

Zuhause leben bis zuletzt  
**PALLIAMO**  
Palliativversorgung mobil



**Jahresheft 2021**

SAPV Regensburg und Cham



| Inhaltsverzeichnis                               | Seite |
|--|-------|
| Einführung                                       | 4     |
| 1. Was unsere Teams im Jahr 2021 geleistet haben | 6     |
| 1.1 Näheres zur Betreuung                        | 8     |
| 1.2 Die Sterbesituation                          | 9     |
| 1.3 Unsere Teams                                 | 15    |
| 2. Schwerpunkt-Thema: unsere PALLIAMO-Akademie   | 18    |
| 3. Geschichten von Almuth Grigorakakis           | 26    |
| Impressum  | 36    |

## **Einführung**

***Gib einem Hungernden einen Fisch, und er wird einmal satt,  
lehre ihn fischen, und er wird nie wieder hungern.***

### ***Laotse***

Diese altbekannte Weisheit beschreibt sehr gut unsere PALLIAMO-Aktivitäten:

Unsere Teams kümmern sich um Schwerstkranke und ihre Angehörigen, so dass sie die verbleibende gemeinsame Zeit so gut wie möglich meistern können. Das ist unsere direkte Tätigkeit, die wir bezogen auf das Jahr 2021 hier darstellen und würdigen.

Als Schwerpunkt-Thema beschreiben wir dieses Jahr unsere inzwischen gut etablierten Weiterbildungen, über die wir - davon sind wir überzeugt - palliative Vorgehensweisen noch breiter zur Anwendung bringen können. Von Anfang an hat es sich der Verein PALLIAMO auf die Fahnen geschrieben, das Fachgebiet Palliative Care weiterzugeben, denn egal wo und von wem PalliativpatientInnen betreut werden: Sie profitieren von diesem Fachwissen, welches das Befinden statt der Befunde in den Vordergrund rückt und dazu hilft, individuelle Wege zu erarbeiten und zu realisieren.

Je mehr medizinisch Tätige ihre Palliativkenntnisse in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich einsetzen, desto komplexer werden die Situationen, bei denen unsere Teams zugezogen werden. Das spüren wir inzwischen deutlich, unsere Tätigkeit wird intensiver. Genau darin sehen wir unsere Aufgabe als Spezialisten. Gefordert von immer wieder neuen Situationen lernen wir ständig dazu und geben unsere in der Praxis bewährten Kenntnisse in den Kursen weiter.

So wollen wir auf beiden Ebenen tätig bleiben.

Dr. med. Elisabeth Albrecht und Dr. med. Katharina Rockmann  
im Namen aller Mitarbeiter\*innen.



## 1. Was unsere Teams im Jahr 2021 geleistet haben

Unsere Betreuungszahlen zeigen, dass wir inzwischen rund 10% der gesamten Sterbefälle in den Landkreisen Regensburg und Cham betreuen. Dies entspricht der gesundheitspolitischen Vorgabe für die Durchführung der SAPV.

Wir haben 258 Beratungen durchgeführt und waren bei 442 Patient\*innen vor Ort koordinierend oder in Teilversorgung tätig.

Die beiden Landkarten zeigen die Verteilung unserer Besuchsorte.



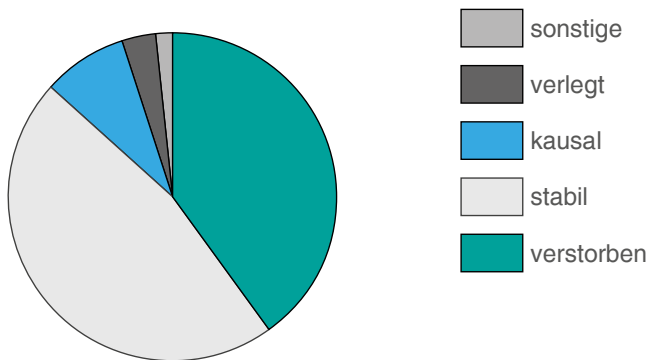
Abbildung 1: Besuchsorte des Teams Cham



Abbildung 2: Besuchsorte des Teams Regensburg Kelheim

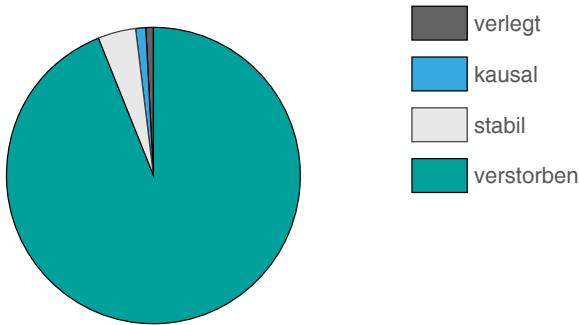
Weiterhin liegt unser Schwerpunkt auf der intensiven Zuständigkeit mit 24-Stunden-Rufbereitschaft, also der Teilversorgung. Hier hatten wir 382 Patient\*innen in Betreuung. Bei Beendigung unserer Tätigkeit waren weitere 60 Patienten in Koordination.

In den folgenden Abbildungen ist dargestellt, aus welchem Grund die Betreuung beendet wurde. Auch wenn sich unsere Teams um schwerstkranke Menschen kümmern, bei denen das Lebensende absehbar ist, so kommt es erfreulicherweise doch immer wieder zu Stabilisierungen.



