



DIE DGP
Eine lebendige Gesellschaft



Kaleidoskop DGP – Lebendig, farbenfroh, vernetzt

Schauen Sie mit uns hinein in Variationen eines Bildes, in dessen Mitte Menschen am Ende ihres Lebens zu sehen sind. Die dringende Notwendigkeit, deren Leid zu lindern und ihre Lebensqualität zu verbessern, führt Ärztinnen und Ärzte¹, Pflegenden sowie weitere in der Palliativversorgung Tätige aus der Seelsorge, Psychologie, Sozialen Arbeit, Physiotherapie, Pharmazie und anderen Professionen zu einer besonderen Fachgesellschaft zusammen: facettenreich, miteinander in Verbindung und in viele Richtungen in Bewegung, gleichzeitig strukturiert, konzentriert und zielstrebig.

Sämtliche Entwicklungen, Projekte und Meilensteine zu benennen und all den Personen gerecht zu werden, welche die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ins Leben gerufen und auf ihrem bisher 20-jährigen Weg begleitet und geprägt haben, ist nicht möglich.

Vielmehr hoffen wir, dass dieses Heft Lust auf mehr macht, auf eine Mitarbeit, auf weitere Informationen, auf Gespräche, auf Forschung und Wissenschaft, auf Vernetzung, auf Fort- und Weiterbildung, auf Teamarbeit oder auch auf eine Mitgliedschaft in der DGP.

Wir würden uns freuen.
Die Redaktion

¹ Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, durchgängig die weibliche und männliche Form in der Schreibweise zu berücksichtigen. Selbstverständlich sind auch in der gelegentlichen Verkürzung die Vertreter/innen des jeweils anderen Geschlechts mit gemeint.

>> INHALT

.....	
Dabei sein	5
.....	
Wissen schaffen	6
.....	
Den Menschen annehmen	7
.....	
Grenzen überbrücken	9
.....	
Dem richtigen Moment vertrauen	10
.....	
Dem Gegenwind gemeinsam trotzen	12
.....	
Impulse setzen und integrieren	14
.....	
Die Fäden zusammenhalten	16
.....	
Herausforderungen begegnen	18
.....	
Wachsen und gedeihen	20
.....	
Wege weisen	23
.....	
Die Kunst des Zuhörens	24
.....	
In Bewegung bleiben	25
.....	
Jeder Augenblick zählt	26
.....	

20
JAHRE DGP



>> I HAVE A DREAM –

*Für die Palliativmedizin
wünsche ich mir...*

*„...dass sie in ihrer Professionalisierung
die Subjektivität und die Leiderfahrung unserer Patienten
und ihrer Angehörigen im Blick behält.*

*Die Begegnung mit den Betroffenen
soll weiter im Vordergrund stehen
und die objektiven Erkenntnisse dürfen lediglich
Werkzeug für ein tiefes Verstehen und Unterstützen sein,
damit ein Lindern und Heilwerden
jenseits der Gesundheit möglich wird.“*

DR. PARWIN MANI
Berlin

>> DABEI SEIN

Ich habe keine Angst
vor dem Sterben.
Ich möchte nur nicht dabei sein,
wenn es passiert.

WOODY ALLEN

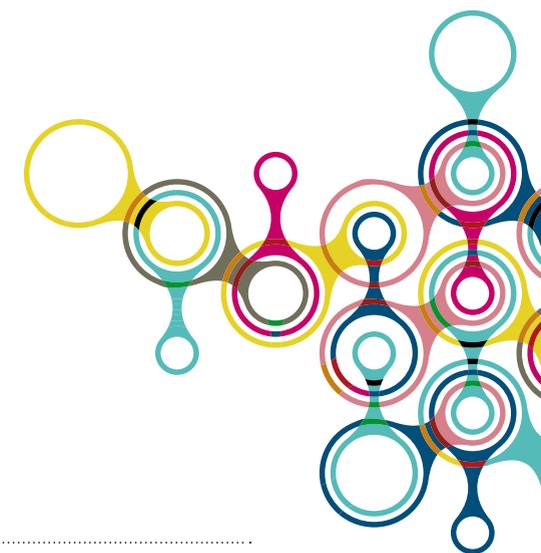
Die Palliativmedizin konzentriert sich auf die bestmögliche Behandlung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen¹.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) als wissenschaftliche Fachgesellschaft steht für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung. Ihre Mitglieder aus Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen engagieren sich für eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.

Gemeinsames Ziel ist es, bei schwerer Erkrankung für weitgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen – in welchem Umfeld auch immer Betroffene dies wünschen.

Dies kann die Angst vor dem Sterben zwar nicht nehmen, doch Menschen darin unterstützen, „dabei zu sein, wenn es passiert“.

¹ Der Begriff „Angehörige“ wird in dieser Broschüre so verstanden, dass damit sowohl Familienangehörige als auch weitere dem Patienten nahestehende Menschen gemeint sind.



>> WISSEN SCHAFFEN



HEINER MELCHING

Wofür brauchen wir Wissenschaft in einem Feld, in dem es in so großem Maße um Haltung, Empathie und Fürsorge geht?

„Was ist eigentlich die DGP?“ Vermeintlich klare Antwort: „Eine wissenschaftliche Fachgesellschaft mit dem Zweck der Förderung und Weiterentwicklung der Palliativmedizin auf allen Ebenen sowie der interdisziplinären und multiprofessionellen Vernetzung aller in der Palliativmedizin Tätigen“. Doch wirft diese Formulierung insbesondere bei Nichtmedizinern und Ehrenamtlichen mitunter die Frage auf, ob sich ihr Wirken in dem Begriff „Palliativmedizin“ ausreichend wiederfindet und warum es nicht z.B. „Deutsche Gesellschaft für Palliativversorgung und hospizliche Begleitung“ oder „...für Palliative Care“ heißt.

Grundsätzlich versteht die DGP unter „Palliativmedizin“ nicht allein ärztliches, sondern multiprofessionelles Handeln im Team (einschließlich ehrenamtlicher Begleitung), was sich auch in der „bunten“ Zusammensetzung der inzwischen knapp 5.000 Mitglieder widerspiegelt. Gleichzeitig stellt sie sich der Herausforderung einer klärenden Diskussion zur Bedeutung, Verwendung und Abgrenzung der Begriffe Palliativmedizin, Palliativversorgung und Palliative Care.

Wissen zu schaffen in einem Feld, in dem es in so hohem Maße um Haltung, Empathie und Fürsorge geht, bedeutet vor allem:

- Wir müssen die Kriterien für „gute Palliativmedizin“ definieren.
- Wir müssen die Wirkungen einzelner Formen der Behandlung, Versorgung und Begleitung erforschen – dies nicht nur in Bezug auf die Symptomlinderung.
- Wir müssen Qualitätskriterien für die Versorgung wie auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung (in sämtlichen Fachgebieten und Professionen) entwickeln.
- Wir müssen wissen, welche Rahmenbedingungen erforderlich sind, um den Betroffenen, ihren Angehörigen und den in der Versorgung Tätigen gerecht zu werden.

Das Fundament einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft wie der unseren bildet ein besonders hoher Anteil aktiver Mitglieder, die in den verschiedenen Arbeitsgruppen, Sektionen und Landesvertretungen miteinander Konzepte entwickeln, ihre Erfahrungen aus diversen Tätigkeitsbereichen einfließen lassen und wissenschaftliche Prozesse und Erkenntnisse befördern. Die gewonnenen Erkenntnisse müssen dann zurückfließen in sämtliche Bereiche der Betreuung und Versorgung, der Gesellschaft und der Politik.

Neben der wissenschaftlichen Arbeit setzt sich die DGP auch für (berufs-) politische Ziele sowie die Interessenvertretung ihrer Mitglieder ein. Grundlage der Arbeit ist dabei eine absolute Unabhängigkeit von der Industrie und lobbyistischen Interessen.

Um auch zukünftig ausschließlich orientiert an den Bedürfnissen und Bedarfen von Palliativpatienten und deren Familien arbeiten zu können, benötigt die DGP weitere engagierte Mitglieder, Förderer und Spender.

HEINER MELCHING

Geschäftsführer der DGP seit 2010, Berlin



fast
5.000
MITGLIEDER IN DER DGP

>> DEN MENSCHEN ANNEHMEN



PETRA THORBRIETZ

Mit ihrem Buch „Leben bis zum Schluss“ hat sich die Wissenschaftsjournalistin auch als Angehörige in die Diskussion eingebracht, wie Menschen in Deutschland sterben.

Manchmal passieren Wunder. Für mich sind sie auf einer Palliativstation geschehen. Als mein Mann János starb. Die Wochen zuvor hatten nur aus Angst und Demütigung bestanden. Angst vor neuen Symptomen. Angst, die Ratlosigkeit der Ärzte zu spüren. Das Gefühl abgeschrieben zu werden, weil der Körper nicht mehr so funktionierte, dass ihn die Medizin noch beherrschen konnte. „Sooo krank sind Sie nun auch wieder noch nicht“, sagte der Onkologe etwas betreten, als sie meinen Mann auf die Palliativstation verlegten, weil sie mit den Schmerzen nicht mehr zurechtkamen. Er meinte damit, János würde noch nicht sofort sterben, aber gleich. Die Onkologie in diesem Krankenhaus war Abwehr auf allen Linien.

Die Palliativstation war ein Annehmen, von Anfang an. Bei der ersten Visite fragten die Ärzte nicht nur nach den Symptomen, sondern vor allem auch nach dem Menschen. „Sie mussten viel aushalten“, sagte die Oberärztin und blieb ruhig sitzen, als mein Mann zu weinen begann. Zum ersten Mal konnte sich seine Spannung entladen. In den folgenden Wochen war er trotz seiner Verzweiflung auch immer wieder glücklich – welch ein seltsames Wort in diesem Zusammenhang. Und doch stimmt es: Glücklich, weil er hier nicht mehr auf seine Symptome reduziert wurde, sondern als ganzer Mensch angenommen wurde – mit seinem Leid, seinem Stolz, seinem Kampf, seiner Liebe.

Um das Wirken der Palliativmedizin bekannter zu machen, habe ich später ein Buch über das Sterben in Deutschland geschrieben. Die Recherchen waren erschreckend.

