

## 92. Palliative und hospizliche Kultur: „Vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“

**16. November 2012 · 17.30 -21.00 Uhr**  
Museum Zinkhütter Hof, Stolberg

**17. November 2012 · 09.00 -17.00 Uhr**  
Forschungszentrum und corporate centre  
Grünenthal GmbH, Aachen



**BILDUNGSWERK  
AACHEN**  
Servicestelle Hospiz



**Caritas**  
Gemeinschaftsstiftung  
für das Bistum Aachen  
Nähe stiften. Zukunft gestalten.

# Hauptprogramm und Abstract-Booklet

# Palliative und hospizliche Kultur: „Vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“

Mit freundlicher Unterstützung von:



Partner des 92. Aachener Hospizgespräches:



# Herzlich Willkommen

## zum 92. Aachener Hospizgespräch



### Sehr geehrte Damen und Herren!

Aachen/Stolberg, im November 2012

Beim 92. Aachener Hospizgespräch ist es uns ein besonderes Anliegen, die aktuellen Themen in den Mittelpunkt zu stellen, die es begünstigen oder erschweren, dass eine vernetzte und flächendeckende Begleitung von schwersterkrankten Menschen im Bewusstsein der Gesellschaft und möglichst aller Akteure des Gesundheitswesens ankommt und umgesetzt wird.

Im besonderen Fokus soll dabei das Zusammenspiel der professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeiter stehen. Weitere inhaltliche Schwerpunkte werden sein:

- Was heißt heute hospizliche und palliative Kultur und wie kann der Prozess der Einbindung in die Gesellschaft weiter gefördert werden?
- Kann eine hospizliche Haltung noch in ein Gesundheitssystem transportiert werden, das unter ständigem Versorgungsdruck leidet und auf dem Wettbewerbsgedanken basiert?
- Ist das sehr erwünschte Bürgerschaftliche Engagement tatsächlich auf dem Weg, Lückenbüßer eines Sicherstellungsauftrages im Gesundheitssystem zu werden?
- Muss nicht auch das Profil des Ehrenamtlichen Engagements auf Grund von Mobilisierung und Anforderung an Flexibilität neu überdacht werden?
- Hat Pflege eine Chance, in Deutschland auf Augenhöhe und vernetzt in einem basisdemokratischen Prozess mit den medizinischen Kollegen hospizlich und palliativ zu arbeiten?
- Wie sollte der Prozess des Transfers von Palliative Care in die stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens unterstützt werden?

Diese brandaktuellen Themen werden sowohl im Plenum als auch in den Workshops im Mittelpunkt stehen. Wir freuen uns, wenn Sie dabei sind und mitgestalten!

### Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading 'V. Schönhofer-Nellessen'.

#### Veronika Schönhofer-Nellessen

Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen

Geschäftsführerin „Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V.“

# Hauptprogramm

## 92. Aachener Hospizgespräch

**Ärztlicher Kursleiter:** Johannes Wüller, Arzt für Allgemeinmedizin/Palliativmedizin, Leitender Arzt der Home Care Städteregion Aachen gemeinnützige GmbH

**Moderation:** Veronika Schönhofer-Nellessen, Aachen

**Museum Zinkhütter Hof**  
Bernhard-Kuckelkorn-Platz 9, 52223 Stolberg

**Interdisziplinäres Forum mit Podiumsdiskussion**

**Freitag, den 16.11.2012**



17.00 **Empfang**

17.30 **Begrüßung und Moderation:**  
**Veronika Schönhofer-Nellessen**  
Servicestelle Hospiz für die Städteregion Aachen

17.45 **Prof. Dr. phil. Werner Schneider** S. 10  
Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät Universität Augsburg

18.15 **Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm** S. 11  
Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.

18.45 **Dr. med. Volker Eissing** S. 12  
MVZ Birkenallee GbR, Papenburg

19.15 **Pause**

19.30 **Podiumsdiskussion: Moderation: Veronika Schönhofer-Nellessen**

**Ulrike Clahsen** · Hospiz der Hermann-Josef Stiftung, Erkelenz

**Dr. Volker Eissing** · MVZ Birkenallee GbR, Papenburg

**Stefanie Eßer** · Ambulanter Hospizdienst St. Anna, Alsdorf

**Prof. Dr. med. Friedemann Nauck** · Präsident d. Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin

**Prof. Dr. Werner Schneider** · Universität Augsburg

**Dr. med. Birgit Weihrauch** · Staatsrätin a.D.

**Prof. Dr. Andreas Wittrahm** · Caritas-Verband für das Bistum Aachen

20.30 **Zusammenfassung:**  
**Veronika Schönhofer-Nellessen**  
Servicestelle Hospiz für die Städteregion Aachen





## Forschungszentrale Betriebsrestaurant Grünenthal GmbH

Zieglerstraße 6, 52078 Aachen



## Bildungszentrum Grünenthal GmbH corporate centre

Zieglerstraße 1, Ecke Neuenhofstraße, 52078 Aachen

### Vormittags-Programm · Samstag, den 17.11.2012

08.30 Einlass · Forschungszentrum/Betriebsrestaurant

09.00 **Begrüßung und Moderation:**  
**Veronika Schönhofer-Nellessen**  
Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen

09.15 **Michael Wirtz**  
Vorsitzender des Vorstandes der Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin

09.35 **Prof. Dr. med. Friedemann Nauck**  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

10.00 **Dr. med. Birgit Weihrauch Staatsrätin a.D.**  
Ehem. Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V.

10.25 **Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers**  
Direktor des Instituts für Medizin-, Pflegepädagogik  
und Pflegewissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin

10.50 **Prof. Christel Bienstein**  
Fakultät f. Gesundheit, Departmentleiterin f. Pflegewissenschaft, Uni Witten/Herdecke

11.15 bis 11.30 Uhr: Kaffeepause

11.30 **Podiumsdiskussion: Moderation: Veronika Schönhofer-Nellessen**

**Prof. Christel Bienstein** · Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

**Christoph Drolshagen** · Vorstand des Hospiz- und Palliativverbandes NRW e.V.

**Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers** · Charité - Universitätsmedizin Berlin

**Beatrix Hillermann** · Hospizleitung Home Care Aachen

**Prof. Dr. med. Friedemann Nauck** · Präsident d. Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin

**Dr. med. Birgit Weihrauch** · Staatsrätin a.D.

12.45 **Kabarett**

13.00 bis 13.45 Uhr: **Mittagspause – Fußweg zum corporate centre**

14.15 bis 16.30 Uhr: **Parallel-Workshops im cc**

**Workshop 1:** Ehrenamt:

Raum Ecuador

**Workshop 2:** Vernetzung (Arzt – Pflege – Ehrenamt):

Raum Schweiz/Spanien

**Workshop 3:** Hospizliche Haltung:

Raum Portugal

**Workshop 4:** Versorgung:

Raum Österreich

**Workshop 5:** Gesellschaftliche Veränderungen:

Raum Italien

S.09

S.13

S.14

S.15



# Workshop-Programm

Samstag, den 17.11.2012



## Palliative und hospizliche Kultur: „Vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“ zur/zum:

14.15  
... 16.30

**Eröffnung der Workshops:**  
**5 Parallel-Veranstaltungen mit Impulsvorträgen und Diskussion bis 16.30 Uhr**  
**(Kaffeepause 15.15-15.30 Uhr)**

- 1:**
- Ehrenamt**  
Moderation: Dr. Andreas Walker, Wissenschaftlicher Mitarbeiter Lehrstuhl für Moralthologie, Katholisch-Theologische Fakultät Ruhr-Universität Bochum  
Berichterstattung: Stefanie Eßer, Ambulanter Hospizdienst St. Anna, Alsdorf  
Raum: Ecuador
- **Beatrix Hillermann**  
Hospizleitung Home Care Aachen  
Ehrenamt zwischen standardisierter Dienstleistung und lebendiger Begegnung **S. 19**
  - **Christoph Drolshagen**  
Geschäftsführer, Franziskus-Hospiz Hochdahl, Erkrath, Vorstand des Hospiz- und Palliativverbandes NRW e.V.  
„Ein Stuhl und ein Glas Wasser“ – Chancen, Notwendigkeiten und Grenzen des Zusammenspiels zwischen Ehren- und Hauptamt! **S. 20**
  - **Ulrike Herwald**  
Kordinatorin der Hospizbewegung Hilden e.V. und Mitglied des Vorstandes des Hospiz- und Palliativverbandes NRW e.V.  
Wann passt welches Ehrenamt in ein Leben? **S. 21**
- 2:**
- Vernetzung (Arzt-Pflege-Ehrenamt)**  
Moderation: Dr. med. Benjamin Gronwald, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar  
Berichterstattung: Dr. Christa Naber, ehrenamtliche Mitarbeiterin der Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen  
Raum: Schweiz/Spanien
- **Bernd Claßen**  
AOK Rheinland/Hamburg, Stv. Leiter der Regionaldirektion Aachen  
Vernetzung aus Sicht der Krankenversicherung als Vertragspartner in der Palliativversorgung **S. 22**
  - **Dr. med. Knud Gastmeier**  
Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerz- und Palliativmedizin, Potsdam  
Vernetzung in der Palliativmedizin (PCT „Potsdam und Umland GbR“) **S. 23**
  - **Dr. med. Sonja Burandt**  
Internistin und Palliativmedizinerin, Ambulante Palliativ- und Hospizversorgung Kempten-Oberallgäu  
SAPV im ländlichen Raum **S. 24**
- 3:**
- Hospizlichen Haltung**  
Moderation: Dr. Ivo Grebe; Internist, Ärztekammer Nordrhein, Vorsitzender des Vorstandes der Kreisstelle Aachen  
Berichterstattung: Manfred Pfeiffer, Vorsitzender PatientenForum e.V., Mainz  
Raum: Portugal
- **Dr. phil. Arnd T. May**  
Leiter des Zentrums für Angewandte Ethik, Recklinghausen  
Hospizliche Haltung **S. 25**
  - **Martina Deckert**  
Kordinatorin ambulante Hospizgruppe „Gemeinsam“, DRK KV StädteRegion Aachen e.V.  
Hospizliche Haltung – Achtung und Achtsamkeit **S. 26**
  - **Thomas Sitte**  
Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen PalliativStiftung, Fulda  
Zurück zur Hospizlichen Haltung! **S. 27**



## 4: Versorgung

Moderation: Dr. Leo Habets, Onkologe, Aachen

Berichterstattung: Hannelore Leiendecker, Koordinatorin im Kinderhospiz Aachen/Kreis Heinsberg

Raum: Österreich

- **Dr. med. Matthias Thöns**  
Ambulant tätiger Palliativmediziner, Palliativnetz Witten e.V.
- **Sebastian Gröbe**  
Fachkraft Palliative-Care beim PCT des DRK Kreisverbandes Kassel-Wolfhagen e.V., B.Sc. Gesundheitsmanagement  
M.A. Politikwissenschaften
- **Dr. med. Patricia Aden**  
Ärztammer Nordrhein, Düsseldorf

Ambulante Palliativversorgung –  
ist jetzt alles schön in der Praxis?

