„Den Weg des Patienten ein Stück weit mitzugehen“

Interview mit Prof. Dr. Maria Wasner

Von Lukas Wilhelmi

Die Kommunikationswissenschaftlerin Prof. Dr. Maria Wasner will nach dem Studium eigentlich wohltätigen Organisationen wie Amnesty International oder Greenpeace eine Stimme geben. Doch die Türen der NGOs bleiben ihr verschlossen. Sie beginnt stattdessen in der Neurologie des Klinikums Großhadern zu arbeiten. Dort entsteht der Kontakt zu Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, der sie 1999 fragt, mit ihm die Palliativmedizin am Klinikum mit aufzubauen. Sie leistete fortan psychosoziale Begleitung und forschte. Seit 2008 hat sie die Professur für Soziale Arbeit in Palliative Care an der Katholischen Stiftungsfachhhochschule München inne. Ein Gespräch über (Um-)Wege, die richtigen Fragen und falschen Prioritäten.

Frau Prof. Dr. Wasner, Sie waren am Aufbau einer der ersten palliativmedizinischen Einrichtungen Deutschlands beteiligt. Dabei war Ihr Einstieg in diesen Bereich alles andere als von langer Hand geplant.

Ich bin eher zufällig im Klinikum Großhadern gelandet und habe dort zunächst in der Spezialambulanz für ALS Patienten als Studienkoordinatorin gearbeitet. Bei dieser Tätigkeit habe ich schließlich gemerkt, wie viel Spaß mir die Arbeit mit den Patienten macht. Wenn mir damals aber jemand gesagt hätte, dass ich in einem Krankenhaus arbeiten werde, hätte ich das nicht geglaubt. Ich tat ja mich schon schwer, diese Gebäude nur zu betreten.

Ach?

Ich hatte mit etwa 2 Jahren einen Unfall, an den ich keine konkreten Erinnerungen habe. Aber es gab in Krankenhäusern ein Desinfektionsmittel, auf das ich eine solch starke Reaktion ausgebildet habe, dass ich mich immer übergeben musste, wenn ich es gerochen habe.

Aber heute können Sie den Geruch ab?

Das Mittel wird heute zum Glück nicht mehr hergestellt (lacht). Aber ich denke, wenn ich es jetzt riechen würde, wäre meine Reaktion nicht mehr ganz so extrem. Es wäre immer noch unangenehm, aber ich könnte es ertragen.

Sie bezeichnen sich selbst als Sozialarbeiterin, Sie standen auf der Palliativstation also zwischen Ihren Patienten und Personen oder Institutionen außerhalb der Station. Wie viel beschäftigten Sie sich mit dem Patienten und wie viel mit den Angehörigen?

Zwei Drittel Angehörige, ein Drittel Patient. Denn gerade auf der Palliativstation sind neben meiner Position noch viele weitere Personen anwesend, die sich direkt um den Patienten kümmern – Psychologen, Seelsorger oder Atemtherapeuten. Die Angehörigen stehen dabei immer am Rande. Und gerade die Soziale Arbeit ist dafür geeignet, auch mit den Angehörigen in Kontakt zu treten. Auf anderen Stationen verschiebt sich dieses Verhältnis, weil es weniger Angebote für die Patienten gibt. Auf der Palliativstation gibt es zu meist auch einen viel höheren Bedarf zur Klärung von organisatorischen oder sozialrechtlichen Fragen. Die Entlassung zurück ins häusliche Umfeld ist zum Beispiel immer ein großer Bereich, oder Konflikte innerhalb der familiären Strukturen. Angehörige sind häufig selbst hoch belastet und haben einen hohen Betreuungsbedarf. Dies gestaltet sich aber schwierig, weil es dazu keine Abrechnungsmöglichkeit gibt. Wodurch sie an vielen Stellen nicht die professionelle Unterstützung erhalten, die sie benötigen.

Wie groß ist die Wechselwirkung zwischen dem Zustand der Angehörigen und dem des Patienten?

Wir wissen mittlerweile aus der Forschung, dass das Wohlbefinden des Patienten und der Angehörigen eng zusammen hängen. Beide Parteien machen sich viele Sorgen umeinander. Je mehr sich Menschen dem Lebensende annähern, desto weniger beschäftigen sie sich mit ihrem eigenen Sterben, wie geht es mit mir weiter? Aber umso wichtiger wird die Frage, wer kümmert sich um meine Liebsten nach meinem Tod, wie geht es mit ihnen weiter? Wenn es uns also gelingt, die Angehörigen während des Krankheitsverlaufs kompetent zu begleiten, sinkt das Risiko für psychische Störungen und auch nach dem Tod des Patienten wird der Trauerprozess besser bewältigt.