Die Patienten sterben, aber ihre Angehörigen bleiben zurück mit ihren Erinnerungen. Sie werden verfolgt von den Bildern ihrer Hilflosigkeit und fühlen sich schuldig. Da ist die Frau, die in der Besenkammer die vernichtende Diagnose ihres Mannes erfuhr. Später wurde ihr todkranker Mann zum Sterben quer durch das Bundesland kutschiert, weil er im falschen Krankenhaus lag. In der Reha gibt es keinen Exitus. Dabei fiel der Mann beim Transport noch von der Bahre, weil die Sanitäter vergessen hatten, ihn anzuschnallen. Manche Angehörige erfuhren erst durch Zufall und einen gnädigen Arzt – häufig eine Vertretung – die wahre Diagnose.

Erst wenn der Chefarzt verreiste, durfte auf seiner Station gestorben werden. In den wenigsten Krankenhäusern ist überhaupt definiert, ab wann jemand als sterbend angesehen wird. Die Pflegenden, die es aus Erfahrung wissen, müssen auf das Votum eines Arztes oder einer Ärztin warten – und die sind vielleicht gerade damit beschäftigt, auf einer anderen Station Leben zu retten. Für das Sterben haben viele Krankenhäuser keinen Platz.

Auf der Palliativstation ist das alles ganz anders, aber es ist ein Luxus, dort seine letzten Tage und Stunden zu verbringen. Es gäbe viele Menschen im Krankenhaus, die es nötig hätten, eine bessere Betreuung am Lebensende zu bekommen.

Ich war bei meinem Mann, als er mit dem Tod rang und auch als er starb. Ja, es war hart, aber es war auch ein Privileg, und ich bin froh, dass ich ihn nicht allein lassen musste. Dabei fühlte ich mich gehalten von Menschen, die sich tagtäglich dem Unfassbaren aussetzen, ohne den Mut zu verlieren.

PETRA THORBRIETZ

Autorin, München

>> I HAVE A DREAM –

*Für die Palliativmedizin
wünsche ich mir...*

„...das Kleinste und das Beste.

*Das Kleinste im Sinne des Augenmerks
auf die kleinen, aber entscheidenden Dinge
im sensiblen Umgang mit den zu Versorgenden
und deren Angehörigen.*

*Das Beste im Sinne einer
akademisch fundierten Professionalisierung
auf dem Gebiet der Palliativpflege
als Teil der
multiprofessionellen Palliative Care.“*

PROF. DR. J. OSTERBRINK
Salzburg

>> GRENZEN ÜBERBRÜCKEN



DR. THOMAS BINSACK

„Taufpate“ einer hierarchielosen Fachgesellschaft über Berufsgrenzen hinweg. Die Erfolge der modernen Medizin ließen zu Beginn der 80er Jahre keinen Raum für Sterben und Tod.

Wie sind Sie zur Palliativmedizin gekommen?

Zum einen war es die Erfahrung aus meiner onkologischen Tätigkeit. Damals, Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre, galt in der Onkologie uneingeschränkt das Motto „Therapieren bis zuletzt“. Das Thema Sterben war hier vollkommen ausgeblendet, man wollte nicht sehen, wie es dem Patienten geht. Die Erfolge der modernen Medizin schienen alles möglich zu machen, das Thema Sterben und Tod hatte darin keinen Platz. Die erste Palliativstation in Deutschland wurde von Herrn Prof. Pichlmaier, einem Chirurgen, gegründet. Die Onkologen haben dies völlig abgelehnt. Das hat mich schnell ziemlich abgeschreckt, weil es an der Realität, an dem Bedürfnis der Betroffenen vorbei ging.

Ein weiteres Motiv war ein sehr persönliches. Ich sah die Stellenanzeige der Barmherzigen Brüder, die einen Leiter für die neu aufzubauende Palliativstation in ihrem Krankenhaus suchten. Dieser Aufbau in den Jahren 1990/1991 war sehr aufregend und stieß auf Widerstände. In den ersten Jahren des Aufbaus der Station ging es um Team- und Stifindung, hatten wir uns doch auf die Fahnen geschrieben, hierarchielos alle Entscheidungen gemeinsam zu treffen.

Die Kritiker, allen voran die Ärztekammer und die Kollegen im eigenen Haus, haben unser Scheitern vorausgesagt und die Angst ging um, wenn man hier eine Sterbestation eröffnet, dann bleiben für das ganze Haus die Patienten aus. Unterstützung von Anfang an hingegen kam von den Krankenkassen und der Politik. So war die Palliativstation der Barmherzigen Brüder die erste in Deutschland, die im Krankenhausbedarfsplan erfasst war und somit in die Regelfinanzierung fiel.

Der dritte Beweggrund war die Faszination des Neuaufbaus. Da tat sich eine neue Bewegung auf. Es gab damals ja noch nichts, wir haben ziemlich bei Null angefangen, das hat mich begeistert und angezogen.

Was waren ihre Beweggründe, die DGP mit aus der Taufe zu heben?

Herr Pichlmaier rief bei mir an, um zu fragen, ob es überhaupt Sinn macht, für die Palliativmedizin eine eigene Fachgesellschaft zu gründen. Ich stimmte dem sehr zu, war doch die Palliativmedizin in der medizinischen Versorgungslandschaft bisher nicht anerkannt. Über die Gründung einer eigenen Fachgesellschaft erhofften wir uns, dass dies besser erreicht werden könnte. Gleichzeitig war es uns wichtig, die Fachgesellschaft für alle Berufsgruppen zu öffnen. Die ersten Reaktionen waren durchaus positiv, schon der erste Kongress der DGP in Köln 1996 war gut besucht, auch von anderen Berufsgruppen. Es herrschte eine Aufbruchsstimmung über alle Berufsgruppen hinweg, das war deutlich zu spüren.

Was ist aus ihrer Sicht das Besondere an der DGP?

Die Interprofessionalität und die Interdisziplinarität – der offene Austausch über Grenzen hinweg ist das besondere Merkmal dieser Fachgesellschaft, das findet man sonst nicht in der Weise. Auch der spürbare Pioniergeist über lange Jahre hinweg zeichnet die DGP in meinen Augen besonders aus. Man musste sich anfangs gegen Widerstände behaupten, das hat uns geprägt und gemeinsam motiviert. Gleichzeitig sind die raschen und rasanten Erfolge das Besondere an der DGP. Wie schnell konnte z.B. die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin für Ärzte durchgesetzt werden.

Was wünschen Sie der Palliativmedizin?

Öffnung für und Zusammenarbeit mit allen Fachgebieten, die mit schweren und todbringenden Erkrankungen konfrontiert sind. Die Verbindung der Palliativmedizin mit der Geriatrie, um die Versorgung hochbetagter sterbender Menschen zu verbessern. Auch hier über die Berufsgruppen-grenzen hinweg Kooperationen suchen. Führend bleiben im ethischen Diskurs. Weiterhin deutliche Impulse setzen zum Beispiel in der Diskussion um Sterbehilfe.

Das Interview führte Katja Goudinoudis.

>> DEM RICHTIGEN MOMENT VERTRAUEN



DR. INGEBORG JONEN-THIELEMANN

„We need Germany“ gab den Ausschlag. Auch in Deutschland war nach Gründung der ersten Palliativstationen und Hospize die Zeit reif für eine eigene Fachgesellschaft für Palliativmedizin.

Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin brauchte ihre Zeit. Der erste Versuch scheiterte: Bei der „Arbeitstagung Palliative Therapie“ vom 05.–06.07.1991 in Köln wurde von den Teilnehmern zwar ein intensiver Gedankenaustausch gewünscht, eine nationale Organisation fand jedoch keine Mehrheit.

Die Zeit war offenbar noch nicht reif. 1991 gab es in Deutschland außer der ersten Palliativstation in Köln (gegründet 1983) zwei Palliativstationen in Bonn (1988, 1990), alle drei von der Deutschen Krebshilfe e.V. finanziell ermöglicht. 12 weitere Palliativstationen waren im Entstehen durch Förderung eines Programms der Bundesregierung.

Doch es war eine Aufbruchstimmung spürbar mit Interesse am Palliativgedanken und der Hospizbewegung. So arbeiteten auch bereits einige stationäre Hospize (Aachen 1986, Recklinghausen 1987, Köln 1988 u.a.) und ambulante Dienste, weiter gab es viele, unterschiedliche Hospizinitiativen.

In anderen Ländern Europas bestanden schon nationale Vereinigungen von Aktivitäten auf dem Gebiet der Palliativmedizin (Frankreich 1983, Italien 1986, Belgien 1989, Spanien 1989, Großbritannien und Irland 1990), die sich als European Association for Palliative Care (EAPC) zusammen geschlossen hatten. Der erste Kongress der EAPC fand 1990 in Paris statt.

„We need Germany!“ sagte Prof. Vittorio Ventafridda, der damalige Präsident der EAPC. Die Mahnung wurde über Dr. Raymond Voltz, Neurologe in der Universitätsklinik München, und Dr. Detlev Zech, Oberarzt der Schmerzambulanz der Klinik für Anaesthesiologie im Universitätsklinikum Köln, auf die Palliativstation im Kölner Dr. Mildred Scheel Haus getragen. Diese Einrichtung gehörte damals zur Klinik für Chirurgie der Universität zu Köln, Direktor Prof. Dr. Dr. Heinz Pichlmaier.

Prof. Pichlmaier, Dr. Zech und Dr. Ingeborg Jonen-Thielemann, Ärztin und Psychotherapeutin sowie Mitbegründerin der Kölner Palliativstation, nahmen die Aufgabe der Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erneut an.

Am 01.10.1993 erfolgte das „Treffen Palliativmedizin“ in Köln. Es waren an Palliativmedizin interessierte Ärzte eingeladen, die verschiedene Fachgebiete der Medizin vertraten und aus möglichst unterschiedlichen Teilen des Landes kamen. Bei den Teilnehmern bestand Einvernehmen, dass die Zeit gekommen war, die Palliativmedizin in Deutschland zu organisieren. Eine Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin wurde mehrheitlich einer Arbeitsgemeinschaft vorgezogen.

