



# MITTELPUNKT MENSCH

HOSPIZBEWEGUNG HERFORD e.V.  
2015 | 4. AUSGABE



# 20 Jahre

HOSPIZBEWEGUNG HERFORD e.V.

Entwicklung der Hospiz-  
und Palliativversorgung  
Unterstützungsmöglichkeiten und Anbieter

### Grußwort zum 20-jährigen Bestehen der Hospizbewegung Herford e.V.



Zwanzig Jahre Hospizbewegung Herford – ein bedeutsames Ereignis! In diesen vielen Jahren haben Sie als engagierte Begleiter/innen sterbender Menschen und ihrer Angehörigen deren Leben und das Abschiednehmen bereichert und erleichtert. Sie haben Menschen in diesen schweren Stunden nicht allein gelassen, Trost und Hoffnung gespendet, ihre Ohren und Herzen geöffnet und etwas besonders wertvolles, nämlich ihre Zeit geschenkt. Damit holen Sie täglich den Tod ins Leben und nehmen ihm ein wenig den Schrecken ganz im Sinne Cicely Saunders, die es einmal so formuliert hat: *„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind, Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig! Und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“*

Die Hospizarbeit ist nicht nur bedeutsam für die betroffenen Menschen, sondern Sie leisten mit ihrem Engagement einen großen Beitrag in unserem Gemeinwesen. Menschen können mit Ihrer Unterstützung selbstbestimmt und in Würde sterben.

Dafür danke ich Ihnen als Bürgermeister der Hansestadt Herford im Namen aller Bürgerinnen und Bürger ganz besonders herzlich.

Ich wünsche Ihnen allen, die Sie in der Hospizbewegung Herford arbeiten und Verantwortung tragen, für die Zukunft Kraft und Stärke aber auch Freude bei der Erfüllung Ihrer verantwortungsvollen Aufgabe.

Tim Kähler  
Bürgermeister

### Liebe Leserinnen und Leser,

als ich eine alte Dame zu ihrem 91. Geburtstag im Pflegeheim besuchte, strahlte sie mich an und fragte: *„Sehe ich gut aus? Alle sagen, ich sehe höchstens wie 65 aus.“* Gerne habe ich ihr bestätigt, dass sie wunderbar und noch sehr jung aussähe. Glücklicherweise war sie in diesem Moment. Ich weiß darum, dass diese Bewohnerin mit ihren 91 Jahren viele Altersbeschwerden bis hin zu Demenz plagten. Doch in diesem Moment quälte sie nichts, sie fühlte sich wohl, bestätigt, wertgeschätzt.

Einen Menschen für einen Augenblick glücklicher zu machen, ist eine Aufgabe unserer Hospizbewegung. 20 Jahre wird die Hospizbewegung Herford in diesem Jahr. Unsere Begleiterinnen und Begleiter sind dafür ausgebildet, Menschen im letzten Abschnitt ihres Lebens Lebensqualität zu geben und das seit 20 Jahren. Inzwischen sind wir bekannt geworden und gefragt wie nie. Schwerkranken und sterbenden Menschen und deren Zugehörige schätzen das Angebot der Hospizbewegung und wir wünschen uns, dass niemand in den schweren Phasen des Lebens und Sterbens allein gelassen werden muss.

In diesen zwei Jahrzehnten ist die Hospizlandschaft reicher und vielfältiger geworden. Die Ausgabe dieser Jubiläumszeitschrift erzählt von der Entstehung und Entwicklung der Hospizbewegung Herford und stellt Dienste und Institutionen der hospizlichen und palliativen Versorgung vor. Die Vernetzung mit verschiedenen stationären und ambulanten Einrichtungen, wie z.B. der Psychoonkologie und der Palliativstation am Klinikum in Herford, ambulanten Pflegediensten, dem Palliativmedizinischen Konsiliardienst oder dem stationären Hospiz Lübbecke ermöglicht uns, unsere Arbeit präsent zu machen. Regelmäßig wird ein neuer Kurs für die Begleitung Sterbender angeboten und jedes Mal bleiben neue, frisch ausgebildete Menschen unserer Arbeit erhalten. Berufstätige, junge und ältere Begleiterinnen und Begleiter verpflichten sich, unsere Arbeit mitzutragen und sich ehrenamtlich einzusetzen. Das ist nicht hoch genug zu würdigen, zeigt es uns doch, dass die fürsorgliche und professionelle Begleitung am Lebensende ein wichtiges und gewünschtes Anliegen ist.

Ich wünsche unserer Hospizbewegung viele weitere Jahre fruchtbarer und gesegneter Arbeit und bedanke mich bei allen, die unsere Arbeit auf vielfältige Weise begleiten und unterstützen.

Ihre

Annette Beer  
Vorsitzende der Hospizbewegung Herford







© nklg - Fotolia.com

5

Die Hospizarbeit trat an, das Sterben wieder als Teil des menschlichen Daseins wahrzunehmen.



14

Im Mittelpunkt der hospizlichen und palliativen Versorgung stehen der Mensch und seine individuellen Bedürfnisse.



© Andreas Siegel / photocase.de

36

Es waren beeindruckende Begegnungen und ein Erlebnis für mich: so viel Leben und Lebendigkeit.

# Inhalt

## WIR – EINDRÜCKE AUS DER ARBEIT

- 05 Zur Geschichte der Hospizarbeit
- 10 Ein Rückblick - von der Vision zur Wirklichkeit

## TITELTHEMA: ANBIETER HOSPIZ- UND PALLIATIVVER- SORGUNG HERFORD

- 14 Hospiz Veritas Lübbecke
- 16 Palliativstation Klinikum Herford
- 17 Sozialdienst Klinikum Herford
- 18 Psychoonkologie Klinikum Herford
- 24 Palliativversorgung Heinrich-Windhorst-Haus
- 26 Altenheimseelsorge
- 27 Hausarzt
- 30 Ambulanter Pflegedienst
- 32 Palliativer Konsiliardienst MuM Bünde
- 34 Ambulante Hospizarbeit
- 36 Ehrenamtliche Sterbebegleitung
- 38 Infobox

## MITTELPUNKT MENSCH

- 35 Impressum
- 39 Büchertipps
- 40 Veranstaltungskalender
- 41 Was wir tun
- 42 Mitgliedschaftserklärung
- 43 Danke

# Zur Geschichte der Hospizarbeit

Den Tod als Teil des Lebens betrachten und ihn akzeptieren. Menschen dabei unterstützen, dass sie die letzten Tage des Lebens als ihre eigenen erleben können. Zu einem Lebensende in Würde und mit soviel Lebensqualität wie möglich beitragen. Sterbende und ihre Angehörigen nicht alleine lassen. Mitmenschlichkeit im Umgang mit dem Unabänderlichen. All dies sind Kernaufgaben der Hospizarbeit. Warum eigentlich? Oder anders gefragt: Warum wurde es erforderlich, dass sich eine aus bürgerschaftlichem Engagement geborene Bewegung dieser Aufgaben annahm? Sollten wir einander angesichts unserer Endlichkeit nicht selbstverständlich beistehen? Schließlich ist der Tod unausweichlich und betrifft uns alle...



© Valentina R. - Fotolia.com

## Wie es einst war: Ein Blick zurück auf den Umgang mit Sterben und Tod.

Noch bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts gelten Sterben und Tod als selbstverständliche Erfahrungen im Leben von Erwachsenen und Kindern. Kranke und Alte sterben überwiegend daheim, im Kreise der Familie und ihnen nahestehender Menschen. Die Angehörigen begleiten und pflegen den Sterbenden und bereiten sich mit ihm gemeinsam auf sein Lebensende vor. Es ist eine Zeit, in der bislang Unausgesprochenes angesprochen werden kann - in der es die Möglichkeit gibt, voneinander Abschied zu nehmen, Dinge abzuschließen und zur Ruhe zu finden. Nach dem Tod wird der Leichnam bis zum Beerdigungstag im Haus offen aufgebahrt. Dabei kommen die Menschen nicht umhin, den Tod wahrzunehmen. In dieser Zeit des langsamen Abschiednehmens hatten Erwachsene wie Kinder Zeit und Gelegenheit, den Tod zu realisieren.

Das Sterben in früheren Zeiten soll an dieser Stelle nicht romantisiert werden. Schmerzen und andere belastende Symptome am Lebensende können nicht in dem Maße gelindert werden wie heute – es gibt Leid und mit Sicherheit haben die Menschen Angst vor dem Tod. Aber der Tod gehört zum Leben dazu. Er ist nahe und vertraut - ein Teil der Alltagswelt.

## Was sich verändert hat: Der Wandel im Umgang mit Sterben und Tod.

Die Normalität von Sterben, Tod und Trauer geht im Laufe des 20. Jahrhunderts verloren: Das Sterben wird zunehmend aus dem familiären und alltäglichen Leben ausgeklammert - es wird aus der öffentlichen wie der individuellen Wahrnehmung verdrängt. Tod und Sterben werden zum Tabu.

Eine der Ursachen für diese Entwicklung, liegt im gesellschaftlichen Wandel: Die Menschen passen sich den Erfordernissen des Arbeitsmarktes an und ziehen von ihren Geburtsorten fort. Alteingesessene Nachbarschaften zerfallen und Großfamilien lösen sich in eine Vielzahl von Kleinhaushalten auf. Wurde die Fürsorge und Pflege eines sterbenden Menschen zuvor von einer regelrechten kleinen Gesellschaft von Angehörigen, Freunden und Nachbarn mitgetragen, beginnt diese unterstützende Gruppe nun kontinuierlich zu schrumpfen, um sich schließlich auf die engsten Angehörigen oder den Partner allein zu beschränken. Heute gibt es immer mehr kranke oder alte Menschen, die überhaupt keine Angehörigen haben, die sich um ihre häusliche Versorgung kümmern könnten. Die Pflege und Betreuung daheim ist ohne das Hilfenetzwerk früherer Zeiten schwer geworden.





Aus diesem Grund wird das Kranksein, Altwerden und Sterben immer mehr aus dem Familienverband ausgelagert in Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime. Diese Entwicklung setzt bereits in den 1930er Jahren ein und wird ab den 1950er Jahren zur Regel. Der Tod tritt immer häufiger hinter den Türen von außerhäuslichen Institutionen – sozusagen im Verborgenen – ein. Er verschwindet aus der Alltagswelt der Menschen und verliert seine Normalität. War die Sterbezeit früher eine Zeit der letzten Aussprache, kehren nun Sprachlosigkeit und Schweigen ein. Sie aber nehmen Menschen die Chance, sich angesichts des Todes gegenseitig zu stützen, zu trösten und sich zusammen auf den endgültigen Abschied vorzubereiten. *Den Tod totzuschweigen nimmt ihm nicht den Stachel. Seine Tabuisierung nimmt nicht die Angst, sondern steigert die Bedrohlichkeit, indem sie Umgangsstrategien raubt, sprach- und hilflos macht.*

Für die Verschiebung des Sterbens aus der Geborgenheit der Familien heraus in Institutionen gibt es neben dem gesellschaftlichen Wandel noch einen weiteren Grund: den medizinischen Fortschritt. Dieser bringt zunehmend komplexere Therapien, Behandlungsarten und Apparaturen ins Spiel, die Zuhause nicht angewandt werden können und eine stationäre Versorgung erforderlich machen.

Und noch etwas anderes geschieht: Mit den beeindruckenden Fortschritten der Medizin wachsen die Erwartungen: Die Medizin kann immer mehr Krankheiten heilen, sie wird immer wirkungsvoller und drängt das Sterben aus dem Blickfeld. Der medizinische und technologische Fortschritt nähren die Illusion, nahezu alle Störungen aus der Welt schaffen, alle Krankheiten bezwingen und den Tod - wenn schon nicht abschaffen - so doch ewig hinauszögern zu können. *Der Tod hat aufgehört ein natürliches Phänomen zu sein und wird zum Fehlschlag der Ärzte.*

## Wider das Todestabu: Zwei Wegbereiterinnen der Hospizarbeit.

Medizinischer Fortschritt und gesellschaftlicher Wandel haben den Tod aus dem Lebensalltag der Menschen verdrängt. Meistens findet er in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen statt. Auf diese Weise sind Leben und Tod sorgsam voneinander getrennt worden. Der persönliche Umgang mit Sterbenden, Verstorbene

und Trauernden ist den Menschen fremd geworden. Diese Entwicklung, die bis in unsere Gegenwart reicht, erreicht ihren traurigen Tiefpunkt in den 1960er Jahren. Die Tabuisierung von Tod und Sterben hat sich in dieser Zeit zu einer regelrechten gesellschaftlichen Diskriminierung von Sterbenden und Trauernden zugespitzt. Selbst in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen werden sterbende Menschen ins Abseits geschoben – ihr (ver-)störender Anblick hinter spanischen Wänden, in Abstellkammern oder gar in Toilettenräumen verborgen. In Würde sterben ist nicht möglich, wenn der Tod ein Tabu ist.

An diesem Tiefpunkt jedoch begann sich Widerstand zu regen. Aus den Kreisen von Psychiatern, Psychologen und Soziologen wird Kritik laut an der würdelosen Ausgrenzung von Sterbenden und der schwierigen Situation von Angehörigen und trauernden Hinterbliebenen. Man gibt die Konsequenzen der Tabuisierung von Tod und Sterben zu bedenken und fordert ein Umdenken.

Zu dieser kritischen Gegenbewegung gehört auch die schweizerisch-US-amerikanische Ärztin und Psychiaterin **Elisabeth Kübler-Ross** (1926 - 2004), deren Wirken die spätere Hospizarbeit stark beeinflusst hat. Sie setzt sich für die Verbesserung der Bedingungen des Sterbens und die Achtung der Würde am Lebensende ein. Die Würde Sterbender erfordert zunächst einmal, dass ihr nahender Tod anerkannt und nicht in die Heimlichkeit von Toilettenräumen beiseite geschoben wird. In einem Interview nach ihrer Lebensleistung gefragt, antwortet Kübler-Ross, dass sie „stolz darauf sei, sterbende Menschen vom Klo geholt zu haben“.

Zur Wahrung von Würde und Lebensqualität gehört ferner, die Betroffenen wahr- und ernst zu nehmen – darüber zu wissen, was ihnen wichtig ist und was sie brauchen. Deswegen beginnt Kübler-Ross Mitte der 60er Jahre Sterbende und ihre Angehörigen zu befragen: über ihre Gedanken und Gefühle, ihre Hoffnungen und Ängste, ihre Bedürfnisse und Wünsche. Diese Interviews stoßen bei ihren medizinischen Standesgenossen auf Widerstand, die mehrheitlich die Auffassung teilen, dass die Aufklärung der Patienten über ihren bevorstehenden Tod eine erschwerende traumatische Belastung sei. Doch Kübler-Ross läßt sich nicht entmutigen und setzt ihre Befragungen fort: Ihrer Ansicht nach eröffnet eine Klärung der Situation den Patienten die Chance, die letzte Zeit ihres Lebens bewusst zu verbringen und ihren Lebensweg selbstbestimmt zu Ende zu gehen.

Kübler-Ross` Einsicht in die psychischen Prozesse am Ende des Lebens hat die Hospizarbeit ebenso geprägt wie ihr ganzheitliches Interesse am sterbenden Menschen und das Eingehen auf seine Belange. Die für die Wahrung von Würde und Lebensqualität so entscheidende Achtung der individuellen Bedürfnisse Sterbender wird zu einem Leitgedanken der Hospizarbeit.

Derselbe Gedanke liegt auch einer anderen Frau am Herzen, deren Name untrennbar mit der Entstehung der Hospizarbeit verbunden ist: Die Britin **Cicely Saunders** (1918 - 2005), arbeitet zunächst als Krankenschwester, später dann als Sozialarbeiterin und Ärztin. Bereits in ihrer Zeit als Krankenschwester erlebt Saunders, dass das traditionelle Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse von Sterbenden nicht bzw. nur unzureichend eingestellt ist. Das Ziel besteht darin, Menschen zu heilen. Alternativen für den Fall, dass dies nicht mehr möglich ist, gibt es nicht. Konfrontiert mit den Grenzen des Systems und der mehr als problematischen Situation Sterbender entsteht in dieser Zeit die Vision eines Zufluchtsorts für Sterbende - zur Realität wird sie mit dem von Saunders gegründeten *St. Christopher`s Hospice*, das 1967 in London eröffnet wurde.

