



Jahresheft 2025

SAPV Regensburg und Cham



<u>Inhaltsverzeichnis</u>	<u>Seite</u>
<u>Rückblick auf 2025</u>	<u>4</u>
<u>Unser Jahr 2025 in Zahlen</u>	<u>10</u>
<u>Unsere Mitarbeitenden</u>	<u>24</u>
<u>Schwerpunktthema: Unser Lotsensystem</u>	<u>28</u>
<u>Wie das Lotsensystem in unsere SAPV kam</u>	<u>28</u>
<u>Warum es uns wichtig ist</u>	<u>34</u>
 <u>Der Verein PALLIAMO im Jahre 2025</u>	 <u>38</u>
 <u>Impressum</u>	 <u>42</u>

Rückblick auf 2025

Dr. Katinka Rockmann

Liebe Leserinnen und Leser!

Wir freuen uns, dass Sie dieses Jahresheft in die Hand genommen haben und sich für die Tätigkeiten von PALLIAMO im letzten Jahr interessieren.

Wie jedes Jahr möchten wir Ihnen mit diesem Büchle ein kurzen Überblick darüber geben, was uns im vergangenen Jahr am meisten bewegt und beschäftigt hat, ergänzt um die wichtigsten statistischen Angaben.

Rückblickend könnte man sagen: 2025 haben wir wieder einmal bewiesen, wie erstaunlich vielseitig ein Palliativteam sein kann, denn wir begleiten nicht nur Patient*innen und deren Angehörige, wir haben uns auch als Umzugsprofis, Kartonbeschrifter*innen, Möbel- und Dekostrateg*innen und Organisationstalente unter Beweis stellen können.

Mit dem Umzug unseres Büros vom Cranachweg in die Albertstraße haben wir uns nämlich einen lang gehegten Wunsch erfüllt: Mehr Mitarbeiter*innen, wachsende Ansprüche an Technik und Vernetzung, das Bestreben, „sichtbarer“ zu werden, und nicht zuletzt der große Wunsch nach einem eigenen Seminarraum ließen uns schon länger auf die Suche nach neuen Räumlichkeiten gehen. Dass die optimale Immobilie, also die freistehende

Villa im Stadtgebiet mit ausreichend hellen Büroräumen, großem Seminarraum und romantischem Garten, ausreichend Parkplätzen vor der Haustür und schnellem Glasfaser-Kabelanschluss nicht sofort auffindbar war, hat unsere Stimmung dabei nicht gemindert. Im Gegenteil: Wir wären nicht wir, wenn wir nicht in jeder Lebenslage einen gesunden Pragmatismus an den Tag legen und auch mal „fünfe gerade sein lassen“ könnten. Und so war es dann im März so weit: Wir durften in ein herrschaftliches Haus in der Albertstraße ziehen, ein wunderschönes historisches Gebäude mit viel Charme und Potential, im Grünen gelegen, mit Blick aufs Schloss der Fürstin. Und so wurden in einer historischen Gemeinschaftsaktion die beiden Büros im Cranachweg in unendliche Kisten gepackt und gestapelt, alles in große LKWs verladen und kurze Zeit später, drei Kilometer weiter, im zweiten Stock wieder ausgepackt. Das Ganze bedurfte natürlich einer detailliert-durchdachten Logistik (in Form von vielen Listen, Zetteln, Konzepten und Plänen), schließlich musste ja der laufende Betrieb aufrechterhalten werden und sichergestellt sein, dass Medikamente und Hilfsmittel jederzeit zugänglich und auffindbar waren und die Kommunikation zu jedem Zeitpunkt reibungslos ablaufen konnte.

Wir haben aber nicht nur Möbel und Kisten von A nach B bewegt, sondern auch viele Erinnerungen, Routine und ein Stück Alltag zurückgelassen bzw.

neu sortiert. Zwar trafen und treffen wir uns regelmäßig nur einmal pro Woche für die Teamsitzung, dennoch war und ist unser „Büro“ stets mehr als nur eine Räumlichkeit, mehr als nur ein Lagerraum oder eine Telefonzentrale. Es ist weiterhin ein Ort des Zusammentreffens, ein Ort, an dem Feste gefeiert, Supervisionen durchgeführt und Fortbildungen gehalten werden. Vor allem ist unser Büro aber ein geschützter Raum für den kollegialen Austausch und für ausführliche Gespräche, die es für unsere Arbeit so unbedingt braucht.

Der Umzug war daher durchaus emotional und natürlich nicht unumstritten.

Ein weiteres Merkmal von uns PALLIAMOs ist ja bekanntlich unsere Diskutierfreudigkeit: Es gibt kaum eine Veränderung oder einen Vorschlag, der nicht umgehend einen Gegenvorschlag oder eine optimierten Ergänzung nach sich zieht, egal, ob es sich um die Anschaffung neuer Kugelschreiber, das Design der Visitenkarten oder die Kaffeesorte handelt. Es versteht sich von selbst, dass dann ein Umzug bzw. eine Veränderung dieses Ausmaßes hinsichtlich der zu debattierenden Aspekte geradezu eine Fundgrube darstellt. Und natürlich bringt der Umzug auch nachteilige Veränderungen mit sich wie z.B. ein begrenztes Parkplatzangebot, die mit den Vorzügen abgeglichen werden müssen.

Ein Ortswechsel ändert eben immer vieles. Es ändert aber nicht das, was uns

als Team ausmacht. Das durften und dürfen wir dankenswerterweise immer wieder erfahren.

Die üblichen „Aufreger“ eines Umzugs blieben uns natürlich nicht erspart: Türrahmen, die plötzlich schmaler waren als gedacht, Wände, die doch keinen rechten Winkel hatten, dringende Fragen, wo eigentlich der beste Platz für die Kaffeemaschine ist bzw. wie viel Budget eigentlich noch für Extrawünsche übrig ist. Auch hier gab es wieder Pläne, Diskussionsstoff und Besprechungen, bis wir dann alle Wünsche aufgelistet hatten in Must-haves und Nice-to-haves.

