



# 111. Aachener Hospizgespräch

31. Januar bis 01. Februar 2020  
Museum Zinkhütter Hof, Stolberg

## Dokumentation

**Herausforderungen und Chancen**  
der „Gesundheitlichen Versorgungs-  
planung“ (§ 132g SGB V)

in Bezug auf Kooperation und  
Koordination:

- regional
- sektorenübergreifend
- multiprofessionell
- interkulturell
- ethisch/rechtlich



BILDUNGSWERK  
**AACHEN**  
Servicestelle Hospiz

## **111. Aachener Hospizgespräch am 31. Januar und 01. Februar 2020**

im Museum für Industrie-, Wirtschafts- und Sozialgeschichte

für den Raum Aachen in Stolberg, Zinkhütter Hof e. V. – 52222 Stolberg

**„Herausforderungen und Chancen der „Gesundheitlichen Versorgungsplanung“**

**(§ 132g SGB V) in Bezug auf Kooperation und Koordination: regional, sektorenübergreifend, multiprofessionell, interkulturell, ethisch/rechtlich.“**

Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Nordrhein mit 10 CME-Punkten zertifiziert.

**Ärztlicher Leiter der Veranstaltung:** Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke,

Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen

**Die Veranstaltung wurde unterstützt von:** Grünenthal GmbH, Grünenthal Stiftung für Palliativmedizin, der StädteRegion Aachen und der Caritasgemeinschaftsstiftung für das Bistum Aachen

**Konzeption/Koordination:** Veronika Schönhofer-Nellessen, Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen, [www.aachenerhospizgespraeche.de](http://www.aachenerhospizgespraeche.de) und Dr. Stephan Frings, Grünenthal GmbH, Stolberg im Rheinland, [www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de)

**Gestaltung:** Doris Billig, Köln, [www.sehen-und-sein.de](http://www.sehen-und-sein.de)

**Tagungsfotografie:** Andreas Schmitter, Schmitter Fotografie, Aachen, [www.schmitter-fotografie.de](http://www.schmitter-fotografie.de)

**Nachtaufnahmen Museum Zinkhütter Hof:** Fotostudio Pfaff, Stolberg [www.fotos-mit-klasse.de](http://www.fotos-mit-klasse.de)

**Foto Titelseite:** Der Aachener Dom ©Andreas Herrmann, Aachen [www.andreasherrmann.de](http://www.andreasherrmann.de)

**Die Dokumentation steht zum Download bereit unter:**

[www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de) oder unter: [www.servicestellehospizarbeit.de](http://www.servicestellehospizarbeit.de)

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

# Inhalt

<b>VORWORT</b>	Veronika Schönhofer-Nellessen Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke	<b>03</b>
<b>GRUSSWORT</b>	Dr. Michael Ziemons	<b>07</b>
<b>VORTRAG</b>	Prof. Dr. Andreas Heller	<b>09</b>
<b>VORTRAG</b>	Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock	<b>14</b>
<b>VORTRAG</b>	Prof. Dr. Werner Schneider	<b>16</b>
<b>VORTRAG</b>	Martina Kern & Catrin Beu	<b>17</b>
<b>WORKSHOP 1</b>	Martin Suschek Wilhelm Oesterschmidt	<b>21</b> <b>22</b>
<b>WORKSHOP 2</b>	Monika Winand Helmut Laurs	<b>23</b>
<b>WORKSHOP 3</b>	Susanne Kiepke-Ziemes Dr. Sonja Hiddemann	<b>24</b> <b>25</b>
<b>WORKSHOP 4</b>	Serin Alma Meryem Özmen-Yaylak	<b>26</b> <b>29</b>
<b>PRESSEGESPRÄCH</b>	Pressegespräch zum 111. Aachener Hospizgespräch  Akteure und Mitwirkende Foto-Impressionen und Hinweis auf Dokumentation und Film Hinweis auf das 113. Aachener Hospizgespräch	<b>32</b>  <b>36</b> <b>38</b> <b>39</b>

VORTRAG  
Werner Schneider

Prof. Dr. Werner Schneider

**VERONIKA  
SCHÖNHOFER-NELLESSEN**

Servicestelle Hospiz, Aachen

**UNIV.-PROF. DR. MED.  
ROMAN ROLKE**

Direktor der Klinik für  
Palliativmedizin an der  
Uniklinik RWTH Aachen



## Rückblick 111. Aachener Hospizgespräch 2020

Mit großer Resonanz fand das 111. Aachener Hospizgespräch wie jedes Jahr in den Räumlichkeiten des Industriemuseums Zinkhütter Hof in Stolberg (Rheinland) statt. Das Thema des national ausgerichteten Hospiz- und Palliativsymposiums lautete: „Herausforderungen und Chancen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP; § 132g SGB V).“

Bei der Eröffnung des Freitagabends war es für Dr. Michael Ziemons, Dezernent für Soziales und Gesundheit der StädteRegion Aachen, ein wichtiges Anliegen zu unterstreichen, dass den Akteuren des Gesundheitswesens in der StädteRegion Aachen die kommunale Unterstützung bei der Umsetzung der Gesundheitlichen Versorgungsplanung sicher sei.

Der Freitagabend hat sich traditionell zu einem Reflexionsort entwickelt, in dem Perspektiven von außen auf die Themen des Kongresses gewünscht und gewollt sind.

Prof. Dr. Andreas Heller, Lehrstuhl für Palliative Care und Organisationsethik an der Karl-Franzens-Universität, Graz, betonte in seinem leidenschaftlichen Vortrag, dass die Planbarkeit sowie die Autonomie des Menschen am Lebensende, wenn sie einseitig dominant eingefordert wird, kritisch betrachtet werden müsse: „Die Care-Ethik erinnert auch daran, dass wir als soziale Lebewesen unser Selbst und unsere Autonomie erst in Relation mit und zu anderen zur Geltung bringen können. Das, was wir wollen sollen, können wir oft erst in Beziehung und in Kommunikation mit anderen entwickeln, entdecken und formulieren. Wir sind aufeinander verwiesen und unsere Autonomie ist daher eine relative und relationale, erst recht am Lebensende.“

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes, Berlin, löste mit seinem überzeugenden Vortrag zum Thema: „Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen“ Betroffenheit und Nachdenklichkeit bei den Teilnehmenden aus. Die finanzielle persönliche Situation entscheidet nicht nur über Teilhabe an der Gesellschaft, sondern auch über Lebenslänge und wie gesund oder auch krank Menschen alt werden. Sein Plädoyer: „Die große Lösung besteht in der Anwendung des WHO-Konzepts



(2013) ‚Health in all policies‘ (‚gesundheitsförderliche Gesamtpolitik‘). Das würde bedeuten, dass Gesetze, Regelungen und Maßnahmen z. B. der Arbeitsmarktpolitik, der Arbeitsgestaltung, der Siedlungs-, Wohnungs- und Verkehrspolitik, der Bildungs- und Familienpolitik und insbesondere der Verteilungspolitik (Arbeits- und Transfereinkommen, Vermögen) nur dann in Kraft gesetzt werden dürfen, wenn ihre Wirkungen auf die Gesundheit nicht negativ sind. Von einer solchen Politik sind wir weit entfernt.“ Highlight des Freitagabends war wieder das zum Kult gewordene Kabarett vorbereitet durch Akteure aus dem Netzwerk Aachen (Andreas Scheid, Eckhard Weimer, Norbert Krumm, Jürgen Spicher, Prof. Roman Rolke und Fabian Rolke). Der „Hospice-Gospel-Chor“ mit seiner berührenden Musik - ein Projektchor mit ca. 35 Teilnehmenden, der sich eigens für diesen Kongress seit 4 Jahren zusammenfindet - und das Kabarett mit seinem ganz eigenen Humor vermittelten die ganz besondere Atmosphäre dieses Freitagabends.

Den Aufschlag am Samstagmorgen machte Prof. Dr. Werner Schneider, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Augsburg mit seinem Vortrag: „Innehalten zu ‚Advance Care Planning‘ und Versorgungsplanung.“ Er richtete den Blick auf die soziologischen Fragestellungen in Bezug auf die GVP. Aus soziologischer Sicht gelte es, so Schneider, im Blick auf die Praxis von GVP insofern innezuhalten, als von der konkreten Ausgestaltung der Kommunikationssituation als solcher bis hin zu den institutionellen, sozialen und kulturellen Bedingungen, zu klären sei, wer oder was sich hier wie zur Sprache bringen kann. Ansonsten bestehe nach Schneider die Gefahr, dass sich hinter dem Kürzel GVP nichts anderes verberge als vorschnell implementierte Gesprächsrezepte und institutionell eingeschliffene Kommunikationsroutinen.

Martina Kern und Catrin Beu, Alpha Rheinland, Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung und Hospizarbeit, Bonn, stellten gemeinsam das „Projekt für NRW zur Umsetzung von Gesundheitlicher Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ vor. Sie bezogen sich einerseits auf die Umsetzung von GVP und andererseits auf die Entwicklung zukünftiger Handlungsempfehlungen im Auftrag des Gesundheitsministeriums NRW für die Einrichtungen und die gesamte Gesundheitsversorgung. In einfühlsamer Weise gelang es Martina Kern aus der Perspektive einer Gesprächsbegleiterin die Gesundheitliche Versorgungsplanung sehr praxisorientiert und lebensnah darzustellen.



In den fünf folgenden Workshops wurden die im Plenum vorgestellten Themen vertieft und in interaktiven Foren mit der Unterstützung von Experten und Moderatoren bearbeitet.

