Innerfamiliäre Konflikte.....	49
3.2.2.4.	Der Arzt.....	51
3.2.3.	Strategien des Hausarztes zur Optimierung der Beziehung zu pflegenden Angehörigen.....	56
4.	Diskussion.....	60
4.1.	Erfüllung der Ansprüche der pflegenden Angehörigen an den Hausarzt.....	61
4.2.	Konflikte innerhalb der Dreiecksbeziehung zwischen Hausarzt, pflegendem Angehörigen und zu Pflegenden	63
4.3.	Differenz zwischen Zeitbedarf und tatsächlich verfügbarer Gesprächszeit/Zeitmanagement.....	66
4.4.	Informationsmöglichkeiten für die Hausarztpraxis	68
4.5.	Gründe für die geringe Akzeptanz und Bekanntheit der Leitlinie	69
4.6.	Methodenkritik.....	70

4.6.1.	Die Rolle des Interviewers.....	70
4.6.2.	Der Arzt.....	71
4.7.	Bias.....	71
4.8.	Ausblick.....	71
5.	Zusammenfassung.....	73
6.	Literaturverzeichnis	74
7.	Danksagungen	78
8.	Ehrenerklärung.....	79
9.	Darstellung des Bildungsweges.....	80
10.	Veröffentlichungen	81
11.	Anlagen.....	82
	A Einverständniserklärung.....	83
	C Fragebogen	85
	D Interviewleitfaden ‚Pflegerische Angehörige in der Hausarztpraxis‘	86
	E Beobachtungsbogen Interview	87
	F Transkriptionsregeln.....	88
	G Legende Transkription	89
	H Kategoriensystem	90

Abkürzungsverzeichnis

B	Befragter
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
d.h.	das heißt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
HPS	Häusliche Pflegeskala
I	Interviewer
IALM	Institut für Allgemeinmedizin
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
NÄPA	nichtärztliche Praxisassistentin
OvGU	Otto-von-Guericke-Universität
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
unv.	unverständlich
VERAH®	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
z.B.	zum Beispiel

Die in der Arbeit verwendete maskuline Form der Bezeichnung steht sowohl für das männliche, als auch für das weibliche Geschlecht.

1. Einführung

1.1. Hintergrund

Demografische Entwicklung

In Deutschland gibt es derzeit eine Gesamtbevölkerung von 81,7 Millionen. Davon werden 2,46 Millionen Menschen gepflegt. Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit gehen davon aus, dass im Jahr 2040 von 76,8 Millionen Einwohnern Deutschlands 3,9 Millionen pflegebedürftig sind und im Jahr 2050 diese Zahl auf 4,5 Millionen ansteigen wird (BMG 2012). Hintergrund dafür bildet der demografische und epidemiologische Wandel.

Frauen übernehmen häufiger die Pflegerolle als Männer. Die hauptsächlich Pflegenden sind Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter. Jedoch ist in den letzten Jahren der Anteil der männlichen Pflegepersonen von 17 % im Jahr 1991 auf inzwischen 27 % gestiegen (Schneekloth 2006).

Bedeutung Pflegender Angehöriger

Etwa 70 % der zu pflegenden Menschen werden zu Hause gepflegt (Bundesministerium des Innern 2011). Sogar 92 % aller Pflegebedürftigen erhalten private Hilfeleistungen durch Angehörige oder Bekannte (Schneekloth 2006). Das private Pflegenetz bedeutet für die deutsche Volkswirtschaft eine enorme Entlastung, denn im Durchschnitt versorgen Angehörige ihre pflegebedürftigen Verwandten 36,7 Stunden in der Woche. Müsste das von ambulanten Pflegediensten geleistet werden, könnte das die Pflegeversicherung nicht tragen (Schneekloth et al. 2005). Das Interesse am Thema „Pflege durch Angehörige“ steigt stetig. So startete das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2012 die Aktion „Ich pflege, weil...“ und der Deutsche Bundestag hat am 29.06.2012 das „Pflege-Neuausrichtungsgesetz“ beschlossen.

Begriffsdefinition: Pflegende und versorgende Angehörige

Eine einheitliche Definition für pflegende Angehörige gibt es nicht. Im Sozialgesetzbuch wird der Begriff der Pflegeperson folgendermaßen definiert: „Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen.“

Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.“ (§ 19 SGB XI) In dieser Definition werden alle pflegenden Angehörigen, die weniger als 10 Stunden in der Woche einen Angehörigen pflegen oder betreuen, nicht erfasst.

Im EU-geförderten Projekt EUROFAMCARE, bei dem ein Überblick über die Situation pflegender Angehöriger älterer Menschen im Hinblick auf Verfügbarkeit, Bekanntheit, Inanspruchnahme und Akzeptanz von Angeboten, die zur Unterstützung und Entlastung beitragen können untersucht wurde, mussten die pflegenden Angehörigen die Hauptpflegeperson sein und mindestens 4 Stunden pro Woche einen älteren Angehörigen (65 Jahre oder älter) pflegen oder betreuen, um an der Fragebogen-Studie teilnehmen zu können. (Lüdecke et al. 2012)

Bei Ulusoy et al. (2010) werden pflegende Angehörige als Lebenspartner, Verwandte Freunde und Nachbarn bezeichnet, die unbezahlt einen älteren, chronisch Kranken zu Hause unterstützen und pflegen. Dies wird als das informelle Hilfesystem, das neben der professionellen Altenpflege existiert, bezeichnet.

In der hier vorliegenden Arbeit wird die Stundenanzahl der Pflege oder Betreuung nicht angegeben oder zur Definition herangezogen. Vielmehr werden alle Formen der Betreuung oder Pflege berücksichtigt, sobald der behandelnde Hausarzt die Person als pflegenden Angehörigen bezeichnet. Das bedeutet eine sehr individuelle Definition der pflegenden Angehörigen, was aber sicherlich die Praxis widerspiegelt. Angehörige nehmen sich selbst in sehr unterschiedlichen Intensitäten als pflegende Angehörige wahr und werden auch vom Hausarzt unterschiedlich wahrgenommen.

Statistische Angaben zu pflegenden Angehörigen

Im Jahr 2011 waren laut statistischem Bundesamt im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Die Mehrheit (65 %) waren Frauen, 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, mehr als zwei Drittel (70 % bzw. 1,76 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Allein durch Angehörige gepflegt wurden ca. 1,2 Millionen Pflegebedürftige die dafür ausschließlich Pflegegeld erhielten. Bei 576 000 Pflegebedürftigen erfolgte die Pflege zusammen mit oder

vollständig durch ambulante Pflegedienste. 743 000 Personen (30 %) wurden in Pflegeheimen vollstationär betreut (Statistisches Bundesamt 2011).

Gesundheitliche Belastungen pflegender Angehöriger

Das Thema Belastungen, Gesundheit und Hilfen für pflegende Angehörige rückt immer mehr ins Zentrum der Öffentlichkeit und auch der Politik. Zunehmend wird in empirischen Arbeiten sowohl national als auch international das Thema aufgenommen.

Psychische Belastung und körperliche Beschwerden beeinflussen sich wechselseitig. Wenn die Pflege als zunehmend psychisch belastend empfunden wird, kommt es im Rahmen eines Somatisierungsprozesses häufig zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Wohlbefindens. Umgekehrt führt ein schlechterer gesundheitlicher Zustand der pflegenden Person dazu, dass die Pflegetätigkeit als größere psychische Belastung wahrgenommen wird (Gräßel 1998b). Auch in der Leitlinie Pflegende Angehörige (Lichte 2005) werden Störungen des Nachtschlafs sowie Depression und Erschöpfungszustände bei pflegenden Angehörigen beschrieben. Pflegende Angehörige haben eine Vielzahl an Belastungen und psychischen und physischen Beschwerden. Hier ist der Hausarzt gefragt, diese frühzeitig zu erkennen und zu intervenieren, um die häusliche Pflege sicherzustellen.

Es kann angenommen werden, dass vergleichbare Beratungsanlässe auch von den Hausärzten in der vorliegenden Interviewstudie angegeben werden.

Die Häusliche Pflegeskala wurde ursprünglich von Gräßel mit 28 Items entwickelt und 2001 validiert. Für die DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“ wurde 2005 die Häusliche Pflegeskala auf 10 Items in Zusammenarbeit mit E. Gräßel gekürzt.

Durch die gekürzte Häusliche Pflegeskala (HPS) kann das Maß für die wahrgenommene Belastung durch die Pflege von Angehörigen in der Hausarztpraxis ermittelt werden. Die zu beantwortenden Aussagen geben einen Überblick zu den bekannten Beeinträchtigungen durch häusliche Pflege:

1. Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.
2. Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.
3. Ich habe hin und wieder den Wunsch aus meiner Situation „auszubrechen“.
4. Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.

5. Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.
6. Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.
7. Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.
8. Ich fühle mich „hin- und hergerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.
9. Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.
10. Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.

Diese 10 Aussagen können zur Einschätzung der Pflegebelastung von pflegenden Angehörigen genutzt werden. Auch als Verlaufsbeobachtung ist das Instrument in der Praxis einsetzbar (Lichte 2005).

1.2. Forschungsgegenstand

Die Bedeutung des Hausarztes in der Betreuung pflegender Angehöriger

Dem Hausarzt wird bei der Informationssuche und als Ansprechpartner für pflegende Angehörige ein hoher Stellenwert zugeordnet (Sewitch et al. 2006). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Beziehung zwischen Hausarzt und pflegendem Angehörigen näher zu untersuchen.

In Deutschland und anderen europäischen Ländern soll der Hausarzt als eine Art „Weichensteller“ oder „Lotse“ die Behandlung der Patienten überwachen und koordinieren (BMG 2014; Borgsteede et al. 2007; Thomas 2005; Barclay et al. 2002). Dazu gehört auch die Betreuung und Beratung von Pflegenden Angehörigen.

Im Bereich der Angehörigenberatung gibt es Differenzen zwischen der von Hausärzten angebotenen Beratung und den Wünschen der Angehörigen. Wolfs et al. (2010) fanden heraus, dass 20 % der von ihnen befragten pflegenden Angehörigen sich mehr Führung durch den Hausarzt wünschen, knapp 16 % benötigen einen besseren Überblick über die bestehenden Unterstützungsangebote. In einer größer angelegten Angehörigenbefragung von Georges et al. (2008) zeigte sich, dass sich fast mehr als die Hälfte der befragten Personen mehr Information über das Fortschreiten der Demenzerkrankung und die bestehenden Versorgungsangebote wünschten und 82 % von ihnen nicht über solche Angebote informiert wurden. So wurde für Demenzerkrankte schon 1997 von der deutschen Alzheimer-Gesellschaft

gefordert, dass die demenzbezogene Kompetenz bei Haus- und Allgemeinärzten zu verbessern ist (Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V. 1997).

Pflegende Angehörige weisen ein hohes Informationsbedürfnis, aber auch leider -defizit auf. Hier ist der Hausarzt oft erster Ansprechpartner. Hausärztlich-psychosoziales Handeln sollte sich auf die Beratung zu bestehenden Unterstützungsangeboten erstrecken (Wolfs et al. 2010). Zusätzlich wird von Angehörigen mehr Information zur Erkrankung des Patienten gewünscht (Georges et al. 2008).

Dies zeigt, dass ein hohes (Konflikt)potential in der Angehörigenbetreuung und -beratung vorhanden ist.

Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und ihren Hausärzten - Darstellung der Studienlage

Als erstes erfolgte eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank Pubmed, um den aktuellen Stand der Forschung zur Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und ihren Hausärzten zu ermitteln. Die Verwendung des Suchterms „((relation OR communication) AND informal caregiver AND general practice)“ ergab 24 Treffer. Der Zeitraum war auf 10 Jahre (08/2002 – 08/2012) begrenzt worden.

In die Literaturrecherche wurden Originalarbeiten mit Bezug zu Hausärzten und pflegenden Angehörigen mit dargestellten Ergebnissen eingeschlossen.

Unter den sechs eingeschlossenen Arbeiten fanden sich drei qualitative Studien (Grande et al. 2004; Kendall et al. 2006; Simon et al. 2003), zwei Fragebogenstudien (Borgsteede et al. 2007; Sewitch et al. 2006) und eine Interventionsstudie (Donath et al. 2010). Zur Ergänzung wurden zwei Studien (Bulsara et al. 2006; Burrige et al. 2011) aus der Handsuche hinzugefügt.

Grande et al. (2004) führten halb-strukturierte Interviews mit Hinterbliebenen durch, um deren Bedürfnisse bei der Pflege ihrer Angehörigen zu erfragen. So legten die Befragten großen Wert auf die Erreichbarkeit des Hausarztes oder der Gemeindeschwester. Unterstützung durch nicht ärztliche Berufsgruppen und die Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln wurde ebenfalls als wichtig empfunden. Aber auch die Einstellung und das Verhalten des Hausarztes wurden von den Angehörigen als wichtiger Bestandteil der Betreuung genannt. Obwohl in dieser

Studie die Sicht der Angehörigen erörtert wird, fanden sich überraschenderweise sehr selten Aussagen über die eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse. Ob der Hausarzt ähnliche Prioritäten in der Betreuung der Angehörigen setzt, sollte in der vorliegenden Arbeit hinterfragt werden.

In einer qualitativen Studie mit Fokusgruppen aus krebserkrankten Patienten und deren Angehörigen wurde die Bedeutung der kontinuierlichen Betreuung der Patienten und Angehörigen durch den Hausarzt festgestellt (Kendall et al. 2006). Dabei wird vom Hausarzt nicht eine Expertenrolle in Bezug auf die Krebserkrankung erwartet, sondern die fortlaufende Betreuung patientenzentriert, proaktiv und ganzheitlich durch den Hausarzt hervorgehoben.

Eine weitere qualitative Studie brachte ähnliche Ergebnisse (Simon et al. 2003). Hier wurden Interviews mit Angehörigen von Schlaganfallpatienten geführt, um einen Fragebogen für Angehörige von Schlaganfallpatienten zu entwickeln. Diese erwarten Folgendes von ihren Hausärzten:

- Informationen über lokale Unterstützungsangebote und über die Erkrankung
- die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung
- einen angemessenen Umfang und Koordination der Pflege
- Sorge um den Pflegenden
- dem Angehörigen zuhören und gehört werden
- Problemmanagement und Vertrauen auf Informationen und deren Richtigkeit.

In der Studie von Borgsteede et al. (2007) wurde untersucht mit wem Hausärzte in den Niederlanden bei der Betreuung von Palliativpatienten zusammenarbeiten. Dabei stellte sich heraus, dass Hausärzte bei der Palliativversorgung am meisten mit pflegenden Angehörigen gefolgt von anderen Hausärzten und Gemeindeschwestern zusammenarbeiten. Diese enge Zusammenarbeit lässt die Bedeutung einer guten Beziehung zwischen Hausarzt und pflegendem Angehörigen vermuten.

Sewitch et al. (2006) identifizierten den Aufenthalt des zu Pflegenden in einer Notaufnahme als Prädiktor für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Zunahme an Stress bei den pflegenden Angehörigen. Daraus folgern die Autoren, dass die Information, ob ein Pflegebedürftiger in einer Notaufnahme vorstellig wurde, wichtig für die Einschätzung der gesundheitlichen Belastung des

pflegenden Angehörigen ist. Auch dies unterstreicht die Bedeutung der Kommunikation zwischen Hausarzt und pflegenden Angehörigen.

Aufgrund der besonderen Belastung pflegender Angehöriger von Demenzpatienten gibt es eine Vielzahl an Studien über pflegende Angehörige dieser Patientengruppe. Viele der belastenden Aspekte können sicherlich auch auf die Angehörigen anderer Patientengruppen übertragen werden, jedoch ist eine Verschiebung der psychischen in Richtung physischer Belastung zu erwarten. So beschäftigt sich auch Donath et al. (2010) mit der Beratung von Angehörigen von Demenzpatienten durch Hausärzte. Hier wurde durch Schulung der Hausärzte eine höhere Rate an Vermittlung und Annahme von Hilfsangeboten für die Angehörigen erreicht. Das zeigt den großen Einfluss, den Hausärzte bei der Entscheidung der Angehörigen haben, niederschwellige Hilfsangebote zu nutzen.

Die medizinische Grundversorgung ist in anderen europäischen Staaten mit der hausärztlichen Versorgung in Deutschland vergleichbar. So wird auch in den Niederlanden und Großbritannien dem Hausarzt bei der Betreuung von zu Pflegenden und deren Angehörigen ein hoher Stellenwert zugeschrieben (Borgsteede et al. 2007; Grande et al. 2004; Kendall et al. 2006).

Wenig ist bisher über die Beziehung des Hausarztes zu den pflegenden Angehörigen aus Sicht des Hausarztes bekannt. Auch in Australien (Bulsara et al. 2006; BurrIDGE et al. 2011) wird die Betreuung des pflegenden Angehörigen in erster Linie als Aufgabe des Hausarztes gesehen. Bulsara et al. (2006) befragten Hausärzte zu ihrem Umgang mit pflegenden Angehörigen. Hausärzte sehen demnach ihre wichtigste Aufgabe in der praktischen Unterstützung bei Pflegefragen. Eine emotionale oder psychologische Unterstützung wird meist erst bei Erreichen kritischer Endpunkte angeboten.

In der Studie von BurrIDGE et al. (2011) wurden sechs pflegende Angehörige von Krebskranken und 19 Fachkräfte des Gesundheitswesens, darunter sechs Hausärzte, mit halbstrukturierten Interviews befragt. Inhalt der Studie war es Faktoren zu ermitteln, welche das Benennen von gesundheitlichen Beschwerden von pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis beeinflussen. Zu den Barrieren gehörte der Wunsch, den Angehörigen zu pflegen ohne eigene Beschwerden in den Vordergrund zu stellen und damit die soziale Erwartung zu erfüllen. Deshalb sollten

Hausärzte die gesundheitlichen Beschwerden des pflegenden Angehörigen aktiv erfragen und ihnen das Gefühl vermitteln, in der Hausarztpraxis einen geschützten Rahmen zu erhalten, um ihre Belange vortragen zu können.

DEGAM-Leitlinie Nr. 6: Pflegende Angehörige

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stellt Leitlinien zu wichtigen Themen in der hausärztlichen Praxis zur Verfügung. So gibt es auch eine Leitlinie zum Thema Pflegende Angehörige (Leitlinie 6). Diese soll Hausärzte für die Belastungen von Pflegenden Angehörigen und mögliche Handlungsoptionen sensibilisieren (vgl. Lichte 2005).

Ziel der DEGAM-Leitlinie ist es gesundheitsgefährdete pflegende Angehörige zu erkennen um rechtzeitig intervenieren zu können. Dadurch soll die häusliche Pflege des zu Pflegenden gesichert bleiben. Auf die Gefahr der Fokussierung auf die Pflegebedürftigen und folglich einer damit verbundenen möglichen Unterversorgung der pflegenden Angehörigen wird in dieser Leitlinie hingewiesen. In der Leitlinie wird vermutet, dass sich besondere Schwierigkeiten ergeben können, wenn zu Pflegender und pflegender Angehöriger nicht vom gleichen Hausarzt betreut werden (Lichte 2005).

1.3. Fragestellung

Einige internationale Studien beschäftigten sich mit der Beziehung zwischen pflegendem Angehörigen und Hausarzt aus Sicht der Angehörigen oder der Patienten. Jedoch wird in nur wenigen Studien auf die Beziehung aus Sicht der Hausärzte eingegangen.

In der vorliegenden Arbeit wird die Problematik der Betreuung pflegender Angehöriger aus der Sicht des Hausarztes mit folgender Fragestellung untersucht:

- Beziehung der Hausärzte zu pflegenden Angehörigen
- Wahrnehmung der pflegenden Angehörigen durch Hausärzte
- Organisation der Pflege als Aufgabe des Hausarztes

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich vor allem darauf, wie sowohl die Beziehung von Hausärzten zu pflegenden Angehörigen als auch die Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen aus Sicht der Hausärzte wahrgenommen wird. Weiterhin

soll hinterfragt werden, welche Prioritäten der Hausarzt bei der Betreuung setzt. Es sollen bestehende Probleme in der Interaktion herausgefunden und mögliche Lösungsansätze herausgearbeitet werden.

Im Rahmen der Überarbeitung der Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ sollte ebenfalls untersucht werden, ob diese Leitlinie unter den Hausärzten bekannt ist und auch genutzt wird.

Die Ergebnisse sollen in die Überarbeitung der S3-Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ einfließen.

Um einen Zugang zu möglichen Interviewpartnern zu finden, wurde die Befragung zur Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ mit einer Frage zur Interviewbereitschaft der Hausärzte kombiniert.

2. Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung dieser explorativen Arbeit mussten Interviewpartner gefunden werden. Es wurde eine Umfrage an 228 Hausärzte verschickt, um einen Zugang zum Feld zu erhalten. Im Anschluss wurden 10 Interviews durchgeführt. Die Inhaltsanalyse der Interviews erfolgte nach Mayring (2007).

2.1. Vorgeschaltete Umfrage

Mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts wurde an alle Hausärzte (insgesamt 228) in den Regionen Harz (n=94), Jerichower Land (n=36) und Magdeburg (n=98) ein Fragebogen (siehe Anlage C) verschickt (Tabelle 1). Die Rücklaufquote betrug 24,5 %. 30 Mal erhielten wir die Zustimmung zu einem Interview, 22 Mal wurde abgelehnt und 4 Mal wurde die Frage nicht beantwortet. (Tabelle 2)

Tabelle 1: Verteilung der Fragebögen auf Regionen in Sachsen-Anhalt

Region	n
Harz	94
Jerichower Land	36
Magdeburg	98
Gesamt	228

Tabelle 2: Verteilung der Antworten zur Interviewbereitschaft, bezogen auf alle verschickten Fragebögen

	n	%
Interview zugestimmt	30	13,2
Interview nicht zugestimmt	22	9,6
Keine Angabe	4	1,8
Gesamt	56	24,5

Diese Regionen wurden gewählt, um ein eher ländliches Flächenland (Jerichower Land), eine mittlere Großstadt (Magdeburg) und ein ländlich geprägtes Mittelgebirge (Harz) abzubilden.

2.2. Interviews zum Umgang mit pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis

Auswahl der Interviewtechnik

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde das problemzentrierte Interview gewählt. Dieses ist eine Form des Leitfadenterviews, in dem das „Problem“ zentraler Gegenstand des Interviews ist. Der Leitfaden besteht aus Erzählanreizen und Nachfragen. Während des Interviews können „Ad-hoc-Fragen“ eingefügt werden um bestimmte Fragestellungen näher beleuchten zu lassen (Flick 2007, S. 210–211). Das ermöglicht eine relativ offene Gestaltung der Interviewsituation ohne die Forschungsfrage aus dem Blick zu verlieren.

Interviewleitfaden

Vor Beginn der Interviews wurde ein Leitfaden (Anlage) entwickelt und ein Probeinterview mit einem Hausarzt durchgeführt, der nicht in die Gruppe der Befragten fiel, da er außerhalb der gewählten Niederlassungsbereiche praktiziert. Nach dem Probeinterview, sowie erneut nach dem ersten Interview wurde der Leitfaden jeweils überarbeitet und angepasst.

Die Hausärzte wurden, um einen Zugang zum Thema Pflegende Angehörige zu erhalten, allgemein zur Leitlinie Pflegende Angehörige befragt. Dazu diente auch der den Interviews vorgeschaltete Fragebogen, durch den der Bekanntheitsgrad und die Notwendigkeit einer solchen Leitlinie abgefragt wurden. Die Studie wurde sehr allgemein als „Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis“ präsentiert, um die Sicht der Hausärzte zum Thema pflegende Angehörige zu erfahren und aus den Interviews dann speziell Informationen zur Beziehung zwischen Hausärzten und pflegenden Angehörigen zu gewinnen.

Der erste Teil des Leitfadens behandelte die Leitlinie „Pflegende Angehörige“. Hier wurde sowohl nach Verbesserungsvorschlägen als auch nach Gründen für die Unbekanntheit gefragt. Anschließend sollten die Hausärzte über Beispiele aus ihrem Berufsalltag mit pflegenden Angehörigen berichten. Hier sollte auch der Umgang mit den Pflegenden Angehörigen exploriert werden. Weiterhin wurde nach möglichen Veränderungen oder Verbesserungen in der Betreuung der Pflegenden Angehörigen

gefragt. Abschließend sollten die Hausärzte die Frage beantworten, ob sie selbst von Angehörigen gepflegt werden möchten.

Beobachtungsbogen (Postscriptum)

Auf dem Beobachtungsbogen wurden nach jedem Interview Informationen, die aus dem Interview allein nicht ersichtlich waren, notiert. Hierzu gehörten der Ort des Interviews, Angaben zu Unterbrechungen und Begebenheiten vor und nach dem Interview, die Atmosphäre in der Praxis und während des Gesprächs und Informationen, die mit Tonband nicht dokumentiert werden können. Dazu gehörten Sinneswahrnehmungen und Informationen, die entweder nicht aufgenommen werden sollten oder sich vor oder nach dem Interview ergaben. Am Ende wurden erste Hypothesen skizziert und Probleme sowie Stärken des jeweiligen Interviews festgehalten (siehe Anlage E).

