



Hospizdialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2023 Ausgabe 97

Schwerpunkt:

**VERSORGUNGSASPEKTE
IN DER HÄUSLICHEN BEGLEITUNG**



Liebe Leserinnen und Leser,

pflegende Angehörige befinden sich in vielerlei Hinsicht in einer herausragenden Rolle. Ohne sie ist ambulante Versorgung nicht denkbar; mit ihrer Präsenz und ihren Erfahrungen sind sie eine tragende Säule. Daher ist es umso wichtiger, ihre Resilienz einerseits und ihre Grenzen andererseits im Blick zu haben. Unter anderem sind es diese Aspekte, die in der Forschung, wie bei den Young Carers oder im Projekt FamPalliNeeds Berücksichtigung finden. Ebenso ist es von Bedeutung, dass sie in ihrem Lebensraum auf Verständnis und Einbettung treffen. Wie hier die Kommune Verantwortung übernehmen und zu einer gemeinsamen Daseinsfürsorge beitragen kann, zeigt das Beispiel der Rathausgespräche. Langfristig fördern solche kommunalen Dialoge Solidarität und Respekt für jene, die sich um die Erkrankten kümmern, und leisten damit einen entscheidenden Beitrag zu deren Ermutigung und Stärkung.

Die ALPHA-Stellen wünschen Ihnen eine gute Lektüre!

SCHWERPUNKT

VERSORGUNGSASPEKTE IN DER HÄUSLICHEN BEGLEITUNG

- 4 Von pflegenden Angehörigen lernen**
Die Bedeutung von Rathausgesprächen für eine gelingende kommunale Daseinsvorsorge
Stefanie Wiloth
- 7 PSY CARE – Ambulante Psychotherapie für zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf**
Eva-Marie Kessler
- 10 Bedürfnisse von Familien mit lebensverkürzend erkrankten Kindern und Jugendlichen**
Zentrale Ergebnisse des FamPalliNeeds-Projekts
Kristin Fellbaum, Mona Dennier, Sven Jennessen
- 14 Bedürfnisse von Young Carers in Palliativsituationen: Wie können Fachpersonen Young Carers und ihre Familien unterstützen?**
Josip Jurisic, Elena Guggiari, Sarah Rabhi-Sidler

INFORMATION

- 18 Morgens ins Hospiz, abends zu Hause**
Tageshospize als Teil einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur
Christoph Voegelin
- 20 Recht und Ethik in der Palliativen Psychiatrie**
Michael Halmich
- 23 Suizidprävention und Suizidassistenz: wie weiter?**
Fredri Lang
- 26 Veranstaltungen**
- 27 Impressum**



VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN LERNEN

Die Bedeutung von Rathausgesprächen für eine gelingende kommunale Daseinsvorsorge

STEFANIE WILOTH

Zur Notwendigkeit der Beteiligung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

Zukünftig ist eine weitere Zunahme der Anzahl von Menschen mit Demenz zu erwarten (Bickel, 2020). Da professionelle Pflegekräfte fehlen, gleichzeitig aber auch die familiären Pflegeressourcen abnehmen (Pfanstiel et al., 2018), stellt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege von Menschen mit Demenz eine besondere Herausforderung dar (Michalowsky et al., 2019). Kommunen stehen in der Verantwortung, die Entwicklung innovativer Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen für an Demenz erkrankte Menschen und pflegende Ange-

hörige voranzutreiben (Deutscher Bundestag, 2016). Häufig tragen aber ein mangelndes Problembewusstsein, eine gering ausgeprägte Sensibilität gegenüber dem Thema oder unzureichendes Wissen etwa über die Wirksamkeit von Unterstützungsformen dazu bei, dass politische Entscheidungsprozesse gebremst oder nur zögerlich angestoßen werden (Wiloth et al., 2022). Es werden Rahmenbedingungen für politisches Handeln notwendig, die der Politik einen tieferen Einblick in die Lebenssituation der Zivilgesellschaft ermöglichen. Beteiligungsformen gewinnen somit zunehmend an Bedeutung, wobei pflegende Angehörige hier noch viel zu wenig berücksichtigt werden (Donkers et al., 2017).

Im Forschungsprojekt „Pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz eine Stimme geben“ wurde geprüft, inwieweit Rathausgespräche ein hilfreiches Beteiligungskonzept zur Förderung sozialer Daseinsvorsorge für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz darstellen können. Hierfür wurde zwischen 2019 und 2022 deutschlandweit in insgesamt 16 Kommunen jeweils ein ca. 3-stündiges Rathausgespräch durchgeführt.

Die Methode der Rathausgespräche und ihre Wirkung – Ablauf und Inhalt

Während der Rathausgespräche sprachen zunächst pflegende Angehörige über ihre Lebens- und Erlebenswelt und gaben Anregungen für eine bessere Versorgung. Im Folgenden erhielten (Ober-)Bürgermeisterinnen bzw. (Ober-)Bürgermeister, die kommunale Altenarbeit und Personen aus den Bereichen Pflege und Gesundheit, Bildung, Kirche und Kultur die Möglichkeit, die Perspektiven der pflegenden Angehörigen aufzugreifen sowie über Möglichkeiten zur Stärkung häuslicher Pflegearrangements zu diskutieren. Abschließend fand der Dialog zwischen beiden Gruppen statt.

Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018) der Rathausgespräche und von darauffolgenden Reflexionsgesprächen mit den Akteurinnen und Akteuren aus den Kommunen wurde im Rahmen der Begleitforschung u. a. das Ausmaß ihrer Responsivität im Hinblick auf die Anregungen der pflegenden Angehörigen untersucht (vertiefend: Town-Hall Projektbericht, 2022).

Ergebnisse der Begleitforschung

Für die insgesamt 105 pflegenden Angehörigen stellte insbesondere die Progredienz der Demenz, die in sehr fordernde Anpassungsprozesse und in reduzierte Selbstsorgefähigkeit resultiert, eine zentrale Herausforderung dar. Es wurden aber auch Ressourcen wie soziale Kontakte und schöne Momente der Fürsorge, aus denen Angehörige Energie für den Pflegealltag und für mehr Selbstsorge schöpfen, genannt. Man regte dazu an, bestehende Informationszugangswege zu optimieren, Vernetzungsprozesse innerhalb der Kommune voranzubringen, demenzfreundliche und interge-

nerationelle Freizeitangebote auszugestalten, das Ehrenamt zu stärken und stärker in Sensibilisierungsstrategien zu investieren.

Die Kommunen konnten dahingehend verschiedene Maßnahmen planen und in Teilen sogar initiieren und umsetzen. So wurden u. a. Broschüren sowie Webseiten überarbeitet, Vernetzungsprozesse auf Länderebene initiiert, das Format der Rathausgespräche etabliert, neue Angehörigengruppen implementiert oder digitale Beratungskonzepte ausgebaut. Dies hebt die Wirkung der Rathausgespräche auf die kommunale Handlungsbereitschaft, aber auch auf Umsetzungskompetenzen wie Durchsetzungsstärke und Durchhaltevermögen hervor.

Schlussbetrachtung – Der Beitrag von Rathausgesprächen zur Förderung einer Lernkultur

Soziale Daseinsvorsorge folgt nicht nur einem auf Dienstleistungen fokussierten Grundverständnis, bei dem die Zivilgesellschaft als passive Leistungsempfängerin fungiert. Vielmehr muss von einem Verständnis sozialer Daseinsvorsorge ausgegangen werden, welches die Bedürfnisse von Menschen nach sozialer Teilhabe und ihr Potenzial zur Mitgestaltung im Blick hat und somit auf Ko-Produktion und Befähigung ausgerichtet ist (Deutscher Bundestag, 2016). Um dieses Verständnis realisieren zu können, muss der Zusammenhalt der Gesellschaft gestärkt und für jeden spürbar werden. Hierfür müssen öffentliche Räume gestaltet werden, die ein zwischenmenschliches Miteinander ermöglichen. Somit wird die Schaffung von „Öffentlichkeit“ (Dewey, 1916; 1927/1991) notwendig, wobei damit ein aktiver Zusammenschluss von Menschen, die von einem bestimmten Problem betroffen sind, die um die eigene Betroffenheit und die damit einhergehenden Konsequenzen wissen und das Ziel haben, das Problem gemeinsam zu bewältigen, gemeint ist.

Rathausgespräche sind ein nützliches Instrument zur Förderung von Öffentlichkeit im öffentlichen Raum, wodurch gelebte Solidarität gefördert und folglich Ko-Produktionsprozesse sozialer Daseinsvorsorge realisiert werden können. Der zugrundelie-

gende Wirkmechanismus liegt im wertschätzenden, authentischen und empathischen Dialog. Indem pflegende Angehörige mit Politik, Wissenschaft, Praxis und Gesellschaft zusammenkommen und über Problemlagen diskutieren, die ihre Situation betreffen, werden soziale Lernprozesse angestoßen, die für die gesellschaftliche Entwicklung essentiell sind (Pape & Kehrbaum, 2019). Der Dialog erlaubt es den Beteiligten, ihren persönlichen Horizont zu verlassen und sich fremden Realitäten zuzuwenden. Manchmal führt das zu Irritationen. Doch diese sind wichtig, da man dadurch die eigenen Perspektiven besser versteht, sie sogar verändert und somit etwas für sich dazulernt (Mezirow, 2009). Dies motiviert, gemeinsam Ziele zu setzen und diese zu verfolgen. Rathausgespräche leisten folglich einen Beitrag zur kommunalen Daseinsvorsorge, weil sie ein nützliches Mittel zur Schaffung einer demokratischen Gesprächs- und Lernkultur sind.

