

# Hospiz

von

A - Z

Ansprechstellen im  
Land NRW zur  
Palliativversorgung,  
Hospizarbeit und  
Angehörigenbegleitung





# *Hospiz*

**Ein Informationsleitfaden von A-Z**

# Vorwort

Hospizarbeit – dahinter steht im Wesentlichen die Begleitung für ein würdevolles Leben bis zum Tod und darüber hinaus. Begleitung im „hospizlichen“ Sinne bedeutet Unterstützung und Entlastung, bedeutet Da-Sein und bedeutet Stärkung sowohl der Schwerstkranken wie auch ihrer Familien und Freunde.

Eine weitere wichtige Zielsetzung der Hospizarbeit ist es ebenso, dazu beizutragen, dass für die anfragenden Menschen ein tragendes Netzwerk geschaffen wird, ein Netzwerk, das dafür sorgt, dass ihnen umfassend und ganzheitlich Unterstützung zukommt. Denn allein die Medizin oder allein die soziale Arbeit oder die Seelsorge können diese nicht geben, sie alle müssen ein Netz bilden, das den Sorgen und Nöten, den Bedürfnissen und Wünschen der Sterbenden und der ihnen Nahestehenden Rechnung trägt.

Zu guter Letzt ist es ein Anliegen der Hospizbewegung, die Themen Sterben, Tod und Trauer in der Öffentlichkeit immer wieder zu thematisieren. So kann sie zum einen dazu beitragen, der Tabuisierung und dem Verschweigen entgegenzuwirken, zum anderen den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer wieder „normal“ werden zu lassen, damit die Menschen darüber sprechen und sich dadurch gegenseitig helfen und füreinander sorgen können.

Diese Informationsschrift enthält einige wichtige Inhalte und Begriffe aus Hospiz- und Palliativarbeit. Diese werden hier stichwortartig beschrieben und stellen auf diese Weise erste Anhaltspunkte für Interessierte und Betroffene dar. Für spezifische Fragen befindet sich im hinteren Teil dieser Broschüre eine Liste von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern, die für weitere Informationen zur Verfügung stehen.

# A

**Ambulant** im Sinne der Hospizarbeit oder der Pflege bedeutet, dass Menschen in ihrem Zuhause versorgt werden, siehe auch Hospizdienst und Palliativpflege – im Gegensatz zur stationären Versorgung (z. B. im Krankenhaus oder im Hospiz).

Der Begriff **AIDS** steht für „Aquired Immuno Deficiency Syndrome“. Das heißt übersetzt: Erworbener Mangel an Immunabwehr. Diese Erkrankung wird durch den Virus HIV (human immuno-deficiency virus), nicht durch Vererbung übertragen. Die Übertragung kann über das Blut oder die Schleimhäute erfolgen. HIV-Positive (also infizierte Personen) sowie AIDS-Kranke können sich in vielen Fragen an die örtlichen AIDS-Hilfen wenden. Dort werden sie beraten hinsichtlich der Erkrankung, aber auch zu wichtigen begleitenden Fragen (wie z. B. Fragen zur Krankenversicherung), erhalten psychosoziale Unterstützung und werden in ihrer letzten Lebensphase begleitet.

# B

**Bestattungsinstitute** sind häufig die ersten Ansprechpartner nach einem Todesfall. Mit den Bestatterinnen und Bestattern kann man die Einzelheiten der Bestattung klären. Sie erfragen die Wünsche und Bedürfnisse der Familien. Sie helfen bei der Gestaltung der Traueranzeige. Sie beraten mitunter bei Fragen zu Versicherungsleistungen, zu Renten- sowie zu Erbschafts-

fragen. Viele Bestattungsinstitute bieten eine Trauerbegleitung an, die durch eine fachlich qualifizierte Person durchgeführt wird. Auch haben sie Kenntnis von Trauerrednerinnen und Trauerrednern, die in Anspruch genommen werden können, wenn die Trauerrede nicht von einem kirchlichen Seelsorger oder einer kirchlichen Seelsorgerin gesprochen werden soll.