Dieser Beobachtungsbogen wurde während der Auswertung der Texte zur Einordnung einiger Aussagen zu Hilfe genommen. Auch dienten diese Notizen während der Diskussion der Interviews in der Gruppe dem Informationszugewinn. Dadurch konnten zusätzliche Ergebnisse gewonnen werden, die ohne diese Beobachtungsbögen verloren gegangen wären.

Rekrutierung der Interviewpartner (Zielgruppe)

Die Hausärzte wurden per Fax gebeten an einer Umfrage zum Thema Pflegende Angehörige teilzunehmen. Die Bereitschaft ein Interview zum Thema „Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis“ zu geben, konnte somit gleichzeitig abgefragt werden.

Hieraus ergaben sich die potenziellen Interviewpartner für diese Studie. Die zur Teilnahme am Interview bereiten Kollegen wurden zunächst nach demografischen Gesichtspunkten (Geschlecht, Alter, Tätigkeitsdauer) ausgesucht. Telefonisch wurden Termine vereinbart. Die Interviews fanden in der Praxis der Hausärzte statt. Nach Aufklärung der Hausärzte über das Forschungsziel, Art der Datenerhebung, Anonymisierung und Unterzeichnung einer Einverständniserklärung (Anlage) wurde das Interview mittels digitalem Aufnahmegerät (Olympus Digital Voice Recorder WS-210S) aufgenommen. Eine Einverständniserklärung wurde von jedem Hausarzt zuvor unterschrieben (Anlage A).

Die Interviews wurden in der jeweiligen Praxis der Hausärzte gemäß dem Leitfaden (siehe Anlage D) geführt.

Sampling und Sättigung

Die Auswahl des Samples folgte dem von Glaser und Strauss empfohlenen Vorgehen, dem theoretischen Sampling. Dabei wird während der Datensammlung entschieden, welche Daten als nächstes erhoben werden sollen, und wo sie am ehesten zu finden sind (Glaser et al. 1999, c1967, S. 55).

Die Auswahl orientierte sich nicht an den üblichen Kriterien der Stichprobengewinnung, sondern an der Gewinnung des Materials, welches eine bestmögliche Beantwortung der Fragestellung verspricht (Flick, 2007, S. 159).

Um die ersten Interviewpartner auszuwählen wurden demografische Daten genutzt, die auf den vorgeschalteten Fragebögen erhoben wurden. So waren unter den ersten Befragten 2 weiblich und 2 männlich, 2 zwischen 50 und 70 Jahren und 2 zwischen 40 und 50 Jahren und 2 mit einer Tätigkeitsdauer als Hausarzt von 20 bis 40 Jahren und 2 unter 20 Jahren.

Tabelle 3: Verteilung der demografischen Daten des ersten und zweiten Samplings

	Erstes Sampling	Zweites Sampling
Geschlecht		
weiblich	2	2
männlich	2	4
Ort		
ländlich	1	5
städtisch	3	1
Alter		
30-50 Jahre	2	3
51-70 Jahre	2	3
Tätig seit		
0-20 Jahre	2	3
21-41 Jahre	2	3
Art der Praxis		
Gemeinschaftspraxis	0	4
Einzelpraxis	3	2
MVZ	1	0

Um neue Erkenntnisse zu gewinnen, wurde nach Erhebung der ersten Daten sowie begonnener Transkription und erster Kodierung nach möglichen differierenden

Teilnehmern gemäß dem theoretischen Sampling nach Glaser und Strauss (1999, c1967, S. 53) gesucht. Bei den Auswahlkriterien wurde der Ort der Praxis und die Praxisart hinzugefügt. Da es auch eventuell unterschiedliche Sichtweisen im Umgang mit Pflegenden Angehörigen in Gemeinschaftspraxen geben könnte, wählten wir als weitere Gesprächspartner zusätzlich Ärzte in Gemeinschaftspraxen aus. (Siehe hierzu Tabelle 3)

Von den 30 Hausärzten, die ihre Bereitschaft zum Interview erklärt hatten, wurden 1/3 der möglichen Interviewpartner befragt.

Da sich nach 10 Interviews keine neuen Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage ergaben, wurde gemäß der theoretischen Sättigung nach Glaser und Strauss (1999, c1967, S. 69) die Erhebung der Interviews beendet. Zu den schon bestehenden Kategorien konnten keine neuen hinzugefügt werden. Entsprechende Textstellen konnten jeweils den bereits existierenden Kategorien zugeordnet werden.

Transkript

Die Interviews wurden mit Hilfe des Transkriptionsprogramms f4 verschriftlicht. Der überwiegende Teil der Aufnahmen wurde durch eine Schreibkraft in Textform umgewandelt. Jeder so entstandene Text wurde nachträglich bei mitlaufender Aufzeichnung vom Interviewer korrekturgelesen. So sollte sichergestellt werden, dass möglicherweise nicht gut zu verstehende Passagen so genau wie möglich als Transkript entstehen konnten. Die transkribierten Texte sind nicht grammatikalisch oder orthografisch korrigiert worden. So werden auch dialektische Eigenheiten in den Interviews dargestellt und können vom Leser nachvollzogen werden.

Das Transkriptionsprogramm f4 erstellt automatisch Zeitmarken (z.B. #00:03:19-4#). Diese wurden bei Übernahme der Interviews belassen, um die entsprechenden Textpassagen in den Interviews schneller zu finden.

Anonymisierung und Datenschutz

Der Interviewer wird innerhalb der transkribierten Texte mit einem I und der Befragte mit einem B gekennzeichnet. Orte oder Personennamen, die Rückschlüsse auf den Befragten zulassen, wurden aus Datenschutzgründen entfernt. Zur Unterscheidung

der verschiedenen Befragten wurden diese nach dem Zufallsprinzip nummeriert. Dazu wurden die Nummern mit einem 10seitigen Würfel ausgewürfelt.

Es wurde bewusst auf die Unterscheidung zwischen Hausarzt und Hausärztin verzichtet, um einen hohen Grad der Anonymität zu erhalten.

2.3. Methode der Analyse

Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Das Datenrohmaterial wurde nach dem von Mayring (2007) beschriebenen Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei werden 9 Schritte durchlaufen. Die Vorgehensweise bei dieser Arbeit wird im Folgenden anhand der 9 Schritte beschrieben (Ramsenthaler 2011).

Festlegung des Materials: Hierzu dienten in der vorliegenden Arbeit die Transkripte der 10 Interviews. Um der Fragestellung gerecht zu werden und nicht eine unnötig große Datenmenge zu bearbeiten, wurden die Antworten zur Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ nicht primär kodiert. Wenn sich jedoch aus diesem Teil des Interviews Belege oder Ergänzungen zur Beziehung oder Interaktion zwischen pflegenden Angehörigen und Hausarzt ergaben, wurden diese jedoch in die Kodierung mit einbezogen.

Analyse der Entstehungssituation: Die zu analysierenden Texte entstanden als Aufzeichnung während der Interviews mit den Hausärzten. Die Interviews fanden in den jeweiligen Hausarztpraxen mit Hilfe eines vorher festgelegten Interviewleitfadens statt. Ergänzend wurden die Beobachtungsbögen direkt nach dem Interview vom Interviewer ausgefüllt, um den Kontext der Aussagen im Nachhinein noch nachvollziehen zu können.

Formale Charakteristika: Die mit einem Tonband aufgenommenen Interviews liegen als Audiodatei vor. Sowohl das Transkript als auch die Beobachtungsbögen liegen in Textform vor.

Richtung der Analyse: Aussagen über die Beziehung der Hausärzte zu pflegenden Angehörigen sollten im Mittelpunkt stehen.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung: Wie nehmen die Hausärzte die pflegenden Angehörigen wahr?

Festlegung der Analysetechnik: Hier wurde eine Mischung aus Zusammenfassung und Strukturierung als Analysetechnik gewählt. Bei der Zusammenfassung wird das Textmaterial nach vorher festgelegten Selektionskriterien zusammengefasst und strukturiert in Kategorien zusammengefasst. Dabei sollten vorher auf Grundlage der Fragestellung und der Literaturanalyse Kategoriedefinitionen festgelegt werden. Da dies bei der vorliegenden Fragestellung aufgrund fehlender vergleichbarer Arbeiten nicht möglich war, wurden die Kategorien induktiv anhand des vorliegenden Textmaterials entwickelt. Dies ist ein mehrstufiger Prozess bei dem bei Findung einer neuen Kategorie schon vorher bearbeitete Texte erneut durchgesehen werden, ob die neue Kategorie ebenfalls zugeordnet werden kann. Bei der Strukturierung wird ein Kategoriensystem erstellt in dem jede Textstelle eingeordnet werden kann. Kategorien werden definiert, Ankerbeispiele genannt und konkrete Textstellen erarbeitet. (Ramsenthaler 2011)

Definition der Analyseeinheiten:

Kodiereinheit – kleinster Materialbestandteil, der ausgewertet werden darf und unter eine Kategorie fallen darf: Proposition (Aussageinhalt eines Satzes)

Kontexteinheit – größter Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann: gesamtes Material des jeweiligen Interviews. (Mayring 2007, S. 53)

Um jede Kategorie und jeden Kode nachvollziehbar zu machen, wurde parallel zum Kodieren ein Kodierhandbuch angelegt. Hier wurde jede Kategorie mit einem Originalzitat aus einem Interview, der Paraphrasierung des Zitats und der Kodierregel hinterlegt. Dieses Kodierhandbuch wurde in unterschiedlichen Stadien mit der Forschungsgruppe (Doktoranden und wissenschaftliche Mitarbeiter des Institutes für Allgemeinmedizin) mehrfach besprochen und überarbeitet. Teilergebnisse der Studie wurden auch im Rahmen des 16. Bundesweiten Methodenworkshop zur qualitativen Bildungs- und Sozialforschung zur Diskussion gestellt. Dort wurde ein Interview und das bis dahin vorhandene Kategoriensystem ausführlich vorgestellt. Die Arbeitsgruppe wurde von Prof. Dr. Uwe Flick (Berlin) und Prof. Dr. Michael Dick (Magdeburg) geleitet. Durch die Analyse und Diskussion in einer größeren heterogenen Gruppe sollte die einseitige Färbung der Analyse minimiert werden.

Auswahl der zu kodierenden Textstellen

Es wurden zunächst inhaltliche Aussagen mit Schlagwörtern kodiert. Ähnliche Passagen wurden anschließend zu Haupt- und Unterkategorien (siehe Anhang Kategoriensystem) zusammengefasst. Für die Auswertung wurde das Programm MAXQDA verwendet.

Die Erkenntnisse aus der Frage nach den Anliegen der pflegenden Angehörigen an die Hausärzte und Verbesserungsvorschläge für die Leitlinie werden in die Überarbeitung der Leitlinie 6 „Pflegerische Angehörige“ eingehen.

Induktive Kategorienentwicklung

Hierbei werden die Kategorien aus dem Material heraus, sich an der Fragestellung orientierend, entwickelt. Der Prozess ist durch eine „Rückkopplungsschleife“ gekennzeichnet. Das heißt die bestehenden Kategorien werden bei Hinzutreten neuen Materials jeweils neu überprüft und gegebenenfalls angepasst (Mayring 2007).

Um die Kategorien nachvollziehbar darzustellen wurde ein Kodierhandbuch entwickelt und die Kategorien grafisch dargestellt (siehe Anhang Kategoriensystem).

Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Fragestellung: Die Interpretation der Ergebnisse bezüglich der Fragestellung erfolgt im Kapitel Diskussion.

3. Ergebnisse

Im Ergebnissteil werden die Kategorien beschrieben und anhand von Beispielen erörtert. Es werden die zwei Hauptkategorien mit den jeweiligen Unterkategorien aufgezeigt und anhand von Zitaten erklärt. Dadurch führt der Ergebnissteil durch einen Großteil des Textmaterials. Die Interviews werden nicht in ihrer Gesamtheit abgedruckt, um die Anonymität der Interviewpartner zu wahren.

Die Zitate werden zur besseren Abgrenzung vom übrigen Text kursiv dargestellt. Das I steht für den Interviewer, B1-B10 für die jeweiligen Interviewpartner. Eine Aufstellung aller Kategorien befindet sich im Anhang.

3.1. Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis

Die Frage, „*Mit welchen Anliegen kommen die Angehörigen zu Ihnen?*“ wurde durch einige Interviewpartner eher stichpunktartig, von Anderen mit Ausschmückung durch Beispiele beantwortet. Die meisten Beratungsanlässe betreffen medizinische, organisatorische oder rechtliche Themen.

B3: ... Das ist ja nicht immer nun sonn Schema F, da geht sowieso nix, weil, wie gesagt, die Situation ist recht unterschiedlich, die einen sind da, sind nicht da, sind bereit zu pflegen oder nicht bereit zu pflegen. Dann gibt es vielleicht auch noch äh Ehepartner, die vielleicht selbst pflegebedürftig sind, das war's dann schon. Wenn der zweite Partner (unv.) nicht mehr in der Lage ist, die Pflege aufrecht zu erhalten und solche Sachen. Das sind also jeweils doch ganz unterschiedlich strukturierte Themen. #00:03:19-4#

3.1.1. Informationen

Medizinische und organisatorische Informationen

B5: ... Das heißt, sie fragen dann beispielsweise oder sie sind dann sehr besorgt, wenn der zu Betreuende nen Infekt hat, dass es eine Lungenentzündung werden könnte, was auch durchaus sehr häufig, oder häufiger der Fall sein kann. Das ist jetzt das, was mir so in der Erinnerung ist. #00:01:45-4#

In diesem Beispiel steckt nicht nur die reine Informationsgewinnung zu gesundheitlichen Fragen, sondern auch der Wunsch, dem zu Pflegenden medizinische Behandlung zukommen zu lassen, damit sich der Zustand nicht verschlechtert oder der zu Pflegenden gar stirbt. Auch Unsicherheit und Besorgnis kommen hier zum Ausdruck. Der Hausarzt benennt den Beratungsanlass erst als Infekt, was durchaus nicht bedrohlich ist, unterstreicht dann aber die Besorgnis der Angehörigen, indem er beschreibt, dass aus einem banalen Infekt durchaus eine

bedrohliche Lungenentzündung werden kann. Diese Textpassage scheint eine Ambivalenz zwischen manchmal überbesorgten Angehörigen und abgeklärtem Hausarzt darzustellen. Auch wenn eine vermeintlich ungefährliche Gesundheitseinschränkung vorzuliegen scheint, muss der Hausarzt diese durch eine Untersuchung feststellen. Bei nicht stark gesundheitlich eingeschränkten zu Pflegenden erfolgt die Untersuchung während der Sprechstunde in der Praxis und bei bettlägerigen Patienten während des Hausbesuches.

B2: ... Es kommt zum Beispiel eine Patientin, hab' ich, die ist recht jung und da äh kommen die Angehörigen immer mit (..) mit Blutwerten, die ich kontrollieren soll und so ...

Das sind die scheinbar am schnellsten und einfachsten zu lösenden Beratungsanlässe. Es wird eine medizinische Frage gestellt und nach entsprechender Untersuchung beantwortet.

B7: ... Ja, alles andere, die medizinischen Fragen sind selten. Die kommen eher andersrum, die kommen dann von mir. Wie komm' se klar mit Essen, Trinken, mit Inkontinenzproblemen mit ähm Medikamentengabe und denn kommt, da muss man sie so rauskitzeln ...

Hier scheint der Hausarzt den medizinischen Belangen mehr Aufmerksamkeit zu schenken als den organisatorischen Fragen. Die pflegenden Angehörigen dagegen wollen wissen, „... Wie ähm komm' se zu ner Pflegestufe, oft wissen se noch nich ma, was ne Pflegestufe iss und wie se' s ... beantragen ...“ (B7).

Vermutlich ist dem Hausarzt die medizinische Situation wichtiger als den Angehörigen. Für die Angehörigen scheint die Frage zur Organisation dringlicher zu sein. Die Angehörigen fragen vermehrt nach organisatorischen Belangen und stellen Fragen zu rechtlich sozialmedizinischen Themen. Das kann auf ein bestehendes Informationsdefizit seitens der Angehörigen hinweisen.

Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen

Auch zu rechtlichen und sozialmedizinischen Themen werden die Hausärzte um Information gebeten. Wer in der Situation ist, einen Angehörigen zu pflegen, wird früher oder später folgende Fragen stellen:

B1: (Einatmen) Tja, die fragen gelegentlich, welche äh Hilfen das Gesundheitswesen eventuell anbietet, fragen wie sie selbst helfen können, fragen unter Umständen, ob äh eine Pflegestufe eingerichtet werden kann.

B4: (Einatmen) mhm also angefangen von Patientenverfügungen, über also ja, Vorsorgevollmachten ...

B7: (6 Sekunden Pause) äh, ja mit den Anliegen, wie könnten sie sich weitere Hilfe organisieren. Wie ähm komm'se zu ner Pflegestufe, oft wissen se noch nich ma, was ne Pflegestufe iss und wie se's beantragen und geschweige denn, dass sie auch, wenn sie selber als pflegende Angehörige sind, ähm das Recht haben, Hilfe durch zum Beispiel irgend nen Pflegedienst dann auch in Anspruch zu nehmen.

Mit dem Einwurf „oft wissen se noch nich ma, was ne Pflegestufe iss und wie se's beantragen“ wird der pflegende Angehörige als uninformiert dargestellt. Scheinbar hält sich der Hausarzt nicht dafür verantwortlich dem pflegenden Angehörigen die Grundzüge der Pflegeversicherung zu erklären. Bei medizinischen Informationen sieht das ganz anders aus, hier ist der Beratungs-/Behandlungsauftrag an den Hausarzt eindeutig.

B10: (tiefes Ein- und Ausatmen), Ja, meistens ist es den Angehörigen völlig unklar, wo kriegen sie jetzt eigentlich ihre Pflegestufe her, wo kriegen sie Geld her, wo kriegen sie Pflege her. Wobei das ist meistens über Sozialdienste von Krankenhäusern nun schon recht gut organisiert. Die kommen dann mit der Idee, was der Pflegedienst mir jetzt sacht, was ich jetzt machen sollte, damit kommen die Angehörigen und da muss man die einfach beraten, was dann Sinn macht oder was in dem Fall Sinn macht, aber auch das ist, wäre sicherlich wünschenswert, wenn jeder Arzt einfach mal, wenn sonn Pflegender, zu Pflegender ausm Krankenhaus käme, dort enn Hausbesuch macht und guckt sich die ganze Bude an. Ja, klar, dreiviertel Stunde, hab ich nich mehr. Ja. Ich habe die Zeit einfach nich mehr, nur wenn dort irgendwo wirklich Ärger ist. Ja. #00:05:01-4#

Hier scheint der Hausarzt durch das tiefe Ein- und Ausatmen seinen Unmut über die schlechte Informationssituation der Patienten unterstreichen zu wollen. Er beschreibt die aktuelle Situation, dass Sozialdienst und Pflegedienst schon einiges einleiten, aber am Ende doch der Arzt entscheidet, was sinnvoll ist und was nicht. Auch hier wird wieder der hohe Zeitbedarf angesprochen, der scheinbar eine optimale Versorgung einschränkt.

3.1.2. Versorgung

Dass aber gerade die organisatorischen Fragen für den pflegenden Angehörigen sehr wichtig sind, und dass der Hausarzt hier erster Ansprechpartner ist, zeigt sich in folgenden Passagen:

B8: ... wie komme ich zum Bett, wie komme ich zum äh Schieber, wie komme ich zur zu ner Dekubitusmatratze ...

B2: ... bei einem anderen äh jungen Mann kommt es eben hauptsächlich auf die pflegerische Versorgung, also dass die Angehörigen schon ihn pflegen und bei uns immer schon das ganze Material rezeptiert haben wollen ...

Um die Pflege organisieren zu können, muss der Angehörige sich um verschiedene Dinge kümmern. Die finanzielle, die pflegerische und die medizinische Versorgung

gehören dazu. Der Hausarzt ist dafür der erste Ansprechpartner, auch wenn er für die Stellung des Pflegegeldantrages, die Suche nach einem Pflegedienst oder der Beschaffung einer Toilettensitzerhöhung an die Pflegekasse, die örtlichen Pflegedienste und die Sanitätshäuser weiterverweisen muss.

Die Hausärzte haben sich über die Zeit ihr Wissen zur Versorgung zugelegt:

B8: (...). Ja, das ist es. Ich bin lange genug dabei und ich sage, weiß, ich kenne alle gesetzlichen Bestimmungen, ich weiß, was Pflegegesetz heißt, ich bin also da, denke ich schon umfassend informiert. #00:28:15-0#

I: Was könnte so für jüngere Kollegen hilfreich sein? #00:28:17-2#

B8: (5 Sekunden Pause) (ein- und ausatmend). Es ist eigentlich alles da, man muss es bloß nutzen. #00:28:30-4#

Eine Aussage, die sicherlich auf eine lange Berufserfahrung und auch überdurchschnittliche Beschäftigung mit der rechtlichen Lage hinweist. Man kann davon ausgehen, dass der Hausarzt im niedergelassenen Bereich im Umgang mit pflegenden Angehörigen und deren organisatorischen Problemen die höchste Kompetenz besitzt. Die Angehörigen wenden sich in den meisten Fällen an den Hausarzt und dieser verschreibt dann auch die notwendigen Hilfsmittel, Medikamente oder Verordnungen zur Häuslichen Krankenpflege.

I: Woher wissen Sie das, wie #00:07:54-5#

B4: was #00:07:54-5#

I: wie sind Sie an die //Informationen// #00:07:54-9#

B4: //Ja, ich bin// ja inzwischen fünf Jahre hier (lacht). ja, man, man wächst damit einfach, also, man merkt ja, also bei Pflegediensten, mit welchen Pflegediensten man gut zusammen arbeiten kann, wo's wo die Rückmeldung funktioniert, wo's nicht funktioniert und ähm. #00:08:15-1#

Es scheint da kein allgemeingültiges „Rezept“ zur Erlangung der notwendigen Informationen zu geben. Erfahrung und Zeit scheinen eine große Rolle zu spielen. Für junge hausärztliche Kollegen eine eher unbefriedigende Antwort.

B4: (...) mhm Also, die Informationen, die, die ich bisher brauchte, hab ich einfach, wichtig ist einfach, dass man eben die lokalen Verhältnisse kennt, dass man lokal weiß, wo kriegt der Patient also so ne Patientenverfügung und solche Dinge, und das sind das sind eben so sehr auch lokal, lokale Sachen, wo man dann also sich einfach sein Netzwerk suchen muss, also das ist das, was man dann in den Leitlinien eben nicht aufschreiben kann, äh, also in Sachsen-Anhalt finden Sie also die Patientenverfügung da, ja und das wäre ein gutes Heim für die und die Erkrankung oder ja, also das, denke ich ist schwierig, das zu verallgemeinern. #00:02:37-3#

3.1.3. Anleitung des Angehörigen zur Pflege

Hier stehen eher praktisch anwendbare Informationen im Mittelpunkt. Aber auch Konflikte bei der Pflege und Einblicke in das Rollenverständnis der Ärzte werden in folgendem Zitat angeschnitten.

B8 ... wenn dann der Patient zu Hause ist und versorgt wird, gibt es natürlich dann eben auch immer Probleme, Verhaltensweisen, wie sind die einzuordnen, muss ich das akzeptieren, kann ich das ändern, äh, dass man dem schon zur Seite steht und sagt: so, so ist das (klopft auf den Tisch) und so da könn' w-r eben das können wir lindern und dass könn wir nicht lindern, also solche praktischen Fragen in der Pflege komm'n dann auch. Kann ich irgendwas verän-, man- machen, tut dem Patienten oder tut Oma das dann jetzt weh, das sind solche Dinge, die dann ähm wichtig sind. #00:02:30-0#

Das „so ist das“, welches anschaulich durch auf den Tisch klopfen unterstrichen wird, zeigt eine eher paternalistische Führungsweise.

B10: ... Ja. Tripps-, Tipps und Kniffe kriegen sie von mir eh egal immer mal verraten, wo sie mir sehr dankbar drüber sind. #00:13:43-4#

I: Was sind das für Tipps? #00:13:43-2#

B10: Na zum Beispiel, wie man ne Mikrolagerung macht, wie man, wenn der Patient nu schon ma im Bette sitzt, wo man Rollen unter anbringen kann, damit er nich dauernd runterrutscht und und und. Ja. Äh, wie man mit einfachsten Mitteln ein Umlagerungshilfsmittel auch herstellt, ja. Es kommen immer mal wieder ganz Flotte, die sich also Lagerungshilfsmittel für Unsummen dort kaufen möchten und das ganze Sofa steckt voller Sofakissen. Also, äh. Ja auch was Verbände angeht, alles. Die Angehörigen sind eigentlich das, was am, womit ich die wenigsten Arb- Probleme habe. #00:14:20-8#

Hier klingt die Antwort, als wäre das „Verraten“ von Pflegetipps ein Privileg für die pflegenden Angehörigen.

3.1.4. Entscheidungshilfe bei Verschlechterung des zu Pflegenden

Ein weiterer wichtiger Beratungsanlass entsteht, wenn sich der Gesundheitszustand des zu Pflegenden verschlechtert. Es entsteht eine Unsicherheit im Umgang mit der Situation bei Patient und Angehörigem.

B1: ... Naja und wenn's dann äh ganz hart wird, fragen die auch schon mal, wie es denn weitergehen soll ...