S. 28

SAPV in Deutschland – gleiches Recht  
und gleicher Inhalt für alle?

S. 29

Plädoyer für ein Delegationsgesetz

S. 30

## 5: Gesellschaftliche Veränderungen

Moderation: Christoph Finkeldey, Caritasverband für das Bistum Aachen e.V., Fachreferent, Bereich Facharbeit und Sozialpolitik

Berichterstattung: Chistoph Finkeldey

Raum: Italien

- **Jürgen Spicher**  
Fachreferent des Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.
- **Susanne Kiepke-Ziemes**  
Projektkoordinatorin des Projektes „Würdige Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen“, Sozialpädagogin, Familientherapeutin und Supervisorin (DGSF), Kursleitung Palliative Care, Viersen
- **Kerstin Heise**  
Ambulant Palliativpflegerischer Dienst des Caritasverbandes der Region Kempen-Viersen e.V.
- **Michael Dörmbach**  
Leiter des Mehrgenerationenhauses, Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V., Gemeinsozialarbeiter, Supervisor (SG),  
Leiter: Trauercafé Viersen

Gesellschaftliche Veränderungen – Implementierung  
der Palliativversorgung unter den Bedingungen des  
Pflegerversicherungsgesetzes (SGB XI) – Ergebnisse  
eines Implementierungsprozesses in acht Altenheimen

S. 31

Gesellschaftliche Veränderungen – Sterben zu Hause

S. 32

Gesellschaftliche Veränderungen – Sterben zu Hause

S. 33

Gesellschaftliche Veränderungen –  
Sterben zu Hause – Trauerbewältigung

S. 34

16.30 **Pause**

16.45 **Zusammenfassung und Verabschiedung**

im Workshop-Raum 2 „Schweiz/Spanien“

17.00 **Ende der Veranstaltung**

Für informelle Gespräche bleibt das corporate centre noch bis 18.00 Uhr geöffnet.

**Berichterstattung: Dr. Albrecht Klopfer (GPB), Berlin**



# Vorträge aus dem Plenumsprogramm

PROF. DR. PHIL. WERNER SCHNEIDER

PROF. DR. THEOL. ANDREAS WITTRAHM

DR. MED. VOLKER EISSING

MICHAEL WIRTZ

PROF. DR. MED. FRIEDEMANN NAUCK

DR. MED. BIRGIT WEIHRACH STAATSRÄTIN A.D

UNIV.-PROF. DR. MICHAEL EWERS

PROF. CHRISTEL BIENSTEIN





PROF. DR. PHIL WERNER SCHNEIDER

Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät Universität Augsburg

STERBEN-MACHEN ALS GESELLSCHAFTLICHE AUFGABE –  
ZUR BEDEUTUNG VON HOSPIZ- UND PALLIATIVKULTUR  
AUS SOZIOLOGISCHER SICHT

Das Sterben ist mittlerweile zweifellos zu einem gesellschaftlich relevanten, ja gesellschaftspolitisch brisanten Thema geworden. Hospiz als Bürgerbewegung, die alltägliche Praxis von Hospizarbeit und Palliativmedizin haben diesen gesellschaftlichen Diskussionsprozess und auch die damit einhergehende (Neu-)Institutionalisierung des Sterbens entscheidend mitgeprägt. Doch je mehr in diesem Sinne das Sterben seinen Weg zurück in die Gesellschaft findet, umso wichtiger werden Fragen danach, was hospizlich-palliative Kultur in einem zunehmend ökonomisch ausgerichteten Gesundheitssystem kennzeichnet, welche kulturelle Bedeutung ihr in der ‚Gesundheitsgesellschaft‘ zukommt und mit welchen gesellschaftlichen Folgen sie einhergeht.

Das ‚Sterben-Machen‘ – die gesellschaftliche Organisation von Sterbensprozessen – wird in Zukunft in vielfältigen, sich differenzierenden ‚Sterbenswelten‘ erfolgen, die möglicherweise immer weiter auseinanderdriften werden. Das ‚Personal des Sterbens‘ in den jeweiligen Sterbenswelten wird dabei voraussichtlich zunehmend heterogener und in seinen normativen Einstellungen und Wertorientierungen disparater, so dass das soziale Sterben immer unterschiedlicher, ungleicher erfolgen wird. Doch worauf kann – vor diesem Hintergrund – die kulturelle Selbstvergewisserung von Hospiz- und Palliativarbeit gründen und welchen Grundorientierungen folgt sie?

**PROF. DR. ANDREAS WITTRAHM**Bereichsleiter Facharbeit und Sozialpolitik  
im Caritasverband für das Bistum Aachen**„WIDER DIE EINSAMKEIT DER STERBENDEN  
IN IHREN LETZTEN TAGEN...“**

Vor dreißig Jahren veröffentlichte der Kritische Soziologe Norbert Elias einen Essay über „die Einsamkeit der Sterbenden in ihren letzten Tagen“. Er vertrat die These, dass Menschen in der Moderne unausweichlich einsam sterben müssten, weil aufgrund von Individualisierung und Traditionsverlust niemand mehr wüsste, wie man über den Tod und mit den Sterbenden angemessen kommunizieren könne. Etwa zur gleichen Zeit machte sich die Hospizbewegung auf, genau diese Entwicklung zu überwinden. Sie schuf Orte und Formen der Sterbebegleitung und forderte den politischen Diskurs über die Bedingungen eines menschenwürdigen Sterbens ein. Sie entdramatisierte das Sterben und holte damit die *ars moriendi*, die „Kunst des Sterbens“ in die gegenwärtige Kultur zurück. Und sie stellte viele theologische Meditationen über Sterben und Tod vom Kopf auf die Füße, indem sie handfeste Formen des geistlichen Beistandes für Sterbende ermöglichte.

Wenn heute das Ringen um eine angemessene Regelfinanzierung und fachgesellschaftliche Etablierung hospizlichen Handelns und palliativer Medizin und Pflege einerseits und die Abgrenzung zum assistierten Suizid andererseits viel Raum einnehmen, zeigt das, dass sich die gesellschaftlichen Diskussionsfelder eben immer wieder verändern und von den Akteuren der Hospiz- und Palliativbewegung aufgegriffen werden müssen. Es kommt allerdings darauf an, dass die Akteure sich immer wieder der drei zentralen Elemente der hospizlichen Tradition in allen aktuellen Diskussionen vergewissern und daran anknüpfen: Die Hospizbewegung ist (1) eine Bewegung aus der Mitte der Bürgerschaft, die (2) eines der großen Probleme der Modernen, nämlich die Entmenschlichung von Sterben und Tod, mit (3) politischem, kulturellem und spirituellem Anspruch überwindet und zeigt, dass die Wieder-Aneignung von Humanität auch in der spätmodernen Gesellschaft möglich ist.



**DR. MED. VOLKER EISSING**

Facharzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin,  
ärztlicher Leiter des MVZ Birkenallee GbR

**DAS WUNDER ZULASSEN –  
VERTRAUEN STÄRKT KRANKE AUF IHREM WEG**

Für den letzten Lebensweg sind weniger Leitlinien noch wissenschaftliche Kriterien wichtig, sondern einzig und allein die Chance sich selbst annehmen zu können und mit sich, seiner Krankheit und Gott Frieden zu schließen.

Den Menschen auf Ihrem letzten Lebensweg Vertrauen in sich selbst, in uns und Vertrauen darauf, auf dem Weg zum Jordan begleitet und auf der anderen Seite erwartet zu werden, zu schenken, das ist unsere Aufgabe. Menschen zu ermutigen, am Ende ihres Lebens einen Rückblick zu wagen, vertrauend darauf nicht verurteilt zu werden, ist wichtiger als leitliniengerechte Medikamententherapie.

Unser besonderes Projekt in der Palliativmedizin heißt: jährlich eine Lourdespilgerfahrt für Kranke und Gesunde, nicht wegen der Wunder. Jede Fahrt steht unter einer besonderen Überschrift wie: „Fürchte Dich nicht“ oder „Ich lasse Dich nicht fallen und verlasse Dich nicht“.

