

1. Hospiz Forum Niedersachsen

12. Mai 2007, Hannover

Dokumentation



Niedersachsen



Landesagentur
Generationendialog
Niedersachsen

LANDESVEREINIGUNG
FÜR GESUNDHEIT
NIEDERSACHSEN e.V.



KLOSTERKAMMER
HANNOVER

1. Hospiz Forum Niedersachsen - Dokumentation

12. Mai 2007, Restaurant Leineschloss / Niedersächsischer Landtag

Veranstalter:

Hospiz Stiftung Niedersachsen

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. (LVG)

Kooperationspartner:

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und
Gesundheit

Hanns-Lilje-Stiftung

Klosterkammer Hannover

Herausgeber:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Telefon: 0511 / 350 00 52

Fax: 0511 / 350 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

Redaktionelle Bearbeitung:

Marcin Czerwinski, LVG

Martin Schumacher, LVG

Dagmar Vogt-Janssen, LVG

Bildquellen:

© Damian Haener - Fotolia.com (Titelbild), Landesvereinigung für
Gesundheit Niedersachsen e. V.

Inhalt

Begrüßung	7
Eröffnung.....	9
Vortrag: Meilensteine der hospizlichen und palliativen Entwicklung in Niedersachsen	14
Vortrag: Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung	18
Vortrag: Ehrenamt im Wandel	36
Auslobung des 1. Niedersächsischen Hospizpreises	37
Fachforum 1: Ambulante Palliativversorgung aus Sicht der Medizin und Pflege	45
Fachforum 2: Hospiz- und Palliativversorgung in Altenpflegeheim	48
Fachforum 3: Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten.....	53
Fachforum 4: Hospiz- und Palliativversorgung – Aufgaben der Pflegekassen	84
Fachforum 5: Psychosoziale und spirituelle Hospiz- und Palliativversorgung	98
Fachforum 6: Gewinnung und Begleitung von Ehrenamtlichen in den Hospiz- und Palliativnetzwerken.....	108
Podiumsdiskussion: Weiterentwicklung der Hospizarbeit in Niedersachsen	111
Anhang	117
Referentinnen und Referenten / Moderatorinnen und Moderatoren	120

Tagungsprogramm

Begrüßung

Evelyn Freitag, Dipl.-Psych. und Pastorin, stellvertr. Vorsitzende der Hospiz Stiftung Niedersachsen

Eröffnung

Dr. Wolfgang Schoepffer, Abteilungsleiter, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Vortrag: Meilensteine der hospizlichen und palliativen Entwicklung in Niedersachsen

Dr. med. Rainer Prönneke, Marienstift Braunschweig
Dipl.-Theol. Ulrich Domdey, Hildesheim

Vortrag: Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Direktor Abteilung Palliativmedizin, Universität Göttingen

Vortrag: Ehrenamt im Wandel

Irene von Oertzen, Ehrenamtliche, Freundeskreis Hospiz Lüneburg e. V., Lüneburg

Auslobung des 1. Niedersächsischen Hospizpreises

Dr. h. c. Rudolf Seiters, Schirmherr der Hospiz Stiftung Niedersachsen

Fachforum 1: Impulsvorträge: Ambulante Palliativversorgung aus Sicht der Medizin und Pflege

Dr. med. Ute Heinicke, Fachärztin f. Allgemeinmedizin, Rettungsmedizin, Palliativmedizin, Hannover

Susanne Sarrazin, APHD ev. Kirche, Hannover

Moderation: Martin Ostertag, Pastor i. R., ehem. Landeskirchlicher Hospizbeauftragter

Fachforum 2: Impulsvorträge: Hospiz- und Palliativversorgung im Altenpflegeheim

Evelyn Freitag, Krankenhauseelsorgerin, Oldenburg

Angela Knop, Diakonin, St. Martinsdorf, Hannover

Moderation: Thomas Altgeld, Geschäftsführer, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Fachforum 3: Impulsvortrag: Sterbebegleitung bei Demenzkranken

Gerhard Blank, Haus St. Georg, Duderstadt

Moderation: Birgit Wolff, Fachreferentin, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Fachforum 4: Impulsvorträge: Hospiz- und Palliativversorgung – Aufgaben der Pflegekassen

Marlies Wegner, Ltg. Stat. Hospiz, Celle

Wilken Voss, Referatsleiter Pflegeversicherung / Häusliche Krankenpflege, IKK Landesverband Niedersachsen, Hannover

Moderation: Tania Aletta Schmidt, Fachreferentin, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Fachforum 5: Impulsvorträge: Psychosoziale und spirituelle Hospiz- und Palliativversorgung

Dr. theol. Ralph Charbonnier, Zentrum für Gesundheitsethik an der ev. Akademie Loccum, Hannover

Renate Lohmann, APD Oldenburg

Moderation: Dagmar Vogt-Janssen, Fachreferentin, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Fachforum 6: Impulsvorträge: Gewinnung und Begleitung von Ehrenamtlichen in den Hospiz- und Palliativnetzwerken

Irene v. Oertzen, Ehrenamtliche, Lüneburg

Astrid Karahan, hauptamtliche Koordinatorin, Lüneburg

Moderation: Rosemarie Fischer, Vorsitzende LAG Hospiz Nds. e. V., Wathlingen

Podiumsdiskussion – Weiterentwicklung der Hospizarbeit in Niedersachsen

Moderation: Thomas Altgeld, Geschäftsführer, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Hannover

Teilnehmende:

- Rosemarie Fischer, Vorsitzende LAG Hospiz Niedersachsen, Wathlingen
- Gesine Meißner, MdL, FDP-Fraktion, Wennigsen
- Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Direktor Abteilung Palliativmedizin, Universität Göttingen
- Martin Ostertag, Pastor i. R., ehem. Landeskirchlicher Hospizbeauftragter, Lüneburg
- Dr. med. Rainer Prönneke, Chefarzt Medizinische Klinik, Palliativmedizin, Krankenhaus Marienstift, Braunschweig
- Wilken Voss, Referatsleiter Pflegeversicherung/ Häusliche Krankenpflege, IKK LV Niedersachsen, Hannover

Begrüßung

Evelyn Freitag, Pastorin und Dipl.-Psych., stellvertretende Vorsitzende der Hospizstiftung Niedersachsen

Die Hospizstiftung Niedersachsen, getragen von den 5 ev. Kirchen und den 3 katholischen Bistümern in unserem Bundesland, will vor allem die Tätigkeit und die Anerkennung der Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit unterstützen und fördern. Im Konzept der Palliativstützpunkte bildet die Hospizarbeit ein unverzichtbare Säule, aber wie wird sich die Zusammenarbeit in der Praxis gestalten?

Die Ehrenamtlichen auf der einen Seite haben schon früh in der Begleitung Mängel in der palliativen Versorgung wahrgenommen und eine Verbesserung der Situation sterbender Menschen vor allem zu Hause angemahnt.

Die Ärzte und Pflegende in der palliativen Versorgung auf der anderen Seite beziehen in hohem Maße die menschliche Begleitung in ihre Tätigkeit ein, können aber dennoch in der konkreten Situation Zeit nur begrenzt zur Verfügung stellen.

So brauchen Sie eigentlich einander für eine gute Sterbebegleitung, die Palliativler und die Hospizler, denn der Körper kommt nicht zur Ruhe, wenn die Seele leidet; und auch die Seele kann nur Abschied nehmen, wenn sie nicht von körperlichem Leiden eingenommen ist.

Politik und Gesellschaft sind sich einig, dass in vielen Bereichen nur durch ehrenamtlichen Einsatz die Menschlichkeit erhalten bleibt. Das aber fordert auch eine Anerkennung dieser Tätigkeit und eine Wertschätzung der Menschen, die ihre Zeit und Kraft dafür einsetzen.

Das Miteinander von Ehren- und Hauptamtlichen in der Sterbebegleitung einzuüben wird eine der Aufgaben der nächsten Jahre sein; eine hochwertige palliative Versorgung in einem Flächenland wie Niedersachsen

bereitzustellen eine andere; die dritte große Herausforderung wird in den Fachforen 2 und 3 thematisiert, nämlich die Sterbebegleitung alter und pflegebedürftiger Menschen.

Ich wünsche uns allen, dass der heutige Tag viele Anregungen gibt, wie die Versorgung und Begleitung Sterbender weiter verbessert werden kann, dass Konflikte in der Zusammenarbeit in gegenseitiger Wertschätzung und konstruktiv angegangen werden und dass alle gelingenden Situationen in Begleitung und Versorgung jedem von uns einen langen Atem schenken, um auf dem hospizlich-palliativem Weg noch ein großes Stück weiterzukommen.

Herzlichen Dank.

Eröffnung

*Dr. Wolfgang Schoepffer, Abteilungsleiter, Niedersächsisches
Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit*

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchte ich Ihnen herzliche Grüße von Frau Ministerin Ross-Luttmann überbringen, die aufgrund einer Erkrankung heute nicht selbst anwesend sein kann. Sie hätte diesen Termin sehr gern persönlich wahrgenommen.

Das heutige 1. Hospiz Forum Niedersachsen ist den Bereichen Palliativmedizin und Hospizarbeit gewidmet. Es soll einen weiteren Schritt darstellen von einem bisher eher Nebeneinander zu einem künftigen – konstruktiven – Miteinander beider Bereiche.

Lassen Sie mich zu dieser Entwicklung ein paar Worte aus Sicht der Landesregierung sagen:

Die Niedersächsische Landesregierung hat – in enger Zusammenarbeit mit einem Expertengremium aus der Palliativversorgung und der Hospizarbeit – ein Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung auf Landesebene erstellt. Dieses Rahmenkonzept setzt den Schwerpunkt auf die Errichtung von Palliativstützpunkten als örtliche Netzwerke der Palliativversorgung.

Um den Aufbau solcher Netzwerke zu unterstützen, fördert die Landesregierung seit dem vergangenen Jahr finanziell die Errichtung von Palliativstützpunkten. Die Resonanz auf dieses Förderprogramm des Landes ist erfreulich groß. Ich bin daher zuversichtlich, dass in den nächsten Jahren flächendeckend Palliativstützpunkte in Niedersachsen entstehen werden.

In diesen Palliativstützpunkten kooperieren auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung

- palliativmedizinisch qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte,
- ambulante Palliativdienste oder Pflegedienste mit qualifiziertem Fachpersonal,
- Krankenhäuser mit einer geeigneten palliativmedizinischen Infrastruktur sowie
- Ambulante und stationäre Hospize.

Der vom Ehrenamt geprägte Bereich der Hospizarbeit wird in den Stützpunkten also unmittelbar und eng mit dem professionell geprägten Bereich der Palliativmedizin und Palliativpflege verknüpft.

Dahinter steht folgende Philosophie:

Im multidisziplinären Team arbeiten die ehrenamtlich Tätigen mit den professionellen zusammen, um für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige die bestmögliche Lebensqualität zu schaffen. Anders gesagt: Die ehrenamtlich Tätigen sind Partner, auf gleicher Augenhöhe mit den hauptamtlich Tätigen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im zentralen Wertekanon von Hospizidee und Palliativmedizin wird der ehrenamtlichen Hilfe und Unterstützung eine herausragende Rolle zugeschrieben und besondere Bedeutung beigemessen.

Die ehrenamtliche Tätigkeit in der Hospizarbeit ist ein eigenständiger Beitrag zur Palliativversorgung und bietet die Gewähr dafür, dass im Bewusstsein der Öffentlichkeit die Begleitung sterbender Menschen nicht zu einer Aufgabe wird, die vollständig an hauptamtliche Spezialisten zu delegieren ist.

Hospizarbeit ist ohne das Engagement ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer nicht möglich und nicht denkbar.

Nicht weil die Ehrenamtlichen kostenfrei oder kostengünstig arbeiten, sondern weil sie das einbringen, was für Hospizarbeit wesentlich ist:

Die Einsicht, dass Tod und Sterben Teil des Lebens sind. Tod und Sterben sind eben nicht ein besonderes Ereignis, das nur hauptamtliche Spezialisten angeht.

Darüber hinaus bringen die Ehrenamtlichen Intuition, Herzensbildung, Mitmenschlichkeit und warmherzige Freundlichkeit ein. Ehrenamtliche kommen aus allen Gesellschaftsschichten. Sie repräsentieren die soziale und kulturelle Vielfalt unserer Gesellschaft mehr als der Kreis der hauptamtlichen Fachkräfte im Team. Sie bringen eine Dimension der Unterstützung aus dem Gemeinwesen in das Team ein.

Die Ehrenamtlichen lenken zudem den Blick auf das „normale“ Leben in einer Situation, in der die Anderen sich eher auf eine medizinische Problematik zu konzentrieren scheinen. Sie stehen in keinem Dienstverhältnis mit festgelegten Rechten und Pflichten. Ihre Arbeit hat den Charme der Freiwilligkeit.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

der Hospizbewegung kommt durch diese Arbeit eine besondere gesellschaftspolitische Bedeutung zu.

Den Gedanken der Hospizbewegung, den Tod nicht in einer einsamen Kammer geschehen zu lassen, sondern ihn wieder in das Leben mit hinein zu nehmen und Sterbenden wie Trauernden gleichermaßen beizustehen, sehe ich als einen ganz wichtigen Aufruf in unserer Zeit an. Die Hospizarbeit ist entstanden aus einer grundsätzlich defizitären Versorgung sterbender Menschen und einer bis dahin kaum vorhandenen Unterstützung von Angehörigen und Hinterbliebenen.

Zu einer zivilisierten Gesellschaft sollte eine menschliche Form des Sterbens gehören, die die Menschenwürde bis in diese letzte Lebensphase hinein respektiert und ermöglicht. Sie muss aus ethischen Gründen eine

Philosophie der Lebensgestaltung vor dem Tode entwickeln und realisieren.

„Was ist zu tun, wenn man nichts mehr tun kann,“ also wenn Ärzte und Ärztinnen Schwerkranken und Sterbenden nicht mehr durch Palliativmedizin von körperlichen Einschränkungen und Ängsten entlasten können, wenn die Pflegekräfte in Krankenhäusern und Altenheimen an die Grenzen der Belastbarkeit stoßen, wenn Angehörige nicht ständig dem Kranken zur Seite stehen können und sich selbst deshalb überfordert, ohnmächtig und hilflos fühlen?

Die Ansicht, dann könne man nichts mehr tun, führt direkt zu dem Gedanken, dann müsse eben Sterbehilfe geleistet werden.

Aber die Ansicht, man könne dann nichts mehr tun, ist eben falsch! Das beweisen Palliativmedizin und Hospizbewegung täglich mit ihrer Arbeit.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe eben bewusst Palliativmedizin und Hospizbewegung in einem Atemzug genannt.

Die Beratung und Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen ist eine Aufgabe, die mehr als andere auf vernetzte Versorgungsstrukturen angewiesen ist. Um diesem ganzheitlichen Ansatz gerecht zu werden, bedarf es einer gelingenden interdisziplinären Teamarbeit.

Gelegentlich wird darum gestritten, was zuerst da war, die Palliativmedizin oder die Hospizidee, oder was wichtiger ist.

Diese Frage halte ich für müßig und wenig hilfreich:

Auf der einen Seite sind Hospize und Hospizdienste *eine* Umsetzungsform palliativer Versorgung, auf der anderen Seite ist die Hospizidee die Philosophie, unter der die Palliativmedizin arbeitet und wirksam ist. Der sterbende Mensch braucht sowohl die Palliativmedizin als auch die Hospizarbeit.

Wir sollten daher diese beiden Versorgungsbereiche nicht auseinander dividieren.

Palliativmedizin und Hospizarbeit müssen immer als ein Ganzes und Aufeinander-Angewiesenes gesehen und verstanden werden. Das ist das, was das Land mit der Förderung der niedersächsischen Palliativstützpunkte anstrebt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

heute wird zum ersten Mal ein Niedersächsischer Hospizpreis ausgelobt. Er soll an Einrichtungen und Einzelpersonen verliehen werden, die sich in besonderem Maße um die Hospizarbeit in Niedersachsen verdient gemacht haben. Ich glaube, dass die Auslobung dieses Hospizpreises auf große Resonanz stoßen wird.

Jeder Preis hat seinen Preis, und der muss finanziert werden.

Das gilt auch für den Hospizpreis.

Für eine vom Ehrenamt getragene und vor allem auf Spenden angewiesene Einrichtung wie die Hospizstiftung Niedersachsen ist eine solche Finanzierung nicht immer ganz einfach.

Frau Ministerin Ross-Luttmann hat daher entschieden, dass sich das Sozialministerium an der Vergabe des Niedersächsischen Hospizpreises finanziell beteiligen wird. Frau Ministerin möchte damit zugleich auch nach außen hin deutlich werden lassen, welche Bedeutung und Wertschätzung die Landesregierung der Hospizbewegung beimisst.

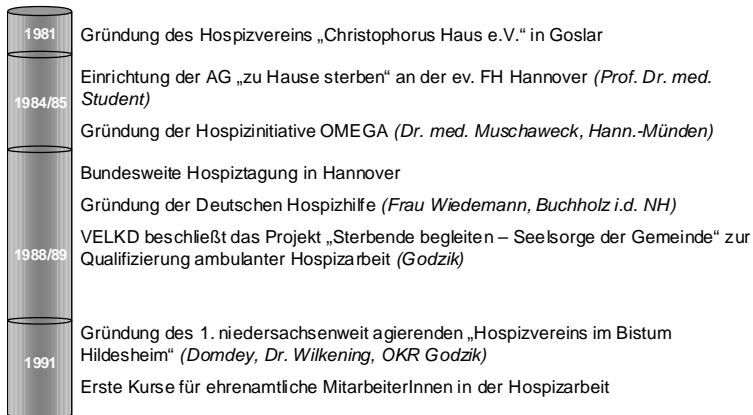
Ich wünsche dem 1. Hospiz Forum Niedersachsen einen guten und anregenden Verlauf.

Vortrag: Meilensteine der hospizlichen und palliativen Entwicklung in Niedersachsen

Dr. med. Rainer Prönneke, Marienstift Braunschweig
Dipl.-Theol. Ulrich Domdey, Hildesheim

In ihrem Vortrag behandelten Herr Dr. med. Rainer Prönneke und Herr Dipl.-Theol. Ulrich Domdey die Entwicklung der Hospizarbeit, wie sie seit Anfang der 1980er Jahre in Niedersachsen verwirklicht wurde. Dabei stellten sie auch Entwicklungen in der Palliativmedizin sowie der bundesweiten Hospizarbeit heraus und diskutierten die Rolle der Akteure, die an der Weiterentwicklung des Hospizgedankens beteiligt sind.