Mit einer **Bestattungsvorsorge** können Einzelheiten der Bestattung schon zu Lebzeiten festgelegt werden. Auf diese Weise können Angehörige und Freunde die letzten Wünsche der Verstorbenen hinsichtlich der Bestattung am sichersten erfüllen. Festgehalten werden können: wichtige Adressen und Ansprechpartner, Fragen danach, welche Angehörigen benachrichtigt werden sollen, wer sich um die Bestattung kümmert, wer Testamentsvollstrecker ist. Zudem kann man Wünsche formulieren zu Art und Ort der Beisetzung, zur Trauerrede, zu den Traueranzeigen und -karten oder zu Bestimmungen der Grabpflege. Es ist möglich, die Vorkehrungen im Familien- oder Bekanntenkreis zu treffen oder sie in die Hände eines Bestatters oder einer Bestatterin zu geben.

In einer **Betreuungsverfügung** wird eine Vertrauensperson benannt, die ermächtigt wird, bei bestimmten persönlichen Angelegenheiten Entscheidungen für jemanden zu treffen für den Fall, dass dieser nicht mehr in der Lage ist, sich selbst mitzuteilen, und das Gericht eine Betreuung für erforderlich hält. Hier kann ebenso festgelegt werden, wer keinesfalls ermächtigt werden soll. Sie entfaltet nur dann Wirkung, wenn dieser Fall

tatsächlich eintritt. Zu diesem Zeitpunkt muss sie daher auch problemlos auffindbar sein.

Bei jedem Menschen kann der Fall eintreten, dass er selbst nicht mehr vollständig handlungsfähig ist – wie z. B. nach einem Schlaganfall oder bei einer Demenz – und ein anderer Entscheidungen für ihn treffen muss. In einer solchen Situation muss ein Betreuer oder eine Betreuerin bestellt werden. Dass diese Aufgaben eine Vertrauensperson übernimmt, kann jeder im Vorfeld mitbestimmen. Dieser Wunsch ist für das (Betreuungs-) Gericht verbindlich. Die Betreuungsverfügung berechtigt, anders als die Vorsorgevollmacht, den Betreuer nicht zu rechtsgültigem Handeln, aber stellt eine wichtige Grundlage für gerichtliche Entscheidungen dar. Auskunft erteilen u. a. die örtlichen Betreuungsvereine.

## E

**Ehrenamtliche** Arbeit hat in der Hospizarbeit einen sehr hohen Stellenwert. Bei den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern handelt es sich um Menschen, die eine umfangreiche und anerkannte Qualifikation erhalten und die sich mit den Themen Sterben, Tod und Trauer aus verschiedenen Gründen intensiv auseinandersetzen. Wenn sie im ambulanten Hospizdienst arbeiten, kommen sie in die Familien und arbeiten hier mit besonderem Einfühlungsvermögen, ausgeprägter Sensibilität und der notwendigen Zurückhaltung, indem sie gewissenhaft auf die Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Familien

eingehen. Ambulant wie stationär, also z. B. in Hospizen oder Pflegeeinrichtungen, bieten sie durch ihre Anwesenheit, durch Gespräche oder einfach nur durch ihr Da-sein Unterstützung und Entlastung. Ohne das ehrenamtliche Engagement wäre die Hospizarbeit nicht möglich, sie stellt das Fundament der Hospizbewegung dar.

## H

Bei den ambulanten **Hospizdiensten** wird unterschieden zwischen solchen, die vollständig ehrenamtlich tätig sind und solchen, deren ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch mindestens eine hauptamtlich tätige Person koordiniert werden. Zwar erfolgt die Finanzierung auf unterschiedliche Weise, aber die Tätigkeiten sind nahezu identisch, daher wird die Differenzierung hier nicht berücksichtigt. Die Hospizdienste begleiten Schwerstkranke und ihre Familien auf der Basis psychologischer, sozialer und spiritueller Grundlagen. Ihr Ziel ist die Begleitung des/der Sterbenden sowie die Unterstützung und Entlastung der gesamten Familie, um ein würdevolles Sterben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Der Koordinator bzw. die Koordinatorin hat hier unter vielem anderen folgende Aufgaben: die Koordination und Einsatzplanung für die Begleitungen in den betroffenen Familien, die Befähigung oder Qualifizierung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Kooperation und Vernetzung mit den anderen Institutionen, die sich um Sterbende und ihre Familien küm-