B1: Tja wenn also jemand, was weiß ich, Beispiel mit ner mit nem Bronchialkarzinom und mit äh äh mit mit Metastasierung an verschiedenen Stellen also son sone bis zu nem bestimmten Zeitpunkt unter häuslichen Bedingungen gepflegt werden kann aber dann die pflegende Person zusammen mit der Sozialstation nicht mehr schaffen äh das zu machen, wo geht's jetzt nun weiter, muss er jetzt ins Pflegeheim oder gibt's irgendwie ne andere

Einrichtung wo man also noch zurückgreifen kann? Soetwas.

Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes des zu Pflegenden wird oft der Rat des Hausarztes gesucht, um die Entscheidung entweder die ambulante Pflege zu erweitern oder den zu Pflegenden in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu geben, treffen zu können. Diese Unterkategorie hat einige Schnittpunkte mit der Unterkategorie **Vermittler („Die Rolle des Hausarztes“)**.

B8: Also, wenn ich merke, dass das nicht gut läuft, dann lege ich meistens Beiden kli- nahe, ne andere Lösung zu finden, zum Beispiel das Hospiz. Manchmal ist es so, dass die die Familie einfach überfordert ist und es zwar will, aber es nicht kann. Mhm Ja, aus, ich meine nicht Jeder ist psychisch belastbar und äh bevor es dann zum Eklat kommt und zum Fiasko, ist es besser, man zieht die Konsequenz und sagt: gut, das geht nicht mehr, ich habe auch mal - das ist auch äh en Patient, der der der war sogar noch nich ma so alt, der war Anfang 60 und der hatte en Oropharynxkarzinom, die Ehefrau hat das lange Zeit gut gehändelt, anfangs alleine, später mit dem mit dem häuslichen Kranken- , ähm also Pflegedienst, aber dann kam, dann war ihre ihre Grenze erreicht und sie konnte nicht mehr und dann hab' n wr eben ihn ins Hospiz gegeben und äh dann war er noch vielleicht noch 10 Tage im Hospiz, sie ist jeden Tach hinweggegangen, das war also auch in beider Einverständnis und das ist das Ganze ist dann auch äh objektiv und subjektiv friedlich über die Bühne jegangen. #00:06:59-8#

Hier wird eine Situation beschrieben, in der die pflegende Angehörige ihre physische und psychische Grenze erreicht hat. Hier scheint ein eher paternalistischer Führungsstil seine Anwendung zu finden. Mit dem Anschnitt „kli-“, wollte der Interviewpartner vermutlich „klipp und klar“ sagen, hat es sich aber noch sehr schnell anders überlegt, um nicht zu bestimmend zu wirken. Also ist nicht immer das, was vom Angehörigen an den Hausarzt herangetragen wird das Entscheidende für die Konsequenz, sondern die Einschätzung der möglichen Belastbarkeit des Angehörigen. Diese Einschätzung scheint dann der Hausarzt vorzunehmen um dann wichtige und nicht immer vom Angehörigen gewünschte Entscheidungen zu treffen. Dies hat sehr viel Konfliktpotenzial. Es kann aber auch eine Entlastung für den pflegenden Angehörigen und den zu Pflegenden darstellen. Der Hausarzt kann aus seiner professionell-distanzierten Rolle auf die Situation schauen und dann das Für und Wider einer Verlegung in eine stationäre Einrichtung abwägen. Es liegt keine eindeutig paternalistische Führungsstruktur vor, denn am Ende des Abschnitts beschreibt der Hausarzt, dass die Entscheidung „in beider Einverständnis“ getroffen wurde.

3.2. Beziehung zwischen Hausarzt, pflegenden Angehörigen und zu Pflegenden

Bei der Ausarbeitung der Beziehung zwischen Hausarzt und versorgendem Angehörigen wird mit nachfolgenden Unterkategorien gearbeitet: Rollen und Rollenverständnis des Hausarztes, Hindernisse und Konflikte bei der Pflege und Strategien des Hausarztes im Umgang mit pflegenden Angehörigen.

Rollen und Rollenerwartungen sind wesentlicher Bestandteil des Sozialverhaltens und dienen der Orientierung im sozialen Gefüge (KORTE, S. 205–206). Sowohl Arzt als auch Patient haben im Normalfall ein normiertes Rollenverhalten und Rollenbild (Koch-Gromus et al. 2012, S. 1081).

Doch eine einheitliche Rolle für den pflegenden Angehörigen gibt es nicht. Der pflegende Angehörige kann Ehepartner, Kind, Enkel, Schwester, Bruder, Bekannter, Freund oder ein Elternteil sein. Damit hat der pflegende Angehörige nicht nur die Rolle des informell Pflegenden inne, sondern auch immer parallel andere Rollen zu erfüllen. Dies führt nicht selten zu inter- und intrapersonellen Konflikten.

3.2.1. Die Rolle des Hausarztes

3.2.1.1. Vermittlerrolle

Zwischen Angehörigen und zu Pflegenden

B4: ... weil ich dann also enn Weg finden muss, weil es häufig so ist, dass von den zu Pflegenden ähm Pflege von Außen und Hilfe von Außen abgelehnt wird, das ist eigentlich eins der Hauptprobleme. D.h., ich muss den zu Pflegenden dazu bringen, dass er akzeptiert, dass jemand Anders, als die Tochter oder der Mann äh in diese Wohnung geht und mithilft #00:03:55-0#

Der Hausarzt agiert hier als Entscheidungsinstanz. Die Angehörigen möchten scheinbar Hilfe von außen annehmen, doch der zu Pflegende wünscht keinen „Eindringling“ oder Fremden im Haus oder in der Wohnung. Betreut der Hausarzt beide (zu Pflegenden und pflegenden Angehörigen), muss er sich entscheiden, wessen Wunsch zu priorisieren ist. Droht eine Verschlechterung der Pflege durch die Überlastung des pflegenden Angehörigen, oder wiegt der Wunsch nach Intimität des zu Pflegenden höher? Der Hausarzt scheint mit dieser Rolle gut zu Recht zu kommen. Ihm wird ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz in einer emotional schwierigen Situation zugesprochen.

B8: ... ich sag's jetzt mal bewusst, äh bisschen schnoddrig, die äh Oma, die zu Hause ist und äh versorgt wird, mehr oder weniger gut von der Familie, äh die die ist jahrelang oft in der Versorgung. Da kann ich mich an ne Patientin erinnern, die war erst jahrelang hier, dann war se konnte se nicht mehr herkommen, weil se einfach dazu nicht mehr in der Lage war, dann hat die Familie sie hergebracht, und dann ging das och nicht mehr, weil der Transport mit dem Auto einfach zu kompliziert war, also bin ich hingefahren und habe dann eben auch das häusliche Milieu gesehen und habe eben auch gesehen, dass die Kinder nicht zu Hause sind, die sind arbeiten, die sind berufstätig, Oma ist den ganzen Tag alleine, Oma ist zwar abends versorgt, früh versorgt, aber zwischendurch nicht. Dann habe ich gesagt (kräftiger Schlag auf den Tisch): es muss der häusliche Krankenpflagedienst her (kräftiger Schlag auf den Tisch), also, sie muss zwischendurch versorgt werden und dann hab' n wir das ne ganze Weile gemacht, dann habe ich eben auch en Pflagedienst, (...) und wenn und wenn man dann an seine Grenzen kommt, weil der Patient eben dement ist und es nicht mehr schafft, und es sind ja die Anderen, die, die eigentlich noch gut zu Fuß sind und in ihrer Demenz so viel Unheil anrichten, dass das für die Familie unerträglich wird, dann muss man eben auch dann mit der Familie zusammen ne Lösung suchen und das ist dann meiner Meinung nach, für die Familie erstmal ganz schwer zu akzeptieren, wir können Oma jetzt nicht mehr alleine, nicht mehr zu Hause lassen und wir müssen uns jetzt ne andere Lösung äh einfallen lassen und wenn man dann sagt: geh'n Sie bitte, suchen Sie sich en Pflegeheim, es geht nicht mehr und da habe ich mehrere Beispiele parat, wo ich wirklich en harten Kampf mit den Angehörigen geführt habe, die zu überzeugen, dass das Pflegeheim die bessere Lösung ist, als zu Hause, sie steh'n es auch nicht durch. Psychisch kann man das nicht lange machen, mit Sie Sie können einen Krebskranken mehrere Monate versorgen, weil der immer wieder kooperativ ist, aber Sie können keinen dementen Patienten, der immer weiter dement wird, über Jahre versorgen, das steh' n Sie nicht durch, als Angehörige und dazu müssen Se eben auch da sein, da müssen Se eben auch sagen, das kann O- macht Oma jetzt nicht aus Bösartigkeit, sondern weil sie es nicht anders kann und denn zu sagen: "Gut wir suchen jetzt nen Pflegeheimplatz und wir suchen jetzt äh ne Möglichkeit, dass Sie beide da entlastet sind." Also beide Teile Kinder und und Mutter oder Vater und dann sind die auch dankbar, wenn man wenn man, diese dieses Schuldgefühl nimmt, dass sie äh Oma abgeschoben haben, ja. Sie haben se ja nicht abgeschoben, sondern sie hab'n sie in eine Betreuung gegeben, die professionell ist und und sie selber können ja jederzeit hingehen. #00:19:30-3#

Der Hausarzt rät den Angehörigen dazu, den zu Pflegenden in einem Pflegeheim unterzubringen. Es wird die psychische Belastung des pflegenden Angehörigen wahrgenommen. Er versucht die Verschlechterung der Pflegesituation zu verhindern, indem er „dieses Schuldgefühl nimmt, (die) Oma abgeschoben“ zu haben. Das ist eine wichtige Aufgabe des Hausarztes, die viel Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen benötigt.

Auch das nächste Beispiel zeigt solch eine Übernahme einer zu fällenden Entscheidung durch den Hausarzt.

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand des zu Pflegenden oder kann der Angehörige die Pflege zu Hause nicht mehr durchführen, ist eine Unterbringung in einem Pflegeheim häufig der nächste Schritt.

B4: Ja, und ich sage ich ich rede da auch sehr offen mit den Patienten oder mit den Angehörigen auch drüber, dass ich dann sage, Sie müssen kein schlechtes Gewissen

haben, wenn Sie ihn, wenn's zu Hause nicht mehr geht und Sie geben ihn ins Heim, ja, Sie können doch jeden Tag hinfahren und dann sind Sie diejenige, die mit ihm Eis-, packen ihn ein, gehen mit ihm Eis essen, hab ne wirklich angenehme Zeit mit ihm und ja, haben nicht den ganzen andern äh schweren, körperlich schweren und und auch emotional schweren Part noch zusätzlich. Das überfordert ganz viele und da haben aber viele, ne Scham darüber zu reden, haben auch viele Angst und habn also auch äh nen schlechtes Gewissen, ja. #00:36:20-8#

Der Hausarzt versucht hier dem Angehörigen eine Brücke zu bauen, um kein schlechtes Gewissen zu haben, den zu Pflegenden in ein Heim zu geben. Hier wird vom Hausarzt sehr viel Verständnis für die körperlich und emotional schwere Pflegesituation aufgebracht. Das zeigt, dass der Hausarzt die Belastungen des pflegenden Angehörigen wahrnimmt, auch wenn diese nicht immer im Vordergrund stehende Beratungsanlässe sind.

Zwischen Angehörigen und Institutionen des Gesundheitswesens

Anders verhält es sich mit der Aufgabe, zwischen den Angehörigen und den Institutionen, wie Krankenkassen oder Pflegekassen zu vermitteln. Die Textpassagen dieser Kategorie beinhalten Unmut über Bürokratie und vermeintlicher Inkompetenz der „Gegenseite“.

B3: Dann könnte man selbst mal den Kontakt mit den Krankenkassen suchen, weil wir natürlich ganz andere Argumente haben, aber äh an die Krankenkassen ranzukommen, erstens blocken die sowieso ab, immer auf die Schnelle zwischendurch telefoniert, bis man da an zuständigen Sachbearbeiter kommt und dann vielleicht auch an den Vorgesetzten dieses Sachbearbeiters, das dauert halt immer enn bisschen, da hat man nicht viel Zeit, das bei jedem Patienten zu machen. Wenn die Angehörigen dahin gehen, selbst, wenn sie entsprechend vorbereitet sind, wo sie nachzufragen müssen und so weiter das dann stellen wir in letzte Zeit immer mehr fest, dass die abgeblockt werden und dann unverrichteter Dinge eigentlich wieder kommen. #00:11:40-0#

Hier fällt der Konjunktiv „könnte“ auf. Das lässt darauf rückschließen, dass es sinnvoll wäre als Vermittler zwischen Krankenkassen und Patienten/Angehörigen zu fungieren, dass aber möglicherweise die Zeit und Geduld dazu fehlen, oder eventuell auch mutmaßlich inkompetente Ansprechpartner den Arbeitsalltag erschweren, wie folgendes Zitat schlussfolgern lässt:

B3: ... Da ist man dann eigentlich darauf angewiesen, dass man sich dann Auskünfte einholt, bei den Sachbearbeitern von den Krankenkassen und da weiß man eigentlich nie, na, ja, wie gut ist die selbst auf Zack oder. Wir hatten letztens ne ne Sachbearbeiterin am Telefon, da ging's um nen Rollstuhl. Die wusste also gar nicht, "was gehaun und gestochen" ist und da ging's dann nachher soweit, dass ich also dann doch mit ihrem Vorgesetzten sprechen musste, damit der ebend seinen Rollstuhl krichte, ja und sonne Sachen und das nervt natürlich auch irgendwo, ja. Das ist der Tagesalltag. #00:13:16-0#

In der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin nimmt die Sozialmedizin eine wichtige Stellung ein. Sich mit aktuellen Regelungen zu Pflegeversicherung und Verordnungsrichtlinien auseinanderzusetzen ist zwar zeitintensiv, sollte jedoch genau wie beispielsweise die internistische, orthopädische oder sportmedizinische Weiterbildung als notwendiger Bestandteil der Weiterbildung betrachtet werden.

3.2.1.2. Organisation der Pflege

Da ein Hauptbestandteil der Beratungsanlässe die Organisation der Pflege betrifft, stellt sich hier die Frage, ob auch die Ärzte das als ihre Aufgabe sehen. Dazu gibt es unterschiedliche Ansichten. Es gibt auf der einen Seite Hausärzte, die grenzen sich davon bewusst ab und ein anderer Teil nimmt es als seine Aufgabe wahr.

*B8: Also, ich kann mich bei vielen Angehörigen, äh wenn ich denen sage, das machen w'r so oder so, dann dann wird es auch umgesetzt und und dann äh wenn ich das auch wenn ich das als Hausarzt jetzt sage mal korrekt organisiere, dann **bin** ich entlastet, das stimmt schon. Ja. Aber ich muss es erstmals in die Spur bringen. #00:24:59-2#*

„In die Spur bringen“ bedeutet, der Hausarzt leitet bestimmte Prozesse ein, die für die Versorgung des zu Pflegenden notwendig sind. Seine Zuständigkeiten sind klar definiert. Dazu gehören Verordnungen von Hilfs- und Heilmitteln, sowie Verordnung der häuslichen Krankenpflege und Koordination der Behandlungen und der Versorgung. Die Antragstellung auf Pflegestufe obliegt dem zu Pflegenden oder deren Angehörigen, hier wird der Hausarzt beratend tätig und gibt Hinweise, wo ein Antrag gestellt werden muss.

Im nächsten Beispiel betrachtet der Hausarzt das Organisatorische nicht als seine Aufgabe:

B4: ... Sie müssen sich überlegen, wenn's schlechter wird, Sie können sich nicht mehr alleine versorgen, wo wollen Sie, wollen Sie hin, die dann also schon ganz klares Bild haben, ja, und dann aber sagen, also, ich will da hinten in das Heim und ähm, wie mach'n ich'n das jetzt. Ja, das sind also Sachen, die ehm weit über das Ärztliche hinausgehen. #00:04:46-7#

B4: ... also ich versuch mich aus dem Organisatorischen wirklich raus zu halten, ja, ich weiß inzwischen, was man alles machen muss, ja, dass ich dem Patienten auch sagen kann, also geh'n Sie dahin, ähm, die sagen Ihnen dann, wie's weiter geht, da können Sie besprechen, was das kostet, da könn. Ja? Ehm, aber da ziehe ich mich auch wirklich komplett raus, weil das halte ich nicht für meine Aufgabe. #00:07:54-5#

Hier beschreibt der Kollege gut, wofür er sich verantwortlich hält und wofür nicht. Eine klare Abgrenzung des Aufgabengebietes von professioneller Zuständigkeit (Arzt ist zuständig) und informeller Zuständigkeit (Angehöriger/Familie ist zuständig) ist

wichtig, um vorhandene Ressourcen effizient zu nutzen und zu schonen. So ist es Aufgabe des Hausarztes, die häusliche Krankenpflege zu verordnen, jedoch ist es Aufgabe der Familie, einen Antrag auf Pflegegeld zu stellen und einen passenden Pflegedienst oder einen Pflegeheimplatz zu suchen. Die Informationen dazu werden sie beim Hausarzt bekommen, die behördlichen Wege muss jedoch die Familie übernehmen.

Wo der Hausarzt in diesem Zusammenhang seine zu erfüllenden Aufgaben sieht und wo er eventuell eine Grenze zieht, um sich entweder selbst zu schützen oder aber auch die Zeit für seine anderen Patienten zu nutzen, liegt im jeweils eigenen Verständnis der Rolle als Hausarzt. Missverständnisse können auftreten, wenn der Hausarzt unter Organisieren auch das Stellen des Antrags auf Pflegestufe versteht. Die Aufgabenteilung ist aber gesetzlich klar geregelt. Nur der zu Pflegenden oder die Angehörigen können einen Antrag stellen.

Der Ko-Therapeut

Der pflegende Angehörige bedeutet für den Hausarzt auch eine Art Entlastung, indem er die Rolle eines „Ko-Therapeuten“ einnimmt, wie dieses Beispiel zeigt.

I: Ähm, können die Angehörigen auch eine Entlastung für Sie darstellen? #00:05:10-3#

B5: (5 Sekunden Pause) Ja. #00:05:16-5#

I: In welchen Bereichen? #00:05:19-1#

B5: Viele Sachen, die die bereits zum Teil auch durch das Vertrautsein mit dem Krankheitsbild äh worauf die von vornherein selbst achten oder beziehungsweise wenn man sie sensibilisiert hat, dass sie auf bestimmte Sachen äh eben eher achten, oder dass sie bereits ne Art von Zusammenstellung äh bilden, eben son ne Art von Liste aufschreiben und die dann gemeinsam mit einem ähm absprechen. Wenn man also nen Termin mit denen ausgemacht hat und sagt: "Ich komme zum Hausbesuch an dem und dem Tag, um die und die Uhrzeit", dann empfangen die einen bereits und haben dann manchmal diese Probleme von vorherein bereits aufgelistet und die spricht man dann sehr organisiert durch. #00:05:50-8#

Hier wird deutlich, dass ein gut informierter und organisierter Angehöriger dem Arzt auch Zeit sparen kann. Mit dem „Krankheitsbild ... Vertrautsein“ scheint dem Hausarzt die Betreuung zu vereinfachen, indem schon durch den Angehörigen eine gewisse Vorauswahl an zu besprechenden Problemen getroffen wird.

3.2.1.3. Führungsstile des Hausarztes

Der Behandlungserfolg des Hausarztes hängt zu einem großen Teil von einer guten Arzt-Patienten-Beziehung ab. Daran ist die kommunikative Kompetenz des Hausarztes maßgeblich beteiligt.

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist durch eine Asymmetrie gekennzeichnet, die auf Hierarchie und eine ungleiche Verteilung des Wissens beruht. Diese bestimmte den Führungsstil des Hausarztes bis ins letzte Drittel des vergangenen Jahrhunderts und führte zu einem paternalistischen Führungsstil der Hausärzte.

Die unterschiedlichen Führungsstile sowie Mischformen kommen auch in den untersuchten Textpassagen vor.

Bevormundend/lenkend (Paternalismus)

I: Glauben Sie, Sie betreuen Ihre pflegenden Angehörigen optimal? #00:10:33-0#

B3: Ich betreue die pflegenden Angehörigen gar nicht. Ich berate sie, berate sie, lenke, versuche, sie zu lenken und gebe ihnen Tipps, wie sie manche Dinge regeln könne. Aber ansonsten betreue ich ja nur die Patienten, nicht die pflegenden Angehörigen.

In diesem Beispiel wird die Aufgabe, den pflegenden Angehörigen zu betreuen sofort in ein Beraten und Lenken umbenannt. Das lässt darauf schließen, dass der Hausarzt den pflegenden Angehörigen gar nicht als potenziellen Patienten, sondern nur als Informationssuchenden wahrnimmt. Die Formulierung „lenken“ lässt einen allein führenden, eher paternalistischen Führungsstil vermuten. Hier entsteht das Bild eines Kapitäns auf einem Schiff, der allein für den richtigen Kurs und das Gelingen der Reise zuständig ist.

B8: Also, ich kann mich bei vielen Angehörigen, äh wenn ich denen sage, das machen w'r so oder so, dann dann wird es auch umgesetzt und und dann äh wenn ich das auch wenn ich das als Hausarzt jetzt sage w' r mal korrekt organisiere, dann bin ich entlastet, das stimmt schon. Ja. Aber ich muss es erstmals in die Spur bringen. #00:24:59-2#

In diesem Textbeispiel scheint die Hauptarbeit der Organisation beim Hausarzt zu liegen und wird in diesem Fall als Voraussetzung für eine gelungene Umsetzung der Pflege gesehen. Hier werden der Pflegebedürftige oder dessen Angehörige nicht mit einbezogen. Diese Arzt-Patienten bzw. Arzt-Angehörigen-Beziehung kann ebenfalls als paternalistischer Führungsstil bezeichnet werden. Interviewpartner B8 ist ein

Hausarzt über 65 Jahre mit einer 40-jährigen Berufserfahrung. Unterstrichen wird die bestimmende Art durch „Auf den Tisch Klopfen“ während des Interviews:

B8: Dann habe ich gesagt (kräftiger Schlag auf den Tisch): es muss der häusliche Krankenpflagedienst her (kräftiger Schlag auf den Tisch), ...

Partnerschaftlich/beratend (partizipative Entscheidungsfindung)

Hier ist es schwierig zu unterscheiden, ob die Beziehung des Hausarztes zum pflegenden Angehörigen wirklich partnerschaftlich ist, oder ob der Hausarzt es nur so wahrnimmt.

I: Mhm (bejahend) Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu den Pflegenden Angehörigen beschreiben? #00:05:05-0#

B1: Tja, partnerschaftlich. #00:05:12-5#

I: Hmh (zweifelnd) also dass Sie sich auf Augenhöhe begegnen? #00:05:14-4#

B1: Ja na sicher. Ich bin Allgemeinmediziner! Ja? #00:05:20-4#

Leider gab es im Interview mit B1 keine Passagen, die diese Aussage unterstreichen oder widerlegen konnten.

B3: Ja. Erstmal mit den Patienten und mit den Angehörigen vor allen Dingen also Wege zu suchen, zu finden, wie man in diesem Fall aktuell helfen kann.

Bei dieser Aussage kann man schon eher darauf schließen, dass Entscheidungen mit dem Pflegebedürftigen und dem Angehörigen zusammen getroffen werden. Interviewpartner B3 ist ein Hausarzt über 50 Jahre mit einer 20-jährigen Berufserfahrung. Da beide hier gegenübergestellten Hausärzte zu den erfahreneren Hausärzten gezählt werden können, scheint der Führungsstil nicht von der Generation abhängig zu sein. Ein weiteres Beispiel für eine partizipative Entscheidungsfindung findet sich bei einem 40-jährigen Hausarzt mit vierjähriger Tätigkeit als Allgemeinmediziner.

B4: ... , ja, also wo der pflegende Angehörige mein Patient ist und äh "na, ja, das ist alles so schwierig" und wo wir dann also über den Weg, weil er eben Beschwerden hat, der Patient, ähm wir dann sagen, na, ja, also vielleicht sollten wir mal überlegen, ob wir da irgendwas machen können und dann muss man, wie gesagt und dann geht's schon ins Individuelle rein, weil ich dann also enn Weg finden muss, ...

Das wiederkehrende „wir“ in der Ausführung lässt darauf schließen, dass gemeinsam mit dem zu Pflegenden und dem pflegenden Angehörigen nach Lösungen gesucht werden.

Mischform (paternalistisch/freundschaftlich)

Nicht jeder Führungsstil kann in die eine oder die andere Kategorie gesteckt werden. Es gibt auch Mischformen, wie in folgendem Beispiel:

I: Wie ist so Ihr Verhältnis zu den pflegenden Angehörigen? #00:16:51-7#

B6: (4 Sekunden Pause) (ausatmend) Ja, das muss schon ein väterliches, freundschaftliches und unterstützendes sein, auch wenn Sie äh manchmal und in in sehr vielen Fällen natürlich auch ne gewisse Last für ne Praxis darstellen...

An der Aussage kann man noch nicht eindeutig erkennen, ob der Gesprächspartner sich nur selbst so sieht, oder er auch tatsächlich in seinem Umgang mit den Angehörigen auch so handelt.