LITERATUR

- Bickel, H.** (2020). Die Häufigkeiten von Demenzerkrankungen: Informationsblatt 1. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (Zugriff am 03.08.2023).
- Deutscher Bundestag** (2016). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Dewey, J.** (1916). *Democracy and Education – An introduction to the philosophy of education*. Norwood: Norwood Press.
- Dewey, J.** (1927/1991). *The Public and Its Problems*. Reprint, Ohio: Ohio University Press.
- Donkers, H.W., van der Veen, D.J., Vernooij-Dassen, M.J., Nijhuis-van der Sanden, M.W.G., Graff, M.J.L.** (2017). Social participation of people with cognitive problems and their caregivers: a feasibility evaluation of the Social Fitness Programme. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32.
- Kuckartz, U.** (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Mezirow, J.** (2009): An Overview on Transformative Learning. In: K. Illeris (Hrsg.): *Contemporary Theories of Learning. Learning Theorists ... In Their Own Words*. 1. Auflage. London u. a.: Routledge, S. 90-105.
- Michalowsky, B., Kaczynski, A., Hoffmann, W.** (2019). Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland – Eine Metaanalyse. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 62(8): 981–92.
- Pape, H. & Kehrbaum, T.** (2019). *John Dewey: Über Bildung, Gewerkschaften und die demokratische Lebensform*. Band 421 der Reihe *Study der Hans-Böckler-Stiftung*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Pfannstiel, M.A., Focke, A., Mehlich, H.** (2018). *Management von Gesundheitsregionen IV: Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit: Ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz – ein Überblick*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Town-Hall Projektbericht** (2022). „Pflegerinnen Angehörigen von Menschen mit Demenz eine Stimme geben – Das Town Hall-Projekt“. Verfügbar unter: https://www.gero.uni-heidelberg.de/md/gero/forschung/projektbericht_town_hall.pdf (Zugriff 03.08.2023).
- Wiloth, S., Kiefer, A., Wittek, M., Arroyo, Y., Villora, T., Obermeier, M., Schmitt, E., Kruse, A.** (2022). Rethinking a Traditional Method of Participation: „Town-Hall Meetings“ to Support Family Carers of People with Dementia. *Journal of Alzheimers Disease*. 87(3): 981-990.

DIE AUTORIN



Dr. phil. Stefanie Wiloth

Akademische Rätin
 Institut für Gerontologie
 Universität Heidelberg
 Bergheimer Straße 20
 69115 Heidelberg
 Tel.: 0 62 21 - 54 81 29
stefanie.wiloth@gero.uni-heidelberg.de
<https://www.gero.uni-heidelberg.de/>



© iStock.com/Alma515

PSY CARE – AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE FÜR ZUHAUSE LEBENDE ÄLTERE MENSCHEN MIT DEPRESSION UND PFLEGEBEDARF

EVA-MARIE KESSLER

Hintergrund

Zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf sind bisher in Deutschland psychotherapeutisch unterversorgt bzw. de facto „nicht-versorgt“. Ambulant tätige Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind in der Regel mangels gerontopsychologischer Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten sowie fehlender zielgruppenspezifischer

Behandlungsansätze und Anreizstrukturen nicht spezifisch für die Behandlung der Patientengruppe qualifiziert und motiviert. Seitens der Patientinnen und Patienten, ihrer Angehörigen und Gesundheitsakteurinnen und -akteure fehlt es an Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und -wirksamkeit, so dass Psychotherapie selten nachgefragt bzw. aktiv gebahnt wird.

Überblick über PSY-CARE

Das in Berlin angesiedelte Innovationsfonds-Projekt PSY-CARE untersuchte die Implementierbarkeit und Wirksamkeit von Kurzzeit-Verhaltenstherapie für zuhause lebende Menschen über 60 Jahre mit Pflegegrad und Depression. Untersuchungszeitraum war Juni 2018 bis September 2021. Geeignete Teilnehmende wurden nach Einwilligung und einer umfassenden Einschlussdiagnostik zur Durchführung einer alterssensiblen Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, d. h. maximal 24 Therapiesitzungen à 50 Minuten) an die für das Projekt gewonnenen ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten vermittelt. Die Behandlung wurde als Regelleistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht. Die Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurden vorab in dem Behandlungsmanual geschult; danach sollten in den Therapien nach Möglichkeit drei Methoden zum Einsatz kommen, nämlich positive Reminiszenz (Modul 1; ressourcenorientierter Lebensrückblick zur Verbesserung der Erinnerung an persönliche Stärken, Fähigkeiten und Erlebnisse), Empowerment (Modul 2; Stärkung von Autonomie und Erweiterung von Handlungsspielräumen) und Systemmobilisierung (Modul 3; Einbezug wichtiger Bezugspersonen und professioneller Helferinnen und Helfer).

Indem eine breite Datenbasis zu Zugangswegen zu den Patientinnen und Patienten, psychotherapeutischer Behandlungspraxis und Behandlungswirksamkeit zusammengeführt wird, liefern die Studienergebnisse einen differenzierten Einblick in die psychotherapeutische Behandlung einer sehr schwer zugänglichen, vulnerablen Patientengruppe mit komplexem Behandlungsbedarf im naturalistischen Setting. Die Studie fand unter Pandemiebedingungen statt. Dieser Umstand erschwerte die Durchführung eines ohnehin äußerst komplexen und risikobehafteten Vorhabens mit einer schwer zu beforschenden Patientengruppe und führte zu Bedingungen, die einer Generalisierbarkeit auf postpandemische Bedingungen und einem positiven Wirksamkeitsnachweis prinzipiell gegenläufig sind. Trotz vieler damit verbundener Hürden konnte das Projekt vom Studienteam erfolgreich umgesetzt werden.

Zu den Studienteilnehmenden

Die Patientengruppe von 197 Teilnehmenden zeichnet sich durch eine hohe Vulnerabilität aus. Neben dem hohen Durchschnittsalter von 78 Jahren spiegelt sich dies in der Tatsache wider, dass sie nach dem Barthel-Index durchschnittlich in die Kategorie „hilfebedürftig“ fielen, äquivalent zu dem Ergebnis, dass 77 % der Studienteilnehmenden einen Pflegegrad von 2 und höher hatten. Auch die Zahl von 19 bei Studienabschluss verstorbenen und 13 krankheitsbedingt ausgefallenen Studienteilnehmenden (wobei dem Studienteam kein Fall eines Corona-Toten bekannt ist) unterschätzt dabei sehr wahrscheinlich noch deren tatsächliche Anzahl. Es muss von weiteren Fällen von Tod oder Umzug ins Pflegeheim ausgegangen werden, die aber nicht alle nachverfolgt werden konnten.

Ausgewählte zentrale Studienergebnisse

Im Zuge verschiedener aufwendiger Rekrutierungsstrategien erwiesen sich Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kliniken als besonders effektive und effiziente Gatekeeper. Diese waren sehr motiviert, eine Anschlussbehandlung für ihre Patientinnen und Patienten zu finden und waren daher erfreut über das Angebot im Rahmen von PSY-CARE. Alle Patientinnen/Patienten konnten vermittelt werden, es beteiligten sich insgesamt 39 Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Fast alle Therapien (92,3 %) waren aufgrund der starken Funktionseinschränkungen der Patientinnen und Patienten prinzipiell nur durch Hausbesuche (home treatment) realisierbar (in 81,2 % der Fälle pandemiebedingt teilweise fernmündlich). Die Patientinnen und Patienten waren überwiegend (83,7 %) weitgehend bis sehr zufrieden mit der Psychotherapie. Die Psychotherapeutinnen und -therapeuten bewerteten Angehörigeneinbezug und interprofessionelle Zusammenarbeit als hilfreich. Anpassungen des Ausbildungs- und Vergütungssystems wurden als notwendig erachtet. Die depressive Symptomatik verringerte sich nach der Intention-To-Treat Analyse von Prä- über Post-Assessments und 1-Jahres Follow-up für ambulante Psychotherapie nachhaltig mit leichten bis moderaten Effekten. Aus der qualitativen Analyse von Falldokumentationen sowie von posttherapeutischen Interviews mit den Behandelnden geht hervor, dass diese in der Arbeit mit der

Patientengruppe aufgrund körperlich-progredienter Krankheitsverläufe und oftmals seit der ersten Lebenshälfte (manifest oder latent) bestehender psychischer Probleme mit den Grenzen eines „Cure“ Paradigmas konfrontiert und gleichzeitig herausgefordert sind, in ihre Arbeit und ihr professionelles Selbstverständnis auch ein „Care“ Paradigma zu integrieren. In den Therapien ging es oft darum, sozioemotionaler Deprivation entgegenzuwirken, Unsicherheiten aufzulösen, das Alltagsleben zu normalisieren und praktische Probleme zu lösen, die über die klassische Rolle von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinausgehen, und gleichzeitig häufig bereits lang bestehende psychische Vulnerabilitäten in die Behandlung zu integrieren. Die Notwendigkeit der Integration eines „Cure“ und „Care“ Paradigmas stellte damit eine zentrale Herausforderung für Psychotherapeutinnen und -therapeuten dar. Dies lag nicht nur an einem traditionellen professionellen Selbstverständnis von dem, was Psychotherapie ist, sondern auch daran, noch keine klare definierte berufliche Rolle in dem Versorgungsfeld und wenig feste Kooperationsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Berufsgruppen zu haben, welche eine solche Integration ermöglichen könnten.