Wie sieht in diesem Kontext gute Sozialarbeit auf einer Palliativstation für Sie aus?

Der große Vorteil der Sozialen Arbeit ist, dass sie über die praktischen und organisatorischen Dinge häufig einen guten Einstieg ins Gespräch hat. Solche Themen sind noch nicht „gefährlich“ für die Beteiligten. Gleichzeitig erfährt man bereits, was für Probleme es innerhalb der Familie gibt. Die große Stärke der Sozialen Arbeit ist, gerade im Unterschied zu vielen anderen Professionen, dass sie Ressourcen-orientiert ist. Sie fragt nicht, was alles nicht funktioniert, sondern welche Unterstützungsformen sind möglich, was hat den Beteiligten in anderen schwierigen Zeiten geholfen. Es gibt immer Ausnahmen, aber in der Regel sprechen die Angehörigen dadurch schon sehr viel und müssen nicht noch zusätzlich animiert werden. Vielmehr besteht unsere Aufgabe darin, neben organisatorischen Dingen bei Konflikten zu vermitteln. Wir beobachten häufig ein gegenseitiges Schonen: Dass sowohl der Patient als auch die Familie über die Situation Bescheid wissen, aber den anderen damit nicht belasten wollen. Eine klassische Situation besteht zum Beispiel darin, dass die Frau dem sterbenden Ehemann sein Lieblingsessen in die Klinik bringt und ihm sagt ‚Iss. Du musst doch wieder zu Kräften kommen‘. Und obwohl beide wissen, dass er nicht mehr zu Kräften kommt wird, würgt er dieses Essen hinunter, hat aber vielleicht schon einen Ekel vor Fleisch ausgebildet. Beide bestätigen sich gegenseitig, dass schon alles wieder wird, nehmen sich damit aber die Gelegenheit, Dinge zu besprechen, die beiden in dieser Situation eigentlich beschäftigen. Hier können wir vermitteln. Die Frage ‚Glauben Sie, dass ihr langjähriger Ehepartner nicht merkt, wie es Ihnen tatsächlich geht‘ lässt viele dieser Menschen selbst auf ihre Antworten kommen. Es ist wichtig, dass die Beteiligten selbst ihre individuellen Wahrheiten finden.

Wir beobachten häufig ein gegenseitiges Schonen: Dass sowohl der Patient als auch die Familie über die Situation Bescheid wissen, aber den anderen damit nicht belasten wollen.

Prof. Dr. Maria Wasner

Wir wissen mittlerweile aus der Forschung, dass das Wohlbefinden des Patienten und der Angehörigen eng zusammen hängen.

Prof. Dr. Maria Wasner

Aber Sie haben doch sicher in Ihrer langjährigen praktischen und theoretischen Erfahrung bestimmte Verhaltensmuster bei den Patienten ausgemacht?
Ein Versprechen, mit dem wir auf der Palliativstation immer wieder konfrontiert werden, besteht darin, dass sich zum Beispiel Ehepartner versichern, sich gegenseitig im Krankheitsfall zuhause zu versorgen. Viele Angehörige halten an dieser Idee auch dann noch fest, wenn es in ihrer Situation weder ratsam noch leistbar ist. Meiner Erfahrung nach, bringt es aber nichts, den Leuten zu sagen, dass es so aber nicht geht und ihnen andere Lösungen vorzuschreiben. Da macht es viel mehr Sinn, den Patienten, quasi auf Probe, für eine Nacht nach Hause zu entlassen und dadurch eigene Schlussfolgerungen zu ermöglichen, sich selbst zu überprüfen. Wir begegnen immer wieder Fällen, bei denen Patienten planen in 4 Wochen wieder zur Arbeit zu gehen, dabei hat man ihnen mitgeteilt, dass sie nur noch eine begrenzte Zeit zu leben haben. Meist ist diese eine Form von Hoffnung, die man dem Patienten ja auch nicht gänzlich nehmen will.

