



Jahresheft 2024

SAPV Regensburg und Cham



Inhaltsverzeichnis Seite

Vorwort

Unsere Arbeitsleistung in Zahlen

Unsere Mitarbeitenden

Tätigkeiten der PALLIAMO-Akademie im Jahre 2024

Schwerpunktthema: Der Verein PALLIAMO

Rückblick

Wann und wie unterstützt PALLIAMO

Was ist würdezentrierte Therapie?

Ambulante Ethik-Beratung

Die ersten neun Monate von ZiB-E

Neue Herausforderungen

Impressum

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Das vergangene Jahr stand für unser SAPV-Team gleichermaßen im Zeichen des Wandels und der Kontinuität.

Wandel, weil es stets voran geht, weil wir neue Projekte und Ideen auf den Weg gebracht haben, uns personell weiterentwickeln und weil wir uns konzeptionell den aktuellen und zukünftigen Rahmenbedingungen anpassen.

Kontinuität, weil bei uns die individuelle und umfassende Patientenversorgung unverändert im Mittelpunkt steht und wir unsere Arbeitsweise und Werte weiterhin überzeugt leben und umsetzen.

Das Gelingen unserer Vorhaben und Ziele verdanken wir zu einem großen Teil dem PALLIAMO eV, der seit Beginn der SAPV-Tätigkeit dafür sorgt, dass wir uns im Team regelmäßig weiterbilden können, dass wir in unseren Kursen *Palliative Care Arbeit* vermitteln dürfen und dass wir unseren Patient*innen, bzw. deren Familien unkompliziert was „Gutes“ tun können, sei es um die Leistung der Angehörigen zu würdigen, sei es um Familien zu entlasten oder um Patient*innen und Familien in dieser schweren Zeit einfach eine kleine Freude bereiten zu können.

Es ist mehr als bemerkenswert, wie der PALLIAMO e.V entstanden ist, sich gemäß seiner Satzung und Vorhaben weiterentwickelt hat und weiterhin dafür Sorge trägt, dass PALLIAMO, dass *wir* unsere Patient*innen individuell versorgen können, in allen vier Dimensionen von Palliative Care, stets die wortwörtliche „behutsame Ummantelung“ vor Augen.

Mit dem diesjährigen Jahresbericht möchten wir Ihnen neben dem statistischen Jahresrückblick einen Einblick in die Tätigkeiten unseres Vereines geben.

Mein besonderer Dank gilt neben dem gesamten Team (!) dieses Jahr zum einen Frau Dr. Elisabeth Albrecht, die wir 2024 in ihren wohlverdienten Ruhestand schicken durften, die sich dennoch weiterhin intensiv um das Wohlergehen von PALLIAMO kümmert und die die diesjährige statistische Auswertung im Detail vorgenommen hat. Ferner danke ich besonders unserer Geschäftsführerin Frau Anne Vanek, die sich ebenso intensiv um unser aller Wohlergehen sorgt und PALLIAMO trotz der etwas ruppigen gesundheitspolitischen Großwetterlage mit Ruhe und Bedacht auf Kurs hält.

Katinka Rockmann

Unsere Arbeitsleistung in Zahlen

Elisabeth Albrecht

Überblick über unsere Tätigkeit im Jahre 2024

Im Jahr 2024 schlossen wir 627 Behandlungsfälle¹ ab:

- 105 Patient*innen und ihre Angehörigen erhielten bei einem Hausbesuch eine ausführliche Beratung (SAPV-Kategorie *Beratung*), davon 24 ohne Abrechnung
- In 59 Fällen wurden Symptomkontrolle und koordinierende Maßnahmen durchgeführt (SAPV-Kategorie *Koordination*), ohne dass eine 24-Stunden-Bereitschaft erforderlich war.
- Unverändert lag der Schwerpunkt unserer Tätigkeit in der Teilversorgung; 463 Patient*innen erhielten eine umfassende Betreuung einschließlich unserer 24-Stunden-Bereitschaft (SAPV-Kategorie: *additiv unterstützende Teilversorgung*)

¹ Darunter befinden sich 46 Wiederaufnahmen, es handelte sich also um 581 Patient*innen. Im folgenden wird, wenn nicht anders angegeben, die jeweilige Zahl von Behandlungsfällen genannt, auch wenn wir sie lieber als Patient*innen bezeichnen.

Wir betreuen in etwa gleich viele Patientinnen wie Patienten. Der Altersmedian lag im Jahre 2024 bei 79 (Range 25 bis 100).

Bei jeder Begleitung beurteilen wir, ob wir zum adäquaten Zeitpunkt hinzugezogen wurden. Dies war meistens der Fall (70%), manchmal wurden wir zu früh gerufen (19%, dann häufig mit Beratung abgeschlossen), leider in 11% zu spät.

In Koordination betreuten wir die Patient*innen durchschnittlich 23 Tage (Median 16 Tage). Bei über der Hälfte der Koordinationen konnten wir dank Stabilisierung unsere Mitbehandlung wieder beenden, 46% verstarben. Während unserer Betreuung wurden diese Patienten durchschnittlich alle 4 Tage besucht.

Patient*innen, die in Teilversorgung von uns begleitet wurden, befanden sich durchschnittlich 24 Tage in der SAPV (Median 11 Tage). In dieser Zeit erhielten sie und ihre Zugehörigen durchschnittlich alle 2,7 Tage einen Hausbesuch durch uns. In 18% konnten wir die Begleitung wieder beenden. 379 Patient*innen verstarben, davon 331

mit unserer Betreuung: im häuslichen Umfeld (236), im Heim (82) oder im Hospiz (13).

Diese statistischen Werte haben sich nur unwesentlich zu dem Vorjahr verändert.

Der Sterbeort

In der Medizin wird Erfolg gerne an Überlebensraten gemessen - das geht in der SAPV selbstverständlich nicht. Ein weiteres Missverständnis mancher Außenstehender besteht darin zu glauben, dass unser Erfolg daran messbar ist, wie viele der von uns Begleiteten im vertrauten Umfeld sterben, das würden sich doch die allermeisten Personen wünschen - aber das muss man relativieren.