### **Herausforderungen und Chancen von Gesundheitlicher Versorgungsplanung (GVP) in Bezug auf:**

**Workshop 1:** Regionale Koordination der Gesundheitlichen Versorgungsplanung

**Workshop 2:** Sektorenübergreifende Kooperationen in der GVP

**Workshop 3:** Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der GVP

**Workshop 4:** Multikulturelle/interkulturelle Haltung und Konzepte in der Hospizarbeit/Palliativversorgung und in der GVP

**Workshop 5:** Ethische und gesellschaftliche Aspekte zur Umsetzung in der GVP

Im Abschlussplenum mit Politik, Wissenschaft und Akteuren aus der Praxis kam es zu einem fachlich hochwertigen Rückblick und Ausblick auf die Veranstaltung und ihre Themen. Angeregt wurde, dass auch auf Bundesebene ein Abstimmungsprozess der Weiterbildungsträger, und der Umsetzung von GVP, wie das Gesundheitsministerium NRW es zur Zeit als Projekt an Alpha Rheinland übertragen hat, stattfinden sollte. Die Finanzierung von GVP sollte in jedem Fall nachgesteuert werden, so wie es nach der Evaluation 2021 von Seiten der Kostenträger in Aussicht gestellt worden ist.

Wir laden alle Interessierten jetzt schon an dieser Stelle für den nächsten Kongress ein, der am 29.01. - 30.01.2021 in Stolberg (Rheinland) stattfinden wird.

**Wir freuen uns auf Sie!**

**Prof. Roman Rolke und Veronika Schönhofer-Nellessen**

# Impressionen der Veranstaltung vom Freitag



**DR. MICHAEL ZIEMONS**

Dezernent für Soziales  
und Gesundheit,  
StädteRegion Aachen



## Grußwort

### „Könnt ihr denn nicht eine einzige Stunde mit mir wachen?“

In der Bibel hat mich dieser Satz sehr bewegt. Er fällt im Garten Gethsemane, ein aus Olivenbäumen bestehender kleiner Hain am Ölberg, am Rande der heute so trubeligen Altstadt von Jerusalem.

Damals war es vermutlich ein Ort der Stille, und hierhin zieht sich Jesus zurück, kurz bevor er gekreuzigt wird. Er weiß zu diesem Zeitpunkt schon, dass er sterben wird, und will sich auf das vorbereiten, was da auf ihn zukommen wird. Doch seine Freunde, die alle mitgekommen sind, schlafen ein, statt ihm zur Seite zu stehen. Und daher sagt er zu ihnen: „Könnt ihr denn nicht eine einzige Stunde mit mir wachen?“ (Mt 26,40)

Sie alle, Ehren- wie Hauptamtliche in der Hospizarbeit, sind Menschen, die wissen, was es bedeutet, mit den Menschen zu wachen. Sich auf das vorzubereiten, was da auf einen zukommt, ist für die Meisten von uns eine Überforderung. Viele Dinge müssen bedacht und geplant werden, und viel Bürokratie ist notwendig, die den Blick verstellt auf das eigentlich Wesentliche: die Menschen und Mitmenschen, mit denen man letzte wertvolle Stunden möglichst sorgenfrei verbringen möchte.

Die Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V, die Thema der 111. Aachener Hospiztage ist, kann ein gutes Instrument sein, um die Dinge zu regeln, die zu regeln sind. Sie kann helfen, die anstehenden Fragen zu klären und damit den Beteiligten eine gewisse Sicherheit zu geben.

Dazu braucht es gutes, in psychosozialer Beratung geschultes, kompetentes Personal. Richtig gemacht, kann ein psychosozial gut fundierter Prozess durchaus therapeutische Wirkung haben – freilich ohne Therapie im medizinischen Sinn zu sein. Nur wenn sie von gut ausgebildetem Personal ausgeführt wird, ist Gesundheitliche Versorgungsplanung ein richtiger und wichtiger Mehrwert.



Gut geschultes Personal gibt es nicht zum Niedriglohn. Die derzeit so schockierend schlechte finanzielle Ausstattung kann sicher nur ein Anfang sein. Es wäre ethisch fragwürdig, ein solches Instrument dauerhaft nicht in einem Maße zu finanzieren, dass Qualität sicherstellt. Geht es hier um ein Sparmodell für Kostenträger, die auf diese Weise teure medizinische Maßnahmen bis zum Lebensende sparen wollen, und denen es deshalb reicht, wenn Formulare richtig ausgefüllt werden? Diese Frage wäre in der Tat eindringlich zu stellen, wenn mittel- oder langfristig gute Erfahrungen gemacht werden und dennoch die Finanzierung nicht verbessert würde.

Mit dem Modellprojekt, das nun in der StädteRegion, und hier besonders in der Eifel, gestartet wird, können wir hoffentlich viele gute Erfahrungswerte zum Aachener System liefern und ich bin allen dankbar, die es ermöglicht haben, dass dieses Modellprojekt in unsere Region geholt werden konnte.

Dank gebührt auch allen Personen und Sponsoren, allen voran der Grünenthal – Stiftung, und den vielen Haupt- und Ehrenamtlichen, die dazu beitragen, dass die StädteRegion als Leuchtturm in die bundesdeutsche und euregionale Landschaft wirkt.

Gerne sind die StädteRegion Aachen und ich persönlich Ihnen dabei auch künftig ein verlässlicher Partner.

„Könnt ihr denn nicht eine einzige Stunde mit mir wachen?“ – Sie alle wachen nicht nur eine, sondern viele und wenn es sein muss lange Stunden mit und bei den Menschen.

Mit Hochachtung und Dankbarkeit blicke ich auf diesen wertvollen Dienst und wünsche Ihnen für die Zukunft alles Gute.

PROF. DR.  
ANDREAS HELLER

Lehrstuhl für Palliative Care  
und Organisationsethik an der  
Karl-Franzens-Universität, Graz



## Sorge am Lebensende statt vorausschauende Planungsoptimierung

Wir wissen, am Lebensende nimmt das Bedürfnis der Profis nach Planung und Kontrolle zu. Den Betroffenen aber geht es eher um gute und vertrauensvolle Beziehungen in ihrem sozialen Umfeld und um viele existenzielle Fragen. Warum sollte sich ihr Interesse ausschließlich und vordergründig in der Frage, welche medizinischen Behandlungen vermieden werden sollen, bündeln?

### Planungsmetapher

Wie und in welchem Ausmaß lassen sich in gesunden und relativ guten Tagen Fragen der Versorgung am Lebensende, in relativ schlechten Tagen von Krankheit, Sterben und Tod denken und planen? Ganz offensichtlich legt der Diskurs der Planbarkeit des Sterbens im Kontext einer neoliberalen Gesellschaft einen Vermeidungsdiskurs nahe. Es geht auch am Lebensende um Sparmaßnahmen und darum, spezifische medizinische kostenintensive Maßnahmen zu vermeiden.

Wenn wir etwas planen, eine Reise zum Beispiel mit einem bestimmten Ziel, wird unsere Wahrnehmung konzentriert auf dieses Ziel, andere Ziele, die auch möglich sind, blenden wir vernünftigerweise aus. Wir verstehen die Reise eben nach den Kategorien und Dimensionen unserer Zielsetzungen, die wir planen. Alles andere ist irrelevant.

Mit den Planungsvorstellungen für die „letzte Reise“ scheint das auch so zu sein. Wir fokussieren etwa auf medizinische Behandlungen. Das ist aber nur eine Dimension, die im Sterben wichtig sein kann. Wir wissen, dass es im Sterben immer wieder so etwas gibt wie individuelle Entwicklungen, Überraschungen, mit denen man buchstäblich nicht „rechnen“ konnte, die unerwartet sind und daher nicht im Blick (im Plan) vorhersehbar sind. Das bedeutet: „Pläne machen blind“ (Karl Weick), obwohl sie mit dem Anspruch verkauft werden, uns sehenden Auges auf das Ende einzustellen. Aber: Wir sehen nur, was wir in diesem Plan sehen können. Wir reduzieren den Blick auf das, was wir planen und erwarten im Rahmen der Fähigkeiten, die wir zur Zeit haben.



Sterben ist unvorhersehbar. Es kann Unerwartetes passieren. Prozesse verlaufen nicht so wie geplant. Auch kann ich selbst darin mich verändern, eine andere Einstellung und Haltung gewinnen. Und: Pläne entstehen auch in der Logik, eine Verlässlichkeit und hohe Qualität, eine „Sterbequalität“ zu produzieren. Wiederkehrende Ereignisse können so routinemäßig besser bewältigt werden. Was immer problematisch ist, wenn neuartige Ereignisse entstehen, wo Routinen versagen und die Wiederholung von eingelernten Muster oder auch die Festlegung auf einmal Entschiedenes keinen Sinn macht, sondern neue, andere innovative individualisierte Handlungen erforderlich sein können, die nicht im Plan waren. Pläne können sich dann ins Gegenteil verkehren und Wirkungen haben, die nicht den Intentionen entsprechen.

Ganz offensichtlich nährt der Diskurs der Planbarkeit im Kontext einer neoliberalen Gesellschaft eine Kontrolle und damit eine Angstberuhigungsvorstellung. Die Vorstellungen von Bildern des Sterbens sollen beruhigt werden, die Unsicherheiten in die Sicherheit der Kontrolle gebracht werden. Sterben wird als ein Projekt betrachtet, das sich als Projektil erweisen kann. Unsicherheiten entstehen immer. Wir können ihnen auch im Sterben nicht entkommen. Wir können vielleicht Sicherheit gewinnen, indem wir unsere Unsicherheiten (emotional, rational, fachlich, etc.) miteinander teilen. Das braucht Verständigungen und Verfahren situativ, kommunikativ in Raum und Zeit, um ein wenig Sicherheit für den nächsten Schritt zu bekommen. (Vgl. dazu auch T. Krobath, A Heller (Hg.), Ethik organisieren, Handbuch der Organisationsethik, Freiburg: Lambertus 2010).