Hospizgeschichte Niedersachsens (1)



Hospizgeschichte Niedersachsens (2)

1992	Akademietagung Hospiz St. Jakobushaus / Goslar (Omega+IGSL- Kooperation) Gründung der BAG Hospiz (<i>Pfarrer Pera, 1. Vorsitzender</i>) Erste Palliativstationen in Göttingen und Stade
1993	Entstehung der LAG Hospiz Niedersachsen-Bremen
1994	Erster Ökumenischer Hospizkongress von DW und DCV in Braunschweig Einweihung der ersten stationären Einrichtung Hospiz Luise in Hannover Hospizgedanke erhält Einzug in niedersächsische Krankenhäuser durch das Projekt SPES VIVA im Krankenhaus St. Georg in Ostercappeln (<i>Prof. Hardinghaus</i>) und durch die Initiierung von Hospizzimmer im Klinikum Salzgitter (<i>Dr. Prönneke</i>) Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
1995	Das Modell SUPPORT in Göttingen unterstützt als interdisziplinäres Team mit einem ärztlichen Leiter Sterbende zu Hause

Hospizgeschichte Niedersachsens (3)

1997/98	Inkrafttreten des § 39 SGB V zur Bezuschussung der stationären Hospizarbeit durch die Krankenkassen Josef Ross unterstützt als Vorstandsmitglied die Arbeit der BAG Hospiz und handelt erste Versorgungsverträge nach § 39 mit den Kostenträgern aus. Martin Ostertag wird Beauftragter für Hospizarbeit und Palliativmedizin am Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Beginn der Loccumer Hospiztagungen
2001	Das Land Niedersachsen beteiligt sich an der Finanzierung der Broschüre „Hospiz bewegt Niedersachsen“ im „Jahr des Ehrenamts“
2002	Inkrafttreten des § 39a, Absatz 2, ermöglicht Förderung ambulanter Hospizarbeit mit hauptamtlichen Koordinatorinnen Das Niedersächsische Sozialministerium unterstützt erstmals Seminare für Ehrenamtliche im Hospizbereich
2003	Frau von der Leyen als Sozialministerin Schirmherrin bei 10jährigen Jubiläum der LAG Hospiz Niedersachsen Gründung der „Hospizstiftung Niedersachsen – eine Initiative der Kirchen“ Einrichtung der Palliativarbeitsgemeinschaft (PAG) unter Moderation des ZfG (Dr. <i>Charbonnier</i>)

Hospizgeschichte Niedersachsens (4)

2004	Veröffentlichung des Gutachtens zur Palliativversorgung in Niedersachsen
2005	Gründung der Akademie für Palliativ- und Hospizarbeit Niedersachsen der Landesärztekammer Nds. Fertigstellung der BAG-Publikation „Indikatoren zur Palliativkompetenz und Hospizkultur im Altenpflegeheim“ unter maßgeblicher Beteiligung Niedersächsischer Hospizkompetenz BELASTUNG der FINANZSTRUKTUREN von BAG und LAG!
2006	Einrichtung der ersten 10 Palliativstützpunkte durch das Land Niedersachsen unter Einbeziehung der LAG in die Expertengruppe
2007	Erstes Hospizforum in Kooperation von Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und LAG Hospiz in Hannover Auslobung eines Hospizpreises der Hospizstiftung Niedersachsen in Kooperation mit dem Landessozialministerium LAG- Gründung „Interessensgemeinschaft stationärer Hospize“



Abb.1: Teilnehmerin, Dr. med. Rainer Prönneke, Dipl.-Theol. Ulrich Domdey (v.l.n.r.)

Fragen zum Vortrag:

- Wie integriert sich die Hospizidee und Palliativmedizin in die Gesellschaft (Ambivalenz – „Feigenblatt“ – Abgeben von Verantwortung - ...)?
- Wie gelingt die Integration in unserem Gesundheitswesen als „4. Säule“ (Wettbewerb – ambulant/stationär – Finanzierung – Basis-/Spezialversorgung)?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen sowie die Zusammenarbeit der Hauptamtlichen untereinander (Spannungsfeld Hospizbewegung – Palliativmedizin)?
- Wie gestalten wir unsere Vorbereitung und Ausbildung bezüglich Befähigung/Qualifikation/Haltung?
- Wie wird eine flächendeckende Versorgung organisiert: Für wen, wann und welchen Bedarf?
- Wie hat sich das Bild von Leid und Sterben durch die Hospizbewegung/Palliativmedizin verändert?
- Wie sieht das Belastungserleben von längerfristig tätigen Mitarbeitenden und Hauptamtlichen der Hospiz- und Palliativbranche aus?
- Was ist „gutes“ Sterben? Was brauchen Sterbende/Trauernde? Sind z. B. stationäre Hospize und Palliativstationen Vorzeigeeinrichtungen für ein gutes Sterben?

Vortrag: Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung

*Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Direktor Abteilung Palliativmedizin,
Universität Göttingen*

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck behandelte in seinem Vortrag das Thema Hospiz- und Palliativversorgung aus medizinischer Perspektive. Dabei erläuterte er die Handlungsfelder der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung und ging auf Vernetzungen mit der Hospizarbeit ein.



Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung



1. Hospiz Forum Niedersachsen 11. Mai 2007

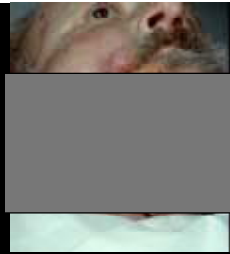


Friedemann Nauck
Abteilung Palliativmedizin
Zentrum Anaesthesiologie,
Rettings- und Intensivmedizin
Georg-August-Universität Göttingen





Wer ist der „Hospiz-/ Palliativpatient“?



Unterschiedliche Situationen benötigen unterschiedliche Versorgungsstrukturen



- unheilbare Erkrankung
- ohne kurative Handlungsoption (nicht nur onkologische Erkrankungen)
- fortgeschrittenes Stadium, Progredienz
- begrenzte Lebenserwartung

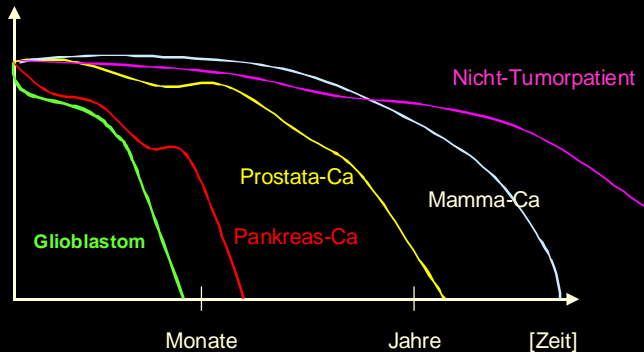
Wer ist der Hospiz-/ Palliativpatient ?

Ein hilfsbedürftiger Mensch mit vielen medizinischen und anderen Problemen

- erfordert zahlreiche organisatorische Aufgaben
- erfordert Stabilisierung des gesamten familiären Systems
- erfordert spezielle Kenntnisse
- berührt Grenzbereiche der Medizin
- ist emotional und ethisch herausfordernd
- beansprucht viel Zeit
- wird bislang nicht angemessen vergütet
- ...

Hospiz- / Palliativpatient

Diagnose /
Lebensqualität

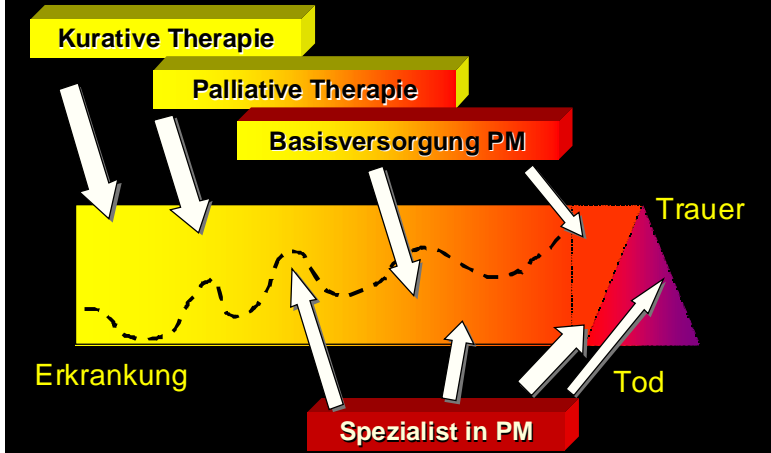


[mod. n. Klaschik 2006]

Probleme bei Hospiz-/ Palliativpatienten

- Beurteilung der Prognose
 - Umgang mit Selbstbestimmung
 - Entscheidung zum Verzicht
 - Begleitung des Sterbens
 - Berücksichtigung von Ressourcen
- Erfordert „neutralen“ Zugang

Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung Basisversorgung und Spezialisten



Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung – Bausteine d. abgestuften Versorgung –

	Hospiz- und Palliativbetreuung			betreuende Angebote
	Grundversorgung	unterstützende Angebote		
Aktubereich	Krankenhäuser	Ambulanter Hospizdienst	Palliativ-Konsiliardienst	Palliativ-Station
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Stationär Hospiz	
Familienbereich, Zuhause	Hausgeriatrie (Fach-)Ärztenschaft, ambulante Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten	Ambulanter Palliativdienst	Tageshospiz Tagesklinik	

[mod. n. HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG]

Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung ambulante palliativmedizinische Versorgung

- Vermeiden von Krankenhauseinweisungen
- Reduzierung der Krankenhausverweildauer
- Leben bis zuletzt zu Hause
30 % → 70 %



Allgemeine Palliativversorgung

- zu Hause Primärversorgung durch niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Gemeindefarrer etc.
- Krankenhäuser, Pflegeheime
- Einbindung des ambulanten Hospizdienst befähigte Ehrenamtliche (§39a SGBV)
- bei nicht ausreichenden therapeutischen Möglichkeiten



Übergang zu spezialisierter Palliativversorgung



Spezialisierte Palliativversorgung

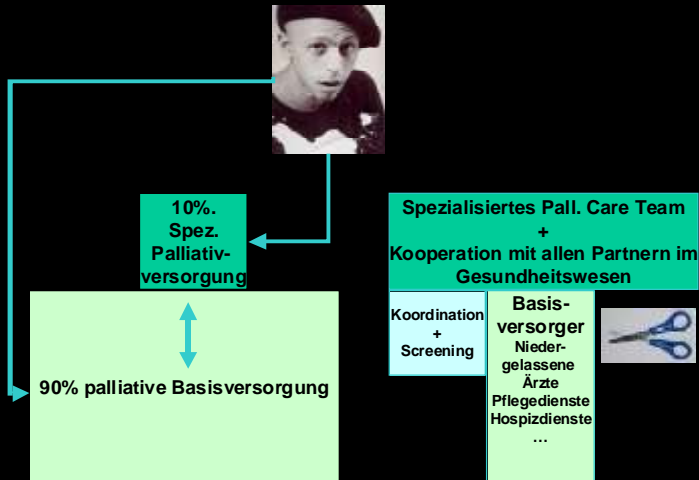
Inhalt und Umfang



- Aufbau und Koordinierung eines Netzwerks (Palliativ- und Hospizversorgung)
- spezialisierte Beratung der Leistungserbringer
- palliativmedizinische/ -pflegerische Versorgung
- Koordination
- 24 h-Notfallbereitschaft und Krisenintervention
- Psychosoziale Krisenintervention und Unterstützung
- Vorhaltung akut notwendiger Arznei- (inkl. BtM) und Hilfsmittel



Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung



Spezialisierte Palliativversorgung

Anforderungen an die Erkrankungen

- unheilbare Erkrankung ohne kurative Handlungsoption - nicht nur bezogen auf onkologische Erkrankungen
- fortgeschrittenes Stadium und Progredienz
- begrenzte Lebenserwartung
- eine komplexe und oder komplizierte Problematik, die einen spezialisierten multiprofessionellen Ansatz erforderlich macht

Spezialisierte Palliativversorgung

Leistungserbringer bieten folgende medizinische Leistungen

- Transfusionen, Pleurapunktionen, Ascitespunktionen, Palliative Sedierung

Delegierbare Leistungen an spez. Palliativpflege

- Portbefüllung, Portpunktion, Medikamentenpumpen, Magensonde ...

Spezialisierte Palliativversorgung

Zusammenarbeit der Leistungserbringer

- Komplementäre Versorgungsleistung
- Einbindung der hausärztlich tätigen Praxen
- Regelungen zur gegenseitigen Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)
- Brückenschlag zwischen den Palliative Care Teams (§ 37b SGBV) und den ambulanten Hospizdiensten (§ 39a SGBV)
- Verpflichtende Kooperation



Spezialisierte Palliativversorgung

Leistungserbringer stellen folgende Leistungen / Ressourcen bereit

- Psychotherapeutische Beratung, Soziale Beratung, Case Management, Ethische Beratung



- Vorhaltung von Opioiden
- Nacht- und Bereitschaftsdienste / Krisenintervention

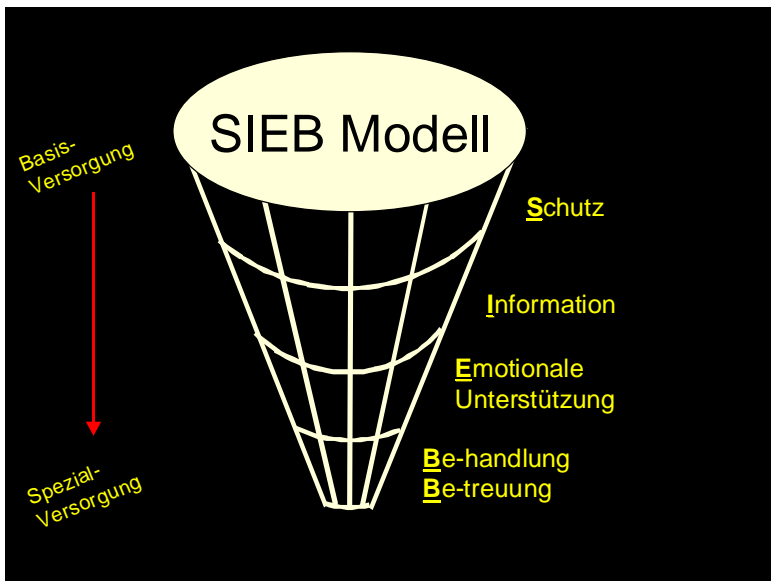
Spezialisierte Palliativversorgung

Mindestanforderungen an Palliative Care Teams

- Eigenständiger Sitz mit selbständiger Infrastruktur
- Qualifikation der Mitglieder des Teams
- Dokumentation
- Qualitätszirkel (interdisziplinär, multiprofessionell und Sektoren übergreifend)
- Interne und externe Fort- und Weiterbildung

Koordination und Screening

- Sicherstellung der Vernetzung und Koordination
- Abbau von Kommunikationshemmnissen
- Darstellung von Angebot und Bedarf (Eckdaten)
- Erfassung und Zusammenführung der Hilfsangebote
- Screening des Bedarfs



Palliativmedizin
ist notwen-
digerweise
inter- und
multidisziplinär



Patientenbeispiel

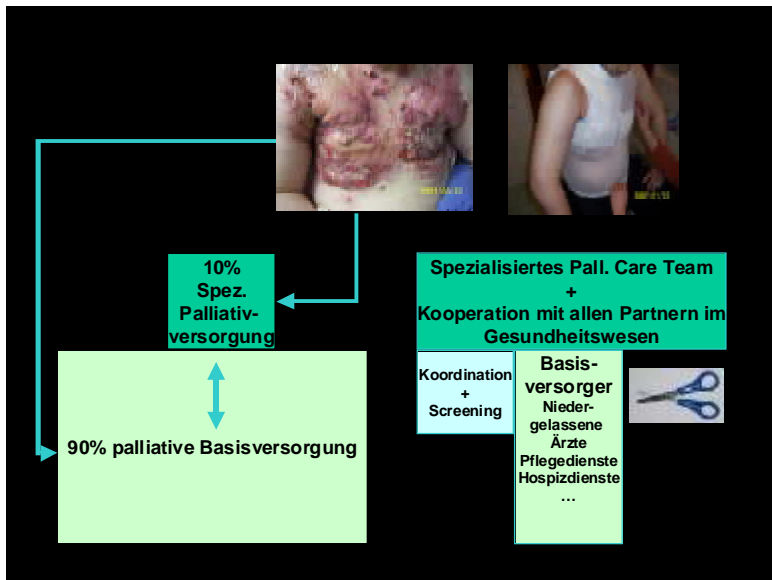
Pat. 50 Jahre, metastasierendes CUP-Syndrom
ED 02/05, Hautmetastasen, Bestrahlungsschaden

Aufnahmegründe:

- Schmerzen und leichte Geruchsbelästigung
- Optimierung des Verbandregimes

Behandlung:

- Optimierung der Schmerztherapie
- Palliative Wundbehandlung exulzierender TU
- Kurative Wundbehandlung Bestrahlungsfeld



Anforderungen an spezialisierte Palliative Care Teams

- Haupttätigkeit in der Palliativversorgung

→ Viel Erfahrung in kurzer Zeit, multidisziplinäre Teamarbeit



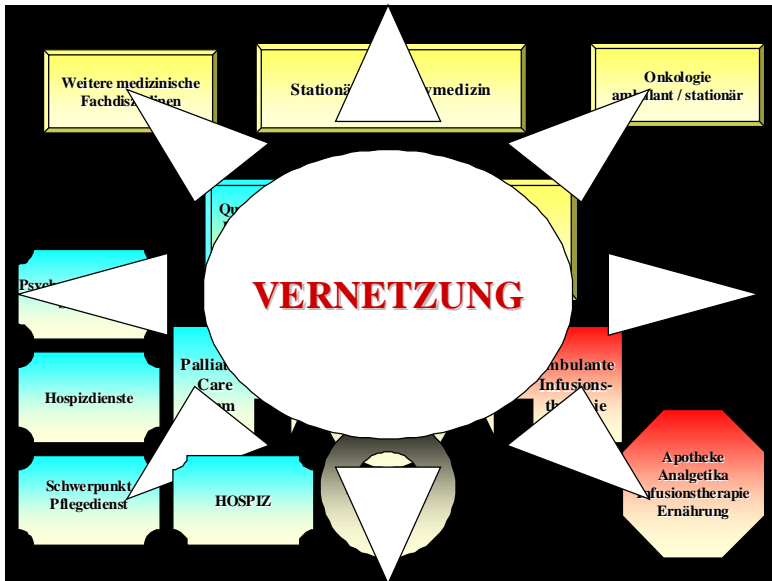
Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung

- ambulanten palliativmedizinischen Betreuung mit ambulantem Palliative-Care-Team
 - hohe Fachlichkeit
 - Vermeidung von Krankenhausaufenthalt
 - Unterstützung
 - Krisenintervention
 - palliativmedizinisch erfahrener Arzt
 - qualifizierte Pflegekräfte
 - psychosoziale Berufsgruppen / Ehrenamt



Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung

- Stützpunkte als Netzwerk für eine flächendeckende palliativmedizinische Behandlung
- frühzeitiges *Case-Management* für Palliativpatienten und deren Angehörige
- Stärkung der Rolle des Hausarztes, der über Kompetenz in Palliativmedizin verfügen sollte
- Stärkung der ambulanten Hospizarbeit, frühzeitige Einbindung der Ehrenamtlichen



TEAM =

(Toll ein anderer macht's)





Palliativmedizin - Zukunft -

- Palliativmedizin als gleichwertige Säule neben Prävention, Heilung und Rehabilitation



Palliativmedizin

- Zukunft -



- Integration der PM / Hospizidee
 - è ältere Menschen
 - è Kinder
- Integration der Angehörigen in Betreuung
 - è Familienkarenzmodell
- Öffentlichkeitsarbeit
 - è Möglichkeiten der Palliativmedizin
 - è Alternative zur aktiven Sterbehilfe

Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung

- Perspektiven bis 2010 -

Ø Realistisch

- Ambulante Versorgung mit Haupt- und Ehrenamt
 - spezialisierte Palliative-Care-Teams
 - hausärztliche Basisversorgung
 - nicht flächendeckend, aber zahlreich
 - Finanzierung geregelt
- Stationäre Versorgung
 - Palliativstationen / Hospize nicht flächendeckend aber ca. 40 Betten / 1 Mio Einwohner
 - Konsiliardienste zahlreich (>300 hoch qualifizierte)
 - Finanzierung gesichert

Patientengerechte Hospiz- und Palliativversorgung
- Perspektiven -

- Palliativmedizin (Palliative Care) als gleichwertige Säule neben Prävention, Heilung und Rehabilitation



„Bedenkt:
den eigenen Tod,
den stirbt man nur,
doch mit dem Tod
der anderen muß
man leben.“



Mascha Kaliko

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Vortrag: Ehrenamt im Wandel

Irene von Oertzen, Ehrenamtliche, Freundeskreis Hospiz Lüneburg e.V.

Frau von Oertzen, ehrenamtliche Mitarbeiterin der Initiative Freundeskreises Hospiz Lüneburg, diskutierte mit den Teilnehmenden die Arbeitsfelder und Erfahrungen ihres Engagements.

Auslobung des 1. Niedersächsischen Hospizpreises

Dr. h. c. Rudolf Seitzers, Schirmherr der Hospiz Stiftung Niedersachsen

1. Niedersächsischer Hospizpreis

zur Förderung der Hospizkultur und Palliativkompetenz

vergeben von der *Hospiz Stiftung Niedersachsen*

in Zusammenarbeit mit dem

Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Schirmherrschaft: Mechthild Ross-Luttmann, Sozialministerin

und Dr. h.c. Rudolf Seitzers, Schirmherr der Hospiz Stiftung Nds.

Ausgangslage:

Der gesellschaftliche Wandel von einem eher gemeinschaftsbezogenen Miteinander hin zu einer individuellen Ausgestaltung des Lebens führt insbesondere in Zeiten der Abhängigkeit wie denen der Krankheit, des Sterbens und der Trauer oftmals zu stärkerer Vereinzelung und Isolierung. Die weitgehende Verlagerung des Sterbens aus dem häuslichen Umfeld in die Institutionen förderte zusätzlich die Isolierung. Die insbesondere nach dem zweiten Weltkrieg einsetzende Tabuisierung von Tod und Trauer mit entsprechenden Verlusten von öffentlichen Ritualen hat diese Tendenz ebenfalls verstärkt. Angesichts des demographischen Wandels und den finanziell begrenzten Ressourcen steht die Gesellschaft zusätzlich vor der Herausforderung nach einer humanen Gestaltung einer zeitgemäßen Abschiedskultur, die den individuellen Bedürfnissen wie den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Rechnung trägt.

Die neuzeitlich organisierte Hospizbewegung - von England ausgehend - hat vor ca. 35 Jahren in Deutschland Fuß gefasst. Vor ca. 25 Jahren begannen auch in Niedersachsen einzelne Personen sich für eine Enttabuisierung des Sterbens, des Todes und der Trauer in der Öffentlichkeit einzusetzen. Seit dem ist in Niedersachsen viel geschehen. Lange Zeit blieb jedoch in Niedersachsen wie in allen Teilen Deutschlands die Hospizbewegung auf ein ehrenamtliches Engagement weniger, meist jedoch

mit hoher fachlicher und menschlicher Kompetenz agierender Frauen und in der Anzahl weniger Männer beschränkt. Entsprechend des hospizlichen Leitsatzes „ambulant vor stationär“ wurden sehr viele Hospizgruppen ins Leben gerufen. Diese sollten durch eine Begleitung Zuhause die Pflege und das Abschiednehmen in der Familie ermöglichen helfen. Nicht selten war dieses Eintreten für eine häusliche Abschiedskultur von einer Enttäuschung gegenüber den traditionellen Institutionen wie Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen geprägt, denen man einen Wandel zu einer menschlichen Abschiedskultur nicht zutraute. Stationäre Hospize galten lange als ultima ratio, wenn die Pflege Zuhause nicht möglich war oder als Durchgangsstation, um Patienten besser schmerztherapeutisch einzustellen und sie anschließend wieder nach Hause zu entlassen.

Die Ehrenamtlichen wurden auf Ihren Dienst vorbereitet und begleitet. Sie kamen aus allen Alters-, Berufs- und Gesellschaftsschichten: Ärzte, Pflegekräfte, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PädagogInnen und SeelsorgerInnen waren in den Teams ebenso zu finden, wie Sekretärinnen und Hausfrauen. Nur langsam nahmen die Institutionen wie die Kirchen, Ärztekammern und die Politik sich den Fragestellungen und Herausforderungen der Hospizbewegung an. Inzwischen kann man von einer breiten gesellschaftlichen Akzeptanz der Ziele und Handlungsfelder der Hospizbewegung sprechen. Die Palliativmedizin und -pflege nahmen sich aus fachlicher Sicht der Versorgung Schwerkranker und Sterbender ebenso an, wie sich die Sozialarbeit und Seelsorge mit diesem Feld in Fachforen und wissenschaftlichen Diskursen mit dem Sterben, dem Tod und der Trauer befasste. Die Politik folgte durch rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen.

Heute stellen sich die Palliativversorgung und die Hospizkultur als Netzwerk dar, in dem alle gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen ihren Part übernehmen müssen, um den Herausforderungen in umfangreichem Sinne gewachsen zu sein.

Konstitutiv bleibt, dass die angemessene Versorgung Sterbender und Trauernder nur gelingen kann, wenn ehrenamtlich engagierte Frauen und

Männer in den Netzwerken mitarbeiten. Es geht um eine neue gesellschaftliche Kultur im Umgang mit den Grenzerfahrungen menschlichen Lebens.

Mit diesem 1. Niedersächsischen Hospizpreis sollen die Ehrenamtlichen in der Hospizkultur geehrt werden, die durch ihr Engagement die Gesellschaft in einer Frage des humanen Umgangs am Lebensende wesentlich verändert haben. Inzwischen engagieren sich über 8.000 Frauen und Männer in Niedersachsen ehrenamtlich in mehr als 120 Hospizinitiativen, -gruppen und -vereinen und 14 stationären Hospizen. Davon begleiten weit über 2.500 Personen Sterbende und deren Angehörige in der häuslichen Umgebung. Weitere Personen informieren durch Vorträge und andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit in unterschiedlichen Zusammenhängen, vom Kindergarten, über die Schule bis hin zu den traditionellen Formen der Erwachsenenbildung viele Gruppen, um eine andere Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer in der Gesellschaft zu initiieren oder schlicht um Spenden zu sammeln. Denn abgesehen von hauptberuflichen in der Hospiz- und Palliativarbeit finanziert sich die ehrenamtliche Arbeit weitgehend aus eigenen Mitteln. Von der Vereins- und Gruppenarbeit angefangen bis hin zur Finanzierung der Landes- und Bundesarbeitsgemeinschaft. Für diese gesellschaftspolitische Arbeit gibt es zurzeit keine institutionelle Finanzierungshilfe.

Ausschreibung:

Der Hospizpreis Niedersachsen soll in einem Dreijahresrhythmus vergeben werden. Im Jahr 2007 wird er zum ersten Mal vergeben, und zwar in 2 Kategorien

1. an Ehrenamtliche, die sich langjährig in der Hospizarbeit engagieren und bisher noch keine öffentliche Würdigung erhalten haben
2. an Altenpflegeeinrichtungen, die sich der Herausforderung einer modernen Palliativversorgung und Hospizkultur stellen.

1. Hospizpreis an Ehrenamtliche:

Wer soll geehrt werden?

Es sollen Frauen und Männer geehrt werden, die sich langjährig in der Hospizarbeit ehrenamtlich engagieren und noch keine öffentliche Auszeichnung oder Würdigung erhalten haben.

Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Ehrenamtlichen im Begleitdienst bei Schwerkranken und Sterbenden oder bei Trauernden eingesetzt sind oder ob sie viele Jahre ehrenamtlich in der Öffentlichkeitsarbeit oder im Verwaltungsbereich ihrer Hospizinitiative oder ihres Hospizvereins verantwortlich mitwirken. Darüber hinaus können Personen vorgeschlagen werden, die als Wohltäter im Stillen die Arbeit der Hospizgruppen unterstützen und fördern, zum Beispiel durch das kostenfreie Überlassen von Räumlichkeiten.

Es werden ausschließlich Einzelpersonen geehrt. Eine Eigenbewerbung ist ausgeschlossen.

Wer kann vorschlagen?

Es können die Hospizgruppen und –initiativen einen oder mehrere Vorschläge einreichen, die in der Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen Mitglied sind. Ebenso können Kirchengemeinden und Pflegeeinrichtungen Ehrenamtliche vorschlagen, sofern sie Träger von Hospizgruppen sind.

2. Hospizpreis für Altenpflegeeinrichtungen

Die Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland sind in den letzten Jahren einem tief greifenden Wandel unterworfen, den die breite Öffentlichkeit nur unzureichend wahrgenommen hat. Im Gegensatz zu früheren Zeiten gehen alte Menschen zunehmend erst dann in Einrichtungen, wenn sie in mehrfacher Hinsicht pflegebedürftig sind. So sind die meisten Pflegeeinrichtungen zu Einrichtungen mit hohem palliativen Versorgungsbedarf geworden, für die es weder einen finanziellen noch personellen Ausgleich gibt. Die Anforderungen an das Personal sind dabei physisch und psychosozialspirituell sehr hoch.

Viele Altenpflegeeinrichtungen stellen sich dieser Herausforderung und versuchen dem durch die Implementierung einer modernen Palliativversorgung und Hospizkultur unter gezielter Einbeziehung der Angehörigen und Ehrenamtlichen gerecht zu werden.

Der Hospizpreis für Altenpflegeeinrichtungen will die Bemühungen um die Hospizkultur und die Palliativversorgung würdigen und damit einer breiten Öffentlichkeit vorstellen. Die Altenpflegeeinrichtungen sind wie die Krankenhäuser mit ihren Palliativeinheiten und die stationären Hospize ein wichtiger Baustein in der flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung, wie die das Land Niedersachsen mit seiner Einrichtung von Hospiz- und Palliativstützpunkten anstrebt.

Wer kann sich bewerben?

Alle Altenpflegeeinrichtungen im Land Niedersachsen, die sich um eine Hospizkultur in ihrer Einrichtung mit Palliativkompetenz bemühen.

Inhalt der Bewerbung:

Grundlage für die Bewerbung ist das Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur „Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz“ in seiner redigierten Ausgabe vom Feb. 2007 (www.hospiz.net/themen/index.html).

Insbesondere kommt es in der Darstellung darauf an, wie die Aspekte „Leistungsverantwortung, Basisorientierung, Interprofessionalität und zeitliche Kontinuität“ in der eigenen Konzeption angegangen werden. Insbesondere ist die Integration der Angehörigen sowie der Ehrenamtlichen und deren Begleitung ein wesentlicher Baustein der Beurteilung. Es kommt nicht darauf an, dass bereits alle Indikatoren gleichmäßig umgesetzt sind, sondern in den Zielen erkannt und angegangen werden. Als letzten Aspekt sollte einer ausführlich genannt und beschrieben werden, auf den die Einrichtung mit Zufriedenheit hinweisen will, der der Einrichtung bereits besonders gut gelungen ist.

Bewerbungszeitraum:

Bis zum **15. August** müssen die Bewerbungen schriftlich in der Geschäftsstelle der

Hospiz Stiftung Niedersachsen, Domhof 18-21, 31134 Hildesheim

in 3-facher Ausfertigung vorliegen.

Umfang:

Neben dem Deckblatt mit den allgemeinen Daten sollte die Bewerbung vier DinA4-Seiten (Schrifttype Arial 1 ½ z eilig, Schriftgröße 11, mit einem Seitenrand von 2cm) nicht überschreiten. Anlagen in Bild oder Grafik zur besseren Darstellung einzelner Aspekte ist möglich.

Die Bewerbung sollte die Unterschrift von drei Personen tragen, von denen im Falle der Altenpflegeeinrichtung eine in der Einrichtung ehrenamtlich tätigen Person sein muss.

Darüber hinaus sollten Personen benannt werden, die im Einzelfall um eine Stellungnahme gebeten werden können.

Auswahlverfahren:

Die Auswahl des Hospizpreises erfolgt durch eine von der Hospiz Stiftung Niedersachsen einberufene Jury.

Preise:

Der Hauptpreis für die Ehrenamtlichen ist ein wertvolles Kunstobjekt sowie ein hochwertiger Sachpreis.

Für die Altenpflegeeinrichtungen beträgt der 1. Platz des Hospiz-Preises mindestens 3.000 € sowie eine Veröffentlichung der Arbeit in der Einrichtung in einer Fachzeitschrift.

Einrichtungen, die in die engere Wahl kommen, werden gebeten, die Eckdaten ihres Hospiz- und Palliativkonzeptes auf einem Poster in der Größe DinA1 zu präsentieren.

Überreichung der Preise:

Diese erfolgt im Rahmen einer Hospiz Benefizveranstaltung am 13. Oktober in der Kaiserpfalz in Goslar durch die Sozialministerin des Landes Niedersachsen Mechthild Ross-Luttmann.

Einzelheiten werden noch bekannt gegeben.

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Hildesheim, Mai 2007

Für die Hospiz Stiftung Niedersachsen:

Ulrich Domdey, Vorsitzender des Vorstandes

Jens Gundlach, Vorsitzender des Kuratoriums

Fachforum 1: Ambulante Palliativversorgung aus Sicht der Medizin und Pflege

Dr. med. Ute Heinicke, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Rettungsmedizin, Palliativmedizin, Hannover

Susanne Sarrazin, APHD ev. Kirche Hannover

Moderation: Martin Ostertag, Pastor i. R., ehem. Landeskirchlicher Hospizbeauftragter

Frau Dr. med. Ute Heinicke und Frau Susanne Sarrazin stellten ein anonymisiertes Fallbeispiel in das Zentrum des Fachforums. Anhand dieses Beispiels wurden im Forum die Herausforderungen und Barrieren im gegenwärtigen Gesundheitssystem diskutiert und mögliche Potenziale zur Optimierung der Palliativversorgung sterbender Menschen erörtert.

Fallbeispiel

Manfred R., 51 Jahre, verheiratet, 3 Kinder

Diagnose: Pancreas-Ca

Erstdiagnose vor einem Jahr, Krankenhausaufenthalt wegen unklarer Bauchschmerzen > Nephrektomie wegen funktionsloser Niere aufgrund einer Hydronephrose wegen Retroperitonealcarcinose

Therapie: Chemotherapie

darunter Progredienz der Retroperitonealcarcinose, Peritonealcarcinose, Entwicklung von Lebermetastasen > Ascites

>> Therapieabbruch

Verlauf: erneuter Krankenhausaufenthalt wegen Erbrechen, Bauchschmerzen, Obstipation

Diagnose: Subileus

Therapie: konservativ: Prokinetika, Schwenkeinläufe, parenterale Ernährung

>Entlassung nach Hause

Medikation: Fentanyl 25yg, Pantozol 20 mg, Novaminsulfon, Movicol

Weiterer Verlauf: nach 1 Wo Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen > Subileus

> Therapie mit Gastrographin (Rö kontrastmittel, off label use)

Kurzfristig besser, dann Ausbildung eines kompletten Ileus aufgrund der fortgeschrittenen Peritonealcarcinose > Zieländerung, nicht mehr durchgängige Magen-Darm-Passage, sondern reine Symptomlinderung (Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen)

Therapie: Einstellung der Ernährung, wenig Flüssigkeit über Port (500 ml

Ringerlactat), Dexamethason , Buscopan, Neurocil i.v. über Port, Morphin s.c. bei Bedarf (Ehefrau), Tavor expidet bei Bedarf

Wahrnehmen und Genießen von Geschmack durch vertraute und angenehme Nahrungsmittel im Mund

>> Stabilisierung, gute Symptomkontrolle, Regeln letzter Dinge, Abschiednehmen

Versterben nach 3 Wochen

Beteiligte Dienste:

Seelsorge, Hospizdienst, Palliativdienst, Pflegedienst, Hausarzt, Palliativärztin

Säulen der ambulanten Versorgung:

Kompetenz und Empathie
Gesprächsführung
Team, Netzwerk
Koordination
Informationsfluss, Dokumentation
Vorausschauende Planung
Wahrscheinlicher Verlauf, Komplikationen
Bedarfsmedikation
Erreichbarkeit

Fachforum 2: Hospiz- und Palliativversorgung in Altenpflegeheim

Evelyn Freitag, Krankenhauseelsorgerin, Oldenburg

Angela Knop, Diakonin, St. Martinsdorf, Hannover

Moderation: Thomas Altgeld, Geschäftsführer, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

In einem Altenpflegeheim zu sterben, bedeutet, unter anderen Bedingungen zu sterben als in einem Krankenhaus oder Hospiz.

