

*Kooperation zwischen  
ambulanten Hospizdiensten und  
Einrichtungen der stationären Altenhilfe*



Ansprechstelle im  
Land NRW zur  
Palliativversorgung,  
Hospizarbeit und  
Angehörigenbegleitung  
Landesteil Westfalen Lippe



*Kooperation zwischen  
ambulanten Hospizdiensten und  
Einrichtungen der stationären Altenhilfe*

**Herausgeber:**

Ansprechstelle im

Land NRW zur

Palliativversorgung

Hospizarbeit und

Angehörigenbegleitung

im Landesteil Westfalen-Lippe

Friedrich-Ebert-Straße 157-159

48153 Münster

Tel.: 02 51 - 23 08 48

Fax: 02 51 - 23 65 76

E-Mail: [alpha@muenster.de](mailto:alpha@muenster.de)

Internet: [www.alpha-nrw.de](http://www.alpha-nrw.de)

ALPHA Westfalen-Lippe 2012

**Druck:** Druckhaus Stegemöller, Münster

**Layout:** art applied, Medienproduktion Hennes Wegmann  
Münster

**Auflage:** 1000

---

# Inhalt

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Einleitung</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Geschichtliche Entwicklung der stationären Altenhilfe in Deutschland</b><br>Julia Bloech                | <b>5</b>  |
| <b>Hospizverein Marl und Philipp-Nicolai-Haus in Marl</b><br>Susanne Wittstamm und Christoph Mihm          | <b>16</b> |
| <b>Ambulanter Hospizdienst OMEGA Unna</b><br>Klaus Koppenberg  | <b>24</b> |
| <b>Ökumenisches Ambulantes Hospiz Rheine</b><br>Anna Zeitler-Schlöder                                      | <b>30</b> |
| <b>Hospizkreis Minden</b><br>Helmut Dörmann  | <b>40</b> |
| <b>Ambulanter Hospizdienst OMEGA Bocholt/Rhede/Isselburg</b><br>Christiane Roeterink und Christiane Egbert | <b>46</b> |
| <b>Hospizbewegung Münster</b><br>Dieter Broekmann und Gabriele Knuf-Siegler                                | <b>50</b> |
| <b>Mustervertrag</b>   | <b>52</b> |
| <b>Autoren</b>   | <b>55</b> |
| <b>Literaturbeispiele</b>  | <b>56</b> |

## Vorwort

Die den Bedürfnissen angemessene Begleitung sterbender Bewohnerinnen und Bewohner war immer schon Auftrag der Altenhilfeeinrichtungen. Mit der Möglichkeit der Einbeziehung ambulanter Hospizdienste eröffnete sich eine neue Perspektive, die auf unterschiedliche Weise genutzt wird.

Die Arbeit in Altenhilfeeinrichtungen hebt sich in weiten Teilen von der Hospizarbeit in ambulanten Strukturen ab, bedarf der Berücksichtigung der stationären Strukturen und dadurch besonderer Absprachen.

Da immer wieder die Frage an uns herangetragen wurde, wie Kooperation mit Altenheimen gelingen kann, haben wir Hospizkoordinatoren befragt, die mit gut funktionierenden Modellen arbeiten. Im Rahmen einer Veranstaltung haben diese über ihre Erfahrungen berichtet und ihre Vorgehensweisen vorgestellt.

Es wurden gewachsene und regional bedingte Unterschiede, aber ebenso Rahmenbedingungen und personelle Strukturen beschrieben, die für alle Kooperationen gleichermaßen eine zentrale Rolle spielen. Die Darstellung dieser Thematik in Form der Referate ermöglicht einen Einblick in die verschiedenen Kooperationsmodelle und kann Impulse geben für all jene Hospizdienste aber auch Einrichtungen der Altenhilfe, die sich noch auf den Weg machen.

Eingeleitet und damit gleichsam abgerundet werden diese Beiträge durch den Rückblick in die Geschichte der stationären Altenhilfeeinrichtungen in Deutschland. Dieser historische sowie organisationstheoretische Blick trägt dazu bei, dass sich den Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeitern die scheinbar fremde Welt dieser Einrichtungen erschließt, und stellt damit einen wichtigen Baustein im Prozess der Annäherung und Kooperation dar.

Gerlinde Dingerkus  
ALPHA-Westfalen

# Geschichtliche Entwicklung der stationären Altenhilfe in Deutschland



Julia Bloech

Ich danke Ihnen herzlich für die Einladung zu der heutigen Tagung. Meine Idee im Vorfeld und in der Vorbereitung des Vortrages war, einen „theoretischeren“ Zugang zur stationären Altenhilfe zu erschließen, als wir Koordinatoren es normalerweise in der alltäglichen Praxis tun. Denn es ist ja so, so geht es Ihnen vermutlich auch, dass Sie oder die Ehrenamtlichen immer mal wieder aus den Altenheimen zurückkommen und denken, die Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind „irgendwie komisch“ d.h. Ihnen fremd, die Zusammenarbeit „klappt irgendwie nicht“, das Personal habe erschreckend wenig Zeit zur Verfügung oder, oder ...

Diese Szenen und Situationen erleben wir immer wieder in der praktischen Begleitarbeit. Vor dem Hintergrund dieser Wahrnehmung entstand die Idee, die geschichtliche Entwicklung der stationären Altenhilfe sowie organisationstheoretische Zugänge zu nutzen, um die Alten- und Pflegeheime als durchaus „fremde Welt“ zu erschließen und zu begreifen.<sup>1</sup>

Ich werde diese beiden Zugänge nur oberflächlich anreißen können in der kurzen Zeit des Impulsreferates, aber ich würde mich freuen, wenn Sie neugierig würden, sich mit der „fremden Welt Alten- und Pflegeheim“ auch zukünftig immer einmal auseinander zu setzen, weil diese Perspektive die Möglichkeiten bietet, die Institution Alten- und Pflegeheim in ihrer Vielfältigkeit besser zu verstehen.

Altenheime als ‚fremde Welt‘ zu sehen kann dazu beitragen, die Institution in ihrer Vielfalt besser zu verstehen.

Als erstes möchte ich Ihnen gern einen kurzen historischen Überblick geben, der sich gliedert in:

<sup>1</sup> Koch-Straube(1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Hans Huber Verlag. Bern

Phase 1: frühchristliche Zeit bis Ende 2. Weltkrieg und in  
Phase 2: von 1945 bis heute

Dann möchte ich Ihnen einen kurzen organisationstheoretischen Überblick geben, der sich gliedert in:

Phase 1: E. Goffman und M. Foucault  
Phase 2: H. Rosa

## **Historischer Überblick**

### **Phase 1: frühchristliche Zeit bis Ende 2. Weltkrieg**

Am Anfang hat sich institutionelle Versorgung hilfebedürftiger Menschen unabhängig von den spezifischen Bedürfnissen alter Menschen selbst entwickelt. Alte Menschen haben über viele Jahrhunderte keine gesonderte Versorgung genossen und sind gemeinsam mit Arbeitsunfähigen, Bettlern, Kriminellen oder psychisch Kranken in Hospitälern, Stiften und Armenhäusern versorgt worden. Entsprechend bildet auch die Geschichte der Alten- und Pflegeheime in der Sozialgeschichte nur eine Randerscheinung.<sup>2</sup> „Den Terminus ‚alt‘ bzw. ‚ältere‘ Menschen heute zu verwenden, assoziiert beim Betrachter ganz unmittelbar die Erwartung, dass man mit klaren chronologischen Markierungen operiert und dass eben die Chronologisierung das Unterscheiden und Trennen identifizierbarer Gruppen erlaubt, die dann Gegenstand sozialpolitischer Interventionen und administrativer Entscheidungen sind.“<sup>3</sup>

Richtig ist, dass alte, hilfebedürftige Menschen bereits im Mittelalter Spenden, Almosen und bei Bedarf eine Unterkunft bekamen. Hauptmerkmal der mittelalterlichen Versorgung der Armen ist jedoch ein zufälliges und ungeordnetes Almosengeben. Die Frage, ob Alte unter den Armen eine eigenständige Bevölkerungsgruppe darstellen, die einer besonderen Rücksichtnahme bedürfen, ist hierbei aus theologischer und weltlicher Sicht gleichgültig.<sup>4</sup> Die Armenpflege in der vorreformatorischen Zeit wird

---

2 siehe P. Borscheid 1989, H.-J. von Kondratowicz 1990, F. Tennstedt 1999, L. Rosenmayer 1999 u.a.

3 H.-J. von Kondratowicz(1990): Das Alter – eine Last. Die Geschichte einer Ausgrenzung, dargestellt an der institutionellen Versorgung des Alters 1880-1933. In: Friedrich Ebert-Stiftung (Hrsg.): Archiv für Sozialgeschichte. Bonn, S. 106f.

in erster Linie um des eigenen Seelenheils willen besorgt und nicht um das Los der Armen nachhaltig zu verbessern. Entsprechend gibt es kein systematisches Vorgehen. Während für manche Spitäler durch Stiftungen reichlich gesorgt ist, herrscht auf dem flachen Land z.B. oftmals große Not. Dieser gesellschaftliche Umgang gilt auch für die frühen Hospize.

Das Alter war also über viele Jahre keine Rechtfertigung für besondere Leistungsansprüche. Entsprechend sahen die damaligen Einrichtungen aus, in denen alte Menschen unterkamen: Hierzu möchte ich zwei Zitate aufführen, die diese Haltung deutlich machen:

„Das Zuchthaus des frühen 18. Jahrhunderts ist Unterbringungsort für alle, die die Gemeinschaft in ihren Reihen nicht halten können- ungesondert Kranke, Geistesschwache, Waisen, Rechtsbrecher, Dirnen und hilflose Alte“. (Koch-Straube, 1997)

Und ein weiteres Zitat:

„Bis zu 300 Personen mit unterschiedlichsten Vorgeschichten und Krankheitsbildern werden in den zentralisierten Fürsorgeanstalten zusammengefasst. In diesem Sommer waren in den zwei Häusern neben den zweihundert Hochbetagten und Altersschwachen, 20 Gelähmte, 10 Verkrüppelte, 4 Blinde, 4 Blöde, 1 Epileptiker und 2 Taube.“ (Koch-Straube, 1997)

Diese dargestellten ersten Heime, in denen alte, hilfebedürftige Menschen untergekommen sind, basieren auf den Prinzipien:

- Ausgrenzung,
- Verwahrung und
- Disziplinierung

Interessant ist, dass heutige Ehrenamtliche zuweilen von Ausgrenzung und Verwahrung sprechen, wenn sie von ihren Begleitungen in der stationären Altenhilfe berichten. Es ist möglich, dass sich ihre Wahrnehmung zum Teil auf die hier dargestellten frühen Wurzeln der stationären Altenhilfe beziehen.

---

4 G. Göckejan(2000): Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Suhrkamp Verlag. Frankfurt a.M.,



Vor dem Hintergrund dieser Ausführung kann für Alten- und Pflegeheimen festgehalten werden, dass unser Wunsch vom „warmen Nest, in das sich die alten Menschen fallen lassen können“<sup>5</sup>, nicht auf einer Jahrhunderte alten Vorstellung fußt. Im Gegenteil gründete die Versorgung alter Menschen über viele Jahrhunderte nicht auf der Bearbeitung spezifischer Problemlagen alter Menschen, sondern auf der zusammenfassenden Versorgung aller bedürftiger Personengruppen (vom Bettler bis zum Geisteskranken), die nicht erwerbstätig sein konnten.<sup>6</sup>

## Phase 2: von 1945 bis heute

Es ist also eher eine sehr kurze Entwicklungsphase vom Zweiten Weltkrieg bis heute, die die uns bekannte stationäre Altenhilfe ausgeformt hat. Doch bevor wir uns der Gegenwart zuwenden, muss ich leider noch ein sehr dunkles Zwischenkapitel der stationären Altenhilfe ansprechen. Die Versorgung alter Menschen erreicht im 2. Weltkrieg einen historischen Tiefpunkt. Es kommt zu Unterbringungen in Massen-Unterkünften und dort zu einem gezielten „Verhungern-Lassen“ alter Menschen. Das ist ein Thema, was bis heute nicht gern ‚angefasst‘ und immer noch verdrängt wird. Den hilfebedürftigen alten Menschen wurde während des Naziregimes zeitweise hart zugesetzt. Wie das unter anderem gemacht wurde, möchte ich Ihnen durch zwei Zitate verdeutlichen:

Die Versorgung alter Menschen während des Zweiten Weltkrieges stellt ein dunkles Kapitel der Geschichte dar.

„Es soll (...) eine völlig fettlose Kost, so z.B. im Wasser gekochtes Gemüse gereicht werden. Die Wirkung sollte ein langsamer nach Ablauf von etwa drei Monaten eintretender Tod sein. Ein Küchenzettel (...) ist ausgehändigt worden.“ (Koch-Straube, 1997)

Ein Krankenseelsorger aus Weilmünster berichtet von den Folgen: „Sie bekamen nur Gemüse, sind auf den Stationen weithin eingegangen, hatten dauernd Durchfall. Die Wäsche reicht nicht mehr, die Betten waren durchgefault, die Matratzen. Da die Betten durchgefault waren, lagen die

<sup>5</sup> U. Koch-Straube (1997), a.a.O., S. 366

<sup>6</sup> Hierbei ist gleichgültig, ob es sich um materielle Probleme wie Unterkunft und Versorgung handelt, oder um immaterielle Probleme wie z.B. Einsamkeit.

Sterbenden in Badewannen im Wasser. (...), das Wasser grüngefärbt und mit Kot. Sie waren nur noch Haut und Knochen, Haut und Knochen.“ (Klee 1983)

Ich bin davon überzeugt, dass wir dieses dunkle Kapitel der Geschichte immer noch in unserem kollektiven Bewusstsein tragen. Und ich glaube weiter, dass das, was ich hier gerade nur ganz kurz angerissen habe, immer noch als Verletzung mitschwingt. Vielleicht können wir als außenstehende hospizliche Gäste in Alten- und Pflegeheimen die eine oder andere menschliche Überforderung in der gegenwärtigen, stationären professionellen Versorgung alter Menschen besser verstehen oder sogar verzeihen, wenn wir uns klar machen, aus welcher Tragödie sich die stationäre Altenhilfe innerhalb der letzten siebenzig Jahre zu befreien versucht.

