Parlamentarischer Abend
am 23. 4. 1996
Teilnehmer der M d B

Name	Vorname	Ort	Aus-schuß	Partei	Tisch
Barnett	Doris	Ludwigshafen	A	SPD	1
Beggering i.V. Frau Beck	Anne	Bremen	A	B / Grüne	2
Becker - Inglau	Ingrid	Essen	G	SPD	2
Brudlewsky	Monika	Harz / Vorharz	F	CDU	2
Ernstberger	Petra	Waldershof / Hof / S.	G	SPD	3
Eymer	Anke	Lübeck	F	CDU	5
Fink	Ulf	Berlin	G	CDU	5
Freitag	Dagmar	Iserlohn	G	SPD	4
Hanewinckel	Christel	Halle	F	SPD	6
Holzhüter	Ingrid	Berlin	F	SPD	5
Jäger	Renate	Dresden	A	SPD	6
Kahl, Dr.	Harald,	Ronneburg / Gera	G	CDU	6
Kauder	Volker	Tuttlingen	A	CDU	1
Kors	Eva -Maria	Vechta	G	CDU	8
Laumann	Karl - Josef	Riesenbeck / Steinfurt	A	CDU	4
Lehn	Waltraut	Recklinghausen	G	SPD	10
Limbach	Editha	Bonn	G	CDU	7
Lohmann	Wolfgang	Lüdenscheid	G	CDU	4
Mogg	Ursula	Koblenz	F	SPD	1
Niehuis, Dr.	Edith	Nörten - Hardenberg	F	SPD	8
Riegert	Klaus	Süßen / Göppingen	F	CDU	3
Schaich - Walch	Gudrun	Frankfurt / Main	G	SPD	9
Schätzle	Ortrun	Schopfheim / Lörrach	F	CDU	9
Schewe - Gerigk	Irmingard	Herdecke	F	B / Grüne	7
Schmidbauer	Horst	Nürnberg	G	SPD	3
Schwall - Düren, Dr.	Angelica	Metelen / Westfalen	G	SPD	7
Sothmann	Bärbel	Bad Homburg	F	CDU	9
Steen	Antje - Marie	Grömitz / S. - H.	G	SPD	5
Steindor	Maria	Marburg	G	B / Grüne	10
Thomae, Dr.	Dieter	Sinzig	G	FDP	4
Zöller	Wolfgang	Obernburg / Main - Spessart	G	CDU	8

A = Arbeit und Soziales
G = Gesundheit
F = Familie, Senioren, Frauen, Jugend

Parlamentarischer Abend am 23. April 1996

Teilnehmer/innen Hospizbereich und Bundesbehörden

Vorstand Bundesarbeitsgemeinschaft	**Tisch**
Sr. Elsbeth Backenecker, Krankenschwester, Duisburg	9
Dr. Gustava Everding, Ärztin, München	3
Monika Müller, Therapeutin, Bonn	8
Heinrich Pera, Klinikseelsorger, Halle	6
Hans Overkämping, Dechant, Datteln	1
Joseph von Radowitz, Berater, Bonn	7
Norbert Schmelter, Krankenpfleger, Rendsburg	5
Reinhard Sprenger, Geschäftsführer, Neuss	4
Rudolf Stienemeier, Geschäftsführer, Halle	2
Hans-F. Tosch, Berater, Berlin	10

Vertreter/innen Hospizbewegung und Palliativmedizin	
Josef Brombach, Psychologe, Lohmar	2
OMEGA	1
Josef Feldhagen, Pfarrer, Lennestadt-Altenhundem	9
Ursula Fülbier, Sozialarbeiterin, Bonn	3
Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn	6
Friedemann Nauck, Oberarzt, Bonn	7
Dr. Franz Roegele, Arzt, Alfter	1
Dr. Bettina Sandgathe, Ärztin, Bonn	4
Ellen Scherrer, Geschäftsführerin, Düsseldorf	3
Sabine Werner, ehrenamtliche Hospizmitarbeiterin, Bonn	10
Franz Schmitz, Geschäftsführer, Köln	5

Vertreter/innen Bundesbehörden	
Dr. Petrich, BMA, Bonn	10
Frau Reinhard, Bundespräsidialamt, Bonn	6
Frau Siebenmorgen, Bundespräsidialamt, Bonn	7
Frau Weritz-Hanf, BMFSFJ, Bonn	9
Dr. Zipperer, BMG	8

