

# PALLIATIVE CARE kompakt

Der Informationsdienst für die professionelle Palliativversorgung in der Pflege



Dr. Jochen Steurer  
Herausgeber

Liebe Leserin, lieber Leser,

ein „Bollwerk“ sei die Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit und es gelte, den „Dambruch“ der aktiven Sterbehilfe in Deutschland zu vermeiden. Wie schwach dieses „Bollwerk“ im ambulanten Bereich und in den Pflegeheimen aber immer noch ist, zeigt sich auf den folgenden Seiten dieses Newsletters. Und zur „Sterbehilfe“ gibt es mittlerweile viele, unterschiedliche, erstaunliche und differenzierte Stimmen.

Wahrscheinlich geht es um beides: Die Selbststimmung der Menschen fördern: in der Palliativpflege am Lebensende und in der Frage der Sterbehilfe. Und gleichzeitig: Zu ethisch verantworteten Grundsätzen zu kommen, um Minderheiten, alte Menschen, Kranke und Sterbende zu schützen gegenüber den Sterbehelfer-Unternehmen, aber auch gegenüber vernachlässigenden Krankenkassen und Trägern im Gesundheitswesen.

Ihr

Dr. Jochen Steurer – Herausgeber  
jochen.steurer@mediacion.de

## Wie viel Tod verträgt das Team?

Nach Meike Drießen, Pressestelle DGSS – „Tod ist auf Palliativstationen immer gegenwärtig – eine große Belastung für die Mitarbeiter. Was sie auffängt und was besonders stresst, haben Forscher aus Bonn und Göttingen in einer bundesweiten Befragung untersucht, die in „Der Schmerz“ veröffentlicht ist, dem offiziellen Organ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS). Ergebnis: Besonders belastend sind ein nicht erfüllter Anspruch der Palliativmedizin und die Beziehung zum Patienten. Nähe, Ähnlichkeiten mit der eigenen Lebenssituation und ein junges Alter des Patienten machen Mitarbeitern auf Palliativstationen besonders zu schaffen. Was hilft, ist allem voran das Team, gefolgt von Humor und dem Privatleben.“

### Belastungen und Empfehlungen

Da die Ergebnisse der Studie auch relevant für Pflegeheime und Pflegedienste sind, hier einige wesentliche

Auszüge: Die zentralen Empfehlungen lauten: „Die Teamkommunikation stärken und die eigenen Ansprüche hinterfragen, um sie auf ein realistisches Maß zu bringen ... Besonders diejenigen Mitarbeiterinnen, die schon lange dabei sind, leiden unter nicht erfüllten Ansprüchen an die eigene Arbeit. Je ein Fünftel beklagten mangelnde psychosoziale Betreuung, mangelnde medizinische Betreuung und mangelndes Zeit- und Personalmanagement. Eine große Nähe zum Patienten fand fast ein Viertel der Befragten belastend. Sind Patienten jung, haben junge Kinder oder ähneln sie dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin, steigert das ebenfalls die Belastung. Schnell aufeinander folgende Todesfälle werden als anstrengender empfunden als gleichmäßig mit Abständen erfolgende, auch wenn die Gesamtzahl in einer Zeitspanne gleich ist.

*weiter auf Seite 2*

## In dieser Ausgabe lesen Sie

Wie viel Tod verträgt das Team? .....	1
Bayern lässt sich Palliativversorgung was kosten. ....	2
Bayerische Palliativversorgung politisch gestärkt .....	2
Ein Plädoyer für ambulante Netzwerke .....	3
Gemeinsam stärker .....	4
Kassen blockieren gutes Recht .....	5
Ausgezeichnet: Palliativprojekte .....	5
Stimmen zur Sterbehilfe – Debatte .....	6
Neues in Kürze .....	8

## Palliative Care kompakt

### Der Austausch ist wichtig

Häufiges Stresssymptom nach Todesfällen ist Überredseligkeit, gefolgt von Reizbarkeit, Rückzug und Spannung im Team. Besonders gut mit dem Tod umgehen können Teams, deren Mitglieder sich austauschen. In Teams, die bei Belastung kaum mit-

einander kommunizieren, sehen die Mitglieder die Zukunft eher düster und können sich nicht vorstellen, die Arbeit auf der Palliativstation noch lange fortzusetzen. Auch ist in solchen Teams die kritische Anzahl von Todesfällen pro Woche niedriger als im Durchschnitt.

**Literatur:** M. Müller, D. Pfister, S. Markett, B. Jaspers: Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. In: Der Schmerz 2009, 23:600 ■

## Bayern lässt sich Palliativversorgung was kosten

Die bayerischen Hausärzte erhalten Zusatzzahlungen für die Palliativversorgung.

hil/aerzteblatt.de – Seit Jahresbeginn 2010 erhalten Bayerns Hausärzte für die ambulante Palliativversorgung ein Zusatzhonorar von 20 Euro pro Besuch. Der Zuschlag, den die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) mit den bayrischen Krankenkassen vereinbart hat, honoriert den zusätzlichen Aufwand bei der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten.

So stehen laut KVB in der Palliativversorgung oft zahlreiche regelmäßige Hausbesuche an. Hinzu komme die familiäre Mitbetreuung. „Die meisten Patienten haben den Wunsch, die letzten Tage und Wochen ihres Lebens zuhause in ihrer vertrauten Umgebung zu verbringen. Gleichwohl bedürfen sie einer regelmäßigen ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Betreuung“, erklärt KVB-Vize Gabriel

Schmidt. Dabei nehme der Hausarzt eine zentrale Rolle ein.