Schlussfolgerungen für die Praxis

- Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind gefordert, barrierefreie Behandlungsplätze für die Behandlung von älteren Menschen mit Pflegebedarf zur Verfügung zu stellen und bei Bedarf aufsuchend zu arbeiten. Es bedarf entsprechend einer rechtlichen Klarstellung und eines transparenteren Beantragungsverfahrens für Hausbesuche.
- Interprofessionelle Kooperation und der Einbezug von Angehörigen in die Therapie sollten als reguläre Elemente der ambulanten Psychotherapie für die Patientengruppe eingeführt werden.
- Um Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als neue, gewinnbringende Akteursgruppe für die Versorgung älterer vulnerabler Menschen zu motivieren und zu qualifizieren, müssen spezialisierte Fort und Weiterbildungen angeboten werden.

Hinweise zum Projekt

Die Studie wurde gefördert durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA; Förderkennzeichen: 01VSF17048). Das Projekt war an der MSB Medical School Berlin angesiedelt, Projektleiterin war Prof. Dr. Eva-Marie Kessler. Konsortialpartner war die Charité, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft. Kooperationspartner war die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvvt).



DIESER TEXT BASIERT AUF FOLGENDER LITERATUR

- Kessler, E.-M.** (2023). Curing and Caring. Aufsuchendes psychotherapeutisches Arbeiten mit pflegebedürftigen älteren Menschen mit Depression – Eine Fallkasuistik. *Psychotherapie im Alter*, 20(2), 197-209.
- Demmerle, C., Gellert, P. & Kessler, E.-M.** (2023). Psychotherapists' experiences providing at-home psychotherapy for older adults with long-term care needs and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 70(4), 403-414.
- Tegeler, C., Hoppmann, F., Demmerle, C., Gellert, P., Ludwig, V. & Kessler, E.-M.** (2022). Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz ambulanter Psychotherapie für zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf – Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts PSY-CARE. *Psychiatrische Praxis*, 50, 196-203. Open Access.



DIE AUTORIN



Prof. Dr. Eva-Marie Kessler
 Department Psychologie,
 Arbeitsgruppe Gerontopsychologie
 Rüdeshheimerstraße 50
 14197 Berlin
 eva-marie.kessler@medicalschoo-
 berlin.de



© istock.com/FatCamera

BEDÜRFNISSE VON FAMILIEN MIT LEBENS- VERKÜRZEND ERKRANKTEN KINDERN UND JUGENDLICHEN

Zentrale Ergebnisse des FamPalliNeeds-Projekts

KRISTIN FELLBAUM, MONA DENNIER, SVEN JENNESSEN

In Deutschland leben circa 320.000 bis 400.000 Kinder und Jugendliche mit einer diagnostizierten lebensverkürzenden oder -bedrohlichen Erkrankung (vgl. Jennessen & Burgio, 2022). Aufgrund vielfältiger kurativer Behandlungsmöglichkeiten entwickeln nicht alle erkrankten Kinder und Jugendlichen einen palliativen bzw. hospizlichen Versorgungsbedarf. Unabhängig davon kann die Diagnose einer lebensverkürzenden bzw. -bedrohlichen Erkrankung eine existenzielle Herausforderung in allen Lebensbereichen für einzelne Familienmitglieder oder das gesamte

Familiensystem bedeuten. Kaum empirisches Wissen existierte bislang über die aus der spezifischen Lebenssituation resultierenden familiären Bedarfe und Bedürfnisse.

Das vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Forschungsprojekt FamPalliNeeds der Humboldt-Universität zu Berlin untersuchte von 2020 bis 2023 die Bedarfe und Bedürfnisse von Familien mit lebensverkürzend/-bedrohlich erkrankten sowie verstorbenen Kindern und Jugendlichen.

Welche Formen der Unterstützung die einzelnen Familienmitglieder bereits in Anspruch nehmen, wie sie diese bewerten, welche sie sich wünschen und wo sie Optimierungsbedarfe sehen, wurde mit Hilfe eines partizipativ orientierten Mixed-Methods-Designs (Abb. 1) erhoben. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurden Empfehlungen für die Versorgung sowie Teilhabe der Familien formuliert. Die Erkenntnisse sollen einen Beitrag zur Weiterentwicklung bestehender Beratungs-, Begleitungs- und Versorgungsstrukturen leisten.

Erkrankung leben, sind in ihrer sozialen Teilhabe von Exklusionsrisiken in unterschiedlichen Lebensbereichen betroffen. In den Möglichkeiten, als Familie Freizeit und Urlaub zu gestalten sowie im öffentlichen Raum mobil zu sein, erleben sich jeweils ca. zwei Drittel der befragten Eltern (N=417) stark eingeschränkt bzw. sehen keine Möglichkeiten, die diesbezüglichen Wünsche der Familie umzusetzen. Bildungs- und Arbeitsorte der erkrankten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind stark von ihrem Unterstützungsbedarf abhängig: Je höher dieser ist, umso weniger inklusiv ist ihre Lebenssituation. Für Eltern stellt die eigene Erwerbstätigkeit ein wichtiges Element von Teilhabe und Rollenvielfalt dar. Wenn die Versorgungssicherheit der Kinder gewährleistet wäre, würden von den nicht erwerbstätigen befragten Elternteilen (N=142) 71,8 % gerne wieder einer Berufstätigkeit nachgehen, und zwar zumeist auch dann, wenn sie ihre finanzielle Belastung als gering einschätzen.

Im Bereich der pflegerischen und medizinischen Versorgung sind die Familien vom Fachkräftemangel betroffen: Personalengpässe bei ambulanten Pflegediensten ver-

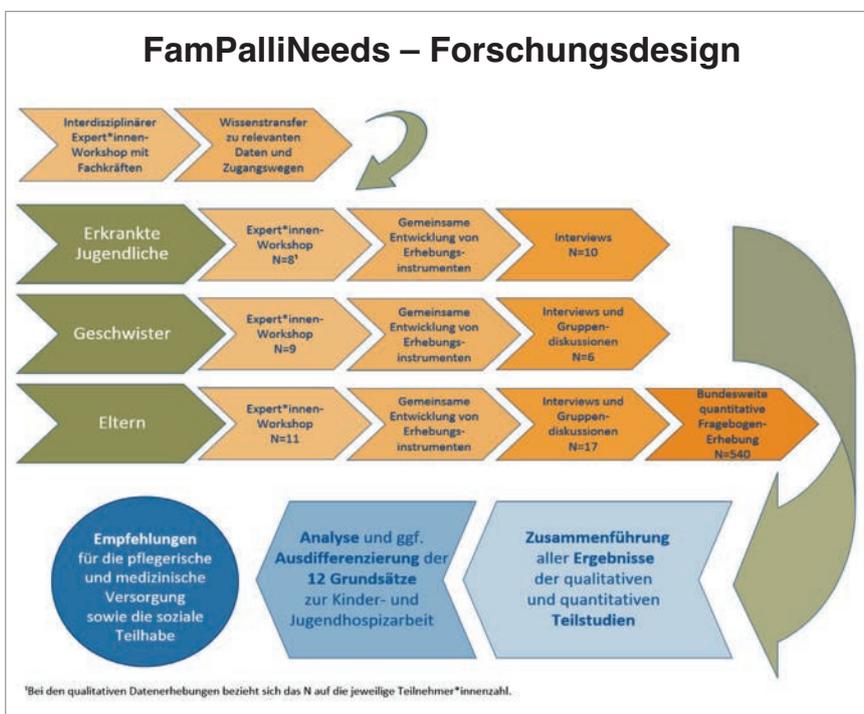


Abb. 1: Forschungsdesign, eigene Darstellung

Der vorliegende Artikel stellt zentrale Ergebnisse der Untersuchung vor und zeigt exemplarisch die Zufriedenheit mit palliativen und hospizlichen Angeboten der befragten Eltern aus Nordrhein-Westfalen. Der ausführliche Forschungsbericht ist verfügbar unter: <https://www.reha.hu-berlin.de/de/lehrgebiete/kbp/forschung>.

Zentrale Ergebnisse zu den Bedarfen und Bedürfnissen der Familien

Alle Mitglieder von Familien, in denen Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzender/-bedrohlicher

verschärfen die häusliche Pflegesituation und Belastung der pflegenden Angehörigen. Bei Krankenhausaufenthalten müssen Eltern oftmals die Pflege ihres Kindes übernehmen. 94,2 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (N=417) leben im Haushalt des befragten Elternteils, auch bei den über 27-Jährigen beträgt dieser Anteil noch fast zwei Drittel. Für diese jungen pflegebedürftigen Erwachsenen fehlen geeignete Wohnformen bzw. das Pflegepersonal, was im Kontext einer selbstbestimmten Lebensführung der jungen Menschen, aber auch mit Blick auf die Belastung der ebenfalls alternden Eltern problematisch ist.

Die erhobenen Bedarfe und Erfahrungen der Familien in der Selbsthilfe zeigen die hohe Bedeutung eines hinsichtlich der Themen, Formate, Frequenzen und Verbindlichkeiten vielseitigen Angebots, das benötigt wird, damit die individuell in der jeweiligen Lebensphase passenden Selbsthilfestrukturen genutzt werden können. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass ebenso viele Eltern verstorbener Kinder auch über zehn Jahre nach dem Tod ihres Kindes Selbsthilfeangebote nutzen wie in den ersten Jahren. Langfristig zur Verfügung stehende Angebote sind daher bedeutsam für diese Zielgruppe.