Inzwischen sind wir ein knappes Jahr später bestens in unserem neuen Zuhause eingewöhnt. Wir genießen die Vorzüge des großzügigen Platzangebots (einschließlich des Seminarraumes, in dem wir nun unsere Kurse anbieten können) und den Charme des alten Gebäudes. Und ganz besonders schön ist es während der Schlossfestspiele und des fürstlichen Weihnachtsmarktes, wenn stimmungsvolle Musik zu uns herüberweht....!

Aber auch personell war dieses Jahr wieder einmal einiges in Bewegung. Wir haben Abschied genommen, willkommen geheißen, uns neu gefunden und ausgerichtet und uns als Team wieder etwas weiterentwickelt. Jede Veränderung hat Spuren hinterlassen – im guten Sinne.

Hervorheben möchte ich an dieser Stelle den Abschied unseres Seelsorgers Bernhard Götz, der unser Team über lange Zeit geprägt hat. Worte zu finden für das, was er eingebracht hat, ist gar nicht so einfach – vielleicht weil seine Arbeit oft genau dort wirkte, wo Worte an ihre Grenzen kamen. Mit großer Ruhe, feinem Gespür und einer bemerkenswerten Präsenz hat er Patient*innen, Zugehörige und auch uns als Team begleitet. Er war da, hat ausgehalten, zugehört, mitgedacht – und im richtigen Moment den einen Satz gesagt, der bleibt. Sein Wirken lässt sich nicht in Zahlen oder Berichten festhalten. Es zeigt sich vielmehr in vielen kleinen, oft unscheinbaren Momenten, die für die Betroffenen von großer Bedeutung waren – und für uns ebenso. Dass wir seine Arbeit gar nicht genug würdigen können, ist vielleicht die ehrlichste Form der Anerkennung.

Wir verabschieden ihn mit großem Respekt, Dankbarkeit und – ganz in unser aller Sinne – mit einem Lächeln für die gemeinsamen Momente, die bleiben.

Abschließend bleibt zu sagen, dass der Rückblick auf 2025 uns erneut etwas Wesentliches erkennen lässt: Inmitten all dieser Bewegungen – Umzüge, personelle Wechsel, „Alltags-Bewegungen“ – finden wir Humor, unseren Humor. Manchmal trocken, öfters schräg, gelegentlich schwarz und zuweilen genau dort, wo man ihn am wenigsten erwartet. Dieses Jahr hat uns wieder

einmal vor Augen geführt, dass Humor ein elementarer Bestandteil unserer Arbeit ist. Er ist kein Gegensatz zur Ernsthaftigkeit, sondern oft genau das, was uns erlaubt, ihr standzuhalten und den PALLIAMO Alltag zu meistern.

So blicken wir zurück auf ein Jahr voller kleiner und großer Momente – mit der Gewissheit, dass wir auch zwischen Umzugskartons und Neuanfängen das Wichtigste nicht verloren haben: einander. Und die Fähigkeit, gemeinsam zu lachen.

DANKE

Unser Jahr 2025 in Zahlen

Anne Vanek

Statistik ist die leise Erzählerin hinter vielen individuellen Entscheidungen und einzelnen Geschichten, die sich dann zu klaren Mustern entwickeln. Dieses Jahr in Zahlen hilft nicht nur Ihnen, den Lesenden, zu verstehen, was wir tun, sondern auch uns zu erkennen, welche Stellschrauben wir drehen sollten, um uns stetig weiterzuentwickeln und uns damit auch auf die Zukunft einzustellen, wozu der Vergleich mit den Vorjahren Anhaltspunkte gewährt.

Wie bei so vielen Dingen im Leben fällt es uns auch bei dieser Statistik schwer rechtzeitig aufzuhören: Wann ist genug ausgewertet? Was sehen wir uns noch detaillierter an? Damit startet ein eigentlich uferloses Unterfangen, denn seit der Umstellung auf unser Dokumentationsprogramm Pallidoc können wir zahllose Abfragen erstellen, und freuen uns über die *unzähligen* Gestaltungsmöglichkeiten. Einen Auszug aus unseren Auswertungen stellen wir Ihnen in den nächsten Seiten vor.

Im Folgenden beziehen sich die Zahlen auf Versorgungsfälle, da ein*e Patient*in mehrmals wiederaufgenommen werden kann. Aber ausschließlich die Statistik kennt „Fälle“, wir nur Patient*innen. Ist das Wort „Versorgungsfall“ selbst für eine Statistik arg nüchtern.

Fallzahlen und demografische Basisdaten

Im Jahr 2025 haben wir insgesamt 718 Versorgungsfälle abgeschlossen, inklusive Wiederaufnahmen. Das Team Regensburg-Kelheim, in dessen Einzugsgebiet rund 440.000 Einwohner*innen leben, hat 473 Fälle versorgt, das Team Cham 245 bei einem dünner besiedelten Flächenlandkreis mit rund

130.000 Einwohner*innen. Die Zahlen im Team Cham blieben zum Vorjahr fast gleich, das Team Regensburg hat rund 100 Fälle mehr versorgt. Dies war keine kontinuierliche Entwicklung, sondern ein Peak vor allem in den späten Sommermonaten, der uns nahezu überrannte.

Das Durchschnittsalter der versorgten Patient*innen liegt bei 78 Jahren, der Median bei 80. Die Altersspanne reicht von 22 bis 103 Jahren und verdeutlicht die breite Streuung der versorgten Population mit klarem Schwerpunkt im geriatrischen Bereich.

Ein Großteil der Patient*innen (625 Fälle) wies eine onkologische Hauptdiagnose auf. Eine schriftliche Patientenverfügung lag in 59 % der Fälle vor. Wir betreuten gleichermaßen Männer wie Frauen, was auch bedeutet, dass genauso Männer wie Frauen als Angehörige die Pflege übernahmen.

Versorgungsformen und Leistungsstruktur

Wir unterscheiden zwischen 3 Versorgungsformen: Beratung, Koordination und Teilversorgung.

2025 haben wir 155 Beratungen durchgeführt (Cham:60; Regensburg-Kelheim: 95).

In der Versorgungsstufe Koordination wurden 34 Fälle erfasst.