Das „2. Treffen Palliativmedizin“ fand am 05.12.1993 statt. Es wurde der Satzungsentwurf in allen Punkten diskutiert und die gemeinschaftlich korrigierte Fassung zur notariellen Bearbeitung vorbereitet.

Beim „3. Treffen Palliativmedizin“, der Gründungsversammlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, am 02.07.1994 im Dr. Mildred Scheel Haus in Köln waren 14 Gründungsmitglieder und der Notar Dr. Reiner Becker-Berke anwesend.

Anschließend wurde der erste Vorstand der Gesellschaft gewählt: Pichlmaier (Präsident), Aulbert und Herbst (Vizepräsidenten), Klaschik (Sekretär), Jonen-Thielemann (Schatzmeisterin), Binsack, Hartenstein, Voltz und Zech (Beirat).

DR. INGEBORG JONEN-THIELEMANN

Köln



VORSTANDSSITZUNG DER DGP AM 11. DEZEMBER 1998 IN KÖLN von links nach rechts:

Prof. Dr. Dietrich Kettler, Martina Kern, Prof. Dr. Eberhard Aulbert, Prof. Dr. Reiner Hartenstein, Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Dr. Ingeborg Jonen-Thielemann, Dr. Michael Cremer, Dr. Thomas Binsack, Prof. Dr. Claudia Bausewein

Seit 1990 gab es in den östlichen Bundesländern vielfache Initiativen in universitären und außeruniversitären Einrichtungen (Dresden, Erfurt, Halle, Rüdersdorf), bei der Gestaltung eines gesamtdeutschen Gesundheitswesens die Hospiz- und Palliativbewegung stärker zu verankern. Bis dahin waren es ab Mitte der 1980er Jahre einzelne Hospizinitiativen, die nur sehr begrenzt für die Unterstützung unheilbar erkrankter Menschen wirksam werden konnten.

DR. BARBARA SCHUBERT

Dresden

Im September 1993 erging die Einladung zum ersten „Treffen Palliativmedizin“:

„Sehr geehrte Damen und Herren, wir danken Ihnen für Ihr Interesse, mit uns gemeinsam die Frage zu diskutieren: ‚Ist es Zeit, die Palliativmedizin in Deutschland zu organisieren?‘ Ohne Ausnahme haben alle, die wir angeschrieben haben, ihre Teilnahme zugesagt, auch bei weiten Anfahrtswegen. Dies bestärkt uns zu vermuten, daß die Zeit jetzt reif geworden ist für dieses Thema. Wie auch die Antwort auf die Frage sein wird – wir hoffen, daß Sie den Tag als wertvoll erleben.“

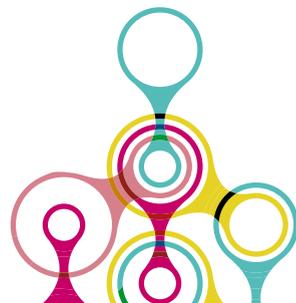
1994 wurde in Köln die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) gegründet.

Folgende Gründungsmitglieder waren anwesend: Prof. Dr. med. Eberhard Aulbert, Dr. med. Thomas Binsack, Dr. med. Hildburg Goetze†, Prof. Dr. med. Reiner Hartenstein, Prof. Dr. med. Manfred Herbst, Dr. med. Ingeborg Jonen-Thielemann, Dr. med. Hubertus Kayser, Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik, Prof. Dr. Dr. med. Heinz Pichlmaier, Dr. med. Wilm Sievers, Prof. Dr. med. Raymond Voltz, Dr. med. Renate Wiegert, Dr. med. Dietrich Würdehoff, Dr. med. Detlev Zech†

Mitte Mai 1993 fand in der Bonner Beethovenhalle das erste Symposium Palliativmedizin unter Leitung von Prof. Dr. Eberhard Klaschik in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebshilfe und ALPHA sowie rund 700 Teilnehmern statt. Daraus entstand das Buch „Palliativmedizin Heute“, herausgegeben von E. Klaschik und F. Nauck.

Im Jahr 1996 begann mit rund 1000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der erste von bislang zehn Kongressen der DGP:

- 1. Kongress, 1996 in Köln
Palliativmedizin – ein ganzheitliches Konzept
- 2. Kongress, 1998 in Berlin
Palliativmedizin – Verpflichtung zur Interdisziplinarität
- 3. Kongress, 2000 in Göttingen
Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung
- 4. Kongress, 2002 in München
Qualität und Fortschritt in der Palliativmedizin
- 5. Kongress, 2005 in Aachen
Palliativmedizin im Grenzbereich
- 6. Kongress, 2006 Hamburg
Teamarbeit und Kommunikation
- 7. Kongress, 2008 in Wiesbaden
Identität im Wandel
- 8. Kongress, 2010 in Dresden
Grenzen überwinden
- 9. Kongress, 2012 in Berlin
Perspektiven in Mitte
- 10. Kongress, 2014 in Düsseldorf
*Palliativ – Versorgung – Forschung
Hospiz – Begleitung – Praxis*





PROF. DR. FRIEDEMANN NAUCK

Die Defizite in der Versorgung und Betreuung Schwerkranker und Sterbender waren eine immense Herausforderung und gleichzeitig der größte Ansporn für die multiprofessionelle Fachgesellschaft, sich im Team, auf Augenhöhe und strukturenübergreifend für die Patienten und ihre Angehörigen einzusetzen.

Nicht ohne Schwierigkeiten wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) von einigen Pionieren und aus heutiger Sicht Visionären gegründet. Für diese Kolleginnen und Kollegen war der Bedarf für die Palliativmedizin und für eine medizinische Fachgesellschaft offensichtlich klar, obwohl sicher niemand vor 20 Jahren gedacht oder auch nur annähernd zu hoffen gewagt hätte, dass sich die Palliativmedizin in nur zwei Jahrzehnten in der Patientenversorgung, Lehre und Forschung hätte so nachhaltig entwickeln können. Der Bedarf entstand in erster Linie aus der sich rasch entwickelnden „Hightech-Medizin“ und den Defiziten in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen.

Der Schwerpunkt lag zunächst auf der klinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten, dem Aufbau geeigneter stationärer und ambulanter Strukturen bis hin zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), deren Finanzierung und Integration in das Gesundheitssystem.

Die Zeit nach der Gründung der DGP war wesentlich geprägt davon, die Inhalte und Ziele der hospizlich-palliativen Versorgung und der Palliativmedizin bekannter zu machen. Widerstände gab es nicht nur in der Medizin und Pflege, sondern auch bei Kirchen und der Politik. Wer nicht unmittelbar dabei war, wird kaum ermessen können, was es in den ersten Jahren bedeutet hat, einen neuen Bereich zu etablieren, der sich schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen widmet und neben medizinischer und pflegerischer Behandlung auch die psychosoziale und spirituelle Dimension der Betreuung immer im Blick hat.

Damals typisch waren Äußerungen wie: „Palliativmedizin? Was soll das? Das machen wir doch schon immer“. Unverständnis, nicht wahr haben wollen, dass es Defizite in der Behandlung am Lebensende gibt, Verkennen ethischer Herausforderungen bis hin zu Konkurrenzängsten prägten das erste Jahrzehnt.

Auch die DGP musste sich entwickeln, von einer medizinischen Fachgesellschaft, in der es zunächst ärztliche Mitglieder gab und assoziierte Mitglieder, die aus anderen Berufsgruppen kamen, zu einer multiprofessionell agierenden Fachgesellschaft mit Mitgliedern, die auf Augenhöhe kommunizieren und ihre Inhalte vertreten. Es ist aus heutiger Sicht bewundernswert, wie sich die DGP trotz Gegenwind verändert hat und gewachsen ist.

Weitere Herausforderungen der ersten Jahre waren die Erarbeitung von Curricula und Klärung der inhaltlichen Arbeit, Veranstaltungen und erste Kongresse, die Veränderung einer eher hierarchiegeprägten zur teamorientierten Arbeitskultur und die Umsetzung der Erkenntnisse im Bereich der Symptomlinderung. Auch die Bedeutung ethischer Entscheidungen im Rahmen der Behandlung am Lebensende, die Verwirklichung der frühzeitigen Integration und die Inklusion nicht-onkologischer Patienten sind wichtige Arbeitsfelder der DGP geworden.

Die regelmäßigen Kongresse der DGP wie die seit 2000 erscheinende Zeitschrift für Palliativmedizin haben zum wissenschaftlichen Austausch und zur Vernetzung beigetragen und Anreize zu Reflexion und Forschung gegeben.

PROF. DR. FRIEDEMANN NAUCK

Präsident der DGP 2010 bis 2014, Göttingen

12 PROFESSUREN



Von Multiprofessionalität zur Interprofessionalität

Auch wenn alle Mitglieder eines Palliative Care Teams den Anspruch haben, ganzheitlich und umfassend zu begleiten, so braucht es dennoch die Perspektiven unterschiedlicher Berufsgruppen, um wie bei einem Puzzle durch das Zusammentragen der einzelnen Teile ein halbwegs reelles Gesamtbild vom Patienten und seinem Umfeld zu erhalten und den oft sehr komplexen Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie gerecht zu werden. Dies setzt nicht nur voraus, dass verschiedene Berufsgruppen miteinander an einem Ziel arbeiten, sondern dass sie auch voneinander und übereinander lernen, ihr Wissen kritisch reflektieren, bereit sind, ihr Wissen und ihr Rollenverständnis im multiprofessionellen Team zu teilen und ein gemeinsames Verständnis der Probleme zu entwickeln.

PROF. DR. MARIA WASNER

München

Forschung und Lehre

Forschung und Lehre sind neben der Klinik unverzichtbare Elemente eines jeden akademischen Faches. Mittlerweile verfügt das Feld über 12 Professuren. An allen medizinischen Fakultäten muss Palliativmedizin (Querschnittsbereich 13) gelehrt werden. Forschungsergebnisse aus Deutschland finden internationale Anerkennung. Mit den Wissenschaftlichen Arbeitstagen, die erstmals 2013 in Erlangen stattfanden, ist ein neues jährliches Forum für die in der Palliativmedizin Forschenden entstanden.