Schmidt begrüßte die neue Besuchspauschale als „Schritt in die richtige Richtung“, wies jedoch darauf hin, dass in der Palliativversorgung strukturelle Veränderungen unverzichtbar seien, um die ambulante Betreuung Sterbender nachhaltig zu verbessern und finanziell abzusichern. ■

## Bayerische Palliativversorgung politisch gestärkt



von links: Landtagspräsident a. D. Alois Glück, Amtschef Walter Schön, Ministerpräsident Horst Seehofer, Sozialministerin Christine Haderthauer, Gesundheitsstaatssekretärin Melanie Huml

Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer hat die Hospizarbeit und die Palliativmedizin als wichtige sozialpolitische Aufgabe in einer älter werdenden Gesellschaft bezeichnet. Bei einem Spitzengespräch von Seehofer, Sozialministerin Christine Haderthauer und Gesundheitsstaatssekretä-

rin Melanie Huml mit hochrangigen Vertretern aus Politik, darunter Landtagspräsident a. D. Alois Glück, Kirchen, Verbänden und Wissenschaft, sagte der Ministerpräsident: „Der Mensch hat ebenso ein **Recht auf ein würdiges Sterben** wie auf ein würdiges Leben. Mit der Sterbebegleitung in Hospizen, vor allem aber mit der Betreuung im eigenen Heim erhalten Sterbende und ihre Angehörigen wieder ein Stück Normalität zurück, die im Krankenhaus oft so nicht gegeben ist. Im Namen der Bayerischen Staatsregierung danke ich ganz ausdrücklich den rund 4.000 ehrenamtlichen Hospizhelfe-

rinnen und -helfern, die mit ihrem selbstlosen Einsatz eine weitgehend schmerzfreie Begleitung der letzten Tage eines Menschen ermöglichen.“ Seehofer betonte, dass die Staatsregierung gemeinsam mit Verbänden, Kirchen, Krankenkassen, Kommunen und wissenschaftlichen Einrichtungen die **Hospizarbeit und Palliativmedizin weiter unterstützen** wird. Der Ministerpräsident: „Gemeinsam mit allen Beteiligten wollen wir die Vernetzung forcieren und auf einen flächendeckenden Qualitätsanspruch bei Hospiz- und Palliativleistungen hinarbeiten. Wir werden den bereits bestehenden Expertenkreis „Palliativmedizin und Hospizarbeit“ zu einem umfassenden Forum erweitern und aufwerten. Dieses Forum wird weitere Impulse bei der Hospiz- und Palliativversorgung sowie bei Einzelfragen wie Kinderhospize oder Sterbebegleitung in Alten- und Pflegeheimen geben.“ Ministerpräsident Seehofer wird die Ar-

beit dieses Expertengremiums durch regelmäßige weitere Spitzengespräche begleiten.

Sozialministerin Christine Haderthauer: „Heute waren sich alle einig: Hospizarbeit ist eine Sache der Einstellung. Es geht dabei nicht um einen technischen Versorgungsbaustein in unserem Gesundheitssystem, sondern um eine innere Haltung zum Tod und zum Sterben, um einen würdevollen Umgang mit Menschen in den letzten Stunden, Tagen und Wochen oder sogar Monaten ihres Lebens. Es geht darum, wieder einen natürlichen Umgang mit dem Sterben zu finden. Wir werden die **Hospizvereine** über die vor 10 Jahren eigens dafür eingerichtete Bayerische Stiftung Hospiz weiter unterstützen **und** auch den **koordinierten Ausbau der stationären Hospizplätze** von derzeit rund 120 auf 200 gezielt fördern. Dafür stellen wir 10.000 Euro pro Hospizplatz bereit. Auch wollen wir eine bessere Vernetzung der Angebote erreichen. Ich freue mich, dass die Bereit-

schaft zur Zusammenarbeit auf allen Seiten uneingeschränkt vorhanden ist. Gemeinsam werden wir für die Versorgung von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in Bayern noch viel erreichen.“

Als einziges Bundesland hat Bayern laut Gesundheitsstaatssekretärin Melanie Huml ein eigenes **Fachprogramm für Palliativstationen**. Zudem gelte es, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch für Erwachsene voranzubringen. Um es unheilbar kranken Menschen zu ermöglichen, zuhause zu sterben, wurden bereits die ersten Verträge zwischen Krankenkassen und sogenannten Palliative Care Teams abgeschlossen. Diese unterstützen Hausärzte und Pflegeteams in Fäl-



len besonders aufwendiger Versorgung. Dabei ist eine fundierte Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen laut Huml für den Aufbau einer qualitätsorientierten Palliativversorgung von entscheidender Bedeutung. Der Freistaat fördert daher Qualifizierungsmaßnahmen in Palliativmedizin und Palliative Care an den vier Bayerischen Palliativakademien mit jährlich ca. 80.000 Euro. ■

## Ein Plädoyer für ambulante Netzwerke

**Die ambulante Palliativversorgung ist nachgefragt und wichtig – Patienten sollen maximal versorgt werden, ohne in den Kreislauf der Curation zurück zu geraten.**