Der Vermeidungs- und Planungsdiskurs steht in enger Korrelation mit dem von nicht wenigen Betroffenen erlebten und artikulierten „Lastdiskurs“ („niemandem zur Last fallen zu wollen“). Darüber hinaus kann man eine Sozialdynamik wahrnehmen, die eine Anspruchslosigkeit gegenüber z. B. medizinischen Leistungen fördert. Eine akute lebensbedrohliche Notlage kann selten von den Betroffenen im Vorhinein angemessen eingeschätzt werden. In der Regel dominieren diffuse Ängste vor Leiden und Schmerzen, dem Verlust der Würde und Autonomie, der Sorge um zunehmende Hilflosigkeit und dem demütigenden Gefühl, anderen zur Last zu fallen. Jede Form der „gesundheitlichen Vorausplanung“ wird dies berücksichtigen müssen.



Die als selbstverständlich vermittelte positive Bewertung von Planung kann auch ambivalenter, kritischer gesehen werden. Es kann sinnvoll sein, im Leben eher eine „auf sich zukommende Haltung“ zu pflegen. Es gibt zweifelsohne die Klugheit des Vorausschauens, des Organisierens, des planenden und enttabuierten Denkens und Sprechens. Es gibt eine Klugheit des Nichts-Tuns, des Lassens und Unterlassens. Eine Klugheit, nicht zu planen, sich nicht auf alles vorzubereiten und nicht über alles nachzudenken, weil es Dinge im Leben gibt, die letztlich nicht geplant und beherrscht werden können. Man begegnet ihnen mit einer gewissen neugierigen Offenheit, so sie sich ereignen – und mit eher dankbarer Demut, solange sie ausbleiben.

Im Letzten lassen sich der Tod und die Endlichkeit nicht beherrschen. Es ist eine Illusion, alles im Voraus wissen zu können und deshalb mit Aktivität zu reagieren. In der Passivität, der Empfangsbereitschaft liegt auch eine Weisheit. Die Weisheit der Passivität beweist Offenheit für Möglichkeiten, die sich ergeben, ohne dass man sie im Voraus nur geahnt hätte. Sie kann auch für eine Haltung des Vertrauens stehen, sich den „Dingen“, sich Menschen, die einem wohlgesonnen sind, für die man Bedeutung hat, zu überlassen.

In den „Übersetzungsvarianten“ von Advance „Care“ Planning ist es nicht trivial bzw. eine Schlüsselfrage, was „care“ im Deutschen bedeuten kann. Care muss nicht zwangsläufig mit Versorgung, erst recht nicht mit Behandlung „übersetzt“ werden, sondern meint auch eine umfassende Sorge, das Leben und die Lebenszusammenhänge in vulnerablen Situationen aufrechtzuerhalten. Wir verstehen Care als eine fundamental anthropologische Kategorie, die nicht auf „Pflege“, schon gar nicht auf Betreuung oder Behandlung reduziert werden kann.

### **Planungsprozesse und die Reduktion des ethischen Fragens**

Ethische Themen sind sowohl weiter als auch alltäglicher als medizinethische Notfälle. Sie betreffen etwa das Gelingen oder Scheitern unserer Lebensentwürfe, die Möglichkeit von Selbstachtung, die Partizipation in den Institutionen einer Gemeinschaft, die Bedeutung oder Bedeutungslosigkeit unserer Handlungen und Erfahrungen, sie beziehen sich auf die Rolle und das Wesen der Liebe, reflektieren die Freundschaft und Gefühle eines gelungenen Leben.



Im Kontext des Lebensendes, im Zusammenhang mit der unvermeidlichen Erfahrung des menschlichen Leids, der Einsicht in die Zerbrechlichkeit und Endlichkeit des Lebens können wir sagen, dass die Ethik nach einer Haltung und einer Gestaltung, nach einem Lebenswissen und -können angesichts der Verwundbarkeit, dem Schmerz, dem Leiden, der Todesangst und Verzweiflung ringt. Was sind die Fragen der Menschen? Wie stellen die Menschen von sich aus ihre Fragen? Die Expertise für Ethik ist keineswegs so selbstverständlich lokalisierbar und zuweisbar wie etwa jene für die Interpretation von Röntgenbildern und Laborbefunden. Möglicherweise genügen bereits einfache Fragen, um ethische Betroffenheit und Fragestellungen zu bearbeiten, etwa:

Was ist ein gutes Leben bis zum Ende für mich? Was möchte ich leben, inwieweit lebe ich mein Leben? Was müsste ich also aufgeben, verlassen, ändern? Was schulde ich mir, was Anderen? Was möchte ich nicht bereuen müssen? Was kann ich nicht mehr ändern – wie finde ich eine Haltung zu dem, was sich nicht mehr ändern lässt? Wie kann ich Hilfe und Sorge annehmen und empfangen? Wie gehe ich mit meiner, einer letzten Einsamkeit um in dem Bewusstsein, dass ich allein werde sterben müssen? Was oder wer trägt mich eigentlich im Letzten? Was kommt nach dem Tod? Habe ich meinen Kindern genug ins Leben mitgegeben, wird es ihnen gutgehen? Was löst der Gedanke, das existenzielle Gefühl aus, unbedingt angenommen und gemeint zu sein von einem personalen Gegenüber?

Diese oder ähnliche „philosophische“ Fragen sind wohl die „eentlichen“ Fragen. Während hingegen aus ACP-Perspektive gewissermaßen angenommen wird, dass ein Mensch über ein feststehendes Set von Werten und Meinungen in seiner Autonomie als gesund-rationaler Mensch verfügt und das Problem darin besteht, diese „Identität“ verbindlich, rechtsförmig zu kommunizieren.

Der Schutz der persönlichen Autonomie und autonomen Willensbestimmung von Patientinnen und Patienten – als „Abwehrrecht“ – fungiert in der Ethikberatung als letzter und höchster Bezugspunkt. Darin liegen die Schwerpunkte in der gegenwärtigen Bioethik, der Ethikberatung und von ACP in einer Linie mit dem, was man die anthropologische Hintergrundtheorie, die Standardanthropologie der liberalen Gesellschaftsordnung und auch der dominierenden Medizinethik nennen könnte. Diese kommt in der ethisch-politischen Gedankenfigur des Gesellschaftsvertrages auf den Punkt: halbwegs vernünftige, eher eigeninteressierte, jedenfalls



aber autonome und merkwürdigerweise immer schon erwachsene, also geschäftsfähige und geschäftstüchtige Individuen treten bei primärer autonomer Selbstbezüglichkeit in vertragsförmig geregelte Kooperationen mit anderen. Der Schutz der Autonomie von Individuen (im Kern als Abwehrrecht) kann durchaus ohne Übertreibung als eine der größten moralischen, politischen und humanistischen Errungenschaften der Moderne bezeichnet werden. Und dennoch: Die Erinnerung der Care-Ethik, dass das Menschenbild der liberalen Autonomieanthropologie möglicherweise etwas verkürzt sein und jenseits der Errungenschaften auch Probleme machen könnte, weil zum menschlichen Leben auch Vulnerabilität, die Abhängigkeit von anderen im starken Sinn, in Kindheit, hohem Alter, in Krankheit und Schwäche, in Behinderung usw. gehören – diese Erinnerung hat noch nicht jene Irritationskraft entfaltet, die ihr eigentlich zukommen müsste.

Die Care-Ethik erinnert auch daran, dass wir als soziale Lebewesen unser Selbst und unsere Autonomie erst in Relation mit und zu anderen zur Geltung bringen können. Das, was wir wollen sollen, können wir oft erst in Beziehung und in Kommunikation mit anderen entwickeln, entdecken und formulieren. Wir sind aufeinander verwiesen und unsere Autonomie ist daher eine relative und relationale, erst recht am Lebensende.

# Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheit- und Lebenschancen

PROF. DR. RER. POL.  
ROLF ROSENBRÖCK

Vorsitzender des Paritätischen  
Gesamtverbandes, Berlin

Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt in Deutschland wie in allen industrialisierten Ländern pro Jahrzehnt um 1-2 Jahre. Im Durchschnitt werden wir auch gesünder älter, weil sich die Manifestation der chronisch-degenerativen Erkrankungen, die ca. 3/4 des Krankheits- und Sterbegeschehens erklären und auch 3/4 der Versorgungskosten ausmachen, im Lebensverlauf nach hinten verschiebt. Diese Verbesserungen sind in den letzten 60 Jahren nur zu ca. 1/3 auf Verbesserungen der Medizin und der Krankenversorgung zurückzuführen. Bei den chronisch-degenerativen Erkrankungen gibt es sehr große, noch nicht aktivierte Potenziale der Prävention.

Durchschnittsgrößen verdecken aber die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen; sie ist im internationalen Vergleich in Deutschland hoch: Menschen an oder unter der Armutsgrenze (d. i.: mit 60% oder weniger des Medianeinkommens; ca. 1/6 der Bevölkerung) leben fast zehn Jahre kürzer als wohlhabende Menschen (d. i.: mit 150% oder mehr des Medianeinkommens: ebenfalls ca. 1/6 der Bevölkerung), zudem verbringt das ärmste Sechstel im Durchschnitt 3,5 Jahre mehr mit chronischer Krankheit als das wohlhabende Sechstel der Bevölkerung. Weniger als die Hälfte dieser Unterschiede erklärt sich aus dem in den unteren Sozialschichten häufiger riskanten Gesundheitsverhalten (v. a. Bewegung, Ernährung, Tabak). Dieses Risikoverhalten ist Produkt der sozialen Lage und ohne deren Veränderung kaum zu verändern.