71,4 % der Eltern (N=417) fühlen sich von Fachkräften nicht ausreichend zu den ihnen zustehenden Leistungen und Angeboten beraten. Auch die erfolgte Beratung zu medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aspekten bewerten 49,8 % als eher schlecht oder sehr schlecht. Dabei benötigen Familien frühzeitig und prozessbegleitend kompetente Ansprechpersonen, die barrierearm und in den Alltag integriert für sämtliche Themenbereiche des Krankheitsmanagements und der Teilhabe einzelner Familienmitglieder zur Verfügung stehen bzw. an die entsprechenden spezialisierten Beratungsstellen verweisen können.

zwischen den Antwortoptionen sehr zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden sowie sehr unzufrieden ausgewählt werden. Je Versorgungsform werden die Angaben der Eltern lebender Kinder sowie verstorbener Kinder, die zur Zeit der Datenerhebung im Bundesland Nordrhein-Westfalen wohnten, exemplarisch abgebildet (Abb. 2). Da der Versorgungsradius der Familien häufig sehr weitreichend ist, können auch einzelne Bewertungen von palliativen und hospizlichen Angeboten über die Grenzen von Nordrhein-Westfalen hinaus in Anspruch genommen worden sein. Zudem ist die Betrachtung der Daten unter Beachtung der geringen Fallzahlen aus Nordrhein-Westfalen vorzunehmen, welche zwischen 13 und 87 Teilnehmenden liegen.

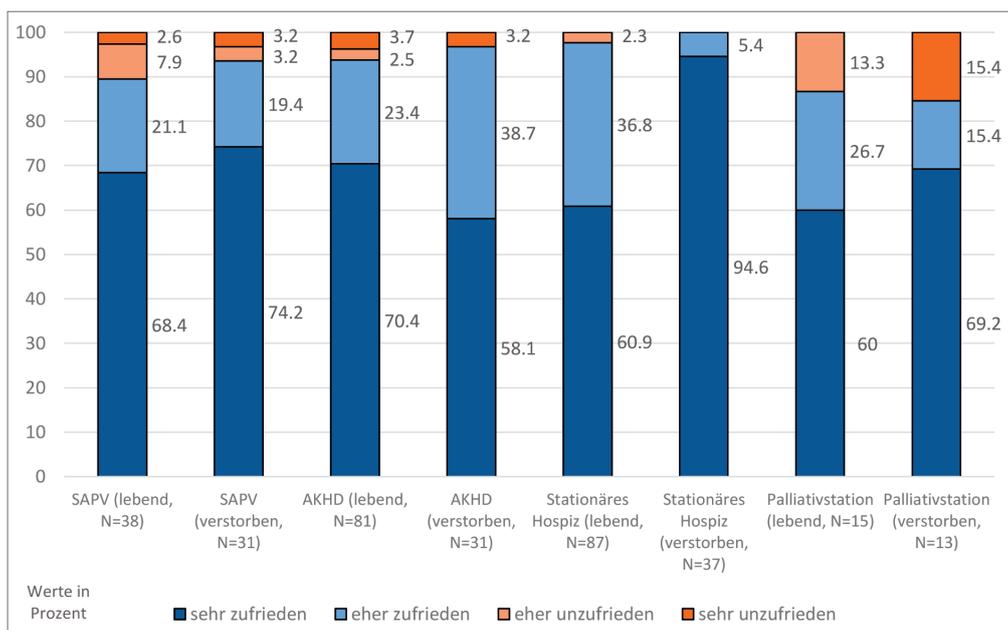


Abb. 2: Zufriedenheit mit palliativen und hospizlichen Angeboten der befragten Eltern in NRW, eigene Darstellung

Zur Zufriedenheit mit palliativen und hospizlichen Angeboten in Nordrhein-Westfalen

Im Rahmen der Online-Befragung wurde die Zufriedenheit der in Nordrhein-Westfalen wohnenden Eltern lebender (N=123) sowie verstorbener (N=50) Kinder mit der Nutzung unterschiedlicher palliativer und hospizlicher Versorgungsformen erfragt. Die einzelnen Fragen wurden nur von Eltern beantwortet, die das jeweilige hospizliche bzw. palliative Angebot bereits in Anspruch nahmen. Hier konnte

Der Abbildung ist zu entnehmen, dass mindestens 80,0 % der Befragten sehr zufrieden oder eher zufrieden mit palliativen und hospizlichen Versorgungsangeboten sind. Ambulante und stationäre Angebote werden insgesamt als sehr große Entlastung und Unterstützung im Alltag der Familien empfunden. Auch wenn eine äußerst hohe Zufriedenheit bei Eltern lebender und verstorbener Kinder mit stationären Hospizen ersichtlich ist, unterscheiden sich die Werte bei näherer Betrachtung

tung: Es zeigt sich bei den Eltern verstorbener Kinder ein noch höherer Anteil, der sehr zufrieden ist (60,9 % bei den Eltern lebender Kinder, 94,6 % bei den Eltern verstorbener Kinder). Dies könnte an der guten hospizlichen Begleitung in der letzten Lebensphase bzw. nach dem Tod des Kindes liegen. Auch bei der Zufriedenheit mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zeigt sich eine differente Einschätzung: Eltern verstorbener Kinder bewerten diese seltener mit eher unzufrieden oder sehr unzufrieden und dafür häufiger mit sehr zufrieden als Eltern lebender Kinder. Bei der Betrachtung der Zufriedenheit mit dem ambulanten Hospizdienst für Kinder (AKHD) fällt auf, dass Eltern verstorbener Kinder seltener sehr zufrieden mit diesem Angebot sind. Stattdessen gibt es einen höheren Anteil der Befragten, der eher zufrieden ausgewählt hat. Mit 86,7% bewerten Eltern, deren Kinder leben (84,6% bei den Eltern verstorbener Kinder) Palliativstationen mit sehr zufrieden oder eher zufrieden. Nur 13,3% (15,4% bei den Eltern verstorbener Kinder) sind eher unzufrieden oder sehr unzufrieden. Anzumerken ist, dass lediglich 13 bzw. 15 Personen diese Frage beantworteten und keine Schlussfolgerungen auf die derzeitige Versorgungssituation auf Palliativstationen möglich sind.



LITERATUR:

Jennessen, S. & Burgio, N. (2022). PraeKids. Erhebung zur Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen in Deutschland. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
<https://doi.org/10.18452/24740>.



DER AUTOR/DIE AUTORINNEN

**Kristin Fellbaum (M.A.)**

Humboldt-Universität zu Berlin
 Institut für Rehabilitationswissenschaften, Abteilung Pädagogik bei Beeinträchtigungen der körperlich-motorischen Entwicklung
 Georgenstraße 36
 10117 Berlin
kristin.fellbaum@hu-berlin.de

**Mona Dennier (M.A.)**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „FamPalliNeeds“ (Projektende März 2023)

**Prof. Dr. Sven Jennessen**

Humboldt-Universität zu Berlin
 Institut für Rehabilitationswissenschaften, Abteilung Pädagogik bei Beeinträchtigungen der körperlich-motorischen Entwicklung
 Georgenstraße 36
 10117 Berlin
sven.jennessen@hu-berlin.de



BEDÜRFNISSE VON YOUNG CARERS IN PALLIATIVSITUATIONEN: WIE KÖNNEN FACHPERSONEN YOUNG CARERS UND IHRE FAMILIEN UNTERSTÜTZEN?

JOSIP JURISIC, ELENA GUGGIARI, SARAH RABHI-SIDLER

Young Carers sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die eine kranke Person in ihrem Umfeld betreuen oder pflegen (Becker, 2000). In der Schweiz sind dies 8 % der 9- bis 16-Jährigen (Leu et al., 2019), in Deutschland 5 % der 12- bis 17-Jährigen (Lux & Eggert, 2017) und in Österreich 4,5 % der 10- bis 14-Jährigen (Nagl-Cupal et al., 2014). Ihre Aufgabenbereiche reichen von Haushaltstätigkeiten, Körperpflege, emotionaler Stütze bis hin zu administrativen Tätigkeiten. Diese Aufgaben können sich negativ auf ihre körperliche und psychische Gesundheit sowie auf ihre Ausbildung, ihre Freizeitgestaltung und ihr soziales Leben auswirken (Leu & Becker, 2019).

Wenn Young Carers schwerkranke Angehörige unterstützen, sind die Verantwortung, der Druck und die negativen Auswirkungen wahrscheinlich noch größer. Umso wichtiger ist es daher, den Blick auf die Bedürfnisse von Young Carers in palliativen Betreuungssituationen zu berücksichtigen.

Ausgangslage

In der Schweiz fehlten bisher Erkenntnisse dazu, wie Young Carers eine palliative Situation erleben. Ebenso bestehen wenige altersgerechte Angebote und Informationen für diese Kinder und Jugendlichen. Dadurch ist es für sie schwierig, Entlastung zu finden. Aufgrund der fehlenden Erkenntnisse können sie von Fachpersonen übersehen werden und damit bleiben ihr wertvoller Beitragsbeitrag sowie ihr Unterstützungsbedarf unerkannt. Neben dem noch zu geringen Bewusstsein für Young Carers (Leu et al., 2018) ist ein weiterer Grund für

die ungenügende Unterstützung der allgemeine Zeitdruck und -mangel von Gesundheitsfachpersonen (Wright et al., 2021) wie auch die Absicht der Eltern, ihre Kinder vor belastenden Themen zu schützen bzw. die Unsicherheit, diese anzusprechen (Dalton et al., 2019).