Die stationäre Altenhilfe musste sich innerhalb der letzten siebenzig Jahre aus einer Tragödie befreien.

Auch nach dem Ende des 2. Weltkriegs wurden die Alten provisorisch in Baracken oder Garagen untergebracht und als letzte Bevölkerungsgruppe aus ihrer unmenschlichen Lage befreit. Erst in den 1950er und 1960er Jahren beginnt eine ganz neue Periode der stationären Versorgung alter Menschen. Ab hier werden alte Menschen mit materiellen, sozialen und psychischen sowie körperlichen Bedürfnissen als eigenständige Bevölkerungsgruppe wahrgenommen und versorgt. Das wichtigste Signal für den neuen Stellenwert alter Menschen in der Bundesrepublik und entsprechender Einrichtungen drückt sich erst in der Verankerung des „Altenhilfe-Passus“ im Bundessozialhilfegesetz von 1962 aus. Auch die Länder beginnen eine gezielte Altenhilfe zu betreiben und moderne, d.h. große Alten- und Pflegeheime auf der „grünen Wiese“ zu bauen. Dabei orientieren sie sich konzeptionell an den Krankenhäusern und medizinisch-gerontologisch fundierten Leitlinien. In den 1970er und 1980er werden die Strukturen der Heime erneut in Frage gestellt. Ein verändertes Altersbild, Sozialkritik und die Prognose einer „Psychiatisierung“ der Heime führt im Bereich der stationären Altenhilfe zu einem Perspektivwechsel. Als eine wesentliche Konsequenz soll das Heimleben den Verhältnissen außerhalb der Einrichtungen angepasst werden. In diesem Zusammenhang entsteht das Konzept der Gemeindeorientierung.<sup>7</sup> Durch Versuche,

<sup>7</sup> E. Goffman(1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer PatientInnen und anderer Insassen. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main

lebensweltorientierte Pflegekonzepte zu entwickeln, sollen bisherige krankenhausorientierte Pflegemodelle abgelöst werden. Entsprechendes Ziel ist es, die stationäre Altenhilfe an die Bedürfnisse der alten Menschen anzupassen. Die neuen Leitlinien lauten:

- Teilhabe
- Lebensweltorientierung und
- Gerontologisierung

Durch die aufgezeigte Annäherung an die Altersgruppe der hilfebedürftigen, alten Menschen und durch wissenschaftliche Erkenntnisse konnte man ab diesem Zeitpunkt den Menschen gerechter werden. Hier stellt sich die Frage: Ist nun alles gut? Nein! Denn seit Ende der 1980er Jahre zeigt sich, dass sich die Zugangsvoraussetzungen, die Klientel und die sozialpolitische Leistungsbereitschaft erneut zum Negativen verändern. Trotz einiger Erfolge wie der Stärkung der Bewohnerinnen und Bewohner durch den neuen ‚KundInnenstatus‘ oder durch neue Qualitätsmaßstäbe erfährt die Institution Alten- und Pflegeheim ebenfalls große Einschnitte. Denn das Pflegeverständnis der Pflegeversicherung ist an der kostengünstigen Grundpflege orientiert. Das in den 1980er Jahren geforderte und Anfang der 1990er Jahre teilweise umgesetzte, aufwändige aber ganzheitliche Pflegekonzept in der stationären Altenhilfe kann nicht mehr umgesetzt werden. Es kommt zu einer Ökonomisierung der stationären Altenhilfe. Zudem verfügen viele alteingesessene Einrichtungen weiterhin nur über ein vollstationäres Platzangebot, obwohl sie sich in flankierende Versorgungsangebote auf Quartiersebene integrieren und dort niedrigschwellige Aufgaben übernehmen sollen. Statt gesellschaftlich zu partizipieren, differenzieren sie sich weiter aus, mit dem Trend zu reinen Pflege- und Sterbeeinrichtungen.

## **Organisationstheoretischer Überblick**

Das, was Sie bisher gehört haben, war eine knappe historische bzw. sozialpolitische Betrachtung. Nun geht es noch einmal um den organisationstheoretischen Überblick. Es macht durchaus Sinn, gerade in unserem Beruf und mit unserem Hintergrund, sich immer wieder mit der Organisationstheorie auseinander zu setzen. Auch wenn wir in der Praxis das

TZI-Modell zu Grunde legen (wir kümmern uns vorrangig um die Bewohnerinnen und Bewohner und um die Angehörigen, also die Menschen), müssen wir nach meiner Meinung auch explizit die Organisation in Augenschein nehmen. Die Institution, diesen ganz besonderen Ort, möchte ich mir mit Ihnen gerne zum Ende des Impulsreferates noch einmal genauer anschauen.

Das erste passende Organisationsmodell zur ersten geschichtlichen Phase: E. Goffmans „totale Institution“<sup>8</sup> gilt von der frühchristlichen Zeit bis zum zweiten Weltkrieg. Es drückt sich durch folgende Merkmale aus:

- Das Leben von alten Menschen, die sich nicht mehr selber versorgen und ernähren konnten, fand an ein und demselben Ort und unter einer Autorität statt.
- Die alten Menschen lebten in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen.
- Allen wird eine gleich (schlechte) Behandlung zuteil und alle Betroffenen (ob körperlich eingeschränkt oder nicht) müssen die gleichen Tätigkeiten verrichten.
- Alle Phasen des Tages sind exakt geplant, dabei geht eine Phase in die nächste über. Explizite Regeln, erzwungene Tätigkeiten, ein rationaler Plan der Organisation prägen die „frühen Anstalten.“

Bevor ich angefangen habe, mich mit der der Institution Alten- und Pflegeheim wissenschaftlich auseinanderzusetzen, war ich als Sozialarbeiterin in einem Altenheim tätig. Dort habe ich oft gedacht: „Nun ist es auch in der Praxis bewiesen! Das gegenwärtige Altenheim ist tatsächlich immer noch eine totale Institution, wie ich es schon im Studium gedacht habe...“ Während der theoretischen Einarbeitung in das Thema merkte ich jedoch, dass ich diese Wahrnehmung/Interpretation nicht mehr so stehen lassen kann. Trotz dieser Darstellung muss klar sein, dass das klassische Konzept der totalen Institution nicht mehr auf gegenwärtige Alten- und Pflegeheime angewendet werden kann. Dennoch sollte mit zentralen Aussagen E. Goffmans bezüglich der zukünftigen Weiterentwicklung der stationären Altenhilfe weiterhin sensibel umgegangen werden. Die vorrangige Orientierung an institutionsgeleiteten Zielen, Normen und Arbeitsstruk-

---

8 M. Foucault (1994): Überwachen und Strafen. Suhrkamp Verlag. Frankfurt a.M.

turierungen kann zu „entfremdeten“ Lebens- und Arbeitsbedingungen führen.

Die Ausbürgerung alter Menschen brachte gleichzeitig eine Humanisierung der Versorgung mit sich.

Das zweite passende Organisationsmodell zur ersten geschichtlichen Phase: M. Foucaults „Überwachen und Strafen“, soll ebenfalls kurz angerissen werden. Foucault rekonstruiert die

Entstehung sozialer bzw. verwahrender stationärer Einrichtungen und zeigt auf, dass es seit dem Mittelalter bis in die Moderne hinein eine Ausbürgerung bestimmter Personengruppen, wie den sogenannten Irren, Verbrechern oder alten Menschen gab. Interessant für uns ist nun (und vielleicht auch ein wenig verwirrend), dass es durch diese Ausgrenzung in Asylen, Anstalten und anderen Heimen im selben Augenblick zu einer „Humanisierung“ der genannten Personengruppen kommt. Denn die Institutionen begegnen den Abweichungen von nun an mit grenzziehender Vernunft. In dieser Menschen ausschließenden und zu gleich normalisierenden Entwicklung liegt nach Foucault die Wurzel eines gesellschaftlichen Zivilisierungsprozesses, von dem auch die alten Menschen gewissermaßen profitieren.<sup>9</sup>

Gegenwärtig scheint es, als ob der alte Mensch innerhalb der Institution eine „unsichtbare“ Unterwerfung erfährt, die weit über die Foucaultsche Separierung hinausgeht. Der Zugriff auf den Körper der alten Menschen stellt eine moderne „Mikrophysik der Macht“<sup>10</sup> dar. Zum einen wirkt der wissenschaftlich ausgerichtete Umgang mit Krankheit der Ärzte und Pflegekräfte disziplinarisch. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden gezwungen, sich an pflegerische und medizinische Standards zu halten. Durch die Dominanz der Medizin und Pflege in Alten- und Pflegeheimen wird der Körper der alten Menschen „enteignet“ und die Individualität abgewertet. Reduziert auf den Körper und seine Schwächen geht dem Personal das Bewusstsein der ganzheitlichen Identität als Einheit von Körper, Seele und Geist verloren. Dem alten Menschen wird kein Raum gewährt, bilanzierend das Kontinuum seines Lebens in den Blick zu nehmen.<sup>11</sup>

9 J. Stehr(2007): Zur Aktualität des Foucaultschen Disziplinbegriffs. In: R. Anthon (Hrsg): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. VS Verlag. Wiesbaden, S. 31

10 ebd.

11 H. Rosa (2005): Soziale Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Suhrkamp Verlag Frankfurt a.M.

## **Exemplarisches Modell für die zweite Phase seit Ende des 2. Weltkrieges bis zur Gegenwart: Beschleunigung – Hartmut Rosa**

In der Vergangenheit gab es immer wieder Bestrebungen, die verschiedenen Bedürfnisse und Bedarfslagen in der stationären Altenhilfe zusammenzuführen. Dies lässt sich sehr gut anhand der stetigen Entwicklung der Alten- und Pflegeheime vom traditionellen Anstaltswesen bis zum modernen Pflegeheim nachvollziehen (siehe staatlich initiierte Erhöhung des Wohnkomforts in den 1960er Jahren, gesellschaftlich geforderte Öffnung der Alten- und Pflegeheime in den 1980er Jahren, Einführung von Praktikerinnen und Praktikern Sozialer Arbeit als Reaktion auf neue Bedarfslagen in den 1990er Jahren etc.). Bisher gab so etwas wie eine „zuverlässige Gegenwart“, in der Staat, Personal, Bewohner und Angehörige ihre Handlungsbedingungen und Erwartungshorizonte einbringen bzw. nutzen konnten (z.B. innerhalb einer Legislaturperiode, Arbeitszeit oder verbleibenden Lebenszeit). Spätestens seit Einführung der Pflegeversicherung ist es damit vorbei.

Dadurch verkürzen sich die Zeiträume, in denen handlungsleitende Erfahrungen und Erwartungen von den gemeinten adäquat umgesetzt und angewendet werden können. Stattdessen müssen sie sich immer häufiger umorientieren, dazulernen und neue Handlungspraktiken einüben. Dies ist eine wesentliche Folge der Beschleunigung des sozialen Wandels. Der Anspruch auf Integration wird aufgegeben, meint Rosa in seinem Buch „Beschleunigung – Die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne von 2005“<sup>12</sup>. Auf die Beschleunigung wird in der stationären Altenhilfe zugleich mit einer Beschleunigung des Arbeitstempos reagiert. Es soll und muss immer mehr in immer kürzeren Zeiteinheiten erledigt werden. Damit dies gelingen kann, wird versucht, Leerzeiten zu vermeiden, Handlungen zu verdichten oder mehrere Handlungen simultan auszuführen. Soziale und advokatorische Alten- und Einrichtungspolitik bzw. lebensweltorientierte Pflege und Betreuung, die ihre fürsorgliche Wirkung entfaltet, braucht hingegen Zeit, um eine gewisse Dauerhaftigkeit zu gewährleisten. Die Aussichten, in der heutigen Entwicklung wieder zu einer entsprechenden Synchronisation und Integration zu kommen, hält

---

12 H. Rosa (2005): Soziale Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Suhrkamp Verlag Frankfurt a.M.

der Soziologe Rosa jedoch für äußerst schlecht.<sup>13</sup> Der moderne Beschleunigungsprozess kennt keine innere Begrenzung mehr, denn eine unkontrollierte Steigerung des Arbeitstempos bringt das Personal (und die Bewohnerinnen und Bewohner) an ihre psychischen und physischen Grenzen. Ihre Kräfte und Zeitressourcen werden überbeansprucht.

Die unkontrollierte Beschleunigung der Arbeitsprozesse bringt alle Beteiligten an körperliche und emotionale Grenzen.

Spätestens dann ist der Punkt erreicht, ab dem sich die Handlungsgeschwindigkeit nicht mehr steigern lässt. Auch in der stationären Altenhilfe handelt es sich um Erfindungen, deren Einsatz Zeitersparnis verheißt. Es werden Beschleunigungstechniken wie Magensonden und Blasenkateter eingesetzt. D.h., dass nicht mehr nur auf personelle, sondern auch auf technische Beschleunigung gesetzt wird. Personale sprich soziale Beschleunigung erscheint dadurch als ein sich selbst antreibender und verstärkender Prozess und entspricht einem Feedback-System. Dieser angedeutete Zirkel – Rosa spricht vom „neuzeitlichen Akzelerationszirkel“ – ist selbstverständlich sehr viel komplexer als hier beschrieben werden kann. Und seine mächtigsten Triebfedern sind ohne Frage technologische Innovationen.

### **Zusammenfassung:**

- 1) Historisch betrachtet waren Alten- und Pflegeheime in der Vergangenheit äußerst passive Gebilde, die sich nur schwerfällig weiterentwickelt haben. Bis weit in das 20. Jahrhundert bestehen keine besonderen Qualifikationskriterien für das Personal der entsprechenden Anstalten. Es waren Menschen aller möglichen (Berufs-)Gruppen dort tätig.
- 2) In der einerseits Menschen ausschließenden und andererseits anpassend-normalisierenden Entwicklung der Heime liegt die Wurzel eines gesellschaftlichen Zivilisierungsprozesses, von dem die alten Menschen langfristig profitieren. Ich glaube, dass wir diese „sperrigen“ geschichtlichen und institutionellen Wurzeln der Alten- und Pflegeheime als Koordinatoren und Ehrenamtliche anerkennen müssen. Die

---

<sup>13</sup> H. Rosa 2005, a.a.O., S. 349

Entwicklung der Alten- und Pflegeheime ist ein Prozess und wir können als „Hospizler“ zu ihrer positiven Entwicklung beitragen.