Insgesamt hat unser Team über die langen Jahre mehr als 4000 Sterbende und ihre Familien begleitet, und wir können mit Überzeugung folgendes feststellen: Kaum jemand geht gern ins Krankenhaus, und ja, wer hätte nicht gerne ein Umfeld, welches liebevoll und gleichzeitig belastbar die Pflege übernehmen kann, selbst

in der Sterbephase. Nur sind die dafür nötigen sozialen Voraussetzungen eben oft nicht vorhanden, können auch nicht erst in der letzten Lebensphase geschaffen werden. Ganz abgesehen davon erfordert das Leben mit einer belastenden Krankheit oft genug spezielle Kenntnisse in der Pflege. Realistische Wünsche nach dem Sterbeort von Menschen, die ihr Lebensende kommen sehen, richten sich an diesen Gegebenheiten aus, und dann besteht eben in vielen Fällen der Wunsch z.B. auf der Palliativstation oder im stationären Hospiz zu sterben.

So gut wie möglich gehen wir während der Begleitung unserer Patient*innen auf realistische Wünsche ein, auch beim Wunsch nach dem Sterbeort. Und somit ist nicht die Anzahl der daheim Verstorbenen ein Erfolgsparameter, sondern die Anzahl derer, die dort sterben konnten, wo sie es sich wünschten. Dies gelang uns, wie schon im vergangenen Jahr, bei 86 % der Verstorbenen.

Qualitätskriterium: ein guter Sterbeprozess

Führt eine unheilbare Krankheit zum Tod, dann kommt es in der Regel zu einem natürlichen Sterbeprozess - der Körper verabschiedet sich nach einem eigenen Ablauf, bei der Psyche können wir nur Vermutungen anstellen. So ein vorausgesehener Prozess ist kein Notfall, sondern zeichnet sich ab, auch wenn die Tatsache, dass es „jetzt soweit ist“, immer noch ein Schock für die Angehörigen sein kann.

Unsere Aufgabe als SAPV ist es dafür zu sorgen, dass die Symptomlinderung bereits vor den letzten Stunden gelingt - das ist die wichtigste Voraussetzung für eine ruhige Sterbephase. In dieser müssen wir jedoch alle Medikamente weiter verabreichen, die dazu nötig waren. Falls Sterbende wichtige Medikamente gegen Beschwerden zum Schlucken hatten, aber nicht mehr schlucken können, verabreichen wir daher diese Medikamente weiter, in unveränderter Dosierung unter die Haut oder intravenös (wenn ein Portsystem benutzt werden kann). Dazu verwenden wir Medikamentenpumpen. Im Jahr 2024 war in der Sterbephase bei 64%

eine derartige Pumpenversorgung nötig. In weiteren 7% wurden bereits vorher die Medikamente parenteral verabreicht.

Mit dieser Vorgehensweise erreichen wir in der Regel einen ruhigen Sterbeprozess, den wir als belastbares Qualitätskriterium sehen und genau dokumentieren, unter anderem mit unseren sogenannten Sorgepunkten, welche wir teamintern entwickelt haben:

<i>Sorgepunkte für</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Patient*in</i>	<i>„Sterbearbeit“, keine Intervention erforderlich</i>	<i>vorgesehener Bedarf wird verabreicht und ist ausreichend</i>	<i>akute Verschlechterung, die in den Sterbeprozess mündet, unvorhergesehene Intervention erforderlich.</i>
<i>Angehörige*r</i>	<i>traurig</i>	<i>belastet</i>	<i>Überlastet, Hilfe nötig</i>

Damit ist es möglich, im Jahresrückblick den Verlauf der letzten Stunden auszuwerten und über die Jahre die Tätigkeit vergleichend zu betrachten. Diese Bewertung und die Erfassung weiterer Parameter

führen wir durch bei Begleitungen, die mit unserer 24-Stunden-sterben, also im eigenen Zuhause, sei es daheim oder im flegeheim.

Bei 301 Patient*innen liegen detailliertere Aussagen zum Sterbeprozess vor.

Es spricht für die hohe Qualität der Tätigkeit des Teams, dass in 68% der Begleitungen der Sterbeprozess so friedlich verlief, dass keine medikamentöse Intervention erforderlich war (Sorgepunkte 0 und 1), da die regelmäßig verabreichten Medikamente zur Symptomkontrolle ausreichten. Bei 54 Patient*innen wurde in der Sterbephase ein bei Bedarf vorgesehenes Medikament eingesetzt (Sorgepunkt 2), welches dann einen ruhigen Sterbeprozess ermöglichte.

Jede Aufzeichnung mit Sorgepunkt 3 wird einzeln betrachtet: Was war an diesem Sterbeprozess auffallend? Das Ergebnis:

- Bei sieben Patient*innen hatte zum Zeitpunkt des Erstbesuchs - leider - die Sterbephase bereits eingesetzt. Hier war eine vorausschauende Begleitung nicht mehr möglich, die Symptome wurden so gut wie möglich sofort medikamentös gelindert und zumindest damit ein ruhigeres Sterben ermöglicht.
- In 15 Fällen wurde beim letzten Besuch eine parenterale Pumpe

neu begonnen, da die orale Medikamentengabe nicht mehr möglich war. Wie gut, dass dann der Sterbeprozess ruhig stattfinden konnte.

- Acht Situationen erforderten die zusätzliche Gabe eines neuen Medikaments, meist wegen Unruhe oder Schmerzen, was dann zur Symptomkontrolle ausreichte.
- Ein Patient nahm den assistierten Suizid in Anspruch.
- In elf Fällen mündete ein akuter Notfall in den Sterbeprozess bezogen auf die 301 begleiteten Sterbesituationen waren das also 3 Prozent. Im einzelnen :
 - vier akute Verschlechterungen mit viel Schleim aus der Lunge,
 - zwei Situationen mit plötzlich auftretender, massiver Unruhe
 - zwei Patienten erlitten eine akute Blutung
 - ein Patient zeigte eine akute Ileus-Symptomatik
 - ein Patient war gerade wieder stabiler geworden und verstarb plötzlich beim Aufstehen aus dem Stuhl
 - eine Patientin zeigte eine akute, ausgeprägte Schmerzattacke.

Gerade diese Notfälle zeigen, wie wichtig ein gut funktionierender pflegerischer und ärztlicher Bereitschaftsdienst für die SAPV-Tätigkeit ist. Wir können Notfälle zwar nicht vermeiden und auch nicht immer

vorhersehen, aber wenn sie auftreten, dann tragen wir so rasch und kompetent wie möglich dazu bei, dass die Beschwerden noch abgemildert werden, bevor der Tod eintritt. Gerade in diesen Situationen ist es entscheidend, dass die Angehörigen sofort Hilfe und Beistand erhalten.

