

# Dokumentation

## 115. Aachener Hospizgespräch

06./07. Mai 2022

Museum Zinkhütter Hof, Stolberg

Sorgende Gemeinschaft –  
Wo stehen wir mit neuen  
Entwicklungen in  
der Hospiz- und Palliativ-  
versorgung heute?



BILDUNGSWERK  
AACHEN  
Servicestelle Hospiz

### **115. Aachener Hospizgespräch am 06./07. Mai 2022**

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

#### **„Sorgende Gemeinschaft – Wo stehen wir mit neuen Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativversorgung heute?“**

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

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

**Konzeption/Koordination:** Veronika Schönhofer-Nellessen, Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen,  
[www.aachenerhospizgespraeche.de](http://www.aachenerhospizgespraeche.de)

**Gestaltung:** Doris Billig, Köln, [www.sehen-und-sein.de](http://www.sehen-und-sein.de)

**Tagungsfotografie:** Andreas Schmitter, Schmitter Fotografie, Aachen, [www.schmitter-fotografie.de](http://www.schmitter-fotografie.de)

**Nachtaufnahmen Museum Zinkhütter Hof:** Fotostudio Pfaff, Stolberg [www.fotos-mit-klasse.de](http://www.fotos-mit-klasse.de)

**Foto Titelseite:** Der Aachener Dom ©Andreas Herrmann, Aachen [www.andreasherrmann.de](http://www.andreasherrmann.de)

**Die Dokumentation steht zum Download bereit unter:**

[www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de) oder unter: [www.servicestellehospizarbeit.de](http://www.servicestellehospizarbeit.de)

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

# Inhalt

<b>VORWORT</b>	Veronika Schönhofer-Nellessen Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke	<b>03</b>
<b>GRUSSWORT (FR)</b>	Dr. Michael Ziemons	<b>06</b>
<b>VORTRAG</b>	Dr. phil. I Robert Sempach	<b>08</b>
<b>VORTRAG</b>	Prof. Dr. Daniela Händler-Schuster	<b>11</b>
<b>GRUSSWORT (SA)</b>	Claudia Moll MdB	<b>14</b>
<b>WORKSHOP 2</b>	Dr. Ulrich Grabenhorst	<b>18</b>
<b>WORKSHOP 3</b>	Bernd Claßen	<b>21</b>
<b>WORKSHOP 4</b>	Thomas Montag Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm	<b>23</b> <b>25</b>
<b>WORKSHOP 5</b>	Dr. Gwendolin Wanderer Ramona Wagner	<b>29</b>
<b>PRESSEMITTEILUNG</b>	Pressemitteilung zum 115. Aachener Hospizgespräch	<b>32</b>
	Akteur*innen und Mitwirkende	<b>36</b>
	Foto-Impressionen und Hinweis auf Dokumentation und Film	<b>38</b>
	Hinweis auf das 116. Aachener Hospizgespräch	<b>39</b>

VERONIKA  
SCHÖNHOFER-NELLESSEN

Servicestelle Hospiz, Aachen

UNIV.-PROF. DR. MED.  
ROMAN ROLKE

Direktor der Klinik für  
Palliativmedizin an der  
Uniklinik RWTH Aachen



## Vorwort zum 115. Aachener Hospizgespräch: „Sorgende Gemeinschaften – Wo stehen wir mit den neuen Entwicklungen in der Hospiz- und Palliativversorgung heute?“

Zum ersten Mal nach 15 Jahren haben wir den jährlichen national ausgerichteten Kongress aus aktuellem Anlass auf das erste Maiwochenende 2022 gelegt. Er fand mit ca. 150 Teilnehmenden als Präsenzveranstaltung statt. Der gemeinsame Reflexionsraum zu den brandaktuellen Themen, die intensiven Gespräche und Diskussionen, die sehr kompetenten Referent\*innen sowie die direkte Begegnung miteinander, haben laut Rückmeldungen der Teilnehmenden das 115. Aachener Hospizgespräch zu einem besonderen Kongress gemacht. Der Projektchor – die Gospel-Hospice-Singers – mit seinen nachdenklichen und beschwingten Liedern wurde zum zweiten Mal von freien Mitarbeitenden des WDR als Film aufgezeichnet.

Caring Community ist ein Thema, was uns in der Region Aachen und in der bundesweiten und internationalen Hospiz- und Palliative Care-Bewegung schon seit Jahren sehr beschäftigt. Sorgende Gemeinden, in denen bürgerschaftliches Engagement, kommunale Kooperation und Unterstützung sowie professionelle Vernetzung ein zukunftsfähiges Konzept darstellen gerade angesichts der Knappheit von Personal und Ressourcen.

**Dr. Michael Ziemons**, Dezernent für Gesundheit, Soziales und Digitalisierung der StädteRegion Aachen eröffnete den Freitagabend und unterstützte den Caring-Gedanken, in dem er z. B. durch Gesundheitskioske zugehende Beratung in alle Quartiere der Region für alle Belange rund um das Thema Gesundheit vorantreibt.

Von **Dr. Robert Sempach**, Netzwerk Caring Communities aus der Schweiz, hörten wir, dass es keine festen Vorgaben, wer oder was eine Caring Community ist, gibt. Alle Bündnisse, die Solidarität in den Vordergrund stellen, können Caring Communities sein.



**Prof. Daniela Händler-Schuster**, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft, forscht seit Jahren zu diesem Thema. Sie machte uns Mut, Caring Communities aufzubauen und zu verstetigen als tragfähiges Konzept für eine partizipative Gesellschaft. Sie benannte auch die Hürden, die es zu bewältigen gilt. Caring Communities sind keine romantischen Visionen, sondern tagtägliche gemeinsame und individuelle Alltagsbewältigung von Menschen mit unterschiedlichen Perspektiven, Hintergründen, Lebensaltern und Prägungen. Hier sind Konflikte vorprogrammiert. Sie zeigte konkrete Schritte auf, die sich bewährt haben, um diese Gemeinschaften nachhaltig aufzubauen und zu pflegen.

**Claudia Moll**, Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, engagiert sich mit ganzer Energie für die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Sie sagte zu, unsere Anliegen mitzunehmen und sich für Caring Communities auch in der aktuellen Bundesregierung einzusetzen.

Die fünf Workshops werden im Folgenden aus der Perspektive der Referent\*innen zusammengefasst und beschrieben.

Über die Resonanz auch in diesem Jahr sind wir froh und dankbar und freuen uns auf Ihre Anmeldung zum 116. Aachener Hospizgespräch am 05./06.05.2023 im Museum Zinkhütter Hof in Stolberg.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

**Prof. Roman Rolke und Veronika Schönhofer-Nellessen**

## Impressionen der Veranstaltung vom Freitag



## Caring Communities in der Gesellschaft

Caring Communities – eine Gesellschaft und Gemeinschaft, die sich umeinander kümmert, steht im Vordergrund der diesjährigen Aachener Hospiztage. Wie wichtig der Gedanke ist, dass man sich umeinander kümmert, haben wir nicht zuletzt in unserer Region in den letzten beiden Jahren gesehen. Zunächst in der Pandemie: geht es den Nachbarn gut? Brauchen sie Hilfe, weil sie in Isolation oder Quarantäne sind? Während vielfach Vereinsstrukturen zusammenbrachen oder sich zumindest völlig umstellen mussten, gewann die Gemeinschaft im engen Umfeld an Bedeutung. Viele sind über sich hinausgewachsen. Ob eine Gruppe oder Gemeinschaft gut funktioniert, zeigt sich unter Druck von außen, und die Pandemie war da oft ein Lackmus-Test. Es wurde deutlich, wie viele Menschen es gibt, die nicht auf vermeintlich normalen Wegen die nötige Hilfe bekommen: Beim Einkauf, beim Termin vereinbaren für den Test, beim Weg ins Impfzentrum. Viele kleine sich sorgende Gemeinschaften sind da entstanden.

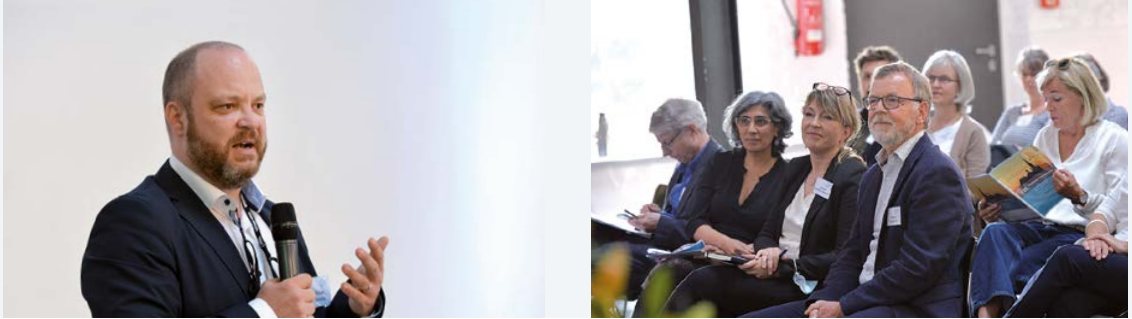
Dann kam das schreckliche Hochwasser in unserer Region: Es war beeindruckend zu sehen, wie alle mit anpackten, wie freiwillige Helfertrupps von Haus zu Haus zogen, mit anpackten, wo Hilfe nötig war, ohne zu fragen, was bringt (mir) das und am nächsten Tag einfach wieder da standen und fragten: Wo kann ich etwas tun?