PROF. DR. CHRISTOPH OSTGATHE

Erlangen

1 Klaschik, E., 29.1.2001, Wien, Parlamentarische Enquete zum Thema „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbegleitung in Österreich

Hospiz und Palliativ

„Die Hospizbewegung und die Entwicklung der Palliativmedizin sind bis heute untrennbar mit einem Namen verbunden:

Dame Cicely Saunders, die 2005 87jährig verstarb, hat der Welt nicht nur eine wunderbare Idee und ein Referenzzentrum für Palliativmedizin in London hinterlassen, sondern sie legte auch die Grundlagen für die moderne ambulante und stationäre Palliativmedizin in all ihren Facetten. So verankerte und verkörperte sie die Interprofessionalität in der Palliativmedizin (sie selbst durchlief verschiedene Ausbildungen in ihrem Leben und war sowohl Krankenschwester als auch medizinische Sozialarbeiterin und Ärztin), wies auf die Multidimensionalität des Symptoms Schmerz („total pain“) hin und veränderte damit die Schmerztherapie grundlegend.“³

DR. HUBERTUS KAYSER

Bremen

Würde und Lebenskraft im Sterben

„Der Glaube an die Würde der Patienten, an ihre Lebenskraft selbst im Sterben, an die Existenz von Hoffnung und Kraft in aller Lebensbrüchigkeit kann Helfer befähigen, sich den ihnen anvertrauten Menschen in Achtung zu nähern, ihre Person mit ihrer besonderen Geschichte zu respektieren und – trotz und entgegen aller äußerlichen Schwäche – Vertrauen in die ihnen innewohnende Stärke und Fähigkeit aufbringen zu können und sie darin zu unterstützen. Berufliche Helfer leben oftmals von der altruistisch wirkenden Aussage: ‚Ich kann Dir helfen.‘ Die, denen dies angeboten wird, brauchen viel häufiger ein ‚Du kannst‘.“²

MONIKA MÜLLER

Bonn

2 Müller, M., Pfister, D. (Hrsg.): Wie viel Tod verträgt das Team? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2012, S. 17/18.

Palliativmedizin ist aktive Lebenshilfe

„(...) Ich habe versucht, in der gebotenen Kürze darzustellen, dass die palliativmedizinische Betreuung eine wirklich aktive Behandlung von Patienten ist, die hohe Verantwortung von Seiten aller Pflegenden, der seelsorgerischen, sozialen, ärztlichen Seite erfordert, und meines Erachtens eine *echte Alternative* zur aktiven Sterbehilfe ist. Es ist natürlich viel aufwendiger, sie in dieser hohen Qualität zu betreiben und zu entwickeln. Ich bin der Meinung: Palliativmedizin ist aktive Lebenshilfe! Und jeder Mensch hat ein Recht auf palliativmedizinische Behandlung!“¹

PROF. DR. EBERHARD KLASCHIK

Bonn

Aus-/Fort- und Weiterbildung

Bereits 1992 wagten wir uns im Rahmen eines Projektes an die Erstellung von Curricula für Palliative Care. Würde es gelingen, was in England und Kanada erfolgreich umgesetzt wurde, auf Deutschland zu übertragen? Unsere Vision: Wenn der erste Kurs mit 10 Teilnehmenden zustande kommt, wird es werden. Mittlerweile sind zahlreiche Curricula in der DGP entstanden, die Konzepte werden kontinuierlich weiterentwickelt, einige haben bereits Eingang in die gesetzlichen Regelungen der Palliativversorgung gefunden. Ein oft mühevoller, aber lohnenswerter und lehrreicher Prozess.

MARTINA KERN

Bonn

3 Kayser, H., Kieseritzky, K., Melching, H., Sittig, B.: (Hrsg.): Kursbuch Palliative Care - Angewandte Palliativmedizin und -pflege, 2. Auflage - Bremen: UNI-MED, 2013, S. 36.

>> IMPULSE SETZEN UND INTEGRIEREN

1967
Dame Cicely Saunders gründet
St. Christophers's Hospice in London

1969
Erste Begegnungen zwischen
deutschen Seelsorgern und C. Saunders

1971
Film „Noch 16 Tage ...
Eine Sterbeklinik in London“

1983
Eröffnung der 1. Palliativstation
in Köln

- 1984**
- Gründung der Arbeitsgruppe „Zuhause sterben“
 - Bildungsforum Chirurgie
 - Hausbetreuungsdienst Köln

1972
Erste Kontakte deutscher Ärzte
(Paul-Lechler Haus Tübingen)
nach London

1978
Anfrage der BMFJS an Kirchen
wg. Sterbekliniken nach englischem
und schwedischem Vorbild

- 1986**
- Gründung IGSL (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung)
 - Erste Hospize in Aachen (1986), Recklinghausen (1987) und Köln (1988)

1985
Christophorus-Hospiz-Verein
München und „Omega –
mit dem Sterben leben e. V.“ /
Hospiz-Hausbetreuungsteam
in Halle

Pionierphase (1971–1994)

In der Pionierphase ging es zunächst darum, die aus Großbritannien stammende Hospizidee und die Aufgaben der Palliativversorgung in ersten Modellen praktisch umzusetzen und bekannt zu machen. Die Gründung der Deutschen Gesellschaft im Jahre 1994 markiert das Ende der Pionierphase.

Differenzierungsphase (1994–2005)

In der Differenzierungsphase gelang es im Wesentlichen, die Aufgaben und Ziele der Palliativmedizin zu bestimmen, den Anspruch deutlich zu machen und die große Bedeutung der Palliativversorgung für die gesundheitliche Betreuung schwerstkranker Menschen am Ende des Lebens und für ihre Angehörigen darzustellen, gleichzeitig auch diesen Versorgungsbereich zu etablieren.

1992
Gründung „Bundesarbeitsgemein-
schaft Hospiz zur Förderung von
ambulanten, teilstationären und
stationären Hospizen und Palliativ-
medizin e. V.“ (heute DHPV).

1993
Gründung von
Home Care Berlin

- 1996**
- 1. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Köln
 - 1. Hospizgesetz § 39a

- 1997**
- Curricula Palliativmedizin für Medizinstudenten, Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter und Seelsorger
 - Lehrbuch für Palliativmedizin

- 1999**
- 1. Lehrstuhl für Palliativmedizin
 - Einführung der Kerndokumentation HOPE

2000
1. Jahrgang der Zeitschrift
für Palliativmedizin

- 2005**
- Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestag „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit
 - Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD: „Hospizarbeit und Palliativmedizin wollen wir stärken, um Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen“
 - Palliativmedizin in der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V

2007
Gesetzliche Regelung der spezialisierten ambulanten
Palliativversorgung (SAPV, § 37b und 132d SGB V)

2008
Vertreter aller in der Palliativversorgung tätigen Professi-
onen können ordentliche Mitglieder der DGP werden.

- 2009**
- Neuregelungen zur Finanzierung ambulanter und stationärer Hospizarbeit
 - Änderung der Approbationsordnung: Palliativmedizin als Pflicht-, Lehr- und Prüfungsfach

2010
Charta zur Betreuung schwerstkranker und
sterbender Menschen in Deutschland

1970

1980

1990

1991
Modell-
programm
des BMG –
BOSOFO
Studie

2000

2010

Präsident
Prof. Dr. Dr.
Heinz Pichlmaier

Präsident
Prof. Dr.
Eberhard Klaschik

Präsident
Prof. Dr.
Christof Müller-Busch

Präsident
Prof. Dr.
Friedemann Nauck

1994
Gründung der Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin (DGP) e. V.

- 2004**
- Stellungnahmen der EAPC und der DGP zum ärztlich assistierten Suizid und zur Euthanasie
 - Der Bereich Palliative Care wird nun auch in der Berufsausbildung der Alten- und Krankenpflege berücksichtigt.

- 2003**
- Beschluss des Deutschen Ärztetages zur Einführung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
 - Empfehlung zur nationalen Entwicklung und Implementierung der Palliativversorgung für 47 Mitgliedstaaten des Europarates durch das Ministerkomitee des Europarats

2002
Gesetz zur Förderung ambulanter
Hospizdienste (§39a Abs.2 SGB V)

- 2014**
- 20 Jahre DGP
 - 20.000 Pflegende haben die Weiterbildung Palliative Care absolviert
 - Rund 8500 Ärztinnen und Ärzte haben die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erlangt.

- 2013**
- Auftaktveranstaltung „Nationale Strategie zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“
 - Allgemeine Palliativversorgung in EBM aufgenommen
 - Erste Wissenschaftliche Arbeitstage der DGP

2012
Änderung Betäubungsmittelrecht
zur Überlassung von Betäubungs-
mitteln an schwerstkranken Menschen
in Notfallsituationen

- 2011**
- 114. Deutscher Ärztetag stimmt für Förderung der palliativmedizinischen Versorgung
 - Auftakt der S 3 Leitlinie Palliativmedizin unter Federführung der DGP
 - DGP führt das Nationale Hospiz- und Palliativregister ein.

Integrationsphase (seit 2005)

Seit ca. 2005 lässt sich für die Palliativmedizin in Deutschland die Integrationsphase erkennen. Dabei geht es darum, den palliativmedizinischen Ansatz in sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Versorgung zu integrieren und im Ethos des sozialen Miteinander beim „Umgang mit Sterben und Tod“ zu etablieren.

PROF. DR. H. CHRISTOF MÜLLER BUSCH
Berlin

>> DIE FÄDEN ZUSAMMENHALTEN



Strukturiertes und vielfältiges Arbeitsleben

Die annähernd 5.000 Mitglieder der DGP haben verschiedene Möglichkeiten, in ihrer Fachgesellschaft aktiv zu werden. Grundsätzlich kann sich jedes Mitglied auf nachfolgenden drei Ebenen daran beteiligen, Projekte anzuregen, Arbeitsergebnisse zu entwickeln und Veröffentlichungen vorzubereiten:

- themenbezogen in den Arbeitsgruppen
- berufsgruppenbezogen in den Sektionen
- regional in den Landesvertretungen

Sämtliche Anliegen fließen in der Koordinationsstelle als Arbeitsbereich der Geschäftsstelle der DGP zusammen und werden dem Vorstand vortragen. Zur Bearbeitung dringlicher Angelegenheiten kann der Vorstand Task Forces einsetzen.