506 Fälle wurden im Rahmen einer additiven Teilversorgung betreut. Die Zahl der Wiederaufnahmen (bezogen auf Personen, nicht Fälle, da es auch doppelte Wiederaufnahmen gab) lag bei 31, was auf eine Dynamik im Versorgungsverlauf hindeutet.

Zeitpunkt der SAPV-Anforderung

Die SAPV wurde in 465 Fällen rechtzeitig initiiert. In 132 Fällen erfolgte die

Anforderung zu früh (also noch ohne Komplexität), während wir in 49 Fällen verspätet eingebunden wurden. Obwohl sich die Anzahl der zu spät eingebundenen Fälle im Vergleich zum Vorjahr (damals 58) verringerte, so schreiben wir es uns weiterhin auf die Fahnen, nach dem „richtigen“ Zeitpunkt gemeinsam mit Patient*innen, Zuweisenden, Mitbetreuenden und den Angehörigen zu suchen.

Besuchsleistungen und Einsatzstruktur

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 5.509 Besuche durchgeführt mit einer durchschnittlichen Dauer von 59 Minuten. Davon entfielen 266 Einsätze auf Nachtbesuche (22:00–06:00 Uhr), 184 auf Trauerbesuche und 543 auf Notfalleinsätze.

Die Pflege stellt mit 3.877 Besuchen den größten Anteil der Versorgung sicher, gefolgt von Ärzt*innen mit 1.281 Besuchen. Dies entspricht unserer multiprofessionellen Struktur mit der Besonderheit des Lotsensystems, bei dem meist unsere Pflegekräfte als Lots*in und damit Haupt-Bezugsperson Patient*innen und deren Angehörige unterstützen.

Betreuungsdauer und Besuchsfrequenz

Die durchschnittliche Betreuungsdauer variiert logischerweise je nach Versorgungsform:

- Beratung: 1 Tag
- Koordination: 28 Tage (Median 23)
- Teilversorgung: 27 Tage (Median 13)

In 49 Fällen lag unsere Betreuungsdauer über 60 Tagen.

Im Vergleich zum Vorjahr konnten wir die Betreuungszeit etwas verlängern, so dass wir die von uns Betreuten besser kennenlernen konnten.

Die Anzahl der Hausbesuche pro Versorgungsfall liegt im Mittel bei:

- Beratung: 1 Besuch
- Koordination: 6,7 Besuche
- Teilversorgung: 9,5 Besuche

Krankenhausaufenthalte in Teilversorgung

Erfreulicherweise können wir auch dieses Jahr erneut darlegen, dass mit unserer Versorgung die Krankenhauseinweisungen gering sind.

Im Rahmen der Teilversorgung wurden bei 506 Betreuungsfällen

- 90 Patient*innen einmal eingewiesen,
- 15 zweimal,
- 3 mehrfach.

Die Mehrheit verbleibt somit ausschließlich im häuslichen Umfeld, was als Indikator für unsere Versorgungsqualität und unser vorausschauendes Krisenmanagement gewertet werden kann.

Sterbefälle und Sterbeorte

Im Jahr 2025 verstarben insgesamt 438 Patient*innen. In Teilversorgung befanden sich davon 366 Patient*innen; diese verstarben also mit unserer Begleitung einschließlich Rufbereitschaft, entweder daheim, in einer Pflege- oder Behinderteneinrichtung oder im Hospiz, weiterhin ärztlich durch uns mitbetreut.

Die Sterbeorte aller Versorgungsformen verteilen sich folgendermaßen:

- Zuhause: 244
- Pflegeheim: 113
- Palliativstation: 42
- Krankenhaus (andere Station): 22
- Hospiz: 17

Unser Versorgungsziel ist es, den Sterbeort zu ermöglichen, welche sich die Patient*innen gewünscht hatten, und das ist meistens - aber nicht immer – „Sterben im vertrauten Umfeld“, also Zuhause / Pflegeheim.

In 85% der Begleitungen in Teilversorgung konnte dieser Wunsch-Sterbeort erfüllt werden, während dies bei 46 Patient*innen nicht gelang (8x war der Wunsch unklar).



Unsere Sorgepunkte: Wie belastend war der Sterbeprozess?

Elisabeth Albrecht

Im Jahre 2006 nahm unser kleines Palliativteam an HOPE (Hospiz- und Palliativfassung), einer deutschlandweiten Qualitätsstudie teil. Leider mussten wir damals feststellen, dass die für den stationären Bereich entwickelten Abfragen die Arbeit im ambulanten Setting nicht ausreichend abbilden konnten. Es existierte damals in Deutschland auch faktisch keine ambulante Tätigkeit von Palliativteams, die SAPV wurde bekanntlich erst 2007 vom Gesetzgeber geschaffen und ab 2009 verwirklicht.

Somit mussten wir selbst überlegen, was wir beurteilen könnten, um die Qualität unserer ambulanten Arbeit darstellen zu können. Einsetzbare, validierte Messinstrumente für die Lebensqualität - das wäre das Sinnvollste als Outcome - fanden wir nicht. Herausgekommen ist die Erkenntnis, dass bei allen Unwägbarkeiten im Gesamtverlauf jedenfalls der Sterbeprozess ruhig, mit Symptomkontrolle und ausreichender Unterstützung der Angehörigen ablaufen sollte. Im Sterbeprozess fokussiert sich unsere bisherige unterstützende wie vorausschauende Tätigkeit. Somit eignet er sich als wichtiges Qualitätskriterium für unsere Arbeit.

Wir haben etliche relevante und gut erfassbare Kriterien gefunden, etwa das Vorhandensein von Rasselatmung. Zusätzlich jedoch entwickelten wir – ana-

log zum PCPSS¹ zu Beginn der Betreuung – sogenannte „Sorgepunkte“, welche die jeweilige Situation pauschal kategorisieren.