Wenn es noch eines Beweises bedurft hätte, dass wir auf eine starke Gemeinschaft angewiesen sind, dann haben es diese beiden zugegebenermaßen außergewöhnlichen Ereignisse gezeigt. Sie haben aber auch auf eine Herausforderung aufmerksam gemacht, die bestehen bleibt, auch wenn die besonderen Lagen wieder weg sind: Die klassischen, früher allgegenwärtigen Institutionen tragen nicht mehr im gleichen Maße wie früher. Die früher selbstverständlichen, über mehrere Generationen am Ort vertretenen Großfamilien sind heute längst nicht mehr die Realität der Mehrheit der Bevölkerung. Familie hilft, aber das ist eine begrenzt verfügbare Ressource. Die gesellschaftlichen Institutionen wie Kirche oder Vereine nehmen ebenfalls an Bedeutung ab.

**DR. MICHAEL ZIEMONS**

Dezernent für Soziales,  
Gesundheit und Digitalisierung  
der StädteRegion Aachen





Es gibt noch gut funktionierende Beispiele, aber sie werden weniger und die im Bistum Aachen geplante Auflösung der Kirchengemeinden wird diesen Prozess eher beschleunigen. Was tritt an die Stelle der früher üblichen Netzwerke?

Es ist gut, dass die Aachener Hospizgespräche diesem Gedanken nun eine ausführliche Tagung widmen. Als StädteRegion werden wir natürlich versuchen, einen Teil dazu beizutragen, dass Kümmerer da sind, wenn Menschen in Gemeinschaften Hilfe brauchen. Das können unsere Seniorenlotsen sein, die dafür geschult werden, in ihrem Umfeld als Peer-Berater\_innen zur Verfügung zu stehen. Das kann unser Kommunales Integrationsmanagement sein, das sich gerade völlig neu aufstellt, um Menschen zu unterstützen, die auf der Suche nach Schutz vor Krieg und Vertreibung zu uns gekommen sind. Oder es ist unser Gesundheitskiosk, der in den Aachen-Arkaden oder auch mobil mit dem Gesundheitsbulli niedrigschwellig vor Ort Beratung und Hilfe anbietet für alle, die unser Gesundheitssystem nicht oder noch nicht optimal zu nutzen wissen.

In jedem Fall braucht es hierfür starke Partnerinnen und Partner. Eine sich sorgende Gemeinschaft ist weder etwas, was man „von oben“ verordnen, noch was eine Verwaltung alleine stemmen kann. Erst wenn Akteurinnen und Akteure aus Kirche, Initiativen und Verbänden, Zivilgesellschaft und Kommunen zusammen wirken, können sie ein starkes Netz weben. Vor allem aber braucht es Menschen, die Zeit, Herzblut, Empathie, Nerven und Kraft schenken und einbringen. Davon sehe ich heute hier so viele. Ich bin allen dankbar, die mitwirken und mitweben, allen voran das Palliativnetzwerk und natürlich auch die Hospizbewegung. Danke Ihnen allen für Ihr Engagement und danke, dass Sie unsere Region so sehr bereichern!



# Caring Communities – Gelebte Sorgeskultur

DR. PHIL. I  
ROBERT SEMPACH

Projektleiter Soziales,  
Migros-Genossenschafts-Bund,  
Zürich/Schweiz

## Was ist eine Caring Community?

Um es gleich vorwegzunehmen, es gibt keine einheitliche Definition, was eine Caring Community alles beinhalten muss, um diesen Begriff für sich in Anspruch zu nehmen. Es ist auch nicht das Ziel, eine einheitliche Definition zu erarbeiten oder eine Caring Community Norm zu finden. Daher spreche ich auch meistens im Plural von den Caring Communities.

In der Praxis gibt es bereits eine Vielfalt von Sorgenden Gemeinschaften, die sich zum Teil selbst gar nicht als solche bezeichnen würden. Auch wenn keine einheitliche Definition existiert, gibt es doch verschiedene hilfreiche Modelle und Konzepte, wie gemeinsam Verantwortung für soziale Aufgaben übernommen werden kann.

Der Care-Bedarf im Lebensverlauf gleicht einer U-Kurve, wobei in der Kindheit und im hohen Lebensalter, sowie bei Menschen mit starken Beeinträchtigungen, der Bedarf besonders hoch ist. Es gibt jedoch keine Lebensphase ohne Care-Bedarf. Selbst im mittleren Lebensalter kann eine schwere Krankheit oder Krise unseren Care-Bedarf von einem Tag auf den anderen ansteigen lassen. Auch wenn bei älteren, beeinträchtigten und benachteiligten Personen der «Care-Bedarf» besonders hoch ist, möchten diese nicht einfach «versorgt» werden, sondern gleichwertiger Teil der Gemeinschaft sein.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Entwicklung einer «Sorgeskultur» bzw. eine hohe soziale Teilhabe sich positiv auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. Sorgende Gemeinschaften verfolgen in einer Gemeinde oder Region das Ziel, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner möglichst gut zusammenleben können. Dazu braucht es ein sorgfältiges Zusammenwirken von informellen, freiwilligen und professionellen Hilfesystemen.





Wie sich Caring Communities über mehrere Stufen entwickeln, lässt sich mit einer Pyramide veranschaulichen. Auf den unteren Stufen geht es darum, Mitmenschen wahrzunehmen und Anteil an ihrem Leben zu nehmen. In unserer individualisierten Gesellschaft stellt dies eine große Herausforderung dar. Wenn es uns nicht interessiert, wer in unserer Nachbarschaft wohnt und wir keine Zeit haben, mit anderen Menschen Kontakt aufzunehmen, dann können auch keine Care-Gemeinschaften entstehen. Wenn sich jedoch ein Vertrauensverhältnis entwickelt und tragfähige Beziehungen entstehen, ist die Grundlage geschaffen, um Care-Aufgaben gemeinsam zu planen und zu verantworten.

Wichtig scheint mir, dass es nicht um eine Romantisierung einer idealen Gesellschaft oder des traditionellen Familienmodells geht und, dass wir uns bewusstwerden, welche Gemeinschaften in unserem Alltagsleben bedeutsam sind. Indem wir uns um andere kümmern, entsteht erst Gemeinschaft. Das sind – wie bei einer Ellipse – die beiden Brennpunkte des Doppelbegriffs „Caring Community“.



### Das Netzwerk Caring Communities Schweiz

Um Caring Communities in der Schweiz zu fördern und den Austausch und die Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren aus der Theorie und der Praxis zu vernetzen, wurde 2018 das Netzwerk Caring Communities gegründet. Ein wichtiger Grundsatz bei der Entwicklung des Netzwerks war es, dass sich das Netzwerk selbst an die Prinzipien und Grundgedanken des Caring Communities Ansatzes hält. Das Netzwerk wird von rund 30 verschiedenen Organisationen gemeinsam getragen. Finanzielle Trägerorganisationen, welche zugleich die Steuergruppe des Netzwerks bilden, sind sechs vorwiegend nationale Organisationen. Das Migros-Kulturprozent als Initiantin des Netzwerks hat aktuell die Projektleitung und ist für das Projektteam verantwortlich.

Dank der grosszügigen Finanzierung der Trägerorganisationen kann das Netzwerk Tagungen und CC-Werkstätten anbieten und die Bildung neuer Caring Communities mit einer Anschubfinanzierung bis maximal CHF 5'000.- unterstützen. In den letzten zwei Jahren konnten rund 50 Caring Communities unterstützt werden. Fünf regionale Kommissionen beurteilten über 80 eingereichte Anträge, wobei es nicht einfach um einen Daumen rauf oder runter ging.

Alle Initianten\*innen erhielten Gelegenheit, ihr Caring Community Konzept mit den Kommissionsmitgliedern zu besprechen und gemeinsam wurden geprüft:

Wie wird die Gemeinschaft gefördert?

Wie entwickelt sich eine Sorgeskultur?

Wie werden Partizipation und Kooperation gelebt?

Wie niederschwellig und realisierbar ist die CC-Initiative?