Organisatorisch wird jedes DGP-Mitglied regional einer Landesvertretung und berufsbezogen einer Sektion zugeordnet. Alle Arbeitsgruppen arbeiten multiprofessionell.

Darüber hinaus bestehen in einer Reihe weiterer Arbeitsgruppen, Kommissionen und Projekten enge Kooperationen der DGP mit anderen Fachgesellschaften und Institutionen.

12
ARBEITSGRUPPEN

11
LANDESVERTRETUNGEN

DGP-Arbeitsgruppen

Ambulante Palliativversorgung
Bildung
Ehrenamtlichkeit
Ethik
Forschung
Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin
Kinder und Jugendliche
Komplementäre und Alternative Ansätze
Leitlinien
Nichttumorpatienten
Stationäre Versorgung
Sterbephase

DGP-Sektionen

Medizin
Pflege
Pharmazie
Physiotherapie
Psychologie
Rechtsberufe
Seelsorge
Soziale Arbeit
Supervision

DGP-Landesvertretungen

Baden-Württemberg
Bayern
Berlin/Brandenburg
Hessen
Niedersachsen/Bremen
Nordrhein-Westfalen
Saarland
Sachsen-Anhalt (in Gründung)
Thüringen

9
SEKTIONEN

Themenbezogene Arbeit in Arbeitsgruppen *Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin*

Es ist ein zentrales Anliegen der Arbeitsgruppe, die Erfahrung der Praktiker zu nutzen, um Themen aller in der Onkologie Tätigen wirkungsvoll und patientennah in den klinischen Alltag zu überführen. Gerade die ‚Integration von Palliativmedizin in die Onkologie‘ wie auch die ‚Integration von Onkologie in die Palliativmedizin‘ profitieren von der DGP-seitig gelebten Multiprofessionalität, Interdisziplinarität und Dialogbereitschaft mit anderen Fachgesellschaften.

DR. BERND-OLIVER MAIER

Wiesbaden

Berufsgruppenbezogene Arbeit in Sektionen

Grenzüberschreitende Kooperationen in der Pflege

Die Sektion Pflege ist zentraler Partner in der gelebten Multiprofessionalität innerhalb der DGP. Den fachlichen Austausch über Sektions-, Gesellschafts- und Landesgrenzen hinweg zu suchen, Gemeinsamkeiten zu pflegen, Unterschiede zu diskutieren und sich zu positionieren, ist dabei eine wichtige Aufgabe. Mit unseren Kooperationspartnern, den Kolleginnen der österreichischen und schweizerischen Palliativgesellschaften, wollen wir Erfahrungen austauschen und voneinander lernen und Pflege noch spürbarer profilieren.

KATJA GOUDINOUDIS

Taufkirchen

Task Force

Im Notfall: Überlassung von Betäubungsmitteln in begrenztem Umfang

Viele Menschen möchten ihre letzte Lebenszeit zuhause verbringen und haben auch dort Bedarf, notfallmäßig mit Betäubungsmitteln (BtM) versorgt zu werden, wie es im Krankenhaus-Alltag zu jeder Zeit möglich ist. Eine Task Force der DGP hat sich auf der politischen Ebene erfolgreich dafür eingesetzt, die entsprechende Versorgungslücke im ambulanten Bereich zu schließen. Durch eine Gesetzesänderung wurde die Möglichkeit geschaffen, den Betroffenen in palliativmedizinischen Notfallsituationen Betäubungsmittel in begrenztem Umfang legal zu überlassen. Dies geschah mit dem Ziel, unnötige verschreibungsbedingte Wartezeiten zu vermeiden und ambulanten Patienten die Sicherheit zu geben, nötigenfalls schnell auf eine wirksame BtM-Medikation zählen zu können.

DR. BERND-OLIVER MAIER

Wiesbaden

HEINER MELCHING

Berlin

PROF. DR. FRIEDEMANN NAUCK

Göttingen

Regionale Arbeit in Landesvertretungen

Weiterentwicklung regionaler Strukturen

Hauptaufgabe einer zukünftigen Landesvertretung Sachsen-Anhalts ist die weitere Verbesserung derzeit bestehender regionaler Strukturen. Neben der Krankenversorgung gehört dazu die Koordination von Interessen der verschiedenen Berufsgruppen, die Vertretung der Palliativmedizin gegenüber den Krankenkassen, die Erarbeitung regional-orientierter Leitlinien sowie die Aus- und Weiterbildung. Des Weiteren wird eine wichtige Aufgabe die Öffentlichkeitsarbeit sein.

PD DR. C. KAHL

Magdeburg



>> HERAUSFORDERUNGEN BEGEGNEN



PROF. DR. LUKAS RADBRUCH

Alte und hochbetagte Menschen – insbesondere an Demenz Erkrankte – am Ende ihres Lebens eng entlang ihrer Bedürfnisse und Wünsche zu begleiten und zu versorgen, stellt eine der größten Herausforderungen in den gemeinsamen Bemühungen von Hospizarbeit und Palliativmedizin dar.

Im Rückblick auf die letzten 20 Jahre wird deutlich, wie weit die Palliativversorgung in Deutschland mittlerweile entwickelt werden konnte. Wir stehen an der Schwelle zur Regelversorgung. Damit kommt allerdings auch eine Fülle von neuen Herausforderungen auf uns zu, nicht nur mit der Anpassung an die ökonomischen und institutionellen Rahmenbedingungen (Wirtschaftlichkeit einer Palliativstation, Kontrolle durch den Medizinischen Dienst), sondern auch in der Konkurrenz mit anderen Anbietern.

Zusätzlich verschärfen sich manche Probleme. Mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) fühlen sich mancherorts einzelne ambulante Hospizdienste, die den Einsatz von Ehrenamtlichen koordinieren, an den Rand gedrängt und vernachlässigt. Dabei ist die gegenseitige Unterstützung der Hospizarbeit (als Bürgerbewegung aus der Gesellschaft) und der Palliativversorgung (als Teil des Gesundheitssystems) einer der wichtigsten Faktoren für die bisherigen Erfolge in der deutschen Entwicklung. Noch wichtiger aber ist die Erschließung des Zugangs zur Palliativmedizin für alle Patienten, die sie benötigen. Immer noch erhalten fast ausschließlich Patienten mit weit fortgeschrittener Krebserkrankung eine Palliativversorgung. Patienten mit chronischen Herz-, Lungen-, Nieren- oder neurologischen Erkrankungen bedürfen ihrer aber genauso.

Im demographischen Wandel der nächsten 20 Jahre ist die Zunahme von alten und hochbetagten Menschen und damit einhergehend die Zunahme von Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung oder in Pflegeeinrichtungen sowie die Zunahme von Demenzerkrankungen eine der wichtigsten Herausforderungen in der Gesellschaft. Für die Entwicklung der Palliativversorgung ergeben sich hieraus zwei Aufgabenfelder:

a) Wie können sich die Einrichtungen der Palliativversorgung und Hospizarbeit auf diese Änderungen einstellen (Sind Palliativstationen z. B. geeignet für Patienten mit Demenzerkrankung?)?

b) Wie können die Dienste und Einrichtungen für diese Zielgruppe sinnvolle Angebote machen (z. B. Screeningprogramme zur Symptomerfassung bei Demenzkranken)?

Dafür müssen zunächst die Kooperationen mit den anderen Behandlern aufgebaut werden, mit den Leitungen der Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, den Hausärzten und den Spezialisten wie Gerontopsychiatern und Geriatern.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin steht an der Spitze in der Begegnung mit diesen Herausforderungen. Klare Forderungen ergänzen die in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ aufgestellten Grundsätze:

- Entwicklung eines nationalen Registers mit Angaben zur Versorgung am Lebensende und zum Sterbeort,
- Etablierung eines verantwortlichen Palliativbeauftragten in jedem Krankenhaus und in jeder Pflegeeinrichtung,
- Bundesweit einheitliche Regelungen zur Hospizarbeit und Palliativversorgung,
- Zugang zur Palliativversorgung über alle Lebensalter, von einer angemessenen Versorgung für Kinder und Jugendliche bis zur Versorgung von Alten und Hochbetagten, für Patienten mit Tumorerkrankungen oder mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen (einschließlich Demenz),
- Spezielle Forschungsförderung für die Palliativversorgung.

Bei all den Entwicklungen gilt es, die zugrunde liegende Haltung in der Palliativversorgung zu bewahren: Es geht um die umfassende und ganzheitliche Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen, die am Bedarf und den Prioritäten der Patienten und ihrer Angehörigen ausgerichtet ist!

PROF. DR. LUKAS RADBRUCH

Vizepräsident der DGP 2012–2014, Bonn

Frühe Integration

Hochrangig publizierte Studien zur „Frühen Integration“ rücken das Thema der strukturierten und umfassenden palliativmedizinischen Beratungs- und Behandlungsangebote – bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und letztlich unabhängig von akut bestehender Symptomlast – in den Fokus einer breiteren Öffentlichkeit. Es bedarf zukünftig einer gut abgestimmten, vorurteilsfreien gemeinsamen Anstrengung von Klinikern, Forschern, fachspezifischen Experten und spezialisierten Palliativbehandlern, insbesondere um Modelle für die Alltagspraxis zu entwickeln, die jeden Betroffenen an jedem Behandlungsort erreichen.

DR. BERND-OLIVER MAIER,
Wiesbaden

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Die Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ihrer vertrauten Umgebung muss bundesweit gesichert werden. Dies umfasst insbesondere die weitere Etablierung und Sicherung der SAPV-Teams für Kinder sowie die enge Zusammenarbeit mit ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten und Strukturen der allgemeinen Versorgung. Wesentlich dabei ist die Perspektive der Betroffenen.