Es stellt sich also die Frage, welche Bedingungen gibt es in einem Altenpflegeheim und wie wirken sie sich auf die Sterbebegleitung aus. Der Martinshof hat einen Palliativbereich, aber ist kein Hospiz. Es ist ein Altenpflegeheim, in dem aber versucht wird, die Erkenntnisse aus Hospizarbeit und Palliativ Care bei der Sterbebegleitung der Bewohner/innen umzusetzen. Dafür ist es notwendig, das zunächst die Pflegekräfte (und dann alle anderen Mitarbeiter/innen aus den übrigen Bereichen) im Bereich der Sterbebegleitung besonders geschult werden.

In der Fortbildung geht es darum, die Mitarbeiter/innen auf eine ganz spezielle Aufgabe vorzubereiten, nämlich Sterbende und ihre Angehörigen auf der letzten Wegstrecke angemessen zu begleiten. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Mitarbeiter/innen zunächst mit ihrer eigenen Sterblichkeit und mit eigenen Verlusterlebnissen auseinandersetzen. Es geht z. B. um folgende Fragen:

- Wie stehe ich selbst zu Krankheit, Tod und Sterben?
- Welche Ängste, Wünsche Hoffungen in bezug auf mein eigenes Sterben habe ich?
- Wie gehe ich mit meiner Trauer um (gerade im Pflegealltag, wo ich oft Abschied nehmen muss und wenig Zeit für Trauerarbeit bleibt)?
- Bereite ich mich auf meinen Tod vor, und wenn ja, wie?



Abb. 2: Angela Knop, Fachforum 2

In dem Zusammenhang ist es auch wichtig, zu klären, welche Motivation die Mitarbeiter/innen haben, Sterbende zu begleiten. Die persönliche Einstellung der Mitarbeiter zu Krankheit, Tod und Sterben und die persönliche Motivation bestimmen die Art und Weise, wie Sterbende und Ihre Angehörigen begleitet werden. Erst, wenn die Mitarbeiter diese grundsätzlichen Fragen für sich geklärt haben, können sie sich auf die Wünsche u. Bedürfnisse der Sterbenden und Ihrer Angehörigen richtig konzentrieren.

Bei all den Fragen nach den Wünschen/Bedürfnissen der sterbenden Bewohner/innen sowie Ihrer Angehörigen ist für die Mitarbeiter eines Altenpflegeheims wichtig, auf sich selbst zu achten und zu fragen:

- Wie sieht es mit meiner Belastbarkeit aus?
- Wo komme ich an meine Grenzen?

Es geht um das Erlernen von Formen der Psychohygiene und um Entspannungstechniken. Grundsätzlich geht es in der Fortbildung (vor allem im Grundkurs) darum, eine hospizliche Haltung bei den Mitarbeiter/innen aufzubauen.

Da der Martinshof eine katholische Einrichtung der Caritas ist, sind religiöse und spirituelle Aspekte in der Sterbe- und Trauerbegleitung auch ein wichtiger Teil der Fortbildung. Hier geht es unter anderem darum, dass die Mitarbeiter/innen Gebete oder einen Sterbesegen laut zu sprechen lernen und kleine Abschiedsandachten zu gestalten.

Anzumerken ist noch zum Schluss, dass im Vertiefungskurs die Themeneinheiten „Palliativmedizin“ „Palliativpflege“ von zwei Pflegerinnen mit der Zusatzausbildung „Palliative Care“ übernommen werden. Als Diakonin habe ich dieses Fachwissen (noch) nicht.

Themenliste der Fortbildung Sterbebegleitung im St. Martinshof

Grundkurs (120 UE)

- Hospizidee und Sterbekultur, aktive und passive Sterbehilfe, Euthanasie
- Eigene Auseinandersetzung mit Krankheit, Tod und Sterben
- Klärung der eigenen Motivation, Schwerkranke und Sterbende zu begleiten
- Beobachtung und Wahrnehmung in der Sterbebegleitung
- Aktives zuhören erlernen und schulen
- Sprache der Sterbenden (Teil 1; verbale Kommunikation)
- Die wesentlichen Elemente und Fähigkeiten des Begleitens
- Dabeibleiben und Leid aushalten
- Eigene Krisen und Grenzen wahrnehmen/ akzeptieren können (Vermeidung von Burnout-Syndrom)
- Abschied nehmen und gestalten (religiöse und spirituelle Aspekte in der Sterbe- und Trauerbegleitung)
- Umgang mit Trauer während und nach der Begleitung (Trauerarbeit)
- Sterbebegleitung bei altersverwirrten Menschen (Demenz)
- Begleitung von psychisch verändertem Sterben (Depressive, Suizidgefährdete)
- Infos über Patientenverfügung etc. (was kann vor dem „Ernstfall“ geregelt werden?)
- Besprechung von Praxisbeispielen

Vertiefungskurs (40 UE)

- Sprache der Sterbenden (Teil 2: nonverbale Kommunikation)
- Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team
- Kommunikation und Gesprächsführung u.a. mit Ehrenamtlichen, Angehörigen
- Thema Schmerz (Palliativmedizin und Hospizarbeit, Palliativpflege etc., Messen von Schmerz, Schmerzskala)
- Frage nach dem Sinn von Krankheit, Leid und Schmerz
- Verbesserung der Lebensqualität und –freude (bis zuletzt)
- Selbstpflege und Stressmanagement bei den Begleitern (Psychohygiene)
- Besprechung von Praxisbeispielen

Fachforum 3: Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Gerhard Blank, Haus St. Georg, Duderstadt

Moderation: Birgit Wolff, Fachreferentin, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

In diesem Forum behandelte der Referent das Thema Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

1. Hospiz Forum - Niedersachsen

Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

A stylized red rose logo composed of multiple overlapping, curved lines that form the petals of a rose. The lines are thick and have a slight gradient, giving it a three-dimensional appearance.

**Gerhard Blank - Diakon
Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg
Tannenweg 1a, 37115 Duderstadt-Nesselröden**



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten



„Wo stehst Du ?“



„Mensch bleiben
bis zum Ende“



Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Situation von Demenzerkrankten in Deutschland

Die Verbesserung der Lebenssituation von demenzkranken Menschen ist eine wichtige Zukunftsaufgabe.

Zur Bewältigung der gesundheits- und gesellschaftspolitischen Herausforderung durch die zunehmende Zahl von Demenzkranken sind neben der bevorstehenden Pflegereform erhebliche zusätzliche Anstrengungen erforderlich.

In Deutschland leben derzeit ca. 1,2 Millionen Menschen mit Demenz, und diese Zahl wird in naher Zukunft noch deutlich steigen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Situation von Demenzerkrankten in Deutschland

Demenz ist ein irreversibler und in der letzten Krankheitsphase tödlich verlaufender neurodegenerativer Prozess.

Untersuchungen aus den USA haben ergeben, dass dort 7% aller Todesfälle auf eine Alzheimererkrankung zurückzuführen sind.

Das entspricht in etwa der gleichen Häufigkeit wie bei Schlaganfällen.

Demenz selbst wird zwar meistens nicht als direkte Todesursache gesehen, führt aber aufgrund des degenerativen Prozesses und der daraus resultierenden Erkrankungen letztendlich zum Tod.

Über den Krankheitsverlauf bei Demenz möchte ich nachher noch etwas ausführlicher eingehen.

Eine angemessene Betreuung von Demenzkranken muss sich der Tatsache bewusst sein, dass es um eine Begleitung bis in den Tod geht.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Personenzentrierte Pflege

Lässt sich auf diesem Hintergrund das für krebserkrankte Menschen entwickelte Konzept der **palliativen Pflege** auch für den Menschen mit Demenz anwenden?

Aus meiner Erfahrung heraus plädiere ich für den Ansatz der **personenzentrierten Pflege**, die viele Parallelen zur Palliativpflege aufweist.

Hier steht die gesamte Person mit ihren physischen, psychischen, emotionalen, sozialen, aktivitätsbezogenen und spirituellen Bedürfnissen im Focus.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Ingeborg Kiefel - Einen Freund suchen

Einmal werde ich unter den vielen
einen Freund finden, der bei mir bleibt,
der auf mich wartet, wenn ich fortgehe,
der noch da ist, wenn ich zurückkomme.
Er hat Zeit für mich, wenn ich ihn brauche,
er hört zu, unabgelenkt,
er ist mir zugewandt in Distanz und Liebe.
Er hat Vertrauen zu mir, er erwartet Gutes
und lässt sich nicht beirren durch mein Versagen.
Er gibt mir Spielraum und Freiheit
zu sein, der ich bin,
er knüpft seine Freundschaft nicht an Bedingungen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Ingeborg Kiefel - Einen Freund suchen

Er ist wahrhaftig und täuscht mich nicht,
er sagt mir meine Fehler und Schwächen
zur richtigen Zeit, behutsam und hilfreich.
Er wird mir verzeihen.
Er hat Sorge und Angst um mich,
wenn ich verzweifelt bin
und nicht den richtigen Weg gehe.
Er behält die Hoffnung,
auch wenn ich sie aufgebe.
Wenn ein anderer solch einen Freund sucht,
will ich für ihn dieser Freund sein.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg





Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Erscheinungsbild von Demenz

Die selbständige Lebensführung ist aufgehoben, die Betroffenen sind vollständig von ihren Betreuern abhängig. Das Gedächtnis ist nicht mehr in der Lage, neue Informationen zu speichern.

Die Sprache beschränkt sich auf wenige Wörter.

Die Betreuer werden häufig nicht mehr erkannt.

Zu den hochgradigen Störungen der geistigen Leistungen kommen jetzt körperliche Symptome hinzu:

- Probleme beim Essen, auch mit Hilfe
- Unfähigkeit, andere Leute zu erkennen
- vornübergeneigter, schleppender und kleinschrittiger Gang
- Gefahr von Stürzen
- Verlust der Kontrolle über Blase und Darm
- Zerebrale Krampfanfälle
- Schluckstörungen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Typische Symptome und Verhaltensweisen, die die terminale Phase der Erkrankung anzeigen können:

Es gibt oft eine progressive Verschlechterung des Gedächtnisses, woraus eine verstärkte Verwirrung und Desorientierung resultiert.

Sprache und die Fähigkeit zu kommunizieren verschlechtern sich oft bis zu dem Punkt, an dem die Person vielleicht nur noch zusammenhanglos spricht oder völlig verstummt.

Es kann zu Verhaltensänderungen kommen, die dazu führen, dass eine Person aggressiv wird, schreit oder sich völlig passiv und ruhig, immobil und abwesend verhält.

Die Fähigkeit oder das Verlangen der Person, sich fortzubewegen, kann sich bis zur Bettlägerigkeit verschlechtern.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Typische Symptome und Verhaltensweisen, die die terminale Phase der Erkrankung anzeigen können:

Die Fähigkeit der Person zur Selbstpflege verringert sich drastisch und führt letztendlich zu einer völligen Pflegebedürftigkeit.

Die Fähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme verschlechtert sich allmählich und steht oft in Verbindung mit Schluckbeschwerden und einem steigenden Aspirationsrisiko. Meist folgt ein rapider Appetitverlust.

Andere mögliche Komplikationen umfassen Harn- und Stuhlinkontinenz, Muskelatrophien und -kontrakturen, steigende Anfälligkeit für ein Delirium, wiederkehrende Infekte, Lungenentzündung.

Verschlechterungen des Hautzustandes und Dekubiti.
Delirien können zu erhöhter Unruhe führen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Desorientiertheit

Es ist ein menschliches Grundbedürfnis, sein Leben in der Hand haben zu wollen.

Der Mensch möchte wissen, wo es lang geht, er möchte den Eindruck (oder wenigstens die Vorstellung) haben, dass er alles im Griff hat.

In der Demenzerkrankung macht er die Erfahrung, sich nicht mehr auszukennen.

Er ist örtlich, zeitlich und persönlich desorientiert.

Aus dem o.g. Grundbedürfnis heraus muss er darauf reagieren:

Er bewegt sich, läuft herum, „agitiert“ (räumt z.B. die Schränke aus) oder wird verbal aggressiv.

Er läuft auf die Straße auf der Flucht vor dem eigenen Nicht-Verstehen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Desorientiertheit – Einige Beispiele

Herausforderndes Verhalten gegenüber den Angehörigen ist mehr von der Beziehung als von der Schwere der **Demenz** abhängig:

Die Angehörigen

sind überfordert, gestresst

sedieren, sperren ein

reagieren frustriert, hilflos wütend

Reaktion des abhängigen Kranken

wird unruhig, läuft weg

schimpft, schreit ängstlich aggressiv

wird depressiv

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Familie und Entscheidungen

Für die Angehörigen ist die letzte Phase der Erkrankung oft verbunden mit einer Vielzahl schwieriger Entscheidungen.

Welche Vorkehrungen können getroffen werden, damit die Entscheidungsfindung erleichtert wird, und wie können Angehörige in dieser belastenden Zeit unterstützt werden?

Wird nun im Spätstadium einer Demenzerkrankung die Verantwortung an das Fachpersonal im Klinikum/ Pflegeheim oder Hospiz übergeben, müssen in diesem institutionellen Umfeld immer Angehörige aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden bleiben.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Familie und Entscheidungen

Soll ein dementiell erkranktes Familienmitglied bis zum Tod zuhause betreut werden, so sind es nicht-berufstätige Ehefrauen bzw. weibliche Familienmitglieder, die mit Unterstützung durch weitere Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, ambulante Dienste und ehrenamtliche Helfer diese Arbeit leisten.

Mit zunehmendem Pflegebedarf steigt die Belastung für den Pflegenden. Die meisten Angehörigen fühlen sich in dieser Phase gesundheitlich angegriffen und in ihrem Tagesablauf extrem eingeschränkt. Weitere belastende Faktoren sind die mangelnde Zeit für andere soziale Kontakte, finanzielle Einschränkungen und ein sinkendes Selbstbewusstsein.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die Überlastung pflegender Angehöriger

- Sie tragen die Hauptlast: pflegen 70% der Dementen, unbeachtet
- 83% der zu Hause Pflegenden sind Frauen
- je älter die Pflegebedürftige, umso älter die Pflegenden (¾ sind über 50)
- immer weniger Angehörige pflegen immer länger – 76% über 3 Jahre
- Töchterpotential schwindet, 40% aller Ehen geschieden, Einpersonenhaushalte nehmen zu
- Druck wächst: Full-time, 60% werden nachts gestört

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Krankheitsverlauf in 3 Phasen

1. Kurativphase

wird meist durch ein Schlüsselereignis, bspw. eine Klinikeinweisung, ausgelöst.

Eine medizinische Behandlung verspricht zu diesem Zeitpunkt noch einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität.

2. Phase der Unsicherheit

Es gilt abzuwägen, welche Therapien und Eingriffe Leben lebenswerter machen und welche lediglich Leiden verlängern.

3. Palliativphase

Lebensverlängernde Maßnahmen werden abgelehnt.

Möglichkeiten der Schmerztherapien sind völlig auszuschöpfen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die letzte Lebensphase begleiten: Zuhause oder im Pflegeheim?

Die Frage danach, ob ein demenzkranker Mensch seine letzten Lebenswochen zuhause oder in einem Pflegeheim verbringen soll, ist eine der ersten Weichen, die Angehörige stellen müssen. Angehörige benötigen bei der Entscheidungsfindung Unterstützung.

Die Entscheidung für die Pflege im Heim lässt sich differenzieren zwischen Kriterien, die 1. **den Demenzkranken** selbst, und Entwicklungen, die 2. primär **den Pflegenden** betreffen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die letzte Lebensphase begleiten: Zuhause oder im Pflegeheim?

Zur ersten Gruppe gehören

die Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten,
massive kognitive Einschränkungen,
ein hoher Grundpflegebedarf,
Inkontinenz,
der Zweifel an ausreichender Sicherheit in der häuslichen Umgebung
oder eine akute Krankenhauseinweisung.

Zur zweiten Gruppe zählen

emotionale Erschöpfung der Angehörigen,
physische und psychische Probleme,
inakzeptable Einschränkungen und Belastungen
sowie mangelnde Unterstützung durch das familiäre Umfeld.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die letzte Lebensphase begleiten: Zuhause oder im Pflegeheim?

Mit dem Umzug in eine Einrichtung entfallen zwar viele Stressfaktoren,
aber es entstehen auch neue Belastungen.

Viele Angehörige empfinden Schuldgefühle, weil sie den geliebten
Menschen „weggegeben“ haben, und fragen sich, ob das Heim
aufmerksam und einführend pflegen wird, wie es in der Familie möglich
wäre.

Es muss gelingen, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Angehörigen,
dem institutionellen Betreuungsteam und Hospizhelfern zu etablieren.

Auch ist der Wunsch, weiterhin einen aktiven Part in der Begleitung
des Sterbenden zu übernehmen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die IST-Situation schwer Dementer in der Zusammenfassung

Lebensort	Heim zu 70%, Pflegestufe III oder IIIH
Lebensführung	total abhängig wie ein Säugling
Gedächtnis	Gedächtnisinseln, erkennt Angehörige nicht
Sprechen	verstehet, spricht, lächelt nicht mehr
Desorientierung	situativ und persönlich
Verhalten	unruhig, schreit, stürzt, Halluzinationen, apathisch
Körperlich	geht, steht, sitzt nicht, inkontinent, stirbt
Hilfen	Palliative Care und Hospiz-Arbeit
Zugang	emotional und non-verbal

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Vier Kriterien bestimmen maßgeblich die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und dem Betreuungsteam:

1. Beziehungsqualität

Familien fordern eine persönliche Beziehung zu Ärzten und Pflegenden, erwarten Interesse an ihrer individuellen Situation und großes Einfühlungsvermögen.

2. Kontaktfrequenz

Angehörige wünschen sich regelmäßige Gesprächstermine mit dem Pfltegeteam, um sich über den Krankheitsverlauf ihres Angehörigen zu informieren und Fragen zu klären.