Bei 296 Sterbevorgängen dokumentierten wir, wie die anwesenden Angehörigen diese schwierige Situation meistern. Wir stellten fest, dass 59% gefasst, wenn auch traurig waren (Sorgepunkte 0 und 1). 34% der Angehörigen waren belastet, kamen dann jedoch mit der vorhandenen Unterstützung zurecht.

In 18 Fällen waren die Angehörigen mit dem Sterben überlastet (Sorgepunkt 3). Darunter waren acht der elf oben beschriebenen Notfallsituationen - verständlich, dass diese Angehörigen akut zusätzliche Unterstützung benötigten.

Bei den zehn weiteren Situationen zeigten sich folgende erschwerende Faktoren:

- kürzlich durchgemachte Verluste durch den Tod, teils auch traumatisiert durch ungute Sterbeprozesse
- das Aushalten von Unruhe oder Rasselatmung, obwohl durchaus

medikamentös gelindert

- gleichzeitig zwei Moribunde in der Familie (unser Team betreute jeweils beide)
- Eltern, die ihre erwachsenen Kinder sterben sehen mussten.

Eine dramatische Situation ergab sich, als ein Ehemann, kaum dass seine Frau voraussehbar verstorben war, völlig dekompenzierte, ein anderes Familienmitglied beschuldigte, sie umgebracht zu haben, und handgreiflich wurde.

Die Tatsache, dass nun der Tod eingetreten ist, stellt für viele Angehörige weiterhin eine hohe emotionale Belastung dar, auch wenn sie noch so sorgfältig darauf vorbereitet sind. Wie gut, dass wir dann auf den Hospizverein Regensburg verweisen können, der ein breit gefächertes Angebot für die Trauerzeit bereit hält.

Unsere Mitarbeitenden

Im Jahr 2024 waren für die SAPV PALLIAMO tätig

Im Team Cham:

Unser Palliativkräfte:

Kerstin Enderlein

Melanie Fischer

Uschi Fischer

Silke Geiger

Stefanie Kienberger

Markus Wegmann (Wechsel aus Team Regensburg ab Februar)

Anlaufstelle Büro:

Gabi Kagermeier

Alexandra Karl

Andrea Sommer-Stich (bis Herbst 2024)

Palliativärztlich tätig:

Dr. Elisabeth Albrecht (Teamleitung bis März)

Dr. Katinka Rockmann (Teamleitung ab April.)

Annegret Weinzierl (stellvertretende Teamleitung)

Dr. Matthias Deml

Dr. Johanna Etti

Dr. Alexandra Freundorfer

Bettina Kalischefski

Dr. Carmen Ring (ab September)

Dr. Peter Zita (ab September)

Seelsorge:

Winfried Weber

Tamara Sporer

Atemtherapie:

Anna-Maria Probst-Ebner

Im Team Regensburg:

Unsere Palliativkräfte:

Christine Heilmeier-Herz

Doreen Heindl

Gabi Lindner

Heike Rehwald-Wilke

Tine Sommer-Wesch

Markus Wegmann (bis Januar – dann Wechsel ins Team Cham)

Nadine Braun (von März bis September)

Connie Tomahogh (ab Juni)

Anlaufstelle Büro:

Claudia Brunner

Lisa Minderlein

Palliativärztlich tätig:

Dr. Katinka Rockmann (Teamleitung)

Dr. Bernadette Holtzem (stellvertretende Teamleitung)

Dr. Catharina Thrun (bis Mai)

. Charlotte Zierl-Gruber

Dr. Christoph Gößl

Dr. Katharina Stigler (ab Mai)

Dr. Susanne Beier (ab September)

Seelsorge:

Bernhard Götz

Atemtherapie:

Petra Füßl

Für beide Teams tätig:

Eveline Schmuck (Öffentlichkeitsarbeit und Sozialarbeit)

Silke Leicht (Personal und Verwaltung)

Anne Vanek (Geschäftsführerin)

Tätigkeiten der PALLIAMO-Akademie im Jahre 2024

Eveline Schmuck

Im Februar startete die Weiterbildung Palliative Care und Hospizarbeit für Pflegekräfte mit 20 Teilnehmenden. Dieses Mal waren sogar ganze fünf Männer darunter - meist sind es ein bis zwei pro Jahrgang. In dieser 160-stündigen Weiterbildung waren wieder alle Bereiche der Pflege vertreten. Die Teilnehmer*innen setzen ihre Kenntnisse danach sowohl im spezialisierten Bereich, wie auf Palliativstationen, in Hospizen und in SAPV-Teams, als auch in Pflegeheimen und Krankenhäusern ein.

Im März und April fand die Kursweiterbildung Palliativmedizin (40 Stunden Basiskurs) statt. Sechs Ärzte und 11 Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtungen nahmen teil. Die ambulant Tätigen und ihre Kolleg*innen im stationären Bereich profitierten neben dem fachlichen Input auch davon, die jeweilige Arbeitsweise besser zu verstehen. Mit diesem besseren Verständnis füreinander klappt die Weiterversorgung der Palliativpatient*innen umso besser. Unser 40-stündiger „Grundlagenkurs“ war mit 15 Teilnehmerinnen und einem Teilnehmer gut besucht. Diese multiprofessionelle

Basisqualifizierung gewinnt an Bedeutung, zumal er besonders für Berufsgruppen einen guten Einstieg bietet, für die es noch keine spezifischen Weiterbildungen in Palliative Care gibt.

Erstmals haben wir im Jahr 2024 einen Fortbildungstag speziell für AbsolventInnen des 160-Stunden-Pflegekurses angeboten. Dieser bestand aus zwei Teilen: Für den ersten Teil der Veranstaltung konnten wir Pfarrer Dr. Christoph Seidl gewinnen, der sich der "Warum-Frage" gewidmet hat. Den zweiten Teil bildeten die „kollegialen Beratungen“. Dabei werden eingebrachte Fälle in Kleingruppen nach einem bei uns erlernten Konzept für Intevision beraten. TeilnehmerInnen können die Chance nutzen, Schwieriges zu reflektieren, kennenzulernen und anzuwenden.



Mein persönliches Highlight bestand darin, Roland Kachler in Regensburg begrüßen zu dürfen. Der Begründer des beziehungsorientierten Ansatzes in der Trauerarbeit hat den weiten Weg nach Regensburg auf sich genommen, um Einblicke in die Hypnosystemische Trauerbegleitung zu bieten. Trauer wird hier verstanden als systemische Beziehungskraft, die eine innere Beziehung zum Verstorbenen unter der Bedingung seiner äußeren Abwesenheit leben will. In Kooperation mit der KEB kam ein Vortrag und Workshop zustande. Es wurden die theoretischen Hintergründe dieser Trauer- und Beziehungsarbeit gezeigt und mit Übungen wurde das Vorgehen gelernt.