mern. Eine weitere wichtige Aufgabe der Hospizdienste ist die Beratung zu allen wichtigen Fragen, die sich mit Sterben, Tod und Trauer beschäftigen. Auch können sie den Betroffenen die für sie wichtigen Hilfsangebote vor Ort nennen. Sie beraten in Fragen zur Patientenverfügung; zudem bieten sie Trauerbegleitung an oder können Angebote in der Region vermitteln.

Stationäre **Hospize** sind eigenständige Einrichtungen mit in der Regel 8–16 Betten. Hier werden die Schwerstkranken und Sterbenden palliativ-pflegerisch, psychosozial und spirituell von entsprechendem Fachpersonal begleitet. Je nach Absprache kommt der Hausarzt/die Hausärztin und oder ein/e qualifizierte/r Palliativarzt/-ärztin zur medizinischen Behandlung ins Haus. Auch die Familienmitglieder erhalten hier die notwendige Unterstützung. Wenn notwendig, werden ihnen Übernachtung und Verpflegung angeboten; in stationären Kinderhospizen ist dies die Regel. Dies wird allerdings nicht aus öffentlichen Mitteln finanziert. In der häuslichen Atmosphäre können sich Sterbende und ihre Angehörigen ernst genommen und geborgen fühlen.

Die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist vor allem dann sinnvoll, wenn die Familie nicht mehr in der Lage ist, den Kranken zu versorgen, wenn es sich um eine besonders belastende Pflege handelt, die zu Haus vielleicht nicht mehr gewährleistet ist, oder wenn der Betroffene keine für ihn sorgenden Angehörigen hat. Aufnahme in einem stationären Hospiz finden Menschen mit folgender Diagnose: Fortgeschrittene Krebserkrankung, Vollbild der Infektionskrankheit AIDS, Erkrankung des Nerven-

systems oder eine chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung. In einem Hospiz für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erfolgt die Aufnahme zusätzlich bei Stoffwechselerkrankungen, genetisch bedingten Erkrankungen, Immunerkrankungen und Fehlbildungen mit lebensverkürzender Prognose.

Die Adressen von Hospizen und Hospizdiensten in Nordrhein-Westfalen sind u. a. über die ALPHA-Stellen ([www.alpha-nrw.de](http://www.alpha-nrw.de)) oder den Hospiz- und PalliativVerband NRW e. V. zu erfahren.

## K

**Krebserkrankungen** (Tumorerkrankungen) gehören bundesweit zu den häufigsten Erkrankungen. Die Gründe zur Entstehung sind größtenteils unbekannt, auch wenn sich für einzelne Erkrankungen bestimmte Risikofaktoren herausgestellt haben.

Krebserkrankungen sind nicht ansteckend, in ihrer Ausprägung, Lokalisierung, in der Art der Streuung unterschiedlich und bedürfen individueller Therapien. Detailliertere Informationen zu Krebsarten oder weiteren Beratungsangeboten sind z. B. bei der Deutschen Krebsgesellschaft zu finden. Auch ist es sinnvoll, sich in seinem Wohnort oder einer Stadt in der Nähe nach den örtlichen Möglichkeiten zu erkundigen, so z. B. beim Hausarzt, bei den Krankenhäusern, bei Tumorzentren oder Krebsberatungsstellen, bei den Zentralen für Selbsthilfegruppen etc.

**Künstliche Ernährung**, insbesondere über die PEG (PEG-Percutane endoskopische Gastrostomie = durch die Haut geführte Ernährungssonde zum Magen), ist mitunter ein umstrittenes Thema in der Sterbebegleitung. Relevant ist sie für Menschen, die vorübergehend nicht bei Bewusstsein sind oder bei denen der Schluckvorgang durch andere Prozesse schwer gestört ist. Anders stellt es sich dar für Menschen am Ende des Lebens. Vor allem für die Personen, die als Betreuerinnen oder Betreuer für einen nicht-einwilligungsfähigen Patienten verantwortlich sind, ist die Frage nach dem Einsatz einer PEG sehr komplex. Daher ist es sinnvoll, sich frühzeitig damit auseinanderzusetzen und seinen diesbezüglichen Willen in der Patientenverfügung festzuhalten.