Gesellschaftlicher Wandel in bezug auf Sterben, Tod,Trauer und die Hospizidee

Als vor 10 Jahren die ersten Hospizinitiativen entstanden, wuchsen sie aus dem Bedürfnis von Menschen, Sterben und Tod wieder in unser Leben mit einzubeziehen. Der Fortschrittsglaube der Medizin mußte haltmachen vor einer unüberwindlichen Grenze, dem Tod. Er wurde als Versagen der Medizin erlebt - nicht als unser natürliches Ende. Versagen, Aufgeben zeigt man nicht in einer von Aufschwung, Erfolg und Leistung bestimmten Gesellschaft. Gesundheit scheint machbar - Krankheit zeigt Schwäche, bzw. Reparaturbedürftigkeit. Krankheit, die zum Tode führt, wird bekämpft bis zum letzten Atemzug.

Patienten sind Fälle, Todeskandidaten sind Pannen und Bremsen im System - man kann für sie "nichts mehr tun". Sie werden nach Hause geschickt. Im Krankenhaus wird die kleinste Kammer zum Sterbezimmer, die tägliche Visite meidet den Ort. Familien und Freunde werden als notwendiges Übel geduldet!
Ein Schreckensgemälde?
Jeder von uns hat ähnliches erlebt, Unbehagen gespürt -

Ein Film hat viele von uns aufgerüttelt, die heute im Bereich der Hospizdienste engagiert sind: Vor 25 Jahren drehte Pater Reinhold Iblacker in London im St. Christopher's Hospice den Film "Noch 16 Tage" - das war die damalige durchschnittliche Verweildauer in einer englischen Sterbeklinik.

Bis sich das Wort "Hospiz" als ein Konzept, als eine Haltung todkranken und sterbenden Menschen gegenüber durchsetzte, verging ein Jahrzehnt.
Keine neue Spezialeinrichtung, keine bessere Sozialstation oder humaneres Pflegeheim waren die Ziele der Hospizinitiativen in Deutschland. Bewußtseinsveränderung der Gesellschaft steht in fast allen ersten Vereinssatzungen, und Ausbreitung der Hospizidee als Hauptziel.

Lebensqualität und Selbstbestimmung des betroffenen Menschen und seiner Angehörigen bzw. Freunde sowohl in bezug auf die Wahrhaftigkeit der Diagnose als auch das Ausmaß von Diagnostik und Therapie wurden zu Leitsätzen unserer Arbeit. Nicht die von Ärzten verordntete soundsovielte Chemotherapie bzw. radioaktive Bestrahlung - sondern das ganzheitliche Leiden an der Krankheit, dessen Auswirkungen auf den Betroffenen und seine ganze Umgebung, sowie Fragen nach Lebenssinn und ausstehende Versöhnungen bestimmen den Umgang mit Menschen, die ihre zum Tod führende Krankheit bewußt erleben.

Wichtige Erweiterung erfuhr die Hospizbewegung durch die neu gewonnenen Erkenntnisse und Forschungen im Bereich der Palliativmedizin, die vor allem in angelsächsischen Hospizen gewonnen und erprobt wurden.
Nicht nur die Beherrschung schwerster Schmerzzustände im Tumor - Endstadium, auch die medizinische Behandlung anderer, Lebensqualität einschränkender Symptome wie ständige Übelkeit, Brechreiz, Obstipation, Atemnot etc. sowie die Erforschung der körperlichen und seelischen Bedürfnisse sterbender Menschen sind heute Bestandteil der Palliativ-, der lindernden Medizin, die in diesem Jahr in Deutschland den ersten Kongreß durchführt -vier Lehrstühle zur Palliativmedizin gibt es mittlerweile in der ganzen Welt!

Als wir 1992 die BAG in Bonn gründeten, um mit "einer" Stimme gegenüber Politikern und Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens auftreten zu können, hatten wir schon einmal versucht, Politiker aus allen Parteien einzuladen. Herr Schmidbauer ist uns treu geblieben...

Heute zeigt Ihr zahlreiches Interesse, daß sich der gesellschaftliche Wandel vollzogen hat; Hospize sind bekannt geworden, ihre Arbeit spricht für sich - ihre Finanzierung ist immer noch ungesichert - auf Entgegenkommen und Wohlwollen einzelner Partner angewiesen, und mit den neuen Gesetzesvorhaben türmen sich neue Schwierigkeiten auf. Daß das Wort "Hospiz" und sein Stellenwert zwischen Medizin und Pflege deutlich wird, ist ein Anliegen heute abend.

