

Dokumentation

113. Aachener Hospizgespräch

29./30. Oktober 2021

Museum Zinkhütter Hof, Stolberg

Zwischen Politik
und Ethik – Was
können wir aus der
Pandemie lernen?



BILDUNGSWERK
AACHEN
Servicestelle Hospiz

113. Aachener Hospizgespräch am 29./30. Oktober 2021

im Museum für Industrie-, Wirtschafts- und Sozialgeschichte
für den Raum Aachen in Stolberg, Zinkhütter Hof e. V. – 52222 Stolberg

„Zwischen Politik und Ethik – Was können wir aus der Pandemie lernen?“

Ärztlicher Leiter der Veranstaltung: Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke,
Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen

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

Konzeption/Koordination: Veronika Schönhofer-Nellessen, Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen,
www.aachenerhospizgespraeche.de

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

Tagungsfotografie: Andreas Schmitter, Schmitter Fotografie, Aachen, www.schmitter-fotografie.de

Nachtaufnahmen Museum Zinkhütter Hof: Fotostudio Pfaff, Stolberg www.fotos-mit-klasse.de

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

Die Dokumentation steht zum Download bereit unter:

www.grunenthal.de oder unter: www.servicestellehospizarbeit.de

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

Inhalt

VORWORT	Veronika Schönhofer-Nellessen Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke	03
VORTRAG	Prof. Andreas Lob-Hüdepohl	06
VORTRAG	Prof. Reimer Gronemeyer	08
VORTRAG	Prof. Claudia Bausewein	10
VORTRAG	Rudolf Henke	12
WORKSHOP 1	Heiner Melching, Dr. Sascha Weber	15
WORKSHOP 2	Birgit Boukes, Christoph Schmidt David Roth	17 19
WORKSHOP 3	Assoz. Prof. ⁱⁿ Katharina Heimerl Dr. Birgit Weihrauch	21 23
WORKSHOP 4	Susanne Kiepke-Ziemes, Urs Münch	25
WORKSHOP 5	Mareike Hümmerich Norbert Krumm	28 31
PRESSEMITTEILUNG	Pressemitteilung zum 113. Aachener Hospizgespräch	32
	Akteur/innen und Mitwirkende	36
	Foto-Impressionen und Hinweis auf Dokumentation und Film	38
	Hinweis auf das 115. Aachener Hospizgespräch	39

VORTRAG
Heiner Schneider

Prof. Dr. Weier

**VERONIKA
SCHÖNHOFER-NELLESSEN**

Servicestelle Hospiz, Aachen

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

Direktor der Klinik für
Palliativmedizin an der
Uniklinik RWTH Aachen



Nachlese zum 113. Aachener Hospizgespräch und Ausblick auf 2022: „Zwischen Politik und Ethik – Was können wir aus der Pandemie lernen?“

Zum ersten Mal nach 15 Jahren musste der jährliche national ausgerichtete Kongress aus aktuellem Anlass auf das letzte Oktoberwochenende 2021 verschoben werden. Er fand mit ca. 150 Teilnehmenden als Präsenzveranstaltung unter den 3G-Regeln statt.

Der gemeinsame Reflexionsraum zu den brandaktuellen Themen, die intensiven Gespräche und Diskussionen, die sehr kompetenten Referent*innen, ihre qualitativ hochwertige Expertise sowie die direkte Begegnung miteinander, haben laut Rückmeldungen der Teilnehmenden das 113. Aachener Hospizgespräch zu einem Fest werden lassen. Die Atmosphäre wurde darüber hinaus geprägt durch das „Kultkabarett“, in dem u. a. die Flutkatastrophe thematisiert wurde sowie den Projektchor, die „Gospel-Hospice-Singers“, mit seinen nachdenklichen und beschwingten Liedern - diesmal von freien Mitarbeitenden des WDR als Film aufgezeichnet.

Inhaltlich haben die Referent*innen des Hauptprogramms am Freitagabend und Samstagvormittag entscheidende Impulse gesetzt. Prof. Andreas Lob-Hüdepohl, Mitglied des Deutschen Ethikrates, sprach von den Kollateralschäden der Pandemie, aufgrund der notwendigen Priorisierungsentscheidungen für Menschen, die an Corona erkrankt und in den Krankenhäusern bevorzugt behandelt wurden. Notwendige andere Operationen oder Therapien mussten verschoben werden. Nichtsdestoweniger war es für die Entscheider*innen ein ethisches Dilemma, was zum Teil bis heute schwerwiegende Folgen nach sich zieht. Darüber hinaus waren im ersten Lockdown unerträgliche Einsamkeit bis zum Lebensende häufige Erfahrungen von Bewohner*innen der Altenhilfe oder Patient*innen in den Krankenhäusern. Unter den posttraumatischen Folgen leiden Zu- und Angehörigen nicht selten bis heute.

Prof. Reimer Gronemeyer, emeritierter Professor für Soziologie an der Universität Gießen, machte deutlich, dass die Besinnung auf das bürgerschaftliche Engagement aus den Anfängen der Hospizbewegung auch für die Zukunft mehr als notwendig sein wird. Die Haltung, den Tod ausschließlich als medizinische Aufgabe z. B. durch die Konzentration auf die Symptomkontrolle zu betrachten, versteht Prof. Gronemeyer als Engführung.



Das Anerkennen der gleichwertigen Bedeutung der psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse am Lebensende nimmt schwerst-erkrankte Menschen in ihrer Ganzheit wahr. Vollkasko-Versorgung wird es in Zukunft nicht mehr geben. Wir sind aufgefordert, Konzepte wie z. B. Caring Community in unserer Gesellschaft zu entwickeln und diese zu integrieren.

Rudolf Henke, Ärztekammerpräsident Nordrhein, wies darauf hin, dass die Pandemie dazu geführt hat, ein bereits vorhandenes Problem zu verstärken. Durch die Regelungen zur Kontaktaufnahme zum Schutz von Risikogruppen hat der Rückzug von Zugehörigen der unheilbar Erkrankten in ihrer letzten Lebensphase weiter zugenommen. Um diesen Krisenzustand zu bewältigen, muss in Zukunft eine ethische Abwägung zwischen Infektionsgefahr und sozialer Isolation getroffen werden. Am Lebensende ist die Vermeidung von Einsamkeit ein hohes Gut und gegenüber der Gefahr von Ansteckung ein sehr gewichtiges Argument in der Waagschale der Abwägung. Hier ist der Schutz menschlicher Grundbedürfnisse nahezu wie ein Menschenrecht zu bewerten.

Prof. Claudia Bausewein, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, ist es am Samstagvormittag gelungen, mit der Schilderung konkreter Patientengeschichten aus ihrem beruflichen Alltag das Thema assistierter Suizid in seiner Vielschichtigkeit differenziert aufzufächern. Ambivalenz und immer wieder neue unerwartete Entwicklungen beeinflussen häufig bis zum Schluss die Entscheidung, frühzeitig aus dem Leben zu scheiden oder doch noch weiter leben zu wollen. Das offene Gespräch für dieses sensible Thema, ohne dabei direkte Handlungsoptionen abzuleiten, ist aus ihrer Sicht ein hilfreicher Weg. Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin setzt sich daher für Suizidprävention und den Ausbau der Hospiz- und Palliativarbeit ein.

Ein nachdenklich stimmender Kurzfilm aus Interviews u. a. von Betroffenen, Einrichtungen der Altenhilfe, Palliativstationen und einer Hausarztpraxis bereitete auf die Themen der Workshops vor. Sie wurden intensiv als Reflexionsraum für die gemachten Erfahrungen in der Pandemie genutzt. In dem fachlichen Austausch standen zukunftsfähige Visionen im Mittelpunkt. Die Teilnehmenden nahmen konkrete Ideen, strukturelle Lösungsansätze sowie Konzepte für ihr berufliches Handeln mit. Die Themen der Workshops handelten vom Umgang mit der Angst, von Caring-Community-Modellen bis hin zu Handlungsempfehlungen einer aktuellen Studie, die aufzeigt, wie in Zukunft die Bedürfnisse von Betroffenen aber auch des professionellen Teams in Zeiten von Pandemien Berücksichtigung finden sollten.

Impressionen der Veranstaltung vom Freitag



Wie beeinflusst die Pandemie ethische Fragestellungen auf das Ende des Lebens?

**PROF.
ANDREAS LOB-HÜDEPOHL**

Mitglied des Deutschen Ethikrates, Katholische Hochschule für Sozialwesen, Berlin

Die Pandemie besteht vom ersten Tag an aus einer ständigen Abfolge von Priorisierungen. Wer priorisiert, zieht bestimmte Personen oder Güter vor, während er andere oder anderes notgedrungen zurückstellt. Priorisierungen wollen nichts dem Zufall überlassen – etwa dem Zufall, wer schneller oder rücksichtsloser ist. Sondern dass es nachvollziehbar und nach weitestmöglich anerkannten Kriterien und Güterabwägungen zugeht.

Die wichtigste Priorisierung stand am Anfang, und dieser Tage scheint sie uns wieder einzuholen: Die Strategie der körperlichen Distanz, die zeitweise zu einem nahezu vollständigen Lockdown des privaten wie des öffentlichen Lebens führte, diente dazu, eine unerträglich hohe Zahl von schweren und sogar tödlichen COVID-19-Erkrankungen und darüber den Kollaps des Gesundheitssystems abzuwenden. Dafür wurden andere moralisch hoch bedeutsame Güter zurückgestellt. Wir sahen und sehen dies an den immensen Folgeschäden im politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und nicht zuletzt sozialen Leben. Und auch der Schutz der Gesundheit blieb auf der Strecke – gerade für besonders verletzbare Menschen in den Einrichtungen der Langzeitpflege, der Eingliederungshilfe, der Akutversorgung bei Schlaganfällen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw.: Ganze Versorgungsketten brachen weg; die soziale Isolation nach innen und außen führte bei Bewohner*innen stationärer Einrichtungen zu irreversiblen Schäden- und erhöhter Sterblichkeit; Unterversorgungen bei Gesundheitsdienstleistungen (Fachärzt*innen, Physio-, Ergo-, Logotherapien usw.) waren an der Tagesordnung.