Die Bezeichnung *Hospice* bzw. *Hospiz* leitet sich vom lateinischen *hospitium* für Gastfreundschaft her. Diese Gastfreundschaft fand sich in den Unterbringungen, die vor 2000 Jahren entlang von Pilgerwegen errichtet wurden und allen hilfebedürftigen Reisenden offen standen. Um zu verdeutlichen, dass im *St. Christopher`s* für Sterbende ebendiese alte Idee der Gastfreundschaft gelten soll, gibt Saunders der Einrichtung den Namen Hospiz. Hier ist das Ziel vorrangig, die sehr veränderlichen Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Betroffenen zu erkennen und aufzufangen - sie ärztlich, pflegerisch und psychosozial so zu begleiten, wie sie es zulassen können und sie vor allem schmerztherapeutisch zu versorgen. Im Vordergrund steht nicht der Kampf gegen die Krankheit, sondern das Mildern von Leid: *„Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig,“* sagt Saunders, *„und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben sondern auch bis zuletzt leben können.“*

Mit dem *St. Christopher`s Hospice* schafft Saunders einen geschützten Raum, in dem die Lebensqualität und die Wertschätzung der Sterbenden im Mittelpunkt stehen und zugleich eine Institution, welche auch nach außen zeigt, dass sterbende Menschen das Recht haben in unserer Gesellschaft Raum einzunehmen.

## Was entstanden ist: Hospizarbeit und palliative Versorgung heute.

Die Haltung von Kübler-Ross und Saunders hat die Prinzipien der Hospizarbeit entscheidend geprägt - ihr Engagement den Weg für die Kultur hospizlicher und palliativer Versorgung bereitet, wie wir sie heute kennen: Im Vordergrund stehen nicht medizinische Machbarkeit und die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis, sondern die Linderung belastender Symptome und die Erhaltung von Wohlbefinden und Lebensqualität. Hospizliche und palliative Versorgung stehen für eine von Achtsamkeit und Achtung getragene, radikal am sterbenden Menschen orientierte Versorgung mit dem Ziel ein würdevolles, möglichst selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Sie stehen für mitmenschlichen Beistand und fürsorgliche Begleitung bei Gedanken, Gefühlen, Hoffnungen und Ängsten angesichts des Todes mit dem Ziel, dass Menschen die letzte Zeit ihres Lebens annehmen und bis zum letzten Atemzug als das ihre empfinden können. Diese Leitgedanken zeichnen Hospizarbeit und palliative Versorgung heute aus.





Die beiden Begriffe haben sich nebeneinander etabliert – lassen sie sich voneinander abgrenzen? Die palliative Versorgung meint die medizinische und pflegerische Begleitung unheilbar erkrankter Menschen, bei der es nicht mehr um die Heilung sondern um die Linderung von Beschwerden und Symptomen geht. Umgesetzt wird sie von professionellen Helfern (Ärzten und Pflegekräften). Ein zentrales Anliegen der Hospizarbeit ist die psychosoziale Unterstützung von Sterbenden und ihren Angehörigen im Alltag. Dem Gedanken folgend, das Sterben in das Leben einzubeziehen und in den Alltag zurückzuholen, sind es in der Hospizarbeit vor allem ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die diesen mitmenschlichen Beistand auf Augenhöhe leisten. Hospizliche und palliative Versorgung lassen sich jedoch nicht auseinanderdividieren. In der Praxis sind sie unmittelbar ineinander verzahnt: Hospizliche Begleitung – ob stationär oder ambulant – heißt immer auch Menschen eine palliative Versorgung zu ermöglichen, wenn sie diese brauchen. Und als ganzheitlicher Ansatz schließt die palliative Versorgung neben der physischen Dimension immer auch die psychosoziale und spirituelle Begleitung der Betroffenen ein.

Maßgeblich für hospizliches und palliatives Handeln sind das Befinden und die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen. Von der Linderung somatischer Beschwerden bis zur seelischen Entlastung, von der Unterstützung bei der Regelung der letzten Angelegenheiten bis zum Wunsch nicht allein gelassen zu werden – die physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse am Lebensende sind vielfältig. Um ihnen gerecht werden zu können, braucht es die unterschiedlichsten Personen,

Dienste und Professionen (z.B. Zugehörige, Haus- und Fachärzte, Palliativmediziner, Pfleger, Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, ehrenamtliche Hospizbegleiter usw. – wer gebraucht wird, richtet sich nach der Situation der Betroffenen). Hospizliche und palliative Versorgung beruhen auf Multiprofessionalität und Netzwerkarbeit.

### Zum Abschluss ein Ausblick: aktuelle und künftige Aufgaben.

Von Anfang an ist die Hospizarbeit dafür eingetreten, das Sterben wieder als Teil des menschlichen Daseins wahrzunehmen – Sterbende und ihre Angehörigen aus der Isolation zurück in die Gemeinschaft und ins Leben zu holen. Inzwischen können immer mehr sterbende Menschen durch ambulante Hospiz- und Palliativdienste dort versorgt werden, wo sie leben. Und wenn eine Begleitung daheim nicht möglich ist, bietet eine wachsende Zahl stationärer Hospize und Palliativstationen Sterbenden und ihren Angehörigen Sicherheit und ein geborgenes Umfeld (vgl. Infobox).

Vieles ist erreicht worden – weitere Herausforderungen stehen an. So gibt es schwerstkranke Menschen, die trotz ihres gesetzlichen Anspruchs auf palliative und hospizliche Begleitung bislang keinen Zugang zu ihr haben, weil die Versorgungsstrukturen noch nicht flächendeckend ausgebaut sind. Um diese Lücken zu schließen, hat das Bundeskabinett in Berlin im April 2015 das Gesetz zum Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung verabschiedet.

## DIE VERBREITUNG DER HOSPIZIDEE IN DEUTSCHLAND

Der Hospizgedanke hat sich im Laufe der Zeit, wenn auch zögerlich, zu einem weltweit anerkannten Versorgungskonzept entwickelt. In Deutschland ist die Hospizarbeit aus einer bürgerschaftlichen Bewegung heraus erwachsen. In den 1980er Jahren – dem „Jahrzehnt der Pioniere“ – taten sich von der Hospizidee überzeugte Bürger zu ersten Hospizgruppen und Initiativen zusammen. Ihre ehrenamtliche Arbeit wurde in den Anfängen durch zahlreiche Vorurteile und irrige Begriffsassoziationen zu Euthanasie und Sterbehilfe erschwert.

Ab 1990 begann das „Jahrzehnt der Etablierung“. In dieser Zeit entstanden immer mehr Hospizgruppen, ambulante Dienste und stationäre Hospize. Auch der Öffentlichkeit wurde die Hospizarbeit allmählich vertrauter. Es kam zu Gründungen überörtlicher Organisationen, die seitdem den Bekanntheitsgrad und den Ausbau der Hospizarbeit vorantreiben und sie außerdem auf politischer Ebene vertreten (z.B. Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung [ALPHA], Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. [DHPV]).

Ab Mitte der 90er Jahre dann verlief die Entwicklung sprunghaft:

Die Anzahl ambulanter Hospiz- und Palliativdienste wuchs stark an – dem DHPV zufolge auf rund 1500 im Jahr 2014, einschließlich der Dienste für Kinder. Auch

die Zahl der stationären Einrichtungen zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen hat sich deutlich vergrößert, auf über 200 stationäre Hospize (einschließlich 10 Kinderhospize) und 250 Palliativstationen im Jahr 2014.

Es setzte eine zunehmende Professionalisierung der Hospizarbeit ein: In den Diensten und Einrichtungen werden hauptamtliche Koordinatorinnen und Koordinatoren eingestellt, welche Beratungsgespräche mit Betroffenen führen, die Einsätze der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter organisieren, sie schulen und durch regelmäßige Fallbesprechungen und Weiterbildungen unterstützen.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen begannen die bislang ausschließlich durch Spenden finanzierte Hospizarbeit zu fördern:

- Seit 1998 haben schwerstkranke Menschen Anspruch auf einen Zuschuss ihrer Krankenkasse, wenn sie der Versorgung in einem stationären Hospiz bedürfen
- Seit 2009 tragen die Kassen 90 % der Kosten eines stationären Hospizaufenthalts.
- Seit 2002 erhalten ambulante Hospizdienste von den Krankenkassen einen Zuschuss zu ihren Personalkosten. Seit 2007 können auch die von ambulanten Hospizdiensten erbrachten Begleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen abgerechnet werden.

Ein besonderes Augenmerk richtet sich ferner auf die Einrichtungen der stationären Altenpflege: Dort verbringen aufgrund des gesellschaftlichen Wandels und der Abnahme familiärer Bindungen immer mehr Menschen die letzte Zeit ihres Lebens. Die Begleitung sterbender Menschen ist zu einer wichtigen Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeheimen geworden. Um den wachsenden Anforderungen in diesem Bereich zu begegnen, haben die Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA) jüngst ein Projekt zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen ins Leben gerufen.

Auch wenn Hospizarbeit und Palliativversorgung keine Fremdworte mehr sind, fällt das Reden über Sterben, Tod und Trauer nach wie vor nicht leicht – es waren, sind

und bleiben persönlich herausfordernde Themen. Damit sie aber nicht wieder in die finsterste gesellschaftliche Tabu-Zone absinken und um die genannten Herausforderungen zu meistern, bedarf es auch weiterhin des nicht nachlassenden Engagements in der professionellen wie der ehrenamtlichen Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sowie des fortwährenden Einsatzes auf öffentlicher und politischer Ebene. Nur in einer Gesellschaft, die Sterben, Tod und Trauer im Blick hat, ist ein würdevolles Leben bis zuletzt möglich.

Dr. Kerstin Volland

**Dr. Kerstin Volland,**  
Hospizbewegung Herford e.V.,  
Koordinatorin





## Ein Rückblick - von der Vision zur Wirklichkeit

Liebe Freunde und Mitarbeitende der Hospizbewegung Herford,

diesen Brief schreibe ich an Euch zum 20. Geburtstag der Hospizbewegung Herford (HBH)!  
Was für ein Fest! Und wie viel entwickelte sich in all den Jahren!!

Als nicht mehr „Aktive“ bin ich dankbar, dieses „Werden“ miterleben zu können – denn mein Herz und Geist fühlen sich der HBH innig verbunden.

Ich möchte heute noch einmal die Erinnerungen an die Uranfänge unserer Arbeit lebendig werden lassen, an die Jahre von 1992/93 bis ca. 1999/2000. Verbunden damit sind so viele engagierte „Visionäre“, ohne die es das „Heute“ nicht geben würde.

Zu Beginn der 1990er Jahre gab es im Arbeitskreis „Alten- und Kulturarbeit der Stadt Herford“ die vage Vorstellung, dass das „Sterben“ aus der Verborgenheit zurück ins Leben geholt werden müsste. Viele Fragen und Zweifel, ob die Mitbewohner Herfords dies Thema überhaupt annehmen würden, veranlassten uns, ein Pilotprojekt zu starten. Mit der Vortragsreihe „Für dich da sein, wenn du stirbst“ hofften wir, die Resonanz der Bürger ausloten zu können. Wir erhielten viel Ermutigung „dran zu bleiben“, auch wenn die Zurückhaltung gegenüber den Themen Krankheit, Leiden, Sterben und Tod noch groß war. Tatkräftig nahmen Jutta Decarli (Stadt Herford) und Christa Goerz (Johannes-Haus) die Aufgabe an und luden mich dazu ein, die Vision vom „Begleiteten Sterben für alle die es sich wünschen“ mit zu konkretisieren.

Schon 1993 fand sich dann ein fester Arbeitskreis zusammen. Dazu gehörten neben uns Familie Müller-Knapp, Brigitte Ender, Ursula Wittke (als Vertreterin der kath. Altenarbeit) und bald auch Christel Struthoff, um nur einige wenige der wichtigen „Geburtshelfer“ zu nennen. Jeder brachte sein vorhandenes Wissen, berufliches Können und Vorerfahrungen mit ein. Wir hatten Visionen, aber keine konkrete Vorstellung davon, wie und was wir umsetzen sollten. Es gab damals noch keine klaren Vorgaben, was wo und wie erfolgreich sein könnte. Erstmal waren wir auf unsere eigenen Vorstellungen von „das wird den Sterbenden helfen und gut-tun“ angewiesen. Und unsere Ideen waren so vielschichtig, zum Teil konträr, wie die Kerngruppe Menschen enthielt. Wir stürzten uns auf die wenigen Veröffentlichungen der sog. „Päpste der Hospizidee“ (C. Saunders, C. Student, F. Rest, J. Canakkis, D. Tausch-Flammer) und spürten, dass wir in für Deutschland „unbekanntes Terrain“ vordrangen. In den anglo-amerikanischen und baltischen Staaten gehörte Hospizarbeit seit Jahren zum Alltag.

Viele Treffen und Diskussionsrunden der Kerngruppe fanden noch in unseren Privaträumen statt. Das erste offizielle Büro und Telefon mit eigener Hospiznummer, befand sich in meinem Schlafzimmer. Jedoch die 55105 verbindet noch heute mit der HBH.

1994 fragten wir: Wie sollte unser konkreter Beitrag zum „Begleiteten Sterben“ aussehen? Wir erfuhren, dass die Menschen, für die wir uns einsetzen wollten, am liebsten auch dort sterben würden, wo sie bisher lebten: in ihrer vertrauten Umgebung. Darum beschlossen die damaligen Visionäre, für Herford einen gemeinnützigen Verein zu gründen, um einen ambulanten Hospizdienst aufzubauen.

Um Herforder Bürger mit unseren Vorstellungen vertraut zu machen, etablierten wir den „Offenen Montag“. Einmal pro Monat boten wir zu Hospiz-Themen Vorträge, Lesungen und Filme an mit anschließender Zeit für Fragen und Gespräche. Wir wollten „Schwellenängste“ abbauen, um Menschen eine erstmal unverbindliche Annäherung zu ermöglichen. Pfarrer Hillienhoff vom Detmolder Hospizdienst war unser erster Referent zum Thema: „Wie läuft Hospizarbeit bei uns“.

1995 entwickelten wir die Satzung und gründeten den Verein: „Hospizbewegung Herford e.V. - Dem Sterben begegnen“; damit machten wir den Zweck des Vereins kenntlich. Wir schrieben die wichtigen Grundlagen unserer Arbeit auf große Papierbögen, die wir auslegten oder an Wände klebten. Wie oft mussten wir nachdrücklich auf die Unterscheidung „Sterbebegleitung“ vs. „Sterbehilfe“ hinweisen und „Sterben an der Hand“ und nicht „durch eine Hand“ verdeutlichen.

Zu Beginn war meine Aufgabe den Verein öffentlich als 1. Vorsitzende und Multiplikatorin zu vertreten. Pastor Rudolf Müller-Knapp als Vereinsfachmann agierte als 2. Vorsitzender, Brigitte Ender war Schatzmeisterin und Multiplikatorin, Christel Struthoff Schriftführerin. Noch vier weitere Beisitzer unterstützten die jeweiligen Postenträger.

Zuerst warben wir in unseren Bekanntenkreisen (mit leichtem Nachdruck) um Unterstützung und Bereitschaft mitzuarbeiten. Ich denke gerne an die vielen Stunden bei Tee und intensiven Gesprächen mit Anne Becking und Lotti Herbig, in denen noch handgemalte und - geschriebene Briefe eingetütet, Prospekte gefaltet, ins Diakonische Werk zum Kopieren gelaufen wurde, denn dort wurden uns auch Papier und Umschläge kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Und dann begann das sogenannte „Klinkenputzen“: Wir hatten ein Faltblatt mit dem Emblem Omega-Zeichen entwickelt (was einem Hufeisen ähnelt). Damit besuchten wir Arztpraxen, Klinik-Chefärzte, Pflegedienste und Altenheime und baten um Zusammenarbeit. Ich wurde meist höflich angehört, spürte aber deutlich die Skepsis: Sterben gehörte in die bewährten Hände von Fachleuten, dazu waren keine „Laienhelfer“ nötig. Das Faltblatt durfte zwar dagelassen werden, aber... Langsam begannen auch die Zeitungen unsere Einladungen und Artikel zu drucken.

