

BP Allgemeinmedizin: Die Übergabe-S

Ein modernes Gesundheitssystem ist hochgradig arbeitsteilig. Dies bedeutet positiv, dass Patienten mit großer Expertise und z. T. auch Spezialisierung behandelt werden. Dass daran mehrere Personen oder Einrichtungen beteiligt sind, kann jedoch mangelnde Information und vielfältige Risiken mit sich bringen. Eine gute Kommunikation ist also nicht nur mit unserem Patienten, sondern auch zwischen den Behandlern im Gesundheitswesen zentral.

Unter einer »Übergabe« verstehen wir eine strukturierte Information eines Behandlers an einen anderen, so dass dieser den Patienten kompetent und sicher weiter- bzw. mitbetreuen kann. Übergaben finden bei Dienstübergaben, Entlassungs- und Verlegungsberichten, Über- und Einweisungen, aber auch Visiten und der kollegialen Fallbesprechung statt.

Ein strukturierter Übergabe-Bericht hilft auch, die Problematik eines Patienten noch einmal zu durchdenken, Wissenslücken aufzutun und vielleicht die Behandlung zu optimieren. Er gibt Ihnen außerdem die Möglichkeit, Ihre Kompetenz deutlich zu machen: in Bezug auf Datensammlung (Anamnese und Befund), intelligente Hypothesenbildung und -prüfung sowie eine gute Kommunikation mit dem Patienten.

Deshalb ist die Übergabe an ihren Lehrarzt wichtiger Bestandteil des Blockpraktikums Allge-

meinmedizin. Das IMPP sieht vor, dass im Rahmen von mündlichen Prüfungen künftig strukturierte Übergaben verlangt werden.

Sie haben in Ihrer Lehrpraxis einen eigenen Raum, um mit einem Patienten zu sprechen und ihn zu untersuchen. Die hier dargestellte Struktur soll Ihnen helfen, die nötigen Informationen einzuholen, zu ordnen und effizient in der Übergabe an Ihren Lehrarzt zu übermitteln. Dabei sollten Sie eine schlüssige „Storyline“ erkennen lassen, welche die erhobenen Informationen in einen sinnvollen Zusammenhang bringt.

Wir behandeln zunächst eine Konsultation wegen Beschwerden, dann einen Praxisbesuch im Rahmen der Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die im Folgenden aufgeführten Punkte sind sowohl im Kontakt mit dem Patienten, wie auch bei der folgenden Übergabe zu bedenken.

Symptom-getriggerte Konsultationen

Präsentier-Symptom: ggf. das mit der größten subjektiven Beeinträchtigung auswählen („Beratungsanlass“)

Art, Stärke, Lokalisation, Dauer der Symptome; funktionelle Zusammenhänge (z.B. Bauchschmerzen und Nahrungsaufnahme, Brustschmerzen bei Anstrengung)

Ideen, Befürchtungen, Erwartungen: Was vermutet der Patient als Ursache der Beschwerden? Was beängstigt ihn? Was erwartet er ggf. an Diagnostik und Therapie?

Relevante Vorerkrankungen: wenn zahlreich, auf aktuell relevante beschränken; Dauerbehandlungen (z.B. Medikamente)

Sozialanamnese: Beruf, Lebenssituation (Partner, Wohngemeinschaft)

Körperliche Untersuchung: fokussiert auf den heutigen Beratungsanlass

Differenzial-Diagnosen: durchdenken Sie verschiedene Erklärungen und erfragen bzw. erheben entsprechend Symptome oder Befunde

Diagnostische Schlussfolgerung: Ihre Hypothesen (Reihenfolge richtet sich nach Wahrscheinlichkeit und Schwere)

Weitere Abklärung (falls erforderlich); Behandlungsvorschläge

Betreuung chronisch kranker Menschen in der hausärztlichen Praxis: DMP-Patienten

Optimal betreute chronisch Kranken suchen regelmäßig die Praxis auf, auch wenn sie (noch) nicht an manifesten Beschwerden leiden. Sie können sich im Gespräch also nicht an einem aktuell präsentierten Symptom orientieren. Diese Stichworte helfen Ihnen, auch bei diesen Patienten die relevanten Daten zu erheben, um die

Person und die Behandlungsprobleme zu verstehen. Wir nehmen als Beispiel den D mellitus Typ 2, das Vorgehen lässt sich jedoch ohne weiteres auf andere Erkrankungen übertragen.