Auch die palliativ-hospizische Versorgung hatte massiv zu leiden. Ehrenamtlichen wurde aufgrund der Hygienevorschriften oftmals der Zugang zu Einrichtungen versperrt. Besonders furchtbar war die Situation vieler Sterbender – ob auf den Intensivstationen der Krankenhäuser oder in den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege, in denen bis zum Beginn der Impfkampagne im Frühjahr diesen Jahres 75 % der COVID-Toten verstarben, ohne während ihrer Erkrankung jemals ein Krankenhaus von innen gesehen zu





haben. Aber auch die eines ‚gewöhnlichen‘, also nicht COVID-19-assozierten Todes verstarben, mussten die letzten Meter ihres Lebens überwiegend in Isolation gehen. Diese zutiefst menschenunwürdige Situation hat zwar der Gesetzgeber nach einem Dreivierteljahr Pandemie zu beheben versucht, in dem er durch das darin ergänzte Infektionsschutzgesetz ein Mindestmaß an sozialen Kontakten für alle und besonders auch für Sterbende vorschrieb. Nicht alle Einrichtungen haben dies aber auch umgesetzt.

Gerade das Zugehen auf den Tod unterstreicht die Bedeutung leibhaft physischer Begegnungen für ein halbwegs würdevolles Leben. „Für Menschen mit einer länger anhaltenden Pflegebedürftigkeit“, so hat der Deutsche Ethikrat in einer ad-hoc-Empfehlung Ende 2020 ausgeführt, „ist die Erfahrung von Zugehörigkeit zur Gemeinschaft oft untrennbar an physische Präsenz und insbesondere an die Nähe durch Berührung gebunden.“ Das gilt nicht nur für die Sterbenden, sondern nicht zuletzt auch für die hinterbleibenden An- und Zugehörigen: Auch sie wollen die Sterbenden „während der letzten Lebensphase vielfach begleiten und sich von ihnen verabschieden. Nicht in der Lage gewesen zu sein, einen Sterbenden zu begleiten, hinterlässt nicht selten Schuldgefühle.“

Eine der großen Lehren, die aus der Pandemie gerade auch für die Gestaltung des Sterbens als letzte Lebensphase zu ziehen ist, wäre die notwendige Sensibilität für die Verletzlichkeit jedes Menschen gleichsam als anthropologisches Grunddatum sowie die Anfälligkeit auch der Institutionen, die unser aller Gelingen des Lebens ermöglichen und schützen sollen. Hier gilt es, alle unsere Widerstandsfähigkeit – wir können sie auch Resilienz nennen – zu mobilisieren. Solcher Widerstandsfähigkeit geht es nicht um eine heroische Überwindung unserer Verletzlichkeit, wohl aber um das gelingende Bestehen können in Situationen, in denen durch extreme Ereignisse wie einer Pandemie unsere Verletzlichkeit und unser Verletztsein schmerzlich erfahrbar werden.

Weiterführende Literatur zum Thema: Andreas Lob-Hüdepohl (2021): Gerechte Priorisierungen? Pflegeethische Aspekte der COVID-19-Maßnahmen für pflegebedürftige Personen. In: Jacobs, K. u.a. (Hg.): Pflege-Report 2021, Berlin, S.21-31 (open access: Gerechte Priorisierungen? | SpringerLink)

(Andreas Lob-Hüdepohl ist Professor für Theologische Ethik, seit 2016 Mitglied des Deutschen Ethikrates sowie der gemeinsamen Taskforce ‚Impfpriorisierung‘ von STIKO, Leopoldina und DER)

„Wenn Du die Baumeister lehren willst, Schiffe zu bauen, musst Du ihnen die Sehnsucht nach dem Meer einpflanzen.“

(Antoine de Saint-Exupéry)

PROF.
REIMER GRONEMEYER

Justus Liebig-Universität
Gießen

Ich denke, dass dieser Satz auch für Hospizarbeit gilt. Vielleicht reden wir in der Hospizarbeit zu viel über Geld, Standards, Angebote? Vielleicht reden wir zu viel über das „Wie“ und zu wenig über das „Warum?“ Wir fragen: „Wie?“ machen wir Hospizarbeit, aber darüber gerät die Frage, warum wir Hospizarbeit machen, vielleicht in den Hintergrund? Die Sehnsucht nach einem anderen Umgang mit dem Lebensende hat die Hospizarbeit einmal auf den Weg gebracht und ist bis heute ihr Fundament. Mehr und mehr droht die Gefahr, dass das Lebensende zu einem Projekt der Planung wird, ACP (Advanced Care Planning) scheint mir dafür das beste Beispiel zu sein: Algorithmen sind im Begriff, die Sehnsucht verdrängen.

Wir sind eine Gesellschaft der Krise – von der Coronakrise bis zur Klimakrise. Hospizarbeit ist auch immer Krisenarbeit. Ist die Hospizarbeit auf die kommenden und gegenwärtigen Krisen gut vorbereitet? Mir scheint, es herrsche immer noch ein eher kritikloses Wachstumsmodell in der Hospizarbeit: Es geht immer noch vor allem um Mehr („flächendeckend“). Vielleicht ist in der Hospizarbeit eine kritische Reflexion der unbefragten Wachstumsdevise fällig? Noch sieht sich die Hospizarbeit (und Palliative Care, die Palliativmedizin sowieso) von Wachstumswünschen und Wachstumsmodellen getragen. Ist ein Neuansatz fällig? Die Weisheit der Hospizarbeit ist ihr Wissen um die Grenzen des Lebens, vielleicht müsste sie auch etwas von den Grenzen des Wachstums ahnen? Wir brauchen eine grundlegende Erneuerung der Gesellschaft, die von den Imperativen der Industrieproduktion, des hemmungslosen Konsums, der entfesselten Mobilität Abschied nimmt. Könnte die Hospizbewegung mit ihrer fundamentalen Grenzerfahrung zum Ausgangspunkt gesellschaftlicher Umkehr werden? Eine bescheidene, eine mutige, eine meditative, eine gelassene Hospizbewegung, die der Krisengesellschaft eine neue Richtung vorlebt und weist?





Joanna Macy, 92 Jahre, Tiefenökologin, spricht davon, dass wir in der Welt, die auf uns zukommt, in der Dürre und Überflutung allgegenwärtig sein werden, in der Flucht, Hunger und Tod alltäglich sein werden, dass wir in dieser Welt ein globales Hospiz brauchen werden: ein hospizliches Mehr also, ein hospizliches Wachstum. Dieses Mehr speist sich aber zuerst aus den zivilgesellschaftlichen Kräften, nicht aus der bezahlten, professionellen Dienstleistung. Die Hospizbewegung ist wichtiger denn je. Sie sollte sich an ihre ehrenamtlichen Ursprünge erinnern, um den Herausforderungen der Zukunft gewachsen zu sein. So könnte sie auf überraschende Weise zum spirituellen Zentrum einer Krisengesellschaft werden, in der nicht auf Geld, sondern auf Hilfsbereitschaft gesetzt wird. Eine solche Hospizarbeit stünde nicht am Rande der Gesellschaft, sondern wäre Wegweiser in eine neue Gesellschaft, die mit der Krise zu leben gelernt hätte.

Welche Auswirkung wird die Nichtigkeitserklärung des § 217 auf die Versorgung am Lebensende haben zwischen Selbstbestimmung und Ausgeliefertsein“

PROF.
CLAUDIA BAUSEWEIN

Präsidentin der Deutschen
Gesellschaft für Palliativmedizin,
LMU Klinikum, München

Das Bundesverfassungsgericht hat 2020 den § 217 im Strafgesetzbuch für nichtig erklärt und gleichzeitig das Grundrecht auf selbst-bestimmtes Sterben als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts bekräftigt. Dazu gehört auch das Recht, Hilfe beim Suizid in Anspruch zu nehmen, und zwar unabhängig von schweren und unheilbaren Krankheitszuständen. Das Bundesverfassungsgericht hat auch betont, dass es keine Verpflichtung zur Suizidhilfe geben darf, auch nicht für Ärzt:innen.

Todeswünsche in der Palliativversorgung

Todeswünsche sind bei Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen oder aufgrund multipler Erkrankungen im hohen Alter häufig und gehören zum Alltag in der Palliativversorgung. Diese Wünsche reichen von Hoffen auf baldiges Sterben über die Unterstützung bei einem schnelleren Sterben bis hin zur akuten Suizidalität mit zunehmenden Handlungsdruck. Diese Todeswünsche sind häufig von einer großen Ambivalenz geprägt zwischen sterben und leben wollen. Sie variieren im zeitlichen Verlauf mit Schwankungen über Tage, Wochen oder Monate. Die Gründe für einen vorzeitigen Todeswunsch sind vielfältig und reichen von unerträglichen Schmerzen oder anderen unkontrollierten Symptome über Angst vor unerträglichem Leiden oder dem Verlust der Würde und Autonomie bis zur Angst, der Familie zur Last zu fallen. Die Grundaussage hinter diesen Todeswünschen ist in der Regel, dass ein Mensch aufgrund seiner Lebenssituation und Erkrankung mit großen körperlichen und seelischen Belastungen so nicht mehr leben möchte oder kann.

