



Jahresheft 2020

SAPV Regensburg und Cham

Inhaltsverzeichnis :

I. Einleitung	4
II. Jahresrückblick 2020	6
III. Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung	11
IV. Was bedeutet für uns „Erfolg“?	26
V. Dank an unsere Mitarbeiter	34
VI. Fallgeschichten	36

I. Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser,

im Jahr 2020 war bei PALLIAMO vieles neu und anders: Manches davon ist auf Anhieb ersichtlich und offensichtlich (Verstärkung in der Geschäftsführung, ein neuer Betriebsrat, Änderungen im Ablauf durch Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes), manches erkennen wir aber erst verzögert im Rückblick auf ein durchaus herausforderndes Jahr.

Wir versuchten im vergangenen Jahr den Fokus unserer Anstrengungen und Bemühungen konzentriert auf unsere Arbeit zu richten, unseren Rhythmus nicht zu verlieren und sind damit nicht zuletzt aufgrund unserer langjährigen Erfahrung (sowohl am Patienten als auch innerhalb des Teams) sehr erfolgreich gewesen.

Es erscheint uns angebracht, den diesjährigen Jahresrückblick etwas andersartig und auch gemeinsam mit dem Team in Cham zu gestalten: Statt wie üblich umfassende Zahlen und statistische Auswertungen zu präsentieren, haben wir neben einem kurzen Jahresrückblick die Schwerpunktthemen „AAPV und SAPV“, sowie „Was bedeutet für uns Erfolg“ gewählt.

Hintergrund dieser beiden Themen ist zum einen, dass wir 2020 eine besonders intensive Zusammenarbeit mit den Hausärzten bzw. den verschiedenen Institutionen der AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) hatten und dazu gerne unsere Überlegungen beschreiben. Zum anderen stellen wir uns derzeit besonders häufig die Frage, wie wir in der SAPV „Erfolg“ definieren, wie wir die Qualität unserer Arbeit

skizzieren können. Schließlich wird dieses Jahresheft durch drei Schilderungen unserer Begleitungen ergänzt (wiedermal ein herzliches Dankeschön an Almuth Grigorakakis für die wunderbaren „Geschichten“).

Für detaillierte Einblicke in unsere Arbeitsweise mit statistischem Schwerpunkt eignen sich die Jahresberichte der vergangenen Jahre, die weiterhin auf unserer Homepage abrufbar sind. Wir freuen uns also, Ihnen diesmal unseren Jahresrückblick in Form eines Lese-Jahreshefts präsentieren zu dürfen und Sie damit an unseren Erfahrungen mit der täglichen Arbeit teilhaben zu lassen.



II. Jahresrückblick 2020

Wir blicken auf ein denkwürdiges Jahr zurück, ein Jahr voller gesundheitlicher, organisatorischer und gesamtgesellschaftlicher Herausforderungen.

Auch in der SAPV haben wir diese deutlich zu spüren bekommen, auch bei uns kam Verunsicherung auf, und es hat eine Weile gedauert, bis wir das nötige Vertrauen in die jeweils aktuelle Situation und die notwendige Zuversicht zurückgefunden hatten.

Anfangs waren wir verunsichert im Umgang mit unseren Patienten, der durch einen Mangel an Schutzausrüstungen verstärkt wurde. So war es zu Beginn der Pandemie völlig unklar, in welchem Umfang wir in der Lage sein würden, Patienten oder deren Angehörige, die an COVID-19 erkrankt waren oder sich in Quarantäne befanden, ambulant betreuen zu können.

Nun kann man glücklicherweise sagen, dass wir im Finden kreativer Lösungen erfahren sind und auch darin, Schritt für Schritt zu gehen und sich den jeweilig aktuellen Gegebenheiten so gut wie möglich anzupassen. Und so wurden wir eben kreativ und nähten sehr früh unsere eigenen „Community-masks“ und auch eigene Schutzkittel; Frau Schmuck suchte unermüdlich neue „Produktionsquellen“ (an dieser Stelle nochmals ein herzliches Dankeschön an alle Näherinnen für die große Unterstützung!). Auch war es uns möglich, über eine Apotheke 10 (!) FFP-2 Masken zu erwerben (eine kleine Sensation zu dem damaligen Zeitpunkt), das Stück für verbraucherfreundliche 19,99 Euro!

Zudem organisierten wir Alkohol zur Herstellung von Händedesinfektionsmittel und überlegten immer wieder aufs Neue, unter welchen Bedingungen welche Art der Betreuung möglich wäre. Wir stellten unsere Teamsitzungen sehr früh auf Videokonferenzen um und starteten bereits im Februar mit homeoffice-Angeboten, sofern dies möglich war. Wir versuchten, Patientenbesuche bewusst durch „Telefonbesuche“ zu ersetzen (ausführliche Telefonate), stellten jedoch fest, dass das „eigene Gespür“ vor Ort und der persönliche Kontakt eben doch unersetzlich und alternativlos ist.

Frau Anne Vanek, unsere neue Geschäftsführerin, die wir an dieser Stelle offiziell begrüßen möchten, hatte leider keine Möglichkeit, einen regelhaften, geordneten Arbeitsstart zu erhalten, sondern wurde unmittelbar mit der Beschaffung von Schutzmaterial über den Katastrophenschutz, der Umsetzung verschiedener Infektionsschutzrichtlinien sowie mit vielen, vielen Fragen rechtlicher und (betriebs-) politischer



Natur konfrontiert. Ein echter Sprung ins kalte Wasser, den sie hervorragend gemeistert hat, Respekt und vielen Dank!

So kamen wir sehr gut durch die sogenannte „erste Welle“ und gewannen Stück für Stück Zuversicht zurück. Auch zeigte sich in dieser doch absolut neuartigen Situation, wie ein Team zusammenhalten kann, und wie Ziele gemeinsam

wieder neu definiert und vielleicht verborgene Ressourcen aktiviert werden können: Wir können mit Stolz sagen, dass der Zusammenhalt, die Solidarität und Kollegialität untereinander, aber auch der wirkliche Wille, allen SAPV-Patienten weiterhin so gut wie möglich helfen zu können, selten so klar und deutlich sichtbar waren wie in dieser schwierigen Zeit der Pandemie.

Diese Verantwortung – sowohl für unsere Patienten und gegenüber unseren Kollegen, aber vor allem auch gegenüber unserer Gesellschaft - ist jeder bereit zu übernehmen. Das zeigt sich unter anderem auch in der aktuellen Impfquote in unserem Team. Das Impfen ist wohl derzeit die einzige Maßnahme, die trotz aller Fragezeichen die Pandemie potentiell beenden kann. Es ist unsere gesellschaftliche Verantwortung, vielleicht sogar Pflicht, die hier an vorderster Stelle steht und als starkes Argument gegen etwaige Zweifel bestehen sollte.



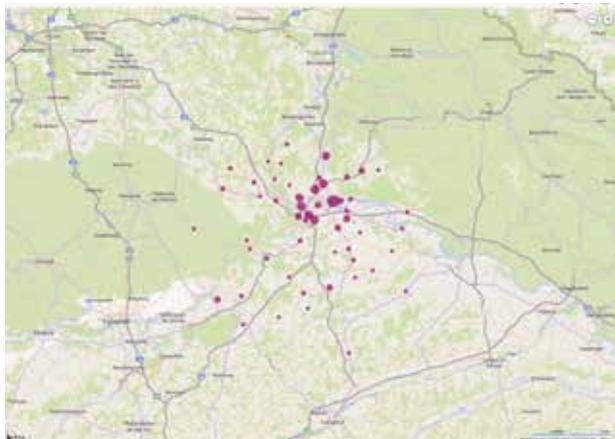
Daher an dieser Stelle ein herzlicher Dank an alle Mitarbeiter von PALLIAMO für den Zusammenhalt, die Solidarität und Geduld in herausfordernden Zeiten, und für ihren Beitrag zu einem dennoch gelungenen Jahr 2020!