Viele neu entstandene Caring Communities Initiativen haben sich dem Netzwerk angeschlossen und tragen so zu seiner Vielfalt und Stärke bei. <https://caringcommunities.ch>

**PROF. DR. DANIELA  
HÄNDLER-SCHUSTER**

exam. Altenpflegerin, ev.  
Diakonin, Dipl.-Berufspädagogin FH, dipl. Yogalehrerin  
SYV/EYU, ZHAW Gesundheit,  
Institut für Pflege, Winterthur/  
Schweiz



## Wie sieht eine zukünftige Gesellschaft aus, in der Caring Communities gelebt werden?

Das Gesundheitswesen befindet sich in dynamischen Veränderungsprozessen und das Wohlbefinden im höheren Alter gewinnt an Bedeutung. Bei der Frage, wie eine Gesellschaft aussehen kann, in der Caring Communities gelebt werden, fallen mir Bezüge ein, die geprägt sind durch meine langjährigen Erfahrungen als Pflegefachfrau in der Langzeitpflege sowie durch die Arbeit mit Studierenden und Helferinnen und Helfern in der Gemeinde. Vor dem Hintergrund fehlender Ressourcen im Gesundheitswesen benötigen wir (neue) Strukturen, um den Menschen ein Sterben zu Hause zu ermöglichen. Dazu müssen Gesundheitssysteme mit den Gemeinden, einschliesslich Verwandtschaft, Freundeskreis und Nachbarschaft der Betroffenen, zusammenarbeiten. Karma Brunner, Pflegeexpertin in einem Schweizer Spital, hat im Rahmen ihrer Masterthesis 12 Interviews mit Personen im Alter von 70+ geführt (Brunner, Busch & Händler-Schuster, 2021). Ziel war es, Personen, die im häuslichen Umfeld leben, in Bezug auf ihre Gesundheit zu befragen und daraus Empfehlungen für die Förderung der Selbstwirksamkeit abzuleiten. Vier zentrale Themen wurden herausgestellt: a) Gemeinschaft und Zugehörigkeit, b) Unabhängigkeit und Autonomie, c) Struktur im täglichen Leben und in der Gemeinschaft sowie d) soziale Sicherheit. Ältere Menschen sind sich der Bedeutung guter Beziehungen bewusst: «Man muss Freunde finden, man kann nicht in einer Situation, in der man sie braucht, nach Freunden suchen. Man muss sie vorher finden.» (weiblich, 78 Jahre alt)

Gemeinden sind in der Verantwortung, soziale Räume zu stellen, damit sich Menschen begegnen und organisieren können. In der Regel wollen Menschen im höheren Alter aktiv sein und sich einer Gemeinschaft zugehörig fühlen: «Ich kann nicht morgens aufstehen und denken: Was soll ich jetzt machen? Ich kann nicht immer stricken. Und ich kann auch nicht immer lesen und ich kann auch nicht den ganzen Tag



spazieren gehen.» Es ist einfacher, Aktivitäten in einem vertrauten Rahmen umzusetzen, als sich immer wieder auf etwas Neues einstellen zu müssen. Daher braucht es Strukturen, die verinnerlicht werden können. Caring Communities funktionieren, wie die Erfahrungen in der Praxis zeigen, nicht immer von allein. Häufig benötigt es eine impulsgebende Person. Bescheidenheit ist dabei zentral: Die Person sollte nur dann agieren, wenn die Community selbst nicht weiterkommt. Mit dem Wissen, dass in einer Caring Community jedes Mitglied wichtig ist, sind für Begleitpersonen folgende Bereiche richtungsweisend: a) Lernbereitschaft und das Wissen anderer würdigen, b) sich angemessen in der Gemeinschaft platzieren, c) sich nicht übermäßig wichtig nehmen und d) ehrliche Feedbacks geben, aus denen gelernt werden kann (Händler-Schuster, 2019). Zentral ist, dass Menschen in einer Caring Community selbst entscheiden und sich selbst organisieren. Sie sollten sich jedoch mit Professionellen austauschen können, um sich nicht zu überfordern. Grenzen erkennen und Hilfe zulassen – dies ist für die Caring Communities von morgen von zentraler Bedeutung. Ohne Offenheit und ohne Überwindung persönlicher Grenzen funktioniert es nicht. Die Gemeinschaft wird gestärkt, indem die Stärken der Einzelnen gefördert werden. Das heisst, dass die Persönlichkeit eines jeden Mitglieds anerkannt wird und man ihm hilft, seine Stärken zu definieren. Professionelle, die Caring Communities begleiten, sehen Vielfalt als Chance und wollen Menschen zusammenbringen.

Manchmal bestehen bereits Barrieren, ohne dass es zu Konflikten gekommen ist. Wir sind nicht mehr nur Mann und Frau, die Rollen haben sich verändert. Wir müssen miteinander im Gespräch bleiben und Distanz abbauen, denn Caring Communities entstehen dort, wo Menschen sich etwas zu sagen haben. Um auf die Frage zurückzukommen, wie die Gesellschaft, in der Caring Communities gelebt werden, aussehen kann: Eine Caring Community ist eine Wert- und Denkhaltung, die sich dort finden lässt, wo Menschen zueinander Ja sagen. Ein klares Rezept gibt es nicht. Es liegt an uns, wie wir uns in eine solche Gemeinschaft einbringen.



Projekte zur Förderung von Caring Communities benötigen mehr als methodische Überlegungen. Das Wissen muss in die Praxis implementiert und verstetigt werden. Es braucht Visionen und Beteiligte, die für diese einstehen, auch wenn es einmal schwierig wird. Der Austausch von Mitgliedern prägt die Caring Community; auch Auseinandersetzungen gehören dazu und sorgen dafür, dass sich eine Community weiterentwickelt.

#### Referenzen:

Brunner, K., Busch, A. K., Händler-Schuster, D. (2021): Exploring Health-Related Needs of Elderly People (70+) at Home: A Qualitative Study From Switzerland. *Journal of Primary Care & Community Health*. 12, 1–7. DOI: 10.1177/2150132721110556.  
 Händler-Schuster, D. (2019): Führung in Caring Communities. *Wenn Sorge zur Verantwortung wird*. *Palliative*, (4), 6–8.

#### Affiliationen:

Department Pflegewissenschaft und Gerontologie  
 UMIT Private Universität für Gesundheitswissenschaften,  
 Medizinische Informatik und Technik  
 Te Herenga Waka - Victoria University of Wellington,  
 Faculty of Health, School of Nursing, Midwifery and Health Practice, New Zealand

## Geplantes schriftliches Grußwort

### Liebe Frau Schönhofer-Nellessen, sehr geehrter Herr Rolke, sehr geehrte Teilnehmende,

vielen Dank für die Einladung und auch von mir noch einmal ein herzliches Willkommen. Ich freue mich, heute hier zu sein und begrüße Sie zu den 115. Aachener Hospizgesprächen.

Ich weiß, dass Sie zweimal im Jahr einen hochkarätigen Kongress auf die Beine stellen und das, dass selbst sehr fachkundige Publikum sich auch diesmal wieder auf ein exzellentes Programm freuen kann. Ich weiß, dass auch Ihnen die Corona-Zeit zugesetzt hat, Sie aber Mittel und Wege zum Austausch gefunden haben.

Dennoch freue ich mich umso mehr, dass Sie als Servicestelle Hospiz Aachen nun wieder im direkten Dialog der Fachöffentlichkeit die Chance zum Austausch geben. Und natürlich auch, dass so viele dieser Einladung gefolgt sind.

Da kann man nur **DANKE** sagen für dieses Engagement für unser Fach, oder wie ich lieber sage, für unser Herzensthema.

Aus eigenen Erfahrungen weiß ich, dass das Begleiten von Palliativpatienten und Sterbenden eine schwierige, eine herausfordernde, aber auch eine sehr besondere Aufgabe ist. Wir alle hier wissen, dass es mittlerweile viele Möglichkeiten in der allgemeinen, der ergänzenden und spezialisierten Versorgung gibt, wodurch der Betroffene aufgefangen und gut versorgt werden kann. Auch Ihre Arbeit trägt dazu bei, dass sie Wertschätzung und den Weg raus aus der Tabuzone findet.

Offen bleibt manchmal, ob die Betroffenen mitsamt ihren Familien in der oftmals sehr plötzlich eintretenden Situation tatsächlich alle für sie notwendigen Informationen erhalten, die sie benötigen, um in dieser sehr belastenden Situation eine Entscheidung treffen zu können. Wer kann den Betroffenen die notwendigen Informationen verständlich geben? Gefordert sind hier alle: Der Hausarzt, das Krankenhaus, die Pflegeein-

CLAUDIA MOLL MDB

Bevollmächtigte der  
Bundesregierung für Pflege,  
Alsdorf





richtung, die Krankenkasse und die Beratungsstelle in der Kommune. Wünschenswert ist ein gutes Zusammenspiel von ihnen allen. Daran müssen wir noch arbeiten und das mache ich mir zur Aufgabe.

Das heutige Thema des Kongresses ist die „Sorgende Gemeinschaft – Caring Community. Ich bin Ihnen sehr dankbar für dieses Thema. Es blickt in die Zukunft, es lässt eine Vision zu für unsere Arbeit und in welcher Gesellschaft sie zukünftig eingebettet sein könnte. Ich sage das nicht leichtfertig. Ich weiß, dass Sie alle in Ihrem Arbeitsalltag spüren: Es brennt. Wir haben in der Pflege viele, vielleicht zu viele Baustellen. Sterbehilfe, neue Rahmenvereinbarungen und Finanzierung der Palliativversorgung sind die Themen, die jetzt auf der Agenda stehen.

Und dennoch: Ich halte es für wichtig, den Blick über den Tellerrand auch in diesen Zeiten zu wagen. Denn nur wenn wir heute die Weichen darüber stellen, wie das Konzept für eine solidarische Gesellschaft aussieht, welche Ressourcen wir auch miteinander teilen können und am Ende allen Menschen eine faire Teilhabe – eben bis zum Schluss – ermöglichen.

