



Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 4

April 2015
Bad Segeberg
68. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein

Mit den Mitteilungen
der Kassenärztlichen
Vereinigung
Schleswig-Holstein



Betreuung in der letzten Lebensphase: Ein weiterer Ausbau und bessere Kooperation sind erforderlich.

PALLIATIVMEDIZIN

Fortschritte und Defizite in der finalen Versorgung

Politiker fordern mehr Unterstützung in der letzten Lebensphase.

Es wird zu wenig kommuniziert, es fehlt an Zeit, die Palliative Care Teams werden oft zu spät einbezogen – und die Hausärzte meist gar nicht, obwohl sie nach eigener Einschätzung helfen könnten. Trotz deutlicher Fortschritte in der Palliativversorgung ist die Liste der Defizite noch immer lang und wird von der Politik im Land mit Sorge betrachtet.

„Die Menschen brauchen in der letzten Lebensphase mehr Hilfe. Und sie wollen zu Hause sterben, nicht in einer Besenkammer im Krankenhaus“, sagt Bernd Heinemann, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Landtagsfraktion. Um ein „würdiges Sterben“ zu ermöglichen, müsse es Orte dafür geben. „Dreh- und Angelpunkt“ ist für ihn die palliative Kompetenz der Hausärzte.

Katja Rathje-Hoffmann von der CDU sieht aber auch die Krankenhäuser in der Pflicht: „Dort haben wir sicherlich noch Verbesserungsmöglichkeiten.“

Flemming Meyer vom SSW streicht eher die Fortschritte heraus – schließlich hätten alle Landesregierungen der vergangenen Jahre die Hospiz- und palliativmedizinische Versorgung vorangetrieben. Dr. Marret Bohn, Ärztin und gesundheitspolitische Expertin der Grünen, lobt zwar das inzwischen breite Angebot an Hilfen, warnt aber: „Bauchschmerzen bereitet mir der zunehmende Mangel an medizinischem Fachpersonal. Auch die Finanzierung müssen wir im Blick haben.“ Weiteren Mittelbedarf sieht auch Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP), weil die Inanspruchnahme palliativmedizinischer Leistungen ambu-

lant wie stationär steigt. Daher müssten Angebote im stationären Bereich ebenso wie ambulante und stationäre Hospizstrukturen ausgebaut werden. Er fordert, die Kassen stärker finanziell zu beteiligen, wie es nun auch im Entwurf des Bundesgesetzes steht. Ziel sei „der Ausbau bedarfsgerechter Strukturen“, so Garg. Wolfgang Dudda (Piraten) fordert: „Es muss möglich sein, mit Sterben Geld zu verdienen. Nur so werden Palliativzentren und spezialisierte Kliniken mit fachlich guter Hilfe und hohen Standards entstehen.“ Wie sich die Palliativversorgung in Schleswig-Holstein in den vergangenen Jahren entwickelt hat, welche Angebote es inzwischen gibt und an welche Grenzen die Akteure heute stoßen, lesen Sie in unserer Titelgeschichte.

▶ WEITER AUF SEITE 6

THEMEN

13

Weniger Schüler zahlen für die Pflegeausbildung

14

Der lange Weg zur Einzelleistungsvergütung

18

Praxissitze im Land finden noch Abnehmer

28

Sprechstunde nur für Seeleute

31

School Nurses für chronisch kranke Kinder

PALLIATIVMEDIZIN

Reden über das Sterben

Genau das scheuen auch Ärzte. Mehr Kommunikation würde ihren Patienten helfen. Hausärzte wollen sich stärker einbringen.



Orangenblüten sorgen für gute Laune, Flieder beruhigt: Pflegefachkraft Katrin Zimmerling setzt am Palliativzentrum des UKSH auf Düfte.

Eine Krebsdiagnose brachte Ann-Kathrin Leonhardt dazu, sich erstmals ernsthaft mit dem Thema Sterben zu beschäftigen: Es war ihre eigene. Leonhardt befand sich auf einmal in der Lage, mit der sich viele Menschen nach einer schweren Diagnose auseinandersetzen müssen: Wenn alle Medizin nicht mehr hilft, wie werde ich sterben? Damals, im Jahr 2006, fing die Anästhesistin des Schleswiger Martin-Luther-Krankenhauses an sich zu fragen: Welche Hilfen gibt es – und welche nicht? Dabei stellte Leonhardt fest, dass Tod und Sterben immer noch Tabuthemen sind. Und das ausgerechnet dort, wo die meisten Menschen sterben.