Das Regensburger und das Chamer Team vereint seit Beginn 2020 ein Betriebsrat (Herr Markus Wegmann, stellv. Frau Steffi Kienberger), einige Veranstaltungen hierzu konnten 2020 erfreulicherweise stattfinden, und viele Vorgehensweisen wurden zwischen beiden Teams abgestimmt. Auch die Umsetzung interner und offizieller Corona-Richtlinien geschah einheitlich.

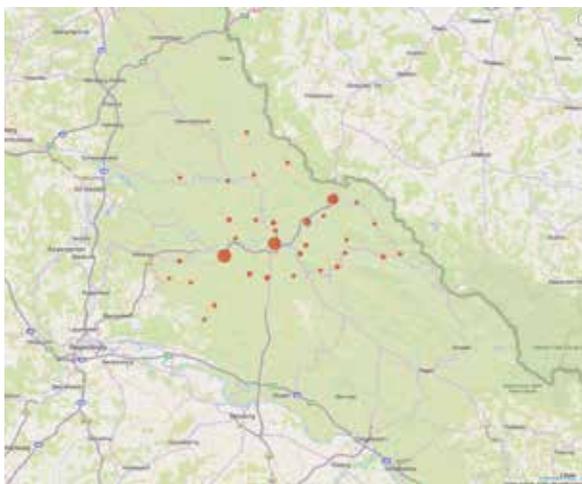
Allmählich ist die Aufbauphase des Chamer Teams beendet, die Arbeitsweisen beider Teams gleichen sich zunehmend an. Auch haben wir in beiden Teams die anvisierten 10% der Sterbefälle des jeweiligen Einzugsbereichs erreicht¹. Somit ist ein weiteres Etappenziel erfüllt und wir können neue Ziele und Projekte in Angriff nehmen. Gespannt warten wir auf die neue bundeseinheitliche Rahmenvereinbarung der SAPV und die damit verbundenen Verhandlungen mit den Krankenkassen. Keiner kann im Augenblick sagen, wann es eine Einigung zwischen den Leistungserbringern der SAPV, den Vertretern der Hospiz- und Palliativversorgung und dem GKV-Spitzenverband geben wird, geschweige denn, wie der Inhalt der Vereinbarungen aussehen wird; dennoch bereiten wir uns bereits jetzt auf mögliche Veränderungen vor und freuen uns über das vorhandene solide Fundament unserer Arbeitsweise bei PALLIAMO.

Katinka Rockmann und Elisabeth Albrecht

1 siehe Seite 13



Diese Landkarte zeigt, wo die von uns betreuten Patient*innen gewohnt haben, hier die Tätigkeiten des Teams für Regensburg Stadt und Landkreis sowie für den oberen und mittleren Landkreis Kelheim im Jahr 2020.



Das SAPV-Team Cham hatte ebenfalls weite Strecken zu fahren, wie aus dieser Karte ersichtlich: Wohnorte der vom SAPV-Team Cham betreuten Patient*innen.

III. Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung oder PALLIAMO und hausärztliche Versorgung - eine erfolgreiche Zusammenarbeit

Sowohl die spezialisierte als auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (die SAPV und AAPV) haben langjährige Tradition: in Regensburg mehr als zehn, in Cham bereits über fünf Jahre. Dabei stellen wir mit Freude und auch ein wenig Stolz fest, welche intensive Zusammenarbeit und Vernetzung im ambulanten Bereich entstanden ist; gleichzeitig wächst das palliativmedizinische Fachwissen. Auch weiterhin ist die Vernetzung der verschiedenen „Akteure“ in der ambulanten Palliativversorgung ein sensibles Thema, welches diplomatisches Vorgehen und vor allem eine wirklich gute Kommunikation erfordert.



Im Jahr 2020 durften wir erneut erfahren, wieviel Potential in dieser Kooperation steckt, wie fruchtbar und effektiv eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit von AAPV und SAPV sein kann. Gleichzeitig geht es immer wieder darum, vor allem die eigenen Grenzen zu vermitteln, seien sie institutioneller, organisatorischer, medizinisch-pflegerischer oder emotionaler Natur.

Im vorliegenden Beitrag möchten wir unsere Überlegungen und Erfahrungen zu diesem Thema zusammenfassen.

Offizielle Vorgaben

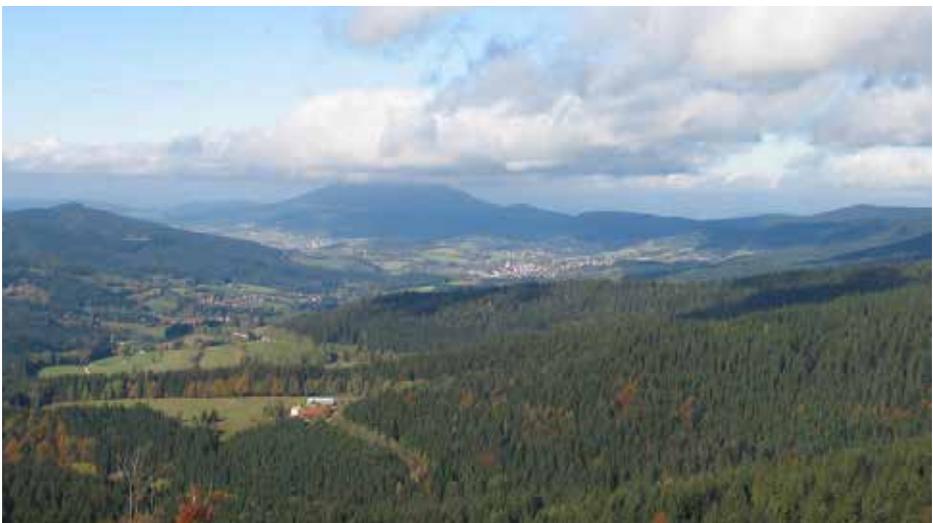
Die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind seit 2007 Gegenstand der gesetzlichen Krankenkassen (gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs.1 SGB V). Ziele bzw. Inhalte der SAPV sind wohl weitgehend bekannt, drei wesentliche Kriterien ermöglichen „offiziell“ ein Hinzuziehen der SAPV zur Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen (§ 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung der SAPV):

Erstens muss eine progrediente, weit fortgeschrittene und unheilbare Erkrankung vorliegen. Dies muss keine onkologische Erkrankung sein, auch Patienten mit etwa neurologischen oder internistischen Erkrankungen können und sollen bei Bedarf in die SAPV aufgenommen werden.

Zweitens muss ein „komplexes Symptomgeschehen“ erkennbar sein, das heißt, die SAPV wird durch das Vorliegen von mehr als nur einem, „einfachen“ Symptom gerechtfertigt. Spätestens hier zeigt sich das Problem der Interpretation, der Sichtweise oder auch der Fluktuation

von Symptomen und Beschwerden. Was bedeutet „komplex“? Welche Art der Symptome sind hier gemeint? Wie lange müssen sie bestehen, oder wie ausgeprägt müssen sie sein? Überspitzt könnte man sagen, dass jeder letzte Lebensweg eine existentielle Bedrohung darstellt, die in den allermeisten Fällen eine starke emotionale Belastung bedingt und allein schon deswegen als „komplex“ zu verstehen ist. Dennoch braucht nicht jeder Mensch, der zuhause verstirbt, die SAPV, offiziell sind es gar nur ca. 10% aller Sterbenden, die durch ein spezialisiertes Team versorgt werden müssen oder sollen.