1995 begannen Brigitte Ender und ich mit der Multiplikatoren-Ausbildung bei ALPHA; das Land NRW errichtete diese Stelle zur Unterstützung beim Aufbau von Hospizdiensten. Durch intensive Selbsterfahrungs-Anteile lernten wir, unsere eigene Wahrnehmungen und die Sinnhaftigkeit unserer Vorstellungen zu hinterfragen und zu überprüfen. Wir entwickelten ein erstes „Handbuch zur Leitung einer Einführung in die Sterbebegleitung“, wobei wir uns an den Anregungen von ALPHA und „FELKD“ orientierten.

In die erstellten Unterrichtsmaterialien flossen auch all die inzwischen selbst gemachten Erfahrungen ein: Unsere Ideen von „das ist richtig, so was tut gut, Vorlesen, Vorsingen, Zuhören – was möchten die Leute... Manchmal schmerzlich erkannten wir, dass Generalisierungen nicht griffen, die individuellen Bedürfnisse im Vordergrund standen und vorsichtig erfragt bzw. erspürt werden mussten. Wir können nur Anbieter sein, auswählen können alleine die Betroffenen.

1996 boten wir den ersten „Einführ- und Befähigungskurs zur Begleitarbeit“ öffentlich an. Ich spüre noch unser Herzklopfen vor dem ersten Tag: Lassen sich die Teilnehmer auf unsere Vorbereitungen ein? Werden wir den Erwartungen der Teilnehmer gerecht und bleiben danach noch einige dabei? Von den ersten 10 Teilnehmerinnen begannen 1997 acht Frauen mit dem Begleitdienst.



Vorstand und Begleiter benötigten viel Geduld und langen Atem. Die Skepsis „was wollen die bei uns“, spürten wir häufig. Damals hieß es noch „Bitte, dürften wir unsere Arbeit bei ihnen vorstellen?“ und manchmal wurden wir von Altenheimen, Krankenhäusern oder Frauenkreisen auch dazu eingeladen. Doch Warten und Ausharren, unsere Arbeit überall immer wieder in Erinnerung bringen, lohnte sich; genau wie die unendlichen gelaufenen und gefahrenen Kilometer.

Wir waren glücklich über die erste Begleiteinladung zu einer alten Dame im Altenheim Johannes-Haus. Die erste Hausbegleitung übernahm Hildegard Steffen. In der Begleitgruppe berichtete sie, dass der Ehemann in den ersten Tagen stets dabei blieb und aufpasste, ob er seine sterbende Frau auch wirklich einer „Fremden“ anvertrauen durfte.

Jede Begleitung ist einzigartig: Wir Begleiter fühlten uns dadurch beschenkt. Wir durften immer neu lernen, erleben und teilen, achtsam mit Menschen und Rahmenbedingungen umzugehen, und immer wieder in der Begleitgruppe unser Tun und Lassen zu reflektieren und neu den situativen Bedürfnissen anzupassen.

Auch Mühseliges und Überraschendes geschah: Eifersucht, wenn der Begleiter zu einer Person im Zwei-Bett-Zimmer gerufen wurde und die Mitbewohnerin nie besucht wurde. So lernten wir, alle dazu gehörenden Menschen mitzubeachten.

Respektvolles Ausharren: Christel, erinnerst du noch die Frau, die lange niemanden um sich haben wollte und nicht sprach? Und als du dich nach einem deiner vielen Besuche verabschiedet hast, hörtest du an der Tür „du kannst wiederkommen“. Ihr erstes Wort nach langer Zeit.

Uns allen war klar, so viel Engagement und Einsatzbereitschaft für viele unterschiedliche Aufgabenbereiche – „Bett-nah und Bett-fern“ – kann nur gelingen, wenn die zugehörigen Familien der Mitarbeiter geduldig mitziehen. Daher luden wir zu den „Danke-Veranstaltungen für Mitarbeitende“ auch die Familien mit ein. So lernten wir uns gegenseitig kennen.

Und wir benötigten Geld, auch wenn wir alle kostenfrei mitarbeiteten und viele Notwendigkeiten aus eigener Tasche bezahlten. An offizielle Finanzierung dachten wir nicht, wir waren ja „Ehrenamtliche“! Wir brauchten dringend sowohl ideelle als auch materielle und tatkräftige Unterstützung. Danke den vielen Spendern, damals wie heute, denn nur durch ihre treue finanzielle und materielle Hilfe konnten wir damals (wie heute) unseren Dienst verlässlich aufrechterhalten. Die allererste Spende, 1000,00 DM, gab Herr Müller-Knapp. Und hie und da erhielten wir im Laufe der Jahre auch „Kranz-Spenden“.

1997 durften wir im Johannes-Haus mietfrei einen leeren Raum als Büro beziehen. Wir benötigten Mobiliar und jeder brachte von zuhause etwas mit. Anfangs sah es aus wie in einer alten 68er Studentenbude. Aber mit Grünpflanzen und Tischchen und zwei bequemen Stühlen machten wir den Raum einladend; wir hofften auf Besucher. Erika Ebert befand: „Frischer Kaffee schmeckt besser“ und stellte uns eine Kaffeemaschine und Kaffee auf den Tisch. Schnell wurden die mitgebrachten Thermoskannen verbannt. Auch die Mitarbeiter bezahlten einen Mitgliedsbeitrag (24,00DM/Monat); unser Verein sollte überleben.

Als die professionellen Aufgaben die kostenfreien Ziele weit überschritten, gab es für die Durchführung und Nachbetreuung der Befähigungskurse einen sog. Werkvertrag für externe Referenten - Dank meinen Freundinnen Christa Gerwing und Helga Kähler für ihr großes Engagement. Für diese Kosten fanden wir bei Dr. Höhl von der Carina-Stiftung ein offenes Ohr. Unser ausgefeilter Antrag wurde bewilligt.

Gleichzeitig begannen wir, uns mit „Themen-Ständen“ bei vielen öffentlichen Veranstaltungen zu präsentieren: z.B. die Teilnahme an der „Woche für das Leben“, wo wir noch auf Pappe aufgezeichnete Bilder von „Visage morte“ zeigten; Stände in den beiden Krankenhäusern beim „Tag der offenen Tür“; ein Stand auf dem „Samstagsmarkt“ ... Und überall schmückte schon damals Christel Struthoff „unseren Platz“ mit Gartengrün und „schönen, zum Thema passenden Dingen (Engel, Kerzen)“ aus ihrem Bestand. Wir führten unendlich viele, intensive Gespräche, aus denen sich Begegnungen und ehrliches Interesse entwickelten, bis hin zu Anmeldungen für die nächsten Kurse oder Bitten um Begleit-Beistand. Wir merkten, wie wichtig es war, ins Gespräch zu kommen, damit die Menschen mit dem „Hospizdienst“ vertraute Gesichter verbinden konnten. Noch heute sprechen mich in der Stadt Menschen an, die sich an damals erinnern.

Dieser Brief „von der Entstehungszeit der HBH“, von der „Vision zur Wirklichkeit“ ruft bei mir ein Wechselbad der Gefühle hervor: Herzklopfen, Freude, Dankbarkeit und Wehmut. In meiner Erinnerung ziehen lebendige Bilder so vieler Menschen vorbei; manche der ersten Stunde sind gestorben, manche gingen einige Zeit mit oder schlugen eigene Wege ein und andere, wie Ilse Mettenbrink und Christel Struthoff, erfüllen noch heute treu die einstmaligen übernommenen Aufgaben.

Die meisten Visionen sind gelungen, einige auch gescheitert, wie die Etablierung einer „Sprechstunde“ in den Krankenhäusern oder der „Treff um 4“, gedacht als Austauschplattform zwischen Mitarbeitern anderer Institutionen und Hospizlern.

Es gäbe noch so viel zu berichten, doch nicht alles kann ich aufzählen, nicht alle Mitstreiter erwähnen, aber ich spüre deutlich, wie eng mein Leben noch immer mit der Hospizbewegung Herford verbunden ist.

Danke Euch, die ihr dabei gewesen seid, und Euch, die Ihr heute die Vision vom „Begleiteten Sterben“ mit Leben erfüllt.

In hospizlicher Verbundenheit  
Eure sehr bewegte

Regine Grass



**Regine Grass**  
Hospizbewegung Herford,  
ehemalige Koordinatorin



## HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG: Unterstützungsmöglichkeiten und Anbieter

Im Mittelpunkt der hospizlichen und palliativen Versorgung stehen der Mensch und seine individuellen Bedürfnisse. Von der Linderung somatischer Beschwerden bis zur seelischen Entlastung, von der Unterstützung bei der Regelung der letzten Angelegenheiten bis zum Wunsch nicht allein gelassen zu werden - die physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse am Lebensende sind vielfältig.

Um sie aufzufangen und Betroffene und ihre Angehörigen zu unterstützen, arbeiten die unterschiedlichsten Professionen, Dienste und Einrichtungen Hand in Hand. Einige davon stellen sich auf den folgenden Seiten mit ihren Aufgaben und Zielen vor.



© storm - Fotolia.com

# Begleitung im stationären Hospiz: Das Hospiz veritas in Lübbecke

Das Hospiz veritas liegt mitten im Leben. Nahe dem Ortskern von Lübbecke und nur wenige Gehminuten von der Fußgängerzone entfernt spielen Kinder, in der benachbarten Tagespflege wird gesungen und im Bildungswerk nebenan übt die Zumbagruppe. Das dreistöckige Haus mit sonnengelber Fassade und kleinen Balkonen vor den Zimmern erreicht man über einen roten Läufer, der dann den Weg zum Fahrstuhl weist.

Das Wort Hospiz stammt ab vom lateinischen „Hospitium“, zu Deutsch: Herberge oder auch Gastfreundschaft. Im Mittelalter waren Hospize kirchliche oder klösterliche Verpflegungsstätten für Pilger und reisende Mönche, auch Arme und Kranke wurden beherbergt.

Ein Hospiz ist also ursprünglich eine Raststätte; und im Prinzip ist es das heute auch noch - eine letzte Raststätte auf der Reise vom Leben in den Tod. Was brauchen Menschen für diese Reise? Welche Bedürfnisse haben sie, was ist ihnen wirklich wichtig am Ende ihres Lebens?

Das Hospiz veritas bietet seinen Gästen zehn Einzelzimmer für ihre letzte Lebenszeit an. Gäste - so nennen die Mitarbeiter die Menschen, die sie pflegen und versorgen. Menschen, die an einer fortschreitenden und nicht mehr heilbaren Krankheit leiden, meist an Krebs. Menschen, die eine Behandlung im Krankenhaus nicht mehr brauchen oder wünschen. Menschen, die in absehbarer Zeit sterben werden. Die Sterbenden als

Gäste zu verstehen, erklärt bereits einiges von der Idee Hospiz. Einen Gast sieht man nicht in irgendeiner Funktion, man stellt seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt, überlegt beispielsweise, was er wohl gern essen mag und wie man ihm seinen Besuch so schön wie möglich gestalten kann. So ist es auch hier. Sich den Sterbenden und seinen Angehörigen widmen, ihnen zuhören, sich ohne Zeitdruck auf sie einlassen - genau das nimmt in der Arbeit einen großen Raum ein. Und die Pflegenden sind dabei nicht allein. Sie werden unterstützt von einer Sozialarbeiterin, Hauswirtschafterinnen und vielen ehrenamtlichen Mitarbeitern ohne die die Idee Hospiz nicht machbar wäre. Darüber hinaus beschäftigt das Hospiz eine evangelische Pastorin als Seelsorgerin, denn die Bedürfnisse und Nöte der schwerkranken Menschen sind vielfältig und betreffen immer den ganzen Menschen.

Natürlich arbeitet das Hospiz eng mit Ärzten zusammen. Sie sind jedoch nicht beim Hospiz angestellt, sondern besuchen ihre Patienten dort. Auf diese Weise ist es den Gästen häufig möglich, ihre Hausärzte zu behalten, zu denen meist ein jahrelanges Vertrauensverhältnis besteht. Darüber hinaus behandeln Palliativmediziner die Betroffenen, die über eine Zusatzausbildung in der Versorgung sterbender Menschen verfügen; sie kennen sich besonders gut mit modernen Methoden der Schmerztherapie und Symptomlinderung aus. Mehr als 150 Menschen entscheiden sich jährlich für das Hospiz veritas als ihren letzten Lebensort. Sie kom-

men aus den Kreisen Minden-Lübbecke und Herford oder aus dem benachbarten Niedersachsen. Sie alle leiden an einer rasch fortschreitenden Erkrankung, etwa Krebs, ALS, MS, AIDS oder einer chronischen Erkrankung im Endstadium, z.B. Herz- oder Niereninsuffizienz. Die Aufnahme wird in der Regel durch die Sozialdienste der Krankenhäuser, die Palliativkonsildienste der Palliativnetze oder die Hausärzte veranlasst und unterstützt. Das Hospiz ist dabei immer koordinierend und sorgt für eine zeitnahe Aufnahme, sobald ein Zimmer frei ist. Für ihren Aufenthalt im Hospiz zahlen Hospizgäste nicht, denn Krankenkassen und Pflegekassen übernehmen den überwiegenden Teil der Kosten, der ausstehende Rest

wird durch Spenden getragen. Träger des Hospizes ist die Parisozial Minden-Lübbecke /Herford, die das Haus 2002 eröffnete. Getragen wird es aber auch durch das hohe bürgerschaftliche Engagement in der Region, das sich durch die vielen Spenden, die ehrenamtliche Mitarbeit, die gute Einbindung in die professionelle Patientenversorgung, die kollegiale Unterstützung diverser Dienste und nicht zuletzt durch das ganz persönliche Engagement jeden einzelnen Mitarbeiters tagtäglich, ausdrückt.

Einmal jährlich, meist im Januar, steht das Haus zu einem Info Cafe allen Interessierten offen - aber auch angemeldete Besuchergruppen können sich ein Bild vom Hospiz veritas machen. Oder Sie besuchen unsere Homepage - dort haben wir eine Fotostrecke für Sie eingerichtet. *Antje Rohlfing*



**Antje Rohlfing**  
Hospizarbeit der  
Parisozial, Koordination  
und Öffentlichkeitsarbeit

### KONTAKT

**Hospiz veritas**  
Bahnhofstraße 29  
32312 Lübbecke

Telefon: 0 57 41 / 80 96-0  
Telefax: 0 57 41 / 80 96-218  
E-Mail: [hospiz@parisozial-mlh.de](mailto:hospiz@parisozial-mlh.de)  
[www.parisozial-minden-luebbecke-herford.de](http://www.parisozial-minden-luebbecke-herford.de)



# Interdisziplinäre Palliativstation des Klinikums Herford

Mitte Oktober 2014 eröffnete im Klinikum Herford die interdisziplinäre Palliativstation. Unter der Leitung von Hr. Dr. Stephan Bildat (Chefarzt Med II- Onkologie) und der Mitbetreuung von Fr. Dr. Anette Walter (Oberärztin Neurologie) werden Menschen versorgt, die an einer fortgeschrittenen und nicht heilbaren Erkrankung leiden und somit eine begrenzte Lebenserwartung haben.

Die Zielsetzung der Behandlung ist die Verbesserung oder zumindest die Stabilisierung der Lebensqualität, so dass eine weitere Versorgung zu Hause oder in einer

gewünschten Pflegeeinrichtung möglich ist. Wichtig hierbei ist dem gesamten Team die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen des zu betreuenden Menschen und die Behandlung von Symptomen, die den Menschen belasten (wie zum Beispiel Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung oder andere). Neben der körperlichen Behandlung unterstützen wir die Menschen und auch selbstverständlich ihr gesamtes Umfeld bei der psychischen und spirituellen Auseinandersetzung mit der jeweiligen Erkrankung.