Palliativversorgung von Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und Todeswünschen

Ziel der Hospiz- und Palliativversorgung ist die Linderung belastender Symptome, psychosoziale Unterstützung und Begleitung bei spirituell-existentialen Fragen und damit die Ermöglichung eines möglichst beschwerdearmen Lebens mit guter Lebensqualität. Auch die Unterstützung und Entlastung der An- und Zugehörigen gehören dazu. Bei anhaltenden Todes- und Suizidwünschen können lebensverlängernde Maßnahmen nicht eingeleitet bzw. beendet oder Menschen beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken begleitet werden.





Bei anhaltendem und unerträglichem körperlichen oder spirituell-existentiellen Leiden besteht außerdem am Lebensende die Option einer gezielten Sedierung. Durch Palliativversorgung ist in der Regel eine deutliche Linderung von körperlichen Beschwerden und psychischem Leid möglich. Todes- oder Suizidwünsche lassen dann häufig nach oder verlieren an Dringlichkeit. Aber auch trotz guter Palliativversorgung kann es selten Situationen geben, in denen die gewünschte Leidenslinderung nicht erreicht werden kann. Genauso können Todes- und Suizidwünsche bei bester Hospiz- und Palliativversorgung und guter Linderung von körperlichen Beschwerden weiter bestehen bleiben.

Umgang mit Suizidwünschen in der Palliativversorgung

Der Wunsch nach einem assistierten Suizid muss ernstgenommen werden und Betreuende sollten die Not hinter diesem Wunsch versuchen zu verstehen. Dieser Wunsch ist aber für die Begleitenden nicht als Handlungsauftrag zu sehen. Primäres Ziel muss es sein, die Not durch individuelle Unterstützungsmöglichkeiten und mögliche Linderung von belastenden Beschwerden und Unterstützung bei der Bewältigung der Lebenssituation zu lindern. So soll es dem Betroffenen möglich werden, verschiedene Optionen zu kennen bzw. zu erfahren, damit er eine wirklich freie Entscheidung treffen kann. Der assistierte Suizid kann dabei als eine Option bestehen bleiben. Die Assistenz bei einem Suizid gehört aber nicht zu den Aufgaben und zum Betreuungsspektrum der Hospiz- und Palliativversorgung. Trotzdem kann es in Einzelfällen zu einem Dilemma für Ärzt:innen kommen, so dass Palliativmediziner:innen in einzelnen Situationen Suizidhilfe leisten.

Position der Ärzte und Ärztinnen

Die Bundesärztekammer hat zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts betont, dass "die Hilfe zur Selbsttötung nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs gehört" und dass kein:e Ärzt:in verpflichtet ist, Hilfe beim Suizid zu leisten. Das Verbot der Suizidhilfe durch Ärzt:innen wurde beim 124. Deutschen Ärztetag 2021 gestrichen. Ärzt:innen können künftig frei und allein auf Basis ihres Gewissens entscheiden, ob sie Suizidwillige beim Sterben unterstützen.

Abschließende Bemerkung

Die Hospiz- und Palliativversorgung sieht sich als eine Form der Suizidprävention für Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen, die aufgrund ihrer Situation einen Suizid begehen möchten.

Welche Auswirkung hat und wird die Pandemie in Zukunft auf die Hospiz- und Palliativversorgung haben?

RUDOLF HENKE

Präsident der Ärztekammer
Nordrhein, Aachen

Das 113. Aachener Hospizgespräch befasste sich mit der Frage, wie wir aus der Krise der Pandemie gehen und was dies für die Zukunft bedeutet. Gesamtgesellschaftlich betrachtet befinden wir uns in einem Umbruch, die bisher gekannte „Normalität“ wird vermutlich kurz- und mittelfristig nicht in allen Bereichen vollständig zurückkehren können.

Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung lässt sich festhalten, dass es in vielen Bereichen zu einer Überlastung der Gesundheitsfachkräfte gekommen ist. Im Zuge der Pandemie sind deren Belastungen durch neue Herausforderungen, wie erhöhte Pflege-, Hygiene- und Behandlungsaufwände der Patientinnen und Patienten, sowie das Risiko der eigenen Infektion stark angestiegen. Aufgrund von Isolations- und Quarantäne-Erfordernissen sowie Jobaufgaben ergeben sich weitere kritische Personalausfälle. Nicht nur dort wo COVID-19- Patientinnen und Patienten behandelt werden, sondern auch in anderen Settings werden Gesundheitskräfte mit mehr Notfallsituationen, schweren Erkrankungsverläufen sowie Todesfällen unter schwierigen Rahmenbedingungen konfrontiert, so dass Grenzen der Belastbarkeit überschritten werden. Die in der Hospizarbeit und Palliativversorgung Tätigen stehen ohnehin unter großer emotionaler Belastung, um jederzeit erreichbar den schwerstkranken Patientinnen und Patienten bis zum Schluss zur Seite zu stehen. Die Umstände der Pandemie und der hohe Arbeitseinsatz der Gesundheitsfachkräfte schmälern das persönliche Resilienzpotenzial. Zur Aufarbeitung dieser Belastungssituationen bedarf es jetzt und auch zukünftig einer professionellen und emotionalen Krisenbewältigung. Die dafür erforderlichen strukturierten Hilfsangebote einer psychosozialen Versorgung und Akuthilfe sind derzeit noch Mangelware. Für die Zukunft ist ein nachhaltiges Konzept präventiver Hilfe für die besonders belasteten Personengruppen erforderlich. Dazu zählt auch die Unterstützung der pandemiebedingt stark belasteten Schwersterkrankten, Pflegebedürftigen sowie deren Zugehöriger.





Die während der COVID-19-Pandemie aus Infektionsschutzgründen als Schutzmaßnahmen für vulnerable Gruppen verhängten Restriktionen und Besuchsverbote für Zugehörige haben den Betreuungsaufwand der betroffenen Patientinnen und Patienten erhöht und somit das Gesundheitspersonal weiter belastet. Insbesondere hat dies zeitweise zu einer starken Vereinsamung der Betroffenen geführt. Manche Stationen und Hospize wurden zu Isolierstationen und die ambulante Hospizarbeit und psychosoziale Angebote fanden in der ersten Zeit der Pandemie nicht in gewöhnlicher Form statt. Eine eingeschränkte Verabschiedungskultur hat alle davon Betroffenen zusätzlich belastet. Die Regelungen zur Kontaktaufnahme haben das Problem des Rückzuges von Zugehörigen unheilbar Erkrankter in ihrer letzten Phase des Lebens verstärkt. Das ist sehr kritisch zu sehen, gehört doch der Wunsch, in dieser letzten Lebensphase nicht allein zu sein, sich mit Zugehörigen zu treffen, Kommunikation zu erfahren, letzte Regelungen in den Sozialbeziehungen herstellen und eine Verabschiedungskultur pflegen zu können, zu den wesentlichen Grundbedürfnissen der Betroffenen. Wir gehen insofern aus der Pandemie auch mit der schmerzlichen Erfahrung, dass in Krisenzeiten das Gemeinwohl über individuellen Bedürfnissen steht. Um diesen Krisenzustand zu bewältigen, müssen wir in Zukunft eine ethische Abwägung zwischen Infektionsgefahr und sozialer Isolation bzw. sozialem Tod treffen. Alle Beteiligten in der ambulanten wie stationären Hospizarbeit und Palliativversorgung sollten dazu nach einer gemeinsamen gangbaren Linie suchen.

Ziel der Hospizarbeit und Palliativversorgung ist es, schwerstkranken Menschen eine würdevolle Versorgung am Lebensende zu Hause oder stationär zu ermöglichen. Dazu sind viele Institutionen und unterschiedliche Professionen im ambulanten wie im stationären Bereich eng untereinander vernetzt, um die gemeinsame Hilfestellung zu bündeln und den Patientinnen und Patienten sowie deren Zugehörigen eine Sterbe- und Trauerbegleitung zu teil werden zu lassen, bei der die Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt aller Bemühungen gestellt werden. Um gesellschaftliche Krisensituation zu meistern, stellt sich auch die Frage, wie die in der Corona-Pandemie auf verschiedenen Ebenen eindrücklich gelebte gesellschaftliche Solidarität zukünftig in eine sinnvolle Unterstützung für eine würdige Lebens- und Sterbebegleitung von älteren und schwerkranken Menschen überführt werden kann.

Impressionen aus den Workshops



HEINER MELCHING

Geschäftsführer der
Deutschen Gesellschaft für
Palliativmedizin, Berlin

DR. SASCHA WEBER

Assistenzarzt in der Klinik
für Palliativmedizin an der
Uniklinik RWTH Aachen



Zusammenfassung von Veronika Schönhofer-Nellessen

Den Einstieg in den Workshop gestalteten die beiden Referenten, Heiner Melching Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin aus Berlin und Dr. Sascha Weber, Assistenzarzt in der Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen, über die verschiedenen Assoziationen zum Titel des Workshops. Sehr schnell erinnern sich die Teilnehmenden an ihre persönlichen Ängste sowie die Sorgen im beruflichen Kontext vor allem im ersten Lockdown. Die Sorge z. B. selbst zu erkranken, ohne schon durch Schutzkleidung oder Impfung geschützt zu sein. Die Sorge andere anzustecken insbesondere die Erkrankten oder pflegebedürftigen Menschen, die in ihrer Einrichtung, ihrem Dienst oder der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Praxis versorgt wurden. Darüber hinaus die Sorgen um die eigenen Angehörigen, Freunde, Nachbarn ...