- 3) Nach dem historischen Tiefpunkt in der stationären Versorgung alter Menschen während des Naziregimes, werden die alten Menschen als eigenständige Bevölkerungsgruppe mit eigenen Rechten und gesellschaftlichen Ansprüchen wahrgenommen und versorgt. Die Alten- und Pflegeheime sind manageriell geworden. Es kommt zu einer Beschleunigung, bei gleichzeitiger Verlangsamung der Lebenswelt. Gerade vor diesem Hintergrund ist Entschleunigung durch Hospizdienste gefragt!

### **Fazit oder Worauf es nun ankommt!**

Wir sollten Alten- und Pflegeheime als Einrichtungen betrachten, die wir mitgestalten können. Wir erleben gesellschaftliche, sozialpolitische und institutionelle Bewegungen, die deutlich machen, dass wir handlungs- und veränderungsfähig sind. Wir „Hospizler“ können in dem Altenpflege-System durchaus etwas erreichen und sollten uns dessen bewusst sein und entsprechend aktiv sein oder werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Julia Bloech**  
Diplom-Pädagogin  
Koordinatorin des Hospizkreis Löhne e.V.





# Hospizverein Marl e.V. und Philipp-Nicolai-Haus in Marl

hospizverein marl e.v.

Susanne Wittstamm  
Christoph Mihm



Christoph Mihm: Die Stadt Marl liegt im nördlichen Ruhrgebiet zwischen dem Münsterland und dem Ruhrgebiet. Sie kennen Marl vermutlich durch die Verleihung des Grimme-Preises, ansonsten hat Marl nicht so einen großen Bekanntheitsgrad.

Marl hat 88.000 Einwohner und 11 Stadtteile. Das ist insofern wichtig, als es deutlich macht, dass es keine eigentliche Mitte gibt. In den 70er Jahren wurden auf grüner Wiese ein großes Einkaufszentrum und das Rathaus gebaut und man hoffte, dort einen Stadtkern zu etablieren. Marl lebt aber mehr in den Stadtteilen.

Der Hospizverein Marl e.V. ist ein eingetragener selbstständiger Verein und keiner anderen Organisation angeschlossen. Er hat 130 Vereinsmitglieder, der Vorstand arbeitet ehrenamtlich mit 6 Personen. Es gibt 26 Mitarbeiter, davon sind 24 Frauen und leider nur 2 Männer. Außer Sterbebegleitung wird hier auch Trauerbegleitung angeboten. Für dieses Angebot gibt es eine Mitarbeiterin, die auf Honorarbasis arbeitet.

Das Philipp-Nicolai-Haus wurde 1959 als Altenheim in Betrieb genommen und wurde bis dahin als ein Bergwerklehrlingsheim genutzt. Junge Menschen, die im Bergbau gearbeitet haben, wohnten dort. In den Jahren 1995-1998 wurde in zwei Bauphasen ein Ersatzbau an gleicher Stelle errichtet. Das Haus liegt mitten im Stadtteil. Zum Hospizkreis besteht nicht nur eine inhaltliche, sondern auch eine räumliche Nähe. Fünf Minuten Fußweg von hier. Im Haus gibt es 94 Bewohnerinnen und Bewohner, zwölf Männer, der Rest Frauen. Es gibt rund 100 hauptamtliche Mitarbeitende und um die 70 aktive ehrenamtlich Mitarbeitende.

Ein neuer Baustein der palliativen Versorgung in der Region, der nun dazu gekommen ist, ist die neue Palliativstation am katholischen Krankenhaus. Von dort wurde in Aussicht gestellt, auch mit einem palliativen Dienst mit

Schwestern und niedergelassenen Ärzte ambulant tätig zu werden. Wir hoffen, dass sich in der nächsten Zeit die vernetzten Strukturen konkretisieren.

## **Der Hospizverein**

Susanne Wittstamm: Ich arbeite bei der Evangelischen Stadt-Kirchengemeinde, in deren Gemeindezentrum im Stadtteil Marl-Brassert sich mein Büro befindet. Dadurch hatte auch die Zusammenarbeit mit dem Philipp-Nicolai-Haus örtlich gute Voraussetzungen. Die Pfarrer und Pfarrerinnen des Gemeindebezirks haben sich immer auch im Philipp-Nicolai-Haus engagiert und Fortbildungen für die hauptamtlichen Mitarbeiter angeboten. Allerdings sind von den ersten Überlegungen bis zur Gründung des Vereins ungefähr drei Jahre vergangen.

Dazu gab es einen Arbeitskreis, initiiert durch das ortsansässige katholische Krankenhaus. Dort trafen sich Vertreter der CDU, die katholischen Pfarrer und einige Klinikärzte. Zeitgleich gab es bei der evangelischen Stadtkirchengemeinde Marl (kurz esm - Zusammenschluss aller evangelischen Gemeindebezirke) einen Arbeitskreis. Hier trafen sich Herr Mihm als Vertreter des Philipp-Nicolai-Hauses, die Leitung der Diakoniestation und ich, als Vertreterin der esm. Während der Arbeit dieser zwei Arbeitskreise machten Herr Mihm und ich die Palliative Care-Ausbildung in Bielefeld. Die beiden Arbeitskreise wurden zusammengeführt, es gab eine Anschubfinanzierung des Rotarier Clubs, und der Hospizverein konnte gegründet werden.

## **Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Wir haben 26 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mit ihnen finden monatliche Austauschgespräche statt. Einige möchten gern im Philipp-Nicolai-Haus eingesetzt werden, weil dort auch die Anbindung an die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegeben ist und weil sie auch andere Aufgaben im Haus übernommen haben. Im letzten Jahr haben wir Fortbildungen für die ehrenamtlich Tätigen zum Thema „Begleitung von demenziell erkrankten Menschen in der Sterbesituation“

durchgeführt, die für die Arbeit im Philipp-Nicolai-Haus sehr wertvoll waren.

## Regelhaft Abläufe

Christoph Mihm: Damit ist die Zusammenarbeit entstanden und im Entstehen haben wir uns auch Regeln gesetzt, also regelhafte Abläufe definiert. Das erste, was wir gemacht haben: wir haben eine Kooperationsvereinbarung geschrieben. Dass das Einsetzen von Hospizehrenamtlichen überhaupt möglich war, abrechenbar war, um auch den ökonomischen Aspekt anzusprechen, haben wir der Hospizbewegung und der damit verbundenen gesellschaftlichen und rechtlichen Entwicklung zu verdanken.

In der Präambel dieser Vereinbarung haben wir mit einem Zitat von Prof. Wilkening formuliert: „Eine würdevolle Sterbebegleitung ist dadurch gekennzeichnet, dass die individuellen Bedürfnisse des Sterbenden in seiner individuellen Situation im Mittelpunkt stehen. Das ist Teil einer gelebten Abschiedskultur.“

„Abschiedskultur ist mehr als Sterbekultur.“

„Abschiedskultur‘ war für uns ein wichtiger Begriff. Wilkening sagt, Abschiedskultur sei mehr als Sterbekultur. Es geht hier nicht nur um

das, was während des Sterbens geschieht, sondern auch um das, was vorher und nachher geschieht. Zu einer Abschiedskultur gehören Rituale, die erlauben, dem Gemeinschaftsgefühl einen Ausdruck zu verleihen; also sich mit dem, was vorher und nachher geschieht, auseinanderzusetzen. Das Altenheim ist nun mal der letzte Ort für die Menschen, die zu uns ziehen. Sie geben viel auf, sie haben große Verluste erlitten, wenn sie zu uns kommen.

Und nachher? Wir haben viele Rituale im Haus; wir haben ein Kondolenzbuch, in dem sich Menschen eintragen können, wir führen auch jährliche Gedenkgottesdienste durch. Das heißt, „Abschiednehmen“ ist ein Thema im Haus.

## Die Kooperation zwischen dem Hospizverein und Philipp-Nicolai-Haus

In der Kooperationsvereinbarung haben wir festgehalten, wie die Begleitung Sterbender in der Zusammenarbeit gestaltet sein soll. Die Begleitung Trauernder ist als Angebot dazu gekommen, nachdem der Hospizverein Ehrenamtliche für die Trauerbegleitung geschult hat.

Der Hospizverein versteht sich im Philipp-Nicolai-Haus als Bestandteil eines bestehenden Netzwerkes – ein Netzwerk, zu dem in diesem Fall die Mitarbeitenden und die Angehörigen gehören. Auch Angehörige werden begleitet. Wenn ich mit ihnen über den Beginn einer Begleitung spreche, dann erkläre ich ihnen: Die Menschen vom Hospizverein sind auch für Sie da. Sie können mit Ihnen sprechen. Sie verbringen nicht nur Zeit mit den Bewohnern, sondern entlasten Sie auch persönlich.

Der letzte Punkt heißt: „Gegenseitige Unterstützung und Wertschätzung zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen“. Das kommt ganz stark aus dem Leitbild des Philipp-Nicolai-Haus heraus, in dem wir sagen: Haupt- und Ehrenamtliche im Haus arbeiten zusammen und unterstützen und schätzen sich. Das ist nicht nur Wunsch, sondern auch gelebte Wirklichkeit; soweit zur Kooperationsvereinbarung.

Haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende gehen unterstützend und wertschätzend miteinander um.

## Eine Verfahrensanweisung

Das zweite, was wir konkret gemacht haben: wir haben eine Verfahrensanweisung geschrieben (Thema „Qualitätsmanagement“). Diese sollte die Frage beantworten: was mache ich als Mitarbeiter, wenn ich eine Begleitung benötige? Innerhalb der Bürozeiten, montags bis freitags, ist das kein Problem, da läuft vieles auch über mich als Sozialarbeiter. Aber was machen die Mitarbeiter, wenn sie einmal abends ein Problem haben oder am Wochenende eine Not sehen? Deshalb haben wir die Verfahrensanweisung geschrieben.

Wichtige Punkte daraus sind, dass die Mitarbeitenden dort, wo die Begleitung geschieht, mit einbezogen werden müssen. Es muss ein Miteinander

werden. Sie müssen einbezogen sein und es mittragen. Das ist bei uns inzwischen selbstverständlich.

Es kommt zu einem Kontaktgespräch, und die Koordinatorin kommt zu uns, spricht mit dem Bewohner, um den es geht, und stellt später die Ehrenamtliche vor, die die Koordinatorin ausgesucht hat. Angehörige werden informiert und kennengelernt. Es werden Absprachen getroffen, wie oft und wann es zu einem Kontakt kommt, dass man z.B. sagt, ich komme immer mittwochs und freitags. Das Gute ist, dass es beim Hospizverein ein Handy gibt, das man dann auch anrufen kann, 24 Stunden... die Koordinatorin hat schon ein paar Personen im Sinn, die kommen könnten, und dann kann bald eine Begleitung angebahnt werden.

## **Regelmäßiger Austausch**

Und was ganz wichtig ist, es gibt einen regelmäßigen Austausch zwischen uns. Es gibt zum Einen ein Quartalsgespräch, das betrifft den operativen Bereich, d.h. Koordinatorin Hospizverein, Koordinator Philipp-Nicolai-Haus, evtl. eine Ehrenamtliche, die sich gerade in der Begleitung befindet, und eine Mitarbeiterin des Hauses, die mit beteiligt ist, wir alle setzen uns zusammen und sprechen über das, was akut läuft

Dann gibt es noch ein Jahresgespräch zwischen Hospizverein und Philipp-Nicolai-Haus. Auf Leitungsebene: Hausleitung, Pflegedienstleitung, der Vorsitzende des Hospizvereins, sein Geschäftsführer und auch wir Koordinatoren sprechen über strategische Dinge, z.B. darüber, wie es mit unserer Zusammenarbeit weitergeht.

## **Welche Stolpersteine gibt es im Bereich der Organisation?**

Das eine ist der Informationsfluss. Das ist manchmal ein leidiges Thema, wie jeder weiß: daran zu denken, sich immer gegenseitig über alles zu informieren, ist nicht immer leicht.

Leider ist es nicht immer so, dass die Mitarbeitenden daran denken, wenn der Bewohner ins Krankenhaus kommt, die Ehrenamtlichen, die sich in der

Begleitung dieses Bewohners befinden, direkt darüber zu informieren. Natürlich wären die ehrenamtlichen Mitarbeiter dazu bereit, auch im Krankenhaus weiter zu begleiten. Aber das ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht immer präsent.

Darum haben wir die Begleitungsmappe, ein sehr schönes Instrument der Kommunikation. Im Zimmer des Bewohners befindet sich diese Mappe, in der steht, wer die Begleitung macht. Da trägt dann die Ehrenamtliche ein, wann sie da gewesen ist und ob etwas Besonderes gewesen ist.

Die ‚Begleitungsmappe‘ ist ein wichtiges Instrument der Kommunikation.

Leider ist es so, dass nicht bei jedem Bewohner eine Begleitung möglich ist. Dort, wo zum Beispiel eine ansteckende Krankheit vorliegt (z.B. MRSA), fällt es den Ehrenamtlichen des Hospizvereins schwer, zu sagen: da geh ich hin. Wenn ein Bewohner bereits über einen längeren Zeitraum begleitet wird und bekommt dann eine solche Erkrankung, geht die Begleitung natürlich weiter. Aber erst einmal kann eine solche Erkrankung auch eine Hemmschwelle sein.

Ein zweiter Grund, warum es nicht zu einer Begleitung kommt: Nicht immer wird eine Begleitung umgesetzt, das heißt, man hat zu einem späteren Zeitpunkt das Gefühl, hier wäre eine Begleitung sinnvoll gewesen, aber es kam nicht dazu. Manchmal ist den Mitarbeitenden nicht präsent genug, dass hier der Einsatz eines Hospizehrenamtlichen sinnvoll sein könnte. Aber das hat sich bzgl. des Bewusstseins der Mitarbeitenden schon sehr zum Positiven verändert. Das heißt, Kommunikation ist das A und O, damit es gut läuft. Da sind die Quartalsgespräche eine gute Möglichkeit, bei denen wir uns gegenseitige Rückmeldung geben.

Kommunikation ist das A und O.

