97. Aachener Hospizgespräch

8. Nationales gesundheitspolitisches Aachener Hospiz- und Palliativgespräch

„Der Gesundheitsmarkt braucht Werte – Hospizliche und Palliative Haltung begegnen Wettbewerb und Kostendruck"

CME-Zertifizierung
mit 12 Punkten
Landesärztekammer Nordrhein

15./16. November 2013
Stolberg, Museum Zinkhütter Hof

BILDUNGSWERK **AACHEN**
Servicestelle Hospiz

GRÜNENTHAL

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

Hauptprogramm
und Abstract-Booklet

„Der Gesundheitsmarkt braucht Werte – Hospizliche und Palliative Haltung begegnen Wettbewerb und Kostendruck"

Mit freundlicher Unterstützung von:

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

Partner des 97. Aachener Hospizgespräches:

Universitätsklinikum Aachen
Lehrstuhl und Klinik für Palliativmedizin und PalliA e.V.

Deutsche Palliativ Stiftung

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V.

Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.

Stand 05. November 2013 – Änderungen vorbehalten **Design:** Doris Billig, www.sehen-und-sein.de · **Foto Titelseite:** Aachener Münster ©Andreas Herrmann, Aachen

Herzlich Willkommen

zum 97. Aachener Hospizgespräch

Sehr geehrte Damen und Herren! Stolberg, im November 2013

Herzlich möchten wir Sie zu unserem 8. Nationalen Hospizgespräch begrüßen zum Thema: „Der Gesundheitsmarkt braucht Werte – Hospizliche und Palliative Haltung begegnen Wettbewerb und Kostendruck".

Ist unser Anspruch in der palliativen und hospizlichen Versorgung an Zeit, Kompetenz, finanziellen Ressourcen eher wie eine autarke Parallelwelt im deutschen Gesundheitssystem oder hat dieser Bereich die Strahlkraft innerhalb des Gesundheitssystems Grundlegendes zu bewegen? Sind wir in der Lage, die so lebensnotwendige Beziehungskultur auch am Ende des Lebens bei allen widerstrebenden Rahmenbedingungen an erste Stelle zu setzen? Wie sieht es denn z. B. aus mit der Fürsorge, auch um die Fachkräfte, die alltäglich schwersterkrankte und sterbende Menschen versorgen?

Rund 30 Referenten und Moderatoren aus den Bereichen Hospizwesen, Gesundheitspolitik, Palliativmedizin, Krankenkassen, Ethik, Ehrenamt, Pflege, ärztl. Selbstverwaltung, Seelsorge, Patientenvertretung u. a. werden mit Ihnen und rund 200 Teilnehmern zusammen über die o. g. Thematik Erfahrungen austauschen und debattieren. Präsentiert und diskutiert wird in Plenumsvorträgen, Podiumsdiskussionen und vier Parallel-Workshops.

Wir freuen uns über Ihre aktive Teilnahme und wünschen Ihnen einen nutzbringenden und motivierenden Erkenntnisgewinn.

Mit freundlichen Grüßen

V. Schönhofer-Nellessen

Veronika Schönhofer-Nellessen
Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen
Geschäftsführerin Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e. V

Hauptprogramm
97. Aachener Hospizgespräch

Ärztlicher Kursleiter: Prof. Dr. med. Frank Elsner, Kommissarischer Leiter der Palliativklinik am Universitätsklinikum Aachen

Moderation: Veronika Schönhofer-Nellessen, Aachen

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

Interdisziplinäres Forum mit Podiumsdiskussion

Freitag, den 15.11.2013

17.00 **Empfang**

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

17.45 **Prof. Dr. phil. Claus Eurich** S. 09
Hochschullehrer für Kommunikation und Ethik am Institut für Journalistik der TU Dortmund, Leiter der Akademie für Führungskompetenz am Benediktushof Holzkirchen, Kontemplationslehrer, „Mensch werden und Mensch bleiben. Geistige und ethische Dimensionen von Heilung."

18.45 **Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm** S. 10
Bereichsleiter „Facharbeit und Sozialpolitik" Caritasverband für das Bistum Aachen e. V., „Wert*voll* oder Wert*haltig?* – Eine Bilanz der Begleitung Sterbender"

19.15 **Pause**

19.30 **<u>Podiumsdiskussion:</u> Moderation: Veronika Schönhofer-Nellessen**

Prof. Dr. Claus Eurich · TU Dortmund, **Rita Gabler** · PalliativTeam Erding gGmbH, **Dr. med. Andrea Petermann-Meyer** · Schwerpunktpraxis Psychoonkologie, Aachen, **Dr. Ruthmarijke Smeding** · Bildungswerkstatt Trauer Erschließen, Würzburg, **Dr. Andreas Walker** · Katholisch-Theologische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, **Prof. Dr. Andreas Wittrahm** · Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

20.30 **Zusammenfassung: Veronika Schönhofer-Nellessen und gemeinsames Abendessen mit informellem Gedankenaustausch**

22.00 **Voraussichtliches Ende der Veranstaltung**

Nachtaufnahme Zinkhütter Hof: ©Gerda Pfaff, Stolberg, www.fotos-mit-klasse.de · Fotos vom 92. Aachener Hospizgespräch: Fotostudio Strauch/Eschweiler

Vormittags-Programm · Samstag, den 16.11.2013

08.00 **Einlass**

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

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

09.30 **Dr. Ruthmarijke Smeding** S. 11
Bildungswerkstatt Trauer Erschließen, Würzburg
„Der Stand der internationalen Hospiz-Ehrenamt-Bewegung"

10.15 **Dr. med. Werner Bartens** S. 12
Arzt und Autor sowie Leitender Redakteur Wissenschaftsressort,
Süddeutsche Zeitung, „Haltung und Empathie statt Dienstleistung und Informationsvermittlung – Was am Lebensende nötig ist"

10.45 **Kaffeepause**

11.00 **Susanne Kränzle** S. 13
MAS Palliative Care, Hospizleitung, Vorstandsmitglied im Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2. Stellv. Vorsitzende d. Hospiz- u. PalliativVerband Baden-Württemberg e.V.
„Hospiz und Gesellschaft – alles eine Frage der Haltung?"

11.20 **Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe** S. 14
Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung am Universitätsklinikum Erlangen
„Das Lebensende: Leid im Spannungsfeld der Ökonomie"

11.40 **Rita Gabler** S. 15
Lehrerin für Pflegeberufe, Pflegerische Leitung Palliativ Team Erding gGmbH
„Haltung als Basis palliativpflegerischer Interaktion"

12.00 **<u>Podiumsdiskussion:</u> Moderation: Veronika Schönhofer-Nellessen**

Dr. Ruthmarijke Smeding · Bildungswerkstatt Trauer Erschließen, Würzburg,
Dr. med. Werner Bartens · Arzt und Autor sowie Leitender Redakteur Wissenschaftsressort, Süddeutsche Zeitung, **Susanne Kränzle** · MAS Palliative Care, **Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe** · Universitätsklinikum Erlangen, **Rita Gabler** · PalliativTeam Erding gGmbH

12.45 **Kabarett**
13.00 **bis 14.00 Uhr: Mittagspause**
14.15 **bis 16.00 Uhr: Parallel-Workshops**

Workshop 1: Patienten:	Großer Saal
Workshop 2: Mitarbeiter:	Werkstattraum 2 im Forumtrakt
Workshop 3: Einrichtungen:	Aula im Forumtrakt
Workshop 4: Schnittstellen:	Werkstattraum 1 im Forumtrakt

Workshop-Programm

Samstag, den 16.11.2013

14.15 ... 16.30 **Eröffnung der Workshops:**
4 Parallel-Veranstaltungen mit Impulsvorträgen und Diskussion bis 16.30 Uhr
(Kaffeepause 15.15-15.30 Uhr)