Das Team besteht aus Ärzten, Pflegekräften (viele mit einer Weiterbildung Palliativ Care), Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern. Unterstützung des Teams erfolgt im Bedarfsfall durch Mitarbeitende aus der Schmerztherapie, der Logopädie, der Ernährungsberatung, dem Wundmanagement, der Ergotherapie, dem Team für Pflegetraining für Angehörige und durch die kontinuierliche Einbindung des Hospizvereins Herford e.V. Alle Mitarbeiter werden zudem durch eine kontinuierliche Supervision unterstützt. Weiterhin besteht eine Kooperation mit dem stationären Hospiz „Veritas“ in Lübbecke.



Das Team orientiert sich im gesamten Handeln an wissenschaftlichen Erkenntnissen, falls die uns anvertrauten Patienten unkonventionelle Wege beschreiten möchten, können wir diese auch begleiten. Durch stetige Weiterbildung des

Personals wird das Betreuungsangebot kontinuierlich verbessert und erweitert. So werden zum Beispiel seit März 2015 auch Maßnahmen der Aromapflege in der Station umgesetzt.

Die Palliativstation mit der Bezeichnung „L2-Palliativ“ ist in einem separaten Gebäudeteil des Klinikums Herford untergebracht.

Sie verfügt über sechs Einzelzimmer und zwei Doppelzimmer, eingerichtet in wohnlichem Charakter. Jedes Zimmer verfügt über einen Zugang zur umlaufenden Terrasse, auf der Sitzmöglichkeiten vorhanden sind. Ein großes Badezimmer ermöglicht entspannende Bäder. Für die Angehörigen und Patienten steht eine Wohnküche als zusätzlicher Kommunikationstreffpunkt, z.B. für gemeinsame Mahlzeiten und kleine Feiern, zur Verfügung.

In der Palliativstation sind Angehörige und Freunde jederzeit willkommen. Die Besuchszeiten lassen sich variabel gestalten. Angehörige haben die Möglichkeit, direkt im Patientenzimmer zu übernachten und sich selbst in der Wohnküche zur verpflegen oder sich gegen Entgelt verpflegen zu lassen. Ein Raum für Gespräche und zum Lesen, sowie ein „Raum der Stille“, der der spirituellen Ruhe und der Entspannung dienen soll, sind derzeit noch im Ausbau.

Eine stationäre Aufnahme erfolgt mit Einverständnis des Patienten. Eine Anfrage für eine Aufnahme kann der Hausarzt oder sonstiger behandelnder Arzt an das Ärzteteam der interdisziplinären Palliativstation richten. Axel Hofsäß



**Axel Hofsäß**  
Interdisziplinäre Palliativstation,  
Pflegerische Abteilungsleitung

**Interdisziplinäre Palliativstation**  
Schwarzenmoorstraße 70  
32049 Herford

Telefon: 0 52 21 / 94-2724 oder 0 52 21 / 94-1724  
Fax: 0 52 21 / 94 29 27 24  
E-Mail: Station.Palliativ@klinikum-herford.de

# Pflege- und Sozialberatung im Klinikum Herford

Ein Krankenhausaufenthalt ist eine belastende Situation für die Patienten und für Ihre Angehörigen. Oft tauchen persönliche, soziale oder wirtschaftliche Fragen auf:

Wie soll es nach dem Krankenhausaufenthalt weitergehen? Was ist eine Kurzzeitpflege und wie bekomme ich einen Platz? Brauche ich einen Schwerbehindertenausweis und wo beantrage ich den? In dieser Situation kann das Team der Pflege- und Sozialberatung hinzugezogen werden und beratend unterstützen. Gemeinsam mit dem Patienten werden individuelle Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Das Beratungsspektrum umfasst folgende Aspekte:

- Einleitung von Anschlussheilbehandlungen/ Frührehabilitationen
- Sozialhilfeangelegenheiten; Schwerbehindertenrecht; Betreuungsrecht
- Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten
- soziale Fragen bei Krebserkrankungen; psychosoziale Fragestellungen und weiterführende Hilfsangebote
- Angebote der ambulanten, häuslichen Versorgung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt z.B. durch Krankenkasse, Pflegekasse oder Sozialhilfe.
- Versorgung durch ambulante Pflegedienste; häusliche Kranken- und Behandlungspflege
- Beschaffung von Hilfsmitteln (Rollator, Krankenpflegebett etc.)
- hauswirtschaftliche Versorgung und Notrufsysteme
- Angebote stationärer und teilstationärer Versorgung einschließlich deren Finanzierungsmöglichkeiten: Kurzzeitpflege, Tagespflege, Wohn- und Pflegeheime
- Stationäres Hospiz oder ambulanter Hospizdienst
- Ambulante palliativmedizinische Versorgung<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Quelle: [www.klinikum-herford.de/pflege/pflege-und-sozialberatung](http://www.klinikum-herford.de/pflege/pflege-und-sozialberatung)

Was es braucht und was zu regeln ist, um die Versorgung und Pflege eines Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt sicher zu stellen sind Fragen der Pflegeüberleitung bzw. des Entlassungsmanagements. Pflegeüberleitung/ Entlassungsmanagement beschreibt eine Übergabe von pflegerelevanten Informationen sowie die Organisation der Entlassung eines Patienten mit dem Ziel, die pflegerische Kontinuität und Betreuung zu gewährleisten.

Die standardisierte Entlassung bedeutet für den Patienten und seine Angehörigen Hilfestellung in einer schwierigen Lebenssituation. Versorgungseinbrüche lassen sich mit einer individuellen Entlassungsplanung vermeiden. Diese beginnt bereits mit der Aufnahme des Patienten. Eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus erfordert eine starke Kooperation aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen zum Wohle des Patienten.

Gerade in den Bereichen Onkologie und der Palliativmedizin, ist eine enge Zusammenarbeit mit den außerklinischen Kollegen besonders wichtig. Hier kann sich die Entlassungsplanung jederzeit verändern. In den Teambesprechungen, die zweimal in der Woche mit allen Berufsgruppen stattfindet, wird die Entwicklung des Patienten besprochen und die nachstationäre Versorgung geplant. Mit dem Einverständnis des Patienten oder seiner Angehörigen kann in der Klinik der Kontakt zum Hospizdienst hergestellt werden. So beginnt bereits in der Station eine Begleitung.

Aufgrund der sich manchmal sehr kurzfristigen Änderung des Gesundheitszustandes des Patienten kann es sein, dass die Entlassung verschoben werden muss und auch der Hilfebedarf neu geregelt wird. Hier sind auch die Familie und ihre Belastbarkeit sehr stark mit zu berücksichtigen. Der Wunsch eines Patienten und der Wunsch der Angehörigen müssen zusammengebracht werden. Nur so ist eine gute Versorgung möglich. Sabine Weygandt

Abteilungsleitung Pflege- und Sozialberatung Klinikum Herford:  
Pia Campos Silva, Tel.: 0 52 21 / 94 14 39  
E-Mail: AL-PEM@klinikum-herford.de

Pflegeberatung Onkologie und Palliativstation:  
Sabine Weygandt, Tel: 0 52 21 / 94 14 19

[www.klinikum-herford.de/pflege/pflege-und-sozialberatung](http://www.klinikum-herford.de/pflege/pflege-und-sozialberatung)



**Sabine Weygandt**  
Pflegeberatung



# Psychologische Palliativtherapie im Akutkrankenhaus

## 1. Einleitung

„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO 2002)

Anders als beim kurativen Ansatz geht es bei der palliativmedizinischen Versorgung nicht länger um die Heilung einer Erkrankung und die Bekämpfung ihrer Ursachen, sondern um die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen. Das oberste Ziel palliativer Versorgung besteht darin, das Wohlbefinden und eine möglichst hohe Lebenszufriedenheit der

Patienten zu erhalten. Dazu wird der ganze Mensch in den Blick genommen, denn eine schwere Erkrankung betrifft nicht nur den Körper: Sie verändert den familiären Alltag und soziale Beziehungen, sie schränkt die Selbstständigkeit ein, schafft Abhängigkeiten von anderen Menschen, verursacht Ängste vor dem was kommt und wie es weitergeht.

Unheilbare Erkrankungen bringen neben den physischen auch schwerwiegende psychosoziale Belastungen mit sich - sowohl für die betroffenen Patienten als auch für ihre Familien und Angehörigen. Die psychologische Palliativtherapie ist ein Weg, Patienten in palliativer Situation – aber auch ihre Angehörigen und diejenigen, die sie medizinisch versorgen und pflegen – psychologisch zu unterstützen.

## 2. Palliative Therapie im Akutkrankenhaus - Arbeitszusammenhänge

Psychologische Palliativtherapie von Patienten und deren Angehörige stellt weniger eine Technik als vielmehr eine Haltung dar. Sie geschieht innerhalb konkreter Arbeitsbedingungen. Im Akutkrankenhaus sieht sich die psychologische Palliativtherapie vor situativen Besonderheiten, die die Arbeit mit den Patienten in wichtigen Punkten von denen anderer psychotherapeutischer Settings unterscheiden (Stecker & Kusch, 2005):

- **Das Fehlen einer obligaten prämorbid psychischen Störung:** Der Beginn einer psychotherapeutischen Beziehung setzt in der Regel ein gemeinsames Therapieziel voraus (z. B. Möller et al., 2011). Ziel und Beziehung definieren sich weitestgehend aus der vorliegenden psychischen Störung. Patienten in palliativer Situation sind nicht primär psychisch erkrankt.
- Die Notwendigkeit einer Psychotherapie definiert sich aus Art und Ausmaß bestimmter Störungsmuster, die oft in ihrer Ausprägung auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar erscheinen (z.B. Senf & Broda, 2011). Die palliative Lebens- und Krankheitssituation ist aber geprägt durch das Auftreten **allgemein nachvollziehbarer schwerer Bedrohungen und Belastungen**.
- Auf die Rolle gemeinsamer Therapieziele wurde schon hingewiesen. Im Rahmen palliativer psychoonkologischer Arbeit zeigt sich immer wieder das Phänomen **unterschiedlicher therapeutischer Ziele bzw. Zielprioritäten** (Muthny et al. 1998). Während für Betroffene häufig auch in palliativer Situation das Primat der somatischen Therapie im Zentrum des Interesses steht, konzentrieren sich Psychologen, Ärzte oder Pflegekräfte vor allem mit der psychischen Verarbeitung der somatischen Erkrankung. Aus der notwendigerweise vorzufindenden Interdisziplinarität ergeben sich zwangsläufig teils divergente Behandlungsziele. Während beispielsweise für Arzt oder Psychologe das Ziel eines angemessenen Umgangs mit dem nahenden Tod besteht, sieht häufig der Patient konkrete Probleme der aktuellen Lebensführung im Vordergrund.
- Viele Betroffene sehen sich während der palliativen Krankheitsphase häufig in einer ausweglosen Situation, die mit ihrem (mehr oder weniger gut akzeptierten) Tod enden wird. Eine solch ausweglose Situation bringt deshalb oft eine nur **begrenzte Motivation zur Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung** mit sich.
- Erschwerend kommt hinzu, dass viele Betroffene, nicht zuletzt aufgrund ihres hohen Alters (ein sehr großer Teil der an Krebs betroffenen Patienten eines Akutkrankenhauses ist 70 Jahre alt und älter) **unklare Vorstellungen von der Rolle und der Arbeitsweise von Psychotherapeuten** haben.
- Abschließend sei das Augenmerk auf einen grundlegenden Unterschied im therapeutischen Setting hingewiesen: **Psychotherapeutische Arbeit im Akutkrankenhaus findet oft nicht in einem Sprechzimmer statt**, sondern in einem Stationszimmer. Viele Akutkrankenhäuser verfügen nicht über spezialisierte Palliativzimmer. Im schlechtesten Falle stehen nicht einmal Einbettzimmer zur Verfügung. Die therapeutische Arbeit muss hier nicht nur dem betroffenen Patienten Rechnung tragen sondern auch ggf. anwesenden Mitpatienten. Sollten alle im Patientenzimmer Anwesenden bettlägerig sein, so ist die Auswahl und die Aufbereitung der anfallenden Gesprächsthemen manchmal heikel.



© Sychugina Elena - Fotolia.com



### 3. Methoden und Ansätze im Rahmen palliativ-psychologischer Therapie

Die psychoonkologische Arbeit mit Patienten in palliativer Situation sollte schulenübergreifend erfolgen. Die verschiedenen Arbeitsansätze finden ihre Wurzeln in den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen wie der Psychoanalyse, der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie.

#### 3.1 Emotionsorientierte Ansätze

Die konkrete Arbeit basiert auf der Situation, die Schwerkranken erleben. Deren Erfahrungen sind häufig geprägt von Verlust und Beeinträchtigung. Körperliche Einschränkungen nach medizinischen Eingriffen wie Chemo- oder Strahlentherapie, aber auch nach der Anlage künstlicher Körperausgänge bzw. künstlicher Zugänge oder Stomata erfordern ständig neue Anpassungen. Schmerzen, Angst, Abhängigkeit durch den Verlust der Funktionalität führen häufig zu massiven emotionalen Reaktionen, Wut, Ärger, Verzweiflung, Scham. Alle interventiven Ansätze müssen diesem Erleben Rechnung tragen. In der Literatur finden sich eine Vielzahl emotionsorientierter Ansätze (z.B. Koch et al., 2006). Im Rahmen der konkreten Arbeit bietet sich als Arbeitsgrundlage die Gesprächspsychotherapie (z.B. Biermann-Rathjen et al., 2003) an. Bereits 1978 haben Koch und Schmeling das „Aktive Zuhören“ als Technik für alle an der palliativen Arbeit beteiligten Berufsgruppen vorgeschlagen. Die wichtigsten Aspekte dieses Verfahrens sind

- Empathie, einführendes Verstehen,
- Unbedingte Wertschätzung, alles, was beim Patienten wahrgenommen wird, seine Emotionen, seine Erfahrungen, seine Werthaltungen sollten als solche akzeptiert werden. Auf eigene Bewertung wird verzichtet.
- Kongruenz (Echtheit), das heißt, dass Arzt, Pflegekraft oder Psychologe im Kontakt mit dem Patienten authentisch und nicht etwa unecht oder gekünstelt sein soll.

Diese Grundhaltung beinhaltet einige wichtige Vorteile: So kann der Betroffene vor allem seine **emotionale** Situation ansprechen. Das führt in aller Regel zu deutlichen Entlastungen des Patienten.

Den Behandlern erlaubt diese Haltung, sich zurückzunehmen. Nicht die ärztlich / pflegerische / psychosoziale Problematik steht im Vordergrund, sondern ausschließlich die beim Patienten wahrgenommene.

Das Aktive Zuhören ist als Technik zur Gesprächsführung mit allen Beteiligten geeignet, den Patienten, den Angehörigen und den Behandlern. Im Verlauf wird noch einmal konkreter darauf eingegangen.

#### 3.2 Bindungstheoretische Ansätze

Es ist jedoch zu beachten, dass kognitive und emotionale Prozesse auf das Engste miteinander verknüpft sind (z.B. Damasio, 2000). Das Einbeziehen der konkreten emotionalen Situation des Patienten spielt auch bei zunächst vordergründig primär kognitiven Prozessen eine Rolle, beispielsweise beim Wissenstransfer vom Arzt zum Patienten (wie z.B. bei einem Aufklärungsgespräch). Eine Analyse der Bindungsmuster ist dabei hilfreich. Köhler (2002) weist darauf hin, dass das dem Menschen angeborene Bindungsmuster bei Bedrohung und Gefahr aktiviert wird. Der Betroffene sucht Schutz bei einer Bindungsperson. Die Qualität der Bindung verändert sich in Abhängigkeit vom Bindungserleben, besonders von der subjektiv erlebten Sicherheit im Zugriff auf die wichtigsten Bezugspersonen. Das auf diese Weise erworbene Muster stabilisiert sich früh und bleibt stabil bis ins Erwachsenenalter.