Die weiterführende Frage was hilft, auf welche Ressourcen können wir in Krisenzeiten zurückgreifen, wurde im zweiten Teil des Workshops intensiv diskutiert und bearbeitet. Welche Kraftquellen, Strategien, Selbstfürsorge oder auch Rituale unterstützen mich, das Team oder auch die Organisation, meiner/ unserer Angst nicht hilflos ausgeliefert zu sein? Welche individuellen Erfahrungen gab es, welchen Raum gebe ich auch in einer Pandemie meinen persönlichen Kraftquellen? Pflege ich sie und nehme ich mir Zeit für sie?

Die Referenten boten das Bild einer Waage an: Welche Strategien gibt es, nicht nur die eine Seite einer Waage mit Ängsten zu beschweren, sondern mit ressourcen- und lösungsorientierten Gedanken, Handlungen, Abläufen, Kommunikationsstrukturen, Ritualen etc. Ausgleich auf der anderen Seite zu schaffen? Welche Fähigkeiten entwickle ich, das Team, die Organisation Ängsten etwas entgegenzusetzen, die Ohnmacht, Handlungsunfähigkeit und Überforderung zur Konsequenz haben können?



Einige Antworten wurden in der gemeinsamen Arbeit vorgestellt: Kurze aber regelmäßige Pausen in den Alltag einbauen, Strukturen schaffen für eine wertschätzende Teamkommunikation. Würdigen, dass es für alle gerade eine Krise gibt. Erlaubnis geben für Abgrenzung, um einer Dauerüberforderung entgegenzuwirken.

Die Referenten wiesen noch auf die aktuelle PallPan Studie hin, die Handlungsempfehlungen für vollstationäre Einrichtungen der Altenhilfe für Zeiten von Pandemien herausgegeben hat. Es geht um Empfehlungen, die nach den gemachten traumatisierenden Erfahrungen aus dem ersten Lockdown 2020 in der Abwägung zwischen Schutz und Nähe in Bezug auf Pflegebedürftige Schwersterkrankte in eine Nationale Strategie geflossen sind. Die Ergebnisse resultieren aus vielen Interviews mit Mitarbeitenden, Versorgenden und Einrichtungen. Sie geben konkrete sowie praxisnahe Empfehlungen und Anregungen, wie Teams und Einrichtungen der Altenhilfe psychosozialen Belastungen aller Beteiligten in Zukunft vorbeugen bzw. entgegenwirken können.

BIRGIT BOUKES

Vorsitzende
Unergründlich e.V., Köln

CHRISTOPH SCHMIDT

Dipl. Theologe,
Spiritual Care Trainer,
Unergründlich e.V., Köln



„Auf- und Ausbau von professioneller konfessions-unabhängiger Spiritual Care-Begleitung

Unser Verein Unergründlich e. V. wurde 2012 in Köln mit der Idee gegründet, einen Raum für spirituellen Austausch zu schaffen unabhängig von religiöser und konfessioneller Bindung. 37 Pat*innen – Bettina Böttinger als Ehrenpatin – und viele Interessierte und ehrenamtliche Unterstützer*innen sind uns verbunden.

Da einer der Schwerpunkte in der palliativen spirituellen Versorgung liegt, ist Unergründlich e. V. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und hat mit Unterstützung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes das Glück, eine Förderung der Deutschen Fernsehlotterie für ein in Deutschland herausragendes Projekt zu erhalten: Zwei Diplom-Theologen und Kunst-/bzw. Psychotherapeuten mit langjähriger Erfahrung im palliativen und hospizlichen Kontext konnten mit je 50% Stellenumfang für 3 Jahre als konfessionsfreie Spiritual Care-Begleiter angestellt werden. In enger Kooperation mit dem SAPV-Team Köln bieten sie schwerstkranken und sterbenden Menschen in ihrer häuslichen Umgebung spirituelle Begleitung an, unabhängig von Religion und Konfession. Und sie sind für die Mitarbeiter*innen des SAPV-Teams da, für ethische Besprechungen, Interventionen und Fortbildungen.

Spiritual Care ist ein integraler Bestandteil der Palliative Care, die vierte Domäne neben physischer, psychischer und sozialer Begleitung. Auf internationaler Ebene, besonders im englischsprachigen Raum, erfährt die Spiritual Care bereits seit Jahren die Aufmerksamkeit, die sie verdient, da spirituelle Bedürfnisse, Ängste und existentielle Nöte, Fragen nach dem Sinn, nach Würde und Verbundenheit mit sich selbst, anderen und dem Transzendenten besonders am Lebensende eines Menschen eine hohe Bedeutung haben und einen großen Einfluss auf das Coping und die Compliance der Patient*innen nehmen. Selbst in Deutschland besteht daran kein Zweifel mehr. Dennoch scheinen die Akzeptanz und der Stellenwert der Spiritual Care im Gesundheitswesen, insbesondere in der Palliative Care, aus der sie hervorgeht, immer noch äußerst gering zu sein.



41 % der deutschen Versicherten sind konfessionsfrei und haben nach SGB V § 37 b einen Anspruch auf palliative Versorgung zuhause, die nach der Definition von Palliative Care der WHO neben der körperlichen, psychischen und sozialen auch die spirituelle Dimension betrifft. Allerdings gibt es dafür keine Finanzierung. Daher sind wir für die Förderung sehr dankbar.

Spiritual Care

- zeichnet sich aus durch den Respekt vor dem individuellen spirituellen Lebensentwurf
- lässt offen, ob Gott existiert
- braucht keine Glaubensgemeinschaft
- braucht keine Sendung durch eine Glaubensgemeinschaft
- weist anders als Seelsorger*innen den Begleiter*innen keine zugeschriebene Rolle zu

Diese weite Sicht der spirituellen Begleitung ohne religiöse oder konfessionelle Bindung ist unsere Vision des Engagements. Viele haupt- und ehrenamtlich in der Versorgung Tätige sind für die spirituelle Begleitung offen und integrieren diesen Anteil. Die hauptamtliche Berufsgruppe der Spiritual Care-Begleiter*innen fehlt in Deutschland aber weiterhin. Seelsorgende (Pastoral Care) der Religionen, insbesondere der Kirchen in Deutschland bieten Begleitung an. Diese ist konfessionell gebunden und richtet sich an die Mitglieder der Religionsgemeinschaften.

Das Projekt des Unergründlich e. V. wird wissenschaftlich begleitet von der Universität Witten-Herdecke, Herrn Prof. Dr. Klaus Weckbecker, für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, und Herrn Prof. Dr. Arndt Büssing, für Lebensqualität, Spiritualität und Coping. Dazu werden Patient*innen der SAPV nach ihren spirituellen Bedürfnissen befragt und die Spirituelle Begleitung unserer Mitarbeiter ausgewertet.

Damit in Zukunft der integrale Bestandteil der Spiritual Care in der palliativen und hospizlichen Versorgung gesichert werden kann, ist unser Ziel eine reguläre Kassenfinanzierung und der Aufbau einer neuen Berufsgruppe in Deutschland, deren Namen noch gefunden werden muss.

DAVID ROTH

Pütz-Roth Bestattung und
Trauerbegleitung oHG,
Bergisch-Gladbach



Der Tod gehört zum Leben

Tausende Tote habe ich gesehen und kein einziger hat mir Angst gemacht. Da ich in unserem Bestattungshaus mehr oder weniger aufgewachsen bin, war der Anblick Verstorbener von frühesten Kindheit an für mich etwas ganz normales. Mein Vater und meine Mutter pflegten mit den Toten und den Lebenden einen ungezwungenen, ungekünstelten, herzlichen Umgang, der frei war von jedem falschen Pathos.

Der Tod gehört zum Leben und er gehört auch ins Leben und die Menschen täten gut daran, sich ihm zu stellen und hinzuschauen, wenn jemand gestorben ist.

Bei uns im Haus der menschlichen Begleitung haben wir viele Gäste, die meisten sind am Leben, aber auch etwa 900 Besucher im Jahr sind tot.

Wir waschen die Toten, wir kleiden sie ein und wir betten sie in die Särge. Früher waren diese Tätigkeiten ein letzter Liebesdienst, den Angehörige und Nachbarn übernommen haben. Heute ist das unsere Aufgabe und wir erfüllen sie mit großem Respekt und Hingabe. Wir laden Verwandte und gute Freunde des Verstorbenen immer wieder dazu ein, bei diesen alten Ritualen dabei zu sein, was leider viel zu selten angenommen wird.

Einen Toten anzuschauen und ihn zu berühren, hat etwas Befreiendes. Dass was da im Sarg liegt ist nur eine Hülle. Die Seele, das Karma, die Lebensenergie des Menschen hat den Körper verlassen. Anschauen und Anfassen helfen dabei zu begreifen, dass in dem Körper nichts Lebendiges mehr steckt und man ihn gut Gewissens und ohne Angst weggeben kann. Man kann den Verstorbenen im wahrsten Sinne des Wortes loslassen.

In den meisten Fällen entspannen sich die Gesichtszüge der Verstorbenen und die Toten sehen wirklich oft ein bisschen so aus als würden sie schlafen. Schaut man genauer hin, sieht man, dass sich da keine Brust durch die Atmung hebt und senkt, dass keine Bewegung mehr stattfindet. Es gibt kaum einen friedlicheren Anblick als das Antlitz eines Toten. Wir raten allen Angehörigen sich an den offenen Sarg zu setzen.