Drittens wird ein Bezug zum Lebensende gefordert, ein Kriterium, das zwar selbstverständlich erscheint, aber im praktischen Alltag nicht selten ein Problem oder ein Konfliktpotential darstellt: Die SAPV hat nicht die Lebensverlängerung als Ziel. Dieses zu kommunizieren und sich dennoch auf ein gemeinsames Ziel und eine gemeinsame Herangehensweise (vor allem in Notfällen) zu verständigen, ist eine wesent-



liche Grundvoraussetzung für die gelingende SAPV-Arbeit. Wenn das nahende Lebensende aber verdrängt, nicht angesprochen oder besprochen werden kann, ist eine gute vorausplanende Betreuung kaum möglich und ein sinnvoller Einsatz der SAPV tatsächlich fraglich.

Wenn für die SAPV definierte Kriterien vorliegen, muss es konsequenterweise eine Versorgungsform geben, die diejenigen Patienten palliativmedizinisch auffängt, die (noch) nicht von einem SAPV Team betreut werden können oder müssen. Hier kommt die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) ins Spiel, die von palliativmedizinisch geschulten Hausärzten und Pflegediensten, ergänzt durch den Hospizverein, erbracht werden kann.

Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat AAPV folgendermaßen definiert: „Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Der Großteil der Palliativpatienten, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden [.....]. Die Versorgung richtet sich an palliativmedizinischen Therapiezielen und -inhalten aus.“

Im Weiteren heißt es: „Reichen die therapeutischen Möglichkeiten

nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.“

Diese Festlegung der Voraussetzungen und Ziele zur Durchführung der palliativmedizinischen Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen wurde zunächst 2015 im Hospiz- und Palliativgesetz, dann 2017 durch das Inkrafttreten der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (nach § 87 Abs. 1b SGB V) verankert. Bereits 2013 wurden Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung in den EBM¹ aufgenommen. Des Weiteren hat der G-BA² ebenfalls 2017 die Regelungen für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege angepasst und die „palliative Symptomkontrolle“ als neue Leistung eingeführt (24 a HKP-RL).

So gesehen sind die formellen Grundsteine zur Sicherung und Koordination der ambulanten Palliativversorgung gesetzt. Doch welche Konsequenzen und Erfahrungen ergeben sich daraus im praktischen Alltag?



1 Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Abrechnungsgrundlage für Leistungen, die innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.

2 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten etc..

Praktische Erfahrung in Regensburg und Cham

Absagen sind schwer zu kommunizieren

Wie bereits angedeutet sind die oben genannten Kriterien für die SAPV häufig alles andere als objektiv und somit häufig eine Frage der Perspektive. Das stellt uns vor die Herausforderung der guten Kommunikation: Oft können Erwartungen an die SAPV nicht erfüllt werden, Erwartungen sowohl von Patienten oder Angehörigen als auch die von ärztlichen Kollegen. So müssen wir Anfragen leider immer wieder eine Absage erteilen, denn nicht jeder schwerkranke oder auch sterbende Patient, der nicht mehr ins Krankenhaus soll und für den es gut wäre, nachts oder am Wochenende einen festen Ansprechpartner zu haben, benötigt zusätzlich die SAPV. Nicht jeder absehbare Sterbeprozess bedeutet, dass die SAPV indiziert ist: Selbstverständlich kann und „darf“ der Hausarzt den Sterbeprozess auch ohne SAPV zuhause begleiten. Und schließlich müssen Ziele des Patienten bzw. der Familie mit denen der SAPV vereinbar sein, das heißt, Patienten mit laufender Therapie und entsprechender Erwartung an diese, bzw. Wunsch nach weiterer Diagnostik oder intensivmedizinischen Maßnahmen im Falle einer Verschlechterung, werden sich nur bedingt mit den Zielen und Möglichkeiten der SAPV zufrieden geben (wir sind keine „112“!). So gesehen ist eine gute und klare Information und Kommunikation erforderlich.

Andererseits kann es auch sinnvoll sein, die SAPV relativ früh im Laufe einer Erkrankung zumindest vorübergehend hinzuzuziehen, gerade wenn komplexe Symptomgeschehen zu erwarten sind, Spezialwissen erwünscht ist und damit wiederholte Notarzteinsätze bzw. Kranken-

hauseinweisungen vermieden werden sollen.

Möglichkeit der Beratung

Daher bieten sich Beratungen durch die SAPV an. Wir beraten gerne Patienten oder ihre Angehörige, aber auch ärztlichen Kollegen, dies ist ausdrücklicher Teil unserer Tätigkeit in der SAPV. In derartigen Gesprächen, die im direkten Kontakt oder auch telefonisch stattfinden können, werden Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Palliativmedizin im Allgemeinen und der SAPV im Speziellen erläutert. Außerdem können individuelle „Probleme“ dargelegt und besprochen (z.B. Symptomkontrolle) oder auch Tipps zur weiteren Unterstützung weitergegeben werden.

Diese Beratungen durch die SAPV, die formlos und unkompliziert stattfinden, sind das entscheidende Bindeglied zwischen SAPV und AAPV bzw. Hausarzt. Durch sie wird ein erstes Netzwerk aufgebaut, werden Fäden gesponnen zwischen den verschiedenen Institutionen der AAPV, also Ärzte, Pflegekräfte und Hospizbegleiter, so dass die ambulante Palliativversorgung gemeinsam gelingen kann und Übergänge gut und einfach ablaufen können.

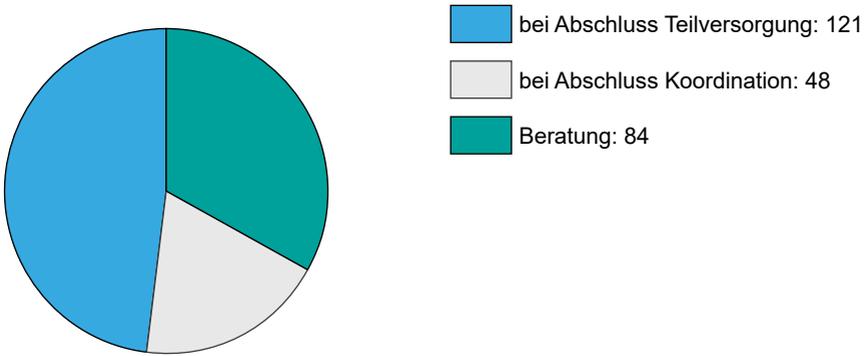
In Regensburg und Cham nehmen die Beratungen in den letzten Jahren stetig zu. 2020 haben sie ca. 1/3 aller „Fälle“ ausgemacht. (siehe Abb. 1 und 2). Ein wesentlicher Anteil der Patienten, die wir beraten, wird im weiteren Verlauf in die SAPV Versorgung aufgenommen. In diesen Fällen ist es gut, sich schon vorher „kennengelernt“ und Vertrauen aufgebaut zu haben.

2020 konnten wir vor allem während der ersten Welle der Pandemie

einen Anstieg auch der kollegialen Beratungen beobachten: Viele hausärztliche Kollegen meldeten sich zu einem telefonischen Fachgespräch, um Vorgehensweisen zur Symptomkontrolle abzusprechen. Auch diese Entwicklung beobachten wir mit Freude, weil ein „sich Kennen“ viele Abläufe erleichtert und unkomplizierte Kommunikationswege ermöglicht.

