

# **JAHRESBERICHT 2010**

PALLIAMO GmbH

PALLIAMO e.V.

# Inhaltsverzeichnis:

## A) PALLIAMO GmbH

### 1. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung - 1 Jahr unter Vertrag

- 1.1 Chronik der Ereignisse im Jahr 2010
- 1.2 MitarbeiterInnen
  - 1.2.1 Unsere Organisationszentrale
  - 1.2.2 Unser Palliative-Care-Team
  - 1.2.3 Weiterbildungen
  - 1.2.4 Kooperationen

### 2. Statistische Daten der Patienten 6

- 2.1 Beginn
  - 2.1.1 Anzahl
  - 2.1.2 Erstkontakt
  - 2.1.3 Geschlecht und Altersverteilung
  - 2.1.4 Karnowsky-Index
  - 2.1.5 Erkrankungen und Beschwerden
- 2.2 Betreuungsnetz
  - 2.2.1 Zusammenarbeit Palliativpflege, -medizin und Hospizverein
  - 2.2.2 Zusammenarbeit mit Hausarzt und Pflegedienst
- 2.3 Abschluss

### 3. Geleistete Arbeit 10

- 3.1 Konsile (Beratung und Koordination)
  - 3.1.1 Beratung ohne Abrechnung
  - 3.1.2 Konsile mit Abrechnung
- 3.2 Begleitungen (Teil- und Vollversorgung)
  - 3.2.1 Anzahl der Besuche
  - 3.2.2 Dauer der Besuche und Fahrzeit
  - 3.2.3 Betreuungsdauer
  - 3.2.4 Medikamentenpumpen
  - 3.2.5 Stationäre Einweisungen
- 3.3 Qualitative Erhebungen bei Begleitungen
  - 3.3.1 Sorgepunkte zu Beginn und nach einer Woche
  - 3.3.2 Sorgepunkte bei Abschluss - Gruppierungen
- 3.4 Patientenferne Arbeitszeiten

### 4. Resumée 17

### 5. Patientenbeispiele 19

## B) PALLIAMO e.V.

- 1. Vorstand, Beirat und Mitarbeiterinnen 23
- 2. Aus der Vorstandsarbeit
- 3. Weiterbildung in Palliative Care
  - 3.1 Kurse für Fachpersonal
  - 3.2 Palliativ- und Hospizakademie Regensburg
- 4. Aktivitäten für Betroffene

### Impressum 25

## Erläuterungen zu wichtigen Begriffen:

SAPV steht für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung.

Nach den gesetzlichen SAPV-Vorschriften kann ein Patient in vier Kategorien ergänzend zum Hausarzt und Pflegedienst betreut werden:

- Beratungsleistung: zumindest telefonische Beratung von Patienten, Angehörigen oder beruflich für den Patienten Tätigen
- Koordinationsleistung: Beratung sowie persönlicher Kontakt zum Patienten, Hilfen beim Bilden des Betreuungsnetzes
- Additiv unterstützende Teilversorgung: Hausbesuche, Übernahme einer umschriebenen Aufgabe (z.B. Schmerztherapie), dafür 24-Stunden-Bereitschaft
- Vollversorgung: zusätzlich Übernahme mehrerer Aufgaben, 24-Stunden-Bereitschaft

In der Praxis besteht kein Unterschied zwischen Beratung und Koordination, ebenso wenig zwischen Teil- und Vollversorgung. In diesem Jahresbericht werden daher folgende Ausdrücke verwendet:

### **Konsil:**

Bezeichnung für eine Beratungs- oder Koordinationsleistung, darunter zählen:

- Beratung ohne Abrechnung: beratende Tätigkeit ohne eine Verordnung nach Muster 63, meist telefonisch, aber auch Vorstellungsbesuche z.B. im Krankenhaus
- Beratung mit Abrechnung mit mindestens einem Hausbesuch oder Koordination mit mehr als einem Hausbesuch

### **Begleitung oder Versorgung:**

Bezeichnungen für additiv unterstützende Teilversorgung oder Vollversorgung, also eine Betreuung mit Hausbesuchen und 24-Stunden-Bereitschaft.

Im Text wird zugunsten der Lesbarkeit die männliche oder weibliche Form gewählt, auch wenn Personen beiderlei Geschlechts gemeint sind.

# A) PALLIAMO GmbH

## 1. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung - 1 Jahr unter Vertrag

### 1.1 Chronik der Ereignisse im Jahr 2010

Der Verein Palliativversorgung mobil (im folgenden abgekürzt als PALLIAMO) e.V. Regensburg hat die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (im folgenden abgekürzt als SAPV) in Regensburg seit 2004 aufgebaut und das Palliative-Care-Team im Sommer 2007 organisatorisch an die PALLIAMO GmbH angegliedert. Seit dem 1. Juli 2009 arbeitet PALLIAMO als erstes SAPV-Team in Bayern unter Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen. Dieser konnte kassenübergreifend auf der Grundlage des bayerischen Mustervertrages geschlossen werden.

Das Jahr 2010 war also das erste Geschäftsjahr in finanzieller Sicherheit, aber auch unter den zu erfüllenden administrativen Vorgaben des Vertrages und unter - wohlwollender - Aufsicht der Kassen bzw. des Medizinischen Dienstes.

Seit Beginn des Jahres 2010 beteiligt sich das SAPV Team an der Studie „Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – eine explorative Begleitstudie“, durchgeführt von Prof. Werner Schneider, Universität Augsburg, finanziell unterstützt durch die Paula Kubitschek-Vogel-Stiftung sowie dem Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Dies wird als Möglichkeit einer externen Qualitätsbeurteilung gesehen. Die Ergebnisse werden im Jahr 2011 vorgestellt werden.

Anfang des Jahres wurden die neuen Büroräume bezogen, so dass nun eine adäquate zentrale Anlaufstelle zur Verfügung steht und auch gerne als solche genutzt wird. Leider erkrankte die Geschäftsführerin Frau Simone Winkler-Pohl langfristig, so dass Neubesetzungen im Verwaltungsbereich nötig wurden.

Unverändert blieb die kompetente und inzwischen vollständig qualifizierte Teambesetzung, nun komplettiert und somit dem prognostizierten Bedarf entsprechend, was sich in einer doch deutlich ausgeglicheneren Arbeitsbelastung niederschlug.

Im Alltag wirkt sich der Vertragsabschluss mit den Krankenkassen dadurch aus, dass eine zusätzliche Belastung durch die rechtzeitige Vorlage der Verordnung (Muster 63) entstanden ist. Diese muss

- spätestens am ersten Tag der Tätigkeit des SAPV-Teams ausgestellt sowie
- innerhalb dreier Werktagen nach Ausstellung bei der jeweiligen Kasse eingereicht sein, sonst verfällt jeglicher Anspruch auf Bezahlung.

Der Auftrag zur Mitbetreuung von Patienten erfolgt ausschließlich telefonisch und fast immer in akuten Situationen. Da kaum ein niedergelassener Arzt über die verwaltungstechnische Seite informiert ist oder gar das dafür nötige Muster 63 vorrätig hält, entstehen zusätzliche Arbeitszeiten für das Team (Formular in die jeweilige Arztpraxis bringen, es dem Hausarzt erklären und es ausfüllen lassen, Unterschrift vom Patienten besorgen, im Büro abgeben, dort übernimmt die Verwaltung die weitere Zustellung). Es ist schade, dass diese Zeiten und Energien für die Betreuung von Familien und Patienten verloren gehen. Da ein Hausarzt im Durchschnitt weniger als einmal pro Jahr SAPV benötigt<sup>1</sup>, also ständig „neue“ Hausärzte eingewiesen werden müssen, werden diese Tätigkeiten weiterhin einen Teil der Arbeitszeit beanspruchen.

Das Fazit aus diesem Arbeitsjahr heißt: SAPV ist nach den gesetzlichen Vorgaben sowie dem geschlossenen Vertrag durchführbar und findet hohe Akzeptanz bei Patienten und Angehörigen, inzwischen auch bei den pflegerischen und ärztlichen Kollegen. Derzeit ist die Finanzierung ausreichend.

---

<sup>1</sup> SAPV ist selten: 10% der Sterbenden sollen SAPV erhalten. Das bedeutet pro großer Hausarztpraxis (im Schnitt 7 Todesfälle pro 1000 Scheine im Jahr) weniger als eine Überweisung pro Jahr an das SAPV-Team.

## **1.2 MitarbeiterInnen**

### **1.2.1 Unsere Organisationszentrale**

Ein großer Dank geht an Frau Eva-Maria Körber, Schatzmeisterin von PALLIAMO e.V., die sich ersatzweise als Geschäftsführerin für unsere erkrankte Mitarbeiterin Frau Simone Winkler-Pohl zur Verfügung gestellt hat.

Die administrativen Geschicke werden nun gelenkt durch:

Frau Eva-Maria Körber, ehrenamtliche Geschäftsführerin  
Frau Claudia Brunner, Sekretärin  
Frau Gabriele Karmann, Sekretärin

Das Sekretariat ist verantwortlich für die An- und Abmeldungen der Patienten bei den Kassen, die Rechnungserstellung, aber auch die Eingabe der Arbeitsdaten in das Statistikprogramm sowie für Entgegennahme von Anfragen, für telefonische Beratungen über unsere Arbeitsweise sowie für zahlreiche weitere Hilfen für die Arbeit des Teams „draußen“ - eben eine echte Koordinationszentrale.

### **1.2.2 Unser Palliative-Care-Team**

Im Palliativteam arbeiteten im Jahr 2010 folgende Personen, welche alle die hohen Qualifikationsansprüche des bayerischen Mustervertrages für SAPV erfüllen:

#### **Palliativmedizin:**

Frau Dr. med. Elisabeth Albrecht, Fachärztin für Innere und Palliative Medizin, Weiterbildungs-ermächtigung für Palliativmedizin; Teamleitung

Frau Dr. med. Petra Sieber, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin

Frau Dr. med. Sabine Lins, Fachärztin für Anästhesie, Schmerztherapie und Palliativmedizin

#### **Palliativpflege:**

Frau Almuth Grigorakakis, Krankenschwester (Pflegedienstleitung ambulanter Bereich), Palliative-Care-Fachkraft, Palliative-Care-Ausbildungsschwester, Leitungs- und Einsatzbefähigung Hospizarbeit

Frau Christine Wesch, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Palliative-Care-Fachkraft

Frau Sabine Elb, Krankenschwester, Palliative-Care-Fachkraft, Zusatzausbildung in Wundmanagement

Frau Carola Woick-Kracher, Krankenschwester, Heilpädagogin, Palliative-Care-Fachkraft

Herr Markus Wegmann, Intensivpfleger, Palliative-Care-Fachkraft

Die von uns mit Teil- oder Vollversorgung betreuten Patienten wenden sich werktags zwischen 8 und 18 Uhr an ihren jeweiligen Lotsen. Zusätzlich, besonders für nachts und für das Wochenende, haben sie eine Telefonnummer, die auf den jeweils Diensthabenden geschaltet ist. In einer Krisensituation fährt also entweder der Lotse oder eine diensthabende Fachkraft sofort zum Patienten und kümmert sich. Sollte eine Pflegekraft bei unvorhergesehenen Veränderungen medizinische Unterstützung benötigen, so kann sie eine Teamärztin über Telefon jederzeit erreichen. Sehr selten ist es nötig, dass die Hintergrundärztin ebenfalls zum Patienten fahren muss.

### **1.2.3 Weiterbildungen**

Alle Mitarbeiterinnen nehmen regelmäßig an Weiterbildungen teil, außerdem wenden einige ihre Freizeit auf, um in Kursen oder Vorträgen Informationen und Wissen über Palliative Care weiterzuvermitteln. Viele Fortbildungen liegen an Wochenenden, bis zu 5 Arbeitstage können an Arbeitszeit dafür verwendet werden, darüber hinausgehend werden Urlaubstage eingebracht. Um einen Überblick über dieses Engagement zu geben, sind im folgenden die Anzahl der Unterrichtseinheiten (UE) sowie die Anzahl der Veranstaltungen zusammengefasst.