SchwerpunkttHEMA: Der Verein PALLIAMO

Rückblick: Warum ein Verein nötig wurde

Die turbulente Anfangszeit

Elisabeth Albrecht

Rückblick

Warum ein Verein nötig wurde

Wir befinden uns im Jahre 2003. Seit gut zwei Jahren existiert ein inoffizielles Palliativteam für den Raum Regensburg, bestehend aus einer Ärztin, einem Pflegedienst und einem Hospizverein: Frau Dr. Elisabeth Albrecht ist als Internistin niedergelassen, hat sich jedoch mit ihrer Palliativ-Ausbildung auf Hausbesuche bei schwerstkranken Patient:innen spezialisiert. Der Pflegedienst Baumer betreut in einer eigenen Intensivrunde Patient:innen daheim mit parenteralen Schmerzpumpen; hier arbeitet Frau Almuth Grigorakakis,

welche bereits die gerade neu geschaffene Weiterbildung zur Palliativpflegekraft absolviert hat. Der Hospizverein Regensburg stellt Hospizbegleiterinnen und soziale Hilfestellungen zur Verfügung. Dank guter Zusammenarbeit mit Dr. Hanshans von der Schmerzambulanz Barmherzige Brüder und dem Onkologen Dr. Dengler, dank der Information an Betroffene über Hospizverein und Pflegedienst begleiten wir etwa 20 Palliativpatient:innen pro Quartal, daheim oder auch im Betreuten Wohnen in Bad Abbach, welches ebenfalls Herr Baumer mit seinem Pflegedienst betreut.

Doch dann kommt im November 2003 der Paukenschlag: Das Betreute Wohnen muss unverhofft geschlossen werden, damit ist der Pflegedienst auf einen Schlag insolvent.

Wie geht es weiter? Es ist uns klar, dass wir diese personalintensive, auf Palliative Care spezialisierte Pflege dringend benötigen, aber dafür Geld da sein muss - die üblichen Pflegesätze reichen bei weitem nicht. Also: Wir müssen dafür einen Verein gründen, der Spenden sammeln kann. Und rasch ist Unterstützung organisiert:

- Dr. Hanshans und Dr. Dengler, die sofort dabei sind
- Frau Eva Witt, die unser kleines Team während der Pflege ihres

schwerstkranken Mannes kennen und schätzen gelernt hat; sie spricht einen Freund der Familie an, Herrn Hans Rauh, Buchhalter, der gerne seine Mithilfe zusagt

- Frau Dr. Volz-Fleckenstein, tätig in der Kinderonkologie (einschließlich manch palliativer ambulanter Betreuung), die gleich ihren Chefarzt mitbringt, Herrn Prof. Wolff
- Frau Elisabeth Gold, die als Buchhalterin beim Pflegedienst Baumer unsere gemeinsame Arbeitsweise als besonders wertvoll miterlebt hat und sie weitergeführt sehen möchte
- die Hausärztin Jutta Schabl, welche das bisherige Palliativteam ebenfalls so schätzt, dass sie die weitere Tätigkeit ermöglichen möchte
- und Frau Dr. Elisabeth Albrecht; mit juristischem Beistand durch ihren Mann ist eine Vereinssatzung rasch geschaffen.

Frau Witt findet die so schöne Bezeichnung „PALLIAMO“ für Palliativversorgung mobil, in der das lateinische amo = ich liebe steckt. Und so gründen wir neun in den Praxisräumen von Dr. Dengler am 3. Dezember 2003 unseren Verein.

Die turbulente Anfangszeit

Wir benötigten also Geld. Frau Witt besuchte ein Seminar zur Akquise von Spenden und begann, diese engagiert einzusammeln - später haben wir errechnet, dass sie insgesamt rund 200 000.-€ eingeworben hat.

Die ersten Schritte gingen wir gemeinsam mit dem Hospizverein: Wir durften ein Zimmer mitbenutzen, die Hospiz-Sekretärin Frau Claudia Brunner nahm Anrufe für uns entgegen, Frau Almuth Grigorakakis konnte als Beratungsschwester im Hospizverein weiterarbeiten. Bald wurden die beiden und weitere Palliativschwestern bei PALLIAMO e.V. angestellt, eigene bescheidene Büroräume bezogen, weitere Ärztinnen eingearbeitet. Dank eines Integrierten Versorgungsvertrags mit der AOK unter Mitwirkung des Krankenhauses Barmherzige Brüder sowie der unkomplizierten Kostenzusage der DAK im Einzelfall konnten wir Patient:innen dieser beiden Kassen immerhin zur Hälfte gegenfinanziert betreuen.

Öffentlichkeitsarbeit und PALLIAMO-Akademie

Palliative Care ist eine junge eigene Disziplin: Für Pflegekräfte wurde die Möglichkeit einer Qualifizierung 1996 geschaffen, erst im Jahr 2004

implementierte die Bundesärztekammer die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin. Weitere Professionen folgten noch später. Unserem Team war es von Anfang an wichtig, Öffentlichkeit wie Berufsgruppen über dieses wichtige Thema zu informieren und instruieren. Insbesondere die Weiterbildung in Pflege und Medizin mussten wir schon in eigenem Interesse aufbauen, denn wir wussten, dass wir weitere Mitarbeiter:innen benötigen. Bereits im Jahr 2005 konnten wir den ersten Palliativ-Pflegekurs mit 160 Unterrichtsstunden beginnen, da Frau Grigorakakis inzwischen die Ausbildungsberechtigung dafür erworben hatte, und bieten ihn seitdem jährlich an. Ab 2008 führten wir jährlich mindestens einmal den 40-Stunden-Kurs für Ärzt:innen durch. Jedes Jahr fassten wir die Tätigkeit des Teams in einem Jahresbericht zusammen, um uns bei den Sponsoren zu bedanken und in Erinnerung zu rufen. Dank einiger hilfsbereiter Patient:innen und Familien entstand bei 3-Sat ein schöner Film über unsere Tätigkeit („Leben bis in den Tod“, Redakteur Markus Reher). Frau Dr. Albrecht war unermüdlich gesundheitspolitisch aktiv; mit Berichten über die Tätigkeit des PALLIAMO-Teams - Statistiken wie Fallgeschichten - konnte sie nachweisen, dass eine „mobile