„Der Gesundheitsmarkt braucht Werte – Hospizliche und Palliative Haltung begegnen Wettbewerb und Kostendruck" in Bezug auf: Patienten, Mitarbeiter, Einrichtungen und Schnittstellen

1: Patienten

Moderation: Dr. med. Benjamin Gronwald, Ltd. Oberarzt am Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin am UKS (Universitätsklinikum des Saarlandes)
Berichterstattung: Evelyn Weidemann, n:aip Netzwerk Rheinland, Bergisch Gladbach
Raum: Großer Saal

- **Dr. med. Adolf Martin Müller**
  Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Gesundheitsamt d. Stadt Köln
  Medizinische Grundversorgung Wohnungsloser – Besonderheiten und Limitationen der Behandlung und Betreuung insbesondere zum Lebensende hin S. 19
- **Michael Skirl**
  Leiter der Justizvollzugsanstalt Werl
  Heißt lebenslang wirklich lebenslang? S. 20
- **Wolfram-Arnim Candidus**
  Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) e. V. für Gesundheit, Augsburg
  Der Mensch im Mittelpunkt – oder? S. 21

2: Mitarbeiter

Moderation: Dr. med. Leonard Habets, niedergelassener Onkologe, Home Care Aachen e. V
Berichterstattung: Dr. phil. Arnd T. May, Vorstandsmitglied der Dt. PalliativStiftung und ethikzentrum.de, Recklinghausen
Raum: Werkstattraum 2 im Forumtrakt

- **Prof. Dr. Jörg Fengler**
  Leiter Fengler-Institut für Angewandte Psychologie, Alfter bei Bonn
  Burnout-Prävention und Selbstfürsorge in Hospizarbeit und Palliativversorgung S. 22
- **Paul Herrlein**
  Geschäftsführer St. Jakobus Hospiz gGmbH, Saarbrücken
  Zwischen Leidenslinderung und Leidensdruck – Erfahrungen aus dem Alltag von SAPV und ambulanter Hospizarbeit S. 23
- **Dr. med. Leonard Habets**
  Home Care Aachen e. V.

3: Einrichtungen

Moderation: Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender Deutsche PalliativStiftung
Berichterstattung: Dr. med. Edelgard Ceppa-Sitte, Fulda, Schriftführerin d. Fördervereins „… leben bis zuletzt" d. Deutschen PalliativStiftung
Raum: Aula im Forumtrakt

- **Alfred Paul**
  Anästhesist, Palliativmediziner, Psychoonkologe,
  Leitender Oberarzt, Klinik für Palliativmedizin
  Klinikum Aschaffenburg
  Palliativmedizinische Tagesklinik – Sektorenübergreifende palliativmedizinische Versorgung im Rahmen eines Modellprojektes S. 24
- **Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe**
  Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung
  am Universitätsklinikum Erlangen
  Ökonomische Aspekte: Stationäre Palliativversorgung S. 25
- **Jürgen Engels**
  Regionaldirektion Aachen, AOK Rheinland/Hamburg
  Hospizliche und palliative Haltung – Wettbewerb und Kostendruck. Ein Widerspruch? S. 26

4: Schnittstellen

Moderation: Christoph Finkeldey, Caritasverband für das Bistum Aachen e. V., Fachreferent, Bereich Facharbeit und Sozialpolitik
Berichterstattung: Christoph Finkeldey
Raum: Werkstattraum 1 im Forumtrakt

- **Dr. med. Ingmar Hornke**
  Stellv. Vorsitzender des Fachverbandes SAPV Hessen, Frankfurt
  Verbandsarbeit zum nachhaltigen Wandel im Gesundheitswesen: Palliative Care Teams begegnen Schnittstellen S. 27
- **Susanne Kränzle**
  MAS Palliative Care, Hospizleitung,
  Vorstandsmitglied im Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V.
  Umsorgung am Lebensende – Halten „Schnittstellen" das, was sie versprechen? S. 28
- **PD Dr. med. Ulrich Wedding**
  Chefarzt der Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Jena
  Qualität der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) S. 29

16.00 **Pause**
16.45 **Berichte aus den Workshops und Verabschiedung im Großen Saal des Museums**
17.00 **Ende der Veranstaltung**
Für informelle Gespräche bleibt das Museum noch bis 18.00 Uhr geöffnet.

Berichterstattung: Dr. Albrecht Kloepfer (GPB), Berlin

Vorträge aus dem Plenumsprogramm

PROF. DR. PHIL. CLAUS EURICH

PROF. DR. ANDREAS WITTRAHM

DR. RUTHMARIJKE SMEDING

DR. MED. WERNER BARTENS

SUSANNE KRÄNZLE

PROF. DR. MED. CHRISTOPH OSTGATHE

RITA GABLER

PROF. DR. PHIL CLAUS EURICH
Hochschullehrer für Kommunikation und Ethik am Institut für Journalistik der TU Dortmund, Leiter der Akademie für Führungskompetenz am Benediktushof Holzkirchen, Kontemplationslehrer

MENSCH WERDEN UND MENSCH BLEIBEN. GEISTIGE UND ETHISCHE DIMENSIONEN VON HEILUNG

Leben – das meint: Es gibt keine Statik und keine Konstanz. Leben haben wir nicht, es wird und wandelt sich fortwährend, befindet sich in einem Prozess der kontinuierlichen Transformation und damit nicht endender Übergänge – durch den Tod hindurch. Dies zu sehen, hat nicht nur erhebliche Konsequenzen für die Verständnisse von Gesundheit, Krankheit und Heilung, sondern vor allem auch für das Bewusstsein von unserem Selbst und von dem, was wir den Sinn des Lebens nennen. Wenn wir in diesem Sinne Leben als Wandlung verstehen, ist es ein großartiger Auftrag, diese Wandlungsprozesse bewusst zu gestalten, und zwar auf allen Ebenen: geistig, seelisch, leiblich, spirituell. Wandlung wird dann zur heilenden Verwandlung. Sie als integrale Lebenskunst anzugehen, führt aus der Dualität, führt aus Spaltung und Zerrissenheit, die so oft das menschliche Sein charakterisieren.

Gerade im Angesicht des nahenden Todes, wenn die Strategien des Ausweichens mehr und mehr scheitern und wenn der Schein vor dem sich nähernden Wesen des Seins verblasst, nimmt die Dringlichkeit der Frage nach dem Sinn und dem Wohin zu. Jetzt helfen keine partiellen Antworten mehr, und das Heilungsverständnis verschiebt sich, entgrenzt sich hin zu einem Integral, das Leib, Geist und Seele umfasst. Das sind die Schritte vom kleinen Ich zum großen Selbst. Es sind Schritte aus der mit Individualismus und Egozentrismus immer verbundenen Verlorenheit und Einsamkeit hin zu dem Bewusstsein von der universalen Verbundenheit allen Seins, auch meines personalen Lebens. Heilung nun als einen auch spirituellen Prozess zu verstehen, heißt dann, sich der Größe und Erhabenheit des menschlichen Lebens bewusst zu werden. Es heißt zu erfahren, dass Wirklichkeit nicht polar und dualistisch ist, sondern integral, dass es also nicht um Leben und Tod als Sein und Nichtsein, als Existenz und Nichts geht, sondern immer eben „nur" um Übergänge. In der Kunst dieser Heilung erkennen und empfinden wir uns als bewussten Teil des kosmischen Ganzen. Wir lernen, dass die Veredlung des personalen Bewusstseins und der personalen Lebensweise der Entwicklung und Heilung des Ganzen dient. Und dieses Ganze wirkt wiederum auf den Einzelnen zurück.