**Kurativ** bedeutet „heilend“ (lat. curare=heilen). Wenn kurative Medizin angewendet wird, ist die Heilung des Patienten/der Patientin das Ziel, wofür alle zur Verfügung stehenden Mittel und Methoden eingesetzt werden.

## P

**Palliativ** bedeutet „lindernd“ (lat. pallium – der Mantel, die Decke). Palliative Maßnahmen werden unter anderem dann ergriffen, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist und die Linderung der Symptome im Vordergrund steht.

**Palliativmedizin** ist die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen und einer begrenzten Lebenserwartung, für die der Schwerpunkt auf der Linderung der Symptome bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Lebensqualität liegt – nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

Palliativmedizin bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen natürlichen Vorgang. Palliativmediziner arbeiten in einem multidisziplinären Unterstützungssystem (u. a. mit Hospizen, Hospizdiensten, Pflegediensten und Hausärzten), das den Patienten hilft, so aktiv wie möglich zu leben und das den Familien hilft, sich der Situation gewachsen zu fühlen. Dabei steht die Kontrolle der zeitweise schwerwiegenden Symptome, insbesondere der Schmerzen, im Vordergrund.

Innerhalb der palliativmedizinischen Versorgung unterscheidet man im zwischen „Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung“ (SAPV) für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche und „Allgemeiner Ambulanter Palliativversorgung“. Diese Versorgung wird durch speziell geschulte und erfahrene Mediziner und Pflegekräfte umgesetzt. Die zuständigen Teams heißen Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) oder Palliative Care Teams (PCT).

Beratung über die Möglichkeiten vor Ort erhalten Sie von Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin oder dem örtlichen Hospizdienst.

**Palliativpflege** ist die ganzheitliche Pflege von Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung nicht mehr durch eine kurative The-

rapie behandelbar ist. Dabei stehen die erfolgreiche Behandlung von Schmerzen und weiterer Symptome sowie die Integration von körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Aspekten im Vordergrund. Das Ziel von Palliativpflege ist, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Angehörige zu erreichen (Definition nach WHO). Schwerstkranke Menschen mit nicht heilbaren Erkrankungen sollten immer nach den Prinzipien von Hospiz- und Palliativarbeit behandelt werden. Die ambulanten Palliativpflegedienste haben vor allem die palliativpflegerische Beratung und Behandlung zur Aufgabe. Sie sind in der Regel Teil eines Pflegedienstes und verfügen über hauptamtliches Krankenpflegepersonal, das palliativpflegerisch geschult ist. Sie stehen in enger Kooperation mit örtlichen Hospizdiensten sowie mit Palliativärzteteams, sind aber auch mit anderen Institutionen, die an der Versorgung Sterbender beteiligt sind, vernetzt.

**Palliativstationen** oder Palliativeinheiten sind eigenständige Stationen in einem Akutkrankenhaus. Hier werden Patienten mit komplexer medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Symptomatik bei akutem hohem Betreuungsaufwand durch geschultes Pflegepersonal palliativ gepflegt und durch den Stationsarzt behandelt. Der Auftrag und das Behandlungsziel der Palliativstationen ist die bestmögliche Linderung der vielfältigen Symptome. Dabei wird die Entlassung in die häusliche Umgebung angestrebt.

Wenn die Patienten und ihre Angehörigen dies wünschen, erhalten sie zudem Unterstützung und Begleitung durch Fach-

leute aus anderen Berufsfeldern, wie der Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge.