Das Projekt „Young Carers: Familiäre Pflege in palliativen Situationen“

Das von der Gloria Grathwohl Palliativ-Stiftung finanzierte und von der Careum Hochschule Gesundheit (CHG) durchgeführte Forschungsprojekt adressierte daher die Bedürfnisse von Young Carers im palliativen Kontext. Dafür wurden Interviews und Befragungen aus früheren Projekten analysiert, in Workshops mit Young Carers und Fachpersonen ihre Wünsche und Ideen für Unterstützungsinstrumente erhoben und anschließend zwei Instrumente entwickelt.

Eine Erkenntnis aus dem Projekt ist, dass Young Carers sich mehr Kommunikation und Unterstützung außerhalb und innerhalb der Familie wünschen. Außerhalb benötigen sie Austauschmöglichkeiten mit Fachpersonen und mit anderen Young Carers. Neben der Hilfestellung können sie so ihre Erfahrungen sowie Gedanken teilen und ihr Betreuungs- und Pflegewissen erweitern. Eine Chatfunktion würden sie dafür als sehr geeignet empfinden, weil nach Bedarf, zeit- und ortsunabhängig, Unterstützung eingeholt und neue Vertrauenspersonen kennengelernt werden können. In Bezug auf bestehende Interaktionsstrukturen zwischen Familien und Fachpersonen wünschten sich die Young Carers von Fachpersonen einen stärkeren Einbezug,

einschließlich ihrer Ansichten und Empfindungen in diesem für sie herausfordernden Moment.

Eine Unterstützung von außen kann besser gelingen, wenn innerhalb der Familie bereits unterstützende Umgangsweisen praktiziert werden. Die von uns befragten Young Carers sehen in einer offenen und klaren Kommunikation über Krankheit, Sterben und Trauer eine wichtige Hilfe zur Bewältigung der palliativen Phase. Auf die Bedeutung einer solchen Kommunikation weisen mehrere Studien hin, die sich mit den Herausforderungen und dem Unterstützungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit einem Elternteil in der End-of-life-Phase beschäftigen (z. B. Hanna et al., 2019; Walsh, 2016). Auch möchten diese Kinder und Jugendlichen in die Sterbebegleitung einbezogen werden (Tillquist et al., 2016).

Wissenstransfer in die Praxis

Ein weiteres Projektergebnis ist, dass Fachpersonen neben einer grundlegenden Sensibilisierung für das Thema Werkzeuge brauchen, um die Kommunikation über Krankheit, Verlust und Trauer anzustoßen und erste Entlastung für Young Carers zu bieten. Die CHG hat dazu verschiedene Hilfsmittel entwickelt: Ein online verfügbarer Leitfaden (<https://www.young-carers.ch/young-carers-unterstuetzen>) beinhaltet verschiedene Beispiele von palliativen Situationen, mit denen Young Carers und ihre Familien konfrontiert sein können, und dient Fachpersonen als Hilfsmittel bei der Unterstützung dieser Zielgruppe. Weiter informieren zwei in altersgerechter Sprache produzierte Videos darüber, was Palliative Care bedeutet, und geben Young Carers Tipps, wie sie mit der Situation besser umgehen können (<https://www.young-carers.ch/palliative-care-betreuung-bei-fortgeschrittenen-krankheiten>). Die Videos eignen sich als Anregung für die Kommunikation in der Familie.

Ausblick: Ein stärkerer Fokus auf die familiäre Situation ist nötig

Die Resilienz von Young Carers in palliativen Situationen kann nur gefördert werden, wenn Fachpersonen in der Lage sind, sie zu ermutigen, vorzubereiten und durch diese Zeit zu begleiten (Cockle-Hearne et al., 2020). Dazu gehört auch der

aktive Einbezug des familiären Umfelds, damit Eltern und ihren Kindern bei der Kommunikation und im Umgang mit Verlust und Trauer gezielt geholfen werden kann. Kinder und Jugendliche können eine palliative Phase und die Trauer besser bewältigen, wenn sie frühzeitig darauf vorbereitet werden. Damit Fachpersonen diese Unterstützung bieten können, müssen sie ein gewisses Selbstvertrauen und die notwendigen Fähigkeiten erwerben (McCaughan et al., 2021), beispielweise durch entsprechende Schulungen.

Young Carers können also nur dann hinreichend unterstützt werden, wenn dabei der familiäre Kontext genügend Berücksichtigung erhält. Weitere Forschung zu Young Carers und Familien in palliativen Situationen ist deshalb nötig. Eine große Forschungslücke sind die Kommunikation und Dynamiken innerhalb der Familie. Auf der Grundlage dieser neuen Forschungsergebnisse könnten familienzentrierte Maßnahmen entwickelt werden, um Young Carers und ihre Familien in diesen schwierigen Situationen besser zu unterstützen.

LITERATUR

- Becker, S.** (2000). Young carers. In M. Davies (Hrsg.), *The Blackwell Encyclopedia of Social Work* (3. Aufl., S. 378). Blackwell.
- Cockle-Hearne, J., Reed, E., Todd, J. & Ream, E.** (2020). The dying parent and dependent children: a nationwide survey of hospice and community palliative care support services. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001947>.
- Dalton, L., Rapa, E., Ziebland, S., Rochat, T., Kelly, B., Hanington, L., Bland, R., Yousafzai, A. & Stein, A.** (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of a lifethreatening condition in their parent. *The Lancet*, 393(10176), 1164-1176. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33202-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33202-1).
- Hanna, J.R., McCaughan, E. & Semple, C.J.** (2019). Challenges and support needs of parents and children when a parent is at end of life: A systematic review. *Palliative Medicine*, 33(8), 1017-1044. <https://doi.org/10.1177/0269216319857622>.
- Leu, A. & Becker, S.** (2019). Young Carers. In H. Montgomery (Hrsg.), *Oxford Bibliographies in Childhood Studies*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/OBO/9780199791231-0120>.
- Leu, A., Frech, M. & Jung, C.** (2018). "You don't look for it" – A study of Swiss professionals' awareness of young carers and their support needs. *Health Social Care Community*, 26(4), e560-e570. <https://doi.org/10.1111/hsc.12574>.
- Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., Moser, U., Becker, S. & Jung, C.** (2019). Counting Young

Carers in Switzerland – A Study of Prevalence. *Children & Society*, 33(1), 53-67. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>.

Lux, K. & Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-Report Junge Pflegende* (1. Aufl., S. 14-25).

McCaughan, E., Semple, C.J. & Hanna, J.R. (2021). ‘Don’t forget the children’: a qualitative study when a parent is at end of life from cancer. *Support Care Cancer* 29, 7695–7702. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06341-3>.

Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Koller, M. M. & Mayer, H. (2014). Prevalence and effects of caregiving on children. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2314-2325. <https://doi.org/10.1111/jan.12388>.

Tillquist, M., Bäckrud, F. & Rosengren, K. (2016). Dare to ask children as relatives! A qualitative study about female teenagers’ experiences of losing a parent to cancer. *Home Health Care Management & Practice*, 28(2): 94-100. <https://doi.org/10.1177/1084822315610104>.

Walsh, F. (2016). Family resilience: A developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313-324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>.

Wright, L. M., Leahey, M., Shajani, Z. & Snell, D. (Hrsg.). (2021). *Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen* (3. Aufl.). Hogrefe.

Kontakt
Careum Hochschule Gesundheit
 Gloriastrasse 18a
 CH-8006 Zürich
josip.jurisic@careum-hochschule.ch

careum

Careum
Hochschule Gesundheit
 Teil der Kalaidos Fachhochschule

 DER AUTOR/DIE AUTORINNEN



Josip Jurisic



Elena Guggiari



Sarah Rabhi-Sidler

MORGENS INS HOSPIZ, ABENDS ZU HAUSE

Tageshospize als Teil einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur

CHRISTOPH VOEGELIN

Ein teilstationäres Hospiz, im Folgenden „Tageshospiz“, ist eine Einrichtung, die Gäste an einem oder mehreren Tagen in der Woche mit palliativer Pflege sowie psychosozialer Begleitung in einer Gruppe Gleichbetroffener unterstützt. Die Betroffenen behalten dabei ihren Lebensmittelpunkt weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung (Kaiser et al., 2021). Tageshospize verstehen sich als Teil einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie stärken und entlasten die ambulanten Versorgungsstrukturen, vermeiden Krankenhausaufenthalte und erweitern die Wahlmöglichkeiten im Palliativnetzwerk (Bundes-Hospiz-Anzeiger, 2023).

Tageshospize in Deutschland

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland hat sich besonders in den letzten Jahren wesentlich weiterentwickelt. Im Vergleich zu Großbritannien, dem „Mutterland“ der stationären Hospizversorgung, steckt die Versorgungsform „Tageshospiz“ bei uns noch in den Kinderschuhen, obwohl es erste Versuche bereits vor 30 Jahren gab. 1993 eröffnete das erste Tageshospiz in Halle/Saale. Vorreiter in NRW war 1995 Erkrath-Hochdahl. Vorrangig wegen fehlender gesetzlicher Regelungen musste diese Einrichtung 2005 schließen. Seit der Neueröffnung 2022 etabliert sich das Angebot zunehmend (Schneider, 2021).