Derzeit dokumentieren wir also wie folgt:

Das letzte Teammitglied, welches vor dem Tod bei dem Patienten / der Patientin tätig war, ist für die Beurteilung des Sterbeprozesses zuständig und trägt unter anderem retrospektiv ein:

- Wie viele Stunden vor Todeseintritt fand der letzte Besuch statt?
- einwilligungsfähig, Kommunikation möglich?
- Verhalten?
- Rasselatmung, wie stark?
- Bewusstseinslage? (nach dem RASS-Pall)²
- Medikamentenpumpe vorhanden?
- Sorgepunkte für Patient*in
- Sorgepunkte für Angehörige

Gemeinsam mit der jeweils zuständigen Lots*in werden noch weitere Items zum Gesamtverlauf bewertet, insbesondere wird erfasst, wie dann der Sterbeprozess tatsächlich ablief und inwieweit die Angehörigen dabei belastet waren.

¹ Der PCPSS = Palliative Care Problem Severity Score ist ein validiertes Messinstrument der australischen Palliative Care Outcome Collaboration. Wir verwenden ihn zu Beginn der Betreuung als überschlagsmäßige Einschätzung der Gesamtsituation.

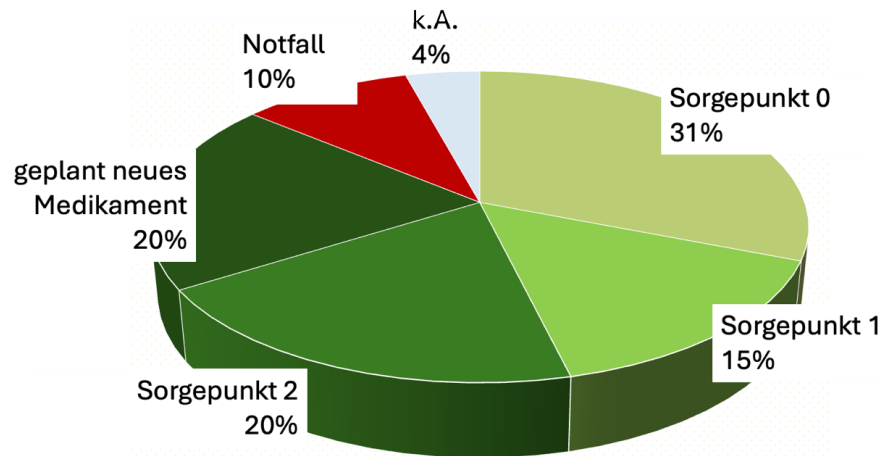
² Damit wird die weithin verbreitete Einschätzung nach der Richmond Agitation – Sedation – Scale bezeichnet, welche an die palliative Situation angepasst wurde

Im Median erfolgte der letzte Besuch, bei dem die Sorgepunkte erhoben werden, 8 Stunden vor Todeseintritt. Im folgenden werden die Ergebnisse detaillierter vorgestellt.

Sorgepunkte im Sterbeprozess bei den Patient*innen

Tabelle Sorgepunkte Patient*innen

Sorgepunkte	SSP 0	SSP 1	SSP 2	SSP 3
Patient*in	ruhig, entspannt	Sterbearbeit“, keine Intervention erforderlich	vorgesehener Bedarf wird verabreicht und ist ausreichend	nicht vorhergesehene Medikamente erforderlich, akute Verschlechterung, die in den Sterbeprozess mündet,



Im Jahr 2025 starben 73 Patient*innen ruhig, bei 36 bestand eine leichte, offenbar nicht belastende Unruhe. Somit waren bei 46% aller Patient*innen in den letzten Stunden keine Interventionen erforderlich (SSP 0 plus 1). Bei 20% reichte der vorgesehene Bedarf aus, um z.B. eine Unruhe ausreichend zu dämpfen¹ (SSP 2).

Mit „3“ werden zunächst alle Verläufe gekennzeichnet, bei denen ein neues Medikament erforderlich ist, eine Krise auftritt oder ein akutes Todesereignis. Anschließend werden diese Daten in zwei Gruppen aufgeteilt:

¹ Datenerhebung aus Angaben der Sorgepunkte bei 236 Patient*innen des Teams Regensburg, da hier im gesamten Jahresverlauf die Bewertung in den Teamsitzungen diskutiert und ggf. angepasst wurde.

Entweder

- Beim letzten geplanten Besuch zeigt sich eine graduelle Verschlechterung, welche neue Medikamente bzw. eine deutliche Anpassung der Pumpe erforderlich macht. Hier findet sich ein breites Spektrum von Erstbesuch mit neuer Medikation bis hin zu sich zuspitzender Verschlechterung
- oder
- Der Besuch wurde notfallmäßig angefordert; gerade dafür muss unsere 24-Stunden-Bereitschaft funktionieren. Auch krisenhafte Erstbesuche fallen in diese Gruppe, welche fürs Team besonders herausfordernd sind.

Von den 236 Pat. starben 70 mit der Angabe „3“:

- 47 x (20%) wurde beim letzten (vorgesehenen) Besuch eine neue Intervention durchgeführt, dann rasche Besserung, ruhiger Sterbeprozess; darunter finden sich 11 regulär geplante Erstbesuche.
- 23 x (8%) wurde der letzte Besuch vor dem Versterben notfallmäßig angefordert, darunter 7 krisenhafte Erstbesuche.

Bei 236 Sterbefällen ereigneten sich also 23 Notfälle, die in die Sterbephase mündeten.

Von diesen 23 Pat. verstarben 4 schlagartig, bei weiteren 16 kam unser Dienst noch rechtzeitig und ermöglichte einen ruhigen Sterbeprozess, 1 x lediglich eine Besserung. Bei 2 Pat. kamen wir zu spät, die Pat. waren bereits verstorben.