Freitag, 15.11.2013
PLENUMSPROGRAMM

PROF. DR. ANDREAS WITTRAHM
Bereichsleiter „Facharbeit und Sozialpolitik"
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

WERT*VOLL* ODER WERT*HALTIG?* – EINE BILANZ DER BEGLEITUNG STERBENDER

Jedem Marktgeschehen liegen Werte und Güter zugrunde. Güter sind Mittel, die der Bedürfnisbefriedigung dienen, wenn sie so knapp sind, dass man sie nicht jederzeit und überall ohne Mühe bekommen kann, erhalten sie einen Wert. Dieser wiederum drückt sich in einem Preis aus, der auf dem Markt für dieses Gut zu erzielen ist.

Unbezweifelbar benötigen Menschen in ihrer letzten Lebensphase solche Güter, die helfen, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Ganz basale Bedürfnisse wie gute Lagerung, ihrem Zustand angemessene Ernährung. Sie bedürfen aber auch der Sicherheit, dass man ihre Schmerzen und Ängste gut behandelt, dass man sie nicht allein lässt angesichts des Todes und nicht fallen lässt. Und wie das Sozialgesetzbuch V demonstriert, lassen sich die Güter zur Befriedigung dieser Bedürfnisse durchaus verpreislichen, also in ihrem Wert einschätzen. Wenn wir der Meinung sind, dass der Preis in vielen Fällen zu gering, der Wert also möglicherweise zu niedrig ist, dann empfiehlt die reine marktwirtschaftliche Lehre, die Leistungen zu verknappen und damit den Wert und den Preis zu steigern …

Spätestens hier wird deutlich, dass die ökonomische Bedeutung von Wert und Gut nicht ausreicht, um dem Wesen der hospizlichen Sorge und der palliativen Haltung und Behandlung gerecht zu werden – aber auch nicht völlig ausgeblendet werden kann. In der Ethik, in der die Begriffe „Werte" und „Güter" ebenfalls Bedeutung haben, stehen Güter für unabhängig von uns existierende Tatsachen, die wir in unserem Handeln berücksichtigen, die wir wertschätzen sollen. Das Leben eines anderen Menschen ist genauso ein Gut wie seine Würde, Schmerzfreiheit ebenso wie Wohlbefinden. Werte wiederum sind Gegenstände von Bedeutung, vor allem auch immaterielle Ideen, Einstellungen, Einsichten, die für Menschen von zentraler Wichtigkeit sind. Die Hospizbewegung ist auf der Basis solcher immaterieller Werte aufgebaut: Kommunikation, Gemeinschaft mit Sterbenden, Achtung vor dem Leben in seiner verletzlichsten Phase, Behutsamkeit im Umgang mit dem bedürftigen Leben in der Grenzsituation – das sollen nur einige solche „Wertvorstellungen" sein, die an der Wiege der Hospizbewegung standen und bis heute den Werthorizont der dort Tätigen beschreiben. Dennoch hat auch die marktförmige Betrachtung dieses Geschehens ihre Berechtigung, denn der Einsatz am Lebensende braucht materielle Absicherung. Es kommt darauf an, beides nicht zu verwechseln und nicht den wertvollen Einsatz für die Humanisierung des Sterbens durch die Frage nach der (finanziellen) Werthaltigkeit dieser professionellen Tätigkeiten zu verdrängen. Wenn die Bilanz von 40 Jahren Hospiz-Bewegung lautet, dass sie ein vermarktlichtes Gesundheitswesen, eine gefährdete Gesundheitspolitik, eine markt-dominierte Gesellschaft immer wieder an den Mehrwert des Mitmenschlichen gegenüber dem schnöden Spiel von Angebot und Nachfrage erinnert, steht schon einmal ein positiver Wert unter dem Strich. Wenn dieses Erinnern immer wieder einmal das marktförmige Verhalten relativiert, hat die Hospizbewegung viel zum Erhalt der Humanität im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft insgesamt beigetragen. Die Werte der hospizlichen und palliativen Haltung wirken – nicht in Feindschaft, sondern im Zusammenspiel mit den marktförmigen Gütern und Werten und als deren kritisches Gegenüber. Hospizliche und palliative Haltung ist wertvoll – und kann gerade deshalb Werte schaffen.

DR. RUTHMARIJKE SMEDING
Bildungswerkstatt Trauer Erschließen, Würzburg

DER STAND DER INTERNATIONALEN HOSPIZ-EHRENAMT-BEWEGUNG

Dieser Vortrag informiert über Ergebnisse des ehrenamtlichen Teils von OPCARE9, einem internationalen Projekt im 7. Forschungsprogramm der EU, in welchem sieben europäische und zwei außereuropäische Länder den Status Quo wissenschaftlich dokumentierten und noch Fehlendes benennen sollten, um die Begleitung von Krebspatienten in ihren letzten Lebenstagen und -stunden weiter zu optimieren. Der ehrenamtliche Teil war eingebettet in ein ganz auf medizinische Fragestellungen fokussiertes Programm.

Das ehrenamtliche Workpackage, im Gegensatz zu den anderen 6 Workpackages, befasste sich mit den menschlichen Themen, die zum Ehrenamt gehören. Diese sollten nicht in der meistens doch recht abstrakten medizinischen Fachsprache untergehen. Aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Sprachen und den damit verbundenen Verständnisschwierigkeiten, sowie die Tatsache, dass die meisten Publikationen bzgl. des Ehrenamts nie über die muttersprachlichen Ebenen hinaus erforscht oder reflektiert worden waren, beschäftigte die internationale Arbeitsgruppe Ehrenamt sich mit einem Novum: Wie beschreibt man in einer gemeinsamen Sprache (Englisch), was so unterschiedlich ist nach Traditionen, Einbettungen, Aufgaben? Dies führte zu überraschenden und wichtigen Einsichten. Weiterhin war die Forschung, die wir in englischer Sprache in den Suchmaschinen finden konnten, primär am Interesse der Experten ausgerichtet, die etwas über das Ehrenamt publiziert hatten (Ärzte, Pflegende, Soziologen, Theologen, Psychologen, Linguisten, Kommunikationsexperten usw.). Und doch entstand in der Mischung der so unterschiedlichen Beschreibungen ein einigermaßen einheitliches Bild. Woher kam aber der vehemente Widerstand eines der teilnehmenden Länder? Diesen Widerstand, so wie die Begründungen, wollen wir im Vortrag weiter besprechen, die Klärung, aus überraschender Ecke, zeigen.

Das ehrenamtliche Package hatte als einziges der sieben Workpackages bereits vor seinem Ende einen nächsten Forschungsauftrag (für ein Akutspital in England) mit einem Finanzvolumen von einer Viertelmillion britischer Pfund. Auch von diesem neuen Projekt soll hier berichtet werden.

Samstag, 16.11.2013
PLENUMSPROGRAMM

DR. MED. WERNER BARTENS

Arzt und Autor sowie Leitender Redakteur Wissenschaftsressort,
Süddeutsche Zeitung

HALTUNG UND EMPATHIE STATT DIENSTLEISTUNG UND INFORMATIONSVERMITTLUNG – WAS AM LEBENSENDE NÖTIG IST

Die richtigen Worte und die richtige Dosis an Information zu finden, wenn es dem Ende zugeht, ist eine der größten Herausforderungen für Ärzte. Patienten – wohl informiert – alle Entscheidungen zu überlassen, wäre geradezu eine Karikatur des ärztlichen Berufes: Es gehört zum Kern des Arztseins, Kranke zu begleiten, Hilfestellung zu bieten und gemeinsam herauszufinden, was für den Kranken wichtig ist. In der neuen, aufgeklärten Medizin droht die Fürsorge vernachlässigt zu werden. Der Arzt zieht sich moralisch zurück, sieht sich nur als Dienstleister und Informationsüberbringer und investiert nicht mehr in die Beziehung. Der Patient mit seinen subjektiven Bedürfnissen stört da nur.