Das stelle ich mir sehr schwierig vor: Auf der einen Seite möchten Sie dem Patienten seine Hoffnungen und die damit verbundene Lebensqualität nicht nehmen, auf der anderen Seite bringt ihm ein naiver, realitätsferner Umgang mit seiner Krankheit auch nichts.
Die Frage, die dabei hinter allem steht, lautet: Was ist dem Patienten wirklich wichtig. Was möchte bzw. kann er in der Zeit, die ihm bleibt, noch erreichen. Es gilt herauszufinden, was möglich ist, wie wir helfen können und was im Kontext der Erkrankung auch an Bedeutung verliert. Ein solcher Prozess, in dem man erfährt, wie sehr man auf Hilfe angewiesen ist und dass Prioritäten gesetzt werden müssen, ist immer auch ein schmerzhafter, der viel mit dem Erkennen von Schwäche zu tun hat.

Verläuft dieser Prozess bei Patienten und Angehörigen vergleichbar ab?
Häufig sind die Beteiligten in ihrer Verarbeitung an unterschiedlichen Punkten. Patienten akzeptieren meist schneller, dass sie sterben müssen, auch wenn Akzeptanz in diesem Zusammenhang wohl ein zu großes Wort ist, während die Angehörigen noch kämpfen. Der Sterbende spürt die Veränderungen unmittelbar, körperlich. Für die Angehörigen ist dies viel abstrakter. Wodurch resultiert,

dass beide zwar Gesprächsbedarf haben, sie sich aber nicht selten ganz bewusst einen Dritten zum Reden suchen. Einmal kam eine Frau zu mir. Ihr Mann war verstorben und sie erzählte mir, dass er nie mit ihr übers Sterben gesprochen habe. Ich hatte bei dem Paar einige Situationen mitbekommen, bei der ihr Ehemann zwar dazu angesetzt hatte, dann aber von ihr abgeblockt wurde. So von wegen, ‚Karl, das wird schon wieder'. Mit mir aber hat ihr Ehemann ausschließlich übers Sterben geredet. Gleichzeitig erzählte mir seine Ehefrau, dass sie zum Dorfpfarrer gegangen sei, um dort über ihre Ängste zu reden. Das war sehr eindrücklich zu erleben, wie sehr das Motiv jemanden nicht zu sehr zu belasten, Einfluss nimmt. Insbesondere bei Personen aus ländlichen Regionen herrscht der Anspruch, alles innerhalb der Familie lösen zu müssen. Sehr häufig höre ich von Angehörigen, ‚Ich darf nicht jammern, mir fehlt doch nichts'. Soziale Arbeit sollte hier alle Beteiligten ermutigen, aussprechen, wenn sie an ihre Grenzen kommen.

Auf der einen Seite ist die familiäre Instanz also so stark, dass alles in ihr gelöst werden soll und nichts aus der Festung Haus hinein oder hinaus dringt. Gleichzeitig aber, zumindest in Ihren Beispielen, ist es in dieser Festung nicht möglich, über Probleme zu reden.
Ich glaube, es handelt sich hierbei nur um einen vermeintlichen Widerspruch, den es gilt aufzulösen. Wenn man die Familie systemisch denkt, wie ein Mobile und sich an einer Stelle etwas verändert, ein Familienmitglied erkrankt, dann versucht das System reflexhaft das vorherige Gleichgewicht wieder herzustellen. Indem vielleicht andere Familienmitglieder die Aufgaben des Erkrankten übernehmen. Dabei ist es nur natürlich, wenn professionelle Figuren von außen hinzugeholt werden, um die Balance wieder herzustellen.

Aber erst einmal existiert häufig der Anspruch, dass diese Balance ohne Hilfe von Außen wieder hergestellt wird?
Es gibt unterschiedliche Familien und Kulturen. Es gibt Familien, die schon seit vielen Generationen den Gedanken weitertragen, es gibt nur uns und sonst niemanden. Da wird sich nach außen ganz stark abgegrenzt. Bei diesen „engen" Familien, muss man versuchen, mit den Patienten zu arbeiten. Diese kann man fragen, ob sie glauben, dass ihr Ehepartner zuhause mit der häuslichen Versorgung alleine klar kommt oder nicht. Und dann hört man in 99 Prozent der Fälle, dass sich der Kranke Sorgen macht, dass die Familie überfordert ist. Auf die Frage nach einer Lösung, öffnen sich dann auch viele Patienten und schlagen selbst vor, einen Pflegedienst einzuschalten oder in eine Einrichtung zu gehen. Was meist die Angehörigen aus ihrem Dilemma befreit, alles selbst meistern zu müssen.