3. Übereinstimmende Werte

Wenn die moralischen Werte von Angehörigen und Pfltegeteam übereinstimmen, erleichtert dies schwierige Entscheidungsprozesse, vor allem am Lebensende.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Vier Kriterien bestimmen maßgeblich die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und dem Betreuungsteam:

4. Vertrauen

Wenn Familien davon überzeugt sind, dass das Team im Pflegeheim ihrem Angehörigen die bestmögliche Betreuung zukommen lassen möchte, kann ein Klima des Vertrauens entstehen.

Zu unterscheiden ist zwischen „**bestehendem Vertrauen**“, das Angehörige dem Betreuungsteam aufgrund seines medizinischen oder pflegerischen Fachwissens entgegenbringen, und „**erworbenem Vertrauen**“, das Angehörige erst langsam durch Beobachtungen und Gespräche mit dem Team entwickeln.

Es ist Aufgabe des Betreuungsteams, aktiv auf die Familie zuzugehen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen zu teilen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Recht auf selbstbestimmtes Leben und Sterben auch für den Demenzerkrankten

Die Formulierung einer individuellen **Patientenverfügung** als Hilfestellung für behandelnde Ärzte und Angehörige ist als sehr hilfreich einzustufen.

Wer eine **Vertrauensperson** in seine persönlichen Angelegenheiten einbindet, muss diese auch im Vorfeld darüber informieren.

Es muss sichergestellt sein, dass die Vertrauensperson überhaupt die zugestandene Verantwortung übernehmen möchte.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Vorsorgevollmacht

Die **Vorsorgevollmacht** soll eine Vertrauensperson in die Lage versetzen, im Falle einer Entscheidungs- bzw. Handlungsunfähigkeit des Betroffenen (Vollmachtgeber) für diesen zu handeln.

Diese Vollmacht kann auch über den Tod hinaus Wirkung entfalten.

Parallel dazu sollte immer auch eine **Betreuungsvollmacht** abgeschlossen werden.

Wenn notwendig, Bestellung eines amtlich zugelassenen Betreuers.

(Betreuung endet mit dem Tod des Betreuten.)

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Der Wille des Patienten/Bewohners ist immer zu respektieren.

Ein Beispiel aus der Praxis:

Frau G. kommt in komatösem Zustand mit einer großen Reihe diagnostischer Krankheitsbilder und einer PEG-Sonde in unser Pflegeheim.

Da der Allgemeinzustand in der Finalphase zu sein scheint, dringen Angehörige vehement darauf, die Sondenernährung einzustellen und entscheiden dies schließlich gemeinsam mit dem Hausarzt.

Sie begründen ihre Entscheidung mit dem mutmaßlichen Willen von Frau G., in einer solchen sich über einen längeren Zeitraum nicht verbessernden Krankheitssituation nicht künstlich ernährt zu werden.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Fortsetzung

Die Pflegekraft – mit Validations-Erfahrung -, die Frau G. in ihrer verwirrten Scheinwelt akzeptierte und ihr Verhalten und ihre Gefühle verstand, nahm wahr, dass Frau G. Nahrung verlangte und bot behutsam orale Nahrung an.

Durch eindeutige Mimik und Gestik konnte Frau G. zu verstehen geben, weiter Nahrung oral zu sich nehmen zu wollen.

Heute kann Frau G. selbständig oral essen und trinken und nimmt mit ihren Möglichkeiten am Wohngeschehen teil.

Frau G. möchte leben und kann ihre Gefühle selbst für alle wahrnehmbar auch zeigen.

Diese Erfahrung macht deutlich, in welcher Verantwortung dem Leben gegenüber gehandelt und entschieden werden muss.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Wichtige Überlegungen für die Pflege & Betreuung

Verweigert der zu Pflegenden die Nahrung, ist zu klären, warum

- Schmerzen im Mund bei Druckulcus, Herpes, Soor, Krebs, Abszess
- Übelkeit bei Gastritis, Schmerzen, Infekt, Angst, Gerüchen, Medikamenten
- Schluckstörung bei Apoplex, Demenz, durch Neuroleptika
- Demenz: verwechselt er Speisen, weil er schlecht sieht/riecht, vergisst?
- Depression: will er sich mit Hungertod selbst erlösen, suizidal?
- Wahn: fürchtet er Vergiftung? Protesthaltung gegen Pflegenden?
- Sein mutmaßlicher Wille? Vorübergehend, isst unbeobachtet? Will Zuwendung?

Folgen: stärker verwirrt, stürzt, widerstandslos, dekubitusanfällig

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Wichtige Überlegungen für die Pflege & Betreuung

Verweigert der zu Pflegenden die Nahrung

Diese Auffälligkeiten sind besonders bei einem Wohnraumwechsel – Häuslichkeit – Krankenhaus – Pflegestation/Wohnbereich – zu beachten.

Grund ist

- fehlendes Vertrauen bedingt durch Ortswechsel
- innerer Widerstand zu der Situation

In dieser Phase benötigt der Bewohner/Patient viel Aufmerksamkeit, Beobachtung und Vertrauensarbeit.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Wichtige Überlegungen für die Pflege & Betreuung

Mögliche Maßnahmen bei Nahrungsverweigerung

- Ursachen behandeln, für Mundpflege, Bewegung, Gewohnheit sorgen
- Berühren, geduldig zusprechen, mit anderen gemeinsam essen
- Speisen gemeinsam zubereiten
 - angenehm duftend, vertraut, appetitanregend
 - süß, d.h. seinem Geschmack entsprechend
 - nicht heiß, nicht kalt
 - gabelweich, nicht püriert, Fingerfood
 - Flüssigkeit eindicken, Trinkplan!
 - **Esskultur** mit Kerze, Blumen, Musik!
 - Gemeinsam bei festem Sitzplatz essen
 - Zeit lassen, Warmhalteteller

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Wichtige Überlegungen für die Pflege & Betreuung

Mögliche Maßnahmen bei Nahrungsverweigerung

- Es akzeptieren, solange er ausreichend trinkt, nie nötigen/zwingen
- Betreuer, Arzt, Angehörige, HL, PDL informieren; machtlos im Dilemma zwischen Hilfeleistung + Respekt vor seinem Willen?
- Künstliche Ernährung veranlassen bei Kachexie (BMI < 16), Patient muss zustimmen
 - enteral (PEG, nasal, rektal), Sonden-Folgen: Druckulcera, Durchfall, Aspiration
 - parenteral: zentraler Venenkatheter in V. subclavia erfordert meist Fixierung

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Wichtige Überlegungen für die Pflege & Betreuung

Zuführen von Flüssigkeit bis zuletzt

- brauchen Sterbende, wenn Verwirrtheit durch starke Austrocknung (Durchfall, Erbrechen) oder Schluckstörung bedingt ist
- gegen den Willen (Patientenverfügung) ist Körperverletzung

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Sterbephasen

Die gebürtige Schweizerin und Wahl-Amerikanerin **Elisabeth Kübler-Ross** war eine der ersten, die sich mit dem Thema Sterbebegleitung befasst hat. Ihr Buch „Interviews mit Sterbenden“ ist der „Klassiker“ zu diesem Thema. Die Erkenntnisse dieser Frau über die fünf „Sterbephasen“, erwachsen aus der Begleitung unzähliger Sterbender, sind heute unter Seelsorgern Allgemeingut.

- Verneinung / Leugnung
- Protest / Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Einwilligung

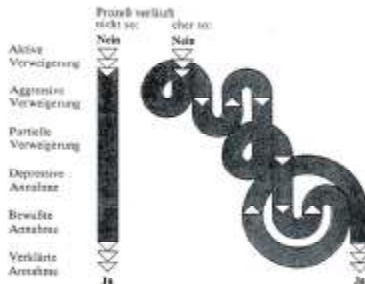
Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die seelische Dynamik des Reifeprozesses

Der innere Weg des Patienten vom Nein zum Ja verläuft nicht geradlinig, sondern in Serpentina: vorwärts und immer wieder neu beginnend.



Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die seelische Dynamik des Reifeprozesses

Dieser innere Prozess kann bei jeder neuen Verschärfung der Krankheit wieder von vorn beginnen.

Der Stimmungswechsel des inneren Reifeprozesses spielt sich zur Hauptsache im Unbewussten ab, äußert sich aber sprachlich in sogenannten „verschlüsselten“ Botschaften.

Die Begleiter sterbender Menschen müssen daher solche sprachlichen Signale erkennen und verstehen lernen, um einigermaßen Anhaltspunkte zu erhalten, wie weit der Kranke auf seinem inneren Weg zur Reife ist.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Demente Personen erleben Sterben oft anders

- einige verlieren Krankheitseinsicht und Zeitgefühl, leben im Augenblick ohne Zukunft, halten sich für jung und sollen schon sterben?
- nehmen Endlichkeit und Sterben nicht wahr, haben keine Angst, erscheinen heiter; der Tod scheint für einige abwesend
- erleben Sterben als Augenblick, nicht als Prozess
- körperlich noch Fitte sterben manchmal unerwartet schnell
- manche bringen sich um, wenn die Diagnose bewusst wird

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Auch Verwirrte sterben einzigartig, völlig verschieden

Einige, nicht alle

- erleben Verluste von Selbstwert und Beziehungen, ohne zu begreifen
- werden von Gefühlschaos und Angst überflutet, ohne es zu verstehen
- werden bedürftiger nach Liebe als andere – überfordern Begleiter
- wollen nach Hause und Autonomie für den Augenblick
- wollen lebenssatt versöhnt sterben, nicht lebensmüde
- spüren unsere Hilflosigkeit, Überforderung – alles aussichtslos

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Zusammenfassung – Teil I

Die innere Bereitschaft zum Sterben (das Ja zum Tod) ist grundsätzlich in jedem Menschen unbewusst vorhanden; in unserem Kulturkreis allerdings bei den meisten stark verdrängt.

Jeder auf den Tod kranke Mensch hat die Möglichkeit, zu einer bewussten Annahme seines Todes zu reifen.

Dieser Reifeprozess ist nicht als eine geradlinige Entwicklung auf der Bewusstseins-ebene zu verstehen, sondern er spielt sich hauptsächlich im Unbewussten ab.

Dabei sind bei den meisten Patienten bestimmte Stadien der Entwicklung zu beobachten, die entsprechende Einstellungsveränderungen kennzeichnen.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Zusammenfassung – Teil II

Das Verhalten der Begleiter beeinflusst diesen unbewussten Reifeprozess wesentlich.

Dem sterbenden Patienten selber ist selten klar bewusst, was innerlich in ihm vorgeht; sein innerer Zustand äußert sich in „verschlüsselten“ Botschaften (Signalen).

Die Begleiter müssen in der Lage sein, diese Signale zu erkennen, zu verstehen und in ihr Verhalten einzubeziehen.

Die Kenntnis des inneren Reifeprozesses ist Voraussetzung für ein helfendes Verhalten der Begleiter.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die Einzigartigkeit von Personen

Besonders im letzten und schwersten Abschnitt des menschlichen Lebens ist in der Demenzarbeit das Verhalten mit dieser Krankheit zu verstehen.

Akutkliniken sind nicht gut für Menschen mit Demenz. Das Pflegepersonal ist nicht darin geschult, mit dementiell erkrankten Menschen umzugehen. Demenzpatienten werden oft durch Fixierung in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Der Klinikaufenthalt kann zu einer erschreckenden Erfahrung werden.

Das Personal im Pflegeheim ist oft schon lange mit seinem Bewohner vertraut.

Pflegende kennen die Vorlieben der Bewohner, wissen, was diese mögen und was sie nicht mögen. Manchmal erfassen sie die unmittelbaren Wünsche der Bewohner sogar besser als deren nächste Angehörige.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Die Einzigartigkeit von Personen

- 1. Jede Person unterscheidet sich grundlegend von anderen** durch Kultur, Geschlecht, Temperament, soziale Klasse, Lebensweise, Aussehen, Ansichten, Wertvorstellungen, Verpflichtungen, Geschmack, Interessen usw.
- 2. Jeder Mensch hat seine persönliche Geschichte.**
Jeder Weg hat dabei seine Spuren hinterlassen.
- 3. Jeder verfügt über ein reiches Spektrum an Ressourcen.**
Positive Ressourcen können gestört sein durch
Anwendung nackter Gewalt,
Grausamkeit, Mangel an Liebe,
übermächtige Forderungen anderer
Kindheitserinnerungen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Wie wehrt eine demente Person ihr Gefühlschaos ab?

Jeder anders:

verleugnet, versucht, Defizite zu verbergen

bagatellisiert: „war schon immer so“ oder zieht sich in eigene Welt zurück

projiziert Versagen auf andere, beschuldigt andere

konfabuliert: füllt Gedächtnislücken mit Einfällen

regrediert in Bindung an Elternfigur, klammert, will Zuwendung;

zu Übergangsobjekten (Puppe),

zu oralem Einverleiben, zu analer Schmierlust, zum Körper als Lustquelle (zieht sich aus, masturbiert);

mit Ich-R regression zu biografischer Tätigkeit („muss nach Hause, zur Arbeit“) will er sein Selbstwertgefühl & Identität erhalten.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Was brauchen demente Personen im Sterben?

Respekt vor mutmaßlichem Willen und Autonomie des Augenblicks

Für Körpersprache sensible Begleiter

Professionelle Symptomlinderung, z.B. der Schmerzen

Klare Absprachen der Angehörigen, Pflegekräfte, Ärzte, Freiwilligen

Vertraute Bezugsperson mit gewohnter Stimme, Haustiere

Vertraute Angehörige für körperliche Nähe, Berührung, Zärtlichkeit

Vertraute Begleiter: Freiwillige, Friseurin, Fuß-, Raumpflegerin

Vertraute Umgebung: stressarm, angenehm, ohne Verlegung

Vertraute Rituale zur Abschiedskultur, z.B. Beten, Musik, Duftstoffe

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Emotionale Begleitung verwirrter Sterbender

Versuchen, ihn durch Einfühlen zu verstehen

Verwirrter Sterbender spricht in der Sprache seiner Kindheit

Ist entmutigt, wenn er passende Worte nicht findet,

wiederholt, vergisst sofort, driftet ab in Vergangenes

deutet Todesahnung symbolisch an:

„ich muss nach Hause, Koffer packen, verreisen, über die Grenze, den Berg, das große Wasser, durch einen Tunnel, fliegen, bin verwelkende Blume, schwarzer Rabe, Hund, dunkler Mann im Zimmer, meine Mutter holt mich“

er erlebt Träume real

mit Halluzinationen teilt er symbolisch Angst, mit Mimik Gefühle mit: er sei jung.

Wichtig ist, seine Wirklichkeit zu akzeptieren

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Verwirrten Sterbenden wertschätzend begegnen

- das Gefühl des Angenommenseins vermitteln
- sein Erleben beachten, sich verständnisvoll einfühlen
- ihn dort abholen, wo er gerade ist,

§ Blickkontakt auf gleicher Höhe halten, eindeutig fürsorglich berühren

§ Geduldig zuhören, seine Reaktion abwarten, mit freundlichen Worten zulächeln

§ Langsam, ruhig in kurzen Sätzen ehrlich mit „Ich“ sprechen, ihn mit „Sie“ anreden, wiederholen, ihn loben; er entscheidet, worüber Sie reden

§ Zweckmäßig erklären, mit Gebärden vormachen, mit ihm trinken, essen

§ Gefühle formulieren, ihn trösten, hoffen, seine Sicht stehen lassen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Achtung der Persönlichkeit

Der Psychologe **C.R. Rogers** bemüht sich um den Menschen als Persönlichkeit.

Er möchte alles, was der Hilfesuchende ist, die Persönlichkeit, die er ist, mit allen vorhandenen Möglichkeiten verstärken.

Das von ihm geprägte Beziehungsverhalten stützt sich auf drei „notwendige und hinreichende Bedingungen“, nämlich

- **einfühlerndes Verstehen**
- **positive Wertschätzung**
- **Echtheit**

Voraussetzung für diese 3 Grundhaltungen ist, sich selbst kennen zu lernen und zu akzeptieren.

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Einführendes Verstehen

- aktiv zuhören = ganz, mit meinen 5 Sinnen, beim anderen sein, nicht nur halbherzig
- sich Zeit nehmen, sich keinen Stress machen / dem anderen Zeit schenken
- Impulse wahrnehmen
- auf das Wesentliche konzentrieren
- Prioritäten setzen: was ist hier und jetzt für mich, für den anderen am wichtigsten?
- nicht mit Ratschlägen und Interpretationen unterbrechen
- konzentriert zuhören – nicht zeitweilig innerlich abschalten
- Wahrnehmung: seine Stimme, wie schaut er, wie bewegt er sich, Unausgesprochenes hören, Körpersprache (Mimik, Gestik), Zustand, Gesicht, Augen, Hände ...

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Positive Wertschätzung

- bedingungslos = nicht an Bedingungen geknüpft
- der Mensch steht im Mittelpunkt, ist allein wichtig
- den anderen akzeptieren (ich lasse ihn so, wie er ist)
- er muss spüren können, dass er als Person angenommen wird
- ich denke an dich, bete für dich – ist einer, der trägt mich
- liebe den Nächsten wie dich selbst
- keine egoistische Liebe

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Echtheit

- ungeschminkt – ohne Maske
- nichts beschönigen – sich nicht anders zeigen als man ist
- Gefühle zulassen – keine Gefühle vortäuschen
- keine Rolle spielen
- Masken absetzen
- Bedürfnisse zulassen, Spontaneität / nicht auf die Außenwelt schießen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Umsetzung in 5 Schritten

1. Bei einer verwirrten Äußerung oder einem verwirrten Verhalten immer zunächst fragen: Was ist das dahinter steckende Gefühl? (z.B. Wut, Schmerz, Trauer, Angst, ...)
2. Gibt es Anhaltspunkte aus der Biografie, die das Verhalten oder die Äußerung erklären?
3. Das hinter dem verwirrten Verhalten liegende Gefühl validieren, d.h. zulassen, akzeptieren, annehmen, wertschätzen
4. Dieses Verhalten bestätigen, indem man es im Gespräch und im Umgang zum Thema macht und wertfrei dem Betroffenen widerspiegelt
5. Vermeiden, die verwirrten Gefühls- und Verhaltensäußerungen zu korrigieren, zu konfrontieren, abzuschwächen, wegzunehmen, in unsere Realität zurückzuholen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Verhalten bei terminaler Unruhe

klären

Wer erträgt die Unruhe nicht?