Susanne Wittstamm: Es gibt natürlich auch Stolpersteine in der Begleitung: Manchmal haben die Angehörigen ein anderes Interesse als die Betroffenen selber. Die Kinder möchten vielleicht bei den Besuchen entlastet werden, aber die Betroffenen selber möchten keine Begleitung durch den Hospizverein.

Manchmal ist es so, dass durch andere Tätigkeiten im Haus wie z.B. das Ausrichten von geselligen Veranstaltungen die Ehrenamtlichen langsam einen Kontakt zu den Bewohnern anbahnen. So können sie dann auf leise Art und Weise auf eine Begleitung hin arbeiten.

Und dann gibt es auch noch die Fälle, wo wir in einer akuten Situation gerufen werden und ich den Eindruck habe, die Bewohnerin wird das Wochenende nicht überleben. Wir richten die Begleitung ein und die Bewohnerin erholt sich –glücklicherweise– wieder. Sie erholt sich so gut, dass sie wieder im Wohnbereich sitzen und am Gemeinschaftsleben teilhaben kann. Das bringt mitunter mit sich, dass sich die hospizliche Begleitung über einen längeren Zeitraum erstreckt. Nachvollziehbarer Weise sind die ehrenamtlichen Mitarbeiter nicht bereit, die Besuche einzustellen. Sie fühlen sich persönlich verpflichtet. In einem solchen Fall gehen wir so vor, dass sie den Kontakt in der Häufigkeit etwas reduzieren.

Struktur und ‚Chemie‘: beides muss zusammenkommen.

Zum Umgang mit Infektionskrankheiten ist es so, wie Herr Mihm gerade schon deutlich gemacht hat. Wenn eine persönliche Begleitung schon länger besteht, ist natürlich eine persönliche Verbundenheit da. Dann macht es den ehrenamtlichen Begleiterinnen auch keine Angst, mit Mundschutz in ein Zimmer hineinzugehen.

Christoph Mihm: Das eine ist die Struktur, aber das andere, das muss man ganz ehrlich sagen, sind die Personen, die sich jetzt über viele Jahre kennen. Und hier muss die Chemie stimmen. Ich schätze, das ist überall so: Struktur und Chemie müssen zusammenkommen. Nur so kann es funktionieren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

### **Rückfragen:**

*Wie binden Sie die gesetzlichen Betreuer ein?*

Wenn ein Bewohner eine Begleitung wünscht, er uns das also deutlich zu

verstehen gibt, dann informieren wir den Betreuer. Er muss aber nicht um Erlaubnis gefragt werden.

*In welchem Verhältnis stehen die im Haus und die vom Hospizdienst kommenden ehrenamtlich Tätigen?*

Es gibt ja auch Ehrenamtliche, die im Haus selbst tätig sind, die z.B. die Bewohner zu Veranstaltungen abholen oder ähnliche Dinge tun. Die Arbeit im direkten Kontakt zu einzelnen Bewohnern, sich länger bei den Betroffenen aufhalten oder das Am-Bett-Sitzen, das ist die vornehmliche Aufgabe der Hospizmitarbeiter. Ehrenamtliche des Hospizdienstes sind keine Konkurrenz und kein Ersatz sondern etwas Zusätzliches. Es gibt aber natürlich auch Ehrenamtliche, die schon länger im Philipp-Nicolai-Haus tätig waren und später dann auch Ehrenamtliche des Hospizvereins wurden, dann verändert sich das Profil noch einmal.

**Christoph Mihm**

Sozialpädagoge und katholischer Theologe, seit 18 Jahren tätig im Philipp-Nicolai-Haus Alten- und Pflegeheim in Marl, welches in Trägerschaft des Evangelischen Johanneswerks in Bielefeld ist



**Susanne Wittstamm**

Sozialarbeiterin, tätig bei der evangelischen Kirche in Marl, wo sie für die Arbeit als Koordinatorin im Hospizverein freigestellt ist





# Ambulanter Hospizdienst Unna OMEGA – Mit dem Sterben leben



Klaus Koppenberg

Omega war Teil der sozialen Bewegung in Deutschland in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts und hat sich als überregionaler Hospizverband neben den bestehenden gesellschaftlichen Institutionen entwickelt. Es ist eine Organisationskultur entstanden, die sich als Ergänzung institutioneller Angebote versteht. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, sich mit möglichen Kooperationsformen zu beschäftigen

Ich selbst bin über das Ehrenamt zu meiner jetzigen Stelle als Koordinator des Ambulanten Hospizdienstes gekommen. Seit 2006 habe ich in der Omega-Regionalgruppe Unna eine halbe Stelle.

Omega ist also nicht Teil einer Institution, sondern kommt von außen in die Institution. Heute bin ich jedoch hier mit vier Mitarbeiterinnen einer Altenhilfeeinrichtung, und zwei ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen des Hospizdienstes. Und der heutige gemeinsame Ausflug ins Münsterland stellt bereits einen kleinen Erfolg unserer Zusammenarbeit dar. Wir machen gemeinsam diese Erfahrungen und können sie in der praktischen Zusammenarbeit weiterentwickeln.

Unsere Zusammenarbeit ist gekennzeichnet durch den Versuch, verschiedene Dinge umzusetzen. Es kommt vor, dass einige nicht funktionieren, dann müssen wir etwas ändern, bis wir einen Weg gefunden haben, der dann auch tragfähig ist.

Ich möchte beginnen mit einer kleinen Geschichte, weil ich glaube, wenn wir es schaffen, uns untereinander unsere Geschichten zu erzählen, dass wir auch im Kontakt einen Schritt weiter kommen:

Ich werde gerufen in eine Altenhilfeeinrichtung zu einer Dame, die anwesend war, während ihre Mitbewohnerin verstarb. Dieses Erlebnis ist bereits einige Zeit her und stellte einen Schock für diese Dame dar. Sie hatte sich dann zurückgezogen, nahm nicht mehr richtig am Leben teil, lag nur noch im Bett und wurde auch körperlich krank. Ich werde gebeten, mit ihr in Kontakt zu kommen. So gehe ich also in dieses Zimmer und dort liegen

zwei Bewohnerinnen. Ich stelle mich der Dame vor und bekomme auch eine kleine Reaktion von ihr. Ich teile ihr mit, dass ich ein wenig hierbleibe und setzte mich an das Bett. Die Dame dreht den Kopf zur Wand und verändert erst einmal ihre Ausgangssituation nicht. Ich hatte angekündigt, dass ich eine Weile da bleibe.

Während ich da sitze kommt, eine Mitarbeiterin aus der Pflege in das Zimmer, natürlich erst mal sehr forsch, weil sie unterwegs ist, ihre Aufgaben zu erfüllen. Sie sieht mich da sitzen und sagt: „Kann ich etwas für Sie tun? ... Soll ich die Dame einmal ansprechen?“... „Ich könnte auch das Bett von der Wand wegrücken!“ ...und ...„Unterhalten Sie sich doch erst einmal mit der Nachbarin.“ Ich erwiderte: „Ich bin hier, um mir einen Eindruck zu verschaffen... und würde die Situation erst einmal gern auf mich wirken lassen.“ Da schaut sie mich an und sagt: „Auf mich wirken lassen? Ich bin hier als Dauerläuferin unterwegs, ich habe keine Zeit, etwas auf mich wirken zu lassen.“

„Ich habe keine Zeit, etwas auf mich wirken zu lassen!“

Das ist also meine kleine Einstiegsgeschichte, die zeigt, wie groß der kulturelle Unterschied zwischen Altenhilfe und Hospizarbeit ist. Wie kommen wir nun besser in Kontakt miteinander? Dazu möchte ich Ihnen gleich drei wesentliche Punkte benennen, vorab aber gern noch ein Anmerkung dazu machen, an welcher Stelle im Altenheim ich den ersten Bezugspunkt sehe. Bisher war der Sozialdienst unser erster und oft einziger Ansprechpartner am Beginn und auch im Verlauf einer Sterbegleitung in einer Alteneinrichtung. Der Sozialdienst ist für das ganze Haus zuständig und nicht nur für einen Wohnbereich, ist also ein wenig weiter weg von den Bewohnern, als es die Pflegenden sind.

Unsere Erfahrung ist deshalb: Wir müssen die Wohnbereichsleitung als zentrale Anlaufstelle und Kontakt- und Austauschstelle sehen, da sie für die Pflege verantwortlich ist und den Überblick hat über die konkreten Situationen und wichtige Veränderungen. Wir müssen deshalb den Kontakt herstellen zwischen Ehrenamt und Wohnbereichsleitung. Das war und ist keine leichte Aufgabe, denn Pflege und Begleitung laufen neben einander her, wenn sie nicht aktiv miteinander verbunden werden. Es kann passieren, dass sich Ehrenamtliche dann schon mal isoliert und unsicher fühlen.

Wir müssen die Wohnbereichsleitung als zentrale Anlaufstelle sehen.

Eine Annäherung zwischen Altenhilfe und Hospizarbeit wird aufgrund unserer Erfahrung durch die folgenden drei Ansätze gefördert.

**Fortbildung** –gemeinsam für Pflegende und Ehrenamtliche zum Thema Sterbe- und Krisenbegleitung

Mitarbeiter aus Sozialdiensten und aus der Pflege haben vereinzelt immer wieder einmal an unseren Vorbereitungskursen für Ehrenamtliche teilgenommen. Sie haben dann gefragt, ob es nicht möglich sei, das auch als Fortbildung in den Einrichtungen anzubieten?

Wir konnten das Konzept der Befähigungskurse nicht einfach auf die Mitarbeitenden der Einrichtungen übertragen, haben aber wesentliche Inhalte versucht zu übersetzen und machen jetzt also ein Seminarangebot für Mitarbeiter und Ehrenamtliche in Alteneinrichtungen.

Eigentlich ist es aber so, dass in den Seminaren gegenseitiges Lernens stattfindet. Es geht im Wesentlichen darum, Erfahrungen auszutauschen und sich die „Geschichten“ zu erzählen, die uns jeweils stark beeindruckt haben. Das Seminar stellt dafür den Rahmen zur Verfügung. Ziel ist es vor allem, auf die Chancen einer gelungenen Zusammenarbeit auf den Wohnbereich und zwischen den verschiedenen Beteiligten hinzuweisen.

Inhaltlich geht es um Wahrnehmungstraining, Kommunikation, Konfliktmanagement, also um ressourcenorientierte Krisenfreundlichkeit, und auch um Selbstmanagement. Dabei geht es um die Frage: Wie gehe ich mit mir und meinen Belastungen um?

Darüber hinaus vermitteln wir etwas zu der Frage: Was ist ein Familiensystem... mit der dahinter stehenden Frage: In welcher Generation, in welcher Zeit sind welche Probleme oder Traumatisierungen aufgetreten? Die Menschen, die jetzt im Altenheim leben, haben Krieg und Vertreibung erlebt, unter Umständen als Kinder. Dies beeinflusst die Beziehungen innerhalb von Familien mit Auswirkungen auf das Leben im Pflegeheim. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeheimen haben eine spezielle Aufgabe im Umgang mit Bewohnern, die sich herausfordernd verhalten, aber auch mit Angehörigen, die sich ebenfalls herausfordernd verhalten können.

Wichtiges Ziel in der Sterbebegleitung ist die „Entschleunigung“. Häufig ist dies in den Einrichtungen gar nicht möglich, weil – wie wir schon gehört haben – die Teams sehr beschleunigt unterwegs sind. Die Frage, die sich hier stellt, ist:

Wichtiges Ziel in der Sterbebegleitung ist die Entschleunigung.

Schaffen wir es, in dieser beschleunigten Umgebung punktuelle Entschleunigungssituationen herzustellen. Und dazu müssen wir in der Hospizarbeit natürlich lernen von denen, die in diesen beschleunigten Situationen arbeiten, während diese von uns lernen, weil wir sozusagen die Entschleunigungserfahrung haben.

### **Qualitätszirkel – Palliative Care**

In einer Einrichtung ist ein Qualitätszirkel eingerichtet worden, der sich regelmäßig trifft. Dieser ist notwendig, damit bestimmte Situationen am Lebensende noch einmal genauer betrachtet werden und so die damit verbundenen Erfahrungen nicht verloren gehen.

Ein weiteres Ziel ist es, Krankenhaus, Palliativmedizin, Hausärzte, Alteinrichtung und Hospizarbeit besser miteinander zu vernetzen. Dazu kann am konkreten Fallbeispiel aufgezeigt werden, wo im System Entwicklungsbedarf besteht. Der Hospizdienst übernimmt an dieser Stelle eine wichtige Funktion, weil er über die Grenzen der einzelnen Institution hinaus tätig ist und Übergänge begleitet.

Der Qualitätszirkel hat sich unter anderem mit dem Thema Kommunikation zwischen Hausärzten und Pflegenden beschäftigt und hat dann aus der Pflege heraus Fragen an Hausärzte formuliert. Die Fragen betreffen immer wieder auftretende Probleme in der Zusammenarbeit. Auch die Hausärzte in Unna haben sich in einem Qualitätszirkel des Themas angenommen und aus ihrer Sicht Fragen an die Pflege formuliert. Im Ergebnis sehen beide Seiten an unterschiedlichen Stellen Schwierigkeiten. Die Fragen der Pflege bezogen sich auf medizinische Komplikationen am Lebensende. Die Fragen der Hausärzte bezogen sich eher auf Fragen nach dem Umgang mit Fallereignissen, BMI oder Dokumentation.

## Anbindung der Sterbebegleitung an den Wohnbereich

Wird die Sterbebegleitung direkter an den Wohnbereich angebunden, so heißt das, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiter ein Gefühl für den Wohnbereich und die Mitarbeiter im Wohnbereich ihrerseits ein Gefühl für das Ehrenamt bekommen. Dieser Prozess muss strukturell durch die Koordinatorin, den Koordinator des Hospizdienstes begleitet werden.

Keine Sterbebegleitung ist mit einer anderen vergleichbar.

Die Sterbebegleitung ist immer ein singuläres Ereignis, das erschwert die Übertragung der Erfahrungen. Wenn in dem einen Fall alles gut

funktioniert hat, kann man nicht unbedingt davon ausgehen, dass bei dem nächsten Mal daraus gelernt werden kann. Deshalb sind alle drei der hier genannten Ansätze von großer Bedeutung und in der Kombination sinnvoll und wirkungsvoll. Wir können positive Begleitungserlebnisse auf die Ebene des Qualitätszirkels transportieren und dadurch auch übertragen und absichern. Wenn wir immer nur versuchen, dies über den Einzelkontakt zu entwickeln, wäre das eine sehr mühevoll und überfordernde Aufgabe.