Von den 70 Patient*innen mit der Angabe „3“ hatten:

- 10 bis zuletzt keine Medikamentenpumpe
- 33 eine Medikamentenpumpe, beim letzten Besuch installiert, um die Symptomkontrolle auch in der Sterbephase zu gewährleisten
- 27 schon vor der finalen Phase eine Medikamentenpumpe

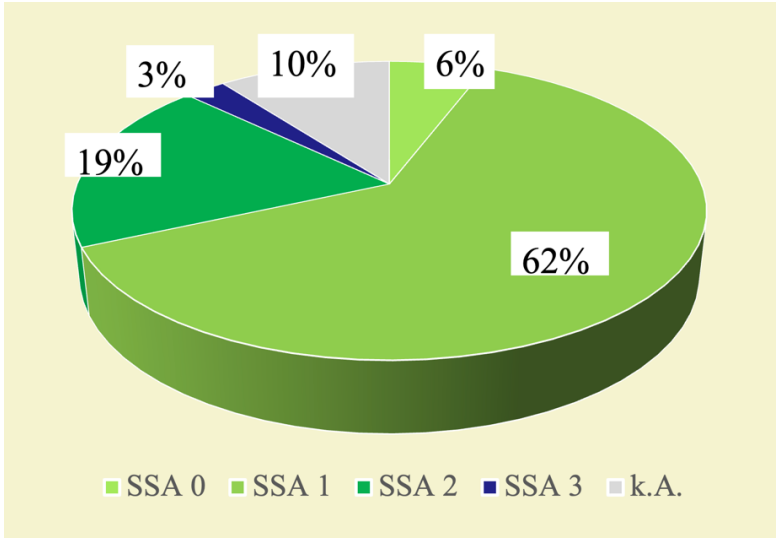
Unsere Zahlen widerlegen damit die weitverbreitete Einstellung, Sterben sei ein Notfall und mit Schmerzen verbunden. Auch die Sorge der meisten Patient*innen, sich aufgrund der Medikamente nicht mehr äußern zu können, können wir anhand unserer Aufzeichnungen relativieren: Beim letzten Besuch eines Team-Mitglieds konnten sich 37% noch äußern, 12% zeigten eine Reaktion auf Ansprache, 22% auf Berührung. Lediglich ein Viertel war nicht erweckbar.

Bei den 70 Patient*innen mit akuten Interventionen/Krisen am Lebensende entsprach der Altersmedian mit 79 Jahren unserem Gesamtschnitt.

Sorgepunkte bei den Angehörigen

Sorgepunkte	SSP 0	SSP 1	SSP 2	SSP 3
Angehörige*r	gefasst	traurig	belastet	überlastet, Hilfe nötig

In Pflegeheimen konnten Sorgepunkte für Angehörige lediglich vergeben werden, wenn sie mit anwesend waren; daher fehlen hier 10% der Angaben.



Es ist eine große Erleichterung, wenn sich im Jahresrückblick herausstellt, dass zwei Drittel der Angehörigen zwar traurig, jedoch nicht überfordert waren.

Unter den Überlasteten fanden sich verständlicherweise Angehörige, die oben beschriebene Notfälle miterleben mussten, insbesondere die vier Fälle, in denen überraschend ein Sekudentod eingetreten war. Hier musste zusätzliche Unterstützung organisiert werden, z.B. dadurch, dass ein Team-Mitglied belastbare Freunde oder Verwandte aktivierte und vor Ort blieb, bis diese eintrafen, oder dass unser Team-Seelsorger angefordert wurde.

Resumée:

Obwohl die Fallzahlen im Jahre 2025 angestiegen sind, ist es uns erneut gelungen, den Sterbeprozess so vorzubereiten, dass er für die, welche gehen müssen, und die, welche weiter zurechtkommen müssen, erträglich geblieben ist.



Im Jahr 2025 waren für die SAPV Palliamo tätig

Im Team Cham waren tätig:

Unser Palliativkräfte:

Kerstin Enderlein

Melanie Fischer

Uschi Fischer

Silke Geiger

Stefanie Kienberger

Markus Wegmann

Anlaufstelle Büro:

Gabi Kagermeier

Alexandra Karl

Palliativärztlich tätig:

Dr. Katinka Rockmann (Teamleitung)

Annegret Weinzierl (stellvertretende Teamleitung)

Dr. Matthias Deml

Dr. Johanna Etti

Dr. Alexandra Fraundorfer

Bettina Kalischefski

Dr. Carmen Ring

Dr. Peter Zita

Seelsorge:

Winfried Weber

Tamara Sporer

Atemtherapie:

Anna-Maria Probst-Ebner

Im Team Regensburg waren tätig:

Unsere Palliativkräfte:

Christine Heilmeier-Herz

Doreen Heindl

Gabi Lindner

Heike Rehwald-Wilke

Tine Sommer-Wesch

Connie Tomahogh

Sebastian Bauer (ab März)

Anlaufstelle Büro:

Claudia Brunner

Lisa Minderlein

Palliativärztlich tätig:

Dr. Katinka Rockmann (Teamleitung)

Dr. Bernadette Holtzem (stellvertretende Teamleitung)

Dr. Elisabeth Albrecht (Urlaubs- und Krankheitsvertretungsjoker)

Dr. Charlotte Zierl-Gruber

Dr. Christoph Gößl

Dr. Susanne Beier

Dr. Leonie Beck (ab Januar)

Seelsorge:

Bernhard Götz (bis September)

Dominik Peßler (ab Oktober)

Atemtherapie:

Petra Füßl

Für beide Teams tätig:

Eveline Schmuck (Öffentlichkeitsarbeit und Sozialarbeit)

Silke Leicht (Personal und Verwaltung)

Anne Vanek (Geschäftsführerin)

Schwerpunktthema: Unser Lotsensystem

Wie das Lotsensystem in unsere SAPV kam und blieb

Elisabeth Albrecht

„Wie gut, dass Mama jetzt daheim sein kann, und dass uns der Pflegedienst hilft.... aber es kommen halt so viele Leute, und jeden Tag muss ich einer Neuen wieder erklären, wo bei uns der Waschlappen ist...“

Dieser Seufzer zweier Geschwister, die ihre Mutter heimgenommen hatten und die ich hausärztlich begleitete, gaben mir zu denken: Da ist man endlich in der Geborgenheit des eigenen Zuhauses, und dann kommen tagtäglich andere, auch immer wieder fremde Menschen zur Türe herein – gerade bei rasch fortschreitenden Krankheit braucht man sie einfach. Geht das besser?