**Der Behr's Verlag im Gespräch mit Dr. Matthias Thöns, Praxis für Palliativmedizin, Bochum zum Thema: Was ändert sich durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).**

**Behr's: Was erwarten Ihre Patienten von der neuen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung?**



Dr. Matthias Thöns

**Thöns:** Letzten Monat sagte mir ein Patient: „Ich möchte nicht in einem weißen Krankenhauszimmer liegen, ich möchte nicht in einem weißen Bett liegen, ich möchte nicht,

dass da eine Stange über dem Bett mit einer Infusion hängt, ich möchte ...

zuhause sein, wenn es einmal so weit ist.“

Diese Worte spiegeln es wieder, was sich die meisten Menschen am Lebensende wünschen: 90 % möchten zuhause sein, wenn es einmal so weit ist. Die Realität ist eine andere: Für ca. 80 % der Menschen in Großstadtregionen erfüllt sich dieser Wunsch nicht, sie sterben in stationären Einrichtungen. Um dies zu verändern, wird mehr nötig sein als „Der Doktor am Sterbebett“ oder „Der Griff zum Betäubungsmittelrezept“.

**Behr's: Wie wollen Sie dies umsetzen?**

**Thöns:** Nur durch ein Netzwerk aus Medizin, Pflege und Hospizarbeit lassen sich die komplexen Probleme wie Schmerzen, Luftnot, Angst, Einsamkeit oder spirituelle Not am Lebensende lindern. Diese Versorgung beinhaltet ins-

besondere die spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung oder Versorgung, einschließlich der Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement. Dazu gehören: Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche und Spezialistenkenntnisse.

**Behr's: Und klappt dies schon?**

**Thöns:** Eindrucksvoll hatten zahlreiche Modellregionen aufzeigen können, dass durch diese umfassende Versorgung eine Verlagerung der letzten Lebensphase in die häusliche Umgebung (oder auch im Pflegeheim) entsprechend dem Wunsch der Menschen zu meist gelingt. Gleichwohl ist die Umsetzung bis heute höchst lückenhaft, nicht zuletzt durch Probleme in der Selbstverwaltung oder schlicht die

## Palliative Care kompakt

Weigerung einzelner Krankenkassen trotz mittlerweile einschlägiger Sozialgerichtsentscheidungen die Kosten ihrer Versicherten zu übernehmen. Nach einer Befragung aller Krankenkassen durch den gemeinsamen Bundesausschuss hat in 2009 jede Krankenkasse im Schnitt nur einen (!) Leistungsfall gewährt. Das ist bei einem geschätzten Bedarf von 220000 Versorgungen pro Jahr schlicht inakzeptabel. In Westfalen Lippe wurde ein Übergangsvertrag eingeführt, der zu einer fast flächendeckenden Versorgungssituation geführt hat. Beispielfähig verdreifachte sich die Anzahl, der im Bereich des Palliativnetz Bochum e. V. versorgten Patienten von 2007 (208 Patienten, 15 % stationär) bis 2009 (720 Patienten, 9 % stationär).

### **Behr's: Wird die Versorgung durch Spezialisten den Hausarzt und das normale Pflorgeteam ersetzen?**

**Thöns:** Ganz im Gegenteil: Gerade in Westfalen Lippe wurde insbesondere auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung mit unterstützt. Denn engagierte Haus- und Fachärzte oder Pflegedienste der Grundversorgung haben sich schon immer auch um ihre sterbenden Patienten bemüht. So

scheint eine reine Förderung von SAPV – wie es das Gesetzblatt eigentlich vorsieht – nicht zielführend zu sein. Für den im Team eingebundenen Arzt gilt es zunächst, eine gute Symptomkontrolle durchzuführen. Dabei steht der Schmerz im Bewusstsein vieler Menschen im Vordergrund, doch auch andere Symptome wie Luftnot, Übelkeit, Depression oder Angst führen zu erheblicher Belastung.

### **Behr's: Können Sie diese vielen Belastungen überhaupt zuhause lindern?**

**Thöns:** Wenngleich dem ambulanten Team viele technische Möglichkeiten der Klinik nicht zur Verfügung stehen, so gelingt es doch, in den meisten Fällen durch innovative Symptomkontrolle eine gute Betreuungssituation herzustellen. Dabei gelten die beiden Prinzipien: „keep it simple“ und „low tech – high touch“. Dies wird in den letzten Jahren durch zahlreiche Verbesserungen in den Möglichkeiten nichtinvasiver Symptomkontrolle unterstützt. Nur durch eine aufsuchende Palliativversorgung ist es möglich, ungewollte Krankenhauseinweisungen am Lebensende bei guter Versorgungssituation nennenswert einzuschränken.

Hierzu ist insbesondere die Sicherstellung einer Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft spezialisierter Ärzte und Pflegekräfte hilfreich. Es zeigte sich, dass Patienten in kontinuierlicher Betreuung durch ein SAPV-Team äußerst rücksichtsvoll und sparsam mit der Option einer 24-Stunden-Bereitschaft umgehen, auf der anderen Seite durch das Angebot aber ein hohes Maß an Sicherheit vermittelt wird. Ändert sich allerdings in der häuslichen Versorgung Sterbender nichts, bleibt alles, wie es war: Sterbende werden bei typischen Palliativproblemen mit Blaulicht in Akutkrankenhäuser gebracht, um dort auf kurativ tätige Mediziner zu treffen und eine teure aber ungewünschte Versorgung zu erhalten.