3.2.2. Hindernisse und Konflikte bei der Pflege

3.2.2.1. Die Angehörigen

Überforderung und Belastung der Angehörigen

B1: ... es gibt aber auch besonders ängstliche, die rufen wegen jedem Kleinen, ja Ding an, also ob das jetzt nun ein eingeklemmter Wind ist, oder ob äh was weiß ich irgendwo ne rote Stelle, äh zu sehen ist. Das oder, naja, das wären so die Sachen. #00:06:06-1#

Zeitaufwendige Angehörige scheinen den Hausarzt wahrscheinlich zeitlich zu belasten und verärgern durch unnötige Arzt-Patienten-Kontakte. Aber Überforderung kann auch gravierende Folgen in Bezug auf die Pflege haben, wie folgendes Zitat zeigt:

B4: ...Das überfordert ganz viele und das haben aber viele, ne Scham darüber zu reden, haben auch viele Angst und habn also auch äh nen schlechtes Gewissen, ja. #00:36:20-8#

I: Wozu führt diese Überforderung? #00:36:22-4#

B4: Na, ja zu Hass und Zorn und Unmut. #00:36:28-0#

Das sind Gefühle, über die ungern gesprochen wird, insbesondere im Zusammenhang mit Familienangehörigen, um die sich der Angehörige kümmert. Die Erwartungen von außen und von innen (Gesellschaft und interne Rollenvorstellung) sehen solche negativen Gefühle nicht vor. Da sie nicht angesprochen werden und sehr schuld- und schambehaftet sind, können diese Gefühle in physische und psychische Gewalt dem zu Pflegenden gegenüber resultieren.

B2: ... und da merkt man natürlich auch, dass grade bei auch psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten, dass dann die die Belastung der Angehörigen erheblich steigen

steigt und dass die da auch wenig Entlastung erfahren. Und das wäre auch wichtig, dass man sich um so was kümmert. Ja. #00:09:23-0#

Die Belastung durch die Pflege wird vom Hausarzt wahrgenommen und auch die Bereitschaft sich darum zu kümmern ist vorhanden. Jedoch fällt in diesem Text der Konjunktiv auf. Das kann bedeuten, dem Kollegen fehlt die Zeit oder es soll sich jemand anderes darum kümmern.

Die folgende Textpassage erzählt von der vordergründigen Entlastung der pflegenden Angehörigen durch eine Krankenhauseinweisung.

B2: Ja, negative Erlebnisse in der Klinik hat man natürlich häufig, weil man eben grade dann auch diese überlasteten und überforderten Angehörigen trifft, ja, wo man dann, weil, solange wie es zu Hause noch geht, wird ja auch ne Krankenhauseinweisung mm möglichst vermieden, ja, aber wenn's dann irgendwann nicht mehr geht, dann wissen sich viele nur noch durch die Krankenhauseinweisung zu entlasten und dann folgt oftmals natürlich auch Krankenhaus, Einweisung ins Pflegeheim und dann sind natürlich die Angehörigen erstma (...) vordergründig entlastet, weil sie die Arbeit nicht mehr haben, aber meistens dann wiederum psychisch belastet, weil sie sich Vorwürfe machen, dass sie die Angehörigen, dass sie, dass sie Mutter, Vater äh weggegeben haben, ins Heim, das ist also auch immer noch sehr negativ besetzt ist. #00:10:30-8#

Hier wird ein Konflikt beschrieben, dem sich die Angehörigen ausgesetzt fühlen, wenn der zu Pflegende nach einer Krankenhauseinweisung in eine stationäre Pflegeeinrichtung verlegt wird. Eine Belastung des Angehörigen wird auch meist nicht beim Hausarzt angesprochen, entweder aus Versagensängsten oder weil der geeignete Rahmen fehlt. Wird der zu Pflegende behandelt, stellt sich meist der Angehörige in den Hintergrund und belastet den Hausarzt nicht mit seinen „Problemchen“. Erst wenn die Pflegesituation sich verschlechtert, oder die Angehörigen so schwer überlastet sind, dass „...‘s dann irgendwann nicht mehr geht“, werden Möglichkeiten der Entlastung gesucht.

Die häusliche Pflege ist nicht mehr sichergestellt und eine Krankenhauseinweisung scheint unvermeidbar.

B2: ..., dann wissen sich viele nur noch durch die Krankenhauseinweisung zu entlasten ...

Die Entlastung, dass die Pflege nicht mehr vom Angehörigen erbracht werden muss, wird durch Schuldgefühle überschattet, den Angehörigen jetzt „weggegeben“ zu haben. Hier sollte auch der Hausarzt eine stützende Rolle einnehmen und dem Angehörigen die Möglichkeit bieten, diese Gefühle anzusprechen.

Entlastung des Angehörigen

Es gibt verschiedene Möglichkeiten den pflegenden Angehörigen durch Beratung und Hilfestellungen zu entlasten (siehe auch 3.1.2).

So können durch Erlernen bestimmter Handgriffe die körperlichen Belastungen vermindert werden.

B2: ... weil oder grade diese Pflegemaßnahmen Bobath und so, dass man da also auch für sich selbst entlastende Maßnahmen, also einfach Handgriffe und sowas, dass die da geschult würden ...

Nicht selten muss der Hausarzt zwischen Angehörigem und zu Pflegendem (siehe Kapitel 3.2.1.1) vermitteln. Häufig entsteht ein Konflikt, wenn durch Zunahme des Pflegeaufwandes die Entscheidung zur Eskalation der Pflege ansteht. Es soll zum Beispiel ein Pflegedienst hinzugezogen werden. Der zu Pflegende wünscht das nicht immer. Der Angehörige möchte dem Wunsch des zupflegenden entsprechen, die Pflegeintensität droht aber möglicherweise die Kapazitäten des Angehörigen zu überschreiten. Wenn in dieser Situation der Hausarzt auch dem zu Pflegenden die Notwendigkeit eines Pflegedienstes näher bringen kann, entlastet das den pflegenden Angehörigen nicht nur körperlich, sondern entschärft auch den innerpersonellen Konflikt, der aus überlasteter Pflegeperson und sich sorgenden Angehörigen entsteht.

B4: ...weil es häufig so ist, dass von den zu Pflegenden ähm Pflege von Außen und Hilfe von Außen abgelehnt wird, das ist eigentlich eins der Hauptprobleme. D.h., ich muss den zu Pflegenden dazu bringen, dass er akzeptiert, dass jemand Anders, als die Tochter oder der Mann äh in diese Wohnung geht und mithilft. #00:03:55-0#

Wenn der pflegende Angehörige noch im Berufsleben steht, ist auch eine Krankschreibung bei überlastetem Angehörigen eine Möglichkeit eine Mehrfachbelastung zumindest zeitweise zu minimieren. Auch eine Kurzzeitpflege ermöglicht eine Entlastung für den pflegenden Angehörigen.

I: Wie ist so Ihr Verhältnis zu den pflegenden Angehörigen? #00:12:56-0# #00:12:57-5#

B10: Im Allgemeinen sehr gut. Ja. Also, ja wenn nich, sind se nich bei mir Patient. Also ((lacht)) ja, die komm och mit ihren persönlichen Problemen, also da geht auch schon mal zum Beispiel, was weeiß ich, wenn er völlig ausgebrannt ist, en Krankenschein ja, oder dann wird gesagt, na nu nun geht ma die Oma für 14 Tage in ne Kurzzeitpflege und fahrn Se ma in Urlaub. Also, das ist eigentlich da, grade im Hausarztbereich. Die kommen und reden. Die reden auch ma, was könn w'r jetzt noch machen, die lassen sich och runterholen, wenn wieder Mal die übereifrige Schwester vom Pflegedienst da gewesen ist, die mir sonst die och sonst was empfohlen hat, äh, die kommen dann zu mir und lassen sich auch wieder

runterhol' n und gehn dann och beruhicht nach Hause. Ja. Tripps-, Tipps und Kniffe kriegen sie von mir eh egal immer mal verraten, wo sie mir sehr dankbar drüber sind. #00:13:43-4#

Wenn die psychische Belastung des Angehörigen wahrgenommen wird, sind „unterstützende ... stabilisierende Gespräche“, eine gute Möglichkeit dem pflegenden Angehörigen Halt zu geben.

B5: ... der Patient mit dem Oesophaguskarzinom und dessen Schwiegertochter, die sich insbesondere um äh ihren Schwiegervater gekümmert hat, also stärker als der Sohn selbst. Ähm, da war die psychische Belastung sehr stark, also da sie nicht meine Patientin gewesen ist, äh hat sie das nur nebenher war, durchblicken lassen, aber das war dann doch recht deutlich. #00:07:09-4#

I: Und wie sind Sie damit umgegangen? #00:07:11-1#

B5: Unterstützend halt, durch unterstützende Gespräche durch stabilisierende Gespräche, da sie, wie gesagt, nicht meine Patientin war, hat ich da jetzt nicht die Möglichkeit ähm direkt durch durch ne Therapie oder durch eingehendere Anamnese dort reinzufragen, ...

Es ist wichtig, dem pflegenden Angehörigen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

B10: ...die Angehörigen brauchen einfach das tägliche Gespräch, die Sicherheit, da war einer da, dem Patient tut's auch gut, er hat seine Ablenkung, keene Frage, aber die Angehörigen brauchten einfach den öfteren Kontakt in der Häuslichkeit. #00:25:39-4#

Krankheit, Alter und Pflegebedürftigkeit des Pflegenden

Bei der Frage, mit welchen Angelegenheiten der pflegende Angehörige zum Hausarzt kommt, werden in erster Linie Beratungs- oder Behandlungsanlässe den zu Pflegenden betreffend benannt. Der pflegende Angehörige scheint entweder nie mit eigenen Beschwerden vorstellig zu werden oder aber seine Beschwerden werden nicht wahrgenommen. Das kann einerseits an der Fokussierung auf den zu Pflegenden liegen, der ja allein durch seine Pflegebedürftigkeit scheinbar kränker ist, als die pflegende Bezugsperson. Es kann aber auch in der Angst des Hausarztes liegen, hier in dieser besonderen Situation einen Ko-Therapeuten zu verlieren und damit die vulnerable Pflegesituation zu verschärfen. Werden Beschwerden aktiv angesprochen und auch wahrgenommen, müssen der Angehörige und der Arzt neue Entlastungsmöglichkeiten oder auch den Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung in Betracht ziehen. Der Angehörige bringt oft aus Scham, Schuldgefühlen oder finanziellen Sorgen Beschwerden nicht zur Sprache. Der Arzt spricht selten von sich aus das Befinden des Angehörigen an, um nicht mit einem Mehraufwand belastet zu werden.

Nach 8 Interviews zeichnete sich ab, dass bis auf wenige Ausnahmen die pflegenden Angehörigen vom Hausarzt eher als Ko-Therapeut denn als Patient mit eigenen Beschwerden gesehen werden.

I: Mit welchen Problemen kommen die zu Ihnen? #00:10:07-8#

B8: Na, ganz praktische Probleme: "Kann ich ihm helfen, was kann ich dagegen machen, kann äh er will nicht mehr trinken, er will nicht mehr, äh er möchte nicht mehr, dass ich äh ihm was zu essen mache, ich, das geht doch aber nicht, dass er hungert doch sonst und äh er lehnt alles ab, er möchte Keinen mehr sehen." Solche solche praktischen Fragen, wie gehe ich damit um. #00:10:33-5#

I: Kommen die auch mit eigenen Problemen, Rückenschmerzen, //psychische// #00:10:38-1#

B8: //Neee// #00:10:38-1#

I: //psychische Probleme?// #00:10:31-4#

B8: Das kommt hinterher. #00:10:41-0#

I: Gar nicht während //der// #00:10:42-7#

B8: Ne, während der haben se solche eigene Stresssituation dass se das kaum wahrnehmen. Sie sagen höchstens manchmal, ähm dass sie eben nicht schlafen können, weil der, der, nicht weil sie selber, sie sind todmüde, aber der der der zu Pflegende hält sie in Trab und da muss man dafür sorgen, dass der zu Pflegende schläft, also der Patient, der Kranke und das dadurch, wenn der wenn der mindestens vier Stunden schläft, hat die Betreuungsperson auch vier Stunden Ruhe. So hart iss es. #00:11:20-5#

Jedoch führt derselbe Interviewpartner bei einem anderen Beispiel sogar eine Krebserkrankung der pflegenden Person an:

B8: Ich denke, irgendwann geht es zu Hause nicht mehr. Also, ich kann mich an einen Patienten erinnern, da war aber es die Ehefrau, also das war ein Patient mit ner en junger Patient mit nem Alzheimer und die Ehefrau hat den wirklich bis zum Ende versorgt, aber da habe ich wirklich äh ich war war also (pfuuu) beeindruckt und ich habe meinen Hut gezogen vor ihr und sie hat das äh also wirklich durchgestanden, aber das hat sie sehr viel Kraft gekostet. #00:20:21-0#

I: Hat sie danach gesundheitliche Probleme oder während dessen gesundheitliche Probleme gehabt? #00:20:26-9#

B8: Sie selber hatte sogar während dessen ne Krebserkrankung, die sie dann aber, und da in der Zeit war er mal im Pflegeheim, als sie im Krankenhaus war und zur Anschlussheilbehandlung und das war "en Schuss in Ofen", (wird leiser) weil die Bezugsperson war sie und alles andere hat er dann nicht mehr akzeptiert und das hat sie so so beeindruckt, dass sie gesagt hat, ich bleibe, ich lasse ihn jetzt hier, und ich kümmerge, ich mache das und äh waren aber immerhin drei, vier Jahre, die sie ihn ihn wirklich intensiv betreut hat.

Es kommt also doch irgendwann die Gesundheit des pflegenden Angehörigen zur Sprache, aber die scheinbar schwere Erkrankung der Ehefrau geht bei der

Pflegeproblematik des Alzheimerpatienten unter. Im Vordergrund steht sogar, dass die Anschlussheilbehandlung der Ehefrau die Situation des zu Pflegenden verschlechtert hat, da sie als Bezugsperson nicht vor Ort war. Hierfür gibt es keine einfache Lösung. Genau diese Konstellation ist nicht selten der Grund, warum pflegende Angehörige sich gar nicht erst an den Hausarzt wenden, weil sie befürchten, die Pflegesituation wird sich mit ihrem Wegfall als Bezugsperson verschlechtern.

Auch wenn die „psychische Belastung“ der pflegenden Angehörigen wahrgenommen wird, gibt es Hürden für den Hausarzt entsprechende Therapien anzubieten.

B5: ... da sie, wie gesagt, nicht meine Patientin war, hat ich da jetzt nicht die Möglichkeit ähm direkt durch ne Therapie oder durch eingehendere Anamnese dort reinzufragen das hätte sie vielleicht dann auch nicht so gewünscht, war einfach nur, dass das Gespräch als solches wahrscheinlich sie schon entlastet hat, zumindest hatte ich auch das Gefühl. #00:07:32-6#

Es scheint von der Angehörigen nicht gewünscht, die psychischen Belastungen zu therapieren oder tiefer nachzufragen. Das hat der Hausarzt so wahrgenommen. Hier scheint der fehlende Behandlungsauftrag (die Schwiegertochter ist nicht gleichzeitig Patientin des interviewten Hausarztes) ein Hindernis zu sein.

Im Interview mit B5 ergibt sich kurz nach Schilderung der psychischen Belastung der Angehörigen ein kurioser Wortwechsel, in dem diese „sehr starke“ Belastung gar nicht als „Problem“ wahrgenommen wird.

B5: ... Ähm, da war die psychische Belastung sehr stark, also da sie nicht meine Patientin gewesen ist, äh hat sie das nur nebenher war, durchblicken lassen, aber das war dann doch recht deutlich. #00:07:09-4#

B5: ... dass das Gespräch als solches wahrscheinlich sie schon entlastet hat, zumindest hatte ich auch das Gefühl. #00:07:32-6#

I: Welchen Einfluss hatten die Probleme auf die Pflege? #00:07:35-2#

B5: Welche Probleme? #00:07:39-0#

I: Die, der Angehörigen, die psychischen Probleme der Angehörigen, hatte das einen Einfluss auf die Pflege? #00:07:45-1#

B5: (räuspernd) es lässt sich von meiner Warte aus schlecht beurteilen ...

Charaktereigenschaften von Angehörigen und der Einfluss auf die Beziehung zum Hausarzt

Es gibt Angehörige, die sind für den Hausarzt einfacher zu betreuen als andere. Welche Eigenschaften oder Konstellationen dazu führen, wird im Folgenden gezeigt:

Der informierte Angehörige

B1: ... und es gibt also Angehörige, die die kommen, haben schonmal irgendwie n Kontakt zum Gesundheitswesen äh gehabt. Also mir fällt da jetzt ne ganz besondere bestimmte Frau ein, die ihren Mann pflegt, die ist selbst mal Krankenschwester gewesen (...) Die fragt besonders viel Mhm (bejahend) Ja (..) ja, die fragt besonders viel. Und andere nehmens ganz etwas lockerer, fragen nicht ganz so viel sind mit einer Erklärung einverstanden, aber die meisten fragen doch relativ viel. #00:04:38-8#

... Das ist aber wie gesagt sehr (Telefonklingeln) anstrengend äh weil se doch sehr viel fragt.

Der hier befragte Hausarzt spricht hier von Angehörigen, die „... schonmal irgendwie n Kontakt zum Gesundheitswesen ...“ hatten. Das klingt herablassend und stellt die Kompetenz der Angehörigen in Frage. Hier ist von einer Ehefrau die Rede, die Krankenschwester war und scheinbar „... besonders viel ...“ fragt. Das kostet natürlich mehr Zeit als ein Angehöriger, der keine Fragen stellt. Jedoch räumt der Hausarzt auch ein, dass ein informierter Angehöriger nicht immer die Beratungs- und Betreuungssituation verschlechtern muss. Er kann durchaus auch zu einer Entlastung des Hausarztes beitragen.

B1: (Einatmen) Das kann sein, das kann aber auch ganz im Gegenteil passieren, also es gibt pflegende Angehörige, die einem den ein oder anderen Hausbesuch sparen, weil sie in Kenntnis nicht unnötig rufen, ...

Die Schlussfolgerung, welche Eigenschaften der ideale Angehörige haben müsste, lässt eher schmunzeln:

I: Was ist Ihnen lieber? #00:04:41-6#

B1: Also mir am liebsten wärs mir wenn se also nicht soviel fragen und trotzdem also alles richtig machen würden. #00:04:48-9#

I: Der ideale Angehörige. #00:04:51-8#

B1: Ja also das wäre mir lie-. Ansonsten, äh meine ich sollten die Angehörigen ruhig fragen, was ihnen am Herzen liegt. Meistens kann ichs beantworten, manchmal aber auch nicht. #00:05:05-1#

An dieser Textstelle lässt sich eine Ambivalenz des Hausarztes erkennen. Er weiß, dass die Angehörigen angeleitet und beraten werden müssen. Wird aber zu viel

gefragt oder die Behandlung hinterfragt, ist dem Hausarzt das eher unangenehm. Er fühlt sich in seiner Kompetenz und Behandlungsautonomie eingeschränkt. Dabei wird vergessen, dass der pflegende Angehörige ein Ko-Therapeut sein kann und damit auch ein Mitspracherecht bei der Behandlung hat.

Der fordernde Angehörige

Werden nicht nachvollziehbare oder unerfüllbare Forderungen gestellt, scheint der Hausarzt das als besondere Belastung im Umgang mit den Pflegenden wahrzunehmen.

B3: ... wo die Angehörigen dann ebend auch von der Erwartungshaltung her dann teilweise Dinge vorbringen, die sie dann haben wollen oder machen wollen. Klassisches Beispiel ist enn Badewannenlifter für Jemanden, der äh eigentlich gut in die Wanne oder in die Dusche reinkommt. Und selbst wenn er nicht reinkommt, dann wird eben auf Teufel komm raus, „das dürfen wir, da haben wir das Recht drauf“, obwohl der Badewannenlifter, gar nicht ins Badezimmer reinpasst, in den Neubauten teilweise. Na, da muss man sehen, in Ruhe besprechen. Das macht man schon, ist en bisschen Aufwand, aber in der Regel kann man das gut auch lenken in der Richtung. #00:06:52-0#

Zu Beginn der Passage klingt der Kollege über die Forderungen der Angehörigen verärgert, er relativiert dies dann aber im letzten Teil seiner Ausführung, indem er auch Ruhe in seine Aussage bringt und das auch an „in Ruhe besprechen“ erläutert. Damit wird der Bogen zur Konfliktlösung gezogen. Die in Ruhe geführte Kommunikation über das Machbare und das nicht Machbare „lenkt“ die Forderung des Angehörigen in die richtige „Richtung“.

Auch im Pflegeheim können Angehörige für Konfliktstoff sorgen. Zwar wird hier die Grundpflege durch die Pflegeeinrichtung selbst übernommen und der Angehörige ist per definitionem nicht mehr der „Pfleger Angehörige“. Eine Interaktion zum Hausarzt und dem Heim bleibt aber bestehen. Es können weiterhin Forderungen sowohl an die Pflegeeinrichtung als auch an den Hausarzt von den Angehörigen gestellt werden.

B8: ... Weil im Pflegeheim äh äh der der die Familie immer der Meinung ist, dass die das Pflegeheim nicht genug tut, immer und dass im Pflegeheim äh sie müssen das ja bezahlen und nach dem Motto: „ich bezahle so viel Geld, also muss es ja auch möglich sein, dass.“ Und dann kommen irrsinnige Forderungen. Irrsinnige. Meistens ja, um das eigene Gewissen zu beruhigen. Zum Beispiel: "Warum sind die Fingernägel nicht geschnitten?" Das ist wiederum Sache der Familie, das ist nicht Sache des Pflegeheimes. Die dürfen das nicht mal, weil sie den Patienten ja oder den Bewohner ja verletzen könnten. #00:26:45-8#

Der Kollege empfindet die Angehörigen von Heimpatienten, die ihre Angehörigen nicht lange selbst gepflegt haben, sondern sie schnell in ein Heim geschickt haben als schwieriger im Umgang als diejenigen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegten und bis „es nicht mehr weiter ging“.

I: Können Sie sich vorstellen, dass das auch daran liegt, dass die Angehörigen im Pflegeheim die Angehörigen eben nicht zu Hause pflegen? #00:26:55-3#

B8: Ja, na sicher. (lauter) Weil sie es erstens nicht einschätzen können, was es für einen Aufwand bedeutet, was es für ne Belastung ist, für die pflegende Person, was es für ein eine körperliche und psychische Situation darstellt und wir haben ja auch ne Verantwortung. Das kommt dazu. Sie haben wahrscheinlich nie, ich habe immer, wenn wenn wenn der Angehörige erst zu Hause gepflegt wurde, bis zu einem Stadium, und dann, weil es nicht mehr weiter ging, ins Pflegeheim ging, mit den Angehörigen hat man selten Probleme, weil die wissen, was es heißt zu pflegen. Aber Diejenigen, die sich nie gekümmert haben und dann wird derjenige pflegebedürftig, egal aus welchen Gründen und der geht dann ins Pflegeheim, die stellen Anforderungen, da schüttelt man nur mit dem Kopf. #00:27:47-4#

Der Kollege vermutet, dass in diesem Fall die nicht erfüllbaren Anforderungen gestellt werden, weil diese Angehörigen nicht wissen, was es physisch und psychisch bedeutet zu pflegen.

Es können auch Ansprüche und Wünsche des zu Pflegenden verkannt oder falsch interpretiert werden. Die Unkenntnis über die zeitlichen und organisatorischen Abläufe in den Pflegeeinrichtungen kann zu unerfüllbaren Forderungen und Unmut führen.

Auch könnte möglicherweise diesen Angehörigen ein Schuldgefühl unterstellt werden, das dann mit überfürsorglichem Aktionismus kompensiert wird.

Motivationen zur Pflege Angehöriger

B6: also ich habe da auch, wie gesagt, junge Leute, die haben da, da ist die Oma, die Einzige, die noch en Einkommen hat, nich, dann ist ja die das Motiv, die zu pflegen, ganz anderes, auch vielleicht über den Punkt, den man eigentlich pflegen sollte, als Laie, als eben der Ehemann, der seine Frau ganz liebevoll da mit einer Finesse pflegt, als das ist natürlich immer der Fall, schon klar. Das ist so.

Es werden hier zwei verschiedene Motivationen, die zur Pflege führen aufgezeigt und bewertet. Es wird auf der einen Seite die finanzielle Motivation, den Angehörigen zu pflegen der Motivation des liebevollen Ehemannes, der seine Frau mit einer „Finesse“ pflegt, gegenübergestellt. Ersteres wird eher negativ bewertet. Als „über den Punkt, den man eigentlich pflegen sollte“ wird hier die Situation beschrieben, wenn der zu Pflegende eigentlich zu Hause nicht mehr optimal versorgt ist, aber aus finanziellen

Gründen („die Oma, die Einzige, die noch ein Einkommen hat“) eine Heimunterbringung oder Unterstützung durch einen Pflegedienst nicht erfolgt.