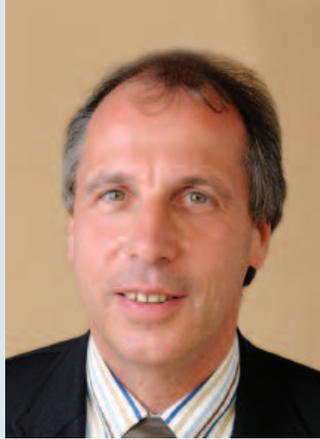
5 Tage auf dem Weg zu sich selbst, 5 Tage vertrauensbildende Maßnahmen, 5 Tage dem Himmel ein Stück näher zu kommen, das ist die Chance, die Lourdes bietet. Die Kraft und das Vertrauen geschenkt zu bekommen, nicht alleine zu sein und erwartet zu werden, das ist dann doch wiederum Wunder.

**MICHAEL WIRTZ**

Vorstandsvorsitzender der Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin

**FORSCHEN, BETREUEN UND HELFEN**

Die Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin fördert Wissenschaft und Forschung für Patienten mit nicht heilbarer Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Hierfür wurde im Jahre 2003 eine Stiftungsprofessur für Palliativmedizin an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule eingerichtet. Die Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin unterstützt die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen mit der Klinik für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Aachen. Die Klinik wurde im September 2004 eröffnet. Sie verfügt über 10 Betten, einen Konsildienst sowie eine Ambulanz auch im Rahmen des „Euregionalen Comprehensive Cancer Centers Aachen“ (ECCA). Ein 25-köpfiges Mitarbeiterteam unter der kommissarischen Leitung von Prof. Dr. med. Frank Elsner stellt die genannten Leistungen sicher. Jährlich werden nahezu 300 Patienten aus dem Großraum Aachen und der Euregio Maas-Rhein versorgt. Der Lehrstuhl für Palliativmedizin gewährleistet darüber hinaus die Ausbildung aller Medizin-Studierenden an der RWTH Aachen im Fach Palliativmedizin. Palliativmedizin ist bereits seit 2003 im Aachener Medizin-Curriculum als Pflichtlehr- und Prüfungsfach verankert. Erst im Jahre 2009 wurde jedoch Palliativmedizin als Pflichtfach in der Approbationsordnung mit Umsetzungsfrist bis 2013 festgelegt. Damit hat die Palliativmedizin in der medizinischen Ausbildung in Aachen für Deutschland eine Art Vorreiterrolle eingenommen. Seit 2006 richtet der Geschäftsbereich Deutschland der Grünenthal GmbH mit Unterstützung der Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin für die Servicestelle Hospiz Aachen jährlich ein Aachener Hospizgespräch als bundesweit ausgerichteten Kongress für bis zu 400 Teilnehmer aus allen interdisziplinären Bereichen des Hospizwesens, der Palliativmedizin und der Gesundheitspolitik aus. Seit 2008 stiftet Grünenthal jährlich den Anerkennungs- und Förderpreis für **ambulante Palliativversorgung** der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.



Samstag, 17.11.2012

PLENUMSPROGRAMM

PROF. DR. MED. FRIEDEMANN NAUCK

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin;  
Direktor der Abteilung Palliativmedizin; Zentrum Anaesthesiologie;  
Rettungs- und Intensivmedizin Georg-August-Universität Göttingen

FORSCHUNG IN DER PALLIATIVMEDIZIN –  
EINE GESELLSCHAFTLICHE UND ETHISCHE HERAUSFORDERUNG

13

Mitmenschlicher Umgang mit Leben, Sterben und Tod sowie der Respekt vor der Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender waren und sind zentrale Themen der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin. Die bis heute anhaltende beeindruckende Entwicklung der Palliativmedizin darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass zur Gestaltung der Zukunft zahlreiche Herausforderungen zu bewältigen sind. Das betrifft neben Fragen der Umsetzung im ambulanten und stationären Bereich sowie der Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung in besonderem Maße die Intensivierung und Entwicklung der Forschung im Bereich der Palliativmedizin. Durch die Etablierung von Lehrstühlen und Professuren an universitären Einrichtungen konnten sich erste kleinere Arbeitsgruppen bilden, die in sehr unterschiedlichen Bereichen die Forschung in der Palliativmedizin initiiert haben. Forschung in der Palliativmedizin ist jedoch mit einer Vielzahl praktischer und methodischer, aber auch ethischer und juristischer Probleme behaftet. Die Behandlung schwerst- und sterbenskranker Patienten bedarf grundsätzlich – wie in allen anderen medizinischen Fachbereichen auch – einer evidenzbasierten Entscheidungsgrundlage. Das Spektrum palliativmedizinisch relevanter Forschungsfragen in Bezug auf Themenvielfalt, Komplexität, Multiprofessionalität in der klinischen Praxis als auch Multiprofessionalität in der Umsetzung palliativmedizinischer Forschung unterscheidet sich hierbei deutlich von Forschung in anderen medizinischen Fachbereichen. Nicht nur die valide Erfassung, sondern auch die Behandlung belastender Symptome, die Frage nach den relevanten Therapiezielen, Behandlungsprioritäten, Behandlungskonzepten, Stellenwert der Angehörigen sowie die molekularen Grundlagen u.a. der Symptomkontrolle, aber auch die ethischen Positionen in Bezug auf Fragen der Therapiezieländerung, des Ressourcenverbrauchs, der sog. „Sterbehilfe“ zeigen das umfassende Forschungsspektrum auf. Die Diversität der relevanten Themen und die daraus resultierende Diversität der erforderlichen Forschungsmethoden erfordern die Etablierung multidisziplinärer Forschergruppen, in denen Ärzte, Psychologen, Sozialwissenschaftler, Pflegende und andere Berufsgruppen gemeinsam Forschungsprojekte bearbeiten, in denen quantitative und qualitative Methoden Anwendung finden. International haben sich inzwischen Forschungsverbünde und Arbeitsgruppen entwickelt und eine Arbeitsgruppe hat Forschungsbedürfnisse und Prioritäten im Bereich der Palliativversorgung festgelegt. Auch in Deutschland und den angrenzenden europäischen Ländern bedarf es der Einrichtung von Netzwerken für Forschungsprojekte, die sich speziellen Fragen in der Palliativmedizin widmen. Palliativmedizinische Forschung ist komplex und mit einer Vielzahl forschungsethischer und forschungsmethodischer Probleme behaftet. Implizit oder explizit werden ethische Bedenken bzgl. palliativmedizinischer Forschung eingedenk der besonderen Vulnerabilität der wissenschaftlich untersuchten Patientengruppe artikuliert. Hier gilt es gemeinsam Wege zu finden, eine ethisch vertretbare Forschung zu etablieren, um die zahlreichen offenen Fragen zukünftig gemeinsam beantworten zu können. Hierzu benötigen wir dringend bessere Bedingungen im klinischen Alltag für Forschungstätigkeiten z. B. durch die Finanzierung von Forschungsstellen. Die Durchführung von Forschung für bzw. an schwerst- und sterbenskranken Patienten ist vor allem dann erforderlich und geboten, wenn palliativmedizinische Forschung direkt klinisch relevant ist, wenn sie die Möglichkeit eröffnet, dass andere Mitpatienten profitieren, und wenn sie die besondere Vulnerabilität und Vorsorgenotwendigkeit der in der Palliativmedizin behandelten Patienten akzeptiert. Damit kann Forschung mit Sicherheit auch zu einer palliativen und hospizlichen Kultur: „Vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“ beitragen.

**DR. MED. BIRGIT WEIHRACH STAATSRÄTIN A.D.**

Ehem. Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e. V.

**WIRD STERBEBEGLEITUNG ZUR GESCHÄFTSIDE  
AM GESUNDHEITSMARKT?**



Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsmarkt, Gesundheitsgesellschaft – unser Gesundheitssystem wird immer stärker geprägt von Wettbewerb und ökonomischen Interessen, die sich auch in neuen Begrifflichkeiten niederschlagen. Wovon sprechen wir? Vom Kunden, Klienten oder Konsumenten? Oder doch wie bisher vom Patienten oder einfach vom Menschen? Wie verträgt sich dieses Verständnis mit dem Verständnis von Hospizbewegung und Palliativversorgung, die die Zuwendung zum Menschen, den umfassenden, ganzheitlichen Ansatz mit seiner körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Dimension ganz in den Mittelpunkt stellen – kurz skizziert mit den Begriffen „High Touch – Low Tech“. Die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland ist inzwischen integrierter Teil unseres Gesundheitssystems. Das ist richtig und war gewollt, weil es für Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung gewährleistet. Wenn gesundheitliche Versorgung aber immer stärker unter dem herrschenden Kostendruck mit ökonomischen Zwängen konfrontiert ist, dann braucht es eine Gegenbewegung und es bedarf der Überzeugungskraft gegenüber der Politik und den Verantwortlichen im Gesundheitswesen, denn es geht um die Bedürfnisse und Wünsche schwerstkranker und sterbender Menschen. Mit der demographischen Entwicklung und der Zunahme alter, pflegebedürftiger und demenziell erkrankter Menschen ist unsere Gesellschaft in der Zukunft vor immense Herausforderungen gestellt. Die Zahl pflegebedürftiger Menschen wird bis zum Jahr 2030 auf rd. 3,5 Mio ansteigen, die Zahl demenzkranker Menschen wird sich bis dahin auf rd. 2,4 Mio verdoppeln. Hospizkultur und Palliativkompetenz – sie müssen in allen Einrichtungen, in denen Menschen in ihrer letzten Lebensphase betreut werden, integriert werden, in die allgemeinen Krankenhäuser, in die stationären Pflegeeinrichtungen und in die allgemeine hausärztliche und pflegerische Versorgung. Es braucht dazu eine gesellschaftliche Kultur, bürgerschaftliches Engagement und die Solidarität mit alten und schwerstkranken Menschen – als Kontrapunkt zum Gesundheitsmarkt. Wo steht unsere Gesellschaft mit ihrem Wissen und ihren Einstellungen, wie sind ihre Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse, bezogen auf das eigene Sterben, vor welchen Entwicklungen und Herausforderungen stehen wir und welche Antworten können wir mit der Hospizbewegung und Palliativmedizin auf diese Fragen geben.