Palliativstation“ sinnvoll und möglich ist, einmal auch vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages. Unerwartete Wendung: das Gesundheitsreformgesetz 2007 Überraschenderweise wurde in diesem Gesetz über die neuen Paragraphen§37b) und§132d) SGB V der Anspruch auf die neue Versorgungsform SAPV geschaffen. Der Verein PALLIAMO atmete erleichtert auf: Nun geht es wirklich weiter! Flugs gründete der Verein noch im Jahr 2007 die PALLIAMO gGmbH als Anstellungsträger für das Team. Frohgemut begannen dann Gespräche mit den Kassen... bekanntlich hat es aber doch noch bis Mitte 2009 gedauert, bis das SAPV-Team offiziell anerkannt und von den Kostenträgern finanziert wurde. Die Rücklagen des Vereins hatten gerade bis dahin ausgereicht! Damit hat der Verein den Anlass für seine Gründung erfüllt, er übergibt hiermit die Zuständigkeit für das Palliativteam an die PALLIAMO-gGmbH, und es stellt sich nun die Frage: Hat der Verein überhaupt noch Aufgaben, von der Gesellschafter-Funktion für die gGmbH einmal abgesehen? Was tut sich da? Antworten finden Sie in den folgenden Beiträgen.

Wann und wie unterstützt PALLIAMO?

Eveline Schmuck

Damit PALLIAMO e.V. unterstützen kann, muss laut unserer Satzung eine palliative Situation vorliegen: Es handelt sich um eine inkurable, progrediente Erkrankung, wodurch das Lebensende absehbar wird. Dabei ist unerheblich, ob unser SAPV-Team diese Patient*innen begleitet.

Als Mitarbeiterin des Vereins PALLIAMO e.V. ist es unter anderem auch meine Aufgabe, die Spendengelder, die bei uns eingehen, in den Familien ankommen zu lassen, so dass sie etwas Gutes bewirken können. Da können etwa finanzielle Nöte abgemildert werden, oder es wird etwas Schönes ermöglicht, das die Lebensqualität der Patient*innen verbessert oder den Zugehörigen Erholungszeit verschafft.

Es kann sich also darum handeln, konkrete Hilfen zu ermöglichen. Dazu fällt mir eine Fallgeschichte ein: Eine Tochter wandte sich an uns, um dem dementen Vater, der zusätzlich auch an einer onkologischen

Erkrankung litt, als SAPV-Team medizinisch und pflegerisch zu unterstützen. Daraus ergab sich eine Begleitung in Koordination. Beim ersten Beratungstermin war der Lotsin schon klar, dass die finanziellen Verhältnisse angespannt waren, und sie zog mich in meiner Funktion als Sozialarbeiterin des Teams hinzu. Da gab es zunächst einige sozialrechtliche Ansprüche zu klären. Aber dann haben wir, wie in einem solchen Gespräch üblich, auch die Entlastungsmöglichkeiten für die Ehefrau des Patienten besprochen. Dabei kam zur Sprache, wie anstrengend die Nächte sind und wie groß die Sehnsucht, auch einmal eine Nacht durchzuschlafen. Um das zu ermöglichen, müsste jemand gleichzeitig mit ihr in der Wohnung übernachten können, um die nächtlichen Unterbrechungen zu übernehmen und sie damit zu entlasten. Bisher war das auf dem alten, durchgelegenen Sofa, das auch viel zu schmal ist, nur schlecht möglich; für ein neues reichte das Geld nicht. Daraufhin beantragte ich in Rücksprache mit der Familie einen Zuschuss zu einem neuen Sofa mit Schlaffunktion. Die Freude über das schöne neue Sofa war groß. Durch die stabilisierte Situation konnte die Versorgung unterbrochen und der Patient „ausgesteuert werden“. Erst einige Monate später kam es zu einer Wiederaufnahme. Der Verein übernimmt gerne konkret umrissene Ausgaben wie hier,

finanzielle Engpässe können abgemildert werden, und die Verwendung der Spendengelder ist durch die Rechnung gut belegbar.

Eine weitere gute Spenden-Weitergabe sind positive Projekte, die die negative Situation zumindest aufhellen können:

Eine Frau wandte sich hilfesuchend an uns, ihrem onkologisch erkrankten Ehemann ginge es immer schlechter, es gäbe auch Probleme bei der Übernahme einer hilfreichen Medikation durch die Krankenkasse. Aufgrund der finanziellen Situation sei die Familie mit zwei kleinen Kindern (Zwillinge, fünf Jahre alt) bereits in eine kleinere und damit günstigere Wohnung gezogen. Für eine SAPV-Versorgung war es zwar noch zu früh, jedoch half es der Familie sehr, dass ich sie auf Vereinskosten zu einigen sozialrechtlichen Dingen beraten konnte, zum Beispiel Inanspruchnahme des Bayerischen Landespflegegeldes. Im Verlauf der Erkrankung hatte ich regelmäßig telefonischen Kontakt zur Ehefrau. Es ging immer wieder auch darum, wie die Kinder mit dem absehbaren Verlust umgehen werden und was jetzt noch gut und hilfreich sein könnte. Dabei kam die Idee auf, dass es doch schön sein könnte Erinnerungen zu schaffen. Ein Fotoshooting mit einer Fotografin, die sich auf die häusliche Situation einstellen konnte, wurde

ausgemacht. Auch diese Kosten hat der Verein übernommen. Der Vorstand und ich bekamen später die ans Herz gehenden Ergebnisse zu sehen.

Wem es gelingt, sich nicht von der Schwere des Schicksals hypnotisieren zu lassen, dem können Ideen kommen, wie noch lebenswerte Momente zu schaffen sind. Wenn dazu das Geld nicht ausreicht, kann PALLIAMO helfen - gerade bei einer absehbaren Lebensspanne ist es so wichtig, dass diese Projekte dann auch rasch und unkompliziert finanziert und damit realisiert werden können, getreu unserem Motto: Leben bis zuletzt.

.

Was ist Würdezentrierte Therapie?

Almuth Grigorakakis

Seitdem ich vor mehr als 10 Jahren einen Artikel über die würdezentrierte Therapie (engl.: dignity therapy) in einer Fachzeitschrift las, hat mich das Thema nicht mehr losgelassen. Und ich bin PALLIAMO e.V. dankbar, dass ich die Interviews auch jetzt in der Rente fortführen darf.