Die Antwort gab mir eine Fortbildung, in der sich der Bunte Kreis Augsburg vorstellte, der bereits vor über 20 Jahren schwerkranke Kinder und deren Familien daheim begleitete. Hier bewährte es sich, dass eine Person die Haupt-Ansprechpartnerin war, bei der alle Fäden zusammenliefen. Es leuchtete mir sofort ein, wie sinnvoll dies war angesichts der zahlreichen unterschiedlichen Hilfsmöglichkeiten. Und das erinnerte mich an das Konzept „Primary Care

Nursing“, welches ich in Montréal im Palliative-Care-Setting kennen und schätzen gelernt hatte. Bei uns entspricht dies in etwa der Bezugspflege: Die Pflegekraft übernimmt für einen Patienten alle pflegerischen Tätigkeiten (sowie Absprachen mit den Ärzt*innen) und nicht bei allen Patienten der Station jeweils eine Tätigkeit (z.B. Temperatur messen).

Da unser erstes kleines Palliativteam im Jahre 2004 sowieso lediglich über zwei stundenweise tätige Palliativschwestern verfügte, war es nicht schwer, sie immer in dieselbe Familie zu schicken – Schichtdienst war nicht möglich. Aber es hat auch so geklappt - Hauptsache, die Familien wussten, dass jemand regelmäßig kam und dazwischen erreichbar war. Es stellte sich heraus, dass es gerade dieses Beziehungsangebot war, das sich als so tragfähig erwies und gerade in der existenziellen Krise des eigenen Lebensendes die Situation stabilisieren konnte. Dieses Beziehungsangebot ist Grund und Grundlage für unser Lotsensystem.

Es hat sich also sofort bewährt, nur: Dafür braucht es flexible, kreative, engagierte und bestens ausgebildete Pflegekräfte. Dass wir diese immer wieder finden und unser Team trotz (oder auch aufgrund?) dieser individuellen Arbeitsweise bis heute wachsen konnte, ist höchst erfreulich.

Und wie schaut der Alltag aus? Dazu häufig gestellte Fragen und Antworten:

*Wie oft besucht die Lotsin ihre Patient*innen?*

Das wird ganz an die jeweilige Situation angepasst und kann von mehrmals täglich bis einmal pro Woche gehen. In der Anfangsphase - meist müssen Beschwerden erst einmal gedämpft werden – kommt die Lotsin häufig vorbei. Wenn sich die Situation stabilisiert hat, reichen meist ein bis zwei Besuche pro Woche aus - viele Familien schätzen es, wenn sie ansonsten ungestört sind. Selbstverständlich ist die Lotsin tagsüber telefonisch erreichbar; das wird nicht häufig in Anspruch genommen, gibt den Angehörigen jedoch eine große Sicherheit. In der Sterbephase sind meist Besuche einmal pro Tag geplant, zumal recht häufig die Medikamente über kleine Pumpen zugeführt werden. Dann beurteilt die Lotsin einmal am Tag die Situation, insbesondere auch die der Angehörigen, und passt soweit nötig die Medikation an.

Die Kernarbeitszeit ist ganz schön lang – da arbeitet doch die Lotsin nicht die ganze Zeit. Kann sie denn da mal z.B. um Friseur oder zum Joggen gehen?

Natürlich! Jede Palliativkraft setzt ihre Besuchstermine in Absprache mit der Familie selbst fest. In den Lücken kann sie selbstverständlich auch Privates erledigen. Vor der „Stunde beim Friseur“ ruft sie unsere Bereitschafts-

Diensthabende an, gibt Wichtiges über ihre Patienten weiter und meldet sich für die nächste Stunde ab. Falls also unvorhergesehen eine Nachfrage kommt, kann die Bereitschaftskraft reagieren. Meist warten jedoch die Patient*innen gerne, bis die Frisur stimmt, um dann „ihre“ Lotsin zu kontaktieren.

Und am Wochenende?

Dafür gibt es den pflegerischen Bereitschaftsdienst und den ärztlichen Hintergrunddienst sowie für die kritischen Fälle Übergaben vorher und nachher, so dass Nachfragen möglich sind und die elektronische Dokumentation wirklich richtig interpretiert wird.

*Wie viele Patient*innen betreut denn eine Kraft im Lotsensystem gleichzeitig?*

Das ist ganz unterschiedlich und kommt auf die Intensität der Betreuung an. In der Regel hat jede Pflegekraft zwei bis vier Patient*innen in ihrer Obhut, die Ärztinnen gelegentlich ebenfalls eine/n Patienten/in. Die dafür nötige Arbeitszeit variiert naturgemäß, so dass einmal viele Besuche, einmal ganz wenige anfallen. Deshalb ist auch keine Kraft in Vollzeit angestellt, denn das würde zu einer Überlastung führen, falls alle Patient*innen gleichzeitig arbeitsintensiv werden würden.

Apropos ärztliche Betreuung: Wie sieht es damit aus?

Jedem Patienten / Jeder Patientin wird eine Ärztin zugeordnet. Nach dem Erstbesuch der Lotsin besprechen sich die beiden, dann fährt die Ärztin den nächsten Besuch. Die regelmäßigen Absprachen untereinander erfolgen anschließend meist telefonisch. Dabei werden auch die weiteren ärztlichen Besuche eingeplant.

Wie funktioniert das Ganze im Team?

Einmal in der Woche treffen sich alle Mitarbeitenden zur gemeinsamen Besprechung aller Fälle. Dabei stellt die Lotsin ihre jeweiligen Patient*innen vor, die Ärztin ergänzt das Medizinische und ihre Beobachtungen. Gerade wenn Probleme vorliegen, hilft die Schwarmintelligenz des gesamten Teams weiter. Die Teamsitzung hilft auch, dass die Lotsin ein anderes Team-Mitglied rasch zuzieht, z.B. unseren Seelsorger, unsere Atemtherapeutin oder unsere Sozialkraft.

Das ist alles schön und gut, aber so etwas kostet doch mehr Arbeitszeit als ein anständiger Schichtdienst mit kurzen Anfahrten!

So einfach ist das gar nicht festzustellen. Wenn Touren im Schichtdienst festgelegt sind, werden eher auch Routine-Besuche gefahren, die sich ein Lotse spart, da er die Situation sehr gut einschätzen kann. Wir achten darauf, dass die Zuteilung einer neuen Familie räumlich möglichst gut zu den anderen

Patient*innen passt oder auch zum Wohnort der vorgesehenen Lotsenkraft. In Teams mit Schichtdienst werden nach unserer Kenntnis häufigere Teambesprechungen als bei uns durchgeführt, manchmal täglich. Das kostet ebenfalls viel Arbeitszeit.