I: Mmm. Ah. Glauben Sie, dass Sie Ihre pflegenden Angehörigen optimal beraten und betreuen? #00:20:02-8#

B6: Mit Sicherheit nicht. Die pflegenden Angehörigen sind ja auf jeden Fall solche Grauzone. Die wahren Motive der Pflege durch die Angehörigen kann man eigentlich nur in sagen wir ma in mindestens der Hälfte der Fälle korrekt erkennen, wenn natürlich ein Ehemann eine Ehefrau pflegt, ist das natürlich eine andere Sache, als wenn Enkel die Oma pflegen oder Kinder die Oma pflegen oder auch drei, vier Kinder die Oma pflegen, nicht, dann treten ja immer wieder Stellvertreter-Defizite ein, dass der Eine denkt, der Andere hat das gemacht...

Hier ist sicherlich ein hohes Maß an Menschenkenntnis und Erfahrung wichtig, um die Hauptmotive zur Pflege eines Angehörigen zu erkennen. Nicht immer pflegt auch die Ehefrau aus reiner Liebe den Mann. Oft sind auch verborgene Motive der Anlass zur Pflege, wie finanzielle Überlegungen, Scham- und Schuldgefühle dem zu Pflegenden gegenüber. Das Nichtansprechen dieser als negativ wahrgenommenen Motive kann eine Dissonanz im Angehörigen-Arzt-Verhältnis hervorrufen. Der Angehörige verschweigt dem Arzt etwas. Schuldgefühle kann der Angehörige entweder durch Aktionismus, aber auch durch Misstrauen kompensieren. Auf jeden Fall führt diese Situation sowohl zu einer Verschlechterung der Beziehung zwischen Arzt und Angehörigen als auch der Pflege.

*B3: Ja. Wir hatten hier einen Patienten mit einem schweren Asthma und diversen anderen Systemerkrankungen, schweres Rheuma hat er gehabt und Ähnliches. War 73 oder 74. Ist also hier gepflegt worden von einer Nichte, die hier mit wohnte. Die Tochter war in Berlin. Nun hatte der Mann das Pech, dass er reich war, Geld auf'm Konto und äh die Nichte hat ihn also auch umsonst gepflegt, war also wirklich sehr rührig und das war also ganz gut eingestellt, das Ganze war gut im Griff, bis der Tochter dann irgendwann einfiel, sie könnte ja vielleicht den Vater zu sich hol'n, nach Berlin und dann vom Konto ein bisschen abgeräumt. Das hat sie getan und äh vier Wochen später haben wir dann erfahren, nachdem das Konto dann leer war, hat sie ihn ins Heim geschoben und da ist er dann sechs Wochen später verstorben. Das sind so Dinge, die aber das sind auch Dinge, auf die können wir keinen Einfluss nehmen, wenn die Tochter und der Vater sich einigen, er kommt jetzt zur Tochter, hm, was soll ich da tun, na, ich meine, ich habe natürlich auch gesagt, dass ich der Meinung bin, dass er hier ganz gut gepflegt ist, dass das eine gute Situation ist, aber die Tochter kannte ich von einem paar Gesprächen, die war mal hier, äh da ging es eigentlich nie wirklich um den Vater, da ging es eigentlich nur um die Tochter in den Gesprächen und dass das merkt man natürlich. **Na, ja.** Das sind so die Dinge, die fallen dann auf. #00:10:16-0#*

Dieser Fall zeigt aus Sicht des Hausarztes, dass es nicht darum geht, wer, ob Tochter oder eine Nichte, den Vater pflegt. Entscheidend ist hier die Pflegesituation. Die Nichte hat „umsonst“ gepflegt und alles lief gut. Dann kam die Tochter und holte den Vater aus rein monetären Interessen zu sich. Dies wird vom Hausarzt als sehr negativ bewertet. Die Tochter hat den Vater in das Heim „geschoben“, wo er dann

wenig später verstarb. Auch die kurze Charakterisierung der Tochter als sehr ichbezogen unterstreicht das vom Hausarzt unterstellte Motiv der Geldgier.

Finanzielle Hürden oder (Fehl)anreize

Wie unter dem Kapitel Motivation beschrieben, gibt es natürlich auch finanzielle Fehlanreize. Wenn die Familie das Pflegegeld und die Rente zur eigenen Grundsicherung nutzt, heißt das mitunter, dass eine zusätzliche ambulante oder gar stationäre Pflege aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch genommen wird. Darunter leidet in jedem Fall die Pflegequalität.

Wesentlich häufiger ist jedoch die Ursache, nicht zu Hause pflegen zu können, in der Berufstätigkeit der Angehörigen zu suchen. Notwendige Kürzungen der Arbeitszeit oder gar das Ausscheiden aus dem Beruf hätten finanzielle Einbußen zur Folge.

B3: Weil ... aufgrund der unterschiedlichsten Qualität der Bereitschaft zur Pflege der einzelnen Krankenkassen auch sehr unterschiedliche Dinge ablaufen im im Praxisalltag. #00:00:47-5#

I: Was meinen Sie, wie könnte man das ändern? #00:00:49-4#

B3: In dem man einfach finanzielle Rahmenbedingungen schafft, die es den Angehörigen erstens besser ermöglichen, zu zu pflegen. Es sind viele bereit, die Angehörigen auch zu pflegen, aber viele können sich finanziell gar nicht leisten, zu Hause zu bleiben. Es fängt schon damit an, dass wenn also der Patient der Pflegestufe 1 hat, kriegt er ebend paar Hundert Euro, wenn er zu Hause gepflegt wird, kommt er ins Heim sind es sofort gleich fast 2.000 über 2.000 Euro, ich kenne die Summen nicht genau, ich sage mal, das ist auch ein deutlicher Unterschied. Wenn man dieses Geld auch in der in der ambulanten Pflege zu Hause, zumindest die Hälfte vielleicht aus ausgeben würde, dann wäre so mancher auch bereit unter vernünftigen Rahmenbedingungen die Angehörigen zu pflegen. #00:01:26-5#

Hier wird nicht nur die finanzielle Vergütung der Pflege zu Hause angesprochen, sondern im Nebensatz von „vernünftigen Rahmenbedingungen“ gesprochen. Würde man der informellen Pflege den Status einer Erwerbstätigkeit geben, müssten auch Ruhezeiten und Urlaub gewährleistet sein. Dies ist vor allem bei Demenzkranken kaum möglich, da der Nachtschlaf häufig gestört ist und eine Unterbringung in einer Kurzzeitpflege von nur wenigen Pflegepersonen angenommen wird, da sie häufig als Bezugsperson eine Verschlechterung des Zustandes des zu Pflegenden befürchten.

3.2.2.2. Der zu pflegende Patient

Auch der zu pflegende Patient kann durch bestimmte Verhaltensweisen die Pflegesituation negativ beeinflussen:

Scham

Die Rolle des Pflegebedürftigen einzunehmen bedeutet häufig eine Rollenumkehr. Der zuvor gleichberechtigte Ehepartner oder die für die Kinder sorgenden Eltern werden zur hilfsbedürftigen Person, die sich in eine physische und psychische Abhängigkeit begeben muss. Diese Rollenumkehr enthält Konfliktpotenzial, müssen sich doch erst alle Beteiligten in ihrer neuen Rolle zurechtfinden. Der Übergang in die Rolle des zu Pflegenden ist schleichend. Soll dann auch noch Autonomie abgegeben werden und z.B. ein Pflegedienst hinzugezogen werden, stoßen viele Angehörige auf Abwehr.

B4: ja, also, das ist auch was Anderes, wenn also, wir habn's öfter bei bei den älteren Damen, die alleinstehend sind, dass die Kinder dann sagen, „Mama, es geht nicht mehr zu Hause. Nein, nein, ich brauche Keinen, ich brauch keinen Toilettensstuhl“ oder so und wenn ich dann zum Hausbesuch komme und dann sage, „wissen Se, also, ich hab schon Angst um Sie, wenn Sie nachts alleine aufstehen und dann wacklig auf den Beinen sind, wollen wir den nicht lieber nebn's Bett dann hinstellen?“ Und dass es dann plötzlich geht, ja, weil die Scham auch ne andere ist, denke ich. #00:06:22-4#

In dieser Situation ist es hilfreich, eine Vertrauensperson, die nicht zur Familie gehört, zu Rate ziehen zu können. Im geschilderten Fall ist es der Hausarzt, der dem zu Pflegenden nahe legen kann, eventuell doch Hilfe von außen anzunehmen. Hier agiert der Hausarzt wie oben schon beschrieben als Vermittler.

Multimorbidität

B2: Na, das is'n ähm Patient mit Langzeitdiabetes, der äh auch ne pAVK hat und der jetzt operiert wurde, amputiert wurde, ähm wo wodurch sich die häusliche Versorgung natürlich sehr viel erschwerte, war vorher noch weitgehend selbstständig, ist, versucht das jetzt auch noch, ist aber schwierig, weil er auch nnn ne relativ geringe Krankheitseinsicht hat und sich auch nicht unbedingt viel helfen lassen möchte und mhm deswegen wiederholt stürzt und jetzt aktuell auch wieder im Krankenhaus eingewiesen wurde und na ja, das ist halt immer schwierig, da das zu Hause überhaupt zu händeln. #00:02:12-9#

Der Hausarzt beschreibt einen schwer kranken Patienten. Allein die Ausprägung der Erkrankungen führt schon zu einer erschwerten Versorgung. Hinzu kommt noch die geringe Krankheitseinsicht. Bei Schilderung des Falles bekommt man den Eindruck von Hilflosigkeit und Frustration. Der Patient lässt sich nicht helfen, befolgt

Anweisungen nicht und gerät dadurch in eine Spirale aus Krankenhauseinweisung, Entlassung in die Häuslichkeit, Sturz im häuslichen Milieu und erneute stationäre Aufnahme.

Incompliance

Die hier schon beschriebene Incompliance nimmt gerade bei Demenzkranken einen hohen Stellenwert ein. Da der Pflegebedürftige kognitiv nicht in der Lage ist, notwendige Handlungen durchführen zu lassen, sind bei diesen Krankheitsbildern die pflegenden Angehörigen besonderen Belastungen ausgesetzt.

B6: Na ja, das in erster Linie, dass sie mit der Pflege nicht zurechtkommen, mit der Pflege der renitenten Situation, mit der Pflege von Demenzen, mit den, natürlich auch in der Familie engeren ähm Widerständen, die man als Mutter gegenüber einem Sohn hat oder umgekehrt. Dass sie dann durch die familiäre Nähe ähm hmpf eben schnell ans Ende ihrer Leistungsfähigkeit kommen, weil Derjenige, der sich pflegen lassen soll, sich weder baden lassen will noch waschen lassen will noch abtrocknen, noch will er ne Windel umhaben und all diese Dinge, die dann da ne Rolle spielen oder Tabletten einnehmen oder Trinken, was sie alles ansetzen, ähm bedarf oder löst einen gewissen Widerstand aus und das bringt dann das Problem.

Hier wird deutlich die Spannung zwischen z.B. Sohn und Mutter in der Pflegesituation angesprochen. Die Rollenumkehr innerhalb der Familie und die Abwehrhaltung der zu pflegenden Person bringen die pflegenden Angehörigen „ans Ende der Leistungsfähigkeit“. Das ist hier sehr drastisch, aber auch klar und deutlich dargestellt.

3.2.2.3. Innerfamiliäre Konflikte

Werden Angehörige, die eine ambivalente Beziehung zum zu Pflegenden haben zum Ansprechpartner für den Hausarzt, entsteht ebenfalls ein hohes Konfliktpotenzial. Ist die familiäre Situation per se schon angespannt und schwierig, ist auch der Umgang mit dem Arzt komplizierter. Es muss dann zwischen realistischen und unrealen Ansprüchen unterschieden werden. Ein ungelöster Konflikt wird in diesem Fall immer in der Kommunikation mit dem Arzt eine Rolle spielen, vor allem, wenn er nicht ausgesprochen wird.

B10: ... Also, Patient liecht zu Hause. Patientenverfügung gibt's. Ich bleib zu Hause. Ich sterbe jetzt hier in Ruhe, äh, liecht dort schon seit 1,5 Jahren im Bett, Pflegedienst kommt regelmäßig, guckt sich den Patienten regelmäßig an, versorgt den, wird gewaschen, kriegt sein Essen, kriegt seine Medikamente, Patient kann nicht mehr aufstehn. Bleibt auch im Bett. Wie gesagt: Pflegedienst kommt drei mal am Tach, so wollte er das haben, so will er das. #00:21:28-0#

B10: ... Das Ganze ging 1,5 Jahre lang gut. Keine Verschlechterung, keine Verbesserung.

Gar nichts. Nichts. Dann kam die Tochter. An einem Mittwoch, werde ich nicht vergessen. Sofort und meinem Vater geht's ganz schlecht und haste nich gesehn. Okay. Ich hoch. Der Vater lach im Bett, wie immer. "Na, Doktorchen". Hm, prima. Ich sach: „Wo habn Se jetzt das Problem?“ „Na, der steht ja gar nicht mehr auf“. Ich sach: „Ja das tut er seit 1,5 Jahrn nich.“ „Na, da muss aber jetzt ma was passiern.“ Ich sach: „Was soll jetzt bitte passiern?“ „Na, ja aber eh.“ Na, weil akut und schnell und haste nich gesehn, ich meine, man hört ja dann auch ma, äh, ich in die Akte nich reingeguckt. „Na, Sie müssen doch aber alles im Kopf habn!“ Ich sach: „Gute Frau, ich hab 15.000 Patienten in der Kartei, das wäre jetzt ein bisschen viel verlangt.“ Kommunikation nicht möglich. Ich durfte dann, also an dem Mittwoch war ich zum Hausbesuch, ich war am Donnerstag zum Hausbesuch, ich war am Donnerstagnachmittag zum Hausbesuch, ich war am Freitag zum Hausbesuch und am Samstag hat sie dann den Notdienst geholt und Vater ging ins Krankenhaus. Keine Kommunikation möglich, es hat alles Mögliche zu passieren. Das Krankenhaus hat ihn am Montagfrüh entlassen, äh, er ist dann nach sechs Wochen, nachdem er immer noch in seinem Bett gelegen hat, an äh ja an ner Sepsis aufgrund der der Clexaneinjektionen in die Bauchdecke gestorben. (hustet und ausatmen) Die er von mir nie gekricht hätte, weil, warum muss ich ihn reflexmäßig Clexane angesetzt rinn, rinn rinn, ja, tja. Hätte se, also saren wir ma so, das sind so die krassen Beispiele. Oder, meistens, wenn irgendwelche Angehörigen von außen plötzlich reinkommen, wenn die Kommunikation gar nicht funktioniert, ziehe ich die Notbremse, die Leute rücken wieder ab. Also, bei einem Patienten, der schwerstpflegebedürftig ist, finde ich jederzeit nen Grund, den ins Krankenhaus zu stecken oder ins Pflegeheim oder eben auch das schon, wir habn den Leuten also, ich hab den Leuten auch schon schon gesagt: „Wissen Se, ich hör jetzt hier auf“, ich sare, „Sie sind völlig unzufrieden mit mir“, äh, ich sare, sie haben, dann meistens dann och noch die Betreuung, ich sare: „Sie haben die Betreuung“, ich sare: „Das Vertrauensverhältnis existiert nich, schönen Tach noch.“ Aus. Bis jetzt ein Mal. Die Möglichkeit ist immer. Aber meistens kommt dann immer nach relativ kurzer Zeit irgendein vernünftiger Angehöriger und die Sache ist wieder im Lot. #00:24:23-3#

In dieser Textpassage steckt viel Unmut. Unmut über das plötzliche Auftauchen der Tochter, die in den Augen des Arztes unsinnige Forderungen und sowohl die Kompetenz des Hausarztes als auch die bisher erfolgte Behandlung in Frage stellt. Hinzu kommt, dass die Tochter scheinbar nicht den Willen des Vaters vertritt, sondern jetzt in Aktionismus verfällt, der nicht zum Besten für den zu Pflegenden ist.

Auch der folgende Interviewpartner nimmt innerfamiliäre Konflikte beim Umgang mit pflegenden Angehörigen als schwierig wahr.

B4 ... und ähm auch mit der familiären Situation, wenn also viel Streit unter den Kindern oder bei Angehörigen ist, dann ist es also extrem viel schwieriger #00:10:11-1#

I: Die brauchen dann mehr Zeit? #00:10:12-7#

B4: Die brauchen, die brauchen extrem Zeit, weil sie da eben ähm auch immer von ja von mehreren Seiten angesprochen werden, ja und der Eine, der Eine will Physiotherapie für den für den Patienten, der Andere will keine Physiotherapie, ehm der Dritte will, weiß ich nicht, dass er ins Krankenhaus kommt, der Vierte will, dass er nie ins Krankenhaus kommt und es ist auch nicht meine Aufgabe, dann das zu koordinieren. Ja, aber die rufen dann also hier auch eiskalt an und sagen, dann: "Also ich muss Sie jetzt sprechen". Wo man, wo man sich auch versuchen muss, rauszuziehen. #00:10:47-2#

I: Haben Sie da ne Strategie, das ein bisschen einzudämmen? #00:10:49-6#

B4: (...) ja, also in der Regel geht's ja dann wirklich um Leute, die also nen Betreuer auch haben und ähm, ich sage ihnen dann einfach wirklich äh die Dinge, die ich zu klären habe, muss ich mit dem Betreuer klären und Sie müssen sich zusammen setzen und es möchte bitte nur Einer an mich herantreten, ja, weil A spielen wir sonst "stille Post" ja und B schaffe ich das zeitmäßig auch nicht, wenn von einem Patienten jedes Mal fünf Leute informiert werden wollen. Es muss ein System geben und das erkläre ich denen auch, also beim beim, wenn wir so beim ersten Gespräch sind oder so, erklä-, versuche ich denen das auch zu erklären, dass es also ein System geben muss, wo Einer oder Zwei von mir gleichzeitig informiert werden, wenn Einer für Einen das eben mental zu viel ist, das dann eben noch ein Zweiter mitkommt, dass man also zu zweit oder zu dritt redet und dass die dann einfach der Multiplikator für die ganze Familie sein müssen, ja, weil es sonst nicht funktioniert. #00:11:54-9#

I: Also schwierig ist es, wenn die Kommunikation in der Familie auch schon gestört ist #00:11:59-4#

B4: Ja, und das sind leider ganz viele. (lacht) #00:12:00-6#

Bestehende innerfamiliäre Konflikte erfordern einen höheren Zeitbedarf für die Betreuung der Angehörigen. Der Arzt kann in diesem Fall nur versuchen, den Willen des zu Pflegenden umzusetzen. Um die Beratungssituation in solch einem Fall zu vereinfachen kann der Arzt einen sogenannten „Multiplikator“ nutzen, der unter der Kategorie „Strategien des Hausarztes im Umgang mit pflegenden Angehörigen“ beschrieben wird.

3.2.2.4. Der Arzt

Zeitbedarf für die Beratung

I: Wieviel Zeit beansprucht das ungefähr? #00:01:50-0#

B1: Relativ viel Zeit, ähm. Gerade Gestern habe ich äh im Fernsehen äh d hier "Hart aber Fair" gesehen. Da ging's also unter umsch unter undere unter anderem auch darum äh wieviel Zeit man also für einen einzelnen Patienten zur Verfügung hat, und der dort anwesende Hals-Nasen-Ohrenarzt meinte also wenn er bisher fünf Minuten gehabt hat und er müss würde noch weniger Geld verdienen äh dann würde er dann nur noch zwei Minuten ähm haben. Das äh reicht äh für son Gespräch nicht. Das sind meistens ja also das geht bis zu ner halben Stunde. Mhm (bejahend) Bis man alles erklärt hat halbe Stunde braucht man dann schon. #00:02:37-2#

Der schon dienstältere Kollege zitiert aus einer von ihm gerade verfolgten Sendung im Fernsehen, um sein Missfallen über die zu knappe Zeit mit den pflegenden Angehörigen und die geringe oder auch fehlende Bezahlung zu äußern.

Ein jüngerer, erst seit kurzem niedergelassener Kollege, gibt für die Gespräche eine deutlich geringere Zeit an. Fügt dem aber gleich eine Wertung hinterher, dass 10 Minuten im Praxisalltag recht viel seien.

I: Wie lange sind so ungefähr die Gespräche? #00:04:07-2#

B2: na, ja lang - 10 Minuten mhm 10 Minuten im Praxisalltag ist schon recht viel. #00:04:15-6#

Ein in einer Kleinstadt niedergelassener Kollege wird sogar während der Mittagspause von Angehörigen angesprochen:

B4: weil es eben häufig auch so läuft, ich gehe grade mal in meiner Pause, Mittagspause einkaufen, zu Rewe und (lacht) mhm und da werde ich eben angesprochen. Ja, also und dann komme ich ne viertel Stunde zu spät zu meinem Akupunkturtermin, also (lacht), also das ist (...) also solche Gespräche gehen in der Regel also nicht unter ner halben Stunde ab, ja, das ist bei den Hausbesuchen, wenn man dann zu den älteren Leuten sowieso fährt, kann man solche Sachen immer mal mit mit einflechten und das ist da also bei den Leuten selber weniger Zeitaufwand ist, aber mit den Angehörigen, das also unter ner halben Stunde geht das, geht das nicht. Und das ist eben phasenweise, also es gibt Phasen, wo also viel sowas anfällt, und dann gibt's Phasen, wo eigentlich, eigentlich alles läuft (lacht) und man sonne Gespräche eigentlich auch gar nicht hat. #00:07:29-1#

I: Also würden Sie sagen, die Gespräche kosten die meiste Zeit in der //ganzen//? #00:07:30-7#

B4: //Ja, die Gespräche// und eben das, also ich versuch mich aus dem Organisatorischen wirklich raus zu halten, ja, ich weiß inzwischen, was man alles machen muss, ja, dass ich dem Patienten auch sagen kann, also gehn Sie dahin, ähm, die sagen Ihnen dann, wie's weiter geht, da können Sie besprechen, was das kostet, da könn. Ja? Ehm, aber da ziehe ich mich auch wirklich komplett raus, weil das halte ich nicht für meine Aufgabe. #00:07:54-5#

Die Angaben zum Zeitbedarf für die Beratung pflegender Angehöriger variiert von 10 Minuten bis zu einer halben Stunde. 10 Minuten werden hierbei „im Praxisalltag für schon recht viel“ angegeben. Das würde bedeuten, dass 30 Minuten ungleich mehr Raum im Zeitmanagement einer Hausarztsprechstunde einnehmen. Außerdem wird eine Situation beschrieben, in der der Hausarzt in der Freizeit von Patienten angesprochen wird. Dadurch konnte im genannten Beispiel ein vereinbarter Termin nicht eingehalten werden, was wiederum eine Missstimmung beim Akupunkturpatienten hervorrufen kann. Eine Abgrenzung von Beruf und Freizeit scheint hier kaum möglich zu sein. Der Hausarzt praktiziert in einer Kleinstadt, in der es scheinbar noch die „Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit“ von Hausärzten gibt.

B4: (7 Sekunden Pause) ne, es ist eigentlich eher so, dass es dass es so in der Anfangsphase, also häufig mehr, also wenn man sich, je mehr Zeit man sich in der Anfangsphase nimmt, desto besser läuft's dann nachher und je klarer man einfach auch sagt, wo man hin will, was passieren kann und was was wir machen, wenn Plan A funk- , Plan A und was wir machen, wenn Plan A nicht funktioniert und wenn man also Plan B noch irgendwo hat, wenn man das also vorher relativ klar und deutlich auch sagt, muss man auch mehrmals wiederholen, es gibt Angehörige, aber man kann es, die ähm kommen immer wieder und fragen immer wieder nach, einfach, weil sie unsicher sind. Das hängt aber eher nicht mit den Erkrankungen der der zu Pflegenden zusammen, sondern mit mit dem eigenen

Erfahrungsschatz und ähm auch mit der familiären Situation, wenn also viel Streit unter den Kindern oder bei Angehörigen ist, dann ist es also extrem viel schwieriger #00:10:11-1#

Der Zeitbedarf divergiert auch je nach Art und Umfang der Beratung. Er ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit. Ist aber auch abhängig davon, ob Einigkeit zwischen den Angehörigen und dem zu Pflegenden besteht.

Fehlende finanzielle Vergütung der Gespräche und der Betreuung

Auf die Frage, welche Maßnahme am meisten Zeit bei der Betreuung pflegender Angehöriger fordert, wurden mehrheitlich die Beratung und das Gespräch benannt. Zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung gab es noch keine Gesprächsziffer (03230) im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Diese wurde erst im Oktober 2013 eingeführt. Daher ergaben sich auch die folgenden Antworten auf die Frage der Honorierung.