Wenn jemand bei einem schweren Unfall ums Leben kommt und der Leichnam stark entstellt ist, dann decken wir die entsprechenden Körperteile ab. Selbst wenn nur eine vertraute Hand zu sehen ist, hilft das den Trauernden den Tod als Tatsache zu akzeptieren.

Die meisten Menschen haben eine Vorstellung vom Tod, die sie sich über Jahre aus Filmschnipseln, Zeitungsartikeln und Erzählungen zusammengebastelt haben. Die meisten haben noch nie einen echten Toten zu Gesicht bekommen. Auch weil von Bestattern und Ärzten geraten wird, den Toten so in Erinnerung zu behalten, wie er war. Dieser Rat ist grundverkehrt.

Viele werden 40 Jahre alt, ohne sich in irgendeiner Form mit dem Tod vertraut gemacht zu haben. Und dann sterben die Eltern und man traut sich nicht wirklich Abschied zu nehmen. Man wird von Schuldgefühlen und Ängsten gequält und dann kommen die Professionen, die an dieser Schnittstelle zwischen Leben und Tod arbeiten, und nehmen einem alles aus der Hand. Mein Vater hat immer gesagt, den Menschen werden ihre Toten gestohlen.

Der Tod ist so immer mehr hinter den Kulissen verschwunden und wir haben uns als Gesellschaft von einem ganz natürlichen Vorgang entfremdet. Alles was wir nicht kennen, macht uns natürlich Angst.

Im Haus der menschlichen Begleitung bringen wir die Trauernden mit ihren Toten zusammen. Zuerst ist da natürlich Furcht, weil die Menschen nicht wissen, was sie erwartet. Sie werden von uns in dieser Situation auch nicht alleine gelassen. Wir begleiten die Angehörigen in diesem schweren Moment. Beim Anblick des Verstorbenen fließen oft Tränen, weil den Trauernden klar wird, dass diese Person im Sarg nie mehr aufstehen wird. Nach kurzer Zeit stellt sich dann aber in den meisten Fällen eine spürbare Entlastung ein. Man beruhigt sich und versteht intuitiv, dass man den Verstorbenen zur Einäscherung weggeben oder ins Grab betten kann.

Der Tod gehört zum Leben. Wenn wir die Angst vor dem Anblick des Todes überwinden und uns trauen hinzuschauen, dann kann das unser Leben besser machen, weil wir uns unserer eigenen Endlichkeit bewusst werden.

ASSOZ. PROF.^{IN}
KATHARINA HEIMERL

Institut für Pflegewissenschaft,
Universität Wien



Die gesellschaftliche Aufarbeitung: Was hat die Pandemie mit uns, dem Gesundheitswesen gemacht? Was sind Caring Community Modelle?

Was hat die Pandemie mit uns und mit der Gesellschaft gemacht?

Die Pandemie trifft alle, aber nicht alle gleich. Ungleichheiten bestehen zwischen dem globalen Norden und Süden; zwischen ärmeren und reicheren Menschen; Männern und Frauen; jung und alt und zwischen kognitiv intakten und kognitiv eingeschränkten Menschen. Die Ungleichheiten bestehen im Risiko zu erkranken; in der Schwere der Erkrankung; in der Sterblichkeit und (last not least) in der zusätzlichen Care-Arbeit (Heimerl, Reitingner, Pichler 2021). Die Dimension Gender rückt gerade in der Pandemie wieder deutlich in den Blick. Zu Beginn der Zeiten von Corona gab es regelmäßigen Applaus für die Pflege, dies wirkte sich aber ökonomisch für die einzelnen Pflegenden und Betreuenden nicht positiv aus – weder für die professionell Sorgenden, noch für die 24h-Betreuung oder die informell pflegenden Angehörigen. Kann die Corona-Krise eine Chance sein? Das kann sie dann, wenn es gelingt, Sorge-Arbeit solidarischer zu organisieren und unabhängig von Geschlechter-Hierarchien zu verteilen und zu entlohnen (siehe auch die Plattform Care.Macht.Mehr).

Die Pandemie geht mit einer stärkeren „Verregelung“ des Zusammenlebens einher. So sinnvoll dies epidemiologisch sein kann, so sehr ist im Einzelfall Zivilcourage gefragt, damit aus dem virologisch notwendigen physical distancing nicht ein gesellschaftlich unerwünschtes social distancing wird. Dies soll an einer Geschichte aus dem Forschungsprojekt „Sterbewelten – die Perspektive der professionell Sorgenden auf „gutes Sterben““ gezeigt werden:

Der diplomierte Pfleger eines Krankenhauses erzählt: „Wir mussten dieses System austricksen“. Die Station, auf der er arbeitet, hätte als Corona-Station fungiert. Das pflegende Personal kontaktierte die Angehörigen direkt und ermöglichte ihnen über einen eigenen Eingang den Zugang zur Station. Dort zogen sich die Angehörigen in einem eigenen Zimmer um. So konnten sie sich von den Sterbenden verabschieden.



Das Pflegepersonal der Station hatte in der Hierarchie nicht um Erlaubnis für diese Lösung angesucht, sondern nahm dies auf die eigene Kappe. Die Zusammenarbeit auf der Station und mit den Angehörigen wird als „wunderbar“ beschrieben.

Die neue soziale Bewegung „Caring Community“ wird in der Pandemie mehr gebraucht, denn je. Im Zentrum steht die Sorgeskultur, das füreinander Dasein und Sorgen. Auch wenn und gerade weil Corona das direkt miteinander in Kontakt Sein erschwert, braucht es kreative Lösungen, wie wir die Sorge füreinander leben können, ohne einander mit dem Virus anzustecken. Solidarität und achtsamer Umgang sind auch mit einem gewissen Abstand möglich, das zeigen zahlreiche Modellprojekte, wie zum Beispiel das Projekt „Achtsamer Achter“ in dem Wiener Bezirk Josefstadt oder das Projekt „Caring Community Köln“.

DR. BIRGIT WEIHRAUCH

Staatsrätin a.D., Köln



Die gesellschaftliche Aufarbeitung: Was hat die Pandemie mit uns, dem Gesundheitswesen gemacht? Was sind Caring Community Modelle?

Caring Community Köln – Die Sorgende Gemeinschaft in der letzten Lebensphase als großstädtisches Projekt

Was bedeutet Caring Community?

In welcher Stadt wollen wir leben?

Dies ist die zentrale Frage hinter dem Konzept einer Caring Community. Ein Kernaspekt bezieht sich auf die Frage, wie wir mit den Schwächsten in unserer Gesellschaft umgehen, den schwerstkranken und sterbenden Menschen und den Menschen, die sich um sie kümmern und um sie trauern.

„End of Life Care is everyone's responsibility - die Begleitung am Lebensende ist jedermanns Verantwortung“, sagt Allan Kellehear, einer der Wegbereiter des Konzepts einer Caring Community. Nur etwa 5% ihrer Zeit, so Kellehear, verbringen schwerstkranken Menschen mit den Professionellen unseres Gesundheitssystems, den Ärzten, Pflegenden oder anderen Berufsgruppen; 95 % ihrer Zeit dagegen in ihrem privaten Umfeld, mit Familie, Freunden, Nachbarn, evtl. noch am Arbeitsplatz. Das heißt, die Gesellschaft insgesamt, alle Bürgerinnen und Bürger sind gefordert im Umgang mit schwerstkranken Menschen und ihren Angehörigen und müssen sich verstärkt mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen und ihre Kompetenzen stärken.

Ausgehend von Australien sind in den letzten 15 Jahren auch in Europa und in Deutschland vielfältige Initiativen und politische Programme einer gemeinschaftlichen Sorgeskultur entstanden – unter den Begriffen der Compassionate Communities, Compassionate Cities, Caring Communities, der Sorgenden Gemeinschaften oder Sorgenden Gemeinden. Die Gemeinde oder Gemeinschaft kann sich dabei auf ganz unterschiedliche gesellschaftliche Einheiten beziehen – etwa auf eine größere Kommune, eine kleinere Gemeinde oder ein Veedel/Quartier. Von Anfang an gab es einen engen Bezug zum Public Health-Aspekt mit einem präventiven, Leid lindernden und früh intervenierenden Ansatz, um Krankheit durch Depression, Stressbelastung, soziale Isolation oder Einsamkeit zu verhindern.

Das Kölner Projekt einer Caring Community

In Köln haben sich im Jahr 2019 auf Initiative des Palliativ- und Hospiznetzwerks Köln e. V. sowie des Gesundheitsamtes der Stadt Köln regionale Akteur*innen zusammengeschlossen mit dem Ziel, den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer zum Thema für alle in unserer Stadtgesellschaft zu machen und zu einer Enttabuisierung und Entstigmatisierung in allen Lebenswelten beizutragen.

Die Auftaktveranstaltung fand auf Einladung der Kölner Oberbürgermeisterin im Januar 2020 im Historischen Rathaus der Stadt statt.

Um das Projekt gezielt und systematisch voranbringen zu können, wurde die folgende Projektstruktur etabliert:

Neben einer Steuerungsgruppe bildet der partizipative Runde Tisch das zentrale Gremium. Er bietet als permanentes Forum die Möglichkeit zum Austausch und zur Vernetzung und ist zugleich Sprachrohr für die gesamte Kölner Stadtgesellschaft, um eine neue Sorgeskultur voranbringen zu können. In vier Arbeitsgruppen werden die Themen der letzten Lebensphase, Krankheit und Trauer in ihrer Vielfalt abgebildet und konkrete Ziele und Maßnahmen geplant und umgesetzt:

Themenschwerpunkte der Arbeitsgruppen:

- Trauer am Arbeitsplatz
- Sorgestadtplan
- Versorgung
- Kinder, Jugendliche und Schule

Das Projekt wird moderiert von der Stadt Köln/Gesundheitsamt und dem Kölner Palliativ- und Hospiznetzwerk e. V. Eine kleine Geschäftsstelle koordiniert den Prozess. Caring Community Köln wird gefördert von der Familie-Ernst-Wendt-Stiftung (seit 2019) und der Imhoff-Stiftung (ab 2022).