**UNIV.-PROF. DR. MICHAEL EWERS MPH**

Direktor des Instituts für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft,  
Charité - Universitätsmedizin Berlin

**PALLIATIV- UND HOSPIZKULTUR  
IN DER VERSORGUNG CHRONISCH KRANKER**

Um die Versorgung und Pflege chronisch kranker, multimorbider und sterbender Menschen patientenorientierter zu gestalten, sollen leitende Prinzipien und Wertvorstellungen aus dem Palliativ- und Hospizbereich verstärkt in alle Versorgungsbereiche übertragen werden. Zahlreiche Initiativen richten ihr Augenmerk dabei auf Einrichtungen und Angebote der Langzeitversorgung und Pflege. Grundlegende Annahmen, die diesen Initiativen zugrunde liegen, werden exploriert und aus pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht reflektiert. Neben den Umsetzungsbedingungen in diesen Einrichtungen kommen auch Qualifikationsanforderungen in der Pflege chronisch kranker, multimorbider und sterbender Menschen zur Sprache. Im Ergebnis wird aufgezeigt, dass die Anpassung der Versorgung an den Bedarf chronisch kranker, multimorbider und sterbender Menschen nicht allein veränderter Leit- und Wertvorstellungen bedarf. Ebenso bedeutsam sind wissenschaftlich fundierte Konzepte, zeitgemäße Qualifikationsprofile und förderliche Kontextbedingungen, um den gestiegenen Anforderungen in der Versorgung und Pflege dieser wachsenden Patientengruppe in allen Versorgungssettings entsprechen zu können.



**PROF. CHRISTEL BIENSTEIN**

Universität Witten/Herdecke – Fakultät für Gesundheit,  
Departmentleiterin für Pflegewissenschaft

— Abstract lag bei Drucklegung nicht vor —

# Anerkennungs- und Förderpreis für ambulante Palliativversorgung

## Ausschreibung 2013



### Präambel

Zur Anerkennung des besonderen Engagements bzw. zur Förderung von Initiativen und Projekten im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung verleiht die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) seit dem Jahr 2008 den „Anerkennungs- und Förderpreis für ambulante Palliativversorgung“. Stifter des Preises ist die Firma Grünenthal GmbH. Der „Anerkennungs- und Förderpreis für ambulante Palliativversorgung“ kann vergeben werden an Personen und Institutionen, die sich in besonderer Weise um die Entwicklung der Palliativmedizin im ambulanten Bereich verdient gemacht haben. Anerkennungs- und Förderpreis bedeutet, dass damit schon geleistetes besonderes Engagement in der ambulanten Palliativversorgung anerkannt werden soll, aber gleichzeitig auch eine zukünftige Weiterführung gefördert wird.

Die Auswahl der Preisträger wird von einem Fachgremium vorgenommen. Die Preisrichterkommission besteht aus 5 Mitgliedern, die vom Vorstand der DGP jährlich vorgeschlagen werden. Mindestens 2 Mitglieder entsendet der Vorstand und mindestens 2 Mitglieder sind als externe Sachverständige vom Vorstand zu benennen.

### Voraussetzung und Durchführung der Preisverleihung

#### Die Preisverleihung erfolgt:

An Personen, Gruppierungen, Einrichtungen oder Institutionen, die sich in besonderer Weise um die Qualitätsentwicklung der ambulanten Palliativversorgung verdient gemacht haben bzw. bemühen. Der Nachweis dazu muss durch Forschungs- oder Projektbeschreibungen, Fachgutachten bzw. entsprechende Publikationen erfolgen. Die Projekte sollen einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Palliativversorgung darstellen und über den eigenen Bereich hinaus wirken. Arbeiten können von allen in der Palliativmedizin tätigen Berufsgruppen eingereicht werden.

#### Bewerbungsverfahren:

1.) Anträge für den Preis dürfen nur für Projekte und Arbeiten, die eine direkte Beziehung zur ambulanten Palliativversorgung haben, eingereicht werden. Arbeiten und Projekte mit „Zwischenergebnissen“ sind ausdrücklich erwünscht. Anträge sollen in Form einer pdf-Datei eingereicht werden, die vom Umfang her einer Zeitschriftenveröffentlichung entspricht (10-30 Seiten, inkl. Anlagen).

- 2.) Die Anträge für den Preis sollen an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin **bis zum 31. März des laufenden Jahres** eingereicht werden (Adresse: Aachener Str.5, 10713 Berlin, eMail: [dgp@dgpalliativmedizin.de](mailto:dgp@dgpalliativmedizin.de)). Der Stichtag kann auf Beschluss des Vorstandes der DGP verlängert werden.
- 3.) Der Eingang des Antrags wird den Bewerbern innerhalb von 4 Wochen bestätigt.

### Arbeit der Kommission

- 1.) Nach Ablauf des Stichtages werden jedem Mitglied der Preisrichterkommission alle Anträge mit den Projekt- bzw. Arbeitsbeschreibungen zugesandt.
- 2.) Die Preisrichterkommission wählt auf Vorschlag des Vorstands der DGP einen Vorsitzenden.
- 3.) Die Mitglieder der Kommission bewerten die Arbeiten nach inhaltlichen und formalen Kriterien bzw. durch eine Gesamtwürdigung in ihrer Bedeutung für die ambulante Palliativversorgung. Die Bewertung erfolgt mittels eines für einzelne Kriterien festgelegten Punktesystems.
- 4.) Die Kommission kann einen einzelnen oder mehrere Preisträger benennen. Die endgültige Auswahl des Preisträgers/der Preisträger findet auf einer gemeinsamen Sitzung/Telefonkonferenz der Preisrichterkommission statt. Die Benennung des Preisträgers/der Preisträger sollte einmütig erfolgen.
- 5.) Die Preisrichterkommission kann auf die Zuerkennung des Preises verzichten.
- 6.) Ungeachtet der eingereichten Arbeiten kann die Preisrichterkommission dem Vorstand der DGP vorschlagen, Projekte, Institutionen oder Personen wegen deren besonderem Engagement auf dem Gebiet der ambulanten Palliativversorgung den Preis zuzuerkennen. Ein solcher Vorschlag muss einstimmig erfolgen und bedarf einer besonderen Begründung.
- 7.) Die Entscheidung der unabhängigen Kommission ist nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Die Mitglieder der Kommission verpflichten sich, ihre Bewertung innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Bewerbungsfrist abzugeben.

Der Preis, dotiert mit 10.000 €, wird jährlich ausgeschrieben. Die prämierte(n) Arbeit(en) werden im Rahmen der Preisverleihung vorgestellt und ein Bericht über die Arbeit(en) soll in der Zeitschrift für Palliativmedizin veröffentlicht werden.



# VERLEIHUNG DES ANERKENNUNGS- UND FÖRDERPREISES „AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG“ 2012

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat in diesem Jahr zum fünften Mal den Anerkennungs- und Förderpreis „Ambulante Palliativversorgung“ verliehen. Der mit 10.000 Euro dotierte Preis wird von der Firma Grünenthal GmbH gestiftet.

Die Jury hat im Jahr 2012 unter zwölf eingereichten Arbeiten einstimmig die Darstellung der Entwicklung eines SAPV-Teams in einer ländlichen Region für den ersten Preis ausgewählt. Dieses Projekt, so Jurypräsident Prof. Dr. Raymond Voltz, konnte nicht nur anschaulich und damit vorbildhaft zeigen, dass der Aufbau der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung im ländlichen Raum durchaus möglich ist, zusätzlich überzeugte die Arbeit durch ihre klare und aussagekräftige Darlegung der Thematik, der Methodik, der Datenlage und der konkreten Herausforderungen vor Ort.



(v. l. n. r.): Dr. med. Sabine Kubuschok, Dr. med. Maja Norys, Priv.-Doz. Dr. med. Otto Prümmer, Dr. med. Sonja Burandt, Christa Knedlitschek, Leitung SAPV  
Foto: © Resi Steiner/Kempten

**Die Verleihung des Förderpreises der DGP an das SAPV-Team** fand während des 9. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Berlin, und zwar am 13. September 2012, statt. Prof. Dr. Friedemann Nauck, Präsident der DGP betonte in seiner Laudatio, dass die ausgezeichnete Arbeit die Bedeutung der ambulanten Palliativversorgung in Deutschland mit ihren heterogenen Strukturen gerade in ländlichen Gegenden untermauert und mit ihren konkreten Empfehlungen dazu beitragen kann, dass sich weitere SAPV-Teams entwickeln. In der Arbeit wird der Übergang eines Förderprojekts der Deutschen Krebshilfe „Etablierung eines ambulanten palliativmedizinischen Konsiliardienstes für die Region Kempten-Oberallgäu“ von Mai 2009 bis April 2011 zu einem Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ab Mai 2011 beschrieben. Im Juni 2011 wurde rückwirkend zum Mai 2011 der Vertrag über die Erbringung Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 132 d i. V. m. 37 b SGBV im Freistaat Bayern zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Klinikum Kempten-Oberallgäu gGmbH unterzeichnet.



Kai Martens, Geschäftsführer Deutschland der Grünenthal GmbH, beglückwünscht die Preisträger im Rahmen der Plenarsitzung bei der Eröffnung des DGP-Kongresses

Foto: ©Gesundheitsmanagement/Grünenthal

Die Preisträger nahmen in Berlin außerdem die Glückwünsche von Kai Martens, Geschäftsführer Deutschland der Grünenthal GmbH entgegen, der ihnen insbesondere zu ihrem herausragenden Engagement in der Region Kempten-Oberallgäu gratulierte, die mit weiten Anfahrtswegen und Höhendifferenzen eine spezielle Organisation der täglichen Arbeit verlangt.