B1: ... Das äh reicht äh für son Gespräch nicht. Das sind meistens ja also das geht bis zu ner halben Stunde. Mhm (bejahend) Bis man alles erklärt hat halbe Stunde braucht man dann schon. #00:02:37-2#

I: Wer zahlt das? #00:02:37-2#

B1: Keiner. #00:02:37-6#

I: Das ist nebenbei? #00:02:40-1#

B1: Das ist äh, ja, sch- wie sagt man: Caritas #00:02:46-7#

I: Sind die / \ #00:02:48-3#

B1: Charity ganz modern #00:02:48-3#

Ein anderes Problem ergibt sich, wenn der Angehörige gar nicht Patient beim versorgenden Hausarzt ist:

I: Sind diese Angehörigen auch immer gleichzeitig Ihre Patienten? #00:04:54-7#

B3: Nich unbedingt, nee. Das sind teilweise auch Angehörige aus anderen Städten, die herkommen und dann eben vorher anrufen und nach 'em um 'en Termin bitten, dass sie dann mal die Frage zur Mutter klären können, wenn wir nicht schon vorher selbst Kontakt zu Familienangehörigen, das merken wir ja selbst auch, äh teilweise muss ich sagen, rufen wir auch Angehörige an, die sich eigentlich nicht kümmern um ihre Eltern oder um andere Angehörige auch. Wir versuchen denn enn bisschen mal die Sensibilität zu wecken dafür, dass eben enn Problem entsteht oder schon da ist. Aber das ist eben wie gesagt recht breit recht breit gefächert das Ganze. #00:05:28-9#

I: Wenn Sie diese Angehörigen beraten, ah ist das ja auch ne Dienstleistung für Sie, die Sie erbringen, wird das bezahlt? #00:05:37-6#

B3: Ja, ich könnte da ne Privatrechnung für schreiben, aber macht man normalerweise nicht. Es gibt keine Honorierung dafür. #00:05:42-9#

I: Sind das eigentlich auch immer Ihre Patienten gleichzeitig #00:13:13-6#

B8: Nein, nicht immer #00:13:13-9#

I: Und #00:13:16-1#

B8: Sagen wir ma, vielleicht zu 60 %, aber aber nicht immer. Aber oft werden ses danach. #00:13:24-9#

I: Und - äh ist ja egal, ob's Ihre Patienten sind oder nicht, Sie beraten sie ja so oder so. Wie wird das abgerechnet? #00:13:33-8# #00:13:33-8#

B8: (Schmunzelnd) Gar nicht. #00:13:38-3#

I: mhm Wie fühlen Sie sich dabei? #00:13:38-3#

B8: (ein- und ausatmen) Unterver unterver (lacht) unterbezahlt (lacht). Also, ich finde es schon en starkes Stück, dass man, also, diese Dinge mache ich natürlich, is ohne Frage und da sag- würde ich auch nie sagen, "also ich kriege das nicht honoriert" und da würde ich auch nie sagen, "ich habe jetzt keene Zeit mehr, die fünf Minuten sind um", äh, es ist einfach notwendig, aber es ist schon ne äh gewaltiges Stück, na ja, ähm, was man da an als Helfersyndrom einsetzen muss, um ähm das zu tun. Honoriert wird's nicht, gar nicht. Ich kriege für so ein Hausbesuch im Prinzip nur die Hausbesuchspauschale, die ich wirklich kriege und alles andere geht ins Regelleistungsvolumen ein und wenn ich das sowieso überschritten habe, habe ich also meine Lebenszeit da eingesetzt. #00:14:32-1#

Durch die gefühlte ungerechte finanzielle Vergütung entsteht der Eindruck, dass diese Tätigkeit nicht wertgeschätzt wird. Mit Einführung der Gesprächsziffer 03230 werden diese Gespräche mit derzeit 9,48 € vergütet.

Die Leistungslegende der Gesprächsziffer liest sich wie folgt:

„Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist - Obligater Leistungsinhalt: Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer, mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2017)

Jedoch kann diese Ziffer nur für eine Anzahl, die der Hälfte der abgerechneten Scheine im Quartal entspricht, angerechnet werden.

Kommunikationsdefizite

Kommunikation ist für eine gute Behandlung und Betreuung essenziell. Gibt es Schwierigkeiten in der Kommunikation, kann auch die Betreuung und Behandlung

nicht optimal erfolgen. Alle im Behandlungsprozess involvierten Personen müssen auf unterschiedliche Art und Weise miteinander kommunizieren. Das muss natürlich auch immer in beiden Richtungen funktionieren. So beklagt sich hier ein Arzt, dass Informationen von den Angehörigen erst kommen, „wenn's klemmt“.

*B2: ... manchmal würde ich mir wünschen, dass die Informationen von den Angehörigen zurück auch ein bisschen besser und ein bisschen intensiver wäre. Weil, natürlich, ja, die kommen natürlich nur, wenn's wenn's klemmt, was auch in Ordnung ist, weil ja auch mein Zeitbudget dann ein bisschen beschränkt ist, aber es ist auch schwierig von beiden Seiten, ja, ich müsste mir die Zeit nehmen, dann auch mal anzurufen, nachzufragen, wie läuft's denn oder die müssten mal anrufen und auch mal eine Rückmeldung geben, wenn's gut läuft, wenn sie sagen, oh, das das klappt eigentlich gut so, wie Sie das gezeigt haben oder die Physiotherapeuten, dann wäre das auch schön. Ja, aber das ist natürlich das Paradies.
#00:12:48-4#*

Es werden aber auch gleich die Ursachen genannt. Hier wird wieder die zu knappe Zeit angesprochen, aber auch die Forderung, dass sich beide Seiten die Zeit dafür nehmen müssten. Auch weitere im Behandlungsprozess eingeschlossene Akteure, wie zum Beispiel die Physiotherapeuten, sollten, wie das Beispiel zeigt, mehr Rückmeldungen geben. Der verordnende Arzt kann vom Physiotherapeuten nach einer erfolgten Behandlungsphase eine schriftliche Rückmeldung abfordern, die auf der Physiotherapieverordnung zu vermerken ist. Aber auch hier spielt die Zeit wieder eine große Rolle. Diese Berichte müssen auch geschrieben, gelesen und archiviert werden.

Auch die Überleitung von der stationären in die ambulante Behandlung ist von Kommunikationsproblemen gekennzeichnet. So legen die Patienten nicht immer sofort einen Entlassungsbrief vor und wenn, dann meist nur einen unvollständigen.

*B2: ... also ja, häufig doch Arztbriefe sind dazu nicht immer, meistens sind die ja relativ kurz und die längeren Arztbriefe folgen erst später, was das Ganze problematisch macht, weil für mich auch schon wichtig wäre, was für Maßnahmen, was für begleitende Maßnahmen sind gewesen, ist's Physiotherapie gewesen, Ergotherapie, Logopädie. Das steht zwar dann auch drauf, dass man das weiter verordnen soll, aber was haben die konkret gemacht. Ja, das ist auch wichtig, weil man dann eben, wenn man könnte, dass dann den Angehörigen weiter vermitteln kann. Ja. Oder eben auch entsprechend weiter verordnen. Ja. Weil, wenn ich einfach nur weiß Logopädie da muss ich mir auch erstmal ausdenken, braucht er jetzt was für Sprachstörungen oder was für Schluckstörungen, oder ja, das ist dann auch schwierig.
#00:11:48-3#*

Die Entlassungsbriefe werden teilweise umfangreicher, auch vor dem Hintergrund, bestimmte Untersuchungen und Behandlungen vor dem MDK zu rechtfertigen. Nicht selten ist so ein vollständiger Entlassungsbrief 10 Seiten lang. Nicht immer enthalten sie die für den Hausarzt wichtigen Informationen: Warum wurde ein Medikament

abgesetzt beziehungsweise umgesetzt? Braucht der Patient eine bestimmte Physio-, Ergo- oder logopädische Therapie?

Diese Briefe müssen geschrieben und korrigiert werden und kommen daher erfahrungsgemäß erst recht spät beim weiterbehandelnden Arzt an.

Informationsdefizite

Um seine pflegenden Angehörigen optimal zu beraten, muss der Hausarzt auch in sozialmedizinischen Fragen auf dem aktuellsten Stand sein. Das Thema wird meist als trocken und langweilig wahrgenommen.

B10: ... Aber dieses grade gehe ich zur Krankenkasse, was krieg ich da, ja, äh, wo ist überhaupt die Kasse, mmmuss ich vielleicht rüber zur Rentenkasse, wenn's en BG-Fall ist, wer is mein Ansprechpartner, mit dem Spiel geht das weiter, nur das weiß ich ja oft nich ma.

In diesem Beispiel erwähnt der Hausarzt fast beiläufig, dass nicht mal er alle nötigen Informationen hat. Hier stellt sich die Frage, in welcher Form diese Informationen vermittelt werden sollten. Sicherlich sollten sie essentieller Bestandteil der Aus- und Weiterbildung bzw. auch der Fortbildung der ärztlichen Kollegen sein. Besonders wichtig scheinen die Aspekte der sozialmedizinischen und psychosomatischen Grundversorgung.

Das Vorhandensein entsprechender Informationen wird im folgenden Zitat bejaht.

B8: Ich bin lange genug dabei und ich sage, weiß, ich kenne alle gesetzlichen Bestimmungen, ich weiß, was Pflegegesetz heißt, ich bin also da, denke ich schon umfassend informiert. #00:28:15-0#

I: Was könnte so für jüngere Kollegen hilfreich sein? #00:28:17-2#

B8: (5 Sekunden Pause) (ein- und ausatmend). Es ist eigentlich alles da, man muss es bloß nutzen. #00:28:30-4#

Das Beschaffen von Informationen ist nicht nur zeitintensiv, es muss auch die Bereitschaft vorhanden sein, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.

3.2.3. Strategien des Hausarztes zur Optimierung der Beziehung zu pflegenden Angehörigen

Die zuvor genannten Aspekte sind vielfältig und reichen von innerfamiliären Konflikten über ungünstige äußere Rahmenbedingungen (Zeitmangel, fehlende oder unzureichende finanzielle Vergütung) bis hin zu individuell zu bewältigende Hürden

bei Patient, Angehörigem und Arzt. Wie der Hausarzt das handhabt, soll im Folgenden dargestellt werden.

Klare Aufgabenabgrenzung

Wird ein Angehöriger pflegebedürftig, stellt das den pflegenden Angehörigen vor vielfältige Aufgaben. Er wendet sich meist zunächst an seinen Hausarzt oder an den Hausarzt des zu Pflegenden. Die Organisation wird teilweise als Aufgabe des Hausarztes gesehen, jedoch wird dabei zwischen Information zu Pflegeangeboten und tatsächlicher Organisation mit praktischer Ausführung unterschieden.

B4: ... also ich versuch' mich aus dem Organisatorischen wirklich raus zu halten, ja, ich weiß inzwischen, was man alles machen muss, ja, dass ich dem Patienten auch sagen kann, also geh'n Sie dahin, ähm, die sagen Ihnen dann, wie's weiter geht, da können Sie besprechen, was das kostet, da könn. Ja? Ehm, aber da ziehe ich mich auch wirklich komplett raus, weil das halte ich nicht für meine Aufgabe. #00:07:54-5#

Auch im folgenden Beispiel wird eine typische Beratungssituation beim Hausarzt nach einer Krankenhausentlassung dargestellt.

B10: ... Nehm' w'r ma als Beispiel, ich hab ganz viele Leute vor, hier sitzen, Vater ist jetzt aus dem Krankenhaus gekommen, hatte nen Schlaganfall, läuft jetzt wieder, kriegt das mit den Tabletten nich auf die Reihe. Was mach' ich jetzt? Ich sare, äh, da steh'n die hier vor mir, „wie mache und wo krieg ich denn jetzt die Pflegestufe her?“ Die Frage kommt bei mir. Is okay. Ja. Oder, „ich möchte ma bei Ihnen die Pflegestufe beantragen“. „Ja, schön, das könn Se bei mir machen, bloß, kommt, das führt zu nichts, gehn Se zur Krankenkasse.“ Dann wäre es günstig, solchen Leuten ne Checkliste in die Hand zu drücken: „Mein Vater oder mein Angehöriger wird pflegebedürftig.“ Wo kann ich alles abklappern. Natürlich jehört der Hausarzt och dazu, keene Frage. Aber dieses grade gehe ich zur Krankenkasse, was krieg ich da, ja, äh, wo ist überhaupt die Kasse, mmmuss ich vielleicht rüber zur Rentenkasse, wenn's en BG-Fall ist, wer is mein Ansprechpartner, mit dem Spiel geht das weiter, nur das weiß ich ja oft nich ma.

Der Hausarzt gilt als erste Anlaufstelle, wenn ein Mensch pflegebedürftig wird. Das ist auch „okay“. Der Hausarzt hätte gern eine Checkliste, die er dem Angehörigen „in die Hand ... drücken“ kann.

Es scheint, als wären nicht alle nötigen Informationen so schnell zur Hand, wie der Hausarzt es gern hätte. Die Krankenkassen sind für den Angehörigen ein guter Ansprechpartner und auch gesetzlich zu einer Pflegeberatung verpflichtet. Darauf hinzuweisen, ist für die Angehörigen schon eine Erleichterung, da sie es auch nur in Anspruch nehmen können, wenn sie darüber informiert sind.

Welche Aufgaben im Zusammenhang mit der Organisation der Pflege zu den hausärztlichen gehören und welche nicht und wo die Übergänge im Verständnis der

einzelnen Hausärzte liegen, wurde weiter oben unter Rolle des Hausarztes (Kapitel 3.2.1.) behandelt.

Multiplikation

Wenn im Arzt-Patienten-Verhältnis zusätzliche Komplexität entsteht, wird eine Strategie zur Vereinfachung entwickelt, wie in diesem Fall, ein Multiplikator.

*B4: (...) ja, also in der Regel geht's ja dann wirklich um Leute, die also nen Betreuer auch haben und ähm, ich sage ihnen dann einfach wirklich äh die Dinge, die ich zu klären habe, muss ich mit dem Betreuer klären und Sie müssen sich zusammen setzen und es möchte bitte nur Einer an mich herantreten, ja, weil A spiel'n wir sonst "stille Post" ja und B schaffe ich das zeitmäßig auch nicht, wenn von einem Patienten jedes Mal fünf Leute informiert werden wollen. Es muss ein System geben und das erkläre ich denen auch, also beim beim, wenn wir so beim ersten Gespräch sind oder so, erklä-, versuche ich denen das auch zu erklären, dass es also ein System geben muss, wo Einer oder Zwei von mir gleichzeitig informiert werden, wenn Einer für Einen das eben mental zu viel ist, das dann eben noch ein Zweiter mitkommt, dass man also zu zweit oder zu dritt redet und dass die dann einfach der Multiplikator für die ganze Familie sein müssen, ja, weil es sonst nicht funktioniert.
#00:11:54-9#*

Damit der Informationsfluss nicht durch Missverständnisse ("stille Post") behindert wird, soll sich die Familie über ein bis zwei Personen einigen, die dann als „Multiplikator“ dienen sollen. Damit wird die Zeit effektiver genutzt, es muss nicht mehrmals das Gleiche erzählt werden. Dieses „System“ funktioniert natürlich nur reibungslos, wenn die Kommunikation nicht innerhalb der Familie gestört ist. Interessenskonflikte unter den Familienangehörigen provozieren Streit und Uneinigkeit. Eine Vorsorgevollmacht mit dem darin angegebenen Ansprechpartner beziehungsweise Betreuer ist hier sehr hilfreich.

Ressourcen

B4: ... wenn ich's schaffe, mit den Angehörigen so, dass so zu optimieren, dass es den Patienten dabei gut geht, ist mir das ganz ganz viel wert, ja. Das ist also wirklich eher der ideelle Wert, wo ich dann sage, das ist wirklich, ähm, die gehen dann auch mit mir mit, ja und ähm, die kann man dann auch führen und das ist das eigentlich das Wichtigste für mich ...

Der Hausarzt generiert Energie und Wohlbefinden aus dem Gelingen einer guten Pflege. Das Hauptziel ist in diesem Textbeispiel das Wohl des Patienten. Daraus schöpft der Interviewpartner Kraft.

Betreut man pflegende Angehörige, muss man auch mit der Trauer der Angehörigen umgehen. Das kann belastend sein. Daher ist es wichtig, sich damit auseinanderzusetzen und eine Bewältigungsstrategie zu finden.

B4 :(...) ich mach Qi Gong jeden Tag (lacht) und also damit damit geht's mir gut. #00:15:49-7#

I: Also außerhalb eine ja ehm ein Ausgleich? #00:15:51-8#

B4: mhm ganz, also is ganz wichtig. Also, also Qi Gong is ja is is is ne ist eine Lebensart, eine eine philosophische Ansicht über das Dao, das große Eine. Und das große Eine hat eben immer damit zu tun, dass dass man wird und dass man dass man vergeht und ähm und dass man aber trotzdem Liebe geben kann und das isses, (ein- und ausatmen) es fällt mir nicht schwer, ich bin natürlich traurig und ich empfinde auch Trauer, aber es macht mich nicht kaputt. So. #00:16:32-3#

Eine Möglichkeit, mit den Belastungen bei der Betreuung pflegender Angehöriger umzugehen, ist Zuflucht in spirituellen und „*philosophischen Lebensarten*“ zu suchen und zu finden.

Vernetzung und Nutzung lokaler Strukturen

Um die vielfältigen Aufgaben bei der Pflege zu erfüllen, braucht man eine gut funktionierende und aufeinander abgestimmte Struktur. Das fängt in der Arztpraxis mit Arzt und Medizinischer Fachangestellter an, geht bei Pflegedienst, Pflegeheim und Therapeuten weiter und endet schließlich bei den pflegenden Angehörigen.

B3: ... In dem Falle arbeiten wir sehr eng zusammen mit Pflegediensten, die vielleicht für andere Dinge vor Ort sind, die beraten dann die Patienten in unserem Namen und unserm Auftrag und zeigen ihnen auch, wo dann die Schwerpunkte sind.

Wenn die Pflege am Ende des Lebens mit Hilfe des Hausarztes und des Pflegedienstes nicht mehr allein zu bewältigen ist, können die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), oder wie in diesem Beispiel eine ortsnahe Palliativstation ein Ausweg sein.

B4: ... und dann gehe ich also meistens den Weg, dass ich in der also auf der Palliativstation anrufe und mit den ähm, wir haben inzwischen also auch ein relativ gutes Verhältnis, weil wir also viele viele Patienten gemeinsam inzwischen begleitet haben und da eben angerufen hab'n, gesagt, also, ich ich brauch einfach die Hilfe, ja, weil ich allein das eben nicht schultern kann und das also kriegen wir, also mit der der Palli kriege ich das ganz gut hin hier. Ja. #00:21:49-1#

Der Hausarzt ist im Allgemeinen in die lokalen Strukturen eingebettet, kennt die meisten Leute, nutzt „kurze Dienstwege“ und weiß, wen er weswegen ansprechen kann. Hier sind Empathie und auch der Willen zur Vernetzung hilfreich. Auch nicht immer eine Gegengabe für Leistungen einzufordern, führt zu Erleichterungen für den Hausarzt, wenn er dadurch schneller oder effektiver entlastet wird.

4. Diskussion

Die Betreuung Pflegebedürftiger durch Angehörige bedeutet für die deutsche Volkswirtschaft eine enorme Entlastung (Schneekloth et al. 2005). Durch eine hohe physische und psychische Anforderung an die pflegenden Angehörigen erleben diese auch vielfältige Belastungen (Gräßel 1998a; Lichte 2005).

Da der Hausarzt ein wichtiger Ansprechpartner für pflegende Angehörige ist (Sewitch et al. 2006) sollte die Beziehung zwischen Hausarzt und pflegenden Angehörigen untersucht werden. Zu klären galt, wie die Hausärzte pflegende Angehörige wahrnehmen, welche Probleme bei der Interaktion zwischen Hausarzt und pflegenden Angehörigen bestehen, und welche Lösungsansätze bestehen.

Aus der besonderen Konstellation einer Dreiecksbeziehung (Abbildung1) zwischen Hausarzt, pflegendem Angehörigen und Pflegebedürftigem ergeben sich die im Folgenden diskutierten Aspekte.

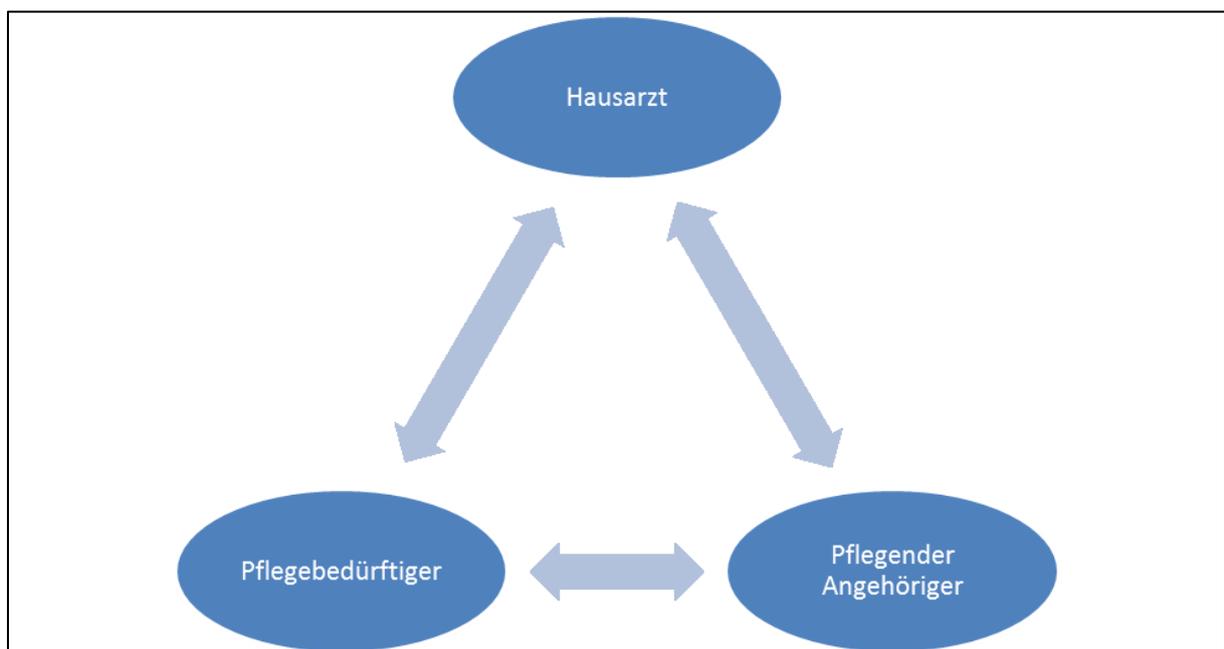


Abbildung 1: Dreiecksbeziehung zwischen Pflegebedürftigem, Pflegendem Angehörigen und Hausarzt

4.1. Erfüllung der Ansprüche der pflegenden Angehörigen an den Hausarzt

Fragen zu pflegerischen oder gesundheitlichen Problemen der zu Pflegenden, die an den Hausarzt in der Praxis oder beim Hausbesuch gestellt werden, können in der Regel recht schnell beantwortet werden. Das liegt sicherlich auch an den Rahmenbedingungen in einer Hausarztpraxis oder bei Hausbesuchen. Das Wartezimmer ist voll, der Arzt hat wenig Zeit und der Patient oder pflegende Angehörige weiß in den meisten Fällen: „Ich muss die wichtigsten Dinge so kurz, knapp und präzise wie möglich vorbringen“. Auf Befindlichkeiten des Angehörigen kann dann selten eingegangen werden. Ein Grund ist möglicherweise darin zu suchen, dass oft auch der zu Pflegende anwesend ist und der pflegende Angehörige aus Rücksicht seine Probleme in den Hintergrund stellt. Außerdem sind es oft komplexe Angelegenheiten, die sehr zeitintensiv sind und die nicht zwischen Tür und Angel besprochen werden können.

In der Angehörigenbefragung von Georges et al. (2008) zeigt sich eine große Differenz zwischen den von den Angehörigen gewünschten und tatsächlich erhaltenen Informationen. Aus Sicht der Hausärzte sind in der vorliegenden Befragung sowohl ein Zeit- als auch ein eigenes Informationsdefizit dafür verantwortlich zu machen.

Um diese Defizite zu minimieren, muss der Hausarzt Gelegenheit haben, für Probleme der pflegenden Angehörigen mehr Zeit einplanen zu können. Folglich sollte die Betreuungs- und Beratungszeit selbstverständlich auch in die tatsächliche Vergütung einfließen. Vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl zu Pflegender und somit auch der pflegenden Angehörigen, sind auf gesundheitspolitischer Ebene Lösungen zu suchen. Bereits 2014 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam mit der DEGAM und dem Angehörigenverband „wir pflegen“ ein Versorgungskonzept entwickelt, in dem es um Versorgungs- und Präventionsangebote für pflegende Angehörige geht (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2014). Es wurde ein Vertrag über ein Versorgungsprogramm für pflegende Angehörige nach § 73c SGB V vorgestellt. Ein Appell der KBV richtete sich an die Krankenkassen, diesen Faden aufzugreifen und das Angebot ihren Versicherten zur Vermeidung pflegebedingter Erkrankungen

anzubieten. Die Thematik wird zwar gesundheitspolitisch verstärkt bearbeitet, aber wie deren Umsetzung erfolgen wird, bleibt abzuwarten.