Summe Koordination 60

Abbildung 3: Endgrund bei Patient\*innen in Koordination Regensburg und Cham 2021

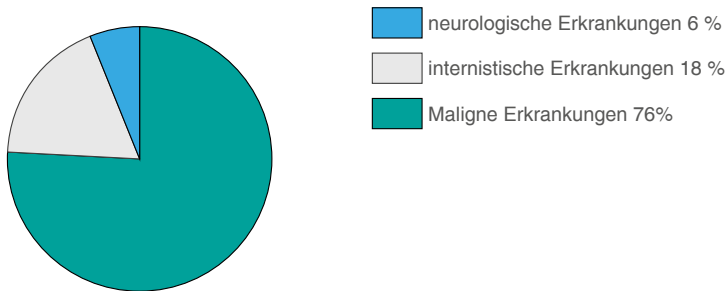


Summe Teilversorgungen 382

Abbildung 4: Endgrund bei Patient\*innen in TV in Cham und Regensburg 2021

### 1.1 Näheres zur Betreuung

Bei den Diagnosen überwogen zwar auch weiterhin die onkologischen Erkrankungen, jedoch betreuten wir zunehmend auch Patient\*innen, bei denen internistische Leiden im Vordergrund stehen. Gleichbleibend bleibt der Anteil der neurologischen Erkrankungen.



Diagnosenverteilung 2021

Abbildung 5: Diagnosenverteilung Regensburg und Cham 2021



Unsere Mitarbeiter\*innen führten insgesamt 4430 Besuche durch. Durchschnittlich dauerte ein Besuch 65 Minuten, die Fahrzeit pro Besuch 33 Minuten.

Diese Besuche verteilten sich bei den Patient\*innen in Koordination auf eine Betreuungsdauer von durchschnittlich 25 Tagen (Median 12). In Teilversorgung kümmerten wir uns um Patient\*innen und ihre Angehörigen durchschnittlich 13 Tage (Median 10). Verglichen zu den Vorjahreszahlen hat die Dauer erneut abgenommen, was einhergeht mit einer intensiveren Tätigkeit. Gilt es doch, in noch kürzerer Zeit anstehende Beschwerden zu lindern und Probleme zu lösen, damit auch diese Tage als erträglich empfunden und gelebt werden können.

## **1.2 Die Sterbesituation**

Ein wesentliches Ziel der SAPV besteht darin, die letzte Lebenszeit und auch das Sterben daheim zu ermöglichen; dies war einer der Hauptgründe für die Politik dafür gewesen, diese Versorgungsform im Jahr 2007 neu zu schaffen. Durch diese fachkompetente aufsuchende Hilfe soll das Sterben auch daheim stattfinden können, wenn Sterbende dies möchten - allerdings in Kompromiss mit der Belastbarkeit der zuständigen Familienmitglieder. Es geht also nicht darum, möglichst alle Menschen daheim sterben zu lassen, sondern die äußeren Umstände so zu gestalten, dass alle Beteiligten die Situation mittragen können, also gerade auch die pflegenden Angehörigen, die mit den Erinnerungen an diese intensive Zeit weiterleben.

Seit unser PALLIAMO-Team 2004 die Tätigkeit aufgenommen hat, dokumentieren wir jeden Sterbeprozess sehr genau, der unter unserer Verantwortung in der häuslichen Umgebung stattfindet. In den wöchentlichen, ausführlichen Teamsitzungen werden die letzten Stunden dann nochmals gemeinsam besprochen und die Verstorbenen gewürdigt. Zusätzlich luden wir in Regensburg die Angehörigen ein paar Monate später zu einer Erinnerungsfeier ein, während Corona erhielten sie eine Kondolenzkarte. Im Chamer Team ist es üblich, etwa sechs Wochen nach dem Sterbedatum den Angehörigen eine Grußkarte zu schicken, unterschrieben von den Teammitgliedern, die involviert waren.



Große Studien mit schwerkranken Krebspatient\*innen ergeben, dass sich etwa die Hälfte dieser Patient\*innen das Sterben daheim wünschen<sup>1</sup>. Nun bekommen wir als SAPV eine Selektion von Patient\*innen zugewiesen: Meist (nicht immer) ist ihnen klar, dass das Lebensende naht, sie haben ein Umfeld, das diese Belastung mitträgt, der/die Niedergelassene holt uns bei Schwierigkeiten dazu. Wir erhalten also überwiegend Patient\*innen, die möglichst daheim bleiben wollen, auch im Sterbeprozess. Manche nehmen davon wieder Abstand, meist in Fürsorge für ihre Familie. Einige fühlen sich unter unserer Betreuung zunehmend sicher genug und können es nach anfänglichen Bedenken dann doch zulassen, trotz des spürbaren Lebensendes daheim zu bleiben.

Insgesamt haben wir 359 Fälle im Jahr 2021 bis zum Lebensende in Teilversorgung betreut.

92% sind dort verstorben, wo sie es sich wünschten, bei 4 % war es nicht möglich, einen Wunsch festzustellen. Von diesen 359 Patient\*innen sind 85 % in ihrem Daheim verstorben.