Auf diese weit über die Gesundheitspolitik hinausweisende gesellschaftliche Gerechtigkeitsherausforderung gibt es zwei mögliche Antworten.

Die große Lösung besteht in der Anwendung des WHO-Konzepts (2013) ‚Health in all policies‘ (‚gesundheitsförderliche Gesamtpolitik‘). Das würde bedeuten, dass Gesetze, Regelungen und Maßnahmen z. B. der Arbeitsmarktpolitik, der Arbeitsgestaltung, der Siedlungs-, Wohnungs- und Verkehrspolitik, der Bildungs- und





Familienpolitik und insbesondere der Verteilungspolitik (Arbeits- und Transfereinkommen, Vermögen) nur dann in Kraft gesetzt werden dürfen, wenn ihre Wirkungen auf die Gesundheit nicht negativ sind. Von einer solchen Politik sind wir weit entfernt.

Daneben bzw. darunter gibt es die Eingriffsebene der Prävention und Gesundheitsförderung, durch die ein Teil der durch materielle und kulturelle Armutslagen verursachten Gesundheitsbelastungen kompensiert werden kann. Für diesen Interventionstyp wurden durch das Präventionsgesetz 2015 mehr Ressourcen, (etwas) verbesserte institutionelle Rahmenbedingungen sowie die Schwerpunktbildung auf ‚Prävention in Lebenswelten‘ (d. i.: Stadtteil, Dorf, KiTa, Schule, Betrieb etc.) geschaffen. Abgesehen von der nach wie vor eher symbolischen Finanzierung (ca. 1,5 Promille der Ausgaben für Krankenversorgung) krankt die Umsetzung des Gesetzes einerseits an den durch die Konkurrenz der Krankenkassen gesetzten Fehlanreizen (Wettbewerb um Versicherte mit ‚positivem Deckungsbeitrag‘, also gerade nicht um die Armen und Bedürftigen; Be- und weithin Verhinderung der im Gesetz geforderten Kooperation zwischen den Kassen) und andererseits v. a. große Defizite bei der direkten Entscheidungsbeteiligung der Nutzerinnen bei der Umgestaltung ihrer jeweiligen Lebenswelt. Die Partizipation aber ist das Kernelement der Gesundheitsförderung, ohne das sich die subjektiven Gesundheitsressourcen (Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Verankerung in hilfreichen, reziproken Netzwerken, Sinnerleben) nicht entfalten können.

Die gesellschaftspolitische Herausforderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheits- und Lebensdauer-Chancen ist bislang noch nicht wirklich angenommen worden.

## Innehalten zu ACP und Versorgungsplanung – Soziologische Überlegungen zur Frage: Wer oder was bringt sich hier wie zur Sprache?

Die Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) als qualifiziertes Beratungsangebot erscheint mittlerweile weitgehend unstrittig als wichtige Voraussetzung sowie probates Mittel für die Ausgestaltung eines selbstbestimmten Lebens und Sterbens im Pflegeheim. Mit diesem ‚Sprechen über‘ geht der Anspruch einher, für die Bewohner selbst sowie für Pflegende, weitere Versorger und Begleiter – soweit wie möglich – Deutungsgewissheit und Handlungssicherheit zum Behandlungsverlauf, insbesondere in der letzten Lebensphase, herzustellen und dabei den individuellen Willen des Bewohners zur Geltung zu bringen.

Aus soziologischer Sicht gilt es jedoch, im Blick auf die Praxis von GVP insofern innezuhalten, als von der konkreten Ausgestaltung der Kommunikationssituation als solcher bis hin zu den institutionellen, sozialen und kulturellen Bedingungen, in denen dieses Sprechen über das noch verbleibende Leben und Sterben eingestellt ist, zu klären ist, wer oder was sich hier wie zur Sprache bringt bzw. bringen kann.

Bekanntlich ist jedes Sprechen, insbesondere auch ein Sprechen über das Sterben, abhängig von den verfügbaren Reflexions- sowie Kommunikationsressourcen und -erfahrungen der Betroffenen, gleichsam als unterschiedlich verfügbares biographisches Kapital, und zudem mit dem institutionellen Kontext eingebettet in machtvolle Beziehungskonstellationen – damit ist es per se ungleichheitsrelevant. Folglich bringt GVP Voraussetzungen und Anforderungen mit sich, die beim Sprechen(-Machen) als Praxis zu berücksichtigen sind und denen z. B. nicht allein dadurch schon nachgekommen wird, wenn Menschen besonders ‚sensibel‘ befragt werden. Vielmehr braucht es eine umfassende Klärung der Rollenproblematik sowie die Vergewisserung zu den jeweiligen Unterscheidungen von Sagbarem und Unsagbarem, von Gesagtem und Ungesagtem. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich hinter dem Kürzel GVP nichts anderes verbirgt als vorschnell implementierte Gesprächsrezepte und institutionell eingeschliffene Kommunikationsroutinen.

PROF. DR. WERNER  
SCHNEIDER

Philosophisch-Sozial-  
wissenschaftliche Fakultät –  
Universität Augsburg



**MARTINA KERN  
CATRIN BEU**

Alpha Rheinland,  
Ansprechstelle im Land  
Nordrhein-Westfalen zur  
Palliativversorgung, Hospiz-  
arbeit und Angehörigen-  
begleitung im Landesteil  
Nordrhein, Bonn



Martina Kern

## Gesundheitliche Versorgungsplanung im regionalen Netzwerk – Ein Projekt für Nordrhein-Westfalen

Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V, kurz GVP, sieht vor, dass Bewohner/innen stationärer Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe professionell über mögliche zukünftige medizinische, pflegerische und seelsorgerische Behandlungen informiert und ihnen Hilfen und Angebote für künftige Lebenssituationen aufgezeigt werden.

So soll gewährleistet werden, dass die gesundheitliche Versorgung und Begleitung möglichst an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Person ausgerichtet umgesetzt werden kann. Um sicherzustellen, dass diesen möglichst entsprochen werden kann, müssen diese Willen im ersten Schritt im Rahmen einer professionellen Beratung individuell ermittelt und dokumentiert werden.

### Herausforderungen in der Praxis

GVP führt viele Gesprächsbegleiter/innen an ihre Grenzen. Nach ihrer Ausbildung stoßen sie in ihrem Arbeitsalltag oft auf unerwartete Herausforderungen.

Von der Frage, wann der richtige Zeitpunkt für ein Beratungsgespräch ist, über die Herausforderung, Zugehörige in den Gesprächsprozess mit einzubinden, einem gewissen medizinischen und pflegerischen Knowhow bis hin zu unklaren Rollenverständnissen und Erwartungen von Kolleg/innen.

### Gelingende GVP ist daher

- ein Prozess,
- nicht gleichzusetzen mit Palliative Care, erfordert aber Hospiz- und Palliativkultur in der Einrichtung.



### Gelingende GVP erfordert

- aktive Auseinandersetzung der Leitung, Klärung von Erwartungen,
- Qualitätsmanagement und Implementierung in der Organisation,
- Wachsamkeit und Wissen um fluktuierende Wünsche des Einzelnen bzgl. des Lebensendes,
- Rollenklarheit, kommunikative Fähigkeiten und Krisensicherheit sowie Unterstützungsangebote für die Gesprächsbegleiter/innen,
- Netzwerkarbeit auch außerhalb der Institution.

### Umsetzung von GVP im regionalen Netzwerk

Neben internen Herausforderungen, kann GVP aber auch nicht allein von den stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden. An der Versorgung der Bewohner/innen sind unterschiedliche Akteure beteiligt: Hausärzte/innen, Ärzte/innen anderer Fachabteilungen, Therapeuten/innen, Notärzte/innen, Notfallsanitäter/innen, haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen aus dem Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung und viele mehr.

Auch wenn sich der Aufenthaltsort des Bewohners bzw. der Bewohnerin ändert, beispielsweise durch die Aufnahme in ein Krankenhaus, sollte die Umsetzung des Patientenwillen gewährleistet sein.

Deshalb braucht eine gute Umsetzung von GVP gemeinsame, sektorenübergreifende Versorgungsprozesse und eine gesicherte Informationsweiterleitung.



### Regionale Vernetzung aktiv gestalten - Ein Projekt für Nordrhein-Westfalen

In NRW wird durch ALPHA NRW mit finanzieller Unterstützung des Gesundheitsministeriums in einem zweijährigen Projekt bis einschließlich 2021 in vier Modellregionen genauer untersucht, was für die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Implementierung von GVP im regionalen Netzwerk erforderlich und hilfreich ist. Ziel ist es

- Konzepte zur Implementierung der GVP zu identifizieren,
- Pflegeeinrichtungen und andere an der Versorgung beteiligte Akteure zu ermutigen, gemeinsame Versorgungs- und Abstimmungsprozesse zu initiieren oder weiterzuentwickeln,
- Qualitätskriterien für die regionale Umsetzung von GVP zu identifizieren.

Im Rahmen einer Literaturrecherche werden bundesweite und internationale Ergebnisse zur Umsetzung von GVP gesichtet, um eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung von GVP in regionalen Netzwerken durchzuführen sowie Best Practice Beispiele zu identifizieren. In den jeweiligen Modellregionen ermitteln Akteure aus allen an der GVP beteiligten Bereichen in moderierten Arbeitsgruppen gemeinsam die spezifischen Bedarfe. Gemeinsam wird am Aufbau von gemeinsamen Strukturen, Leitlinien und Lösungsansätzen gearbeitet.

In überregionalen Treffen mit den beteiligten Akteuren aus den vier Regionen und Experten aus ganz NRW werden die Erfahrungen der Runden Tische diskutiert und evaluiert. Die aktive Zusammenarbeit in den Netzwerken soll regionale Möglichkeiten zur Implementierung von GVP in den Projektregionen über die Projektlaufzeit hinweg in Gang bringen und etablieren. Am Ende des Projekts steht die Erarbeitung von Empfehlungen, die Pflegeeinrichtungen und regionale Netzwerke in NRW bei der Realisierung von GVP unterstützen sollen.