Die positive Wirkung der würdezentrierten Therapie konnte mittlerweile sowohl in Bezug auf die Patienten wie auch auf viele Angehörige in vielfachen internationalen Studien nachgewiesen werden.

Dem kanadischen Psychiater H. Chochinow fiel bei seiner Arbeit mit schwerkranken Patienten auf, wie oft der Begriff des Würdeverlustes in Zusammenhang mit der Krankheit genannt wurde. Viele Patienten fühlten sich nicht mehr als Mensch wahrgenommen, was das Gefühl von Sinnlosigkeit verstärkte. In Würde sterben zu können, bedeutete für viele: Leidensminderung – eine gute Beziehung zu den Bezugspersonen – inneren Frieden finden

Daraufhin befragte Chochinow die Patienten zu ihrem persönlichen Würdebegriff und was sie in ihrem Würdeempfinden unterstützen könnte.

Folgende Begriffe wurden benannt: Autonomie und Kontrolle, Erhalt von Normalität und Bewahrung von Stolz, Akzeptanz, Resilienz, Selbstkontinuität, spirituelles Wohlbefinden, ein Vermächtnis hinterlassen.

Mit seinem Team entwickelte Chochinow 2005 die würdezentrierte Therapie. Es handelt sich um eine therapeutische Kurzintervention, die die Patienten durch offene Leitfragen zu einer Lebensrückschau einlädt.

Praktisch sieht das Ganze so aus: Das ca 1-2 stündige Gespräch wird aufgezeichnet, transkribiert und editiert, das heißt etwas in Form gebracht, was ein paar Tage in Anspruch nimmt. Dann wird den Patienten das fertige Dokument vorgelesen – meist eine hoch emotionale Angelegenheit – eventuell noch verbessert und danach ausgehändigt.

Bewusst wird nach positiven Aspekten gefragt, gelungene Lebensleistungen, Ressourcen und Glaubenssätze werden gewürdigt. Wichtige Begegnungen mit Menschen, die einen vielleicht prägten, das

Gefühl von Stolz auf Erreichtes wirken als Gegengewicht zu dem Gefühl, nur noch auf die Krankheit reduziert zu sein und Last für andere zu sein, wie es so viele Patienten beschreiben.

Am Lebensende können die Patienten auf die Quintessenz ihres Lebens blicken, auf das, was sie ausmacht, was sie von allen anderen Menschen unterscheidet. Durch das Erzählen im geschützten Raum können sie ihre Rollen, ihre Leistungen, ihr Selbstbild unabhängig von der Krankheit aufrechterhalten. Durch gezieltes Nachfragen wird die Wertschätzung des eigenen Lebens verstärkt, die Sinnfindung unterstützt und die Bedeutung des eigenen Lebenswerkes erkannt. Aber auch Ratschläge für die zurückbleibenden Angehörigen kommen zur Sprache, Erfahrungen werden weitergetragen. Indem das Dokument der Nachwelt überlassen wird, wird für andere gesorgt. Obwohl explizit keine Frage die Liebe benennt, sind die Dokumente in der Regel voll davon – nicht nur zu einzelnen Personen, sondern zum Leben an sich! – Und allein das zu lesen ist für viel Angehörige ein großer Trost. Sie erleben das Dokument als Geschenk, und für viele ist es Anlass zu innerfamiliären Gesprächen.



Ich durfte im Laufe der Zeit nicht nur hochspannende Lebensgeschichten hören, sondern auch die beglückenden Erfahrungen machen, dass sich zerstrittene Familien noch zu Lebzeiten des Patienten/ der Patientin aussöhnten, dass jahrzehntelange Missverständnisse ausgeräumt werden konnten, sogar ein zur Adoption freigegebenes und seither verschollenes Kind konnte ausfindig gemacht werden.

Würde bedeutet: Ansehen verleihen, wertschätzen!

Natürlich kommen in der Kürze der Zeit nur Bruchstücke von Erinnerungen an die Oberfläche, daher das gezielte Fragen. Ein Freund von mir benutzte die schöne Metapher: „Die Würdezentrierte Therapie ist wie ein Sonnenuntergang im Hochgebirge: all das Ungute und Schwere darf im Schatten der Täler versinken – aber die Höhepunkte, das Besondere, die Erfolge werden nochmal strahlend angeleuchtet.“

Ambulante Ethikberatung Regensburg

Dr. Katharina Rockmann

Unterstützung bei ethischen Konflikten außerhalb der Klinik

„Ethische Fallbesprechung ist der systematische Versuch (...), im Rahmen eines strukturierten, von einem Moderator geleiteten Gesprächs (...) zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu gelangen.“ (Steinkamp & Gordijn 2020)

Die *ambulante Ethikberatung* ist ein vergleichsweises junges Angebot, das sich an Menschen richtet, die im häuslichen Umfeld, in Pflegeeinrichtungen oder in der ambulanten medizinischen Versorgung vor schwierigen ethischen Entscheidungen stehen. Während die *klinische Ethikberatung in Krankenhäusern* schon lange auch in Deutschland etabliert ist, wurden entsprechende Projekte für den *ambulanten* Bereich erst seit einigen Jahren entwickelt und ausgebaut.

Ziele und Aufgaben der ambulanten Ethikberatung

- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung in komplexen

oder konfliktbehafteten Situationen, etwa bei Unsicherheiten zum Patientenwillen oder Patientenwohl.

- Schaffung von Klarheit über vorliegende Werte und Handlungsoptionen.
- Förderung der ethischen Kompetenz aller Beteiligten, einschließlich Patienten*innen, Angehörigen, Pflegenden und Ärzt*innen.

Typische Situationen

- Ablehnung oder Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen (z.B. künstliche Ernährung, PEG-Anlage, Therapiezieländerung).
- Unklarer oder nicht mehr zu ermittelnder Patientenwille.
- Unsicherheiten, bzw. Fragen zur Unterbringung von Patienten*innen.
- Umgang mit Zwangsmaßnahmen oder Suizidwünschen

Team und Arbeitsweise

Die *ambulante Ethikberatung Regensburg* wurde 2024 mit Unterstützung von PALLIAMO e.V gegründet und orientiert sich qualitativ an den Vorgaben der AEM (Akademie für Ethik in der Medizin).