Die wichtigsten Bindungsmuster und deren Auswirkungen auf das konkrete Handeln und Erleben sind:

1. Sichere Bindungsmuster:
  - ermöglichen Reflexions- und Integrationsfähigkeit positiver wie negativer Erlebnisse im Erwachsenenalter
2. Unsicher-distanzierte Bindungsmuster:
  - erzeugen oft Kontrollverlustangst, ausgeprägtes Bemühen um Unabhängigkeit z.T. problematische Adherence, Affektkontrolle, -armut.
3. Unsicher-ambivalente Bindungsmuster:
  - zeigen sich häufig in Affektreicher Selbstpräsenz, Selbstdarstellung; Affekte werden wenig reguliert bzw. sind schwer regulierbar.
4. Desorganisierte Bindungsmuster:
  - bedingen in der Folge Inkongruenz, Manieriertheit, Affektinstabilität.

Als Fazit lässt sich sagen, dass sichere Bindungsmuster die Wahrscheinlichkeit für eine günstige Verarbeitung von Belastungen erhöhen.

#### 3.3 Psychotraumatologische Ansätze

Die Belastungen, die sich aus einer Krebsdiagnose und der damit verbundenen medizinischen Therapien einerseits und den antizipierten Implikationen und Konsequenzen andererseits ergeben, werden von den Betroffenen oft traumatisch erlebt. Der Begriff „Trauma“ trifft in der Tat den Kern des Problems. Um Missverständnisse über die Begrifflichkeit zu vermeiden werden im Folgenden zwei Definitionen vorgestellt.

ICD-10 definiert ein Trauma als  
*„ein belastendes Ereignis, also eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung... (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“*  
 (Dilling et al., 2013)

Im Lehrbuch für Psychotraumatologie wird ein Traum beschrieben als

*„...ein Ereignis, das das Selbst- und Weltverständnis des Betroffenen erschüttert und Gefühle absoluter Hilflosigkeit, Ohnmacht und der Bedrohung der physischen und psychischen Existenz auslöst.“*  
 (Fischer & Riedesser, 2009).



Die Betroffenen zeigen häufig die folgende Symptomatik:

- Erinnerungsdruck mit beharrlicher Wiederbelebung des traumatischen Ereignisses meist in Form von Alpträumen und Flashbacks (bezogen bspw. auf OPs, Bestrahlungen oder auch die Situation der Diagnoseeröffnung.)
- Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind. (Im Extremfall kann das zum Abbruch von Kontakten zu Ärzten oder zum Abbruch unterstützender, entlastender Behandlungsansätze sein.)
- Chronische Übererregung, Hypervigilanz, Konzentrationschwierigkeiten, Schlafstörungen.

Es besteht, so ist das Fazit, eine deutliche Relevanz für die medizinische und psychologische Therapie, selbst dann, wenn nur ein kleiner Teil der Betroffenen alle Symptome einer manifesten Posttraumatischen Belastungsstörung aufweist. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass jeder dritte Betroffene mit fortgeschrittener Symptomatik und jeder fünfte Patient in der terminalen Phase einer Krebserkrankung eine relevante Anpassungsstörung aufweist.



© kallejipp / photocase.de



## 4. Psychologische Palliativtherapie im Akutkrankenhaus

Die Konkretisierung der theoretischen Ansätze zeigt sich in der faktischen Arbeit mit allen an der palliativen Behandlung beteiligten Personengruppen

- mit dem Patienten,
- mit den Angehörigen,
- mit dem medizinischen Personal.

Die verschiedenen Gruppen zeigen häufig ähnliche, nicht jedoch gleiche Problembereiche. Die Arbeit mit den jeweils Betroffenen verlangt deshalb unterschiedliche therapeutische Prinzipien.

### 4.1 Psychologische Palliativtherapie mit dem Patienten:

Der wichtigste, am häufigsten genannte Problembereich ist Angst:

- Angst vor physischem Leiden, vor Schmerzen
- Angst vor Kontrollverlust
- Angst vor Sterben und Tod
- Angst vor den sozialen Konsequenzen

Manchmal führt die subjektiv erlebte Angst die Betroffenen dazu, eine Bitte nach Sterbehilfe auszusprechen. In aller Regel zeigt sich aber, dass die meisten Betroffenen nicht tot sein wollen, sondern auf die konkrete Art nicht leben mögen.

Robert Twycross, Weggefährte von Dame Cicely Saunders, greift dieses Phänomen auf. 1995 schreibt er:

„Bei der Bitte eines Menschen um aktive Sterbehilfe

*überlege ich immer, was ich falsch gemacht habe oder an richtiger Hilfe versäumt habe.*

*Bessere Hilfe war immer möglich.“*

Weitere wichtige Problembereiche in der psychoonkologischen Palliativbetreuung der Patienten sind:

- Verlust des Selbstbildes (bei häufig erheblichen körperlichen Veränderungen)
- Verlust der persönlichen Integrität und Intimität
- Verlust der Autonomie
- Verlust der Handlungs- und Leistungsfähigkeit
- Abwehr
- Familiäre- oder Eheprobleme treten besonders deutlich zutage
- Lebensbilanz
- Schuldgefühle
- Trauer
- Sinnhaftigkeit / Spiritualität
- Angst vor sozialem Abstieg
- Angst, die Bedingungen für die Familie nicht ausreichend gesichert zu haben

Es ergibt sich aus der vorliegenden Problematik vor allem ein leitendes psychotherapeutisches Prinzip: **Beziehungsbildung**. Eine stabile, tragfähige Beziehung ist am leichtesten durch zugewandte Offenheit und Authentizität zu erreichen. Ein Kernsatz kann sein: Begleitung statt Behandlung!

Stein Husebø (1997) schreibt dazu:

*„Was der Sterbende mehr als alles braucht, ist, dass wir Verständnis und Respekt für seine Person aufbringen. Vielleicht sollten wir weniger mit den Sterbenden über Tod und Traurigkeit reden und stattdessen unendlich mehr tun, damit sie an das Leben erinnert werden.“*

### 4.2 Psychologische Palliativtherapie mit Angehörigen

Die Arbeit mit Angehörigen unterscheidet sich oft deutlich von der mit den Patienten selbst. Die Angehörigen schildern ähnliche Probleme, die Bewertung unterscheidet sich aber deutlich.

Die wichtigsten Problembereiche für die Angehörigen sind:

- Umgang mit Sterben und Tod
- Unsicherheit, Angst vor falscher Behandlung (Ansprache) des Patienten
- Angst vor dem Eintritt der Sterbephase und möglicher Abwesenheit (oder Anwesenheit) in diesem Augenblick
- Angst, zu versagen oder nicht genügend Kraft zu haben
- Erschrecken über die eigenen Ambivalenzen („Hoffentlich muss er – muss ich – nicht solange leiden“; „Vielleicht geschieht ja doch noch ein Wunder?!“)
- Rückschau (häufig Schuldgefühle, Wut, Enttäuschung)
- vorweggenommene Trauer
- Angst vor sozialem Abstieg
- Angst vor Alleinbleiben mit der Restfamilie

Aus der veränderten Perspektive ergeben sich andere leitende psychotherapeutische Prinzipien: Als wichtigste seien hier genannt

- **Vertrauensbildung**
- Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit
- Wiederherstellung des Selbstvertrauens
- Vermittlung von Sicherheit
- Informationsvermittlung
- Ressourcenorientierung.

Die Wiedererlangung der Handlungsfähigkeit steht für Angehörige auch deshalb im Vordergrund, weil sie häufig schon früh wahrnehmen, dass sie zurückbleiben werden und damit die Pflicht für die alltägliche Lebensführung auf ihren Schultern lastet.

### 4.3 Psychoonkologische Palliativtherapie mit dem Behandlungsteam

Die Belastung für das Behandlungsteam ist schwerwiegend und resultiert aus:

- der ständigen Konfrontation mit der Endlichkeit des eigenen Lebens
- einer stets erlebten Hilflosigkeit angesichts des fremden Leidens
- der Notwendigkeit andauernder Reflektion des eigenen Handelns
- der Notwendigkeit andauernder Reflektion der eigenen Emotionen
- dem Umgang mit krisenhaften Entwicklungen (sowohl beim Patienten als auch bei sich selbst)

Als Konsequenz aus dieser Belastung resultiert letztlich nur ein leitendes psychotherapeutisches Prinzip:

- **Ressourcenorientierung**

Der achtsame Umgang mit den eigenen Ressourcen allein stellt sicher, dass eine psychisch hoch belastete Arbeit auf Dauer ohne schwerwiegende negative psychische Konsequenzen angeboten werden kann.

Dazu schreibt R. Verres (1993):

*„Jeder von uns kann dazu beitragen, dass Krankheit nicht ein unerwünschter Betriebsunfall im Leben eines Menschen wird und Sterben eine Panne, sondern ein würdevoller Abschluss einer einmaligen Geschichte.“*

*Dr. phil. Rolf Stecker*

## KONTAKT

**Klinikum Herford**  
**Institut für klinische Psychologie**  
 Schwarzenmoorstraße 70  
 32049 Herford

Tel.: 0 52 21 / 94 – 26 97

E-Mail: [sandra.decius-bohnenkamp@klinikum-herford.de](mailto:sandra.decius-bohnenkamp@klinikum-herford.de)  
[www.klinikum-herford.de/institutezentren/institut-f%C3%BCr-klinische-psychologie](http://www.klinikum-herford.de/institutezentren/institut-f%C3%BCr-klinische-psychologie)



**Dr. phil. Rolf Stecker**  
 Institut für klinische Psychologie, Leiter



© busdriverjens / photocase.de





## Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen

„Für viele Menschen ist das Pflegeheim der letzte Wohnort: für Jahre, manchmal aber auch nur wenige Monate oder Wochen. Der Umzug resultiert oft daraus, dass ein Leben in der früher gewohnten Umgebung nicht mehr möglich ist. Das bedeutet häufig ein schmerzvolles Abschiednehmen. Die Pflegeeinrichtung wird zum neuen Zuhause, in dem Menschen bis zuletzt begleitet werden und Beistand erfahren. Manche Bewohnerinnen und Bewohner wissen schon länger, dass sie ihren letzten Lebensabschnitt begonnen haben und an einer oder mehreren Krankheiten leiden, die voraussichtlich nicht mehr heilbar sein werden. Andere spüren, wie ihre Lebenskraft nachlässt und dass sie immer schwächer werden und es kann sein, dass sie sich hierüber traurig, ängstlich oder verwirrt fühlen. Wieder andere haben Schmerzen und andere belastende Symptome.“

[...] Jedes Sterben ist einzigartig: plötzlich und unerwartet, lange ersehnt, mit oder ohne Beschwerden, sanft und still. Für die letzte Lebensphase gibt es bei Bedarf

ein dichtes Netz von Hilfs- und Unterstützungsangeboten mit dem Ziel, Leid zu mindern und Ängste zu verringern. [...] So werden [die Bewohnerinnen und Bewohner] z. B. von der Hausärztin oder dem Hausarzt in aller Regel auch nach dem Einzug ins Pflegeheim weiter behandelt; auch Seelsorgerinnen und Seelsorger kommen auf Wunsch [...]. Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen hinzugezogen werden sowie weitere Therapeutinnen und Therapeuten. Für die Begleitung in der letzten Lebensphase oder im Sterben sind viele Pflegeheime zusätzlich eingebunden in ein Netz von Menschen und Institutionen der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Diese sind speziell für diese Situationen ausgebildet, haben viel Erfahrung und unterschiedliche Schwerpunkte: in der Begleitung, der Beratung oder der Schmerz- und Symptombehandlung.“<sup>1</sup>

Auch das Herforder Heinrich-Windhorst-Haus hat sich der Aufgabe gewidmet, ein hospizlich-palliatives Begleitungskonzept zu entwickeln.

### Palliative und hospizliche Begleitung im Heinrich-Windhorst-Haus in Herford

Schon kurz nach der Eröffnung unseres Wohn und Pflegezentrums im Jahr 2006 wurde deutlich, dass ein großer Teil der Bewohner im Laufe der Zeit palliative und hospizliche Begleitung benötigt. Um einen guten Überblick über den Bedarf und eine adäquate Koordination zu erhalten, wurde ein Qualitätszirkel Palliativpflege gegründet. Teilnehmende sind Vertreter der ev. und kath. Seelsorge, Pflegekräfte, Sozialdienst und alle Ehrenamtlichen vom Hospizverein, die Bewohner in unserem Haus begleiten.

Bei diesen Treffen werden alle Teilnehmer informiert, welche Bewohner sich in einer palliativen Situation befinden und wie die momentane Versorgung verläuft. Eventuell haben schon Ethikgespräche stattgefunden oder es werden solche angeregt. In diesen Gesprächen wird der Wille oder mutmaßliche Wille des Bewohners zu weiteren Handlungsempfehlungen ermittelt - maßgeblich dabei sind die Bewohner selbst und die Angehörigen oder Betreuer. Zu diesen Handlungsempfehlungen gehören z.B. erneute Kontaktaufnahme zum Hausarzt wegen der Einschreibung ins „Palliative Netzwerk Herford“<sup>2</sup>, Klärung ob eine Krankenhauseinweisung bei Verschlechterung gewünscht wird und ob eine Patientenverfügung vorliegt oder erstellt werden möchte.

Zudem sind wir aktive Teilnehmer bei den hospizlichen Vernetzungstreffen für stationäre Altenhilfe der Kreise Herford und Minden unterstützt von ALPHA NRW

(Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenarbeit). Im Besonderen widmen wir uns hier dem Konzept zur Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in NRW. So können wir unseren Bewohnerinnen und Bewohnern eine individuelle, erwünschte Begleitung am Lebensende ermöglichen.

Einen Menschen in dieser Phase zu begleiten, die durch viele Fragen und Unsicherheiten geprägt ist, setzt voraus, einen klaren Standpunkt zu vertreten – ohne den Anspruch, alle Fragen beantworten zu können. Als Einrichtung der Diakonie ist das Neue Testament mit der Hoffnung auf die Auferstehung und ein „heiles“ Leben, eine wesentliche Grundlage unserer Arbeit. Mit dieser Hoffnung wollen wir schwerkranken und sterbenden Menschen beistehen.

Annette Fritsche

1 Textquelle:

„Gemeinsam auf dem Weg. Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen. Eine Broschüre für Bewohnerinnen, Bewohner und ihre Angehörigen“ hg. von ALPHA (Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung).

2 vgl. Artikel „Ambulante Versorgungsmöglichkeiten von Schwerkranken in der letzten Lebensphase durch den Palliativmedizinischen Konsiliardienst MuM Bünde“

#### KONTAKT

**Heinrich-Windhorst-Haus**  
Schwarzenmoorstr. 68  
32049 Herford

Tel.: 0 52 21 - 2 82 03-0  
E-Mail: hwh@diakoniestiftung-herford.de

**Annette Fritsche**  
Aufnahmeberatung





# Die Altenheimseelsorge

Menschen erreichen ein immer höheres Alter. Oft ist damit die Frage verbunden: Wer pflegt mich, wenn meine Kräfte nachlassen oder sich mit der Zeit Krankheiten einstellen? Nicht immer sind Angehörige in der Nähe, oder können diese Aufgabe aus persönlichen Gründen nicht wahrnehmen. Unter Umständen bedeutet das dann, das eigene zu Hause verlassen zu müssen und in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen.



© Photographee.eu - Fotolia.com

Meist ist das ein schmerzlicher Einschnitt in das bis dahin gewohnte Leben. Manches Vertraute muss zurückgelassen werden: die eigene Wohnung, vielleicht auch ein Garten, der gewohnte Stadtteil und die Nachbarschaft; liebgewordene Aktivitäten müssen eingeschränkt oder aufgegeben werden. Auch Gottesdienstbesuche, der Besuch der Frauenhilfe oder des Männerkreises oder das Singen im Kirchenchor können nicht mehr wie früher wahrgenommen werden.