Dr. Matthias Thöns, thoens@sapv.de

**Literatur:** Schäfer T., Zenz M., Thöns M.: Spezialisierte palliativärztliche Patientenversorgung durch das Palliativnetz Bochum e. V. Der Schmerz 23 (2009) 518–522. Und: Thöns M., Zenz M.: Anordnungsbogen zur Palliativtherapie: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Hospiz Zeitschrift 42 (2010) 21. ■

## Gemeinsam stärker

### Neue Arbeitsgemeinschaft zur SAPV

Im Winter 2009/2010 formierte sich die sogenannte AG-SAPV – ein Verbund aus Leistungsanbietern (IG-SAPV) und Vertretern der Expertenverbände DGP und DHPV. Es gibt AnsprechpartnerInnen für die verschiedenen Bundesländer.

Die Aufgaben dieser Arbeitsgemeinschaft bestehen darin,

- den Informationsaustausch unter den Leistungserbringern zu fördern,
- eine Auflistung der bestehenden Verträge und Vertragsverhandlungen zur SAPV zu erstellen,
- eine Übersicht der gebräuchlichen Dokumentationsunterlagen zur Verfügung zu stellen,

- über aktuelle rechtliche Bestimmungen und Empfehlungen zu informieren und
- Informationen zum aktuellen Stand der SAPV, sowie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung bereitzustellen. ■

Als Koordinatorin und Ansprechpartnerin der AG ist seit dem 1. Januar Frau Dr. Julia von Hayek mit der Geschäftsführung der AG-SAPV betraut.

Die Geschäftsstelle ist in Berlin. Mailerreichbarkeit: Hayek@sapv.de

#### AnsprechpartnerInnen

Maja Falckenberg  
falckenberg@sapv.de: Hamburg,  
Schleswig-Holstein, Bremen,  
Mecklenburg-Vorpommern

Matthias Thöns  
thoens@sapv.de: NRW,  
Niedersachsen

Paul Herrlein  
herrlein@sapv.de: Saarland,  
BW, Rheinland-Pfalz

Thomas Sitte  
sitte@sapv.de: Hessen,  
Sachsen-Anhalt, Bayern

Andreas Müller  
mueller@sapv.de: Sachsen,  
Thüringen, Brandenburg, Berlin

## Kassen blockieren gutes Recht

Änderung der Rahmenvereinbarungen gem. § 39a SGB V für die stationäre und ambulante Hospizarbeit

– DHPV, [www.hospiz.net/newsletter](http://www.hospiz.net/newsletter) und eigener Text – Am 14. 12. 2009 hat ein weiteres Gespräch mit dem GKV-Spitzenverband zur Überarbeitung der Rahmenvereinbarungen für die ambulante und stationäre Hospizarbeit stattgefunden. Im Vorfeld hatte sich der DHPV zu den einzelnen, aus Sicht der Kostenträger zusätzlich in die Rahmenvereinbarungen aufzunehmenden Punkte mit den Vorständen der Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz/Hospiz- und Palliativ-Landesverbänden (s. DHPV Aktuell Nr. 18) abgestimmt.

Zu beiden Rahmenvereinbarungen konnten die Gespräche nicht abgeschlossen werden, sie wurden Anfang

des neuen Jahres fortgesetzt. Ein neuer Gesprächstermin fand – nach Redaktionsschluss – am 2. Februar 2010 in Berlin statt.

Positiv zu verzeichnen ist, dass die Krankenkassen in einigen Bundesländern vor dem Hintergrund der auch für die ambulante Hospizarbeit am 23.07.2009 in Kraft getretenen Gesetzesänderung die Förderbeträge für das Jahr 2009 noch einmal neu berechnen, so dass die ambulanten Hospizdienste mit einem Defizit in 2009 bezogen auf die förderfähigen Personalkosten durch die Neuberechnung einen weiteren Förderbetrag erhalten.

Als schwierig ist zu bewerten, dass die Krankenkassen nun von den einge-

setzten Ehrenamtlichen zusätzliche Dokumentationsaufwände fordern wollen und nicht mehr alle bislang abgerechneten Begleitungen anerkennen wollen. Auch für stationäre Hospize sind Veränderungen geplant. Kleinsthospize mit weniger als sechs Betten sollen abgeschafft werden. Die Leistungen an Hospize werden zwar leicht angehoben. Sie sollen aber auf der Grundlage einer unrealistischen 90 % Bettenbelegung berechnet werden, die Hospize selten kontinuierlich im Jahresdurchschnitt erreichen. Neuigkeiten sind abrufbar unter [www.mediacion.de](http://www.mediacion.de) und [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net). ■

## Ausgezeichnet: Palliativprojekte

10 diakonische Einrichtungen aus Niedersachsen beenden ein eineinhalbjähriges Qualifizierungsprojekt

Am 18.02.2010 wurden in Hannover zehn diakonische Einrichtungen ausgezeichnet. Vor über 100 Gästen und Verantwortlichen aus Diakonie und Kirche erhielten Leitungskräfte und Palliativfachpflegekräfte ihre Abschlusszertifikate und -bescheinigungen.