Die aktive Zusammenarbeit in bestehenden oder neu gebildeten Netzwerken soll regionale Möglichkeiten zur Implementierung von GVP in den Projektregionen über die Projektlaufzeit hinweg in Gang bringen und etablieren, damit der Wille und die Wünsche von Menschen in ihrer letzten Lebensphase zukünftig mit einer größeren Selbstverständlichkeit und Sicherheit umgesetzt werden können.

## Impressionen der Veranstaltung vom Samstag



**MARTIN SUSCHEK**

Stiftungsvorstand Heilig Geist  
Stiftung, Dülmen



## Regionale Koordination der Gesundheitlichen Versorgungsplanung (Umsetzung im Kreis Coesfeld)

Im Kreis Coesfeld kam der Impuls zur regionalen Koordination zur Umsetzung des § 132g SGB V aus dem Hospiz Anna Katharina in Dülmen. In einem Projekt zur Unterstützung der Hospizkultur und Palliativen Sorge innerhalb des Altenhilfeverbundes der Heilig-Geist-Stiftung Dülmen, das vom stationären Hospiz getragen wird, ist auch die Einführung und das Angebot der Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung verortet. Hierfür wurde eine Qualifizierung von Berater\*innen nach dem Aachener Modell konzipiert und angeboten. Für die Bearbeitung der regionalen Unterstützungen war es hilfreich, auf die bestehende Vernetzung und Struktur innerhalb des Hospiz- und Palliativnetzes im Kreis Coesfeld zurückgreifen zu können. Neben einem Startimpuls, Qualifizierungsmaßnahmen und bestehender Strukturen bedarf es zur Umsetzung des Themas engagierter und struktursetzender Personen und Persönlichkeiten gleichermaßen, wie sie im Vorstand des Palliativnetz e. V. Kreis Coesfeld vorzufinden sind. Noch fehlende externe Finanzmittel konnten so ebenfalls kompensiert werden. Das Projekt wird extern begleitet. Eine Vernetzung mit anderen Regionalprojekten auf Landesebene wäre wünschenswert.

- Kein Parallelnetzwerk entstehen lassen! (Energie sparen, Konkurrenz vermeiden)
- Nachhaltigkeit und Qualität absichern für Beratungen, Bildungsangebote und Formulare
- Finanzierung politisch einfordern
- Überregionale Vernetzung und Veröffentlichungsmöglichkeiten (Netzwerk der Netzwerke)
- Politisches und Verwaltungsinteresse (Kreis Coesfeld, Parteien) wecken

# Regionale Koordination der Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP / GVL)

Die Vernetzung und gemeinsame Arbeit zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase (GVP/GVL) ist ein gewünschtes Ziel der GKV und der Trägerverbände. Gleichzeitig ermöglicht sie, neben der externen Qualitätssicherung, eine fachliche Entwicklung der Gesprächsangebote.

Der Impulsvortrag stellte praxisnah dar, wie das funktionierende Duisburger GVL-Netzwerk entstanden ist und wie sinnvoll die Strukturen ineinander greifen. Die nachhaltige trägerübergreifende Vernetzung der GVL-Berater profitiert von dem zuvor gegründeten Duisburger Netzwerk für Hospizkultur & Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen: Es hat die trägerübergreifende Weiterbildung zum Berater nach § 132 g SGB V in Duisburg erst ermöglicht.

Mehrere im Wettbewerb stehende Duisburger Träger haben der GVL für die Bewohner in ihren Einrichtungen eine gemeinsame und nachhaltige Türe geöffnet. Es bleibt zu wünschen, dass sich weitere Träger für die Umsetzung dieses Gesprächsangebotes entscheiden. Erst damit haben einzelne GVL-Berater die Möglichkeit, ein stabiles Gebäude zu errichten. Denn: Nur mit einem „Jetzt mach mal!“ ist wenig gewonnen und die weitere Entwicklung wahrscheinlich wenig nachhaltig.

Sterben war und ist nicht planbar. Sehr wohl ist es aber der Rahmen, in dem dies in einer stationären Pflegeeinrichtung geschieht. Für diesen Rahmen sind Träger stationärer Einrichtungen mit zuständig. Dieser Verantwortung für die Patientenautonomie sollten sie sich in allen Aspekten stellen.

**WILHELM OESTERSCHMIDT**

Beratung Gesundheitliche  
Versorgungsplanung für  
die letzte Lebensphase,  
Evangelische Altenhilfe  
GmbH, Duisburg

WORKSHOP 1



**MONIKA WINAND**

Viktor Frankl Schule, Aachen

**HELMUT LAURS**Versorgungsplanung am  
Lebensende, Katharina Kasper  
ViaNobis GmbH, Gangel

## Sektorenübergreifende Koordinationen mit GVP in der Eingliederungshilfe

In der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) gehört die Kooperation von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern, genauso wie die Berufe in der Pflege, Betreuung und Heilpädagogik, sowie die Einbindung von Zugehörigen, gesetzlichen Betreuer/innen und ehrenamtlichen Hospizhelfer/innen selbstverständlich dazu. Große Herausforderungen ergeben sich in der Arbeit mit Menschen mit Demenz oder / und geistiger, - und / oder psychischer Behinderungen, sowie besonders mit schwer Mehrfachbehinderungen. Hier ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Sektoren sehr von Nöten. Die bisher gemachten Erfahrungen in Einrichtungen von Alten- und Eingliederungshilfen ergaben die Grundlagen zur lebhaften Diskussion und zum fachlichen Erfahrungsaustausch im Workshop mit Teilnehmer/innen aus verschiedenen Professionen und Regionen. In den Regionen sind die Erfahrungen sehr unterschiedlich. Schnell wurde klar, dass eine gute Implementierung von GVP stark vom Ausbau und der Vernetzung von palliativer Arbeit abhängt. Hier sind bestehende Netzwerke zunächst sehr nützlich für eine sektorenübergreifende Kommunikation und dadurch für ein gegenseitiges Verständnis.

Das gilt natürlich auch für die eigenen Einrichtungen. Das Vorstellen der GVP in den Teams und Bewohnerräten der Wohnsettings ist genauso wichtig, wie die Information in den verschiedenen Führungsebenen.

Außerdem sind gemeinsame Informations-Veranstaltungen mit Bewohnern, Zugehörigen, gesetzlichen Betreuern, Behördenvertretern und Hausärzten sehr empfehlenswert.

Fazit: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der GVP ist anfangs oft zeitaufwendig, mühevoll und dadurch auch kostenintensiv. Trotzdem lohnt sie sich als Schulterchluss für alle Beteiligten sehr. Es ist nötig, sie zu bewerben, zu fördern und letztendlich erfolgreich zu praktizieren, denn nur dann wird sie ein Garant für qualifizierte Beratungen und eine stete Weiterentwicklung des GVP-Prozesses sein.



## Multiprofessionelles Arbeiten in der GVP

GVP mit Aachener System legt einen großen Schwerpunkt auf gelingende multiprofessionelles Zusammenarbeiten. Grundlagen dafür finden sich nicht nur in der Vereinbarung des GKV Spitzenverbandes selbst, sondern auch in der Definition von Palliative Care und im Systemischen Ansatz, der die Grundlage dieser Umsetzung ist.

Systemisches Denken findet vor allem in Beratung als auch in Team- und Organisationsentwicklung immer stärkere Bedeutung. Die Idee, dass alle Teile wechselwirken und sich aufeinander beziehen, ist gerade bei dem dreidimensional wirkenden Konzept von GVP (Beratungsebene, Organisationsebene und Netzwerk) von hoher Bedeutung.

Des Weiteren ist Systemische Beratung auftragsorientiert. Nur der Patient/Klient bestimmt über seine Wünsche zum Lebensende und ob er mit wem und wann darüber sprechen möchte. Nur so kann sich der/ die Berater\*in seiner Mitarbeit gewiss sein, was bei der hohen ethischen Fragestellung Grundvoraussetzung ist.

Die WHO-Definition von Palliative Care weist ebenso auf den multiprofessionellen Ansatz hin: „... durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002). Diese Idee beruht auf dem Total-Pain Konzept von Cicely Saunders. Um eine ganzheitliche Beratung/Versorgung und Umsetzung zu gewährleisten, ist multiprofessionelle Zusammenarbeit, gerade zu Fragen am Lebensende Voraussetzung.

SUSANNE KIEPKE-ZIEMES

Caritasverband für die  
Region Kempen-Viersen e. V.

WORKSHOP 3



**DR. SONJA HIDDEMANN**Klinik für Palliativmedizin  
Uniklinik RWTH Aachen

## Multiprofessionelles Arbeiten in der GVP

Die Gesundheitliche Vorsorgeplanung soll mehr sein, als nur die Beratung zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Sie ist ein Prozess, der die Patienten/Klienten in seiner letzten Lebensphase begleitet. Da die Menschen verschieden, die Krankheitsverläufe variabel und nicht planbar sind, ist ein individuelle Beratung Ziel der GVP nach Aachener System. Die ganzheitliche Betreuung ist hier die Grundvoraussetzung für die Begleitung. Angelehnt an das Total-Pain-Konzept von Cicely Saunders sollen die verschiedenen Ebenen in den Blick genommen werden: die körperliche, die psychische, die soziale und die spirituelle Ebene. Dies bedingt das Einbinden verschiedener Berufsgruppen in der Begleitung: Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorge, Sozialarbeiter, Psychologen, ambulante ehrenamtliche Dienste und auch alle anderen in Pflegeeinrichtungen arbeitenden Berufsgruppen.

