

Aachener Hospizgespräch

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

Berichtsband des 92. Aachener Hospizgespräches



BILDUNGSWERK
AACHEN
Servicestelle Hospiz



Caritas
Gemeinschaftsstiftung
für das Bistum Aachen

Nähe stiften. Zukunft gestalten.

92 . Aachener Hospizgespräch am 16. und 17. November 2012

im Museum für Sozial-, Wirtschafts- und Industriegeschichte für den Raum Aachen in Stolberg – Zinkhütter Hof e. V.

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

Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Nordrhein mit 10 CME-Punkten zertifiziert.
Ärztlicher Leiter der Veranstaltung: Johannes Wüller, Arzt für Allgemeinmedizin/Palliativmedizin,
Leitender Arzt der Home Care StädteRegion Aachen gemeinnützige GmbH
Die Veranstaltung wurde unterstützt von: Grünenthal GmbH, Grünenthal Stiftung für
Palliativmedizin und der Caritasgemeinschaftsstiftung für das Bistum Aachen

Dr. Albrecht Kloepfer, Veronika Schönhofer-Nellessen, Karl-Heinz Oedekoven
92. Aachener Hospizgespräch
Palliative und hospizliche Kultur: „Vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“

© 2013 Grünenthal GmbH, Geschäftsbereich Deutschland/Gesundheitspolitik- u. management,
52099 Aachen

Konzeption/Koordination: Veronika Schönhofer-Nellessen, Servicestelle Hospiz der
StädteRegion Aachen, www.aachenerhospizgespraeche.de und
Karl-Heinz Oedekoven, Grünenthal Gesundheitspolitik-/management, Aachen,
www.grunenthal.de

ISBN: 978-3-944530-00-0

Herausgeber: Deutscher PalliativVerlag (Verlag der Deutschen Palliativstiftung)
Am Bahnhof 2
36037 Fulda
www.palliativstiftung.de

Redaktion Dr. Albrecht Kloepfer/Büro für gesundheitliche Kommunikation, Berlin,
www.albrecht-kloepfer.de

Gestaltung: Doris Billig, Köln, www.sehen-und-sein.de

Tagungsfotografie: Foto Studio Strauch, Eschweiler, www.foto-strauch.de

Foto Titelseite: Der Aachener Dom ©Andreas Herrmann, Aachen www.andreasherrmann.de

Foto S. 67: Museum bei Nacht, Fotostudio Pfaff, Stolberg

Der Berichtsband steht zum Download bereit unter:
www.grunenthal.de → Engagement → Gesundheitsmanagement

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

01. Einleitung und Begrüßung

- Veronika Schönhofer-Nellessen** 05
Sozialpädagogin, Aachen; Leitung der Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen

02. Abendlicher Auftakt am Freitag, dem 16.11.2012

- 2.1 Prof. Dr. phil. Werner Schneider** 07
Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät Universität Augsburg
- 2.2 Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm** 09
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.
- 2.3 eMail-Gespräch mit Dr. med. Volker Eissing** 11
MVZ Birkenallee GbR, Papenburg
- 2.4 Podiumsdiskussion** 16
Ulrike Clahsen, Dr. med. Volker Eissing, Stephanie Eßer, Prof. Dr. med. Friedemann Nauck,
Prof. Dr. Werner Schneider, Dr. med. Birgit Weihrauch, Prof. Dr. Andreas Wittrahm

03. Plenumsvorträge am Samstag, dem 17.11.2012

- 3.1 Michael Wirtz** 20
Vorsitzender der Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin
- 3.2 Prof. Dr. med. Friedemann Nauck** 26
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
- 3.3 Dr. med. Birgit Weihrauch** 30
Staatsrätin a. D., ehemalige Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz-
und Palliativverbandes e. V.
- 3.4 Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers** 33
Direktor des Instituts für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft,
Charité-Universitätsmedizin Berlin
- 3.5 Podiumsdiskussion** 35
Christoph Drolshagen, Prof. Dr. PH Michael Ewers, Beatrix Hillermann,
Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Dr. med. Birgit Weihrauch, Johannes Wüller

04. Workshopberichte

- 4.1 WS 1 Ehrenamt** 41
Berichterstattung: Stefanie Eßer, Ambulanter Hospizdienst St. Anna, Alsdorf
- 4.2 WS 2 Vernetzung (Arzt – Pflege – Ehrenamt)** 46
Berichterstattung: Dr. Christa Naber, Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen
- 4.3 WS 3 Hospizliche Haltung** 51
Berichterstattung: Manfred Pfeiffer, Vorsitzender Das PatientenForum e. V., Mainz
- 4.4 WS 4 Versorgung** 54
Berichterstattung: Hannelore Leiendecker, Koordinatorin im Ambulanten
Kinderhospizdienst Aachen/Kreis Heinsberg
- 4.5 WS 5 Gesellschaftliche Veränderung** 58
Berichterstattung: Christoph Finkeldey, Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Referent/innen, Moderator/innen und Berichterstatter/innen 66

Einladung zum 97. Aachener Hospizgespräch 15.-16.11.2013



(1)



(2)



(3)

Fotoimpressionen der Auftaktveranstaltung

- (1) Eva und Dr. med. Volker Eissing
- (2) Dr. med. Benjamin Gronwald, Dr. med Knud Gastmeier
- (3) Dr. med. Birgit Weihrauch, Karl-Heinz Oedekoven
- (4) Veronika Schönhofer-Nellessen,
Dr. Albrecht Kloepfer, Prof. Dr. Michael Ewers
- (5) Thomas Sitte, Dr. med. Edelgard Ceppia-Sitte,
Michael Wirtz, Michaela Wirtz
- (6) Dr. med. Volker Eissing, Veronika Schönhofer-Nellessen
- (7) Anke Krebs, Tassilo Stiller, Christina Reul,
Birgit Wilhelm



(4)



(5)



(7)



(6)

01. Einleitung und Begrüßung

Veronika Schönhofer-Nellessen

Sozialpädagogin, Aachen;

Leitung der Servicestelle Hospiz
für die StädteRegion Aachen

Liebe Leserin, lieber Leser!

Palliative und hospizliche Kultur: „Vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“: Diesem Thema widmete sich das 92. Aachener Hospizgespräch am 16. und 17. November 2012 im Museum Zinkhütter Hof in Stolberg und in der Forschungszentrale der Grünenthal GmbH in Aachen. Ich freue mich, Sie mit diesem Dokumentationsband an dem intensiven Gedanken- und Informationsaustausch teilhaben lassen zu können. Die folgenden Seiten spiegeln das gemeinsame Ringen um eine vernetzte und flächendeckende Begleitung von schwersterkrankten Menschen wider. Wir wünschen uns, das Verständnis für die Situation von Menschen am Lebensende möge im Bewusstsein der Gesellschaft und möglichst aller Akteure des Gesundheitswesens weiterhin zunehmen.

Palliative und hospizliche Kultur sind in Deutschland nur durch die Hospizbewegung möglich geworden. Seit ihren Anfängen ist die Hospizarbeit darum bemüht, dem Sterben ein menschliches Gesicht zu geben und es in der Mitte unserer Gesellschaft zu verorten. Inzwischen wird die Hospizbewegung in feste Strukturen des Gesundheitswesens eingebunden. Das ist gewollt und gewünscht, um die Idee der Palliativversorgung und die tatsächliche Begleitung Sterbender zu verbessern.

In dem aktuellen Wandlungsprozess stellen sich neue Fragen: Sind die lebendig gewordenen Wertvorstellungen in der palliativen und hospizlichen Versorgung umsetzbar? Und das in einem Gesundheitssystem, in dem der Wettbewerbsgedanke gefordert wird? Wie kann es gelingen, vernetztes Denken und Handeln in einer Kultur der Konkurrenz, des Versorgungsdruckes, von engmaschigen Zeitressourcen, Personalknappheit als Alternative der Begleitung bis zum Schluss einzubinden? Passt das Profil des Ehrenamtes noch in die immer professionalisiertere palliative-hospizliche Versorgung oder muss sich dieses Profil verändern, um nicht Lückenbüßer für leere Kassen und akuten Fachkräftemangel zu werden? Wie können die Schätze der menschnahen Hospizbewegung erhalten werden für eine innovative und menschenfreundliche und ganzheitliche Begleitung bis zum Schluss? Wodurch



Veronika Schönhofer-Nellessen





kann sich das Zusammenspiel der professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeiter weiterhin verbessern? Diese Aspekte – die gemeinsam von allen Teilnehmern intensiv im Plenum, in den Vorträgen und den Workshops diskutiert wurden – standen im Mittelpunkt der zweitägigen Veranstaltung.

Gern möchte ich an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen und nochmals denjenigen danken, die zum Gelingen des 92. Hospizgesprächs beigetragen haben. Herzlichen Dank an die Firma Grüenthal, den Caritasverband für das Bistum Aachen e.V., die Grüenthal Stiftung für Palliativmedizin und die vielen engagierten Menschen, deren Arbeit vor, während und nach der Veranstaltung allen Teilnehmern einen angenehmen und anregenden Tagungsbesuch ermöglicht haben. Nicht nur den Referenten und Moderatoren sei hier vielmals gedankt, auch den Rapporteurs, die für diesen Band Berichte verfasst haben. Danke auch an Herrn Dr. Albrecht Kloepfer, der – wie schon in den Jahren zuvor – die Gesamtedaktion für diese Dokumentation übernommen hat.

Ich wünsche den Leserinnen und Lesern erkenntnisreiche Lektüre!

02. Abendlicher Auftakt am Freitag

2.1 Prof. Dr. phil. Werner Schneider Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät Universität Augsburg

Prof. Dr. phil. Werner Schneider, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät Universität Augsburg, betonte in seinem Vortrag „Sterben-Machen als gesellschaftliche Aufgabe – Zur Bedeutung von Hospiz- und Palliativkultur aus soziologischer Sicht“, die grundlegende gesellschaftliche Neuordnung des Lebensendes, die gutes und schlechtes Sterben möglich macht. Das „Sterben-Machen“ ist für Werner Schneider aus soziologischer Sicht auf dem Weg zurück in die Gesellschaft. Die Diskussion über gutes Sterben findet in einer Gesellschaft statt, die sich immer mehr als Gesundheitsgesellschaft versteht. Schneider definiert Gesundheit nicht als Überwindung von Krankheit, sondern als „die Illusion von radikaler Vermeidung und die Eliminierung von Krankheit und Leiden“. In diesem Sinne wird nach Ansicht des Soziologieprofessors Gesundheit zur permanent steigerbaren Lebensqualität und zu einem marktgängigen, konsumierbaren Produkt, das von einer wunscherfüllenden Medizin angeboten wird. Vor diesem Hintergrund muss die gesamtgesellschaftliche Debatte um das Sterben gesehen werden.

Sterben ist ein sozialer Prozess, bei dem ein Mitglied aus seiner Gemeinschaft unwiederbringlich „ausgliedert“ wird. Ein ‚Sterben-Machen‘, wie Werner Schneider sagt. Das Sterben vollzieht sich dabei in folgendem Rahmen: der für die Beteiligten gegebenen sozialen Bezüge untereinander, den dabei gegebenen institutionellen Kontexten sowie entlang der vorherrschenden gesellschaftlichen Normen und Leitvorstellungen zu Sterben und Tod.

Der Referent hebt das große Engagement und die erzielten Erfolge der Hospizbewegung hervor: Die Hospizkultur ist heute nicht nur ‚Hospizkultur‘, sondern vor allem ‚Kultur‘ der Gesellschaft. Um seine These zu untermauern, nennt Schneider die wichtigsten Merkmale der Hospizbewegung:

- Ganzheitlichkeit als Wechselwirkung der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension;
- Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten und deren Angehörigen;
- organisationale Offenheit und Primat von Vernetzung;
- Verbindung von haupt- und ehrenamtlicher Arbeit in der Praxis beim Patienten vor Ort
- sowie freiwilliges und bürgerschaftliches Engagement.



Prof. Dr. phil. Werner Schneider

Die wichtigste Botschaft des Hospizgedankens sieht Schneider darin, dass „Menschen in dieser Gesellschaft in existenziellen Krisensituationen vorbehaltlos mit Hilfe anderer rechnen können und dürfen“.

Eng verbunden mit der Erfolgsgeschichte der Hospizbewegung ist das Ehrenamt. Der Soziologe kündigt einen Wandel des Ehrenamts an, den er unter dem Stichwort „Neue Ehrenamtlichkeit im Hospiz“ zusammenfasst. Vor allem die Vielfalt des freiwilligen Engagements wird weiter zunehmen, denn das ehrenamtliche Personal wird sich deutlich wandeln. In Zukunft werden Jüngere in die Hospizbewegung kommen, die nicht mehr vollumfänglich einsetzbar sind. Das Ehrenamt wird sich in den Tätigkeitsbereichen funktional erweitern. Hospiz wird nicht mehr nur Sterbe-, sondern noch viel mehr Lebensbegleitung am Lebensende sein. Schneider fragt deshalb, inwieweit sich künftig die Erwartungen an das Ehrenamt hinsichtlich Qualifikation ändern werden und, ob sich gegebenenfalls das Verhältnis von Haupt- und Ehrenamtlichkeit umkehren wird. Der Hauptamtliche wird der Generalist des Alltäglichen und der Ehrenamtliche der funktionelle Spezialist sein, vermutet Schneider und sieht darin die Gefahr, dass es gute und schlechte, wertvollere und weniger wertvollere Tätigkeiten in der bisher heterogenen Ehrenamtlichkeit in der Hospizbewegung geben kann.



Schneider schlussfolgert aus seinen Darlegungen vor allem gesellschaftlich bestimmte und kulturell produzierte Widersprüche, die die Hospizbewegung für sich nicht in Eigenregie lösen kann: Das Ehrenamt soll durch eine klare Profilbildung und Zielvereinbarungen gekennzeichnet sein, aber auch durch Wissens- und Kompetenzvermittlung geschützt werden. Gleichzeitig soll es aber auch Freiheit, Freiwilligkeit und Spontaneität beinhalten. Es muss strukturell fixiert und dennoch bürgerbewegt sein, kritisiert der Wissenschaftler. Die aktuellen Herausforderungen sind ein Beweis dafür, dass die Hospizbewegung in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist. Sie bedarf einer Neuordnung, die in der Soziologie mit Individualisierung, Pluralisierung der Lebenswelten und abstrakteren Grundwerten beschrieben wird. Die Pionierphase der Hospizbewegung ist übergegangen in eine Phase der Neuorientierung, der sich alle Beteiligten stellen müssen. Das ist notwendig, um die gesellschaftliche Reichweite der Hospizbewegung noch weiter zu erhöhen, kündigt Schneider an.

2.2 Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Die Gegenthese zu Schneider bildete der Vortrag „Wider die Einsamkeit der Sterbenden in ihren letzten Tagen ... Die Hospizbewegung als Frucht eines lebendigen Bürgersinns in der Postmoderne“ von Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm, Caritasverband für das Bistum Aachen e. V. Wittrahm geht aus von einem Zitat des Soziologen Norbert Elias: Zu beobachten „ist in unseren Tagen eine eigentümliche Verlegenheit der Lebenden in der Gegenwart eines Sterbenden. Sie wissen oft nicht recht, was zu sagen ... Peinlichkeitsgefühle halten die Worte zurück. Für die Sterbenden selbst kann das recht bitter sein. Noch lebend, sind sie bereits verlassen“, schrieb Elias in „Über die Einsamkeit der Sterbenden“, Frankfurt 1983. Andreas Wittrahm merkt dagegen an, die Hospizbewegung hat Sprache, Formen, Orte, Ästhetiken und Rituale gefunden, die die Einsamkeit der Sterbenden überwinden. Er legt seine These in drei Schritten dar:

- Im Stehen sterben – der soziale Mehrwert;
- Letzter Frühling – der kulturelle Mehrwert;
- Wenn ich einmal soll scheiden – der spirituelle Mehrwert.

Die dritte Strophe des Liedes „Im Stehen sterben“, gesungen von Liedermacher Reinhard Mey (1975), macht nach Wittrahms Dafürhalten sehr deutlich, welcher Aufbruch in den 80er Jahren stattfand. Wichtig ist dem Referenten in Text und Bebilderung die Begegnung von Sterbendem und seinem Tod „in Augenhöhe“, wie er kommentierte. Mit dem Hinweis auf den Autor Franco Rest arbeitet Wittrahm heraus, wie das Sterben als eigene Lebensphase verstanden wird, die sowohl seitens der Sterbenden als auch der Begleiter nach Gestaltung ruft und die im solidarischen Miteinander zu lernen ist. Sterbende werden damit zum Partner, gar zum „Führer“ mit ihren Begleitern wahrgenommen. Wittrahm kann mit dem Umfrageergebnis des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes 2012 belegen, dass die Hospizbewegung an Bekanntheit gewonnen hat: 89 Prozent haben von Hospizen gehört, 66 Prozent können sie richtig einordnen.

Neben dem sozialen sieht der Psychologe und Theologe auch den kulturellen Mehrwert. An dem Benn-Gedicht „Letzter Frühling“ (1954) beeindruckt ihn vor allem die Gelassenheit angesichts des Todes, die sich daraus speist, nichts mehr tun zu müssen. Leben in der Gegenwart und mit geschärften Sinnen alles aufnehmend, das ist eine Aufgabe, der sich die Hospize seines Erachtens mit viel Engagement gestellt haben. Mit dem Ergebnis, dass sich Hospize zu einem Ort entwickelt haben, an dem Sterben, Tod, Öffentlichkeit, Gesellschaft und Kunst zusammentreffen.



Prof. Dr. theol.
Andreas Wittrahm



Hospize bewirken heute eine Weiterentwicklung der Gegenwartskultur. Der Hospizbewegung ist es mit dem kulturellen Engagement gelungen, das Sterben und den Tod zu entdramatisieren. Dadurch findet die Rückkehr der Sterbenden in die Beziehungsnetze statt, denn das Lebende wird ernst genommen. Wittrahm meint, Hospize und Hospizdienste ermöglichen Kommunikation über das „Unsagbare“.

Seine Überlegungen zum spirituellen Mehrwert leitet der Referent mit der 6. Strophe des Karfreitagsliedes von Paul Gerhardt „O Haupt voll Blut und Wunden“, 6. Strophe ein. Die theologische Deutung schwankt zwischen „letztem Kampf“ und „geschenkter Vollendung“ und hat dabei die reale Lebenssituation der Sterbenden nur wenig im Blick. In der Suche nach dem Großen und Ganzen in Moraltheologie und Sozialethik scheint das Wesentliche aus dem Blick zu geraten: die Solidarität mit dem Menschen auf der Schnittstelle von Zeit und Ewigkeit! Genau das, was Paul Gerhardt in seinem Lied so wunderbar beschreibt. Wittrahm erklärt: Während die 70er und 80er Jahre vom Streit um die Erlaubnis der Sterbehilfe geprägt sind und theologisch noch um Himmel, Hölle und Fegefeuer gestritten wird, entsteht im Gefolge der Hospizbewegung eine praktische Seelsorge, die über die Seelsorgebewegung und die Klinische Seelsorgeausbildung sogar paradigmatisch für die moderne Seelsorge überhaupt wird.