Krankheit ist vielmehr ein Verstärker für alles schon dagewesene, im Guten wie im Bösen. Krankheit bringt vieles an die Oberfläche, was vielleicht schon Jahre unter der Oberfläche existierte.

Prof. Dr. Maria Wasner

Produziert Krankheit also Empathie, Offenheit für neue Lösungsvorschläge?
Nein, nicht unbedingt. Krankheit ist vielmehr ein Verstärker für alles schon dagewesene, im Guten wie im Bösen. Krankheit bringt vieles an die Oberfläche, was vielleicht schon Jahre unter der Oberfläche existierte. Sie lässt die einen Familien noch enger zusammen rücken und es sprengt die Familien, die vorher schon konfliktbehaftet waren. Eine schwere Krankheit weicht gewisse Filter auf, wie soll ich etwas sagen, was ist gesellschaftlich akzeptiert. Der Kontakt zum engen, sozialen Umfeld wird direkter. Vielleicht im Anbetracht der geringen Zeit, die man noch gemeinsam hat, kommen viele Dinge auf den Tisch.

Meiner Meinung nach bewegen wir uns gesellschaftlich in Zeiten der Selbstoptimierung, in denen wir körperliche und geistige Schwächen möglichst lange hinauszögern wollen. Macht sich diese Veränderung in Ihrer Tätigkeit, Tod als größtmögliche Form von Schwäche gedacht, auch bemerkbar?
Ich würde den Fokus hier etwas anders setzen. Was man wirklich merkt, ist, dass langsam die Generation der Babyboomer anfängt zu sterben. Die erste Generation, die keinen Krieg erlebt und in relativen Wohlstand gelebt hat, die als oberste Maxim die Idee der Selbstverwirklichung hatte. Für diese Generation steht die Autonomie viel stärker im Vordergrund. Die Sorgen dieser Menschen beziehen sich sehr häufig nicht auf aktuelle Leiden, sondern handeln von einem Zustand, in dem sie in Zukunft nicht mehr in der Lage sein werden, bestimmte Dinge zu entscheiden. Weswegen viele Dinge jetzt schon in die Hand genommen werden. Wenn ich das mit der Generation meiner Mutter vergleiche, gab es da ein viel größeres Vertrauen in andere. Sei es der liebe Gott oder Angehörige, die schon das richtige entscheiden werden, wenn es soweit ist. Allein die Vorstellung, wenn ich sterbe gehört ein gewisser Leidensweg mit dazu, ist für viele unerträglich geworden. Es herrscht ein Ideal bis zum Schluss zu funktionieren und dann umzufallen, nie auf jemanden angewiesen zu sein. Das war früher anderes, Älterwerden hatte weniger die Konnotation von Schwäche. Den Prozess des Älterwerdens verband man zwar mit Hilfsbedürftigkeit, aber auch mit einem Gefühl von Weisheit. Die Jüngeren profitierten von den Älteren, zu denen sie gehen, deren Lebenserfahrung sie in Anspruch nehmen konnten. Dieser positive Aspekt schwindet und es geht nur noch die Belastung für Familie und Gesellschaft. Ein Patient hat mal in diesem Zusammenhang vom ‚sozial verträglichen Ableben' gesprochen. Ein schrecklicher Begriff.

Es gibt Kulturen, in denen es zur persönlichen Verantwortung der Gesellschaft gegenüber gehört, sich umzubringen, wenn man keinen Betrag mehr leisten kann. Wie immer der auch aussieht.
Aber kann jemand, nur weil er krank ist, keinen Beitrag mehr leisten? Die Frage ist, wie man es definiert. Es gibt Untersuchungen, die zeigen: Vielen Menschen wünschen sich, möglichst lange in der Lage zu sein, anderen zu helfen. Was wir auch in der Begleitung häufig vergessen. Wir fragen den Patienten, wie wir ihm helfen können, statt gemeinsam zu überlegen, was dieser Mensch noch tun kann. Ein ALS Patient, verheiratet, 2 kleine Kinder, kam regelmäßig in unsere Ambulanz, körperlich baute er jedes mal sichtbar ab, wirkte aber immer sehr zufrieden. Der Grund: Früher sah er seine Kinder immer nur schlafend, war beruflich viel unterwegs. Und durch die Erkrankung war er nun viel zuhause. Er konnte zwar nicht mehr mit seinen Kindern Fußball spielen, aber er konnte ihnen z.B. bei den Hausaufgaben helfen. Es befriedigte ihn da zu sein, seinen Betrag zu leisten, zu helfen.