Die Gesundheitliche Vorsorgeplanung kann nicht allein von den Pflegeeinrichtungen gestemmt werden, es bedarf eines engen Austausches zwischen den beteiligten Akteuren. Das Schaffen von Strukturen für diesen Austausch ist eine große Herausforderung.

Anhand von Fallbeispielen aus der ambulanten Palliativversorgung wurden im Workshop Möglichkeiten der multiprofessionellen Zusammenarbeit diskutiert und erarbeitet.

## „Multikulturelle /interkulturelle Haltung und Konzepte in der Hospizarbeit / Palliativversorgung und in der Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP)“

Es ist nicht immer einfach, im Alltag - besonders in der Hospizarbeit und Palliativversorgung - auf Menschen anderer Kulturen einzugehen. Ziel ist es, einander zu verstehen, zu akzeptieren und in angemessener Form auf Verhalten unterschiedlicher kultureller Orientierung zu reagieren.

Die erste Generation der so genannten „Gastarbeiter\*innen / Arbeitsmigrant\*innen“ ist nun in einem Alter, in dem Pflegebedürftigkeit eine zunehmend wichtige Rolle spielt, und somit auch die Versorgung der alternen und schwerkranken Menschen. Der Anteil der Patienten und Bewohner von Pflegeeinrichtungen, die aus anderen Kulturkreisen kommen, steigt stetig. Sie sind in Deutschland alt geworden und befinden sich in einer Lebensphase, in der Krankheit ein Thema ist und Pflege oft notwendig wird. Sie sind in der Palliativ- und Hospizversorgung noch stark unterrepräsentiert. Während in der Altenpflege kultursensible Angebote zunehmen, finden sich in der Palliativ- und Hospizversorgung entsprechende Angebote eher selten. Es wird angenommen, dass ein Migrationshintergrund Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen hat, wobei Frauen mit Migrationshintergrund stärker betroffen sind als Männer mit Migrationshintergrund. Im Vergleich zu deutschen Senioren erkranken sie häufig zehn bis zwölf Jahre früher. Besonders demenzielle Veränderungen sind kurz vor dem 60. Lebensjahr gehäuft zu beobachten. Hinzu kommt, dass sie die erlernte deutsche Sprache vergessen. Für Menschen aus anderen Kulturen gibt es Barrieren, die den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren. Dies gilt nicht nur für die sprachliche Verständigung, sondern in vielen Fällen auch für kulturell begründete unterschiedliche Auffassungen vom Umgang mit Krankheit, Gesundheit, Schamgefühl, Trauer und Tod sowie für Rituale. Für einen kultursensiblen Umgang mit diesen schwerstkranken Menschen ist die Förderung der interkulturellen Kompetenz beim Pflegepersonal von großer Bedeutung. Daher wird zunehmend erkannt, dass sich das Gesundheits- und Pflegewesen interkulturell öffnen muss. Darunter versteht man die Fähigkeit, sich auf Individuen und Gruppen anderer Kulturen einzustellen und mit ihnen auf erfolgreiche und angemessene Weise zu interagieren und zu kommunizieren.

SERIN ALMA

Dozentin im Gesundheitswesen und für interkulturelle Hospizarbeit, Jüchen

WORKSHOP 4





Nicht weniger wichtig bei der Versorgung dieser schwersterkrankten Menschen ist eine gut funktionierende Zusammenarbeit aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen. Berufsübergreifende Fortbildungskonzepte wie InterKultKom können helfen, die Kommunikation zwischen den Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, über die Sektoren- und Berufsgrenzen hinweg zu fördern. Ein vernetztes Lernen trägt zudem zur Verbesserung der späteren Zusammenarbeit bei, vergrößert die Wertschätzung unter den einzelnen Professionen und steigert die Versorgungsqualität für die Patientin.

Erfolgreiche therapeutische Arbeit mit Migrant\*innen setzt eine stabile positive Haltung sowie Offenheit und Wertschätzung gegenüber dem Anderen und seinem jeweiligen Bezugssystem voraus.

Im Anschluss an den Impulsvortrag wurden gemeinsam mit den Teilnehmenden des Workshops Herausforderungen und Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit in den Hospiz- und Palliativnetzwerken intensiv diskutiert. Hierbei kam es zu einem Austausch von Erfahrungen im Hinblick auf „Multikulturelle / interkulturelle Haltung und Konzepte in der Hospizarbeit / Palliativversorgung und in der Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP)“, insbesondere zu den folgenden Gesichtspunkten:

- Welche Erfahrungen bringen Sie zum Thema mit?
- Welche Hürden/Herausforderungen oder auch gute Möglichkeiten der Umsetzung haben Sie bisher selbst erarbeitet oder erlebt?
- Welche Möglichkeiten für den kultursensiblen Bereich sehen Sie durch die GVP?
- Welche Bedürfnisse könnten die Menschen mit internationaler Geschichte haben?

In der Gesamtgruppe wurden die Ergebnisse reflektiert und es fand ein intensiver Austausch zu den Fragen und Herausforderungen statt.

## Impressionen aus den Workshops



**MERYEM ÖZMEN-YAYLAK**Abteilung Wohlfahrt und  
Soziales, Leitung Hasene  
Deutschland e.V., Köln

## Religions- und Kultursensible Hospiz- und Sterbebegleitung – anhand der Fudul Zentralstelle für islamische Wohlfahrt und Soziale Arbeit

Die Frage nach dem Sinn des Lebens, nach seinem Ursprung und seinem Ziel, und schließlich die Frage nach dem Sinn des Leidens und des Todes stellt sich jedem Menschen echt und nah. Welche Antworten er darauf findet, wie er reflektiert bzw. welche religiösen oder weltanschaulichen Antworten ihm glaubwürdig, hilfreich und tröstlich sind, muss jeder Mensch für sich selbst herausfinden – denn spezieller handelt es sich um die menschnahe Begleitung. Gerade in existentiellen Krisen brauchen Menschen und Angehörige Hilfe und Beistand. In Anbetracht der immer mehr wachsenden Anzahl der Menschen aus unterschiedlichen Kultur- und Religionsgruppen in den Krankenhäusern, Palliativstationen, Hospizen und Pflegeeinrichtungen wird die religiöse Begleitung zu einem grundlegenden Recht.

Realität ist, dass der größte Teil der Migrantinnen/innen, die als erste Generation nach Deutschland gekommen sind, nun in einem pflegebedürftigen Alter sind. Auch mit der Einwanderung der geflüchteten Menschen nach dem Jahr 2015 ist die Anzahl stetig gestiegen. Somit ist der Bedarf an religions- und kultursensibler Begleitung und Pflege gefragt denn je.

In der religions- und kultursensiblen Hospiz- und Palliativarbeit geht es darum, dass auf die individuellen Bedürfnisse, Werte, religiösen und kulturellen Prägungen der schwerstkranken und sterbenden Menschen oder Angehörigen eingegangen und geachtet werden. Zudem ist es wichtig, dass die eigenen Grenzen reflektiert, respektiert und die des Gegenübers akzeptiert werden. Viele Menschen sind mit dem Thema Krankheit, Tod und Sterben unabdingbar von der Kultur und Religion, konfrontiert. Jedoch kann sich der Umgang mit diesen Themen und der Ausdruck von Trauer bei vielen Kulturen und Religionen unterscheiden.

### Unser Leitbild

Unser Leitbild der Fudul-Zentralstelle für Islamische Wohlfahrt und Soziale Arbeit vereinbart das Verständnis des Hilfu'l Fudûl-Bündnisses, welches im 7. Jahrhundert mit der Intention, allen Menschen soziale Gerechtigkeit



und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, gegründet wurde. Der arabische Ausdruck „Hilfu'l Fudul“ bedeutet übersetzt „Bündnis der Tugendhaften“. Somit macht Fudul bedarfszentrierte Soziale Arbeit, die auf einem eigenen Auftrag basiert, der im Kontext der jeweiligen gesellschaftlichen Lage entwickelt wird. Unsere Arbeit lehnt sich an den Art. 20 GG. Zurückführend darauf, bedeuten unsere Leistungen nicht eine milde Gabe an hilfsbedürftige Menschen, sondern eine bürgerschaftlich gestaltete Lebensstandartsicherung für alle Menschen, ob jung oder alt. Dabei stehen die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der kollektiven Verantwortung und des Respekts für Vielfalt im Zentrum unserer Arbeit.

### Unser Auftrag

Jeder Mensch verdient einen würdevollen Abschied. Wir als Fudul möchten genau das ermöglichen. Gleichzeitig unterstützen wir Angehörige im Prozess des Abschiednehmens und begleiten dann wenn es gebraucht wird.

Unser Auftrag umfasst u. a.:

- Menschen im Sterbeprozess zu begleiten.
- Die Zeit nach Bedürfnissen der Menschen zu gestalten.
- Spirituelle Unterstützung zu leisten.
- Das Zuhören und eine vertraute Kommunikation zu schaffen.
- Zu begleiten und zu helfen.
- Gemeinsam Abschiede zu gestalten.

### Unser Engagement

Der Tod gehört zum Leben. Trotzdem sind viele Menschen und Betroffene angesichts der Endlichkeit des Lebens verunsichert. Sterben und Tod sind Themen, die viele Fragen aufwerfen. Woher komme ich und wo gehe ich hin, fragt sich der Mensch. Hier kann der Austausch mit anderen Menschen hilfreich sein. Wir als Fudul begleiten mit unseren qualifizierten EhrenamtlerInnen Sterbende, Schwerst- kranke und ihre Angehörigen. Wir zeigen, dass auch angesichts des bevorstehenden Todes Lebensqualität und ein würdevoller Abschied möglich ist. Wir spenden Trost und Kraft.