Derzeit besteht unser Team aus fünf Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen:

- Dr. med. Katinka Rockmann, Internistin, Palliativmedizinerin, Master of bioethics, zertifizierte Ethikberaterin im Gesundheitswesen (Leitung).
- Dr. med. Christoph Gössl, Internist, Gastroenterologe, Palliativmediziner, zertifizierter Ethikberater im Gesundheitswesen.
- Dr. med. Nicolai Benkowitsch, Internist, Palliativmediziner, zertifizierter Ethikberater im Gesundheitswesen.
- Markus Wegmann, Intensivpflegekraft, Palliativ-Care Fachkraft, zertifizierter Ethikberater im Gesundheitswesen.
- Claudia Brunner, Koordinatorin SAPV, zertifizierte Ethikberaterin im Gesundheitswesen.

Alle Mitarbeitenden verfügen über eine AEM-zertifizierte Qualifikation und treffen sich regelmäßig zum Austausch und zur internen Fort- und Weiterbildung.

Ethikberatungen durch unser Team können von allen, an einem speziellen Fall Beteiligten telefonisch oder schriftlich angefragt werden (Haus- oder Fachärzte, Pflegekräfte, Patient*innen, oder Familien). Für die Teilnehmenden entstehen dabei keinerlei Kosten.

Nach einem Vorgespräch (zur Klärung der medizinisch-pflegerischen und juristischen Sachlage) findet die Beratung in Form eines festgelegten strukturierten Gespräches im häuslichen Umfeld statt. Anwesend sind üblicherweise zwei Mitarbeitende der Ethikberatung (Moderation und Protokollführung), sowie die an dem Fall Beteiligten, bzw. die Konfliktparteien.

Im Anschluss an das Gespräch wird seitens des Beraterteams eine Empfehlung ausgesprochen, die auch schriftlich in Form eines Protokolls festgehalten wird. Die Umsetzung ist rechtlich nicht bindend. Bei Bedarf kann ein erneuter Beratungstermin stattfinden. Die Mitarbeitenden der Ethikberatung unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Weitere Informationen sind unter (www.ethikberatung-regensburg.de) zu finden.

Fall-Beispiel

Der Sohn der 86-jährigen schwer dementen Patientin Frau H. bat um Unterstützung, weil er der Ansicht war, dass die derzeitige Behandlung seiner Mutter nicht ihrem mutmaßlichen Willen entsprechen würde und ihr derzeit „mehr geschadet, als Gutes getan“ würde. Mit dieser Ansicht war er im Konflikt mit dem Ehemann und Bevollmächtigten der Patientin, welcher keinerlei Änderungen der aktuellen Behandlungsstrategien vornehmen wollte. Die Patientin wurde zuhause von ihm und einer 24h Fachkraft versorgt.

Frau H. war bettlägerig und wies Kontraktionen an den oberen Extremitäten, sowie zwei kleinere Dekubiti (Steiß und Ferse) auf. Eine adäquate Kommunikation war weder verbal noch non-verbal möglich. Allerdings sprach die Patientin vereinzelt zusammenhangslose Worte und war in der Lage, physisch und verbal ihr Missfallen zum Ausdruck zu bringen. So schrie sie immer wieder „nein“ und konnte Abwehrhaltungen einnehmen, wenn sie beispielsweise nicht angefasst werden wollte.

Ernährt wurde Frau H. mit Astronautennahrung, bzw. Brei, der ihr mittels einer großen Spritze in den Mund appliziert wurde (da sie

selbst den Mund seit einiger Zeit nicht mehr öffnen wollte) und den sie erstaunlicherweise meist zuverlässig schlucken konnte. Zudem erhielt sie gelegentlich subkutane Infusionen.

Der Sohn war der Ansicht, dass Frau H. gegen ihren Willen ernährt und am Leben gehalten werde und man ihr körperliche Gewalt antue, wenn man sie zum Schlucken zwingt. Sie presse den Mund zusammen, um zu signalisieren, dass sie nicht essen wolle. Der Ehemann beteuerte, dass es seiner Frau gut gehe, er spüre, dass sie „noch weiter machen wolle“ und immerhin schlucken könne. Außerdem „könne er sie doch nicht verhungern und verdursten lassen“.

In zwei Beratungsgesprächen mit Ehemann, Sohn, Beratungsteam, 24h Kraft und Hausärztin wurden zunächst die möglichen Behandlungsoptionen und deren Prognosen aufgezählt. Im Anschluss folgte die ethische Bewertung dieser Handlungsoptionen mit Hinblick auf Verpflichtungen gegenüber der Patientin (Respekt der Patientenautonomie, Wohltun und Nicht-Schaden), aber auch unter der Berücksichtigung der

Verpflichtungen gegenüber Dritten (in diesem Fall des Ehemannes).

Zusammenfassend konnten die beiden Gespräche schließlich die Kommunikation der Beteiligten verbessern, Klarheit bezüglich vorliegender Werte und entsprechender moralischer Verpflichtungen schaffen und eine lösungsorientierte Strategie fördern.

Fazit

Ich bin sehr dankbar, dass der PALLIAMO e.V. beim Aufbau der ersten ambulanten Ethikberatung in Regensburg und Umgebung geholfen hat und dieses Projekt weiterhin großzügig finanziell und konzeptionell fördert.

Es ist mir ein persönliches Anliegen, Patient*innen *und* ihre Familien vor allem zuhause bei schwierigen Entscheidungen unterstützen zu können, ist es doch die *unit of care*, (also die zu umsorgende Einheit von Patient*in und Familie) der wir einen besonderen normativen Wert beimessen und die es zu schützen und stützen gilt.

Die ersten neun Monate von ZiB-E

Elisabeth Albrecht

Wie gut, dass wir den Verein haben und großzügige Spender! Deshalb haben wir uns an ein langfristiges Projekt gewagt: ZiB-E steht für „Zeitintensive Betreuung am Lebensende in Wohnformen der Eingliederungshilfe“. Es handelt sich um ein Pilotprojekt des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zusammen mit der Paula-Kubitscheck-Vogel-Stiftung, welches wir nach den ersten bezuschussten 18 Monaten weiterführen werden.