Austausch über Haltung und Einstellung sind natürlich ebenfalls sehr wichtig. Es muss Raum und Zeit für wertschätzende Begegnungen geben, auch wenn Zeit nur sehr begrenzt vorhanden ist, damit nach und nach eine „Arbeitsbeziehung“ entstehen kann. Hospizliche Koordination muss diesen Prozess durch einen kontinuierlichen Informationstransfer begleiten.

Die Zeit am Lebensende eines Menschen ist eine Grenzsituation mit einer Vielzahl von möglichen Belastungen. Diese Situation zu begleiten, erfordert im Miteinander der Beteiligten etwas, das ich „ressourcenorientierte Krisenfreundlichkeit“ nennen möchte. Auch an dieser Stelle gibt es Koordinationsbedarf.

Der kontinuierliche Informationstransfer ist Aufgabe der hospizlichen Koordination.

Es ist wichtig, dass wir alle voneinander lernen. Dafür müssen wir den Bewohner nicht in den Mittelpunkt stellen, um „drumherum“ alle möglichen Hilfsangebote zu organisieren. Wir sollten

vielmehr das Ganze als ein „gleichberechtigtes Voneinander-lernen“ begreifen, also als einen Prozess, in dem alle füreinander da sind.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Klaus Koppenberg**  
Dipl.-Sozialpädagoge  
Koordinator des Ambulanten Hospizdienst  
,Omega-mit dem Sterben leben' in Unna



# Ökumenisches Ambulantes Hospiz Rheine

Anna Zeitler-Schlöder



Ökumenisch ambulantes  
Hospiz Rheine

„Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Dieses Problem ist mir zu groß gewesen.“ Als Eingangszitat habe ich einen Satz von Cicely Saunders, der Gründerin der modernen Hospizbewegung, gewählt, der mir für die Arbeit in Altenheimen bezeichnend zu sein scheint. Ich kann gut verstehen, dass Cicely Saunders sich zunächst den meist jüngeren Tumorpatienten zugewandt hat, weil die Aufgaben und Probleme in der Versorgung alter Menschen, wenngleich nicht so auffällig, so doch komplexer und schwieriger sind. Betrachtet man die Arbeit im Hospiz, so wird diese mittlerweile von einer breiten Öffentlichkeit sehr wertschätzend wahrgenommen, die Situation sterbender Menschen im Altenheim wird dagegen kaum beachtet, obwohl hier vergleichsweise mehr Menschen sterben. Das ist ein wichtiger Unterschied, der auch von den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bemerkt wird.

„Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen.“

Im Folgenden will ich kurz die Entwicklung der Zusammenarbeit des ökumenisch ambulanten Hospizes Rheine mit dem Altenheim Marienstift schildern. Zunächst gehe ich auf die beiden Institutionen selbst ein, dann auf die Entwicklung ihrer Kooperation.

## Ökumenisch ambulantes Hospiz

Das ökumenisch ambulante Hospiz wurde 1994 gegründet. Es ist ein anerkannter Hospiz- und Palliativberatungsdienst. Bis heute wurden 13 Einführungskurse für ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angeboten. Im Jahr 2010 hatte das Hospiz 44 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen, davon sind 35 in Begleitungen eingesetzt worden. 2010 wurden

73 schwerstkranke und sterbende Menschen begleitet und weitere 34 Personen beraten. 41 Begleitungen wurden durch die Krankenkassen anerkannt und finanziert. 26 Begleitungen fanden in stationären Altenhilfeeinrichtungen statt und nur 15 im ambulanten Bereich. Damit wurden in 2010 erstmals mehr Menschen im stationären Bereich begleitet und betreut.

Die Aufgaben unseres Hospizdienstes decken sich wahrscheinlich zum großen Teil mit denen anderer Hospizdienste. Seit der Gründung hat der Hospizdienst sterbende Menschen im Altenheim und im Krankenhaus begleitet. Es ist allen bekannt, dass zudem der Bedarf an Trauerbegleitung – ein anderer wichtiger Bereich unserer Arbeit – immer mehr zunimmt. Darüber hinaus sind wir aktiv am Aufbau des Palliativnetzes Rheine beteiligt, um die SAPV konkret umzusetzen, und arbeiten im Netzwerk Hospiz im Kreis Steinfurt mit.

### **Caritas-Altenwohnanlage Marienstift**

Das Marienstift war lange das führende Altenheim in Rheine. Baulich hatte es lange Zeit sogar Modellcharakter. Es ist insgesamt eine sehr wohnliche und großzügige Anlage mit vier Wohnbereichen. Es gibt insgesamt 100 Plätze, 74 Einzelwohnungen, 13 Doppelwohnungen. Jede Einzelwohnung hat einen kleinen Flur, einen abtrennbaren Schlafbereich, ein Badezimmer mit Schränken und eine kleine Küchenzeile, die aber, seit sich die Altenheime strukturell verändert haben, kaum genutzt wird.

Zum weiteren Angebot gehört Betreutes Wohnen, Tagespflege und Kurzzeitpflege. Wichtig ist die Tatsache, dass es 60% Pflegefachkräfte gibt, und Personal, das schon langjährig im Marienstift tätig ist. Dies, so kann ich vorweg sagen, wirkt sich durchaus positiv auf die Zusammenarbeit aus. Intern hat die Einrichtung eine sehr komplexe Organisationsstruktur, die auf Außenstehende oft schwerfällig wirkt.

Altenheime waren schon immer Orte des Lebens und des Sterbens. Ich habe dennoch den Eindruck, dass das Thema Tod und Sterben auch hier oft – unbewusst? – ausgegrenzt wird. Trotz fünf Jahre

Altenheime waren schon immer Orte des Lebens und des Sterbens.



intensiver und guter Zusammenarbeit und einer inhaltlichen Schwerpunktsetzung auf eine hospizliche Versorgung der Bewohner fehlt beispielsweise im Flyer ein Hinweis auf den Hospizdienst.

## Entwicklung des Hospizbereiches im Marienstift

Mit der Entstehung des stationären Hospizes „Haus Hannah“ im Nachbarort Emsdetten wurde in Rheine auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen eine Diskussion angestoßen mit dem Ziel, für die Bürger in Rheine ein eigenes wohnortnahes Angebot zu schaffen. Der Caritasverband Rheine griff die Impulse aus der Bürgerschaft, dem Ärzterverband und der Politik auf und schuf 2006 mit finanzieller Unterstützung der Stadt einen kleinen Hospizbereich im Marienstift. Zwei Wohnungen wurden ansprechend renoviert und neu eingerichtet. In einem räumlich daran anschließenden Neubau entstanden ein Gästezimmer für Angehörige, ein kleiner Besprechungsraum, der auch von den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen als Rückzugsort genutzt werden sollte, und ein Dienstzimmer für die Pflege. Geplant waren eine geregelte und intensive Kooperation mit dem Hospizdienst und eine enge Zusammenarbeit mit den jeweiligen Hausärzten.

Das Hospiz Haus Hannah war von Anfang an in die Planungen eingebunden. Es sollte keine Konkurrenz zu dem Hospiz entstehen, das kreisweit – also auch für Rheine – zuständig ist. Das Angebot wurde vielmehr für ältere schwerstkranke Rheinenser Bürger entwickelt, die ausdrücklich in Rheine bleiben wollen oder für die aus anderen Gründen eine Aufnahme in das Hospiz nicht in Frage kam – etwa weil dies zu angstbesetzt, für

Für einige ältere und kranke Menschen kommt ein Hospiz nicht in Frage, weil dies zu angstbesetzt, für Angehörige nicht erreichbar ist, medizinische Voraussetzungen dafür fehlen, ...

Angehörige nicht erreichbar ist, medizinische Voraussetzungen dafür fehlen oder weil das Hospiz belegt ist. Es hat sich in der Tat im Laufe der Zeit bewahrheitet, dass es für manche ältere Menschen leichter ist, in ein Altenheim als in ein Hospiz umzuziehen, selbst wenn die Lebenserwartung sehr begrenzt ist.

Als ich das Projekt zur Einrichtung eines Hospizbereiches übernahm, gab es zwar schon fast fertige Baupläne, aber nur vage konzeptionelle Vorstellungen. Nach zögerlichem Beginn entwickelte sich zwischen dem

Hospizdienst und der Pflegedienstleitung eine konstruktive Zusammenarbeit, die einige positive Ergebnisse hatte. Ich will auf folgende Punkte hinweisen:

- Der Hospizbereich wurde organisatorisch und inhaltlich an den Wohnbereich angeschlossen, wo das Pflegeteam bisher schon das größte Interesse an der Begleitung sterbender Bewohner gezeigt hatte.
- Es wurde festgelegt, dass aus dem betreffenden Wohnbereich zwei Mitarbeiter in spezieller Behandlungspflege geschult werden und zwei weitere Mitarbeiter an einer Palliative Care Fortbildung teilnehmen. Damit sollten die Voraussetzung dafür geschaffen werden, auch schwerstkranke Menschen, die einen erheblichen Pflegebedarf haben, aufnehmen zu können. Weiter gelang es, für diesen Bereich den Stellenschlüssel für den Tag- und Nachtdienst zu erhöhen.
- Der Hospizdienst konnte insbesondere die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen, die bereits im Altenheim eingesetzt wurden, auf die neue Situation vorbereiten. Die Informationswege und Inhalte wurden detailliert abgesprochen.
- Die Hausärzte wurden über das Projekt ausführlich in mehreren angebotenen Treffen informiert. Die Resonanz war nicht überwältigend, aber insgesamt zufriedenstellend.

## **Entwicklung und Konzeptanpassung**

Im Juni 2007 wurde die erste Bewohnerin in den Hospizbereich aufgenommen. Weitere Anfragen kamen zwar schleppend, aber die Auslastung war zufriedenstellend. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hospizdienst, vor allem aber die in der Pflege waren hochmotiviert. Wie es häufig der Fall ist, so zeigten sich auch hier in der Praxis einige Probleme, die zu Beginn nicht vorhergesehen werden konnten. Dies führte zu einer Reihe von neuen Vereinbarungen und Konzeptanpassungen. Folgendes scheint mir wichtig:

- Konzeptionell vorgesehen war ursprünglich eine Aufnahme zur Kurzzeitpflege mit einer möglichen Verlängerung über Verhinderungspflege. Es zeigt sich rasch, dass diese Vorgehensweise zu kompliziert war. Die zeitliche Begrenzung ängstigte sowohl die Betroffenen als auch deren Angehörige. Deshalb kann die Art der Aufnahme jetzt frei gewählt werden.
- Es war vorgesehen, dass der Hospizdienst eine tägliche Präsenz anbietet. Es zeigte sich rasch, dass dies schwer praktikabel ist und meist nicht den Bedürfnissen der Bewohner und den Vorstellungen der Hospizmitarbeiter entsprach. Deshalb wird der Hospizdienst jetzt wieder nur zur individuellen Begleitung eines Bewohners hinzugezogen, wenn dieser dies wünscht.
- Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten entwickelte sich eher schleppend. Obwohl diese auf die Einrichtung eines Hospizbereichs gedrängt hatten, gab und gibt es nur wenige Anmeldungen aus dem ambulanten Bereich. Zum anderen war die Qualität der medizinischen Versorgung abhängig vom palliativen Wissensstand und dem persönlichen Engagement des jeweiligen behandelnden Arztes.
- Erfreulich dagegen waren die Entwicklungen im Pflegeteam. Die neue Aufgabe wurde sehr engagiert wahrgenommen und intensiv reflektiert. Die Sicherheit, auch schwerstkranken Bewohner mit einem hohen Pflegeaufwand versorgen zu können, nahm zu. Schwierige Angehörige wurden einbezogen. Die Hospizmitarbeiter fühlten sich willkommen und wurden ebenfalls regelmäßig mit einbezogen.

Diese Entwicklung blieb nicht auf diesen Wohnbereich beschränkt. Im gesamten Altenheim wurde eine Diskussion über den Stellenwert und die Wahrnehmung des Hospizbereiches angestoßen. Im Bewohnerbeirat, von Angehörigen, von Mitarbeitern, aber auch auf Leitungsebene, wurden Befürchtungen geäußert, dass der Wohnbereich als „Sterbestation“ stigmatisiert werden könne. Bei den Mitarbeitern aus der Pflege gab es Ängste um die Versorgungsgerechtigkeit, teils sie selbst betreffend, da in den Hospizbereich viele Fortbildungsmittel geflossen sind und ihm sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde, teils die Bewohner betreffend, indem, und wie ich meine, nicht ganz zu Unrecht, die Befürchtung geäußert wurde, es könne sich eine Versorgung erster und zweiter Klasse ent-

wickeln. Betonen möchte ich an dieser Stelle, dass der Hospizdienst selbstverständlich immer alle sterbenden Bewohner begleitet hat, wenn diese dies wünschten. Der Hospizbereich wurde nicht bevorzugt betreut. Wir haben unsere Unterstützung immer allen Bewohnern und deren Angehörigen angeboten.

Ein weiterer Gesichtspunkt kam noch dazu und zwar das Problem der Auslastung der Kapazitäten. Besonders schwierig sind Zeiten, in denen ein Hospizzimmer über längere Zeit nicht belegt werden kann. Der Druck, die Hospizwohnungen dann über „normale“ Anfragen zu belegen ist groß. Und dies gefährdete, zusammen mit den vorher ausgeführten Aspekten, die Existenz dieses kleinen Hospizbereiches.

### **Ausweitung des Hospizkonzepts auf das gesamte Haus**

Die aktuelle Lage ist wie vieles in unserer Zeit durch die ökonomische Situation bestimmt. Inzwischen hatte sich die „Altenheimlandschaft“ in Rheine sehr erweitert. Es sind freie Anbieter neu auf den „Markt“ gekommen. Im Jahr 2009 gab es in Rheine einen Überhang von 130 Altenheimplätzen. Er hat sich zwar aktuell wieder reduziert, aber es begann ein auffälliges Konkurrenzgebaren unter den Altenheimanbietern. Der Belegungsdruck wurde auch für das Marienstift verstärkt spürbar. Die Belegungsschwankungen im Hospizbereich und die inhaltlichen Überlegungen zu einem Hospizkonzept trafen hier allerdings günstig aufeinander. Das Standardproblem stellt sich wie folgt: Ein Zimmer im Hospizbereich ist über längere Zeit „fremdbelegt“, es gibt aber eine dringende Hospizanfrage. In einem anderen Wohnbereich ist eine Wohnung frei. Da arbeiten aber keine Palliative-Care-Fachkräfte, es gibt keinen erhöhten Stellenschlüssel ... Was tun?