Was die meisten Patienten brauchen, ist Hilfestellung, Begleitung, Trost – und Zeit. Es kann eine Weile dauern, bis Patienten aus der Phase der Hilflosigkeit heraus das Gefühl entwickeln, die Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen. Und es dauert auch, bis sie erkennen, was die Diagnose für sie bedeutet. Viele Dinge müssen im Gespräch wiederholt und nochmal erörtert werden. Womit der Betroffene seine Krankheit in Verbindung bringt, bestimmt die Richtung der Entwicklung. Aus dem subjektiv Sinnhaften des Krankheitsverständnisses ergeben sich oft Reifungsschritte, als ob das Leben neu gespürt würde. Einigen Patienten gelingt es, aus Schlechtem Gutes entstehen zu lassen und der Krankheit positive Seiten abzugewinnen. Selbst der am besten informierte Patient braucht Hilfe bei der Deutung, damit Informationen handlungsleitend werden können. Wenn man schwer krank ist, hilft Bildung nichts. Das ist eine existenzielle Erfahrung, die man nicht wie eine Mathe-Aufgabe lösen kann. Es geht schließlich während der Erkrankung auch darum, sich zu fragen, wie sich das Leben rundet, was die Vorstellungen vom guten Sterben sind und was in der Zeit, die bleibt, wichtig ist. Im Medizinstudium kommen solche Themen kaum vor. Das Sprechen über letzte Dinge wird reduziert auf Sprachtechnik. Es geht aber nicht um Techniken, sondern um Haltung, um Empathie. Wenn der Arzt lediglich davon ausgeht, dass der Patient ein souveräner Kunde ist, der nur noch mehr Informationen braucht, droht eine Medizin, die Gleichgültigkeit statt Barmherzigkeit vermittelt.

SUSANNE KRÄNZLE
MAS Palliative Care, Hospizleitung, Vorstandsmitglied im Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V., 2. Stellv. Vorsitzende des Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg e. V.

HOSPIZ UND GESELLSCHAFT – ALLES EINE FRAGE DER HALTUNG?

Wir leben in einer Zeit, in der demographischer Wandel und Vereinzelung der Menschen immer größere Herausforderungen an die private und öffentliche Sorgearbeit stellen. Hospizarbeit, so ergab eine Bevölkerungsbefragung des DHPV, ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen, sie ist ein wichtiger Teil der öffentlichen Sorgearbeit geworden. Im Kontext von Hospiz und Sterbebegleitung ist vielfach von „hospizlicher Haltung" die Rede. Was ist das genau? Und welche gesellschaftliche und gesellschaftspolitische Relevanz haben Haltung und Werte, die von der Hospizbewegung vertreten werden? Was können wir von ihr lernen?

Samstag, 16.11.2013
PLENUMSPROGRAMM

PROF. DR. MED. CHRISTOPH OSTGATHE

Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung am Universitätsklinikum Erlangen

DAS LEBENSENDE: LEID IM SPANNUNGSFELD DER ÖKONOMIE

In den letzten 20 Jahren hat die Notwendigkeit für eine angemessene Versorgung von Menschen mit ernsten Erkrankungen zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Palliativmedizin und damit zur Einbindung in die allgemeinen Gesundheitssysteme geführt. Dies wird neben vielen anderen Punkten in Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, in der Zunahme von Versorgungsstrukturen, in der Akademisierung, aber auch in einem intensivierten öffentlichen Diskurs über Kosten, Erlöse, Effektivität und Effizienz deutlich.

In der spezialisierten, stationären Palliativmedizin werden Menschen mit unheilbaren Erkrankungen betreut. Ziel ist es, belastende Symptome wie zum Beispiel Schmerzen zu behandeln und Probleme, die sich in anderen Bereichen ergeben (psychisch, sozial, spirituell) soweit zu verbessern, dass eine Entlassung nach Hause noch mal möglich wird. Durch die Schwere der Erkrankung ist jedoch ein „nach Hause gehen" für viele Menschen nicht mehr möglich. Etwa die Hälfte der Betroffenen verstirbt auf den Stationen. Um dem Leid der Patienten und Angehörigen angemessen zu begegnen, ist weniger teure Medizintechnik von Nöten, sondern eine kompetente, den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen folgende menschliche Umsorgung. Hierfür bedarf es gut ausgebildeter und engagierter Spezialisten aus den unterschiedlichen Professionen wie Ärzte, Pflegende, Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger, die sich gemeinsam dieser herausfordernden Aufgabe widmen. Diese menschliche, auf Beziehung ausgerichtete Medizin ist im derzeitigen System der Krankenhausfinanzierung, mit der zur Verfügung stehenden Operationalisierung, nicht ausreichend abbildbar.

Im Zuge dieser auf Uniformität ausgerichteten Standardisierung von Ziel- und Erfolgskriterien sowie von Leistungen können sich in einem auf die individuelle Beziehung ausgerichteten Ansatz Spannungsfelder im Feld Palliativversorgung ergeben. Diese sollen im Vortrag mit Schwerpunkt auf die klinischen, ethischen und ökonomischen Aspekte diskutiert werden.

RITA GABLER
Lehrerin für Pflegeberufe
Pflegerische Leitung Palliativ Team Erding

HALTUNG ALS BASIS PALLIATIVPFLEGERISCHER INTERAKTION

Palliative Care umfasst nach Derek Doyle 10% Wissen und 90% Haltung. Doch was beinhaltet diese Haltung, wie und woraus entwickelt sie sich? Zeit, sich von Worthülsen wie „Ganzheitlichkeit" und „Patientenzentrierung" zu lösen. Im Bereich Palliative Care spielt die Qualität der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft eine bedeutende Rolle im Gesamtprozess. Voraussetzung für eine gelingende Interaktion ist ein hohes Maß an Reflexions – und Empathiefähigkeit. Fachliche Kompetenz, das sich Bewegen in sozialen Systemen, der Umgang mit Menschen in Grenzsituationen ihres Lebens und der Mut in Kommunikation zu treten, wo Schmerz sprachlos macht, zeichnet die Arbeit der Pflegenden in diesem Bereich besonders aus. Wert und Wirkung psychosozialer Arbeit in der Pflege müssen erforscht, erfasst und als Leistung anerkannt werden. Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte gehören den gewonnenen Forschungserkenntnissen angepasst. Nicht zuletzt ist die palliative Haltung als Grundlage der Pflegebeziehung auch ein gesellschaftliches Beispiel dafür, wie Menschen mit liebevoller Hinwendung Grenzen öffnen können.

Anerkennungs- und Förderpreis für ambulante Palliativversorgung

Ausschreibung 2014

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). 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.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
Geschäftsstelle
Aachener Str. 5, 10713 Berlin
Fon: 030 / 8182 6885
Fax: 030 / 8182 6776
Internet: www.dgpalliativmedizin.de

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Wissenschaftlicher Träger: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. – Stifter: Grünenthal GmbH, Aachen

VERLEIHUNG DES

ANERKENNUNGS- UND FÖRDERPREISES „AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG" 2013

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat in diesem Jahr zum sechsten Mal den Anerkennungs- und Förderpreis für „AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG" verliehen. Der mit 10.000 Euro dotierte Preis wird von der Firma Grünenthal GmbH seit 2008 jährlich gestiftet.

(v. l. n. r.): Dr. med. Detlef von Zabern, Ute Siebert, Alfred Paul, Dr. med. Ulrike Hammer, Dr. med. Elke Gaser, Prof. Dr. med. Winfried Meißner, Prof. Dr. med. Friedemann Nauck. Foto: DGP: dlu

Im Rahmen des DGP-Palliativtages haben im September in Rostock gleich zwei Arbeitsgruppen - aus Jena und aus Aschaffenburg – den geteilten ersten Preis entgegen genommen.

