Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Hospizdialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2025 Ausgabe 105

Schwerpunkt:

WOANDERS - AM LEBENSENDE GUT VERSORGT UND BEGLEITET

SCHWERPUNKT

WOANDERS - AM LEBENSENDE GUT VERSORGT UND BEGLEITET

4 **WOANDERS**
Ein Blick auf das Hospizwesen vom Pilgerweg aus
Traugott Roser

7 **„JA, JETZT BIN ICH ANGEKOMMEN“**
Der Übergang vom Zuhause in eine stationäre Einrichtung
Insa Verbeck im Gespräch mit Markus Giesbers und Gertrud Schoppengerd

10 **NACHT IM HOSPIZ**
Andreas Stähli

12 **ZUHAUSE ALS GEFÜHL**
Möglichkeiten und Grenzen palliativer Versorgung in der Wohnungslosenhilfe
Sabine Pöppelmann, Helena Brockmann, Stefanie Beckmann

15 **ZWISCHEN STERBEBEGLEITUNG UND STRAFVOLLZUG**
Christine Scholl

INFORMATIONEN

17 **KULTURSENSIBLE HOSPIZARBEIT**
Ein Anspruch an eine diverse Gesellschaft
Dr. Ferya Banaz-Yaşar

20 **ZUGEWANDTE VERSORGUNG IM RAHMEN DER GVP-BERATUNG**
Bericht zum Fachtag in Westfalen-Lippe
Irmgard Hewing, Clara Schuppan

22 **VERANSTALTUNGEN**

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

nach der letzten Ausgabe des Hospizdialogs zum Thema ZUHAUSE wollen wir in dieser Herbstausgabe den Blick auf das WOANDERS richten: Was bedeutet es, fern der häuslichen Umgebung seinen letzten Lebensabschnitt zu verbringen?

Für manche Menschen ist der Wechsel, z.B. in eine stationäre Einrichtung, zwar aufregend und existenziell, aber auch von positiven Empfindungen und der schönen Erwartung getragen, jenseits der alltäglichen Einsamkeit wohl versorgt und sicher in einer neuen Gemeinschaft anzukommen. Sie können hier im besten Fall sogar ein neues ZUHAUSE finden.

Für andere – so schreibt es Herr Prof. Roser in seinem Beitrag – „ist das „Woanders“ auch die letzte Station auf einer beschwerlichen Reise – und es wird auch bei bester Versorgung nicht ein „letztes Zuhause“.

Wir betrachten, welche Bedeutung die Nacht einnehmen kann, wenn man sich WOANDERS befindet. Und schließlich nimmt diese Ausgabe auch Menschen ohne festen Wohnsitz und Strafgefangene in den Blick. Wie erleben diese Menschen ihren letzten Lebensabschnitt und wie können wir eine Brücke bauen zwischen Sterbebegleitung und Strafvollzug, zwischen Wohnungslosigkeit und einer guten palliativen Versorgung?

Das ALPHA-Team wünscht Ihnen eine gute und anregende Lektüre!

©Manfred Bröker

WOANDERS

Ein Blick auf das Hospizwesen vom Pilgerweg aus

TRAUGOTT ROSER

Woanders sein müssen, anderswo als an dem Ort, an dem man sich zuhause weiß und zuhause fühlt. Das ist die Realität für viele, wenn nicht die meisten Menschen, die wegen einer schweren Erkrankung auf eine stationäre Versorgung in einem Krankenhaus, einer Pflege- und Betreuungseinrichtung oder in einem Hospiz angewiesen sind. Für manche ist das „Woanders“ auch die letzte Station auf einer beschwerlichen Reise – und es wird auch bei bester Versorgung nicht ein „letztes Zuhause“. Nicht ohne Grund bezeichnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hospizen die Sorge-Empfangenden als „Gäste“. Das geht auf eine uralte Tradition zurück, die im Mittelalter im Pilgerwesen seine Ursprünge hat und sich gerade heute wieder großer Beliebtheit erfreut. Es lohnt sich deshalb, einmal (vermeintlich) weit weg vom Hospizalltag nach dem Wesen des „Woanders“ zu fragen. Deshalb schildere ich im Folgenden ein paar Eindrücke von einem der wichtigsten Pilgerwege.

Die unerwartet letzte Station auf dem Weg

In der nordspanischen Provinz Bierzo liegt die kleine Stadt Villafranca. Sie ist eine der letzten Stationen auf dem sogenannten französischen Jakobsweg, kurz bevor man Galizien erreicht und damit dem Ziel Santiago de Compostela nahekommt. Hinter den Pilgerinnen und Pilgern liegen mehr als drei Wochen Fußweg samt dem höchsten Gipfel am Cruz de Ferro (ca. 1500 Höhenmeter), an dem viele mit einem symbolischen Stein eine Last abgelegt haben. Davor haben sie kräftezehrende Etappen über das Hochplateau der Meseta geschafft. In früheren Zeiten war für manche der malerische Ort Villafranca del Bierzo unfreiwillig die letzte Station ihrer Reise. Denn direkt in Villafranca führt der „Camino Duro“ (der harte Weg) unbarmherzig steil bergauf, zwar durch eine zauberhaft schöne, aber eben extrem hügelige Landschaft. Mancher schafft das nicht.

An diesem Ort, fern von zuhause, bin ich der ursprünglichen Bedeutung des Hospizwesens begegnet. Im Herbst 2019 hatte ich mich auf den

Jakobsweg von St. Jean Pied de Port bis nach Santiago gemacht und stand am 23. Tag ganz unvermittelt vor einem Hospiz aus spätmittelalterlicher Zeit. Meine Herberge „Ave Fenix“ war sehr einfach. Sie wurde und wird von Ehrenamtlichen betreut, wie heute viele Hospizbegleitende ehrenamtlich tätig sind. Das alte Gemäuer aus Natursteinen umgrenzt einen sonnendurchfluteten Innenhof mit Sitzgelegenheiten, einer Küche, mit Waschbecken und Wäscheleinen für die verschwitzte Kleidung. Schlafsäle mit mehreren Betten sind bis in den Dachstuhl hinein eingerichtet. Einfache Duschen bieten Erfrischung. In einem geräumigen Speisesaal setzen sich die hungrigen Gäste an lange Tafeln und schöpfen Suppe aus großen Schüsseln. Die Herbergswirte kochen, sorgen gegen Spende für einfache und saubere Unterkunft und schauen, wie es den Gästen geht. Alle, die angekommen sind, sind hungrig. Viele erzählen, manche sind still und in sich gekehrt. Jede und jeder darf sein, niemand muss sich erklären oder dafür entschuldigen, mit niemandem reden zu wollen. Alle sind auf dem Weg. Den einen fällt er leichter, andere haben deutlich mehr Mühe.

Leib und Seele gehören zusammen

An einer Tür hängt ein Schild: ein Physiotherapeut bietet Massagen für die Füße, Schultern oder gleich den ganzen Körper an. Ich nehme es gern an, zum ersten Mal auf dem Weg. Es kostet nichts, er finanziert sich über Spenden – manche Pilgerin gibt so viel, dass ein Bedürftiger nichts zahlen muss. Und der Therapeut mit einer gut gehenden Praxis in einer Großstadt stellt seine Kompetenz den Bedürftigen auch ehrenamtlich zur Verfügung. Meine Füße danken es ihm und ich spüre, dass er mir auch die Seele massiert. Ich fühle mich etwas wohler in meinem Körper, der so viel mitmacht und trägt. Leib und Seele, das gehört eben doch zusammen.

Die Herberge steht direkt neben einer alten Kirche mit einem beeindruckenden gotischen Nordportal. Fünf Säulenbögen rahmen die massiven Flügel des Holzportals. Es flößt mir ordentlich Ehrfurcht ein, mit Betonung auf Furcht. Wenn sich die Türflügel dieses Portals öffnen, dann nicht ohne Grund. Aber am Ende wird man bei jeder Messe mit einem Segen entlassen, ganz egal, ob man religiös ist oder nicht. Auch wenn einem alles wie spanische Dörfer vorkommt, den Segen hört man in der eigenen Sprache und fühlt sich fern von Zuhause geborgen durch Vertrautes.

Woanders ist weder Zuhause noch Ziel

Wenn Pilger*innen früherer Jahrhunderte von den Strapazen des bisherigen Weges erschöpft und am Ende ihrer Kraft waren, konnte es passieren, dass sie die Anstrengungen der nächsten Etappen nicht mehr lebend überstehen würden und bleiben mussten. Es gab auch keine Möglichkeit umzudrehen, nach Hause zurückzukehren, denn das Zuhause lag in unendlich weiter Ferne, und der körperliche Zustand der Pilgernden ließ den Rückweg über die Berge und durch die Meseta nicht mehr zu. Wie das Hospiz heute die letzte Station ist, so war das auch damals. Alle hatten sich anderes erhofft, hatten die Zähne zusammengebissen, Schmerzen und Mühen bekämpft und alle Kräfte aufgewendet, um ihr Ziel zu erreichen: In der Kathedrale vor dem Grab des Apostels Jakobus Frieden mit sich, mit Gott und mit der Welt zu schließen und danach in den Alltag zuhause zurückkehren zu dürfen, gesund an Leib und Seele. Das schafften nicht alle, wie auch heute für manche Palliativpatient*innen der Weg zurück ins alte Leben oder „wenigstens noch ein paar Jahre oder Wochen“ nicht mehr möglich ist. Man ist jetzt Woanders, und dort heißt es endgültig Abschied nehmen.