Folgende Einrichtungen präsentierten ihre Ergebnisse aus dem Palliativprojekt: AEH Ambulanter Pflegedienst,

Hannover; Brigittenstift-Altenzentrum, Barsinghausen; Diakonischer Dienst, Bad Bentheim; Seniorenwohnanlage St. Johannis, Verden/Aller; Seniorenhaus Anna-Margareta, Diepholz; Haus Bethanien, Quakenbrück; Alten- und Pflegeheim St. Elisabeth Alfeld, Der Tannenhof, Schneverdingen; Ökumenisches Altenzentrum Ansgarhaus, Hannover.

Die Einrichtungen St. Nicolai, Sarstedt; Rosemarie-Nieschlag-Haus, Lehrte und das Küpper-Menke-Stift, Osnabrück haben bereits vor zwei Jahren ihr Projekt beendet und wurden zertifiziert. Nach zwei Jahren stellten sie auf eindrucksvolle Weise in einem schriftlichen und mündlichen Bericht dar, wie es bei ihnen weitergegangen ist. Dafür erhielten sie eine Rezertifizierung.

### Auch DRK-Heime und ambulante Dienste qualifizieren sich:

In Hannover-Misburg schlossen weitere zehn Einrichtungen des DRK Niedersachsen erfolgreich ihre Palliativprojekte ab. Am 24. 02. 2010 wurden ihnen ihre Abschlusszertifikate von Prof. Dr. Schenk (Landesarzt des DRK) und Frau v. Heimbürg (stellv. ehrenamtliche Vorstandsvorsitzende) im Beisein von 85 Gästen überreicht.

Die Präsentationen der Einrichtungen:

- „Palliativkompetenz in einem Gespräch mit einem Angehörigen“ DRK Sozialstation, Gifhorn
- „Wir haben uns auf den Weg gemacht ...: Der Abschiedskoffer“ DRK Schwesternschaft Clementinenhaus, Hannover und Hildesheim (Clementinenhaus und Grenzmark);
- „Die Gedenkecke“ DRK Sozialstationen, Wesermünde;
- „Biografiearbeit“, DRK Haus Karolinenhöhe, Bad Bederkesa
- „Aromatherapie in der Palliativpflege“ DRK-Augusta-Schwesternschaft Lüneburg;
- „Besonderheiten der Biografiearbeit in der Palliativversorgung“, DRK Friedrich-Ackmann-Haus, Gifhorn;
- „Enttabuisierung des Themas Tod durch Abschiedsrituale“, DRK Altenheim Hardach-Stift, Melle;
- „Gedenkecke“, DRK Seniorenzentrum Garbsener Schweiz;
- „Entwicklung eines Lebensbaums“ DRK Soziale Dienste, Hildesheim.
- Zum Schluss sprachen Vertreter der DRK-Einrichtung aus Ankum: „Ein Jahr nach dem Abschluss der PWI: Was hat sich noch getan? Was bleibt? Wie ist es im Rückblick gewesen? Wie geht es weiter?“ Auch hier gab es Zertifikatsübergabe als „Palliativkompetentes Pflegeheim“ an das Henry-Dunant-Altenpflegeheim Ankum.

### Projektstart in Vechta und Oldenburg

Am 1. März 2010 startet ein größeres Palliativprojekt in Vechta. Vier katholische ambulante Dienste der Landkreise Vechta und Cloppenburg sowie

sechs DRK-Einrichtungen (ambulante und stationäre Einrichtungen aus dem Bereich des DRK Landesverbands Oldenburg) starten eine Projektwerkstatt in Vechta. Ein paralleler Palliativ-

Fachkurs qualifiziert 20 Pflegekräfte der Einrichtungen. Das Projekt dauert bis Juni 2011 und wird zu 50 % durch EU-Mittel bezuschusst (siehe [www.mediacion.de](http://www.mediacion.de)) ■

## Stimmen zur Sterbehilfe – Debatte



Dr. Birgit Wehrauch,  
Vorsitzende des  
Deutschen Hospiz- und  
Palliativverbands

„Wir brauchen eine klare Rechtslage, um in Deutschland die Beihilfe zur Selbsttötung in organisierter und gewerblicher Form unterbinden zu können“,

dies sagte **Dr. Birgit Wehrauch**, Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands. „Die Beihilfe zur Selbsttötung darf nicht zu einem organisierten Geschäft werden.“ Äußert sie sich in einem Schreiben an die Bundesjustizministerin. „Wenn man Suizidbeihilfe-Organisationen gewähren ließe, würde dadurch ein Druck auf alte und kranke Menschen entstehen, die sich durch ihre Krankheit und Pflegebedürftigkeit als eine Last für ihre Angehörigen empfinden könnten – dies würde den Weg in eine inhumane Gesellschaft eröffnen.“ (DHPV Presse Ende Januar 2010)

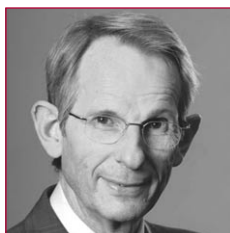


Hans Küng,  
Theologieprofessor

**Hans Küng**, der emeritierte Tübinger Theologieprofessor sprach am 25.1. 2010 bei Johannes B. Kerner mit Thomas

Gottschalk. Neben viel Kirchenkritik konnte er dem Entertainer bei der Beantwortung letzter Fragen jedoch wenig weiterhelfen. Während Gottschalk hofft, dass es nach dem Tod „nicht zu Ende ist“, will Küng „auf die Hoffnung hin annehmen, ich sterbe in eine andere Dimension hinein“. Offensiv hingegen ging der Kirchendissident Küng mit dem Thema Sterbehilfe um, was am Beispiel des demenzkranken

ehemaligen Tübinger Rhetorik-Professors Walter Jens, eines Freundes Kungs, erörtert wurde. „Es ist nicht Gottes Wille, dass ein Mensch so leben soll, wie Walter Jens jetzt lebt.“ Die Menschen sollten selbst über ihr Leben bestimmen, über die Sterbehilfe müsste offen und ehrlich diskutiert werden ([welt-online](http://welt-online)).



