

„Das Sterben gehört zum Leben“

Wie kann Palliativversorgung gelingen in Zeiten immer knapper werdender ärztlicher und zeitlicher Ressourcen? Auf den PUNKT traf drei Frankfurter Hausärztinnen und sprach mit ihnen über ihre Erfahrungen in der palliativmedizinischen Versorgung und über das erfolgreiche Kooperationsmodell mit dem Evangelischen Hospiz in Frankfurt.

Im Herzen von Frankfurt, nur wenige Gehminuten vom Main entfernt, liegt in erstaunlich ruhiger Lage das Evangelische Hospiz. Es ist eines von zwei Hospizen in der Main-



metropole. Hier wurde in den letzten zehn Jahren ein Versorgungsmodell etabliert, von dem alle Beteiligten profitieren: Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige und natürlich die Patienten selbst. Dahinter steckt aber auch viel Organisationsaufwand, vorausschauendes Handeln und Engagement, wie sich im Gespräch mit den Hausärztinnen Dr. Lilian Froeschmann, Christiane Klein und Dr. Annette Sedlak sowie mit der Hospizleiterin Dr. Dagmar Müller herausstellt.

Alle drei Medizinerinnen sind in Frankfurt niedergelassen und betreuen zusätzlich zu ihrer regulären Praxistätigkeit schwerkranke und sterbende Patienten im Pflegeheim, zu Hause und seit einigen Jahren auch im Frankfurter Hospiz. Sie haben sich dort auf eine Kooperation eingelassen, von der sie heute sagen, sie funktioniert fast immer reibungslos und ist gut händelbar neben dem Praxisalltag. Davon möchten sie auch andere ärztliche Kollegen überzeugen, denn das im Frankfurter Hospiz praktizierte Modell könnte eine Blaupause für weitere Kooperationen zwischen Ärzten und stationären Einrichtungen sein.

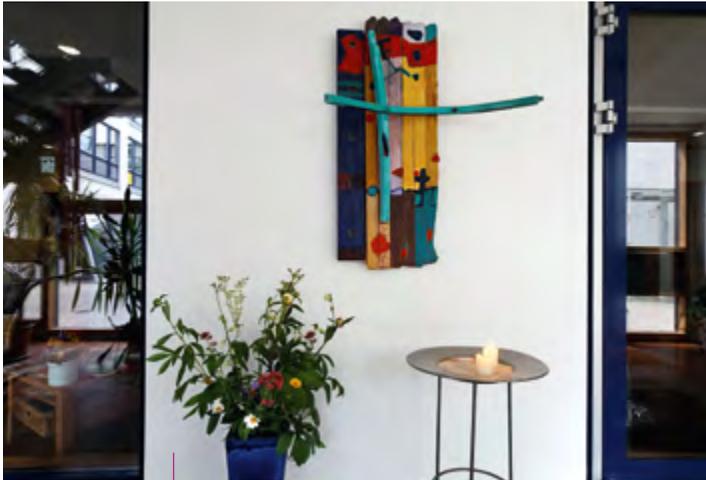
ALLES IST ORGANISATION

Die pflegerische und medizinische Betreuung der zwölf Hospizbewohner erfolgt nach klaren Organisationsstrukturen.

Sechs niedergelassene Hausärzte kooperieren mit dem Evangelischen Hospiz und übernehmen bei Bedarf die palliativmedizinische Versorgung. Einmal wöchentlich von Montag bis Donnerstag kommt jeder Arzt zur persönlichen Visite vorbei. Damit ist gewährleistet, dass an vier Tagen pro Woche immer ein Mediziner im Haus ist. Medikamentenvorschläge, Behandlungspläne oder Rezeptanforderungen werden vor jeder geplanten Visite gebündelt in die Praxis übermittelt. So kann sich der zuständige Arzt auf den nächsten Hospizbesuch vorbereiten oder sich in den Krankheitsverlauf eines neuen Patienten einlesen. Gleiches gilt auch für weitere medizinische Fragen, die sich während der Pflege ergeben. Auch sie werden von den Pflegekräften gesammelt und dann schriftlich an den behandelnden Arzt übermittelt, um die Betriebsabläufe in der Praxis nicht zu stören.