Die **Patientenverfügung** ist eine Willenserklärung, die verfasst werden kann für den Fall, dass eine Person z. B. durch fortgeschrittene Demenz oder durch Bewusstlosigkeit nicht mehr in der Lage ist, ihren Willen zu äußern. In ihr können verschiedene Dinge festgehalten werden, die den weiteren pflegerischen und medizinischen Umgang dieser Person betreffen. So kann beispielsweise der Wunsch nach Schmerzlinderung oder nach Anwesenheit bestimmter Nahestehender formuliert oder auch über lebensverlängernde Maßnahmen entschieden werden. Der Umgang mit einer Patientenverfügung trägt außerdem zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und dem Bewusstmachen der eigenen Bedürfnisse und Wünsche zum Lebensende bei. Die Patientenverfügung sollte in regelmäßigen Abständen (z. B. jährlich) aktualisiert werden.

Es gibt zahlreiche verschiedene Versionen von Patientenverfügungen. Daher ist es sinnvoll, sich ausführlich beim Ausfüllen oder eigenständigen Formulieren beraten zu lassen. Fachkundige Ansprechpartner hierfür können unter vielen anderen die örtlichen Hospizeinrichtungen sein. Diese können Auskunft geben über Sinn, Anwendung, Inhalt oder Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Hinweise auf Patientenverfügungen in Leichter Sprache findet man u. a. auf der Internetseite des nordrhein-westfälischen Justizministeriums.

**PCT** siehe: Palliativmedizin

**PEG** siehe: Künstliche Ernährung

**PKD** siehe: Palliativmedizin

## R

**Rituale** geben die Möglichkeit, wichtige Lebensabschnitte einzuleiten, zu begleiten und abzuschließen. Die Kraft von Ritualen besteht darin, das Bestehende zu stabilisieren als auch Bestehendes zu verändern. Sie vermitteln in einer Zeit, in der alles in „Unordnung“ geraten zu sein scheint, das Gefühl von Ordnung, Sicherheit und Berechenbarkeit. Es gibt viele althergebrachte, teilweise christliche Rituale, wie z. B. die Aufbahrung der/des Verstorbenen in der Wohnung, das Sechs-Wochen-Seelenamt oder das Gestalten einer Traueranzeige.

Es kann aber ebenfalls viel Sinn machen, eigene Rituale zu kreieren, die den Abschied von der nahestehenden Person erleichtern. Dabei können diese Rituale individuell geplant und durchgeführt werden, wie z. B. das Schreiben eines persönlichen Abschiedsbriefes. Es ist auch sehr hilfreich, sich zusammen mit anderen Trauernden ein Ritual zu überlegen, z. B. das gemeinsame Anzünden von Kerzen, das Fliegenlassen von Luftballons zum Abschied von einem geliebten Menschen oder das Aufstellen von Windrädern zur Erinnerung an die Verstorbenen. Wichtig ist es, dass das Ritual sowohl zu dem Verstorbenen passt als auch zu der Person oder den Personen, die es umsetzen.

# S

**SAPV** siehe Palliativmedizin

**Selbsthilfe** trägt zur Verbesserung der Situation von Menschen in schwierigen Lebenssituationen bei. Die Selbsthilfebewegung zeichnet sich aus durch eigenverantwortliches, ausgeprägtes Sozialverhalten. Es gibt im Bereich der Tumorerkrankungen zahlreiche krankheitsspezifische Selbsthilfegruppen.

Auch für die Menschen, die im Fall des Todes einer nahestehenden Person den Austausch mit Menschen in einer ähnlichen Situation suchen, ist die Selbsthilfe ein guter Weg für den hilfreichen Umgang mit den daraus entstehenden Emotionen. Landes- und bundesweit existieren Kontaktstellen, bei denen man sich nach Selbsthilfegruppen und Ansprechpartnern in der eigenen Region erkundigen kann (s. Anhang).

**Stationäre** Versorgung bedeutet eine Versorgung innerhalb einer Einrichtung, wie z. B. im Krankenhaus, im Altenheim oder im stationären Hospiz. Hier werden Menschen durch das Personal vor Ort betreut, gepflegt und begleitet. Stationäre Institutionen bieten aber auch teilstationäre Betreuung an, das bedeutet, dass die zu betreuenden Menschen z. B. nur tagsüber dort und ansonsten zu Hause sind.