Sie als Servicestelle Hospiz Aachen stellen sich bereits seit über 20 Jahren den aktuellen Herausforderungen einer guten hospizlichen und palliativen Versorgung. Sie haben ein großartiges Netzwerk auf die Beine gestellt, organisieren Fort- und Weiterbildungen und bieten eine Beratung und Orientierung für schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre An- und Zugehörige. Ich finde toll, was sie geschaffen haben. Und es macht mich stolz, dass hier direkt vor meiner Haustür zu wissen. Leider sieht es noch lange nicht überall in der Bundesrepublik so aus. Aber es gilt wie überall im Leben, sowohl im Gesundheitssystem als auch für die Region: Nichts ist jemals so gut, dass es nicht noch besser werden könnte.

Jeder kann etwas beitragen, um die Versorgung besser zu machen. Die Menschen wollen im unmittelbaren Umfeld gut versorgt werden. Deshalb sind die Kommunen so wichtig. Hier findet der Alltag statt und es ist ihre Aufgabe, den Menschen in allen Lebenslagen ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Gestaltungsspielraum zu ermöglichen und vor Ort die Strukturen und Unterstützungsangebote bereitzustellen. Ihre Aufgabe ist es, die Chancengleichheit innerhalb Deutschlands zu gewährleisten. Sie können alle Akteure und damit die unterschiedliche Fachlichkeit und Perspektiven zusammenbringen, den Austausch fördern und so die Versorgung verbessern.





Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) haben die Gemeinden die Möglichkeit, die Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken auch durch den Landesverband der Krankenkassen und Ersatzkassen fördern zu lassen, wenn sie selbst sich ebenfalls in gleicher Höhe beteiligen. Damit können Sach- und Personalkosten eines Koordinators in Höhe von insgesamt bis zu 30.000 Euro im Kalenderjahr finanziert werden. Ich weiß, dass dies nicht mal eine Vollzeitstelle ausmacht. Aber zum 31.03.2025 muss der GKV SpiBu dem BMG über die Inanspruchnahme und den Aufbau der Netzwerkstrukturen berichten. Gerne setze ich mich dafür ein, dass der Förderung auf eine Vollzeitstelle ausgeweitet wird.

Ich sage Ihnen schon heute zu, als Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, das Thema auf der nächsten GMK anzusprechen. Das A und O ist und bleibt die Unterstützung durch die Kommunen. Hier müssen Bund, Land und Stadt Hand in Hand gehen. Vieles haben wir bereits im Gesetz für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) angelegt.

### Sie dürfen bereits jetzt beispielsweise eine

- Leitliniendiskussion zur palliativen Versorgung in den Einrichtungen anstoßen,
- einen Beauftragten für Palliativversorgung (Weiterbildungen u. a.) einsetzen
- Palliativzuschläge für Pflegekräfte (gibt es zurzeit nur in Berlin, in „Eigeninitiative“ des Landes) vereinbaren oder auch die Logistik für die Netzwerkarbeit unterstützen.

Mittlerweile gibt es durch ein vom Innovationsfond und Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projekts auch für die Kommunen einen Handlungsleitfaden **„Durch vorausschauende Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglichen“** ([www.avenue-pal.de](http://www.avenue-pal.de) von Prof. Dr. George und Michael Haberland)

Abschließend bedanke ich mich sehr herzlich bei allen hier Anwesenden für ihr Engagement, denn Ihre Rückmeldungen über die erlebte Versorgungsrealität, sind eine wertvolle Quelle für die Weiterentwicklung und von daher freue ich mich auf den weiteren Austausch mit Ihnen.

## Impressionen der Veranstaltung vom Samstag



# Bundesrahmenvertrag SAPV: Woher kommen wir – wo wollen wir hin?

Leider ist bis heute kein Bundesrahmenvertrag geschlossen und wie in den letzten 3 Jahren hoffen wir, dass dies zum Ende dieses Jahres gelingt. Die Verhandlungen zum Bundesrahmenvertrag sind vertraulich, sodass auch nur wenig über den Inhalt und die Diskussionspunkte berichtet werden kann. Vor diesem Hintergrund habe ich das Thema meiner Einführung entsprechend angepasst.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde 2007 im SGB V verankert. § 132d SGB V regelte das Verfahren zum Vertragsabschluss zwischen Krankenkassen (KK) und SAPV-Teams. Die Krankenkassen sollen Verträge abschließen, „soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist“. Es dauerte bis der G-BA Richtlinie zur SAPV beschlossen und erste Verträge abgeschlossen wurden. Dabei gab es im Bundesgebiet äußerst unterschiedliche Verfahren welche zum Vertragsabschluss führten aber auch Inhalte und Vergütung der SAPV waren heterogen. In Nordrhein z.B. wurde ein Vertrag von den KK gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein angeboten. Dieser Vertrag mit (fast) allen gesetzlichen Krankenkassen, hohen strukturellen Anforderungen an das Team und einer einheitlichen Vergütung war, inicht vertraulich sondern öffentlich im Internet einsehbar.

In vielen Regionen fand sich zunächst kein SAPV Team und/oder es kam bei den Vertragsverhandlungen zu unüberbrückbaren Differenzen. Um einen flächendeckenden Ausbau zu erreichen wurde Ende 2015 eine Gesetzesänderung vorgenommen: Bei einer Nichteinigung sollte eine Schiedsperson die Vertragsinhalte festlegen.

In einer Region war die Konstellation aber anders. Kurz vor dieser Gesetzesänderung wollten zwei SAPV Teams einen Vertrag für die gleiche Region mit den KK verhandeln. Die KK entschieden sich für ein Team und teilten dem anderen lapidar mit, dass es für die bedarfsgerechte Versorgung keines weiteren Vertrages bedarf.

DR. ULRICH GRABENHORST

Vorsitzender des Verbund der  
SAPV-Teams Nordrhein e. V.,  
Viersen

WORKSHOP 2





Das nicht berücksichtigte Team klagte. Dies führte 2016 zum Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf. Nach der Rechtslage vor der Änderung in 2015 hätte es eine transparente und nachvollziehbare Entscheidung seitens der KK bedurft, die Verträge hätten förmlich ausgeschrieben werden müssen.

Eine große Verunsicherung machte sich bei den KK als auch bei den SAPV-Teams breit. Sind alle bestehenden Verträge ungültig? Müssen nun alle neuen Verträge ausgeschrieben werden und wie verhält man sich im Ausschreibeverfahren korrekt? vielerorts wurden laufende Verhandlungen zu neuen Verträgen oder zur Vertragsanpassung abgebrochen.

Das Bundesversicherungsamt, als oberste Aufsichtsbehörde der KK hat sich frühzeitig festgelegt: „Eine Ausschreibungspflicht, wie sie das OLG Düsseldorf ... gesehen hat, besteht im Bereich der SAPV-Verträge nicht. Die Entscheidung ist zur alten Rechtslage ergangen, bei der es noch keine Schiedsregelung gab ... jeder Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vertragsabschluss, wenn er geeignet und die Versorgung der Versicherten noch nicht sichergestellt ist“.

Trotz dieser Positionierung des Bundesversicherungsamt blieb die Verunsicherung groß und der politische Druck rasch eine eindeutige gesetzliche Regelung herbeizuführen war enorm. Zum 01.01.2019 wurde der § 132d erneut angepasst. Es wurde die Vereinbarung eines Bundesrahmenvertrag eingeführt, jeder der die in diesem Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllt, hat Anspruch auf den Abschluss eines SAPV-Vertrages. Die Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes der SAPV-Leistungserbringer stand im Vordergrund, die Begrenzung der Vertragsabschlüsse auf eine bedarfsgerechte Versorgung wurde fallen gelassen.

Im Bundesrahmenvertrag werden die sachlichen und personellen Anforderungen, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festgelegt. Auf Grundlage des Rahmenvertrag können dann SAPV-Teams, einzeln oder gemeinsam, Versorgungsverträge abschließen.



Die Hoffnung der Befürworter eines Bundesrahmenvertrag - z.B. statt eines Landesrahmenvertrag - war, dass insbesondere Regionen in denen der SAPV noch nicht so weit entwickelt war besonders gut gefördert werden könnten. Durch eine bundeseinheitliche Regelung sollten die Qualitätsanforderungen und die dazugehörige Vergütung entsprechend angehoben und die Versorgung der Patient\*innen verbessert werden.

Mit Beginn der Diskussion über die Ausgestaltung des Bundesrahmenvertrag in den Verbänden der Hospiz- und Palliativversorgung zeigte sich dann ein etwas überraschendes Bild. Nachdem man zuvor auf entsprechenden Treffen viel über die unzulängliche Regelung der SAPV hören konnte, war man nun überwiegend der Meinung, dass die Ausgestaltung der SAPV in der jeweiligen eigenen Region die optimale ist. Die jeweils eigene Struktur sollte fortbestehen können. Eine (grundlegende) Änderung der eigenen Praxis wurde nicht gewünscht.

Änderungen werden aber mit dem Bundesrahmenvertrag kommen. Und wenn wir uns die Frage stellen „Wo wollen wir hin?“ dürfen wir nicht nur den Blick auf ökonomische Aspekte richten sondern müssen die Bedürfnisse der von uns versorgten Menschen in den Mittelpunkt stellen.