Ursachen: Schmerzen, Atemnot, Harn-/Stuhl-, Bewegungsdrang, Angst

entängstigen, ablenken, Wünsche erfüllen, mit Berühren beruhigen, evtl. bewegen/schaukeln

sorgen für Lieblings-Getränk/-Speise, vertrautes, ruhiges Umfeld, Licht, Kontakte, Kuschtier

sedieren mit Schmerzmittel, Tavor-Expidet, Midazolam 0,5 sc., Propofol 10 mg – im Notfall ohne Patienten-Einwilligung erlaubt, wenn Team und Angehörige zustimmen, klare Indikation (extreme Unruhe) beachten, sorgfältig dokumentieren, ohne die Kommunikation zu stören oder den Tod (durch Verzicht auf O²- oder Nahrungszufuhr) zu beschleunigen und ohne Palliative Care zu vernachlässigen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Ein Komatöser bleibt dialogfähig –

ihn verstehen aus Haltung, Mimik, Gestik, Atmung, Reaktion auf Berührung

Er verschließt sich

gegen unerwünschte Begleiter

- atmet schneller, stockt, seufzt
- Blutdruck und Puls steigen
- spannt Stirnfalten, bewegt Nasenflügel, presst Lippen zusammen
- wälzt sich, dreht Kopf, Augen, hebt Brauen, Lider zucken
- Mund trocken, schwitzt, hustet

Er öffnet sich

erwünschten Helfern gegenüber

- atmet vertieft, langsamer
- RR, Puls normalisieren sich
- Stirnfalten, Nacken, Arme entspannen sich, öffnet den Mund und die Hand, rekelt sich
- nimmt kurz Blickkontakt auf
- Speichel fließt, Husten stockt

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Vermeiden Sie

- den Sterbenden von hinten anzusprechen
- ihn zu kritisieren, zu korrigieren, abzuwerten, ihn mit seinen Fehlern zu konfrontieren, bloßzustellen
- ihn mit Ungeduld und Hektik zu überfordern – steigert die Unruhe
- ihn zu verkindlichen, ihm überfürsorglich zu helfen
- ihn zu zwingen, weil sie schon wüssten, was für ihn gut ist
- zu argumentieren, zu streiten, ihm mit „nein“ zu widersprechen, mit „warum“ zu fragen, double-bind
- oberflächlich mitzuspielen, mit Lügen Verstehen vorzutäuschen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Natürlicher Tod: gestalten Sie das Sterben menschenwürdig

langames Sterben ist Leben und Agonie ist Schwerarbeit

- Demente sterben meist an Lungenversagen bei Pneumonie, an Herz-Kreislaufversagen mit Lungenödem oder Sepsis bei infiziertem Dekubitus
- Nicht-Demente sterben **verwirrt** an Schlaganfall oder an Nierenversagen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Sterben ist ein langer Prozess

Klinischer Tod ist Partial-, Teiltod:

- Atem- und Kreislaufstillstand (pulslos)
- nach 20 Sekunden erlöschen Hörvermögen und Bewusstsein
- nach 1 – 3 Minuten gelähmt: lässt Hand los, hat noch Muskelzuckungen

Ist der Tod Vollendung?

Durchgang in die Ewigkeit?

Ins Nichts?

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Gedachte Ratschläge eines Sterbenden an seinen Begleiter, also einen Angehörigen, Freund, Bekannten:

1. Lass nicht zu, dass ich in den letzten Augenblicken entwürdigt werde.
2. Bleibe bei mir.
3. Denke dann nicht, wenn es so weit ist und du hier ratlos an meinem Bett sitzt, dass ich tot sei!
4. Das Richtige, was du mir jetzt sagen möchtest – wenn ich dich auch nicht mehr darum bitten kann – wäre zum ersten das, was es mir nicht schwer, sondern leichter macht, mich zu trennen.
5. Das Richtige wäre das Wort, aus dem ich gelebt habe.
6. Halte meine Hand!
7. Klage nicht an – es gibt keinen Grund.
8. Sorge dafür, dass der Ton dieser Stunde uns nicht verloren geht.
9. Du sollst von mir nur wissen, dass ich der Auferstehung näher bin als du selbst.
10. Nimm mit dir, was wir zusammen erlebt haben – als ein kostbares Vermächtnis.

Nach Johann Christoph Hampe

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Gedicht: Im Angesicht des Todes

wenn es so weit sein wird mit mir
brauche ich den engel in dir
bleibe still neben mir in dem raum
jag den spuk der mich schreckt aus dem traum
sing ein lied vor dich hin das ich mag
und erzähle was war manchen tag
zünd ein licht an das ängste verscheucht
mach die trockenen lippen mir feucht
wisch mir tränen und schweiß vom gesicht
der geruch des verfalls schrecke dich nicht
halt ihn fest meinen leib der sich bäumt
halte fest was der geist sich erträumt
spür das klopfen das schwer in mir dröhnt
nimm den lebenshauch wahr der verstöhnt
wenn es so weit sein wird mit mir
brauche ich den engel in dir

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Sterben gehört zum Leben!

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten

Was bedeutet nun Unterstützung durch Hospizarbeit?

Kann durch richtiges Verhalten aller Beteiligten Lebensqualität statt reiner Lebensverlängerung erzielt werden?

Ein Filmausschnitt soll Hospizarbeit umreißen

Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg



Sterbebegleitung bei Demenzerkrankten



Unternehmensgruppe BLANK – Haus St. Georg

Fachforum 4: Hospiz- und Palliativversorgung – Aufgaben der Pflegekassen

Marlies Wegner, Ltg. Stat. Hospiz, Celle

Wilken Voss, Referatsleiter Pflegeversicherung / Häusliche Krankenpflege, IKK Landesverband Niedersachsen, Hannover

Moderation: Tania Aletta Schmidt, Fachreferentin, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Herr Wilken Voss stellte in seinem Vortrag die Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen dar.

1. Hospiz-Forum Niedersachsen **am 12. Mai 2007 in Hannover**

**Fachforum 4 - Hospiz- und Palliativversorgung
- Aufgaben der Pflegekassen -**

Referent: Dipl.-Kfm. Wilken Voss, Referatsleiter Pflege
E-Mail: wilken.voss@lvnds.ikk.de

 **IKK-Landesverband Niedersachsen**

Inhaltsübersicht

1. Hospizversorgung

- 1.1 Strukturen ambulant und stationär
- 1.2 Finanzierung ambulant und stationär
- 1.3 Neuregelungen GKV-WSG

2. Palliativversorgung

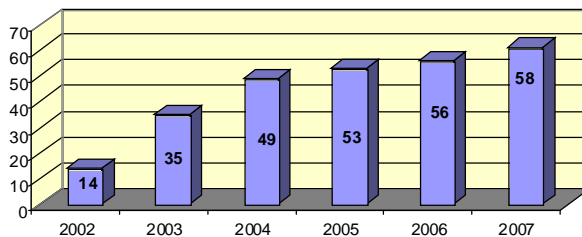
- 2.1 Strukturen
- 2.2 Finanzierung
- 2.3 Neuregelungen GKV-WSG

3. Fazit und Ausblick

1. Hospizversorgung

1.1 Strukturen ambulant

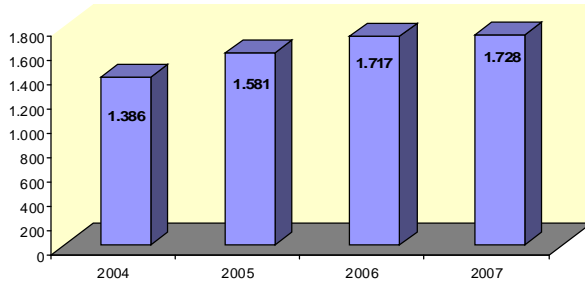
Anzahl geförderter ambulanter Hospizdienste
in Niedersachsen



1. Hospizversorgung

1.1 Strukturen ambulant

Anzahl der Ehrenamtlichen

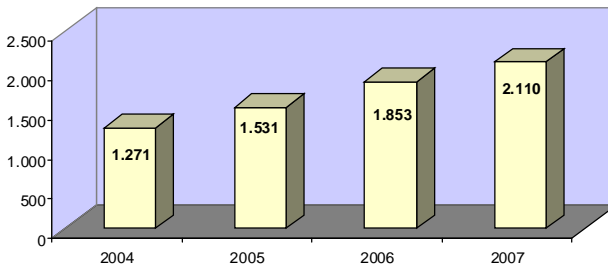


 IKK - LV Niedersachsen

1. Hospizversorgung

1.1 Strukturen ambulant

Anzahl der durchgeführten Sterbebegleitungen



 IKK - LV Niedersachsen

1.1 Strukturen stationär

- Anzahl stationärer Hospize in Niedersachsen mit Versorgungsvertrag, Stand: Mai 2007: 15, davon ein Kinderhospiz
- Standorte (Landkreise/kreisfreie Städte):
BS, CE, DH, GÖ, 3 x H, HM, LG, OL, OS, SZ,
VEC, WL, WOB
- Platzzahl gesamt: 130; Bandbreite: 5 – 12 Plätze

 - LV Niedersachsen

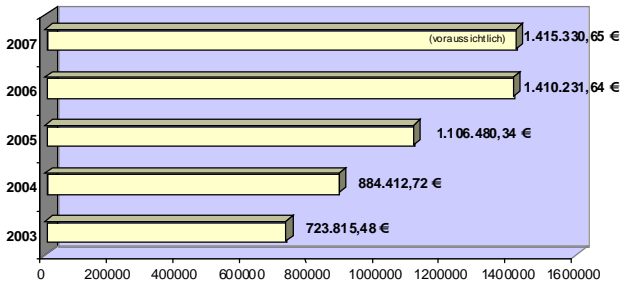
1.2 Finanzierung ambulant

Kostenträger:

- GKV gem. § 39 a Abs. 2 SGB V seit 1. Januar 2002;
2007: 0,40 € je Versicherten (6.866.749 Versicherte
mit Stand 1. Juli 2006)
- Fördervolumen max.: 2.746.699,60 €
- Fördervol. beantragt: 1.746.674,95 € (= 63,6 %)
- Fördervol. bewilligt
(voraussichtlich): 1.415.330,65 € (=51,5 %)
- Land und Kommunen
- Kirchen und Wohlfahrtsverbände

 - LV Niedersachsen

Entwicklung des bewilligten Fördervolumens:



 IKK - LV Niedersachsen

1.2 Finanzierung stationär

Tagesbezogene Bedarfssätze in Bandbreite 200 € - 260 €
(ohne Kinderhospiz)

Kostenträger (Mischfinanzierung):

- Eigenanteil Einrichtungsträger: 10 % des Bedarfssatzes
 - GKV: Mindestzuschuss gem. § 39 a Abs. 1 SGB V, kalendertäglich 147 € (2007), max. in Höhe der tatsächlichen Kosten; SGB XI-Leistungen sind vorab anzurechnen
- ...

 IKK - LV Niedersachsen

- PflegeV: Ausschöpfung der leistungsrechtlichen Höchstsätze gem. §§ 42, 43 SGB XI; künftig angestrebte einheitliche Pflegesätze

Klasse I: 53 €/Tag

Klasse II: 66 €/Tag

Klasse III: 87 €/Tag

- Selbstzahler bzw. Sozialhilfeträger bzw. NPflegeG:
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung in Bandbreite
15 € bis 24 € täglich
Investitionskosten in Bandbreite 11 € bis 30 € täglich

1.3 Neuregelungen GKV-WVG

- Berücksichtigung der besonderen Belange von Kindern als Programmsatz
- Absenkung des max. Eigenanteils von stationären Kinderhospizen auf 5 % → Erhöhung der Eigenanteile der Versicherten als Folge!

2. Palliativversorgung

2.1 Strukturen

- Mit Stand Mai 2007 existieren in Nds. 12 „Palliativstützpunkte“ gemäß Palliativkonzept:
 - Versorgungsnetzwerke mit Bestandteilen u. a. palliativmedizinische Versorgung, Hospizbegleitung, Pflege (je-weils ambulant und stationär), Beratungs-/Koordinierungsstellen
 - Freiwillige regionale Zusammenschlüsse bereits bestehender Institutionen

...

 iKK - LV Niedersachsen

- Landesförderung je 25.000 € im 1. Jahr, insges. 55.000 € über 4 Jahre; Bedingung: Übernahme einer „Partnerschaft“ für den Aufbau eines weiteren, neuen Stützpunktes
- Ziel: Flächendeckung 2008 (ca. 30 bis 35 Stützpunkte)
- Krankenhausbereich: 18 Palliativstationen/-bereiche, ca. 100 Palliativbetten (13 Betten / 1 Mio. Einwohner)

 iKK - LV Niedersachsen

2.2 Finanzierung

- Bisher erfolgt GKV-seitig eine sektorale Finanzierung: ärztliche Leistungen (u. a. extrabudgetäre Abrechnung von schmerzmedizinischen Leistungen), KH-Leistungen (DRGs und seit 2007 Zusatzentgelt), häusliche Krankenpflege, Hospize, Arzneimittel, Hilfsmittel etc., zum Teil erste Ansätze zur Integrierten Versorgung



2.3 Neuregelungen GKV-WSG

- Leistungsrechtliche Regelung ab 1. April 2007 (§ 37 b SGB V)
 - Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen
 - Inhalt: ärztl. und pflegerische Leistungen, Koordination, Fokus: Schmerztherapie, Symptomkontrolle
 - Ziel: Betreuung in der häuslichen Umgebung
 - Anspruch besteht aber auch in Pflegeheimen, hier Leistungserbringung durch gesonderte Vertragspartner oder Heimpersonal

...



- Laut Gesetzesbegründung ist der besondere Bedarf bei etwa 10 % aller Sterbenden anzunehmen (besondere Schwere und Häufung unterschiedlicher Symptome)
- Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet (Befreiung oder Linderung von Symptomen)
- Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen sind kein Leistungsinhalt (s. Hospizversorgung)

...

- Vertragsrechtliche Regelung ab 1. April 2007 (§ 132 d SGB V)
 - Vertragspartner sind geeignete „Einrichtungen oder Personen“, gewachsene Strukturen sollen berücksichtigt werden
 - Im Rahmen der Zulassung hat eine Bedarfsprüfung durch die Krankenkassen zu erfolgen (Anhaltspunkt lt. Gesetzesbegründung: 8 Vollzeitkräfte je 250.000 Versicherte ☺ Nds.: 220 Kräfte)
 - Auf Spitzenverbandsebene sind Empfehlungen zu den personellen u. sächlichen Anforderungen an die Leistungserbringer, Maßnahmen der Qualitätssicherung u. Maßstäbe für die bedarfsgerechte Versorgung zu schließen.

- Problemfelder (exemplarisch)

- Abgrenzungsfragen zur häuslichen Krankenpflege (ambulant) bzw. zu besonders aufwändiger medizinischer Behandlungspflege (stationäre Pflege) ⚡ Auswirkungen auf die Entgeltfindung, z. B. Bereinigung von Pflegesätzen erforderlich?
- Abgrenzungsfragen zur stationären Hospizversorgung ⚡ Auffassung GKV: Doppelfinanzierung vermeiden!

3. Fazit und Ausblick

- Die Versorgung schwerstkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase rückt zunehmend in den Fokus der politischen und öffentlichen Diskussion in Deutschland (s. Themen „aktive Sterbehilfe“ u. „Patientenverfügung“).
- Die Palliativ- u. Hospizversorgung, aber auch die Information zu rechtlichen u. ethischen Fragen, ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen.
- Hospizarbeit u. Palliativmedizin müssen in der Aus- und Weiterbildung (z. B. Änderung der Approbationsordnung für Ärzte, Ausbau Palliative-Care-Weiterbildg.) sowie in Forschung u. Entwicklung gestärkt werden.

- Palliativpflege begreift den Menschen als ganzheitliches Wesen; physische, spirituelle und soziale Aspekte sind eng miteinander verbunden. Dieses Menschenbild sollte dauerhaft Leitbild für alle in diesem Feld Tätigen bleiben.
- Langfristig sind nur kooperierende Netzwerke aus verschiedensten professionellen Anbietern u. ehrenamtlich Tätigen (inkl. Angehörigen) erfolgreich; dies erfordert zum Teil neue von gegenseitigem Respekt getragene „Umgangsformen“.
- Sofern auf lokaler Ebene gewachsene Strukturen existieren, sind diese zu erhalten und stetig weiterzuentwickeln.

...



- Hierbei sollten unterschiedl. Ansätze zulässig sein (Benchmarking!); der Vorrang der ambulanten Versorgung ist hierbei die Leitlinie
- Oberstes Gebot: Vermeidung unwirtschaftlicher Parallelstrukturen u. Leistungsüberschneidungen
- GKV und Pflegeversicherung kommen ihrem Sicherstellungs- und Finanzierungsauftrag im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben umfassend nach und werden sich an der Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen aktiv beteiligen.