Die kleine Compostela

Für die Pilgernden, die auf ihrem Weg krank und zu schwach wurden, war das Hospiz in Villafranca del Bierzo mehr als eine normale Herberge auf dem Weg. Hier wurden sie aufgenommen, ihre Schmerzen behandelt, sie wurden gepflegt und mit Essen, Trinken und Freundlichkeit versorgt, bis sie sterben konnten. Sie erhielten sogar schon hier, in der uralten Kirche mit der beeindruckenden „Puerta del Perdón“ (dem Tor der Vergebung), ihre „kleine“ Compostela: die Urkunde, die den vollständigen Ablass ihrer Sünden bezeugte. Als ob ihnen der Weg entgegen käme, nicht sie dem Ziel. Auf einem nahegelegenen Friedhof wurden sie dann beerdigt, erlöst von Schmerz und Not, wenn auch Woanders als am irdischen Zuhause.

Die alten Räume tragen in ihren Steinmauern die Spuren der Sehnsucht, aber auch der Freundlich-

keit. Ich kann erahnen, wie in dieser Herberge sterbenskranke Pilgerinnen und Pilger ein letztes Mal auf die Gastfreundschaft der Einheimischen und Pflegenden angewiesen waren, bis sie ihre letzte Reise antraten. Dank der kleinen Compostela waren sie nun ohne Angst, sie hatten sich am Cruz de Ferro von Ballast befreit und waren nun liebevoll umsorgt und sogar gesegnet. In einer Welt voll von Gefahren am Wegrand und inmitten einer fremden Umgebung und fremden Sprache (heute ist das die Fachsprache der Medizin) begegnete ihnen Freundlichkeit. Ich würde gern die alten Worte „Erbarmen“ und „Barmherzigkeit“ verwenden, wenn sie nicht so besetzt wären. Heute sagen wir lieber „Care“ und „Achtsamkeit“ – und das trifft es auch. Jetzt verstehe ich zum ersten Mal mit allen Sinnen, weshalb die moderne Hospizbewegung sich auf die Tradition der Pilgerhospize beruft und weshalb Patientinnen und Patienten als Gäste bezeichnet werden.

Nur noch ein Mensch unter Menschen

Dabei ging es mir ja viel besser, wie ich auch ein modernes Hospiz noch nicht als ‚Gast‘ erlebt habe. Aber das Eigentliche spürt man auch so. Bei meinem Aufenthalt in Villafranca del Bierzo war ich bei Kräften, aber ich war dennoch fern von Zuhause, woanders. Die Euphorie der ersten Pilgerwochen war verflogen, mein Körper hatte sich an die Strapazen gewöhnt und ich wusste inzwischen mit Blasen, schmerzenden Sehnen und Gliedmaßen umzugehen. In der Öde der Meseta war ich meinen Gedanken ausgesetzt und hatte eher psychische Strecken zu bewältigen. Ich war spannenden Menschen begegnet, von denen mir manche zu Freund oder Freundin wurden. Aber ich war nicht zuhause. Ich litt darunter, mein Bedürfnis nach Nähe zu meinen Liebsten zuhause nicht erfüllt zu bekommen. Ich war auf dem Weg, weder hier zuhause noch dort am Ziel. Ich war woanders, als Fremder auf die Versorgungsstrukturen und Sorgekultur Anderer angewiesen. Ein Bedürftiger unter anderen Bedürftigen, ein Pilger unter Pilger*innen. Es gab keine Statussymbole, Titel und Bankkonto waren egal, denn alle tragen einfache Wanderkleidung und haben nur das, was sie auf dem Rücken tragen können. Auch das ist meine Erfahrung des Woanders: Ich war ein Mensch auf der Reise, mehr nicht und auch nicht weniger. Man fragte mich nach meinem Namen, nach den letzten Stationen meines Wegs, nach meinem Befinden und Bedürfnissen. Wohin es gehen würde, war klar. Darüber konnte man reden (voller Hoffnung, vielleicht auch bange), aber man konnte auch schweigen, denn das Ende war näher, als wir alle wahrhaben wollten.

Das Ende ist Woanders gewisser

Beim Pilgern weiß man, dass der Weg irgendwann, vielleicht schon bald, zu Ende ist. Ob in Santiago oder am Ende der Welt – da hat jede Spiritualität ihr eigenes Ziel. Aber es geht ganz gewiss nicht immer weiter, so wie man sich das zuhause im Gleichmaß der Tage einbilden kann. Woanders hat man die Begrenztheit des Weges vor Augen. Und man muss auch damit rechnen, dass der Weg einem entgegenkommt. Verkürzt. Plötzliches Aus. Dass dann ein Hospiz da ist, als Ort von Freundlichkeit, Care und Achtsamkeit, ist ein Segen. Dass dort Menschen sind, deren Barmherzigkeit Spuren hinterlassen. Ich habe es erlebt und ich trage es in mir wie eine Spur, die der Weg in mir hinterlassen hat.

DER AUTOR

Traugott Roser
Professor für Praktische Theologie
Universität Münster, Evang.-Theol. Fakultät
Universitätsstraße 13-17
48143 Münster
traugott.roser@uni-muenster.de

©istockphoto.com/sturti

„JA, JETZT BIN ICH ANGEKOMMEN“

Der Übergang vom Zuhause in eine stationäre Einrichtung

INSA VERBECK IM GESPRÄCH MIT MARKUS GIESBERS UND GERTRUD SCHOPPENGERD

Das Leitmotiv "Menschen sind uns wichtig" steht ganz oben in der täglichen Arbeit in der St. Elisabeth-Stift gGmbH Sendenhorst, die im Kreis Warendorf vier Altenhilfeeinrichtungen jeweils mit der ganzen Bandbreite von Pflege- und Betreuungsangeboten (Langzeit-, Kurzzeit- und Tagespflege sowie Betreutes Wohnen) betreibt.

IV: Herzlich willkommen und vielen Dank für Ihre Bereitschaft zum Gespräch über den Übergang vom Zuhause ins Woanders einer stationären Einrichtung. Ein „Woanders“, das möglicherweise ein neues „Zuhause“ wird, vielleicht aber bis zuletzt ein Ort der „Fremde“ bleibt. Wann ist aus Ihrer Sicht der richtige oder vielleicht sogar ideale Zeitpunkt für den Übergang und – damit verbunden – wie sieht es in der Praxis aus?

MG: Ich hatte gestern eine Situation, die gut zu Ihrer Frage passt – lassen Sie mich damit beginnen. Also, wir haben in unseren Einrichtungen ja nicht nur den stationären Wohnbereich, sondern auch betreutes Wohnen, wo ältere Menschen noch sehr selbstständig leben, aber Serviceleistungen von uns in Anspruch nehmen. Wir haben hier eine Frau, die bereits seit elf Jahren bei uns im betreuten Wohnen lebt, wo sie gut zurechtkommt, aber ihre Sehkraft nimmt gerade rapide ab. Gestern kam sie mit ihrer Tochter zu mir und sagte: „Herr Giesbers, ich bin soweit, ich möchte gerne in den stationären Bereich wechseln, weil mein Sehvermögen jetzt noch so gut ist, dass ich mich in der fremden Umgebung zurechtfinden kann. Aber das wird fortschreiten, das weiß ich, und ich möchte nicht erst in eine völlig fremde Umgebung ziehen, wenn ich nichts mehr sehen kann.“
Und das fand ich so wohlüberlegt und selbstbestimmt. Dazu kam noch, dass diese Frau hier viele Bewohnerinnen und Bewohner kennt. Sie hatte eine Bekannte, die im Laufe der Zeit hier erblindet ist, und überwand nun ihre Hemmung, diese

©M Giesbers

Freundin im stationären Bereich zu besuchen, die ihr nochmal bestätigte, wie gut das war, rechtzeitig hier eingezogen zu sein. Besser kann es kaum laufen. Das ist aber natürlich nicht die Mehrheit der Fälle.

IV: Wie sieht die Normalität aus?