Ein Hospiz ist kein Pflegeheim, eine Pauschale wie in einem Sonderkrankenhaus wäre denkbar - wichtig ist uns: das Entstandene zu erhalten und nicht durch neue Gesetzesregelungen zum "Tode verurteilen" zu müssen. Vor allem aber: Sterben und Tod sowie die Trauer der Betroffenen wieder zu einem Anliegen zu machen und die Menschen zu unterstützen, die diesen Dienst für unsere Gesellschaft erfüllen.

Ihre Aufgabe ist es, stellvertretend für die Bürger unseres Staates die Entwicklung der Zukunft mitzubestimmen. Wir freuen uns auf dieses Abendgespräch mit Ihnen und auf seine Wirksamkeit bei kommenden Entscheidungen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Gustava Everding

Hospizarbeit in Deutschland

- Sachstand und internationaler Vergleich

Nach der Einführung in unser Thema möchte ich Ihnen den Sachstand am Beginn des Jahres 1996 darstellen.

1. Hospizarbeit begegnet uns in Deutschland in vielfältigen Formen. Wir bezeichnen als Hospizinitiativen oder - einrichtungen eine Anzahl oder Gruppe von Menschen, die sich für die Verbreitung der Hospizidee einsetzen, ohne selbst schwerstkranke und sterbende Menschen zu begleiten.
   Dies tun ambulante Hospizdienste oder Hausbetreuungsdienste (HBD), die die Sterbenden und ihre Angehörigen und Freunde in ihrer letzten Lebensphase begleiten.
   Stationäre Hospize nehmen Hospizpatienten auf, deren intensive, ganzheitliche Betreuung und Pflege zu Hause nicht mehr oder vorübergehend nicht möglich ist. In einigen teilstationären Einrichtungen, den Tageshospizen, werden Patienten tagsüber betreut.
   Palliativstationen sind Stationen in Krankenhäusern, die vor allem Krebspatienten im Endstadium ihrer Erkrankung schmerztherapeutisch einstellen und ganzheitlich betreuen.

2. In den letzten Jahren hat sich die Hospizbewegung in Deutschland rasant und dynamisch entwickelt. Wir zählen heute 183 Hospizinitiativen, 268 ambulante Hospizdienste oder HBD, 30 stationäre Hospize (davon 13 mit HBD), 6 Tageshospize und 28 Palliativstationen.

3. Regional sind die einzelnen Einrichtungen wie folgt verteilt:
   Sie sehen deutliche Schwerpunkte in Nordrhein - Westfalen und Baden-Württemberg, weitere größere Zahlen in Niedersachsen, Bayern, Rheinland- Pfalz, Hessen und Schleswig - Holstein.

4. Seit einigen Jahren beginnen sich die Hospizbewegung und die Palliativmedizin auf Bundes - und Landesebene zu strukturieren und Interessenvertretungen zu bilden, um ihre Anliegen im politischen und gesellschaftlichen Umfeld wirksamer zur Geltung zu bringen und Forderungen mehr Nachdruck zu verleihen.

5. Im internationalen Vergleich ist zu sehen, daß wir auf dem Gebiet der Schmerztherapie - als einem wichtigen Aspekt der Palliativmedizin und damit auch der Hospizarbeit - großen Nachholbedarf haben. Die Zahlen über den Morphinverbrauch in der Schmerztherapie zeigen, daß vor allem die angelsächsischen und skandinavischen Länder, aber auch unsere direkten Nachbarn wesentlich weiter sind als wir. Auch südeuropäische Länder wie Spanien und Italien, hier nicht aufgeführt, haben die Bedeutung und Wirksamkeit der Palliativmedizin gerade für die Endphase unheilbarer Krankheiten erkannt und sie in praktisches Handeln umgesetzt.

Zurück nach Deutschland: Nach diesem kurzen Überblick über den Stand der Hospizarbeit wollen wir Ihnen nun zur Finanzierung vortragen.