### Unser Verbundpartner

Unser Verbundpartner UKBA Bestattungshilfeverein e. V. fördert seit 2017 alle Dienstleistungen im Bereich der Hospiz- und Palliativarbeit. Der UKBA Bestattungshilfeverein e. V. nimmt sich zur Aufgabe, Angehörige bei allen Fragen rund um die Bestattung des Verstorbenen zu unterstützen. Die Dienstleistungen umfassen u. a.:

- Die Waschung und Einkleidung des Verstorbenen nach islamischem Ritus.
- Die Organisation des Totengebets.
- Die Erledigung behördlicher Angelegenheiten sowie (wenn der Verstorbene ins Ausland überführt werden soll) den Transport und die Übergabe des Toten am Zielort.

(Notiz: Die Dienstleistung ist wünschenswerterweise von Menschen mit muslimischem Glauben zu übernehmen und durchzuführen. Dies ist im Einzelfall abzusprechen).

### Unser Beitrag

Wir sehen unseren Beitrag darin, unseren Auftrag im Sinne des würdevollen Lebens und Abschiedes für jeden zu erfüllen. Wir sind über die Zentralstelle zu den angegebenen Zeiten für die Vermittlung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreichbar.

### Weitere Dienstleistungen

Einrichtungen und Fachstellen können mit uns kooperieren. Bei Anfragen werden Inhouse Schulungen zu Themen der Religions- und Kultursensible Begleitung geleistet. Gerne vermitteln wir unsere ausgebildeten EhrenamtlerInnen und Fachpersonen.

### Im Überblick:

- Organisation und Durchführung von Befähigungskursen zur Hospiz- und Palliativarbeit.
- Vernetzung von EhrenamtlerInnen.
- Besuche und Begleitung von Familien, Angehörigen und Betroffenen.
- Aufklärung und Informationsveranstaltungen zur Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung.
- Durchführung von Fachvorträgen, Seminaren und Workshops zum Thema Islam, Tod und Trauer oder das Verständnis der Begleitung.

# Pressegespräch zum 111. Aachener Hospizgespräch

Die Gesundheitliche Versorgungsplanung eröffnet Chancen, darf aber nicht die Illusion einer völligen Planbarkeit des Lebensendes erwecken!

**Aachen / Stolberg, 1. Februar 2020.** Mit dem § 132g SGB V hat der Gesetzgeber die Grundlage für die Finanzierung der sogenannten ‚Gesundheitlichen Versorgungsplanung‘ (GVP) geschaffen. Hinter diesem Schlagwort verbirgt sich die im Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 enthaltene Neuerung, dass den Versicherten in Altenheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen künftig ein individuelles Beratungsangebot über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung für die letzte Lebensphase angeboten werden soll. Der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger der Einrichtungen haben sich mittlerweile auf Bundesebene auf eine Vereinbarung zur Umsetzung und Finanzierung geeinigt. Dieses frühe Beratungsangebot kann einerseits für alle Beteiligten eine größere Sicherheit auch im medizinisch-ethischen und rechtlichen Sinne bedeuten. Es impliziert aber auf der anderen Seite auch die Gefahr eines – unhaltbaren – Versprechens, dass eine Planbarkeit des Lebens bis zum Ende immer möglich wäre. Beim 111. Aachener Hospizgespräch diskutierten zahlreiche Experten verschiedener Bereiche und Akteure aus der Praxis über diesen Zwiespalt und erörterten Aspekte der Kooperation und Koordination aller beteiligten Player.

**Veronika Schönhofer-Nellessen**, Leiterin der Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen und hauptverantwortliche Veranstalterin der Aachener Hospizgespräche, sagte: „Mit dem 111. Aachener Hospizgespräch verbindet sich die Hoffnung, dass eine qualifizierte Beratung in Bezug auf Sorgen, Wünsche und Entscheidungen am Lebensende (Gesundheitliche Versorgungsplanung) nur im ersten Schritt ausschließlich Bewohnern/innen in den Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe angeboten wird. In Zukunft wäre es ein wichtiges nächstes Ziel, dass alle Menschen sektorenübergreifend und unabhängig von Alter, Geschlecht und Herkunft eine qualifizierte Beratung in Anspruch nehmen können, wenn sie für sich oder ihre Zugehörigen diesen Bedarf an Aufklärung und Unterstützung sehen. Die Frage nach aktiver Sterbehilfe erhält eine andere Perspektive, wenn Menschen frühzeitig über Möglichkeiten einer menschenwürdigen und fachlich hochwertigen Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung aufgeklärt werden. Den ganzen Menschen pflegerisch, medizinisch,

MODERATION:  
DR. STEPHAN FRINGS

Grünenthal GmbH



psychosozial und spirituell in gemeinsamer Sorgeskultur eines regionalen Netzwerkes entsprechend dem Willen des Einzelnen in den Blick zu nehmen, ist der Hintergrund und gleichzeitig das Ziel der Gesundheitlichen Versorgungsplanung.“

**Prof. Dr. Roman Rolke**, Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Aachen und ärztlicher Leiter der Veranstaltung, betonte, dass die GVP auch für Ärztinnen und Ärzte große Chancen böte. „Qualifizierte Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe unterstützen Bewohner mit Beratung zu lebenswichtigen Fragen“, sagte Rolke. „Bei der möglichst konkreten Festlegung bezüglich gewünschter oder nicht gewünschter medizinischer Maßnahmen am Lebensende kommt ebenso wie im Rahmen palliativer Fallbesprechungen oder der Erstellung von Notfallplänen als Sonderform einer Patientenverfügung auch den Medizinern eine besondere Rolle zu. Aus meiner Sicht fehlt es hier an Initiativen, um die Einbindung der behandelnden Ärzte einheitlich zu regeln, obwohl diese aus den Einrichtungen heraus oft gewünscht wird. Die für die Teilnahme an palliativen Fallbesprechungen mit Planung lebenswichtiger Anliegen am Lebensende eingeführte Vergütung für Ärzte nach EBM ist zu niedrig angesetzt. Einheitliche Fortbildungen für Ärzte zu diesen Themen und zum Konzept der GVP selbst fehlen und könnten etwa über Ärztekammern angeboten werden.“

**Prof. Dr. Werner Schneider** von der philosophisch-sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg betonte, dass es aus soziologischer Sicht darum gehe, im Blick auf die Praxis von Gesundheitlicher Versorgungsplanung als Beratungsangebot insofern innezuhalten, „als von der konkreten Ausgestaltung der Kommunikationssituation als solcher bis hin zu den institutionellen, gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen, in denen dieses ‚Sprechen über das Sterben‘ eingestellt ist, zu klären ist, wer oder was sich hier wie zur Sprache bringt bzw. bringen kann. Denn Sprechen im Allgemeinen und insbesondere auch jedwedes Sprechen über das Sterben ist abhängig von den verfügbaren Reflexions- und Kommunikationsressourcen und -erfahrungen der Betroffenen sowie, je nach institutionellem Kontext, eingebettet in machtvolle Beziehungskonstellationen – und damit ungleichheitsrelevant. Die GVP bringt Voraussetzungen und Anforderungen mit sich, die beim Sprechen(-Machen) als Praxis zu bedenken und zu berücksichtigen sind. Um der Gefahr von vorschnellen Gesprächsrezepten und institutionell eingeschliffenen Kommunikationsroutinen entgegenzuwirken, erscheint deshalb nicht zuletzt eine differenzierte, disziplinübergreifende und an der möglichen Heterogenität der Praxis ausgerichtete Forschung als unabdingbar.“



**Martina Kern**, Leitung ALPHA Rheinland zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung, appellierte: „Eine gute Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) braucht gemeinsame, sektorenübergreifende Versorgungsprozesse und eine gesicherte Informationsweiterleitung. Dies kann nicht allein von stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden. Denn an der Versorgung der Bewohner/innen sind ganz unterschiedliche Akteure beteiligt. Und auch, wenn sich der Aufenthaltsort der Bewohner/innen ändert, z. B. wenn diese in ein Krankenhaus aufgenommen werden, sollte die Umsetzung der GVP gewährleistet sein.“

**Martin Suschek**, Vorstand Heilig Geist Stiftung Dülmen, gab Einblicke in die praktische Umsetzung des § 132g SGB V im Kreis Coesfeld: „Der Impuls zur regionalen Koordination durch die Steuerungsgruppe eines Projektes zur Unterstützung der Hospiz- und Palliativkultur innerhalb des Altenhilfeverbundes der Heilig-Geist-Stiftung Dülmen kam durch das Hospiz Anna Katharina in Dülmen. Innerhalb dieses Projektes ist auch die Einführung und das Angebot der Gesundheitlichen Vorausplanung verortet. Hierfür wurde eine Qualifizierung von Berater\*innen nach dem Aachener Modell konzipiert und angeboten. Für die Bearbeitung der regionalen Unterstützungen war es hilfreich, auf die bestehende Vernetzung und Struktur innerhalb des Hospiz- und Palliativnetzes im Kreis Coesfeld zurück greifen zu können. Neben einem Startimpuls, Qualifizierungsmaßnahmen und bestehenden Strukturen bedarf es zur Umsetzung des Themas engagierter und struktursetzender Personen und Persönlichkeiten gleichermaßen, wie sie im Vorstand des Palliativnetz e. V. Kreis Coesfeld vorzufinden sind. Noch fehlende externe Finanzmittel konnten so ebenfalls kompensiert werden.“ Generell sei eine Vernetzung mit anderen Regionalprojekten auf Landesebene wünschenswert, betonte Suschek.