Es gibt eine Idealvorstellung vom Tod, die fast jeder teilt: frei von Schmerz und Angst zu sterben, in vertrauter Umgebung, in Anwesenheit geliebter Menschen, in Ruhe. Die Wirklichkeit sieht anders aus. Jeder zweite Mensch stirbt in einer Klinik, sei es auf der Intensivstation, der Onkologie oder der internistischen Abteilung. Dabei ist Sterben im Krankenhaus oft „menschenunwürdig“: Das sagen zumindest Ärzte und Pflegekräfte, die der Gießener Forscher Wolfgang George für eine 2013 veröffentlichte Studie befragte. Rund 1.400 Personen an 212 Kliniken beteiligten sich. Viele Pflegekräfte, vor allem aber die Ärzte gaben an, sie hätten zu wenig Zeit für die Sterbenden, seien nicht auf den Umgang mit Todkranken vorbereitet und hielten die Lage in ihrem Krankenhaus nicht für ideal.

Die Alternativen? Gut 40 Prozent erleben ihre letzten Stunden in Pflegeheimen, etwa fünf Prozent verbringen das Lebensende in einem Hospiz, und nur fünf Prozent wird zuteil, was sich die meisten Menschen wünschen: zu Hause im Kreis der Familie zu sterben. Diesen Fall hat Annemarie Sadrinna erlebt, die ihren an Krebs erkrankten Mann Edgar in seinen letzten Monaten daheim betreute. Hilfe erhielt die Rentnerin von einem Palliative Care Team (siehe S. 9).

Das Modell taugte nicht für alle, sagt Thomas Wittke: „Zu Hause nur mit ambulanter Pflege zurechtzukommen, ist nicht einfach.“ Der Leiter eines Pflegeheims in Büdelsdorf hat gerade einen Sterbenden aufgenommen, dessen Frau mit der Situation überfordert war. Der Hausarzt überwies den Todkranken in das Heim: „Der Arzt ist die zentrale Figur, er muss die Gesamtsituation beurteilen“, sagt Wittke. Nicht nur Überforderung ist ein Problem, manchmal fehlt es schlicht an Angehörigen: In einem Singlehaushalt hilft die beste ambulante Pflege nichts. Wittke hat in seinem „Haus am Park“ vor einiger Zeit eine kleine Palliativstation aufgebaut, obwohl es im benachbarten Rendsburg ein Hospiz gibt. Aber der Bedarf an Betten für Sterbende wächst: „Die zwei Plätze, die

wir vorhalten, sind ständig belegt“, sagt Wittke. „Wir sorgen für professionelle Pflege, aber auch für die nötige Ruhe.“ Dabei ist das Angebot für das Haus, das zur Brücke Rendsburg-Eckernförde gehört, eher ein Zuschuss-Geschäft. Denn berechnet wird der Satz für Kurzzeitpflege, nicht der höhere Zuschuss, den ein Hospiz erhält.

Nicht überall im Land sei das Engagement der Heime so groß, berichtet Dr. Georg Bollig, Oberarzt für Palliativmedizin und Schmerztherapie in Schleswig und im Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein zuständig für den Bereich Pflegeheime. Oft würden Sterbende für ihre letzten Tage oder Stunden noch in ein Krankenhaus verlegt. „Wenn der Notarzt gerufen wird, holt der im Zweifelsfall den Krankenwagen“, sagt Bollig. Aus der Sicht des Heimleiters allerdings stellt es sich genau andersherum dar: „Manchmal bekommen wir aus dem Krankenhaus Menschen gebracht, die hier schnell versterben. Da fragt man sich schon, ob der Transport nötig war“, sagt Wittke. Denn die Fahrt im Krankenwagen ist für den Sterbenden eine Belastung, egal in welche Richtung.