*Und wenn's mal nicht so recht klappt zwischen Lotsenkraft und Patient*in/Familie?*

Das kann von beiden Seiten aus signalisiert werden, und dann wechselt eben die Lotsenkraft, was auch aus anderen Gründen vorkommt: z.B. als Urlaubs- oder Krankheitsvertretung, oder bei langen Verläufen, die uns meist mehr belasten als kurze Betreuungen.

Ich möchte schließen mit Beobachtungen von der Erinnerungsfeier, zu der wir zweimal im Jahr die Angehörigen einladen:

Es ist immer wieder berührend, wenn dabei die Angehörigen „ihre“ Lotsenkraft freudig begrüßen. Und es ist doch ein großes Lob an alle unsere Lotsenkräfte, wenn dann - angesichts der vielen Anwesenden - ein Ausspruch kommt wie: „Oh, wir dachten, wir sind die einzige Familie, die Sie damals gerade betreut hatten!“

Essay über das Lotsensystem

Markus Wegmann

Warum es uns wichtig ist

Mit unserem Lotsensystem unterscheiden wir uns sehr von anderen SAPV-Teams.

Das ist uns bewusst. Warum ist das Lotsensystem für uns so bewahrenswert?

Warum wollen wir daran festhalten?

Vor unserem Erstkontakt fühlen sich die Betroffenen oft orientierungslos im „Versorgungsdschungel“. Zuständigkeiten sind nicht immer klar verteilt oder werden nicht klar kommuniziert.

Hier hilft unser Lotsensystem. Die Lotsin ist grundsätzlich für alles zuständig und bei allen Fragen und Anliegen erste Ansprechpartnerin. Das heißt nicht, dass die Lotsin auf alle Fragen sofort eine Antwort haben muss. Es heißt, dass die Lotsin versucht, eine passende Antwort zu finden. Dranbleibt. Die Zuständigkeit eben nicht delegiert an eine andere Person oder Institution.

Das schafft ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Lotsin und Betroffenen. Und dieses Vertrauensverhältnis ist die Basis dafür, auch an schwierigsten Tagen und Nächten nicht zu verzweifeln. Unser Versprechen

lautet: Wir lassen dich nicht alleine, egal, was ist. Und hinter diesem Versprechen steht natürlich ein Team (Ärztin/Pflege/Seelsorger/Sozialarbeit/Atemtherapeutin...)

Aber bei der Familie zu Hause steht die Lotsin für dieses Versprechen.

Wie es ganz praktisch funktioniert

In der Regel ist die Lotsin eine Pflegekraft, da im Rahmen der Palliativversorgung viele Bedürfnisse im Fokus stehen, die über das rein Medizinische hinausgehen.

Und der erste persönliche Kontakt mit Patient und Angehörigen bahnt oft den Weg zu einer in der Regel erfolgreichen Begleitung. Erfolgreich heißt hier: Die Wünsche des Patienten konnten soweit als möglich umgesetzt werden und auch die Angehörigen konnten diesen Weg gut mitgehen.

Wenn beim Patienten die Pflege am Tisch sitzt, erlauben es sich Patient und Angehörige eher, einfach zu erzählen und dabei die für uns so wichtigen Fragen auf den Tisch zu legen:

Was möchte der kranke Mensch für sich und die Seinen? Warum möchte er das? Gibt es hier eine Übereinstimmung mit den Wünschen der Angehörigen?

Oder eine Diskrepanz, die angesprochen werden sollte? Antworten sind oft nicht sofort zu erhalten, ergeben sich erst aus dem Verlauf der Begleitung. Die Ansprechpartnerin für diese Suche nach dem für die Beteiligten richtigen Weg bleibt aber gleich. Es ist die Lotsin. Dieses Versorgungsmodell erfordert ein hohes Maß an Kompetenz und Flexibilität seitens der Pflege.

Patient und Angehörige haben die Telefonnummer der Lotsin und können diese in der Kernarbeitszeit anrufen, bei allen Fragen, Wünschen und Problemen. In der Kernarbeitszeit fährt regelhaft die Lotsin zum Patienten, falls nicht ein ärztlicher Besuch notwendig ist.

Der Patient möchte sich also mitteilen dürfen mit allen Wünschen, ob erfüllbar oder nicht. Die Lotsin bietet den Patienten und deren Familien eine ausgestreckte Hand, um sich im vermeintlichen Irrgarten der medizinischen und pflegerischen Versorgung nicht zu verlaufen, und versucht, die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen, ob direkt ausgesprochen oder aus seinem Verhalten konkludent. Was der Patient will, nimmt die Lotsin als Auftrag an und arbeitet daran, sie soweit möglich zu erfüllen.

Um hier glaubhaft auftreten zu können, ist es wichtig, das Vertrauen von Patient und Angehörigen zu haben. In seinen Aussagen klar und ehrlich zu sein. Wünsche und Zweifel zuzulassen.

Ebenfalls sehr wichtig ist Klarheit. Auch im Zweifel. Denn daraus resultiert Sicherheit und Vertrauen.

Auch wir Lotsinnen zweifeln ständig, suchen nach Wegen, um die Situation trotz der Schwere und Belastung für Patient und Familie aushaltbar zu machen.

Aber wir Lotsinnen schöpfen Kraft und Energie aus dem Auftrag, zuständig sein zu dürfen.

Und wir Lotsinnen schätzen das Vertrauen und die Unterstützung durch ein starkes Team, das hinter uns steht.