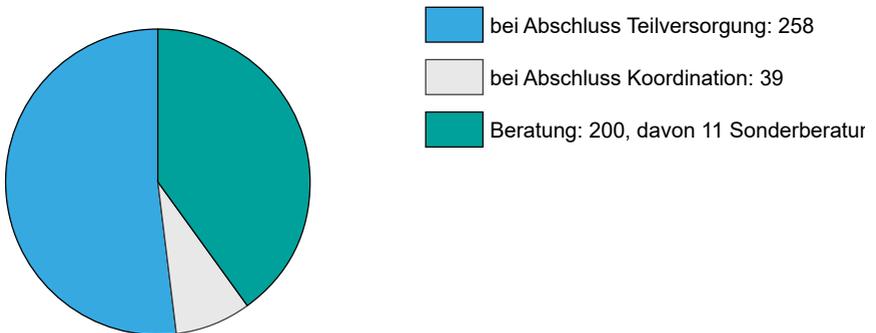
Das Angebot von Beratungen bezüglich Möglichkeiten und Ziele der Palliativversorgung findet zunehmend Einzug in den QM-Maßnahmenkatalog, bzw. spielt auch bei Zertifizierungen eine wichtige Rolle, z.B. in onkologischen Zentren. Frühzeitige Beratungen bieten nicht nur eine gute Möglichkeit der individuellen Information, sondern tragen auch zu einem reibungslosen Übergang von einem zum anderen ärztlichen Ansprechpartner bei.

Im stationären Bereich wird diese Beratung häufig durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst erbracht, im ambulanten Sektor haben wir in Regensburg seit zwei Jahren ein Beratungsprojekt in Zusammenarbeit mit dem onkologischen Zentrum des Klinikums der Barmherzigen Brüder. Palliativpatienten, die im onkologischen Zentrum angebunden sind, beispielsweise mit laufender palliativer Chemotherapie, wird in bestimmten Fällen eine parallele Beratung durch die SAPV angeboten, in der nicht nur individuelle Bedürfnisse besprochen und die SAPV-Arbeit vorgestellt werden, sondern selbstverständlich auch die Möglichkeiten der AAPV darlegt werden. Im Anschluss an ein solches Beratungsgespräch erhält auch der Hausarzt die wesentlichen Informationen über den Inhalt des Gesprächs – das Einverständnis des Patienten natürlich vorausgesetzt. Es zeigt sich erfreulicherweise, dass



Versorgungen Cham 2020: 253

Im Jahr 2020 hat die SAPV Cham 253 Begleitungen abgeschlossen, Darstellung nach Kategorienorientien.



Versorgungen Regensburg 2020: 497

Im Jahr 2020 hat das SAPV-Team Regensburg 497 Begleitungen abgeschlossen, Darstellung nach Kategorienorientien.

durch diese frühe Beratung und lockere „Anbindung“ die Hemmschwelle seitens der Patienten, bei Bedarf durch PALLIAMO unterstützt zu werden, sinkt. Im kommenden Jahr planen wir dieses Projekt noch weiter auszubauen.

Vertrauensvolles Bezugssystem entscheidend

Die Beratungen bezüglich weiterer Unterstützungsmöglichkeiten und individuelle, vertrauensvolle Gespräche über zu erwartende Verläufe sind aber nur ein kleiner Mosaikstein in der Betreuung sterbender und schwerstkranker Patienten. Ein dauerhaft festes und verlässliches Bezugssystem ist letztlich entscheidend. Nur eine vertrauensvolle Beziehung zu Ärzten und Pflegekräften kann das entscheidende Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit geben.

Dabei dürfen es durchaus die Patienten sein, die festlegen oder entscheiden, wer diese Bezugsperson für sie sein soll. So ist es wenig verwunderlich, dass gerade langjährige Hausärzte oder Onkologen eine ganz wesentliche Rolle in der Begleitung spielen, sind sie es doch, die den Patienten oft sehr gut kennen, viele Hochs und Tiefs



gemeinsam durchgestanden haben und ihn auch auf diesem letzten Weg weiterbegleiten möchten und sollen. Das Hinzuziehen der SAPV kann für alle Beteiligten erst einmal befremdlich wirken. Bezugspersonen lassen sich oft nicht einfach ersetzen. Daher begrüßen wir es, wenn der Hausarzt „mit im Boot“ bleibt. Er soll und darf weiterhin (gleichberechtigter) Ansprechpartner sein, unsere Dokumentationsformen sowie unsere telefonische Erreichbarkeit ermöglichen diesbezüglich eine unkomplizierte Kommunikation. Wir informieren Hausärzte regelmäßig über unsere Handlungen, und auch die Leichenschau wird als erstes den Hausärzten „angeboten“. Sind sie nicht zu erreichen oder verhindert, können wir sie gerne übernehmen.

Gute Kommunikation ist essentiell - bitte anrufen!

So gesehen kann die Zusammenarbeit von Hausärzten, Pflegediensten, Hospizbegleitern und der SAPV im Idealfall eine erfolgreiche multiprofessionelle Teamarbeit sein. Dabei sind drei Aspekte entscheidend:

Erstens können und sollen sich die Beteiligten in ihrem Fachwissen, ihrer Expertise, aber auch in ihrer Sichtweise ergänzen. Ein langjähriger Hausarzt und „Kenner der Familie“ bringt wesentliche Erfahrung und Vorkenntnisse in die Betreuung mit ein, die SAPV hingegen hat ihren eigenen „Blickwinkel“ und kann möglicherweise mit speziellem Wissen und neuem Fokus zu einer guten Betreuung beitragen. Dabei geht es, wie gesagt, nicht um konkurrierendes Arbeiten, sondern um Ergänzung. Es geht nicht um „Wegnehmen“ oder Fragen der Kompetenz, sondern um das Einbringen von Erfahrungen und das Bündeln und Fokussieren von Ressourcen.

Zweitens können und sollen sich die Beteiligten gegenseitig entlasten. Die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im häuslichen Umfeld ist nicht nur ein enormer zeitlicher Aufwand, sondern kann auch emotional belastend sein, vor allem, wenn eine langjährige Beziehung zwischen den Pflegenden / Behandelnden und dem Patienten besteht. Wie hilfreich kann es da doch sein, auf die Unterstützung „anderer“ zurückgreifen zu können? Wenn sich ein Patient in der Teilverversorgung befindet, kann er uns rund um die Uhr erreichen. Wir übernehmen Notfälle und Krisen und können somit Hausärzte entlasten.

Drittens bietet ein „multiprofessionelles“ Team auch dem Patienten bzw. ihren Angehörigen die (Wahl-) Möglichkeit, sich individuell demjenigen zuzuwenden, der für das entsprechende Anliegen der richtige Ansprechpartner zu sein scheint. Meistens findet sich eine bestimmte Person, die eine sehr persönliche Beziehung zu dem Patienten aufbaut und besonderes Vertrauen genießt. Dies kann ein Seelsorger oder eine Atemtherapeutin sein, eine Pflegekraft, eine Sozialarbeiterin, eine Hospizbegleiterin oder auch ein Arzt. Ein breites Netzwerk und eine Fachgebiet-übergreifende Zusammenarbeit bieten hier viele Optionen. Natürlich ist wieder die Kommunikation entscheidend, zur Weitergabe von Informationen, zur Klärung der Zuständigkeiten, zur Vermeidung von Missverständnissen und um ein einheitliches Vorgehen gegenüber dem Patienten zu kommunizieren.

Daher bitten wir alle Überweiser, sich telefonisch mit uns in Verbindung zu setzen und uns den Patienten mündlich zu übergeben. Auch das Ausfüllen des Muster 63 (quasi der Überweisungsschein) lässt sich dabei gut besprechen.