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Ergänzt wurde der Vortrag durch Anmerkungen von Frau Marlies Wegner sowie durch Fragen und Diskussionsbeiträge aus dem Plenum:

- Hospiz- und Palliativversorgung ist auch eine Aufgabe der Länder und Kommunen
- Seit 2002 gibt es in der GKV die Möglichkeit der Förderung von Hospizdiensten:
 - ⇒ bemisst sich nach der Anzahl der Ehrenamtlichen und nach der Anzahl der Einsätze
 - ⇒ Kosten für Fachkraft (u. a. zuständig für Koordinierung) sowie für Fort- und Weiterbildung der Ehrenamtlichen
- Es wurde die Frage gestellt, ob eine Sättigung mit entsprechenden Diensten erreicht werde und wie diese festgestellt werden könne.
- Finanzierung erfolgt gemäß § 39a Abs. 2 SGB V (vgl. Vortrag)
- Schwierigkeiten bei der Bedarfsermittlung für die Dienste
- Beschaffung des notwendigen Eigenanteils ist nicht immer einfach

- teilweise werden Zuschüsse von Land und Kommunen gewährt (Bsp. Celle)
- Hinweis auf unterschiedliche Voraussetzungen im ambulanten und stationären Bereich
- Mischkalkulation erforderlich
- Es wurde auf die Gefahr hingewiesen, Hospizdienste könnten zu preisgünstigen Anbietern in den Pflegeheimen werden.
- Notwendigkeit der individuellen Bedarfsermittlung; was benötigen die Betroffenen im Einzelnen
- Hoher Bedarf an Fortbildung
- Träger müssen gezielt angesprochen werden, um Angebote zu schaffen
- Hinsichtlich der geplanten Palliativstützpunkte wurde darauf hingewiesen, dass bestehende Strukturen erhalten und ergänzt und keine Parallelstrukturen geschaffen werden sollten; hier ist ein wachsender Handlungsbedarf festzustellen.
- Als weiteres grundsätzliches Problem wurde die fehlende sektorübergreifende Vorgehensweise angesprochen, obwohl bereits erste Ansätze vorhanden sind (z.B. Hinweis auf GKV-WSG Neuregelung § 37b SGB V)
- Weiterhin solle die gesellschaftliche Perspektive stärker einbezogen werden, um z. B. Hemmschwellen abzubauen
- Forderung nach mehr Praxis und qualitativer Ausbildung
- Schaffung eines gemeinsamen Leitbildes
- Notwendigkeit von Netzwerken

Leitfrage:

1. Was braucht gute Palliativversorgung und wie lässt sich der Hospizgedanke am besten verwirklichen?
 - gesellschaftliche Sicht: Pflege ist etwas wert; kein Abwälzen auf die Familie oder das Ehrenamt
 - stärkere Förderung über die Krankenkassen
 - bessere Vernetzung / Vermeidung von Konkurrenz

- Abgrenzung zwischen Ehrenamtlichkeit und Hauptamtlichkeit
- Evt. Spezialisierung
- Einbeziehung der Nutzerperspektive / Bedarfsermittlung
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Fachlichkeit
- Beratung der Betroffenen
- Ganzheitliche Sichtweise / Alltagsweltliche Hilfen
- Einbindung von Ehrenamt
- Stärkung des Hospizgedankens in der Pflege
- Qualifizierte und flexible Ärzte und Ärztinnen

Fachforum 5: Psychosoziale und spirituelle Hospiz- und Palliativ-Versorgung

Dr. theol. Ralph Charbonnier, Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Hannover

Renate Lohmann, APD Oldenburg

Moderation: Dagmar Vogt-Janssen, Fachreferentin, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Das Forum wurde eröffnet mit folgendem Beitrag von Frau Renate Lohmann:

Der ambulante Hospizdienst Oldenburg ist einer der ältesten Dienste in Niedersachsen mit einer hauptamtlichen Koordinatorin (seit 1996). Insofern besteht schon einige Jahre Erfahrung in der Zusammenarbeit und jeweiligen Ergänzung bzw. Spezialisierung der hauptamtlichen und ehrenamtlichen Zusammenarbeit in der psychosozialen Begleitung bzw. Beratung von Sterbenden und Ihren Familien bzw. Zugehörigen.

Es gibt einige wichtige Grundvoraussetzungen, um eine gute Begleitung Schwerstkranker zu gewährleisten:

A) Richtige Haltung

- Wie lernt man das? Was heißt richtig?
- Respekt vor jedwedem Leben
- Hospizbewegung steht nicht für aktive Sterbehilfe, sondern für individuelle Begleitung
- Hospizarbeit ist überkonfessionell (Atheist/in wird im Hospiz nicht zwangskonfessioniert. Bezug zu Diskussion)

B) Persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen

- z. B. Geduld, Wertschätzung für sich selbst, Reflexionsfähigkeit
- Fertigkeiten: z. B. praktische Fertigkeiten, Vielseitigkeit, häusliche Tätigkeiten

C) Fachkompetenz

- Fachkompetenz in psychosozialer Beratung
(Professionelle Fachkompetenz ist operationalisierbar)

Psychosoziale Begleitung

- Was braucht eine gute Versorgung?
- Welche Bedürfnisse haben Patientinnen und Patienten und deren Angehörige?

Def.: nach Schulz 1978:

1. Frei von Schmerzen

- Schmerzkontrolle – Sicherheit: Da gibt es jemanden, der mir hilft.
- Lebenswunsch stärken
- Lebensqualität gewährleisten

2. Gefühle des Menschseins / Würde / Selbstwert

- Bedürfnisse anderer aufnehmen / wahrnehmen

3. Liebe und Zuwendung erhalten

- Spiritualität, allgemeine Liebe, Zuwendung

Def.: nach Cecile Saunders zu guter Versorgung:

Patientinnen und Patienten wollen **Komfort**; d. h. vor allem:

- Zu Pflegende sind als Subjekt zu behandeln
- Die Haltung, mit der gehandelt wird, spielt eine wichtige Rolle

Patientinnen und Patienten wollen **Kontrolle**; d. h. vor allem:

- nach dem salutogenetischen Modell von Antonowski wollen Patientinnen und Patienten Bescheid wissen über die Behandlung, Therapie, etc.
- sie wollen nicht einfach dem System überantwortet werden

Patientinnen und Patienten wollen **Kommunikation**; d. h. vor allem:

- die Behandelnden sollen mit den Betroffenen in Beziehung treten

Anhand der folgenden Tabelle über die „Systematik der Bereiche und Dimensionen psychosozialer Unterstützung durch Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste“ wurden die unterschiedlichen Formen von Begleitung im Hospiz- Palliativdienst dargestellt.

(Tabelle im Anhang: Systematik der Bereiche und Dimensionen psychosozialer Unterstützung durch Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste)

Im Anschluss daran sind anhand eines realen Falles die unterschiedlichen Begleitungsdimensionen diskutiert und graphisch im Kreismodell dargestellt worden.

Begleitungssituation:

Persönliche Daten:

Mann, 1942 geboren, Parkinson-Syndrom, Multi-System Atrophie, starke Herzschwäche, Zustand nach Pneumonie, geringe Sprechfähigkeit, Gehen mit Gehhilfe möglich, Pflegestufe 2, geschichtlich sehr interessiert, spielt gerne Schach, Backgammon und Skrabble

Strukturrahmenbedingungen:

Geräumige Zweizimmerwohnung mit Dachterrasse, am Stadtrand gelegen, finanziell abgesichert

Unterstützungssysteme:

Lebt mit Ehefrau zusammen, die die Versorgung übernimmt, Tochte rund Sohn jeweils verheiratet und Kinder in 200 Km Entfernung, stehen in engem Kontakt

Externe Unterstützung:
Hausarzt und Pflegedienst betreut

Begleitungsziele:

Durch ehrenamtliche Fachkräfte:

- Entlastung der Ehefrau,
- Gespräche mit dem Patienten und
- sinnvolle und angenehme Gestaltung der Freizeit.

Durch hauptamtliche Fachkräfte:

- Palliativberatung im Krankheitsverlauf,
- Ermutigung und Stärkung der Ehefrau,
- Vermittlung bei Unstimmigkeiten zwischen den Eheleuten und
- spirituelle Begleitung des Patienten.

Psychosoziale Begleitung bzw. Interventionen

- Einsatz von zwei Ehrenamtlichen
- Regelmäßige Besuche vom Pastor des Hospizdienstes
- Hausbesuche der Koordinatorin und Einzelsupervision im Büro für die Ehefrau

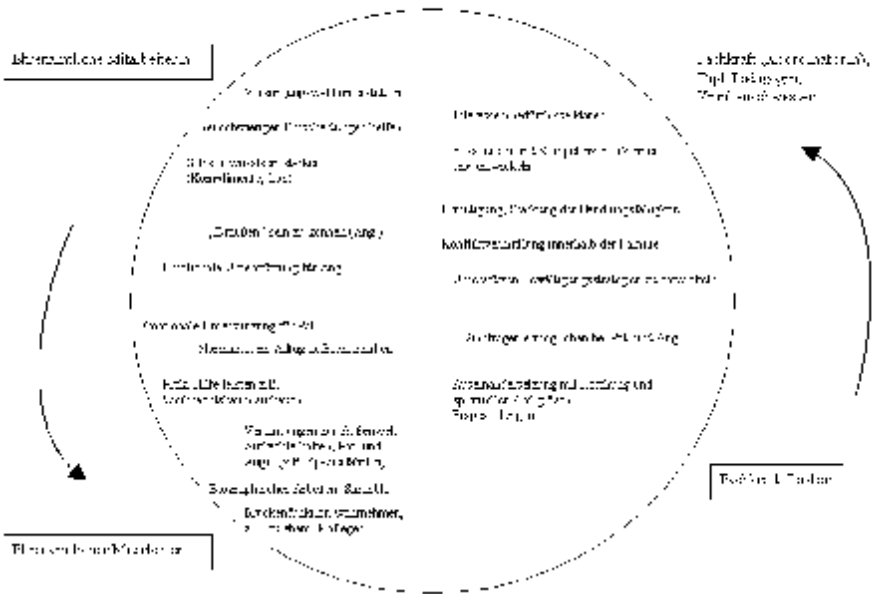


Abb. 3: Wirkungsfelder haupt- und ehrenamtlicher Kräfte

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die psychosoziale Begleitung i. V. m. einer professionellen spirituellen Begleitung gesehen werden muss. Ethische Fragestellungen werden im Versorgungsalltag immer wichtiger (vgl. dazu auch: Interview mit Dr. med Andreas Zieger, Ärztl. Leiter Krankenhaus Oldenburg, „Wir haben eine beziehungssethische Grundhaltung“ in: TAZ 17./18.05.07). Es gibt eine zunehmende Bewegung in der Medizin und Pflege, die nach der Spiritualität fragt. Dieser Gedanke entstammt der Hospiz- und Palliativbewegung.

Dr. theol. Ralph Charbonnier vertiefte die Frage nach Spiritualität:

Die Frage „Was heißt eigentlich Spiritualität“ wurde wie folgt von den Teilnehmenden des Fachforums beantwortet:

- Suche nach sich Selbst / Sinnsuche des Lebens
- Transzendenz
- Meditation
- Geistliches Einstehen
- Nicht fassbar, außerweltlich
- Beruhigung
- Nach innen schauen
- Fragen, die nicht zu beantworten sind
- Gebet
- Immaterielles Leben
- Selbstheilungskräfte
- Mein Glauben, mein Suchen

Das folgende Diskussionspapier zum Thema „Spiritualität“ wurde besprochen:

Was ist Spiritualität?

- Es gibt eine *Alltagsspiritualität*, das ist die Beziehungsgeschichte eines Menschen mit den Dingen und Ereignissen des Lebens. Dort, in der alltäglichen Lebensgestaltung (z.B., dass er seinen Garten liebt, ein Motorrad anschafft), wird etwas von dem symbolisiert, was ihm heilig ist und was ihn zutiefst bewegt. Zur Beziehungsgeschichte gehören:
 - Leib (Geschlecht, Gestalt)
 - Soziale Beziehungen (Enkel, Partner, Freunde etc.)
 - Heimat (materieller Besitz, Wohnräume etc.)
 - Fähigkeiten (Alltagsbewältigung, Beruf, Hobbys etc.)
 - Ideen- und Wertewelt

- Die Alltagsspiritualität wird zur *Glaubensspiritualität*, wenn Menschen diese Verbundenheit ausdrücklich dem höchsten Geheimnis, dem alles umfassenden Sinngrund, Gott, dem Absoluten zuschreiben und sich damit in Verbindung wissen.

Spirituelle Begleitung

Explizit:

Spirituelle Anamnese

- In wen oder was setzen Sie Ihre Hoffnung?
- Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?
- Betrachten Sie sich als spirituellen oder religiösen Menschen?
- Wie bestimmen Ihre spirituellen Überzeugungen Ihren Umgang mit Ihrer Krankheit?
- Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft?
- Wie soll ich als Ihr Arzt, Ihre Pflegeperson mit diesen Fragen umgehen?

Implizit:

Aussagen eines Menschen

Hinsichtlich ihres Spiritualitätsgehaltes deuten

1. Sachebene
2. Gefühlsebene
3. Identitätsebene
4. Spiritualitätsebene

(nach: Erhard Weiher: Spirituelle Begleitung in der palliativen Betreuung, in: Cornelia Knipping (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, Bern 2006, S. 438-453.)

Auf den zuvor erörterten Fall bezogen wurde deutlich, dass Spiritualität sich in vielen kleinen Dingen ausdrücken kann und es notwendig ist, die Aussagen eines Menschen nach Spiritualität im Einzelnen abzufragen. Der Fall, dass sich beispielsweise die Freude am Scrabblespiel zeigt, kann auch eine Form von Spiritualität sein; denn darüber werden Gefühle deutlich, eine Distanzierung von der derzeitigen Situation und eine neue Identitätsfindung findet statt. Besonders deutlich zeigt sich die Freude an dieser Möglichkeit der Interaktion durch die Dokumentation aller Scrabble-Spiele der letzten 15 Jahre in einem Familien-Scrabble-Buch.

Spiritualität zeigt sich häufig in Symbolen, wie z. B. singen, beten, in Salbungen, im Reisesegen etc.

Wer ist zuständig für die spirituelle Begleitung?

- Hauptamtliche, z. B. Seelsorger/in im Krankenhaus
- Ehrenamtliche Besuchsdienste

Eine scharfe Trennung ist hier nicht möglich. Die Haltung ist auch hier das entscheidende. Bei einigen Personen ist es für die Spiritualität wichtig, dass der Pastor, die Pastorin ans Krankenbett kommt. In der katholischen Religion hat z. B. das Abendmahl als Weihe einen besonderen Stellenwert und kann nur durch den Priester durchgeführt werden.

Fragen / Beiträge von Teilnehmenden:

- Versorgung von Patientinnen und Patienten ist ein Beziehungsgeschehen, das eine spirituelle Begleitung im Miteinander erfordert – geschieht das?
- Grundvoraussetzungen für eine Psycho-spirituelle Begleitung sind: Kompetenzen immer wieder überprüfen durch Gespräche bei der Krankenhausseelsorge / Gemeindeseelsorge (Stichwort: lebenslange Kompetenz)

- Konsequenzen müssen im Gespräch mitgeteilt werden, wenn psycho-spirituelle Begleitung zu Irritationen führt – regelmäßige Supervisionen
- Der Sterbende führt die Regie „Jacobssegens“ – Weggehender spricht den Verbleibenden den Segen aus – „Vater den Söhnen“ – beides ist jedoch möglich
- Zeitgeben zur Aussprache – Vater – Kinder vor dem Ableben z. B. gehört zum Prozess der Identitätsfindung
- Spiritualität gehört zu jedem Menschen – es ist wichtig, die eigene Spiritualität erfahrbar zu machen, zu reflektieren – Professionen schieben diese Frage gerne ab
- Pflegekräfte erhalten eine Ausbildung in Palliative Care, aber keine spirituelle Ausbildung
- Pflegekräfte prallen häufig auf die Mediziner/innen mit medizinisch-technischem Wissen
- Begleiten von Schwerstkranken heißt auch Lebensfreude aufnehmen
- Supervision ist häufig ein angstbesetzter Begriff
- Es kann keine Pflicht zur Supervision geben, denn es muss eine freiwillige Einladung zum kollegialen Austausch sein
- Ermutigung der (Zu)Mutung



Abb. 4: Dr. theol. Ralph Charbonnier, Fachforum 5

Fachforum 6: Gewinnung und Begleitung von Ehrenamtlichen in den Hospiz- und Palliativnetzwerken

*Irene von Oertzen, Ehrenamtliche, Freundeskreis Hospiz Lüneburg e.V.
Astrid Karahan, hauptamtliche Koordinatorin, Freundkreis Hospiz Lüneburg e.V.*

Moderation: Rosemarie Fischer, Vorsitzende LAG Hospiz Niedersachsen e. V., Wathlingen

Ziel – motivierte, zuverlässige, gut vorbereitete Ehrenamtliche

- Motivation der Ehrenamtlichen
- Bedürfnisse/ Wünsche der Ehrenamtlichen?
- Umsetzung

1. Motivation von Ehrenamtlichen

- Vorbereitung auf familiäre Situation
- Verarbeiten von „schlechten“ Erfahrungen; „besser machen“
- Suche nach einer Gruppe, Kontakte mit Gleichgesinnten
- Aufgabe haben
- Anerkennung, Selbstbestätigung erhalten

2. Gewinnung von Ehrenamtlichen

Bekanntheit der Hospizarbeit / des Hospizvereins durch:

- Vorträge, Veranstaltungen
- Öffentlichkeitsarbeit, Pressearbeit, Vorträge (Seniorenbeirat, Kirche)
- Hospiz „ein Gesicht“ geben
- Offener Treffpunkt (Café)



Abb. 5: Irene von Oertzen, Fachforum 6

3. Was wünschen sich Ehrenamtliche?
 - Erkennen der individuellen Bedürfnisse und Wünsche
 - Den Fähigkeiten entsprechender Einsatz, „ adäquate“ Begleitung
 - Regelmäßige Begleitungen
 - Lob und Anerkennung
 - Informationen
 - Nähe zum Vorstand
 - Nähe zur Koordinatorin
 - Vertrauen
 - Öffentliche Anerkennung
4. Umsetzung
 - Transparenz und klare Strukturen im Verein (Aufgabenverteilung)
 - Möglichkeit des Austauschs (Supervision, Gruppenabende, Stammtisch)

- Gemeinsame Aktivitäten
- Integrationswochenende für neue Ehrenamtliche
- Paten für Neueinsteiger
- Fortbildungen (intern / extern)
- Feedback von Angehörigen weitergeben
- Wertschätzende Maßnahmen
- Erstattung von Unkosten
- Versicherung
- Kontakte nach außen (LAG, etc)

Podiumsdiskussion: Weiterentwicklung der Hospizarbeit in Niedersachsen

Moderation: Thomas Altgeld, Geschäftsführer, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Hannover

Teilnehmende:

- Rosemarie Fischer, Vorsitzende LAG Hospiz Niedersachsen, Wathlingen
- Gesine Meißner, MdL, FDP-Fraktion, Wennigsen
- Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Direktor Abteilung Palliativmedizin, Universität Göttingen
- Martin Ostertag, Pastor i. R., ehem. Landeskirchlicher Hospizbeauftragter, Lüneburg
- Dr. med. Rainer Prönneke, Chefarzt Medizinische Klinik, Palliativmedizin, Krankenhaus Marienstift, Braunschweig
- Wilken Voss, Referatsleiter Pflegeversicherung/ Häusliche Krankenpflege, IKK LV Niedersachsen, Hannover