Prof. Dr. Friedemann Nauck, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, würdigte bei der Preisübergabe, dass die beiden Arbeiten auf höchst unterschiedliche Weise, doch jeweils sehr nah an den Erfordernissen der Praxis in der ambulanten Palliativversorgung, bestehende Ansätze zur Qualitätssicherung und zur Versorgungsstruktur weiterentwickelt haben: „Insbesondere an den Schnittstellen der ambulanten zur stationären Palliativversorgung brauchen wir diese Initiative, genau hinzuschauen, Lücken in der Versorgung zu identifizieren und zu schließen und gleichzeitig für eine hohe Qualität zu sorgen. Nur so können wir unser Ziel erreichen, dass jeder Mensch am Ende seines Lebens eine hochwertige multiprofessionelle palliativmedizinische und hospizliche Versorgung und Begleitung – ob ambulant oder stationär – erhalten kann, sofern er diese benötigt und in Anspruch nehmen möchte."

Die Bewertungsjury der DGP unter Leitung von Prof. Dr. Raymond Voltz zeigte sich sehr erfreut, die preiswürdigen Arbeiten aus elf eingereichten Arbeiten aussuchen zu können, und vergab in diesem Jahr zwei gleichgewichtige erste Preise mit je 5.000 Euro:

1. Preis: **Qualitätssicherung in der Ambulanten Palliativversorgung (QUAPS)**

Preisträger: Frau Dipl.-Psych. Anja Koch, Frau Dr. rer. nat. Ulrike Hammer, Herr PD Dr. med. Ulrich Wedding, Herr Prof. Dr. med. Winfried Meißner, Frau Dr. med. Elke Gaser (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Abt. Palliativmedizin)

Die Arbeitsgruppe aus Jena stellte in ihrer Arbeit zur „Qualitätssicherung in der ambulanten Palliativversorgung" in vorbildlicher Weise aus bestehenden Erfahrungen in den Dokumentationssystemen HOPE, POS, QUIPS und DT einen in der Praxis handhabbaren Bogen zur Qualitätssicherung mit direkt von SAPV-versorgten Patienten generierten Daten vor.

1. Preis: **Modellprojekt Palliativmedizinische Tagesklinik**

Preisträger: Herr Alfred Paul, Herr Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bernd Ebeling, Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Fischbach, Frau Ute Sieber (Behandlungsteam der Klinik für Palliativmedizin am Klinikum Aschaffenburg)

Die Aschaffenburger Arbeitsgruppe berichtete über erste positive Erfahrungen mit einer neuen ergänzenden Versorgungsstruktur für ambulante Palliativpatienten im Rahmen einer Palliativmedizinischen Tagesklinik und ermutigt damit andere Standorte zur Nachahmung.

Der Anerkennungs- und Förderpreis kann vergeben werden an Personen und Institutionen, die sich in besonderer Weise um die Entwicklung der Palliativmedizin im ambulanten Bereich verdient gemacht haben.
Der „Anerkennungs- und Förderpreis für ambulante Palliativversorgung" wird auch im Jahre 2014 verliehen. Die Ausschreibungsinformation kann angefordert werden bei: gesundheitsmanagement@grunenthal.de
Die Anträge für den Preis sollen an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bis zum 31. März 2014 eingereicht werden (Adresse: Aachener Str. 5, 10713 Berlin, email: dgp@dgpalliativmedizin.de)

Impulsvorträge zu den Workshops

„Der Gesundheitsmarkt braucht Werte – Hospizliche und Palliative Haltung begegnen Wettbewerb und Kostendruck" in Bezug auf:

1: Patienten

Moderation:
Dr. med. Benjamin Gronwald

Ltd. Oberarzt am Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin am UKS (Universitätsklinikum des Saarlandes), Homburg/Saar

Berichterstattung:
Evelyn Weidemann

n:aip Netzwerk Rheinland, Bergisch Gladbach

2: Mitarbeiter

Moderation:
Dr. med. Leonard Habets

Niedergelassener Onkologe, Home Care Aachen e. V., Aachen

Berichterstattung:
Dr. phil. Arnd T. May

Vorstandsmitglied der Dt. PalliativStiftung und ethikzentrum.de, Recklinghausen

3: Einrichtungen

Moderation:
Thomas Sitte

Vorstandsvorsitzender Deutsche PalliativStiftung, Fulda

Berichterstattung:
Dr. med. Edelgard Ceppa-Sitte

Schriftführerin des Fördervereins „… leben bis zuletzt" der Deutschen PalliativStiftung, Fulda

4: Schnittstellen

Moderation und Berichterstattung:
Christoph Finkeldey

Fachreferent im Caritasverband für das Bistum Aachen e. V. im Bereich Facharbeit und Sozialpolitik, Aachen

DR. MED. ADOLF MARTIN MÜLLER
Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Gesundheitsamt der Stadt Köln

MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG WOHNUNGSLOSER – BESONDERHEITEN UND LIMITATIONEN DER BEHANDLUNG UND BETREUUNG INSBESONDERE ZUM LEBENSENDE HIN

Die Arbeit des mobilen medizinischen Dienstes (MMD) des Kölner Gesundheitsamtes, der eine medizinische Grundversorgung wohnungsloser u./o. drogenabhängiger Patienten anbietet, wird vorgestellt. Auf die besonderen gesundheitlichen Probleme wird eingegangen. Die Möglichkeiten, und auch Limitationen, der medizinischen Behandlung bei diesem Personenkreis und unter den besonderen Bedingungen werden erörtert.

In Köln ist die medizinsche Grundversorgung für Wohnungslose unter Beteiligung der Kommune, der Krankenversicherungen und der kassenärztlichen Vereinigung unter Moderation des NRW-Gesundheitsministeriums geregelt.

In der letzten Lebens- bzw. in der Sterbephase findet die Versorgung auch des o. g. Personenkreises oft in Kliniken, Pflegeheimen bzw. stationären Hospizen statt. Palliativmedizinische Probleme nach herkömmlichem Verständnis (bspw. bei fortgeschrittenen malignen Erkrankungen) stellen sich in der Arbeit des MMD daher nicht – gleichwohl ist der Behandlungsansatz bei vielen chronisch-progredienten Krankheitsbildern oft als palliativ zu beschreiben. Vielen Betroffenen ist der Zugang zu den o. g. Einrichtungen erschwert. Künftig wird die Versorgung auch dieser Menschen in Wohn- u. Pflegeheimen jedoch häufiger erforderlich werden. Hierbei bestehen vor allem folgende Probleme: Der betroffene Personenkreis ist, meist infolge der Lebensbedingungen, schon in jüngeren Jahren auf die Hilfsangebote angewiesen (Probleme in „Seniorenbereich"), es stellen sich die Suchtproblematik sowie die Schwierigkeiten der sozialen Anpassung. Darüber hinaus ist auch noch gar nicht klar, welche Bedürfnisse diese Menschen in der letzten Lebensphase haben, welche Anforderungen sie dann an die Einrichtungen stellen.

MICHAEL SKIRL
Leiter der Justizvollzugsanstalt Werl

HEIßT LEBENSLANG WIRKLICH LEBENSLANG?

Die lebenslange Freiheitsstrafe berührt unmittelbar das höchste Rechtsgut unserer Verfassung, die absolute Garantie der Menschenwürde gemäß Artikel 1 des Grundgesetzes.

Nach zwei älteren Grundsatzentscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (1977, 1986) ist die schärfste Sanktion unseres Strafrechts nur unter bestimmten Bedingungen mit diesem Kardinal-Grundrecht vereinbar. So muss von Verfassungs wegen gewährleistet sein, dass selbst demjenigen, der schwerste Schuld auf sich geladen hat, grundsätzlich eine realisierbare Chance verbleibt, je wieder der Freiheit teilhaftig zu werden.

Gleichermaßen mit der Menschenwürde des zu lebenslanger Freiheitsstrafe Verurteilten unvereinbar sei es, wenn sich diese Chance grundsätzlich auf einen Lebensrest reduziere, der bereits von Siechtum und Todesnähe gekennzeichnet sei.