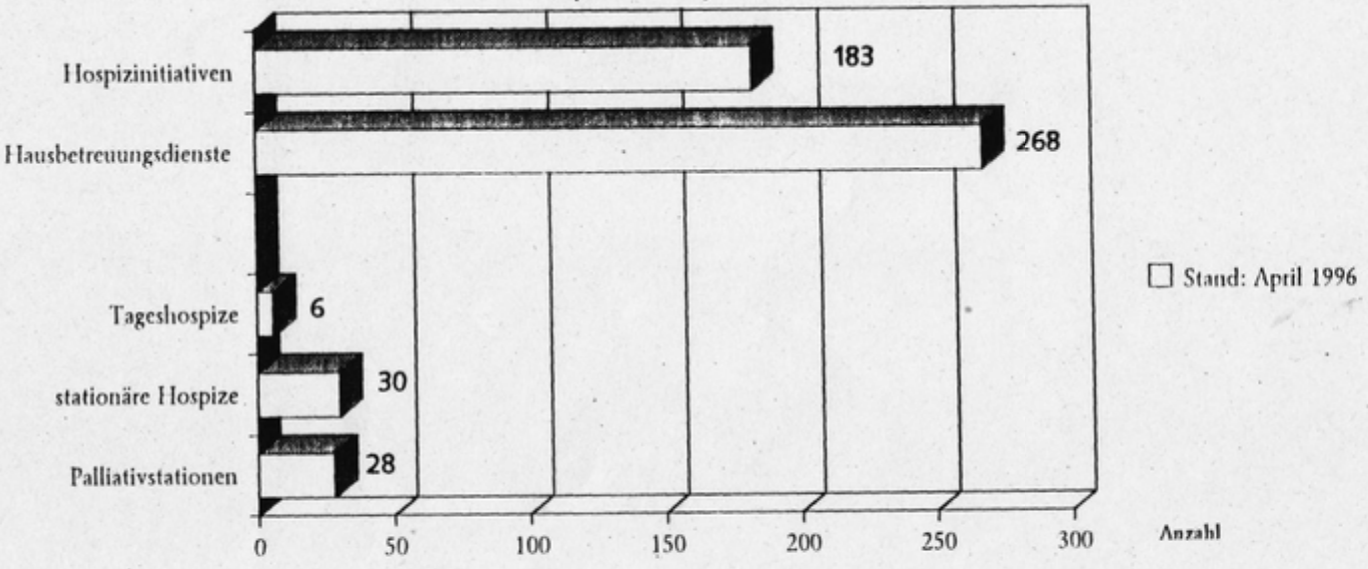
Joseph von Radowitz

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
ZUR FÖRDERUNG VON STATIONÄREN HOSPIZEN, AMBULANTEN HOSPIZEN UND PALLIATIVMEDIZIN E.V.

HOSPIZ

Hospizarbeit in Deutschland

n = 495 (Hospizeinrichtungen, teils mit mehreren Diensten)