ANDREAS MÜLLER
Dresden

1 F. Nauck, Ch. Ostgathe, L. Radbruch: Ärztlich assistierter Suizid. Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Dtsch Arztebl 2014;111(3): A 67–71

Ärztlich assistierter Suizid

„Der ärztlich assistierte Suizid gehört nicht zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten. Dennoch können Ärzte im Einzelfall vor einem Dilemma stehen, wenn Patienten sie um Beihilfe zum Suizid bitten. Auch dann gehört es stets zu den ärztlichen Aufgaben, sich dem schwerstkranken und sterbenden Menschen gegenüber respektvoll zu verhalten, sich mit seinen Wünschen und Sorgen auseinanderzusetzen und die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung des individuellen Leids aufzuzeigen.“¹ Welche spezifischen Anforderungen das Thema ärztlich assistierter Suizid an die in der palliativmedizinischen Versorgung Tätigen stellt, ist Gegenstand der Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, welche im Jahr 2014 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden.

VORSTAND DER DGP
Berlin

deutschlandweit ca.

250
SAPV-VERTRÄGE

Ambulante Palliativversorgung

Die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2007 stellt ohne Zweifel einen Meilenstein in der Betreuung schwerstkranker, hoch symptombelasteter Patienten dar. Unterschiedlichste regionale Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und multiprofessionellen Leistungserbringern erfordern jedoch auch zukünftig eine kontinuierliche Weiterentwicklung hinsichtlich einer leistungsfähigen flächendeckenden Versorgung.

ACHIM RIEGER
Berlin

Nichttumorpatienten

Die Nichttumorpatienten bilden eine recht große Patientengruppe in der Palliativversorgung. Es sterben nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bzw. der WHO fast 75% der Deutschen nicht an einer Tumorerkrankung. „Nichttumor-erkrankte“ sind Menschen mit internistischen (z. B. Herzinsuffizienz, COPD, Niereninsuffizienz), geriatrischen (z. B. Demenz, Frailty/Gebrechlichkeit, Multimorbidität) und neurologischen Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Parkinson, Multiple Sklerose). Von großer Bedeutung ist die frühe Integration der Palliativversorgung überall dort, wo sie von diesen Patientinnen und Patienten gebraucht wird (zu Hause, im Pflegeheim, im Akutkrankenhaus).

DR. CHRISTOPH GERHARD
Oberhausen

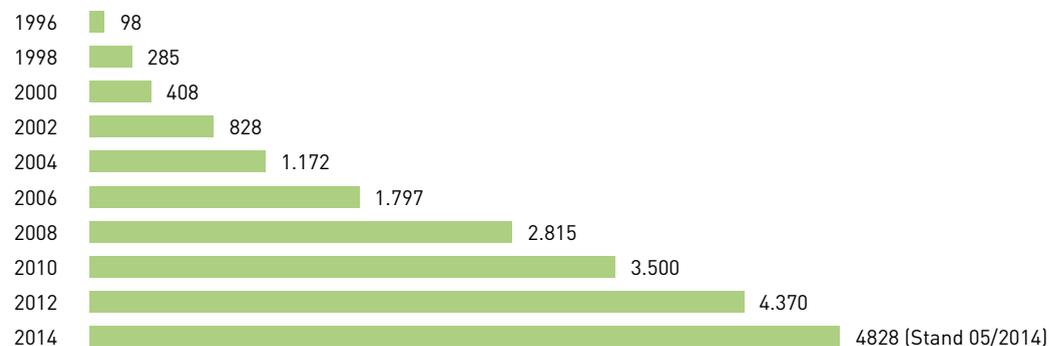
Benachteiligte Gruppen

Sterbende Menschen, die ein benachteiligtes Leben führen, erhalten in Deutschland nur selten hospizliche oder palliative Unterstützung. Dies gilt beispielsweise für Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Beeinträchtigung, aber auch für Obdachlose, Strafgefangene und für Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund. In Zukunft müssen Möglichkeiten und Einrichtungen geschaffen werden, die allen Bevölkerungsgruppen einen niedrigschwelligen Zugang zur Palliativversorgung ermöglichen und Ausgrenzung verhindern. Zudem sollten hauptamtlich Tätige und ehrenamtliche Hospizhelfer für die spezifischen Bedürfnisse dieser Menschen sensibilisiert werden.

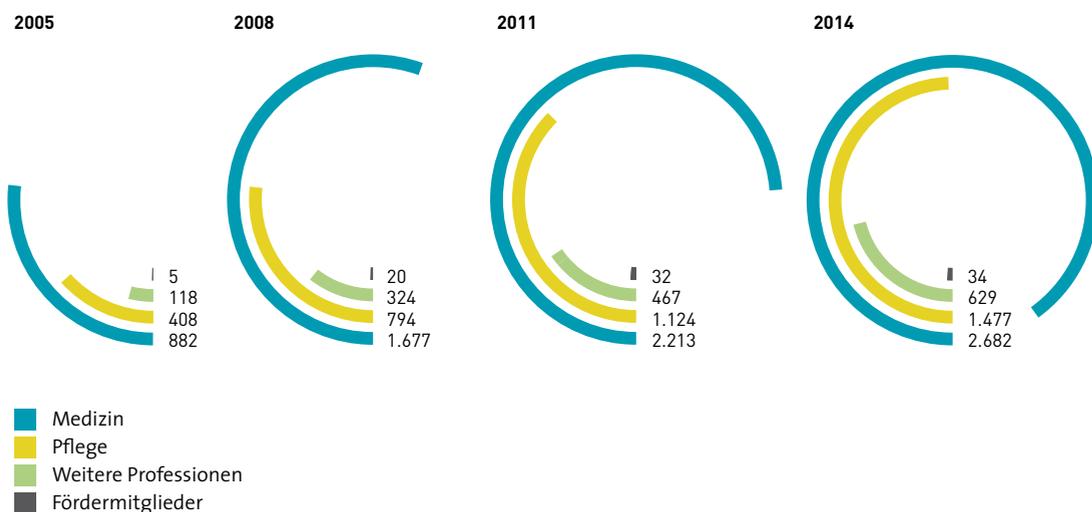
PROF. DR. MARIA WASNER
München

>> WACHSEN UND GEDEIHEN

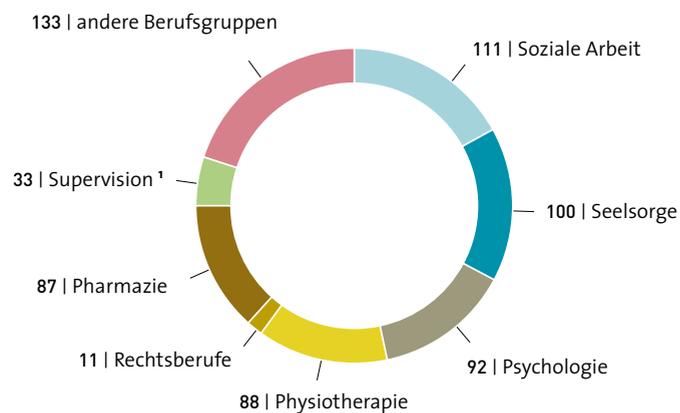
Mitgliederentwicklung der DGP



Professionen in der DGP

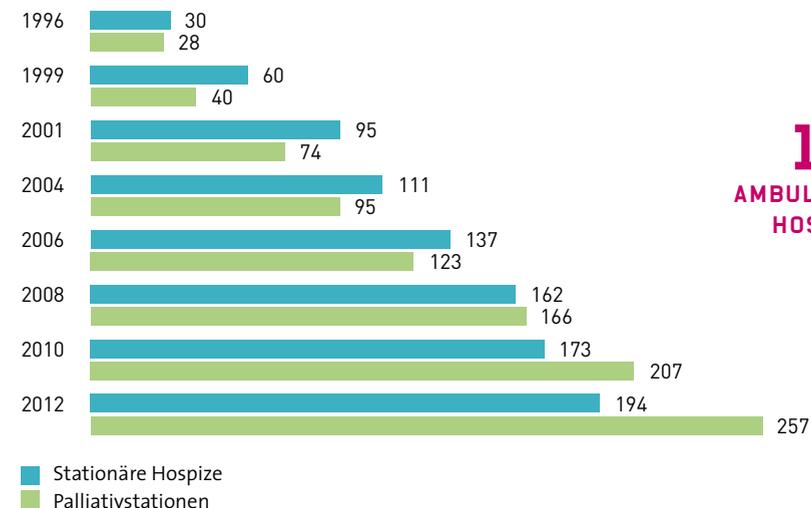


Weitere Professionen in der DGP



über
250
PALLIATIVSTATIONEN

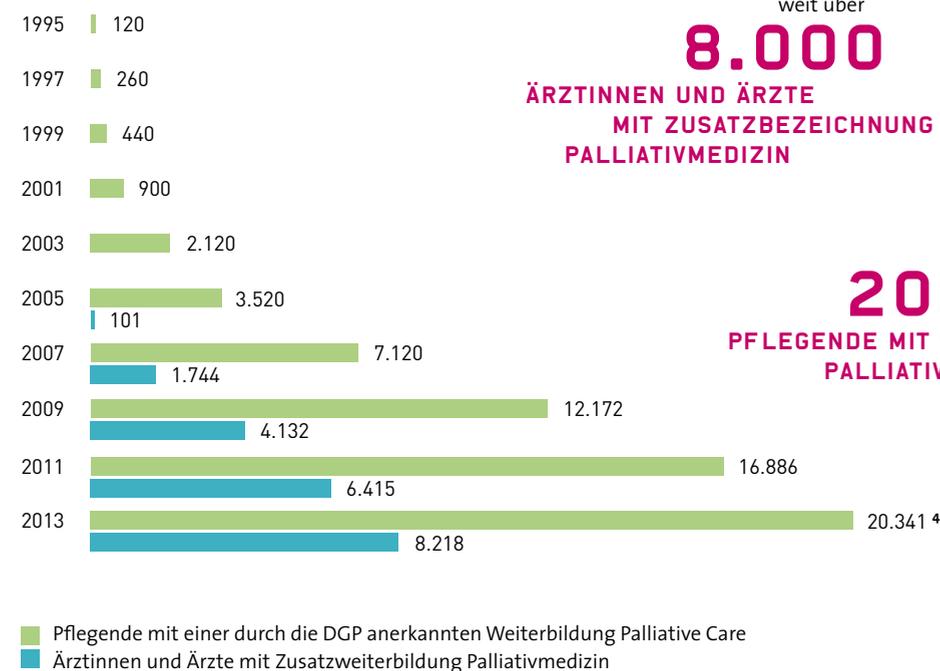
Stationäre Hospize / Palliativstationen²



ca.
200
STATIONÄRE HOSPIZE

rund
1.500
AMBULANTE
HOSPIZDIENSTE

Pflegende mit Weiterbildung Palliative Care und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin³



weit über
8.000
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
MIT ZUSATZBEZEICHNUNG
PALLIATIVMEDIZIN

20.000
PFLEGENDE MIT WEITERBILDUNG
PALLIATIVE CARE

¹ In der Sektion Supervision arbeiten weitere 26 Mitglieder mit, die bereits in anderen Sektionen erfasst sind.
² Quelle: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland, www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

³ Quelle: Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung (Zusatzbezeichnung) Palliativmedizin, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de, 30.05.2014
⁴ Bis Ende 2013 haben 20.341 Pflegende die Weiterbildung begonnen. 20.000 haben diese bis 06/2014 abgeschlossen.

>> I HAVE A DREAM –

*Für die Palliativmedizin
wünsche ich mir...*

*„...neben der Weiterentwicklung
der ambulanten und stationären Palliativversorgung
und der stärkeren Verankerung in der Lehre:*

*Für die Palliativmedizin der Zukunft
wird ihre flächendeckende Ausstrahlung
und die Implementierung in allen Bereichen
der Pflege und Gesundheitsversorgung entscheidend sein,
um die demografischen Herausforderungen
bestehen zu können.“*

DR. HEINRICH GÜNTHER
Dresden

>> WEGE WEISEN

Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin

Angehörige ebenso wie Ärzte oder Pflegedienste suchen oft ortsnahe Unterstützung für schwerkranke Patienten, zum Beispiel als Kontakt zu einem Hospiz, einer Palliativstation, einem ambulanten Team, einem regionalen Netzwerk oder auch zu überregionalen Institutionen. Der „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin“ liefert diese Informationen. Über eine Suchmaschine können schnell und gezielt ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen im Umkreis eines Ortes oder einer Postleitzahl gesucht werden. Seit 1993 wird dieses Adressverzeichnis immer wieder aktualisiert.

www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

PROF. DR. LUKAS RADBRUCH
Bonn

Nationales Hospiz- und Palliativregister

Valide Daten werden in Zukunft für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung mitentscheidend sein. In 15 Jahren Vorarbeit (Kerndokumentation, HOPE) wurde ein Nationales Hospiz- und Palliativregister entwickelt. Datensätze zur Betreuung, die in den Einrichtungen in aller Regel ohnehin erhoben werden, können direkt oder über eine Schnittstelle im Register zentral gesammelt und ausgewertet werden. Diese Daten können als Argumentation in gesundheitspolitischen Verhandlungen, als Maßnahme zur externen Qualitätssicherung durch Vergleichbarkeit der verschiedenen Einrichtungen und Einrichtungsarten untereinander sowie zur Versorgungsforschung genutzt werden. Hierdurch kann die Teilnahme langfristig einen positiven Effekt auf die Qualität der Versorgung Schwerkranker und Sterbender in Deutschland haben.

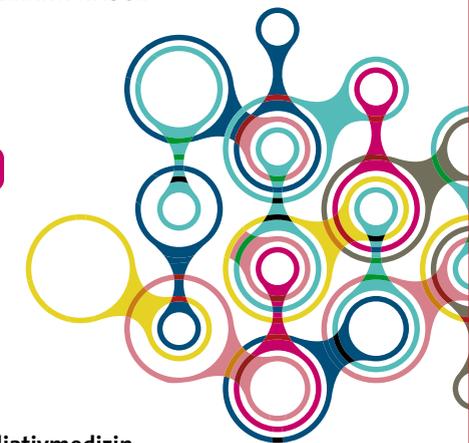
PROF. DR. CHRISTOPH OSTGATHE
Erlangen

Charta zur Betreuung sterbender Menschen

Die „Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ wurde 2010 verabschiedet. Mit diesem Konsens haben eine Vielzahl von Organisationen und Institutionen aus Gesellschaft und Gesundheitspolitik ihre Bereitschaft bekundet, sich im Sinne der Charta für die Verbesserung der Situation schwerkranker und sterbender Menschen und die Einlösung ihrer Rechte einzusetzen. Weit mehr als 11.000 Menschen haben dieses Anliegen bislang mit ihrer Unterschrift unterstützt. Die drei Träger des Prozesses, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband und die Bundesärztekammer, haben maßgeblich dazu beigetragen, dass sich die Charta nun auf dem Weg der Umsetzung in eine Nationale Strategie befindet.

PROF. DR. FRIEDEMANN NAUCK
Göttingen

mehr als
11.000
UNTERZEICHNER/INNEN
DER „CHARTA“



S3-Leitlinie Palliativmedizin

Die Entwicklung einer S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer Krebserkrankung hat 2011 federführend unter der Leitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften, der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft begonnen. Eine erste Version der Leitlinie wird voraussichtlich Ende 2014 vorgelegt. Ziel ist die Formulierung und formale Konsentierung von klinisch relevanten Schlüsselempfehlungen zu ausgewählten palliativmedizinischen Symptomen und Versorgungsfragen für Patienten mit einer Krebserkrankung auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz.

PROF. DR. RAYMOND VOLTZ
Köln

PROF. DR. CLAUDIA BAUSEWEIN
München

>> DIE KUNST DES ZUHÖRENS

rund
100.000
EHRENAMTLICHE
HOSPIZBEGLEITER/INNEN



ANTONIA SCHUBERT

Mit Mitte 20 ist die Medizinstudentin im Praktischen Jahr und ehrenamtliche Hospizbegleiterin eines der jüngsten Mitglieder der DGP: „Palliativ“ und „Hospiz“ auf das Sympathischste miteinander verbunden.

Welche Berührungspunkte hatten Sie bislang mit der Palliativmedizin?

Während meines Medizinstudiums in Göttingen wollte ich mich nach dem ersten Staatsexamen wie schon zu Schulzeiten sozial engagieren. Deshalb habe ich als 22-Jährige im Göttinger Hospiz die Befähigung für Ehrenamtliche absolviert. Bewusst suchte ich in dieser Zeit etwas außerhalb des klassischen Medizinspektrums. Aus den Gesprächen in meinem Elternhaus in Dresden – meine Mutter ist selbst Palliativmedizinerin – wusste ich, wie wichtig die Hospizbewegung für eine umfassende Begleitung von schwerkranken Menschen und ihren Familien war und ist. Und dass besonders die Hospizbewegung, aber auch die Palliativmedizin, auf die Hilfe durch ehrenamtliche Mitarbeiter angewiesen ist.

Außerdem begann ich mich im Studium zu orientieren, in welche Richtung es in meinem Beruf gehen könnte. Nach meinem Empfinden steht „Palliativmedizin“ in vielerlei Hinsicht für etwas, was jede Ärztin und jeder Arzt können sollte: Leiden lindern, gute Kommunikation, aufmerksames Zuhören, eng entlang der Wünsche des Patienten handeln, die Angehörigen einbeziehen und vieles mehr.

Viele dieser Aspekte werden mir im Studium noch zu wenig vermittelt. Ich hatte das Wahlfach Palliativmedizin, das war jedoch freiwillig. Als Pflichtfach würde ich mir die Palliativmedizin früher im Studium und mit einem noch größeren Stellenwert im Lehrplan wünschen. Wie wichtig es jedoch ist, immer genau zu schauen, was der Patient braucht und möchte, ist mir immer wieder vor Augen geführt worden, zum Beispiel auch während eines Praktikums auf der Palliativstation.

Wie erleben Sie das Interesse an der Palliativmedizin bei Ihren Kommilitonen?

Das ist sehr unterschiedlich. Viele sehen es inzwischen so, dass die Palliativmedizin schon ein wichtiges Thema ist, mit dem sich jeder auseinandersetzen muss.

Etwas, was man nicht abschreiben kann, eine Ärztin, ein Arzt muss sich mit Sterben und Tod vertraut machen. Entsprechend hatte das Wahlfach Palliativmedizin ein gutes Feedback.

Auf der anderen Seite war ich im Verlauf meines Studiums manchmal fast geschockt, zum Beispiel, wenn eine Therapiezieländerung besprochen werden sollte, weil eine kurative Behandlung mit dem Ziel der Heilung nicht mehr möglich war. Da hat man deutlich gespürt, dass es für viele immer noch ein Problem darstellt, sich vom kurativen zum palliativen Gedanken durchzuringen. Im Vordergrund stand dann häufig der Wunsch: Wir müssen doch reanimieren, beatmen und alles nur Mögliche tun, Antibiotika, künstliche Ernährung, maximale Therapie bis zum Schluss... und wenn das nicht geht, was dann? Mich bedrückt das Bild eines Patienten, dem der Arzt entgegentritt mit dieser hilflosen Aussage „Wir können jetzt leider nichts mehr für Sie tun“.

„Umzuschalten“ und darüber nachzudenken, dass es doch noch so viele andere Möglichkeiten gibt, dem Patienten hilfreich zur Seite zu stehen und ihn mit seinen Bedürfnissen und Nöten nicht allein zu lassen, fällt schwer, wenn man wenig Berührung mit der Palliativmedizin hat.

Warum sind Sie Mitglied in der DGP geworden?

Mitglied in der DGP bin ich geworden, um über aktuelle Entwicklungen informiert zu werden – z.B. per Zeitschrift, Rundmails und beim Kongress – und eine Möglichkeit zu haben, auf dem Laufenden zu bleiben, aus einer anderen Perspektive auf die Medizin zu schauen.

Man könnte mehr junge Mitglieder werben! Schließlich geht es um eine grundsätzliche Haltung, die man in vielen Fachgebieten der Medizin und der Pflege braucht, wenn man kranke Menschen begleiten möchte. Prinzipiell ein Thema, zu dem jeder etwas wissen sollte.

Das Interview führte Karin Dlubis-Mertens.