Wie geht es weiter?

Trotz oder vielleicht gerade wegen der besonderen Situation unter Corona-Bedingungen hat Caring Community Köln eine große Dynamik entfaltet - dank des großen Engagements vieler unterschiedlicher Entscheidungsträger*innen der Kölner Stadtgesellschaft sowie der Kölner Bürger*innen selbst. Drei Bürgerforen mit unterschiedlichen Schwerpunkten haben bisher stattgefunden. Deren aktive Beteiligung ist im weiteren Prozess essenziell. Geplant ist bei der weiteren Umsetzung die Integration des Themas „kulturelle Sensibilität“ sowie strukturell die Entwicklung einer eigenen Rechtsform. Caring Community Köln orientiert sich an den Leitsätzen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und ist offiziell als Initiative zur Umsetzung der Charta anerkannt. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet, um zentrale Prozesse und Entwicklungen von Beginn an verfolgen und nachhaltig umsetzbar gestalten zu können.

Näheres unter <https://caringcommunity.koeln/>

SUSANNE KIEPKE-ZIEMES

Lehrende für systemische
Supervision, Projekt Würdige
Sterbebegleitung, Viersen

URS MÜNCH

Dipl. Psychologe,
DRK Kliniken, Berlin



Be- und Entlastung des Teams: Welche Interventionen (Best Practice) sind hilfreich?

Be- und Entlastungen des Teams: Welche Interventionen (Best Practice) sind hilfreich?

Die Corona-Pandemie wirkt wie ein Brennglas, das schon vorher bestehende Probleme und Schwierigkeiten deutlich zu Tage bringt und zum Teil massiv verstärkt.

Je nach Versorgungsfeld kann es in Bezug auf Belastung Unterschiede geben: Teams auf COVID-19-Intensivstationen können andere Schwerpunkte der Belastung haben als Teams der SAPV.

Gemeinsam ist allen, dass es zusätzliche Belastungen gibt:

- Angst sich anzustecken und Risiko für liebe Menschen zu sein.
- Eigene Werte nicht mehr leben zu können.
- Höherer Arbeitsaufwand durch Besuchsverbote/Einschränkungen.

Zudem musste und muss das kurzfristige Wegbrechen von Personal und Ehrenamt ausgeglichen werden. Hygienemaßnahmen beeinträchtigen gemeinsame Pausen, erschweren durch Schutzkleidung Kommunikation und sorgen für Verunsicherung.

Verschiedene Dilemmata erschweren ebenfalls die Arbeit:

- Wer bekommt bei knappen Ressourcen die Zuwendung? Wer bekommt die Ausnahme?
- Wie passe ich meine Ansprüche an die Arbeitsmenge an?
- Wie mit der eigenen Angst umgehen?

Bei zu hoher Belastung „overload“ besteht eine hohe Burn-Out-Gefahr, keine Offenheit für neue/nicht etablierte Unterstützungsangebote und Teams drohen auseinanderzubrechen.

Notwendig sind Entlastungen für Teams:

Es bedarf Kommunikationsstrukturen und eines Informations- und Kommunikationskonzepts, das auch gelebt wird sowie klarer Konzepte zur Entscheidungsfindung bei Konflikten.



Darüber hinaus braucht es bestmögliche Rahmenbedingungen, insbesondere für Isolierbereiche in Bezug auf Ausstattung, gute Verpflegung und verlässliche Pausen.

Niedrigschwellige Entlastungsangebote für Teams müssen publik und zugänglich gemacht werden wie Apps, Online-Angebote, hilfreicher Lesestoff im Pausenraum, Beratungshotlines. Wenn Supervision etabliert ist, dann sollte es aktiviert werden. Manchmal wird „Teamcoaching“ als hilfreicher und niedrigschwelliger erlebt als „Supervision“. Stationär kann der Einsatz einer psychosozialen Fachkraft als Teambestandteil zur Unterstützung für Entlastung sorgen, ambulant ein:e feste:r und zuverlässige:r psychosoziale:r Ansprechpartner:in für Mitarbeitende mit klarer Erreichbarkeit. Der Teamzusammenhalt kann durch gemeinsame Rituale, Durchsetzen gemeinsamer Pausen und Pandemie-konforme gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Arbeit gefördert werden. Zudem können kurze Interventionen zur psychischen oder physischen Entlastung helfen, sich als Team wirksam zu erleben. Dabei sollten outgesourcete Mitarbeiter:innen nicht vergessen werden. Den Teamzusammenhalt verbessern kann auch die Förderung von Sicherheit, Beruhigung, Hoffnung und Perspektive.

Kreative Lösungen sind gefragt, für die alle Ressourcen eines Teams genutzt werden sollten. Aber auch: Welche Lösungen haben andere gefunden?

Gefordert sind in Bezug auf die Rahmenbedingungen Träger:innen, Leitungen und Vorgesetzte, in Bezug auf Kommunikation der Krisenstab sowie für den Teamzusammenhalt Vorgesetzte und jedes einzelne Teammitglied. Einsatz von Leasingkräften stellt dabei leider eine zusätzliche Problematik dar.

In Bezug auf die Dilemmata gilt es, folgende zwei Grundsätze zu beherzigen:

- Handlungsleitende Werte und Kriterien, bzw. zu zahlende Preise verhelfen zu einer guten Entscheidung, jenseits der Kategorie „Richtig oder Falsch“.
- Das Anerkennen der Mehrdeutigkeit der Situation macht Entscheidungen erst möglich.



Eigene Gefühle und gemeinsame Werte sind Kompass für Entscheidungen und sollten dafür genutzt werden. Werte zu leben heißt nicht Gradlinigkeit, bietet aber Chance zur Selbstbestimmung. Dilemmata brauchen eine Entdämonisierung. Voraussetzung dafür ist Selbstmitgefühl, Widerstehen der Verführung der Personalisierung, im eigenen und fremden Handeln gute Gründe zu finden und die eigene Position bewusst zu bestimmen.

Neben eigener Haltung sollte Verantwortung geklärt und adressiert werden. Die Grundsätze Gewaltfreier Kommunikation sind dabei hilfreicher Leitfaden. Wenn keine Lösung möglich ist, dann aufrecht kapitulieren oder notfalls die Haltung „toter Käfer“ einnehmen.

Zudem gilt es, das Strukturelle im Persönlichen zu erkennen und voneinander zu trennen. Indem mit Ambivalenz verbundene Gefühle ausgehalten werden kann die Unentscheidbarkeit für eine Entscheidung genutzt werden. Und: wir Menschen sind uns gegenüber nicht fair, wenn wir unser Handeln von gestern mit dem Wissen von heute messen.

Neu! ... von oben sieht die Welt ganz anders aus

Was wir aus der Krise gelernt haben

Steigen Sie einmal auf einen Stuhl und schauen sich die Ihre Umgebung an. Was sehen Sie? Entdecken Sie etwas, was Ihnen zuvor noch nie aufgefallen ist? Wie fühlt es sich an, hier zu stehen?

Die Begleitung von Auszubildenden in der Pflege hat sich mit dem Lockdown in der Pandemie schlagartig verändert. Die Schule war geschlossen und es konnte nur über digitale Medien, Telefon und Internet Kontakt mit den Auszubildenden und Praxiseinrichtungen gehalten werden. Das erforderte Kreativität, Fleiß und Flexibilität. Aus Lehrenden wurden Lernende. Mit dem digitalen Format MS Teams haben wir gelernt Unterrichte via Internet zu gestalten. Es ermöglichte uns, den Kontakt zu den Lernenden zu halten. Über die Plattform können Lehrende mit ganzen Klassen in Kontakt treten, Unterrichte zu gestalten, Aufträge ausgeben, in Gruppen arbeiten, chatten und mit verschiedenen anderen Apps gemeinsame Arbeitsergebnisse darstellen. Der Unterricht zur Bewegungsförderung war ein besonderes Highlight: Die Auszubildenden wurden online aufgefordert, sich gemeinsam mit der Lehrenden zu bewegen. Sie konnten die Grundlagen der physiologischen Bewegung via Kamera sehen, haben die entsprechenden theoretischen Hintergründe in einem Powerpoint Vortrag verfolgt und abwechselnd durch Nachmachen der Bewegungen zu Hause die Bedeutung und Funktion erspüren können.