Ein Anliegen der Ev. Altenheimseelsorge ist es darum, Kirche und Gemeinde zu den Menschen zu bringen, die nicht mehr selbst kommen können. Dazu gehören regelmäßige Gottesdienste und Abendmahlsfeiern in den Pflegeeinrichtungen, Bibel- und Gesprächskreise, Angebote für Demenz-erkrankte, Besuche zum Einzug oder zum Geburtstag.

Zum anderen möchte die Altenheimseelsorge als Seelsorge „vor Ort“ für alle Menschen in den Pflegeeinrichtungen ansprechbar sein für Lebens- und Glaubensfra-

gen, dafür, dass Kummer geäußert, Verlust betrauert, aber auch neue Hoffnung geschöpft werden kann.

Zur Zeit wird die Ev. Altenheimseelsorge in Herford sowohl von Pfarrerinnen und Pfarrern in den Pflegeeinrichtungen, aber auch von Gemeindepfarrer(innen) mit einem besonderen Auftrag sowie ehrenamtlichen Besuchsdiensten getragen.

Nicht nur Pflegebedürftige, sondern auch Angehörige und Mitarbeitende können sich an uns wenden. Das schließt das Ende des Lebens ein. Auch in dieser Zeit sind wir – gemeinsam mit Pflegenden und Ehrenamtlichen aus Besuchs- und Hospizdiensten – für Schwerkranken und Sterbende sowie deren Angehörige da.

*Renate Hoppe-Rolland*



**Renate Hoppe-Rolland**

Ev. Altenheimseelsorge Herford  
Pfarrerin

## KONTAKT

Hauptamtlich in der Altenheimseelsorge beschäftigte Pfarrerinnen und Pfarrer finden Sie unter:

<http://www.kirchenkreis-herford.de/de/Gemeinsame-Dienste/Altenheimseelsorge.htm>

# Der Hausarzt



© kazoka303030 - Fotolia.com

## Die ärztliche Aufgabe in der ambulanten Versorgung von Menschen am Lebensende

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ So heißt es in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Die Begleitung sterbender Menschen gehört zu den Aufgaben des Arztes - eine Aufgabe, die unter anderen Vorzeichen steht, denn die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung gilt unter diesen Umständen nicht: „Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen ge-

boten sind. [...] Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden.“

Laut Bundesärztekammer ist der Arzt verpflichtet, Sterbenden „so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können. Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung. [...] Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen [der subjektiven Empfindung] von Hunger und Durst“ – immer unter Achtung des Patientenwillen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die Zitate sind den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung entnommen.





## Die besondere Rolle des Hausarztes in der Begleitung sterbender Menschen

Bei der Sterbebegleitung im häuslichen Bereich und den Pflegeheimen spielen insbesondere niedergelassene Hausärzte eine entscheidende Rolle – ggf. mit Unterstützung des ambulanten palliativmedizinischen Konsiliardienstes<sup>2</sup>. Wie jeder niedergelassene Arzt so ist auch der Hausarzt berufsrechtlich verpflichtet z.B. bei schweren Krebsleiden notwendige Hausbesuche durchzuführen. Er ist die tragende Stütze der medizinischen Versorgung und der Zufriedenstellung elementarer menschlicher Bedürfnisse nach Freiheit von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen. Außerdem ist er der Ansprechpartner, der Auskunft über den Krankheitszustand sowie den Sinn und die Auswirkungen möglicher medizinischer Maßnahmen geben kann und als solcher eine zentrale Vertrauensperson.

Am Ende des Lebens stellen sich häufig Fragen, die ein Arzt beantworten und auf diese Weise den Patienten und ihren Angehörigen belastende Ängste und Verunsicherungen nehmen können: Was wird im Sterbeprozess geschehen? Womit muss man rechnen? Was ist normal? Was kann ich als Angehöriger tun – wie kann ich mich hilfreich verhalten?

Eine häufig gestellte Frage ist beispielsweise die nach der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden. Dabei werden immer wieder Fehler gemacht. Nach Prof. Borasio – einer der Pioniere der Palliativmedizin in Deutschland, dessen Buch „Über das Sterben“<sup>3</sup> ich jedem Menschen wärmstens empfehlen möchte – „leiden Sterbende nicht, wenn sie keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich nehmen.“ In der Regel muss in der „Sterbephase keine künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit erfolgen.“ „Das Legen einer PEG-Sonde (direkt in den Magen führender Schlauch) ist bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz nicht nur unwirksam, sondern schädlich.“ Angesichts der Sorge, ein Mensch könne am Ende seines Lebens verhungern oder verdursten, ist es hilfreich zu wissen, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr für Sterbende sogar eine schwere Belastung darstellen können. In der letzten Lebenszeit geht es vielmehr darum, Hunger und Durst als subjektive Empfindungen zu stillen z.B. durch eine sorgfältige Mundpflege.

Bezüglich der Behandlung von starken Schmerzen gibt es auch immer wieder Missverständnisse. Es werden zu niedrige Dosen eines Opioids verabreicht. Von der Palliativmedizin ist längst widerlegt worden, dass Morphin zu tödlicher Atemlähmung führt.

Indem der Arzt auf Fragen und Verunsicherungen der Betroffenen und Angehörigen eingeht, sorgt er für Sicherheit und Stabilität in einer existenziellen Ausnahmesituation. Insbesondere ein Hausarzt, der viele Jahre niedergelassen ist und Hausbesuche durchgeführt hat, kennt nicht nur den jeweiligen Patienten, sondern auch dessen nächste Angehörigen. Ein Vertrauensverhältnis ist vorhanden, was den Umgang erheblich erleichtert. Die medizinische und menschliche Unterstützung durch den Hausarzt trägt dazu bei, Krisen vorzubeugen und auszuhalten. Allein zu wissen, dass er im Notfall ins Haus kommt, hilft und beruhigt. Der Arzt trägt also nicht nur Verantwortung in medizinischer Hinsicht, sondern er ist auch eine wichtige Stütze, damit Patienten und ihre Angehörigen die Situation psychisch tragen können.

Apropos Vertrauensverhältnis: Um den Schwerstkranken wirklich gut zu kennen und zu verstehen, sollte man ihm auch die Frage nach seinem Glauben und seiner Einstellung zu Sterben und Tod stellen. Sehr häufig mögen Patienten diese Themen nicht ansprechen. Das ist sehr bedauernd, da auch das Eingehen auf Spiritualität zur Begleitung eines Sterbenden gehört. Die große Mehrheit der Menschen möchte zu Hause in Anwesenheit ihrer engsten Angehörigen in Würde sterben. Dabei ist es wichtig, dass ehrlich miteinander umgegangen wird. Jedem Sterbenden sollte geraten werden, falls erforderlich und sofern er noch sprechen kann, ein klärendes Gespräch zu führen, über Vergewöhnung nachzudenken und mit sich ins Reine zu kommen. Nach Meinung vieler Autoren lässt sich dadurch das Loslassen leichter praktizieren. Übrigens halte ich es für selbstverständlich, dass der Hausarzt sich auch um die Trauernden kümmert.

<sup>2</sup> vgl. Artikel „Ambulante Versorgungsmöglichkeiten von Schwerstkranken in der letzten Lebensphase durch den Palliativmedizinischen Konsiliardienst MuM Bünde“

<sup>3</sup> Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. 2013. Vgl. unser Büchertipp.

## Abschlussgedanken

In einem Interview des „deutschen Ärzteblattes“ mit Herrn Prof. Borasio, antwortete dieser auf die Frage nach seinem wichtigsten Rat für angehende Ärzte: „Mut, Demut und Achtsamkeit.“

Um das Begleiten eines Schwerstkranken zu optimieren, sollte sich auch der Begleiter mit seinem Tod beschäftigen haben. Menschen, die mit Sterbenden konfrontiert werden, berichten immer wieder, dass man von Sterbenden das Leben, ein einzigartiges Geschenk, lernen kann und dass das Bewusstsein für die eigene Sterblichkeit geschärft wird. Als Hilfe für uns alle mag der uralte Ruf dienen, der am Ende eines jeden Tages nach der allerletzten Meditation in den Zen-Klöstern ertönt:

„Eines lege ich euch allen ans Herz:  
Leben und Tod sind eine ernste Sache.  
Schnell vergehen alle Dinge.  
Seid ganz wach,  
niemals achtlos,  
niemals nachlässig.“

Dr. med. G. Stern



**Dr. med. G. Stern**  
niedergelassener Hausarzt im Ruhestand,  
Begleiter bei der Hospizbewegung Herford e.V.

## ERLÄUTERUNG VON BEGRIFFLICHKEITEN<sup>4</sup>

**Hospiz** (lat. hospitium = Herberge) ist ein Konzept für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. In erster Linie umfasst es die Betreuung final erkrankter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung aber auch im stationären Bereich.

**Palliation** (Linderung, aus lat. pallium „Mantel“, palliare „mit einem Mantel umhüllen“, „verbergen“) ist allgemein eine medizinische Maßnahme, deren primäres Ziel nicht die Erhaltung, die Genesung oder die Wiederherstellung der normalen Körperfunktion ist, sondern deren bestmögliche Anpassung an die Verhältnisse sowie die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen.

Es wird unterschieden zwischen ambulanter und stationärer Hospizarbeit sowie stationärer und ambulanter Palliativversorgung:

**Ambulante Hospizdienste** (der erste 1985 gegründet; die Herforder Hospizbewegung e.V. gibt es seit 20 Jahren) bestehen aus geschulten Ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern (zwei Koordinatorinnen in Herford) sowie häufig Palliativpflegekräfte, Palliativ- Sozialarbeiter.

**Stationäre Hospize** sind kleine, hochspezialisierte Pflegeheime für Sterbende. Sie stehen unter pflegerischer Leitung. Es besteht keine ständige Arztpräsenz. Die ärztliche Betreuung wird von niedergelassenen Ärzten erbracht.

Eine **Palliativstation** ist eine Akutstation innerhalb eines Krankenhauses (seit kurzem gibt es eine Palliativstation im Klinikum Herford), die unter ärztlicher Leitung steht. Ziel ist es, belastende Symptome des Patienten unter Kontrolle zu bringen und seinen Zustand zu stabilisieren, so dass er in den häuslichen Bereich, in ein Pflegeheim oder ein stationäres Hospiz entlassen werden kann.

**Ambulante Palliativversorgung:** Laut Gesetz hat jeder Versicherte Anspruch auf SAPV (= spezialisierte ambulante Palliativversorgung). Es werden bundesweit SAPV-Teams bzw. PKDs (palliativmedizinische Konsiliardienste) gebildet, die sich zusammensetzen aus Palliativmedizinern, Krankenschwestern und Koordinationskräften. Ihre Aufgabe ist es, Ärzte bei der häuslichen Betreuung von Schwerstkranken palliativmedizinisch zu beraten und zu unterstützen.

<sup>4</sup> Quelle: Wikipedia



# Ambulante Pflege:

## Die Arbeit der Diakoniestationen im Kreis Herford



© foto / photocase.de

### Wer wir sind

Der Wunsch, im Alter auch mit Pflegebedarf in seiner gewohnten Umgebung bleiben zu können, ist heute ein immer häufiger gelebter. Gleichzeitig gibt es immer mehr Menschen, die alleine leben, einen eigenen Haushalt führen und auf professionelle und ambulante Hilfe angewiesen sind. Als Diakoniestationen im Kirchenkreis Herford gemeinnützige GmbH bieten wir professionelle Unterstützung, getragen von christlichem Selbstverständnis. Wir sind stets in Ihrer Nähe, Tag und Nacht in Bereitschaft, um Ihnen bei der Bewältigung Ihres Alltags zu Hause zu helfen.

Mit neun Diakoniestationen und dem ambulanten Betreuungsdienst, verteilt über das gesamte Kreisgebiet, decken wir eine große Fläche ab und bieten gleichzeitig einen Ansprechpartner möglichst nah bei unseren Kunden und deren Angehörigen. Zu unseren Aufgaben gehören die Durchführung von ärztlichen Verordnungen, Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung, Qualitätssicherungsbesuche als Nachweis für die Pflegekassen und umfangreiche beratende Tätigkeiten für Pflegebedürftige und Angehörige.

Der erste Schritt ist immer eine eingehende pflegerische Informationssammlung und eine Analyse der individuellen Lebenssituation mit Pflegebedarf. Eine ausführliche Beratung schließt sich an. Diese beschränkt

sich nicht nur auf das Einhalten gesetzlicher Vorschriften, sondern umfasst die persönlichen Umstände und Erwartungen. Aus Analyse und Beratung ergibt sich der offen kommunizierte und jederzeit einsehbare Pflegeplan. Durch das schriftliche Festhalten jeglicher Veränderungen im Pflegeplan ist dessen Aktualität gesichert. Gemeinsam mit Pflegebedürftigen und Angehörigen wird regelmäßig besprochen, welche Veränderungen in der Pflegeplanung für eine optimale Versorgung und Betreuung erforderlich sind. Wir bemühen uns stets um den Einsatz von gleich bleibendem Personal. Dies ermöglicht uns, immer einen wachsamem Blick auf den Allgemeinzustand unserer Kunden zu haben, Veränderungen sofort wahrzunehmen und so ein Höchstmaß an Sicherheit zu bieten.

Die diakonischen Grundgedanken tragen wir nicht nur in unserem Namen, sondern auch in unseren Herzen. Tagtäglich zeigt sich die Umsetzung des christlichen Weltbildes in unserem Handeln. Dabei stehen die Achtung der Selbstbestimmung, die individuelle Lebenssituation und die ganzheitliche Betrachtung des christlichen Menschenbildes im Fokus unserer Arbeit.

### Wie wir helfen

#### Durchführung von ärztlichen Verordnungen

Vielen älteren Menschen helfen schon wenige krankenschwägerische Leistungen - z.B. die Verabreichung von Medikamenten und Injektionen, die Überwachung der Blutzuckerwerte, das Wechseln von Verbänden - weiter, um sicher in den eigenen vier Wänden wohnen zu können.

#### Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung

Wir übernehmen nicht nur medizinisch-pflegerische Aufgaben, sondern auch ganz alltägliche Dinge, um Pflegebedürftigen möglichst lange ein Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Dazu gehören unter anderem Hilfe bei der allgemeinen Körperpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden, Hilfe beim Essen und

Trinken, allgemeine hauswirtschaftliche Versorgung, Hilfe beim Betten und Lagern sowie Hilfe bei der Mobilisation.

#### Betreuungsleistungen

Unabhängig von der Pflegestufe können nach Begutachtung und Bewilligung von der Pflegekasse für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz monatlich Betreuungsleistungen in Anspruch genommen werden. Unser ambulanter Betreuungsdienst mit seinen ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sorgt für stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger.

#### Qualitätssicherungsbesuche als Nachweis für die Pflegekasse

Wer ausschließlich Pflegegeld erhält, weil seine Pflege privat organisiert ist, muss in regelmäßigen Abständen nachweisen, dass die Pflege gesichert ist. Unsere Qualitätssicherungsbesuche dienen der Beratung von Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen. Pflegehandlungen, Pflegehilfsmittel und alle Fragen, die im Rahmen dieser Pflege auftreten, können hier angesprochen und beantwortet werden.

#### Beratung

Wir beraten Sie gern, wie Sie ein Höchstmaß an Selbstständigkeit und Lebensqualität erreichen können, und geben Ihnen zahlreiche Tipps, wenn es um die Beantragung der Pflegestufe oder der häuslichen Kranken-

pflege geht. Nicht nur bei der Festlegung des Pflegeplanes, sondern auch während der Pflege sind wir Ihr Ansprechpartner. Gern setzen wir uns mit Betroffenen und Angehörigen zusammen, um die aktuelle Situation zu erörtern und Ziele der Pflege zu aktualisieren. Wir zeigen pflegenden Angehörigen, wie sie mithelfen und pflegen können, beraten gern, wenn professionelle Hilfe gefragt ist und wie Urlaub und Entlastung von und in der Pflege aussehen kann.