---

1 Übersichtsstudie aus 58 Studien in 13 Ländern: Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. Gomes B, Higginson I., BMJ 2006; 332: 515-521

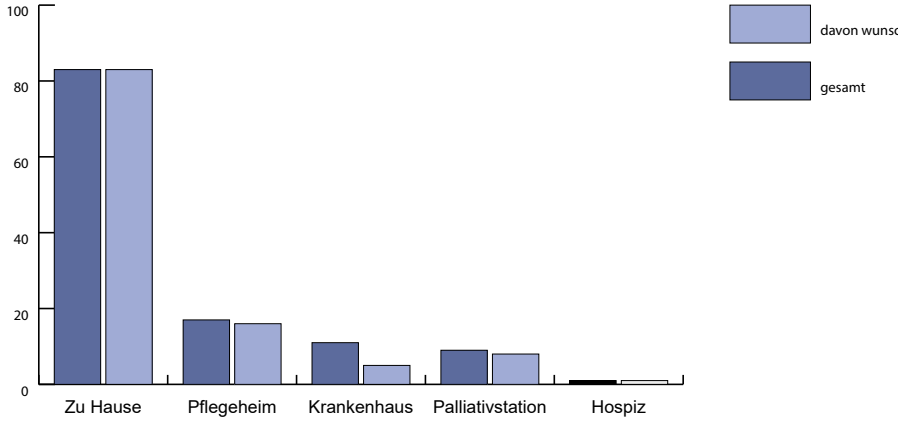


Abbildung 6: Sterbeort der Pat. in Teilversorgung im Jahr 2021 in Cham

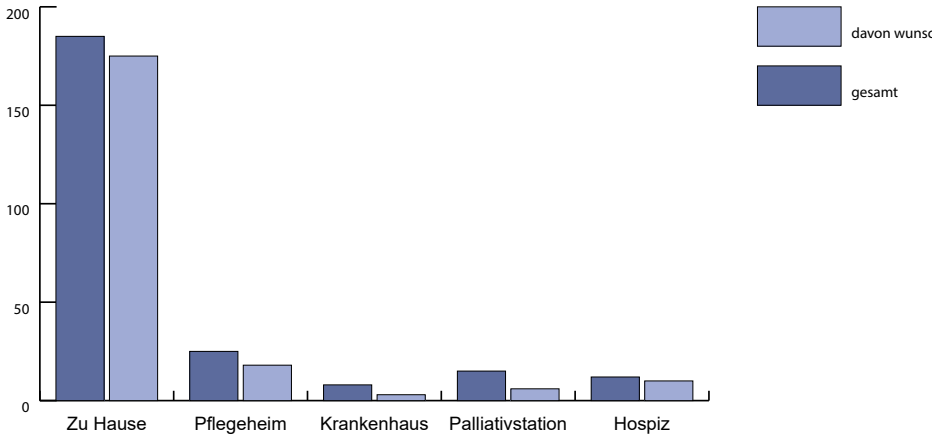


Abbildung 7: Sterbeort der Pat. in Teilversorgung im Jahr 2021 in Regensburg

Es ist unser größtes Ziel, ein ruhiges Sterben zu ermöglichen. Dazu muss vorher die Symptomkontrolle gelingen und bis zuletzt weitergeführt werden, die Versorgung so organisiert sein, dass keiner überlastet ist. Hilfreich wäre es auch, wenn Patient\*innen wie Nahestehende akzeptieren würden, dass nun die Natur ihren Lauf nimmt. Das hängt von Faktoren wie der Verarbeitung von Verlust, der individuellen Lebensgeschichte, der Qualität der Beziehungen ab. Das sind Bereiche, die wir selten noch beeinflussen können.

Dieses Ziel eines ruhigen, natürlichen Sterbeprozesses haben wir nach allem, was man von außen erfassen kann, auch im Jahre 2021 erreicht.

Die Aufzeichnungen über die letzten Stunden der 304 Patient\*innen, welche unter Teilversorgung daheim verstarben, zeigen folgendes:

- Über drei Viertel der Patient\*innen starben so ruhig, dass keine zusätzliche medikamentöse Intervention erforderlich war.
- In 18 % der Verläufe äußerte der Sterbende entweder Beschwerden, oder diese wurden bei Unruhe vermutet. Es wurde der vorgesehene Bedarf verabreicht oder die laufende Medikation angepasst, der weitere Sterbeprozess war ruhig.
- Im Jahr 2021 gab es lediglich sieben akute Verschlechterungen, welche dann in den Sterbeprozess mündeten. Diese Notfälle erforderten sofortiges Handeln, meist den Einsatz von neuer Medikation.

- Die Angehörigen, welche beim Sterbeprozess dabei waren, wirkten in der Hälfte der Fälle gefasst, in weiteren rund 40% belastet, aber nicht überlastet. Nur in 6% der Sterbeverläufe waren sie so überfordert, dass eine Intervention erforderlich war.
- Beim letzten Kontakt eines Team-Mitglieds vor dem Todeseintritt - meist also kurz vorher - konnten 17% der Sterbenden ihre Wünsche noch äußern, weitere 27% reagierten nonverbal auf Ansprache. Bei etwa zwei Drittel kamen Pumpen für eine parenterale Medikamentengabe zur Anwendung, über die die bisherige Medikation fortgeführt wurde.





### 1.3 Unsere Teams

Oft werden wir gefragt, wie wir diese tägliche Konfrontation mit Leid und Tod aushalten. Die Antwort: Es geht nur zusammen, in einem echten Team aus unterschiedlichen Berufen und Persönlichkeiten, mit gegenseitiger Ergänzung, Rücksichtnahme und Unterstützung. Als Team können wir doch noch trotz negativer Situation etwas Positives bewirken.

Im Laufe des Jahres 2021 haben wir uns von fünf wohlverdienten Pflegekräften verabschiedet: Frau Carola Woick-Kracher, Frau Almuth Grigorakakis und Gisela Schötz befinden sich nun im Ruhestand. Wir freuen uns, dass Frau Grigorakakis uns gelegentlich mit Beratungsgesprächen aushilft. Frau Tanja Wagner ist in den hohen Norden gezogen, und Frau Tanja Ochsenkühn hat ihren beruflichen Schwerpunkt geändert. Unsere guten Wünsche für die neuen Lebens-Situationen begleiten sie.

Als neue Kräfte begrüßen wir Frau Heike Rehwald-Wilke und Frau Doreen Heindl.