Dr. med. Elisabeth Albrecht:	teilgenommen 60 UE bei 8 Veranstaltungen gehalten 136 UE bei 16 Veranstaltungen 15 auswärtige Termine zur SAPV-Weiterentwicklung
Sabine Elb:	teilgenommen 39 UE bei 7 Veranstaltungen gehalten 56 UE bei 23 Veranstaltungen
Almuth Grigorakakis:	teilgenommen 48 UE bei drei Veranstaltungen gehalten 84 UE bei 15 Veranstaltungen
Dr. med. Sabine Lins:	teilgenommen 98 UE bei 6 Veranstaltungen gehalten 124 UE bei 5 Veranstaltungen
Dr. med. Petra Sieber:	teilgenommen 46 UE bei 4 Veranstaltungen
Markus Wegmann:	teilgenommen 24 UE bei 6 Veranstaltungen
Christine Wesch:	teilgenommen 6 UE bei 3 Veranstaltungen gehalten 4 UE bei 2 Veranstaltungen
Carola Woick-Kracher:	teilgenommen 98 UE bei 8 Veranstaltungen

### **1.2.4 Kooperationen:**

Mit dem Hospizverein Regensburg e.V. besteht ein Kooperationsvertrag und eine enge Zusammenarbeit.

Für Fragen aus dem Bereich der Sozialarbeit steht dem Team dankenswerterweise Frau Susanne Strobl, Bayerische Krebsgesellschaft, Geschäftsstelle Regensburg, zur Verfügung.

Es ist uns ein Anliegen, mit jeder Apotheke im Stadtgebiet und im Landkreis zusammenzuarbeiten. Mit etlichen Apotheken hat sich eine besonders gute gemeinsame Arbeit entwickelt. Insbesondere können wir zunehmend auf Betäubungsmittel auch ohne Vorbestellung zurückgreifen.

Vielfältige Kontakte pflegen wir zu ABRIGO, dem Palliativdienst an der Universitätsklinik Regensburg, insbesondere bei gemeinsamen Weiterbildungsaktivitäten sowie beim Erfahrungsaustausch im Jour fixe, zu dem wir alle in Palliative Care Aktiven regelmäßig einladen.

Kooperationsvereinbarungen bestehen mit dem Krankenhaus Barmherzige Brüder sowie dem Krankenhaus St. Josef. Besonders eng gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der Palliativstation des Krankenhauses Barmherzige Brüder sowie mit dem Palliativdienst am Caritas-Krankenhaus St. Josef, zumal in beiden Institutionen sektorenübergreifend Mitarbeiterinnen des Palliative-Care-Teams von PALLIAMO tätig sind.

## 2. Statistische Daten der Patienten

### 2.1 Beginn

#### 2.1.1 Anzahl

Im Jahr 2010 war das Team bei 366 Behandlungsfällen involviert. Dies umfasst folgende unterschiedliche Intensitätsgruppen in der Arbeit:

- 188 mal wurden Patienten, Angehörige, Hausärzte und Pflegedienste ohne Abrechnung beraten, was von telefonischen Beratungen über 15 Minuten bis zu stundenlangen Besuchen reichte; dies entspricht der SAPV-Kategorie Beratung.
- In 44 Fällen wurden beratende und/oder längerfristig betreuende Hausbesuche durchgeführt; diese **Konsile** entsprechen in der SAPV-Einteilung<sup>2</sup> einer Beratung mit Hausbesuch oder, wenn längerfristig, einer Koordination.
- Bei 134 Patienten wurde eine **Begleitung** vereinbart und diese im Jahr 2010 abgeschlossen. Sie entspricht der SAPV-Kategorie Teil- oder Vollversorgung, beinhaltet also die **24-h-Fahrbereitschaft**.

Am Jahreswechsel 2010/2011 waren 7 Patienten in der Betreuung, drei davon in der Koordination.

Hinter den 178 Fällen, in denen ein Konsil oder eine Begleitung durchgeführt wurde, verbergen sich 164 Personen (im Vorjahr: 156 Personen). In 14 Fällen konnte PALLIAMO seine Hilfe zunächst beenden, war später aber erneut beim selben Patienten tätig. Weitere fünf Patienten waren bereits im Vorjahr betreut worden.

#### 2.1.2 Erstkontakt

Der Erstkontakt kommt inzwischen fast immer über Fachleute zustande. Die Anzahl der Kontaktaufnahmen durch Hausärzte ist weiter angestiegen, etwa die Hälfte der Patienten werden nun über Niedergelassene und ambulante Dienste auf uns aufmerksam, rund ein Drittel über die Krankenhäuser, darunter die meisten über die Palliativdienste (Palliativstation Barmherzige Brüder, Palliativdienst St. Josef).

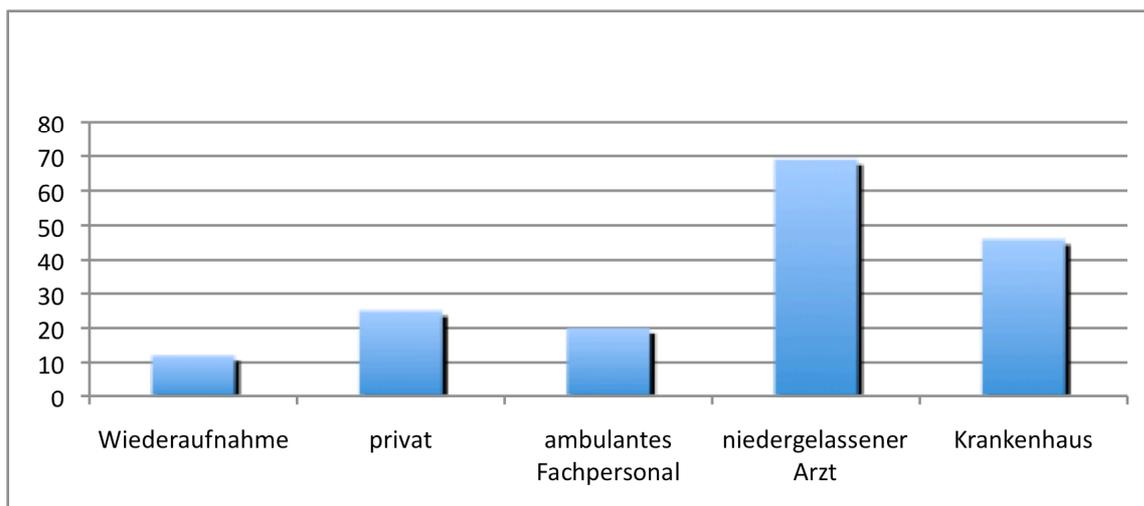


Abbildung 1: Erstkontakt 2010 (n= 172, da bei 6 Patienten keine Angabe)

<sup>2</sup> Die Zuordnung zu einer SAPV-Kategorie ist im Vertragsanhang für PALLIAMO festgelegt worden. Sie ist nur bedingt auf andere Palliativteams übertragbar.

### 2.1.3 Geschlecht und Altersverteilung

Im Jahr 2010 betreute das Palliativteam 96 mal Frauen (58%) und 68 mal Männer (42%). Die Hälfte der Patienten war jünger als 72 Jahre. Damit blieb das mediane Alter unverändert zum Vorjahr.

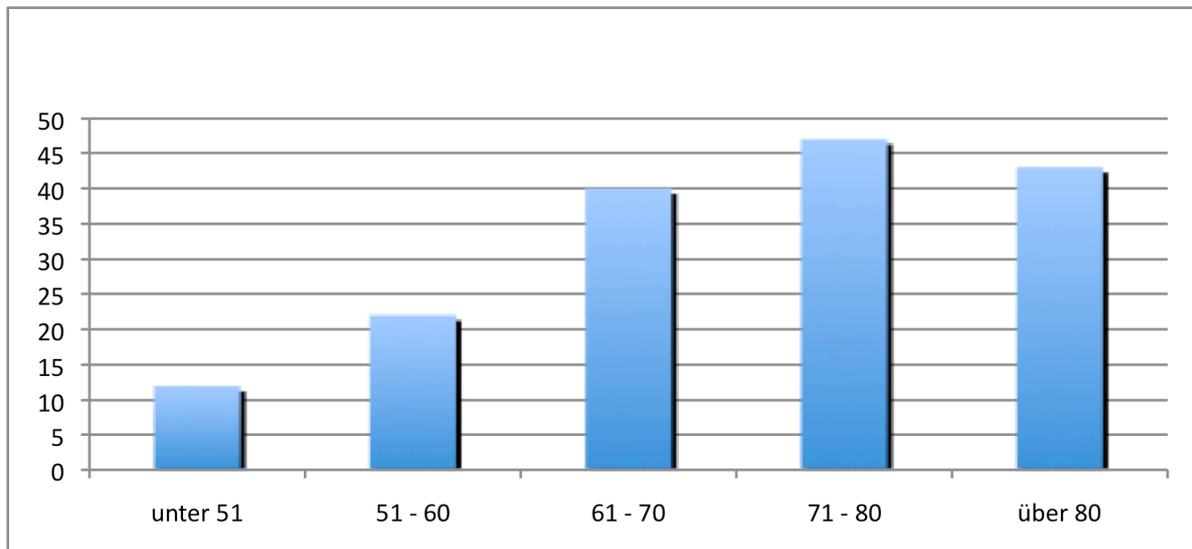


Abbildung 2: Alter der betreuten Patienten (n = 164 ohne doppelt angelegte Patienten)

### 2.1.4 Karnowsky-Index

Dieser Index gibt einen Anhaltspunkt für den Gesamtzustand eines Patienten, wobei nicht das Vorliegen von Beschwerden, sondern die Einschränkungen durch die Krankheit im täglichen Leben bzw. der Pflegebedarf gewertet werden:

#### Karnowsky-Index

100%	Pat. beschwerdefrei Keine Krankheitszeichen
90%	Fähig zur normalen Aktivität Nur geringe Krankheitszeichen
80%	Mit Anstrengung normale Aktivität möglich, mäßige Krankheitszeichen
70%	Selbstversorgung möglich, unfähig zur Entfaltung einer normalen Aktivität oder aktiven Tätigkeit
60%	Pat. benötigt gelegentlich fremde Hilfe
50%	Erhebliche Hilfeleistungen nötig Häufig medizinische Pflege
40%	Pat. ist behindert und pflegebedürftig
30%	Stark behindert Krankenhausaufnahme ist indiziert
20%	Schwerkrank Krankenhausaufnahme ist zur aktiven unterstützenden Therapie notwendig
10%	Moribund Rasches Fortschreiten der lebensbedrohlichen Erkrankung

Bei über einem Drittel der Patienten war bereits - wie im Vorjahr - zu Beginn der Betreuung eine Krankenhausaufnahme indiziert (Karnowsky 30% oder darunter). Erwartungsgemäß ha-

ben die Patienten in Begleitung einen niedrigeren Karnowsky-Index (41% Karnowsky 30% und weniger) als die Konsil-Patienten.