**Dr. Martina Levartz**, MPH; Geschäftsführerin des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) sagte: „Gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase ist wichtig für alle (schwerkranken) Menschen, im Gesundheitswesen Tätigen, aber auch und vor allem für die stationären Pflegeeinrichtungen. Diese können den Versicherten eine verlässliche Planung für Hilfen und Angebote der letzten Lebensphase und der Sterbebegleitung anbieten und den Ärzten und im Gesundheitswesen Tätigen eine größere Sicherheit geben, den Willen ihrer Patienten besser einzuschätzen und so auch wirklich im Sinne des Patienten zu handeln. Aber nicht nur hier spielt die Beratung und Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase eine große Rolle. Das Wissen um die Möglichkeiten der Sterbebegleitung, der Schmerzbehandlung und der Palliativmedizin und deren Vermittlung an Patienten und

deren Angehörige sollte deshalb zügig auch weiter Verbreitung finden (z. B. auch in ärztlichen Fortbildungen). Informationen über Hilfe und Unterstützungsmöglichkeiten in der letzten Lebensphase können die Zeit der schweren Erkrankung und des Sterbens erleichtern helfen. So können viele Ängste genommen und auch Todeswünschen aus Angst vor Leiden durch gezielte Gespräche und Informationen ggf. entgegengewirkt werden.“ Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase sei eine umfassende Aufgabe, nicht nur für die im Gesetz aufgeführten professionell geschulten Berater in Pflegeheimen (§132g/SGB V), sondern sie sei elementarer Bestandteil ärztlicher Gespräche und Bestandteil einer umfassenden, patientengerechten Versorgung aller Beteiligten, so Levartz.

**Prof. Dr. Andreas Wittrahm**, Bereichsleiter „Facharbeit und Sozialpolitik“ im Caritasverband für das Bistum Aachen e. V., erklärte: „Die Benennung des § 132g SGB V trägt ihre Chancen und Herausforderungen bereits im Namen: Die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase setzt einen sehr weiten, auf das seelische und spirituelle Leben ausgedehnten Gesundheitsbegriff voraus, denn Fragen der Symptomkontrolle und der Begrenzung von Behandlungsoptionen am Lebensende sind nur zu verstehen und zu bearbeiten, wenn die „Behandelnden“ sich auf die umfassende Situation des Menschen am Lebensende einlassen. Seine Sicherheit, seine Beziehungen, seine Hoffnungen und Ängste sind eng mit den gesundheitlichen Prozessen in der letzten Lebensphase verknüpft, und nur ein existentielles Beratungs- und Teilhabe-Angebot wird die Basis für gutes Lebensende ermöglichen. Darüber wird deutlich: „Planung“ für die letzte Lebensphase kann sich in erster Linie nur auf die Strukturqualität erstrecken, die dem Angebot zur Begleitung in der letzten Lebensphase zugrunde liegt. Ansonsten wird es eher um „Sensibilisierung“ und Eröffnung von Möglichkeiten gehen, denn planen lässt sich das Lebensende – Gott sei Dank – nicht.“

Der bundesweite Kongress mit jährlich bis zu 400 Teilnehmern zu aktuellen Themen der hospizlichen wie palliativen Versorgung mit Experten aus Politik, Kassenwesen, Medizin, Pflege, Ehrenamt, Seelsorge und Wissenschaft findet seit 2006 einmal jährlich im Rahmen der Aachener Hospizgespräche statt. Die organisierende Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen wurde aus den Aachener Hospizgesprächen heraus ins Leben gerufen, um die Koordination der Hospizgespräche und des Netzwerkes zu übernehmen, Fortbildungen anzubieten, die Öffentlichkeitsarbeit weiterzuentwickeln und am Hospiztelefon zu beraten. Unterstützt wird der bundesweite Kongress von der Grüenthal GmbH, der Caritas-Gemeinschaftsstiftung für das Bistum Aachen und der StädteRegion Aachen.

### Pressekontakt:

#### Veronika Schönhofer-Nellessen

Servicestelle Hospiz  
für die StädteRegion Aachen  
Tel.: 0241 515 3490  
Fax: 0241 502 819  
E-Mail: [info@servicestellehospizarbeit.de](mailto:info@servicestellehospizarbeit.de)

#### Dr. Stephan Frings

Grüenthal GmbH  
Leitung Öffentlichkeitsarbeit · German Sales Division  
Tel.: 0241 569 3383  
Fax: 0241 569 1511  
E-Mail: [stephan.frings@grunenthal.com](mailto:stephan.frings@grunenthal.com)

**GRUSSWORT:****Dr. Michael Ziemons**

Dezernent für Soziales und Gesundheit, StädteRegion Aachen

**EINFÜHRUNG / RÜCKBLICK****Veronika Schönhofer-Nellessen**

Servicestelle Hospiz, Aachen

**Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke**

Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen

**VORTRÄGE:****Prof. Dr. Andreas Heller**

Lehrstuhl für Palliative Care und Organisationsethik an der Karl-Franzens-Universität, Graz

**Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock**

Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbandes, Berlin

**Prof. Dr. Werner Schneider**

Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät – Universität Augsburg

**Martina Kern & Catrin Beu**

Alpha Rheinland, Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Nordrhein, Bonn

**MODERATOR/INNEN DER WORKSHOPS:****Dr. Martina Levartz (Workshop 1)**

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, Düsseldorf

**Mareike Hümmerich M. A. (Workshop 2)**

Schule für Gesundheits-, Kinderkranken- und Krankenpflege – Uniklinik RWTH Aachen

**Dr. med. Elisabeth Ebner (Workshop 3)**

Praxis für Schmerztherapie und Palliativmedizin, Stolberg

**Fattaneh Afkhami (Workshop 4)**

Kommunales Integrationszentrum, StädteRegion Aachen

**Prof. Andreas Wittrahm (Workshop 5)**

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

**GESAMTMODERATION  
DES KONGRESSES:****VERONIKA  
SCHÖNHOFER-NELLESSEN**

Servicestelle Hospiz, Aachen

**UNIV.-PROF. DR. MED.  
ROMAN ROLKE**Direktor der Klinik für Palliativmedizin  
an der Uniklinik RWTH Aachen**FOTOGRAF:****Andreas Schmitter**

Schmitter Fotografie, Aachen

**FILMTEAM:****Arndt Lorenz****Bruno Lienemann****Melanie Lautermann****KABARETT-TEAM:****Andreas Scheid****Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke****Norbert Krumm****Jürgen Spicher****Eckhard Weimer****Fabian Rolke**

**REFERENT/INNEN DER WORKSHOPS:****Martin Suschek** (Workshop 1)

Stiftungsvorstand Heilig Geist Stiftung, Dülmen

**Wilhelm Oesterschmidt** (Workshop 1)

Beratung Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, Evangelische Altenhilfe GmbH, Duisburg

**Monika Winand** (Workshop 2)

Viktor Frankl Schule, Aachen

**Helmut Laurs** (Workshop 2)

Versorgungsplanung am Lebensende, Katharina Kasper ViaNobis GmbH, Gangelt

**Susanne Kiepke-Ziemes** (Workshop 3)

Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e. V.

**Dr. Sonja Hiddemann** (Workshop 3)

Klinik für Palliativmedizin Uniklinik RWTH Aachen

**Serin Alma** (Workshop 4)

Dozentin im Gesundheitswesen und für interkulturelle Hospizarbeit, Jüchen

**Meryem Özmen-Yaylak** (Workshop 4)

Abteilung Wohlfahrt und Soziales, Leitung Hasene Deutschland e. V., Köln

**Prof. Dr. Werner Schneider** (Workshop 5)

Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät – Universität Augsburg

**Martina Kern** (Workshop 5)

Alpha Rheinland, Bonn

**TEILNEHMER/INNEN DES PODIUMSGESPRÄCHS:****Prof. Dr. Werner Schneider**

Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät – Universität Augsburg

**Martina Kern**

Alpha Rheinland, Bonn

**Martin Suschek**

Stiftungsvorstand Heilig Geist Stiftung, Dülmen

**Fattaneh Afkhami**

Kommunales Integrationszentrum, StädteRegion Aachen

**Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke**

Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen

**MODERATION PRESSEGESPRÄCH:****Dr. Stephan Frings**

Grünenthal GmbH, Stolberg

**ABSCHLUSSDIALOG:****Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke**

Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen

**Prof. Andreas Wittrahm**

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

**MARKT DER MÖGLICHKEITEN –  
TEILNEHMENDE INSTITUTIONEN:**

Amb. Hospizdienst Caritasverband für die Region Eifel e. V.

Amb. Hospizdienst Eschweiler / Stolberg

Amb. Hospizdienst Monschauer Land

Bestattungshäuser J. Bakonyi GmbH und Eco, Aachen

BZPG Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit gGmbH

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Deutsche PalliativStiftung

Familien-Scout, Aachen

FUDUL-Zentralstelle für islamische Wohlfahrt und Soziale Arbeit

Home Care e. V. Aachen

Hospizstiftung Region Aachen

Kindertrauergruppe Trauernetzwerk Alsdorf

Palliativnetz Stolberg-Eschweiler

Rhein-Maas Klinikum – Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin

Seniorenzentrum St. Severin



## Die Dokumentationen der Aachener Hospizgespräche im Internet:

[www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de) ->  
Engagement / Gesundheitsmanagement  
oder unter: [www.servicestellehospizarbeit.de](http://www.servicestellehospizarbeit.de)

## Der Filmbeitrag zum 111. Aachener Hospizgespräch im Internet:

[www.servicestellehospizarbeit.de](http://www.servicestellehospizarbeit.de) ->  
Aachener Hospizgespräche -> Überblick 2020



Auf Wiedersehen ...

... beim 113.  
Aachener Hospizgespräch

29. bis 30. Januar 2021  
im Museum Zinkhütter Hof,  
52223 Stolberg

M-NVA-DE-04-20-0004