GS: Häufig ist es so, dass akute Fälle eintreten, ein Sturz, ein Schlaganfall, eine Krebserkrankung. Manchmal auch, dass vertraute Personen versterben, die sich gekümmert haben. Wenn dieses Netz zusammenbricht, wird die stationäre Einrichtung gesucht, und dann muss es meist schnell gehen. Der Wunsch vieler älterer Menschen ist es dabei, nahe am Zuhause zu bleiben, damit Bekannte und Kinder kurze Wege haben. Und oft ist es auch eine finanzielle Frage – viele potentielle Bewohner*innen müssen, so lange es irgend geht, in der häuslichen Umgebung bleiben, weil ansonsten die Finanzierung sehr schwierig ist.

MG: Der Wunsch, zuhause zu bleiben, besteht ja nicht nur bei älteren Menschen. Wir alle bleiben gern in unserer vertrauten Umgebung. Die Abläufe, Rituale, Traditionen – all das gibt uns Sicherheit, Geborgenheit, das Zuhause-Gefühl eben. Mir hat gefallen, was Sie, Frau Verbeck, einleitend gesagt haben. Es gibt keine Garantie, dass die Menschen hier ein Zuhause finden. Daher behaupten wir in unseren Infomaterialien auch nie, dass wir ein „Neues Zuhause“ bieten. Diesen Anspruch können wir nicht erheben. Wir bieten eine neue, unterstützende Wohnform, aber ob sich das Gefühl von „Zuhause“ einstellt, können wir letztlich nicht individuell garantieren.

GS: Es gibt ja unterschiedliche Wohnformen, und hier ist es die Wohnform mit einer ständigen fachlichen Begleitung und Gemeinschaft. Denn es ist auch eine Realität, dass die Menschen vorher oft alleine zuhause gewohnt haben. Es ist eine Umstellung, manchmal eine Herausforderung, aber auch die Chance einer solchen Wohnform, dass wir Gemeinschaft bieten können. Das wird individuell sehr unterschiedlich wahrgenommen. Gestern sprach ich mit einer Dame, die aufgrund einer Halserkrankung ihren Teller vor sich hochheben muss und erst dann essen kann und dabei geht auch was daneben. Sie ist sehr selbstbestimmt und sagte mir, dass dies für andere nicht unbedingt schön aussieht und sie nicht weiß, ob sie sich in Gemeinschaft damit zeigen will. Ich habe ihr gesagt, dass sie natürlich auch auf dem Zimmer essen kann, aber wir sie vielleicht auch mit Bewohner*innen an den Tisch bringen, die damit kein Problem haben. Was man an diesem und vielen anderen Beispielen sieht, ist, dass die Einzugsphase sehr individuell ist und wirklich gut begleitet werden muss.

IV: Was erleichtert den Übergang?

GS: Ich merke, es ist immer ganz wichtig, dass ankommende Bewohner*innen und auch die An- und Zugehörigen eine feste Ansprechperson haben. Es ist wichtig, erstmal in Ruhe anzukommen. Es ist schön, wenn nahestehende Personen dabei sein können, die etwa sagen: „Wir bleiben so lange, bis wir den Schrank eingeräumt haben und das Zimmer hergerichtet ist. Bis Mutter oder Vater die erste Mahlzeit eingenommen haben, und dann verabschiede ich mich langsam während der Mittagsruhe.“

MG: Wir haben in unseren Einrichtungen ausschließlich Einzelzimmer, die auch gestaltet werden können. Das ist etwas, worauf wir großen Wert legen. Wir stellen zwar Möbel zur Verfügung, aber sagen immer, dass es schöner ist, etwas von zuhause mitzubringen. Erst recht Bilder, Fotos, vertraute Gegenstände – das ist häufig der Fernsehsessel.
Manchmal gibt es auch An- und Zugehörige, die sehr umsichtig das Zimmer schon vorher einrichten. Im Wissen, dass sie dafür anteilig bezahlen

müssen und das in Kauf nehmen, damit wirklich alles fertig ist, wenn Mutter oder Vater dann einziehen. Es ist sehr schön, wenn das möglich ist, damit man nicht in ein kahles, leeres Zimmer kommt, sondern in einen Raum, in dem man vieles wiedererkennt.

IV: Gibt es noch andere Faktoren, die aus der neuen Wohnform ein neues Zuhause machen? Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt?

MG: Ein wichtiger Faktor ist auch Besuch, der bei uns immer Vorrang vor allem anderen hat – auch wenn wir Veranstaltungen anbieten. Für viele ist es hilfreich, wenn in den ersten Tagen An- und Zugehörige da sind. Manchmal kommt es auch vor, dass so viel Besuch da ist, dass die Leute keine Chance haben, sich hier einzugewöhnen und ihre Nachbarinnen und Nachbarn kennenzulernen. Da muss man dann im Verlauf gucken, was gut ist.

GS: Für den Übergang ist es auch wichtig, im Blick zu haben, dass wir hier im ländlichen Bereich viel Eigentum haben. Manche Bewohner*innen kommen zum Beispiel von einem Bauernhof, den sie bewirtschaftet haben, oder lassen ein ganzes Haus zurück. Das ist eine enorme Umstellung, von einem Mehrzimmerhaus in ein Einzelzimmer zu ziehen, und ein großer Abschiedsprozess von so vielen Gegenständen und Erinnerungen. Wer schon mal ein Haus ausgeräumt hat, weiß, was das bedeutet.

MG: Es ist dann oft sehr hilfreich, wenn dieses Haus oder die Wohnung noch eine Weile bestehen kann und nicht sofort verkauft oder vermietet wird, sodass für den Abschied mehr Zeit bleibt und die Möglichkeit besteht, Dinge nachzuholen oder sich mit den Kindern dort zu treffen – notfalls sogar zurückzuziehen, falls es mir in der Einrichtung nicht gefällt. Es kann sehr wichtig sein zu wissen: Ich muss nicht hier bis zu meinem Tod bleiben, sondern ich habe auch noch die Möglichkeit, entweder wieder zurück oder woanders hinzugehen.

GS: Abschließend möchte ich auch noch etwas anderes erwähnen: Wie wichtig es ist, dass die Bewohner*innen passende Tischnachbarn haben. Denn bei uns ist die Essenskultur sehr wichtig. Essen und Trinken sind ein Genuss und Lebensqualität, und es ist bedeutsam, dass man mit Bewohner*innen zusammensitzt, die zueinander passen. Manchmal sehen wir nach einem Einzug, dass es nicht passt, der Mensch fühlt sich nicht wohl im Wohn- und Esszimmer. Wir fragen uns, was wir ändern können. Und manchmal ist das wie ein Wunder, wenn man dann einen anderen Sitzplatz anbietet. Das sah ich erst neulich wieder bei einer Bewohnerin, die sagte, „Ja, jetzt bin ich angekommen."

IV: Was für ein schönes Schlusswort, vielen Dank!

Die Gesprächspartner*innen:

Gertrud Schoppengerd führt im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) viele Gespräche mit Bewohner*innen, An- und Zugehörigen, in denen es um die individuellen Wünsche der letzten Lebensphase geht.

Markus Giesbers leitet das St. Elisabeth-Stift und ist als Netzwerkkoordinator für übergreifende Aufgaben im dortigen Pflege- und Betreuungsnetzwerk verantwortlich.

DIE GESPRÄCHSPARTNER*INNEN

Gertrud Schoppengerd
St. Elisabeth-Stift Sendenhorst
Westtor 7
48324 Sendenhorst
info@st-elisabeth-stift.de

Markus Giesbers
Gertrud Schoppengerd
St. Elisabeth-Stift Sendenhorst
Westtor 7
48324 Sendenhorst
info@st-elisabeth-stift.de

©istockphoto.com/stevano vicigor

NACHT IM HOSPIZ

ANDREAS STÄHLI

In diesem kleinen Beitrag spreche ich aus der Perspektive meiner vielen durchwachten Nächte in Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung. Patient*innen als Pflegender durch die Nächte zu begleiten, war mir immer wichtig und nahe. Die Schwersterkrankten brauchen Sicherheit und Vertrauen, umso mehr noch, wenn der letzte Lebensabschnitt nicht in der eigenen Häuslichkeit, sondern an einem ihnen fremden Ort geschieht. Im vergangenen Jahr habe ich meine Erfahrungen mit dieser existentiellen Zeit in einem eigenen Buch publiziert, aus dem für diesen Text einige Gedanken entnommen wurden (Stähli, 2024).

Die Nacht ist anders als der Tag

Wir erkennen und empfinden als nächtliche Menschen anders als am Tag. Unsere Seele mit ihren Gedanken, Gefühlen und ihrem Willen zeigt sich anders, spricht mit anderer Stimme.
Die Nacht hat ihre eigene Geltung. Nicht ohne Grund fühlen wir uns in ihr dem Kosmos näher, wird die Einheit der Welt spürbarer, wird die Trennung von Subjekt und Objekt durchlässiger. In der Nacht spricht vieles intensiver: die Geräusche, die Gefühle, aber auch der Schmerz.
Die Nacht trägt eine große Ambivalenz. Ihre Dunkelheit kann schützen und in den Schlaf rufen, sie kann aber auch mit Angst und Einsamkeit konfrontieren. Die Nacht ist mehr als nur ein Mangel oder die Abwesenheit von Licht. Sie hat ihre eigene Wirklichkeit.