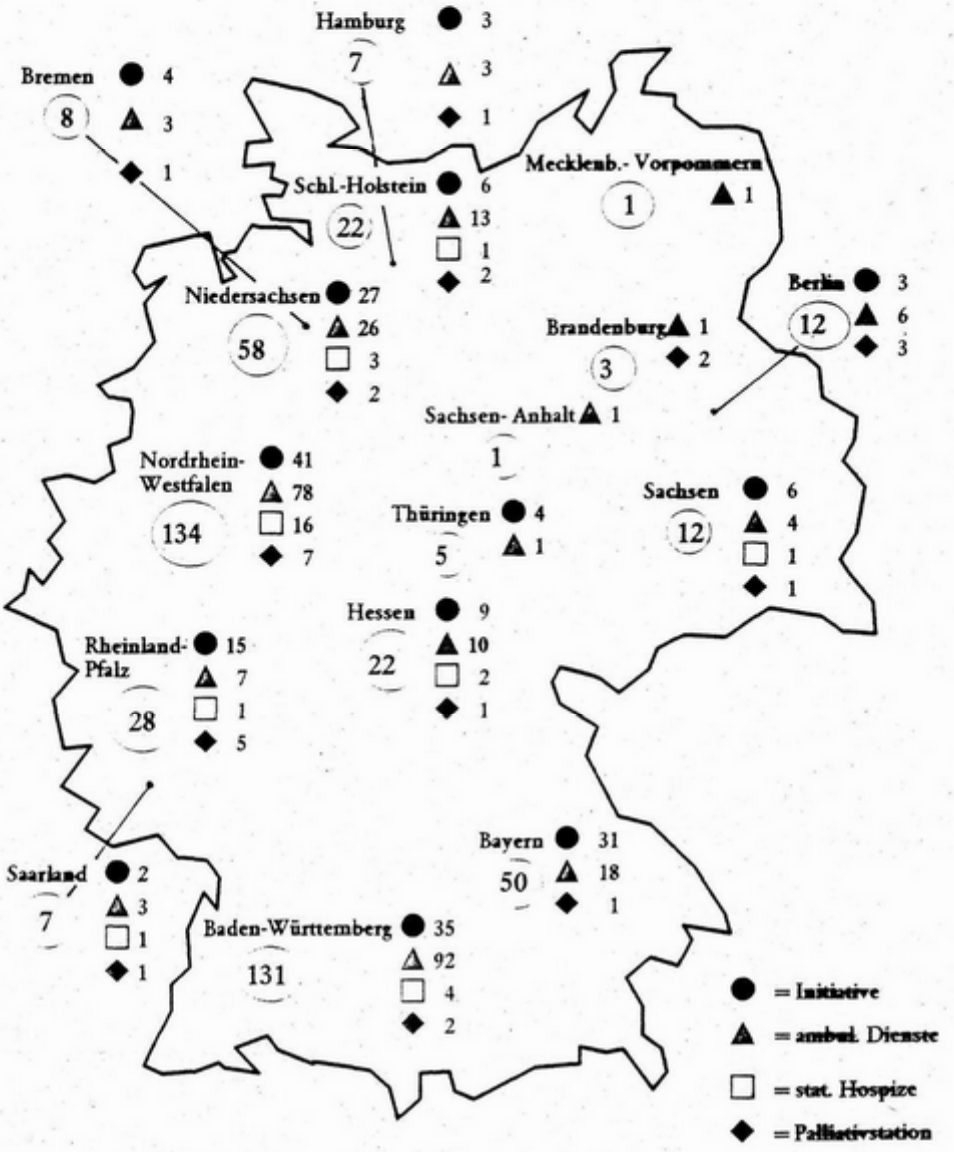
Quelle: Malteser Fachstelle Hospizarbeit
Stand: April 1996

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz

ZUR FÖRDERUNG VON STATIONÄREN HOSPIZEN, AMBULANTEN HOSPIZEN UND PALLIATIVMEDIZIN E.V.

HOSPIZ

Regionalverteilung



Quelle: Malteser Fachstelle Hospizarbeit Stand April 1996

VO-414-2

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
ZUR FÖRDERUNG VON STATIONÄREN HOSPIZEN, AMBULANTEN HOSPIZEN UND PALLIATIVMEDIZIN E.V.
HOSPIZ

Institutionen / Struktur der Hospizbewegung in Deutschland

- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) - 1992
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) - 1994
- Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz :
  - Schleswig - Holstein (1995)
  - Niedersachsen / Bremen (1992)
  - Berlin / Brandenburg (1995)
  - Nordrhein - Westfalen (1992)
  - Rheinland - Pfalz (1995)
  - Bayern (1992)

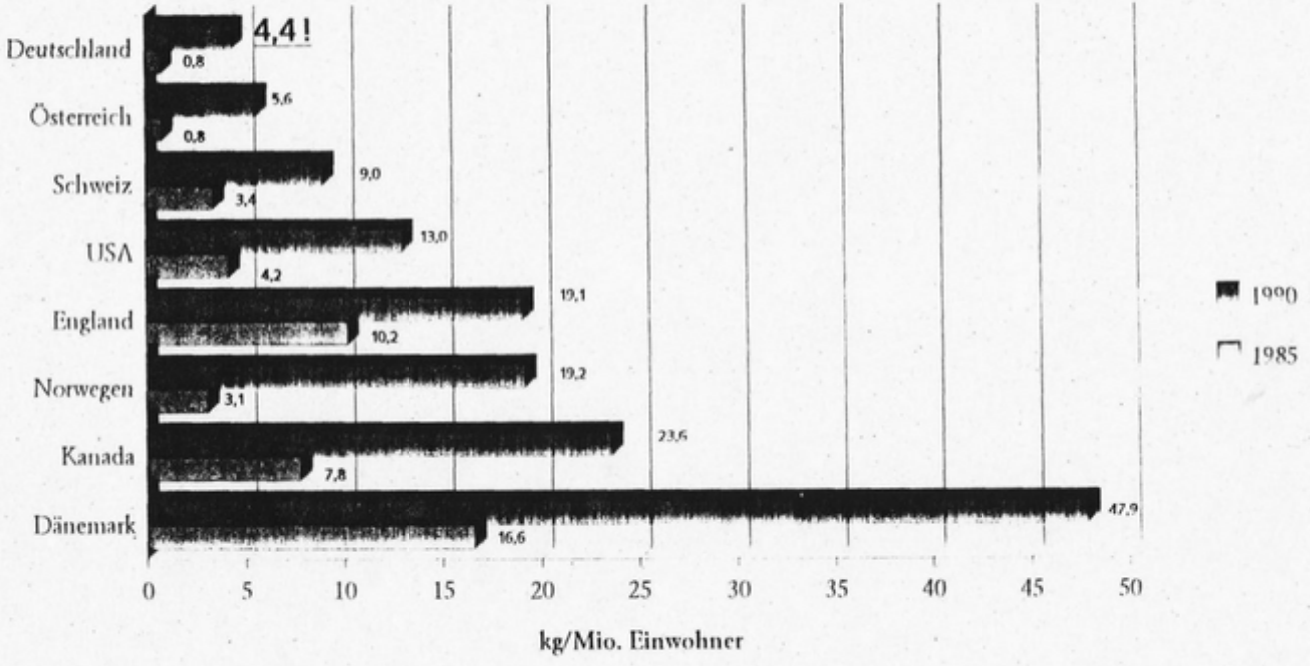
  in Gründung:
  - Baden - Württemberg
  - Hamburg