Einen Lösungsansatz bietet ebenfalls der Einsatz von medizinischen Fachangestellten (MFA) beziehungsweise gut ausgebildeten nichtärztlichen Praxisassistentinnen (NÄPA) oder der in Sachsen-Anhalt schon etablierten Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH®). Informationen zu Pflegediensten und Hilfsmitteln können auch von einer Praxisassistentin gut vermittelt werden. Darüber hinaus bedeutet ein präventiver Hausbesuch durch eine VERAH® eine zeitliche Entlastung für den Hausarzt bei gleichzeitigem Informationsgewinn für den zu Pflegenden und deren Angehörigen. Solch ein präventiver Hausbesuch wird zum Beispiel durch die „IKK gesund plus“ im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung extrabudgetär vergütet. Im Leistungstext ist verankert, dass die VERAH® gesundheitliche Risikofaktoren und das Medikamentenregime begutachten und dokumentieren soll (IKK gesund plus 2015). Hier ist ein guter Ansatz erkennbar, um die Versorgung der Patienten zu verbessern. Jedoch ist im Leistungstext nur der zu pflegende Patient abgebildet. Die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen werden nach wie vor nicht berücksichtigt. Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum ein präventiver Hausbesuch durch eine VERAH® nur bei den „IKK gesund plus“-Mitgliedern mit Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gestattet wird. Dieses Angebot sollten alle GKV-Versicherten und vor allem auch ihre pflegenden Angehörigen in Anspruch nehmen dürfen. Dieser Anspruch sollte gesetzlich verankert werden und könnte damit zur verbesserten Versorgung beitragen.

Dem Hausarzt wird allgemein eine hohe Kompetenz bei der Planung und Beratung zur Pflege zugesprochen. Er ist der erste und wichtigste Ansprechpartner für die pflegenden Angehörigen (Borgsteede et al. 2007; Grande et al. 2004; Kendall et al. 2006). Er muss zwar, um die Komplexität der Pflege gewährleisten zu können auf andere Institutionen verweisen, aber behält in der Regel die Koordination in der Hand. Da die meisten pflegenden Angehörigen noch nie mit Pflegesituationen Kontakt hatten und auch über die gesetzlichen Grundlagen zur Pflege nicht informiert sind, muss der Hausarzt offen für diese eher nicht medizinischen Probleme sein. Das erfordert auch eine kontinuierliche Weiterbildung auf dem Gebiet Sozialmedizinischer Grundlagen und psychosomatischer Grundversorgung.

Mit der Einführung der Pflegestärkungsgesetze I-III soll die Beratung der Angehörigen verbessert und Unterstützungsangebote ausgebaut werden. Hier werden die Pflegekassen zur Pflegeberatung verpflichtet. Schulungen für pflegende Angehörige sollen von jeder Pflegekasse angeboten werden. Die Pflegestufen wurden in Pflegegrade umgewandelt und neue Begutachtungsinstrumente eingeführt. Beispielsweise wird der geistigen Einschränkung bei Demenzerkrankungen jetzt mehr Beachtung geschenkt (BMG 2016). Wie die Umsetzung in der Praxis funktionieren wird, wird sich mit der Zeit zeigen. Mit Sicherheit werden jetzt mehr Pflegebedürftige erfasst. Verantwortlich dafür wird die Abschaffung der auf rein körperlichen Defiziten beruhenden Kriterien für die Pflegestufen sein. Der Hausarzt kann und sollte auch pflegende Angehörige auf die gesetzlich verankerten Pflegeberatungen hinweisen und ermutigen, diese auch wahrzunehmen. Hier wird ein Ansatz gesehen, bestehende Informationslücken zu schließen.

Diese Beratungsangebote sind sicherlich eine gute Möglichkeit, bestimmte Fragen der Angehörigen zu beantworten. In der Praxis wird es dann aber wahrscheinlich so aussehen, dass der pflegende Angehörige sich nach der Pflegeberatung mit einem 24 Seiten langen Bericht beim Hausarzt wieder vorstellen wird. Diese Berichte sind zwar recht aufschlussreich und geben einen guten Überblick über die aktuelle Versorgung, Wohn- und Lebenssituation des zu Pflegenden, aber lesen und bewerten muss dann am Ende wieder der Hausarzt. Er allein trifft die Entscheidung und verordnet entsprechende Heil- und Hilfsmittel. Am Ende ist durch die gute neue Beratung keine Zeitersparnis für den Hausarzt erkennbar.

4.2. Konflikte innerhalb der Dreiecksbeziehung zwischen Hausarzt, pflegendem Angehörigen und zu Pflegenden

Belastungen innerhalb der Pflegesituation sind multifaktoriell angesiedelt. Der zu Pflegende ist durch die Erkrankung und eingeschränkte Autonomie beeinträchtigt, der Angehörige ist durch die dazugekommenen Anforderungen an ihn belastet und der Hausarzt ist durch die steigende Betreuungsintensität strapaziert. „Viele Köche verderben den Brei.“ Dieser Spruch passt, wenn in einer Situation mehrere Parteien involviert sind und durch fehlende Kommunikation „die Suppe versalzen wird“, weil jeder denkt, es müsste noch mehr Salz an die Suppe/den Brei. Teamarbeit ist eine

gute Möglichkeit, Aufgaben auf mehrere Einzelpersonen zu verteilen. Bedeutet jedoch Disziplin, klare Absprachen und einen „Teamleader“, der alles organisiert und überwacht. Dafür ist es essentiell, dass die Kommunikation unter den beteiligten Parteien gut funktioniert. Ist die Kommunikation in einem Hauptbestandteil der Konstellation, also zum Beispiel innerhalb der Familie gestört, birgt das ein hohes Konfliktpotenzial. Funktioniert die Kommunikation zwischen Hausarzt und zu Pflegendem oder pflegendem Angehörigen nicht, stellt der Hausarztwechsel (wenn auch unter erschwerten Bedingungen) eine Option dar. Familiäre Strukturen und Konflikte sind über Jahrzehnte entstanden und erfordern eine besondere Aufmerksamkeit durch den Hausarzt. Meist kennt der Hausarzt seine Patienten schon viele Jahre und kann die Eigenheiten und Wünsche des zu Pflegenden in einen gewachsenen Kontext einbetten. Auf der anderen Seite kennt der Hausarzt aber den pflegenden Angehörigen nicht immer und kann dadurch auch nicht jede Entscheidung des Angehörigen richtig einordnen. Diese Konflikte müssen dem Hausarzt bewusst sein, auch wenn er die Ursachen vorerst nicht kennt oder nur erahnt. Es geht dort zum Teil um hochkomplexe zwischenmenschliche Emotionen, die auch oft mit Scham, Schuldgefühlen und ambivalenten Gefühlen behaftet sind. Das kann nicht nur die Kommunikation erschweren, sondern auch zu physischer und psychischer Gewalt dem zu Pflegenden gegenüber führen. (Williamson et al. 2001)

In der Leitlinie pflegende Angehörige wird es als nachteilig betrachtet, wenn der zu Pflegende und der pflegende Angehörige verschiedene Hausärzte haben (Lichte 2005, S. 5). Diese Versorgungssituation kann aber auch Vorteile haben. Hat der pflegende Angehörige die Möglichkeit zu einem anderen Hausarzt zu gehen, könnte die Gefahr hinter dem zu Pflegenden zu verschwinden geringer sein. Der pflegende Angehörige hat dann einen Ansprechpartner, der sich nicht vorrangig um den Pflegebedürftigen kümmert, sondern in erster Linie um den pflegenden Angehörigen. Hier gilt aber, dass dem behandelnden Hausarzt die Pflegesituation bekannt sein muss. Der pflegende Angehörige muss diese entweder erwähnen, oder der Hausarzt muss diese aktiv erfragen. Praktisch wird ein Wechsel des Hausarztes bei Eintritt einer Pflegesituation kaum erfolgen. Wenn zum Beispiel ein Ehepaar seit vielen Jahren durch den gleichen Hausarzt betreut wird und ein Ehepartner wird zum Pflegefall und der andere zum pflegenden Angehörigen, erfährt der behandelnde Hausarzt die neue Situation aus beiden Perspektiven. Nur darf die Belastung des pflegenden Angehörigen nicht unterschätzt oder gar verdrängt werden.

Die Pflegesituation birgt die Gefahr, dass der Angehörige als potenzieller Patient nicht wahrgenommen wird. Ihm wird nur die Rolle als Ko-Therapeuten zugesprochen und er ist wichtig für die Aufrechterhaltung der Pflegesituation. Der Angehörige stellt sich selbst in den Hintergrund und möchte die Zeit, die der Arzt zur Behandlung des zu Pflegenden benötigt nicht für seine Belange missbrauchen. Der Hausarzt muss den pflegenden Angehörigen in einer körperlich und psychisch schwer belastenden Situation und nicht nur als ausführendes Organ seiner Anweisungen wahrnehmen. Hier sollte der Arzt auch seine Position nutzen, um rechtzeitig einen ambulanten Pflegedienst oder die Unterbringung in einem Pflegeheim zu empfehlen. Somit können Krankenhauseinweisungen und der Kollaps der Pflegeperson vermieden werden. Es ist sicherlich von Vorteil, wenn der Hausarzt den pflegenden Angehörigen schon lange kennt und somit eine Veränderung in seinem Verhalten aufgrund von zunehmender Pflegebelastung rechtzeitig registriert und eine aufmunternde Körpersprache und Kommunikation auf Seiten des Hausarztes besteht.

Auch die Unterbringung in einer Kurzzeitpflege kann prophylaktisch oder in kurzfristig eskalierten Pflegesituationen genutzt werden. Jedoch ist hier die Akzeptanz von pflegendem Angehörigen und zu Pflegendem nicht sehr hoch, wie es in dem Beispiel unter Kapitel 3.2.2.1 Entlastung des Angehörigen erscheint. Ein Umgebungswechsel und ein kurzzeitiger Wegfall der Bezugsperson verhindern oder erschweren gerade bei Demenzkranken die erfolgreiche Erholung des pflegenden Angehörigen während einer Kurzzeitpflege. Die Unterbringung in einer Tagespflege ist oft eine bessere Lösung, da der zu Pflegende stundenweise durch Pflegekräfte und Therapeuten betreut wird, jedoch seine gewohnte Umgebung und seine Bezugsperson nicht für längere Zeit entbehren muss. Diese Betreuungsangebote sollten ausgebaut werden, da damit eine kontinuierliche Entlastung für den pflegenden Angehörigen geschaffen wird.

4.3. Differenz zwischen Zeitbedarf und tatsächlich verfügbarer Gesprächszeit/Zeitmanagement

Es wünschen sich 20% der Angehörigen mehr Führung durch ihren Hausarzt und knapp 16% benötigen einen besseren Überblick über die bestehenden Unterstützungsangebote (Wolfs et al. 2010). Der Hauptgrund ist im Zeitmangel des Hausarztes zu suchen. Die Betreuung pflegender Angehöriger gehört zwar zum Aufgabengebiet des Facharztes für Allgemeinmedizin, dem Hausarzt. Aber die Intensität, mit der jeder Hausarzt die Betreuung und auch Identifikation von besonders belasteten pflegenden Angehörigen betreibt, ist individuell ausgeprägt.

Der tatsächliche Zeitbedarf und die in einer Hausarztpraxis vorhandene Zeit differieren hier stark. Im Durchschnitt stehen dem Hausarzt laut einer Studie von Stunder et al. (2008) 9,4 Minuten pro Patient zur Verfügung. Kommt ein komplizierterer, behandlungsintensiver Fall oder gar ein Notfall hinzu, so verlängert sich die Wartezeit für jeden nachfolgenden Patienten um diese Extrazeit. Das heißt für jeden pflegenden Angehörigen, der eine halbe Stunde ausführlich beraten wird, warten die nächsten Patienten 20 Minuten länger. In schon überfüllten und von Zeitnot bestimmten Hausarztpraxen eine ungünstige Konstellation, um bei den Gesprächen mit den pflegenden Angehörigen auch zeitaufwändige oder unangenehme Themen anzusprechen. Hier ist wahrscheinlich ein Hauptkriterium für die medizinische Unterversorgung pflegender Angehöriger zu suchen.

Das von vielen Angehörigen beklagte Informationsdefizit kann verschiedene Gründe haben. Ein Grund könnten Schamgefühle sein. Der Angehörige traut sich nicht dem Hausarzt bestimmte Fragen zu stellen, aus Scham die Pflegesituation nicht alleine meistern zu können. Auch Unwissenheit spielt eine große Rolle, ob der Hausarzt überhaupt der richtige Ansprechpartner ist. Auch der gefühlte Zeitmangel spielt für den Angehörigen eine Rolle. Eine weitere Ursache ist auf der Seite des Hausarztes zu suchen. Es werden nicht die richtigen Fragen gestellt oder auf Andeutungen wird nicht eingegangen. Auch hier scheint entweder der schon beschriebene Zeitmangel verantwortlich zu sein oder auch Sorgen des Hausarztes, den pflegenden Angehörigen in eine unangenehme Situation zu bringen, bei Anwesenheit des zu Pflegenden. Um dem pflegenden Angehörigen Unterstützung anbieten zu können, muss dieser auch als potenzieller Patient identifiziert und seine Bedürfnisse und

Belastungen wahrgenommen werden. Der Hausarzt muss dafür sensibilisiert werden (Höppner et al. 2015).

Hier wäre es möglich ein Screening durch die Krankenkassen einzuführen, in dem die pflegenden Angehörigen identifiziert werden sollten und dann auch bei entsprechender Vergütung für das Gespräch durch den Hausarzt genauer befragt und gegebenenfalls bei vorliegenden Risikofaktoren untersucht und behandelt werden. Als sinnvolles Hilfsmittel, um die Belastung der pflegenden Angehörigen einschätzen zu können, könnte hierfür die häusliche Pflegeskala (Gräbel 2001) und die Kurzform der Leitlinie Pflegende Angehörige (Lichte 2005) genutzt werden.

Selbst auf die Frage, ob die Angehörigen auch Patienten seien, wurde nicht oder nur ausweichend geantwortet. Das Hauptaugenmerk wurde in den Antworten auf die Frage nach der Vergütung gelegt. Ist ein pflegender Angehöriger kein eigener Patient, so konnte bis 2013 ein Gespräch mit dem Angehörigen nicht abgerechnet werden.

Ein Anliegen kann als Ansuchen, Ersuchen, Gesuch, Bestreben, Bedürfnis, Bitte, Verlangen, Wunsch, Wollen oder Begehren bezeichnet werden. Es wurde der Pflegende Angehörige zwar direkt als Patient benannt. Trotzdem wurde nur nach ganz explizierter Nachfrage und auch dann nicht in jedem Fall der pflegende Angehörige als Patient in den Interviews wahrgenommen. Das lässt sich auf die Realität übertragen. Wenn im Interview der pflegende Angehörige nicht als Patient wahrgenommen wird, kann man davon ausgehen, dass der pflegende Angehörige auch in der Praxis nicht als solcher für den Arzt in Erscheinung tritt.

Eine weitere Möglichkeit Gespräche abzurechnen besteht, wenn bei dem Patienten oder dem pflegenden Angehörigen psychosomatische Krankheitszustände vorliegen. Dies liegt häufig vor, zum Beispiel bei chronischen Schmerzen mit physischen und psychischen Veränderungen des zu Pflegenden oder psychischen Belastungen in Form einer akuten Belastungsreaktion oder Anpassungsstörungen beim pflegenden Angehörigen. Diese Möglichkeit wurde in keinem Interview erwähnt.

Allerdings treten in den Fallbeispielen auch Situationen auf, in denen es um die physischen oder psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen geht. Hier ist aber auch schon meist eine Änderung der Pflege in eine stationäre vorgesehen oder wird zumindest vom Hausarzt empfohlen. Eine sozusagen präventive Intervention

des Hausarztes um diese Pflegeformänderung zu verhindern wird nicht erwähnt. Hier schon im Vorfeld tätig zu werden, könnte so manche Erkrankung des pflegenden Angehörigen verhindern oder zumindest Form und Verlauf abmildern.

4.4. Informationsmöglichkeiten für die Hausarztpraxis

Umfangreiche Informationen sowohl für Patienten und deren Angehörige als auch für Ärzte bietet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an. Das Informationsmaterial kann postalisch bestellt oder auf der Internetseite unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/> eingesehen werden.

Schon seit 2009 besteht für jeden Pflegebedürftigen ein rechtlicher Anspruch auf Beratung durch einen Pflegeberater. Nun können auch pflegende Angehörige und weitere pflegende Personen mit Zustimmung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen seit dem 1. Januar 2016 eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen (BMG 2017).

Informationen über lokale und strukturelle Gegebenheiten vor Ort sind unerlässlich und in der Praxis sind Erfahrungswerte von großem Nutzen. Regionale und überregionale Adressen von Anbietern niederschwelliger Hilfsangebote, Selbsthilfegruppen, Informationen zu Pflegeberatung und Ansprechpartner und gesetzliche Grundlagen scheinen nicht ausreichend vorhanden zu sein oder werden nicht genutzt oder sind nicht bekannt. Auch Checklisten wurden von einigen Interviewpartnern gewünscht. Hier können die DEGAM oder der Hausärzteverband auf alle niedergelassenen Hausärzte zugehen und entsprechendes Material zur Verfügung stellen.

Im Rahmen des Medizinstudiums erscheint es ebenfalls sinnvoll, sozialmedizinisch relevante Themen verstärkt in den Lehrplan zu integrieren. Mit der geplanten Reform des Medizinstudiums (Masterplan Medizinstudium 2020) sollen Studienstruktur und Ausbildungsinhalte verändert werden. Die Lehre wird verstärkt an der Vermittlung arztbezogener Fähigkeiten ausgerichtet. Dabei soll die Arzt-Patientenkommunikation einen größeren Stellenwert als bisher einnehmen. Im Studium sollen die Grundlagen für eine gute ärztliche Gesprächsführung als zentrales Element in der ärztlichen Tätigkeit gelegt werden. Studierende sollen verstärkt Aufgaben und Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit kennen lernen. Die Fallbegleitung

von Patienten und deren Angehörigen trägt dazu bei, auf die immer komplexer werdenden Versorgungsgeschehen auch vorbereitet zu sein (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2017).

Auch in der Weiter- und Fortbildung im Fach Allgemeinmedizin sollte verstärkt auf sozialmedizinisch relevante Themen fokussiert werden. In den Weiterbildungsinhalten auf dem Gebiet „Allgemeinmedizin“ wird Kenntnis über die interdisziplinäre Koordination einschließlich weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepten sowie die Behandlung von Patienten in ihrem familiären Umfeld, häuslichen Milieu und Pflegeeinrichtungen gefordert. Das Thema Pflege sollte in der Facharztausbildung mit all seinen Facetten stärker abgebildet werden. So sollte jeder hausärztlich tätige Kollege, während der Weiterbildung einen verpflichtenden Anteil im ambulanten Bereich absolvieren, der auch die psychosomatische Grundversorgung und Teilnahme an Balint-Gruppen einschließt.

Eine Hauptinformationsquelle für den Hausarzt stellen die vielfältigen Weiterbildungsangebote dar. Während hier verstärkt der Vorstellung einzelner Krankheitsbilder und ihren Behandlungsmöglichkeiten ein breiter Raum eingeräumt wird, sind praktische Hinweise und Informationen über den Umgang mit pflegenden Angehörigen eher selten zu finden. Auch hier sollte die häusliche Pflege, wie beispielsweise die psychische Belastung pflegender Angehöriger und Entlastungsmöglichkeiten intensiver thematisiert werden. Der pflegende Angehörige sollte als Patient wahrgenommen werden. Sinnvoll wäre auch die Etablierung eines Netzwerkes, in dem sowohl Hausarzt als auch pflegende Angehörige entsprechende Informationen beziehungsweise Hilfe einholen können.

4.5. Gründe für die geringe Akzeptanz und Bekanntheit der Leitlinie

Der geringe Bekanntheitsgrad der Leitlinie impliziert nicht gleich eine fehlende Bedeutung des Themas für die hausärztliche Praxis. In den Interviews wurden mögliche Ursachen für die Unbekanntheit erfragt. Die Antworten reichten von einer generellen Leitlinienmüdigkeit bis hin zu mangelnder Publikation. Zitiert wird die Leitlinie durchaus in der Fachliteratur (Budnick et al. 2012). Möglicherweise könnte hier der Hinweis auf die Existenz einer Leitlinie beziehungsweise regelmäßige Re-

Publikation in auch dem Hausarzt zugänglichen und vermutlich häufig gelesenen Zeitschriften, wie „Der Hausarzt“ oder „Der Allgemeinmediziner“ sowie dem „deutschen Ärzteblatt“ hilfreich sein. Eine Umformulierung des Titels könnte ebenfalls in Erwägung gezogen werden, da unter dem jetzigen Titel „Pflegerische Angehörige“ in vielen Fällen andere Inhalte vermutet werden, die sich nicht speziell auf den pflegenden Angehörigen als Patienten beziehen. Unter dem Titel werden vielmehr organisatorische und pflegerische Themen erwartet. Eine Änderung des Titels mit Fokussierung auf die gesundheitlichen Belastungen des Pflegenden Angehörigen wäre wünschenswert. So würde die Änderung des Titels in „Der pflegende Angehörige als Patient“ oder „Vom pflegenden Angehörigen zum Patienten“ dem Inhalt der Leitlinie eher Rechnung tragen und wäre richtungsweisender für den Hausarzt.

4.6. Methodenkritik

4.6.1. Die Rolle des Interviewers

Da ich mich meinen Interviewpartnern als Weiterbildungsassistentin im Gebiet Allgemeinmedizin zu erkennen gab, könnte ein Bias oder eine Verzerrung des Ergebnisses aufgetreten sein. Häufig wird der Forscher vom Interviewten als „Fremder“ betrachtet und somit bleiben dem Untersucher oftmals bestimmte Einblicke verwehrt. Einerseits wurden mir wahrscheinlich einige Abläufe in der Hausarztpraxis nicht erklärt, da sie als bekannt vorausgesetzt wurden. Andererseits wurden mir möglicherweise als sozusagen „Eine der Gruppe Zugehörigen“ umfassendere Einblicke gewährt. Dadurch ist ein Datenverlust möglich, da einige Aspekte als routiniert betrachtet und nicht mehr reflektiert und erklärt werden. Es kann aber auch dazu führen, dass dem zur Gruppe gehörenden Interviewer mehr Einblicke gewährt werden und somit mehr als einem „Fremden“ preisgegeben wird. (Flick, 2005)

Auch bei der Interpretation des Textmaterials scheint meine Position zu Beginn der Dissertation als Weiterbildungsassistentin und beim Verfassen der Arbeit als Fachärztin für Allgemeinmedizin relevant zu sein. Durch eigene Erfahrungen im Umgang mit pflegenden Angehörigen können die Interpretationen subjektiv gefärbt sein. Um das zu umgehen habe ich versucht, durch Gespräche mit Soziologen, wie im Methodenworkshop, unvoreingenommene Gesichtspunkte mitverarbeiten zu

können. Eine Objektivität kann ich nicht in jedem Fall gewährleisten. Dazu wären die Durchführung und die Interpretation der Interviews durch Nichtmediziner nötig. Die Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen waren aber vorteilhaft bei der Wertung von einigen Fakten, wie beispielsweise abrechnungstechnische Modalitäten oder die praktische Umsetzung der Betreuung von Angehörigen und zu Pflegenden und konnten somit in die vorliegende Arbeit einfließen.

4.6.2. Der Arzt

Da der Hausarzt hier selbst befragt wurde, kamen Informationsdefizite, bezogen auf den Hausarzt, nicht zur Sprache. Es wurden eher äußere Aspekte angesprochen, die die Behandlung und Betreuung durch den Arzt erschweren. Hier wäre denkbar, eine weitere Interviewstudie aus Sicht der Angehörigen oder zu Pflegenden anzuschließen, auch um noch bestehende Lücken zu schließen.

4.7. Bias

Es ist gut möglich, dass durch die Eingangsfrage nach der Leitlinie „Pflegende Angehörige“ ein Bias entstand, so dass sich die Interviewten eher auf pflegerische Probleme orientierten. Die Ursache scheint im Titel der Leitlinie begründet und könnte auf die nicht optimale Wahl des Titels hinweisen. Sobald ein Patient mit dem Anliegen eines pflegenden Angehörigen in die Praxis kommt, wird über die pflegerischen Probleme gesprochen und nicht bewusst nach gesundheitlichen Problemen des Pflegenden gefragt. Hier sollte die Leitlinie anknüpfen.

Leider hat sich in den im Vorfeld der Untersuchung verschickten Umfragebögen keine Hausärztin oder Hausarzt zur Frage nach Inhalt und Bekanntheitsgrad der Leitlinie geäußert. Aus diesem Grund wurde diese Frage bei den geplanten Interviews erneut aufgeworfen und in die Diskussion aufgenommen.

Wie und um welche Themen die Leitlinie ergänzt werden muss, sollte gemeinsam mit den Hausärzten erarbeitet werden.

4.8. Ausblick

Durch den Beschluss des Pflegestärkungsgesetzes I – III wurden einige Rahmenbedingungen seit dem 1.1.2015 verbessert. So wurden die Beträge für die ambulante Pflege erhöht und dem stationären Sektor angepasst. Die

Bundesregierung hat zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz verabschiedet. Dies soll die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern. So ist es laut dem Pflegezeitgesetz ohne Zustimmung des Arbeitgebers möglich, 10 Tage im akuten Pflegefall finanziert durch das Pflegeunterstützungsgeld einen Angehörigen zu pflegen. Die Pflegezeit kann bis zu 6 Monate in Anspruch genommen werden. Diese wird durch ein zinsloses Darlehen finanziert. Die Familienpflegezeit für bis zu 24 Monate wird ebenfalls durch ein zinsloses Darlehen unterstützt. Jedoch besteht hier nur ein Rechtsanspruch bei Betrieben mit mindestens 25 Beschäftigten (BMG 2016). Das ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

5. Zusammenfassung

Die Betreuung Pflegebedürftiger durch Angehörige bedeutet für die deutsche Volkswirtschaft eine enorme Entlastung (Schneekloth et al. 2005). Durch eine hohe physische und psychische Anforderung an die pflegenden Angehörigen erleben diese auch vielfältige Belastungen (Gräßel 1998a; Lichte 2005).