Aus dieser Problemlage ergab sich eine umfassende Konzeptanpassung. Da ein Versorgungsbereich mit nur zwei Betten im Rahmen des Altenheims nur schwer organisierbar ist, wurde das Hospiz-Konzept auf das gesamte Marienstift übertragen. Der Wohnbereich des Hospizes behält zwar diesen speziellen Schwerpunkt. Die übrigen Wohnbereiche wurden aber durch Fortbildungen sukzessiv an Palliative Care-Erfordernisse angepasst. Mittelfristig soll es in jedem Wohnbereich zwei in Palliative Care weitergebildete Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter geben – zur Zeit gibt es vier

geschulte und zwei angemeldete Mitarbeitende. Auch in „Spezieller Behandlungspflege“ wurden zwei Mitarbeiter fortgebildet.

Inhouse-Fortbildungen spielen eine wesentliche Rolle für die Qualität der hospizlichen Versorgung.

Von großer Bedeutung waren meines Erachtens eine Reihe von In-house-Fortbildungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (auch für den sozialen und den hauswirtschaftlichen Bereich) in Palliative Care, Symptomkontrolle, Kommunikation, Spiritualität, Basale Stimulation, Ethik, Portversorgung, ... Wo es inhaltlich stimmig war, sind Mitarbeiterinnen des Hospizdienstes in diese Fortbildungen mit einbezogen worden. Dies hat sich intern auf die Qualität der Versorgung aller Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch auf die Akzeptanz und die Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst sehr positiv ausgewirkt.

Weiter wurde ein verbindlicher Leitfaden zur Sterbebegleitung entwickelt. Es sind insbesondere die Formen und Rituale des Abschiednehmens thematisiert und festgelegt worden. Damit wurde eine spirituelle Dimension vermittelt oder vertieft, die die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen häufig bis dahin im Altenheim vermisst haben. Beispielsweise wurde ein sogenannter Abschiedskoffer angelegt, der verschiedene Gegenstände religiöser Symbolik, aber auch Duftlampen, Kerzen, einen CD-Spieler mit CDs, Texthefte, also wichtige Gegenstände für die Sterbebegleitung enthält. Auf Wunsch des Pflegepersonals wurde ein kurzes Abschiedsritual entwickelt, das die engen Zeitvorgaben der Pflege berücksichtigte. Ein kurzes glaubwürdiges Ritual, das machbar ist, erscheint uns wichtiger, als ein umfassendes, welches aus Zeitgründen fast immer ausfällt.

Über ein anfangs ungeliebtes Projekt ist es zumindest ansatzweise gelungen das Hospizkonzept in diesem Altenheim in weiten Bereichen umzusetzen.

### **Zur Rolle des Hospizdienstes**

Der erste und für mich wichtige Punkt ist, dass ich als Hospizkoordinatorin zu vielen Fragen, die im Zusammenhang mit der Begleitung und Betreuung Sterbender und der Trauerbegleitung auftreten, hinzugezogen

werde. Dazu ist allerdings eine regelmäßige Präsenz im Altenheim erforderlich. Ich bin daher an einem festen Tag regelmäßig anwesend, ohne dass ein konkreter Anlass besteht. Das ist den Mitarbeiter in allen Wohnbereichen bekannt. Ich besuche meist den Wohnbereich, wo zu dem Zeitpunkt Begleitungen stattfinden, gehe aber auch in den Wohnbereich mit den Hospizbetten. Dort nehme ich unter anderem an ganz normalen Übergabegesprächen teil.

So habe ich mittlerweile einen Einblick in die alltägliche Arbeit und spüre die hohen Anforderungen, die an die Pflege gestellt werden. Mit Bewohnern spreche ich nur zur Anbahnung einer ehrenamtlichen Begleitung. In den Übergabe-Gesprächen werden die aktuellen Begleitungen regelmäßig angesprochen. Ist ein von uns begleiteter Bewohner verstorben, werden die gegenseitigen Erfahrungen ausgetauscht und ausgewertet. Mittlerweile werde ich auch zu Fallgesprächen eingeladen, die nicht die Anbahnung einer Begleitung zum Ziel haben, sondern nur der Einschätzung einer bestimmten Situation dienen. Oft geht es dabei - wie Herr Koppenberg es nannte, um „herausfordernde Angehörige“.

Regelmäßige verlässliche Präsenz der Koordinatorin, Teilnahme an Übergabegesprächen oder Fallbesprechungen unterstützen die Weiterentwicklung der Versorgung sterbender Bewohnerinnen und Bewohner.

Darüber hinaus werde ich an der Fortbildungsplanung des Altenheims beteiligt, wobei ich darauf achte, dass hospizliche Themen angemessen berücksichtigt werden. Ich biete zudem auch selbst Fortbildungsveranstaltungen an, wenn dies gewünscht wird.

Was hat sich in der Zusammenarbeit des Marienstifts und des ökumenisch-ambulanten Hospizdienstes konkret verändert?

- Die Aufgaben und Grenzen des Hospizdienstes sind inzwischen allen Mitarbeitern bekannt. Beispielweise haben wir im Marienstift nicht mehr so viele Ad-hoc-Begleitungen, weil bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Sensibilität für eine beginnende Sterbesituation gewachsen ist. Wir werden jetzt oft schon zu einem früheren Zeitpunkt angesprochen.

- Die Koordinatorin und die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen sind im Altenheim bekannt, von den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen sind es natürlich vor allem die, die häufig und gern dort sind.
- Die Berührungängste sind auf beiden Seiten geringer geworden. Der gegenseitige Respekt ist gewachsen. Also Äußerungen wie: „Die sind alle so komisch!“, wie sie manchmal von Seiten der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen zu hören waren, sind nach meiner Einschätzung deutlich seltener geworden. Auf beiden Seiten ist sehr viel mehr Verständnis und Respekt zu beobachten. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen fühlen sich gesehen, anerkannt und entlastet. Das ist ein ganz wichtiges Ergebnis. Der Hospizdienst wird nicht nur, wie bereits gesagt, früher, sondern auch differenzierter und häufiger in die Begleitung einbezogen.
- All das hat dafür gesorgt, dass die Betreuung und Begleitung der Bewohner – das melden auch die Angehörigen und Ärzte zurückspürbar besser geworden ist.

## Alles gut?

Es hat sich vieles durchaus positiv entwickelt. Trotzdem ist nicht alles durchgängig gut und ich möchte abschließend auf einige Problempunkte hinweisen, die uns sicher noch beschäftigen werden:

- Das Engagement des Trägers hängt immer von der Auslastung, von der finanziellen Situation des gesamten Altenhilfebereiches ab. Das bedeutet, dass über die zusätzliche Nachtwache, die minimale Stellenerhöhung, die Ausgaben für Fortbildung u. a. jedes Jahr neu gerungen und verhandelt werden muss.
- Das Altenheim wirkt trotz der Öffnung nach außen und vielen positiven Entwicklungen starr und unflexibel. Veränderungswünschen wird erst einmal abwehrend begegnet. Der Dokumentationszwang und die Orientierung an starren Pflegekonzepten erschweren eine individuelle Versorgung, besonders am Lebensende.

- Die hausärztliche Versorgung ist schwankend. Einige Ärzte nehmen die Pflegekräfte, vor allem die Palliativpflegekräfte, ernst, andere tun das nicht. Die Bereitschaft in der Pflege, die Möglichkeiten der spezialisierten ambulanten palliativen Versorgung zu nutzen, ist groß. Die Hausärzte haben zum Teil große Vorbehalte oder sind schlicht nicht informiert. Hier ist die Kommunikation stark verbesserungsbedürftig.

Ich möchte trotzdem optimistisch schließen: In einem Aufsatz von Professor Urban Wiesing mit dem Titel: ‚Braucht man ärztliche Tugenden?‘ fand ich folgendes Zitat: „Haltungen sind nur durch fortgesetzte praktische Übung zu erlernen und anzueignen.“

Genau das ist es, was wir alle tun sollten und was ich auch in der Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Altenhilfe vielfach beobachte. Nur durch stetiges Üben lassen sich verlässliche Handlungsweisen und Haltungen entwickeln. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

**Anna Zeitler-Schlöder**

Krankenschwester und Sozialarbeiterin,  
längjährige Tätigkeit in der Psychiatrie,  
seit fünf Jahren Koordinatorin  
des ökumenisch ambulanten Hospizes  
beim Caritasverband Rheine





# Hospizkreis Minden

Helmut Dörmann



Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte Sie ganz herzlich begrüßen und an die Beiträge meiner Kolleginnen anknüpfen, indem ich mich in meinem Vortrag der strukturellen Zusammenarbeit mit Alten- und Pflegeheimen zuwende und sie näher beleuchte. Eine Anmerkung vorab: Ich benutze in diesem Beitrag die männliche Sprache, um einen besseren Lesefluss zu ermöglichen. Mir ist dabei bewusst, dass im Pflegebereich, aber auch in der Hospizarbeit deutlich mehr Frauen als Männer arbeiten oder tätig sind. Ich bitte dafür um Verständnis.

## Hospizkreis Minden e.V.

Doch bevor ich zum Thema meines Vortrages komme, möchte ich zunächst ein paar Worte zu meiner Person und zu meiner Arbeit beim Hospizkreis Minden e.V. sagen. Mein Name ist Helmut Dörmann. Ich bin ausgebildeter Gestalttherapeut und seit über zehn Jahren als Koordinator mit einer vollen Stelle beim Hospizkreis Minden e.V. tätig. Seit der Gründung des Vereins vor etwa fünfzehn Jahren haben die Aufgabenvielfalt und auch die Anfragen nach Sterbe- und Trauerbegleitungen stetig zugenommen, sodass wir inzwischen meine Kollegin, Frau Elvira Gahr, mit einer halben Stelle zusätzlich als Koordinatorin einstellen konnten. Momentan können wir auf die ehrenamtliche Unterstützung von vierzig ausgebildeten Mitarbeitern in der Sterbebegleitung zurück greifen, wovon zehn im Bereich der Altenhilfe tätig sind und dreißig für Begleitungen im häuslichen Bereich eingesetzt werden.

## Zusammenarbeit im Netzwerk PAN

Seit 2007 arbeiten wir im Palliativ Ambulant Netzwerk (PAN) mit palliativen Pflegediensten, mit Palliativmedizinerinnen sowie Beratungsstellen zusammen. Zu den Aktivitäten des Netzwerkes PAN gehören Fallbesprechungen, in denen sich Palliativmediziner, Mitarbeiter aus ambulanten Palliativpflegediensten, Hospizkoordinatoren und Patientenkoordinatoren

untereinander austauschen. So ist in den letzten drei Jahren, zum Wohle der Betroffenen, eine gute Vernetzung entstanden. Ein sogenannter „Knotenpunkt“ des Netzwerkes PAN ist der Verein PAN e.V., in dem ich als Vorstandsmitglied mitwirke.

## Zusammenarbeit mit Alten- und Pflegeheimen

An der Ebnung dieses Weges war mein Vorgänger, Uli Treude, der mittlerweile im Ruhestand ist, maßgeblich beteiligt. Er hat die Hospizarbeit in Minden mit gegründet und bereits in der „Pionierzeit“ der Mindener Hospizarbeit Kontakte zu den hiesigen Altenpflegeeinrichtungen aufgenommen. Doch damals war die Hospizarbeit in den Altenheimen noch mit einem eher negativen Image behaftet. So wurde ich, als ich meine Arbeit beim Hospizkreis aufnahm und mich bei den Altenpflegeeinrichtungen vorstellte, mit folgenden Worten konfrontiert „Ja, wenn Sie kommen, dann kommen die Sterbengel ins Haus ...“ In dem Augenblick wurde mir klar, dass sich an dieser Einstellung etwas ändern musste. So entstand die Idee, in den Altenheimen ehrenamtliche Mitarbeiter des Hospizkreises als Ansprechpartner einzusetzen, die regelmäßig die Einrichtungen besuchen würden. Es wurde daraufhin eine enge Bindung zu den Altenheimen des Diakonischen Werkes Minden geknüpft, das mich in meinem Vorhaben unterstützte. Zu der Zeit gehörten dem Diakonischen Werk fünf Altenheime an, in denen ich meine Idee umsetzen und erstmalig ehrenamtliche Hospizmitarbeiter als feste Ansprechpartner für die Pflegekräfte in den jeweiligen Häusern einsetzen konnte. Sie übernahmen die Begleitung sterbender Menschen und deren Angehörigen.

Ein fester Ansprechpartner auf beiden Seiten vereinfacht und verbessert die Zusammenarbeit.

Die Einführung fester Ansprechpartner hat die Zusammenarbeit mit den Altenheimen erheblich vereinfacht und verbessert. Hinzufügen möchte ich, dass auch die Altenheime einen festen Ansprechpartner für unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter zur Verfügung stellen. Mittlerweile arbeiten wir mit zehn Altenheimen zusammen, von denen wir sieben Einrichtungen sehr eng betreuen.

## Interner Austausch

Speziell mit den Hospizmitarbeitern, die als Ansprechpartner in den Altenheimen präsent sind, haben wir Koordinatoren einen regelmäßigen Austausch. „Was kann man verbessern? Wo gibt es Probleme? Worüber müssen wir sprechen?“ – diese Fragen werden bei internen Treffen besprochen.

An einem Beispiel möchte ich das verdeutlichen: Vor einigen Jahren hatten wir die Idee, dass es wichtig ist, die ehrenamtlichen Mitarbeiter mit einem Namensschild und dem Logo bzw. Namenszug des Hospizkreises auszustatten.

„Wozu soll das gut sein? Ist das wirklich wichtig? Braucht man das unbedingt?“ – diese Fragen könnten Ihnen jetzt durch den Kopf gehen.