In einer retrospektiven Umfrage berichten Auszubildende auf die Frage „Was hat Sie während des Lockdowns am meisten bewegt?“ folgendes:

„Das mir der soziale Kontakt zu meinen Freunden und auch zur Familie gefehlt hat, hat mich sehr traurig gemacht auch nicht die Möglichkeit zu haben, Unternehmungen zu machen. Ich habe mich immer gefragt und frage mich immer noch, wie lange die Pandemie noch geht und inwiefern es besser wird. Von heute auf morgen war plötzlich alles anders, irgendwie auch wie in einem falschen Film“

MAREIKE HÜMMERICH

M.A. Lehrerin für Pflege und Gesundheit, Ausbildungsakademie für Pflege, Uniklinik RWTH Aachen

WORKSHOP 5





„Wie die Pflege plötzlich als Helden betitelt wurde, obwohl die Arbeit vorher genauso anstrengend war und genauso viel geleistet wurde. Mit Maske arbeiten und viele PCR Tests zu machen war zwar neu aber der Rest blieb gleich. Unsere Arbeit sollte nicht nur während Corona Anerkennung erhalten!“

„Ich hatte Angst um meine Familie und Freunde und habe für mich beschlossen, sie für eine Zeit lang nicht zu besuchen. Es war eine harte Zeit, da ich meistens allein war.“

Es sind alle Emotionen hörbar spürbar: Angst, Wut, Traurigkeit, Ablehnung. Und aus der Ferne betrachtet, treten Dinge in den Blick, die zuvor nicht aufgefallen sind: „Das mein Arbeitsleben fast normal war, abgesehen von der Maskenpflicht. Mein Arbeitsplatz war/ ist krisensicher, das war eine völlig neue Erfahrung für mich“

„Hilfsbereitschaft und Zusammenhalt einerseits, Respektlosigkeit und Ignoranz andererseits.“

Durch diese Naturkatastrophe fühlen sich viele dem Geschehen um sich herum hilflos und ausgeliefert. Da tut es gut etwas tun zu können. Zum Beispiel: dem Virus eine schlechte Lebensumgebung bieten, sodass er einfach keine Lust hat in den Körper zu kommen: Das Raumspray „Der Covid Punch“. Die Inhaltstoffe besetzen Rezeptoren, so dass das Eindringen des Virus in die Wirtszelle beeinträchtigt wird. Der „Covid Punch“ (Punch = Schlagkraft) ist eine Mischung 100% ätherischer Öle. Karottensamenöl, Ylang Ylang, Mandarine, Eukalyptus enthalten unter anderem Eucalyptol und Farnesen. Durch ihre Wirkung steht der SARS COV2 regelrecht vor verschlossener Türe.

Auf die Frage, was Auszubildende während der Pandemie gelernt haben, antworteten sie unter anderem: „Ich habe gelernt, nicht mehr extrem zu sein, sondern einen guten gesunden Ausgleich zu finden. Dies werde ich definitiv beibehalten, da ich gemerkt habe,



dass mir die Selbst-Isolation überhaupt nicht gut getan hat. Diese Maßnahme war zwar verantwortungsvoll, aber zu extrem. Ich hätte das Problem anders lösen müssen.“

„Das Gesundheit das wichtigste ist, alles andere ist schmückendes Beiwerk“

„Ich habe gelernt, mich mit mir selber zu beschäftigen, aber generell habe ich gemerkt, wie wertvoll eigentlich das ist, was wir vorher alles erleben konnten, was nun in dem Maße nicht mehr möglich ist“

Fazit:

- Wir haben gelernt, mit digitalen Medien umzugehen. Sie mutig zu nutzen und adäquat zu gebrauchen
- Wir haben gelernt, in die Stille zu gehen, uns auf uns selbst zu besinnen, bei uns zu Hause zu sein
- Die Erde beherbergt uns als Gäste und gibt uns Heimat und Nahrung. Der Mensch ist nur eine kurze Zeit Gast und darf die Geschenke der Erde annehmen.

Quellen:

Asif et al. „COVID 19 and therapy with essential oils having antiviral, anti inflammatory, and immunomodulatory properties“ Inflammopharmacology Springer 2020

Anonyme Umfrage „Was hat Dich während Corona bewegt“ via Facebook mittels MS Forms Oktober 2021

Kelly et al. „Essential Oils as Antiviral Agents, Potential of Essential Oils to Treat SARS-CoV-2 Infection: An In-Silico Investigation“ International Journal of Molecular Sciences 2020

Zimmermann „Grün duftende Moleküle stören das neue Corona Virus“ www.aromapraxis.de Zugriff am 17.11.2021

NORBERT KRUMM, MSC (RES)

Palliativmedizinischer
Konsildienst, Klinik für
Palliativmedizin an der
Uniklinik RWTH Aachen



Was ist unter der Krise neu entstanden: Was möchten wir weiterentwickeln oder bewahren?

Allgemeine Palliativversorgung in Pandemiezeiten

„ ... ich denke wir sind jetzt ganz gut vorbereitet.“

Im Frühjahr 2020 kam es in Deutschland aufgrund der massiven Zunahme der Inzidenz- und Sterberate, der sogenannten 1. Corona Welle, im Rahmen der SARS-CoV-2 Pandemie erstmals zu ausgedehnten Kontaktbeschränkungen. Dies betraf in besonderem Maße stationäre Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe, in denen Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung unter den Bedingungen der ausgedehnten Kontaktbeschränkungen nur sehr begrenzt erbracht werden konnten wie auch ambulante Pflgeteams. Um besser auf zukünftige pandemische Herausforderungen in der Palliativversorgung vorbereitet zu sein, sollte das Projekt Palliativversorgung in Pandemiezeiten (PallPan) eine Strategie zur Palliativversorgung in Pandemiezeiten über alle Sektoren der Versorgung hinweg entwickeln. Im Projekt PallPan haben die 12 Lehrstühle für Palliativmedizin in Deutschland mit Kooperationspartnern über ein Jahr in 16 parallelen Studien die Grundlage für ein konsentiertes Nationales Strategiepapier mit 33 Handlungsempfehlungen gelegt. PallPan wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Nationales Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin zu Covid-19 (NUM) gefördert.

Vorgestellt werden Ergebnisse einer qualitativen Studie, die ein Teilprojekt des PallPan Arbeitspakets 2 Allgemeinen Palliativversorgung (Uniklinik RWTH Aachen und Medizinische Hochschule Hannover) ist. Der Vortrag fokussiert auf Erfahrungen während der Frühphase der SARS-CoV-2 Pandemie im Frühling 2020 und den darauffolgenden Monaten. Ein besonderer Augenmerk liegt dabei auf Herausforderungen und Lösungsansätzen von Mitarbeiter:innen von ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe um eine allgemeine Palliativversorgung zu gewährleisten.

Lösungsansätze waren unter anderem:

- Bei sterbenden Bewohner:innen sollen soziale Kontakte mit Angehörigen sichergestellt werden.
- Belastungserfahrungen im Team durch erschwerte Trauer sollen frühzeitig thematisiert werden.
- Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärzt:innen soll priorisiert und sichergestellt werden.
- Telemedizinische Lösungen sollen vermehrt genutzt werden.

Pressemitteilung zum 113. Aachener Hospizgespräch

Im Spannungsfeld zwischen politisch notwendigen Rahmenbedingungen und ethisch sensiblen Fragestellungen: Corona und die Auswirkungen auf die Hospiz- und Palliativarbeit

AUTOR/VERFASSER:
DR. STEPHAN FRINGS

Grünenthal GmbH

Aachen/Stolberg, 30. Oktober 2021. Die Corona-Pandemie stellte auch die Hospizarbeit und die Palliativmedizin vor gewaltige Herausforderungen. Viele Fachkräfte und Institutionen auch im gesamten Gesundheitswesen waren bis an ihre Grenzen gefordert, teilweise auch überfordert. Dieser Ausnahmezustand dauert weiter an und betrifft alle Ebenen, von der Situation jedes einzelnen, über dessen soziales Netzwerk (Mikroebene), die beruflichen und gesellschaftlichen sowie regionalen Bezügen (Mesoebene) bis hin zu nationalen, internationalen und globalen Systemen und Zusammenhängen (Makroebene). Wie in Krisen nicht überraschend, herrschen mitunter nahezu chaotische, widersprüchliche, offensichtlich auch orientierungslose politische und ethische Entscheidungsfindungsprozesse. Was hilft uns in dieser globalen Gesundheitskrise, und wie können politische Rahmenbedingungen mit ethisch sensiblen Fragestellungen in einen guten Einklang gebracht werden? Beim 113. Aachener Hospizgespräch zogen zahlreiche ExpertInnen verschiedener Bereiche und Akteure aus der Praxis nach mehr als anderthalb Jahren Corona-Pandemie Bilanz und diskutierten über gute bewährte und neue Modelle zur Krisenbewältigung und Visionen in Bezug auf die Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Veronika Schönhofer-Nellessen, Leiterin der Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen und hauptverantwortliche Veranstalterin der Aachener Hospizgespräche, sagte: „Die Hospiz- und Palliativbewegung sowie das Gesundheitswesen in Deutschland gehen nicht mehr aus der Pandemie hinaus, wie sie hineingegangen sind. Sterbebegleitung war stationär wie ambulant in den ersten Monaten des 1. Lockdowns fast überall nicht mehr möglich – häufig nicht einmal für die engsten Angehörigen.“ „Zwischen Ethik und Politik: Was können wir aus der Pandemie lernen?“ ist daher ein hochaktuelles Thema. Es geht darum zu bestimmen, wie wir ethisch anspruchsvolle Abwägungsprozesse und politische Rahmenbedingungen im Sinne der Menschlichkeit in Einklang bringen können. Beim diesjährigen Kongress werden Studien, praxisnahe

Modelle und mögliche Bewältigungsstrategien für die lebensnahe Begleitung und Versorgung am Lebensende in Krisenzeiten vorgestellt und diskutiert. Es ist uns ein zentrales Anliegen, medizinische, pflegerische, psychosoziale und möglicherweise auch spirituelle Bedürfnisse und Bedarfe auch in Krisenzeiten hinsichtlich schwererkrankter Menschen, ihren Zugehörigen und den multiprofessionellen Teams ernst zu nehmen. Dies wird u. a. eine entscheidende Fragestellung in Zukunft bleiben und am Ende auch mitentscheidend sein, wie menschenfreundlich unsere Gesellschaft aus der Pandemie herausgehen wird.“