Viele niedergelassene Ärzte kennen wir persönlich durch unsere langjährige ambulante Tätigkeit oder auch durch die 40-Stunden Basis-kurse, die *PALLIAMO* seit vielen Jahren anbietet. Wenn wir einen Hausarzt noch nicht kennen, verabreden wir uns gelegentlich beim Patienten. Wir begrüßen diese Treffen sehr, weil ein persönlicher Kontakt - wenngleich kurz oder nur einmalig - eine vertrauensbildende Maßnahme darstellt. Vertrauen ist doch die wesentliche Grundlage aller erfolgreicher Zusammenarbeit und einer gelingenden palliativmedizinischen Betreuung.

Fazit

Eine Abgrenzung zwischen AAPV und SAPV ist nur theoretisch möglich, in der Praxis sind die Übergänge fließend. Das Wort „Abgrenzung“ ist zudem bereits falsch gewählt, geht es doch um Zusammenarbeit und Vernetzung, um Ergänzung und Entlastung aller Beteiligten, und nicht um das Definieren von Kompetenzen. Viel Kommunikation und viel Information sind erforderlich, um eine gelingende Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren der AAPV und SAPV zu erreichen.

Wir schätzen uns glücklich, über die vielen Jahre ein wirklich gutes Netzwerk aufgebaut zu haben und mit vielen niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten sowie mit den Hospizdiensten eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu haben.

Wir wünschen uns für die Zukunft ein noch dichteres Netzwerk, eine sich weiterentwickelnde Zusammenarbeit, um eventuelle Lücken in der ambulanten Palliativversorgung zu schließen. Mit diesen Gedanken bedanken wir uns für das uns entgegengebrachte Vertrauen und wünschen allen Lesern ein gesundes und zuversichtliches 2021.

Katinka Rockmann und Elisabeth Albrecht



III. Was bedeutet für uns „Erfolg“?

Wer in Palliative Care tätig wird, muss sich erst einmal an eine Besonderheit gewöhnen: Wie viele der behandelten Patient*innen sterben, also die Mortalitätsrate, spielt als Qualitätsindikator in anderen Bereichen der Medizin eine wichtige Rolle, nicht jedoch in Palliative Care oder gar in der SAPV. Denn unsere Aufnahmekriterien fordern, dass sich das Lebensende bereits deutlich abzeichnet. Üblicherweise begleiten wir bis zum Tod und müssen von vorneherein das baldige Sterben unserer Patient*innen akzeptieren. Die Natur darf ihren Lauf nehmen.

Dennoch und gerade weil unsere Patient*innen sterben, brauchen wir Kriterien, an denen wir unseren Erfolg messen können. Neben der eigenen Zufriedenheit mit dem Erreichten geht es auch darum zu erkennen, inwieweit wir unsere beiden Aufträge erfüllen, nämlich einerseits eine gute letzte Lebenszeit, andererseits einen ruhigen Sterbeprozess daheim zu ermöglichen.

Begrenzte Zeit und Lebensqualität

„...den Tagen mehr Leben geben“ (Cicely Saunders)

Am besten wäre es zu erfassen, ob sich die Lebensqualität der Patient*innen im Laufe unserer Tätigkeit verbessern lässt. Aber gibt es valide Kriterien, um diese - oder zumindest die Qualität unserer Begleitung - zu messen? Was ist dafür wichtig, was lässt sich erfassen?

Bei jeder Teamsitzung besprechen wir, inwieweit es gelingt, vorliegende Beschwerden zügig in den Griff zu bekommen. Diese Symp-

tombekämpfung bedeutet viel Arbeit; es genügt nicht, Medikamente nur zu verordnen: Wir müssen auch dafür sorgen, dass verstanden wird, warum sie eingenommen werden sollen, wir achten auf Wirkung oder auch Nebenwirkungen und besprechen all das mit Patient*innen, den Familien sowie den beteiligten Pflegenden - nur mit diesem „Immer-Wieder-Erklären“ kommen wir voran. Die existierenden Messinstrumente für Symptomkontrolle haben wir zwar ausprobiert, jedoch festgestellt, dass sie all die Einflussfaktoren einer jeden individuellen Situation nicht berücksichtigen. Daher ziehen wir es vor, jeden Patienten zu besprechen, und verzichten auf den Zeitaufwand einer objektiven Messmethode.

Eine andere Möglichkeit der Qualitätsbeurteilung besteht darin, die Anzahl von Krisen nachts oder am Wochenende zu erfassen. Akute Komplikationen treten natürlich bei unseren Schwerstkranken auf, jedoch erstaunlich selten. Das sehen wir als Zeichen dafür, dass wir auf Verschlechterungen sofort reagieren, kaum dass sie sich abzeichnen. Entscheidend ist eben eine vorausschauende Begleitung, denn damit ersparen wir allen Beteiligten viele belastende Notfälle. Jede der wenigen Notfallsituationen, die dann trotz aller Vorsicht auftreten, analysieren wir, um herauszubekommen, ob sie vermeidbar gewesen wäre.

Aber auch wenn wir dies als „Qualitätsverbesserungsmaßnahme“ hinzunehmen, so erfassen wir weiterhin nicht das Wichtigste, nicht das, was unseren Arbeitsalltag prägt. Denn der größte Einflussfaktor auf die Situation daheim besteht in der Art und Weise, wie Patient*innen und deren Familien mit dieser ihrer existentiell bedrohlichen Situation zurechtkommen. Und das wiederum hängt ab von ihrer Lebenssitua-

tion, ihren Beziehungen, davon, wie sie schon vorher mit Abschied und Verlust umzugehen gelernt haben, also: von ihrem bisherigen Leben. Diese psychischen Gegebenheiten beobachten wir und versuchen darauf einzugehen, wir müssen sie aber zum größten Teil hinnehmen, da sie sich in den verbleibenden letzten Lebenswochen kaum noch ändern lassen.



Als Beispiel: Selbst wenn es uns gelungen ist, Schmerzen zu lindern, stellt dies einen Patienten leider nicht zufrieden, der erwartet gesund zu werden, aber täglich das Gegenteil erlebt, nämlich dass seine Kräfte nachlassen. Seine „Lebensqualität“ wird hauptsächlich bestimmt von seiner inneren Einstellung, nicht von unserem Tun.

Wir halten also eine Messung der subjektiv empfundenen Lebensqualität in der letzten Lebenszeit für ungeeignet, um unsere Leistung oder den Einfluss unserer Arbeit zu erfassen.

Was wir jedoch eingeführt haben, um herauszubekommen, was während der Begleitung für die Betroffenen hilfreich war oder was wir verbessern könnten, ist eine Nachfrage bei den Hinterbliebenen. Sie werden regelmäßig gut sechs Wochen nach dem Sterbedatum angeschrieben, erhalten einen Brief mit Informationen zur Trauerbegleitung sowie einen offenen Fragebogen mit der Bitte um Rückmeldung. Die folgenden Zitate zeigen das breite Spektrum der besonders wichtigen Aspekte.