Andreas Wittrahms Fazit: Die Hospizbewegung ist eine Bewegung aus der Mitte der Bürgerschaft, die die Entmenschlichung von Sterben und Tod, mit politischem, kulturellem und spirituellem Anspruch überwindet. „Wenn sie diesem Dreiklang treu bleibt“, versichert Wittrahm, „und ihn jeweils zu aktualisieren vermag, demonstriert sie, dass auch in der spätmodernen Gesellschaft die Wieder-Aneignung von Humanität möglich ist.“

2.3 Dr. Albrecht Kloepfer im eMail-Dialog mit ...

Dr. med. Volker Eissing

MVZ Birkenallee GbR, Papenburg

Kloepfer: Sehr geehrter Herr Dr. Eissing, Sie haben sich mit dem Projekt und Vortrag „Das Wunder zulassen – Vertrauen stärkt Kranke auf ihrem Weg“ um den Anerkennungs- und Förderpreis 2012 in der Palliativmedizin beworben. Ihr Antrag wurde mit der Begründung abgelehnt, Sie hätten die wissenschaftlichen Kriterien nicht eingehalten. Wird dadurch Ihres Erachtens ein Dilemma in der Palliativmedizin – gewissermaßen der Spagat zwischen lindernder Spiritualität und evidenzbasierter Wissenschaftlichkeit – deutlich?

Eissing: 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 darauf zu schenken, auf dem Weg zum Jordan begleitet und auf der anderen Seite erwartet zu werden, das ist unsere Aufgabe. Menschen zu ermutigen, am Ende ihres Lebens einen Rückblick zu wagen, vertrauend darauf, nicht verurteilt zu werden, ist aus meiner Sicht wichtiger als eine leitliniengerechte Medikamententherapie.

Unser besonderes Projekt in der Palliativmedizin heißt: Jährlich eine Lourdespilgerfahrt für Kranke und Gesunde – nicht etwa, weil wir Wunder erwarten. 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 – und das ist dann doch wiederum ein Wunder.

Kloepfer: Wie ist die Idee zu diesem Projekt entstanden?

Eissing: Ich bin seit 1992 Hausarzt im ländlichen Raum (Emsland), gewissermaßen auf der grünen Wiese. Im Oktober 2012 habe ich mit meiner Kollegin Frau Vahle ein hausärztlich orientiertes MVZ gegründet, in dem mittlerweile 6 Ärzte arbeiten und über 10.000 Fälle pro Quartal behandelt werden. Seit über 10 Jahren ist die Palliativmedizin ein ganz besonderer Schwerpunkt unserer Praxis. Für den Bereich Palliativmedizin haben wir einen Arzthelfer zur Pain nurse und zur Palliativcare-Kraft ausbilden lassen.



Dr. med. Volker Eissing



Als Hausarzt auf dem Lande sind Sie dem Patienten und seiner Familie über Generationen deutlich näher und damit nicht nur Arzt, sondern auch „Seelsorger“. Da das Emsland eine noch überwiegend katholische Gegend ist, in der der Glaube einen festen Stellenwert in den Familien hat oder hatte, ist dies ein wichtiger Aspekt unserer Arbeit. Im Rahmen dieser Situationen haben wir das Konzept der Lourdesfahrt für Gesunde und Kranke entwickelt.

Wir bieten allen Kranken die Möglichkeit, im September fünf Tage nach Lourdes zu fahren. Lourdes ist ein katholischer Wallfahrtsort in Südfrankreich. Die dort beschriebenen Heilungen unterliegen einer strengen Kontrolle einer eigenen Ärztekommision und liegen von ihrer Gesamtzahl wahrscheinlich im statistischen Bereich der Spontanheilungen. Also eigentlich nichts Besonderes. Und doch ist Lourdes ein ganz besonderer Ort, der dem „Himmel“ näher ist – und das sollen alle für sich nutzen.

Kloepfer: Was sagen Sie den Teilnehmern der Lourdesfahrt?

Eissing: Wir versprechen jedem Pilger, dass wir 5 Tage Zeit haben, um über das „Woher kommen wir und wohin gehen wir?“ zu reflektieren. Wir versprechen jedem, dass er die Chance hat, über sich nachzudenken, und die einmalige Chance, bei sich anzukommen. Wer bei sich ankommt, der kann sich und seine Krankheit annehmen. Wer mit sich Frieden schließen kann, der hat auch die Chance, mit Gott Frieden zu schließen. Und wenn es uns dann noch gelingt, bei jedem Pilger, der es zulässt, das Vertrauen darauf zu erwecken, dass wir auf der anderen Seite des Jordan von Gott erwartet werden und wir dort alle einen festen Platz haben, und der Pilger weiß, dass wir den Weg bis an das Wasser des Jordan mit ihm gemeinsam gehen, dann haben wir palliativmedizinisch einen Tai-Berg versetzt.

Kloepfer: Wie kommen Sie nach Lourdes und was bedarf es dazu?

Eissing: Wir fliegen vom Flughafen Münster–Gieven nach Lourdes. Mitfliegen dürfen alle. Gesunde und Kranke. Katholisch, evan-

gelisch, atheistisch oder konfessionslos. Das Flugzeug hat 135 Sitzplätze. Von den 135 Pilgern sind rund 80 Tumorkranke an Bord. Alle kranken Menschen, die noch in der Lage sind, zwei Stunden zu sitzen, können mitfahren, denn der Flug dauert 1 Stunde und 45 Minuten. Die Patienten werden im Zweifel liegend zum Flughafen transportiert. Vom Flugplatz bei Lourdes geht es dann mit einem Spezialbus zum Hotel. Gesunde und Kranke sind zusammen im selben Hotel. Das ist in Lourdes nicht üblich, da Lourdes für Palliativpatienten eigens ein Hospital vorhält. Doch uns als Leitungsteam und den Pilgern war es wichtig, dass wir alle, Gesunde und Kranke, zusammen nach Lourdes fahren, dort sind und wenn möglich zusammen zurückkehren.

Kloepfer: Haben Sie ein Helferteam?

Eissing: Damit alles klappt, hilft uns die Diözesanpilgerstelle Münster/Osnabrück unter der Leitung von Herrn Jürgen Greiwe. Für die Pilger haben wir eine Helferguppe, Mitarbeiter aus der Praxis, Krankenschwestern, Heilerziehungspflegerinnen, eine Schneiderin und ein Schiffbauer der Werft und eine Ärztin und mich. An Material nehmen wir ein halbes Krankenhaus mit – einschließlich eines Ultraschallgerätes sowie Aszites- und Pleurapunktionsbestecke.

Kloepfer: Werden auch spirituell besondere Vorkehrungen für die Lourdes-Krankenwallfahrt getroffen?

Eissing: Die Vorbereitung der Fahrt beginnt im November des Vorjahres. Die Gottesdienste werden von Pastor Ludger Pöttering mit uns zusammen vorbereitet. Jede Lourdesfahrt hat ein eigenes Thema und daran orientiert erhält jeder Pilger im Laufe der Fahrt verschiedene Symbole. Diese Symbole erlangen eine äußerst wichtige Bedeutung für den Pilger. Die Fahrt beginnt mit der Anmeldung und dem Thema, das gewissermaßen den roten Faden darstellt, an dem man sich festhalten kann. 14 Tage vor dem Abflug findet der erste Gottesdienst statt, in dem alle Formalien geklärt werden. Am Tag des Abfluges feiern wir sechs Kilometer vor dem Flughafen in einer kleinen Kirche in Ladbergen unseren zweiten Gottesdienst, in dem in das Thema eingeführt wird. In Lourdes haben wir unsere eigenen Gottesdienste. Einen besonderen Stellenwert hat eine Rosenkranzandacht, die wir Helfer gemeinsam gestalten. Diese beginnt mit 500 brennenden Kerzen im Altarraum und viel Meditationsmusik und Symbolik. Am letzten Tag findet dann die Krankensalbungsmesse statt. Auch diese Messe ist eine Weiterführung des Themas, an deren Ende jeder Pilger, ob gesund oder krank, die Krankensalbung erhält. Der Priester spricht dabei die Worte: „Der Herr, der Dich von Sünden befreit, rette Dich, in seiner Gnade richte er Dich auf.“

Kloepfer: Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihren Patienten gemacht?

Eissing: Das Ergebnis ist menschlich, medizinisch und auch theologisch mehr als interessant. Vielen Patienten gelingt es diese 5 Tage der Pilgerreise zu nutzen, um bei sich anzukommen und sich selbst und das, was kommt, anzunehmen. Vielen davon gelingt es auch, Vertrauen

darin zu haben, dass wir den Weg zum Jordan mit ihnen gehen und dass sie auf der anderen Seite von Gott erwartet werden. Nach der Fahrt sind diese Patienten deutlich verändert, benötigen häufig deutlich weniger Medikamente, besonders kommen wir in der Regel mit weniger Schmerz- und Komedikationen aus. Das war so beeindruckend, dass ein Neurologe aus unserer Region irgendwann anrief und nachfragte, was wir denn mit den Patienten in Lourdes machen, da sie anschließend nicht mehr so depressiv seien. Im folgenden Jahr hat der Neurologe uns auf dem Weg nach und in Lourdes begleitet.

Kloepfer: Können Sie bitte ein konkretes Patientenbeispiel schildern?

Eissing: 2008 hieß das Thema unserer Fahrt: „Denn bei Dir ist die Quelle des Lebens“. Unser Pastor Pöttering sitzt schon nach dem Gottesdienst in Ladbergen vor dem Flughafen im Bus und Waltraud – 52 Jahre alt – will ebenfalls wieder in den Bus einsteigen. Sie weint vor Schmerzen, und die Kraft reicht nicht mehr aus, um die zweite Stufe in den Bus zu schaffen. Ihre Beine bewegen sich nicht weiter, obwohl sie es versucht, sie weint bitterlich, und ich kniee mich hin und nehme erst den einen und dann den anderen Fuß, und im Schneckentempo schaffen wir es: Sie sitzt wieder im Bus, und in den Augen des Pastors Pöttering sehe ich die Sorge, und ich selber denke den ganzen Weg zum Flughafen, wie soll das nur werden, wie schaffen wir es, dass Waltraud den Weg nach Lourdes und in Lourdes schafft. Ein kurzes Gespräch im Flughafen mit dem Pastor und mit dem Reiseleiter Jürgen Greiwe und wir sind uns einig. Der erste Tag in Lourdes, Waltraud sitzt im Rollstuhl und ist zutiefst beeindruckt und gewinnt jeden Tag ein bisschen mehr an Kraft. Ihre Trauer weicht und bei der Krankensalbungsmesse steht sie kurz auf. Ein Wunder? – Nein, aber dennoch beeindruckend: Sie ist getragen von dem, was sie in Lourdes erlebt und gehört hat. Sie kommt nach Hause und ist verändert. Zwei Wochen nach der Lourdesfahrt finden wir Waltraud morgens tot in ihrem Bett. Ganz entspannt liegt sie da. Der letzte Weg bis zum Jordan war völlig anders verlaufen für Waltraud, als sie gedacht hatte. Panik stand in ihrem Gesicht, als ich ihr Wochen vorher sagte, dass sie sterben müsse, mit Angst und Panik ist sie nach Lourdes gefahren und in Lourdes hat sie das Vertrauen geschenkt bekommen, dass sie auf diesem letzten Weg nicht allein ist, dass wir sie begleiten und Gott sie erwartet. Dass bei Gott die Quelle des Lebens ist. Ein unvorstellbares Geschenk! Für Waltraud war es ein Wunder, aber auch für uns ein Geschenk. Beide, Waltraud und wir, durften Gott erfahren.

Kloepfer: Was bedeuten die Pilgerfahrten nach Lourdes für Sie als Arzt?

Eissing: Diese Form der Palliativmedizin bringt mich als Arzt wieder sehr viel näher an das, was Arztsein einmal bedeutet hat. Palliativmedizin meint eigentlich, medizinisch nicht mehr heilen können, aber Palliativmedizin in diesem Sinne muss heilen. Diese Form der Medizin heilt alte und frische Wunden des Lebens, die dringend einer Behand-

lung bedürfen, denn den Weg über den Jordan können wir Menschen nur dann vertrauensvoll und gefasst, ja vielleicht sogar hoffnungsvoll antreten, wenn es uns gelungen ist, mit uns selbst, mit unserer Krankheit und mit Gott Frieden zu schließen. Lourdes führt dazu, dass so mancher Pilger im Rahmen eines Lebensrückblickes den einen oder anderen Weichensteller in seinem Leben erkennt. So mancher Dank gelangt noch an sein Ziel oder wird später von mir übermittelt. Lourdes ist eine Botschaft, die wir dem Patienten mitgeben. Eine Botschaft, wo andere in der Medizin schon lange keine Botschaft und Perspektive mehr haben. Und für mich ist Lourdes der Ort, an dem ich all die schwere Last des vergangenen Jahres abgeben kann und neue Kraft erhalte, um mich wieder ein Jahr um Patienten kümmern zu können und denen, die keine Perspektive mehr haben, eine Botschaft mit Perspektive zu geben.

Deswegen denke ich auch, dass unsere Reisen „Denn bei Dir ist die Quelle des Lebens“, „Fürchte Dich nicht“ und „Seht die Taube trägt einen Zweig“ wichtiger sind, als wissenschaftliche Kriterien und dass solche und ähnliche Projekte ein wichtiger Teil einer leitliniengerechten Medikamententherapie in der Palliativmedizin sein sollten.



2.4 Podiumsdiskussion

Ulrike Clahsen

Hospiz der Hermann-Josef-Stiftung, Erkelenz

Dr. med. Volker Eissing

MVZ Birkenallee GbR, Papenburg

Stephanie Eßer

Ambulante Hospizdienste der ACD Region Aachen, Alsdorf

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Präsident der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Prof. Dr. phil. Werner Schneider

Universität Augsburg

Dr. med. Birgit Weihrauch

Staatsrätin a. D.

Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Moderation: Veronika Schönhofer-Nellessen



Stephanie Eßer

Veronika Schönhofer-Nellessen eröffnet die Podiumsdiskussion mit einer Frage an **Stephanie Eßer**: Was bedeutet der Begriff „Neue Ehrenamtlichkeit im Hospiz“, den Prof. Werner Schneider in seinem Impulsvortrag verwendet, für die Leiterin des Ambulanten Hospizdienstes St. Anna? Stephanie Eßer kann aus der Erfahrung ihres Arbeitsalltags heraus den Wandel bestätigen, der sich aktuell im Profil der Ehrenamtlichen vollzieht. Anfang der 90er Jahre waren ehrenamtlich Tätige vor allem „engagierte, ältere Frauen mit viel Zeit und der solidarischen Haltung, anderen zu helfen“. Heute engagieren sich immer mehr junge Menschen, meist in Familienbezügen, mit einem festen Zeitmanagement und einer anderen Idee von Einsatz: zeitlich-punktuell, in bestimmten inhaltlichen Bezügen, wohnortnah und mit klarer Vorstellung, was sie aus ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit für sich selbst mitnehmen möchten. Eßer beobachtet auch die starke Veränderung der Gesellschaft, in der Geld eine der ausschlaggebenden Ressourcen ist. Daher wird es ihres Erachtens immer wichtiger, dass in der ehrenamtlichen Begegnung ein Mensch zu einem Mensch kommt, um diesen helfend zu begleiten. Sie lobt explizit

die hohe und vielfältige Leistungsbereitschaft der Ehrenamtlichen, deren Aufgabenbereiche inzwischen sehr anspruchsvoll geworden sind.

Ulrike Clahsen leitet seit 13 Jahren das Hospiz der Hermann-Josef-Stiftung Erkelenz und sieht den zunehmenden Bedarf an Seelsorge und spiritueller Begleitung im Alltag, den Dr. Eissing in seinem Beitrag angesprochen hat. „Die Menschen, vor allem die jüngeren, sind auf der Suche“, sagt sie. Nicht nur die Betroffenen, auch die Angehörigen brauchen zunehmend Unterstützung, damit nach einem Verlust wieder ein Gefühl von Sicherheit eintreten kann. Das Hospiz ist der Ort, der für Zuverlässigkeit, Angenommensein und Rituale steht, alles Komponenten, die Halt geben können, meint Clahsen.

Die drei einführenden Vorträge haben für **Dr. med. Birgit Weihrauch** eine Gemeinsamkeit: Sie setzen sich mit der menschlichen Ebene und nicht mit den strukturellen Fragen der palliativen und hospizlichen Kultur auseinander. Weihrauch hebt hervor, wie schwierig die Kommunikation in der letzten Lebensphase mit den Menschen ist, die einem am wichtigsten sind. „Sich gegenseitig das zu sagen, was man sich noch sagen möchte, gehört zu einem gelungenen Ende dazu“, glaubt die Staatsrätin a. D. und ehemalige Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes. Zu den Veränderungen im Profil des Ehrenamtes merkt sie an, dass sich die Menschen laut den Zahlen des Freiwilligen Reports der Bundesregierung sehr intensiv mit dem Thema Ehrenamt beschäftigen. Es ist bedauerlich, wie wenig die Öffentlichkeit auf diesen wichtigen Bereich Ehrenamt Bezug nimmt. Die diesjährige Themenwoche der ARD „Leben mit dem Tod“ ist eines der Beispiele, wie auf die 36 Prozent der Menschen aufmerksam gemacht werden kann, die sich in Deutschland ehrenamtlich engagieren, betont Birgit Weihrauch.



Ulrike Clahsen



Dr. med. Birgit Weihrauch





Prof. Dr. med.
Friedemann Nauck

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, **Prof. Dr. med. Friedemann Nauck**, bedankt sich bei Werner Schneider: „Wir brauchen in der hospizlich-palliativen Arbeit Wissenschaftler und Querdenker, die polarisieren, damit wir uns reiben können.“ Der These, Palliativmedizin habe nicht den Aspekt der Begleitung, widersprach Nauck dennoch vehement. Ärzte und Pflegende begleiten mit Herz und Seele. Er würde in diesem Kontext von der Unterscheidung in Ehrenamt und Profession abraten. Nauck fordert eine Medizin, „die dem Patienten mit dem Rezept ein Gespräch verschreibt, denn ich glaube, wir sind in einer Entwicklungspirale hin zur Autonomie – ich sage lieber Selbstbestimmung – und vergessen wie wichtig Vertrauen ist.“



Prof. Dr. Werner Schneider

Prof. Dr. Werner Schneider erläutert seinen Gedanken, Palliativmedizin begleitet nicht, indem er bittet, genau zu überdenken, mit welchen Begriffen gearbeitet wird, denn: „Sprache macht Wirklichkeit“. Ihm geht es bei der Differenzierung darum, deutlich zu machen, worauf ein Mitglied dieser Gesellschaft zählen kann und worauf es hoffen darf. Als Soziologe unterscheidet er zwei Arten von Vertrauen: Man kann Vertrauen in Personen oder in Strukturen haben. „Die Frage von Gleichheit oder Ungleichheit beantwortet sich ganz unterschiedlich, ob ich Vertrauen in Strukturen oder in Personen habe“, sagt Schneider und fügt hinzu, dass „wir künftig immer mehr Vertrauen brauchen werden, wenn es ans Sterben geht.“ Darin sieht Schneider die große Chance für den Hospizgedanken, der ohne die Komponente Vertrauen nicht zu denken ist.