#### **Darum müssen Teams folgende Fragen beantworten:**

- Welcher Aspekt der jetzigen SAPV Versorgung ist für uns essenziell? Was ist das entscheidende Wirkprinzip? Was ist gut und muss unbedingt erhalten werden und welche Strukturen und welches Personal benötigen wir hierfür?
- Was sehen wir in unserer bisherigen SAPV Versorgung als nicht optimal an? Was ist störend? Was kann verbessert werden?

**BERND CLABEN**

Leiter Servicecenter Pflege  
AOK Rheinland/Hamburg,  
Köln



## Förderung der regionalen Netzwerkkoordination

Zum Ende der 19. Legislaturperiode hat die große Koalition eines der letzten geplanten Gesetzgebungsvorhaben zur Hospiz- und Palliativversorgung umgesetzt. Die im Koalitionsvertrag beabsichtigte Einführung einer Kostenübernahme durch die Krankenversicherung für die Koordination von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken wurde durch die Einführung des § 39d im Sozialgesetzbuch V realisiert.

Die Umsetzung der gesetzlichen Regelung mittels einer Förderrichtlinie mit detaillierten Voraussetzungen für die Förderung sollte durch den Spitzenverband der GKV bis zum 31.03.2022 erfolgen und wurde auch rechtzeitig veröffentlicht.

In Zukunft kann in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt eine Netzwerkkoordinatorin, ein Netzwerkkoordinator gefördert werden. Es werden also nicht die Netzwerke selbst, sondern die Koordination der Netzwerke gefördert.

Mit den Fördermitteln sollen die regionalen Akteurinnen und Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung darin unterstützt werden, sich untereinander besser abzustimmen und ihre Aktivitäten zu koordinieren. Dabei soll auch die Verknüpfung des Gesundheitswesens und der sozialen Daseinsvorsorge gestärkt werden.

Bereits im Anhörungsverfahren zur Gesetzgebung haben die GKV-Träger zudem darauf hingewirkt, dass die Förderung der Netzwerkkoordination auch zu einer Optimierung der regionalen Hospiz- und Palliativversorgung führt und die Arbeit des Netzwerkes für die Patienten und Patientinnen spürbar wird. Die Information der Öffentlichkeit über die Tätigkeiten und Versorgungsangebote der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes gehört daher mit zu den Aufgaben der Netzwerkkoordination.



Ein wesentliches Kriterium für die Förderung der Netzwerkkoordination durch die GKV ist die finanzielle Beteiligung der Kommunen. Die Höhe der GKV-Förderung entspricht dabei 1:1 der Höhe der Finanzierung der Kommunen, bis zu einem Höchstbetrag von 15.000 EUR je Netzwerk.

Nur dann, wenn die Kreise und kreisfreien Städte eine finanzielle Beteiligung für die Koordination zusagen, können auch Mittel der Krankenversicherung folgen.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Förderung der regionalen Netzwerkkoordination ist die neutrale Ausrichtung des Netzwerkes, unabhängig von kommerziellen Interessen einschließlich der Offenheit des Netzwerkes für alle Interessenten.

Auch wenn die Förderkriterien feststehen, bleiben noch einige Fragen offen. Angesichts der unterschiedlichen kommunalen Strukturen gibt es die Möglichkeit, z. B. in Ballungszentren mehrere Netzwerke bzw. Koordinationsstellen zu fördern, wenn dies bedarfsgerecht ist. Im Rahmen des Workshops wurde jedoch auf Fallkonstellationen hingewiesen, wo mehrere Kreise bzw. kreisfreie Städte über ein einziges, bereits etabliertes gemeinsames Netzwerk und damit über eine einzige koordinierende Stelle verfügen. Hier wurde die Frage nach der Höhe der Förderung der GKV bzw. der kommunalen Beteiligung in derartigen Fällen gestellt.

Eine weitere Frage muss in den jeweiligen Ländern bzw. Regionen ebenfalls noch geklärt werden: Die Frage, wo die Netzwerke ihre Förderanträge stellen können. Der jeweils federführende Krankenversicherungsträger bzw. Verband muss noch in den Ländern abgestimmt und bekanntgegeben werden.

Die bestehenden Netzwerke können dennoch jetzt mit der Vorbereitung der Förderanträge beginnen, die erforderlichen Konzepte erstellen und – falls noch nicht erfolgt – sich um die Förderung durch die Kommunen bemühen.

THOMAS MONTAG

Zentrum für Palliativmedizin,  
Uniklinik Köln

## Umgang mit Todeswünschen in Einrichtungen und im ambulanten Bereich

Mit einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 20.2.2020 wurde der § 217 StGB, der mit seiner Einführung 2015 die geschäftsmäßige Assistenz beim Suizid verboten hat, für nichtig erklärt. Damit hat die Frage, wie mit Todes- und Sterbewünschen in der palliativen und hospizlichen Praxis umzugehen sei, zunehmend an Bedeutung gewonnen. In diesem Teil des Workshops wurden insbesondere praxisrelevante Aspekte beleuchtet und das Thema in einem breiten Bedeutungsspektrum und damit in seiner vielfältigen Relevanz reflektiert. Insbesondere wurden Möglichkeiten einer wertschätzenden, beziehungsfördernden und bedürfnisorientierten Gesprächsgestaltung aufgezeigt. Im interaktiven Dialog wurden praktischen Erfahrungen mit ihren Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit Todeswünschen unter den Teilnehmenden des Workshops diskutiert. Ausgehend von sehr unterschiedlichen konkreten Aussagen Betroffener, die einen direkten oder indirekten Todeswunsch erkennen oder vermuten lassen, konnten darin enthaltene Bedeutungsebenen, Funktionen und Hintergründe von Todeswünschen erarbeitet und reflektiert werden. Ausgehend von der Aussage „Ich möchte sterben. – Helfen Sie mir!“ wurde dargestellt, dass es sehr unterschiedliche kommunikative Reflexe seitens der Begleitenden geben kann, die das weitere Gespräch beeinflussen. Hört der/die Begleitende in der Aussage „Ich möchte sterben“ einen Wunsch des Betroffenen nach einer aktiven Beendigung seines Lebens verbunden mit dem konkreten Auftrag dies zu jetzt tun („Helfen Sie mir!“)? Oder handelt es sich zunächst um eine Aussage, die ein sehr breites Bedeutungsspektrum haben kann. So kann dieser Bedeutungshorizont reichen von der Benennung einer Lebensattheit nach einem langen erfüllten Leben über den hypothetischen Wunsch, die verbleibende Zeit bis zum baldigen Eintritt des Todes zu verkürzen bis hin zu dem sehr seltenen Fall einer akuten Suizidalität oder einem unveränderbaren Wunsch nach Tötung auf Verlangen. Was bewegt Menschen, diese oder ähnliche Aussagen zu machen? Was und wer ist gemeint? Wobei bzw. wofür wird Hilfe gebraucht und welche Art von Hilfe genau ist





gewünscht? Was sollte konkret getan oder gesagt werden und wie finde ich als Begleitende(r) zunächst eine Beziehungsebene, auf der Begegnung und unterstützende Kommunikation möglich ist? Wo sind gleichzeitig meine eigenen Grenzen und Möglichkeiten, einen offenen, sensiblen und wertschätzenden Gesprächsraum zu eröffnen? Wie kann ich damit umgehen, wenn mir solche Aussagen im Versorgungs- und Begleitungsalldag unvermittelt und unvorbereitet begegnen? Anhand den in der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Menschen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung formulierten Empfehlungen zum Umgang mit Todeswünschen verbunden mit den Erfahrungen der Teilnehmenden und der Moderatoren konnten unterschiedliche Gesprächsziele und Gesprächsstrategien identifiziert werden. Eine besondere Rolle spielte in der Diskussion die Bedeutung der eigenen Haltung und der eigenen Wertvorstellungen der Begleitenden. Wertvoll war die Erkenntnis, dass sich die eigene, persönliche Haltung gegenüber diesem Thema durchaus von der Einstellung der Betroffenen unterscheiden kann und darf und dennoch einem unterstützenden, verständnisvollen Gespräch nicht im Weg stehen muss. Als wichtig wurde erkannt, sich dieser eigenen Haltung bewusst zu werden und diese nicht als Wertmaßstab gegenüber der Äußerung des Patienten anzulegen.

Abschließend waren die Teilnehmenden eingeladen in einer kurzen Gesprächsübung zu zweit, den Einstieg in ein begleitendes Gespräch zu einem konkret geäußerten Todeswunsch zu üben und sich über ihre Erfahrungen dabei auszutauschen. Im Plenumsgespräch wurden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengetragen.

#### **Weiterführende Literatur:**

Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung Langversion 2.2 –

September 2020 AWMF-Registernummer: 128/001OL, S 413 Kap 18 Todeswünsche

Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen Inhaltliche und methodische Anregungen zur Diskussion und zur

Meinungsbildung vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zu § 217 StGB,

Hrsg Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) Erscheinungsjahr: 2021 2. überarbeitete Auflage

PROF. DR. THEOL.  
ANDREAS WITTRAHM

Caritasverband für das  
Bistum Aachen e.V.