Im Jahr 2021 konnten 25 Tageshospize identifiziert werden, von denen die Hälfte noch im Aufbau oder in der Planung waren (Medizinische Hochschule Hannover, 2023). Vor dem Hintergrund zunehmender Initiativen im gesamten Bundesgebiet veröffentlichte der DHPV im Jahre 2021 eine erste Handreichung zum Thema (Schneider, 2021). Die DGP gründete 2022 ein „Fachreferat Tages- und teilstationäre Versorgungsangebote“.

Die Gäste eines Tageshospizes

Die Gäste mit ihren fortschreitenden und lebensbegrenzenden Erkrankungen können die Gemeinschaft gleichsam Betroffener mit entsprechend abgestimmten Aktivitäten erleben, werden in der Pflege

fachlich qualifiziert und diskret versorgt sowie psychologisch unterstützt. Die in die Betreuung einbezogenen Pflegefachkräfte, die Medizinerinnen und Mediziner und ehrenamtlichen Kräfte unterstützen die weitgehende Eigenständigkeit der Gäste.

Da es sich um ein teilstationäres Angebot handelt, bei dem Autarkie und Selbstbestimmung hohe Priorität haben, sollen die Tagesgäste in der Lage sein für den Wechsel des Aufenthaltsortes. Dazu gehört auch, dass sie möglichst mindestens sitzend transportfähig sowie auf allen Ebenen orientiert sind (Schneider, 2021).

Da die Fahrt ins Tageshospiz durch die Symptomlast der Betroffenen teilweise sehr anstrengend ist, haben Träger bestehender Einrichtungen Ausschlusskriterien für die Versorgung formuliert. Dazu gehören Infektionen (z. B. MRSA), Bettlägerigkeit, Wachkoma, außerklinische Beatmung, Fremd- und Eigengefährdung bzw. Hinlauftendenzen.

Einbettung und Finanzierung der Tageshospize

Durch den Besuch in der Einrichtung können Anregungen und Kontakte mit gleichermaßen Betroffenen geschaffen sowie Erfahrungen ausgetauscht werden, die in einem abgeschlossenen häuslichen Umfeld nicht zustande kommen können. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit und dem Lebensende kann zu vermehrter innerer Ruhe führen. Dazu bieten Palliativpflegefach- und Sozialkräfte sowie Therapeutinnen und Therapeuten Angebote, welche der Erhaltung und Steigerung der Lebensqualität dienen.

Vielfach kann durch die Nutzung eines Tageshospizes eine Überforderung und soziale Isolation pflegender Zugehöriger vermieden werden. Auch eine Stabilisierung der häuslichen Situation wird in Studien beschrieben (DHPV, 2021).

Das Angebot der Tageshospize ist nicht nur für die Anbieterlandschaft Neuland, sondern auch für die refinanzierenden gesetzlichen bzw. privaten Kostenträger. Es fehlen aktuell noch Standards sowie Strukturmerkmale und Qualitätsindikatoren für palliativmedizinische- und pflegerische Tagesangebote (Medizinische Hochschule Hannover, 2023). Bestehende Tageshospize gliedern sich bislang an

stationäre Hospize an und verstehen sich als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Hospizversorgung. Diese Tagesangebote sind in Deutschland sozialgesetzlich nicht abgegrenzt und bislang individuell aus der Versorgungspraxis heraus initiiert worden. Daher weisen diese Tagesangebote sehr heterogene Strukturen auf und entwickeln sich unsystematisch in der Versorgungslandschaft.

Die Mehrheit der aktuellen Träger hat einen eigenständig verhandelten Versorgungsvertrag sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen. Dabei orientieren sich die Kostenträger zunehmend enger am § 39a SGB V und der gültigen Rahmenvereinbarung. Den Einrichtungen mit Versorgungsvertrag ist gemeinsam, dass vielfach nur Tage abgerechnet werden, die tatsächlich von den Gästen in Anspruch genommen wurden. Oder sie haben eine Maximalkapazität mit den Kostenträgern vereinbart. Neben der Spendenbasis nutzen Einrichtungen auch kommunale Förderungen, die Refinanzierung der Sach- und Verbrauchskosten durch Spenden der Gäste und der Öffentlichkeit oder anderweitige eigene kreative Ideen.

Die aktuell in der Novellierung befindliche Rahmenvereinbarung gilt dem Titel nach nur für stationäre Einrichtungen. § 1 Abs. 2 befasst sich zwar bereits mit einer Versorgung in teilstationären Einrichtungen, aus dem Text ergeben sich aber verschiedene Forderungen aus der Sicht von aktiven und potenziellen Trägern (Rahmenvereinbarung, 2017):

- Ein Anspruch auf teilstationäre Versorgung muss bereits vor der Endphase einer zum Tode führenden Erkrankung gegeben sein.
- Das ständige Vorhalten von Pflegefachkräften – entsprechend der Patientenzahl – lässt sich aus ökonomischer Sicht nur schwer sicherstellen. Die kurzfristige Nutzung z. B. stationärer Ressourcen muss zulässig sein. Gleiches gilt für psychosoziale Fachkräfte, Leitungs- und Verwaltungspersonal sowie Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.
- Zur sachlichen und räumlichen Ausstattung müssen sich die Anforderungen an den Vorgaben und Gegebenheiten für Objekte der Tagespflege orientieren.
- Da die Nutzung von der Tagesform des Gastes abhängig ist, gibt es Tage mit sehr niedriger Belegung. Der prospektive Ansatz bei der Belegungsquote muss daher deutlich unter 80 % liegen.

DHPV und DGP sind sich einig, dass die Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen bundesweit verbindlich als Regelungen auf der Grundlage des § 39a Abs. 1 SGB V in einer eigenen Rahmenvereinbarung geregelt werden müssen.

Die Organisation des Fahrdienstes und Finanzierung der Transportkosten gehören zu den Herausforderungen für die Träger. Je nach Pflegegrad sind Fahrtkosten eine Leistung nach SGB V, vergleichbar mit der Tagespflege. Es ist somit eine Krankenkassenleistung, daher kann der Transport vom behandelnden Arzt mit verordnet werden. Taxischeine werden durch die Kostenträger nicht anerkannt. Problemlos ist die Beförderung durch Zugehörige bzw. durch trägereigene Fahrzeuge (Schneider, 2021).

Es bleibt abzuwarten, wie sich das teilstationäre Angebot weiter entwickeln wird. Aus heutiger Sicht stellt es eine durchaus sinnvolle Ergänzung zur bisherigen ambulanten und stationären Versorgung dar.

LITERATUR

Bundeshospizanzeiger (2023). „Tageshospize – eine Auszeit für Gäste und Angehörige“ – Ein Interview mit Christoph Drolshagen und Sebastian Pietschek; Bundes-Hospiz-Anzeiger 03/2023; S. 10-11.

DHPV (2021). Die Entwicklung teilstationärer Hospizangebote in Deutschland; Eine Handreichung des DHPV; 2021.

Kaiser, U. et al. (2021). Tageshospize – wichtige organisatorische und grundlegende versorgungsrelevante Aspekte aus der Perspektive von Patienten und Angehörigen; Zeitschrift für Palliativmedizin 2021; 22; 209-214.

Medizinische Hochschule Hannover (2023). ABPATITE – Handreichung zur Empfehlung für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von palliativmedizinischen Tageskliniken und Tageshospizen in Deutschland; www.mhh.de/allgmed/abpatite.

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017.

Schneider, J. (2021). Tageshospize in der Hospiz- und Palliativversorgung – Eine Perspektive für die Freie und Hansestadt Hamburg; Master-Thesis; 12/2021.



Christoph Voegelin

Stellv. Vorsitzender des Hospiz- und Palliativverband NRW e.V.
Leiter des Hospiz Bottrop
Hospiz- und Palliativverband NRW e.V.
Königsallee 135
44789 Bochum
Tel.: 02 34 - 97 35 51 47
info@hvp-nrw.de



RECHT UND ETHIK IN DER PALLIATIVEN PSYCHIATRIE

MICHAEL HALMICH

Die Palliativversorgung gewinnt aufgrund der hohen Anzahl chronisch kranker und multimorbider Menschen jeden Alters zunehmend an Bedeutung. Palliative Ansätze stoßen auch in der Psychiatrie auf Interesse, vor allem in der psychiatrischen Langzeitbetreuung. Eine Arbeitsgruppe in Österreich unterstützt dabei, ethisch verantwortungsbewusste Entscheidungen zu treffen.

Palliative Care als multiprofessioneller Ansatz

Nach der Österreichischen Palliativgesellschaft steht Palliative Care für einen multiprofessionellen Betreuungsansatz, in dem verschiedene Berufsgruppen, die mit der Betreuung schwerkranker Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Leiden befasst sind, interprofessionell zusammenarbeiten. Ziel ist dabei, Leid zu lindern und dadurch die Lebensqualität der Personen zu verbessern. Heutzutage ist die Palliative Care integrierter Bestandteil in nahezu allen medizinischen Disziplinen.

Rechtlicher Rahmen

Nach der Rechtsordnung entsprechen therapeutische Maßnahmen, die wirkungs- oder aussichtslos sind, weder den Vorgaben einer gewissenhaften Betreuung noch der Wahrung des Patientenwohls. So muss eine kurative Behandlung dann nicht begonnen oder fortgesetzt werden, wenn sie aus medizinischer Sicht keine Indikation hat. Eine Behandlung kann auch bei langanhaltender therapieresistenter Erkrankung jeglicher Art aussichtslos werden.