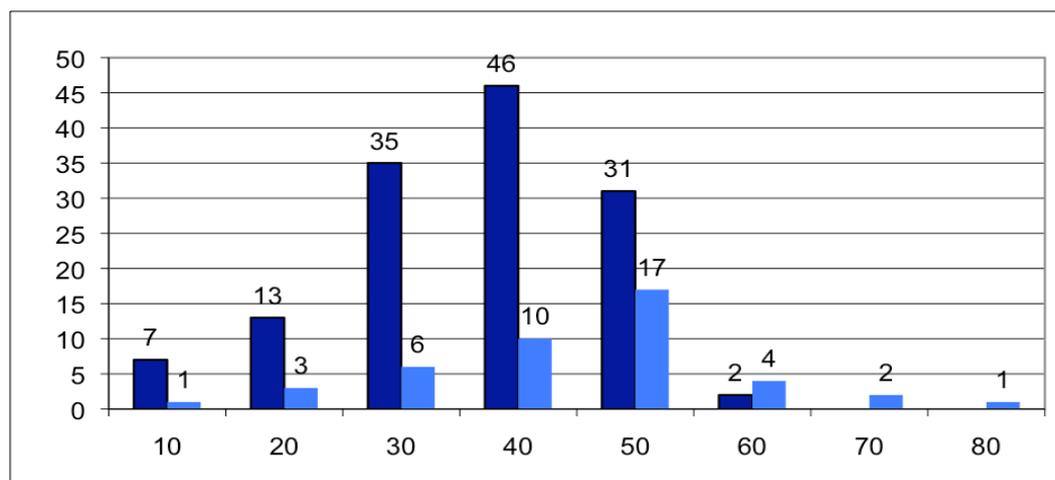


Abbildung 3: Verteilung des Karnowsky-Index für Konsile (■ n=44) und Begleitungen (■ n=134)

### 2.1.5 Erkrankungen und Beschwerden

Die Patienten waren mit ihrer schwersten Erkrankung zuzuordnen den

- malignen Erkrankungen 149
- internistischen Erkrankungen 23
- neurologischen Erkrankungen 6

Bei Aufnahme wurden insgesamt 380 Hauptgründe angegeben, warum das Palliativteam involviert werden musste, also pro Patient durchschnittlich zwei gleich wichtige:

- 117 mal Schmerzen
- 79 mal gastrointestinale Probleme
- 63 mal Atemnot
- 68 mal neurologische / psychiatrische Symptome
- 11 mal exulzierende Tumore oder Wunden
- 10 mal urogenitale Probleme
- 32 mal weitere Symptome oder Probleme

## 2.2 Betreuungsnetz

### 2.2.1 Zusammenarbeit Palliativpflege, -medizin und Hospizverein

Konsile werden zunächst von der angefragten Berufsgruppe ausgeführt, bedarfsweise wird die jeweils andere zugezogen. Im Jahr 2010 ergab das bei den 44 Konsilen folgendes Bild:

- Palliativkonsil pflegerisch: 5 Patienten,
- Palliativkonsil ärztlich: 29 Patienten, bei 3 plus Hospizverein
- Palliativkonsil pflegerisch und ärztlich: 10 Patienten.

Die Unterstützung durch den Hospizverein wird empfohlen und von den Familien gerne in Anspruch genommen, wobei dies nicht immer schon vor Beendigung der Betreuung durch PALLIAMO in die Wege geleitet ist.

Jeder Patient in Teil- oder Vollversorgung erhält grundsätzlich mindestens einen Besuch einer ärztlichen sowie einer pflegerischen Palliativfachkraft. Damit werden die verschiedenen Aspekte in der jeweiligen Situation deutlich besser erfasst, als wenn nur eine Berufsgruppe vor Ort

ist. Außerdem müssen medikamentöse Änderungen ärztlich verantwortet, insbesondere ein Notfallplan aufgestellt und ärztlich unterzeichnet werden. In Ausnahmefällen ist die Kooperation mit dem Hausarzt dafür ausreichend gewesen. Es ergaben sich folgende gemeinsame Tätigkeiten:

- Begleitung durch Palliativpflege und -medizin: 120 Patienten, davon 25 plus Hospizverein
- Besuch nur durch Palliativärztin 4 mal, nur durch Palliativpflege 10 mal.

### 2.2.2 Zusammenarbeit mit Hausarzt und Pflegedienst

SAPV wird ergänzend zum vorhandenen Betreuungsnetz geleistet. Auch im Jahr 2010 waren also Pflegedienste und Hausärzte bei einer Teil- oder Vollversorgung durch PALLIAMO grundsätzlich, jedoch nicht immer weiter beteiligt.

Bei den 134 abgeschlossenen Begleitungen waren bei Abschluss involviert:

- bei 50 Patienten ein Pflegedienst, bei 58 keiner, 26 Patienten waren im Pflegeheim
- bei 112 Patienten der Hausarzt, bei 22 war kein Hausarzt mit Hausbesuchen involviert (z.B. ambulante Betreuung nur durch Facharzt; Umzug, so dass Hausbesuche vom bisherigen Arzt nicht mehr durchgeführt wurden und nicht ausreichend Zeit war, einen neuen Hausarzt zu finden).

Es zeigt sich also erneut, dass überwiegend die Angehörigen pflegerische Maßnahmen durchführten und nicht nur Grund-, sondern auch - häufig aufwändige - Behandlungspflege ersetzen.

Die meisten Hausärzte (insgesamt etwa 90 verschiedene pro Jahr) schätzen die Zusammenarbeit mit dem Palliativteam und stehen weiter ihren Patienten zur Verfügung. Die gemeinsame Tätigkeit mit den Pflegediensten und Pflegeheimen sowie den weiteren auf Palliative Care spezialisierten Fachkräften in Regensburg ist durchwegs als sehr positiv zu bezeichnen.

## 2.3 Abschluss

Neben den 188 Beratungsfällen ohne Abrechnung wurde PALLIAMO folgendermaßen tätig:

- In 44 Fällen erfolgte eine Beratung oder Koordination, also eine Versorgung ohne 24-Stunden-Rufbereitschaft; dabei wurden 12 Patienten erneut später von PALLIAMO betreut (11 mal Teilversorgung, 1 mal Koordination).
- In 134 Fällen wurden Patienten längerfristig begleitet und die Betreuung im Jahre 2009 abgeschlossen:
  - fünf Patienten stabilisierten sich,
  - bei zwei Patienten wurde die Betreuung beendet, da der Hausarzt dies wünschte,
  - 127 Patienten verstarben, und zwar:

	<b>Anzahl Patienten</b>	<b>davon am Wunschort</b>		<b>keine Angabe</b>
		<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Zu Hause	81	76		(5)
Im Heim	26	22	1	(3)
Krankenhaus allgemein	6	1	4	(1)
Palliativstation	14	6	4	(4)
<b>Gesamtzahl:</b>	<b>127</b>	<b>105</b>	<b>9</b>	<b>(13)</b>

107 Patienten (84%) sind ambulant verstorben. Geht man davon aus, dass die Patienten, welche sich nicht mehr zum bevorzugten Sterbeort im Vorhinein äußern konnten, dort zufrieden waren, wo sie sich befanden, dann sind 93% dort gestorben, wo sie es sich wünschten.

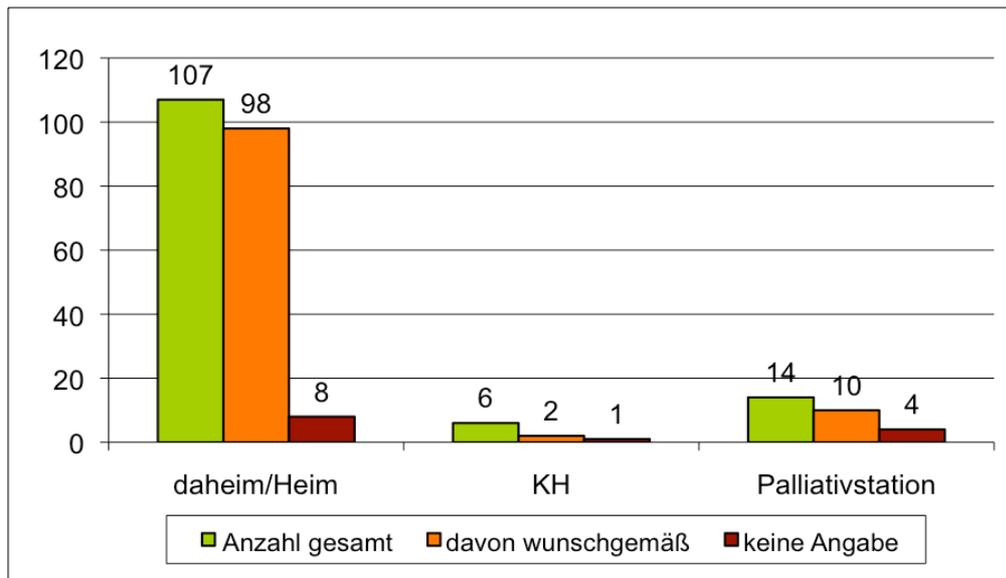


Abbildung 4: Sterbeort im Jahr 2010

### 3. Geleistete Arbeit

#### 3.1 Konsil (Beratung und Koordination)

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich in dieser Gruppe am meisten inhaltlich und numerisch geändert, da vertraglich die Kategorie „Beratung ohne Abrechnung“ neu geschaffen wurde. Im Jahr 2010 wurden daher diese Kontakte erstmalig durchgehend dokumentiert, wenn sie 15 Minuten oder länger in Anspruch nahmen, bei Besuchen auch die Fahrzeit<sup>3</sup>.

##### 3.1.1 Beratung ohne Abrechnung und weitere Arbeitsbesuche

Patienten oder Angehörige erhielten in 188 Fällen fachliche Beratung, etwa je zur Hälfte telefonisch und durch einen Besuch (71 Besuche daheim, 25 im Krankenhaus ohne Abrechnung). Zum Teil erfolgte später bei denselben Patienten die Aufnahme in die Betreuung durch PALLIAMO. Diese 188 Beratungen ohne Abrechnung reichten von 15 Minuten am Telefon bis zu zweistündigen Beratungsbesuchen, welche Fahrzeiten von bis zu 40 Minuten auslösten. Durchschnittlich dauerte eine Beratung ohne Abrechnung 40 Minuten, die Fahrzeit 24 Minuten.

Die 25 Besuche im Krankenhaus, welche unter Beratung ohne Abrechnung erfasst wurden, waren angefordert worden, um eine Entlassung vorzubereiten, doch kam es dann nicht zu einer Mitbetreuung durch PALLIAMO, meist hatte sich der Zustand bei diesen Patienten so verschlechtert, dass sie nicht mehr entlassen werden konnten. Zusätzlich haben PALLIAMO-Mitarbeiterinnen weitere 85 Besuche im Krankenhaus durchgeführt, und zwar bei Patienten, die danach tatsächlich von PALLIAMO übernommen wurden bzw. deren erneute Entlassung vorbereitet wurde.

Ist ein Patient verstorben, so ist ein Trauerbesuch vorgesehen; häufig dient das Abholen einer Pumpe oder der zu archivierenden Unterlagen als Anlass. Derartige Besuche sind 89-mal geleistet worden. Darüber hinausgehende Besuche bei Hinterbliebenen sind Ehrenamt.

Im Jahr 2010 wurde in 12 Fällen der Hausarzt ausschließlich telefonisch beraten, dies betraf Patienten, welche sich nicht in der Betreuung durch PALLIAMO befanden. Zusätzlich haben PALLIAMO-Mitarbeiterinnen Hausärzte auch bei den 94 Besuchen in den Arztpraxen beraten,

<sup>3</sup> Bei kürzeren telefonischen Beratungen ist die Dokumentation erfahrungsgemäß lückenhaft, da zu zeitaufwändig. Wie bei kurzen patientenfernen Tätigkeiten (siehe 3.4) wird daher auf das akribische Notieren verzichtet.

die nötig waren, um das Muster 63 zu erhalten.

Insgesamt sind also neben zahlreichen Telefonaten auch diese 364 Besuche zusätzlich zu den im weiteren näher beschriebenen Patientenbesuchen geleistet worden.

### **3.1.2 Konsile mit Abrechnung**

Liegt eine ärztliche Verordnung (Muster 63) für die SAPV-Kategorien Beratung oder Koordination vor, so führt das Team Hausbesuche durch, leistet jedoch keine 24-Stunden-Bereitschaft; diese wird, wie üblich, vom Hausarzt bzw. Bereitschaftsdienst (hausärztliche Bereitschaft, in Akutfällen Notarzt) und eventuell involviertem Pflegedienst übernommen.

Unter den 44 Konsilen wurde bei 17 Patienten neben Telefonaten und Organisationsunterstützung ein einziger Hausbesuch durchgeführt. Verglichen mit den in den SAPV-Richtlinien vorgesehenen Kategorien entspricht dies einer Beratung.

Bei den übrigen 27 Konsilen, die dann in die SAPV-Kategorie Koordination fallen, wurden 105 Besuche durchgeführt, also durchschnittlich 3,9 Besuche pro Koordination (2 bis 10).