Der Verdacht liegt nahe, dass sowohl Heime als auch Kliniken die Last gern abwälzen – es geht um die Zeit, die ein Sterbender kostet, den bürokratischen Aufwand, den Raum, der belegt ist. Aber vielleicht spielt auch ein anderer Faktor eine Rolle. Denn angesichts des Todes sind viele Menschen überfordert und unsicher. Statt Ruhe einkehren zu lassen, fallen die Beteiligten in Hektik. In der Studie von 2013 berichteten 40 Prozent der Befragten von „unnötigen lebensverlängernden Maßnahmen“ an Sterbenden. Fast immer ist ein und dieselbe Ursache Schuld: Es wird zu wenig gesprochen.

„Mit guter Kommunikation ist sehr viel für die Behandlung getan“, sagt Dr. Dieter Siebrecht, Leiter des Interdisziplinären Schmerz- und Palliativzentrums am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel, das im Februar sein zehnjähriges Bestehen feierte. Das multiprofessionelle Team arbeitet eng mit allen anderen Abteilungen des Klinikums zusammen, ist in Konzile eingebunden und betreut Patienten in der eigenen Abteilung ebenso wie auf anderen Stationen. Immer wieder geht es darum, das Schweigen zu durchbrechen – oder das Zuviel-Reden zu stoppen. „Ärzte führen kein Gespräch, sondern halten Monologe“, sagt Siebrecht. Oft aus Unsicherheit, denn Reden über Sterben ist nichts, was im Medizinstudium ausführlich unterrichtet wird und bestimmt nichts, was ein Arzt gern tut. „Die Ärzteschaft hat Schwierigkeiten, das Thema in die tägliche Arbeit einfließen zu lassen“, weiß Siebrecht. Er und sein Team sehen ihre Aufgabe daher unter anderem darin, als



Dr. Dieter Siebrecht leitet das Interdisziplinäre Zentrum für Schmerz- und Palliativmedizin UKSH Kiel.

Multiplikatoren zu wirken, aufzuklären und Workshops anzubieten, etwa zum Thema „Therapiezieländerung“.

Wenn nicht mehr kurativ, sondern palliativ behandelt wird, muss diese neue Lage mit den Kranken und ihren Angehörigen besprochen werden. Und die behandelnden Ärzte müssen sich darauf einstellen, dass sie nicht mehr heilen, sondern einen Sterbenden begleiten. Das fällt vielen schwer, denn „der Tod wird immer noch als Feind gesehen, ein Todesfall ist ein Misserfolg“, sagt Ann-Kristin Leonhardt. Nachdem sie ihre Krebserkrankung überwunden hatte, bildete sie sich zur Palliativmedizinerin fort. Sie setzt sich dafür ein, dass im Schleswiger Krankenhaus, das inzwischen zur Helios-Gruppe gehört, ein Palliativ-Team entsteht. Dieses Team berät andere Ärzte im Haus und kümmert sich um die Versorgung stationärer Patienten, betreut aber auch als sogenannte Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) die Menschen, die zu Hause sterben wollen. „Es wäre wünschenswert, die Palliativmediziner gleich zum Zeitpunkt der Diagnose einzubeziehen“, finden die Oberärzte Leonhardt und Bollig. Dabei geht es um psychosoziale Beratung, aber auch um konkrete Fragen der Versorgung und der Behandlung bei Schmerzen, Luftnot oder Angstzuständen. Ganz oben steht die Grundsatzfrage: Wo verbringt der Patient die letzten Lebensmonate?

Bei dieser wichtigen Weichenstellung werde eine Fachgruppe oft vergessen, kritisiert Dr. Michael Sturm, Allgemeinmediziner in Hohn bei Rendsburg und stellvertretender Landesvorsitzender im Hausärzterverband Schleswig-Holstein: „Wir Hausärzte kennen

die Patienten viele Jahre, wissen, wie sie ticken und was sie brauchen.“ Er wünscht sich bessere Kommunikation mit den Fachärzten und Krankenhäusern: „Ein Anruf, eine Einladung zum Konsil würde allen Seiten helfen, schließlich ist die Betreuung des Menschen von der Geburt bis zum Tod unsere Kernkompetenz.“ Gerade die Frage, ob ein Schwerstkranker daheim gepflegt, in einem Heim oder Krankenhaus untergebracht werden sollte, könne am besten der Hausarzt mit seinem Patienten und dessen Angehörigen besprechen: „Wir sind schließlich in vielen Fällen die Familienärzte, die alle Umstände kennen.“ Stattdessen passiere etwas anderes, so Sturm: „Durch die politisch gewollte Stärkung der Palliativversorgung werden wir rausgedrängt.“