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz

ZUR FÖRDERUNG VON STATIONÄREN HOSPIZEN, AMBULANTEN HOSPIZEN UND PALLIATIVMEDIZIN E.V.

HOSPIZ

Morphinverbrauch in kg/Mio. Einwohner



Quelle: WHO - Weltgesundheitsorganisation

Finanzierung der ambulanten, teilstationären und stationären Hospizarbeit

Sie werden verstehen, daß das Thema Finanzierung der ambulanten, teilstationären und stationären Hospizarbeit ein wichtiger Teil unserer Überlegungen sein muß. Im weiteren will ich auf die ambulanten und stationären Finanzierungsaspekte eingehen.

Hospize arbeiten weitgehend ehrenamtlich. Die Begleiterinnen und Begleiter können ihre Arbeit nur dann tun, wenn sie ihre eigenen Ängste kennen, wenn sie eigene Tränen über Verluste geweint haben. Immer wieder kommen sie an die Grenzen ihrer Möglichkeiten und darum ist es notwendig, daß sie begleitet sind von einer Koordinatorin.
Das Jahresgehalt einer Koordinatorin ist mit ca. 80.000 DM anzusetzen, plus Arbeitsplatz macht das 100.000 DM. Hausbetreuungsdienste, die ca. 50 Patienten begleiten, haben eine große Zahl Ehrenamtlicher. Wir können alles in allem von ca. 200.000 DM Kosten jährlich ausgehen.

In einem stationären Hospiz kalkulieren wir mit einem Personalschlüssel von 1 : 1,3. Der durchschnittlich notwendige Tagessatz für ein Hospiz beträgt derzeit rund 400 DM. Er liegt damit für den besonderen Patientenkreis (vor allem Tumor- und AIDS-Patienten) deutlich unter den entsprechenden Pflegesätzen in Krankenhäusern. Bisher und bis zum 30.06.1996 erstatten uns die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen 170 DM täglich, in anderen Bundesländern gelten ähnliche Regelungen. Den Rest bis zum anerkannten Tagessatz (zwischen 300 und 380 DM) zahlt der Patient als Eigenanteil oder die Sozialhilfe, wenn die Eigenmittel nicht ausreichen. Wohl gemerkt, der Hospizpatient ist nicht die 85-jährige Mutter, der 88-jährige Vater, sondern der durchschnittliche Hospizpatient ist im Alter zwischen 40 und 65 Jahren, leidet an einer Krebserkrankung, hat nicht selten Verantwortung für nicht erwachsene Kinder, seit der Diagnose sind erst einige Monate vergangen und er ist noch nicht verrentet.