Rund ein Drittel der 122 Besuche bei Konsilen mit Abrechnung wurde durch pflegerisches, zwei Drittel durch ärztliches Personal erbracht.

Im Durchschnitt dauerte ein Besuch 1 Stunde, die Fahrzeit 25 Minuten.

## **3.2 Begleitung (Teil- und Vollversorgung)**

Um den Betreuungsaufwand einer Begleitung abschätzen zu können, betrachten wir im Folgenden die im Jahr 2010 abgeschlossenen Begleitungen in ihrem Gesamtverlauf (n= 134). Eingeschlossen sind hier auch 13 Verläufe, bei denen eine stabile Phase zur Intermittierung geführt hatte. Dies bedeutet: Der Patient wird vorübergehend wie eine Koordination geführt, behält aber die Notfall-Rufnummer. Sobald sich eine Verschlechterung abzeichnet, wird er sofort wieder in der 24-Stunden-Bereitschaft geführt. Das klingt kompliziert, ist jedoch in der Realität rechtzeitig spürbar, so dass es nicht erst zu einer Krise kommen muss, um den Patienten erneut in die Begleitung aufzunehmen. Der Vorteil für die Patienten zur Beendigung und Wiederaufnahme liegt darin, dass bei dem praktizierten Verfahren auch am Wochenende die Intensivierung der Betreuung möglich ist.

Damit befinden sich in den im folgenden ausgewiesenen Zahlen also auch 13 Verläufe, bei denen vorübergehend Koordination geleistet wurde. Überwiegend befand sich der Patient jedoch in der Teilversorgung<sup>4</sup>.

### **3.2.1 Anzahl der Besuche**

Das Palliativteam führte bei den 134 abgeschlossenen Begleitungen 1865 Besuche durch, das ergibt im Schnitt, wie schon in den beiden Jahren zuvor, 14 Besuche pro Patientenbetreuung. Dabei entfielen etwas weniger als ein Drittel der Besuche (552) auf die Ärztinnen, mehr als zwei Drittel (1313) auf die Palliativpflegekräfte.

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Besuchsanzahl bei den 134 abgeschlossenen Begleitungen.

---

<sup>4</sup> Diese Patienten befinden sich also de facto durchgehend in der Begleitung, werden aber preisgünstiger für die Kassen abgerechnet.

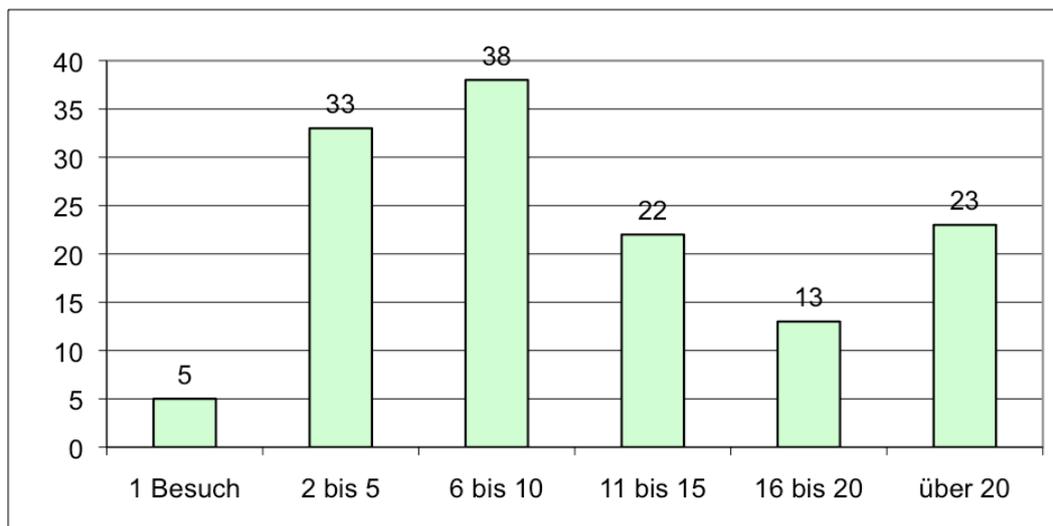


Abbildung 5: Anzahl der Besuche durch das PALLIAMO-Team (n=134)

### 3.2.2 Dauer der Besuche und Fahrzeit

Für die 1865 Besuche benötigte das Palliativteam insgesamt 1655 Stunden, die Fahrzeit betrug 715 Stunden, also im Durchschnitt 23 Minuten pro Besuch. Damit wurden für die Besuche 2370 Stunden aufgewendet.

Damit ergibt sich ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 1¼ Stunde pro Besuch einschließlich Fahrt. Wie schon in den letzten Jahren ist die Fahrzeit erheblich: Etwa ein Drittel der gesamten Zeit muss für Fahrzeit aufgewendet werden, obwohl bereits der Besuch durchschnittlich 53 Minuten dauert.

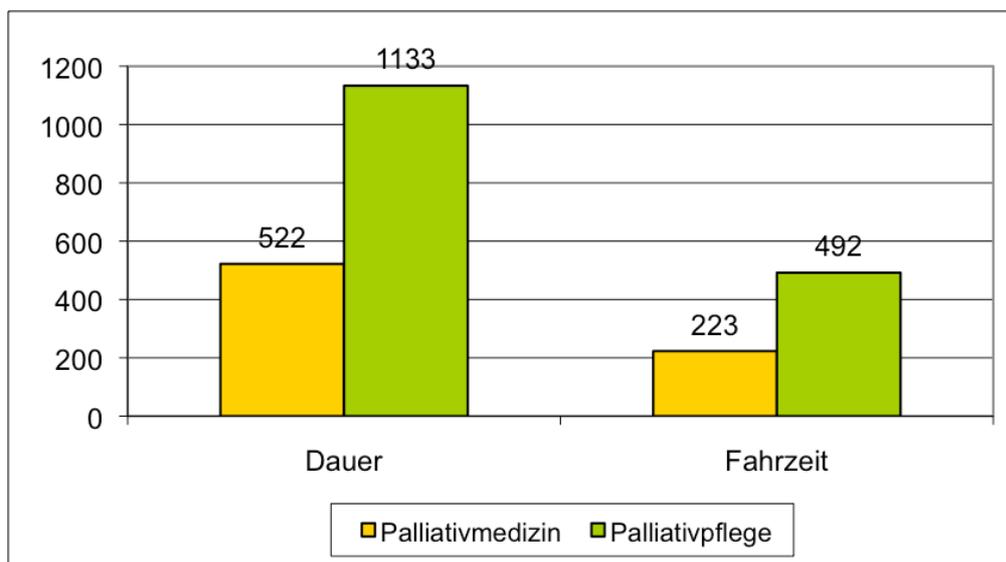


Abbildung 6: Besuchsdauer und Fahrzeit im Jahr 2010 für Begleitungen

### 3.2.3 Betreuungsdauer

Die mittlere Betreuungsdauer bei den 134 Begleitungen betrug 11 Tage (1 – 142, dazu einmal 367 Tage). Errechnet man den Durchschnitt, so ergeben sich 22,7 Tage, ohne die ungewöhnlich lange Begleitung von 367 Tage 20 Tage.

Im Vergleich zum Vorjahr wird sichtbar, dass sich die Betreuungsdauer etwas verkürzt hat, in der Abbildung sind die Vorjahreszahlen ebenfalls grafisch dargestellt.

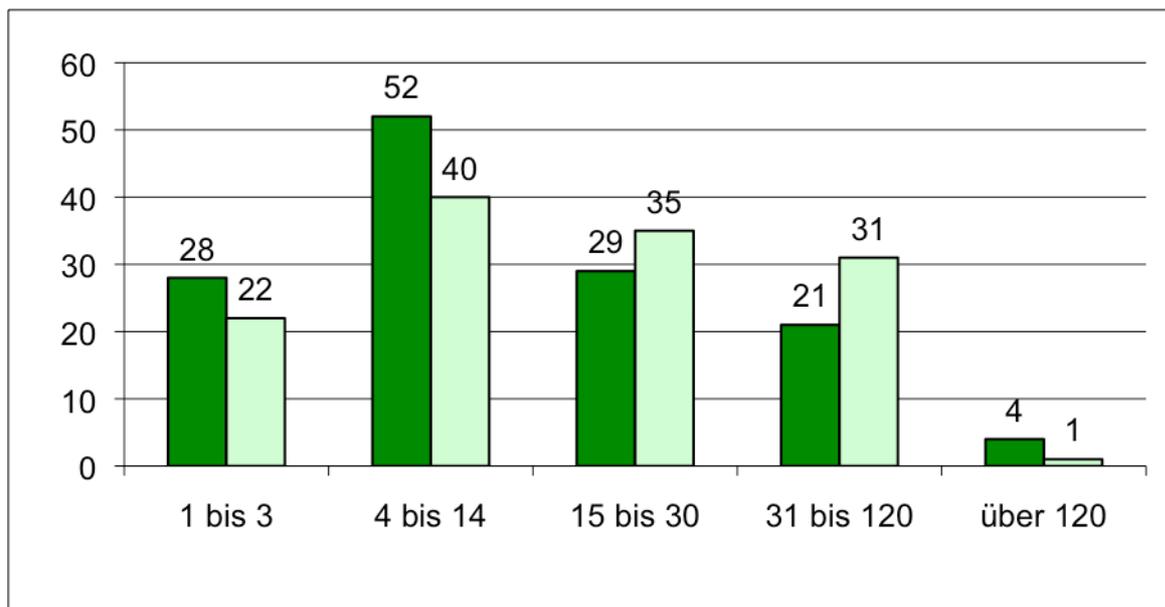


Abbildung 7: Betreuungsdauer in Tagen (2010 ■ : n=134, 2009 □: n= 129)

### 3.2.4 Medikamentenpumpen

Erneut wurde erfasst, wie häufig Medikamentenpumpen bei Patienten zum Einsatz kamen.

Es benötigten im Jahr 2010 von den 107 ambulant Verstorbenen

- 68 Patienten eine Subcutanpumpe (2009:57)
- 26 Patienten eine Infusionspumpe über Port (2009: 15)

Portpumpen erhalten Patienten in der Regel zur Schmerztherapie; häufig sind sie ein Grund, weshalb SAPV nötig ist, da zum Einsatz der ambulant unüblichen Medikation Spezialwissen erforderlich ist. Dagegen werden die Subcutanpumpen überwiegend während der letzten Tage oder Stunden verwendet<sup>5</sup>, wenn Schlucken nicht mehr möglich ist. Insgesamt erhielten 94 von 107 Patienten eine parenterale Medikamentengabe zur Symptomkontrolle.

### 3.2.5 Stationäre Einweisungen

Ein wesentlicher Aspekt von Palliative Care besteht darin, den Betroffenen eine lebenswerte Zeit im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Natürlich sind stationäre Aufenthalte immer wieder notwendig, sei es für kleine Eingriffe wie den Wechsel von Harnleiterschienen oder für Bluttransfusionen, sei es, weil die wichtigste Betreuungsperson erkrankt und eine sofortige Versorgung des schwerstkranken PALLIAMO-Patienten nötig ist. Untersucht man bei den 134 abgeschlossenen Begleitungen, wie häufig diese Patienten während der Begleitung durch PALLIAMO stationär eingewiesen wurden, zeigt sich folgendes:

- 106 Patienten waren kein einziges Mal stationär
- 25 Patienten waren einmal (meist kurz) stationär,
- 3 Patienten waren mehrfach im Krankenhaus.

In diesen Zahlen enthalten sind die 20 Patienten, welche im Krankenhaus starben.

<sup>5</sup> Die Subcutanpumpen sind Eigentum des PC-Teams und werden den Kassen nicht in Rechnung gestellt – eine erhebliche Kostenersparnis!