Ein Therapierückzug aus palliativen Erwägungen darf nicht mit einem Aufgeben oder gar einer Sterbehilfe verwechselt werden. Die Palliative Care sagt nämlich eindeutig Ja zum Leben, sie begleitet, lindert aktuell belastende Symptome, geht auf Wünsche der Patientinnen und Patienten ein,

beschleunigt nicht den Todeseintritt, zögert ihn aber auch nicht hinaus. Im Fokus der Palliativmedizin steht die Symptomkontrolle. Ultima ratio wäre bei schwerem Leiden auch eine palliative Sedierungstherapie gerechtfertigt. Bei Sterbenden ist es zudem erlaubt, hochdosierte Medikamente zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen einzusetzen, selbst wenn dadurch der Tod als unvermeidbare Nebenwirkung früher eintritt (§ 49a österreichisches Ärztegesetz). Durch all diese Maßnahmen soll eine möglichst hohe Lebensqualität erreicht werden.

Palliativer Ansatz in der Psychiatrie

Im Bereich der Psychiatrie ergeben sich Besonderheiten, da nicht nur der alte Mensch im Zentrum steht. Die „Palliative Psychiatrie“ grenzt sich zur sonstigen Palliative Care dadurch ab, dass nicht eine zum Tod führende Erkrankung im Fokus steht, sondern vielmehr die Unheilbarkeit der Erkrankung bzw. das Nichtansprechen auf die übliche psychiatrische und psychosoziale Therapie im Sinne des Fachstandards. Dabei ist eine wesentliche Frage, ob ein (wiederholtes) Nichtansprechen auf diverse Therapieversuche es rechtfertigt, eine Therapiezieländerung einzuleiten; dies vor allem dann, wenn die Therapieversuche mit Freiheitsbeschränkungen einhergehen.

Zusammengefasst sind die Herausforderungen, in der Psychiatrie einen palliativen Ansatz zu verfolgen, die Folgenden:

- Chronisch psychische Erkrankungen führen nicht unmittelbar zum Tod.
- Es gibt kaum objektive Kriterien für die Beurteilung einer Aussichtslosigkeit („Futility“).
- Verlauf von chronisch psychischen Erkrankungen ist schwer vorhersehbar (eher palliative Phasen, nicht Situationen). Psychiatrische Behandlung ist oftmals von Ambivalenzen geprägt.
- Historische Befangenheit.

- Lebensende/Tod ist in der Psychiatrie oftmals ein Tabuthema. Psychiatrie hat Tod (Suizid) abzuwenden!
- Assoziation mit „palliativ“ => Schlechte Prognose, nahes Lebensende!
- Palliativer Ansatz: Gefahr, dass Patientinnen und Patienten sich aufgegeben fühlen.

Bei bestimmten Patientengruppen stößt die Psychiatrie aber an ihre Grenzen:

- Therapierefraktär Erkrankte.
- Patientinnen und Patienten mit anhaltendem Suizidwunsch.
- Suchterkrankung mit häufig wiederholendem Rezidiv.
- Somatische (i. d. R. chronische) Komorbidität, welche palliativen Behandlungsansatz benötigt.
- Erkrankte mit andauerndem selbst-/fremdgefährlichen Verhalten, bei denen eine (invasive) Freiheitsbeschränkung zum „Lebensbegleiter“ wird.

Palliativer Ansatz bei schwerer Anorexia nervosa

Die Fachzeitschrift des Springer Verlages „Der Nervenarzt“ widmete sich im Heft 5 (Mai 2020) dem Schwerpunkt der Palliativmedizin bei psychischen Erkrankungen. Dabei wurde publiziert, unter welchen kumulativen Voraussetzungen ein palliativer Behandlungsansatz bei Patientinnen und Patienten mit schwerer Anorexia nervosa zu rechtfertigen ist:

- Extrem niedriger BMI (z. B. <13kg/m²),
- ausgeprägtes Purging-Verhalten (= selbstinduziertes Erbrechen),
- psychiatrische Komorbidität (z. B. Abhängigkeit, Zwangs- oder Persönlichkeitsstörung),
- somatische Komorbidität (z. B. Diabetes mellitus Typ 1, Niereninsuffizienz),
- lange Krankheitsdauer (z. B. 10 Jahre),
- hohe Anzahl stationärer Aufnahmen und Zwangsmaßnahmen ohne anhaltende Symptomreduktion (z. B. >3) und
- fehlende Veränderungsbereitschaft, Identifizierung mit Stolz auf die Erkrankung, Nutzung sogenannter „Pro-Ana“-Internetforen.

Arbeitsgruppe in Österreich

In einer psychiatrischen Langzeitbetreuungseinrichtung stand das Behandlungsteam bei einer jungen Patientin mit langer und komplexer Krankheitsgeschichte vor vielen Fragezeichen. Tagtäglich gefährdete sich die Dame aufgrund ihres Verhaltens so massiv, dass sie wiederholt in ihrer Freiheit beschränkt werden musste und Behandlungsmaßnahmen gegen ihren Willen zu erdulden hatte. Das Behandlungsteam suchte nach Alternativen, um der Patientin im Alltag mehr Lebensqualität zu ermöglichen und ihr ihre Freiheit zurückzugeben. Es wurde eine externe Ethikberatung beigezogen. Das multidisziplinäre Team begleitete das Behandlungsteam beim neuen Behandlungsansatz, der durchaus von palliativen Erwägungen geprägt war. So konnte die subjektive Lebensqualität der Patientin gesteigert werden, das Behandlungsteam erfuhr Entlastung und Erleichterung. Diese Fallgeschichte war der Auslöser für die Gründung der Arbeitsgruppe „Palliative Psychiatrie“. Es finden drei Mal jährlich Treffen statt (hybride Veranstaltung), wo einerseits fachliche Inputs vorgetragen und im Anschluss zwei bis drei Fallbeispiele der Praxis zur Diskussion gestellt werden. Die Teilnahme ist kostenlos. Interessierte sind eingeladen, mitzumachen.

Schlussfolgerung

Die Etablierung palliativer Ansätze in der Psychiatrie hat erst begonnen. Auch in Deutschland gibt es die „AG Palliativversorgung und Psychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erst seit 2022. Auf Kongressen in Österreich und Deutschland begegnet einem dieses Thema bereits im Programm. Das Interesse scheint groß zu sein.

DER AUTOR



Dr. Michael Halmich LL.M.

Jurist und Ethikberater im Gesundheitswesen
Leitung FORUM Gesundheitsrecht, Wien
Rechtsbeistand des Vorstandes der Öst. Palliativgesellschaft
halmich@gesundheitsrecht.at
www.gesundheitsrecht.at



© G. Achtermann

SUIZIDPRÄVENTION UND SUIZIDASSISTENZ: WIE WEITER?

FREDI LANG

In der Bundestagsdebatte am 6. Juli wurden nicht nur nacheinander gegensätzliche Themen behandelt, sondern auch die Statements zur Regelung des assistierten Suizids erfolgten aus eher gegensätzlichen moralischen bzw. philosophischen Haltungen. Die emotionale Debatte spiegelte einerseits die existenzielle Dimension des Themas und den Aspekt wider, dass es sich um eine einzelne Gewissensentscheidung

handelt, die in keiner Weise leichtfällt. Andererseits wies die Gegensätzlichkeit der Beiträge, die hohe Emotionalität und der Umstand, dass beide Anträge ähnlich viele Stimmen bekamen, darauf hin, dass diese Thematik in der Politik, in der Versorgung und auch in Teilen der Gesellschaft noch nicht abgeschlossen diskutiert ist, sondern weiterer Auseinandersetzung bedarf. Es erscheint von hoher Bedeutung, dass zu diesem ethisch heiklen Thema

eine wie auch immer geartete Regelung breite Zustimmung erhält bzw. von denjenigen, die nicht zustimmen, als Regelung toleriert oder akzeptiert wird. Schließlich berührt diese Fragestellung allgemein individuelle und gesellschaftliche Werte zum guten Leben und würdevollen Sterben, in vielfältiger Weise Familien- und Versorgungssysteme und nicht zuletzt auch einzelne Sterbe- und Trauerprozesse einschließlich deren Gehalt an erlebter Würde.

Stärkung der Prävention und Palliativversorgung

Im Unterschied zur Suizidassistentz besteht beim Thema Stärkung der Suizidprävention Konsens. Suizidprävention wird gesehen als allgemeine gesellschaftliche Aufgabe, die es zu verbessern gilt, einschließlich der Verbesserung der palliativen und psychologischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung. Ein gemeinsamer Entschließungsantrag dazu wurde nahezu einstimmig beschlossen (1 Nein und 4 Enthaltungen). Die Forderung nach der Stärkung der Suizidprävention wurde bereits im vergangenen Jahr am Tag der Suizidprävention in einem gemeinsamen Statement vieler Organisationen öffentlich vorgetragen und im Vorfeld der Bundestagsdebatte nochmals durch ein gemeinsam getragenes Mailing an alle Abgeordneten unterstrichen. Die Position der unterzeichnenden Verbände richtet sich u. a. darauf, dass im Themenfeld Suizidalität einem präventiven Ansatz besonderer Vorrang eingeräumt werden soll und es daher zunächst eines weiteren Ausbaus der Strukturen bedarf, bevor eine Senkung der Hürden zur Inanspruchnahme von Suizidassistentz erfolgt. Diese Forderung wurde u. a. begründet mit den bei weitem nicht ausreichenden Ressourcen und Angeboten im Bereich der Palliativversorgung – sowohl ambulant als auch stationär – und damit, dass im europäischen und internationalen Vergleich die deutschen Aktivitäten in der Suizidprävention seit längerem verbesserungsfähig sind.