Nächtliches Sorgetragen

Am Beginn der Nacht, wenn ich ein Zimmer betrete, kann die einfache Frage an die Erkrankten stehen: „Wie war Ihr Tag?“, und ich lade damit zu einem Rückblick ein. Ich frage die Betroffenen: Ist die Nacht willkommen oder bereitet sie Sorgen? Was sind die Gewohnheiten, in den Schlaf zu finden, was ist hilfreich – vielleicht das geöffnete Fenster, eine bestimmte Schlafposition oder Musik? Was wird an Gewohnheiten aus dem eigenen Zuhause genannt, was Sicherheit in der Nacht gibt? Eine wichtige Aufgabe nächtlichen Sorgetragens im Hospiz ist es, Vertrauen zu gewinnen und Vertrautes zu stärken.
Die angelehnte Tür, die ein leises Hineinschauen bzw. Hineinhören leichter macht, oder das gedämpfte Licht der Nachttischlampe können

einfache und wirksame Mittel sein. Das Bedürfnis nach Licht ist bei den Erkrankten und Sterbenden unterschiedlich; bei manchen brennt eine kleine Tischlampe, bei anderen eine Nachtleuchte am Bett. Licht wirkt gegen die Angst, gegen das Diffuse und Überfordernde der Dunkelheit.
Wir wissen darum: Die Nacht spiegelt sich in den Tag. Eine schwere, symptombelastete Nacht gräbt sich hinein in die Tagesstunden. So gilt es das zu geben, was gut durch die Nacht geleitet. Der Nachtsinn bei den Erkrankten – das ist vor allem das Fühlen einer Berührung, das Hören der Stimme, das ist der Geschmack und auch der Geruch von etwas, was gekannt und gerne gemocht wird. Sinne sind bedürftig und sie sterben nicht am Lebensende.
Die Nacht hat immer auch die einfache Gebärde: das Anreichen eines Getränkes, die behutsame Berührung der Hände oder die aufmerksame Wahrnehmung für Schmerz und Veränderung. Wir begleiten die Menschen in Wachheit und Traum, in Schlaf und Unruhe, in Ergebung und Abwehr, in Trauer und Angst, in Hoffnung und Dank.
Nächte können fließend verlaufen und still, können geordnet und friedvoll sein, aber ebenso gehetzt und schwer, in großer Härte und Dichte, ohne Rast und Erholung. Nachtdienste bedürfen daher einer guten Selbstsorge, indem wir als Begleitende darauf achten, wie wir uns ernähren, was wir trinken, wie wir die Pausen gut gestalten etc.

In der Nachtzeit ist es besonders wichtig, den Menschen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu geben, eben weil es stiller wird im Haus und sie mehr mit sich und ihrer Lebenssituation konfrontiert sind und das eigene Zuhause vermisst wird. Manchmal gilt es für uns, die Ohnmacht auszuhalten, und manchmal sind wir in unseren je spezifischen Begabungen gerufen. Dazu ein Beispiel. Es könnte überschrieben werden mit „The Winner Takes it All".

Es ist um Mitternacht. Ich gehe durch das Haus, schaue behutsam nach, ob die Bewohnerinnen und Bewohner in den Schlaf gefunden haben. Vor der Türe eines Zimmers höre ich Musik. Ich klopfe an. Es ist Herr B., unheilbar an einem Tumor erkrankt. Wir mögen in ähnlichem Alter sein. Auf seinem Instrument, einem E-Piano, das auf dem Bett liegt, sind Noten, Lieder von ABBA. Obenauf sehe ich den Song „The Winner Takes It All". Ein Lied voller Melancholie, das von Sieg und Abschied, von Liebe, Schicksal und Wortlosigkeit weiß. Der Rhythmus in der Klavierstimme ist schwer, versetzt, unbequem. Ich frage, ob ich es einmal versuchen dürfe. Es klappt auf wackeliger Tastatur. Dazu seine suchende Stimme, die von Verlust singt. Wo ich kann, singe ich mit, Bruchstücke. Wir brauchen keine anderen Worte mehr. „I don't want to talk about the things we've gone through".

Der Trost

Hospiz als Herberge auf dem letzten Lebensweg, diese ideale Wortbedeutung war mir immer nahe, auch weil ich mich selbst als WEGER fühle. Den Schutzraum geben, den der andere braucht, wenn er bedürftig ist – das ist Trost, der im Bleiben liegt, im Nehmen der Einsamkeit, in der Hinwendung zum Du. Für Fulbert Steffensky ist der Trost „das Mütterlichste aller Wörter" (Steffensky, 2008: 52). In Tröstungen fühlen wir uns also gleichsam mütterlich geborgen. Trost speist sich aus einer geistigen Quelle, die mir als Begleitender zufließt, wenn ich mitgehe und stütze. Auch darin kann das Sterben WOANDERS zu einem Sterben ZUHAUSE werden.

LITERATUR

Stähli, A. (2024). Nacht im Hospiz. Innenansichten zu einer existentiellen Zeit. Forum „Hospiz", Band 5. Münster: LIT Verlag.

Steffensky, F. (2008). Trost – Das Mütterlichste aller Wörter. In: Peters, T. R., Urban, C. (Hrsg.): Über den Trost. Für Johann Baptist Metz. Ostfildern: Matthias-Grünewald, S. 52.

DER AUTOR

Dr. phil. Andreas Stähli
Hohenzollernring 62
48145 Münster
https://palliamict.com

©istockphoto.com/jeangill

ZUHAUSE ALS GEFÜHL

Möglichkeiten und Grenzen palliativer Versorgung in der Wohnungslosenhilfe

SABINE PÖPPELMANN, HELENA BROCKMANN, STEFANIE BECKMANN

Wohnungslos ist, wer ohne mietvertraglich gesicherte Unterkunft lebt. Im Januar 2024 waren das in Münster 2.205 Menschen (vgl. Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen 2024, S. 22 f.). Eine Zählung im Oktober 2024 erfasste zudem mehr als 100 Menschen im öffentlichen Raum (vgl. Homelessness Counts 2024, S. 3). Hinzu kommt eine Dunkelziffer verdeckt wohnungsloser Menschen (vgl. Brüchmann et al. 2022).

Die Lebenslage wohnungsloser Menschen ist von Armut und Ausgrenzung geprägt. Sie altern vorzeitig, sind kränker und sterben deutlich früher als die Allgemeinbevölkerung (vgl. Giffhorn 2017, S. 371 ff.; Laudien et al. 2024, S. 428). Der Zugang zu (palliativ-) pflegerischer Versorgung ist durch unterschiedliche Barrieren erschwert.

Der Mobile Dienst richtet sich an wohnungslose Menschen, unabhängig vom Geschlecht, die anderweitig keine gesundheitliche Versorgung erhalten. Das Haus der Wohnungslosenhilfe (HdW) ist Männern vorbehalten. Für Frauen bestehen eigene Unterkünfte. Unsere Erfahrungen mit palliativer Begleitung beziehen sich daher ausschließlich auf das HdW.

Fallbeispiel

Herr G.[1] steht für viele Menschen, die wir begleiten. Er war Anfang 60, stammte aus Osteuropa und lebte jahrelang auf der Straße. Ohne Krankenversicherung oder Sozialleistungen bestritt er seinen Lebensunterhalt mit Pfandsammeln, Spenden und niedrigschwelligen Angeboten.

Nach einem Gewaltübergriff, bei dem er ein Polytrauma erlitt, musste er über Wochen im Krankenhaus behandelt werden. Die Verletzungen verursachten dauerhafte Beeinträchtigungen und Schmerzen. Wegen seiner Hilfsbedürftigkeit wurde er im HdW aufgenommen.

Im Verlauf verschlechterte sich sein Gesundheitszustand unaufhaltsam. Er musste mehrfach

notfallmäßig ins Krankenhaus. Irgendwann äußerte er den Wunsch, im HdW zu bleiben und dort auch zu sterben. Er sah es als sein Zuhause und die Menschen darin als Familie.

Auch wenn eine Rund-um-die-Uhr-Pflege im HdW grundsätzlich nicht möglich ist, akzeptierten wir seinen Wunsch. Wir erstellten einen Notfallplan und übernahmen Aufgaben weit über das Übliche hinaus: Eine der Krankenschwestern kam in den Abendstunden, verabreichte Schmerzmittel und bot, ebenso wie Dr. Pöppelmann, eine nächtliche Rufbereitschaft an. Es entstand eine vertrauensvolle Beziehung mit seelsorgerischer Begleitung. Während einer Morgenrunde fanden wir ihn im unmittelbaren Sterbeprozess auf und blieben bei ihm. Nach seinem Tod versorgten wir ihn würdig und ermöglichten Team und Bewohnern, Abschied zu nehmen. Wir gestalteten eine Trauerfeier nach seinen mutmaßlichen Wünschen.
Herrn G.s Geschichte zeigt, dass Begleitung am Lebensende auch unter den schwierigen Bedingungen einer Notunterkunft möglich ist – sie macht aber zugleich die Grenzen sichtbar, mit denen wir in der palliativen Versorgung wohnungsloser Menschen konfrontiert sind.