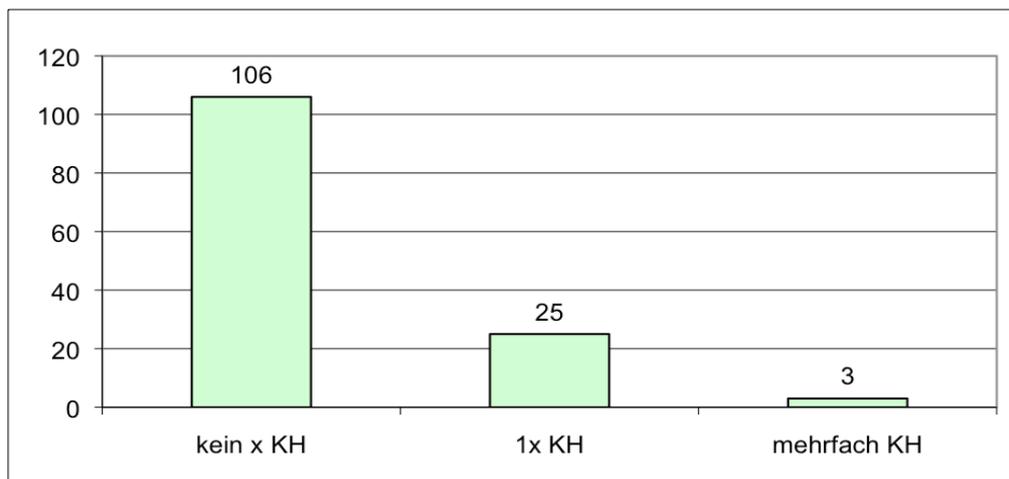


Abbildung 8: Häufigkeit von stationären Aufenthalten 2010 (n= 134)

Diese sehr geringe Anzahl von stationären Aufenthalten ist bei Schwerstkranken nur zu erreichen, wenn die Situation daheim dank vorausschauender Betreuung, abgesichert durch die 24-Stunden-Notfallbereitschaft, erträglich gehalten werden kann.

### 3.3 Qualitative Erhebungen bei Begleitungen

Seit Ende 2005 arbeitet das PALLIAMO-Team intern mit Sorgepunkten. Sie sollen eine rasche Orientierung ermöglichen, in welchem Bereich Probleme beim Patienten dem Lotsen Sorge bereiten. In folgenden drei Kategorien vergibt der Lotse jeweils Punkte bei jeder Aufnahme:

#### Körperliche Beschwerden des Patienten

- 0 keinerlei Beschwerden, „es geht mir gut“
- 1 hin und wieder Beschwerden, „ich bin zufrieden“
- 2 leichte Beschwerden, „ich kann ´s ertragen“
- 3 mittelstarke Beschwerden, „ich kann ´s schlecht ertragen“
- 4 starke Beschwerden, „nicht mehr erträglich“
- 5 akute stärkste Beschwerden, sofortige Linderung erforderlich

#### Psychische Beschwerden des Patienten

- 0 „Es geht mir gut“
- 1 „Ich kann die Situation die meiste Zeit so akzeptieren, wie sie ist“
- 2 „Ich bin wegen der jetzigen Situation manchmal traurig und/oder beunruhigt“
- 3 „Ich kann meine Situation oft nicht akzeptieren/bin meist traurig/beunruhigt“
- 4 „Ich mache mir sehr große Sorgen/habe Angst, komme nicht zurecht“
- 5 akute Krise, sofortige Hilfe erforderlich

#### Belastung der Angehörigen (Hauptpflegeperson)

- 0 nicht belastet (= so wie vor der Erkrankung)
- 1 kommt gut zurecht
- 2 ist etwas belastet, psychisch und/oder körperlich (Pflege),
- 3 belastet, schafft es noch (Pflege und/oder psychische Belastung)
- 4 überfordert: ausgelaugt, für nichts anderes mehr Zeit/Interesse
- 5 akut überlastet, sofortige Unterstützung / Entlastung erforderlich

Bei Versorgungen wird diese Einschätzung nach einer Woche und bei Beendigung erneut vorgenommen. Wenn ein Patient daheim verstirbt, füllt der Lotse zusätzlich zu den Sorgepunkten einen Abschlussbogen mit näheren Angaben aus.

Uns ist bewusst, dass die Sorgepunkte eine subjektive Einschätzung darstellen, allerdings werden sie bei den Teambesprechungen durchaus diskutiert und müssen begründet werden. Auch wenn wir sie nicht überbewerten wollen, so haben wir doch festgestellt, dass wir durch sie rasch Veränderungen bemerken und hinterfragen können.

### 3.3.1 Sorgepunkte zu Beginn und nach einer Woche

Bei allen Datensätzen, bei denen drei Einträge (Körperliche, psychische Beschwerden, Belastung Angehörige) zu Beginn der Betreuung vorlagen, wurde die Quersumme gebildet, Anhand dieser Punktzahl erfolgte die Zuteilung zu einer der angegebenen Kategorien. Ebenso wurden die vorliegenden vollständigen Zahlenreihen zum Zeitpunkt 1 Woche nach Beginn der Betreuung aufaddiert und zugeordnet. Da es sich 1 Woche später naturgemäß um deutlich weniger Datensätze handelt (alle einmaligen Besuche und Verläufe unter 1 Woche fallen weg), sind in der Abbildung die Prozentwerte angegeben.

Es zeigt sich insgesamt eine doch deutliche Verbesserung in diesem Zeitrahmen: Zu Beginn überwiegt deutlich die Kategorie 8 bis 10 Punkte, nach einer Woche bereits die Kategorie 5 bis 7 Punkte in der Gesamtschau.

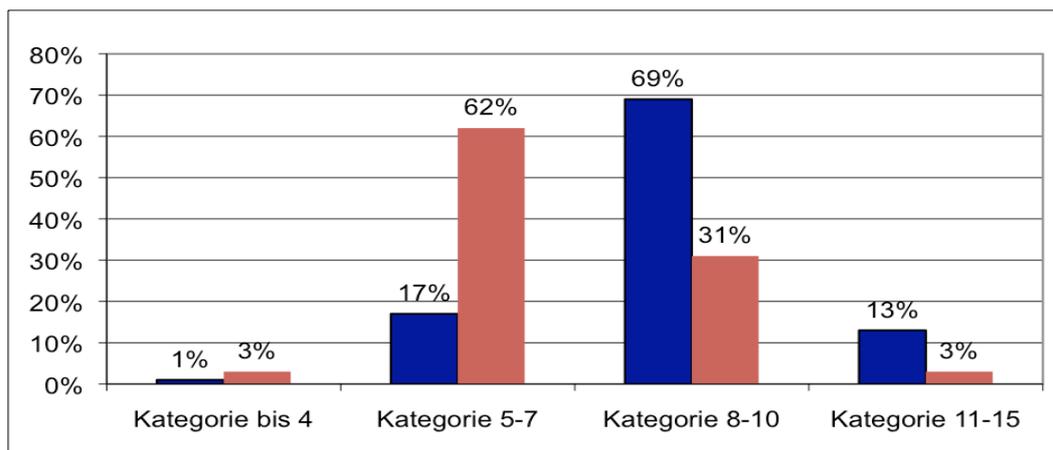


Abbildung 9: Summe aus den Sorgepunkten und Kategorienbildung zu Beginn (■ n=147) und nach einer Woche (■ n=61)

Bei 56 Patienten liegen jeweils drei Sorgepunkte zu Beginn und nach einer Woche vor; hier kann man auch den individuellen Verlauf abschätzen, indem man untersucht, ob nach einer Woche insgesamt mehr, gleich viel oder weniger Sorgepunkte vorliegen.

Dabei zeigt sich, dass sich bei drei Viertel dieser Patienten die Gesamtsituation trotz fortschreitender Grunderkrankung gebessert hat.

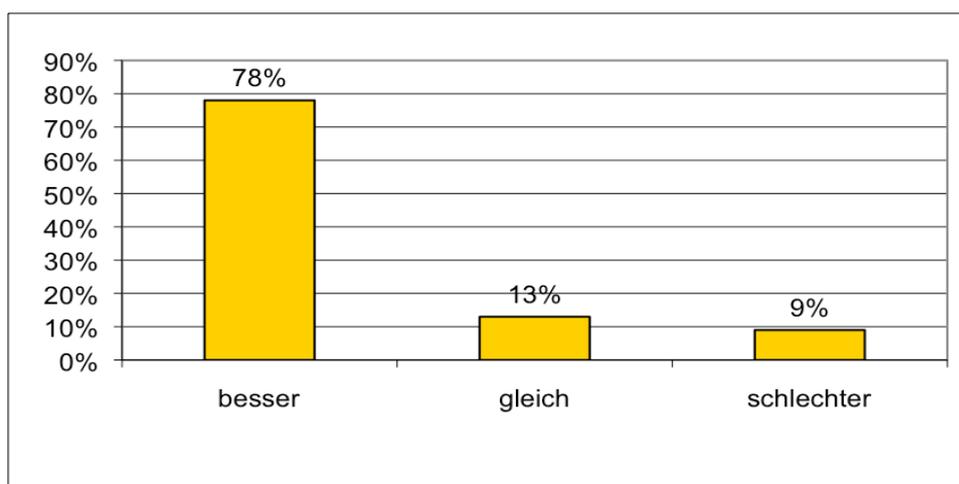


Abbildung 10: Individueller Verlauf bei kumulierten Sorgepunkten nach 1 Woche (n=56)

### 3.3.2 Sorgepunkte bei Abschluss - Gruppierungen

Eine zentrale Frage kann über die Sorgepunkte rasch beantwortet werden: Wie waren die letzten Stunden bei den Patienten, die unter unserer Betreuung ambulant verstorben sind?

Wie im letzten Jahr lohnt es sich, die Sorgepunkte am Lebensende zu verwenden, um Gruppen zu bilden. Dabei können nur dann psychische Sorgepunkte beim Sterbenden angegeben werden, wenn noch ein Kontakt zu ihm möglich ist. Dies war immerhin bei der Hälfte der daheim Verstorbenen der Fall, sie waren weniger als einen Tag vor ihrem Tod noch ansprechbar. Beim Bewußtlosen kann man nicht sicher differenzieren, ob eine Unruhe auf körperliche oder psychische Beschwerden zurückgeht. Deshalb wird hier beurteilt, wie ruhig / entspannt der Patient wirkt, und auf eine Zuordnung zu entweder psychisch oder körperlich verzichtet.

#### Erste Gruppe (87 Fälle): ruhiger Sterbeprozess, gefasste, nicht überlastete Angehörige

Der Sterbende ist ruhig und meist entspannt (Sorgepunkte 0 bis 2), die Angehörigen entsprechend traurig. In dieser Situation sind 87 Patienten verstorben, bei zwei Dritteln mit recht gefassten (Sorgepunkt bis 2), bei einem Drittel mit belasteten Angehörigen (Sorgepunkt 3).

#### Zweite Gruppe (11 Fälle): Zeichen der Anstrengung im Sterbeprozess

Körperlich oder psychisch wurden beim Sterbenden 3 Sorgepunkte angesetzt: Sterben als Prozess, wie die Geburt, anstrengend, aber für die Umstehenden und, soweit beurteilbar, für den Sterbenden ohne zusätzliche medikamentöse Intervention erträglich. In dieser Gruppe befanden sich 11 Patienten. Die Angehörigen waren nicht überlastet.

#### Dritte Gruppe (8 Fälle): Überlastete Angehörige

Im Vordergrund stehen in dieser Gruppe die überlasteten Angehörigen (4 Punkte) - bei sofort nötiger Krisenintervention werden 5 Punkte vergeben, dies kam im Jahr 2010 aber nicht vor. In sieben Fällen waren Angehörige überlastet, der Sterbeprozess war ruhig (bis zu 2 Sorgepunkte). In einem Fall zeigte die Sterbende Zeichen der Anstrengung (3 Sorgepunkte).

#### Vierte Gruppe: akute Krise im Sterbeprozess (Patient 4 oder 5 Sorgepunkte)

Dies kam glücklicherweise im Jahr 2010 nicht vor!