Jörg-Dietrich Hoppe,  
Präsident der Ärztekammer

Ärztekammer-Präsident **Jörg-Dietrich Hoppe** zufolge wurden trotz der großen Fortschritte der vergangenen Jahre viele Menschen nicht von

der Palliativmedizin erreicht, die sie benötigt hätten. Er ist der Meinung, dass durch verbesserte Angebote auch der „kommerziellen Sterbehilfe“ das Wasser abgegraben werden könne. „Der Patient hat zwar ein Recht auf einen würdigen Tod, nicht aber darauf, getötet zu werden“, so Hoppe.

Anders als bei der Sterbehilfe werde bei der Palliativmedizin nicht der Leidende, sondern die Symptome seines Leidens beseitigt. Die Patienten sollen weder mit ihren Schmerzen noch mit ihren Ängsten allein gelassen werden. Dieser Aspekt der ärztlichen Behandlung ist in den letzten Jahren etwas ins Hintertreffen geraten, was mit zu der Angst vor dem Tod, vor allem vor einem „unwürdigen Tod“, beigetragen hat. Viele Menschen haben Angst davor, allein, unter Schmerzen oder einfach angeschlossen an viele Maschinen und jeglicher Selbstbestimmung beraubt zu sterben. Nicht zuletzt deshalb sind Rufe nach einer aktiven oder passiven Form der Sterbehilfe laut geworden. BÄK-Präsident Hoppe hofft

deswegen, dass durch eine flächendeckende Stärkung der Palliativmedizin mit Palliativstationen und Hospizen der nach seinen Worten „kommerziellen Sterbehilfe“ Einhalt geboten werden könne. Auch die letzten Tage des Lebens können lebenswert sein, wenn die Schmerzen bekämpft und die Sorgen der Patienten ernst genommen werden.



Beate Lakotta,  
„Spiegel“-Journalistin

**Beate Lakotta**, „Spiegel“-Journalistin wurde Preisträgerin des Arthur-Koestler-Preises 2009 mit ihrem Artikel „Das Leiden der Anderen“, in

dem sie fragt: „Sollen Mediziner Schwerstkranken helfen dürfen, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden (Spiegel vom 24. 11. 2008, 48/2008). Sie kennt die Materie, recherchiert auf Tagungen und Seminaren und „hinterher hört man dann oft noch private Meinungen dazu“, sagt sie. Womit angedeutet ist, dass es hinter den offiziellen Verlautbarungen eine zweite Ebene gibt. So ergab eine Studie im Auftrag des Spiegel, dass ein Drittel der 483 befragten Ärzte eine Regelung für den ärztlich assistierten Suizid begrüßen würde. Immerhin jeder Sechste bejahe dies auch für die aktive Sterbehilfe. Fast jeder Fünfte gab an, bereits ein- oder mehrmals in seinem Umfeld von Suizidbeihilfe erfahren zu haben und fast 40 Prozent könne sich vorstellen, diese selbst zu leisten. „Das macht man, aber da redet man nicht drüber“, wird in dem prämierten Artikel ein Mediziner zur Thematik Sterbehilfe zitiert. [dghp/C.F./hpd.de/node/8268](http://dghp/C.F./hpd.de/node/8268)



Beppino Englaro

**Beppino Englaro** bleibt frei. Das Ermittlungsverfahren gegen den Vater der vor einem Jahr verstorbenen italienischen Koma-

patientin Eluana Englaro ist eingestellt. Wie die italienische Tageszeitung „La Repubblica“ am Dienstag berichtete, sah ein Richter in Udine in dem Verhalten von Beppino Englaro sowie 13 beteiligten Ärzten und Pflegekräften keinen Anhalt für eine Anklageerhebung wegen Totschlags oder einer anderen Straftat. Der Vater hatte nach langem juristischen Streit eine Absetzung der künstlichen Ernährung seiner seit 1992 bewusstlosen Tochter durchgesetzt. Eluana Englaro war am 9. Februar 2009 in einer Privatklinik in Udine gestorben. Der Ermittlungsrichter kam laut „La Repubblica“ zu dem Schluss, der Behandlungsabbruch sei gerichtlich gedeckt gewesen. Gewalteinwirkung oder Gift seien als Todesursache auszuschließen. Eine Fortsetzung der lebenserhaltenden Maßnahmen wäre „nicht legitim“ gewesen, so der Richter in seiner siebenseitigen Begründung. Die Staatsanwaltschaft von Udine hatte vor einem Monat die Einstellung der Ermittlungen beantragt. Rom, 12. 01. 2010 (KAP).