Individuelle und strukturelle Barrieren

Viele unserer Patient*innen sind schon in jungen Jahren schwer krank. Sie sind multimorbid; hinzu kommen psychiatrische oder Suchterkrankungen. Negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem – etwa Diskriminierung oder Abweisung wegen fehlender Krankenversicherung – verstärken das oft bestehende Misstrauen. Menschen mit Suchterkrankungen berichten, dass Entzugssymptome oder Substitution in Kliniken nicht berücksichtigt werden. In der Folge nehmen viele keine regulären Angebote mehr wahr oder brechen Behandlungen ab – Krankheiten bleiben unbehandelt, mit entsprechenden Folgen.

Das HdW bietet Unterbringung in Zwei- bzw. Dreibettzimmern mit Etagenbädern, feste Mahlzeiten sowie niedrigschwellige Unterstützung. Vielfach besteht ein über Jahre gewachsenes Vertrauensverhältnis zum Team. Die Notlösung wird ein Zuhause.

Bei vielen Menschen besteht der Wunsch, bei gesundheitlicher Verschlechterung bzw. am Lebensende genau dort – in der gewohnten Umgebung – zu bleiben. Für unsere Zielgruppe ist dieser Wunsch besonders schwer zu erfüllen: Es fehlen Einzelzimmer, eine Rufanlage, nach 16 Uhr und an den Wochenenden ist keine pflegerische Versorgung verfügbar, es gibt weder Pflegebetten noch Hilfsmittel und keine Barrierefreiheit.

Auch wenn Bewohner bereit sind, externe Angebote in Anspruch zu nehmen, kann dies an fehlender Krankenversicherung bzw. Pflegegrad, der geringen Verfügbarkeit von Pflegeplätzen, Vorbehalten gegenüber wohnungslosen (suchterkrankten) Menschen, aber auch an mangelnder Mitwirkung scheitern.

Kontakte zum Palliativnetz bestehen, im Fall von Herrn G. konnte so die Versorgung mit stärkeren Schmerzmitteln gesichert werden.

Hospizunterbringungen sind in den beiden stationären Hospizen in Münster möglich. Wir haben erfahren, dass wohnungslose Menschen dort gute Erfahrungen gemacht haben und ihre letzte Lebensphase in angemessener Begleitung verbringen konnten. Gleichzeitig zeigt sich, dass der Zugang nicht immer einfach ist. Manche Menschen lehnen eine Aufnahme selbst ab, wie im geschilderten Fall von Herrn G. Zudem kann eine fehlende Krankenversicherung zu Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme führen.

Für eine Aufnahme ins stationäre Hospiz in NRW ist eine unheilbare, fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, eine Hospiz-Bedürftigkeit (Notwendigkeit einer palliativ-pflegerischen und -medizinischen Versorgung, die zu Hause nicht mehr möglich ist) und die Zustimmung des Patienten, der Patientin oder seiner An- und Zugehörigen nötig. Ein Arzt (Hausarzt oder Klinik) muss die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung mit einer ärztlichen Bescheinigung attestieren. Auch die Krankenkasse muss eine Kostenzusage erteilen.

Herr G. erhielt eine letztlich für alle zufriedenstellende palliative Versorgung. Jedoch war diese mit erheblicher Belastung für alle Beteiligten verbunden und strukturell nicht gesichert.

Fazit

Ist ein Verbleib im HdW unumgänglich, übernehmen Mitarbeitende Aufgaben, die die Kapazitäten oft überschreiten und für alle belastend sind. Bei Bewohnern, die bewusst im HdW bleiben möchten, kollidiert der Respekt vor ihrer Autonomie mit dem Anspruch, gute Versorgung zu gewährleisten. Bei jenen, die mangels Alternativen bleiben müssen, stellt sich vor allem eine Frage der Gerechtigkeit. In beiden Fällen treten strukturelle Grenzen deutlich hervor.

So braucht es einerseits niedrigschwellige, akzeptanzorientierte und dauerhaft finanzierte Strukturen, die sich speziell an wohnungslose Menschen richten. Andererseits muss das bestehende System sich mehr für die Zielgruppe öffnen.

Mit Projekten wie Cared.Wende und VORAUS.MS sind wir auf dem Weg, diese Versorgungslücken sichtbarer zu machen und neue Ansätze zu entwickeln.

Eine würdevolle Begleitung am Lebensende – auch in Bezug auf Abschied und Bestattung – darf nicht an Wohnungslosigkeit, Suchterkrankung, Biografie oder fehlender Krankenversicherung scheitern.

Die Autorinnen:

Dr. Sabine Pöppelmann ist Hausärztin und Internistin im Mobilen Dienst im *Haus der Wohnungslosenhilfe (HdW*[2]*)*, einer Notunterkunft für wohnungslose Männer, und wirkt im Projekt *VORAUS.MS*[3] mit, das palliative Versorgungsbedarfe wohnungsloser Menschen untersucht und Konzepte für eine bessere Versorgungsplanung entwickelt.

Helena Brockmann (Sozialarbeiterin, Masterstudentin) und **Stefanie Beckmann** (Pflegemanagerin) arbeiten im Projekt Cared.Wende, das den Zugang wohnungsloser Menschen zu (palliativ-) pflegerischer Versorgung erforscht und verbessern möchte.

1 Es handelt sich um einen realen Fall, Name und Alter wurden geändert.
2 Das HdW und das Projekt Cared.Wende sind in Trägerschaft der Bischof-Hermann-Stiftung in Münster: ww.bhst.de
3 VORAUS.MS wird durch die Universitätsstiftung Münster gefördert: https://www.mitforschen.org/projekt/vorausms-palliativversorgung-wohnungsloser-menschen

LITERATUR

Brüchmann, K., Busch-Geertsema, V., Schöpke, S. & Steffen, A. (2022). Wohnungslose ohne Unterkunft und verdeckt Wohnungslose in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse einer Befragung. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW). Bremen: GISS – Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V.

Giffhorn, B. (2017). Ältere wohnungslose Menschen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (Hrsg.): Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen. Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze. Berlin/Düsseldorf: BAG W-Verlag. S. 371–382.

Laudien, C., Püschel, K., Lohner, L., Friedrich, P. & Ondruschka, B. (2024). Sterbefälle wohnungsloser Menschen vor und während der COVID-19-Pandemie in Hamburg. Rechtsmedizin, 2024 (34), S. 425–431.

Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (2024). Wohnungslosenbericht der Bundesregierung. Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit. Verfügbar unter: https://www.bmwsb.bund.de/SharedDocs/downloads/Webs/BMWSB/DE/veroeffentlichungen/wohnen/wohnungslosenbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (Zugriff: 21.05.25)

DIE AUTORINNEN

Dr. Sabine Pöppelmann
s.poeppelmann@bhst.de
0251 - 48 45 266

Helena Brockmann
h.brockmann@bhst.de
0251 - 92 26 23 20

Stefanie Beckmann
s.beckmann@bhst.de
0151 - 65 85 24 48

©istockphoto.com/ckf22688

ZWISCHEN STERBEBEGLEITUNG UND STRAFVOLLZUG

CHRISTINE SCHOLL

In Deutschland gibt es 172 Justizvollzugsanstalten (Statista Research Department, 2025). Im März befanden sich in diesen 43.700 inhaftierte Menschen. Parallel zum demographischen Wandel außerhalb des Gefängnisses steigt auch die Anzahl der sogenannten „lebensälteren Inhaftierten".