## Preisträger DGP Förderpreis 2012

**Stifter:** Grünenthal GmbH, Aachen

**1. Preis:** 10.000 EUR

**Titel:** Vom Förderprojekt der Deutschen Krebshilfe zur SAPV: Aufbau eines SAPV-Teams im ländlichen Raum

## Preisträger:

Frau Dr. med. Sonja Burandt  
Frau Christa Knedlitschek  
Frau Dr. med. Sabine Kubuschok  
Frau Dr. med. Maja Norys  
Herr PD Dr. med. Otto Prümmer  
(Ambulante Palliativ- und Hospizversorgung Kempten-Oberallgäu)

# Impulsvorträge zu den Workshops

BEATRIX HILLERMANN

CHRISTOPH DROLSHAGEN

ULRIKE HERWALD

BERND CLASSEN

DR. MED. KNUD GASTMEIER

DR. MED. SONJA BURANDT

DR. PHIL. ARND T. MAY

MARTINA DECKERT

THOMAS SITTE

DR. MED. MATTHIAS THÖNS

SEBASTIAN GRÖBE

DR. MED. PATRICIA ADEN

JÜRGEN SPICHER

SUSANNE KIEPKE-ZIEMES

KERSTIN HEISE

MICHAEL DÖRMBACH



BEATRIX HILLERMANN  
Hospizleitung Home Care Aachen

## EHRENAMT ZWISCHEN STANDARDISierter DIENSTLEISTUNG UND LEBENDIGER BEGEGNUNG

In diesem Jahr erschien im Hospizverlag eine Dissertation, in der sich die Autorin, Michaela Fink, mit der Frage beschäftigt, ob die immer weiter um sich greifende Standardisierung hospizlicher Arbeit nicht letztlich die lebendige Begegnung mit dem Sterbenden und seinen Zugehörigen verhindere.

In Auseinandersetzung mit der Arbeit von Ivan Illich erläutert sie, dass ab einer gewissen Intensitätsschwelle der Institutionalisierung der eigentliche Zweck gefährdet bzw. ins Gegenteil verkehrt wird. Fink sieht die Gefahr, dass durch die zunehmende Standardisierung der Hospizarbeit der Sterbende verdinglicht wird zum Objekt einer Strategie oder Methode. Auch die spezialisierten Aufgaben von Ehrenamtlichen (emotionale Unterstützung geben, Brückenfunktion bei gestörten Verbindungen wahrnehmen, Zugang zur Außenwelt ermöglichen, etc.), die vor einigen Jahren im Rahmen der Dokumentationsverpflichtung herausgearbeitet wurden, belegen nach Fink diese Tendenz.

Sie warnt vor dem Versuch die Ziele und Werte der Hospizbewegung durch technische Lösungen zu „sichern“. Ethisches Handeln könne nicht vertraglich hergestellt werden, sondern müsse als Haltung gelebt werden.

Die Befähigungskurse für Ehrenamtliche sind von allen Fort- und Weiterbildungsangeboten in der Hospiz- und Palliativarbeit am stärksten selbsterfahrungsbezogen. Die TeilnehmerInnen werden mit ihrer Lebens- und Leidensgeschichte in Kontakt gebracht und so immer stärker sensibilisiert für die Leidensgeschichte der Sterbenden und ihrer Zugehörigen. Vielleicht könnten gerade über die Ehrenamtlichen drei zentralehaltungsfragen immer wieder als Korrektiv in die Hospiz- und Palliativarbeit eingebracht werden: – Ein Bewusstsein für die eigene Begrenztheit zu bewahren, – Präsent zu sein ohne den Zwang etwas tun zu müssen, – Momente größter Hilflosigkeit auszuhalten ohne jede Angst wegtherapieren zu müssen.

**CHRISTOPH DROLSHAGEN**

Geschäftsführer, Franziskus-Hospiz Hochdahl, Erkrath,  
Vorstand des Hospiz- und Palliativverbandes NRW e. V.

**„EIN STUHL UND EIN GLAS WASSER“ –  
CHANCEN, NOTWENDIGKEITEN UND GRENZEN  
DES ZUSAMMENSPIELS ZWISCHEN EHREN- UND HAUPTAMT!**



An zwei Beispielen wird gezeigt, dass die Rolle des Ehrenamtes in der Hospiz- und Palliativarbeit künftig noch wichtiger wird, dass das Zusammenspiel von bürgerschaftlicher Bewegung und hauptamtlichen Strukturen jedoch einer besonderen Obacht und gut geklärter Rahmenbedingungen bedarf. Ehrenamt ersetzt niemals Hauptamt, sondern ergänzt es an entscheidenden Punkten.

**Beispiele:**

1. Ehrenamt in einem ambulant-stationären Hospizzentrum (Franziskus-Hospiz Hochdahl)
2. Kooperationen zwischen ambulanten Hospizen und Einrichtungen der Altenpflege
3. Projekt des Hospiz- und Palliativverbandes NRW: Sicherstellung und Weiterentwicklung der bürgerschaftlichen Hospizarbeit in NRW angesichts sich ändernder gesellschaftlicher Rahmenbedingung und hospizlich-palliativer Versorgungsstrukturen



**ULRIKE HERWALD**

Koordinatorin der Hospizbewegung Hilden e.V.  
und Mitglied des Vorstandes des Hospiz- und Palliativverbandes NRW e.V.

**WANN PASST WELCHES EHRENAMT IN EIN LEBEN?**

**E**hrenamtliches Tun in verschiedenen Bereichen der Hospizarbeit – und in verschiedenen Lebensphasen:

Ein Blick auf die Fragen, Anforderungen und Chancen anhand einer „Hospizbiographie“:

**Qualifizierungsseminare (Grundkurs, Aufbaukurs)**

- Haben sich die Anforderungen an Qualifizierung in den letzten Jahren geändert?
- Welche Menschen – in welchen Lebensphasen – kommen in die Qualifizierungsseminare der Hospizdienste?
- Hat sich die Motivation der Interessenten verändert?

**Patientennaher ehrenamtlicher Dienst**

- Wie werden wir den Menschen, die hospizlich begleitet werden, gerecht – auch mit einem veränderten „Zeitbudget“ der Ehrenamtlichen?
- Wie lassen sich Ehrenamt und Berufstätigkeit miteinander vereinbaren?

**Sprecher der Ehrenamtlichen**

**Mitarbeit im Vorstand, z. B. als Vertreterin aus der Kirchengemeinde**

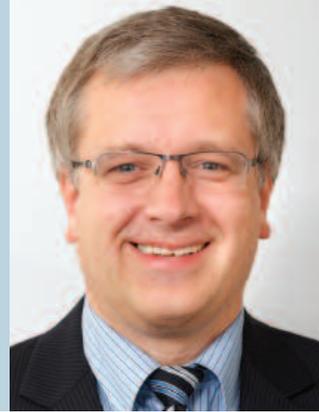
- Wo – außer im patientennahen Dienst – gibt es wichtige Einsatzbereiche für das Ehrenamt?
- Wie findet auf der Ebene des Ehrenamts die Vernetzung mit den örtlichen Gegebenheiten statt?
- Haben die Hospizvereine auch ein oder zwei Jahrzehnte nach der Gründungsphase noch die nötige Anbindung an die Ortsgemeinde?

**Vorstandstätigkeit im HPV NRW mit dem Arbeitsschwerpunkt Ehrenamt**

- Politische Arbeit – der Blick über den lokalen Tellerrand: Notwendiges Übel oder auch ein Teil der Umsetzung passend zur „ursprünglichen“ Motivation?

## BERND CLASSEN

AOK Rheinland/Hamburg, Stv. Leiter der Regionaldirektion Aachen

VERNETZUNG AUS SICHT DER KRANKENVERSICHERUNG  
ALS VERTRAGSPARTNER IN DER PALLIATIVVERSORGUNG

In Nordrhein-Westfalen haben 2005 Partner im Gesundheitswesen und die Landesregierung mit einem „Kooperativen integrativen Versorgungskonzept“ die Grundlage für eine flächendeckende Palliativversorgung in NRW geschaffen. Bereits in diesem Konzept spielt das Thema „Vernetzung“ eine zentrale Rolle.

**Aus Sicht der Krankenversicherung sehen wir „Vernetzung“ aus zwei Blickwinkeln.**

Die Komplexität der Versorgung eines Palliativpatienten stellt hohe Anforderungen an die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten aus Medizin und Pflege. In einem in Sektoren organisierten und denkenden Gesundheitssystem eine besondere Herausforderung. Umso wichtiger, dass der Gesetzgeber bei der SAPV Wert auf die Bildung von Palliativ-Care-Teams gelegt hat. Wir erwarten zusätzlich bei der Vertragsgestaltung (ambulante-, stationäre- und pädiatrische Versorgungsverträge), dass unsere Vertragspartner die Einbindung, Vernetzung und Zusammenarbeit aller an der Versorgung des einzelnen Patienten beteiligten Institutionen in ihrem Konzept beschreiben und die Vernetzung auch leben. Dies gilt insbesondere für die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen ambulanten Hospizdiensten.

Die Vernetzung der Partner in der Palliativversorgung ist jedoch nicht nur im Hinblick auf den einzelnen Patienten wichtig. Von ebenso hoher Bedeutung ist das „Netzwerken“ der Akteure auf regionaler Ebene. Der regelmäßige Erfahrungsaustausch und die Kommunikation der Partner schafft Vertrauen und verbessert die Zusammenarbeit.