Prof. med. Birgit Wehrauch u. Dr. med. Volker Eissing



Prof. Dr. A. Wittrahm, Prof. Dr. W. Schneider und Stephanie Eßer



Aus dem Publikum merkt **Dr. Elisabeth Ebner** (Palliatives Netzwerk Stolberg/Eschweiler) an, die Bewertung der Hospize und der Hospizarbeit müsse sich dringend weiter öffnen. Man dürfe dabei nicht immer nur an Begleitung denken, denn diese wird in den Familien häufig abgelehnt, weil die Konfrontation mit Sterben und Tod sehr eng wird. **Stephanie Eßer** weiß ebenfalls davon zu berichten, wie schnell den Familien die hospizlich, ehrenamtliche Begleitung zu viel ist. Hingegen seien die Anfragen nach einer Trauerbegleitung nach dem Tod der Angehörigen im letzten Jahr extrem gestiegen. Trauerbegleitung wird jedoch in den Rahmenvereinbarungen nicht gefördert und ist wohl auch nicht förderwürdig, kritisiert Eßer.



Dr. Elisabeth Ebner

Dr. Volker Eissing dankt der Politik für die Rahmenrichtlinien und Strukturen, die sie geschaffen hat, merkt jedoch an, sie müssten noch viel besser genutzt werden. Er bemängelt bei den Ärzten die fehlende Botschaft. Hätten die Ärzte etwa die Botschaft wie „Ich bin da und vermittel Vertrauen“, dann – ist sich Eissing sicher – „haben wir für den Patienten auch ein Rezept.“

Mit dem Psalm „Unsere Tage zu zählen, lehre uns! Dann gewinnen wir ein weises Herz“ weist **Prof. Dr. Andreas Wittrahm** auf eine entscheidende Errungenschaft der Palliativ- und Hospizkultur hin: In den letzten 30 Jahren haben alle Beteiligten verstanden, dass es auf den einzelnen Tag ankommt, der noch bleibt. „Unser Leben ist endlich und darum dürfen wir endlich leben“. Ulrike Clahsen greift den Gedanken auf, der auch auf dem Hospizflyer der Hermann-Josef-Stiftung steht „Endlich. Mitten im Leben“. Sie versteht die hospizliche Arbeit zutiefst als Palliativarbeit und lehnt eine Trennung ab. „Das, was wir im Hospiz machen, ist auch eine Lebensbegleitung bis zum Sterben“, sagt sie.



v.l.n.r.:

Dr. med. Birgit Weihrauch,
 Prof. Dr. med. Friedemann Nauck,
 Veronika Schönhofer-Nellessen,
 Dr. med. Volker Eissing, Ulrike
 Clahsen
 Prof. Dr. Andreas Wittrahm,
 Prof. Dr. med. Werner Schneider,
 Stephanie Eßer

0.3 Plenumsvorträge am Samstag

3.1 Grußwort Michael Wirtz

Vorsitzender der Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin



Michael Wirtz

Vielen Dank für die wie immer herzliche Begrüßung und Ihre erneute Einladung, liebe Frau Schönhofer-Nellessen, heute beim 92. Aachener Hospizgespräch ein Grußwort sprechen zu dürfen. Auch in diesem Jahr unterstützt das Familienunternehmen Grünenthal Ihrem Wunsch entsprechend das große bundesweit ausgerichtete Aachener Hospizgespräch, dessen Auftakt schon gestern im Museum Zinkhütterhof in Stolberg mit viel Zuspruch stattgefunden hat.

1. Die Charta

Im September 2010 wurde die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland in Berlin präsentiert (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de). Rund 150 Expertinnen und Experten in fünf Arbeitsgruppen setzten und setzen sich mit den existenziellen Phänomenen Sterben, Tod und Trauer vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung chronisch unheilbarer Erkrankungen, des demografischen Wandels sowie sich ändernder gesellschaftlicher Strukturen auseinander. Der Charta-Prozess soll dazu beitragen, diese Aufgabe im öffentlichen Bewusstsein präsent zu machen, zu verankern und zugleich Perspektiven für die Entwicklung in der Zukunft aufzuzeigen. Ich danke den hier anwesenden Wegbereitern dieses nationalen Charta-Prozesses, allen voran Frau Dr. Weihrauch und Herrn Prof. Nauck für ihr wichtiges Engagement.

Es war für mich und meine Frau ganz selbstverständlich, anlässlich des 90. Aachener Hospizgespräches mit dem Thema „Was bedeutet es, wenn eine Kommune die Charta für Schwersterkrankte unterschreibt?“ uns mit unserer Unterschrift im Zinkhütterhof anzuschließen. Ich hoffe, dass auch von diesem Akt eine Vorbildfunktion von Aachen bundesweit ausstrahlt und die „Charta für Schwersterkrankte und sterbende Menschen“ große Akzeptanz und Verbreitung in ganz Deutschland und bald in allen 21 Ländern Europas finden wird. Ich erlaube mir kurz, die 5 Leitsätze in Erinnerung zu rufen:

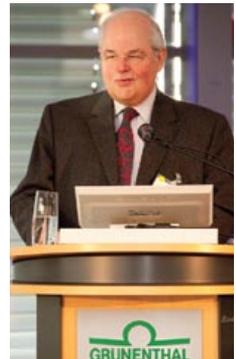
- Gesellschaftliche Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation
- Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen
- Anforderung an die Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Entwicklungsperspektiven und Forschung
- Die europäische und internationale Dimension.

Ich werde meine Möglichkeiten als Vorsitzender des Vorstandes der Grüenthal-Stiftung für Palliativmedizin ausschöpfen, damit diese Ziele soweit wie möglich verwirklicht werden.

2. Palliativmedizin-Lehrstuhl in Aachen

Für die im Jahre 1998 ins Leben gerufene Grüenthal-Stiftung für Palliativmedizin, die im Jahre 2002 erreichte, dass die Stiftungsprofessur für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Aachen eingerichtet werden konnte, ist zur Zeit immer noch eine wichtige Frage offen. Die Berufungskommission des UKA hat sich wieder Mitte Oktober getroffen, um zu beraten, wem die Besetzung des Lehrstuhls und der Klinikleitung künftig anvertraut werden soll, nachdem Prof. Radbruch dem Ruf an die Bonner Universitätsklinik gefolgt ist. Eine Entscheidung dazu erfolgt noch in diesem Jahr. Dem kommissarischen Direktor der Klinik für Palliativmedizin am UKA, Herrn Prof. Dr. Frank Elsner, sind wir sehr dankbar, dass er die verantwortungsvolle Arbeit mit Ausdauer und nicht nachlassendem Engagement zusammen mit seinem ganzen Team fortsetzt.

Die Palliativmedizin, der sich Grüenthal als Arzneimittelhersteller und Schmerzexperte in hohem Maße verpflichtet fühlt, entwickelt sich von Jahr zu Jahr in die richtige Richtung. Die Aufnahme der Schmerzmedizin neben der Palliativmedizin als eigener Querschnittsbereich in die Approbationsordnung ist ein ganz wichtiger Schritt zur Optimierung der ärztlichen Ausbildung. Die Konsequenz aus der frühen Auseinandersetzung mit diesem Spezialgebiet wird ein besseres Know-how in Sachen Differentialdiagnostik, Epidemiologie und der Prävention von Schmerzen sein. Beide Fächer, so formuliert es Prof. Koppert, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, vermitteln mit der Schmerztherapie am Lebensende gemeinsame Lehrinhalte, dennoch sind die Überschneidungen denkbar gering. Die unterschiedlichen und teilweisen konträren Behandlungsansätze von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen einerseits und Patienten in der Palliativversorgung andererseits rechtfertigen nach Meinung von Prof. Koppert jeweils eigene Querschnittsbereiche.



3. Lehrstühle Palliativmedizin in Deutschland

Zu den Lehrstühlen für Palliativmedizin in Aachen, Bonn, Köln, München, Göttingen, Erlangen und Mainz ist Freiburg hinzugekommen. Die erste Lehrstuhlinhaberin für Palliativmedizin in Baden-Württemberg ist Frau Professor Dr. Dipl.-Theol. Gerhild Becker. Sie wurde von der Universität Freiburg auf die Stiftungsprofessur für Palliativmedizin berufen, die 2012 von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Förderschwerpunkt-Programms „Palliativmedizin“ eingerichtet worden ist. Frau Professor Becker ist Internistin und leitet seit 2006 die Palliativstation am Universitätsklinikum Freiburg. Nach Forschungsaufenthalten in Großbritannien und den USA konnte sie wegweisende Projekte zur Forschung, Weiterbildung und Lehre in der Palliativmedizin am Universitätsklinikum Freiburg etablieren.

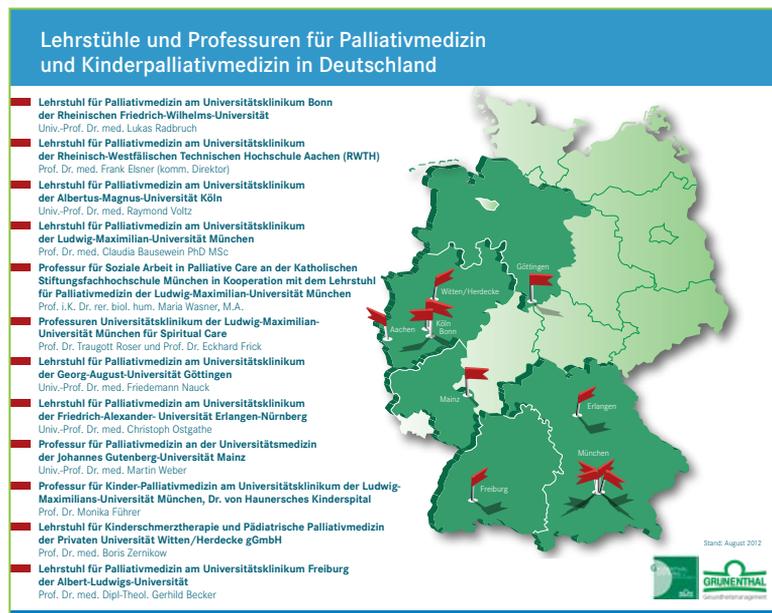
In München hat Frau Professor Bausewein den Lehrstuhl übernommen, nachdem Prof. Borasio den Ruf an die Palliativklinik der Universität von Lausanne erhalten hat. Nach über fünf Jahren am Cicely Saunders Institute des renommierten King's College in London kehrt die gebürtige Münchenerin Claudia Bausewein an das Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität zurück. Sie übernimmt den Lehrstuhl für Palliativmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität und widmet sich im Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin (IZP) am Campus Großhadern der Patientenversorgung sowie der Forschung und Lehre. Prof. Bausewein hat an der LMU Medizin studiert und war von 2006 bis 2007 bereits Geschäftsführender Vorstand des IZP.

Ein wichtiges Ziel muss weiter verfolgt werden: Jeder deutsche Universitätsstandort mit medizinischer Fakultät sollte schon bald eine eigenen Lehrstuhl für Palliativmedizin besitzen. Die Grünenthal Stiftung für Palliativmedizin hat in Aachen einen Anfang gemacht – ich hoffe, dass dieses Beispiel weiter Schule machen wird und die deutsche Landkarte der Lehrstühle und Professuren für Palliativmedizin in volles Grün gefärbt werden kann, besonders in den nördlichen Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

4. Selbstbestimmung am Lebensende

Die Diskussion um die Sterbehilfe in Deutschland reißt nicht ab. Gerade die Aktivitäten in unserem Nachbarland Schweiz heizen die kontroverse Auseinandersetzung mit diesem sensiblen Thema immer wieder an. Mittlerweile hat fast jeder schon einmal etwas von Dignitas oder Exit gehört oder gelesen. Letztgenannte Organisation besteht seit 30 Jahren und zählt mittlerweile 80.000 schweizerische Staatsbürger als Mitglieder. Hier werden auch des Lebens müde gewordene betagte Menschen von sog. ehrenamtlichen Freitodbegleitern mit Natriumpentobarbital versorgt, das nach oraler bzw. intravenöser Zufuhr innerhalb von 20 bis 30 Minuten durch Atem- und Kreislaufstillstand zum Tode führt. Die Hilfestellung, also die Suizidassistenten ist in der Schweiz auch Ärzten möglich – bei uns ist dies standesrechtlich verboten.





Inwieweit der anstehende Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums Lockerungen vorsieht, sollte kritisch geprüft werden. Der Gesetzentwurf sieht vor, die kommerzielle Sterbehilfe zu verbieten, Sterbebegleitung jedoch soll zulässig werden für Angehörige sowie Ärzte und Pfleger, die dem Sterbewilligen schon lange nahestehen. Die rechtliche Grauzone heißt: Beihilfe zur Selbsttötung steht nicht unter Strafe; Tötung auf Verlangen dagegen schon. Der Präsident des Zentralkomitees der deutschen Katholiken, Alois Glück spricht sich dafür aus, Sterbehilfe durch eine bessere Schmerztherapie ganz überflüssig zu machen. Statt über eine gesetzliche Ausweitung der Sterbehilfe zu diskutieren, müsse die Gesellschaft Alternativen zur Sterbehilfe anbieten – etwa durch einen massiven Ausbau der Palliativ- und Schmerzmedizin.

Prof. Borasio, jetzt in Lausanne tätig, äußerte seine allergrößten Bedenken gegenüber der Suizidassistenten bei betagten, aber nicht tödlich erkrankten Menschen und setzt weiterhin auf eine flächendeckende Palliativbetreuung in der Schweiz, die nach seiner Meinung in den nächsten 5 bis 10 Jahren erreicht werden kann. Auch im Deutschen Ethikrat ist eine Kontroverse um das Thema Sterbehilfe ausgebrochen. Das Berliner Ethikratsmitglied Prof. Volker Gerhardt betonte in seiner Stellungnahme Anfang des Jahres: „Selbstbestimmung bedeutet, dass jeder über sein Leben selbst bestimmen kann. Das schließt logisch wie faktisch die Entscheidung über das eigene Lebensende ein.“ Dagegen hält m. E. zu Recht z. B. der Augsburger Weihbischof Anton Losinger, ebenfalls Ethikratsmitglied: Die Herausforderung des Umgangs mit Menschen in dieser existenziell herausgeforderten Situation müsse lauten: „ihnen einen Raum des Behütetseins und der Begleitung zu geben“.

5. Anerkennungs- und Förderpreis für ambulante Palliativversorgung

Zur Anerkennung des besonderen Engagements bzw. zur Förderung von Initiativen und Projekten im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung verleiht die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin jährlich den „Anerkennungs- und Förderpreis für ambulante Palliativversorgung“. Seit 2008 wurden dafür 77 Projekte eingereicht und 12 davon ausgezeichnet. Stifter des mit 10.000 Euro dotierten Preises ist die Firma Grüenthal GmbH. Der Preis 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 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.

Herzlichen Glückwunsch auch von meiner Seite an das Team der Ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung Kempten-Oberallgäu und zwar: Frau Dr. med. Sonja Burandt, Frau Christa Knedlitschek, Frau Dr. med. Sabine Kubuschok, Frau Dr. med. Maja Norys und Herrn PD Dr. med. Otto Prümmer für die Arbeit „Vom Förderprojekt der Deutschen Krebshilfe zur SAPV: Aufbau eines SAPV-Teams im ländlichen Raum“.

Das SAPV-Team der ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung Kempten-Oberallgäu hat sich nach kurzer Tätigkeit als eine wichtige neue Säule in der ambulanten Patientenversorgung etabliert.



r.: Michael Wirtz und
Dr. med. Sonja Burandt



6. AMG-Novelle / Reform des BtM-Gesetzes

Ein weiterer Schritt zur Verbesserung ist ohne Zweifel auch die Ende Juni 2012 beschlossene AMG-Novelle zur Überlassung von Betäubungsmitteln an ambulant versorgte Palliativpatienten in Notsituationen. Damit

wird das Anliegen der Hospiz- und Palliativverbände, der engagierten medizinischen Gesellschaften und der Deutschen PalliativStiftung aufgegriffen, die Arbeit der behandelnden Ärzte zu erleichtern und die medikamentöse Situation von Palliativpatienten zukünftig zu verbessern. Hier danke ich insbesondere stellvertretend Herrn Prof. Friedemann Nauck und Herrn Thomas Sitte, Vorsitzender der Deutschen PalliativStiftung, Fulda, die diese Versorgungsoptimierung – wenn man so sagen darf – durchgekämpft haben.

Im letzten Jahr war es mir ein besonderes Anliegen, die Arbeit der ehrenamtlichen Helfer in der Hospiz- und Palliativarbeit zu würdigen. Die körperlich und geistig anstrengende Arbeit von über 100.000 ehrenamtlichen Helfern in der Hospizarbeit macht eine menschenwür-



dige Betreuung in der letzten Lebensphase der überwiegenden Anzahl der Betroffenen erst möglich. Mit großer Freude habe ich gesehen, dass in diesem Jahr die Verdienste und das Wirken des Ehrenamtes in besonderem Maße bei diesem Kongress zur Sprache kommen wird, denn der Titel „Palliative und hospizliche Kultur: Vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“ lässt keinen anderen Schluss zu. Wie auch im letzten Jahr möchte ich an dieser Stelle den auch heute hier anwesenden ehrenamtlichen Mitarbeitern und Helfern ganz herzlich für ihr selbstloses und aufopferndes Engagement danken und ermutigen, dies auch weiterhin nach Kräften zu tun.

Liebe Frau Schönhofer-Nellessen, für Ihre kompetente Beratungs- und Koordinierungsarbeit in unserer StädteRegion Aachen gebührt Ihnen und Ihrem Team wieder ganz besonderer Dank. Sie sind uns jetzt schon wieder ein ganzes Stück voraus, indem Sie wie unser großer Energieversorger mit viel eigener Energie und Energie Ihres Teams **VORWEG** Gehen und jetzt schon die Themen für 2013 vorbereiten und uns alle somit auf Trab halten. Ich wünsche diesem 92. Aachener Hospizgespräch einen guten Verlauf und hoffe, dass Grünenthal sich weiterhin in die Aachener Hospizgespräche und -Initiativen einbringen darf und rufe Ihnen allen zu: Vorwärts (es darf keinen Weg zurück geben), aber doch zurück zu uns allen: in die Gesellschaft.