Ich möchte Ihnen nicht ausschließlich nüchterne Zahlenkolonnen vorlegen, sondern beispielhaft versuchen aufzuzeigen, in welche Situation die fehlende Kostenregulierung einen Hospizpatienten bringt:

Bitte stellen Sie sich eine 48-jährigen Patienten vor, der Frau und zwei Kinder hat und an einer terminalen Tumorerkrankung leidet. Seine Frau kommt zu mir und berichtet in einem ersten Gespräch, in das sie all ihren Kummer, ihre Tränen, ihren Schmerz mitbringt, daß ihr Mann nicht wieder gesund werden wird und daß das Krankenhaus nichts mehr für ihn tun kann. Die Versorgung ist zu Hause aus verschiedenen Gründen nicht möglich, so halte ich die Aufnahme in ein stationäres Hospiz für die richtige Entscheidung. Die fehlende Finanzierunggrundlage zwingt dazu, bereits in diesem ersten Gespräch nach Krankenkasse, Beihilfe- und/oder Sozialhilfeberechtigung zu fragen; daß ich Klarheit gewinnen muß über die Höhe der Einnahmen, des Vermögens, der Miete, der Schulden etc.. Der Hinweis der Angehörigen, daß ihr Mann seit mehr als 25 Jahren zusatzversichert ist, hilft nichts, denn die Krankenhauszusatzversicherung zahlt im Hospiz nicht, weil nicht ständig ein Arzt anwesend ist. Ähnlich kann auch die Beihilfe argumentieren, weil im Beihilfegesetz Hospize gar nicht vorkommen. Freundlichkeit, Großzügigkeit, Mitleid, Kulanz entscheiden nach längeren Gesprächen über die Beteiligung.

Bei 10 Tagen kostet der Eigenanteil 1.700 DM, bei 4 Wochen fast 7.000 DM. Wer hat so viel Geld übrig oder will es für sich ausgeben, wenn er noch Frau und zwei Kinder hat und über deren finanzielle Situation nach seinem Tod sich Gedanken macht?
Also: nach dem Schock, den das Wort "austherapiert" im Krankenhaus ausgelöst hat, jetzt der "Offenbarungseid" über sein Einkommen gegenüber einem, ihm bis dahin völlig fremden Menschen. Mit dem Patienten selbst ist kurz vor Aufnahme ins Hospiz meist solch ein Gespräch gar nicht möglich, da notwendige Schmerztherapie noch gar nicht erfolgt ist und er deswegen kaum in der Lage ist, einen klaren Gedanken fassen zu können.

Aus Sorge darüber, daß der Aufenthalt im Hospiz zu teuer sein könnte, sprechen uns viele Patienten und Angehörige erst sehr spät an, zögern die Aufnahme bis kurz vor dem Tod hinaus. Das ist um so bitterer, als sie, wenn sie dann im Hospiz aufgenommen sind, es sehr bedauern, es nicht früher getan zu haben, da sie merken, daß die Atmosphäre, die Pflege, die Schmerztherapie ihnen eine Lebensqualität vermittelt, die sie schon lange vermißt haben und die sie so dringend am Ende ihres Lebens brauchen.

Unser Ansatz ist, Leben bis zuletzt für alle zu sichern, nicht nur für die Wohlhabenden in unserem Land.

Noch einmal:
Ein ambulanter Hospizdienst braucht für seine Arbeit rund 200.000 DM im Jahr. Gebühren für die Leistung der Sterbegleitung kann er zur Zeit nicht abrechnen, er ist ausschließlich angewiesen auf Spendenfreudigkeit der Patienten, der Angehörigen oder anderer an der Arbeit Interessierter.

Die Finanzierung stationärer Hospize nach dem 01.07.1996 ist ungeklärt. Die BAG hat mit einem Brief vom 28. März 1996 an die zuständigen Ministerien gefordert, die stationären Hospize weiterhin nach dem SGB V, gegebenenfalls für die pflegerischen Leistungen gemäß SGB XI zu finanzieren. Die bisher freiwillige Teilfinanzierung sollte in eine Regelfinanzierung auf Grundlage SGB V überführt werden.
Die Entscheidung hierzu drängt.