Das Palliativnetzwerk in der Städteregion Aachen ist hierfür ein hervorragendes Beispiel. Das Aachener Netzwerk führt regelmäßig alle Beteiligten zusammen, egal ob Ehrenamtler, Mediziner, Pflegefachkraft oder wir als Krankenversicherung.



DR. MED. KNUD GASTMEIER

Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerz- und Palliativmedizin, Potsdam

VERNETZUNG IN DER PALLIATIVMEDIZIN  
(PCT „POTSDAM UND UMLAND GBR“)

Im damals 3. größten Landkreis Deutschlands zuzüglich der Landeshauptstadt Potsdam (2600qkm) sollte im Zeitraum von 2 Jahren bis April 2013 eine flächendeckende SAPV für 343955 Einwohner aufgebaut werden. Diesen Auftrag übernahmen 3 Ärzte und ein Kernteam „Pflege“. Dieses bestand aus 6 (PDL) verschiedenen Hauskrankenpflegern (HKP) in denen 17 qualifizierten Hauskrankenpflegekräfte, arbeiteten. Nach der Vertragsunterzeichnung konnten kontinuierlich weitere Ärzte (7) und Pflgeteams (6) hinzu gewonnen werden.

Im Vortrag soll die Vorgeschichte seit 1985 und die aktuellen Methoden unseres Teams dargestellt werden. Vor diesem Hintergrund wird ersichtlich, dass durch Einbeziehung gewachsener Strukturen in vielfältigen Vernetzungsebenen schnell und effektiv eine flächendeckende SAPV möglich ist. Dies ist in einem großen Landkreis und in einer Großstadt zusammen – ohne Fördergelder und Anschubfinanzierung – hier erfolgt!

Innerhalb von 18 Monaten wurde 330 SAPV Pat. im gesamten Versorgungsgebiet behandelt. Alle an uns gerichteten Nachfragen konnten von Anfang an bedient werden. 93% aller verstorbenen Pat. konnten außerhalb des Krankenhauses bis zum Tod betreut werden (73% zu Hause, 20% im stat. Hospiz, 3% auf Palliativstation u. 4% im Krankenhaus). Die mediane Betreuungszeit lag bei 18 Tagen. Die Patienten wohnten in 47 verschiedenen PLZ-Gebieten und wurden mit einem medianem Regelanfahrweg von 8 km quasi wohnortnah versorgt. Die breite Akzeptanz und jahrelange Vernetzung der Ärzte, HKP mit anderen tragenden Strukturen der Palliativversorgung wird durch die hohe Anzahl von 89 ärztlichen und 17 Krankenhäusern als SAPV Erstverordner unterstrichen.

Die niedrige SAPV-Pflegekalkulation (250 Euro/Woche) ist ein betriebswirtschaftliches Risiko für unsere HKP. Bei einem 7 Tagesvergleich der Behandlungspflege IV (3 Tageseinsätzen) mit der SAPV heißt dies, dass sich eine Gesamtvergütung von 249,48 Euro ergibt, also 0,52 Euro Differenz zur SAPV Wochenpauschale!. Für die HKP macht es betriebswirtschaftlich kaum Sinn ihr Pflegepersonal in Richtung SAPV zu qualifizieren und die Kosten von ca. 5000 Euro zu tragen. Da SAPV qualifizierungsberechtigte Personal so gut wie nicht auf dem Arbeitsmarkt verfügbar ist und nach der Qualifikation diese Fachkräfte einem erhöhten Abwerberdruck durch andere, besser zahlende Bundesländer (insbes. Berlin) unterliegen, kann die notwendige SAPV-Qualifikation sogar zur Existenzbedrohung in den HKP führen! Unsere Vernetzung der HKP in einem Kernteam zeigt hier ein passageres aber effektives Lösungsmodell, ohne dass wir nicht hätten starten können.

**DR. MED. SONJA BURANDT**

Internistin und Palliativmedizinerin,  
Ambulante Palliativ- und Hospizversorgung Kempten-Oberallgäu

**SAPV IM LÄNDLICHEN RAUM**

Durch die Förderung der Deutschen Krebshilfe konnte im Zeitraum von Mai 2009 bis April 2011 unter der Regie des Klinikums Kempten-Oberallgäu ein überwiegend konsiliarisch arbeitender ambulanter Palliativdienst (APD) für die Stadt Kempten und den Landkreis Oberallgäu aufgebaut werden. Nach Ablauf des Förderprojekts wurde auf diesen Strukturen basierend das Palliative-Care-Team „Ambulante Palliativ- und Hospizversorgung Kempten-Oberallgäu“ des Klinikums Kempten gegründet, das die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in dieser ländlich geprägten Region erbringt. In den ersten Monaten wurden die Ausrüstung des Teams und die Öffentlichkeitsarbeit finanziell von der Paulakubitschek-Vogel-Stiftung und mit Fördermitteln des Bayerischen Staatsministeriums unterstützt.

Das mittlerweile zwölfköpfige Team aus Pflegekräften, Ärzten, einem Diplom-Sozialwirt und einer Verwaltungsangestellten hat seinen Sitz im Norden des Versorgungsgebietes in der Stadt Kempten (65.000 Einwohner) und ist für das gesamte Oberallgäu zuständig (150.000 Einwohner).

SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot. Eine enge Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, Physiotherapeuten, Hospizvereinen, stationären Hospizen, Beratungsstellen, Sanitätshäusern und Apotheken ist zwingend erforderlich. Aufgrund der großen Entfernungen werden viele Absprachen telefonisch getroffen, der persönliche Kontakt zwischen den Beteiligten – z.B. bei gemeinsamen Hausbesuchen – ist aber von unschätzbarem Wert.

Fast eineinhalb Jahre nach Tätigkeitsbeginn hat sich das Palliative-Care-Team als wichtiger Leistungserbringer bei der palliativen Versorgung Schwerkranker in der Region etabliert.



Das Selbstverständnis der Hospizbewegung scheint sich in den letzten Jahren zu verändern. Dabei steht mehr und mehr der Sterbende im Vordergrund. Diese Patientenzentrierung bringt mitunter Konflikte, wenn Wünsche geäußert werden, zu denen die Beteiligten nicht bereit sind. Das muss nicht in medizinethischen Extremsituationen gipfeln. Moralische Konflikte entstehen durch das Miteinander von moralisch Fremden. Den moralischen Stress zu bearbeiten gelingt durch Ethikberatung. Neben einer Methode der Konfliktlösung wird der Beitrag Vorschläge skizzieren für eine Positionsbestimmung einer hospizlichen Ethik. Dabei werden vorgeschlagene Konzepte wie eine „Ethik der Zwischenmenschlichkeit“ (Höver) auf die Praktikabilität des Alltags bezogen und Vorschläge für eine genauere Bestimmung einer hospizlichen Ethik vorgestellt.

## MARTINA DECKERT

Koordinatorin ambulante Hospizgruppe „Gemeinsam“,  
DRK KV Städteregion Aachen e. V.

## HOSPIZLICHE HALTUNG – ACHTUNG UND ACHTSAMKEIT



Die „Hospizliche Haltung“ ist ganz zu recht immer wieder im Fokus der Aufmerksamkeit. Doch gerade das Thema dieses Aachener Hospizgespräches halte ich für das wirklich Entscheidende: Es muss darum gehen, eine hospizliche und auch palliative Kultur tatsächlich in der Gesellschaft weiter zu entwickeln und lebendig umzusetzen.

In meinem Impulsvortrag möchte ich auf Möglichkeiten dieser Kultivierung in der heutigen Gesellschaft eingehen und Beispiele aus der Praxis nennen.

Dies erfordert, die sich verändernde Gesellschaft sowie den Umgang mit Krankheiten und nicht zuletzt unser Gesundheitssystem in den Blick zu nehmen. Der Schluß von hospizlicher und palliativer Kultur ist ganz entscheidend. Die enge Vernetzung auf Augenhöhe ist dabei Grundsatz und Ausdruck der hospizlichen und palliativen Haltung.

Wichtig ist mir gleichzeitig, das Wesen der „Hospizlichen Haltung“ zu betrachten. „Hospizliche Haltung“ ist kein starres Konzept, sondern mit meinen Worten eine Art „Innere Geräumigkeit“, die auch in einer Situation der Bedrängnis und Begrenztheit mehr Raum und Möglichkeiten, auch für mein Gegenüber schaffen kann. Ihr zugrunde liegen ein tiefer Respekt vor dem Leben, Wahrhaftigkeit und ein ganz grundsätzlich wertschätzender Umgang miteinander, nicht erst im hospizlichen Umfeld. „Hospizliche Haltung“ bedeutet Achtung und Achtsamkeit und ist immer wieder eine Herausforderung.



**G**eld verdirbt den Charakter, hat Großmutter weise zitiert. Und in Hospizarbeit und Palliativversorgung wird man daran erinnert. Geld zerstört bürgerschaftliches Engagement! Eine provokante These: das kann man auch im Spannungsfeld rein ehrenamtlich ausgerichteter Hospizdienste in Kooperation mit der Geschäftsidee SAPV beobachten.

Für manche kleine, feine, fachlich hochkompetente Kooperation mag dies der Todesstoß sein. Das war nie beabsichtigt, ist aber systemimmanent, da mit dem GKV-WSG bewusst der Wettbewerb in der Palliation gefördert wurde.

Welche Konsequenzen können wir daraus ziehen?

SAPV-Teams müssen solide finanziert hauptamtlich in SAPV tätig sein, nicht nebenher. Die Ambulanten Hospizdienste müssen immer fest und kooperativ in die Versorgung von Patienten eingebunden sein. Dabei braucht die Mehrzahl der SAPV-Patienten den AHD, aber nur rein Teil der AHD betreuten Patienten benötigt SAPV. Und jedes SAPV-Team sollte bei den Ehrenamtlichen beobachten können, wie eine hospizlich engagierte Haltung die eigene professionelle Arbeit beeinflussen kann. SAPV ohne Hospizdienst ist kaum möglich!