- Entspricht die Realität in deutschen Gefängnissen diesem Verfassungsgebot?
- Wenn aber nach 20, 30 oder mehr Jahren in Haft das Lebensende absehbar wird: Ist die Freiheit auch für den Betroffenen noch in jedem Fall erstrebenswert?
- Und umgekehrt: Wäre es mit dem staatlichen Strafanspruch überhaupt vereinbar, dem auf den Tod erkrankten Verurteilten ein Wahlrecht betreffend den Ort seines Todes einzuräumen, wo doch Fremdbestimmung ureigenster Gegenstand der Freiheitsstrafe ist?

In diesem Teil des Workshops soll versucht werden, sich solchen und ähnlichen Fragen ethischer Dimension, die aber oft auch eine sehr pragmatische Seite haben, behutsam zu nähern.

WOLFRAM-ARNIM CANDIDUS
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Versicherte und Patienten (DGVP) e. V. für Gesundheit, Augsburg

DER MENSCH IM MITTELPUNKT – ODER?

Die fast ausschließliche Orientierung seit den Blüm`schen Kostendämpfungsgesetzen auf ökonomische Faktoren mit Rationalisierungsmaßnahmen und Kostensenkung haben nachhaltig dazu beigetragen, dass der Bürger, Versicherte, Patient, Pflegebedürftige nicht mehr im Vordergrund der Aufgabenstellung des Gesundheitswesens steht. Dies wurde und wird gekoppelt mit Eingrenzungen für die Vergütung der Berufsgruppen und Institutionen, die qualifizierte Versorgung/Behandlung/Betreuung durchführen könnten und möchten.

Auf dem Altar einer marktorientierten Ökonomie wurden die Werte für eine ethisch vertretbare und qualitative Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem geopfert. Nur gemeinsam können die Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung/Behandlung/Betreuung diese destruktive Entwicklung rückgängig machen.

PROF. DR. JÖRG FENGLER
Leiter Fengler-Institut für Angewandte Psychologie, Alfter bei Bonn

BURNOUT-PRÄVENTION UND SELBSTFÜRSORGE IN HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVVERSORGUNG

Die Arbeit mit Menschen, die selbst schwer krank sind, und mit deren Angehörigen, ist für Helferinnen und Helfer im Hauptamt und im Ehrenamt eine große Belastung. Sie kann bis zu dem Punkt führen, dass jemand eine Burnout-Entwicklung befürchten muss und die schwere Arbeit mit diesen Zielgruppen nicht mehr fortführen kann. Die Belastungen können im Einzelnen in der Person selbst liegen, die sich ganz für die Aufgabe aufopfert, oder auch in ihrem Privatleben. Die Begegnung mit der Todesnähe kann ebenso schwerwiegend sein, wie eine fehlende Unterstützung im Team. Hauptamtliche und nebenamtliche Helferinnen und Helfer müssen ihre Aufgaben koordinieren, und sich miteinander abstimmen, damit für die Patienten und ihre Angehörigen die beste Unterstützung gelingt.

Um diese vielen Belastungen ertragen zu können und einer Gefährdung sogar präventiv entgegenzuwirken, ist es unerlässlich, dass jeder Einzelne, aber auch das Team und die Einrichtung die Initiative ergreift. Tatsächlich kann präventiv sehr vielfältig gearbeitet werden, indem Belastungen beseitigt, Erholungszeiten geschaffen und Unterstützungen zur Verfügung gestellt werden. Alles dies wird in diesem Vortrag anhand von konkreten Beispielen und Empfehlungen dargestellt.

PAUL HERRLEIN
Geschäftsführer St. Jakobus Hospiz gGmbH, Saarbrücken

ZWISCHEN LEIDENSLINDERUNG UND LEIDENSDRUCK – ERFAHRUNGEN AUS DEM ALLTAG VON SAPV UND AMBULANTER HOSPIZARBEIT

Der hohe Anspruch, alles zu tun, damit ein Schwerkranker nicht nur in Frieden sterben, sondern bis zuletzt leben kann (Cicely Saunders), trifft im Alltag von Hospizarbeit und Palliativversorgung häufig auf wachsende Bürokratisierung, auf Kostendruck und den Fachkräftemangel. Dabei scheint es signifikante Unterschiede zwischen der ambulanten Hospizarbeit und der SAPV zu geben. In der Gegenüberstellung der alltäglichen Arbeitssituation eines SAPV-Teams und eines ambulanten Hospizdienstes des St. Jakobus Hospizes in Saarbrücken werden unterschiedliche Belastungsfaktoren für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgezeigt und konkrete Entlastungsmöglichkeiten und -ansätze diskutiert.

Workshop 3: Einrichtungen

ALFRED PAUL
Anästhesist, Palliativmediziner, Psychoonkologe,
Leitender Oberarzt, Klinik für Palliativmedizin, Klinikum Aschaffenburg

PALLIATIVMEDIZINISCHE TAGESKLINIK – SEKTORENÜBERGREIFENDE PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG IM RAHMEN EINES MODELLPROJEKTES

Seit dem 01.10.2012 können wir Palliativpatienten neben der stationären palliativmedizinischen Versorgung im Klinikum Aschaffenburg die Behandlung in unserer Palliativmedizinischen Tagesklinik anbieten.

Dieses neue Konzept einer teilstationären Behandlung in unserer Klinik für Palliativmedizin wird im Rahmen eines Modellprojektes realisiert.

Unser Engagement im teilstationären Setting bezieht sich dabei insbesondere auf die Verbesserung der Versorgungsstrukturen für ambulante Palliativpatienten in Ergänzung zur AAPV und SAPV und ist als Teil eines individualisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgungsangebotes eine wesentliche Bereicherung des bisherigen ambulanten Spektrums.

Mit der Palliativmedizinischen Tagesklinik unterstützen wir die Arbeit der niedergelassenen Haus- und Fachärzte und tragen über die integrierende Zusammenarbeit zum Erhalt der häuslichen Versorgung ambulant betreuter Palliativpatienten bei.

Tagesklinische Palliativbehandlung ist ein multiprofessionelles Konzept, das es ermöglicht, gerade an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung die Einleitung und die Fortführung allgemeiner und spezialisierter palliativmedizinischer Maßnahmen sicherzustellen.

Wir möchten den Wunsch von Palliativpatienten erfüllen, nach Möglichkeit eine stationäre Behandlung zu vermeiden oder zu verkürzen, und die Rückkehr aus der stationären Behandlung nach Hause, trotz weiteren intensiven Behandlungsbedarfs, erleichtern.

Die Aufnahme in der Palliativmedizinischen Tagesklinik bietet darüber hinaus die Möglichkeit der Frühintegration palliativmedizinischer Maßnahmen in den Behandlungsverlauf eines unheilbar Erkrankten.

Die Tagesklinik schließt also eine Versorgungslücke zwischen stationärer und ambulanter Palliativbehandlung und kann im Einzelfall zu einer wesentlichen psychosozialen Entlastung häuslich familiärer Pflegestrukturen beitragen.
Sie ist aus unserer Sicht ein komplementärer Baustein eines palliativmedizinischen Versorgungsnetzes und keine Konkurrenz zu bestehenden Behandlungsstrukturen.