Frances Inglis

**Frances Inglis** hat ihren schwerbehinderten Sohn Tom Inglis in England mit einer Überdosis Morphinum aus, wie

sie sagt, Mitleid umgebracht. Er hatte ihrer Meinung nach eine „unzumutbare Behinderung“. Sie hatte die Tötung bereits vor einem halben Jahr schon einmal erfolglos versucht. Nun wurde sie im Januar 2010 zu lebenslanger Haft verurteilt worden mit der Möglichkeit einer Entlassung nach neun Jahren (das Urteil ist noch nicht rechtskräftig).

**Roger Kusch** schafft es mit einem neuen Sterbehilfeverein in die BILD-

Zeitung. Mehr Platz soll er hier nicht bekommen.



Margot Käsmann

**Margot Käsmann**, Bischöfin in Hannover und neue EKD-Vorsitzende äußerte sich am Tag nach ihrer Wahl im Interview mit F. Meurer im Deutschlandfunk [http://www.dradio.de/dlf/sendungen/interview\\_dlf/1059711/](http://www.dradio.de/dlf/sendungen/interview_dlf/1059711/)

**Meurer: Sie haben gestern angedeutet, die Tür zur Sterbehilfe zu öffnen. Wie war das gemeint?**

**Käsmann:** Es gab ja ein Grußwort des Schweizer Kirchenpräsidenten (Hinweis des Behr's Verlags siehe unten!), der gesagt hat, vielleicht seid ihr in Deutschland aufgrund eurer Vergangenheit in euren Kirchen so rigoros im Denken, dass Menschen nun in die Schweiz kommen, denkt darüber noch einmal nach. Daran habe ich angeknüpft. Ich finde schon, wir müssen diesen Wunsch hören nach einem selbstbestimmten Tod. Ich bin gegen aktive Sterbehilfe, das will ich ganz klar sagen, aber noch einmal fragen, wie wir Menschen besser ermutigen können, ihren eigenen Tod zu bedenken, und dass Patientenverfügungen jetzt mit dem neuen Recht auch wahrgenommen werden. Ich finde, wir sollten das nicht so scharf ablehnen als Evangelische Kirche.

**Meurer: Müssen Sie nicht für das Leben stehen?**

**Käsmann:** Natürlich stehe ich für das Leben ein, aber ganz klar und ich habe auch ganz klar eben gesagt, das wiederhole ich noch mal, dass ich absolut gegen aktive Sterbehilfe bin. Aber Menschen zu begleiten auf ihrem Weg ins Sterben, passive Sterbehilfe zu leisten, zu wissen, dass Palliativmedizin, also schmerzlindernde Medizin sehr oft auch dazu führen kann, dass der Tod vorzeitig eintritt, wenn es auf das Sterben schon zugeht, ich finde, wir müssen respektieren, dass Menschen das für sich selbst entscheiden wollen.



Thomas Wipf

Der Schweizer Kirchenpräsident und Präsident des Rates der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa, **Thomas Wipf** wandte sich am gleichen Tag in seinem

Grußwort an die in Ulm tagende EKD Synode, um die wichtigsten Fragen der Zeit aus theologischer Sicht anzugehen. Nach der Ostausdehnung der Evangelischen Kirchen und einem Exkurs über den Minarettbau im christlich geprägten Abendland stand hier das Thema Sterbehilfe ganz oben auf seiner Agenda:

„Wir können den Menschen, die unsere Kirche ausmachen, viel mehr an öffentlicher Debatte und Urteilskraft zumuten. Das gilt auch für ein sensibles und komplexes Thema, das uns, den Schweizerischen Evangelischen Kirchenbund, mit der EKD in einer guten Weise zusammengeführt hat. Das ist das Thema Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gerade da haben wir gelernt: Wir können das nicht mehr nur länderorientiert und kirchenorientiert angehen. Wir brauchen den Austausch. Wir müssen die unterschiedlichen kulturellen und gesetzlichen Voraussetzungen, die öffentlichen Diskussionen zugrunde legen.

Für uns bleibt die Frage: Könnte es sein, dass aus historisch sehr verständlichen Gründen gewisse schwierige Fragen im Bereich Sterbebegleitung und Sterbehilfe in Deutschland nicht gestellt, nicht öffentlich debattiert werden, was dann dazu führt, dass wir als Schweizer Kirchen mit dem Phänomen mit dem unschönen Namen „Sterbetourismus“ konfrontiert werden, das uns sehr belastet. Dafür ist der Grund nicht nur in der Schweizer Gesetzgebung zu suchen, sondern – ich frage – vielleicht auch, weil hier – nochmals: aus verständlichen Gründen – die Fragen, die auch die Menschen hier beschäftigen, nicht gestellt werden.“ ■

## Neues in Kürze

### Pflegekongress im Rahmen der Altenpflegemesse

Dienstag, 23. März, bis Donnerstag, 25. März 2010 in Hannover

Der Pflegekongress ist speziell auf die Informationsbedürfnisse von Pflegefachkräften und Pflegedienstleitungen zugeschnitten. Als einer der führenden Fachkongresse ist er das anerkannte Forum für Innovationen, neue Konzepte und Trends in der professionellen Pflege. Themen wie Palliativpflege, Expertenstandards oder die Steuerung des Pflegeprozesses stehen im Mittelpunkt des diesjährigen Programms.