**Sterbeprozesse** sind neben den körperlichen Veränderungen vom Augenblick der Diagnosestellung an bis zum akuten

Sterbeprozess geprägt von unterschiedlich stark empfundenen Reaktionsweisen und Emotionen. Zunächst ist es für den Erkrankten schwer zu begreifen, dass er nun nicht mehr so viel Lebenszeit hat, wie er es erwartet hat. Ohnmacht, Hilflosigkeit oder auch Wut können sich hier abzeichnen. Die Bandbreite der Gefühle ist sehr groß und bringt für Familie und Freunde die Notwendigkeit mit sich, dass sie geduldig und sensibel reagieren, ohne diese persönlich zu nehmen. Auch ab dem Augenblick, in dem die/der Sterbende die Unabänderlichkeit der Situation wahrnimmt, ist es für den/die Gesprächspartnerin notwendig, eine akzeptierende und wertschätzende Haltung anzunehmen, Trauer und Schmerz anzuhören und zuzulassen. Ebenfalls kann in den Vordergrund rücken, praktische Hilfen wie Wünsche nach bestimmten Dingen oder der Anwesenheit bestimmter Personen zu erfüllen.

Es ist möglich, dass Sterbende bis zum Ende mit ihrem Schicksal hadern, aber ebenso kann ihre letzte Zeit geprägt sein von Zustimmung, Erschöpfung und vom Loslassen von bestehenden Bindungen (Kübler-Ross, 2001).

## T

**Trauer** ist die natürliche Reaktion auf ein einschneidendes Verlustereignis. Sie ist mit Gefühlen wie Hilflosigkeit, Angst, Schuld oder Zorn verbunden. Auch Reaktionen wie geistige Abwesenheit, Schlafstörungen oder Rastlosigkeit können sich

zeigen (Kast, 2013). Ähnlich wie beim Sterbeprozess geht man bei dem Trauerprozess von sehr verschiedenartigen Reaktionsweisen und Gefühlen aus. Diese werden von vielen Autoren unterschiedlich beschrieben, machen aber übereinstimmend deutlich, dass das Trauern seine Zeit braucht und Aufgaben stellt, die bewältigt werden müssen. Die Stärke der Gefühle ist unter anderem abhängig von der Art und Stärke der Beziehung zwischen den Verstorbenen und den Zurückgebliebenen, von den Todesumständen u. v. m. Man kann den Trauerprozess als einen Zeitraum verstehen, der die Betroffenen vor die Aufgaben stellt, den Verlust als Realität zu akzeptieren, den Todes Schmerz zu erfahren, sich auf das veränderte Leben einzustellen und zuletzt die Energie von dem Verstorbenen zurückzuziehen, um sie in andere Beziehungen einbringen zu können (Worden, 2011). Es ist unwahrscheinlich, dass ein Trauerprozess irgendwann einmal endet, aber er wandelt sich. Sein bewusstes Durchleben hilft, sich gestärkt einem veränderten Leben zuzuwenden.

Für die Begleitung in der Trauer können die örtlichen Hospizdienste entweder ihre Unterstützung anbieten oder andere kompetente Ansprechpartner nennen.

**Tumorerkrankungen** (siehe Krebserkrankungen)

# V

**Vorsorgevollmachten** stellt eine Person aus für den Fall, dass sie nicht mehr zur freien Willensäußerung in der Lage ist. Durch die Vorsorgevollmacht erhält bzw. erhalten eine bzw. mehrere Bezugspersonen ein Entscheidungsrecht in allen bzw. in differenziert festgelegten persönlichen Angelegenheiten des Vollmachtgebers. So erhalten diese im Notfall Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten. Diesen Vertrauenspersonen können Entscheidungen in verschiedenen Bereichen in die Hände gelegt werden. Wenn z. B. der Gegenstand in der Bevollmächtigung der Gesundheitsvorsorge liegt, wird der Umgang mit Ärzten und Pflegepersonen erleichtert z. B. hinsichtlich der Einsicht in die Krankenakten oder der Entscheidungen über Transplantationen. Eine Vollmacht kann auch für finanzielle Dinge, wie z. B. Bankgeschäfte, ausgestellt werden.