PROF. DR. MED. CHRISTOPH OSTGATHE
Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung
am Universitätsklinikum Erlangen

ÖKONOMISCHE ASPEKTE: STATIONÄRE PALLIATIVVERSORGUNG

Im Jahre 2003 wurde in Deutschland die Krankenhausfinanzierung radikal reformiert. Nicht mehr die Tage, die im Krankenhaus verbracht werden, werden entgolten, sondern eine gemittelte Pauschale, die sich nach der Diagnose richtet, die sogenannte DRG (Diagnosis related Groups). Bei der Berechnung steht die durchschnittliche Schwere der Fälle im Vordergrund. Schon mit der Einführung wurde deutlich, dass grundsätzliche Webfehler der Pauschalierung (ein und dieselbe Diagnose führt bedingt durch unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung zu unterschiedlichen Kosten) nicht ohne weiteres zu lösen sind. Daher hat die Palliativmedizin noch einen Sonderstatus. In diesen Einrichtungen werden nicht „durchschnittliche" sondern in der Regel die schwerstbetroffenen Menschen betreut. Eine bedürfnisorientierte Umsorgung am Lebensende ist kaum planbar; einige Patienten können gut gelindert und stabilisiert nach wenigen Tagen wieder nach Hause entlassen werden, andere müssen auf Grund der Schwere der Symptomatik, der Komplexität der familiären Situation oder wegen unvorhersehbarer Komplikationen viele Wochen in stationärer Behandlung verbleiben. Die Palliativmedizinische Komplexziffern (8-98.0-3; 8-9e.0-3), die zwar zusätzlich zur DRG abgerechnet werden können, aber die spezifischen Leistungen der Palliativversorgung nicht ausreichend abbilden, sind bisher nicht in der Lage, dieses Defizit ausreichend aufzufangen. Im Gegenteil, sie schaffen sogar falsche Anreize. Palliativstationen können bisher noch als sogenannte „Besondere Einrichtung" tagesgleiche Pflegesätze mit den Kostenträgern vereinbaren. Wenngleich die Tagessätze, die hier vereinbart wurden, auch nicht immer auskömmlich waren, war zumindest kein unnötiger, in der letzten Lebensphase auch unangemessener Entlassdruck vorhanden. Das INEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) hat nun für 2014 die spezialisierte stationäre Palliativversorgung neu kalkuliert. Was nun aus der Möglichkeit wird, Palliativstationen als besondere Einrichtung über Tagessätze abzurechnen, ist gegenwärtig noch ungewiss. Mittelfristig soll die Palliativmedizin, das ist politischer Wille, wie alle anderen Bereiche auch, ganz ins DRG System überführt werden sein.

Sorgen bestehen, dass eine unzureichende Erlössituation in den Einrichtungen, die schwer kranke und sterbende Menschen betreuen, zu Konsequenzen in der Versorgungsqualität führt. „Rein moralische Argumente, wie etwa die ethische Verantwortung des Managements […] zu betonen, sind gegen marktwirtschaftliche Kräfte nicht wirksam", so schrieb Kai Wehkamp in einem lesenswerten Kommentar im Deutschen Ärzteblatt (DÄ 109 (39) S.1562) zur Ethik der Abrechnung von Krankenhausleistungen. Kostenreduktion auf den Palliativstationen wird nur über eine Anpassung im Personalschlüssel – wie es kalt betriebswirtschaftlich heißt - machbar. Dann fehlt die Hand, dann fehlt der Mensch am Bett des Schwerkranken, des Sterbenden, der Tröstende, der der Familie Halt gibt. Auf Einnahmeseite kann nur eine Optimierung mit rascherer Entlassung und einer auf das DRG System – nicht auf das Leid – optimierten Liegedauer die Folge sein. Dass diese Verdichtung Auswirkungen auf die Versorgungsqualität am Lebensende, aber auch auf das Personal mit sich bringt, ist hier selbstverständlich. Andererseits sind auch Fehlanreize gesetzt und Fehlversorgung denkbar.

Wir müssen uns als Gesellschaft klar werden, wie wir mit schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in unseren Krankenhäusern umgehen wollen. Das geht nicht als pauschalierte, ressourcenoptimierte Leistung! Es ist eine Binsenweisheit, dass Sterben jeden trifft. Nicht alle von uns, aber viele werden Hilfe in Institutionen brauchen. Hierfür braucht es auch ökonomische Rahmenbedingungen, die ein Sterben in Würde möglich machen.

Workshop 3: Einrichtungen

JÜRGEN ENGELS
Regionaldirektion Aachen, AOK Rheinland/Hamburg

HOSPIZLICHE UND PALLIATIVE HALTUNG – WETTBEWERB UND KOSTENDRUCK. EIN WIDERSPRUCH?

Wettbewerb und Kostendruck sind Begriffe, die im Gesundheitswesen grundsätzlich negativ besetzt sind. Im Zusammenhang mit der Palliativversorgung lösen sie entsprechend Sorgen und Befürchtungen aus. Schließlich sollte insbesondere in der finalen Lebensphase die Frage nach den Kosten nicht im Vordergrund stehen.

Die AOK Rheinland/Hamburg sieht die Palliativversorgung nicht als wettbewerbsfreien Sektor im Gesundheitswesen. Der Wettbewerb sollte sich auf die Qualität der Versorgung beziehen. Wir möchten, dass Patienten eine hochwertige Versorgung erhalten. Wir unterstützen die Hospizbewegung, möchten aber nicht, dass eine hospizliche Haltung die Frage nach der Qualität der Versorgung ausschließt. Leistungsanbieter müssen sich dem Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung stellen.

Auch das Thema Kostendruck darf in der Palliativversorgung kein Tabuthema sein. Der Medizinbetrieb wird alleine demographiebedingt weiter steigende finanzielle Ressourcen erfordern. Daher sind auch die Leistungsanbieter in der Palliativversorgung gefordert, die zur Verfügung stehenden Mittel effizient einzusetzen. Effizienz muss dabei nicht mit einer schlechteren Versorgung einhergehen. Durch einen weiteren Ausbau der Vernetzung der Partner in der Palliativversorgung sind durchaus noch Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung gegeben.

DR. MED. INGMAR HORNKE
Stellv. Vorsitzender des Fachverbandes SAPV Hessen, Frankfurt

VERBANDSARBEIT ZUM NACHHALTIGEN WANDEL IM GESUNDHEITSWESEN: PALLIATIVE CARE TEAMS BEGEGNEN SCHNITTSTELLEN

Im Wandel des Gesundheitswesens zugunsten einer politisch und gesellschaftlich geforderten Ökonomisierung geraten Patienten, handelnde Personen und Einrichtungen unter den Einfluss von notwendigen Struktur- und Prozessanpassungen. Das Handeln für Menschen in Not und am Lebensende unterwirft sich nur sehr schwierig und unter Konflikten wirtschaftlichen Erfordernissen. Die Bedarfslage von Sterbenden und deren Umfeld erschöpft sich auch nicht im Regelungskontext des SGB V und XI. Die Gestaltung der Handlungsspielräume und der Handlungskontexts aller Beteiligten im hospizlich-palliativen Umfeld ist von der Begegnung zwischen Menschen und Institutionen auf vielfachen Ebenen gekennzeichnet. Die Haltung im Umgang zwischen den Handelnden an diesen vielfachen Schnittstellen muss von humanitären und ethisch tragfähigen Maximen getragen sein, damit eine für die gesamte Gesellschaft nachhaltig tragfähige Struktur- und Leistungsentwicklung stattfinden kann. Der Impulsvortrag gibt dazu Hinweise und stellt Fragen aus der Sicht engagierter Verbandsvertreter der SAPV.

Workshop 4: Schnittstellen

SUSANNE KRÄNZLE
MAS Palliative Care, Hospizleitung, Vorstandsmitglied
im Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V.,
2. Stellv. Vorsitzende d. Hospiz- u. PalliativVerband Baden-Württemberg e. V.

UMSORGUNG AM LEBENSENDE – HALTEN „SCHNITTSTELLEN" DAS, WAS SIE VERSPRECHEN?

Schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen sehen sich in der Regel einer Fülle von „ExpertInnen" gegenüber, die unterstützen und helfen möchten, diese Lebensphase so gut wie möglich zu gestalten. Alle bieten ihre Dienste an: Medizin, Pflege, Therapien aller Art, Hospizbegleitung, Seelsorge, Sozialarbeit u. a. m. Idealerweise und z. B. im Gesetzestext zur SAPV vorgesehen sind alle „Profis" miteinander im Gespräch und stellen den betroffenen Menschen und seine An- und Zugehörigen in den Mittelpunkt ihres Handelns. Doch (wie) ist das vereinbar mit den Interessen, die die Dienstleister für ihre eigenen Organisationen haben? Weshalb ist „Schnittstellenarbeit" häufig ein Thema im Zusammenhang mit nicht gelingender Kommunikation, Konkurrenzgedanken, Qualitätsverlust in der Betreuung der Menschen? Was braucht es, um die „Orchestrierung am Lebensende" (Erich Loewy), wo der sterbende Mensch der Dirigent ist – und nicht die helfenden Dienste – Realität werden zu lassen?

PD DR. MED. ULRICH WEDDING
Chefarzt der Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Jena

QUALITÄT DER SPEZIALISIERTEN AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG (SAPV)

Im Rahmen der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) war der Auftrag erfolgt, vorhandenen Strukturen Rechnung zu tragen. Dies führte zu sehr unterschiedlichen Organisationsformen in verschiedenen Regionen. Leistungs- und Kostenvereinbarungen erfolgen meist regional. Um trotz dieser heterogenen Strukturen und Prozesse eine messbar hohe Qualität der Versorgung zu erreichen, bedarf es der Erfassung der Ergebnisqualität. Im Rahmen des Projektes Qualitätssicherung in der ambulanten Palliativversorgung (QUAPS) etablierten wir einen einfachen, reliablen und praktikablen Fragebogen zur Erfassung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Belastungen, aber auch Betreuungsqualität und -kommunikation. Dabei ergänzen sich Patienten- und Angehörigensicht. Qualität setzt funktionierende Schnittstellen voraus. Häufige Ursache mangelnder Qualität sind Schnittstellenprobleme. Die Akzeptanz einer fortgeschrittenen Erkrankungssituation und auch schwierig zu behandelnder Symptome fällt Patienten und Angehörigen leichter, wenn sie trotz funktionierender Schnittstellen auftritt. Die Überwindung von Schnittstellenproblemen ist Aufgabe des betreuenden Teams und darf von Patienten und Angehörigen erwartet werden. QUAPS soll nach Abschluss der Pilotphase, die mit SAPV-Teams aus Jena, Dresden und Leipzig erfolgt, in ein bundesweites Programm überführt werden.

Palliatives Netzwerk
für die Region Aachen e.V.

Am 03.12.2008 wurde das
Palliative Netzwerk für die Region Aachen e.V.
von 28 Institutionen und Diensten gegründet.

Ziel des Palliativen Netzwerkes für die Region Aachen e.V. ist es, schwersterkrankten Menschen am Lebensende eine würdevolle und vernetzte Versorgung zuhause wie auch stationär zu ermöglichen.

Dafür braucht es viele helfende Institutionen und Dienste im ambulanten wie stationären Bereich, die sich eng zusammenschließen, um ihre Ressourcen, Erfahrungen und Kompetenzen zu bündeln.

Die Mitglieder des Vereins kommen aus allen Bereichen, die in der hospizlichen und palliativen Versorgung eine zentrale Rolle spielen:

Palliativstationen, das stationäre Hospiz, Ambulante Hospizdienste, Home Care Aachen e.V., Hausärzte, Fachärzte, Rettungsärzte, Pflegedienste, Altenheime, Krankenhäuser, Seelsorge, Trauerbegleitung, Physiotherapeuten, Apotheken, Sanitätshäuser, Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen, Bestatterinnen und Bestatter, Krankenkassen, Kommune etc.

Unser Ziel ist es, nah an den Bedürfnissen der schwerstkranken Menschen und deren Angehörigen eine Sterbe- und Trauerbegleitung zu ermöglichen, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Unser gemeinsames Anliegen ist es, zukünftig in unserer Region mit einem wachsenden Netz die palliative Versorgung durch eine fachlich hochwertige medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung flächendeckend weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Spenden sind willkommen,
um die Tätigkeit und die Ziele des Vereins zu unterstützen. Unser Bankkonto:

Sparkasse Aachen
BLZ 39050000
IBAN: DE38 390 500 001 070 317 688
BIC: AACSDE33

www.servicestelle-hospizarbeit.de/netzwerk.php

Der Verein ist offen für weitere Mitglieder. Bei Interesse an einer Mitgliedschaft wenden Sie sich bitte direkt an die Geschäftsstelle.

Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V.
Veronika Schönhofer-Nellessen
Adalbertsteinweg 257
52066 Aachen
Tel.: 0241-5153490
info@servicestellehospizarbeit.de

DIVINUM EST
SEDARE DOLOREM
- Galen -

Förderpreis für Schmerzforschung

Ausschreibung 2014

Mit dem Förderpreis für Schmerzforschung sollen Ärzte, Psychologen und Naturwissenschaftler gefördert werden, deren Arbeiten im Bereich der anwendungsbezogenen Forschung und umgesetzten Grundlagenforschung einen wesentlichen Beitrag zur interdisziplinären praxisbezogenen Therapie akuter und chronischer Schmerzen geleistet haben. Der Preis richtet sich vorzugsweise an den wissenschaftlichen Nachwuchs. Mehrfachbewerbungen aus der gleichen Arbeitsgruppe werden nicht empfohlen. Der Förderpreis soll in der Regel nicht zweimal an dieselbe Person verliehen werden. Jeweils ein erster und ein zweiter Preis werden in den folgenden Kategorien verliehen:

- **Klinische Forschung:**
  für Arbeiten, die klinische medizinische und/oder psychologische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie von Schmerzpatienten zum Gegenstand haben.
- **Grundlagenforschung:**
  für experimentelle Arbeiten, die auf Probleme der Pathogenese und/oder der pharmakologischen Forschung bei der Ätiologie, Diagnostik und Therapie von Schmerzen zentriert sind.

Einsendeschluss ist der 31. Mai 2014

Auf der Basis der Entscheidung der Jury werden in den beiden Kategorien jeweils ein erster Preis mit einer Zuwendung von 7.000 € und ein zweiter Preis mit einer Zuwendung von 3.500 € vergeben. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und erfolgt unter Ausschluss des Rechtsweges. Die Jury hat das Recht, von der Vergabe eines oder mehrerer Preise wegen mangelnder Preiswürdigkeit der eingereichten Arbeiten abzusehen. Ebenso kann die Jury jeden der Preise aufteilen. Die Preisträger werden schriftlich informiert.

Die Preisverleihung findet im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses der Deutschen Schmerzgesellschaft vom 24. bis 25. Oktober 2014 in Hamburg (CCH) statt.

Die Bekanntgabe der Preisträger erfolgt in der deutschsprachigen medizinischen Fachpresse.

Nähere Informationen erhalten Sie unter folgenden Adressen:

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin
www.dgss.org

Grünenthal GmbH
Geschäftsbereich Deutschland
52099 Aachen
www.grunenthal.de

Die Berichtsbände der Aachener Hospizgespräche im Internet:

www.grunenthal.de
–> Engagement / Gesundheitsmanagement
oder unter: www.servicestellehospizarbeit.de

BILDUNGSWERK AACHEN
Servicestelle Hospiz

Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen
Adalbertsteinweg 257 · 52066 Aachen · Tel.: 0241 5153490
info@servicestellehospizarbeit.de
www.servicestellehospizarbeit.de

Grünenthal GmbH, Geschäftsbereich Deutschland
Abt. Gesundheitspolitik/-management
Postfach · 52099 Aachen · Tel.: 0241 569-2136
gesundheitsmanagement@grunenthal.com
www.grunenthal.de

Think Innovation. Feel Life.

GRÜNENTHAL

Titelseiten-Foto: Aachener Münster ©Andreas Herrmann · www.andreasherrmann.de