Da der Hausarzt ein wichtiger Ansprechpartner für pflegenden Angehörigen ist (Sewitch et al. 2006), sollte die Beziehung zwischen Hausarzt und pflegenden Angehörigen untersucht werden. Zu klären galt, wie die Hausärzte pflegende Angehörige wahrnehmen, welche Probleme bei der Interaktion zwischen Hausarzt und pflegenden Angehörigen bestehen und welche Lösungsansätze möglich sind.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden 10 Hausärzte aus Sachsen-Anhalt zum Thema „Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis“ befragt. Die transkribierten, problemzentrierten Interviews wurden gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert und ein induktiv gewonnenes Kategoriensystem gebildet.

Hausärzte nehmen insbesondere ihren Beratungsauftrag zur Organisation der Pflege und als Informationsquelle zu Erkrankung und Verlauf wahr. Physische und psychische Belastungen der pflegenden Angehörigen werden eher nachrangig bemerkt. Hier gilt es den pflegenden Angehörigen mehr in den Fokus des Hausarztes zu rücken, um präventiv tätig werden zu können, bevor die Belastungen der Pflege zur Dekompensation des pflegenden Angehörigen führen. Unterschiedliche familiäre Konstellationen führen dazu, Konfliktsituationen individuell zu begegnen. Die befragten Hausärzte haben Strategien zur Vereinfachung im Umgang mit pflegenden Angehörigen und besonderen Situationen entwickelt, die auch für andere Kollegen Lösungsstrategien darstellen können.

6. Literaturverzeichnis

- 1 Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V. (1997): Stuttgarter Forderungen anlässlich des 1. Deutschen Alzheimer Kongresses in Stuttgart 04.-06.09.1997. Online verfügbar unter <http://www.alzheimerforum.de/2/16/5/stuttford.html>. Zuletzt geprüft am 23.02.2014.
- 2 Barclay, S; Todd, C; Grande, G; Lipscombe, J: Controlling Cancer Pain in Primary Care: The Prescribing Habits and Knowledge Base of General Practitioners. *Journal of Pain and Symptom Management* 23 (5) (2002), S. 383–392.
- 3 BMG (2012): Wissen in Zahlen - Bundesgesundheitsministerium. BMG. Online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz/wissen-in-zahlen.html>. Zuletzt geprüft am 15.10.2012.
- 4 BMG (2014): Hausarzt - Bundesgesundheitsministerium. BMG. Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/hausarzt.html>. Zuletzt geprüft am 07.05.2014.
- 5 BMG (2016): Die Pflegestärkungsgesetze - Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=684>. Zuletzt geprüft am 04.08.2017.
- 6 BMG (2017): Beratung im Pflegefall. Bundesgesundheitsministerium. Online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/beratung-im-pflegefall.html>. Zuletzt geprüft am 07.02.2017.
- 7 Borgsteede, S; Deliens, L; van, d; Francke, A; Stalman, W; van, E: Interdisciplinary cooperation of GPs in palliative care at home: a nationwide survey in The Netherlands. *Scand J Prim Health Care* 25 (4) (2007), S. 226–231.
- 8 Budnick, A; Kummer, K; Blüher, S; Dräger, D: Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung. *Z Gerontol Geriatr* 45 (3) (2012), S. 201–211.
- 9 Bulsara, CE; Fynn, N: An exploratory study of GP awareness of carer emotional needs in Western Australia. *BMC Fam Pract* 7 (1) (2006), S. 33.
- 10 Bundesministerium des Innern: Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes (2011), S. 160.
- 11 Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): Masterplan Medizinstudium 2020. Beschlusstext. Online verfügbar unter https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf. Zuletzt geprüft am 07.01.2018.

- 12 Burridge, LH; Mitchell, GK; Jiwa, M; Girgis, A: Consultation etiquette in general practice: a qualitative study of what makes it different for lay cancer caregivers. *BMC Fam Pract* 12 (1) (2011), S. 110.
- 13 Donath, C; Grassel, E; Grossfeld-Schmitz, M; Menn, P; Lauterberg, J; Wunder, S et al.: Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients--results of a controlled cluster-randomized study. *BMC Health Serv Res* 10 (2010), S. 314.
- 14 Flick, U: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Originalausg., vollständig überarb. und erw. Neuaufl. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag (2007), S. 12-566.
- 15 Georges, J; Jansen, S; Jackson, J; Meyrieux, A; Sadowska, A; Selmes, M: Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 23 (5) (2008), S. 546–551.
- 16 Glaser, BG; Strauss, AL: The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. New Brunswick, N. J: Aldine Publishing (1999, c1967), S. 53-70.
- 17 Grande, G; Farquhar, M; Barclay, S; Todd, C: Valued aspects of primary palliative care: content analysis of bereaved carers' descriptions. *Br J Gen Pract* 54 (507) (2004), S. 772–778.
- 18 Gräßel, E: Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen (Deutsche Hochschulschriften, 1134) (1998a), S. 1-224.
- 19 Gräßel, E: Pflegende Angehörige: Hilfe auch durch Ärzte. *Dtsch Arztebl International* 95 (39) (1998b), S. 2382–2383. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=13267>.
- 20 Gräßel, E: Häusliche Pflege-Skala. HPS : zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. 12., 2., überarb. Aufl. Ebersberg: Vless (2001), S. 5-29.
- 21 Höppner, C; Schneemilch, M; Lichte, T: Pflegende Angehörige und ihre Belastungen in Hausarztpraxen identifizieren – Hindernisse und Empfehlungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2015 (07+08) (2015), S. 310–314.
- 22 IKK gesund plus: „Vertrag zwischen der IKK gesund plus und dem Hausärzterverband Sachsen -Anhalt e. V. unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen- Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der Hausarzt-zentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (Hausarztvertrag)“. Anlage 4 „Vergütung“ (2015).

- 23 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014): Tagung "Pflegerische Angehörige". Online verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/10117.php>. Zuletzt geprüft am 05.10.2017.
- 24 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2017): EBM Suche. Online verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=03230&s=Suchen>. Zuletzt geprüft am 03.08.2017.
- 25 Kendall, M; Boyd, K; Campbell, C; Cormie, P; Fife, S; Thomas, K et al.: How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers. *Fam Pract* 23 (6) (2006), S. 644–650.
- 26 Koch-Gromus, U; Kress, H: Arzt-Patienten-Verhältnis. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (9) (2012), S. 1081–1084.
- 27 KORTE, H: Einführung in die Geschichte der Soziologie. Die Rollentheorie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (2017), S. 205 - 206.
- 28 Lichte, T: Pflegerische Angehörige. DEGAM-Leitlinie Nr. 6. Unter Mitarbeit von Beyer, M, Mand, K P, Rohde-Kampmann, R, Berndt, M, Rentz, P und Fischer, G. Düsseldorf: omikron publishing (2005), S. 5-56.
- 29 Lüdecke, D; Mnich, E: The impact of sociodemographic factors on the utilisation of support services for family caregivers of elderly dependents – results from the German sample of the EUROFAMCARE study. *Psychosoc Med* (Vol. 9) (2012), S. 1–11.
- 30 Mayring, P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz (2007), S. 9-127.
- 31 Ramsenthaler, C: Serie: Methodik in der palliativmedizinischen Forschung - Qualitative Analysemethoden im Fokus: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (03) (2011), S. 106–108.
- 32 Schneekloth, U: Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). *Z Gerontol Geriatr* 39 (6) (2006), S. 405–412.
- 33 Schneekloth, U; Wahl, H W (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005), S. 9-200.

- 34 Sewitch, M; Yaffe, M; McCusker, J; Ciampi, A: Helping family doctors detect vulnerable caregivers after an emergency department visit for an elderly relative: results of a longitudinal study. *BMC Fam Pract* 7 (2006), S. 46.
- 35 Simon, C; Little, P; Birtwistle, J; Kendrick, T: A questionnaire to measure satisfaction with community services for informal carers of stroke patients: construction and initial piloting. *Health Soc Care Community* 11 (2) (2003), S. 129–137.
- 36 Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse (2011).
- 37 Stunder, W; Scherer, M; Himmel, W: Wie gut schätzen Hausarzt-Patienten den Zeitbedarf einer Konsultation ein? *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) 133 (3) (2008), S. 67–70.
- 38 Thomas, S: 'European primary care': a visionary report of the Dutch Health Council on primary health care in the European Union. *Ned Tijdschr Geneesk* 149 (20) (2005), S. 1086–1088.
- 39 Ulusoy, N; Gräßel, E: Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege - ein Überblick. *Z Gerontol Geriatr* 43 (5) (2010), S. 330–338.
- 40 Williamson, GM; Shaffer, DR; Numerous contributors: Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers. How we were then, how we are now. *Psychology and Aging* 16 (2) (2001), S. 217–226.
- 41 Wolfs, CAG; Vugt, ME de; Verkaaik, M; Verkade, P-J; Verhey, FRJ: Empowered or overpowered? Service use, needs, wants and demands in elderly patients with cognitive impairments. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 25 (10) (2010), S. 1006–1012.

7. Danksagungen

Herrn Prof. Dr. med. T. Lichte danke ich für die Überlassung des Themas, seine Ermutigung dieses Thema zu bearbeiten und viele hilfreiche Ideen. Besonders hervorheben möchte ich sein Engagement, die Betreuung pflegender Angehöriger politisch und medizinisch in den Fokus zu stellen.

Mein besonderer Dank gilt allen Mitarbeitern des Instituts für Allgemein- und Familienmedizin, die dazu beigetragen haben, dass ich dieses Thema bearbeiten konnte und für wertvolle Hinweise.

Ich danke allen Hausärztinnen und Hausärzten, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen zu lesen, zu beantworten und ihn an mich zurückzuschicken. Mein besonderer Dank gilt den Hausärztinnen und Hausärzten, die mir ihre kostbare Zeit, vorwiegend in ihrer Mittagspause, geschenkt haben, um mir durch viele interessante Interviews genügend Material für die vorliegende Studie zu liefern.

Meinen Eltern und meinem Mann danke ich für wertvolle inhaltliche und stilistische Hinweise, ihre Unterstützung während des Studiums, der Facharztausbildung und während des Aufbaus meiner Praxis.

An dieser Stelle möchte ich ganz besonders meinen Kindern danken und mich entschuldigen, dass sie mich während der Erstellung der Promotion oft mit dem PC teilen mussten. Ich danke meinen Eltern und Schwiegereltern für die verstärkte Betreuung meiner Kinder während langer Schreibphasen.

8. Ehrenerklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

„Pflegerische Angehörige in der Hausarztpraxis“

im Institut für Allgemein- und Familienmedizin der Otto-von-Guericke-Universität mit Unterstützung durch Prof. Dr. med. T. Lichte

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den 26.02.2019

Marianne E. Schneemilch

9. Darstellung des Bildungsweges

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Datenschutzgründen nicht enthalten

10. Veröffentlichungen

Publikationen

Höppner, C; Schneemilch, M; Lichte, T: Pflegende Angehörige und ihre Belastungen in Hausarztpraxen identifizieren – Hindernisse und Empfehlungen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2015 (07+08) (2015), S. 310–314

Vorträge

Schneemilch, M (2014): Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis. Vortrag. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Halle, 24.09.2014.

11. Anlagen

- A. Einverständniserklärung
- B. Anschreiben
- C. Fragebogen
- D. Interviewleitfaden
- E. Beobachtungsbogen
- F. Transkriptionsregeln
- G. Legende Transkription
- H. Kategoriensystem

A Einverständniserklärung

Ich

_____ (Name, Vorname)

Geburtsdatum

erkläre, dass ich an der Studie:

„Pflegerische Angehörige in der Hausarztpraxis“

durchgeführt vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg teilnehmen.

- Ich wurde für mich ausreichend mündlich und/oder schriftlich über die wissenschaftliche Untersuchung informiert.
- Ich erkläre mich bereit, dass im Rahmen der Studie Daten über mich gesammelt und anonymisiert aufgezeichnet werden. Es wird gewährleistet, dass meine personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Bei der Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat. Meine persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutz.
- Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einverständniserklärung, ohne Angabe von Gründen, widerrufen kann, ohne dass dies für mich nachteilige Folgen hat.
- Mit der vorstehend geschilderten Vorgehensweise bin ich einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift)

B Anschreiben

INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Postfach 4120, 39016 Magdeburg

Anrede
Titel, Vorname, Name
Straße, Hausnr.
Postleitzahl, Ort

Prof. Dr. med. Thomas Lichte
Facharzt für Allgemeinmedizin Palliativmedizin
Psychotherapie Rettungsmedizin

Institutsdirektor

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Leipziger Str. 44 Haus 40, Ebene 6
39112 Magdeburg

Telefon: +49 391 67-21009

Telefax: +49 391 67-21010

thomas.lichte@med.ovgu.de

ialm@med.ovgu.de

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom: Unsere Zeichen Durchwahl: Datum:
Li - 21009

Umfrage zur speziellen Belastung von Hausärzten bei der Betreuung versorgender Angehörige

Sehr geehrte/r Anrede, Titel, Name,

im Rahmen der Überarbeitung der DEGAM-S3-Leitlinie Nr. 6 „Pflegerische Angehörige“ führt das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg eine Befragung niedergelassener Hausärzte in Sachsen-Anhalt durch. Hierbei dient der umseitige Fragebogen der Orientierung. Wesentliche Dinge über die spezielle Belastung der Hausärzte in besonderen Situationen mit schwerstkranken und sterbenden Patienten soll in einer qualitativen Studie näher beleuchtet werden.

Zur Durchführung der qualitativen Studie im Rahmen meiner Promotion suche ich Hausärztinnen und Hausärzte, die sich für ein Interview zur Verfügung stellen würden. Die Interviews finden im September und Oktober 2012 statt und dauern 30 – 45 Minuten.

Falls sich mehr Ärztinnen und Ärzte als für die Studie notwendig zur Teilnahme bereit erklären, wählen wir ggf. die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter soziodemographischen Gesichtspunkten aus.

Für eine genaue Terminvereinbarung melde ich mich telefonisch bei Ihnen.

Wir bedanken uns für Ihre Kooperation!

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen

Marianne Schneemilch

Lehrkoordinatorin Q13 Palliativmedizin

Doktorandin

Prof. Dr. med. Thomas Lichte

Direktor des Instituts für

Allgemeinmedizin

C Fragebogen

FAX-Antwort an das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg
FAX-Nr.: 0391 67 – 21010 z. Hd. Frau M. Schneemilch

Ist die Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ bekannt? ja nein

Wird sie genutzt? ja nein

In Welchen Bereichen wird Sie genutzt? _____

Wird sie als notwendig erachtet? ja nein

Warum? bzw. Warum nicht? _____

Welche Themen sollten in der Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ ergänzt oder erweitert werden?

Sind pflegerische Angehörige ein Thema in der Hausarztpraxis? ja nein

Wird die Situation aktiv vom Hausarzt thematisiert oder vom Patienten nachgefragt?

Ungefähre Anzahl der Pflegefamilien im Quartal: ca. _____ Patienten/Quartal

Wie viel Zeit benötigen Sie pro Woche für die Belange versorgender Angehörige?

Ca. _____ Minuten/Stunden pro Woche (nicht zutreffendes bitte streichen)

Haben Sie die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin? ja nein

Art der Praxis: Gemeinschaftspraxis MVZ
 Einzelpraxis andere _____

Niederlassung im ländlichen städtischen Bereich?

Wären Sie bereit zu einem Interview im Rahmen einer Promotion zum Thema

„Aufgabe und Stellenwert/Stellung von Hausärzten in der Betreuung von pflegenden/versorgenden Angehörigen“

ja nein

Alter ____ J. Geschlecht w m _____ J. als Hausärztin/Hausarzt tätig

Praxisstempel, Datum, Unterschrift

Das Team des Instituts für Allgemeinmedizin bedankt sich für Ihre Kooperation!

D Interviewleitfaden ‚Pflegerische Angehörige in der Hausarztpraxis‘

1. Woran kann es liegen, dass die Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ so unbekannt ist?
 - Wie kann man das ändern?
2. Mit welchen Anliegen wenden sich pflegerische Angehörige an Sie?
3. Wie viel Zeit beansprucht die Betreuung pflegerischer Angehöriger?
 - Was kostet die meiste Zeit?
4. Wie ist Ihr Verhältnis zu pflegenden Angehörigen?
 - Ist ein versorgender Angehöriger ein Patient?
 - Wie entlasten die Angehörigen Sie?
 - Belasten Angehörige Sie?
 - Wie gehen Sie damit um?
5. Wie reflektiert ein Hausarzt die Zusammenarbeit mit versorgenden Angehörigen?
 - Berichten Sie bitte von einem Fall, der bei Ihnen im Gedächtnis geblieben ist.
 - Berichten Sie über eine sehr schwierige/positive Situation im Zusammenhang mit pflegenden Angehörigen.
6. Glauben Sie, Sie betreuen Ihre pflegenden Angehörigen optimal?
 - Was würden Sie anders machen wenn Sie könnten?
 - Was glauben Sie, wie machen das Ihre Kollegen?
 - Welche zusätzlichen Hilfen/Informationen benötigen Sie zur Beratung pflegerischer Angehöriger?
7. Selbstreflexion
 - Wünschen Sie sich auch von Angehörigen zu Hause gepflegt zu werden?
 - Denken Sie, dies ist machbar?
8. Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen möchten, was bisher noch nicht besprochen wurde?

E Beobachtungsbogen Interview

Interviewpartner:

Ort:

Dauer:

1. Ort des Interviews:
2. Soziale Situation:
 - a. Was war vorher, was hinterher? Gab es Unterbrechungen?
3. Atmosphäre:
 - a. Wie ist die Stimmung in der Praxis/am Gesprächsort
 - b. Wie ist der erste Eindruck vom Gesprächspartner
 - c. Wie hab ich mich gefühlt?
 - d. Wie war das Gespräch im Vergleich zu anderen Interviews?
4. Informationen, die mit Tonband nicht dokumentiert werden:
 - a. Sinneswahrnehmungen (olfaktorisch, visuell, akustisch, taktil)
 - b. Was Gesprächspartner nicht wünschte
 - c. Zusätzliche Informationen vor oder nach Aufzeichnung
5. Eigene Hypothesen:
 - a. Betreffend Forschungsfrage
 - b. Wo ist Gesprächspartner ausgewichen?
 - c. Welche Stärken hatte das Interview?
6. Probleme und Ergänzungen:
 - a. Welche Frage war heikel?
 - b. Was lerne ich daraus für die weiteren Interviews?

F Transkriptionsregeln

1. Der Text wird lautsprachlich transkribiert: Beispiel: wird nüschts gesagt, wird es auch als nüschts aufgeschrieben. Vorhandene Dialekte werden mit transkribiert.

2. Die Sprache und Interpunktion wird nicht geglättet.

Beispiel: „Ich mache also hier son hausärztlichen Qualitätszirkel, ...“

3. Pausen werden bis 3 Sekunden als (...) gekennzeichnet, ein Punkt steht für eine Sekunde. Bei mehr als drei Sekunden wird die Zahl ausgeschrieben: (5 Sekunden).

4. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine bestimmte Person erlauben, werden (sofern es geht) ausgelassen und mit *** gekennzeichnet.

5. Besonders betonte Begriffe oder Wortsilben werden fett markiert.

Beispiel: „... unsere **Fachkollegen** ...“

6. Zustimmung oder bestätigende Lautäußerungen werden mit transkribiert und in Klammern gekennzeichnet. „Mhm (bejahend), mhm (verneinend)“

7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden kursiv dargestellt: „Sicherlich auch im Hinblick auf, ich sag mal, gesundheitliche Probleme, die die Angehörigen entwickeln könnten *genau* äh ist da schon was ähm rangetragen worden?“

8. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer, gekennzeichnet (zum Beispiel „B3“).

9. Überlappende Äußerungen werden durch zwei Schrägstriche am Anfang und Ende der jeweiligen Überlappung bei beiden Gesprächspartnern gekennzeichnet.

Bsp.: „Also so vom Krankenhaussektor zu Ihnen? //Die Zuweisungen.// #00:11:52-7#

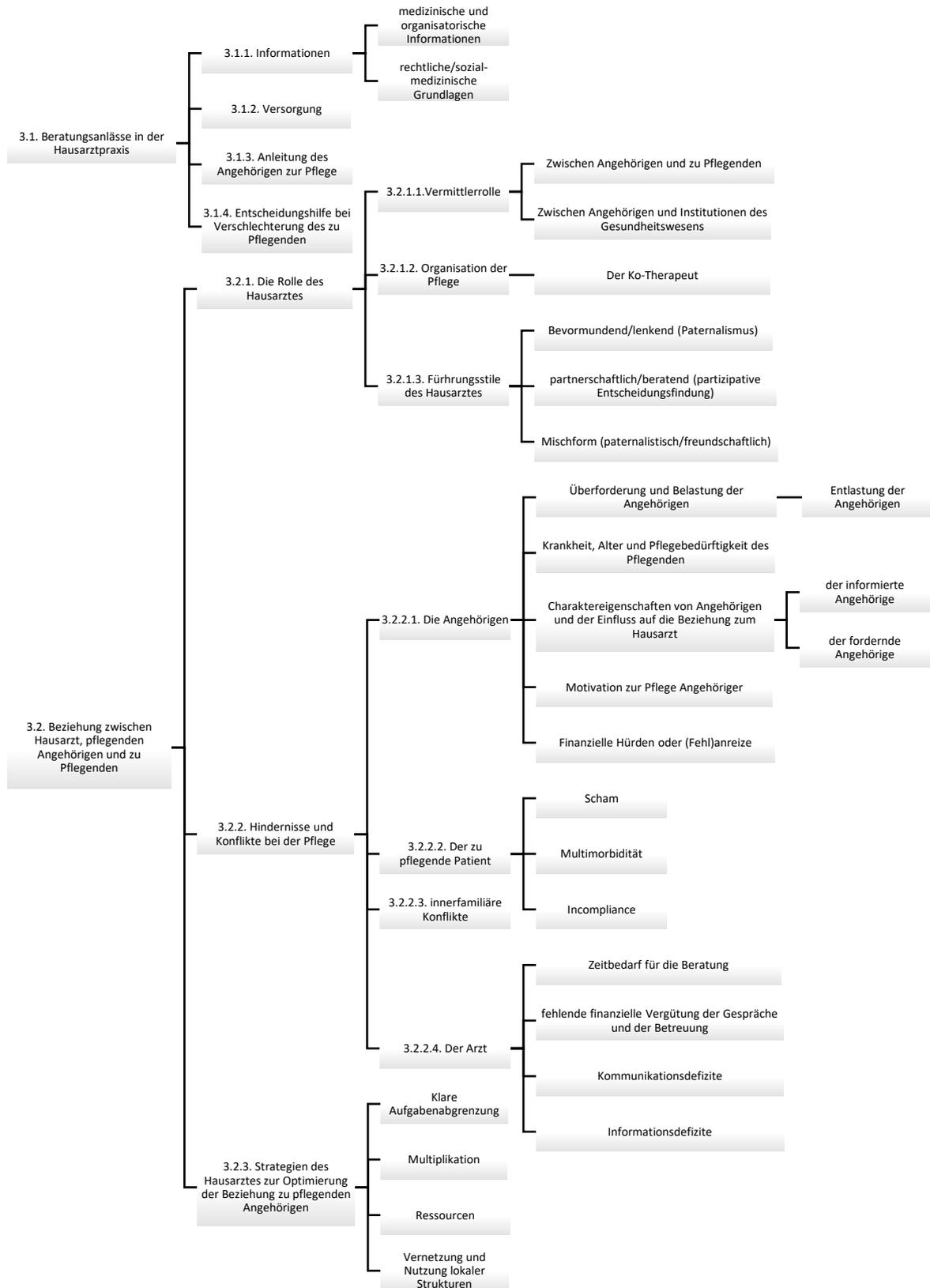
B2: //Ja, das ist ja// sowieso, was so oft beklagt wird, dass eben die Kommunikation da doch dann hakt.“

Weitere Hinweise zu komplexen Transkriptionsregeln in Kuckartz (2007: 37ff, Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, Wiesbaden, VS-Verlag)

G Legende Transkription

- () Kommentare der Interviewenden
Laute, Gesten, Mimiken
- (...) Pause, jeder Punkt steht für eine Sekunde
- /\ Unterbrechung, Abschneiden eines Wortes/Satzes
- fett** Betonung eines Wortes, Buchstaben
- *** Auslassung bestimmter Orte, Personennamen
- Wort wurde nicht zu Ende gesprochen
- “ wörtliche Rede

H Kategoriensystem



Hauptkategorien

Unterkategorien 1. Ordnung

Unterkategorien 2. Ordnung

Unterkategorien 3. Ordnung

Unterkategorien 4. Ordnung