***Herzlichen Dank an sie und an alle weiteren Team-Mitglieder, die im Jahre 2021 diese unsere Arbeit ermöglicht haben!***

## **Team Regensburg / Kelheim**

Teamleitung: Dr. Katharina Rockmann

### Palliativpflege:

Almuth Grigorakakis

Tanja Wagner

Christine Heilmeier-Herz

Gabi Lindner

Christine Sommer-Wesch

Markus Wegmann

Carola Woick-Kracher

Doreen Heindl

Heike Rehwald-Wilke

### Atemtherapie:

Petra Füssl

### Palliativmedizin:

Dr. Katharina Rockmann

Dr. Vanessa Jantsch

Dr. Petra Lütz

Dr. Katharina Thrun

Dr. Zierl-Gruber

### Verwaltung:

Claudia Brunner

Lisa Minderlein

### Seelsorge:

Bernhard Götz





## Team Cham

Teamleitung: Dr. Elisabeth Albrecht

### Palliativpflege:

Kerstin Enderlein

Petra Engl-Erhart

Melanie Fischer

Ursula Fischer

Hildegard Grassl

Karl Gschwendner

Stefanie Kienberger

Tanja Ochsenkühn

Gisela Schötz

### Palliativmedizin:

Dr. Elisabeth Albrecht

Dr. Johanna Etti

Dr. Alexandra Fraundorfer

Bettina Kalischefski

Dr. Georg Mair

Anna Weinzierl

### Verwaltung:

Gabi Kagermeier

Andrea Sommer-Stich

### Seelsorge:

Tanja Six

### *Für beide Teams tätig:*

### Geschäftsführung:

Anne Vanek und Gerhard Michl

### Sozialarbeit:

Eveline Schmuck



## 2. Schwerpunkt-Thema: unsere PALLIAMO-Akademie

Elisabeth Albrecht

### Die Anfänge

*„Palliativmedizin machen Sie? Jaja, Schmerzplaster kleben, das reicht ja, mach ich auch...“ (freundlicher Kollege 2001)*

Wie das obenstehende Zitat ahnen lässt, war es nicht ganz einfach, ab dem Jahr 2001 die ambulante Palliativversorgung in der Region zu etablieren. Zu der Zeit ließ ich mich in Regensburg mit dem Schwerpunkt Palliativmedizin nieder. Ich brachte mein Wissen und die Erfahrung aus Kanada mit, wo Palliative Care bereits auf dem Vormarsch war. Man darf nicht vergessen: In Deutschland gibt es erst seit Ende der 90-er Jahre eine Weiterbildung zur Palliativpflegekraft, ab 2004 konnten Ärztinnen<sup>2</sup> die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in Bayern erwerben. Palliative Care als gute Botschaft, dass und was man alles tun kann, wenn „nichts mehr zu machen ist“, war bei den allermeisten Pflegekräften und ÄrztInnen leider noch nicht bekannt.

Also was tun? Einfach mal anfangen zu arbeiten, dachte ich. Aber bald stellte sich heraus: Ich kann das nicht alleine, ich brauche ein Palliativteam. Hilfe kam über den Regensburger Hospizverein und einen priva-

---

2 mit Ärztinnen sind immer auch Ärzte gemeint

ten Pflegedienst, der bald eine Pflegekraft - Almuth Grigorakakis - nach Bonn zu einem Palliative-Care-Kurs schickte. Sie kam mit Begeisterung über Kurs und Arbeit zurück.

In diesen holperigen Anfangsjahren war jedoch rasch klar: Wenn wir Pflegekräfte für unser Team haben wollen, müssen wir selbst die Ausbildung anbieten. Der Verein *PALLIAMO* e.V. war kaum gegründet, schon bemühten wir uns um einen eigenen Pflegekurs. Nun war ich schon lange zuvor als Kursleitung und Referentin bei der Christophorus-Akademie in München (bzw. ihren Vorläufern) angebunden, somit bot es sich an, das dortige Fachwissen im Kurs-auf-die-Beine-stellen ideell und personell zu nutzen. Mit vereinten Kräften gelang es dann auch: Schon der erste Palliative-Care-Kurs für Pflegekräfte im Jahr 2005 war ein voller Erfolg. Das bestärkte uns, diesen Kurs fortzuführen, bald in eigener Regie, kaum dass Almuth Grigorakakis als Kursleiterin zertifiziert war.

Ermutigt durch die große Begeisterung der KursteilnehmerInnen im Pflegekurs trauten wir uns drei Jahre später, auch den ärztlichen 40-Stunden-Kurs anzubieten. Hier nutzten wir ebenfalls zunächst die Kooperation mit der Christophorus-Akademie. *PALLIAMO* e.V. übernahm Organisation und Trägerschaft. Schon im ersten Kurs fungierten Dr. Roland Braun, der Leiter der Palliativstation im Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg und ich als niedergelassene Palliativmedizinerin als fachliche Kursleitung. Damit waren von Anfang an gleichermaßen stationäre wie ambulante Aspekte im Kurs berücksichtigt..

Spätestens mit diesem zweiten Kursangebot war klar: Die Organisationsarbeit verlangt eine dafür eigens zuständige Kraft. Wie gut, dass inzwischen seit dem Jahr 2007 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung als Kassenleistung gesetzlich verankert war, so dass der Verein hoffen konnte, die Arbeit am Patienten bald voll finanziert zu bekommen. Jetzt wagten wir es, eine eigene Stelle für unser Weiterbildungsangebot zu schaffen - mit Christl Tesseraux gleich tatkräftig besetzt. Die kleine PALLIAMO-Akademie war geschaffen.