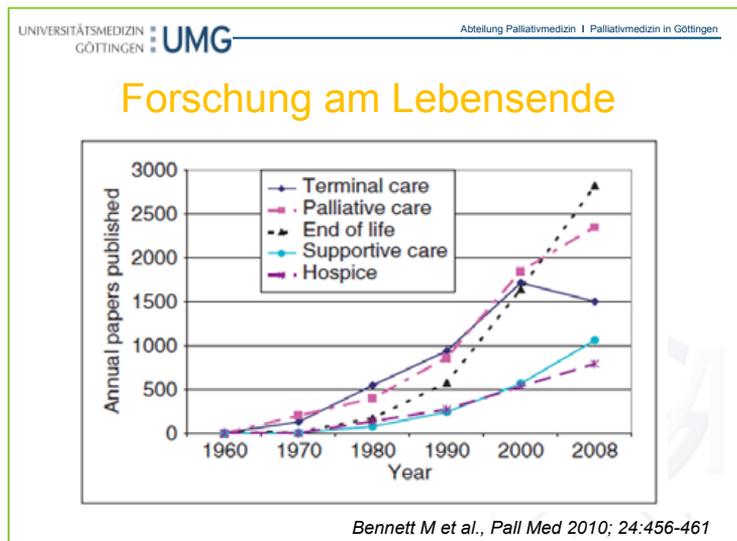
3.2 Prof. Dr. med. Friedemann Nauck Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin



Prof. Dr. med.
Friedemann Nauck

Einführend in seinen Vortrag „Forschung in der Palliativmedizin – Eine gesellschaftliche und ethische Herausforderung“ weist Prof. Dr. med. Friedemann Nauck darauf hin, dass Cicely Saunders schon 1977 formuliert hat, was hospizlich-palliative Arbeit bedeutet: den „high-person-low-technology“ Ansatz, die Symptomkontrolle und Schmerztherapie, die kontinuierliche Betreuung, die individuelle Behandlung, die Integration Ehrenamtlicher, die Koordination und Supervision, die Forschung sowie Unterricht und Ausbildung.

Das Problem bei der Forschung am Lebensende skizziert nach Naucks Ansicht eine Arbeit von M. Bennett aus dem Jahr 2010 treffend, in der er die Schwierigkeiten in der uneinheitlichen Terminologie und den zu wenigen symptomatologischen Studien definiert. Nauck stellt für die Zukunft klare Forderungen auf. Seines Erachtens ist es unabdingbar Forschungsnetzwerke zu bilden, bestehende Ressourcen besser zu nutzen und stabile Forschungsprogramme zu etablieren. Nauck zeigt, wie laut Bennett bis 2008 die unterschiedlichen Begriffe verwendet wurden. Er plädiert für eine klare Benennung der Dinge, die in der Hospiz- und Palliativarbeit getan werden.



Der Direktor der Abteilung Palliativmedizin der Georg-August-Universität Göttingen zeigt des Weiteren eine Übersicht „Was kann und soll Forschung in der Palliativmedizin leisten?“. Dafür hat er einen Fragen-

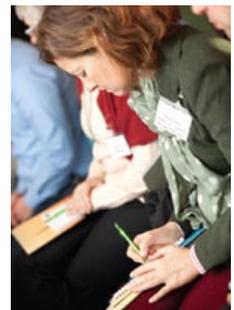
und Ideenkatalog zusammengestellt, der sich aus der Arbeit auf der Station und dem Austausch mit den Kollegen in der Mittagsbesprechung ergibt:

Was kann und soll Forschung in der Palliativmedizin leisten?

Fragen aus den letzten 12 Monaten

- Klinik – medizinisch und pflegerisch
 - Behandlung von Dyspnoeattacken? O₂-Gabe oder Opioide?
 - VAC-Therapie auch ambulant finanziert?
 - Welche Lagerungshilfsmittel sind wirksam?
 - Welche Kosten für Pflegehilfsmittel sind „erlaubt“?
 - Behandlung des Ileus?
- Ethische Fragestellungen
 - Sedierung – wann, bei wem, welche Voraussetzungen, Zustimmung des Patienten?
 - Was ist das Besondere an der „palliativen“ Haltung? – 5 Jahre Palliativzentrum Göttingen (PZG)
 - Verlegung von Patienten in das Hospiz, eine Pflegeeinrichtung – wann, wen, warum?
 - Umgang mit Autonomie/Selbstbestimmung
 - Wirkung von Seelsorge und spiritueller Begleitung auf Outcome
- Finanzierung von Palliative Care (ambulant/stationär)
 - Wie viel kostet SAPV/SAPPV?
 - Wie viel Zeit darf Palliativversorgung in Anspruch nehmen?
 - Wie viel Personal wird für die stationäre Behandlung bei 10 Betten benötigt?

„Ohne gute Praxis und die Befragung derjenigen, die mit den Patienten umgehen, können wir keine gute Forschung machen“, versichert Nauck. Einen anderen Weg, die vorhandenen Wissenslücken zu schließen und daraus Wissenschaft entstehen zu lassen, gibt es für ihn nicht. Forschung in der Palliativmedizin muss multidisziplinär sein, schon deshalb, weil die Palliativversorgung selbst auch multidisziplinär ist. Für Nauck ergeben sich daraus zwei Forschungsmethoden: die Quantitative und die Qualitative Forschung.



Die Quantitative Forschung verfolgt die Ansätze und Ziele:

- Generierung von Daten in Form von Zahlen
- Untersuchung von Verhalten in Form von Modellen, Zusammenhängen und Ausprägungen
- Datenerhebung durch standardisierte Fragebögen, Experimente etc.
- Statistische Auswertung
- Ableitung und Prüfung von Hypothesen anhand bestehender Theorien

Beispiele: Hospiz- und Palliativhebung (HOPE), Daten zu Versorgungsstrukturen

Die Qualitative Forschung verfolgt diese Ansätze und Ziele:

- Generierung von Daten in Form von Texten
- Untersuchung sozialer Phänomene und Prozesse unter Einbezug der individuellen Perspektive
- Datenerhebung mit narrativen Interviews, Leitfadeninterviews, Gruppenverfahren etc.
- Offene Herangehensweise mit Generierung von Hypothesen und Theorien im Forschungsprozess

Beispiele: Studie zu Patientenverfügungen Autonomie und Vertrauen



Beide Methoden bringen Probleme mit sich, denen sich die Forschung stellen muss. Das sind zum Beispiel die geringen Patientenzahlen und die hohen Abbruchraten, die nur kleine Studien ermöglichen. Oder auch die Einschränkungen der kognitiven und körperlichen Funktionen der Patienten, die zu einer sehr niedrigen Belastbarkeit führen. Ein weiteres Problem ist die Aufklärung eines multimorbiden Patienten oder eines Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium, um dessen Einverständnis zu bekommen. Oft ist das nicht möglich, bedauert der Arzt Nauck. 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.

Nauck verweist in diesem Zusammenhang auf die erste klinische Studie, die James Lind 1753 durchführte, um den Ausbruch von Skorbut auf den Schiffen zu verhindern.

Für die Forschung in der Palliativmedizin sind die Ergebnisse wichtig und die Frage, was miteinander verglichen wird. Diese These belegt Nauck im Folgenden mit einigen aktuellen Beispielen u. a. mit dem Forschungsprojekt: „Autonomie und Vertrauen in der modernen Medizin“, Interdisziplinäre Forschergruppe mit 7 Teilprojekten der Uni Göttingen seit 10/2010, Teilprojekt Medizin: Autonomie und Vertrauen im klinisch-praktischen Kontext der Behandlungsentscheidungen am Lebensende.

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG** Abteilung Palliativmedizin | Palliativmedizin in Göttingen

James Lind: Treatise on Scurvy (1753)

***12 Patienten mit Skorbut
gleiche Symptome
gleiche Ernährung***

6 Behandlungen:

- 1 Liter Cider pro Tag***
- 25 Tropfen Vitriol Schwefelsäure 3/d***
- 2 Löffel Essig 3/d mit dem Essen***
- 0,5 Liter Seewasser mit dem Essen***
- 2 Orangen, 1 Zitrone pro Tag***
- Mus mit Knoblauch, Senfsamen***

www.jameslindlibrary.com




Nauck beendet seine Ausführungen mit dem Appell, dringend bessere Bedingungen im klinischen Alltag für Forschungstätigkeiten z. B. durch die Finanzierung von Forschungsstellen zu schaffen. 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. Sie kann die Möglichkeit eröffnen, andere Mitpatienten profitieren zu lassen. Jedoch nur unter der Bedingung, die besondere Vulnerabilität und Vorsorgenotwendigkeit der in der Palliativmedizin behandelten Patienten zu akzeptieren. Forschung kann mit Sicherheit zu einer palliativen und hospizlichen Kultur: „Vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“ beitragen, ist sich Friedemann Nauck sicher.

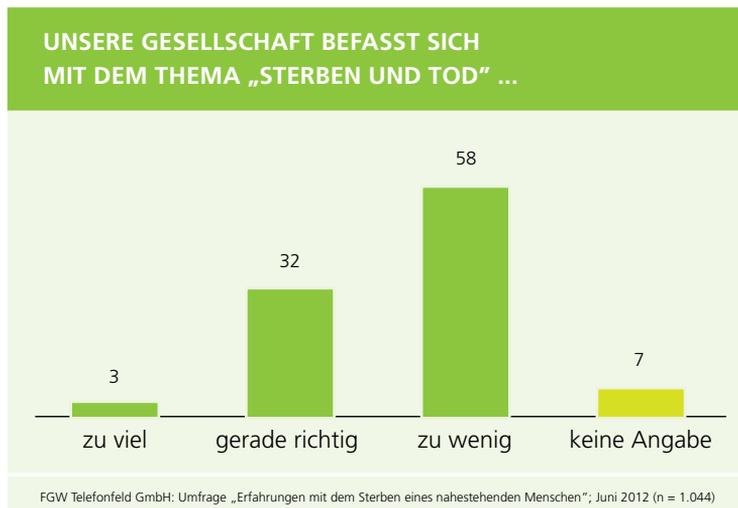
3.3 Dr. med. Birgit Weihrauch Staatsrätin a. D., ehemalige Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V.



Dr. med. Birgit Weihrauch

„Wird Sterbebegleitung zur Geschäftsidee am Gesundheitsmarkt?“ fragt Dr. Birgit Weihrauch, ehemalige Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V. (DHPV) und Staatsrätin a. D. vor dem Hintergrund, dass „unser Gesundheitssystem immer stärker von Wettbewerb und ökonomischen Interessen geprägt wird.“ Sie gliedert ihre Ausführungen in einen Rückblick auf 30 Jahre Hospizbewegung und Palliativmedizin, die Frage „Der Gesundheitsmarkt – Spiegel unserer Gesellschaft?“ und die Forderung nach einer starken Gegenbewegung. Als Ausblick formuliert Birgit Weihrauch drei Themen, die künftig diskutiert werden müssen, um die Ziele der Hospizbewegung zu erreichen: Hospizkultur und bürgerschaftliches Engagement, neue Balance zwischen Kurativ- und Palliativversorgung in der Breite sowie eine nationale Strategie.

Wie die repräsentative Bevölkerungsbefragung „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“ des DHPV (durchgeführt von der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld im Auftrag des DHPV) im Juni 2012 ergab, sind Sterben und Tod kein Tabu mehr. Die Bevölkerung fordert eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen Themen, hebt Weihrauch hervor. Sie zeigt nur einige wenige Ergebnisse der Befragung, die belegen, wie weit die Gesellschaft im Umgang mit dem Thema Sterben und Tod ist. Eine Folie stellt zum Beispiel



ganz deutlich heraus: Die Gesellschaft beschäftigt sich im öffentlichen Raum noch immer viel zu wenig mit diesem Thema. Das sagen 58 Prozent der Befragten.

Die ehemalige Vorstandsvorsitzende stellt die provokante Frage, ob künftig das Lebensende von der „Produktionslogik“ verschont bleiben wird. Schon an den Begriffen wird ihrer Meinung nach deutlich, wie stark das Gesundheitssystem dem Wettbewerb gehorcht: Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsmarkt, Gesundheitsgesellschaft und Kunden, Klienten, Konsumenten, Versicherte? Die Zahlen, Daten und Fakten belegen: die Gesundheitswirtschaft ist die am schnellsten wachsende Branche in Deutschland. „So lange die Politik Gesundheit vor allem als Wachstumsmarkt auffasst, wird sie die Devise „weniger ist mehr nicht“ als Patientenschutz verstehen, sondern als bedrohlichen Konjunkturereinbruch für die Medizinindustrie“, zitiert die Referentin aus einem Kommentar einer deutschen Tageszeitung.

GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN DEUTSCHLAND – „VON DER LAST ZUR CHANCE“

Zahlen, Daten, Fakten*:

- die am schnellsten wachsende Branche
- 4,8 Mio. Beschäftigte (334.000 ÄrztInnen, 890.000 Pflegekräfte)
- 11,6% des Bruttoinlandsprodukts (287 Mrd. Euro Ausgaben)
- Großer Exportüberschuss (rd. 8 Mrd. Euro)
- Mit 16.400 Patienten – Medizintechnik Spitzenreiter auf der Liste der Erfindungen

Wohlfahrtsfaktor
Faktor für Innovation/Wirtschaftskraft
Arbeitsmarktfaktor

B. Weihrauch – Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

* Daten-Quelle: BMG

All diese Begrifflichkeiten sind mit der Hospiz- und Palliativarbeit schwer vereinbar. Markt und Wettbewerb sind in diesem Zusammenhang die falschen Prinzipien. „Wir sehen den Menschen“, sagt Weihrauch und fordert eine Gegenbewegung gegenüber der Politik und den Verantwortlichen im Gesundheitswesen, um den Bedürfnissen und Wünschen Schwerstkranker und Sterbender besser gerecht werden zu können. Diese Gegenbewegung kann und muss weiter der Hospizkultur mit ihren Werten Zuwendung, Zeit, Kommunikation, Ausrichtung an dem Bedarf und dem multiprofessionellen Geschehen verpflichtet bleiben. Als Kontrapunkt zum Gesundheitsmarkt brauche es „eine gesellschaftliche Kultur, bürgerschaftliches Engagement und die Solidarität mit alten und schwerstkranken Menschen“, so Weihrauch.



Der Handlungsbedarf besteht nach Weihrauch künftig in:

- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- Ambulant: AAPV und SAPV integrativ und flächendeckend entwickeln
- Allgemeine Palliativversorgung: Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen – Transfer in alle Bereiche der Versorgung
- Fragen der Qualität, Qualifizierung und des Qualitätsmanagements
- Ehrenamtlichkeit und bürgerschaftliches Engagement unterstützen
- Belange der Kinder berücksichtigen
- Weiterer Ausbau im Sinne eines lernenden Systems
- Fokus auf Betroffenenengruppen, die bisher kaum/nicht erreicht wurden: alte Menschen, Menschen mit Demenz, Menschen mit Behinderung
- Weiterentwicklung einer Kultur der Zusammenarbeit in Teams und Netzwerken – Augenhöhe, Wertschätzung, partnerschaftliches Miteinander der verschiedenen Berufsgruppen und der Ehrenamtlichen

Im Zusammenhang mit notwendigen Weiterentwicklungen nimmt Weihrauch Bezug auf die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, eine Gemeinschaftsinitiative von DGP, DHPV und BÄK, gestartet im September 2008 in Berlin. Die ehemalige Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes beendet ihren Vortrag mit dem Appell, den langfristigen Prozess der Umsetzung der Charta und ihrer Weiterentwicklung zu einer nationalen Strategie mit vereinter Kraft voranzutreiben.

3.4 Prof. Dr. Michael Ewers

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

Prof. Dr. Michael Ewers, Direktor des Instituts für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin nutzte die Möglichkeit, um über die Palliativ- und Hospizkultur in der Versorgung chronisch Kranker zu informieren. Er definiert den Bedeutungszuwachs chronischer Erkrankungen als „die dominierenden Erkrankungen im Gesundheitssystem und einer der Effekte des demografischen Wandels.“ Nach einer Schätzung sind etwa 40 Prozent der Gesamtbevölkerung chronisch krank. 50 Prozent aller ambulant und stationär behandelten Patienten in Deutschland gehen auf chronische Gesundheitsbeeinträchtigungen zurück. Chronisch Kranke verursachen ca. drei Viertel aller Gesundheitskosten, referiert Michael Ewers und ergänzt, dass zwei Drittel aller Todesfälle auf chronische Krankheiten zurückgehen.



Prof. Dr. Michael Ewers

Ewers gibt eine Zustandsbeschreibung: Der Todeszeitpunkt der Menschen verlagert sich heute ins höhere Lebensalter. Oftmals leidet der Sterbende an mehreren chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) mit langwierigen Verläufen. Dadurch verdichten sich die physischen, psychischen und sozialen Belastungen in der letzten Lebensphase. Es besteht ein steigender Bedarf an Fremdhilfe bei alltagsnahen Verrichtungen, denn häufig ist in der Spätphase chronischer Erkrankungen das familiäre und informelle Hilfesystem erschöpft. An dieser Stelle kommt es, nach Ewers, zur Institutionalisierung der Behandlung und Pflege.



Die großen Herausforderungen, denen sich alle modernen Versorgungssysteme stellen müssen, bestehen nach Darlegungen des Referenten in der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebensaltern und Lebensphasen. Der Bedarf an sektoren-, organisations- und professions-

übergreifender Koordination in der Versorgung chronisch Kranker muss gedeckt sein. Des Weiteren besteht unter immer schwereren Bedingungen von steigendem Effizienzdruck die Notwendigkeit zur engen Zusammenarbeit unterschiedlicher Helfergruppen, bei zugleich steigenden individuellen Ansprüchen an gesundheitsrelevante Dienste. Information, Beratung, Anleitung sowie Selbstmanagement werden für alle Beteiligten immer wichtiger. Kennzeichnend für die modernen Gesundheitssysteme ist auch, dass der Transfer von Versorgungslasten und Verantwortung zunehmend auf die Betroffenen verlagert wird.

Michael Ewers fordert: „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. Der Referent nennt dabei etwa das Recht auf Informationen über alle zur Verfügung stehenden Hilfs- und Versorgungsmöglichkeiten, aber auch die Unterstützung, um individuell die bestmögliche Wahl zur Erhöhung der Lebensqualität zu treffen. Der Patient wird in seinen Wertvorstellungen, Überzeugungen und Lebensweisen respektiert und ganzheitlich versorgt. Es findet keine Isolierung statt. Der Betroffene hat Anspruch darauf, dass die unterschiedlichen Helfer mit ihm ineinandergreifend und ergebnisorientiert zusammenarbeiten. Er wird nach aktuellem Erkenntnisstand und auf der Grundlage bestmöglicher Evidenz von interprofessionellen Teams versorgt.“



Mit diesem Anspruch sind erhöhte Qualifikationsanforderungen in der Pflege chronisch kranker, multimorbider und sterbender Menschen verbunden. Die Anpassung der Versorgung an die Bedürfnisse dieser pflegerisch besonders anspruchsvollen Patientengruppe mache nicht allein veränderte Leit- und Wertvorstellungen erforderlich. „Ebenso bedeutsam sind wissenschaftlich fundierte Konzepte, zeitgemäße Qualifikationsprofile und förderliche Kontextbedingungen“, so Ewers. Nur so könne den gestiegenen Anforderungen in der Versorgung und Pflege dieser wachsenden Patientengruppe in allen Versorgungssettings begegnet werden. Die Entwicklung im Hospiz- und Palliativbereich ist deshalb besonders wichtig, weil sie für andere Bereiche der Versorgung echten Modellcharakter hat.

3.5 Podiumsdiskussion

Christoph Drolshagen

Hospiz- und Palliativverband NRW e.V.

Prof. Dr. PH Michael Ewers

Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflege-
wissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Beatrix Hillermann

Dipl.-Theologin, Home Care StädteRegion Aachen
gem. GmbH

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Präsident d. Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

Dr. med. Birgit Weihrauch

Staatsrätin a. D., ehemalige Vorstandsvorsitzende
des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e. V.