MULTIPROFESSIONELLES ARBEITEN

Im Hospiz arbeiten Ehrenamtliche und Hauptamtliche eng miteinander. Pflegekräfte, Hauswirtschaft-



Im Eingangsbereich wird eine Kerze angezündet, wenn ein Bewohner verstirbt.

terinnen, ein Seelsorger, eine Psychotherapeutin, ein Apotheker und die kooperierenden niedergelassenen Ärzte versorgen die Patienten und tauschen sich regelmäßig über den Gesundheitszustand der Patienten aus. Für die Hausärztinnen stellt das eine Entlastung dar. „Wir als Ärzte, aber auch das Pflegepersonal, sind palliativmedizinisch ausgebildet, sodass wir auf Augenhöhe miteinander kommunizieren. Der gegenseitige Respekt ist das Ausschlaggebende, sodass auch das Zusammenarbeiten überwiegend komplikationslos funktioniert. Wir können sicher sein, dass, wenn es eine Problematik gibt, nichts auf die lange Bank geschoben wird“, berichtet Christiane Klein. Das heißt jedoch nicht, dass bei jeder „kleinen Krise“ – wie es die Ärztinnen häufig in der Kooperation mit Pflegeheimen erleben – sofort der Arzt angerufen wird. Im Gegenteil können sich die Medizinerinnen darauf verlassen, dass die erfahrenen Pflegekräfte verantwortungsvoll und vorausschauend handeln und nur bei wirklichen Notfällen anrufen. Damit wird die Rufbereitschaft auch nicht, wie oftmals von Kollegen befürchtet, zur Dauerbelastung. „Wir haben natürlich eine Rufbereitschaft, aber sie wird nicht oft beansprucht, weil die fachliche Kompetenz der Hospizmitarbeiter so groß ist. Das erleichtert das Arbeiten ungemain“, erzählt die Griesheimer Allgemeinmedizinerin Dr. Annette Sedlak.

ALLER ANFANG IST SCHWER

Bis jedoch dieses Modell, in dem Abläufe und Zuständigkeiten klar geregelt sind, etabliert war, musste an einigen Stellschrauben gedreht werden. Im Jahr 2009 wurde das Hospiz eröffnet. Die Hospizleiterin erin-

tert sich, dass es damals bei den angefragten Ärzten großen Respekt gegenüber der Hospizbetreuung gab und es gar nicht so leicht war, die medizinische Versorgung sicherzustellen: „Als wir hier anfangen, hatten wir eine Schmerztherapeutin und eine niedergelassene Hausärztin. Wir haben dann gezielt Niedergelassene in ganz Frankfurt angefragt, ob sie hier tätig werden wollen. Dazu war eine richtige Akquise nötig“, erzählt Dr. Dagmar Müller rückblickend.

Schlussendlich war die Akquise erfolgreich. Den kooperierenden Hausärzten war es aber wichtig, gemeinsame Leitlinien für die Versorgung der Patienten festzulegen. Sie entwickelten ein Konzept, das beispielsweise regelt, welche Medikamente in welcher Dosierung bei bestimmten palliativen Symptomen verabreicht werden können. Das Ziel war, möglichst wenige Medikamente einzusetzen. Das sorgt für mehr Sicherheit bei den Pflegekräften, hilft den Ärzten, wenn sie sich gegenseitig vertreten müssen, und die Partnerapotheke kann die benötigten Medikamente immer vorhalten.

UNTERWEGS ALS EINZELKÄMPFER

Palliativversorgung erfolgt natürlich nicht nur im Hospiz, sondern viel häufiger im Pflegeheim oder häuslichen Bereich. Für die Frankfurter Hausärztinnen gehört die Versorgung der Patienten bis zum Lebensende zur hausärztlichen Tätigkeit unbedingt dazu. Sie sind sich aber auch einig, dass die Betreuung zu Hause noch mehr abverlangt. „Wenn man Palliativpatienten zu Hause versorgt, wird man häufiger angerufen. Man ist ein ambulanter Einzelkämpfer. Das ist ein großer Unterschied zur Tätigkeit im Hospiz“, erzählt Dr. Lilian Froeschmann, die in einer Gemeinschaftspraxis in Sachsenhausen niedergelassen ist. Und Dr. Sedlak ergänzt: „Es ist zum einen zeitaufwendiger, weil man die Gespräche mit den Patienten und ihren Angehörigen führen muss. Im Hospiz übernimmt das die Hospiz- oder Pflegeleitung. Zum anderen finde ich es fast belastender, weil man alle Entscheidungen alleine trifft, ohne eine Rückversicherung oder den fachlichen Austausch mit Kollegen.“