Meine Antwort ist: Ja, es ist wichtig, denn ein solches Schild steht als Zeichen dafür, dass unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter in die Arbeit des Altenheimes integriert sind und für jeden deutlich, als solche zu erkennen sind. Dieses Schild dient jedoch nicht nur der persönlichen Anrede, es ist viel mehr. Es verleiht unserer Hospizarbeit ein Gesicht, und das ist von großem Wert, wenn einer unserer Mitarbeiter regelmäßig in ein Altenheim kommt. Es entstehen Kontakte, die letztlich sterbenden Menschen zugutekommen.

Hospizarbeit bekommt  
ein Gesicht!

## Sterbebegleitungen

Im vergangenen Jahr haben wir insgesamt 90 Begleitungen durchgeführt, von denen etwa 40 in Alten- und Pflegeeinrichtungen anfielen. Die Tendenz ist steigend. Das ist für uns ein sehr positives Signal, es zeigt uns doch, dass unsere Arbeit beginnt, Früchte zu tragen. Auch Altenheime außerhalb unseres momentanen Wirkungskreises suchen den Kontakt zu uns. Wir möchten es aber zunächst bei den zehn Einrichtungen, mit denen wir eng zusammenarbeiten, belassen, da man für die Begleitungen auch Zeit und vor allem die entsprechenden Mitarbeiter benötigt.

Das heißt, so wichtig mir die Zusammenarbeit mit den Altenheimen auch

ist, so hat die bisherige ambulante Arbeit, nämlich die Begleitung Schwerkranker und Sterbender zuhause, für mich die höhere Priorität und diese Arbeit möchte ich weiter ausbauen.

## Vertrauen statt Vertrag

Eine andere Seite unserer Zusammenarbeit mit den Alten- und Pflegeeinrichtungen ist die Form der Zusammenarbeit. Im Grunde genommen bin ich ein Freund von Verträgen und habe 2003 versucht, diese Thematik zu vertiefen. Gerne hätte ich mit den Alten- und Pflegeeinrichtungen einen Vertrag geschlossen, der sie auch hinsichtlich der Finanzierung in die Pflicht genommen hätte. Damals gab es noch nicht den §39a, der jetzt die Förderung der finanziellen Aufwendungen für Sterbebegleitungen regelt. Die Notwendigkeit eines Vertrages war damit nicht mehr unbedingt gegeben. Außerdem wollte der damalige Vorstand die Kooperation mit den Alten- und Pflegeeinrichtungen unbürokratisch gestalten und nahm daher Abstand davon, einen Vertrag abzuschließen. (Der Vertragsentwurf liegt heute übrigens immer noch in meiner Schublade...)

Im Vorstand fiel zum damaligen Zeitpunkt das Stichwort „Vertrauen“. Vertrauen sollte die Basis für eine gute Zusammenarbeit sein. Wenn ich hier und jetzt auf unsere bisherige Zusammenarbeit zurückblicke, kann ich sagen, dass unser Miteinander gut geregelt ist. Das haben wir geschafft, denn unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter werden in den Einrichtungen gerne gesehen und die Anzahl der Begleitungen und Anfragen sprechen für sich.

Nicht immer sind vertragliche Regelungen notwendig, um vertrauensvoll miteinander umzugehen.

## Eckpunkte der Zusammenarbeit

Für die Zusammenarbeit mit den Alten- und Pflegeeinrichtungen haben wir statt eines Vertrages sogenannte „Eckpunkte“ entwickelt, die verschriftlicht wurden und eine Orientierung für Zusammenarbeit geworden sind. Ein Punkt besagt: Das Erstgespräch ist gemeinsam mit dem Pflegepersonal und dem Bewohner zu führen. Der Bewohner sollte darüber informiert werden.

Leider passiert das nicht immer. Dann müssen wir Koordinatoren nachhaken und darauf aufmerksam machen, dass der Bewohner vorab immer informiert sein sollte.

Dieser Punkt ist sehr wichtig und wurde aufgenommen, da es eine Zeit lang entsprechende Probleme mit einer Einrichtung gab. Von dieser Einrichtung wurden wir häufiger erst, kurz bevor der Bewohner starb, angerufen. Begleitungen, die ganz kurzfristig zustande kommen, sind für alle Beteiligten häufig schwierig zu gestalten und werden als belastend empfunden. Deshalb ist es besonders für den Sterbenden, aber auch für unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter wichtig, dass wir relativ frühzeitig um Begleitung gebeten werden, auch um die Chance zu haben, noch eine Beziehung zueinander herstellen zu können.

In der Regel sieht es glücklicherweise so aus, dass uns die Hausleitung oder ein Mitarbeiter des Hauses schon relativ früh anruft, um so eine Begleitung in die Wege zu leiten. Die meisten unserer ehrenamtlichen Mitarbeiter, die in den Alten- und Pflegeeinrichtungen tätig sind, führen Begleitungen nur in „ihrem“ Heim durch. Sie begleiten die Menschen in der Regel bis in den Tod.

Ein weiterer Bestandteil unserer Eckpunkte ist, dass in den Einrichtungen – wie schon erwähnt – ein fester Ansprechpartner für den Hospizkreis benötigt wird. Unsere Hospizmitarbeiter und wir Koordinatoren nehmen außerdem an den Mitarbeitergesprächen in den Einrichtungen teil.

Austauschrunden haben einen supervisorischen Charakter.

Des Weiteren bieten wir Fortbildungen und Austauschrunden mit supervisorischem Charakter für die Pflegekräfte an. Ganz aktuell ist es so: Sieben der zehn Heime wünschen sich in diesem Bereich Austauschrunden, da gerade junge Mitarbeiter dieser Einrichtungen persönliche Probleme mit dem Thema Sterben und Tod haben. Auch wenn wir als Hospizdienst dieser Nachfrage nicht komplett nachgehen können, ist es aber bereits angedacht, für die hauptamtlichen Mitarbeiter der anfragenden Häuser entsprechende Fortbildungen durchzuführen.

## Befähigungskurs für Hospizarbeit

Wie alle Hospizdienste bieten wir jährlich einen Ermutigungs- und Befähigungskurs an. Unter den Teilnehmern sind in den letzten Jahren regelmäßig Mitarbeiter aus den Alten- und Pflegeheimen.

Der Kurs umfasst drei Wochenenden und elf Abende. Die Teilnehmergebühr beträgt für zukünftige ehrenamtliche Mitarbeiter 150€, für hauptamtliche Mitarbeiter aus Alten- und Pflegeeinrichtungen 450€. Wir bieten ein qualitativ hochwertiges Seminar und sind daher der Meinung, dass zukünftige ehrenamtliche Mitarbeiter eine Eigenbeteiligung zuzumuten ist. Entscheidet man sich später gegen die ehrenamtliche Tätigkeit beim Hospizkreis, so profitiert man dennoch sehr von den umfangreichen Seminarinhalten.

Die teilnehmenden Mitarbeiter der Alten- und Pflegeheime sind in unseren Kursen gut integriert. Ich erlebe ein gutes Miteinander und eine gute Zusammenarbeit.

Ein Fazit zum guten Schluss: Begleitungen in Alten- und Pflegeheimen brauchen gute Absprachen und sollten von beiden Seiten gewollt sein. Sie leben vom Engagement der Hospizmitarbeiter, der Koordination und der Einrichtungen.

**Helmut Dörmann**  
Kordinator des Hospizkreises Minden e.V.



# Ambulanter Hospizdienst OMEGA Bocholt/Rhede/Isselburg



Christiane Roeterink  
Christiane Egbert



AZURIT



Diepenbrock Stiftung



Haus Hildegard



Jeanette-Wolff

Der Hospizdienst OMEGA hat in Bocholt eine 25-jährige Geschichte und die Kooperation mit den Häusern der stationären Altenhilfe existiert fast ebenso lange. In Bocholt, Rhede und Isselburg gibt es insgesamt acht Einrichtungen, die unser Angebot der Unterstützung nutzen. Es gibt in einer der Einrichtungen zudem einen Sonderfall. In dieser Einrichtung befindet sich ein ‚Integratives Stationäres Hospiz‘ mit zwei Betten. Dies ist als solches voll anerkannt, also ein etwas anderes Modell als das, was Frau Zeitler-Schlöder vorgestellt hat, auch wenn es bzgl. der Größe vergleichbar ist. Da es sich hier um ein eigenes und nicht vergleichbares Konzept handelt, möchten wir hier und heute über die Kooperationen mit den anderen Häusern berichten.

Die Zusammenarbeit des Hospizdienstes mit den unterschiedlichen Häusern haben wir bewusst nicht schriftlich geregelt. Ausnahme ist das Haus, in dem sich das stationäre Hospiz befindet, weil es dort bestimmter Absprachen und Regelungen bedarf. Dieses Hospiz ist ein Kooperationsprojekt zwischen OMEGA und dem ‚Guten Hirten‘, daher braucht es dort auch einen entsprechenden Vertrag.

Grundsätzlich bieten wir in allen Häusern der stationären Altenhilfe unser Angebot der Sitzwachen am Tag und in der Nacht, sowie Besuchsdienste durch unsere Ehrenamtlichen an. Dabei kann OMEGA auf ca. 50 aktive Ehrenamtliche zurückgreifen.

## Ablauf einer Begleitung

Die Anfragen nach hospizlicher Begleitung erreichen die Koordinatorinnen zumeist während ihrer täglichen Rufbereitschaft und können in fast allen Fällen noch am gleichen Tag umgesetzt werden. Das Erstgespräch mit den Betroffenen, den Familien und den Pflegekräften wird von einer Koordinatorin geführt, diese nimmt dann Kontakt zu entsprechenden Ehrenamtlichen auf. Sehr häufig wird unser Angebot der nächtlichen Sitzwachen angefragt. Dann kommt, nach Absprache mit den Familien, ein Ehrenamtlicher von 22.00 Uhr bis 2.00 Uhr und wird dann von einem zweiten Ehrenamtlichen abgelöst, der bis 6.00 Uhr bei dem Sterbenden bleibt. Diese Zeiten können sich verändern, abhängig von den Bedürfnissen der Sterbenden oder auch von den Möglichkeiten der Begleitung durch die Familien.

Familie, Pflege und Hospizdienst bleiben in täglichem Kontakt, um jeweils den aktuellen Hilfebedarf zu ermitteln. Diese enge Zusammenarbeit wird von den Familien und den Pflegekräften als große Unterstützung erlebt. Die eingesetzten Ehrenamtlichen melden sich nach ihrer Sitzwache bei der Koordinatorin, damit sehr kurzfristig die Möglichkeit besteht, auf Unstimmigkeiten oder Fragen zu reagieren.

Eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu den Koordinatorinnen, gibt allen Beteiligten die Möglichkeit, die Entwicklungen im Sterbeprozess in Ruhe besprechen zu können.



Guter Hirte



Haus Rothkirch



Residenz Schanze



Käthe-Kollwitz-Haus



## **Weitergehende Angebote durch den Hospizdienst**

Neben der Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und ihrer Familien, werden die Koordinatorinnen auch zu Fortbildungsveranstaltungen in die Häuser eingeladen. Einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben die Möglichkeit genutzt, an den Vorbereitungskursen zur ehrenamtlichen Sterbebegleitung teilzunehmen, die OMEGA einmal jährlich anbietet. Dadurch entstehen weitergehende Kontakte, die in der Umsetzung unserer Arbeit hilfreich sind.

## **Die Qualität der Kooperation ist geprägt von den handelnden Personen und ihren Beziehungen**

Wir stellen fest, dass es in den verschiedenen Einrichtungen große Unterschiede in der Zusammenarbeit mit den einzelnen Wohnbereichen gibt. Es hängt von den handelnden Menschen ab und davon, wie sie ihre Beziehung gestalten, wobei eine „gelungene“ Begleitung dann oft der Türöffner für weitere Anfragen ist.

## **Entwicklung der Zusammenarbeit seit 2007**

Nachdem im Jahr 2007 ein Wechsel in der Koordination stattgefunden hat (bedingt durch den Ruhestand der ehemaligen Koordinatorin), haben wir unsere Vorstellung in den Häusern der Altenhilfe genutzt, um über das Unterstützungsangebot des Hospizdienstes zu informieren. Hilfreich war dabei eine Broschüre, die zum Abschluss einer Projektarbeit einer Studentengruppe aus Nimwegen entstanden ist.

Ein halbes Jahr hat die Projektgruppe im Rahmen ihrer Bachelorarbeit die Zusammenarbeit zwischen OMEGA und den Einrichtungen der Altenhilfe in Bocholt und Umgebung untersucht. Durch Fragebögen wurde sowohl in den Häusern als auch bei den Ehrenamtlichen der momentane Stand der Zusammenarbeit erfasst. Darüber hinaus gab der Rücklauf Hinweise über bestehende Wünsche bei der Unterstützung, Bekanntheitsgrad des Hospizdienstes in den Einrichtungen und die Zufriedenheit der Ehrenamtlichen.

Ein Ergebnis der Studie war ein Reflexionsbogen. Dieser dient vor allem dem anschließenden persönlichen Austausch: Die Inhalte dieses Bogens werden nach den abgeschlossenen Begleitungen zwischen den Koordinatorinnen und den Pflegekräften ausführlich besprochen, so dass Fragen oder Unstimmigkeiten, die während einer Begleitung aufgetreten sind, direkt während oder nach der Begleitung ausgeräumt werden können. Eine gute Bilanz

In den vergangenen fünf Jahren ist es uns gelungen, zu vielen Pflegekräften eine gute, vertrauensvolle Basis der Zusammenarbeit zu schaffen. Oft kommt es zu intensiven Gesprächen rund um die Begleitung des Sterbenden. Pflegekräfte, die uns und die Arbeit der Ehrenamtlichen kennengelernt haben, sehen den Hospizdienst dann nicht mehr als Konkurrenz, sondern als wertvolles Unterstützungsangebot. Es bedarf auch weiterhin des intensiven Kontaktes zu vielen Pflegekräften und Hausleitungen, damit wir auch in Zukunft von gelebter Zusammenarbeit zum Wohle der Sterbenden und ihrer Angehörigen sprechen können.

Häufiger Kontakt ist eine wichtige Grundlage für gute Zusammenarbeit.