Dabei, so vermutet der Allgemeinmediziner, gehe es auch um Geld: Denn die ambulante palliative Versorgung wird mit einem Satz vergütet, der deutlich über Fallpauschalen oder Pflegegeld hinausgeht. Damit soll der besondere Aufwand aufgewogen werden, den die Betreuung eines Sterbenden mit sich bringt. Denn diese kann aufwendig sein. Ute Lieske, Koordinatorin des Palliative Care Teams in Rendsburg, berichtet von einem jungen Mann, der mit Freundin und Baby in einer Bauwagen-Kommune lebte, als er die Krebsdiagnose erhielt. Der Todkranke verbrachte seinen letzten Sommer in der Gruppe, lag jeden Abend auf der Luftmatratze am Lagerfeuer und starb in seinem Wagen. Ann-Kristin Leonhardt erinnert sich an eine Frau mit geistiger Behinderung, die bis zuletzt in ihrer Wohngruppe blieb – sowohl für die Mitbewohner als auch für die Beschäftigten stellte das eine Her-

Info

Fachkräfte des Palliativzentrums am UKSH empfehlen für den Umgang mit Sterbenden:

► *Bewegung: Mobilität bis zum letzten Tag erhalten. Für einen Schwerkranken ist jede Eigenständigkeit wichtig.*

► *Duft: Unterschiedliche Duftöle können für gute Laune, Beruhigung oder Überdeckung unangenehmer Gerüche sorgen. Neben der olfaktorischen Wirkung geht es auch um Hilfe für die Haut.*

► *Pflege: Wunden müssen nicht mehr geheilt, sondern primär versorgt werden. Dabei helfen spezielle Verbände. Gegen Antibiotika gibt es weniger Bedenken.*

ausforderung dar, die alle Beteiligten gemeinschaftlich meisterten und als gute Erfahrung im Gedächtnis behalten.

Dass ein Hausarzt allein die Aufgaben eines multiprofessionellen Teams nicht leisten kann, inklusive der 24-Stunden-Rufbereitschaft der SAPVs, gibt Michael Sturm gern zu: „Natürlich ist es wichtig, sich Kompetenz und Fachkunde zu holen, wenn sie notwendig ist.“ Es sei vermutlich auch nicht jeder Allgemeinarzt in der Lage, sich um Schwerstkranken und Sterbende zu kümmern; vor allem wenn es parallel mehrere Fälle gibt, würden dafür weder die Zeit noch das Budget ausreichen. Dennoch meint er: „Statt mit der Palliativversorgung ein neues System aufzubauen, wäre es sinnvoll, die vorhandenen Strukturen der Hausärzte zu stärken.“

Aber die Forderung, die Palliativversorgung auszubauen und zu verbessern, gehört inzwischen zum politischen Konsens. Im März legte das Bundesgesundheitsministerium einen entsprechenden Gesetzentwurf vor. Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) will dafür sorgen, dass neue Hospize oder Palliativ-Teams entstehen, um „weiße Flecken“ in der Versorgungslandschaft zu beseitigen und die Lage Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern. Denn „in der Regelversorgung sind die Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung und die Kooperationen zwischen verschiedenen Leistungserbringern noch zu wenig ausgeprägt“, heißt es im Entwurf. Die Krankenkassen sollen künftig 95 Pro-

zent der Hospizkosten tragen; bisher galt, dass die Träger zehn Prozent selbst aufbringen müssen, um den Anschein kommerzieller Tätigkeit zu vermeiden. Und es soll einen Rechtsanspruch auf Beratung durch die Krankenkasse über die Möglichkeiten einer Palliativversorgung geben. Zu den weiteren Bausteinen des Gesetzentwurfs gehört, dass die Kooperation von Ärzten in der Betreuung Sterbender gefördert werden soll, auch durch finanzielle Anreize. Entsprechende Vorgaben sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag fixieren und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entsprechend anpassen. Voraussetzung für die Abrechnung solcher neuen Leistungen soll eine spezifische Qualifikation der Ärzte sein. Prof. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, begrüßte den Gesetzentwurf grundsätzlich: „Der Ausbau palliativmedizinischer Angebote ist richtig.“ Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Sterbehilfe-Debatte sei das ein wichtiges Signal. „Denn die Erfahrung zeigt: Schwerkranken Menschen kommen von ihrem Sterbewunsch ab, wenn sie sich geborgen und gut versorgt fühlen.“