Die Vorsorgevollmacht muss nicht notariell erstellt und beglaubigt sein. Es ist aber sinnvoll, sie in Anwesenheit Dritter zu unterschreiben und sie nicht nur bei den persönlichen Unterlagen, sondern auch bei mindestens einer weiteren Vertrauensperson zu hinterlegen.

Weitere hilfreiche Informationen zu Vollmachten und Verfügungen ebenso wie Mustervordrucke befinden sich auf den Internetseiten des nordrhein-westfälischen Justizministeriums: [www.jm.nrw.de](http://www.jm.nrw.de).

# A dressesen

## **ALPHA-Westfalen**

Friedrich-Ebert-Straße 157-159 · 48153 Münster

Tel.: 02 51 - 23 08 48

E-Mail: [westfalen-lippe@alpha-nrw.de](mailto:westfalen-lippe@alpha-nrw.de)

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

## **ALPHA-Rheinland**

Heinrich-Sauer-Straße 15 · 53111 Bonn

Tel.: 02 28 - 74 65 47

Fax: 02 28 - 64 18 41

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

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

## **Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.**

Im Nonnengarten 10 · 59227 Ahlen

Tel.: 0 23 82 - 7 60 07 65

Fax: 0 23 82 - 7 60 07 66

E-Mail: [info@hospiz-nrw.de](mailto:info@hospiz-nrw.de)

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

## **Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.**

Aachener Str. 5 · 10713 Berlin

Tel.: 0 30 - 8 20 07 58 -0

Fax: 0 30 - 8 20 07 58 -13

E-Mail: [info@dhpv.de](mailto:info@dhpv.de)

Internet: [www.dhpv.de](http://www.dhpv.de)

**Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.**

Aachener Straße 5 · 10713 Berlin

Tel.: 0 30 - 30 10 10 00 · Fax: 0 30 - 3 01 01 00 16

E-Mail: [dgp@dgpalliativmedizin.de](mailto:dgp@dgpalliativmedizin.de)

Internet: [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

**Deutsche Krebsgesellschaft e.V.**

Kuno-Fischer-Straße 8 · 14057 Berlin

Tel.: 0 30 - 32 29 32 90 · Fax: 0 30 - 3 22 93 29 66

E-Mail: [service@krebsgesellschaft.de](mailto:service@krebsgesellschaft.de)

Internet: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

**Krebsgesellschaft NRW e.V.**

Volmerswerther Straße 20 · 40221 Düsseldorf

Tel.: 02 11 - 15 76 09 90 · Fax: 02 11 - 15 76 09 99

E-Mail: [info@krebsgesellschaft-nrw.de](mailto:info@krebsgesellschaft-nrw.de)

**Westfälische Notarkammer**

Ostenallee 18 · 59063 Hamm

Tel.: 0 23 81 - 96 95 90 · Fax: 0 23 81 - 9 69 59 51

E-Mail: [info@westfaelische-notarkammer.de](mailto:info@westfaelische-notarkammer.de)

Internet: [www.westfaelische-notarkammer.de](http://www.westfaelische-notarkammer.de)

**Rheinische Notarkammer**

Burgmauer 53 · 50667 Köln

Tel.: 02 21 - 2 57 52 91 · Fax: 02 21 - 2 57 53 10

E-Mail: [info@rhnotk.de](mailto:info@rhnotk.de)

Internet: [www.rhnotk.de](http://www.rhnotk.de)

**Ärztammer Westfalen-Lippe**

Gartenstraße 210-214 · 48147 Münster

Tel.: 02 51 - 92 90 · Fax: 02 51 - 9 29 29 99

E-Mail: [posteingang@aekwl.de](mailto:posteingang@aekwl.de)

Internet: [www.aekwl.de](http://www.aekwl.de)

### **Ärztekammer Nordrhein**

Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf

Tel.: 02 11 - 4 30 20 · Fax: 02 11 - 43 02 20 09

E-Mail: [aerztekammer@aeagno.de](mailto:aerztekammer@aeagno.de)

Internet: [www.aeagno.de](http://www.aeagno.de)