Ellen Scherrer

Kostenkalkulation für einen Hausbetreuungsdienst

mit durchschnittlich 50 Patienten

Position	Anzahl	Stückkosten	Gesamtkosten
I. Personalkosten			
1. Pflegekraft	0,50	70.000,00 DM	35.000,00 DM
2. Sozialarbeiter	0,50	80.000,00 DM	40.000,00 DM
3. Sozialpädagoge	0,25	80.000,00 DM	20.000,00 DM
4. Verwaltungskraft	0,30	75.000,00 DM	22.500,00 DM
Summe der Personalkosten			***117.500,00 DM***
II. Sachkosten			
01. Wirtschaftsbedarf			2.000,00 DM
02. Verwaltungsbedarf			7.000,00 DM
03. Aufwendungen für Gebäude/Räume			3.000,00 DM
04. Abschreibungen			7.000,00 DM
05. Versicherungen			2.000,00 DM
06. Steuern, Abgaben, Mitgliedschaften			2.000,00 DM
07. Bezogene Leistungen (Therapeuten, Supervisoren, Referenten)			10.000,00 DM
08. Reisekosten			10.000,00 DM
09. Ausbild./Öffentlichkeitsarb./Spendenmarket.			30.000,00 DM
10. Aufwandsentschädigung f. Ehrenamtliche			5.000,00 DM
11. Sonstiges			5.000,00 DM
Summe der Sachkosten			***83.000,00 DM***
Gesamtkosten			**200.500,00 DM**

Forderungskatalog der BAG Hospiz

Nach den einführenden Kurzreferaten möchte ich Ihnen als Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz Vorschläge und Forderungen unterbreiten, um deren Unterstützung wir Sie und Ihre Ausschüsse bitten möchten.
Wir sind uns klar: die Situation in unserem Land verlangt auch im sozialen Bereich Kostenreduzierungen und da kommen wir mit einem Forderungskatalog. Wir tun es trotzdem, weil aus unserer Erfahrung die Hospizbewegung eine Kostenentlastung und Vermenschlichung beinhaltet.

- Unterstützung der Hospizidee in der Bundesrepublik darf sich nicht auf Lippenbekenntnisse beschränken.

- Hospiz als Wort und Gedanke muß Eingang finden in gesellschaftliches Denken und in den Sprachgebrauch im Gesundheitswesen.

- Hospizdienste sind "Prävention", denn sie integrieren Sterben, Tod und Trauer in das Leben eines jeden Menschen.

- Nach ca. 10 Jahren Vorleistung durch die Hospizbewegung ist es jetzt an der Zeit, politische und rechtliche Rahmenbedingungen zur Sicherung, Fortführung und Weiterentwicklung der Hospizarbeit zu schaffen.

- Hospizbewegung entdeckt neue Wege in der Lebensbegleitung. Auch diese Modelle der Hospizbewegung, wie z.B. Tageshospiz und Brückenschwestern, benötigen eine finanzielle Absicherung.

- Es ist geboten, die Hospizeinrichtungen mit den bestehenden Einrichtungen und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens zu vernetzen.

- Bei Gesetzgebungsvorhaben oder Gesetzesänderungen und Verhandlungen mit den Kostenträgern sollten die Interessenvertreter der Hospizbewegung beteiligt und gehört werden.

- Da drei Ministerien (BMA, BMG, BMFSFJ) und drei entsprechende Bundestagsausschüsse am Thema Hospizarbeit und Palliativstation interessiert sind, sollte ein gemeinsames Gremium gebildet werden zur Lösung der anstehenden Fragen.

- Eine Stärkung des Ehrenamtes in der Hospizbewegung (zur Zeit ca. 10.000 Helferinnen und Helfer) u.a. durch:
  - Auslagenerstattung
  - Anerkennung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Bereich der Sozialversicherung (analog der Regelungen für Angehörige im SGB XI)
  - Kostenübernahme von Vorbereitung, Weiterbildung und Supervision
  - finanzielle Unterstützung von Koordinatorenstellen für Einsatz, Fortbildung und Begleitung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer

- Anerkennung der psychosozialen Leistungen innerhalb der Hospizarbeit, z.B. durch Kostenübernahme/Refinanzierung

- Integration des Hospizgedankens und Vermittlung von Kenntnissen der Palliativmedizin innerhalb der bestehenden Aus-, Fort- und Weiterbildungspläne für Pflegeberufe, Ärzte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Theologen usw.

- Verpflichtung zur Fortbildung im Bereich der Schmerztherapie und Symptomkontrolle für alle niedergelassenen Ärzte.

- Gesonderte Finanzierung der stationären Hospize (ca. 30) unter Berücksichtigung SGB V und XI, denn Hospize verbessern die Situation Sterbender und vermeiden Krankenhausaufenthalt. Eine unverzügliche Sonderregelung vor dem 01.07.1996 ist erforderlich.

Die genannten Punkte und Vorschläge sind nur ein Ausschnitt aus den uns bewegenden Problemen. Wir sind gerne bereit, Ihre Fragen und Ergänzungen im Gespräch und der späteren Podiumsdiskussion aufzunehmen und zu vertiefen.

Heinrich Pera