Johannes Wüller

Ltd. Arzt, Home Care StädteRegion Aachen gem. GmbH

Moderation: Veronika Schönhofer-Nellessen

In der einstündigen Abschlussrunde tauschen sich die Podiumsgäste über die Kernfrage aus, wie die hospizliche und palliative Haltung in andere Bereiche des Gesundheitssystems übertragen werden kann.

Christoph Drolshagen, Vorstand des Hospiz- und Palliativverbandes NRW e.V., hebt hervor, wie viel die Hospizbewegung in den vergangenen Jahren schon erreicht hat. Jetzt müssen die vorhandenen Netzwerke dafür genutzt werden, „aus den Wettbewerbsstrukturen belastbare Zusammenarbeitsstrukturen zu schaffen“.



Christoph Drolshagen

Die Leiterin des im Aufbau befindlichen „Hospiz am Iterbach“ der Home Care StädteRegion Aachen gem. GmbH, **Beatrix Hillermann**, stimmt Drolshagen zu und berichtet, dass in ihrem Hospiz eine Doppelspitze in der Führung die Art der Zusammenarbeit deutlich macht. Gerade vor dem Hintergrund zunehmender Standardisierung zeugt es von achtsamer Haltung, wie sich der Umgang untereinander gestaltet. Im Vordergrund muss immer der Gedanke stehen, einem anderen, leidenden Menschen begleitend beizustehen. Nach Hillermanns



Beatrix Hillermann

Meinung kann das Ehrenamt diesen Gedanken am besten ins System bringen und umsetzen.



Johannes Wüller

Für **Johannes Wüller** spielt der Faktor Zeit die wesentliche Rolle bei dem, was bei der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems an Haltung entwickelt werden kann. Er bekennt sich klar zum wirtschaftlichen Aspekt: „Die gute finanzielle Ausstattung eines Teams ist die Voraussetzung für Betreuung kranker Menschen“. Nur ein personell ausreichend und finanziell gut bestücktes Team ist auch ein zufriedenes Team, denn die gelebte Multiprofessionalität fordert den Mitarbeitern ein hohes Maß an Leistungen ab, meint der Ärztliche Leiter der Home Care StädteRegion Aachen gem. GmbH.

„Nicht nur die Haltung muss stimmen, auch die Kompetenz und das Wissen der Betreuenden“, führt **Dr. med. Birgit Wehrauch** den Gedanken weiter aus. Jeder ist ein Diener am kranken Menschen, der mit seinen Leiden und Bedürfnissen unbedingt im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen müsse. Bei dem integrativen Ansatz von Hospiz- und Palliativarbeit ist das eine ohne das andere nicht möglich. Die Staatsrätin a. D. und ehemalige Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V. gibt Johannes Wüller recht, „wir brauchen materiell tragfähige Strukturen“. Wehrauch sieht eine große Herausforderung darin, die Hospizkultur, das Wissen und die Kompetenz in die Breite zu tragen, damit alle Menschen die Versorgung erhalten, die sie am Lebensende brauchen.



Dr. med. Birgit Wehrauch



Christoph Drolshagen und
Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Prof. Dr. Michael Ewers, Direktor des Instituts für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité Berlin, regt mit seinem Wortbeitrag die Diskussion in die Richtung an, inwiefern in der ambulanten, häuslichen Versorgung mit der Medikalisierung eine „Überfremdung“ stattfindet. Im Krankenhaus müsse sich der Patient auf die „totale Institutionalisierung“ einlassen, wie Ewers sagt. Zu Hause sei das Rollenverständnis des Arztes und des Pflegenden ein anderes, hier müsse er sich legitimieren und brauche das Einverständnis des Patienten. **Beatrix Hillermann** wirft ein, sie habe als Patientin die Erwartung, überall, also sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause in die Entscheidungsfindung mit einbezogen und entsprechend aufgeklärt zu werden.



Beatrix Hillermann und
Prof. Dr. Michael Ewers



Veronika Schönhofer-Nellessen
und Dr. med. Birgit Weihrach



Dr. Hubert Schindler

Prof. Dr. med.
Friedemann Nauck,
Johannes Wüller u.
Beatrix Hillermann

Aus dem Publikum macht **Dr. Hubert Schindler (vdek)** auf den ungelösten Disput zwischen Johannes Wüller und Michael Ewers aufmerksam. Wüller vertrete den Standpunkt, das SAPV-Team könne dem Patienten zu Hause Medikamente geben. Für Ewers wiederum ist die Medikalisierung nicht erlaubt. Liegt hier ein begriffliches Missverständnis vor, fragt Schindler? Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin **Prof. Dr. Friedemann Nauck** erläutert, Ewers ginge es nach seinem Verständnis vor allem um den Respekt. Ärzte, Pflegende und Menschen, die Leidende zu Hause unterstützen, müssen eine andere Haltung einnehmen: Im privaten Umfeld sind sie Gäste. **Wüller** definiert in diesem Kontext ein strukturelles Problem der SAPV. Bei hospizlicher Versorgung im häuslichen Umfeld gäbe es noch immer die ungelöste Frage nach der Delegation ärztlicher Handlungen an gut ausgebildete und engagierte Pflegekräfte. Was dürfen die Pflegenden und womit fühlen sie sich noch sicher? Wüller sagt: „Wir delegieren mit Augenmaß.“ **Drolshagen** merkt an, hospizische Haltung hieße doch vor allem Achtsamkeit und vom Patienten und dessen Angehörigen her zu denken. Das beinhalte auch die Überlegung, wer in dem Augenblick der bessere professionelle Ansprechpartner sei. Er wünscht sich deshalb eine Kommunikationskultur. Kommunikation kommt in den Netzwerken häufig zu kurz. Wichtigste Aufgabe aus seiner Sicht ist es, „die familiären Systeme zu stärken, damit Versorgung zu Hause möglich ist.“

Ewers sind in der aktuellen Diskussion drei Aspekte wichtig: eine neue Balance zwischen den Versorgungseinrichtungen, Unterstützung von Familien und sozialen Netzwerken in der Pflege schwerst- und chronisch Kranker sowie Professionalisierung der Berufsgruppen. Er appelliert: „Wir müssen die Profile der Gesundheitsprofessionen neu zuschneiden, verteilen und zuordnen.“

Nauck sieht die Verbindung zwischen Haltung und Gerechtigkeit. Man wisse heute nicht, wie der Zugangsweg zu Hospiz, Palliativstation und in den ambulanten Sektor sei. So haben zum Beispiel Migranten einen anderen Zugang zum Gesundheitssystem, als ein Großteil der Bevölkerung. Sie nutzen weniger die Hospiz- und Palliativmedizin, dafür mehr die Notfallambulanz. Nauck fasst die Podiumsdiskussion in einer Schwerpunktfrage zusammen: Wie kann die hospizliche und palliative Haltung in die Gesellschaft zurück transportiert werden? Er sieht nur einen möglichen Weg: „Wenn jeder als Patient und nicht als Kunde gesehen wird, dann hat Palliativversorgung und hospizliche Arbeit eine hervorragende gesellschaftspolitische Aufgabe gelöst“.

Veronika Schönhofer-Nellessen mahnte abschließend nochmals, bürgerschaftliches Engagement nicht zum Lückenbüßer für leere Kasen und akuten Fachkräftemangel werden zu lassen. „Haupt- und Ehrenamt werden sich zukünftig nur dann sinnvoll ergänzen und bereichern können, wenn die jeweiligen Aufgaben klar zugewiesen und die Verantwortungen geklärt sind,“ so die Moderatorin. Vor allem der Blick auf die Schnittstellen darf nicht vernachlässigt werden. „Wir müssen zukünftig noch bewusster miteinander umgehen, um haupt- und ehrenamtliche Hospizarbeit aktiv selbst zu gestalten, um nicht zum Opfer ökonomischer Sachzwänge zu werden“, forderte Schönhofer-Nellessen.



v.l.n.r.: Veronika Schönhofer-Nellessen, Christoph Drolshagen, Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Dr. med. Birgit Weihrach, Beatrix Hillermann, Prof. Dr. Michael Ewers, Johannes Wüller



Das wäre ja der Gipfel!

Palliativmedizin pointiert, wieder einmal spitzbübisch betrachtet, fast ein wenig auf die Spitze getrieben – das war wohl das Motto der kabarettistischen Einlage, welche auch dieses Jahr traditionsgemäß den Tagungsvormittag beschloss.

Dabei verheddert sich eine Seilschaft von Palliativexperten wohlmeinend in ihren Plänen und Ideen, während der „Palli“, die Figur welche den Palliativpatienten (oder auch die Palliativmedizin??) verkörpern soll, letztlich ohne fachliche Hilfe friedlich im Schoß der Gesellschaft seinem Leiden entschlüft.

Vielleicht eine kleine Ermahnung, neben den eigenen guten Absichten das eigentliche Ziel nicht ganz aus den Augen zu verlieren? Auf jeden Fall eine pfiffige Idee und für die gelungene Umsetzung einen herzlichen Dank den Mitstreitern aus dem Palliativnetz Aachen um den Aachener Hausarzt Andreas Scheid!

Akteure:
Dr. med. Andreas Scheid,
 Vorsitzender der Aachener Gemeinschaft Aachener Hausärzte (AGAH)
Madeleine Bell, Koordinatorin DaSein, Ambulanter Hospiz-, Trauerbegleitungs- und Palliativberatungsdienst der Malteser Aachen
Beatrix Hillermann, Home Care StädteRegion Aachen gem. GmbH
Ulrike Clahsen, Hospiz der Hermann-Josef-Stiftung, Erkelenz
Martina Deckert, Koordinatorin Ambulante Hospizgruppe „Gemeinsam“, DRK KV Städteregion Aachen e. V.
Eckhard Weimer, Gerontopsychiatrische Beratungsstelle des Alexianerkrankenhauses Aachen GmbH



04. Workshopberichte

4.1 Workshop 1: Ehrenamt

Beatrix Hillermann

Ehrenamt zwischen standardisierter Dienstleistung und lebendiger Begegnung

Christoph Drolshagen

„Ein Stuhl und ein Glas Wasser“ – Chancen, Notwendigkeiten und Grenzen des Zusammenspiels zwischen Ehren- und Hauptamt!

Ulrike Herwald

Wann passt welches Ehrenamt in ein Leben?

Moderation:

Dr. phil. Andreas Walker,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter Lehrstuhl für Moraltheologie,
Katholisch-Theologische Fakultät Ruhr-Universität Bochum

Berichterstattung:

Stefanie Eßer, Ambulanter Hospizdienst St. Anna, Alsdorf



Dr. phil. Andreas Walker

Nimmt man die Entwicklung palliativ-hospizlicher Kultur „vorwärts auf dem Weg zurück in die Gesellschaft“ in den Blick, so gehört die Wahrnehmung des Ehrenamts in diesem Bereich, als Ursprung, Ausdruck und Träger von Entwicklung dazu. Im Rahmen des Workshops „Ehrenamt zwischen standardisierter Dienstleistung und lebendiger Begegnung“ wurde das hospizliche Ehrenamt aus verschiedenen Perspektiven kritisch in den Blick genommen.

Unter der Leitung von **Dr. Andreas Walker** ermöglichten drei ReferentInnen – Christoph Drolshagen, Ulrike Herwald, Beatrix Hillermann – dem Publikum unterschiedliche Einblicke in die Entwicklung, praktische Vorgehensweise und Risiken, denen dieses Ehrenamt als Ursprung und Ausdruck der Bürgerbewegung Hospiz begegnet.



Christoph Drolshagen

Im ersten Vortrag setzte **Christoph Drolshagen** den Schwerpunkt auf das Zusammenspiel von Haupt- und Ehrenamt im hospizlich-palliativen Bereich. Ausgehend von den Ursprüngen der Hospizbewegung als einer zutiefst mitmenschlichen Revolution (Eugen Drewermann), die nicht den Sturz der Mächtigen, nicht die Enteignung der Reichen zum Ziel hatte, sondern Ausdruck fand und bis heute findet in der solidarischen Sorge von Mensch zu Mensch, zeigte der Referent an Fallbeispielen die Unmittelbarkeit und das Berührtsein in der ehrenamtlichen Begleitung Sterbender auf.

Diese Solidarität mit Menschen in der letzten Lebensphase, die in einer Kultur des Leistungsdrucks, des Gesundheitswahns und der Diesseitigkeit durch die Raster unserer Gesellschaft fallen, findet unmittelbar Ausdruck in der ehrenamtlichen Begleitung Sterbender.

Anschaulich zeigte Drolshagen anhand zweier Beispiele, dass es möglich ist, der „strukturellen Konfliktquelle“, die in der Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamt liegt, zu begegnen und ein für alle Seiten gutes Zusammenarbeiten möglich werden zu lassen. Ohne die Beispiele im Einzelnen zu wiederholen, lassen sich für ein Gelingen dieser Zusammenarbeit zentrale Punkte benennen.

Die Schnittstelle zwischen Ehrenamt und Hauptamt benötigt Koordination. Eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe setzt Gleichberechtigung von Haupt- und Ehrenamt voraus, indem z. B. ehrenamtliche Vorstandsmitglieder als Mitgesellschafter in der Hospiz GmbH arbeiten. Desweiteren bedarf es der gemeinsamen Entwicklung und Beschreibung von Kommunikationsstrukturen. In diesem Rahmen erfolgt eine klare Kompetenz- und Rollenbeschreibung z. B. von Pflege, Hospizbegleitung, Koordination der Ehrenamtlichen, etc. Hinzu kommt die Benennung von Kontakt- und Ansprechpersonen, die gute Beschreibung von Vorgehensweisen und Abläufen, sowie die regelmäßige und festgesetzte Reflexion der Zusammenarbeit von Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen.



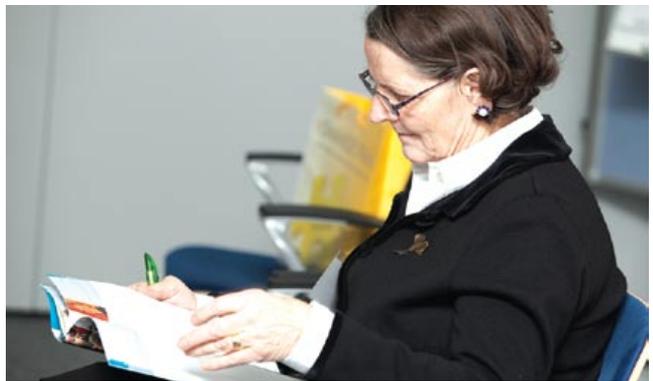
Christoph Drolshagen



Dr. phil. Andreas Walker und Beatrix Hillermann



Christoph Drolshagen



Michaela Wirtz

Abschließend wurde das Projekt des Hospiz- und Palliativverbandes NRW „Sicherstellung und Weiterentwicklung der bürgerschaftlichen Hospizarbeit in NRW angesichts sich ändernder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und hospizlich-palliativer Versorgungsstrukturen“ vorgestellt. Hier trägt der HPV NRW den gesellschaftlichen Veränderungen, die sich im Ehrenamt widerspiegeln und auf die Antworten gefunden werden wollen, Rechnung.

Ulrike Herwald stellte in ihrem Vortrag die Frage: „Wann passt welches Ehrenamt in ein Leben?“

An ihrer eigenen Entwicklung zeigte sie beispielhaft auf, welche Wechselwirkung zwischen eigener Biografie, der Persönlichkeitsentwicklung sowie der Übernahme von speziellen Aufgaben und Rollen im Ehrenamt besteht. In ihren ganz persönlichen Schilderungen spiegelten sich die von Soziologen benannten Veränderungen im Ehrenamt wider.

Ehrenamt heute möchte auch etwas für sich selbst tun im Sinne von Selbsterfahrung, Selbstentwicklung und Weiterentwicklung. Hier möchte die engagierte Bürgerin einen Rahmen für „positives Arbeiten“ finden; zumal die Rahmen in vielen Bereichen von Erwerbsarbeit dies nicht bieten. Hinzu kommt das Bedürfnis, über den Tellerrand hinaus zu sehen und sich auch dort gegebenenfalls zu engagieren. Dies umfasst die gesellschaftliche und die politische Ebene.



Ulrike Herwald

Ehrenamt hat nicht den Wunsch, zu behandeln und zu therapieren. Ehrenamt im Hospizbereich war und ist bis heute ein Versprechen auf bürgerschaftlicher Ebene und nicht auf der professionellen Ebene. Auf dieser bürgerschaftlichen Ebene zeigt sich dieses Ehrenamt mit großem fachlichen Anspruch, der sich widerspiegelt in einer qualifizierten Befähigung, regelmäßiger Praxisbegleitung und Supervision, wie auch Fortbildungen. Weiterhin ist ehrenamtliches hospizliches Engagement auf der gesellschaftlichen und politischen Ebene möglich. Hospizarbeit bedeutete und bedeutet bis heute Entwicklung: Das solidarische „Ja“ auf der Ebene von Mensch zu Mensch beinhaltet das „Ja“ auf der gesellschaftlich-politischen Ebene.



Beatrix Hillermann

Beatrix Hillermann nahm den Faden auf und stellte die Frage, ob das Ehrenamt der Garant für die Mitte der Gesellschaft sein könne.

Zu Beginn stellte sie in einem kurzen Abriss die Entwicklung der Hospizbewegung seit den 1990er Jahren bis heute dar: die Entwicklung von der rein ehrenamtlichen Arbeit bis hin zum professionalisierten Ehrenamt mit hoch fachlicher Qualifikation und der damit einhergehenden finanziellen Förderung, festgeschrieben in den Rahmenvereinbarungen nach §39a SGB V. Die Anregungen zu den weiteren Gedanken entnimmt sie dem Buch von Michaela Fink „Von der Initiative zur Institution. Die Hospizbewegung zwischen lebendiger Begegnung und standardisierter Dienstleistung.“

Bei aller Anerkennung des gesellschaftlichen Nutzens wird seither versucht, den Hospizgedanken zu sichern, zu institutionalisieren und mit technischen Lösungen zu garantieren. Die Beziehungen zwischen professionellen Helfern, womit auch die ehrenamtlichen Sterbe- und TrauerbegleiterInnen gemeint sind, und den EmpfängerInnen von Unterstützung werden genormt, bürokratisiert, ökonomisiert und mathematisiert.