„Wir konnten alles fragen, es wurde uns erklärt! Es wurde sich um uns gekümmert, wir hatten Ansprechpartner. Die Besuche taten uns gut, konnten besser mit der Angst umgehen, Die Notfall-Medikamente brachten Sicherheit bei den schweren Anfällen.“

„Sehr hilfreich, die Pflege meiner Frau hat mich auch durch die rasche Verschlechterung Ihres Krankheitszustandes überrascht und stark beansprucht. Durch die Erfahrung des Palliamo Teams konnte ich den Verlauf des Krankheitsprozesses besser verstehen. Auch die Unterstützung bei der Beschaffung der medizinischen Geräte war sehr gut. Der Wunsch meiner Frau bis zuletzt zu Hause gepflegt zu werden, konnte dadurch erfüllt werden.“

„Dass Ihre Mitarbeiter wissen, wann das Leben zu Ende geht und so den Angehörigen sagen können, welche Maßnahmen noch Sinn machen (wie die Novalgin/ Morphín-Pumpe) und was man weglassen sollte (Tabletten und Sauerstoff bei offenem Mund). Als Angehöriger, der das erste Mal einen Sterbenden begleitet, ist man in der Situation ziemlich hilflos. Auch die Pflegekräfte des DRP haben mir da geholfen.“

Verdichtung aller Bemühungen: das Sterben

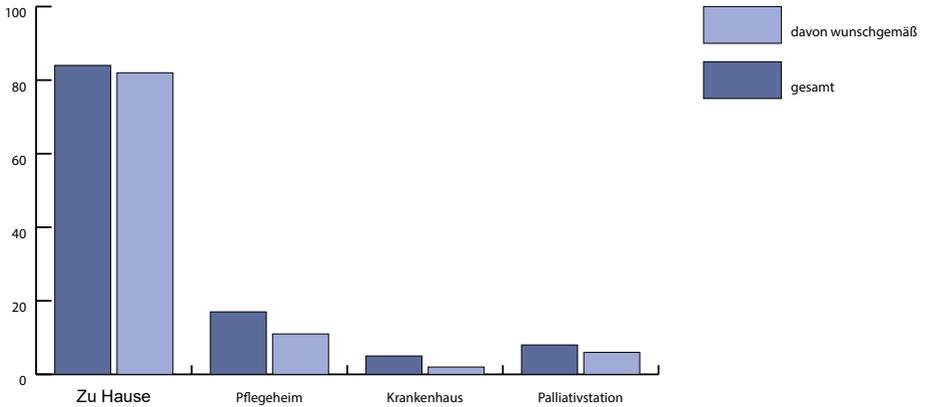
Ein geeignetes Qualitätsmerkmal für unsere Tätigkeit ist für uns der Sterbeprozess. Denn für diesen sind wir verantwortlich, wenn der Patient zuhause verstirbt.

Zuvor ist es hoffentlich ausreichend gut gelungen, die Beschwerden zu lindern. Wenn sich nun die letzten Stunden abzeichnen, geben wir die zu diesem Zeitpunkt notwendigen Medikamente auch dann weiter, wenn das Schlucken nicht mehr möglich ist. Genauso wichtig wie eine ausreichende Symptomkontrolle ist es, dass die Angehörigen es zulassen und aushalten können, dass das Sterben daheim stattfindet, dass sie sich unterstützt wissen und jederzeit Hilfe bekommen. Entscheidend für all dies und damit für die letzten Stunden ist somit unsere gesamte bisherige Betreuung, der Patienten genauso wie der Angehörigen.

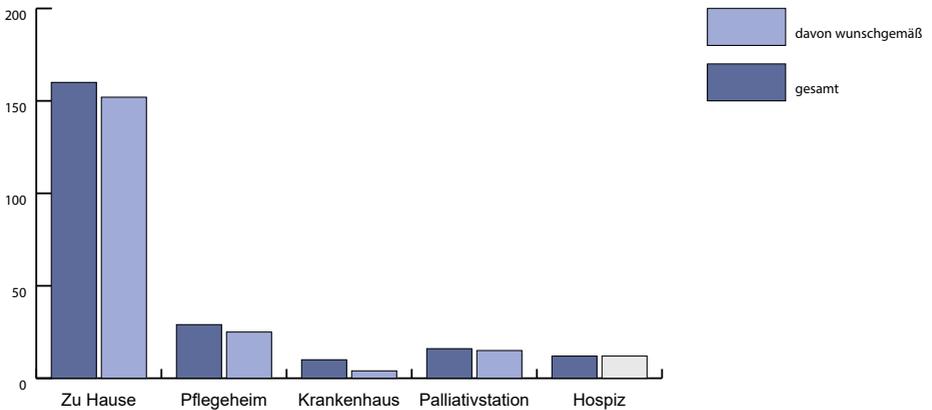
Wir haben daher Kriterien (unsere „Sorgepunkte im Sterbeprozess“ sowie weitere Beobachtungen beim letzten Besuch durch ein Teammitglied) entwickelt, die wir bei jedem Patienten erfassen und dann im Jahresrückblick auswerten. So können wir überprüfen, inwieweit es uns gelungen ist, einen wesentlichen Auftrag an die SAPV zu erfüllen, nämlich das Sterben als ruhigen und natürlichen Prozess stattfinden zu lassen.

Das Ergebnis kann uns auch im letzten Jahr von Erfolg sprechen lassen:

- Bei drei Viertel aller Patient*innen war der Sterbeverlauf so ruhig, dass keine medikamentöse Intervention erforderlich war. Weitere 20%



Sterbeort der Patienten in Teilversorgung in Cham



Sterbeort der Patienten in Teilversorgung in Regensburg

benötigten eine zusätzliche, bereits vorgesehene Bedarfsmedikation und konnten dann ebenfalls ruhig sterben. Es gab nur wenige akute Verschlechterungen, welche in den Sterbeprozess mündeten.¹

¹ in Cham bei 101 Patient*innen 2x, in Regensburg bei 207 Patient*innen 4x

- Die Angehörigen, welche beim Sterbeprozess dabei waren, wirkten in der Hälfte der Fälle gefasst, in weiteren rund 40% belastet, aber nicht überlastet. Nur selten ² waren sie so überfordert, dass eine Intervention erforderlich war.

Nun könnte man meinen, dass die Sterbenden medikamentös überdosiert und damit ruhiggestellt waren, so dass sie „friedlich“ sterben konnten. Eine derartige terminale Sedierung kann sich ein Sterbender wünschen, in der Regel jedoch sollen wir gerade in den kostbaren letzten Tagen möglichst die Beschwerden in Schach halten, aber gleichzeitig weiter Kommunikation ermöglichen - die hohe Kunst in Palliative Care. Daher erfassen wir, wie wach die Sterbenden beim letzten Kontakt mit uns waren, also meist wenige Stunden vor dem Tod: 17% konnten ihre Wünsche noch äußern, weitere 27% reagierten nonverbal auf Ansprache. Dieses Ergebnis spricht gegen eine unnötige Sedierung.

Es geht bei uns also nicht darum, ob jemand stirbt, sondern wie.

Man könnte argwöhnen, dass lediglich „einfache“ Sterbeverläufe daheim stattfanden, aber doch viele Patient*innen ins Krankenhaus eingewiesen werden mussten, obwohl sie daheim bleiben wollten. Es ist uns daher wichtig im Auge zu behalten, inwieweit tatsächlich der individuelle Wunsch nach dem Sterbeort erfüllt werden kann - das ist häufig, aber nicht immer das eigene Zuhause. Und auch bei diesem Qualitätskriterium sind wir ausgesprochen zufrieden: Unsere beiden Teams haben es im letzten Jahr erneut geschafft, dass über 90% unserer Patient*innen dort sterben konnten, wo sie es sich wünschten.

² in Cham: bei 101 daheim Verstorbenen 5x, in Regensburg: bei 207 Patient*innen 4x

Erfreulicherweise wächst der Kenntnisstand in Palliative Care spürbar bei Hausärzt*innen und Pflegediensten, so dass wir in der SAPV zunehmend komplexere Fälle zugewiesen bekommen - dafür sind wir auch zuständig. Wenn es dennoch und immer noch gelingt, in 95% einen ruhigen Sterbeprozess zu ermöglichen, können wir zufrieden mit unserer Arbeit sein. Und wenn manche Angehörigen sogar äußern, dass sie aufgrund dieser Erfahrung nun weniger Angst vor dem Sterben empfinden, dann haben wir ein weiteres für uns sehr wichtiges Qualitätsmerkmal erreicht.