Aber: Ambulante Hospizdienste müssen weiterhin ehrenamtlich getragen bleiben. Sonst verlöre die Hospizarbeit die Grundlage der eigenen Haltung und es müßte letztlich die Berechtigung der Hospizarbeit hinterfragt werden. Denn dann ginge sie in der professionalisierten ambulanten Palliativversorgung auf. Wenn es aber zu einer gut eingespielten Kooperation kommt, dann gilt:

**SAPV ergänzt Hospizarbeit ideal! Beides braucht hospizliche Haltung.**

**DR. MED. MATTHIAS THÖNS**

ambulant tätiger Palliativmediziner, Palliativnetz Witten e. V.

**AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG –  
IST JETZT ALLES SCHÖN IN DER PRAXIS?**

Nach 5 Jahren gesetzlichem Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung entwickelt sich in vielen Gegenden eine wachsende und gute Versorgungssituation für sterbende Menschen in ihrer gewohnten Umgebung. In dem Beitrag sollen – anhand alltäglicher Fallberichte – Probleme der Versorgungssituation aufgezeigt werden. Exemplarisch werden wiederkehrende Problemfelder, wie die off-label Medikation, die Pflegeeinstufung, die Hilfsmittelversorgung, die zunehmende Anfrageflut nach SAPV Verordnung, die Versorgung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege sowie die besondere Situation einer Versorgung in einem Kombinationsvertrag „ambulante Palliativversorgung“ im Landesteil Westfalen Lippe beleuchtet werden.



SEBASTIAN GRÖBE

Fachkraft Palliative-Care beim PCT des DRK Kreisverbandes Kassel-Wolfhagen e.V., B.Sc. Gesundheitsmanagement, M.A. Politikwissenschaften

SAPV IN DEUTSCHLAND – GLEICHES RECHT  
(UND GLEICHER INHALT) FÜR ALLE?

Mit der Gesundheitsreform von 2007 wurde im SGB V eine neue Versorgungsform für alle gesetzlich Versicherten geschaffen – die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Damit soll durch spezialisierte Leistungserbringer das Sterben von schwerkranken Menschen im häuslichen Umfeld ermöglicht werden. Laut der bundesweit für alle Leistungserbringer der SAPV verbindlichen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind die gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung zu berücksichtigen. Dies hatte und hat zur Folge, dass es bundesweit zu einer regional sehr unterschiedlichen Herausbildung in der Struktur von SAPV-Leistungserbringern kam. Diese Tatsache ist dazu dem politisch gewollten Umstand geschuldet, dass die SAPV in das System sog. Selektivverträge eingebettet ist und nicht Bestandteil des kollektivvertraglichen Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine flächendeckende Versorgung auf Bundesebene ist noch nicht erreicht, es existieren sogar noch Bundesländer, in denen keine Verträge zur Leistungserbringung zwischen Krankenkassen und potentiellen Versorgern geschlossen wurden – eine SAPV also de facto noch nicht existiert. Wie aber sieht es in den Bundesländern aus, in denen bereits Verträge existieren? Ermöglichen Sie den Leistungserbringern, aber vor allem den Betroffenen den Inhalt der Versorgung, dessen Ziel bereits im Gesetz formuliert wurde? Welches sind die Strukturen, in denen SAPV-Leistungserbringer arbeiten? Schafft der Wettbewerb durch Selektivverträge eine Steigerung der Versorgungsqualität, wie es politisch gedacht wurde? Was können Lösungsansätze sein, die zu einer bundesweit flächendeckenden Versorgung bei hoher Versorgungsqualität führen? Dieser Vortrag zeigt kurze Hintergrundinformationen, die zu Gedankenimpulsen dieser Fragen führen sollen.

DR. MED. PATRICIA ADEN

Landesärztekammer Nordrhein, Düsseldorf

PLÄDOYER FÜR EIN DELEGATIONSGESETZ



Die Kooperation der Gesundheitsberufe ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gute medizinische Versorgung der Menschen in Gesundheit und Krankheit. Verschiedene Entwicklungen haben dazu geführt, dass sich der Grenzbereich zwischen ärztlicher und pflegerischer Zuständigkeit verschoben hat. Ohne die Möglichkeit, ärztliche Tätigkeiten an fachkundige Kräfte zu delegieren, könnten Krankenhäuser, Arztpraxen und auch die Palliativpflege nicht funktionieren.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist an verschiedenen Stellen gesetzlich geregelt. Dennoch besteht oft Unsicherheit darüber, welche Tätigkeiten an wen delegiert werden können.

Ein Delegationsgesetz soll Klarheit schaffen. Der hier vorgestellte Gesetzesentwurf ist so formuliert, dass er jeweils an neue Entwicklungen angepasst werden kann.

Ziel des Gesetzes ist es, Rechtssicherheit zu schaffen. Darüber hinaus soll ein Delegationsgesetz die bereits bestehende Kooperation der Gesundheitsberufe anerkennen und aufwerten.



GESELLSCHAFTLICHE VERÄNDERUNGEN – IMPLEMENTIERUNG  
DER PALLIATIVVERSORGUNG UNTER DEN BEDINGUNGEN DES  
PFLEGEVERSICHERUNGSGESETZES (SGB XI) – ERGEBNISSE  
EINES IMPLEMENTIERUNGSPROZESSES IN ACHT ALTENHEIMEN

Das SGB XI ist eine Antwort auf eine alternde Gesellschaft und bis heute wird dadurch in mehrfacher Hinsicht die Versorgung der alten und pflegebedürftigen Menschen bestimmt. Dabei zeigt das SGB XI zwei wesentliche Grundlinien auf. Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein, die das notwendige Maß des Notwendigen nicht übersteigen dürfen und die Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität müssen erfüllt werden, welche mittels Kontrollmechanismen geprüft werden. Diese Grundlinien manifestieren die Rahmenbedingungen. Die personelle Ausstattung ist am unteren Limit und die Qualitätsanforderungen forcieren eine Fremdbestimmung der Altenheime. Somit wird jede zusätzliche Anforderung eine Herausforderung. Andererseits herrscht die Überzeugung vor, dass die Palliativversorgung in Altenheimen weiter entwickelt werden muss. Mit diesem Bewusstsein startete der Caritasverband für das Bistum Aachen mit zehn Altenheimen das Projekt zur Implementierung der Palliativversorgung von 2009 bis 2011. Die Philosophie und die wesentlichen Strukturmerkmale des Projektes werden vorgestellt, ebenso die Erfahrungen aus der Umsetzung. Die daraus zu folgenden Konsequenzen für eine flächendeckende Implementierung der Palliativversorgung in Altenheimen soll dialogisch erarbeitet werden.

**SUSANNE KIEPKE-ZIEMES**

Projektkoordinatorin des Projektes „Würdige Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen“, Sozialpädagogin, Familientherapeutin und Supervisorin (DGSF), Kursleitung Palliative Care, Viersen

**GESELLSCHAFTLICHE VERÄNDERUNGEN – STERBEN ZU HAUSE**

Die Versorgung von älteren Menschen stellt eine zentrale Herausforderung an die Gesellschaft dar. Während die Zahl der allein durch die Familie zuhause versorgten Pflegebedürftigen in den letzten 10 Jahren leicht rückläufig ist (-1,1%), hat sich über den gleichen Zeitraum die Zahl der durch ambulante Pflegedienste betreuten Personen in NRW um 26,2% erhöht. Für den Landkreis Viersen wird mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen um 61,5% bis 2030 gerechnet. Aus diesem Grund verfolgt der Caritasverband für die Region Viersen-Kempfen e. V. seit 2006 ein Projekt für die würdige Betreuung und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase, das von der Nettetalter Stiftung für Jugend und Alter finanziert wird.

Grundsätzlich unterscheidet sich das Projekt: „Würdige Sterbebegleitung“ von den üblichen Implementierungskonzepten „Palliative Care“ dadurch, dass alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einbezogen werden und die Projektarbeit basisorientiert ausgerichtet ist. Denn die Spezialisierungen, wie AAPV und SAPV, also die Bildung von spezialisierten Teams, die losgelöst von der Somatik tätig sind, führen oft dazu, dass in den somatischen Teams Sterbebegleitung wenig thematisiert wird. In dem bisherigen Projektschwerpunkt „Würdige Sterbebegleitung“ bilden demgegenüber die somatischen Teams die Basisgruppen, aus denen die ambulante palliative Versorgung hervorgegangen ist. Damit wird die Überleitung oder das „Switchen“ der Patienten zwischen den spezialisierten Teams oder Einrichtungen und der Grundpflege weitgehend vermieden. Die Projektkoordinatorin steht zudem als Ansprechpartnerin für Mitarbeiter und Externe (Patienten, Angehörige, Trauerrunde, Netzwerkpartner etc.) beratend zur Verfügung. Eine weitere Besonderheit ist die regelmäßige Evaluierung der Vorgehensweisen durch das dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.).