Diese unökonomische Definition von „Beitrag leisten" scheint aber auf dem Rückzug?
Ich glaube, dies hängt auch damit zusammen, dass wir alle immer weniger mit Krankheit und Tod konfrontiert sind. Viele werden 40 oder 50 Jahre, bis jemand aus ihrem näheren Umfeld stirbt. Und jeder, der schon einmal eine solche Situation erlebt hat, merkt sehr schnell, dass die meisten ökonomischen Gedanken nicht passen in dieser Situation. Aber solange es mir gut geht, hinterfrage ich meine eigene Situation nicht und nur in existenziellen Momenten begreifen viele, dass einiges von dem, was sie vorher als wichtig erachtet haben, plötzlich keine Bedeutung mehr hat. Solche Dinge beobachte ich auch in anderen Bereichen. Mir begegnete außerhalb meiner Arbeit in der Palliativmedizin eine Frau, die ein behindertes Kind auf die Welt gebracht hat. Sie erzählte mir, dass sie von vielen gefragt wurde, ob sie dies denn nicht schon während der Schwangerschaft habe testen lassen. Viele empfanden es als unverantwortlich, trotz des Wissens über die Behinderung des Kindes, dies auszutragen. Sie bräuchte sich ja gar nicht zu beklagen, wie schwer jetzt alles sei, sie habe es ja selbst in der Hand gehabt.

Wenn ich Sie richtig verstehe, geht es also heutzutage im Kern um Kontrolle?
Kontrolle ist mittlerweile ein ganz hohes Gut bei uns. Was man zum Beispiel sehr gut beim Thema Sterbehilfe sieht. Mir fällt da die Geschichte des niederländischen Journalisten Gerbert van Loenen ein, der davon berichtete, sich zusammen mit seinem todkranken Partner dazu entschlossen hatte, trotz einer sehr schmerzvollen Zeit für sie beide, keine Sterbehilfe anzuwenden. Eine Zeit, die ihn an seine Grenzen gebracht hat. Aber das schlimmste für ihn war, wie er sagte, dass er sich von Freunden und Bekannten anhören musste, er habe sich ja bewusst für diesen Weg entschieden und er solle jetzt mal nicht so viel jammern. Diese Möglichkeit der Optimierung gibt es ja, gerade in den Niederlanden, und diese hätten sie halt nicht genutzt.

Aber dies ist ja kein Argument gegen aktive Sterbehilfe als eine letzte Möglichkeit, sondern gegen die Norm, welche diese Möglichkeit quasi zu einer sozialen Pflicht werden lässt. Denn Ihre Beispiele zeigen ja, dass es sich die Leute, die tatsächlich in solch existen-

Im Unterschied zum Mediziner heißt Begleitung als Sozialarbeiter, den Weg des Patienten ein Stück weit mitzugehen.

Prof. Dr. Maria Wasner

zielle Situation kommen, es sich sehr schwer machen mit ihren Entscheidungen.

Für viele Patienten, das habe ich häufig erlebt, ist es sehr wichtig, dass es einen letzten Ausweg gibt. Ich denke da an Menschen, die heimlich Schmerztabletten sammeln, für den Fall, dass sie zu dem Schluss kommen, dass es nicht mehr weiter geht. Ich habe es gleichzeitig aber noch nie erlebt, dass jemand dann tatsächlich die Tabletten genommen hat. Sie funktionierten vielmehr wie eine Absicherung, die einem ein Gefühl von Autonomie gibt. Es geht für uns als Helfer darum, den Kranken klar zu machen, welche Optionen sie noch haben, gerade wenn diese weniger werden. Denn ich glaube, gerade deswegen wird im Moment der Ruf nach aktiver Sterbehilfe so laut. Nicht weil sie alle anwenden möchten, sondern als letzte Handlungsmöglichkeit. Gute Palliativmedizin kann vielen Menschen, den Wunsch zu Sterben nehmen, aber nicht allen. Und obwohl ich zu jedem Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe mindestens 5000 Fragen habe und ganz grundsätzlich skeptisch bin, ob ein Text alle Eventualitäten, die in diesen hochkomplexen Situationen auftreten, überhaupt abdecken kann, finde ich es auch unwürdig, dass wir Patienten dazu zwingen, in die Schweiz zu fahren, um dort in irgend einem Hotelzimmer ihre letzten Stunden zu verbringen. Es wird immer Menschen geben, die wir trotz bester Palliativmedizin nicht erreichen.