In Ihrem Gespräch mit dem Patienten gehen sie von objektiven Krankheitsdaten aus (z.B. Dauer und Schwere der Erkrankung). Wichtig ist jedoch, dass Sie hier nicht stehen bleiben: was bedeutet die Krankheit für Ihren Patienten subjektiv? Schließlich sollten Sie ein Bild vom ihm als Person gewinnen und vermitteln, also auch einen Blick auf die gesunden Anteile dieser Person werfen. Bis zu diesem Punkt kommen sie dann, wenn sich ihr Patient im Gespräch gut verstanden fühlt und Ihnen Vertrauen entgegenbringt.

KRANKHEIT OBJEKTIV

Das Datum der Erstdiagnose gibt Ihnen einen Hinweis auf die Dauer der Erkrankung. Die laufende Therapie ist auch deshalb interessant, weil sie einen Rückschluss auf die Schwere der Erkrankung erlaubt (z.B. Insulin vs. rein orale Behandlung). Die aktuelle Kontrolle der Erkrankung spiegelt sich beim Diabetes mellitus im Hb_{A1C}, beim Asthma hat der Peak Flow Wert eine ähnliche Funktion. Beim Diabetes mellitus sind zudem kardiovaskuläre Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Rauchen) und Komorbiditäten (z.B. Herzinsuffizienz) wichtig, da diese synergistisch zu Organschäden führen können. Der Blutdruck ist für die Langzeit-Prognose des Diabetikers mindestens so wichtig wie der Hb_{A1C}.

KRANKHEIT SUBJEKTIV

Im nächsten Schritt bringen Sie in Erfahrung, was die Erkrankung für Ihren Patienten bedeutet. Sie fragen einerseits nach Beschwerden und Einschränkungen durch die Erkrankung im Alltag, aber auch nach dem Selbstmanagement: wie geht der Patient mit seiner Krankheit um? Führt er selbst Messungen durch, passt er die Medikamente an, stellt er sich in anderer Weise auf die Erkrankung ein?

DIE PERSON

Schließlich weiten Sie den Blick auf Ihren Patienten als Person: wie reagiert er emotional auf seine Situation? Welche Unterstützung erfährt er in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis und bei der Arbeit? Andererseits: welche speziellen Probleme ergeben sich hier? Um nicht nur die Aspekte von Krankheit auszuleuchten, fragen Sie, was im Leben besondere Freude macht.

Wenn Sie Ihren Patienten so weit verstanden haben, ist ein Gespräch über Therapieziele sinnvoll. Damit sind nicht medizinische Surrogatgrößen (z.B. Hb_{A1C}, Blutdruck) gemeint, sondern die aktuelle Lebensqualität (Vermeiden von Symptomen) und/oder die langfristige Verhütung von Organschäden; aber auch die Belastung durch Therapien (v.a. Medikamente) soll gering gehalten werden. Was ist Ihrem Patienten besonders wichtig? Was hält er für einen sinnvollen nächsten Schritt?

Gesprächsführung

Widmen Sie die ersten Minuten ganz Ihrem Patienten. Ignorieren Sie den PC und sorgen Sie für Blickkontakt (aktives Zuhören). Lassen Sie Ihren Patienten ausreden und stellen Ihre Fragen erst dann, wenn die spontane Anfangsphase („Induktives Streifen“) abgeschlossen ist. Notieren Sie erst dann Stichworte, wenn Sie die wesentlichen Informationen erhalten und sich ein Bild gemacht haben. Dies ist dann eine gute Gelegenheit, die Anamnese in Ihren Worten zusammenzufassen und vom Patienten dazu ein Feedback einzuholen.

Informationen gliedern, reduzieren und übergeben

Sie werden die o.g. Punkte im Gespräch mit dem Patienten berücksichtigen. Aber nicht alle sind zum heutigen Zeitpunkt relevant. Den Überblick behalten Sie mit einfachen Schemata. Für die symptom-getriggerte Konsultation ist dies: Subjektive – Objective – Assessment – Plan (**SOAP**). Beim Chronisch Kranken **OBJEKTIV-SUBJEKTIV-PERSON**. Referieren Sie z.B. nicht alle untersuchten Organe, sondern nur die heute relevanten. Das können auch Normalbefunde sein, wenn es sich um wichtige Differenzialdiagnosen handelt. Bei der Übergabe selbst versuchen Sie, immer besser die Informationen zu priorisieren und auf das zu konzentrieren, was für die Behandlung des Patienten wichtig ist.