#### Weitere Angebote

Es gibt verschiedene Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger. Beispielsweise findet in der Diakoniestation Herford 1 am Linnenbauerplatz 4 in 32052 Herford jeden Montag von 15.00 - 17.00 Uhr eine betreute Kaffeestube für Pflegebedürftige und an Demenz erkrankte Menschen statt sowie ein Angehörigen Café jeden ersten Montag im Monat von 15.00 - 17.00 Uhr. Kaffeestuben für an Demenz erkrankte Menschen werden auch von anderen Diakoniestationen angeboten, so z.B. von der Diakoniestation Hiddenhausen, Am Rathausplatz 11 in 32120 Hiddenhausen jeden Dienstag von 14.30 - 17.30 Uhr. Weitere Angebote und Informationen finden sich unter <http://www.diakoniestationen-herford.de/weitere-angebote.html>

*Textquelle: Broschüre „Ihre Pflege – In besten Händen“ hg. von Diakoniestationen im Kirchenkreis Herford gemeinnützige GmbH.*

### KONTAKT

#### Die Diakoniestationen im Kreis Herford:

Bünde 1: „Am Tabakspeicher“, Wasserbreite 6-8, 32257 Bünde, Tel.: 0 52 23 / 92 98-0

Bünde 2: Haus Ennigloh, Hauptstraße 20, 32257 Bünde, Tel.: 0 52 23 / 49 05 65

Enger: Wohn- und Pflegezentrum, Kesselstr. 41, 32130 Enger, Tel.: 0 52 24 / 910 83-00

Herford 1: Linnenbauer Residenz, Linnenbauerplatz 4, 32052 Herford, Tel.: 0 52 21 / 924 95-0

Herford 2: Bismarckstr. 82, 32049 Herford, Tel.: 0 52 21 / 8 38 49

Hiddenhausen: Am Rathausplatz 11, 32120 Hiddenhausen, Tel.: 0 52 21 / 6 49 55

Kirchlengern / Löhne-Nord: Häverstr. 80, 32278 Kirchlengern, Tel.: 0 52 23 / 7 37 66

Rödinghausen: Kirchweg 1, 32289 Rödinghausen, Tel.: 0 57 46 / 29 19

Spenge: Werburgerstr. 5, 32139 Spenge, Tel.: 0 52 25 / 60 01 23

Ambulanter Betreuungsdienst: Am Rathausplatz 11, 32120 Hiddenhausen, Tel.: 0 52 21 / 2 75 88 40

Weitere Informationen unter [www.diakoniestationen-herford.de](http://www.diakoniestationen-herford.de)



# Palliativmedizinischer Konsiliardienst MuM Bünde

## Ambulante Versorgungsmöglichkeiten von Schwerstkranken in der letzten Lebensphase

**Obwohl bei Bevölkerungsumfragen die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten am liebsten zuhause in vertrauter Umgebung sterben würde, belegen aktuelle Zahlen von 2009 – 2012, dass im Kreis Herford ca. 50% aller betroffenen Patienten in Krankenhäusern versterben.**

Menschen mit einer lebenslimitierenden schweren Erkrankung benötigen zum großen Teil eine palliativmedizinische Versorgung, um Symptome wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen, Angst und Unruhezustände oder andere physische Probleme an-

gemessen zu behandeln bzw. zu lindern. Für zahlreiche Schwerstkranke wird die Möglichkeit, im häuslichen Umfeld umfassend versorgt zu werden, nicht in Gänze ausgeschöpft.

Seit 2007 hat jede Bürgerin und jeder Bürger einen Rechtsanspruch auf eine umfassende Palliativversorgung in häuslicher Umgebung. Für die Region Westfalen Lippe hat die Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit den gesetzlichen Krankenkassen seit 2009 diesen Rechtsanspruch in der „Vereinbarung zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung“ umgesetzt (als Zusatzversorgung zur regulären kassenärztlichen Behandlung). **Dieses Versorgungsangebot ist für die Patienten fast aller gesetzlichen Krankenkassen und ihren Angehörigen kostenfrei.**

Laut dieser Vereinbarung haben sich in Westfalen-Lippe in allen Regionen so genannte „Palliativmedizinische Konsiliardienste“ (PKD) entwickelt. Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin sowie Palliativ Care Koordinatorinnen sind in diesen Konsiliardiensten vereint, um in einem Kollegialmodell zusammenzuarbeiten. Diese Ärztenetzwerke binden in ihre Arbeit auch andere Dienstleister wie z. B. ambulante Pflegedienste, ambulante Hospizdienste, Physiotherapeuten, Logopäden usw. mit ein.

Der PKD richtet seinen Blick auf Menschen, die in ihrer gewohnten Umgebung, also dem eigenen Zuhause oder einem Pflegeheim, umfassend versorgt und begleitet werden möchten und können.

Eine, auf die Bedürfnisse der Betroffenen, abgestimmte Begleitung dieser Menschen erfordert ein gutes Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen aus Medizin, Pflege, Hospizdienst, Seelsorge, Beratung und sozialer Arbeit. Nur wenn diese Zusammenarbeit funktioniert und harmoniert, können sich der sterbende Mensch und seine ihm nahestehenden Angehörigen aufgehoben und gut betreut fühlen.



© Sandor Kacso - Fotolia.com

### Wie funktioniert die Anmeldung eines schwerstkranken und sterbenden Menschen im Palliativprogramm?

#### 1. Der Hausarzt ist erster Ansprechpartner.

Die ambulante Versorgung von unheilbar erkrankten Menschen ist in Westfalen-Lippe hausarztzentriert aufgebaut. Das bedeutet, der Hausarzt (oder der behandelnde Facharzt) kann den Patienten mit dessen Einwilligung in das Palliativprogramm einschreiben. In der Regel bleiben die Behandlung des Patienten und die Begleitung der Angehörigen in seiner Hand. Auf der Grundlage der oben genannten Vereinbarung arbeitet er eng mit den Palliativmedizinern, den Patientenkoordinatorinnen und Hospizdiensten zusammen.

#### 2. Der Palliativmedizinische Konsiliardienst MuM Bünde ist für die Hausärzte, Patienten und ihre Angehörigen nach der Anmeldung im Palliativprogramm 24 Stunden erreichbar.

Der Palliativmedizinische Konsiliardienst (PKD) ist ein Zusammenschluss speziell ausgebildeter Ärzte mit erheblicher Erfahrung in der ambulanten Behandlung von Palliativpatienten. Sie garantieren eine 24-Stunden-Erreichbarkeit für die Haus- und Fachärzte des Kreises Herford, um diese in der Versorgung ihrer schwerstkranken Patienten während der letzten Lebensphase zu unterstützen. Die Patienten erhalten mit erfolgter Anmeldung im Palliativprogramm eine Notfalltelefonnummer für ggf. auftretende Krisensituationen außerhalb der Erreichbarkeit / Praxiszeit ihrer Haus- und Fachärzte. Über diese Notfalltelefonnummer können Patienten Kontakt zum diensthabenden Palliativmediziner aufnehmen.

#### 3. Die Patientenkoordinatorin bespricht mit dem Patienten und den Angehörigen das individuelle Betreuungskonzept.

Die Koordinatorinnen sind speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, die im Auftrag des PKD die Betroffenen und ihre Angehörigen zu Hause unterstützen. In Zusammenarbeit mit ihrem Haus- und Facharzt erstellen sie gemeinsam ein individuelles Angebot von erforderlicher Unterstützung. Ziel ihrer Arbeit ist es, dass die Betroffenen so lange wie möglich in gewohnter Umgebung bleiben können. Sofern seitens des Patienten, der Angehörigen und / oder des behandelnden Arztes gewünscht, macht die Koordinatorin des PKD MuM Bünde – nach telefonischer Absprache – einen Hausbesuch bei der Familie des Palliativpatienten. Vor Ort wird sie über die Versorgungsmöglichkeiten informieren. Diese beinhalten u.a. Hilfe bzgl. der Auswahl eines Pflegedienstes, Beschaffung von Hilfsmitteln, Möglichkeiten psychosozialer Unterstützung, Organisation von ehrenamtlicher Begleitung durch den ambulanten Hospizdienst. Auf Wunsch hält die Koordinatorin den Kontakt zu allen in der Begleitung des Patienten eingebundenen Diensten, damit sich Schwerstkranke und ihre Familien in der oft belastenden Situation möglichst gut aufgehoben fühlen.

Bei Fragen stehen Ihnen die Koordinatorinnen gern zur Verfügung.

*Ulrike Wolff*



**Ulrike Wolff**  
PKD MuM Bünde,  
Koordinatorin

### KONTAKT

**Patientenkoordination des PKD:**  
Ulrike Wolff und Silvia Podschun  
(Palliativ Care Fachkräfte)

Terminabsprache über: Tel. 0175 / 8 56 98 68  
Mo – Fr 9.00 bis 16.00 Uhr  
E-Mail: Palliativkoordination@Yahoo.de



# Ambulante Hospizarbeit: Hospizbewegung Herford e.V.

Seit inzwischen 20 Jahren begleiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Herforder Hospizbewegung e.V. Menschen, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden und nur noch eine begrenzte Lebenserwartung haben. Sie unterstützen Betroffene und ihre Angehörigen, auch die letzte Zeit des Lebens in Würde, Achtung und Menschlichkeit zu verbringen – und mit soviel Lebensqualität wie möglich.

Als ambulanter Hospizdienst begleitet die Herforder Hospizbewegung Menschen daheim, d.h. im häuslichen Umfeld und in Pflegeeinrichtungen. Anders als in stationären Hospizen geht es bei der ambulanten Begleitung nicht um medizinische Versorgung, Pflege oder hauswirtschaftliche Hilfen, sondern darum, Betroffenen und ihren Angehörigen psychisch und sozial zur Seite zu stehen, ihnen Zeit und Halt zu geben, ihnen Zuhörer und Gesprächspartner zu sein oder auch das Schweigen miteinander zu teilen. Es geht um Mitmenschlichkeit und

*Dr. Kerstin Volland*

Beistand in einer ausweglosen Situation, in der die Betroffenen nicht selten erleben, dass sich Mitmenschen - oft aus Hilflosigkeit oder Unsicherheit - zurückziehen.

Geleistet werden die Begleitungen von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich zuvor in einem intensiven Qualifizierungskurs auf ihre verantwortungsvolle Aufgabe vorbereitet haben.

Als ehrenamtliches Angebot sind ambulante Hospizbegleitungen kostenfrei. Vermittelt und organisiert werden sie von den beiden hauptamtlichen Koordinatorinnen Susanne Dieckmann und Dr. Kerstin Volland. Sie sind die Ansprechpartner, wenn jemand eine Begleitung in Anspruch nehmen möchte.

Haben Sie Fragen zur ambulanten Hospizbegleitung oder wünschen weitere Informationen? Dann wenden Sie sich gerne an:



**Susanne Dieckmann**  
Koordinatorin



**Dr. Kerstin Volland**  
Koordinatorin

## KONTAKT

### Hospizbewegung Herford e. V.

Auf der Freiheit 13 - 15  
32052 Herford

Ansprechpartnerinnen:  
Susanne Dieckmann, Dr. Kerstin Volland

Telefon: 0 52 21 / 5 51 05  
E-Mail: [info@hospiz-herford.de](mailto:info@hospiz-herford.de)  
Internet: [www.hospiz-herford.de](http://www.hospiz-herford.de)

## Wie halten Sie das aus?

Vielleicht, weil wir nicht persönlich betroffen sind;  
Vielleicht, weil wir dem Leben – in der Arbeit und nach der Arbeit – mehr Bedeutung schenken;

Vielleicht, weil wir manchmal dem Wort Beruf die Endung >> ung << anhängen;  
Vielleicht, weil wir als Team in die gleiche Richtung schauen;  
Vielleicht, weil wir gelegentlich – genauso wie die Kranken – das Sterben und den Tod vergessen;

Vielleicht, weil das Sterben jedes einzelnen Menschen einzigartig und für uns immer wieder anders ist;  
Vielleicht, weil wir davon überzeugt sind, dass diese Arbeit Sinn macht;  
Vielleicht, weil es - Sinn macht – wir die Hoffnung haben, dass jeder von uns manchmal ein Segen sein darf.

Vielleicht.

*Christa Gustson, November 2009*



## IMPRESSUM

### Herausgeber:

Hospizbewegung Herford e.V.  
Auf der Freiheit 13 - 15, 32052 Herford  
Tel.: 0 52 21 / 5 51 05  
[info@hospiz-herford.de](mailto:info@hospiz-herford.de), [www.hospiz-herford.de](http://www.hospiz-herford.de)

### Redaktion:

Dr. Kerstin Volland, Susanne Dieckmann  
Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

### Bankverbindung:

Hospizbewegung Herford e.V.  
Sparkasse Herford  
IBAN DE23 494501200104006978  
BIC WLAHDE44XXX

### Grafische Gestaltung + Satz:

Olga Gorodetski, [www.gorodetski-design.de](http://www.gorodetski-design.de)

### Foto- und Bildrechte, wenn nicht anders vermerkt:

Titelseite: © apops - Fotolia.com  
S.7: marsj / photocase.de  
S.21: neal joup / photocase.d





## „... den Tagen mehr Leben.“

Dieses Motto der Hospizbewegung „Nicht dem Leben mehr Tage sondern den Tagen mehr Leben“ fand ich schon immer sehr einleuchtend! Und als Sozialpädagogin mit viel Berufserfahrung hatte ich auch keine Bedenken, dass mir immer etwas einfallen würde... Im Kursteil „Erfahrungen mit Sterben und Tod“ ging es um das, was den Menschen zuletzt noch bewegt und/oder nicht zur Ruhe kommen lässt, was noch unerledigt ist und ihn vielleicht am Loslassen hindert: etwa ein Herzenswunsch, der unerfüllt blieb oder ein Mensch, den man noch einmal sehen möchte: „den Tagen mehr Leben“ Das also galt es herauszufinden; meine Beschäftigungsideen waren nicht gefragt.

Das alles im Hinterkopf begegnete ich zum ersten Mal Frau K., einer fast 98 jährigen Lehrerin und Schulleiterin: sehr höflich, eher abwartend, sehr zurückhaltend... wir machten ein wenig „Konservation“. Auf Nachfrage war sie mit meinem Wiederkommen einverstanden.

In meiner Unsicherheit versuchte ich es beim nächsten Besuch mit Blumen – daran hatten wir beide Freude. Dabei wurde schnell deutlich, wie wenig Frau K. sehen

konnte. Ich beschrieb und benannte die Blüte unmittelbar vor ihren Augen; dann wurde der Strauß in der Vase arrangiert und hinter die Bilder von Eltern und Elternhaus so gestellt, dass das Kreuzifix nicht verdeckt wurde und sie die Farben sehen konnte. Ihre Anweisungen waren bestimmt und klar und so selbstverständlich, dass ich immer die „Schulleiterin“ hörte: damit konnte ich umgehen.

Aber als ich dachte, der wöchentliche Blumenstrauß sei nun selbstverständlich, kam der Einwand: „So geht das nicht, das wird für sie zu teuer!“ Mein Vorschlag, die 10er Sträuße zu teilen, fand ihre Zustimmung und so hatte ich 2 Jahre lang jede Woche 5 frische Rosen, Tulpen oder Osterglocken in der Stube stehen und Frau K. auch.

Genauso schnell war klar, wie schlecht Frau K. hören konnte. Die vorhandenen „Geräte“ schätzte sie gar nicht, wünschte aber auch keinen Ersatz. Ich gewöhnte mir an, sie nur mit Blickkontakt anzusprechen; aber mit der wachsenden Vertrautheit setzte ich mich neben sie mit dem Arm um ihre linke Schulter und sprach direkt

ins rechte Ohr. Das ging ganz gut, auch wenn ich oft zu hören bekam: „Langsam, langsam!“ Auch diese freundlich bestimmten Korrekturen erinnerten mich an meine Schulzeit und bei meinen zahlreichen Entschuldigungen strahlte sie mich an.

Während der Sommermonate konnten wir mit dem Rollator noch die Wallfahrtskapelle auf dem Parkgelände besuchen. Als wir zum letzten Mal da waren, fiel es Frau K. schon recht schwer. Wir setzten uns zum Ausruhen in eine Bank und ich legte schon gewohnheitsmäßig meinen Arm um sie – gewissermaßen als Polster zwischen der buckligen Frau K. und der harten Rückenlehne und bewegte wohl meine Hand auf ihrem Arm auf und ab. Da kam von Frau K. ganz ruhig ein einziger Satz: „Streicheln – als ob ich darauf gewartet hätte.“ Und dann wollte sie in ihr „schönes Zimmer“ zurück, wie sie es immer nannte.