### **AIDS-Hilfe NRW e.V.**

Lindenstraße 20 · 50674 Köln

Tel.: 02 21 - 9 25 99 60 · Fax: 02 21 - 9 25 99 69

E-Mail: [info@nrw.aidshilfe.de](mailto:info@nrw.aidshilfe.de)

Internet: [www.ahnrv.de](http://www.ahnrv.de)

### **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe**

Kirchfeldstraße 149 · 40215 Düsseldorf

Tel.: 02 11 - 31 00 60 · Fax: 02 11 - 3 10 06 48

E-Mail: [info@bag-selbsthilfe.de](mailto:info@bag-selbsthilfe.de)

Internet: [www.bag-selbsthilfe.de](http://www.bag-selbsthilfe.de)

### **Koordination für Selbsthilfe**

#### **Kontaktstelle NRW KOSKON**

Friedhofstraße 39 · 41236 Mönchengladbach

Tel.: 0 21 66 - 24 85 67 · Fax: 0 21 66 - 24 99 44

E-Mail: [selbsthilfe@koskon.de](mailto:selbsthilfe@koskon.de)

Internet: [www.koskon.de](http://www.koskon.de)

### **Nationale Kontakt- und Informationsstelle**

#### **zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen NAKOS**

Otto-Suhr-Allee 115 · 10585 Berlin

Tel.: 0 30 - 31 01 89 80 · Fax: 0 30 - 31 01 89 70

E-Mail: [selbsthilfe@nakos.de](mailto:selbsthilfe@nakos.de)

Internet: [www.nakos.de](http://www.nakos.de)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

### § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 Prozent. Der Zuschuss darf kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht überschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospizmaßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen und in Erwachsenhospizen durch jeweils gesonderte Vereinbarungen nach Satz 4 ausreichend Rechnung zu tragen. In den Vereinbarungen nach Satz 4 sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsauf-

wand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen nach Satz 4 sind spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können; dabei sind die berechtigten Wünsche der Bewohner zu berücksichtigen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren

Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten. Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der

qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 13 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personal- und Sachkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches ausreichend Rechnung zu tragen. Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Zeitpunkt erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet. Die Vereinbarung ist spätestens zum 31. Dezember 2016 und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches sollen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten.

Details werden durch die zugehörige Rahmenvereinbarung geregelt (siehe auch: [www.alpha-nrw.de/rechtliches](http://www.alpha-nrw.de/rechtliches)).

## Literatur

**JM-Justizministerium Nordrhein-Westfalen** (2016) Betreuung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung. [www.jm.nrw.de/Gerichte\\_Behoerden/ordentliche\\_gerichte/FGG/Einzelfahren/Betreuungsverfahren/index.php](http://www.jm.nrw.de/Gerichte_Behoerden/ordentliche_gerichte/FGG/Einzelfahren/Betreuungsverfahren/index.php) Stand: 20.12.2016

**JM-Justizministerium Nordrhein-Westfalen** (2016) Betreuungsrecht in Leichter Sprache. <https://broschueren.nordrhein-westfalendirekt.de/broschuerenservice/justizministerium/flyer-in-leichter-sprache-hilfe-und-vorsorge-wenn-man-nicht-mehr-selbst-entscheiden-kann/2216> Stand: 20.12.2016

**Kast, Verena** (2013) Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Kreuz Verlag

**Kübler-Ross** (2001) Interviews mit Sterbenden, Droemer Knaur

**Worden, William** (2011) Beratung und Therapie in Trauerfällen, 4. Aufl., Huber

## **Impressum:**

Herausgeber:

**A**nsprechstelle im

**L**and NRW zur

**P**alliativversorgung

**H**ospizarbeit und

**A**ngehörigenbegleitung

im Landesteil Westfalen-Lippe

Friedrich-Ebert-Straße 157-159

48153 Münster

02 51 – 23 08 48

westfalen-lippe@alpha-nrw.de

7. unveränderte Auflage 2025

Druck: Druckerei Burlage, Münster

Layout: ArtApplied, Münster

Titelseite: Badura Grafik

Diese Informationsschrift wurde Ihnen überreicht durch:



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