Den derzeitigen Projektschwerpunkt, der sich noch in der Entwicklungsphase befindet, bildet eine Systemische Beratungsausbildung für das Praxisfeld: „Schwerstkranken und Sterbende im häuslichem Umfeld“. Hier werden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus allen ambulanten und teilstationären Einrichtungen geschult. Denn die MitarbeiterInnen, die in verschiedenen Krisensituationen bei schwerer Krankheit und drohendem Tod im häuslichem Umfeld unterstützen und Sicherheit vermitteln sollen, sind für diese Aufgabe nur unzureichend ausgebildet. Studien belegen, dass sich fast alle befragten Pflegekräfte in belastenden Situationen unsicher, hilflos und überfordert fühlen. Systemische Beratungskompetenzen, die es der Pflegekraft ermöglichen, die besonderen Bedürfnisse des Kranken und Sterbenden und seiner Angehörigen zu erkennen und zu respektieren, sollen dem entgegenwirken. Eine Weiterbildung, die im Jahr 2013 durchgeführt wird, soll mit einem eigens dazu entwickelten Curriculum die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dazu befähigen. Durch Unterstützung des Familiensystems wird der Wunsch des Schwerkranken oder Sterbenden nach Verbleib im gewohnten, häuslichen Umfeld nach Möglichkeit erfüllt werden. Diese einjährige Weiterbildung zum systemischen Berater und Begleiter von Schwerstkranken und ihren Angehörigen wird erstmalig angeboten und soll nach einer Evaluierung Multiplikatoren finden. Eine Unterstützung durch die Fachgruppe Systemische Konzepte im Gesundheitswesen der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) wird angestrebt.



Der Ambulant Palliativpflegerische Dienst (APD) des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e. V. entstand in 2009 aus der Arbeit der Projektgruppen des Projektes: „Würdige Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen“ als erstem Dienst dieser Art im Kreis Viersen. In den einzelnen Gruppen wurde der Wunsch nach einer tiefergehenden speziellen Versorgung deutlich und zielorientiert vom Träger umgesetzt.

Durch den APD werden Menschen in ihrer letzten Lebensphase und deren Angehörigen erweiterte Dienstleistungen angeboten, die bislang nicht erbracht werden konnten. Die Überleitung dieser Patienten aus der ambulanten Pflege in den APD erfolgt entlang deren Bedürfnisse. Die Entwicklung und Etablierung dieses Dienstes wurde durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) in Köln 2011 evaluiert (ausführlicher Projektbericht: [www.caritas-viersen.de](http://www.caritas-viersen.de)).

In enger Zusammenarbeit mit dem Projekt: „Würdige Sterbebegleitung“, wird kontinuierlich mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Bedarfen der Patienten und deren Angehörigen gearbeitet.

Dabei steht die Projektkoordinatorin als ständige Ansprechpartnerin (Patienten, Angehörige, Trauernden, ehrenamtliche Kooperationspartnern, Netzwerkpartner etc.) wie auch internen Anfragen (Fallsupervision, Reflexion des Erlebten, neue Fragestellungen rechtlicher und ethischer Art) beratend zur Verfügung.

Gesellschaftliche Veränderungen erfordern Flexibilität, aber auch eine hohe Bereitschaft zur Spezialisierung.

**MICHAEL DÖRMBACH**

Leiter des Mehrgenerationenhauses, Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V., Gemeindesozialarbeiter, Supervisor (SG), Leiter: Trauercafé Viersen

**GESELLSCHAFTLICHE VERÄNDERUNGEN –  
 STERBEN ZU HAUSE – TRAUERBEWÄLTIGUNG**


**T**rauernde bleiben zurück – Trauernde benötigen soziale Räume auf dem Weg zurück in die Gesellschaft.

Trauernde werden immer noch in unserer Gesellschaft ausgegrenzt. Sie erfahren in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis Hilfe, aber auch Ausgrenzung. Das Leben „geht weiter“ und nimmt keine Rücksicht auf den Stillstand, die Orientierungslosigkeit, die Sensibilität, den Verlust, die Neuorientierung von Trauernden. Die Menschen, die vom Verlust eines Partners, Angehörigen betroffen sind benötigen Rücksichtnahme und Schutz. Jedoch ist nach kurzer Zeit das Ereignis, wie die Nachrichten im Fernsehen, „Schnee von Gestern“.

Viele Trauergruppen, auch im Kreis Viersen, treten kaum und nicht regelmäßig öffentlich in Erscheinung: Um auch hier gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken, legt das Projekt „Würdige Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e.V.“ und das Mehrgenerationenhaus Viersen großen Wert auf eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit. Das Trauercafé Viersen, als Nachsorge für Trauernde, ermöglicht allen vom Tod eines Menschen Betroffenen, ihren Weg zurück in die Gesellschaft zu finden. Der Pflegezeit, die oftmals bereits eine große Distanz des Umfelds zum Erkrankten und Pflegenden bewirkt, soll nicht noch eine Zeit der Distanz zu den Trauernden folgen. Die Möglichkeit jederzeit ins Trauercafé zu kommen und professionelle Begleitung zu erfahren ist wichtig für die Trauerbewältigung. Hier kann der Trauer der Raum eingeräumt werden, der, nach einer angemessenen Zeit, den Schritt zurück in die Gesellschaft ermöglicht.

UNESCO-WELTERBE:

# DER DOM ZU AACHEN

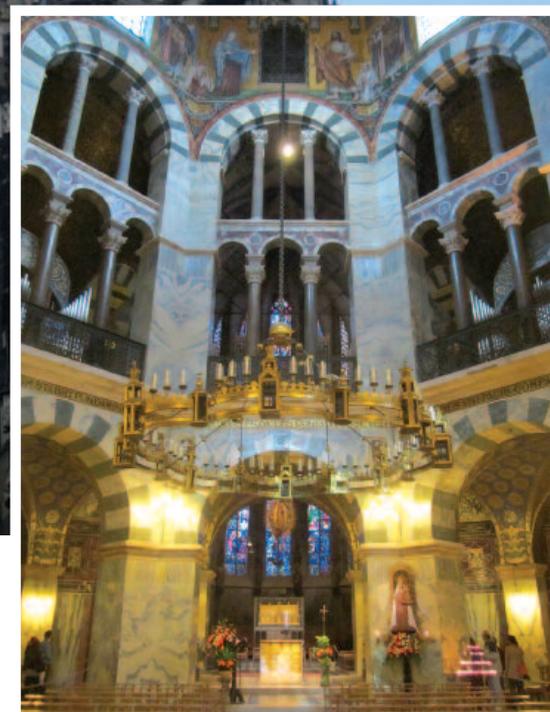
Der Aachener Dom (Kaiserdom) wurde als erstes deutsches Denkmal 1978 in die Liste des UNESCO-Weltkulturerbes aufgenommen.

Kaiser Karl der Große wählte Aachen um 800 aus, Hauptstadt seines europäischen Reiches zu sein. Er ließ den väterlichen Königshof in eine Pfalz vom Range einer Reichsresidenz umbauen. Prominenter Mittelpunkt der Pfalz: die Marienkirche (auch Pfalzkapelle, Stiftskirche, Münster genannt), der heutige Aachener Dom, heute Bischofskirche des Bistums Aachen. Von Aachen aus wurden neue Staatsordnungen und Kirchenreformen durchgesetzt, die für Jahrhunderte Bestand hatten. Bei seinem Tod im Jahre 814 wurde die Kirche der Pfalz die Begräbnisstätte Karls des Großen. Mit der Krönung Otto I. im Jahre 936 sollte eine 600-jährige glanzvolle Geschichte der Aachener Krönungen (bis 1531) beginnen.

Der heutige Dom besteht aus mehreren Teilbauten: Das karolingische Oktogon in der Mitte ist das wichtigste architektonische Beispiel für die karolingische renovatio. Er ist umgeben von mehreren Anbauten aus späterer Zeit. Dazu gehören die gotische Chorhalle im Osten, das Westwerk und einige Seitenkapellen. Den karolingischen Zentralbau ließ Karl der Große gegen Ende des achten Jahrhunderts errichten.

Der Barbarossaleuchter wurde im Auftrag Kaiser Friedrichs I., genannt Barbarossa, und dessen Gemahlin Beatrix etwa im Zeitraum zwischen 1165 und 1170 angefertigt und unter dem Kuppeldach der Pfalzkapelle im Aachener Dom angebracht. Der Leuchter war eine Stiftung zu Ehren der Gottesmutter Maria, der Schutzpatronin des Aachener Domes, und stellte zugleich eine Ehrung des Erbauers des Domes, Karls des Großen, dar. Den Haupteingang zur Vorhalle stellen zwei bronzene Torflügel dar, die sogenannten Wolfstüren, (tatsächlich sind Löwenköpfe dargestellt) wurden um 800 gegossen und befanden sich ursprünglich zwischen Westwerk und Oktogon. Nach 25 Jahren wurde 2011 der Sanierungsmarathon am Aachener Dom beendet (Grund- und Innensanierung). Zuletzt waren Mosaik im zentralen und ältesten Teil, dem Oktogon, gereinigt und konserviert worden.

(Quelle: Wikipedia) Fotos ©:k-h@oedekoven.com





## Die Berichtsbände der Aachener Hospizgespräche im Internet:

[www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de)

→ Engagement / Gesundheitsmanagement  
oder unter: [www.servicestellehospizarbeit.de](http://www.servicestellehospizarbeit.de)

**Das nächste große Aachener Hospizgespräch,  
das als nationaler Kongress ausgerichtet wird,  
findet am 15. u. 16. November 2013 statt.**



### **Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen**

Adalbertsteinweg 257 · 52066 Aachen · Tel.: 0241 5153490  
[info@servicestellehospizarbeit.de](mailto:info@servicestellehospizarbeit.de)  
[www.servicestellehospizarbeit.de](http://www.servicestellehospizarbeit.de)

### **Grünenthal GmbH, Geschäftsbereich Deutschland**

Abt. Gesundheitspolitik/-management  
Postfach · 52099 Aachen · Tel.: 0241 569-2136  
[gesundheitsmanagement@grunenthal.com](mailto:gesundheitsmanagement@grunenthal.com)  
[www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de)

*Think Innovation. Feel Life.*