## § 217 – Umgang mit Todeswünschen in Einrichtungen und im ambulanten Bereich – die Position und die Handlungsmöglichkeiten der Caritas

**1. Kein Mensch ist durch unsere Rechtsordnung zum Weiterleben verpflichtet, wenn er glaubt, es nicht mehr aushalten zu können oder zu wollen.** Darum ist die Selbsttötung (Suizid) straffrei. Da die Beihilfe zu einer straffreien Handlung wiederum nicht strafbar sein kann, wird auch diese Beihilfe prinzipiell nicht verfolgt (aber Achtung: fast alle, die eine solche Beihilfe leisten könnten, stehen möglicherweise in einer Garantenstellung!) Um wiederum diese Beihilfe nicht zu einer regelrechten „Dienstleistung“, wie sie etwa Suizid-Beihilfe-Vereine betreiben, auswachsen zu lassen, verabschiedete der Gesetzgeber 2015 den § 217 StGB, der die gewerbsmäßige Beihilfe unter Strafe stellte und damit sowohl mehr oder weniger alle professionelle (z.B. ärztliche) Suizid-Beihilfe verunmöglichte und für Laien die Beschaffung einschlägiger todbringender Medikamente verhinderte.

**2. Diesen § 217 erklärte das BVerfG. am 26.2. 2020 für mit dem Grundgesetz unvereinbar und darum nichtig.** Das BVerfG stellte die mit der Menschenwürde zu begründende Autonomie sterbewilliger Menschen über den unbedingten Schutz des Lebens durch den Staat und unterstrich damit ein unbedingtes Abwehrrecht für jeden Menschen gegenüber einem Staat, der nicht das Recht hat, die Selbsttötung eines Menschen zu verhindern. Inwieweit und unter welchen Bedingungen aus diesem Abwehrrecht auch ein Erfüllungsanspruch resultiert, blieb aber ungeklärt. Gleichzeitig stellte das Gericht auch zwei wesentliche Leitplanken auf: Zum einen muss der Suizid-Unterstützungswunsch unzweifelhaft frei erfolgen (frei von persönlichen Entscheidungseinschränkungen, aber auch frei von psychosozialen Druck!), und zum anderen darf niemand zur Suizid-Assistenz verpflichtet bzw. gar gezwungen werden. Schließlich ist zu beachten: „Geschäftsmäßig“ bedeutet nicht automatisch „kommerziell“, sondern bezieht sich auf ein Angebot, das Ärzte oder Organisationen nicht nur einzelfallbezogen machen.



**3. Das Problem im Caritas-Kontext lautet:** Wie gehen (jenseits oder besser unter Berücksichtigung aller theologisch-ethischen Beurteilungen) Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft mit einem Wunsch nach Suizid-Assistenz ihrer Klientinnen und Klienten um?

### 3a. Theologisch-ethische Einschätzung

Die (katholische) Kirche sieht sich einem unbedingten Lebensschutz verpflichtet, weil sie grundsätzlich davon ausgeht, dass es kein menschliches Problem geben darf, dass durch die Beseitigung dieses Menschen gelöst werden kann. Aufgrund der durch die unmittelbare Gottesbeziehung verliehene unverlierbaren Würde gilt für jeden Menschen: Es gibt nichts, das dein „Nicht-Sein“ wertvoller macht als dein Sein. Aus diesem Grunde kann eine Hilfe beim Sterben für Christen prinzipiell nicht als ethisch zu rechtfertigen betrachtet werden. Mindestens genau so wichtig ist die Umkehrung: aus dem Gebot von Nächstenliebe und Barmherzigkeit folgt der unbedingte Imperativ, alles zu tun, um einem Menschen das (Er-)Tragen seines Lebensschicksals möglich zu machen – körperlich (Schmerzen und andere Einschränkungen), psychisch (Lebensangst oder – überdross) und spirituell (Sinnkrisen). Deshalb gehört der Einsatz für eine massive Erweiterung palliativer und hospizlicher Kapazitäten zu den Grundforderungen der christlichen Sozialethik. Gleichzeitig gebietet der aus eben dieser Würde abzuleitende Respekt, den Todeswunsch eines Menschen grundsätzlich nicht zu verurteilen. Daraus folgt zum einen, dass die Aussprache dieses Sterbe(-Unterstützungs-)Wunsches als Aufforderung zur Kommunikation (Was können wir tun, um dem Leben eine Chance zu geben) als auch zur seelsorglichen Begleitung wahrgenommen wird. Zum anderen kann daraus folgen, dass der Mensch bei seinem Suizid-Assistenz-Wunsch bleibt und die Fragen, die sich daraus an die Organisation sowie die Mitarbeiter ergeben, nicht durch strikte Ablehnung gelöst werden können.



Welche Möglichkeiten eines menschlichen Umgangs mit diesem Dilemma bieten nun die politischen Weichenstellungen?

### 3b. Politische Entwicklung

Der Bundestag hat für die gesetzliche Neuregelung den Fraktionszwang aufgehoben, d.h. es gibt verschiedene überfraktionelle Gruppenanträge.

Seit dem 7.3. 2022 liegt ein neuer Gesetzentwurf vor, der von vielen Abgeordneten aus den Regierungsfractionen, aber auch aus der CDU unterstützt wird und die Spielräume des Verf.- Gerichtsurteils möglichst weit im Sinne des Lebensschutzes dehnt. Der Gesetzentwurf geht davon aus, dass ein Ausgleich zwischen Selbstbestimmung und Schutz des Lebens gewährleistet werden muss und zugleich einer „gesellschaftlichen Normalisierung der Selbsttötung entgegengewirkt“ werden soll. Insbesondere die Gefahr eines psychosozialen Drucks (mikro- und makrosozial) wird hier gesehen und zu verhindern angestrebt.

Der Vorschlag für den neuen § 217 geht weiter von der Strafbarkeit einer geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aus und beschreibt die Bedingungen, unter denen diese Strafrechtsnorm nicht wirksam ist. Dazu gehören grundsätzlich

- a) Volljährigkeit und Einwilligungsfähigkeit,
- b) eine zweimalige fachärztliche Untersuchung im Abstand von drei Monaten auf die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit,
- c) ein Beratungsgespräch,
- d) eine persönliche Beziehung zum Sterbewilligen.

In einem neuen § 217a wird die Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung verboten und strafbewehrt.



#### 4. Praktische Konsequenzen

Für die Caritas und ihre Einrichtungen ergeben sich zwei Fragen – eine Abwehr- und eine Ermöglichungsfrage:

- a) Keine Einrichtung kann verpflichtet werden, Selbsttötung zu fördern.  
 Jede Einrichtung braucht ein Konzept, wie man künftig auf Sterbewünsche der Bewohner reagiert – welche Gesprächspartner zur Verfügung stehen, welche Palliativ- und Seelsorge- Netzwerke aktiviert werden können etc. und wie ggf. die Begleitung eines Bewohners aussieht, der an seinem assistierten Sterbewunsch festhält.
- Da der Bewohner grundsätzlich das Hausrecht in seinem Zimmer ausübt, kann vermutlich umgekehrt die Anwesenheit eines Suizid-Helfers als Besucher nicht unterbunden werden. Wie sich in einem solchen Falle die Mitarbeitenden zu verhalten haben, ist noch weitergehend ungeklärt – niemand von ihnen muss sich jedenfalls an dem Prozess beteiligen. Eine Kündigung des Versorgungsvertrages aufgrund des Suizid-Wunsches und der Einleitung von Maßnahmen durch den Bewohner scheint allerdings nicht nur rechtlich schwierig, sondern auch unbarmherzig.
- b) Beteiligt sich die Caritas mit entsprechenden Beratungsdiensten an einem gesetzlich intendierten Beratungsverfahren?

##### Frage 1)

Teilen Sie die Auffassung der Verfasser und Befürworter des oben zitierten Gruppenantrags, dass auf diese Weise das Dilemma zwischen Autonomie und Lebensschutz angemessen bearbeitet werden kann?

##### Frage 2)

Welche Formen der Begleitung eines suizidwilligen Menschen, der einen Suizid-Beistand zu Rate zieht, können Sie sich vorstellen, und wo ziehen Sie ggf. eine Grenze?

DR. GWENDOLIN  
WANDERER,  
RAMONA WAGNER

Frankfurter Ethiknetzwerk  
e. V., Frankfurt am Main

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

## Workshop regionale mobile Ethikberatung – ein Zukunftsmodell auch in der Hospiz- und Palliativversorgung?

In den Krankenhäusern sind Ethikstrukturen bereits weitgehend etabliert. Für die stationäre Altenpflege und Behindertenhilfe ist dies noch nicht gleichermaßen der Fall. Inzwischen gibt es allerdings deutschlandweit einige Initiativen zur Ermöglichung nachhaltiger Ethikarbeit für Pflegeeinrichtungen, besondere Wohnformen oder auch für die häusliche Pflege. Es handelt sich dabei um Angebote der „ambulanten Ethikberatung“.