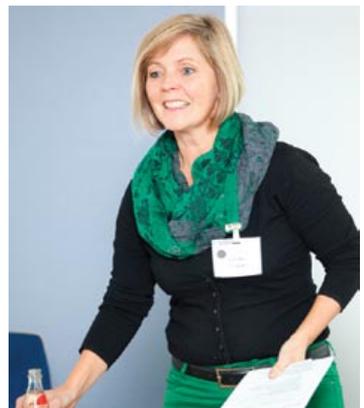
Das Lebensende droht zum Managementprozess zu werden, der den Sterbenden entmündigt und das Ehrenamt missbraucht. Die Referentin bezieht sich auf Ivan Illich, der in der Veröffentlichung von Michaela Fink zitiert wird: „Ab einer gewissen Intensitätsschwelle der Institutionalisierung wird der eigentliche Zweck gefährdet, bzw. ins Gegenteil verkehrt.“



Die Antwort auf die Frage, wie dieser Entwicklung zu begegnen sei, sieht Hillermann in den Ursprüngen dieser Bewegung. Hierauf basierend plädiert sie für die Entwicklung einer Ars Moriendi. Hier kann durch die bewusste Hinwendung vom Ich zum Du Raum entstehen für mein Gegenüber und für Gott. Im Bewusstsein der eigenen Begrenztheit liegt ein Schlüssel zur Gemeinschaft, Beziehung auf Augenhöhe wird möglich mit dem Begleiteten und den Angehörigen. In dieser Beziehung findet Entschleunigung statt, Zeit wird geschenkt. Voraussetzung für die Hinwendung zum Du ist die Bereitschaft, sich selbst den Fragen am Ende des Lebens zu stellen und ihnen Raum zu geben. Die Wiederentdeckung von Leidenschaft als menschlichem Gut, sowie die Schaffung geschützter und beseelter Räume schaffen Raum für die so angreifbare letzte Phase des Lebens ohne Antworten und abgeklärte Konzepte. Auf diesem Grund kann es gelingen, das Sterben als existenzielles Ereignis in unser Leben zu integrieren. In dem Bericht einer ehrenamtlichen Sterbebegleiterin wurden die Grundlagen, Berührtheiten und Empfindungen bildhaft lebendig. Dieser authentische Bericht führte zu einem angeregten Austausch über die unmittelbare menschliche Berührung in der Begleitung, gestern wie heute der Urgrund dieses Ehrenamtes.

Zusammenfassend ist zu dem Workshop zu bemerken, dass es viele Anknüpfungen an die Vorträge des Vorabends gab. Die Veränderungen gesellschaftlicher Strukturen stehen unmittelbar in Wechselwirkung mit den Ehrenamtlichen. Persönliche Entwicklungen beeinflussen die Entwicklung im Ehrenamt und umgekehrt. Die Schnittstelle zwischen Haupt- und Ehrenamt ist vor dem Hintergrund, dass Ehrenamt Basis und Träger gesellschaftlicher Veränderung darstellt, von besonderer Bedeutung.

Unser Sterben stellt keine leidfreie oder planbare Zone dar. Raum für existentielle Fragen am Lebensende, Unlösbarkeiten und Begrenztheit benötigen wir dann. Diesen Raum zu erhalten und gegen jede Plangesellschaft und Ökonomisierung individuell zu ermöglichen, sind alle in der Hospizbewegung Tätigen angetreten, Ehrenamtliche wie Hauptamtliche.



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

Bernd Claßen

Vernetzung aus Sicht der Krankenversicherung
als Vertragspartner in der Palliativversorgung

Dr. med. Knud Gastmeier

Vernetzung in der Palliativmedizin
(PCT „Potsdam und Umland GbR“)

Dr. med. Sonja Burandt

SAPV im ländlichen Raum

Moderation:

Dr. med. Benjamin Gronwald,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Berichterstattung:

Dr. Christa Naber,
Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen



Dr. med. Benjamin Gronwald

Der Moderator, **Dr. Benjamin Gronwald**, leitete den Workshop mit einem Wortspiel rund um Netz – Netzwerk – Vernetzung, Knoten – Verknotung, Halten – Verhalten – Haltung ein. Angemerkt sei, dass in Workshop 2 der Schwerpunkt der Beiträge auf der Seite der palliativen Versorgung und den entsprechenden Netzwerken lag. Die Pflege und das Ehrenamt waren nicht durch entsprechende Referenten vertreten, wohl aber zum Teil durch das Auditorium. In den drei Vorträgen wurde die Vernetzung aus Krankenkassensicht, die Entwicklung des palliativen Netzwerks in Potsdam und Umgebung und der noch junge Aufbau der SAPV in Kempten und dem Oberallgäu und damit im ländlichen Raum vorgestellt. Die anschließende Diskussion zeigte, wie wichtig solche Foren für einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch sind.



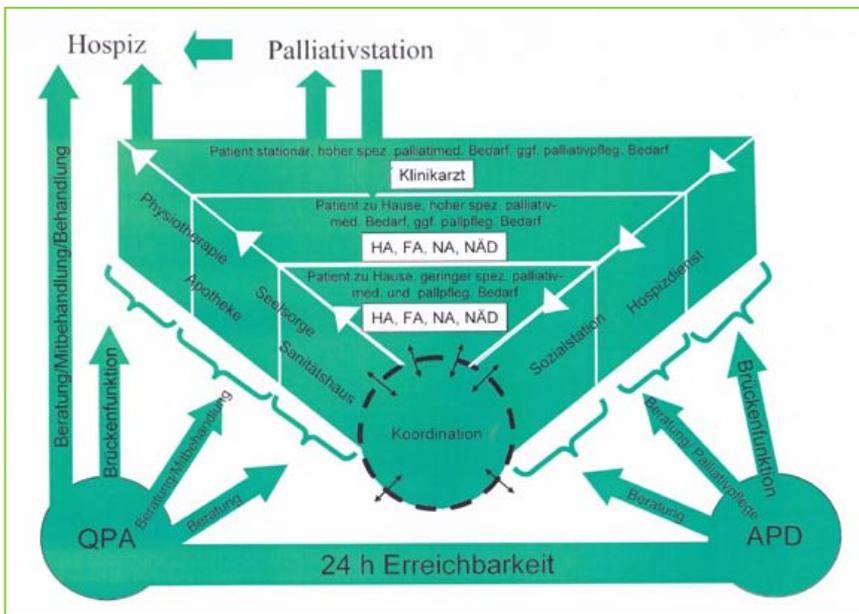
Bernd Claßen

Vernetzung aus Sicht der Krankenversicherung als Vertragspartner in der Palliativversorgung

Bernd Claßen, AOK Rheinland/Hamburg, Stv. Leiter der Regionaldirektion Aachen

In Aachen wurden schon früh Kontakte zwischen den verschiedenen Instanzen rund um die Versorgung von Palliativpatienten geknüpft, maßgeblich initiiert durch Ulla Schmidt. So ist der Vertrag der AOK mit Home Care in Aachen einer der ersten SAPV-Verträge. In Hinblick auf unsere besonders durch Wettbewerb geprägte Gesellschaft, stellt sich die Frage, ob sich hospizliche Haltung und Wettbewerb ausschließen.

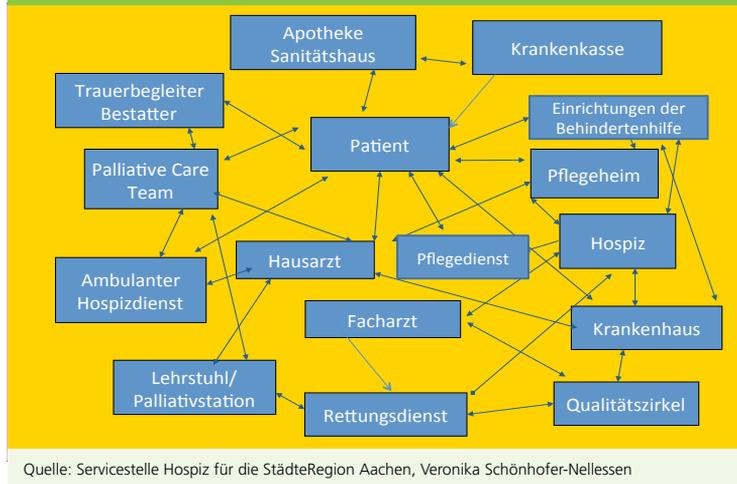
Oder anders gefragt, welchen Wettbewerb wollen wir? Geht es um die beste Versorgung der Patienten, dann ist dieser zu bejahen, geht es um Marktanteile oder Gewinnsteigerung, dann kann dieser nicht gewünscht sein. Kritisch betrachtet wurde auch der sektorale Aufbau unseres Gesundheitssystems, wodurch es in deutlichem Maße zu Informationsbrüchen zwischen den einzelnen Leistungserbringern (ambulanz – stationär, Hausarzt – Facharzt, ärztliche Versorgung – pflegerische Versorgung) und zu Hindernissen bzw. Fehlern im Behandlungsprozess kommen kann. Das deutsche Gesundheitssystem wird dadurch zu einem der teuersten, nicht aber zum qualitativ besten. Ansätze aus Managed Care, integrierter Versorgung oder DMP (Disease-Management-Programm) könnten hierbei weiterhelfen, sofern sie von bürokratischem Ballast befreit sind. Die Versorgung eines Palliativpatienten ist äußerst komplex und erfordert eine klar geregelte Zusammenarbeit aller Beteiligten.



Dr. med. Sonja Burandt und Dr. med. Benjamin Gronwald

Allerdings wird durch § 37b des SGB V nur die SAPV geregelt, nicht aber die ambulante Grundversorgung, die quasi die Basis ist. Verträge sind an feste Vernetzungsstrukturen geknüpft. Das Rahmenprogramm NRW aus dem Jahre 2005 bildet die Grundlage der Vertragspolitik der AOK in Bezug auf die Palliativversorgung. Die AOK wird den Vernetzungsprozess im Interesse ihrer Patienten weiter aktiv vor Ort begleiten.

BEISPIEL: PALLIATIVES NETZWERK FÜR DIE REGION AACHEN E.V.



Dr. med. Knud Gastmeier

Vernetzung in der Palliativmedizin (PCT „Potsdam und Umland GbR“)

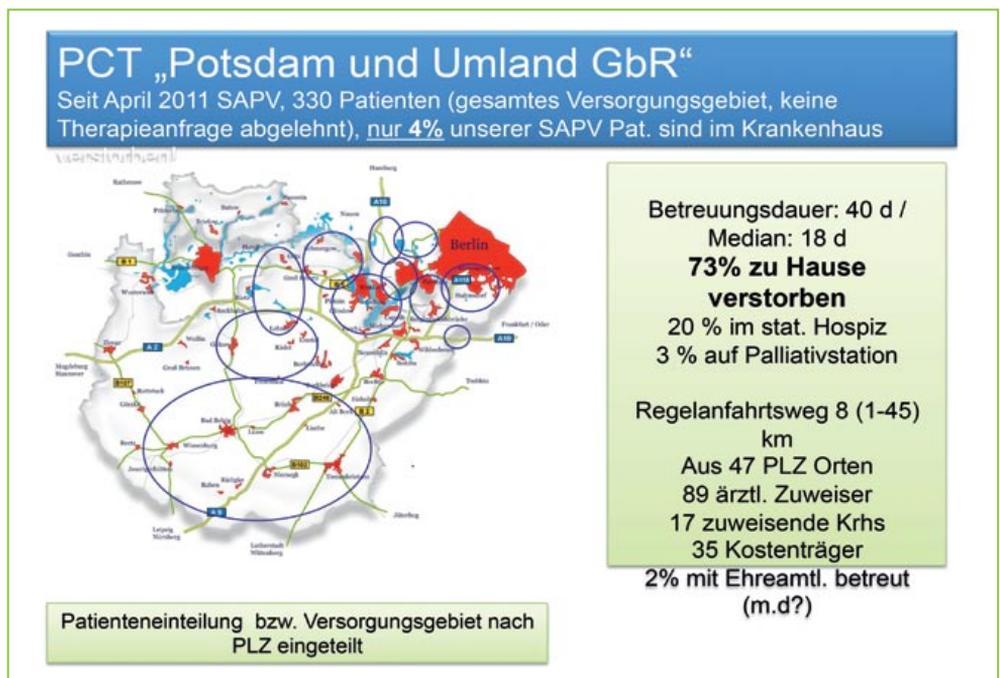
Dr. med. Knud Gastmeier, Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerz- und Palliativmedizin, Potsdam

Am Beginn des Vortrags stand die Feststellung bzw. Frage, ob Palliativmedizin schon immer gemacht wurde und durch wen. Sicherlich gab es früher – aus heutiger Sicht – eine schlechte Versorgung und unzureichende Schmerztherapie von Palliativpatienten. Seit den 80er Jahren ist ein Wandel festzustellen. Die Regionalanästhesie findet nicht nur in der Anästhesie sondern jetzt auch bei Tumorschmerzen Anwendung. Plötzlich konnte Schmerzfreiheit bei diesen Patienten erreicht werden, die zum Sterben wegen unerträglicher Schmerzen ins Krankenhaus kamen. Die Möglichkeit einer häuslichen Versorgung musste entwickelt werden. Um jedoch eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, ist ein engmaschiges Netzwerk nötig, das alle Bereiche von ärztlicher Versorgung und Pflege abdeckt und als Basis eine umfassende Informationsweitergabe bzw. Dokumentation hat. In diese Teams wurden neu auch das Ehrenamt und die Seelsorge integriert. Darüber hinaus gab es 1994 bereits Ansätze für eine gemeinsame ärztliche Ausbildung bei der Ärztekammer Brandenburg zu Schmerztherapie und Palliativmedizin nach der Devise „wer gemeinsam arbeitet, soll auch gemeinsam ausgebildet werden“.

Einige Entwicklungsdaten seien hier festgehalten: Bereits 1998 konnten 77 Prozent der verstorbenen Palliativpatienten bis zuletzt zuhause betreut werden. Seit September 2001 existiert ein Palliativ- und Hospizberatungsdienst, 2003 fand der 1. Potsdamer Hospiztag statt. Schließlich gründete sich Ende 2005 das Palliative Netzwerk Potsdam (PNP), in das Hausärzte sowie qualifizierte Pflegedienste (HKP) und Ehrenamtliche eingebunden wurden. 2010 entstand das Hausarztbasierte Palliativnetz (HPN) mit 19 Ärzten mit dem Ziel, zu gewährleisten, dass der sterbende Patient bestmöglich in seiner häuslichen Umgebung stabilisiert wird. Um eine flächendeckende Versorgung in einem Gebiet von 2.787 m² mit 359.900 Einwohnern zu gewährleisten, mussten Ärzte und HKP einbezogen werden. Um Konkurrenz bei den HKP bei der Versorgung von Palliativpatienten zu vermeiden, wurden alle qualifizierten HKP mit in das PCT einbezogen. Die Rekrutierung von speziell ausgebildetem Pflegepersonal stellt insofern ein Problem dar, da es kaum auf dem freien Arbeitsmarkt verfügbar ist und ein erhöhter Abwerberdruck in besser zahlende Bundesländer (z. B. Berlin) besteht. Im April 2011 startete die SAPV in Form der PCT „Potsdam und Umgebung GbR“ deren Kennzahlen die nachfolgende Folie zusammenfasst. Nunmehr können mehr als 90 Prozent der sterbenden Palliativpatienten zufriedenstellend ausserhalb des Krankenhauses versorgt werden.



Als Innovationen sei auf die Anstellung einer Psychologin zur teaminternen Supervision, die Einführung eines praxisinternen Palliativfortbildungskonzeptes, eines Notfallpasses sowie eines bettseitigen Notfallkoffers hingewiesen.





Dr. med. Sonja Burandt

SAPV im ländlichen Raum

Dr. med. Sonja Burandt, Internistin und Palliativmedizinerin, Ambulante Palliativ- und Hospizversorgung Kempten-Oberallgäu

Durch die Förderung der Deutschen Krebshilfe konnte im Zeitraum von Mai 2009 bis April 2011 ein überwiegend konsiliarisch arbeitender ambulanter Palliativdienst (APD) für die Stadt Kempten und den Landkreis Oberallgäu aufgebaut werden. Auf den hierbei geschaffenen Strukturen basierend, startete die SAPV im Mai 2011 und versorgt eine überwiegend ländliche Region mit insgesamt 215.000 Einwohnern. In den angrenzenden Landkreisen gibt es bis dato keine SAPV-Teams, so dass das Einsatzgebiet sogar teilweise über die Regionsgrenze hinausgeht. Bisher konnten alle Patienten ohne Warteliste betreut werden. Mithilfe finanzieller Unterstützung durch die Paula-Kubitschek-Vogel-Stiftung konnte die Ausrüstung, wie z. B. ein Auto und ein mobiles Ultraschallgerät angeschafft werden. Fördermittel des Bayerischen Staatsministeriums halfen bei der Öffentlichkeitsarbeit. Das mittlerweile zwölfköpfige Team setzt sich zusammen aus Pflegekräften, Ärzten, einem Diplomsozialwirt und einer Verwaltungsangestellten und hat seinen Sitz am Klinikum Kempten. Das SAPV-Team unterstützt die Partner des bestehenden Versorgungsnetzes und steht in intensivem Kontakt mit ihnen. Im Team werden in regelmäßigen Fallbesprechungen alle Patienten besprochen, so dass jeder jeden Patienten kennt. Nach einem persönlichen Kennenlernen des Patienten und seines Umfeldes werden in der Folge – auch aufgrund der großen Entfernungen – viele Absprachen telefonisch getroffen. Mittels PalliDoc® werden alle Fälle dokumentiert. Innerhalb von 2 Jahren wurden durch den APD 172 Patienten betreut, durch das SAPV-Team im ersten Jahr bereits 170 Patienten.



Statistik

Anzahl der betreuten Patienten:

- APD: 172 Patienten in zwei Jahren
- SAPV: 170 Patienten im ersten Jahr

Ultraschalluntersuchungen

	diagnostisch	Pleura-punktion	Aszites-punktion
2011	17	7	0
2012 (-09/12)	70	12	23

Gefahrene Kilometer: Juli 2011 bis Juli 2012 ca. 35.000 km



4.3 Workshop 3: Hospizliche Haltung

Dr. phil. Arnd T. May

Hospizliche Haltung

Martina Deckert

Hospizliche Haltung – Achtung und Achtsamkeit

Thomas Sitte

Zurück zur Hospizlichen Haltung!

Moderation:

Dr. med. Ivo Grebe, Internist, Ärztekammer Nordrhein,
Vorsitzender des Vorstandes der Kreisstelle Aachen

Berichterstattung:

Manfred Pfeiffer, Vorsitzender PatientenForum e. V., Mainz

Die Hospizbewegung scheint sich in den letzten Jahren zu ändern. Naturgemäß steht hierbei der Sterbende im Vordergrund. Ethikberatung kann bei der Lösung von Konflikten hilfreich sein. **Dr. phil. Arnd T. May**, Leiter des Zentrums für Angewandte Ethik in Recklinghausen führt dazu aus: Der Hospizgast kann durchaus eigene Wertvorstellungen haben, welche im Hospiz nicht oder nicht komplett geteilt werden. Somit treffen „moralisch Fremde“ aufeinander. Speziell die Beurteilung von Nutzen für den Patienten erfolgt mitunter in der Palliativversorgung und in der hospizlichen Versorgung unterschiedlich. Die Orientierung unter den Begriffen Ethik und Moral muss Antworten auf die Fragen geben: Was wünscht der Mensch? Was sollte er akzeptieren? Welche Verbote soll es geben? Über problematische Inhalte muss diskutiert werden, die Verfahren hierzu müssen sinnvoll sein und der Beurteilung als Ethikberatung standhalten. In den letzten Stunden des Lebens müssen soziale Angebote, Respekt und Fürsorge vor Begriffen wie Bevormundung und Nötigung stehen. Eine Ethik für die hospizliche Versorgung wird das Miteinander in den Vordergrund stellen. Aber eine Ethik des Miteinander ist neben den Verfahren der Konfliktlösung auch von Inhalten geprägt. Klare Abgrenzungen zu bestimmten Inhalten bleiben kontrovers.

Für die ehrenamtliche und professionelle Betreuung muss aber deutlich bleiben: Was kann im Einzelfall mitgetragen werden? **Martina Deckert**, Koordinatorin der ambulanten Hospizgruppe „Gemeinsam“ des DRK – KV Städteregion Aachen e. V. zeigt verschiedene Möglichkeiten der Kultivierung einer hospizlichen Haltung in der Gesellschaft auf: Ein Aspekt ist die Anregung und Ermutigung zur Auseinandersetzung mit Sterben und Tod durch Aufgreifen dieser Thematik in kulturellen Angeboten wie Theater, Konzerten, Literatur, Filmen, Zeitungen. Des Weiteren ist die intensive Vernetzung und Multiplikatorenarbeit in verschiedenste



Dr. phil. Arnd T. May



Martina Deckert



Dr. med. Ivo Grebe

Bereiche des menschlichen Lebens hinein ganz wichtig, wie z. B. Schulen, Behinderteneinrichtungen, zu Menschen mit Migrationshintergrund und Demenztbetreuung. Nicht zuletzt wirken natürlich die persönliche Erfahrung Betroffener und ihrer Angehörigen und eigenes Erleben der hospizlichen Haltung stark nach und werden weitergetragen.

Den Schulterschluss bei der Umsetzung von hospizlicher Haltung hält Frau Deckert für entscheidend, denn die Herausforderungen und der Bedarf steigen durch z. B. Demographiewandel, zunehmende demenzielle Veränderungen, immer mehr Alleinlebende und große gesellschaftliche Unterschiede. „Wir-Gefühl“ und „Team-Erleben“ gilt es zu fördern durch gegenseitiges Kennenlernen, ergänzende Zusammenarbeit und regelmäßigen Austausch, z. B. Fallbesprechungen.

Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod konfrontiert uns mit Grenzen. Umgang mit Grenzen motiviert und erfordert Kultivierung einer „inneren Geräumigkeit“, basierend auf Spiritualität. Letztlich ist die Auseinandersetzung mit den Fragen bedeutend: „Was gibt Halt? Woher schöpfe ich Kraft? Was bedeutet für mich ein Stück Geborgenheit trotz großer Verunsicherung?“



Der Satz „Jeder Mensch ist in gewisser Hinsicht wie alle anderen Menschen, wie einige andere Menschen, wie kein anderer Mensch“ (Kluckhohn und Murray) beschreibt sehr treffend, worum es bei der hospizlichen Haltung geht: Verbundenheit und Mitgefühl und gleichzeitig Anerkennung der Individualität und Achtung des „anders sein“.



Meine (rosa) Vision:

- Jeder soll sagen können:

"Wie gut, dass ich mich immer auf Hospizarbeit und Palliativversorgung verlassen kann!"

www.palliativstiftung.de

DEUTSCHE PALLIATIVSTIFTUNG

Für **Thomas Sitte**, Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Palliativstiftung, sind Hospizarbeit und Palliativversorgung mehr als Medikamente. Geld verdirbt den Charakter, hat Großmutter weise zitiert. Und in der Hospizarbeit und Palliativversorgung wird man daran erinnert. Geld zerstört bürgerschaftliches Engagement! Eine provokante These, doch man könne dies auch im Spannungsfeld rein ehrenamtlich ausgerichteter Hospizdienste in Kooperation mit der Geschäftsidee SAPV beobachten, so Sitte. Für manche kleine, feine fachkompetente 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.



Thomas Sitte

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 ambulanten Hospizdienst, aber nur ein Teil der ambulant betreuten Patienten benötigt SAPV. Und jedes SAPV-Team sollte bei den Ehrenamtlichen beobachten können, wie eine hospizliche engagierte Haltung die eigene professionelle Arbeit beeinflussen kann.

SAPV ohne Hospizdienst ist kaum möglich. Aber: Ambulante Hospizdienste müssen weiterhin ehrenamtlich getragen bleiben, sonst verliert 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. Am Ende des Lebens soll jeder sagen können: Wie gut, dass ich mich immer auf Hospizarbeit und Palliativversorgung verlassen konnte.

4.4 Workshop 4: Versorgung

Dr. med. Matthias Thöns

Ambulante Palliativversorgung – ist jetzt alles schön in der Praxis?

Sebastian Gröbe

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

Dr. med. Patricia Aden

Plädoyer für ein Delegationsgesetz

Moderation:

Dr. med. Leo Habets, Onkologe, Aachen

Berichterstattung:

Hannelore Leiendecker, Koordinatorin im Ambulanten Kinderhospizdienst
Aachen/Kreis Heinsberg



Dr. med. Leo Habets

Moderator **Dr. med. Leo Habets**, Niedergelassener Onkologe, Home Care StädteRegion Aachen gem. GmbH, stellte einleitend die Frage, wie es zu schaffen sei, unter immer stärker werdendem Versorgungsdruck und einem immer größer werdenden Fachkräftemangel eine Versorgungsqualität auf einem hohen Niveau zu halten. Liegt die Lösung in einer engeren Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegendem Personal? Wie könnte ein engeres Zusammenspiel aussehen und welcher Grundvoraussetzungen bedarf es? Lässt sich das Problem überhaupt unter dem ständig steigenden Versorgungsdruck lösen?



Dr. med. Patricia Aden

Dr. med. Patricia Aden, Ärztekammer Nordrhein, stellte ihr „Plädoyer für ein Delegationsgesetz“ vor. Angesichts der veränderten Versorgungssituation und des Wandels im Berufsbild der medizinischen Assistenzberufe ist eine enge Kooperation von Ärzten und Vertretern anderer Gesundheitsberufe erforderlich. Die Versorgungsengpässe zwingen außerdem dazu, über die Aufteilung der Kompetenzen neu nachzudenken. Mögliche Ansätze sind Delegation und/oder Substitution. Da die Substitution im deutschen Gesundheitssystem nicht vorgesehen ist, scheint die bereits vielfach praktizierte Delegation eine Möglichkeit, hohes Fachwissen aus nichtärztlichen Berufsgruppen zu nutzen. Ohne Delegation kann kein Bereich der Patientenversorgung funktionieren. Das Delegationsgesetz soll für die nötige Rechtssicherheit sorgen, zudem sollen die Rahmenbedingungen der Kooperation der Gesundheitsberufe formuliert werden. Delegiert werden sollen ärztliche Tätigkeiten an nichtärztliche Mitarbeiter in Gesundheitsberufen. Allerdings bleibt der Arzt Leistungserbringer, ist persönlich dafür verantwortlich, dass die Delegation zu verantworten ist und haftet im Rahmen eines Aufsichtverschuldens. Einige Beispiele einer Delegation wären die Durchfüh-

zung von Injektionen, das Anlegen von Infusionen, Verabreichung von Bedarfsmedikation usw. Allerdings sollte diese Liste nicht statisch sein, sondern sich an veränderte Situationen anpassen können.

In den anschließenden Diskussionen kam auch das Thema der Substitution wieder zur Sprache. Gefordert wurde, einen Katalog zu erstellen, in dem Dinge gelistet werden, die von nichtärztlichen Mitarbeitern verordnet bzw. angeordnet werden könnten. Ebenso sinnvoll wäre es, eine Abfrage zu starten, in der SAPV-Teams Tätigkeiten, die delegiert werden können oder schon delegiert werden, sammeln, um so die Notwendigkeit des oben genannten Gesetzes zu unterstreichen. Delegation oder Substitution: eine Frage die heftig diskutiert wurde; wobei aber ganz deutlich wurde: Die Patientenversorgung ist eine gemeinsame Aufgabe, und auf einem gemeinsamen Weg werden wir nach gemeinsamen Lösungen suchen.



Dr. med. Patricia Aden



Hannelore Leiendecker



Im zweiten Vortrag berichtete **Dr. med. Matthias Thöns**, ambulant tätiger Palliativmediziner, Palliativnetz Witten e. V., über immer wiederkehrende Probleme im SAPV-Bereich. Ein SAPV-Antrag wurde mit der Begründung, dass eine palliativmedizinische Versorgung nicht nötig sei, abgelehnt. Die Patientin verstarb keine zwei Wochen nach der Begutachtung. In einem weiteren Fall wurde Pflegestufe I mit der Begründung abgelehnt, dass die Voraussetzungen nicht vorlagen. Auch diese Patientin verstarb einige Tage nach der Begutachtung durch den MDK. Ebenso sieht Thöns erhebliche Mängel bei der palliativen Versorgung von Patienten in Pflegeheimen. Dort gäbe es häufig eine mangelnde Schmerzdokumentation und Symptomkontrolle, SAPV Teams würden selten oder erst sehr spät einbezogen und Hospizdienste würden oft nicht angefragt.

Das off-label-use-Problem (unter zulassungsüberschreitender Anwendung, engl. off-label-use, versteht man die Verordnung eines zugelassenen Fertigarzneimittels außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden



Dr. med. Matthias Thöns

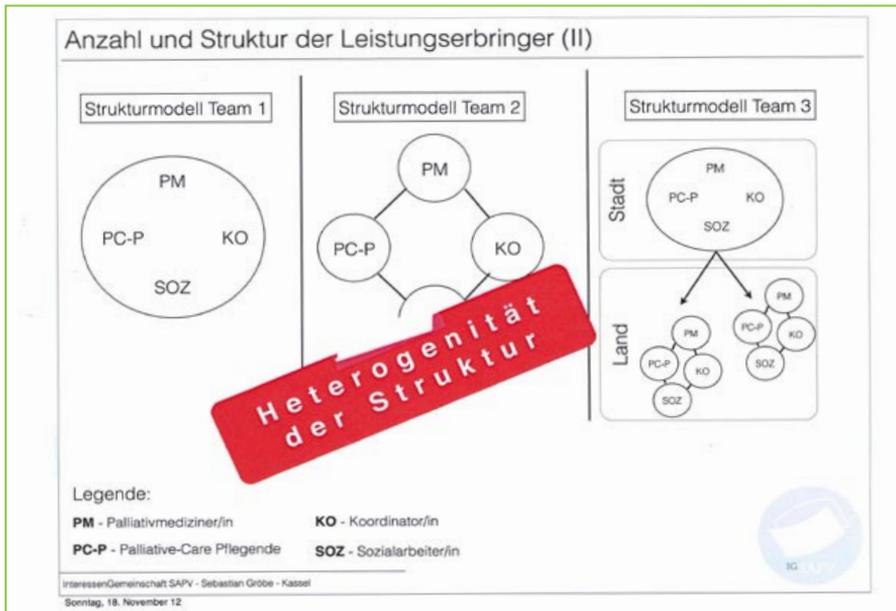
genehmigten Gebrauchs hinsichtlich der Anwendungsgebiete) ist ebenfalls eine Problematik, mit der die meisten SAPV-Teams zu kämpfen haben. In der Klinik stellt sich diese Problematik meist nicht, da die Arzneimittel im Budget des Hauses liegen und dadurch keine Prüfung erfolgt. In der ambulanten Versorgung muss erst ein Antrag bei der Krankenkasse vorgelegt werden oder es muss ein Privatrezept ausgestellt werden, und die Kosten liegen dann beim Patienten. Bei Verordnung auf Kassenrezept werden bei einer Überprüfung unter Umständen Regressansprüche an den verordnenden Mediziner gestellt. In der Palliativmedizin fallen 65,7 Prozent der Medikamente unter off-label-use, Kassen haben SAPV-Teams dafür in Regress genommen. Es gibt erheblichen Klärungsbedarf und die Frage stellt sich, warum es so wenig Einsatz und Unterstützung für den ambulanten Sektor gibt. Sollten Patienten bei off-label-use in die Klinik eingewiesen werden? Wer muss sich dem hohen Kostenrisiko aussetzen? Arzt oder Patient? Oder sollten die nötigen Medikamente im Rahmen der Palliativmedizin eingesetzt generell Kassenleistung sein? Das Sterben zuhause ist in der Gesellschaft anscheinend noch nicht angekommen. Denn selbst der Totenschein in NRW sieht „Zuhause“ nicht als Sterbeort vor.



Sebastian Gröbe

„SAPV in Deutschland – gleiches Recht (und gleicher Inhalt) für alle?“ war die Frage des Vortrags von **Sebastian Gröbe**, Fachkraft Palliativ-Care beim PCT des DRK Kreisverbandes Kassel-Wolfhagen e. V.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird als Teamleistung erbracht und ist eine zu verordnende Leistung. SAPV hat den Patienten sowie die Angehörigen im Fokus. Bei einer zum Tode führenden Grunderkrankung soll durch eine adäquate Symptomkontrolle und Behandlung die Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglicht werden. Rechtliche Grundlagen sind die Paragraphen 37b und 132d des SGB V. Eine Heterogenität der Verträge entsteht dadurch, dass Selektivverträge mit den einzelnen Leistungserbringern abgeschlossen wurden. In der Hoffnung, so den Wettbewerb zu steigern, hat man aber letztendlich eine regional sehr unterschiedliche Leistungserbringung bewirkt. Und so stellt sich nun die Frage: Was bringt die Heterogenität der Struktur, der Verteilung, der Verträge? Gleiches Recht für alle? Mit Sicherheit ja! Aber auch den gleichen Inhalt für alle?



Nach der anschließenden Diskussion führte Dr. Habets die Ergebnisse nochmals zusammen:

Im SAPV-Bereich wird gute Arbeit geleistet, die oftmals finanziell nicht abgesichert ist. Weitere Probleme entstehen durch die Heterogenität der Leistungserbringer, der Strukturen und Verträge. Ein sinnvoller Ansatz wäre über einen Fachverband zu eruieren, welches Modell das nachhaltigste ist, wie Teams aufgestellt sein sollten, wie Versorgungsprobleme in den Griff zu kriegen sind, wie dem Fachkräftemangel zu begegnen ist, was delegiert werden kann und wie die entsprechende Rechtssicherheit auszusehen hat.

Fazit: SAPV benötigt einen Fachverband, der ordnet, gliedert und strukturiert, der in der Lage ist, politisches Sprachrohr zu sein, so dass sich die einzelnen Teams wieder ausschließlich ihrer eigentlichen Arbeit widmen können.

4.5 Workshop 5: Gesellschaftliche Veränderungen

Jürgen Spicher

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

Susanne Kiepke-Ziemes

Gesellschaftliche Veränderungen – Sterben zu Hause

Petra Johannsen

Gesellschaftliche Veränderungen – Sterben zu Hause

Michael Dörmbach

Gesellschaftliche Veränderungen – Sterben zu Hause – Trauerbewältigung

Moderation und Berichterstattung:

Christoph Finkeldey, Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.



Jürgen Spicher

Im ersten Teil des Workshops beschreibt **Jürgen Spicher**, Fachreferent des Caritasverbandes für das Bistum Aachen e. V., die Erfahrungen und Konsequenzen aus den Projekten in acht Altenheimen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Notwendigkeit, die sozialen Sicherungssysteme zu stabilisieren zeige die Vorgabe des Pflegeversicherungsgesetzes „ambulant vor stationär“ erste Erfolge. Dies führe aber auch dazu, dass in Altenheimen das Einzugsalter bei ca. 80-85 Lebensjahren liegt, die Bewohner in der Regel schwerstpflege- und betreuungsbedürftig sind und die Verweildauer sich durchschnittlich auf sechs bis acht Monate reduziert. Diese Entwicklung erfordere geradezu eine Fokussierung auf die hospizliche/palliative Versorgung.

Nach wie vor aber fokussiert das SGB XI in seinen Ausführungen an Stelle der Palliativversorgung überwiegend den Ansatz der Aktivierung, des Risikomanagements. Andererseits müsse kritisch betrachtet werden, ob der Themenkomplex der Palliativversorgung im SGB XI Einzug finden sollte, weil damit die Kostenträger und die Prüfinstanzen die Nachweisbarkeit mittels Dokumentationen ebenso einfordern werden. Somit bestehe die Gefahr, dass die Palliativversorgung instrumentalisiert werden könnte. Wenn damit Fremdbestimmung der Altenheime und deren Mitarbeiter verbunden wäre, widerspräche dies den Grundsätzen der palliativen und hospizlichen Haltung. Doch gerade die Haltung ist ein wesentliches Element der Hospiz- und Palliativkultur.

So dringend die Palliativversorgung in Altenheimen weiter entwickelt werden sollte, so muss auf der operativen Ebene bedacht werden, dass die Ressourcen der Mitarbeiter anderweitig gebunden und die



personellen Ausstattungen auf das Notwendigste beschränkt sind; durch die Arbeitsdichte sind die Mitarbeiter bereits jetzt hochgradig belastet. Die weitere Implementierung der Palliativversorgung in den Altenheimen kann nur schrittweise erfolgen bei gleichzeitiger Wertschätzung und Unterstützung der Mitarbeiter. Die Erfahrungen aus dem Projekt des Caritasverbandes für das Bistum Aachen e. V. zeigen, dass eine mindestens zweijährige Projektdauer zugrunde gelegt werden muss und es sich sowohl um einen Bottom-up- als auch um einen Top-down-Prozess handelt. Der Prozess muss durch eine bereichsübergreifende Projektgruppe mit unterschiedlichen Funktionsträgern und Professionen gesteuert werden, bei der die aktive Mitwirkung der Einrichtungsleitung unverzichtbar ist. So zeigen die Ergebnisse aus den Projekten bei den Mitarbeitern z. B. bei der Begleitung der Bewohner in der Finalphase mehr Sicherheit als auch ruhigere Abläufe. Das sind Ergebnisse einer Personalentwicklung, in dem die Schulungen je nach Entwicklungsstand der Mitarbeiter einrichtungsindividuell entwickelt wurden.

Palliativ- und Hospizbedürftigkeit?

Nicht die Todesnähe, sondern die spezifische Behandlungs- bzw. „Care“-Bedürftigkeit (über einen variablen Zeitraum) bei weit fortgeschrittener Multimorbidität und/oder Demenz und ihre belastenden Folgen – körperlich, seelisch, sozial, spirituell. (Kojer, Heimerl 2010)

Projekterfahrungen – Chancen der Altenheime

Palliativkultur

- vorausschauende Planung für die Finalphase wird Realität – wer, was, wo, mit wem?
- Erkennen der Finalphase wird Realität – des „point of no return“ von kurativer zu palliativer Pflege
- (ethische) Fallbesprechung – Umgang mit Widersprüchen, unterschiedlichen Wertungen
- Sprachfähigkeit über Sterben, Tod und Endlichkeit des Lebens
 - Bewohner, Angehörige, Team, Externe
- Vermeidung von unnötigen Interventionen
- ruhige Abläufe/Atmosphäre, insbesondere in der Finalphase

- Kooperationsfähigkeit der Mitarbeiter
- der Leichnam verlässt das Heim durch den Haupteingang
- wiederkehrende und einmalige Rituale
- psychosoziale Angebote für Mitarbeiterinnen im Bedarfsfall

Neben der Personalentwicklung ist Organisationsentwicklung ein wesentlicher Bestandteil des Projektes gewesen. Prozessbeschreibungen, wie beispielsweise Heimeinzug, Pflegevisite und dergleichen müssen für die Palliativversorgung überprüft und ggf. angepasst werden. Neue Instrumente wie die ethische Fallbesprechung müssen entworfen und die Kooperationen und Vernetzungen mit anderen Akteuren der Palliativversorgung weiterentwickelt werden.