Sicher hatte Frau K. ihren Lebensmittelpunkt im Glauben – aber wer „streichelte“ sie manchmal, wer hatte sie lieb und wem konnte sie ihre Liebe geben? Ihre jüngste Schwester war vor einem Jahr als vorletzte von 8 Geschwistern gestorben und alle Nichten und Neffen wohnten nicht in der Nähe. Blieben also nur die PflegerInnen im Heim und einmal in der Woche für 2-3 Stunden Frau Müller vom Hospizdienst?

Allerdings lag immer irgendwo Post herum, oft ungeöffnet. Ich bekam die Erlaubnis zum Öffnen und Vorlesen und nach geraumer Zeit war Frau K. auch einverstanden, die Karten zu beantworten. Ich hatte eine schöne Ansicht vom Heim entdeckt und die wollte sie gern verschicken: „...da sehen sie, wir schön ich es hier habe.“ So avancierte ich zu ihrer „Sekretärin“: Frau K. diktierte flott und jetzt musste ich sagen „langsam, langsam.“

Eine regelmäßige Korrespondenz entwickelte sich mit einer Ordensschwester in Berlin, die wiederum Grüße von 3-4 anderen Schwestern ausrichtete. Frau K. wurde immer interessierter und erkundigte sich schließlich gezielt nach einer früheren Freundin. Die war inzwischen in eine Dependance umgezogen und von Herford durchaus zu erreichen – allerdings nur mit dem Auto! Frau K. war glücklich und traurig über diesen neuen Kontakt: telefonieren ging gar nicht und eine Fahrgele-

genheit war nicht in Sicht. Und ich musste wirklich ärgerlich denken: nun hatten die Tage mehr Leben, aber es konnte nicht „gelebt“ werden.

Aber plötzlich kam Bewegung in die Sache: ein ehemaliger Schüler hatte sich bei seiner alten Lehrerin gemeldet und die gab den Besuchswunsch an Frau K. weiter, der ehemaligen Schulleiterin. Das lief alles telefonisch über mich: Als erstes wurde der Besuch von Frau K.s Freundin ermöglicht – mein Bruder holte sie mit dem Auto ab. Dann kam der jetzt pensionierte „Schüler“ mit chinesischer Frau zu Besuch: „leben“ heißt wohl wirklich „Begegnung“: Frau K. strahlte und war glücklich.

Ihre liebe Freundin ließ Frau K. beim ersten Besuch gar nicht mehr los und dem ehemaligen Schüler berichtete sie, was sie vor ca. 50 Jahren mit seinem Vater über ihn und seinen Bruder besprochen hatte! Es waren beeindruckende Begegnungen und ein Erlebnis für mich: so viel Leben, Lebendigkeit und Fröhlichkeit steckte in dieser alten Dame!

Wenige Wochen danach wurde sie 100 Jahre alt. Mein Bruder holte Frau K.s Freundin noch einmal zum Besuch und wir verabredeten beim Abschied den 20. Mai für's nächste Zusammensein.

Aber den Tag erlebte sie nicht mehr: es war das Datum ihrer Beerdigung.

Margrit Müller



**Margrit Müller**

Begleiterin bei der Hospizbewegung Herford e.V.



# Infobox überregionale Beratungsstellen

## ALPHA-Westfalen

Friedrich-Ebert-Str. 157-159  
48153 Münster  
Tel.: 0251 / 23 08 48  
Fax: 0251 / 23 65 76  
E-Mail: alpha@muenster.de  
www.alpha-nrw.de

ALPHA ist die Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. Mit zwei Geschäftsstellen in Bonn für das Rheinland und in Münster für Westfalen-Lippe leistet ALPHA Beratungs- und Informationsarbeit. ALPHA begleitet strukturelle Prozesse in der hospizlichen und palliativen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Im Auftrag und mit Förderung des Landes Nordrhein-Westfalen unterstützt und begleitet ALPHA zudem Forschungsvorhaben, deren Ziel es ist, sterbende Menschen mit verschiedenen Problemlagen gut zu versorgen.

## Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

Aachener Straße 5  
10713 Berlin  
Tel.: 030 - 820 07 58-0  
E-Mail: info@dhpv.de  
www.dhpv.de

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) wurde 1992 unter dem Namen Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. als gemeinnütziger Verein gegründet. Er vertritt die Belange schwerstkranker und sterbender Menschen, ist die bundesweite Interessensvertretung der Hospizbewegung sowie der zahlreichen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland.

## Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

Aachener Str.5  
10713 Berlin  
Tel.: 030 / 30 10 100 0  
Tel.: 030 / 30 10 100 16  
E-Mail: dgp@dgpalliativmedizin.de  
http://www.dgpalliativmedizin.de

Die im Juli 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) hat nach ihrer Satzung die Aufgabe, Ärzte und andere Berufsgruppen zur gemeinsamen Arbeit am Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche Versorgung der Patienten zu fördern.

## Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V

Geschäftsstelle des HPV NRW  
Im Nonnengarten 10  
59227 Ahlen  
Tel.: 0 23 82 / 76 00 765  
E-Mail: info@hospiz-nrw.de  
www.hospiz-nrw.de

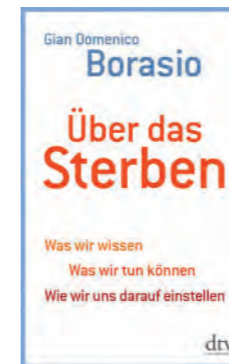
Zu den Aufgaben des Verbandes gehören:

- Förderung und Weiterentwicklung der Hospizidee als Haltung;
- Entwicklung und Förderung einer flächendeckenden ganzheitlichen Hospiz- und Palliativversorgung in NRW;
- Vertretung der Mitgliedseinrichtungen auf Landesebene in Politik und Gesellschaft;
- Beratung und Koordination in den Bereichen Befähigung, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern;
- Qualitätsentwicklung in der Palliativversorgung und Hospizarbeit.



**Monika Müller (2004): Dem Sterben Leben geben: Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg**

Ein Buch, das Mut macht. Wer Sterbende begleitet, begibt sich in einen intensiven persönlichen und zwischenmenschlichen Prozess hinein, in dessen Verlauf sich je nach Sensibilität und Dichte der Kommunikation eine veränderte Spiritualität des Begleitenden wie des Begleiteten - im schönsten Fall sogar eine gemeinsam entwickelte - ergeben kann. Für ein solches Hineinwachsen ist dieses Buch geschrieben: Wo in einem intensiven Begleitungsprozess trennende Grenzen verschwinden, kann die Spiritualität zum Halt und Rahmen werden, kann der Begleitende in seinen eigenen Lebens- und Sterbeprozess „hineinreifen“. (Verlagsinfo)



**Gian Domenico (2013): Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen**

Gian Domenico Borasio ist Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne und Lehrbeauftragter für Palliativmedizin an der Technischen Universität München. Er gilt als einer der führenden Palliativmediziner Europas. Ihm ist es maßgeblich zu verdanken, dass sich heute jeder Medizinstudent in Deutschland in seiner Ausbildung mit der Begleitung Sterbender und ihrer Familien auseinandersetzen muss. Seit vielen Jahren steht Gian Domenico Borasio für eine Medizin am Lebensende, die das Leiden lebensbedrohlich Erkrankter lindert, ihre Lebensqualität und die ihrer Angehörigen verbessern will – statt künstlich den Sterbeprozess zu verlängern. In seinem Buch beschreibt er, was wir heute über das Sterben wissen und welche Mittel und Möglichkeiten wir haben, unsere Angst vor dem Tod zu verringern sowie uns auf das Lebensende vorzubereiten.



**Andreas S. Lübke (2014): Von der Kunst, Menschen in ihrem Sterben zu begleiten - Erfahrungen auf einer Palliativstation**

Wie wollen wir sterben? Andreas Lübke, Onkologe und Palliativmediziner, erzählt von der Kunst, Sterbende an ihrem Lebensende zu begleiten. So, dass sie sich geborgen fühlen. Dass auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird. Dass das Leben bis zuletzt lebenswert ist. – Vor über 15 Jahren baute Lübke eine Palliativstation auf, die er bis heute leitet. Von den Patienten und ihren Schicksalen, vom Umgang mit dem Sterben, von den Defiziten unseres Gesundheitssystems und den Möglichkeiten der Palliativmedizin berichtet er auf berührende Weise. Ein engagiertes Plädoyer dafür, worauf es ankommt: den Menschen.





© ts-grafik.de / photocase.de

# Veranstaltungen

## „3. Herforder Hospiznacht“

**Freitag, 28. August 2015, 20.00 Uhr**  
**Johanniskirche, Neuer Markt 1, 32052 Herford**  
 PROGRAMM  
 „Best of Renzel & Gretel“  
 - Vorsicht, Lachen könnte Ihnen gut tun!  
*Klaus Renzel, Musiker, Clown, Pantomime aus Köln*

## 20 Jahre Hospizbewegung Herford e. V.

**Montag, 31. August 2015, 18.30 Uhr**  
**Elisabeth-von-der-Pfalz-Berufskolleg, Löhrrstr. 2, 32052 Herford**  
 PROGRAMM  
 Vortrag „Wege durch den Schmerz - Ganzheitlicher Ansatz in der Palliativmedizin“  
*Dr. Herbert Kaiser, Facharzt für Innere Medizin, Onkologie und Palliativmedizin am Klinikum Gütersloh*  
 Vortrag „Zuhause ist es doch am Schönsten?! – Ethische Betrachtungen zum Lebensende in der ambulanten Palliativversorgung“  
*Prof. Dr. Traugott Roser, Praktische Theologie, Fakultät für Evang. Theologie, Münster*

## Einführungskurs in die Sterbebegleitung

Samstag, 19. Sept. 2015, 9.00 - 16.00 Uhr  
 22. Sept. 2015 - 24. Nov. 2015, immer dienstags 17.00 - 20.00 Uhr  
 Samstag, 28. Nov. 2015, 9.00 - 16.00 Uhr  
 Johannes-Haus, Auf der Freiheit 13-15, 32052 Herford

## “Tomorrow is the Question“

**Montag, 2. November 2015, 20.00 Uhr**  
**Jakobikirche, Radewigerstr. 12, 32052 Herford**  
 PROGRAMM  
*Andreas Kaling, Bass-Saxophon + Christine Grunert, Tanz*  
 Modernstes Musik-Tanz-Theater

## „Sterben in Würde“

**18. April 2016, 19.30 Uhr**  
**Der Veranstaltungsort ist noch nicht bekannt**  
*Prof. Dr. Ralf Stoecker, Professor für Praktische Philosophie, Universität Bielefeld*

Wenn Sie mehr über die Hospiz-idee erfahren wollen oder sich für Themen im Zusammenhang mit Tod und Trauer interessieren, sind Sie herzlich zu den öffentlichen Veranstaltungen der Hospizbewegung Herford eingeladen.

Weitere Veranstaltungen und die dazugehörigen Informationen finden Sie unter

[www.hospiz-herford.de](http://www.hospiz-herford.de)

# HOSPIZBEWEGUNG HERFORD e.V. im Überblick

## Hospizarbeit

- Wir begleiten schwerkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen
- Wir unterstützen und entlasten Angehörige und Pflegende
- Wir nehmen uns Zeit, um dazubleiben, miteinander zu reden, zu hören, vorzulesen oder zu schweigen
- Wir besuchen Sie auch in der Zeit der Trauer
- Wir arbeiten ergänzend zu den schon behandelnden und begleitenden Diensten
- Wir arbeiten ehrenamtlich, die Begleitung ist für die Betroffenen kostenlos

## Begleitung von Sterbenden und Angehörigen

- Zuhause
- In Alten- und Pflegeheimen
- Im Klinikum
- Auf der Palliativstation

## Der Verein

- 40 Menschen begleiten Schwersterkrankte und Sterbende
- 160 Menschen unterstützen durch Mitgliedschaft
- Der Vorstand leitet und trägt die Verantwortung
- 2 hauptamtliche Mitarbeiterinnen koordinieren

## Unterstützung für ehrenamtliche Mitarbeiter/innen

- Einführungskurs in die Sterbebegleitung
- Supervision und Gruppentreffen
- regelmäßige Fortbildungen der ehrenamtlich Tätigen
- Persönliche Begleitung durch die Koordinatorinnen

## Vernetzung mit

- den 9 Alten- und Pflegeheimen
- dem Palliativmedizinischen Konsilliardienst Mumm
- dem Klinikum Herford
- der Palliativstation Herford
- den ambulanten Pflegediensten
- mit anderen sozialen Einrichtungen

## Öffentlichkeitsarbeit

- Offene Montage
- Fortbildung für Mitarbeiter/innen in sozialen Einrichtungen
- Unterrichtsbegleitende Projekte an Schulen
- Informationsveranstaltungen, als Angebot für alle an unserer Arbeit oder an entsprechenden Themen interessierten Menschen



Susanne Dieckmann und Dr. Kerstin Volland  
 Koordinatorinnen

## KONTAKT

**Hospizbewegung Herford e. V.**  
 Auf der Freiheit 13 - 15  
 32052 Herford

Telefon: 0 52 21 / 5 51 05  
 E-Mail: [info@hospiz-herford.de](mailto:info@hospiz-herford.de)  
 Internet: [www.hospiz-herford.de](http://www.hospiz-herford.de)

## Bürozeiten:

Mo, Di, Mi, Fr: 09.00 - 11.00 Uhr  
 Do: 15.00 - 17.00 Uhr



## Sie können uns helfen:

- durch Ihre aktive oder passive Mitgliedschaft
- durch ehrenamtliche Mitarbeit
- durch Ihre Spende




Vorname

Name

Straße / Haus-Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

### Bitte zutreffendes ankreuzen

- Ich möchte Mitglied werden
- Ich unterstütze die Ziele der Hospizbewegung mit einer freiwilligen Spende von \_\_\_\_\_ EUR jährlich
- Ich überweise den Betrag auf das Konto der Hospizbewegung e. V. bei der Sparkasse Herford  
IBAN DE23 494501200104006978  
BIC WLAHDE44XXX
- Ich möchte den Betrag abbuchen lassen  
(Bitte die Einzugsermächtigung ausfüllen)

Ort / Datum

Unterschrift

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich widerruflich die Hospizbewegung Herford e.V. meine Spende von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber/in

Bankinstitut

Konto-Nr.

BLZ

IBAN

BIC

Der Jahresbeitrag wird jährlich zum 01.06. eingezogen.

Ort / Datum

Unterschrift

Diese Seite bitte ausschneiden und senden an:  
Hospizbewegung Herford e. V.  
Auf der Freiheit 13 - 15  
32052 Herford



© Patrick Hollerbach / aboutpixel.de

### Danke ...

*für die großzügigen Spenden, die zugunsten der hospizlichen Arbeit bei uns eingegangen sind. Ohne Ihre hilfreiche finanzielle und die damit verbundene ideelle Unterstützung kann unsere Arbeit dauerhaft nicht geleistet werden.*

### Danke ...

*im Namen aller ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Hospizbewegung Herford e.V. und besonders auch im Namen der schwerstkranken Menschen und ihrer Familien.*

### Danke ...

*an Alle, die diese Ausgabe mit Ihren Artikeln, Beiträgen und Ihrer Mitarbeit ermöglicht haben.*





## SPENDENKONTO:

Hospizbewegung Herford e.V.

Sparkasse Herford

IBAN DE23 494501200104006978

BIC WLAHDE44XXX



## HOSPIZBEWEGUNG HERFORD e.V.

Auf der Freiheit 13-15 • 32052 Herford • Telefon: 0 52 21 / 5 51 05

E-Mail: [info@hospiz-herford.de](mailto:info@hospiz-herford.de) • Internet: [www.hospiz-herford.de](http://www.hospiz-herford.de)