Medizinische, ethische und rechtliche Rahmenbedingungen müssten verbessert werden, so der Präsident der Bundesärztekammer weiter: „Und für all das brauchen wir eine auskömmliche Finanzierung.“

Die gelingt in einigen Strukturen schon heute, sagt zumindest Ann-Kristin Leonhardt: „Unsere Abteilung trägt sich wirtschaftlich.“ Die Idee, den Hausarzt einzubeziehen, liege durchaus im Interesse der Palliativmediziner, bestätigt sie. Denn die Ressourcen reichen nach ihren Erfahrungen bei weitem nicht aus, um alle Sterbenden durch die spezialisierten Teams betreuen zu lassen – und nötig sei es auch nicht. Nur etwa 15 Prozent der Todkranken, so die Schätzung der Palliativmediziner, haben so starke und schwierige Symptome, dass ihre Versorgung die Kenntnisse der behandelnden Ärzte übersteigt. Wichtig sei ein Bewusstseinswandel, mahnen die Palliativmediziner an: „Es gibt viele Missverständnisse und mangelndes Wissen über den Umgang mit Menschen am Lebensende“, sagt Dieter Siebrecht.

Auch der Gießener Forscher George stellt fest, dass sich eine „hinreichende Sterbekultur bisher nicht etabliert hat“. Aber immerhin: Im Vergleich zu seiner ersten Studie, die vor einem Vierteljahrhundert durchgeführt wurde, stuft er persönlich die Bedingungen in Deutschland heute als „problematisch, aber nicht mehr so katastrophal wie vor 25 Jahren“ ein.

„Der Ausbau palliativmedizinischer Angebote ist richtig.“ Prof. Frank Ulrich Montgomery



Silber und Antibiotika: Palliative Wunden, etwa durch Tumore, müssen anders versorgt werden, weiß Pfleger Thilo Fiedler.

56

ambulante Hospizdienste zählen zum Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein – von ehrenamtlichen Gruppen bis zum professionellen Pflegedienst.

8

Palliativstationen halten die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein vor – Lücken gibt es an der Westküste.

8

Palliative Care Teams und Angebote der Spezialisierten Ambulanten Palliativen Versorgung (SAPV) sind über Schleswig-Holstein verteilt. Stationäre Hospize gibt es ebenfalls acht.

PALLIATIVE CARE TEAMS

Die Ruhe der letzten Stunden

Edgar Sadrinna starb daheim – dank seiner Frau und der Hilfe eines Palliative Care Teams aus der Umgebung.



Annemarie Sadrinna (hinten li.) erfüllte ihrem Mann Edgar den letzten Wunsch: Er konnte zu Hause sterben. Bei der Logistik und Betreuung halfen Ute Lieske (re.) und ihr Palliative Care Team.

Worte wie Hammerschläge: Krebs. Nicht operabel. Unheilbar. Die Nachricht traf Ehepaar Sadrinna aus Fockbek aus heiterem Himmel. „Es gab kaum Warnzeichen“, erinnert sich Annemarie Sadrinna. Doch am Ende der Untersuchung im Krankenhaus stand die Todesbotschaft. Einige Monate später starb Edgar Sadrinna in seinem vertrauten Zuhause, Hand in Hand mit seiner Frau. Möglich war das durch die Hilfe eines ambulanten Palliativ-Teams.

„Edgar hat gesagt, dass er zu Hause sterben will“, sagt Annemarie Sadrinna. Die heute 75-Jährige versprach ihrem Mann, dass sie ihm diesen Wunsch erfüllen würde: „Sofort und ohne zu zögern.“ Fast 50 Jahre waren beide verheiratet, die Goldene Hochzeit war in Planung, als die Diagnose einen Strich durch alle weiteren Pläne machte. Nun stand nur noch an, die letzten Lebensmonate lebenswert zu gestalten – für alle Beteiligten.