Auch **Rudolf Henke**, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, erkannte die Minimierung der Infektionsgefahr und die daraus resultierende soziale Isolation für Palliativpatientinnen und -patienten als eines der Kernprobleme in der Pandemie: „Ziel der Hospizarbeit und Palliativversorgung ist es, schwerstkranken Menschen eine würdevolle Versorgung am Lebensende zu Hause und stationär zu ermöglichen. Dazu sind viele Institutionen und Dienste unterschiedlicher Professionen im ambulanten wie im stationären Bereich eng untereinander vernetzt, um die gemeinsame Hilfestellung zu bündeln und den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen eine Sterbe- und Trauerbegleitung zu teil werden zu lassen, bei der die Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt aller Bemühungen gestellt werden. Neben der Sicherstellung von körperlichem Behagen durch medizinische und pflegerische Begleitung und einer spirituellen Wunscherfüllung, ist der Wunsch nach einer geordneten Abwicklung der letzten persönlichen Angelegenheiten ein weiteres Grundbedürfnis der Betroffenen. Dazu gehört auch, letzte Regelungen in den Sozialbeziehungen herstellen zu können. Ein wesentliches Grundbedürfnis ist der Wunsch, in dieser letzten Lebensphase nicht allein zu sein, Kommunikation zu erfahren und eine Verabschiedungskultur pflegen zu können. Die Pandemie hat dazu geführt, dass ein bereits vorhandenes Problem noch größer geworden ist. Durch die Regelungen zur Kontaktaufnahme zum Schutz von Risikogruppen hat der Rückzug von Zugehörigen der unheilbar Erkrankten in ihrer letzten Lebensphase weiter zugenommen. Um diesen Krisenzustand zu bewältigen, muss in Zukunft eine ethische Abwägung zwischen Infektionsgefahr und sozialer Isolation getroffen werden.“

Prof. Dr. Roman Rolke, Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Aachen und ärztlicher Leiter der Veranstaltung, betonte: „Wir in der Palliativversorgung haben in Pandemiezeiten und mit der Flutkatastrophe in der StädteRegion Aachen und weit darüber hinaus Grenzerfahrungen gemacht – zwischen Isolation, Einsamkeit und gemeinsamem Anpacken. Mich haben viele Geschichten betroffen gemacht, vom einsamen Sterben mit Corona-Infektion in der Pflegeeinrichtung, den schlecht mit Schutzausrüstung ausgestatteten Teams in der ambulanten Versorgung, den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, bis hin zu den Betroffenen der Flutkatastrophe, die über Nacht Haus und Hof verloren haben. Diesem Leid gegenüber stehen die vielen neu entstandenen Initiativen und das Engagement der vielen Einzelnen, die gezeigt haben, dass Solidarität und kreative Problemlösungen verfügbar sind. Das aktuelle Aachener Hospizgespräch möchte hier als bundesweiter Kongress einen Reflexionsraum für eine gesundheitspolitische und auch ganz konkrete fallbezogene Diskussion bieten. Mit Prof. Andreas Lob-Hüdepohl (Kath. Hochschule für Sozialwesen, Berlin) als Mitglied des Deutschen Ethikrates wird nachvollzogen, wie die Pandemie auch ethische Fragestellungen am Lebensende beeinflusst. Prof. Reimer Gronemeyer (Justus-Liebig-Universität, Gießen) beschreibt Krisen auch als Chance für Erneuerungen, was uns Corona-Pandemie und Flutkatastrophe drastisch vor Augen führen. Mit Prof. Claudia Bausewein (LMU, München) stellt die aktuelle Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin das Projekt PallPan vor, eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Initiative im Netzwerk Universitätsmedizin (NUM). PallPan umfasst als Nationale Strategie für die Palliativversorgung in Pandemiezeiten insgesamt 33 Empfehlungen für Betroffene, Professionelle oder zu Strukturen der Versorgung. Alle Beiträge und vorgestellten Initiativen eint der positive Ansatz, Lösungen oder Best Practice-Beispiele zu beschreiben für anstehende Herausforderungen. Projekte wie PallPan zeigen, was aus aktuellen Krisen und von den Betroffenen gelernt werden kann.“

Prof. Dr. Claudia Bausewein, Direktorin der Klinik für Palliativmedizin am LMU Klinikum München und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, appellierte daran, die Diskussion über die Nichtigkeitserklärung des Bundesverfassungsgerichts bezüglich einer Strafbarkeit der Beihilfe zur Selbsttötung vom vergangenen Jahr angesichts des allgegenwärtigen Corona-Themas nicht aus den Augen zu verlieren: „Durch die Pandemie ist die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Paragraph 217 zunächst vollkommen in den Hintergrund getreten. Aber wir brauchen zur Frage des assistierten Suizids eine breite gesellschaftliche und politische Debatte, wie sie in den letzten Monaten wieder begonnen hat. Der Umgang mit Todes- und Suizidwünschen ist essentiell, und die Betroffenen brauchen Unterstützung und müssen in ihrer Not gehört werden. Häufig sind diese Wünsche ambivalent und schwanken über die Zeit. Die Hospiz- und Palliativversorgung nimmt hier eine wichtige Rolle in der Suizidprävention bei schwerkranken und sterbenden Menschen ein. Unser Fokus muss darauf liegen, dass die Suizidassistenz nicht zur Normalität wird, aus dem Leben zu scheiden.“

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

Pressekontakt:

Veronika Schönhofer-Nellessen

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

Dr. Stephan Frings

Grünenthal GmbH
Global Communication
Tel.: 0241 569 3383
Fax: 0241 569 1511
E-Mail: stephan.frings@grunenthal.com

GRUSSWORT:**Tim Grüttemeier**

Städteregionsrat der Städteregion Aache

Robert Sunjic

Geschäftsleiter Grüenthal Deutschlandn

EINFÜHRUNG / RÜCKBLICK**Veronika Schönhofer-Nellessen**

Servicestelle Hospiz, Aachen

Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke

Direktor der Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen

VORTRÄGE:**Prof. Andreas Lob-Hüdepohl**

Mitglied des Deutschen Ethikrates, Katholische Hochschule für Sozialwesen, Berlin

Prof. Reimer Gronemeyer

Justus-Liebig-Universität, Gießen

Rudolf Henke

Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Aachen

Prof. Claudia Bausewein

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, LMU Klinikum, München

MODERATOR/INNEN DER WORKSHOPS:**WORKSHOP 1: Veronika Schönhofer-Nellessen**

Servicestelle Hospiz, Aachen

WORKSHOP 2: Elisabeth Ebner

Niedergelassene Palliativ- und Schmerzmedizinerin, Stolbergn

WORKSHOP 3: Dr. Birgit Weihrauch

Staatsrätin a. D.

Assoz. Prof.ⁱⁿ Katharina Heimerl

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

WORKSHOP 4: Jürgen Spicher

Fachreferent des Diözesanen Caritasverbandes des Bistums Aachen

WORKSHOP 5: Iris AppelmannPalliativmedizinischer Dienst, Klinik für Palliativmedizin
an der Uniklinik RWTH Aachen**GESAMTMODERATION
DES KONGRESSES:****VERONIKA
SCHÖNHOFER-NELLESSEN**

Servicestelle Hospiz, Aachen

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

Schmitter Fotografie, Aachen

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

REFERENT/INNEN DER WORKSHOPS:**WORKSHOP 1: Heiner Melching**

Geschäftsführung Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin

Dr. Sascha Weber

Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen

WORKSHOP 2: Birgit Boukes

Vorsitzende Unergründlich e. V., Köln

Christoph Schmidt

Dipl. Theologe, Spiritual Care Trainer, Unergründlich e. V., Köln

David Roth

Pütz-Roth Bestattung und Trauerbegleitung oHG, Bergisch-Gladbach

WORKSHOP 3: Assoz. Prof.ⁱⁿ Katharina Heimerl

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

Dr. Birgit Weihrauch

Staatsrätin a. D., Köln

WORKSHOP 4: Urs Münch

Dipl. Psychologe, DRK Kliniken, Berlin

Susanne Kiepke-Ziemes

Lehrende für systemische Supervision, Projekt Würdige Sterbebegleitung, Viersen

WORKSHOP 5: Norbert Krumm

Palliativmedizinischer Konsildienst, Klinik für Palliativmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen

Mareike Hümmerich

M.A. Lehrerin für Pflege und Gesundheit, Ausbildungsakademie für Pflege, Uniklinik RWTH Aachen

ABSCHLUSSDIALOG:**Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke**Direktor der Klinik für Palliativmedizin
an der Uniklinik RWTH Aachen**Prof. Andreas Wittrahm**

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

HOSPIZCHOR:**Die „Gospel-Hospice-Singers“** unterLeitung von **Claudia Makhmaltchi****und Gerhard Nellesen****PRESSEARBEIT:****Dr. Stephan Frings**

Grünenthal GmbH, Stolberg



Die Dokumentationen der Aachener Hospizgespräche im Internet:

www.grunenthal.de
oder unter: www.servicestellehospizarbeit.de

Der Filmbeitrag zum 113. Aachener Hospizgespräch im Internet:

www.servicestellehospizarbeit.de ->
Aachener Hospizgespräche -> Überblick 2021



Auf Wiedersehen ...

... beim 115.
Aachener Hospizgespräch

06./07. Mai 2022
im Museum Zinkhütter Hof,
52223 Stolberg



**BILDUNGSWERK
AACHEN**
Servicestelle Hospiz



Palliatives Netzwerk
für die Region Aachen e.V.



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



**StädteRegion
Aachen**