### **Behutsames Wachsen**

Der Basiskurs Palliativmedizin fand großen Anklang, und frohgemut organisierten wir auch einen 120-h-Aufbaukurs für ÄrztInnen, denn dieser ist ebenfalls notwendig, wenn man praxisbegleitend die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erwerben möchte. Nur stellte sich heraus, dass dieser Aufwand enorm war. Wir fragten uns: Liegt es innerhalb der Vereinsaufgaben, ÄrztInnen zur Zusatzbezeichnung zu verhelfen? Letztlich führte die Diskussion innerhalb unseres Vereins dazu, dass wir uns entschlossen, unsere Aufgabe hauptsächlich weiterhin am Patienten orientiert zu sehen. Gemeinsam mit den anderen Institutionen, die sich für Palliative Care in Regensburg engagierten, hoben wir die Palliativ- und Hospizakademie Regensburg (PHA) aus der Taufe. Sie fungiert nun als Informations-Plattform für das Regensburger Kursangebot in Palliative Care. Darüber hinaus veranstaltet sie den Aufbau-

kurs für ÄrztInnen, kümmert sich um regelmäßige Auffrischkurse sowie die Regensburger Qualitätszirkel für Palliative Care.

Das Angebot für professionell Tätige war in Regensburg also bald breit gefächert - aber es gab und gibt immer wieder Menschen, die nicht gleich den großen Pflegekurs, die ärztlichen Weiterbildungskurse oder die anspruchsvolle Hospizbegleiter-Ausbildung belegen wollen, son-



dern einfach Informationen suchen. Diese Lücke führte zunächst zu unserem Einführungsseminar mit 20 Stunden, welches inzwischen erweitert wurde zum multiprofessionellen 40-Stunden-Kurs, der nun nach Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin stattfindet. Als niederschwellige Informationsveranstaltung dient nun ein längerer Abend unter dem Thema „Letzte Hilfe“, welchen wir gemeinsam mit anderen Regensburger Institutionen weiterhin regelmäßig anbieten.

All diese Veranstaltungen sind derzeit die Außenwirkung unserer PALLIAMO-Akademie, wie wir diesen Arbeitsbereich inzwischen voller Stolz nennen. Nicht übersehen werden sollte die Wirkung nach innen, also Kurse, welche für unsere Mitarbeitenden veranstaltet werden: Insbesondere zum Thema Kommunikation sind wir ständig auf der Suche nach guten ReferentInnen, die wir für interne Fortbildungen einladen können.

### **Vom Weitergeben profitieren**

Wir lernen beim Lehren.

Zum einen haben wir in den vergangenen Jahren das Kurshalten gelernt: Aus den Evaluationen und den mündlichen Rückmeldungen konnten und können wir vieles aufgreifen, was die Kurse laufend verbessert.

Zum anderen sitzen in unseren Kursen Menschen mit Berufs- und Lebenserfahrung aus den unterschiedlichsten Fachgebieten oder Lebensbereichen. Viele Themen rühren an eigene Erfahrungen, die verschiedensten Kenntnisse werden eingebracht. Wie gut, dass wir immer wieder Zeit für den gemeinsamen Diskurs einplanen, wobei Fachwissen genauso gern geteilt wird wie Lebenserkenntnisse.

Zugegeben, Kurse zusätzlich zur Tätigkeit in der SAPV sind anstrengend. Aber wenn man die vielen Jahre der Akademie Revue passieren

lässt, so hat es sich wirklich gelohnt:

- Das erklärte Motto all unserer Kurse ist „Aus der Praxis für die Praxis“. Unsere ReferentInnen sind alle im Bereich Palliative Care tätig, viele arbeiten in unserem eigenen Team. Damit lernen uns die KursteilnehmerInnen kennen und, wie wir dankbar zur Kenntnis nehmen, auch schätzen.



- Die meisten unserer Pflegekräfte und ÄrztInnen haben wir durch unsere eigenen Kurse gewonnen. Bisher haben wir dadurch unseren wachsenden Bedarf an Mitarbeitern rasch decken können, und das ist nicht selbstverständlich in einem so jungen Spezialfach.
- Etwa ein Drittel der Niedergelassenen im Großraum Regensburg haben inzwischen einen Kurs in Palliativmedizin absolviert. Das spüren wir nun in der täglichen Arbeit: Die ambulanten Strukturen meistern übliche Verläufe in der palliativen Situation zunehmend ohne uns - dank verbesserter eigener Kenntnisse. Wir bekommen diejenigen Patienten zugewiesen, die die SAPV wirklich brauchen. So soll es sein.
- Zunehmende Bedeutung gewinnt die Öffentlichkeitsarbeit und hier besonders die Veranstaltung „Letzte Hilfe“: Gemeinsam mit den Mitveranstaltern - besonders dem Hospizverein Regensburg - geht es um Werbung durch Information, es geht darum bekanntzumachen, dass und wie auch die letzten Wochen des Lebens gestaltet werden können. Nur wenn Menschen sich das zutrauen, können wir ihnen auch dabei helfen.

## **Ausblick**

Was wäre die beste Aufbauarbeit, wenn es nicht weiterginge?

Es ist der Autorin ein besonderes Vergnügen darauf hinzuweisen, dass bei uns bereits die nächste Generation am Ruder ist: Eveline Schmuck, die unsere Akademie leitet, und Christine Heilmeiner- Herz als Hauptreferentin im Pflegebereich sind beide zertifizierte Kursleiterinnen



und bleiben am Ball, was die neuesten Richtlinien angeht. Schließlich wollen wir auch weiterhin die beste Qualität bieten, mit Zertifikaten, die auch anerkannt sind. Das bedeutet ein ständiges Anpassen und Weiterentwickeln. Auch das benötigt viel Energie, die neben all dem Referieren und Organisieren aufgebracht werden muss.