Katinka Rockmann und Elisabeth Albrecht



VI. Dank an unsere Mitarbeiter*innen

Die beiden Teamleiterinnen Dr. Katinka Rockmann (Regensburg) und Dr. Elisabeth Albrecht (Cham) bedanken sich ganz herzlich bei ihren Mitarbeiter*innen. Es war ein wie immer anstrengendes, aber spannendes Jahr, in dem wir erneut viel geleistet, gemeistert und dazugelernt haben. Jede und jeder hat dazu beigetragen, nicht nur mit Arbeitszeit, sondern mit Kenntnis, Ideenreichtum, Engagement und Humor.

Team Regensburg / Kelheim

Palliativpflege:

Almuth Grigorakakis

Tanja Wagner

Christine Heilmeier-Herz

Gabi Lindner

Christine Sommer-Wesch

Markus Wegmann

Carola Woick-Kracher

Verwaltung:

Claudia Brunner

Lisa Minderlein

Atemtherapie:

Petra Füssl

Seelsorge:

Bernhard Götz

Palliativmedizin:

Dr. Vanessa Jantsch

Dr. Petra Lütz

Dr. Katharina Thrun

Dr. Zierl-Gruber



Team Cham

Palliativpflege:

Kerstin Enderlein

Petra Engl-Erhart

Melanie Fischer

Ursula Fischer

Hildegard Grassl

Karl Gschwendner

Stefanie Kienberger

Tanja Ochsenkühn

Gisela Schötz

Palliativmedizin:

Dr. Johanna Etti

Dr. Alexandra Fraundorfer

Anna Weinzierl

Bettina Kalischefski

Dr. Georg Mair

Verwaltung:

Gabi Kagermeier

Andrea Sommer-Stich

Für Beide Teams tätig:

Geschäftsführung:

Anne Vanek und Gerhard Michl

Sozialarbeit:

Eveline Schmuck

V. Fallgeschichten - von Almuth Grigorakakis

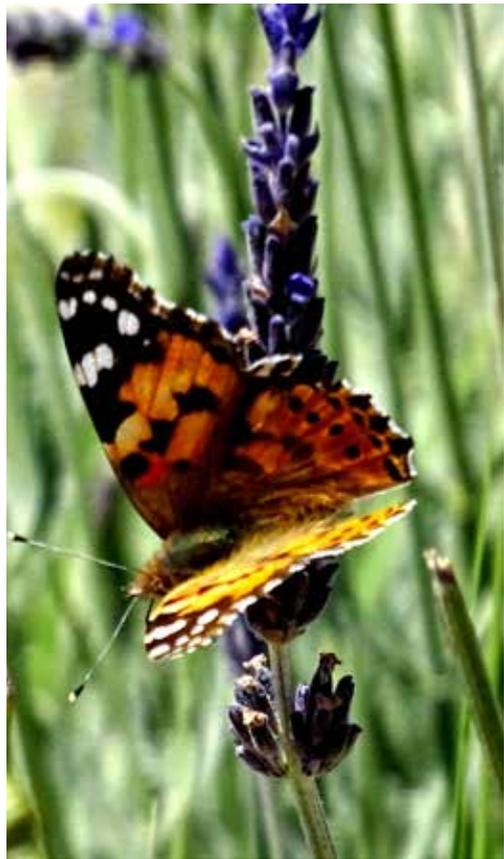
Der Schmetterling

Abschlussbesuch beim Ehemann einer Verstorbenen. Er hat mir eine Tüte zusammengestellt mit den ungebrauchten Inkontinenzartikeln seiner Frau, die wir wieder für andere Patienten hernehmen können. Mit Tränen in den Augen erzählt er mir von ihrer letzten Nacht, in der sie ganz ruhig geworden sei, nachdem sie die Nächte vorher delirant gewesen war. Dann habe sie einfach aufgehört zu atmen – einfach so und ohne Kampf. Dafür sei er sehr dankbar! „Denn sie hat immer so viel Angst vor dem Sterben gehabt!“

Am nächsten Tag regnete es ohne Pause. Nach der Ärztin, die die Leichenschau vornahm, kam der Bestatter, um sie abzuholen. Und just da kam die Sonne heraus. Weil die Wohnung so eng war, wurde sie erst vor der Haustür eingesargt. Da lag sie, von der Sonne beschienen, im offenen Sarg vor ihrem Haus, in dem sie 48 Jahre gemeinsam gelebt hatten, und schien zu lächeln.

Mit einem Mal kam ein

Schmetterling angeflattert und blieb eine ganze Weile über ihrem Gesicht, um dann nach hinten in den Garten weiterzufliegen. „Da



hinten ins Eck, wo schon der Struppi und der Flocki begraben liegen - unsere beiden Hunde, die sie so geliebt hat. Als wolle er ihr zeigen, dass ihr Platz jetzt bei den beiden sei...! - Mir ist's gleich ganz anders geworden!" Ihm laufen Tränen übers Gesicht, dann schnäuzt er sich. „Ich hab dann auch gleich eine Urne mit einem Schmetterling drauf ausgesucht! Wissen Sie, vielleicht sagen Sie jetzt: Der spinnt ja! Und vielleicht spinne ich ja wirklich, aber ich gebe dem eine Bedeutung! Es hilft mir einfach, es zu ertragen!“ Und er weint wieder. Dann lächelt er. „Und sie musste nicht allein gehen, denn sie ist just am Geburtstag meiner Mutter gestorben - die hat sie sicher begleitet! Hatten ja immer ein gutes Verhältnis, die zwei...“

Er erzählt noch viel aus ihrem gemeinsamen Leben, lacht und weint, und ich bin beeindruckt, was für Selbstheilungskräfte die Seele entwickelt.

Klaus

Sonntag, Bereitschaftsdienst. Eine beherrschte Frauenstimme morgens am Telefon. Meine Kollegin sei vorgestern dagewesen und habe ihren Lebensgefährten wegen seines fortgeschrittenen Hirntumors in die Betreuung aufgenommen. Ob ich heute vielleicht doch irgendwann mal nach ihm schauen könne. Sie sei zwar selbst Krankenschwester, aber sie sei allein mit ihm und ihm ging es seit heute Nacht nicht so gut, er habe einen Krampfanfall erlitten.

Ein Zittern in der Stimme lässt mich aufhorchen, mir scheint Gefahr im Verzug. Ich fahre sofort los. Es regnet und ist kalt, letzte Schneepackchen verzieren das Land - ein Wetter zum Drinnenbleiben. Nach einer halben Stunde erreiche ich den Ort, finde das neue große Haus am Dorfrand, das irgendwie unfertig wirkt.

Eine völlig verweinte aufgelöste Frau um die 50 öffnet die Tür. Der Patient, ein Riese von Gestalt, liegt verdreht in einem Krankenbett im Wohnzimmer, überall verschmutzte Kissen und Decken. Er hat erbrochen, eingenässt und eingestuhlt, ist nicht wach, aber unruhig.

Händeringend steht sie weinend am Bett: "Bis jetzt ging alles gut, Klaus¹ konnte gut alleinbleiben, wenn ich in die Arbeit musste - ich konnte ihn allein versorgen...aber heute bin ich völlig überfordert. Dabei arbeite ich im Krankenhaus, bin eigentlich mit solchen Situationen vertraut..." Ich lege ihr den Arm um die Schultern: „Ja, aber im Krankenhaus sind Sie nicht Betroffene! - Wir haben jetzt alle Zeit der Welt. Wir werden zusammen Ihren Freund saubermachen und dann sieht alles schon wieder anders aus!“ Immer wieder bedankt sie sich, dass ich so schnell gekommen bin, sie hätte nicht mehr weiter gewusst... (Aber typisch Krankenschwester hatte sie ihre Situation nicht als Notfall eingestuft).