Nach dieser Gruppeneinteilung werden bei der dritten Gruppe nochmals die Unterlagen durchgesehen, um herauszufinden, warum die Situation so schwierig war. Daraus könnte z.B. Fortbildungsbedarf für unser Team entstehen.

Bei dieser Durchsicht fiel folgendes auf:

- vier der acht verstorbenen Patienten dieser Gruppe waren deutlich jünger als der Durchschnitt
- bei zwei Patienten bestand bereits bei Aufnahme ein spezielles Problem darin, die Krankheit überhaupt zu akzeptieren - weniger als zwei Wochen vor dem Todeseintritt
- bei 6 Patienten war neben den körperlichen Beschwerden die Unsicherheit der Bezugspersonen ein wichtiger Aufnahmegrund, der explizit im Aufnahmebogen erwähnt wurde.

Erneut können wir feststellen, dass bei aller Schwere und allem Leiden im Krankheitsprozess die letzten Stunden in den allermeisten Fällen friedlich (94 von 106) oder zumindest erträglich (12 von 106) verlaufen; dies ist unser Versprechen und Ziel unserer Betreuung. Die größeren Belastungen haben in dieser Phase die Angehörigen zu tragen. Deren Unterstützung wird weiterhin ein großer Schwerpunkt unserer Arbeit bleiben.

### 3.4 Patientenferne Arbeitszeiten

In den zahlreichen Gesprächen mit anderen Teams, welche SAPV aufbauen, sowie mit den Kostenträgern stellt sich immer wieder heraus, dass unterschätzt wird, wieviel Arbeitszeit benö-

tigt wird, um die Teamarbeit zu ermöglichen. Wir verzichten ausdrücklich auf die minutenge-naue Erfassung der Arbeitszeit, da diese eine zusätzliche zeitliche Belastung bedeuten würde<sup>6</sup>.

Längere patientenferne Arbeitszeiten versuchen wir jedoch zu erfassen. Neben den bisher dar-gestellten Beratungen und Besuchen müssen folgende Tätigkeiten beachtet werden:

- als größter Zeitfaktor Schreibtisch Tätigkeiten zur Dokumentation, Kommunikation (Netzarbeit) und Organisation (etwa 900 Stunden, also pro Patientenbesuch etwa eine halbe Stunde)
- die Bereitschaftsdienste, sie entsprechen im Jahr einer Halbtagesstelle,
- Besprechungen im Team, also Teamsitzungen (allein 328 Arbeitsstunden), mündliche Übergeben, Absprachen mit dem jeweiligen Lotsen, Teamsupervision,
- Fahrten zur Organisation (z.B. Muster 63 besorgen: 94 mal)
- Organisationsarbeiten rund um das Team (Bestände an Medikamenten und Geräten prüfen, Dienstplan erstellen, Protokolle schreiben)
- Zahlreiche kurze Auskunftsgespräche, sei es in Arztpraxen, sei es telefonisch
- Etliche Informationsveranstaltungen, um unsere Arbeit besser bekannt zu machen (siehe gehaltene Vorträge unter 1.2.3)

Insgesamt hat das Team 5100 Arbeitsstunden dokumentiert, davon entfielen auf die Patien-tenbesuche samt Bereitschaft 2477 Stunden.

Für patientenferne Tätigkeiten muss also rund dieselbe Arbeitszeit nochmals angesetzt werden wie für die direkten Arbeiten am Patienten. Bei einer gesamten Team-Arbeitszeit-Kapazität von 5300 Stunden lag die (dokumentierte) Auslastung bei 96%.

Unser Team kann nur deshalb effizient arbeiten, weil wir über eine ausgezeichnete Organisati-onszentrale verfügen (siehe 1.2.1). Deren Arbeitsleistung wird in diesem, auf das Team bezo-genen Jahresbericht nicht dargestellt, ist aber Voraussetzung für unser Funktionieren.

## 4. Resumée

Bei nun konstanter Teambesetzung stellt sich die Frage, ob unser Arbeitsumfang zugenommen hat.

Zugenommen haben die Beratungen:

	Beratung ohne Abrechnung:		Konsil:	
	telefonisch über 15 Minuten	1 Besuch	Beratung (1 Besuch)	Koordina- tion
2009	51	30	23	17
2010	92	96	17	27

Vergleicht man die Zahlen von 2009 und 2010, dann besteht der größte Unterschied in der Anzahl der Beratungen ohne Abrechnung (2009: 81, 2010: 188). Darin enthalten sind neben Telefonaten einmalige Besuche. Waren es 2009 noch 30, so fanden 2010 96 Besuche statt, teilweise im Krankenhaus, teilweise daheim. Dazu kommen die Beratungen, welche über Mu-ster 63 abgerechnet wurden.

Im Jahr 2010 wurden also insgesamt 113 Beratungsbesuche durchgeführt, deutlich mehr als 2009, diese jedoch zum größeren Teil nicht in Rechnung gestellt. Das liegt zum einen daran, dass Erstbesuche im Krankenhaus von einem ambulanten Team nicht abgerechnet werden können. Zum anderen ist der Zeitaufwand, um das Muster 63 als Voraussetzung für eine Ab-rechnung zu erhalten, erheblich: Erst muss dem Hausarzt in der Regel ein derartiges Muster in die Praxis gebracht, dann das ausgefüllte Muster vom Patienten unterschrieben, schließlich dieses Blatt im Büro abgegeben werden. Dort muss mit diesem Muster 63 innerhalb dreier

<sup>6</sup> Typischerweise: kurze fachliche Nachfragen bei einem Teammitglied in der Freizeit, etwa beim Einkaufen, während der Autofahrt; diese vielen „5 Minuten“ sind mühsam zu dokumentieren, sie werden aber von allen erbracht.

Werktage nach Ausstellung unsere Betreuung bei der jeweiligen Krankenkasse beantragt werden. Bei der Krankenkasse löst das Formular ein Begutachtungsverfahren aus, eventuell mit Rückfragen bei uns durch den Medizinischen Dienst. All das lässt uns gerade bei Beratungen, bei denen sich herausstellt, dass SAPV (noch) nicht intensiver benötigt wird, von einer Verwendung des Musters 63 Abstand nehmen. Wir halten dies für ein Vorgehen, das auf allen Seiten Bürokratie verringert. Damit steht mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung<sup>7</sup>.

Bei den Begleitungen haben sich im Vergleich zu 2009 geringe Steigerungen ergeben: Es wurden um 4% mehr Begleitungen durchgeführt, die Verläufe waren allerdings deutlich kürzer: Der Meridian lag 2009 bei 15 Tagen, 2010 bei 11 Tagen. Die Dauer der einzelnen Besuche hat sich durchschnittlich um 6% verlängert. Insofern ist die Arbeit etwas intensiver geworden, selbst wenn die Gesamtzahl der Besuche bei Patienten im Vergleich zum Vorjahr nur um 3% gestiegen ist.

Eine häufig im Team diskutierte Frage war und ist die Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen SAPV-Kategorien. Diese werden zwar vom verordnenden Arzt vorgegeben, müssen jedoch bei Aufnahme und im Verlauf überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Nicht nur bei der Frage, was nun eine Beratung ohne, was mit Abrechnung sein soll, haben wir immer wieder Abgrenzungsprobleme. Auch die Zuordnung zu Koordination oder Teilversorgung fällt uns in manchen Fällen schwer und kann fließend sein:

Der Unterschied zwischen Koordination und Teil- oder Vollversorgung liegt manchmal ausschließlich daran, dass der Patient ausdrücklich im Krisenfall Reanimation, Notarzt und Krankenhauseinweisung zur bestmöglichen Lebensverlängerung wünscht, ob dies nun von uns aus gesehen indiziert ist oder nicht. Hier ist unsere 24-Stunden-Bereitschaft also nicht adäquat, daher wird das Team diese Betreuung als Koordination ausführen, obwohl die Tätigkeit identisch zur Teilversorgung ist, was die häusliche organisatorische Unterstützung sowie die Symptomkontrolle angeht. Es fehlt eben lediglich die eigene 24-Stunden-Bereitschaft, weil sie eben keine Reanimation durchführen würde.

Wie schon erwähnt führen auch Stabilisierungen in der Teilversorgung dazu, dass wir diese intermittieren und für diese Zeit lediglich Koordination in Rechnung stellen. Hier behält der Patient jedoch unsere Notfallnummer, um bei einer Krise sofort wieder von uns in Teilversorgung mitversorgt zu werden. Diese „Teilversorgungen im Stand-by“ haben sich sehr bewährt.

Wir bemühen uns also sehr, bei Abgrenzungsproblemen die für die Kostenträger günstigste Lösung zu finden und dennoch den Patienten adäquat zu betreuen. Solange wir eine insgesamt kostendeckende Vergütung erhalten, können wir dies weiter so handhaben.

Unsere quantitativen Anhaltspunkte für die Qualität der geleisteten Arbeit sind die Anzahl der in vertrauter Umgebung bzw. am gewünschten Ort Verstorbenen sowie der Anteil der Patienten, welche kein Krankenhaus benötigt hatten. Auch diese Parameter veränderten sich nicht zum Vorjahr: 93% konnten am gewünschten Ort sterben, und 79% der begleiteten Patienten benötigten keinerlei Krankenhauseinweisung.

Die internen Sorgepunkte erweisen sich als rasche Orientierungshilfe in den Teamsitzungen und auch im Jahresrückblick. Hier (wie auch bei den selteneren Nacheinsätzen) spüren wir, dass uns die inzwischen gewonnene Routine bei der Betreuung Schwerstkranker mehr Sicherheit gibt, die sich überträgt, auch wenn keine zwei Fälle einander gleichen. Im letzten Jahr sind unsere Patienten und wir verschont geblieben vor dramatischen Ereignissen in der Sterbephase - das ist gut so, wir können es aber nicht beeinflussen.

Zusammengefasst lässt sich feststellen:

Die Arbeit hat kaum an Umfang zugenommen, jedoch leicht an Intensität. Mit der derzeitigen Teamgröße hat sie sich gut bewältigen lassen; allerdings lag die Auslastung bereits bei 96%. Eine weitere Verdichtung der Arbeitsweise ist nicht mehr möglich. Sollten die Anfragen nun zunehmen, so muss die Arbeitskapazität vergrößert werden.

---

<sup>7</sup> Dies ist explizit Teil unseres Vertrages: Die Arbeitszeit bei Beratungen ohne Abrechnungen ist bei der Vergütungsregelung mit einkalkuliert worden. Sie wird also durch die Pauschalen für die abgerechneten Patienten bezahlt.

## 5. Patientenbeispiele

Wie jedes Jahr ist es uns wichtig, die quantitativen Angaben durch einen qualitativen Einblick in den Arbeitsalltag zu ergänzen. Dabei ist tatsächlich jede Situation grundverschieden - den Standard-SAPV-Patienten gibt es nicht. Die Berichte wurden vom jeweiligen Lotsen verfasst.