Weil die Menschen ihr Selbstbild vom Funktionieren nicht ablegen können oder weil es so etwas wie perfekte Palliativmedizin nicht gibt?

Weil es Menschen gibt, die Maßstäbe anlegen, die sich von außen nur schwer beeinflussen lassen. Wenn ich immer ein äußerst sportlicher Mensch war und im Falle einer Krankheit zu dem Schluss komme, dass ich ohne meine Mobilität nichts mehr wert bin, kann da ein professioneller Begleiter wenig machen. Da stellt sich in der Sozialen Arbeit die Frage, was eigentlich Begleitung heißt. Im Unterschied zum Mediziner heißt Begleitung als Sozialarbeiter, den Weg des Patienten ein Stück weit mitzugehen. Ich bin vielleicht nicht immer der gleichen Meinung, aber ich akzeptiere die Entscheidungen und trage diese auch mit, sofern sie meinen Wertvorstellungen nicht komplett widersprechen.

Inwiefern kann die Palliativmedizin diese Akzeptanz von Mangel und Schwäche vorleben?

Ich denke, wir können die Qualität des Anderssein herausstellen. Es müssen nicht alle gleich sein. Dazu ein Beispiel: Wir bekamen bei uns einen Herren, Alkoholiker, auf die Station, der etliche Jahre auf der Straße gelebt und erst vor wenigen Monaten einen Platz in einem Obdachlosenheim bekommen hatte. Auf Grund seiner Erkrankung, einen Tumor mit Metastasen in der Wirbelsäule, kamen wir im Team zu dem Schluss, dass der Mann in einem Hospiz am besten aufgehoben sei. Als ich mit ihm ein solches besichtigte, merkte man aber schnell, dass er sich dort sehr unwohl fühlte. Er wollte viel lieber im Heim bleiben, wo er mit seinen Spezis abends ein paar Bier trinken und Karten spielen kann. Da gab es lange Diskussionen bei uns im Team, ob wir dies überhaupt verantworten können. Schließlich ist ein Obdachlosenheim nicht für solch einen Fall ausgerichtet und wäre in einem Falle eines Unfalls nicht in der Lage dem Herrn professionell zu helfen. Als ich ihn dann in seinem Zimmer besucht habe, wenige Wochen später – es roch nach Urin und war für mich fast unerträglich dort – hat er mich freudestrahlend empfangen. Es war, bei aller Vernunft und allem Wunsch nach Funktionieren, genau der richtige Ort für ihn. Er ist dann auch im Heim gestorben und lag auch, soweit wir das sagen können, einige Stunden unbemerkt in seinem Zimmer. Aber dieser Mann hätte mit der Kunst- und Musiktherapie in jenem Hospiz gar nichts anfangen können. An dieser Stelle ist es sehr wichtig, sich selbst auch zurück zu nehmen und zu überlegen, um wen es gerade geht. Ist die Organisation der letzten Momente für mich stimmig oder für denjenigen, der sich erlebt.

Interview: Lukas Wilhelmi

Impressum

Herausgeber
Palliativ-Portal, Im Köstlersbrunn 28, 96135 Stegaurach.
Geschäftsführer: Dr. med. Jörg Cuno
info@palliativ-portal.de

Der Autor

Lukas Wilhelmi kam zum Studium der Kulturkritik an die HFF in München. Dort wohnt und arbeitet er als freier Journalist und Autor.

Hinweis
Das Interview ist Eigentum des Palliativ-Portal. Teilweise oder komplette Auszüge dürfen nur nach Erlaubnis weiterverwendet werden.

Bildquelle
www.fotolia.de

PALLIATIV PORTAL
PALLIATIV JOBS
PALLIATIV ARCHIV

Das Palliativ Portal - mobil in drei Apps

- Neuigkeiten aus der Palliativmedizin
- Zugriff auf das große Palliativ-Adressbuch
- Stellenmarkt
- Newsletter-Archiv
- Vor-Ort-Suche
- uvm.

Kostenlos für alle Plattformen

Dr. med. Jörg Cuno
Im Köstlersbrunn 28
96135 Stegaurach
Tel.: (0951) 992 10 13
info@palliativ-portal.de

www.palliativ-portal.de

Folgen Sie uns.

ADIUTO MED GMBH
Assist a Mediq company
ProStrakan

04_15 | 05.15