>> IN BEWEGUNG BLEIBEN



DR. THOMAS SCHINDLER

Seine erste Rundmail an die Mitglieder der DGP begann mit diesen Zeilen von Marc Aurel: „Achte auf die schwierigen Umstände deines Lebens; eigentlich hast du sie verdient: sie bringen dich der Beurteilung deiner Worte und Taten näher, zwingen dich zum Umdenken, jetzt, sofort das zu tun, was du dein Leben lang auf morgen verschieben würdest.“

Wie alles in der DGP-Geschäftsstelle begann?

Das ist gar nicht so einfach zu beantworten. Ab wann hatte die DGP eine Geschäftsstelle? In der etwas beginnen konnte? War das Sekretariat von Eberhard Klaschik, des ersten Schriftführers bzw Sekretärs (1994–1998) und des zweiten Präsidenten (1998–2006) der DGP, in dem sich lange Zeit Barbara Henjes engagiert um die gesellschaftlichen Belange der DGP kümmerte, Mitgliederlisten führte und Anfragen beantwortete, schon eine Geschäftsstelle im eigentlichen Sinn? Wohl eher nicht... auch wenn die Bemühungen des Anfangs unverzichtbar für das waren, was folgen sollte.

Und auch als der DGP-Vorstand sich im Jahr 2004 entschloss, einen hauptamtlichen Geschäftsführer für die alltägliche Abwicklung der „Geschäfte“ anzustellen, weil das rasante Wachstum der Gesellschaft eine Professionalisierung erforderlich machte, so bedeutete das nicht gleich die Etablierung einer Geschäftsstelle im eigentlichen Sinn.

Der erste Geschäftsführer war nämlich in erster Linie auf Reisen... sei es, um zwischen Bonn (dem damaligen Sitz der DGP) und dem Niederrhein (der damaligen Heimat des Geschäftsführers) zu pendeln... sei es, um irgendwo in der Republik Kontakte zu knüpfen, Menschen zu treffen und den Belangen der Palliativmedizin dienlich zu sein. Die erste „Geschäftsstelle“ der DGP reiste dann im Grunde immer mit... sie befand sich im Laptop des Geschäftsführers... eMails und Handy sorgten für die notwendigen Verbindungen – innerhalb der Gesellschaft und natürlich auch im Außenkontakt. Nein, auch dieser reisende Geschäftsführer repräsentierte noch nicht wirklich eine Geschäftsstelle.

Das änderte sich, nachdem der Vorstand der DGP unter Federführung von Christof Müller-Busch im Jahr 2007 die Entscheidung gefällt hatte, den Sitz der Gesellschaft nach Berlin zu verlegen und dort eine Geschäftsstelle aufzubauen, für die dann auch weitere MitarbeiterInnen zu gewinnen waren.

Immer deutlicher wurde nämlich, dass ein hauptamtlicher Geschäftsführer allein nicht ausreichte, um das immer größer werdende Arbeitspensum zu bewältigen. Die DGP hatte das Glück, Ende 2007 einen guten Standort in Berlin zu finden, der sich bis heute bewährt hat und so konnten Anfang 2008 die neuen Räume der ersten „richtigen“ DGP-Geschäftsstelle bezogen werden – in der Aachener Straße 5 in Berlin-Wilmersdorf.

Das Wichtigste in der neuen Geschäftsstelle waren und sind aber die MitarbeiterInnen, die die DGP, seitdem sie in den Jahren 2008 bis 2010¹ dazu gestoßen sind, mit großem Engagement und profunder Sachkenntnis unterstützen. Ich selbst hatte das Glück, sie alle schon vor ihrem Engagement für die DGP kennenlernen zu dürfen: Petra Mittmann (Sekretariat) während meiner ersten palliativmedizinischen Tätigkeit Mitte der 90er Jahre in einer onkologischen Gemeinschaftspraxis und Karin Dlubis-Mertens (Charta und Öffentlichkeitsarbeit), Pia Weber (Finanzen) sowie Susanne Zimmermann (die gute Fee für die EDV) beim Tanzen. Zusammen mit Heiner Melching, dem kongenialen DGP-Geschäftsführer seit 2010, sind sie ein starkes Team, über dessen Existenz jede Gesellschaft und jeder Vorstand nur sehr froh sein kann!

DR. THOMAS SCHINDLER

Vorstandsmitglied der DGP (2000–2004),
Geschäftsführer der DGP (2005–2009), Berlin

¹ Anm. der Red.: Die DGP-Geschäftsstelle bleibt weiter „in Bewegung“ und freut sich sehr, dass die Kolleginnen Stefanie Kämper und Sabine Simon im Jahr 2014 dazu gekommen sind.

>> JEDER AUGENBLICK ZÄHLT



Sprechen Sie
uns an!

In der Geschäftsstelle der DGP sind für Sie da:
Sabine Simon, Heiner Melching, Karin Dlubis-Mertens,
Petra Mittmann, Stefanie Kämper, Pia Weber (von links).

Die neuen Räume der DGP-Geschäftsstelle in Berlin konnten Anfang 2008 bezogen werden. Als die erste Mitarbeiterin am 1. Juli desselben Jahres ihre Arbeit aufnahm, war der „Umzug“ vom Rhein an die Spree noch lange nicht abgeschlossen. Ebenso wenig, als die zweite Mitarbeiterin am 1. Januar 2009 ihre Tätigkeit begann...

...ein extrem heißer Tag im Sommer 2009:
Mal wieder ist der Geschäftsführer im Zug unterwegs vom Niederrhein nach Berlin, im Gepäck ein Dutzend Reisetaschen mit Vereinsunterlagen, die in der neuen DGP-Geschäftsstelle ihre endgültige Heimat finden sollen. Der Halt auf einem idyllischen Bahnhof verlockt zum kurzen Ausstieg und scheint ein herrlicher Anlass für ein kleines Frühstück. Leider verlässt der Zug den Bahnhof ohne den Reisenden, aber mit einem Abteil voll unbegleiteter Gepäckstücke.

Schön, dass es inzwischen Kolleginnen in der Berliner Geschäftsstelle gibt. Ein knapper Anruf: „Liebe Petra, liebe Karin, bitte fahrt kurz zum Hauptbahnhof und nehmt auf Gleis 11 die Gepäckstücke in Empfang, Zugbegleiter ist informiert, komme einen Zug später“. Stadtverkehr, Stau, im Laufschrift die Treppe hoch: Am Ende des Gleises wird bereits vom Bahnpersonal das bunte Hab und Gut aufgeschichtet, herzliche Grüße in alle Richtungen, 13 Beutel, Handkoffer und Rucksäcke wollen ins Auto verfrachtet werden.

Die „Öffentlichkeitsarbeit“ schwächelt ein wenig nach Rückkehr ins sommerheiße Büro. Da erreicht sie ein weiterer Anruf: Bitte ein Gepäckstück (Tasche der Zugbegleiterin!) aus Wilmersdorf rasch wieder zurück zum Hauptbahnhof, dort ist inzwischen der Reisende selbst eingetroffen, der Zug mit der en passant um ihren Laptop „erleichterten“ Bahnbeamtin allerdings verlässt in 14 Minuten Berlin...

...ein Bild, das bleibt: Im rasanten Schwung der Auffahrt ins Bahnhofsparkhaus ist bereits der geschäftsführende Palliativmediziner winkend an der Schranke zu erkennen, in aller Ruhe lotst er die gestresste Fahrerin zu einem geeigneten Parkplatz, lässt sich auf dem Beifahrersitz nieder und erkundigt sich lächelnd nach dem wertvollen Befinden, schließlich seien ja noch zwei Minuten Zeit...

PETRA MITTMANN
KARIN DLUBIS-MERTENS
Berlin

Gern steht Ihnen das Team der Geschäftsstelle für weitere Informationen zur Verfügung:

Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e. V.
Aachener Straße 5 | 10713 Berlin
Tel 030- 30 10 100 0
dgp@palliativmedizin.de
www.palliativmedizin.de

>> I HAVE A DREAM –

*Für die Palliativmedizin
wünsche ich mir...*

*„...dass sie mehr und mehr
in Medizin und Gesellschaft die Akzeptanz gewinnt,
die sie im Dienst an den Kranken
als Auftrag der Humanitas
zu verwirklichen hat.“*

DR. PAUL BECKER ¹
Bingen am Rhein

¹ Anm. der Red.: Mit nahezu 90 Jahren ist Dr. Paul Becker das älteste Mitglied der DGP.

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN E. V.**

Geschäftsstelle

Heiner Melching
Geschäftsführung
Tel 030 - 30 10 100 11
heiner.melching@palliativmedizin.de

Petra Mittmann
Mitgliederbetreuung | Sekretariat
Tel 030 - 30 10 100 10
dgp@palliativmedizin.de

Pia Weber
Buchhaltung | Mitgliedsbeiträge
Tel 030 - 30 10 100 10
buchhaltung@palliativmedizin.de

Sabine Simon
Veranstaltungen
Tel 030 - 30 10 100 14
veranstaltungen@palliativmedizin.de

Stefanie Kämper
Koordination
Tel 030 - 30 10 100 12
koordination@palliativmedizin.de

Karin Dlubis-Mertens
Öffentlichkeitsarbeit
Tel 030 - 30 10 100 13
redaktion@palliativmedizin.de

HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
vertreten durch ihren Präsidenten
Prof. Dr. Friedemann Nauck

Aachener Straße 5 | 10713 Berlin
Tel 030- 30 10 100 0
dgp@palliativmedizin.de
www.palliativmedizin.de

REDAKTION

Karin Dlubis-Mertens, Achim Rieger

GESTALTUNG

MEIRA | Büro für Gestaltung
www.meira.de

STAND

Juni 2014

BILDNACHWEIS

S. 1: © istockphoto.com/mattjeacock; S. 4, 8, 22, 27:
© Meike Rath; S. 6, 26: © Achim Rieger; S. 7: © Heike Henig;
S. 9: © Barmherzige Brüder; S. 10: © Uniklinik Köln;
S. 11: © privat; S. 12, 24: © Universitätsmedizin Göttingen;
S. 18: © Deutsche Krebshilfe; S. 25: © privat



SPENDENKONTO

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Berliner Volksbank
IBAN: DE19100900002374811021
BIC: BEVODEBBXXX