### **Fallbeispiel Frau K. - Zusammenarbeit mit der Palliativstation**

*Erstkontakt Palliativstation: Frau K. benötigte weiterhin eine Schmerzpumpe über Port. Bei meinem Vorstellungsbuchung war praktischerweise der Hausarzt anwesend. Wir vereinbarten, dass PALLIAMO die Schmerzpumpenversorgung einschließlich Rufbereitschaft übernimmt, der Hausarzt aber intensiv mit eingebunden bleibt, da er den kürzesten Weg zur Pat. hatte und meistens erreichbar war. Frau K. war alleinstehend, weshalb die Versorgung bei ihr daheim nicht mehr möglich war, jedoch nahm eine ihrer Schwestern sie in ihr Haus auf und kümmerte sich rührend um die Pflege.*

*In den ersten Tagen war Frau K. sehr optimistisch, fühlte sich wohl und freute sich über ihren Appetit. Sie bewegte sich selbständig mit Hilfe eines Rollators durch das Haus. Erkennbar ging Frau K. davon aus, zu den wenigen medizinischen Wundern zu gehören, die doch geheilt werden würden. Sie schmiedete Pläne, wieder Freunde in Regensburg zu treffen (die Schwester wohnte deutlich außerhalb), vielleicht auch ihrer eigenen Wohnung einen Besuch abzustatten. Wir bestellten einen Rollstuhl, um diese kleinen Ausflüge möglich zu machen. Da Frau K. kurz darauf über zunehmende Schwindelattacken klagte, aber schmerzfrei war, konnten wir die Förderrate der Schmerzpumpe reduzieren, und sie fühlte sich wieder besser.*

*Unter vier Augen vertrauten die Angehörigen mir dann aber ihre große Sorge an: Frau K. war aus der Kirche ausgetreten und nun Mitglied einer Sekte, die versprechen würde, sie durch Heilungsgottesdienste gesund zu machen. Solche Zeremonien waren schon durchgeführt worden - anschließend war Frau K. kaum ansprechbar gewesen. Nun befürchtete die Schwester, Sektenmitglieder könnten Frau K. auch in ihrem Haus „behandeln“, es sei aber unmöglich, dies mit Frau K. irgendwie zu besprechen.*

*Ich versprach, bei nächster Gelegenheit dieses Thema anzuschneiden, gab jedoch auch zu bedenken, dass es letztlich die persönliche Entscheidung von Frau K. sei, was sie glaube.*

*Doch dazu kam ich nicht mehr: Am Wochenende kam es zu Unruhezuständen, der herbeigerufene Hausarzt verabreichte Valium und konnte die Situation zunächst stabilisieren. Bei meinem Besuch am Montag war Frau K. sehr blass, ihr Blick ging starr nach oben, der Kopf war überstreckt, sie sprach nur schwer. In recht kurzen Abständen setzte sie sich auf, musste sich aber gleich wieder legen. Ich versuchte, ihre Hauptbeschwerden und Wünsche herauszubekommen. Frau K. konnte ganz klar zu verstehen geben, dass sie wieder auf die Palliativstation wolle. In Absprache mit der Teamärztin erhielt sie noch vor dem Transport Cortison, sie konnte glücklicherweise sofort auf die ihr bekannte Station gebracht werden.*

*Es gab viel pflegerisch und medizinisch zu tun (weitere Reduzierung der Schmerzpumpe, Versuch, den klinisch diagnostizierbaren Hirndruck zu senken, Katheter bei Überlaufblase), entscheidend waren jedoch die seelsorgerischen Gespräche des Hausgeistlichen, mit Frau K., mit ihren Geschwistern und auch mit Besuchern von der Sekte. Offenbar gelang es dem Seelsorger, eine Duldung der Sektenzugehörigkeit bei den Angehörigen zu bewirken, aber auch deren Verständnis für die Bedürfnisse der Familie zu steigern. Frau K. und ihre Angehörigen waren danach merklich entspannter.*

*Am nächsten Tag ging es Frau K. erstaunlich besser, sie konnte wieder etwas Eis essen und wollte sogar kurz im Stuhl aus dem Zimmer gefahren werden. Am darauffolgenden Tag schlief sie fast nur noch, konnte nicht mehr sprechen und verstarb dann sehr ruhig im Beisein ihrer Schwester.*

*Carola Woick-Kracher, Palliativschwester*

## **Ein unverhoffter Verlauf - Beratung ohne Abrechnung**

11.30 Uhr, das Handy klingelt: „ Hier ist Frau S, ich rufe Sie an, weil es meinem Vater so schlecht geht... ja, die Hausärztin ist einverstanden, ich bin gerade in ihrer Praxis... ja vielleicht hat er Krebs von der Bauchspeicheldrüse, das ist letzte Woche untersucht worden, aber er ist doch im Pflegeheim, und wir tun da nichts mehr... und er hat so viel Wasser im Bauch...“ Ich lasse mir die Ärztin geben - klingt ja schon eigenartig. Sie bestätigt, dass sie Herrn H. vor einer Woche zum Facharzt geschickt habe, dort seien 10ml Aszites punktiert worden mit dem Nachweis bösartiger Zellen. Sie habe hauptsächlich jüngere Erwachsene als Klientel, sei daher unsicher und wünsche Unterstützung. Auf die Frage nach dem Willen des Patienten: Er wolle seit dem Tod seiner geliebten Frau vor zwei Jahren „zu ihr“, und er wolle jetzt wohl auch nicht, dass etwas gemacht werde, er würde sich auch rasch verschlechtern. Ich wundere mich: Indikation für SAPV schon zum Diagnosezeitpunkt? Das muss ich erst klären, wir verabreden uns um 14 Uhr im Pflegeheim.

Ich komme ins Zimmer und erschrecke - Rasselatmung eines offensichtlich in den letzten Stunden liegenden Patienten, der angestrengt erscheint. Die Tochter ist schon da, begrüßt mich freundlich - weiß sie, wie kritisch die Situation bereits ist? Der Bauch ist prall mit Flüssigkeit, sicher belastet ihn diese Spannung. Er erwidert meinen Händedruck, öffnet aber die halb geschlossenen Augen nicht weiter, ist mit Atmen beschäftigt.

Auf die Frage der Tochter, ob ich denn das Bauchwasser ablassen könne, muss ich ihr sagen, dass er wohl bald sterben wird, und das könne durchaus unter der Punktion passieren, da ihn vielleicht gerade diese Belastung vom Sterben abhalte ..... die Tochter ist geschockt, aber nun kommt etwas kaffeesatzartig verfärbte Flüssigkeit aus dem Mund des Patienten. Ich wische sie mit Kompressen ab, er öffnet auch auf Anforderung den Mund ein wenig, und ich kann einiges an Flüssigkeit aus dem Mund entfernen, dann lagere ich ihn auf die Seite, das Rasseln wird leichter. Es fällt mir auf, dass die Haut im Gesicht sehr blass wird. Die Schwester organisiert ein Absauggerät, ich hole noch einiges an bräunlicher Flüssigkeit aus den Wangentaschen. Währenddessen kommt die Hausärztin. In der kurzen Zeit unserer Begrüßung läuft erneut ein Schwall brauner Flüssigkeit aus dem Mund. Ich bin mit Absaugen und Abwischen beschäftigt, wir lagern Herrn H. erneut. Endlich eine freie Atmung, er entspannt sich nun merklich und wirkt ganz friedlich. Ohne weitere Absprache wissen wir alle, was nun passiert. Die Hausärztin hat die Arme um die leise weinende Tochter gelegt, welche die Hand des Vaters streichelt, ich beseitige vorsichtig wenig herauslaufende Flüssigkeit. Die Atmung ändert sich kontinuierlich, einige Minuten tiefe Schnappatmung, ein großer Seufzer, noch ein paar kleine Brustbewegungen, dann Ruhe.

Nach einer Weile kommen wir ins Gespräch. Die Tochter erzählt vom Vater, ich bemerke erst jetzt die Bilder an den Wänden, die einen sportlichen Großvater im Enkeleinsatz zeigen. Ruhig können wir auch die letzten Tage mit einer dramatischen Verschlechterung, aber auch die gerade vergangenen Minuten besprechen - offenbar hatte bereits ein hoher Darmverschluss bestanden, akut war es wohl zu einer Einblutung gekommen. Dieser Mageninhalt hatte ihn sehr belastet, er konnte aber ruhig sterben, als dieser hochgekommen war.

Zu einer Aufnahme dieses Patienten in die SAPV war es nicht mehr gekommen. Ich kann mich verabschieden, die Hausärztin kümmert sich rührend um die Tochter.

Eine Beratung ohne Abrechnung, aber mit dankbarer Tochter sowie der Bekanntschaft mit einer sympathischen Kollegin.

Elisabeth Albrecht, Palliativärztin

### **Fallbeispiel Herr L. - Brückenschlag vom Krankenhaus nach Hause**

Kennen gelernt habe ich den 44jährigen Herrn L. während seines 6wöchigen Aufenthalts im Krankenhaus. Er litt unter nicht sanierbaren Abszessen im Beckenbereich bei fortgeschrittenem und in die Knochen metastasiertem Rectumkarzinom. Immer wieder traten Blutungen in den Darm und in die Harnblase auf, da das Knochenmark nicht mehr ausreichend Blutplättchen produzieren konnte. Im Krankenhaus erhielt der Patient daher wiederholt Bluttransfusionen. Er benötigte auch einen Blasendauerkatheter, damit das Blut aus der Blase gespült werden konnte.

Herr L. sprach im Krankenhaus nie über seine Situation, er redete mit mir (mitbehandelnde Palliativärztin) über seine Symptome (Schmerzen und Schwäche), und dass er nach Hause wolle, um sich zu erholen. Seine Angehörigen waren sehr belastet durch ihr Wissen um die Schwere seiner Erkrankung und ängstlich, ob sie die Entlassung nach Hause bewältigen würden. Sie wollten aber auch nicht, dass wir Herrn L. die Hoffnung auf Heilung nehmen, indem wir deutlich über die sehr begrenzte Prognose mit ihm sprechen. Das Behandlungsteam akzeptierte das, besprach mit den Angehörigen die zu erwartende Symptome, nämlich erneute Blutungen aus dem Enddarm und in die Harnblase. Seine Ehefrau konnte nach Absprache mit ihrem Arbeitgeber kurzfristig Urlaub nehmen. Gemeinsam mit der Hausärztin und unter Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes hatten wir schließlich alles organisiert.

Daheim besuchten wir Herrn L. täglich und konnten miterleben, wie die Familie die Betreuung ihres geliebten Menschen zunehmend gelassener meisterte. Unsere ambulante palliative Begleitung dauerte gut 3 Wochen. Trotz wiederholter Blutungen musste der Patient, der Blutwertkontrollen und Blutgabe nach der Entlassung abgelehnt hatte, nicht mehr zu einer Notfallbehandlung ins Krankenhaus. Am Abend vor seinem Tod konnte Herr L. erstmalig mit seiner Frau über seine Ängste sprechen. Sein Lebensende empfand seine Familie als friedlich und war sehr dankbar, dass er seine letzte Zeit zu Hause verbringen konnte. "Es war eine sehr intensive Zeit für uns!"

Sabine Lins, Palliativärztin

### **Frau M. - Brückenschlag hinaus und hinein**

Eine schmale, gepflegte ältere Dame mit grauer Lockenpracht liegt sehr blass und durchscheinend im weißen Krankenhausbett auf der onkologischen Station, funkelt mich aber mit wachen dunklen Augen an, als ich mich vorstelle und ihr erkläre, was PALLIAMO macht. Dann nickt sie lebhaft und sagt: "Genau so was brauche ich!"

Sie erzählt mir von ihrem Leben, ihren zwei verheirateten Söhnen und den vier Enkelkindern, auf die sie alle sehr stolz ist. Spricht von ihrer Krankheit und ihrer Verzweiflung, als niemand ihre Beschwerden ernst nehmen wollte- allen voran ihr Mann. Erst, als ihr vor fünf Jahren der Magen entfernt wurde, verstand die Familie, wie krank sie war. Fast trotzig verteidigt sie ihre Trennung von ihrem Mann- ihre letzte Lebenszeit wollte sie selbst bestimmt leben, ohne ständig Rücksicht nehmen zu müssen. Jetzt hat sie eine kleine Wohnung in der Nähe des einen Sohnes und guten Kontakt zu allen Mitgliedern der Familie. Sie wisse um ihre Prognose, mache sich keine falschen Hoffnungen, ihr Körper gebe deutliche Signale, dass ihre Zeit ablaufe. Sie sei dankbar, dass sie die Kinder und Enkel noch habe aufwachsen sehen dürfen, denn sie selbst habe ihre Eltern mit 10 Jahren im Krieg verloren.

Als ich sie frage, was sie sich wünschen würde, wenn ich denn eine Fee wäre, schaut sie mich mit ihren durchdringenden Augen an und sagt wie aus der Pistole geschossen: „Nichts! Ich habe alles und hatte alles, was ich brauchte - und ich bin bereit zu gehen!"