Der Verein Frankfurter Ethiknetzwerk e. V. – Ethik in stationären Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen leistet seit sechzehn Jahren eine solche ambulante Ethikberatung als Teil der Arbeit des trägerübergreifenden Ethikkomitees, die auch Fortbildung und Leitlinienarbeit umfasst. Inwieweit eine solche regionale mobile Ethikberatung ein Zukunftsmodell auch in der Hospiz- und Palliativversorgung sein könnte, war die Grundfrage, die in diesem Workshop bearbeitet wurde. Zwei Mitglieder des Vorstands des Frankfurter Ethiknetzwerk e. V., Frau Dr. Wanderer und Frau Ramona Wagner, berichteten einerseits von ihren Erfahrungen aus dem Prozess der Implementierung von Ethikstrukturen in den stationären Altenpflegeeinrichtungen wie auch von ihren Erfahrungen aus den ethischen Fallberatungen. Im Gegensatz zu den ethischen Fragen wie sie im Krankenhaus auftreten, spielt der Aspekt der Privatheit im Kontext der stationären Langzeitpflege wie auch in besonderen Wohnformen der Behindertenhilfe eine große Rolle. Um diesen Aspekt systematisch in den Blick zu nehmen, wurde ein eigenes Modell zur Ethikberatung entwickelt (EMMA-Modell). Fragen der Privatheit betreffen etwa die Frage danach, ob eine Pflegekraft, Beruhigungstabletten aus der Schublade eines Bewohners entfernen darf, wenn der Verdacht auf einen Suizid besteht oder die Frage, inwieweit das Ausleben sexueller Bedürfnisse in einer Einrichtung ermöglicht werden kann und soll. Meist geht es in den Ethikberatungen – zumindest bei jenen in der Altenpflege – allerdings um





Therapieentscheidungen am Lebensende, etwa um die Frage nach dem Nutzen oder Schaden medizinischer und pflegerischer Maßnahmen für die Bewohnerin oder den Bewohner und darum, was dieser oder diese in der gegebenen Situation für sich wünschen würde.

Das strukturierte Verfahren der Ethikberatung ist hilfreich, um die betreffende Situation gut in den Blick zu nehmen und zu einer ethisch begründeten Entscheidung zu kommen, die auch protokolliert und in die Bewohner\*innen-Akte eingefügt wird. Wird man der Autonomie der Bewohner\*innen gerecht? Ist die Therapieentscheidung zu deren Wohl? Ist sie auch gerecht?

Bei häufig auftretenden Fragen kann es hilfreich sein, eine Leitlinie zu entwickeln, die Mitarbeitenden in der Pflege zu mehr Handlungssicherheit verhilft. Im Rahmen des Frankfurter Ethiknetzwerks wurde in den letzten Monaten ein „Praxisleitfaden für einen begründeten Umgang mit psychiatrischen Krisensituationen im Altenpflegeheim“ erarbeitet, da gerade in diesem Bereich Handlungs- und Begründungsunsicherheit bestand.



Anhand einer Fallsituation konnten die Workshopteilnehmer\*innen schließlich selbst eine ethische Problemlage bearbeiten, die in der stationären Altenpflege recht häufig auftritt, Mitarbeitenden in der Palliativversorgung und im Hospiz aber in ähnlicher Art und Weise ebenso begegnet. Es ging dabei um die Herausforderung, einerseits die Notwendigkeit einer Therapiezielentscheidung medizinisch und ethisch zu begründen und dabei gleichzeitig eine verfahrenre Kommunikationssituation zwischen den involvierten Pflegekräften und einer Angehörigen angemessen zu bearbeiten.

Es wurde anhand des Einblicks in die langjährige Arbeit des Frankfurter Ethiknetzwerks deutlich, dass es für die Etablierung von Ethikberatung in der stationären Altenpflege und der Behindertenhilfe eines langen Atems und intensiver Überzeugungsarbeit bedarf. Ein niedrigschwelliges Angebot, beispielsweise über einen Ethik-Gesprächskreis für Pflegekräfte eignet sich besonders gut, so auch die Einschätzung der Workshopteilnehmer\*innen, um eine Sensibilität für ethische Probleme im Pflegealltag zu erreichen und dabei das nötige Handwerkszeug an die Hand zu geben, diese zu benennen und zu bearbeiten.

Dass ein Angebot der regionalen mobilen Ethikberatung ein Zukunftsmodell auch in der Hospiz- und Palliativversorgung sein kann, war ein Konsens am Ende der von Frau Hümmelich lebendig moderierten, intensiven Arbeitseinheit.



# Pressemitteilung zum 115. Aachener Hospizgespräch

Dauerkrise in Folge von Fachkräftemangel und Ressourcenknappheit: Ist Caring Community eine tragfähige Vision für eine solidarische Gesellschaft?

AUTOR/VERFASSER:  
DR. STEPHAN FRINGS

Grünenthal GmbH

**Aachen/Stolberg, 7. Mai 2022.** Im Bereich von Hospizarbeit und Palliative Care befindet sich aktuell vieles im Umbruch bzw. in Veränderungsprozessen: die Wichtigkeitserklärung (§ 217), die Rahmenvereinbarung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung oder auch die Finanzierung von regionalen palliativen Netzwerken. Gleichzeitig befindet sich das gesamte Gesundheitswesen unter Druck, die andauernde Pandemie, der Personalmangel und der steigende Kostendruck haben viele Bereiche der Versorgung von Patient\*innen fest im Griff. Der Spielraum für sinnvolle und notwendige Weiterentwicklungen im Sinne (schwer)kranker Menschen sowie der Mitarbeitenden und Organisationen, so scheint es, wird zunehmend enger. Vor dem Hintergrund solcher Herausforderungen wurden beim diesjährigen Aachener Hospizgespräch Sorgende Gemeinschaften (Caring Communities) als zukunftsfähiges Konzept für eine solidarische Gesellschaft, in der Ressourcen geteilt werden und eine Teilhabe bis zum Schluss ermöglicht wird, vorgestellt und auf ihre Praxisnähe hin überprüft. Auch der aktuelle Stand der sich verändernden Gesetzgebung auf die aktuellen oben genannten Themen in der Hospiz- und Palliativversorgung stand im Fokus der Tagung.

Das Prinzip der Caring Communities beruht auf Gemeinschaften, in denen sich Menschen zusammenfinden und gegenseitig im Alltag unterstützen. Mit Blick auf die oben geschilderten Herausforderungen ist dies auch für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung ein Zukunftsmodell. Anders als im rein privaten Bereich, wo sich Caring Communities beispielsweise in Form von Mehrgenerationen-WGs manifestieren, wirken hier jedoch drei Ebenen zusammen: Die ehrenamtliche Tätigkeit in Form einer Nachbarschaftshilfe, kommunale Strukturen, in denen zum Beispiel Räumlichkeiten für die Begegnung in den Caring Communities zur Verfügung gestellt werden, sowie die professionelle Unterstützung, das heißt die pflegerische und medizinische Betreuung von außen in den entsprechenden Communities. Kurz- und mittelfristig können solche Strukturen die bisherigen Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung ergänzen. Für die Zukunft könnten sie jedoch



das zentrale Organisationsmodell darstellen, sodass das Thema von hoher Bedeutung und Aktualität ist. Beim 115. Aachener Hospizgespräch wurde das Thema aus multiprofessioneller Perspektive diskutiert.

**Veronika Schönhofer-Nellessen**, Leiterin der Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen und hauptverantwortliche Veranstalterin der Aachener Hospizgespräche, sagte: „Fachkräftemangel und Ressourcenknappheit bringen das Gesundheitswesen durch anhaltende Krisen an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Caring Community kann hier ein zukunftsfähiges Gegengewicht bilden, in dem Ehrenamt, Kommune und professionelle Strukturen gemeinsam, dort, wo wir leben und arbeiten, Verantwortungsbeziehungen ermöglichen und entstehen, indem wir gegenseitig Hilfe annehmen und anbieten. Das ist unsere Vision, an der wir regional und bundesweit arbeiten.“

**Prof. Dr. Roman Rolke**, Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Aachen und ärztlicher Leiter der Veranstaltung, ergänzte: „Als Vorsitzender des Palliativen Netzwerkes für die Region Aachen e. V. unterstütze ich sehr den Grundgedanken von Caring Community. In Zeiten der Pandemie und weiteren aktuellen Krisen erleben wir immer wieder neu entstehende Initiativen und Engagement von vielen, die gezeigt haben, dass Solidarität und kreative Problemlösungen verfügbar sind. Das aktuelle Aachener Hospizgespräch möchte hier als bundesweiter Kongress einen Reflexionsraum für eine gesundheitspolitische und auch ganz konkrete Modelle sowie wissenschaftliche Erkenntnisse zur Umsetzung und Tragfähigkeit von Caring Communities schaffen. Mit Dr. Robert Sempach (Netzwerk Caring Communities) und Frau Prof. Daniela Händler-Schuster (Zürcher Hochschule) aus der Schweiz haben wir zwei ausgewiesene Expert\*innen auf diesem Gebiet gewinnen können. Wir schauen hiermit wieder über unseren Tellerrand und lassen uns inspirieren von den schon langjährigen Erfahrungen aus unserem Nachbarland.“