Susanne Kiepke-Ziemes

Susanne Kiepke-Ziemes, Projektkoordinatorin des Projektes: „Würdige Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes für die Region Kempen-Viersen e. V.“ stellt die Entwicklung des Projektes vor.

Viele Menschen wünschen sich: „Ich möchte zu Hause sterben.“ Diesem Wunsch ist der Gesetzgeber mit dem Gedanken: „Ambulant vor Stationär“ und den daraus resultierenden neuen Versorgungsformen, wie AAPV und SAPV nachgekommen. Trotzdem wurden damit längst nicht alle Probleme gelöst. Übergänge und Zuordnungen bleiben oft unklar. Bei einer erheblichen erwarteten Zunahme von Pflegebedürftigkeit (61,5 Prozent im Kreis Viersen bis zum Jahr 2030) und bisher ungelösten Versorgungsstrukturen ist es besonders wichtig, dies immer wieder öffentlich zu thematisieren. Aus diesem Grund verfolgt der Caritasverband für die Region Viersen-Kempen e. V. seit 2006 das Projekt, welches von der Nettetaler Stiftung für Jugend und Alter finanziert wird.

Grundsätzlich unterscheidet sich das Projekt 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 mitunter 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 Besonderheit des Projektes kennzeichnet darüber hinaus die ständige Begleitung durch die Projektkoordinatorin und die regelmäßige Evaluierung der Vorgehensweisen durch das dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.). Dazu wurden unterschiedliche Handlungsstränge zusammengeführt. Es galt, die Fortbildungsaktivitäten und auch die -kapazitäten zu erhöhen und somit stärker auf die

würdige Sterbebegleitung auszurichten. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Angehörigen gerichtet. Angehörigen in der ambulanten Versorgung wurde bisher in Forschungen kaum Beachtung geschenkt, obwohl sie die Kräfteressource sind, die ein Verbleiben im häuslichen Umfeld überhaupt erst ermöglichen.



Christoph Finkeldey und Petra Johannsen



Susanne Kiepke-Ziemes



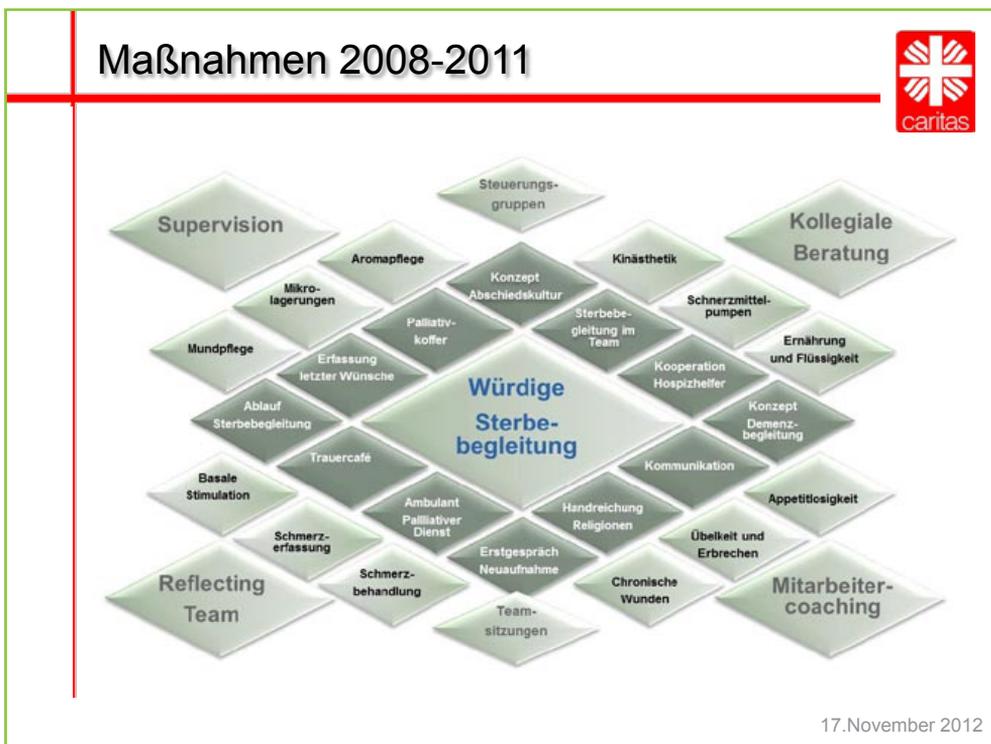
Jürgen Spicher

Auch die Verabschiedungskultur in den Einrichtungen ist im Blick, da ohne eine entsprechende Auseinandersetzung die Verarbeitung und Distanzierung immens erschwert ist. Darüber hinaus sollte das Projekt durch eine enge Vernetzung mit anderen Organisationen neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit erschließen. Organisatorisch wurde die 1. Phase des Projektes zunächst „Top-Down“ angelegt, die wesentlichen zentralen „Leitgedanken“ wurden in der Steuerungsgruppe abgesteckt. Die maßgebliche Arbeit aber wurde vor Ort in den Projektteams geleistet. Die Projektarbeit ist an den aktuellen Problemstellungen von Mitarbeitern, Patienten und deren Zugehörigen ausgerichtet. Projektergebnisse, wie z. B. die Leitlinien etc., wurden fest ins Qualitätsmanagement überführt und nachhaltig gesichert. Die Begleitung hierzu fand in drei Abschnitten statt (2007, 2008 und 2011).

Grundsätzlich unterscheidet sich das Projekt von anderen Implementierungskonzepten dadurch, dass alle Mitarbeiter einbezogen und die Projektarbeit basisorientiert, also an den Bedürfnissen der Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ausgerichtet ist. Hier wird keine „Insel-Lösung“ angestrebt.

Das Projekt ist auf die Beantwortung komplexer Fragen und zusammenhängender Maßnahmen angelegt. Kollegiale Beratung, Supervision und Coaching bilden die Säulen der Projektarbeit. Reflektierte und teamorientierte Arbeit schafft verbesserte Möglichkeiten für qualifizierte Patientenversorgung. Die Mitarbeiter gewinnen Sicherheit für ihr Handlungsfeld; dies wirkt sich indirekt auf das Patientensystem aus. In der Patientenversorgung haben im Rahmen einer internen Befragung 54,5 Prozent der Befragten eine Steigerung der Pflegequalität festgestellt. Eine sehr erfreuliche Perspektive deshalb, weil keine zusätzlichen Stellen geschaffen wurden. Leitlinien und Standards, ein ungeliebtes Thema in der Pflege, wurden von mehr als der Hälfte der MA mit gut und sehr gut beschrieben. Im Blick auf das gesamte Projekt wird deutlich, dass in zahlreichen Details und Einzelfragen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter praxisnahe sowie praxisrelevante Hilfestellungen gegeben werden konnten. Abschließende Empfehlung aus Sicht durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung: „Der beschrittene Weg sollte fortlaufend weitergeführt werden.“

Ausführliche Berichte hierzu stehen auf der Webseite des Caritasverbandes der Region Kempen-Viersen e. V. zum Download zur Verfügung (<http://www.caritas-viersen.de/>).



Ab 2013 geht der Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e. V. einen völlig neuen Weg und bildet die Pflegekräfte zu systemischen Beratern für Schwerstkranke und ihre Angehörigen aus; derzeitiger Projektschwerpunkt: „Schwerstkranke und Sterbende im häuslichem Umfeld“. Die einjährige Weiterbildung zum systemischen Berater und Begleiter von Schwerstkranken und ihren Angehörigen beginnt im Januar 2013 und wird erstmalig mit einem eigens dazu entwickelten Curriculum angeboten werden 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 Blick auf das ganze System ermöglicht, den Zusammenhang menschlichen Lebens und Zusammenlebens zu betrachten. Ziel dabei ist, Lösungen oder Antworten für ihre individuellen Situationen zu finden. Die Lösungen sind immer an vorhandenen Ressourcen orientiert. Die systemische Haltung sowie die systemischen Grundprinzipien ermöglicht Patient und Angehörigen in ihrer Individualität, in ihren Beziehungen, ihrem sozialem Umfeld, ein Miteinander ihrer spezifischen Lösungsstrategien wahrzunehmen. Eine Verbindung von systemischem Denken und Palliative Care ist von daher nur folgerichtig.

In Krisen nutzt die Pflegekraft die entstandene Beziehung und unterstützt mithilfe systemischer Methoden und Interventionen das Familiensystem. So kann eine Intensivierung erfolgen ohne größeren Zeitaufwand. Die Auswertung der wissenschaftlichen Begleitung dieser Ausbildung ist durch Dr. Wilhelm Rotthaus Ende kommenden Jahres vorgesehen.

Petra Johannsen, stellvertretene Leitung des Ambulanten Palliativpflegerischen Dienstes des Caritasverbandes der Region Kempen-Viersen e. V., beschrieb die spezifische Entwicklung und Aufgabenbreite des Dienstes im nächsten Schritt. 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.

Durch den APD werden Menschen in ihrer letzten Lebensphase und deren Angehörigen erweiterte Dienstleistungen angeboten, die bislang nicht erbracht werden konnten. Gesellschaftliche Veränderungen erfordern Flexibilität, aber auch eine hohe Bereitschaft zur Spezialisierung. Die Überleitung dieser Patienten aus der ambulanten Pflege in den APD erfolgt entlang deren Bedürfnisse. In den einzelnen Gruppen wurde der Wunsch nach einer tiefergehenden speziellen Versorgung deutlich und zielorientiert vom Träger umgesetzt.



Petra Johannsen

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, Angehörigen, Trauernden, ehrenamtliche Kooperationspartnern, Netzwerkpartner etc.) wie auch zu internen Anfragen (Fallsupervision, Reflexion des Erlebten, neue Fragestellungen rechtlicher und ethischer Art) beratend zur Verfügung.



Michael Dörmbach

Im dritten Schritt legte **Michael Dörmbach**, Leiter des Mehrgenerationenhauses Viersen und des Trauercafés, den Fokus auf die Trauernden. Trauernde erfahren durchaus in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis Hilfe, sie erleben aber auch Ausgrenzung. Allzu oft scheint jedoch nach kurzer Zeit für die Nachbarn im Alltag, für die Kollegen im Beruf „Normalität“ angesagt. „Das Leben geht weiter“ und nimmt keine Rücksicht auf den Stillstand, die Orientierungslosigkeit, den Verlust, die Verletzungen und die Neuorientierung von Trauernden. Die Menschen, die vom Verlust eines Partners oder Angehörigen betroffen sind, benötigen durchaus weiterhin Begleitung und Schutz.

Viele Trauergruppen, auch im Kreis Viersen, treten kaum oder nicht regelmäßig öffentlich in Erscheinung. Um auch hier gesellschaftliche Veränderungen zu bewirken, legen das Projekt „Würdige Sterbebegleitung in den ambulanten Einrichtungen des Caritasverbandes“ und das Mehrgenerationenhaus Viersen großen Wert auf eine kontinuierliche offene Arbeit und entsprechende Öffentlichkeitsarbeit. Das Trauercafé Viersen bietet allen vom Tod eines Menschen Betroffenen an, ihren Weg zurück in die Gesellschaft zu finden – als Nachsorge für Trauernde. Die Möglichkeit, jederzeit ins Trauercafé zu kommen und professionelle Begleitung zu erfahren, ist für die Trauerbewältigung bedeutsam. 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.

Gesellschaftliche Herausforderungen:

- Würdige Sterbebegleitung betrifft alle Patienten (keine Insellösungen)
 - AAPV und SAPV müssen transparent und flächendeckend etabliert werden
 - Patienten und Zugehörige müssen die Versorgungsform mitbestimmen
 - Der „pflegende Angehörige“ bekommt einen neuen Stellenwert im System.
 - Trauerarbeit wird professionalisiert und refinanziert
- Hier kann der Trauer der Raum eingeräumt werden, der, nach einer angemessenen Zeit, Schritte zurück in die Gesellschaft ermöglichen.

Aussagen und Forderungen der Teilnehmer im Workshop in der Zusammenfassung:

- Wir benötigen eine angemessene Personalausstattung
- Nachhaltige Palliativkultur ist die Verknüpfung von Personal- und Organisationsentwicklung
- Wir brauchen eine palliative Wachsamkeit
- Kooperation benötigt Zeit und will eingeübt sein – auch der Aufbau von Netzwerken
- Der sozialräumliche Charakter muss stärker in den Focus bei allen Beteiligten
- Würdige Sterbebegleitung ist keine Insellösung
- Palliative und hospizliche Begleitung ist immer auch Beziehungsarbeit
- Trauerarbeit hat ganz viele Facetten und kann offen angeboten werden
- Aus Angeboten der Trauerarbeit können auch Selbsthilfeformen erwachsen



Christoph Finkeldey



Michael Dörmbach



Referent/innen:

- **Dr. med. Patricia Aden**
Ärztammer Nordrhein, Düsseldorf
- **Dr. med. Sonja Burandt**
Internistin und Palliativmedizinerin, Ambulante Palliativ- und Hospizversorgung Kempten-Oberallgäu
- **Ulrike Clahsen**
Hospiz der Hermann-Josef-Stiftung, Erkelenz
- **Bernd Claßen**
AOK Rheinland/Hamburg,
Stv. Leiter der Regionaldirektion Aachen
- **Martina Deckert**
Kordinatorin Ambulante Hospizgruppe „Gemeinsam“,
DRK KV Städteregion Aachen e. V.
- **Michael Dörmbach**
Leiter des Mehrgenerationenhauses, Caritasverband für
die Region Kempen-Viersen e. V., Gemeinsozialarbeiter,
Supervisor (SG), Leiter: Trauercafé Viersen
- **Christoph Drolshagen**
Geschäftsführer, Franziskus-Hospiz Hochdahl, Erkrath,
Vorstand des Hospiz- und Palliativverbandes NRW e. V.
- **Dr. med. Volker Eissing**
MVZ Birkenallee GbR, Papenburg
- **Stephanie Eßer**
Ambulante Hospizdienste der ACD Region Aachen, Alsdorf
- **Prof. Dr. PH Michael Ewers**
Direktor des Instituts für Medizin-, Pflegepädagogik und
Pflegerwissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- **Dr. med. Knud Gastmeier**
Facharzt für Anästhesie,
Spezielle Schmerz- und Palliativmedizin, Potsdam
- **Sebastian Gröbe**
Fachkraft Palliative-Care beim PCT des DRK Kreisverbandes
Kassel-Wolffhagen e. V., B.Sc. Gesundheitsmanagement
M.A. Politikwissenschaften
- **Ulrike Herwald**
Kordinatorin der Hospizbewegung Hilden e. V.
und Mitglied des Vorstandes des Hospiz- und
Palliativverbandes NRW e. V.
- **Beatrix Hillermann**
Dipl.-Theologin, Home Care StädteRegion Aachen gem. GmbH
- **Petra Johannsen**
Stellvertretene Leitung des Ambulanten Palliativpflegerischen
Dienstes des Caritasverbandes der Region Kempen-Viersen e. V.
- **Dr. phil. Arnd T. May**
Leiter des Zentrums für Angewandte Ethik, Recklinghausen
- **Prof. Dr. med. Friedemann Nauck**
Präsident d. Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin
- **Prof. Dr. phil. Werner Schneider**
Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät Universität Augsburg
- **Thomas Sitte**
Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen PalliativStiftung, Fulda
- **Jürgen Spicher**
Fachreferent des Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.
- **Dr. med. Matthias Thöns**
Ambulant tätiger Palliativmediziner, Palliativnetz Witten e. V.
- **Dr. med. Birgit Wehrauch**
Staatsrätin a. D., ehemalige Vorstandsvorsitzende des
Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V.
- **Michael Wirtz**
Vorsitzender der Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin
- **Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm**
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.
- **Johannes Wüller**
Ltd. Arzt, Home Care StädteRegion Aachen gem. GmbH
- **Susanne Kiepke-Ziemes**
Projektkoordinatorin des Projektes „Würdige Sterbebegleitung
in den ambulanten Einrichtungen“, Sozialpädagogin,
Familientherapeutin und Supervisorin (DGSF), Kursleitung
Palliative Care, Viersen

Moderator/innen:

- **Veronika Schönhofer-Nellessen**, Aachen (Gesamttagung)
Sozialpädagogin, Servicestelle Hospiz für die StädteRegion
Aachen, Geschäftsführerin „Palliatives Netzwerk für die
Region Aachen e. V.“
- **Dr. phil. Andreas Walker**, Bochum (WS 1)
Wissenschaftlicher Mitarbeiter Lehrstuhl für Moraltheologie,
Katholisch-Theologische Fakultät Ruhr-Universität Bochum
- **Dr. med. Benjamin Gronwald**, Homburg/Saar (WS 2)
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
- **Dr. Ivo Grebe**, Aachen (WS 3)
Internist, Ärztekammer Nordrhein,
Vorsitzender des Vorstandes der Kreisstelle Aachen
- **Dr. med. Leo Habets**, Aachen (WS 4)
Onkologe, Aachen
- **Christoph Finkeldey**, Aachen (WS 5)
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

Berichterstatter/innen:

- **Stephanie Eßer**, Alsdorf (WS 1)
Ambulante Hospizdienste der ACD Region Aachen, Alsdorf
- **Manfred Pfeiffer**, Mainz (WS 2)
Vorsitzender PatientenForum e.V., Mainz
- **Hannelore Leiendecker**, Aachen (WS 3)
Kordinatorin im Ambulanten Kinderhospizdienst
Aachen/Kreis Heinsberg
- **Dr. Christa Naber**, Aachen (WS 4)
Ehrenamtliche Mitarbeiterin der Servicestelle Hospiz
für die StädteRegion Aachen
- **Christoph Finkeldey**, Aachen (WS 5)
Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.



Die Berichtsbände der Aachener Hospizgespräche im Internet:

www.grunenthal.de

→ Engagement / Gesundheitsmanagement

oder unter: www.servicestelle-hospizarbeit.de

Vorankündigung 97. Aachener Hospizgespräch

15./16. November 2013, FR 17.30-21.00 Uhr, SA 9.00-17 Uhr

Veranstaltungsort: Museum für Industrie-, Wirtschafts- und Sozialgeschichte
für den Raum Aachen in Stolberg, Zinkhütter Hof e. V.,
Stolberg b. Aachen, www.zinkhuetterhof.de



Kontakt: Grunenthal GmbH, Geschäftsbereich Deutschland · Gesundheitspolitik/-management
Pascalstraße 6 · 52076 Aachen · Tel.: 0241 569-2136 · Fax: 0241 569-3151

gesundheitsmanagement@grunenthal.com

www.grunenthal.de

Think Innovation. Feel Life.





Deutscher PalliativVerlag
Verlag der Deutschen Palliativstiftung
ISBN: 978-3-944530-00-0



Art.-Nr. 66111999 2013 MAHP 007