Der Verein PALLIAMO im Jahre 2025

Elisabeth Albrecht

Wer im Verein nun arbeitet

Es gibt vieles zu berichten über das vergangene Vereinsjahr:

Dank zahlreicher und einer großen Spende haben wir inzwischen ausreichend Rücklagen, um längerfristig Personal für den Bereich Palliative Care außerhalb unserer SAPV-Tätigkeit anstellen zu können. Damit lohnt sich auch erstmalig eine Aufstellung all derer, die für unseren Verein im Jahre 2025 tätig waren:

Ehrenamtlicher Vorstand:

Dr. Elisabeth Albrecht, Dr. Katinka Rockmann, Silke Leicht

ehrenamtliche Mitarbeiterin:

Marion Becker, sie pflegt dankenswerterweise unsere Verstorbenen-Bücher

Teilzeitstellen:

Verwaltung: Claudia Brunner

Akademieleitung: Eveline Schmuck

Anstellung auf Minijob-Basis:

Mitarbeit Akademie: Christine Heilmeier-Herz

Weiterführung des Projektes Zeitintensive Betreuung in der

Eingliederungshilfe (ZiB-E): Andrea Leitermann, Stefanie Kraus

Netzwerk-Aufbau: Beate Hochmuth

Gemeinsam mit der PALLIAMO-GmbH sind wir Mitte März in die neuen Räumlichkeiten in der Albertstraße umgezogen. Nun haben wir ausreichend Platz, insbesondere für eigene Fortbildungsveranstaltungen.

Seit Auflösung der Hospiz- und Palliativakademie Regensburg, welche das Weiterbildungsangebot im Raum Regensburg dargestellt hatte, fehlte jedwede gemeinsame Plattform aller im Bereich Palliative Care Tätigen in Regensburg. Nun wurde spürbar, dass auch bei uns ein Hospiz- und Palliativnetzwerk sinnvoll wäre. Der entsprechende Paragraph gemäß § 39d SGB V sieht eine finanzielle Förderung durch die Krankenkassen vor, wenn sich auch die Kommunen beteiligen. Diese Vorbereitungen nahmen Frau Dr. Albrecht und – zunächst ehrenamtlich, dann auf Minijob-Basis – Frau Beate Hochmuth in

Angriff, kompetent unterstützt durch Frau Vanek. Es gelang, Stadt und Landkreis Regensburg für eine Förderung zu gewinnen sowie alle im Bereich Palliative Care spezialisiert Tätigen ins Boot zu holen. Somit erfolgte im Herbst die Zusage der Krankenkassen, ihrerseits eine Teilzeit- Netzwerkstelle ab 1. Januar 2026 mitzufinanzieren. Auch wenn unsere Netzwerk-Koordinatorin Frau Hochmuth bei PALLIAMO e.V. nun angestellt ist, fungiert sie als Vertreterin aller Netzwerk-Partner.

Das Modellprojekt ZiB-E (zeitintensive Betreuung in der Eingliederungshilfe) in Reichenbach lief bis Ende August 2025. Anschließend konnten wir es durch unseren Verein übernehmen: Wir finanzieren nun die beiden ZiB-E-Kräfte, die Einrichtung Reichenbach stellt weiterhin eine Fachkraft für die Koordination vor Ort zur Verfügung.

Daneben erfolgten erneut Einzelspenden an Patient*innen oder/und Familien.

Aus der PALLIAMO-Akademie

Eveline Schmuck

Das Veranstaltungsjahr begann im Februar mit der Kursweiterbildung Palliativmedizin. Der Kurs war mit 12 Teilnehmerinnen und 9 Teilnehmern sehr gut besucht. Bemerkenswerterweise haben 11 der 21 Personen einen weiten Weg von weit jenseits der Landkreisgrenzen Regensburgs auf sich genommen. Die nördliche Oberpfalz, das Frankenland und auch Oberbayern möchte ich hier nennen.

Im Februar startete auch die 160-Stunden-Weiterbildung Palliative Care und Hospizarbeit für examinierte Pflegekräfte mit 20 Personen aus der Oberpfalz und Niederbayern. Die weiteste Entfernung legte die Teilnehmerin aus Freyung Grafenau zurück. Wir konnten den Kurs im November mit Zertifikat verabschieden.

Am 10. April boten wir wieder einen Refresher für Pflegekräfte an. Dieses Mal war dieser als Workshop konzipiert. Hier konnten komplementären Methoden in Kleingruppen näher kennengelernt und auch selbst ausprobiert werden:

Aromapflege, Atemtherapie und Akupressur können die Lebensqualität der Patient*innen enorm verbessern. Das haben unsere Referentinnen Beate Hochmuth, Petra Füßl und Heike Rehwald-Wilke mit großer Begeisterung für die eigene Spezialisierung überzeugend vermittelt. Die 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Wirkung der Interventionen am eigenen Leib erlebt.

2025 war unser Umzugsjahr, im März hat PALLIAMO neue Räume bezogen. Ab Mitte des Jahres konnten unsere Kurse also erstmalig im eigenen Seminarraum stattfinden. Premiere feierten wir mit dem multiprofessionellen Grundlagenkurs, der im Juni und Juli mit 10 Teilnehmenden stattgefunden hat. Diese hatten sehr unterschiedliche berufliche Hintergründe: Soziale Arbeit, Pflege, medizinische Fachangestellte und Mitarbeitenden aus der Betreuung. Die Männerquote lag bei 10 %.

Den Abschluss des Jahres bildete die Fortbildung zu Thema „Psychiatrische Komorbiditäten in der Palliativversorgung – Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten für das multiprofessionelle Team“, zu dem wir Dr. Elisabeth Jentschke als Dozentin begrüßen durften. Sie ist Leiterin der Neuropsychologie, Palliativpsychologie und Gerontologie am Universitätsklinikum Würzburg sowie Vorsitzende des Klinischen

Ethikkomitees. In diesem Tagesseminar konnten wir und auch die spezialisierten Teams aus der Region Wertvolles für die Begleitung von Menschen mit psychiatrischen Vorerkrankungen und auch Persönlichkeitsstörungen mitnehmen.



Impressum:

Texte:

Dr. med. Elisabeth Albrecht

Dr. med. Katharina Rockmann

Anne Vanek

Markus Wegmann

Eveline Schmuck

Layout:

Eveline Schmuck

Erfassung der statistischen Daten:

Anne Vanek

Bilder:

Dr. Elisabeth Albrecht

Eveline Schmuck

Herausgeber:

PALLIAMO e.V.

Albertstraße 1, 93047 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