Im Entschließungsantrag wurden Aufgaben angesprochen, zu denen bis zum Ende des Jahres ein Vorschlag vorgelegt und bis Mitte nächsten Jahres ein Gesetzentwurf verabschiedet werden soll. Neben Ausbau und Vernetzung suizidpräventiver Angebote, psychische Hilfen für suizidale Menschen jeden Alters ist auch die Förderung und

der Ausbau von Hilfen im Alter, von palliativen und hospizlichen Angeboten vorgesehen.

Umgang mit Gegensätzen und Unsicherheit

Im Zusammenhang mit der geplanten Stärkung der Palliativ- und Hospizversorgung und mit besonderen Angeboten für ältere Menschen ist die Möglichkeit angelegt, ethischen und fachlichen Konflikten und Belastungen von professionellen und ehrenamtlichen Helfenden durch Beratungs- und Supervisionsangebote Rechnung zu tragen. Vor dem Hintergrund, dass die rechtlichen Ansprüche der sterbenden Menschen sowohl eine vollumfängliche Versorgung als auch die Suizidassistentz enthalten, muss im institutionellen Rahmen ein belastungsarmer Weg gefunden werden, mit diesen unterschiedlichen Anspruchs- und Zielrichtungen umzugehen.

Mit dem Fehlen einer Regelung zur Suizidassistentz treffen die Vorstellungen verschiedener Beteiligter unmittelbar vor Ort aufeinander bzw. ergeben sich als belastendes Nebeneinander. Die aktuelle Offenheit der Regelungen zur Suizidassistentz fordert Versorgung und Politik daher besonders heraus. Eine politische Überlegung besteht darin, eine gemeinsame Abgeordnetenkommission und eine unabhängige Expertenkommission zur Entwicklung eines neuen Entwurfs zu bilden. Nach der zugespitzten Diskussion ist allerdings eher zu erwarten, dass erst im kommenden Jahr mit dem Gesetzentwurf zur Suizidprävention ein gemeinsamer Anlauf für eine Regelung zur Suizidassistentz gelingen kann.

Die aus fachlicher und ethischer Sicht bestehenden Dilemmas zwischen Verhinderung und „Förderung“ eines Suizids, dem Schutz des Lebens und der Selbstbestimmung im Sinne des Grundgesetzes, dem Anspruch zu helfen und dem Erleben von Machtlosigkeit gegenüber alternativen moralischen Entscheidungen zeigten sich auch im politischen Diskurs und nun in der Versorgung.

Unter der Maßgabe des Bestehens der „Freiverantwortlichkeit“ in der Entscheidung ist die Assistentz beim Suizid nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht mehr strafbar. Eine gesetzliche Regelung hätte zwar zu einem klaren Handlungs-



Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

rahmen geführt, allerdings sind bei fehlender Akzeptanz rechtliche Klagen, Medienberichte und Kommentare in Social-Media ein herausragendes Problem im Mit- bzw. Nebeneinander der grundgesetzlichen Ansprüche.

Palliativpsychologie und Ethik

Die Beratung im Zusammenhang mit einem Sterbewunsch ist auf Palliativstationen in Krankenhäusern übliche Aufgabenstellung. Zur fachlich hochwertigen psychologischen Unterstützung von Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeitenden im Hilfesystem hat der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin das Profil „Fachpsychologe/in Palliative Care (BDP-DGP)“ gebildet. Beratungen zum Sterbewunsch, zu Ängsten im Hinblick auf Schmerzen, Beziehungen zu Angehörigen sind zentrale Aufgaben, aber auch die Beratung des Angehörigensystems, des Teams und der Mitarbeitenden gehören zur besonderen fachlichen Kompetenz.

Hier besteht aus fachlicher Sicht nicht zufällig eine hohe Überschneidung zu den Aufgaben, wie sie in den Gesetzesentwürfen zur Suizidassistenz beschrieben sind. Ebenso wie bei den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen wird eine Aufgabenstellung zur Abklärung der Voraussetzung im Kontext Suizidassistenz aus moralischen Gründen/ethischen Haltungen nicht von allen psychologischen Fachkräften angenommen. Insbesondere bei einer Feststellung der „Freiverantwortlichkeit“ ist zusätzlich zur fachlichen Kompetenz im Hinblick auf den Aspekt der Selbstbestimmung auch die Klärung eigener Voreingenommenheit, Erfahrungen und Haltungen eine zentrale ethische Aufgabe. Schließlich ist allerdings auch für Fachkräfte mit potentiell hohem Maß an Selbstfürsorge der Umgang mit einem Sterbewunsch eine besondere Belastung, die der supervisorischen Unterstützung bedarf.

Auch wenn in der Mehrzahl der Fälle nach eingehender Beratung und Reflexion von Ängsten und Behandlungsoptionen von einem Sterbewunsch abgesehen wird, so trifft dies nicht auf alle Sterbewilligen zu. Die diesbezüglichen

Belastungen für das Umfeld, die bislang bereits teilweise im Zusammenhang mit Sterbefasten, der Beendigung von Medikation bzw. Behandlungsmaßnahmen und palliativer Sedierung auftreten, erfordern auch institutionelle Unterstützungsmaßnahmen für Professionelle und ehrenamtlich Tätige, die im Kontext der künftigen Verbesserung der Versorgung umgesetzt werden können bzw. müssen.

Ungeachtet eines Haderns mit aktuellen gesetzlichen Unklarheiten und nicht ausreichenden Rahmenbedingungen in Prävention und Versorgung ist festzustellen, dass in beiden Themenbereichen eine Verbesserung noch in dieser Wahlperiode im Raum steht.

DER AUTOR



Fredi Lang

Diplom-Psychologe, MPH
Referatsleiter Fach- und Bildungspolitik
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.
Tel.: 0 30 - 2 09 16 66 30
f.lang@bdp-verband.de

Veranstaltungen

27.10. - 28.10.2023 Essen
9. Deutsches Kinderhospizforum
 Deutscher Kinderhospizverein e. V.
 Tel.: 0 27 61 - 9 41 29 55
 tagungen@deutscher-kinderhospizverein.de
 www.deutscher-kinderhospizverein.de

02.11. - 03.11.2023 Köln
Der Tod gehört zum Leben
Wie finde ich Ruhe und Gelassenheit für eine gelungene Begleitung?
 Dr. Mildred Scheel Akademie
 Tel.: 02 21 - 9 44 04 90
 msa@krebshilfe.de
 www.krebshilfe.de

08.11. - 10.11.2023 Köln
2. Deutscher ACP-Kongress
 Advance Care Planning Deutschland
 Tel.: 0 69 - 3 48 68 53 35
 info@acp-d.org
 www.advancecareplanning.de

11.11.2023 Oberhausen
Gespräche und Umgang mit Sterbe- und Todeswunschaussagen
 Hospiz- und Palliativakademie Oberhausen
 Tel.: 02 08 - 8 10 11 10
 kontakt@hospizakademie-oberhausen.de
 www.hospizakademie-oberhausen.de

14.11.2023 Herne
Wenn die Sterbenden zu jung zum Gehen sind
 Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit Ruhrgebiet
 Tel.: 0 23 23 - 4 98 26 00
 info@apph-ruhrgebiet.de
 www.apph-ruhrgebiet.de

24.11. - 26.11.2023 Willebadessen
Moderne Medizin und der Tod – ein Dilemma? Medizinische, philosophische und ethische Rückfragen
 DIE HEGGE – Christliches Bildungswerk
 Tel.: 0 56 44 - 4 00
 bildungswerk@die-hegge.de
 www.die-hegge.de

05.12.2023 Berlin
Wer entscheidet am Lebensende?
 Wannsee-Akademie
 Tel.: 0 30 - 8 06 86 - 4 01 00
 akademi@wannseeschulen.de
 www.wannseeschulem.de/akademie

09.12.2023 Bamberg
Schuldgefühle im Trauerprozess – lästig oder nützlich
 Hospiz-Akademie Bamberg gGmbH
 Tel.: 09 51 - 9 55 07 22
 kontakt@hospiz-akademie.de
 www.hospiz-akademie.de

29.01.24 - 02.02.24 (Modul 1 von 4) Frankfurt
Palliative Care für Kinder und Jugendliche
 Würdezentrum gUG
 Tel.: 0 69 - 34 87 20 55
 info@wuerdezentrum.de
 www.wuerdezentrum.de

The background of the page is an abstract, textured composition. It features a mix of light blue, teal, and white tones, with some areas showing a more pronounced orange or reddish-brown hue. The texture is reminiscent of layered paint or a rough, weathered surface, with visible brushstrokes and irregular, torn-paper-like edges. The overall effect is a complex, multi-layered visual field.

IMPRESSUM

Herausgeber

ALPHA - Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen
zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion

Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Dr. Gerlinde Dingerkus & Sigrid Kießling
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de, www.alpha-nrw.de

Layout

Art Applied, Kinderhauser Str. 101, 48147 Münster

Druck

Burlage, Münster

Die im Hospiz-Dialog-NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autorinnen und Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

**ALPHA-Rheinland**

Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen

Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