Gemeinsam gehen wir durch, was wir jetzt alles brauchen - aber sie ist so überfordert, dass ich jeden Auftrag mehrmals wiederholen muss: Waschwasser, Seife, Handtücher, frische Kleider, frische Bettwäsche, etc... Schließlich ist alles beieinander und es kann losgehen. Im praktischen Tun kommt ihre Professionalität zurück. Jeder Griff sitzt, wir sind ein gutes Team, brauchen keine Worte, arbeiten zügig und effizient - es bringt richtig Spaß, mit so einer kompetenten Hilfe zu pflegen! Als wir fertig sind, lacht sie sogar, weil sie Bettwäsche herausgesucht hatte, die gar nicht zueinander gehört. Der Patient liegt jetzt blitzblank in einem frisch bezogenen Bett und schläft entspannt. - Sie erzählt mir ihre Geschichte: Ihr Ehemann war vor vier Jahren bei einem Autounfall gestorben, sie waren gerade erst in das neue, halbfertige Haus gezogen. Der beste Freund ihres Mannes bot ihr seine handwerklichen Fähigkeiten an, verlegte Leitungen, malerte, flieste, legte den Garten an, war Mädchen für alles. Irgendwann wurde aus der Freundschaft mehr, er zog bei ihr ein - sollten die Leute im Dorf doch reden...

„Ich weiß nicht, wie ich ohne den Klaus durch diese schreckliche Zeit gekommen wäre.... Wer hätte denn ahnen können, dass er an so einem furchtbar aggressiven Hirntumor erkranken würde...!“ Vorsichtig frage ich, wer ihr denn jetzt helfen könne, da sie ja voll im

1 Name geändert

Schichtbetrieb arbeite. Bislang habe sie alles allein gestemmt, denn bis vor wenigen Tagen habe Klaus bei der Pflege ja noch mithelfen und auch gut allein bleiben können. Und jetzt? Hilflozes Schulterzucken... Und eigentlich habe sie heute Spätdienst und zwei Kolleginnen seien krank... Ich frage, wie lange sie schon dort im Kreis-krankenhaus arbeite. – über 20 Jahre. „Dann schlage ich vor, dass Sie jetzt den diensthabenden Oberarzt anrufen und darum bitten, dass Ihr Lebensgefährte aufgenommen wird, denn er sollte in seinem jetzigen Zustand nicht mehr allein bleiben. So haben Sie ihn im Haus, wissen ihn versorgt, tragen aber nicht die ganze Verantwortung.“ Sie nickt erleichtert, das ist die Lösung! – Sie telefoniert und strahlt: „Selbstverständlich können wir sofort kommen und brauchen auch nicht über die Notaufnahme!“ – Also organisiere ich den Krankentransport, während sie ihm eine Tasche packt. Als ich fahre, ist die Sonne durchgebrochen, das nasse Land glänzt frisch. „Passt!“, denke ich.



Die liebe Familie

Frau G. ist Anfang 80, als ein Gebärmuttertumor diagnostiziert wird, der bereits stark metastasiert hat. Zum Sterben wird sie nach Hause entlassen.

Sie lebt in ihrem Haus allein, aber mit Familienanschluss zum jüngsten Sohn, der Wand an Wand angebaut hat. Sie verträgt sich gut mit der Schwiegertochter.

Zunächst wird Palliano zu einem Beratungsgespräch gebeten, da die Familie viele Fragen hat. Es geht um Hilfsmittel, Pflegeeinstufung, Hilfe bei der Grundpflege... der Mama soll es an nichts fehlen.

Frau G. ist zwar schwach, aber guten Mutes, die Schwiegertochter eher zögerlich zurückhaltend. Als die Patientin auf die Toilette muss, sagt mir die Schwiegertochter, dass sie gerade eine schwere Depression hinter sich habe und große Angst vor der neuerlichen Belastung. Ihr Mann sei beruflich sehr eingespannt, da es mit seiner Firma nicht zum Besten stehe. Und die beiden anderen Söhne ihrer Schwiegermutter glänzten durch Abwesenheit, obwohl beide bereits berentet seien, in der Nähe wohnten und Zeit hätten. Jeder verließ sich immer nur auf sie, aber nicht umsonst sei sie ja auch krank geworden...

Eine Woche lang lässt sich alles gut an. Dann verschlechtert sich der Zustand der alten Frau, immer wieder erbricht sie oder sie fällt, wenn sie in der Nacht allein aufsteht. Sie kommt wieder ins Krankenhaus. Ich rede der Schwiegertochter sehr zu, die Entscheidung, wie es weitergehen soll, an die drei Söhne zu delegieren und ihnen klarzumachen, dass sie selbst die Arbeit nicht leisten kann- zumal sie auch noch berufstätig ist. Es kommt zu einer heftigen Familienauseinandersetzung, die wohl schon lange angestanden hatte. Keiner der Söhne sieht sich imstande für die Mutter zu sorgen. Also wird ein Platz im Pflegeheim gesucht und die alte Frau direkt vom Krankenhaus dorthin gebracht. Keiner hat mit ihr vorher geredet - sie wird vor vollendete Tatsachen gestellt. Zunächst einmal nur auf Kurzzeitpflege, wird sie getröstet.

Bei meinem ersten Besuch bei ihr redet sie kein Wort mit mir, schaut mich nur aus tieftraurigen Augen an und dreht sich stumm zur Wand. Ich kann ihre Verzweiflung gut nachvollziehen, aber ich kann die fehlende Kommunikation in ihrer Familie auch nicht ändern.

Im Laufe der Zeit taut sie langsam auf, weigert sich jedoch ihr Zimmer zu verlassen, obwohl sie weiß, dass etliche Bekannte im Haus sind. Sie empfindet es als große Schande, dass die Familie sie abgeschoben hat. Als sie begreift, dass sie nie mehr nach Hause kann, gibt sie endgültig auf. Ihr Zustand verschlechtert sich rapide, sie verlässt das Bett nicht mehr, isst nichts mehr. Das Personal ist sehr lieb mit ihr, versucht auf alle Wünsche einzugehen – sie verweigert sich. Will, dass sich ihre Familie um sie kümmert! Aber außer der nun „bösen“ Schwiegertochter kommt niemand!

Mit der Schwiegertochter telefoniere ich regelmäßig. Noch einmal drängt sie auf ein Familientreffen, fordert die Söhne auf, sich mehr um die Mutter zu kümmern. Nimmt in Kauf, dass sie wieder der Buhmann ist. Umsonst.

Die letzten zwei Tage ist die Mutter nicht mehr kontaktierbar. Da sie einen Darmverschluss entwickelt hat, wird ihr eine Magensonde gelegt, damit sie nicht ständig erbrechen muss. Seitdem ist sie ruhig, dämmert vor sich hin.

Plötzlich kommen alle Kinder, die Schwiegerkinder, die Enkel. Sitzen manchmal zu viert, manchmal zu sechst in ihrem Zimmer, unterhalten sich gedämpft, halten Wache, lassen die Sterbende nicht allein.

Wo waren sie in den Wochen zuvor?



Impressum:

Texte:

Dr. med. Elisabeth Albrecht
Dr. med. Katharina Rockmann
Almuth Grigorakakis

Layout und Diagramme:

Eveline Schmuck
Dr. med. Felix Rockmann

Erfassung der statistischen Daten:

Claudia Brunner

Bilder:

Wolfgang Weinzierl
Almuth Grigorakakis
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

Senior-Vorstand:

Eva Witt

Bankverbindung:

Volksbank Regensburg
IBAN: DE14750900000000612383