Zusammenkommen ist ein Beginn,  
Zusammenbleiben ist ein Fortschritt.  
Zusammenarbeiten ist ein Erfolg. (Henry Ford)

**Christiane Roeterink**  
Krankenschwester,  
seit 2007 Koordinatorin des Hospizdienstes Omega.



**Christiane Egbert**  
Familienpflegerin und Erzieherin; seit 2007 Koordinatorin des Hospizdienstes Omega



# Hospizbewegung Münster e.V.



Dieter Broekmann  
Gabriele Knuf-Siegler

**hospiz***bewegung*

Wie kann es gelingen, eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Altenpflegeeinrichtung und ambulanter Hospizbewegung zu organisieren, zu entwickeln?

Auf Grund meiner/unserer Erfahrung zeigt sich, dass eine systematische und transparente Vorgehensweise und die verbindliche Anerkennung von Rahmenbedingungen hilfreich sind.

## **...und das ist unsere Vorgehensweise:**

- Die Koordinatoren der ambulanten Hospizbewegung Münster e.V. gestalten einen Informationsabend mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der anfragenden Altenpflegeeinrichtung (Leitung, Pflegepersonal, Nachtwachen). Hier geht es um einen offenen Erfahrungsaustausch über die Begleitung Sterbender und die Abklärung der Wünsche an die ehrenamtlich Aktiven.
- Bevor die ambulante Hospizbewegung von der Altenpflegeeinrichtung angefragt wird, ist geklärt, ob Hausarzt und Angehörige die aktuelle Situation des Patienten als Sterbeprozess einschätzen und ob die Begleitung gewünscht ist. Hier ist es von großer Bedeutung, das Bedürfnis und das Wohl der Betroffenen und deren Angehörigen in den Vordergrund zu stellen. Hier wird auch besprochen, welche Anforderungen an die ambulante Hospizbewegung gestellt werden und in wie weit diese erfüllt werden können.
- Sind die organisatorischen Rahmenbedingungen geklärt, erfolgt die offizielle Einbeziehung der ambulanten Hospizbewegung in diese Sterbebegleitung. Auch die Kontaktaufnahme mit den Ange-

Das Bedürfnis und das Wohl der Betroffenen und der Angehörigen stehen im Vordergrund.

hörigen ist möglich und wird – wegen des besserer Kennenlernens des Patienten – empfohlen.

- Eindrücke, Kenntnisse oder besondere Vorlieben des Sterbenden sollen z.B. während einer Übergabe an die Koordinatoren weitergegeben werden. Danach erfolgt die Wahl des passenden Begleiters.
- Regelmäßiger und offener Austausch aller Beteiligten sichert die Qualität der Begleitung. Dabei stehen auch medizinische, soziale und/oder psychische Faktoren im Blickpunkt. Wünschenswert wäre, Eindrücke, Vermutungen, Erkenntnisse offen zu machen und als Kurzprotokoll niederzulegen.

Wenn dieser Regel- bzw. Verhaltenskatalog als gemeinsame Grundlage Anerkennung findet, kann es zu einer vertrauensvollen Kooperation zwischen ambulanter Hospizbewegung mit ihren ehrenamtlich Aktiven und den hauptamtlich Aktiven in den Pflegeeinrichtungen kommen.

Dazu gehört die Akzeptanz, dass die Angebote der ambulanten Hospizbewegung nur ein ergänzendes, zusätzliches Element zur hauptamtlichen Pflege sein kann.

Das Ziel, alles zum Wohl und im Sinne der Patienten zu tun, eint die in diesem Prozess handelnden Menschen.

**Dieter Broekmann**

Krankenpfleger mit Palliative Care Fortbildung,  
8 Jahre als stellv. PDL im stationären Hospiz,  
seit 4 Jahren als Koordinator bei der  
ambulanten Hospizbewegung Münster e.V.



**Gabriele Knuf-Siegler**

Ehrenamtliche Sterbebegleiterin

## MUSTERVERTRAG

Kooperationsvertrag zwischen  
Hospizdienst ..... und Altenheim .....

### **Präambel**

Leben bis zuletzt heißt, nicht nur frei zu sein von Schmerzen und anderen schwerwiegenden Symptomen, es heißt auch, Wertschätzung und Achtung zu erhalten, unabhängig von Alter, Kultur, Glauben sowie körperlicher und geistiger Situation. Schwerstkranke und Sterbende werden vom ambulanten Hospizdienst und vom Altenheim mit besonderer Fürsorge und Kompetenz begleitet. Gemeinsame Begleitung bedeutet auch gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung von Person, Profession und Qualifikation. Die Kooperation zwischen beiden Einrichtungen bedeutet eine Zusammenführung von Menschen, Strukturen und Mitteln im Sinne einer würdigen und qualifizierten Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen.

### **S1 Grundsätze der Zusammenarbeit**

Die Kooperation zwischen dem Altenheim und dem Hospizdienst bezieht sich in erster Linie auf die Begleitung und Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihrer Angehörigen. Sie kann sich bei Bedarf erweitern, z.B. um Fortbildungen, Projekte, Praktika.

Beide Institutionen gehen auf der Ebene der Leitungen und der Mitarbeitenden vertrauensvoll und auf Augenhöhe miteinander um. Um dies zu verwirklichen, soll ein regelmäßiger Austausch sowie Absprachen oder Fallgespräche stattfinden. Entscheidungen, die die Kooperation betreffen, sollen in gutem Einvernehmen getroffen werden.

### **S2 Ziele der Kooperation**

- Die gemeinsame Gewährleistung einer würdevollen Begleitung schwerstkranker und sterbender Bewohnerinnen und Bewohner
- Die Unterstützung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Begleitung sterbender Bewohnerinnen und Bewohner

- Vernetztes Arbeiten miteinander sowie mit anderen Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung, welches langfristig in einer nachhaltigen Implementierung einer hospizlichen und palliativen Kultur in der Altenhilfeeinrichtung mündet

### **S3 Umsetzung der Ziele**

*Begleitung:* Die Koordinatorin<sup>1</sup> des Hospizdienstes ist Ansprechpartnerin für das Altenheim. Bei Bedarf nach einer Begleitung einer sterbenden Bewohnerin wird diese vom Altenheim kontaktiert. Sie trägt Sorge für den Einsatz einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin und deren weitere fachliche Begleitung. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen werden nicht ohne Beauftragung der Koordinatorin tätig.

Die Begleitung erfolgt wenn möglich auf Wunsch der Bewohnerin und der Angehörigen. Ebenso erfolgt der Einsatz einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin immer mit dem Wissen der bereichszugehörigen Mitarbeiter und in Absprache mit ihnen.

*Unterstützung:* Der Hospizdienst bietet den Mitarbeitern des Altenheims Austausch und Beratung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer an. Das Altenheim bietet den Mitarbeitern des Hospizdienstes Beratung zu geriatrischen Themen an.

Pflegerische Tätigkeiten wie zum Beispiel Essensgabe oder Lagerung gehören nicht zum Handlungsbereich ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen.

### **S4 Strukturelle Bedingungen**

Die Mitarbeiterinnen des Hospizdienstes sind ausschließlich dem Hospizdienst verpflichtet und stehen in keinem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zum Altenheim.

Begleitungsrelevante Informationen sind in der Dokumentation festzuhalten.

Vor dem Beginn einer Begleitung werden Ziel der Begleitung, Aufgaben der Hospizdienstmitarbeiterin, Form und zeitliche Bedingungen für die Begleitung festgehalten. An jedem Einsatztag wird die Hospizdienstmitarbeiterin über den aktuellen Zustand der Bewohnerin informiert. Die Begleiterin gibt ihrerseits die für die Mitarbeiterinnen relevanten Informationen weiter.

<sup>1</sup> In diesem Vertrag wird auf Grund der besseren Lesbarkeit in der Regel die weibliche Form verwendet (da diese auch in der Hospizarbeit vorrangig vertreten ist), die männliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Im Bedarfsfall werden Fallbesprechungen oder Supervisionen für alle an der Begleitung beteiligten Akteure durchgeführt. Die Finanzierung wird von ..... gewährleistet.

### **S5 Öffentlichkeitsarbeit**

Soweit sie die Kooperation betreffen, werden alle die Öffentlichkeitsarbeit betreffenden Handlungen miteinander abgesprochen.

### **S6 Datenschutz/Schweigepflicht**

Beide Vertragspartner verpflichten sich, die Datenschutzrichtlinien sowie die Schweigepflicht einzuhalten. D.h. die Kooperationspartner verpflichten sich zu Verschwiegenheit über alle Vorgänge, die mit der Einrichtung und der Begleitung im Zusammenhang stehen. Diese Verpflichtungserklärung ist schriftlich festzuhalten.

### **S7 In-Kraft-Treten und Kündigung**

Diese Vereinbarung tritt am ..... in Kraft.

Jeder Vertragspartner kann den Vertrag in schriftlicher Form mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Monatsende kündigen. Sollte einer der Kooperationspartner gegen eine der vereinbarten Regelungen verstoßen, so ist der andere Vertragspartner zu einer fristlosen Kündigung berechtigt.

Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.

Unterschriften der Kooperationspartner

## Autoren

### **Bloech, Julia**

Hospizkreis Löhne e. V.  
Lange Str. 16, 32584 Löhne  
0 57 31 - 3 05 90 59  
01 51 15 58 04 95  
julia.bloech@web.de

### **Broekmann, Dieter**

Hospizbewegung Münster e.V.  
Sonnenstr. 80, 48143 Münster  
02 51 - 51 98 74  
info@hospizbewegung-  
muenster.de

### **Dörmann, Helmut**

Hospizkreis Minden e.V.  
Fischerallee 3 a, 32423 Minden  
05 71 - 88 80 42 81  
hospizkreis@dwminden.de

### **Egbert, Christiane**

OMEGA Regionalgruppe Bocholt-  
Rhede-Isselburg  
Weberstr. 6, 46397 Bocholt  
0 28 71 - 18 48 23  
0 17 04 19 17 98  
omega@diepenbrock.de

### **Knuf-Siegler, Gabriele**

Hospizbewegung Münster e.V.  
Sonnenstr. 80, 48143 Münster  
02 51 - 51 98 74  
info@hospizbewegung-  
muenster.de

### **Koppenberg, Klaus**

Ambulanter Hospizdienst Unna  
OMEGA- Mit dem Sterben leben  
Morgenstr. 80, 59423 Unna  
0 23 03 - 25 51 47  
klaus.koppenberg@web.de

### **Mihm, Christoph**

Ev. Johanneswerk e.V.  
Philipp-Nicolai-Haus Alten- und  
Pflegeheim  
Gebrüder-Grimm-Straße 8,  
45768 Marl  
0 23 65 - 91 04 25  
christoph.mihm@johanneswerk.de

### **Roeterink, Christiane**

OMEGA Regionalgruppe Bocholt-  
Rhede-Isselburg  
Weberstr. 6, 46397 Bocholt  
0 28 71 - 18 48 23  
0 17 04 19 17 98  
omega@diepenbrock.de

### **Wittstamm, Susanne**

Hospizverein Marl  
Martin-Luther-Str. 14, 45768 Marl  
0 23 65 - 5 09 69 46  
susanne.wittstamm@kk-ekvw.de

### **Zeitler-Schlöder, Anna**

Ökumenisches Ambulantes Hospiz  
Rheine  
Caritashaus Lingenerstr. 11  
48429 Rheine  
0 59 71 - 86 23 47  
zeitler@caritas-rheine.de



## Literaturbeispiele

- Beckers, Donata** (2006) Dasein, wenn es still wird – Die Nachhaltigkeit der implementierten Palliativbetreuung in der stationären Altenhilfe, [www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf](http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/heft7daseinwennesstillwird.pdf) (19.12.2011)
- Dinges, Sabine** (2009) Freiwillige dringend gesucht – Ehrenamtliches Engagement in Altenheimen, [www.buecher.de](http://www.buecher.de) (PDF). (19.12.2012)
- Hammerla, Monika** (2008) Der Alltag mit demenzerkrankten Menschen: Pflege in den verschiedenen Phasen der Erkrankung, Elsevier, Urban & Fischer Verlag. München
- Heimerl, Katharina et al.** (2005) Daheim sterben, Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg
- Gerhard, Christoph / Kostrzewa, Stephan** (2010) Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altersheimen entwickeln, etablieren und evaluieren, Verlag Hans Huber, Bern
- Grajewski, Sarah** (2010) Prozessbeobachtung – Implementierung eines Leitfadens zur Sterbebegleitung am Beispiel einer Seniorenwohnanlage Altenpflegebereich. VDM Verlag, Bonn
- Gron, Erich** (2009) Palliativpflege bei Menschen mit Demenz. Empathisch handeln – wertschätzend begleiten – kreativ pflegen, Schlütersche Verlagsg., Hannover
- Iacono, Gabriele** (2009) Die vergessene gelebte Welt: Demenz- was jetzt? Die Angst vor dem Altenheim! [www.bod.de](http://www.bod.de) (19.11.2011)
- Kittelberger, Frank** (2002) Leben bis zuletzt in Alten- und Pflegeheimen – Ein Leitfaden für alle, die über die Implementierung von Palliativbetreuung und Hospizarbeit in Einrichtungen der Stationären Altenhilfe nachdenken, [www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/Leitfaden.pdf](http://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/pdf/Leitfaden.pdf) (19.12.2011)
- Kojer, Marina, Schmidl, Martina** (2011) Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis, Verlag Springer-Verlag KG. Berlin
- Niklewski, Günter** (2010) Demenz – Hilfe für Angehörige und Betroffene, Verlag: Stiftung Warentest. Berlin
- Kostrzewa, Stephan** (2010) Sterbebegleitung und palliative Versorgung von Menschen mit Demenz. Verlag Dt. Wirtschaft, Bonn
- Sauer, Timo** (2012) Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Kultur der Medizin, Band 31, Juni, Campus Verlag GmbH. Frankfurt
- Wilkening, K.** (2005) Der lange Abschied – Angehörigenarbeit und Sterbebegleitung im Heim. In S. Kobler-von Komorowski & H. Schmidt (Hg) Seelsorge im Alter – Herausforderungen für den Pflegealltag. Heidelberg
- Wilkening, Karin / Ohnsorge, Kathrin** (2007) Gestaltungsmöglichkeiten am Lebensende, Robert-Bosch-Stiftung (Hg) "Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz", Bd.7, "Ethik und Recht". Bern
- Wilkening, Karin / Kunz, Roland** (2003) Sterben im Pflegeheim – Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, Göttingen

gefördert vom: **Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen**