PFLEGEHEIME HABEN NACHHOLBEDARF

Bei ihrer Arbeit in Pflegeheimen haben sie dagegen häufig die Erfahrung gemacht, dass gerade bei den Pflegekräften palliativmedizinisches Wissen fehlt und dadurch häufig große Unsicherheit im Umgang mit



Seit vielen Jahren in der Palliativversorgung tätig (v. l.): Dr. Lilian Froeschmann, Dr. Dagmar Müller, Christiane Klein und Dr. Annette Sedlak.

Schwerkranken besteht. Dabei sollte es so sein, dass Menschen an dem Ort, an dem sie sind, auch sterben dürfen und nicht noch in der letzten Sekunde ins Krankenhaus verlegt werden. „Sterben gehört zum Leben dazu und dennoch gibt es in den Pflegeheimen, wo ein Großteil der Palliativpatienten liegt, oft keinen sicheren Umgang mit solchen Situationen“, beklagt Dr. Dagmar Müller.

Um dem entgegenzuwirken, hat das Evangelische Hospiz eine Kooperation mit einem Pflegeheim sowie einem ambulanten Pflegedienst ins Leben gerufen. Dabei wird den Mitarbeitern das Versorgungsmodell des Hospizes vorgestellt, um mehr Sicherheit im Umgang mit Sterbenden aufzubauen und die Versorgung im Pflegeheim in der letzten Lebensphase besser zu gestalten. „Die Zielsetzung ist nicht, die Hospize auszubauen“, macht Dr. Dagmar Müller klar, „sondern die Zielsetzung ist, dass Menschen da, wo sie sind – zu Hause oder im Pflegeheim –, würdevoll sterben können.“

Dafür braucht es aber auch in Zukunft engagierte Palliativmediziner. Viele scheuen aufgrund der schwierigen Arbeitsbedingungen die palliativmedizinische Versorgung insbesondere in Pflegeheimen. Aber auch der ärztliche Nachwuchs, das wissen Christiane Klein und Dr. Lilian Froeschmann aus ihrer Arbeit mit Medizinstudenten, bringt eine andere Anspruchshaltung mit, bei der die eingeforderte Work-Life-Balance genauso wie finanzielle Aspekte berufsentscheidend sein werden. Die Hausärztinnen fordern daher die Po-

litik zum Handeln auf, damit die Palliativmedizin langfristig nicht hintenunterfällt. Aus ihrer Sicht müsste die Palliativmedizin aus dem Leistungsbudget ausgeklammert und extrabudgetär vergütet werden.

WÜRDEVOLLES STERBEN ERMÖGLICHEN

Doch trotz des hohen Arbeitspensums, der Zusatzbelastung durch Haus- und Heimbefuche und der verhältnismäßig geringen Vergütung möchten die Frankfurter Allgemeinmedizinerinnen weitermachen. Jede hat dafür ihre ganz eigene Motivation. „So, wie ich meine Palliativpatienten behandle, möchte ich auch gerne selbst im Alter behandelt werden“, erklärt Christiane Klein. „Wenn man sieht, dass ein Mensch würdevoll sterben kann, dann ist das auch für mich sehr befriedigend“, erzählt Dr. Annette Sedlak. „Ich finde, es gehört einfach zur hausärztlichen Tätigkeit dazu, Menschen bis zum Tod zu begleiten“, ergänzt abschließend Dr. Lilian Froeschmann. ■

Marilena Demarez-Bandeh

KONTAKT

Sie möchten sich über die Möglichkeiten einer palliativmedizinischen Tätigkeit informieren? Carolin Rupprecht aus dem BeratungsCenter Frankfurt steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

T. 069 24741-6198
E. beratung-frankfurt@kvhessen.de