In Reichenbach, Landkreis Cham, befindet sich eine große Behinderteneinrichtung der Barmherzigen Brüder. In der Klosteranlage leben rund 400 Bewohner*innen. Schon seit Jahren ist dort ein Arbeitskreis Palliative Care aktiv mit dem Ziel, die Betreuung von Schwerstkranken zu verbessern, damit sie möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben, vielleicht sogar im eigenen Daheim sterben können. Das ist deshalb eine Herausforderung, weil das Personal hauptsächlich aus Heilerziehungspfleger*innen und Mitarbeitenden ohne fachspezifischer Ausbildung besteht, kaum aus

Pflegekräften. Früher gab es eine interne Pflegestation, sie musste jedoch geschlossen werden, da sie lediglich als Pflegeheim finanziert wurde. Dies deckte jedoch nicht den Aufwand für diese sehr individuellen, nun zusätzlich schwerstkranken Patient*innen ab. Im Übrigen riss selbst diese interne Verlegung auf eine andere Station die Bewohner*innen aus der Geborgenheit der eigenen Wohngruppe heraus.

Unser SAPV-Team wurde hin und wieder dazugeholt, so lernten wir uns kennen. Dann erfuhr ich von dem bereits laufenden Projekt ZiB-E, und da noch Einrichtungen gesucht wurden, konnten wir ab 1. März 2024 starten: Von Reichenbach dafür stundenweise zur Verfügung gestellt wird nun Frau Nicole Mathis, engagierte Leiterin des AK Palliative Care im Hause; der Verein PALLIAMO hat zwei Teilzeitkräfte der Einrichtung, Frau Stefanie Kraus und Frau Andrea Leitermann, auf Minijob-Basis für ZiB-E angestellt. Somit stehen für palliative Situationen zusätzlich pro Woche im Durchschnitt 11 Arbeitsstunden zur Verfügung. Der Leiter der Einrichtung, Herr Kiefl, unterstützt das Projekt, wo immer er kann.

Erst waren wir beschäftigt, das Konzept im Hause bekannt zu machen, aber bald kamen Anfragen um Unterstützung. Die ZiB-E-Kräfte beraten das Stationspersonal, z.B. wenn es darum geht einzuschätzen, ob ein Bewohner, der sich nur nonverbal äußert, Schmerzen hat; oder sie entlasten die Wohngruppe bei aufwändigeren oder unüblichen Pflegemaßnahmen. Die ZiB-E-Kräfte überlegen gemeinsam mit Betreuer*innen, dem Stationspersonal, den Zuständigen für die „Gesundheitlichen Vorausplanung“, wie es im Sinne des Bewohners/der Bewohnerin weitergeht, wenn sich eine inkurable Krankheit zeigt. ZiB-E arbeitet also im Bereich der allgemeinen Palliativversorgung als frühzeitige und kontinuierliche Unterstützung. Unser SAPV-Team wird natürlich wie bisher dazugerufen, wenn dies nötig ist.

Bis Dezember 2024 profitierten bereits 12 Patientinnen und Patienten von diesem neuen Projekt, die zur Verfügung stehende Arbeitszeit war auch ausreichend. Und es freut uns, wenn wir hören: „Wie gut, dass wir euch rufen können!“.

Neue Herausforderungen

Elisabeth Albrecht

Wie im letzten Jahresheft dargestellt bringen die neuen Richtlinien zur SAPV etliche Veränderungen mit sich, die gravierendste: Das bisher in Bayern geduldete multiprofessionelle Team wird nicht mehr erlaubt sein, sondern ausschließlich Pflegekräfte und Palliativmediziner:innen.

Wer etwas von Palliative Care versteht, weiß, dass es gerade verschiedene Berufsgruppen in engster Zusammenarbeit braucht, um die komplexen Probleme in der äußerst beschränkten restlichen Lebenszeit noch lösen zu können oder zumindest erträglich zu gestalten. Deshalb ist diese Team-Zusammensetzung aus Pflege und Arzt/Ärztin mit raschem Zugriff auf Sozialarbeit, Seelsorge, verbale und nonverbale Therapieformen, Krankengymnastik usw. ein wesentliches Kernelement von Palliative Care, verankert in allen Definitionen, allen voran in der Definition der WHO. Weiteres Erschwernis: Die ambulante Betreuung erfordert Hausbesuche, welche leider außerhalb der SAPV bei diesen schwerstkranken Menschen nicht kostendeckend bezahlt werden. Eine weitere Tatsache ist ebenfalls zu beachten: Von allen auf

Palliative Care spezialisierten Versorgungsformen müssen in der ambulanten Tätigkeit die Zugehörigen am meisten berücksichtigt werden: Sie benötigen gleichermaßen, wenn nicht mehr, Fachkompetenz und Aufmerksamkeit. Sonst können sie die häusliche Betreuung nicht schultern.

Seitdem wir als SAPV-Team arbeiten, wissen wir, wie notwendig es ist, dass wir neben Pflege und Medizin auch andere Berufsgruppen rasch involvieren können. Zwar benötigen wir sie nicht so regelmäßig wie die beiden Kernberufe Pflege und Medizin, aber wenn, dann muss es rasch gehen und in der Zusammenarbeit funktionieren. Wir profitieren sehr von unserer eigenen Sozialberatung, der Atemtherapeutin und dem Seelsorger.

Derzeit hat unser Team mit diesen Zusatz-Kräften noch Bestandschutz, derzeit sind diese drei Mitarbeitenden also Teil des Teams. Doch wenn uns diese bewährte Team-Zusammensetzung untersagt wird, müssen wir Wege finden, dennoch diese Zusammenarbeit aufrecht zu erhalten. Es ist vorstellbar, dass dann der Verein PALLIAMO die Berufsgruppen finanzieren muss, welche wir für unsere Tätigkeit in den Familien als

notwendig erachten - das ist und bleibt unsere Aufgabe, welche schon zur Vereinsgründung geführt hat.

Impressum:

Texte:

Dr. med. Elisabeth Albrecht

Dr. med. Katharina Rockmann

Anne Vanek

Almuth Grigorakakis

Eveline Schmuck

Layout:

Eveline Schmuck

Dr. med. Felix Rockmann

Erfassung der statistischen Daten:

Anne Vanek, Claudia Brunner,

Gabi Kagermeier

Bilder:

Almuth Grigorakakis, Eveline Schmuck

pixabay

Herausgeber:

PALLIAMO e.V.

Cranachweg 16, 93051 Regensburg

Tel.: 0941 - 630998 0

Fax: 0941 - 630998 20

info@palliamo.de - www.palliamo.de

Vorstand:

Dr. med. Elisabeth Albrecht, Dr. med.

Katharina Rockmann, Silke Leicht

Eva Witt

Senior-Vorstand:

Bankverbindung:

Volksbank Regensburg

IBAN: DE14750900000000612383