Am nächsten Tag wird sie entlassen, der Pflegedienst und ein Notrufsystem sind organisiert. Als ich sie besuche, sitzt sie in eine weiche Decke eingemummelt in ihrem Fernsehsessel und ist zufrieden, wieder daheim zu sein. Allerdings kann sie kaum essen, da sie immer wieder erbricht. Unsere Ärztin punktiert ihr zwei Tage später den Aszitesbauch, danach geht es ihr ein paar Tage recht gut. Außerdem werden die Medikamente auf das Notwendigste reduziert, was sie sehr begrüßt. Wir haben ein paar interessante Gespräche, nur ermüdet sie sehr bald und bekommt Schluckauf vom Reden. Unsere Bemühungen, die Übelkeit zu beseitigen, sind leider nicht erfolgreich.

*Nach 10 Tagen ruft eines Morgens der Sohn ganz aufgeregt und erschrocken an, die Mutter könne nicht mehr aufstehen, würde ständig brechen und habe Schmerzen.*

*Kurz nach mir kommt auch die Pflegeschwester, so dass ich mit dem Sohn auf dem Gang der winzigen Wohnung reden kann. Zum ersten Mal begreift er den Ernst der Lage, weint - wie soll es weitergehen? Fast aggressiv erzählt er, dass die Mutter jede Hilfe zurückweise, ihn immer wieder wegschicke. Andererseits seien seine Frau und er in der Arbeit, die Kinder in der Schule, er wüsste nicht, wie es weitergehen solle.*

*Ich warte, bis er sich wieder gefasst hat und schicke ihn dann in die Arbeit.*

*Die Schwester hat inzwischen die Pflege beendet und macht noch ein keltisches Ritual mit der Patientin - neben dem Bett kniend hält sie eine Hand an den Nacken, die andere auf der Brust der Patientin, dazu ein sehr konzentriertes Hinfühlen und Ruhe bringen. Die Patientin ist völlig entspannt, schläft ein. Ich bin beeindruckt.*

*Nachdem die Schwester mir leise erklärt hat, dass es sich nur um ein Kraftangebot handle und jeder Patient sich etwas anderes nehmen könne, das ihm gut tut, verlässt sie uns.*

*10 Minuten später ist die Patientin wieder wach und fordert mit frischer Stimme, ich müsse ihr jetzt bei einer Entscheidung helfen, sie sei so schwach, dass sie kaum noch denken könne. Wir gehen die verschiedenen Möglichkeiten durch: Hier bleiben ohne Betreuung geht nicht, da sie nicht allein zur Toilette käme, aber Windeln ablehnt (selbst die angebotene Schmerzpumpe hatte sie abgelehnt- nichts Künstliches!!!). Zum Sohn wolle sie auch nicht, um die Familie nicht zu belasten. Zu ihrem Mann habe sie zwar ein freundschaftliches Verhältnis, habe sich seinerzeit aber bewusst von ihm getrennt. Ein Platz in einem Pflegeheim müsste erst organisiert werden. Also Palliativstation - aber nur, wenn dort nichts gegen ihren Willen geschähe! Das verspreche ich ihr.*

*Unsere Ärztin kommt, untersucht kurz, nein, kein Aszites wie angenommen. Zumindest lässt sich Frau M. jetzt aber zum Schmerzmittel überreden. Ich habe das Gefühl, dass die Ärztin sie gern dabehalten würde, aber ihre Entscheidung ist gefallen.*

*Ich telefoniere mit der Station, sie kann gleich kommen. Also organisiere ich den Transport, hole die notwendigen Papiere vom Hausarzt, packe ihre Sachen, helfe ihr beim Anziehen, melde die Sozialstation und den Notruf ab, informiere den Sohn. Dessen Erleichterung ist durchs Telefon zu hören.*

*Später besuche ich sie auf der Station, sie liegt zufrieden in ihrem Bett, hat wieder eine Infusion abgelehnt, aber noch mal Schmerztropfen genommen. „Es ist die beste Lösung so“, sagt sie entschieden.*

*Zwei Tage später ist sie im Nierenversagen und paralytischen Darmverschluss, hat selbst nach Dauertropf verlangt. Sie liegt apathisch und durchscheinend da. Ich streichle ihre kalte Hand. Mit geschlossenen Augen lächelt sie, murmelt: „ Alles ist gut. Ich habe keine Angst. Danke, dass Sie mich unterstützt haben. Jetzt bin ich müde!“ Mir kommen die Tränen.*

*Was für eine Frau!*

*Almuth Grigorakakis, Palliativschwester*

## **B) PALLIAMO e.V.**

### **1. Vorstand, Beirat und Mitarbeiterinnen**

#### **Vorstand** PALLIAMO e.V. 2010:

Erste Vorsitzende Dr. med. Elisabeth Albrecht

Zweite Vorsitzende Frau Gisela Häberle

Schatzmeisterin Frau Eva Körber

#### **Beirat und ehrenamtliche Mithilfe:**

Frau Eva Witt, Senior-Vorstand

Frau Ingrid Liemant

Herr Hans Rauh

Herr Dr. med. Michael Abeler

#### **Angestellte MitarbeiterInnen**

Frau Claudia Brunner (Verwaltung)

Frau Christl Tesseraux (Organisation Weiterbildungen, Mithilfe bei Öffentlichkeitsarbeit)

### **2. Aus der Vorstandsarbeit**

Der Vorstand regelt als Vertreter des Hauptgesellschafters die Belange der PALLIAMO GmbH und bereitet die jeweiligen Gesellschafterbeschlüsse vor. Dies betrifft also Fragen zur Personalverwaltung, Finanzplanung, es werden Kooperationsvereinbarungen besprochen und die jeweilige Geschäftsentwicklung analysiert. Das Palliative-Care-Team wird in seiner Tätigkeit unterstützt, wo es nur geht.

Vereinsinterne Angelegenheiten betreffen Aktivitäten für Betroffene, die weiter unten beschrieben werden, sowie die Kurse für Fachpersonal. Etwas in den Hintergrund getreten ist die Spendenaquise, welche bisher die Grundlage für die Arbeit des Palliative Care Teams darstellte. Da die Tätigkeit am Patienten von den Kostenträgern finanziert wird, können nun die dankbar entgegengenommenen Spenden für Betroffene mit finanziellen Problemen verwendet werden. Auch sind Stipendien für die Pflegekurse ausgeschrieben.

### **3. Weiterbildung in Palliative Care**

Es zeigt sich weiterhin, dass es für Sterbende und ihre Familien entscheidend ist, überall, wo sie betreut werden, auf in diesem Gebiet fachlich geschultes Personal zu stoßen. Dies zu verbessern bleibt ein großes Anliegen des Vereins PALLIAMO.

Der Bereich Weiterbildung wurde im Jahr 2010 erneut von Frau Tesseraux kompetent betreut. Sie übernahm in hoher Professionalität die Organisation und begleitete alle Kurse. Auf ihr Betreiben hin entstand die Palliativ- und Hospizakademie Regensburg (s.u.). Leider hat sie ihre Tätigkeit bei PALLIAMO zum 31.12.2010 beendet.

#### **3.1 Kurse für Fachpersonal**

Gemeinsam mit dem Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg wurden erneut drei multiprofessionelle Qualitätszirkel organisiert und durchgeführt.

Im September fand der im Jahr 2009 begonnene Weiterbildungskurs für examinierte Pflegekräfte (160 Stunden) unter der routinierten Leitung von Frau Almuth Grigorakakis seinen Abschluss, der nächste Kurs begann bereits im November.

Für Ärzte fanden im Jahr 2010 zwei 40-Stunden-Kurse (Kursleitung Dres. Braun und Albrecht) statt. Die im Jahr 2009 begonnen Fallseminare mit Supervision wurden mit den Modulen II und III fortgesetzt und damit der erste Aufbaukurs für Ärzte abgeschlossen (Kursleitung Dres. Braun, Lins, Pfirstinger und Albrecht).

Etliche Teammitglieder waren in diese Kurse als Referentinnen eingebunden. Dies ist eine Tätigkeit außerhalb der Arbeitszeit für das SAPV-Team, belastet also die Freizeit. Die Kursteilnehmer profitieren jedoch von der Praxisnähe der gebotenen Ausbildung. Die Rückmeldungen sind ausgesprochen positiv, und erwartungsgemäß verbessert sich die Zusammenarbeit mit den Kollegen, welche die Kurse besucht haben.

Weiterhin werden die Kurse ausschließlich durch die kostendeckend kalkulierten Kursbeiträge finanziert.

### **3.2 Palliativ- und Hospizakademie Regensburg**

Im Anschluss an den Palliativtag, den PALLIAMO 2009 veranstaltet hatte, entstand das Interesse daran, dass die im Bereich Palliative Care Aktiven in Regensburg die jeweiligen Fortbildungsangebote untereinander absprechen und gemeinsam präsentieren. In bemerkenswert kurzer Zeit - bis Frühjahr 2010 - bildete sich daraus die Palliativ- und Hospizakademie Regensburg, die nun alle Institutionen und Personen in Regensburg, die sowohl in der palliativen Krankenversorgung als auch in der palliativen Lehre engagiert sind, unter einem Dach vereint.

Dem Fortbildungsbeirat gehören an:

- Dr. med. Michael Pawlik, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg
- Anita Kerscher und Bärbel Kiechle, Caritasverband der Diözese Regensburg
- Petra Seitzer, Hospizverein Regensburg e.V.
- Rosi Schmidtpeter, Katholische Akademie im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.
- Dr. med. Roland Braun und Dr. med. Klaus Hanshans, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
- Dr. med. Elisabeth Albrecht, PALLIAMO Regensburg e.V.
- Prof. Dr. med. Bernhard Graf und Prof. Dr. med. Reinhard Andreesen, Universitätsklinikum Regensburg
- Pfarrer Dr. theol. Christoph Seidl, Seelsorge für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen

Zur Leiterin wurde Frau Christl Tesseraux gewählt. Die organisatorischen Tätigkeiten übernimmt PALLIAMO e.V.

Die Akademie stellt Veranstaltungen zu Themen rund um Palliative Care im Raum Regensburg auf ihre homepage [www.palliativ-und-hospizakademie-regensburg.de](http://www.palliativ-und-hospizakademie-regensburg.de).

## **4. Aktivitäten für Betroffene**

Der Verein konnte erneut Patienten finanziell beistehen, um die durch die Erkrankung verursachten Kosten zu mildern. Selbst von der Zuzahlung befreite Patienten müssen bekanntlich nicht rezeptpflichtige Medikamente, teilweise auch über den üblichen Verbrauch hinausgehende Hilfsmittel, selbst bezahlen. Führt dies zu einer erkennbaren Belastung, so übernimmt PALLIAMO e.V. im Einzelfall diese notwendigen Anschaffungen.

Auch im Jahr 2010 organisierten Frau Liemant und Frau Brunner zwei Erinnerungsfeiern, die von den Team-Mitgliedern sowie der Musiktherapeutin Frau Müller gestaltet wurden. Diese

Nachmittage bieten Gelegenheit, sich gemeinsam an die betreuten Verstorbenen zu erinnern. Die Angehörigen können nochmals Fragen stellen, das Team kann manchen Hinweis für zusätzliche Unterstützung in der Trauerzeit geben.

Die vereinseigenen Geräte (Badewannenlifter, Treppensteiggerät, Babyphon, Toilettenstuhl, Lagerungshilfen in reichlicher Menge) wurden gerne leihweise - häufig überbrückend bis zur eigenen Anschaffung - von Patienten und Angehörigen genutzt. Immer wieder überrascht manche rasche Progredienz der Erkrankung jede noch so sorgfältige vorausschauende Planung.

## **Impressum**

Autorin: Dr. med. Elisabeth Albrecht

**PALLIAMO** e.V. · Cranachweg 16 · 93051 Regensburg · Tel. 0941 - 56 76 232,  
Fax 0941- 584 04 97 · PALLIAMO@t-online · [www.PALLIAMO.de](http://www.PALLIAMO.de)  
Bankverbindung: Volksbank Regensburg · BLZ 750 900 00 · Konto-Nr. 612383  
Vorstand: Dr. med. Elisabeth Albrecht, Gisela Häberle, Eva Maria Körber  
Senior-Vorstand Eva Witt