So nennt man Menschen im Strafvollzug, die das 60. Lebensjahr überschritten haben. Die steigende Zahl älterer Inhaftierter, aber auch besondere Lebensumstände innerhalb und außerhalb der Justizvollzugsanstalten (JVAen) führen zu einer erhöhten (Multi-)Morbidität von Gefängnisinsass*innen. Zu häufigen Erkrankungen zählen laut einer Studie von Opitz-Welke et al. (2018) Infektionskrankheiten wie Hepatitis C, HIV und Tuberkulose sowie Drogenabhängigkeit, Zahn- und psychiatrische Erkrankungen. Da JVAen personell und räumlich auf jüngere, männliche Personen ausgelegt sind, sind die Grenzen einer medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer, multimorbider Inhaftierter schnell erreicht. Für Frauen im Strafvollzug stehen in Deutschland weniger Haftplätze zur Verfügung als für Männer. Die Ressourcen im Strafvollzug sind hinzukommend limitiert, weil die Einhaltung der Geschlechtertrennung eine Unterbringung an „besonderen" Haftplätzen erschwert. Eine Basisversorgung analog zur hausärztlichen Versorgung kann in den JVAen zur Verfügung gestellt werden. Die Ausstattung bzw. Behandlungsmöglichkeiten unterscheiden sich jedoch in den einzelnen Häusern. Bei fehlenden Optionen müssen Diagnostik und Therapie außerhalb des Strafvollzugs durchgeführt werden. Für die Betroffenen können sich dadurch unangenehme Situationen ergeben, da sie sich Blicken und Ver-

Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte		
	60 bis unter 70 Jahre	Über 70 Jahre
31.03.2017	1.642	387
31.03.2018	1.720	384
31.03.2019	1.758	453
31.03.2020	1.654	423
31.03.2021	1.658	465
31.03.2022	1.698	453
31.03.2023	1.855	462
31.03.2024	1.889	482

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2025

urteilungen durch Umstehende aussetzen müssen und Diskretion aufgrund der vorgegebenen Sicherheitsmaßnahmen schwierig umzusetzen ist.

Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung innerhalb der JVA

Möglichkeiten bieten die medikamentöse Versorgung der Inhaftierten, das Hinzuziehen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, die Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst, psychoonkologische sowie anstaltsinterne Dienste. Das Erstellen von Vorsorgedokumenten, Haftaussetzungen aufgrund schwerer Erkrankungen sowie Trauerangebote in den Justizvollzugsanstalten sollten ebenfalls in den Blick genommen werden.

Im Jahr 2020 führten wir eine Befragung von Ärzten und Ärztinnen durch, die in JVAen tätig sind. Ziel der Studie war es, herauszufinden, inwieweit Palliativversorgung in die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug integriert ist und wo gegebenenfalls Lücken in der Versorgung bestehen. In elf Bundesländern konnten wir eine quantitative Online-Befragung durchführen. Im Anschluss an die Auswertung wurden Expert*inneninterviews geführt, um Schwerpunktthemen aus der Befragung zu vertiefen.

Laut Einschätzungen der Teilnehmenden gibt es in den JVAen einen Bedarf an palliativer Versorgung. In einigen Einrichtungen sind bereits einzelne Angebote vorhanden – insbesondere durch angestellte oder Vertragsärzt*innen. Diese umfassen im Wesentlichen Schmerztherapie oder psychologische Betreuung. Weitere wesentliche Bestandteile der Palliativversorgung fehlen allerdings in vielen JVAen. Selten werden externe Dienstleister für die Palliativversorgung hinzugezogen.

Die Möglichkeiten der Palliativversorgung in JVAen stoßen nach Angabe der Befragten schnell an ihre Grenzen, wenn die Inhaftierten Pflege benötigen, da nur wenige JVAen über Pflegebetten verfügen. Begründet werden die eingeschränkten oder fehlenden Optionen zur intramuralen Palliativversorgung von den Teilnehmenden damit, dass bei schweren Erkrankungen in aller Regel die Möglichkeit einer Haftunterbrechung oder -aussetzung besteht und dann die Palliativversorgung in der häuslichen Umgebung, einer Pflegeeinrichtung oder bei Bedarf auch in einem Hospiz erfolgen kann. Nach Angabe der Befragten möchten viele Langzeitinhaftierte diese Möglichkeiten jedoch nicht in Anspruch nehmen, weil sie ihr soziales Bezugssystem in der JVA haben. Auch Möglichkeiten der Trauerbegleitung sind nur eingeschränkt zu finden. Dabei könnten Mitinhaftierte und Mitarbeitende gleichermaßen von solchen Angeboten profitieren.

Als mögliche Ursache für die geringe Einbeziehung ambulanter Hospizvereine kommen u.a. die erschwerten Besuchsbedingungen sowie Berührungsängste auf beiden Seiten in Frage. Vor jedem Besuch müssen personenbezogene Daten kontrolliert und persönliche Dinge wie Taschen, Handy und Schlüssel abgelegt werden. Ein Besuch in einer JVA bedeutet einen großen zeitlichen Aufwand und weniger Flexibilität.

Um Menschen in ihrer zur Gewohnheit gewordenen Umgebung – dem Strafvollzug – würdig begleiten und versorgen zu können, sind noch zahlreiche Hemmschwellen abzubauen. Dies kann nur im gemeinsamen Kontakt gelingen.

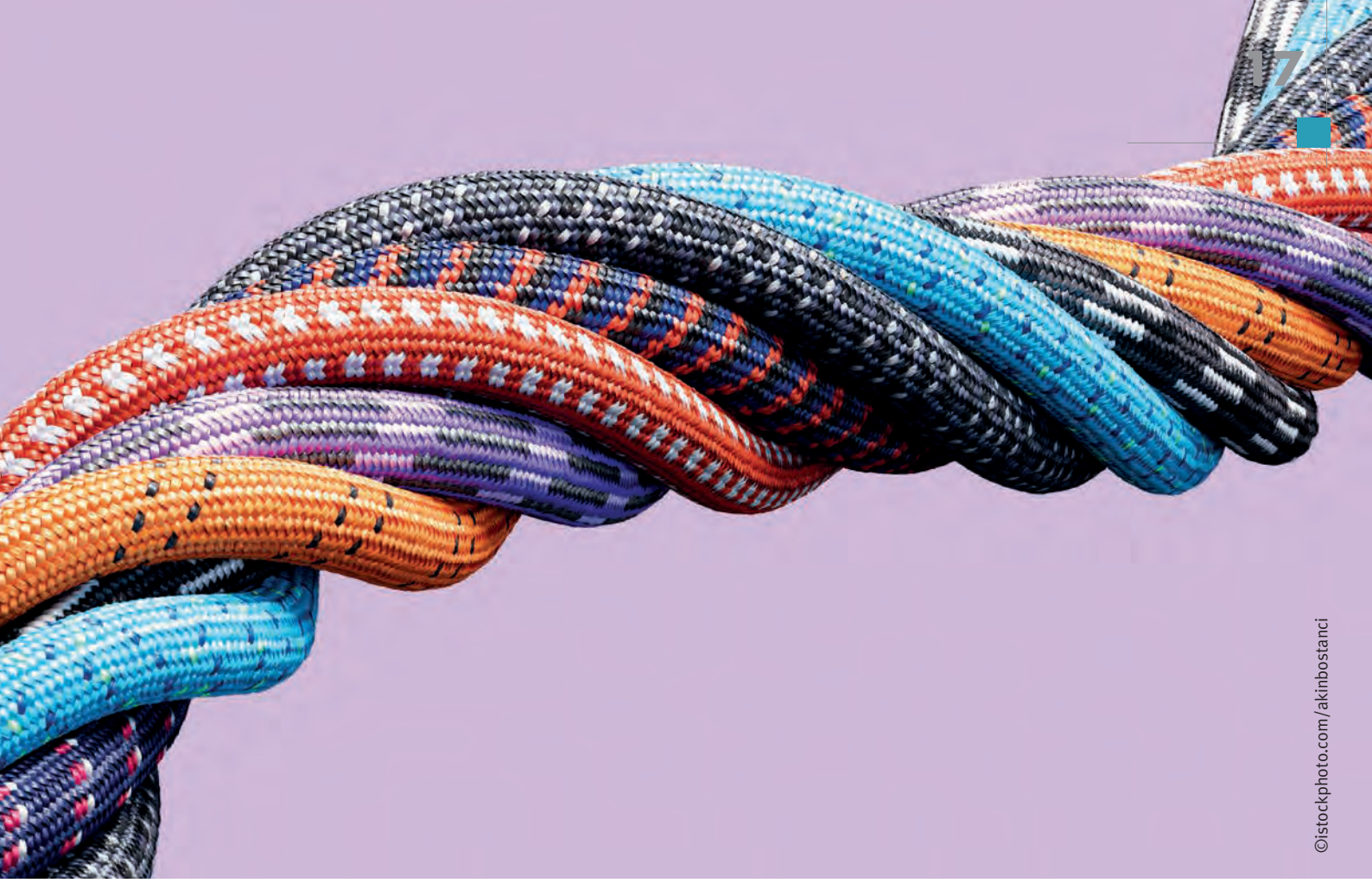
LITERATUR

Opitz-Welke A., Lehmann M., Seidel P., Konrad N. (2018): Medicine in the penal system. Deutsches Ärzteblatt International 115, 808–814.