Latein von Medizinern ist zwar unbeliebt, aber diese Worte passen auf eine Bildungseinrichtung als abschließender Wunsch:

**AD MULTOS ANNOS!**



### 3. Geschichten von Almuth Grigorakakis

#### Wozu sind Freunde da?

„Danke, dass Sie so schnell kommen konnten, meiner Mutter geht es sehr schlecht. Sie hat starke Schmerzen und bricht die Medikamente immer wieder aus! – Zum Glück schläft sie jetzt endlich, nachdem die Nacht einfach schrecklich war. Heute morgen um 6 Uhr habe ich den Hausarzt geholt, der ihr eine Spritze gegeben hat... Man ist so hilflos, wenn man den anderen so leiden sieht! Und ins Krankenhaus will sie auf keinen Fall mehr, sonst hätte ich gestern Abend schon den Notarzt gerufen.“ – Eine übermüdete, aufgelöste Tochter zieht mich ins Haus. Wir setzen uns erstmal in die Küche. Sie gießt Kaffee ein, weint, redet ohne Pause.

Nach der Wende waren sie aus Ostdeutschland hergezogen, da sie und ihr Mann eine gut bezahlte Arbeit bekommen hatten. Bald konnten sie hier bauen und holten dann die Mutter nach. Trotz einer rheumatischen Erkrankung übernahm diese das Kochen und die Wäsche, damit die Tochter und ihr Ehemann in Vollzeit Schicht arbeiten konnten. Nebenbei war sie Ansprechpartnerin für den Enkel, der sich auf dem neuen Gymnasium schwertat. Sie waren ein gut funktionierendes eingespieltes Team. Dann wurde die Mutter schwächer, die Tochter reduzierte ihre Arbeit. Der Enkel machte sein Abitur und studierte, war nur noch selten daheim.

Vor zwei Wochen erlitt die alte Frau wohl einen Schlaganfall mit einer Halbseitenlähmung, seitdem kam sie nur noch mit Hilfe aus dem Bett, hatte ständig Schmerzen und keinen Lebensmut mehr. Aber sie

hatte sich strikt geweigert ins Krankenhaus zu gehen. Die Tochter konnte es nicht fassen, dass ihre so starke Mutter, die immer ihr Vorbild gewesen war, jetzt so hinfällig wurde. Sie wollte sie einfach noch nicht gehen lassen!

Ein Jammerlaut kam aus dem Nebenraum, die Tochter schoss sofort hoch: „Mama?“ Im abgedunkelten Zimmer lag eine alte Frau ziemlich verdreht auf einem niedrigen Bett und hatte offensichtlich Schmerzen. Die Tochter versuchte sie besser zu lagern, was neues Jammern auslöste. Ich stellte mich vor, aber die Patientin war völlig auf die Tochter fixiert. Erst als ich ihr eine Schmerzspritze anbot, schaute sie mich an und bedankte sich, um kurz darauf wieder einzuschlafen.



Nach Rücksprache mit unserer Ärztin füllte ich eine s.c.-Pumpe mit verschiedenen Medikamenten gegen Schmerzen und Übelkeit, sodass die Patientin über 24 Std versorgt war. Dann organisierte ich ein Krankenbett, das aufgrund unserer guten Beziehungen zum Sanitätsgeschäft noch am gleichen Tag geliefert werden konnte. Mit der Tochter besprach ich, dass sie dafür sorgen sollte, selbst ein paar Stunden abzuschalten, da sie sonst nicht lange durchhalten würde. Ich zeigte ihr noch ein paar Pflegehandgriffe und ließ Mundpflegemittel da. – Als ich später am Tag nochmal telefonierte, war eine Freundin der Tochter am Apparat, sie selbst hatte sich schlafen gelegt.

Am nächsten Tag fuhr unsere Ärztin hin, passte die Schmerzmedikation an und hinterließ Notfallmedikamente. Die Patientin hatte in der Zwischenzeit nicht mehr erbrochen, war relativ schmerzfrei, aber auch nochmal schwächer. Ein großes Thema war die Flüssigkeitszufuhr, nachdem die Tochter eingesehen hatte, dass die Mutter zumindest keine Nahrung mehr brauchte, da sie sich offenbar im Sterbeprozess befand.

Tags drauf fuhr ich wieder hin, um die Pumpe neu zu befüllen – vor allem aber brauchte die Tochter einen Ansprechpartner, da ihr alles viel zu schnell ging. Ihre Seele kam nicht hinterher. Warum jetzt auf einmal? Es war doch so viele Jahre gut gegangen? – Wieder einmal erlebte ich diesen Prozess, wenn das kindliche Vertrauen in die Unsterblichkeit der Eltern zerbricht und sich der Realität stellen muss. Wenn es zur Rollenumkehr kommt. Zum Glück hatte der Hausarzt die Tochter krankgeschrieben, sodass sie sich voll der Mutter widmen konnte. Abends telefonierte ich noch mal, wieder war die

Freundin am Apparat und bat mich zu kommen, da die Patientin wohl wieder Schmerzen hatte. Die alte Dame war wach und bat darum, mehr schlafen zu dürfen. Mit Tränen in den Augen stand die Tochter neben mir. Ihr war jetzt klar, dass der Abschied nahte. Ich erhöhte die Medikation und erweiterte um ein Beruhigungsmittel.

In der Küche erfuhr ich von der Tochter, dass der Ehemann keine große Hilfe sei und froh, dass er Nachtschicht hatte. Auch die informierte ältere Tochter der Patientin hatte abgelehnt zu kommen, sie wolle die Mutter lieber wie früher in Erinnerung behalten... Die einzige, die zu ihr hielt, war ihre Freundin, die sich extra Urlaub genommen hatte und bei ihr blieb. Toll!

Drei Tage lang dauerte das Sterben der Patientin, immer wieder stöhnte es aus ihr heraus, wobei sie aber völlig entspannt war. Die beiden Frauen pflegten sie vorbildlich, sangen ihr vor, massierten sie, machten eine Duftlampe an, saßen an ihrem Bett und redeten von alten Zeiten, während sie sie streichelten. – Am Morgen des 4. Tages kam die Nachricht, dass die Patientin in der Nacht friedlich eingeschlafen sei, ohne nochmal wach zu werden. Der Hausarzt hatte bereits die Leichenschau gemacht. Ich fuhr hin, die Tochter war mit dem Ehemann beim Bestatter, die Freundin öffnete mir. Die Patientin lag mit einem Lächeln im Gesicht da, ein Sträußchen Gartenblumen in der Hand. Weinend erzählte mir die Freundin, dass ihre eigene Mutter drei Jahren zuvor im Krankenhaus verstorben sei, ohne dass sie hatte Abschied nehmen können. Sie habe jetzt das Gefühl, diesen nachgeholt zu haben. Dass sie gleichzeitig eine großartige Stütze für ihre Freundin war, sah sie eher als Nebeneffekt. „Wozu sind Freunde denn da?“

Ist es gut, wenn keiner weiß?

Die erste Frage der Ehefrau, als ich einen Termin ausmachen wollte, hieß: „Haben Sie Werbung am Auto?“ – „Nein“.- Das beruhigte sie. Trotzdem bat sie vor der Garage des Nachbarn zu parken. -??- Die Straße war zwar eng, aber nicht soo eng- zumal das Haus des Patienten eine großzügige Einfahrt hatte...

Herr F., Jahrgang 45, war von Beruf Beamter gewesen und hatte in seiner Freizeit sehr viel Sport getrieben. Seine- wesentlich- jüngere Ehefrau war „Verkäuferin aus Leidenschaft“ in der Modebranche, liebte es auszugehen und sich mit Freundinnen zu treffen. Der gemeinsame Sohn war längst selbst Familienvater, die Großeltern hatten ein enges



Verhältnis zum Enkelsohn.

Vor knapp einem Jahr war ein bereits in die Leber metastasiertes Pankreas-Karzinom bei ihm festgestellt worden. Die Diagnose hatte ihn völlig niedergeschmettert. Er, der doch so gesund gelebt und immer Sport getrieben hatte.... Er versank in eine schwere Depression. Ich fuhr zum Erstbesuch zu den F. Wunderte mich noch über die Parkinstruktion, denn vor dem Haus war wirklich genügend Platz- es hätte nur das Tor aufgemacht werden müssen...

Eine sehr gepflegte Ehefrau empfing mich. Im Haus dominierten schwere dunkle ausladende Holzmöbel aus den 60er Jahren, die der ganzen Atmosphäre etwas Niedergedrücktes, Dumpfes gaben. Die Wohnung war blitzsauber und peinlich aufgeräumt, jede Falte saß an ihrem Platz.

Draußen herrschten Jahrhundertssommertemperaturen- hier drinnen war es fast kalt. – Herr F. saß in seinem Fernsehsessel- eine Wollmütze auf dem Kopf, eine Wolldecke über den Knien. Er war quattegelb, die Augen fielen immer wieder zu. Das gab er auch als vorherrschendes Symptom an- diese bleierne Müdigkeit, verbunden mit Übelkeit. Gegen die Übelkeit hatte er sehr wohl Medikamente, die er aber nicht nahm, weil ihn der Beipackzettel abschreckte. Aber ich durfte ihm eine Spritze geben, die- oh Wunder – bereits nach wenigen Minuten wirkte. Als ich ihm erklärte, dass es der gleiche Wirkstoff sei wie in seinen Tabletten, konnte er es nicht glauben. (Aber in der Folgezeit nahm er sie.)

Seine Frau versuchte ihn immer wieder aufzumuntern, aber er winkte nur ab. Ließ sich nicht überreden, auch nur einen Schritt an die frische Luft auf den Balkon zu gehen- kein Nachbar sollte sehen, dass es ihm

schlecht ging...

In einigen Tagen hatte der Enkel seinen Geburtstag und wollte diesen unbedingt bei seinem Opa verbringen- Der sagte das Fest ab - zu viel Unruhe und Krach! - Ich versuchte in Erfahrung zu bringen, was ihm bisher Freude bereitet hatte: Radfahren, Laufen, Garteln, immer an der frischen Luft, mit dem Enkel spielen. „Kann ich nicht mehr, kann ich nicht mehr, kann ich nicht mehr - warum dauert Sterben nur so lange?“ - „Weil Sie die Zeit, die Ihnen noch bleibt, nicht nutzen?! Sie sind doch immer noch der Großvater und können mit dem Kind reden. Ich glaube, Ihr Enkel hätte eine sehr schöne Erinnerung an Sie, wenn er den Geburtstag hier verbringen dürfte...“ Er schien eine Weile zu überlegen, dann fielen die Augen wieder zu. -

Ich fragte, ob er nie wegen seiner Depression behandelt worden sei. Der Hausarzt hatte wohl mehrere Anläufe versucht, aber er sei nie zu einem „Seelenklempner“ gegangen, da er ja nicht verrückt sei...

Seine Frau brachte mich an die Tür und begann bitterlich zu weinen. Er hatte ihr einen Maulkorb verpasst- mit niemandem durfte sie über seine Krankheit reden! Dabei waren ihr die Treffs mit den Freundinnen immer so wichtig gewesen, sie fühlte sich seit Monaten eingesperrt. Morgens in aller Frühe rannte sie zum Einkaufen, damit sie ja niemanden traf, der sie ansprach...- Er sei zwar immer ein Eigenbrötler gewesen, aber er habe ihr auch immer die Freiheit gelassen, ihren eigenen Interessen nachzugehen. Immer habe er fleißig gearbeitet, nicht getrunken oder geraucht, sei nie gewalttätig gewesen- einen besseren Mann habe sie nicht bekommen können! Dass er jetzt so elend dahinsiechen musste, und vor allem nie darüber redete, tat ihr in der Seele weh. Ich sprach eine Hospizbegleitung für sie an, oder ein



Gespräch mit unserem Seelsorger. Sie wollte es sich überlegen- aber das Gespräch hier im dunklen Flur mit mir habe ihr schon geholfen... Ich besuchte die F. noch zweimal. Inzwischen hatte er ein Krankenbett akzeptiert, sich hineingelegt und war nicht mehr aufgestanden. Seine Frau pflegte ihn ohne Hilfe („nur keine Fremden ins Haus...“) und blieb bis zum letzten Augenblick bei ihm. 10 Tage nach meinem ersten Besuch rief sie mich morgens an, um mich von seinem Tod zu informieren (nachts hatte sie natürlich nicht angerufen!). Mit tränenenerstickter Stimme erzählte sie, dass er am Abend vorher noch einmal wachgeworden sei und ihr lange wortlos die Hand gedrückt habe - für beide ein sehr intimer inniger Augenblick! Da es ihm immer so wichtig gewesen war, dass niemand von seiner Chemoglatze



erfuhr, hatte sie ihm seine Wollmütze mit in den Sarg gegeben!

PS. Im Nachhinein erfuhr ich, dass der Enkelgeburtstag doch bei den Großeltern stattgefunden hatte und er dem 10-jährigen spontan sein Rennrad geschenkt hatte.

### Das rechte Wort zur rechten Zeit

Im Supermarkt fällt mir eine kleine grauhaarige Frau auf, die mich immer wieder prüfend mustert. Am Parkplatz spricht sie mich dann an: "Sie sind doch die Schwester... „Almuth“ „Richtig, ich bin nicht auf Ihren Namen gekommen... Sie werden sich nicht mehr an mich erinnern, aber Sie haben mal vor zwei Jahren eine Beratung bei uns gemacht. Damals habe ich meine Tante gepflegt..."

Ich kann mich tatsächlich nicht mehr an sie erinnern- wohl aber an die Patientin, als sie mir die Adresse nennt. Es handelte sich um eine sehr resolute alte Dame mit Demenz und einer Krebserkrankung, die absolut keine Hilfe außer der ihrer Nichte annehmen wollte. Diese fuhr damals zweimal täglich 15 km einfach zwischen ihrem Wohnort und der Tante hin und her, machte ihr den Haushalt, half bei der Körperpflege, kochte, wusch, kaufte ein und ließ sich von ihr beschimpfen, weil sie nichts recht machte. Daheim hatten sie und ihr Mann einen Handwerksbetrieb, für den sie die Büroarbeiten erledigte. Da sie mir damals schon sehr belastet erschien, hatte ich ihr dringend geraten, einen Pflegedienst einzuschalten und mit ihren Kräften zu haushalten. Jetzt erzählte sie mir, dass sie tatsächlich zusammengebrochen war und mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus kam, sodass ihre Tante in ein Pflegeheim musste, wo sie dann wenig später allein verstarb. Sie selbst aber habe

bis heute ein schlechtes Gewissen, weil sie das Gefühl hat, die Tante im Stich gelassen zu haben.

Nun hatte sie den nächsten Pflegefall gehabt – ihren alten Vater. „Und diesmal war ich schlauer, weil mir immer wieder Ihre Worte in den Sinn kamen:- Nur, wenn es einem gut geht und man gütig mit sich selbst ist, kann man auch gut für andere sorgen – Das habe ich nicht vergessen!“ – Diesmal habe sie sich von Anfang an Hilfe geholt und die Pflege abgegeben. Vor allem aber habe sie auch ihre Geschwister mit in die Pflicht genommen, sodass sie sich selbst immer wieder eine Auszeit gönnen konnte. So konnte ihr Vater bis zum Schluss daheimbleiben und sie konnte ihm in der Sterbestunde die Hand halten. „Haben Sie nochmal ganz herzlichen Dank für Ihre wichtigen Worte!“

Nachdenklich steige ich ins Auto, kann mich überhaupt nicht mehr dran erinnern.



## Impressum:

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Texte:                             | Dr. med. Elisabeth Albrecht<br>Dr. med. Katharina Rockmann<br>Almuth Grigorakakis   |
| Layout und Diagramme:              | Eveline Schmuck   |
| Erfassung der statistischen Daten: | Claudia Brunner   |
| Bilder:                            | Dr. med. Wolfgang Weinzierl<br>Almuth Grigorakakis<br>Eveline Schmuck   |
| Herausgeber:                       | PALLIAMO e.V.<br>Cranachweg 16<br>93051 Regensburg<br>Tel.: 0941 - 630998 0<br>Fax: 0941 - 630998 20<br>info@palliamo.de<br>www.palliamo.de |
| Vorstand:                          | Dr. med. Elisabeth Albrecht<br>Dr. med. Katharina Rockmann<br>Silke Leicht  |
| Senior-Vorstand:                   | Eva Witt  |
| Bankverbindung:                    | Volksbank Regensburg<br>IBAN: DE14 7509 000 0000 06123 83   |