**Claudia Moll, MdB** und Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, appellierte aus einer übergreifenden bundespolitischen Perspektive an den Gemeinschaftssinn bei der Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland: „Ich freue mich sehr darüber, dass es in Deutschland gelungen ist, schwer Erkrankten und den Angehörigen je nach Bedarf eine allgemeine, ergänzende oder spezialisierte palliativmedizinische Versorgung anbieten zu können. Aber, der gesetzliche Anspruch auf dem Papier allein genügt nicht. Dem Betroffenen ist nur geholfen, wenn er die von ihm gewünschte individuelle Alternative wirklich auch in seiner Nähe finden



kann. Und es funktioniert nur gut, wenn der Hausarzt, das Krankenhaus, die Pflegeeinrichtung, die Krankenkasse, die Beratungsstelle und die Beteiligten vor Ort sich austauschen, kooperieren und vernetzen. Nur gemeinsam können erforderliche Ziele, ein möglichst flächendeckendes Angebot an palliativmedizinischer Versorgung anzubieten, den Betroffenen nach seinen Wünschen aufzufangen, zu versorgen und zu begleiten und Versorgungsbrüche für den Patienten zu vermeiden, erreicht werden.“

**Dr. Ulrich Grabenhorst**, Vorsitzender des Verbunds der SAPV-Teams Nordrhein e. V., Viersen, blickte aus der Perspektive der aktuellen Debatte um die Umsetzung des Bundesrahmenvertrages zur SAPV auf das Thema Caring Communities: „Caring Community bedeutet ja auch, dass die strukturellen und äußeren Bedingungen so gestaltet werden, dass sich jeder um den nächsten kümmern kann. Dazu müssen die politischen Akteure die entsprechenden Bedingungen schaffen. Im Kontext des Bundesrahmenvertrags zur SAPV bedeutet dies, dass keine Brüche entstehen dürfen. Die Umsetzung des Bundesrahmenvertrages muss die bestehenden Versorgungsstrukturen und Prozesse weiterentwickeln, nicht ersetzen. Dazu sind schon jetzt Zusagen der Kostenträger notwendig, die den betroffenen Patient\*innen und den SAPV-Teams in der laufenden Versorgung die Kontinuität sicherstellen. Zeiten ohne vertragliche Vereinbarung zur SAPV-Versorgung dürfen nicht entstehen.“

**Andreas Müller**, Geschäftsführer Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., Dresden, blickte besonders auf den neuen §39a SGB V Förderung der Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkordinatorin oder einen Netzwerkkordinator: „Durch vernetztes Arbeiten der Angebote der allgemeinen, spezialisierten Hospizarbeit und Palliativversorgung mit den allgemeinen Versorgungsangeboten der Region wird Menschen in palliativen Situation und ihren An- und Zugehörigen eine Begleitung, Versorgung und Betreuung angeboten, welche sich an deren Bedarfen und Bedürfnissen und ihrem sozialen Umfeld ausrichtet. Im Netzwerk zu arbeiten und es zu leben braucht persönliches Engagement und strukturelle Rahmenbedingungen. Die Neuschaffung des §39a SGB V schafft dafür einen Rahmen, welcher jetzt gemeinsam mit den Akteuren der Kommunen, Leistungserbringer der allgemeinen und spezialisierten Hospizarbeit und Palliativversorgung und den Krankenkassen in die Praxis gestaltet werden muss. Leider fehlen spezielle Regelungen für lebensverkürzend erkrankte Kinder und Jugendliche.“

**Prof. Dr. Andreas Wittrahm**, Bereichsleiter „Facharbeit und Sozialpolitik“ im Caritasverband für das Bistum Aachen e. V., nahm die Nichtigkeitserklärung (§ 217) des Bundesverfassungsgerichts in den Fokus: „Kein Mensch ist durch unsere Rechtsordnung zum Weiterleben verpflichtet, wenn er glaubt, es nicht mehr aushalten zu können oder zu wollen. Darum ist die Selbsttötung (Suizid) straffrei. Aber kein Mensch darf durch familiären oder gesellschaftlichen Druck zum Suizid gedrängt werden, weil andere es mit ihm nicht mehr aushalten. Darum verlangt das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom Februar 2020 neben dem Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung auch massive Anstrengungen des Gesetzgebers in der Suizid-Prophylaxe – was gerne übersehen wird. Die Caritas ist sich mit der Hospiz- und Palliativbewegung einig, dass eine sorgsame Gestaltung der letzten Lebensphase mit kundigen medizinischen, psychosozialen und spirituellen Unterstützungsangeboten das Leben sterbender Menschen bereichert und Suizid-Wünsche in den Hintergrund drängt. Der Gesetzgeber ist gefordert, die dazu notwendigen Ressourcen bereit zu stellen. Sollten alle Bemühungen um ein erträgliches Lebensende vergeblich sein, verlangt die christliche Barmherzigkeit, auch einen Menschen, der es wirklich nicht mehr aushält, nicht allein zu lassen.“

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

#### **Pressekontakt:**

##### **Veronika Schönhofer-Nellessen**

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

##### **Dr. Stephan Frings**

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

**GRUSSWORTE:****Dr. Michael Ziemons**

Dezernent für Soziales, Gesundheit und Digitalisierung der StädteRegion Aachen

**Claudia Moll MdB**

Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, Alsdorf

**VORTRÄGE:****Dr. phil. | Robert Sempach**

Projektleiter Soziales, Migros-Genossenschafts-Bund, Zürich/Schweiz

**Prof. Dr. Daniela Händler-Schuster**

ZHAW Gesundheit, Institut für Pflege, Winterthur/Schweiz

**MODERATOR\*INNEN DER WORKSHOPS:****WORKSHOP 1: Fattaneh Afkhami**

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

**WORKSHOP 2: Johannes Wüller**

Arzt Home Care Aachen e. V.

**WORKSHOP 3: Dr. Birgit Weihrauch**

Staatsrätin a. D., Köln

**WORKSHOP 4: Johannes Mertens M.A.**

Katholische Hochschule NRW, Abt. Aachen

**WORKSHOP 5: Mareike Hümmerich**

Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e. V.

**GESAMTMODERATION  
DES KONGRESSES:****VERONIKA  
SCHÖNHOFER-NELLESSEN**

Servicestelle Hospiz, Aachen

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

Direktor der Klinik für Palliativmedizin  
an der Uniklinik RWTH Aachen

**FOTOGRAF:****Andreas Schmitter**

Schmitter Fotografie, Aachen

**FILMTEAM:****Arndt Lorenz****Bruno Lienemann****Melanie Lautermann**

**REFERENT\*INNEN DER WORKSHOPS:****WORKSHOP 1: Prof. Dr. Daniela Händler-Schuster**

ZHAW Gesundheit, Institut für Pflege, Winterthur/Schweiz

**Dr. phil. I Robert Sempach**

Netzwerk Caring Communities,  
Migros-Genossenschafts-Bund, Schweiz

**WORKSHOP 2: Dr. Ulrich Grabenhorst**

Vorsitzender des Verbund der SAPV-Teams  
Nordrhein e. V., Viersen

**WORKSHOP 3: Andreas Müller**

Geschäftsführer Landesverband für Hospizarbeit und  
Palliativmedizin Sachsen e. V., Dresden

**Bernd Claßen**

Leiter Servicecenter Pflege AOK Rheinland/Hamburg, Köln

**WORKSHOP 4: Thomas Montag**

Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln

**Prof. Dr. theol. Andreas Wittrahm**

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

**WORKSHOP 5: Dr. Gwendolin Wanderer**

Frankfurter Ethiknetzwerk e. V., Frankfurt am Main

**Ramona Wagner**

Frankfurter Ethiknetzwerk e. V., Frankfurt am Main

**ABSCHLUSSDIALOG:****Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke**

Direktor der Klinik für Palliativmedizin  
an der Uniklinik RWTH Aachen

**Prof. Andreas Wittrahm**

Caritasverband für das Bistum Aachen e. V.

**HOSPIZCHOR:****Die „Gospel-Hospice-Singers“** unter

Leitung von **Claudia Makhmaltchi**  
und **Gerhard Nellessen**

**PRESSEARBEIT:****Dr. Stephan Frings**

Grünenthal GmbH, Stolberg

**MARKT DER MÖGLICHKEITEN –  
TEILNEHMENDE INSTITUTIONE::**

- Ambulanter Hospizdienst des Caritasverbandes für die Region Eifel e. V
- Ambulanter Hospizdienst Eschweiler/Stolberg e. V.
- Bestattungshaus Bakonyi
- Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit gGmbH in der StädteRegion Aachen
- Gesundheitskiosk – Gesundheitsamt der StädteRegion Aachen
- Hospizstiftung Region Aachen
- Kindertrauerprojekt Alsdorf
- Klinik für Schmerztherapie und Palliativmedizin – Rhein Maas Klinikum
- Malteser in der Diözese Aachen – Herzenswunsch-Krankenwagen



## Die Dokumentationen der Aachener Hospizgespräche im Internet:

[www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de)  
oder unter: [www.servicestellehospizarbeit.de](http://www.servicestellehospizarbeit.de)

## Der Filmbeitrag zum 115. Aachener Hospizgespräch im Internet:

[www.servicestellehospizarbeit.de](http://www.servicestellehospizarbeit.de) ->  
Aachener Hospizgespräche -> Überblick 2022



Auf Wiedersehen ...

... beim 116.  
Aachener Hospizgespräch

05./06. Mai 2023  
im Museum Zinkhütter Hof,  
52223 Stolberg