Programm und Anmeldung: [www.altenpflege.vincentz.net](http://www.altenpflege.vincentz.net). In zwei Fachveranstaltungen wird wiederum die Behr's Autorin Meike Schwermann zur Palliativpflege informieren.

### Altenpflegekongress Bericht: Dortmund

Anstelle des kurzfristig an einer Grippe erkrankten Martin Alsheimer sprach im Dezember 2009 beim Altenpflegekongress Dr. Jochen Steurer zu mehr als jeweils 100 interessierten TeilnehmerInnen zu den Themen: „Ethische Fallgespräche im Pflegeheim“ und „Palliativkompetenz entwickeln“. Die Präsentationen sind im Servicebereich von [www.mediacion.de](http://www.mediacion.de) (siehe dort: Artikel/Vorträge – 2009) zum kostenfreien Download eingestellt.

### Come Back

Am 22. und 23. Februar 2011 sind gut 500 Palliative Care Interessierte aus Pflegeheimen und Pflegediensten zu einem Wiedersehen und Kongress in Bamberg eingeladen. Es findet ein großes Zusammenkommen statt der bisherigen 25 Palliativ-Projektgruppen mit den Trainern von MediAcion und GGsD: M. Alsheimer, F. Kittelberger, M. Schwermann, M. Schwermer, J. Steurer und S. Uhrig.

In 25 Palliativprojekten der Jahre 2007–2010 haben 240 Einrichtungen aus Bayern, Thüringen, Hamburg, NRW und Niedersachsen ihre eigene

Hospizkultur und Palliativkompetenz gestärkt. Nun wird Bilanz gezogen: Was ist nach 2 bzw. 4 Jahren übrig geblieben vom Palliativprojekt? In welchen Bereichen sind wir weitergekommen?

Am zweiten Tag wird es Vorträge und Seminare geben zu folgenden Themen a) Schmerz erkennen und behandeln; b) Angehörige informieren, mit einbeziehen und als Partner gewinnen; c) Ehrenamtliche einbeziehen; d) Leitbilder fortentwickeln e) Sich vernetzen in der Palliativversorgung; f) Ethische Probleme meistern und Krisen vorbeugen. Veranstaltungsort ist die Hospizakademie und das Kongresszentrum in Bamberg. Anmeldung und erste Infos über [sekretariat@mediacion.de](mailto:sekretariat@mediacion.de)

### Charta zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen

Im Dezember 2009 ist die Charta-Website mit der Adresse: <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/> ans Netz gegangen. Sie bietet für alle Interessierten Informationen zum Hintergrund und zu den Zielen der Charta sowie zum weiteren Vorgehen im Charta-Prozess. Unter den Überschriften *Wie kam es zum Charta-Prozess? Welches Konzept ist leitend? Worum geht es inhaltlich? Wann liegen erste Ergebnisse vor? Wie geht es weiter?* kann der aktuelle Sachstand abgerufen werden.

Alle fünf Arbeitsgruppen sind derzeit mit der konkreten Ausarbeitung der Ziele und Umsetzungsplänen beschäftigt. Der Runde Tisch, das Konsensus-Gremium im Charta-Prozess, wird im März zu seiner nächsten Sitzung zusammenkommen. Am 8.9.2010 soll die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Dresden der Öffentlichkeit präsentiert werden.

### Handreichung zu „Supervision“ erschienen

Unter dem Titel: Supervision – ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative

Care erschien Ende 2009 eine Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V. (DHPV) mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Supervision e. V. (DGSv). Diese ist kostenfrei abrufbar unter [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) im Bereich: „DGP Arbeitskreise“ und dort dann unter „AK Supervision“ im unteren Bereich unter „Downloads“ und auch in gekürzter Fassung der nächsten Ausgabe des Buches „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“.

Die beiden Fachgesellschaften DGP und DHPV haben Empfehlungen zur Supervision in ihren Tätigkeitsfeldern erarbeitet, die sie gemeinsam herausgeben. Beide Gesellschaften sehen Supervision aller Mitarbeitenden als wesentliches Qualitätskriterium und halten wegen des sensiblen Arbeitsfeldes eine Feldkompetenz der Supervisorinnen und Supervisoren für unverzichtbar. ■

### Dokumentationsbögen zur SAPV

<http://www.sapv.de/anordnungsbogen%20sapv09l.pdf> im Längsformat und <http://www.sapv.de/anordnungsbogen%20sapv09.pdf> im Querformat

### IMPRESSUM

© B.Behr's Verlag GmbH & Co. KG  
Averhoffstraße 10 • 22085 Hamburg  
Tel. 0049/40/22 70 08-0 • Fax 0049/40/220 10 91  
E-Mail: [info@behrs.de](mailto:info@behrs.de)  
homepage: <http://www.behrs.de>

Grundwerk 2007  
11. Aktualisierungslieferung 01/2010  
Redaktion: Britta March

Alle Rechte – auch der auszugsweisen Wiedergabe – vorbehalten. Herausgeber und Verlag haben das Werk mit Sorgfalt zusammengestellt. Für etwaige sachliche oder drucktechnische Fehler kann jedoch keine Haftung übernommen werden.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Dieser Newsletter ist fester Bestandteil des Loseblattwerkes „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“.

ISBN 978-3-89947-368-1