Beiträge der Podiumsteilnehmenden

Wilken Voss, Referatsleiter Pflegeversicherung/ Häusliche Krankenpflege, IKK LV Niedersachsen

Zu Ausstattung / Finanzierung:

- IKK leistet seit knapp 10 Jahren im stationären Bereich finanzielle Unterstützung – 147,- Euro erhält der einzelne Hospizpatient von der Krankenkasse pro Tag, zusätzlich Zuschüsse von der Pflegekasse – dies ist keine Vollfinanzierung und erfordert einen Eigenanteil der Hospize (10 %) sowie der Bewohner bzw. des Sozialhilfeträgers

- Seit 2002 liegt im ambulanten Palliativbereich die Versorgung mit jährlich steigenden Förderungen bei 0,40 Euro pro Versichertem – dies wird bei den Krankenkassen bisher zu ca. 50 % abgerufen
- Eine Abstimmung auf lokaler Ebene ist notwendig, so dass die vom Gesetzgeber geforderten Aufgaben erfüllt und die Mittel zielgerichtet und gerecht verteilt werden können – Vorschlag: unterschiedliche Ansätze der Koordination und Zusammenarbeit und somit ein „produktives Benchmarking“ zulassen

Gesine Meißner, MdL, FDP-Fraktion

Zu Veränderungsbedarfe:

- flächendeckende Palliativstützpunkte anbieten
- hospizliche Versorgung stärken und Vernetzungen fördern
- Abbau der Konkurrenzen zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen – von anderen Ländern lernen – in England gibt es so etwas nicht – es behindert die Praxis
- §§ 37 b und 132 d SGB V – im Brückenschlag, besser verzahlen
- Palliativkarenzmodell gibt es in Österreich und Norwegen, in Deutschland sind Pflegezeiten einzurichten



Abb. 6: Podiumsdiskussion

Rosemarie Fischer, Vorsitzende LAG Hospiz Niedersachsen

Zu Vernetzungen:

- zehn Regionen mit Strukturen ausbauen
- Geschwindigkeit beim Ausbau von 40 Stützpunkten für Niedersachsen überdenken, die Förderung weckt Begehrlichkeiten, denn ein Zertifikat „Stützpunkt Niedersachsen“ wird vergeben – besser: zunächst Bedarfe feststellen
- Wunsch: einen Runden Tisch installieren, um die Vernetzungsarbeit voran zu bringen

Martin Ostertag, Pastor i. R., ehem. Landeskirchlicher Hospizbeauftragter

Zu Zukunftsaufgaben:

- Zunächst wünsche ich dem neuen Vorsitzenden der Hospiz Stiftung Niedersachsen, Herrn Ulrich Domdey, Bistum Hildesheim, und meiner Nachfolgerin als Landeskirchliche Hospizbeauftragte, Pastorin Andrea Peschke, viel Glück und Unterstützung!
- „Hospiz- und Palliativarbeit“ – und was sind die Tätigkeitswörter? Was heißt das jeweils vor Ort?
- Die Einrichtung eines Runden Tisches (RT) ist immer schwierig, wenn Handelnde und Zuständigkeiten unklar sind.
- Wer organisiert und wie soll der RT organisiert werden – Superintendent/-in, Arzt / Ärztin, Pflegedienst, Ehrenamtliche?
- Die Beteiligung der Seelsorge an RT ist auf regionaler Ebene im Auftrag der jeweiligen kirchlichen Vertreter zeitlich zu verankern.
- Gute und verlässliche Öffentlichkeitsarbeit des RT ist erforderlich.
- Für die Begleitung dementiell Erkrankter zu Hause und in Pflegeheimen muss das freiwillige Betreuungsangebot erweitert werden.
- Wir sollten auch zukünftig unbequeme Fragen stellen.

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Direktor Abteilung Palliativmedizin, Universität Göttingen

Zu hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen:

- die Zusammenarbeit der Hospiz- und Palliativversorgung hat sich vor allem dort bewährt, wo Zusammenarbeit auch erwünscht ist
- in Altenpflegeeinrichtungen muss eine hospizliche und palliative Weiterbildung für Mitarbeitende eingerichtet werden, ethische Beratungen müssen dort stattfinden, eine verbesserte Rückführung von Patientinnen und Patienten an Krankenhausabteilungen muss stattfinden
- Geld wirkt immer stimulierend – auf das Land Niedersachsen bezogen heißt das: Mit so wenig Geld so viel Bewegung hinein-zubringen ist positiv.
- Schnelles Handeln, wie das Einrichten der Palliativstützpunkte in Niedersachsen darf nicht zu schlechter Versorgung in den Stützpunkten führen.
- Eine wissenschaftliche Evaluation der hospizlichen und palliativen Versorgung wäre ein sinnvolles Benchmarking zur Verbesserung der Strukturen.
- Geduld ist nicht nur in der Behandlung der Patientinnen und Patienten und bei diesen erforderlich, sondern auch bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Dr. med. Rainer Prönneke, Chefarzt Medizinische Klinik, Palliativmedizin, Krankenhaus Marienstift

Zu Schwerpunkte für die zukünftige Arbeit:

- drei Wochen Schmerzen bei einer kürzlich stationär eingewiesenen Schwerkranken in einem der medizinisch bestversorgtesten Ländern der Welt ist nicht hinnehmbar

- wir wissen, was wir tun können, aber es kommt nicht genügend an
- häufig sorgt ein „emotionaler Block“ bei Angehörigen für Verzögerungen einer notwendigen Hospiz- und Pallivversorgung
- es gibt gute Modelle, von denen wir lernen können
- Hierarchien abschaffen, Netzwerke, die nebeneinander stehen, Konkurrenzen abschaffen
- veränderte Behandlungspfade durch Einbindung spezieller Palliative-Care-Teams bei den Hausärzten führen zu mehr Gesamtverantwortung im Umgang mit Schwerstkranken
- mehr Geld führt nicht zwangsläufig zu verbesserten Versorgungsstrukturen
- Aufgabe der Hospize u. a. : „Jemanden gut nach Hause begleiten.“
- Das zu Hause Sterben hat die höchste Priorität
- immer wieder deutlich machen: „Sterben gehört zum Leben dazu.“

Resümee der Podiumsdiskussion:

- Die Sterbekultur ist zu verbessern – Kräfte von außen sind notwendig – wir brauchen das Ehrenamt.
- Qualität der Hospizarbeit durch: Engagement, gute Partnerschaft zwischen LAG Hospiz und Kirche (Kooperationspartner), Hospizbeauftragte, und Akademie für Palliativmedizin bei der Ärztekammer Niedersachsen.
- Sinnvoll wäre ein bedarfsorientierter Ausbau der Palliativstützpunkte in Niedersachsen.

Anhang

A. Pressemitteilung

Pressemitteilung – Veranstaltung 12. Mai 2007, 1. Hospiz Forum Niedersachsen

Lebensqualität bis ans Lebensende und ein würdevolles Sterben ist das Anliegen aller Menschen. Obgleich wir in Deutschland einen vergleichsweise hohen Versorgungsstandard haben, wird dieser Aspekt häufig vernachlässigt und der kurativen Versorgung der Vorrang eingeräumt. Die Gewährleistung einer palliativen Versorgung bei nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung sowie die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Hospizen ist Thema der Veranstaltung am 12. Mai 2007. Das 1. Hospiz Forum Niedersachsen will informieren über Möglichkeiten der ambulanten und stationären Versorgung, finanzielle Aspekte der Palliativ- und Hospizversorgung und über Erfahrungen der Hospizbewegung Niedersachsen sowie der palliativen Versorgungsträger und –leister.

Im Rahmen der Veranstaltung wird der 1. Niedersächsische Hospizpreis in Höhe von 5.000,- Euro ausgelobt, mit dem zum einen Anerkennung für geleistete Arbeit ausgesprochen, aber auch ein Anreiz, für zukünftige Aktivitäten in diesem Bereich geschaffen werden soll. Die Preisvergabe findet im Herbst diesen Jahres statt.

Mit dem 1. Hospiz Forum Niedersachsen, zu dem sich mehr als 250 Teilnehmende aus Hospizbewegung, Politik, Pflege, Medizin, Seelsorge und vielen anderen Arbeitsbereichen angemeldet haben, soll der interdisziplinäre Dialog zwischen Leistungsträgern und –bringern, Betroffenen und Interessierten sowie Politik für eine verbesserte palliative Versorgung, einen stärkeren Ausbau von Hospizen und eine angemessene Aufwandsentschädigung der vielfach ehrenamtlich Tätigen sorgen.

Das 1. Hospiz Forum Niedersachsen findet am 12.05.07 von 9:30 – 17:00 Uhr im Saal des Restaurants Leineschloss und im Niedersächsischen Landtag statt.

Veranstalter sind: Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz Niedersachsen, Hospiz Stiftung Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und die Niedersächsische Landesagentur Generationendialog (ein Projekt des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit).

Gefördert wird die Veranstaltung vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, von der Hanns-Lilje-Stiftung und der Klosterkammer Hannover.

B. Einladungsbrochure (Flyer)

Per Fax an: 0511 / 350 51 95

Tagungsort:
Restaurant „Leinwehde“ Hannover
Hilke-Edelmann-Gaß Platz 1
30159 Hannover
Tel.: 0511 350 51 95

Anreise: http://www.gesundheitsforum-niedersachsen.de

Teilnahmebedingungen:
Die Teilnahme ist kostenlos. Eine verbindliche Anmeldung ist erforderlich. Eine Teilnahmebestätigung wird zugesandt.

Vorveranstalter:
Hospizforum Niedersachsen
Hannover, 0511
31104 Fildeslage
Tel.: 0511 350 509, Fax: 0511 350 522
E-Mail: info@hospizforum-niedersachsen.de
www.hospizforum-niedersachsen.de

Landesverbände für Gesundheitsfürsorge e.V.
Feldbergweg 2, 30159 Hannover
Tel.: 0511 350 00 00, Fax: 0511 350 55 55
E-Mail: info@gesundheitsforum.de
Internet: www.gesundheitsforum.de

Information und Organisation:
Dagmar Upp-Jensen
Einladungsanfrage für eine verbindliche Teilnahme
Telefonnum. 1.507.95 Hannover
Tel.: 0511 350 31 69-5, Fax: 0511 350 30 45
E-Mail: dagmar-und-anna@gesundheitsforum.de
Internet: www.gesundheitsforum.de

Diese Veranstaltung wird unterstützt von der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsförderung.



Landesverbände für Gesundheitsfürsorge e.V.
Hospizforum Niedersachsen

1. Hospiz Forum Niedersachsen

12. Mai 2007
Restaurant „Leinwehde“ / Ndl. Landtag
Hannover

Schirmherrschaft:
Minister für Gesundheitsfragen
Sozialer, Frauen, Familie und Gesundheit

Die Veranstaltung wird von der
Arbeitsgemeinschaft Hospizforum
Niedersachsen e.V. gefördert.

An: Landesverbände für Gesundheitsfürsorge e.V.
Feldbergweg 2
30159 Hannover

1. Hospiz Forum Niedersachsen

Das Hospizforum ist in Deutschland ein prominentes Fachkongressforum, das sich mit der Aufmerksamkeit der Politik und der Anerkennung der Rolle in der Palliativversorgung beschäftigt. Nach dem Erfolg der letzten Hospizforum Niedersachsen im Jahr 2005 wird das diesjährige Hospizforum in Hannover abgehalten. Die Hospizforum Niedersachsen wird von der Arbeitsgemeinschaft Hospizforum Niedersachsen e.V. durchgeführt. Die Hospizforum Niedersachsen wird von der Arbeitsgemeinschaft Hospizforum Niedersachsen e.V. durchgeführt.

Das erste Hospiz Forum Niedersachsen fand am 12. Mai 2007 statt. Die Hospizforum Niedersachsen wird von der Arbeitsgemeinschaft Hospizforum Niedersachsen e.V. durchgeführt.

Programm:

13.00 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

13.15 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

13.30 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

13.45 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

14.00 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

14.15 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

14.30 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

14.45 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

15.00 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

15.15 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

15.30 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

15.45 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

16.00 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

13.00 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

13.15 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

13.30 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

13.45 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

14.00 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

14.15 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

14.30 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

14.45 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

15.00 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

15.15 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

15.30 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

15.45 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

16.00 Uhr **Eröffnung**
Ulrich Gellert, Vorsitzender des Hospizforums Niedersachsen

Referentinnen und Referenten / Moderatorinnen und Moderatoren

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Telefon: 05 11/ 3 88 11 89 - 0

E-Mail: Thomas.Altgeld@gesundheit-nds.de

Gerhard Blank

Haus St. Georg Nesselröden

Tannenweg 1

37115 Duderstadt

Telefon: 0 55 27 / 8 43 - 1 0

E-Mail: gerhard.blank@haus-st-georg.de

Dr. theol. Ralph Charbonnier

Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum

Knochenhauerstr. 33

30159 Hannover

Telefon: 05 11 / 1 241 - 4 77

E-Mail: ralph.charbonnier@evlka.de

Dipl.-Theol. Ulrich Domdey

Bistum Hildesheim/ Bischöfliches Generalvikariat,

Fb Erwachsenenpastoral

Domhof 18-21

31134 Hildesheim

Telefon: 0 51 21 / 3 07 - 3 60

E-Mail: ulrich.domdey@bistum-hildesheim.de

Rosemarie Fischer
LAG Hospiz Niedersachsen. e. V., Vorsitzende
Sachsenring 47
29229 Wathlingen
Telefon: 0 51 44 / 9 21 12
E-Mail: hospiz.lag@hospiz-nds.de

Dipl.-Psych. Evelyn Freitag
Hospiz Stiftung Niedersachsen / Pastorin, Krankenhauseelsorge, Hospizbeauftragte
Ebhardtstr. 3a
30159 Hannover
Telefon: 05 11 / 36 04 - 3 03
E-Mail: info@hospiz-stiftung-niedersachsen.de

Dr. med. Ute Heinicke
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Rettungsmedizin, Palliativmedizin
Im Rehwinkel 5
30559 Hannover
Telefon: 0511 / 72 21 21
E-Mail: ute.heinicke@gmx.de

Astrid Karahan
Freundeskreis Hospiz Lüneburg e. V. Städtisches Klinikum Lüneburg
gGmbH
Böglerstr. 1
21339 Lüneburg
Telefon: 041 31 / 73 15 00
E-Mail: kontakt@hospiz-verein-lueneburg.de

Angela Knop

St. Martinshof/ Diakonin Ökumenische Freiwilligenarbeit Hannover-Ost
Nussriede 21
30627 Hannover
Telefon: 05 11 / 95 59 90, 05 11 / 51 78 40
E-Mail: info@st-martinshof.de

Renate Lohmann

Ambulanter Hospizdienst Oldenburg/ Leitung
Hareneschstr. 60
26121 Oldenburg
Telefon 04 41 / 77 77 70
E-Mail: info@hospizdienst-oldenburg.de

Gesine Meißner

Vorsitzende des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familie u. Gesundheit des Nds. Landtages
MdL, Landtagsfraktion der FDP
Blankweide 15
30974 Wennigsen
Telefon: 05 11 - 280 71 24
E-Mail: fdp-wk-hannover@web.de

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Universität Göttingen- FB Humanmedizin
Direktor Abteilung Palliativmedizin
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen
Telefon: 05 51 / 391 05 01
E-Mail: friedemann.nauck@med.uni-goettingen.de

Martin G. Ostertag

Hospiz Stiftung Niedersachsen / Beauftragter der Ev.-luth. Landeskirche
Hannovers für Hospizarbeit und Palliativmedizin

Vor dem roten Tore 61

21335 Lüneburg

Telefon 0 41 31 / 15 94 06

E-Mail: m.ostertag@coffeezone.de

Dr. med. Rainer Prönneke

Krankenhaus Marienstift/ Medizinische Klinik, Chefarzt für Innere Medi-
zin, Palliativmedizin

Helmstedter Str. 35

38102 Braunschweig

Telefon: 05 31 / 70 11 - 2 26

E-Mail: r.proenneke@marienstift-braunschweig.de

Susanne Sarrazin

Ambulanter Palliativ- u. Hospizdienst Hannover, Stellvertr. Leitung/ Öff-
fentlichkeitsarbeit

Bodenstedtstr. 6

30173 Hannover

Telefon: 05 11 / 13 17 - 1 11

E-Mail: s.sarrazin@aphd.de

Tania-Aletta Schmidt

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Telefon: 05 11/ 3 88 11 89 - 7

E-Mail: tania.schmidt@gesundheit-nds.de

Dr. jur. Wolfgang Schoepffer

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie u. Gesundheit

Postfach 1 41

30001 Hannover

Telefon: 05 11 / 1 20 - 58 90

E-Mail: wolfgang.schoepffer@ms.niedersachsen.de

Dr. h. c. Rudolf Seiters

Hospiz Stiftung Niedersachsen, Schirmherr

Ebhardtstr. 3a

30159 Hannover

Telefon: 05 11 / 36 04 - 3 03

E-Mail: info@hospiz-stiftung-niedersachsen.de

Bernd Strauch

Landeshauptstadt Hannover, Bürgermeister und Ratsvorsitzender

Trammplatz 2

30159 Hannover

Telefon: 0511 / 168 - 45341

E-Mail: monika.bergmann@hannover-stadt.de

Dagmar Vogt-Janssen

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Telefon: 05 11 / 38 81 18 9 - 6

E-Mail: dagmar.vogt-janssen@gesundheit-nds.de

Irene von Oertzen

Freundeskreis Hospiz Lüneburg e. V., 1. Vorsitzende

Bögelstr. 1

21339 Lüneburg

Telefon: 0 41 31 / 73 15 00

E-Mail:

Wilken Voss

IKK Landesverband Niedersachsen, Referatsleiter Pflegeversicherung/

häusliche Krankenpflege

Günther-Wagner-Allee 23

30177 Hannover

Telefon: 05 11/1 23 89 - 0

E-Mail:

Marlies Wegner

Hospiz-Haus Celle

Glockenheide 79

29225 Celle

Telefon: 0 51 41 / 70 92 90

E-Mail: marlies.wegner@hospiz-haus-celle.de

Birgit Wolff

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Telefon: 05 11/ 3 88 11 89 - 9

E-Mail: birgit.wolff@gesundheit-nds.de