Dabei helfen Palliative Care Teams beziehungsweise die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). In acht Regionen in Schleswig-Holstein werden diese Hilfen inzwischen angeboten. Die Teams unterstützen die Angehörigen, Hausärzte und ambulanten Pflegedienste bei der Betreuung Todkranker und Sterbender. Aktiv werden die Teams auf Verschreibung durch den Haus-, Fach- oder Krankenhausarzt.

Im Fall Sadrinna sorgte das örtliche Krankenhaus dafür, dass das Palliative Care Team (PCT) schnell einbezogen wurde: „Schon am ersten Abend, direkt nach der Diagnose, war jemand da“, erinnert sich Sadrinna. „Er blieb die ganze Nacht bei uns sitzen, obwohl er am nächsten Morgen wieder zur Arbeit musste. Mir ist bis heute unvergesslich, mit welcher Freundlichkeit man uns geholfen hat.“

Das Rendsburger PCT ist an das örtliche Hospiz und die Diakonische „Pflege lebensnah“ angebunden. Ute Lieske, Koordinatorin des Teams, erklärt das

Konzept: „Der Sterbende selbst bestimmt den Rhythmus.“ Die Wünsche und Bedürfnisse der Beteiligten stehen über den Schichtplänen und Abläufen, die den Alltag im Krankenhaus regeln. Palliative Care Teams holen die Verantwortung für einen Sterbenden zurück in die Familien, lassen sie aber nicht allein. Auf drei Säulen ruht das Konzept: Der Palliativ-Facharzt, der dem Hausarzt zur Seite steht, die medizinische Fachpflege neben der Basispflege etwa beim Waschen, und ehrenamtliche Hilfe, die die Angehörigen unterstützt. Wichtig sei das Versprechen, dass rund um die Uhr jemand erreichbar ist.

In Fockbek klappte das bestens: „Der Arzt kam sogar mal an seinem freien Tag ins Haus. Er sei ohnehin gerade mit dem Hund unterwegs und wolle mal eben gucken, wie es geht“, erzählt Annemarie Sadrinna. Auch die Pflegekräfte seien immer präsent gewesen, wenn sich eine Krise anbahnte. In der letzten Nacht des Sterbenden schaute die Fachschwester alle zwei Stunden vorbei. Annemarie Sadrinna erinnert sich vor allem an die Ruhe dieser gemeinsamen Stunden.

Emotionale Unterstützung erhielt sie während der Zeit der häuslichen Pflege nicht nur durch die professionellen Fachkräfte, sondern auch von einer ehrenamtlichen HelferIn, die durch das Palliativ-Team vermittelt wurde. „Es hat gleich gepasst mit uns“, erinnert sich Sadrinna. Die Freiwillige übernahm stundenweise die Wacht am Pflegebett, damit die Ehefrau „mal mit den Stöckern in den Wald rennen“ und dabei im wahrsten Sinne des Wortes Abstand von den Leiden ihres Mannes gewinnen konnte. Ansonsten könnten die beiden Frauen gern, etwa über ihre Hobbys, die Insel Föhr, die beide lieben, das Wetter, den Garten. „Es half, dass sie eine Fremde war. Vor den Kindern habe ich mich zurückgehalten“, sagt Annemarie Sadrinna.

Trotz des breiten Hilfsangebots setzt der Tod daheim voraus, dass die engsten Angehörigen selbst körperlich wie psychisch in der Lage sind, den Sterbenden zu begleiten. Auch braucht es technische Hilfen, die verschrieben und organisiert werden müssen. Das klappte im Fall Sadrinna perfekt: Das Pflegebett mit der Spezialmatratze stand innerhalb von Stunden im Zimmer. Nur mit der Abholung dauerte es lange – schwer für die Hinterbliebene, jeden Tag darauf schauen zu müssen. Sie löste das Problem pragmatisch: An einem regnerischen Tag rief sie erneut bei der Firma an und kündigte an, das Bett nun in den Vorgarten zu stellen. „Da waren sie ganz schnell da“, erinnert sich Annemarie Sadrinna. Sie ist im Rückblick froh, „dass ich Edgar ermöglichen konnte, bis zum Schluss hier in seinem eigenen Haus zu bleiben“.

ESTHER GEISSLINGER

Info

Bei ambulanten Hospizdiensten und Palliative Care Teams stehen die Bedürfnisse der Betroffenen über den Schicht- und Dienstplänen der Helfenden – der Sterbende bestimmt den Rhythmus.