Statista (2025), Strafvollzug in Deutschland. Verfügbar unter: https://de.statista.com/themen/10363/strafvollzug-in-deutschland/#topicOverview (Zugriffsdatum: 03.08.2025)
Anmerkung: Die vollständige Studie ist als Dissertationsschrift der Autorin unter dem folgenden Link kostenfrei abrufbar: https://bonndoc.ulb.uni-bonn.de/xmlui/handle/20.500.11811/11704

DIE AUTORIN

Dr. Christine Scholl
Bielefeld
Christine_Scholl@web.de



©istockphoto.com/akinbostanci

KULTURSENSIBLE HOSPIZARBEIT

Ein Anspruch an eine diverse Gesellschaft

FERYA BANAZ-YAŞAR

Die kulturelle Vielfalt unserer Gesellschaft ist seit den 1950er-Jahren gewachsen und in vielen Lebensbereichen sichtbar. Der Umgang mit der gesellschaftlichen Pluralität kann bereichernd sein und als Chance genutzt werden oder aber auch zu einer Herausforderung werden. Je nach Milieu gibt es im täglichen Leben kaum Berührungspunkte und Begegnungen zwischen Mehrheitsgesellschaft und Menschen mit Migrationsbiografie. Die gegenseitige Kenntnis über die Kultur und die Traditionen fehlt häufig.

Die würdevolle Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen setzt voraus, dass individuelle Wünsche bekannt sind und in der Versorgung berücksichtigt werden. Am Lebensende spielen nicht nur körperliche, sondern auch psychosoziale und spirituelle Aspekte eine wichtige Rolle. Sterben ist ein persönlicher Prozess, der emotional und sehr individuell ist. Gemäß der CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland stehen Palliativversorgung und hospizliche Begleitung allen Betroffenen zur Verfügung (Charta 2017). Menschen mit Migrationsbiografie gehören zum Kreis der besonderen Betroffenengruppen neben Menschen mit Behinderung, Demenzerkrankungen, ohne Krankenversicherung, mit prekärer Wohnsituation oder im Strafvollzug, die von hospizlich-palliativen Versorgungsstrukturen nicht erreicht werden. Als Hauptgrund für den erschwerten Zugang wird die Sprachbarriere und das mangelnde Wissen um die Angebote der Palliativversorgung genannt (Jansky, Nauck 2014).

Menschen mit Migrationsbiografie in der Hospiz-Palliativversorgung

Studien zeigen deutlich, dass eine frühe Einbindung in hospizlich-palliativen Versorgungsstrukturen eine gute Betreuung der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen ermöglicht. Doch solch eine gelungene individuelle Begleitung setzt eine gute Kommunikation voraus. Die Gruppe der

©istockphoto.com/AlonzoDesign

Menschen mit Migrationsbiografie ist heterogen. Erst kürzlich nach Deutschland geflüchtete Menschen können am Lebensende andere Bedarfe und Bedürfnisse haben als Menschen, die in der zweiten und/oder dritten Generation in Deutschland leben. Die Kinder der „Gastarbeitergeneration" sind in Deutschland geboren und sozialisiert. Sie haben in der Regel keine Sprachbarriere und kennen das deutsche Gesundheitssystem. Wenn in einem palliativen Setting Entscheidungen getroffen werden müssen, wird deutlich, dass gerade diese Angehörigen sehr misstrauisch sind. Viele haben nämlich negative Erfahrungen und Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen gemacht und fühlen sich medizinisch nicht gut versorgt (4). Eine Frau mit Migrationsbiografie berichtet: *„Als wir von der Krebserkrankung meines Mannes erfahren haben, waren wir mit der Situation überfordert. Ich habe ihn zu den Untersuchungen und Arztgesprächen begleitet. Immer wieder wurde ich vom Krankenhauspersonal gefragt, ob mein Mann kein Deutsch sprechen könne. Er kann sogar sehr gut deutsch sprechen. Dass wir offensichtlich als Migrantinnen und Migranten wahrgenommen wurden, verdrängte die Tatsache, dass mein Mann mit der Diagnose der unheilbaren Erkrankung einfach überfordert war"*. Herausfordernd in der hospizlichen Begleitung ist sicherlich die Sprachbarriere. Es kann teils nur begrenzt kommuniziert werden, ein Beziehungsaufbau ist nur schwer möglich.

Kultursensible Kompetenzen entstehen in der zwischenmenschlichen Begegnung

Eine Zugangsgerechtigkeit zu hospizlich-palliativen Versorgungsstrukturen für alle Menschen in unserer Gesellschaft zu ermöglichen, erfordert

Handlungssicherheit in herausfordernden Situationen. In der hospizlichen Versorgung begegnen wir Menschen in einer vulnerablen Situation. Die Betroffenen sind überfordert und An- und Zugehörige hilflos. Eine vertrauensvolle Kommunikation ist nötig, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten und gegenseitiges Verständnis aufzubauen. Dazu bedarf es einer Offenheit für „fremde“ Kulturen und die Bereitschaft, sich auf individuelle Lebenswelten einzulassen. Die hospizliche Haltung verlangt von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter*innen, diskriminierungsfrei für Schwerkranke und sterbende Menschen und ihre An- und Zugehörigen da zu sein. Die Entwicklung dieser Haltung ist ein Prozess, der durch Sensibilisierung und persönliche Erfahrungen gefördert werden kann.

Seit 2017 wirbt der ambulante Hospiz- und Palliativdienst an der Universitätsmedizin Essen aktiv unter Menschen mit Migrationsbiografie, sich ehrenamtlich zu engagieren (Banaz-Yasar, F, Scheer, K, Ritterbusch, U (2020)). So kamen ehrenamtliche Mitarbeiter*innen mit diversen kulturellen und religiösen Hintergründen zusammen, die sich schon im Befähigungskurs zu hospizlichen Themen aus der jeweiligen Perspektive ausgetauscht haben. Dadurch entstanden Wissen und mehr Handlungssicherheit. Mittlerweile werden hospizliche Begleitungen und auch Trauerbegleitungen aktiv angefragt.

Fazit

Der würdevolle Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren An- und Zugehörigen ist nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches Anliegen. Der demographische Wandel und der dynamische Migrationsprozess in Deutschland erfordert die kultursensible Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung und trägt zum Gelingen einer „sorgenden Gemeinschaft“ (Sorgenetz 2021) bei. Die Vielfalt in unserer Gesellschaft sollte in Rahmenvereinbarungen und in Leitbildern der Fördervereine und Hospizeinrichtungen aufgenommen werden, um eine nachhaltige Umsetzung zu gewährleisten. Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationsbiografie ermöglichen bei Sprachbarrieren eine hospizliche Begleitung in der Herkunftssprache. In ihren Communities und in Migrantenorganisationen machen sie Aufklärungsarbeit und informieren über die hospizlich-palliativen Versorgungsmöglichkeiten.

LITERATUR

CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. (2017). Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf (Zugriff: 10.11.2024)

Jansky, M. & Nauck, F. (2014). Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Verfügbar unter: https://www.vf.uni-freiburg.de/de/intern/palliativ-und-hospizversorgung-von-menschen-mit-migrationshintergrund_jansky_nauck-2014.pdf (Zugriff am 09.11.2024)

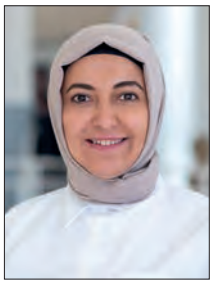
Temel, J., Greer, J., Muzikansky, A. et al. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine, 363, 733–742.

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). (2023). Rassismus und seine Symptome: Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM).

Banaz-Yasar, F., Scheer, K. & Ritterbusch, U (2020). Kultursensible Hospizarbeit – Implementierung eines Befähigungskurses für Ehrenamtliche in der Hospizarbeit der Universitätsmedizin Essen. Der Onkologe, 26 (5), 449–456.

Wegleitner, K., Schuchter, P. (2021). Handbuch Caring Communities. Sorgenetze stärken. Solidarität leben. Verfügbar unter: **https://www.sorgenetz.at/wp-content/uploads/2021/11/Handbuch-Caring-Communities_komprimiert.pdf** (Zugriff am 09.10.2025)

DIE AUTORIN



Dr. Ferya Banaz-Yaşar
Hospizarbeit am Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 Essen
0201 – 723 27 46
ferya.banaz-yasar@uk-essen.de

©ALPHA Westfalen

ZUGEWANDTE VERSORGUNG IM RAHMEN DER GVP-BERATUNG

Bericht zum Fachtag in Westfalen-Lippe am 11.09.2025

IRMGARD HEWING, CLARA SCHUPPAN

Der Einladung zum Fachtag „Zugewandte Versorgung im Rahmen der GVP-Beratung“ folgten im September rund 70 Expert*innen aus der palliativen und hospizlichen Versorgung in Westfalen-Lippe, um wichtige Aspekte der zugewandten Versorgung im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung (§132g SGB V) zu beleuchten: Wo sie beginnt, wie sie gestaltet werden kann und welche Ressourcen dafür erforderlich sind. Organisiert wurde der Fachtag gemeinsam von ALPHA Westfalen-Lippe und dem Fachbereich Gesundheit der Fachhochschule Münster. Die Teilnehmer*innen konnten inspirierende Vorträge verfolgen und in praxisnahen Workshops mitwirken.

Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) nach §132g SGB V

Seit der Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes 2015 und der Vereinbarung des Rahmenvertrages zur Finanzierung durch die Kassen im Jahr 2018 ist die Bedeutung und institutionelle Einbindung der GVP als Gesprächsangebot für Menschen in stationären Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen stetig gewachsen. Die sehr unterschiedlichen lokalen Bedingungen haben vielfältige Implementierungsprozesse entstehen lassen, die Chancen bergen, aber auch zu Unsicherheiten führen können. Ziel des Fachtags war es, einen Austausch über Erfolgsfaktoren und Herausforderungen zu ermöglichen – und jene zu stärken, die GVP vor Ort gestalten: die Gesprächsbegleiter*innen.

Die Bewohner*innen als wichtigste Protagonist*innen

Im Sinne einer zugewandten Versorgung begann der Fachtag bei denen, um die es geht, wenn GVP-Gespräche stattfinden: den Bewohner*innen. Sie sind die eigentlichen Protagonist*innen, deren Persönlichkeiten, Werte und Vorstellungen im Mittelpunkt stehen sollten. Deshalb sprachen sie auch die ersten Worte des Fachtags – im Kurzfilm „Gespräche über GVP-Gespräche“, produziert und vorgestellt von Clara Schuppan. Drei Bewohner*innen und ein Angehöriger berichteten im Interview von persönlichen Erfahrungen. Aussagen wie „Unbedingt beibehalten“ oder „Man muss über

sich selbst hinaus gehen“ sind Beispiele eindrücklicher Aussagen, die die Interviewpartner*innen den Zuhörenden mitgaben. Im Verlauf des Tages wurde immer wieder Bezug auf diese Stimmen genommen, sodass der Fachtag konsequent den Bewohner*innen zugewandt blieb.

„Care“ als Haltung der zugewandten Versorgung

Dorothée Becker beleuchtete in ihrem Vortrag **Take Care – Begegnung beginnt mit Neugierde** den Begriff „Care“ und verwies auf Elisabeth Conradis „9 Thesen zu Care“. Zugewandtheit, Respekt und Bezogenheit stehen hier im Zentrum. Begegnungen sollen von Achtung und Achtsamkeit geprägt sein. Individuelle Autonomieempfinden haben Raum, Wechselwirkung wird nicht erwartet, Machtasymmetrien müssen nicht negiert werden. Care wird als gesellschaftliche Praxis verstanden, die – so die Einladung Beckers – GVP-Gesprächsbegleiter*innen in ihrem Beruf leben sollten.

Die Berater*innen in internen und externen Netzwerken

Im zweiten Fachvortrag **„You never walk alone“ – GVP-Berater*innen eingebettet in Unterstützungsnetzwerke** verdeutlichte Anne Kraßort die Aufgabenfelder und realen Arbeitsbedingungen der GVP-Berater*innen. Thematisiert wurden u.a. fachliche und organisatorische Herausforderungen, sowie Lösungsansätze durch Netzwerke: Wissenstransfer, Mentoring, Coaching, kollegiale Unterstützung. Der Ausbau solcher Netzwerke – wie im Rahmenvertrag nach §132g SGB V vorgesehen – sollte gezielt gefördert werden, „denn so ein Netz fängt einen ja auch auf.“ (N. Schmitt).

GVP-Beratung im Kontext von Suizidprävention

Auch Meike Schwermann hob in ihrem Vortrag **Suizidprävention durch geteilte Sorge im Rahmen der GVP im Alten- und Pflegeheim** die Bedeutung vernetzter GVP-Beratung hervor. Ältere Menschen sind durch einschneidende Lebens- und Alltagsveränderungen – wie etwa der Umzug in eine Pflegeeinrichtung – besonders gefährdet. Zugewandte Gespräche in der Haltung von Care können helfen, Selbstbestimmung zu stärken und Lebensqualität zu fördern.

Workshop-Feedback und Ausblick

Nach dem Mittagsimbiss fanden drei Workshops statt. Themen waren unter anderem die Rolle der Eingliederungshilfe, Stärkung der Berater*innen und Bedarfe der Altenhilfe. Immer wieder wurde die Bedeutung von Vernetzung und Rückhalt durch die Leitung betont. Es braucht klare Zielsetzungen, sowie gute Kommunikation und handlungssichernde Konzepte.

Ausblick

Den Abschluss gestalteten die Teilnehmer*innen selbst: Auf Plakaten hielten sie Gedanken zu Grenzen und Unterstützungsmöglichkeiten für GVP-Berater*innen fest und notierten Ideen und Themenvorschläge für zukünftige Fachtage.

Alle Vorträge und Inhalte sind auf der ALPHA-Website einsehbar: www.alpha-nrw.de

Wir danken allen Teilnehmer*innen für ihr Kommen und allen Mitwirkenden für ihre Unterstützung!

DIE AUTORINNEN

Irmgard Hewing
ALPHA Westfalen-Lippe
Friedrich-Ebert-Str. 157-159
48153 Münster
0251 – 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de

Clara Schuppan
Soziologin, studierend im Master Palliative Care an der Fachhochschule Münster
clara.schuppan@gmail.com

Veranstaltungen

27./28.10.2025 Dresden
Interkulturelles Training
Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit
Tel.: 0351 – 44 40 29 02
info@palliativakademie-dresden.de

03./04.11.2025 Köln
Caring Community Kongress
Hannah Unverzagt
Tel.: 0611 – 204 80 92 34
cck@wikonect.de

14./15.11.2025 Bonn
10. Deutsches Kinderhospizforum - Fachtagung zur Kinder- und Jugendhospizarbeit in Europa
Melanie Lohr
Tel.: 02761 – 9 41 29 55
melanie.lohr@deutscher-kinderhospizverein.de

18.11.2025 – 04.11.2026 Essen/Münster
(3 Module/3 Coachingtage/Praxisphasen)
Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase - §132g Abs. 3 SGB V
Daniel Holzem
Tel.: 0201 – 81 02 85 18
daniel.holzem@caritas-essen.de
Nicole Rusche
Tel.: 0251 890 13 78
rusche@caritas-muenster.de

23.01. – 19.07.2026 Würzburg
Basisqualifikation Trauerbegleitung
Juliusspital Palliativakademie Würzburg
Frau Birgit Müller-Kolbert
Tel.: 0931 – 393 17 00
palliativakademie@juliusspital.de
www.juliusspital-palliativakademie.de

26.01. – 26.10.2026 (4 Einheiten) Lübeck
Weiterbildung Palliative Care für Pflegende
Akademie Palliativnetz Travebogen
Tel.: 0451 – 16 08 59 80
akademie@travebogen.de
www.akademie-travebogen.de

02.– 06.02.2026 Würzburg
Koordination ambulanter Hospizdienste nach § 39a SGB V
Juliusspital Palliativakademie Würzburg
Frau Birgit Müller-Kolbert
Tel.: 0931 – 393 17 00
palliativakademie@juliusspital.de
www.juliusspital-palliativakademie.de

03.02. – 10.09.2026 (5 Module) Ennepetal
Palliative Care - Ausbildung Sozialarbeit/-berufe 39a SGB V
Bundes-Hospiz-Akademie gGmbH
Tel.: 0202 – 94 67 33 30
info@bundes-hospiz-akademie.de
www. bundes-hospiz-akademie.de

23.02. – 08.09.2026 (4 Teile) Coesfeld/Marl
Weiterbildung Gesundheitliche Versorgungsplanung (§ 132g Abs. 3 SGB V)
carecampus Pflegeakademie Kreis Coesfeld
Tel.: 02541 – 97 06 90
info@care-campus.de
www.care-campus.de

16. – 20.03.2026 Würzburg
Teil 2: 08. - 12.06.2026
Führungskompetenz in ambulanten Hospizdiensten
Juliusspital Palliativakademie Würzburg
Frau Birgit Müller-Kolbert
Tel.: 0931 – 393 17 00
palliativakademie@juliusspital.de
www.juliusspital-palliativakademie.de

20.04. – 24.04.2026 Würzburg
„Palliative Care“ für Mitarbeiter psychosozialer und therapeutischer Berufsgruppen
Juliusspital Palliativakademie Würzburg
Frau Birgit Müller-Kolbert
Tel.: 0931 – 393 17 00
palliativakademie@juliusspital.de
www.juliusspital-palliativakademie.de

IMPRESSUM

Herausgeber
ALPHA – Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen
zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Redaktion
Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Heidi Mertens-Bürger, Anne-Katrin Teichmüller,
Insa Verbeck, Uschi Schepers,
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
02 51 - 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

Satz & Druck
Druckerei Joh. Burlage, Meesenstiege 151, 48165 Münster

Die im Hospizdialog NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber*innen wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autorinnen und Autoren sind mit Zustimmung der abgebildeten Person veröffentlicht.

ALPHA Rheinland
Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
02 28 - 74 65 47
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA Westfalen-Lippe
Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
02 51 - 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen