

„Die Hospizarbeit und deren Versorgungsstrukturen im Kreis Steinfurt“



Leben bis zuletzt.

**Bericht der Arbeitsgruppe
der Kommunalen Gesundheitskonferenz
des Kreises Steinfurt**

Dezember 2003

Das Mandala auf der Titelseite wurde als Wandbild zur Meditationshilfe von der Kunst-AG der St. Angela Schule für das Hospiz Osnabrück gemalt.

Impressum:

Herausgeber: Kreis Steinfurt - Der Landrat
Gesundheitsamt

Redaktion: Arbeitsgruppe Hospizarbeit und deren Versorgungsstrukturen
der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Kreises Steinfurt

Steinfurt, Tecklenburger Str. 10, Stand: Dezember 2003

„Die Hospizarbeit und deren Versorgungsstrukturen im Kreis Steinfurt“

Steinfurt, Dezember 2003

Vorwort

Die Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Steinfurt legt mit dem Gesundheitsbericht „Die Hospizarbeit und deren Versorgungsstrukturen im Kreis Steinfurt“ eine umfassende Bestandsaufnahme der Hospizarbeit im Kreis Steinfurt vor und gibt Anregungen für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur der Hospizarbeit, Sterbebegleitung und Palliativmedizin im Sinne einer gemeindenahen gesundheitlichen und sozialen Versorgung.

In der heutigen Leistungs- und Konsumgesellschaft werden Sterben und Tod häufig verdrängt und nicht als Bestandteil des Lebens angenommen. Sterben und Tod werden vielfach als unangenehmes Thema empfunden, das bei vielen Menschen Angst, Ungewissheit, Bedrohung und ein Gefühl des Ausgeliefertseins und der Verdrängung auslöst.

Dieser Bericht soll mit dazu beitragen, das Thema „Sterben und Tod“ in der Gesellschaft durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit zu enttabuisieren und soweit wie möglich auf eine rationale, sachliche Basis zu stellen.

Danken möchten wir den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, die diesen Bericht erarbeitet haben, insbesondere den ehrenamtlich Tätigen in der Hospizbewegung.

Thomas Kubendorff
Landrat

Dr. Werner Lammers
Vorsitzender der
Kommunalen Gesundheitskonferenz
Gesundheitsdezernent

Folgende Personen haben an diesem Bericht mitgearbeitet:

Franz-Josef Achterkamp	Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Kreises Steinfurt – CDU-KT-Fraktion
Sr. Bernwarda	Ökumenisches Ambulantes Hospiz, Rheine
Marlies Dudeck	Ökumenisches Ambulantes Hospiz, Rheine
Gabriele Eggert	Hospiz Ibbenbüren e. V.
Dr. Josef Goecke	Hospizverein Ibbenbüren e. V.
Hedi Große Burlage	Malteser Regenbogen – Gruppe Emsdetten
Norbert Hartmann	Ärztekammer Westf.-Lippe
Walter Heeke	ARGE der gesetzl. Krankenkassen im Kreis Steinfurt-Borken
Margarete Heitkönig-Wilp	Hospiz Haus Hannah Malteser Regenbogen Gruppe Emsdetten
Michael Hellrung	Ambulanter Hospizdienst des Caritasverbandes Emsdetten-Greven
Benno Hörst	Vorsitzender des Sozialausschusses des Kreises Steinfurt – CDU-KT-Fraktion
Angela Arning	Hospizverein Ochtrup e. V.
Thekla Holtmann	Hospizverein Ochtrup e. V.
Renate Weßling-Lödde	Hospizverein Ochtrup e. V. - 1. Vorsitzende -
Dr. Manfred Koers	Kath. Bildungswerk im Kreis Steinfurt
Agnes Lanfer	Malteser Hospizgruppe Greven
Anni Lütke-Brinkhaus	Gleichstellungsbeauftragte Kreis Steinfurt
Dr. Jörg Schwab	Jakobi-Krankenhaus Rheine
Josefa Sibler	Hospiz-Initiative Steinfurt
Margarete Steinmann	Hospiz-Verein Region Lengerich e. V.
Ulrike Verrieth	SPD-KT-Fraktion (s. B.)

Isabelle von Kemphen-Folkerts

Gesundheitsamt Kreis Steinfurt
Geschäftsstelle Komm. Gesundheitskonferenz

Walter Rott

Gesundheitsamt Kreis Steinfurt
Geschäftsstelle Komm. Gesundheitskonferenz

Gliederung	Seite
1. Auftrag und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe	5
2. Allgemeine Grundsätze und Leitlinien der Versorgungsplanung	5
3. Soziodemographische Daten	7
3.1 Bevölkerung in den Städten und Gemeinden des Kreises Steinfurt	7
3.2 Todesfälle im Kreis Steinfurt	7
4. Betroffene Menschen und deren Erkrankungen in der Hospizbetreuung	8
4.1 Voraussetzung für die Aufnahme in die Hospizbetreuung	8
4.2 Betroffene Menschen stationärer Hospizeinrichtungen	9
4.3 Bedarf und Struktur der Hospizdienste	10
5. Die Hospizbewegung: Geschichte und Menschenbild	11
6. Konzepte der Hospizarbeit	17
6.1 Die praktische Arbeit ambulanter Hospizdienste	17
6.2 Grundprinzipien der stationären Hospizarbeit	20
6.2.1 Leistungsspektrum	21
6.2.1.1 Stationäre Hospizarbeit	21
6.2.1.2 Linderung von Schmerzen und Begleiterscheinungen	22
6.2.1.3 Begleitung, Beratung und Unterstützung	23
6.2.2 Ausstattung und Struktur für das Hospiz	24
6.2.2.1 Räumliche und sachliche Ausstattung	24
6.2.2.2 Personelle Ausstattung	24
6.2.2.3 Kooperation	25
6.3 Palliativmedizin	25
7. Finanzielle Rahmenbedingungen	28
7.1 Finanzierung ambulanter Hospizarbeit	28
7.2 Finanzierung stationärer Hospize	29
8. Patientenwillen, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht	30
9. Stand der Hospizinfrastruktur im Kreis Steinfurt	31
9.1 Ambulante Dienste	32
9.2 Stationäres Hospiz	40
9.3 Fachärzte für Anästhesiologie mit dem Genehmigungsgebiet Schmerztherapie	40
9.4 Vernetzung und Strukturen der Hospizarbeit	40
10. Fachliche Bewertung der vorhandenen Versorgungsstrukturen	44
11. Ausblick und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Hospizstrukturen und Sterbebegleitung	45
12. Literatur	49

1. Auftrag und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe

Die Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Steinfurt hat in der Sitzung am 18.12.2002 beschlossen, das Themenfeld „Die Hospizarbeit und deren Versorgungsstrukturen im Kreis Steinfurt“ zu bearbeiten.

Ziel dieses Themenfeldes ist es, einen umfassenden Überblick über die Hospizarbeit im Kreis Steinfurt zu geben, das Thema öffentlich zu machen, eine fachliche Bewertung der Versorgungsstrukturen vorzunehmen und Vorschläge zu erarbeiten, die die Hospizarbeit verbessern könnten.

Die Hospizbewegung hat entscheidend mit dazu beigetragen, dass die Themen Sterben, Sterbebegleitung und Tod eine Enttabuisierung erfahren haben und dadurch schrittweise Strukturen für schwerkranke und sterbende Menschen sowie ihre Angehörigen in der Versorgungsregion Steinfurt entstanden sind.

Das Thema Sterben und Sterbebegleitung wird in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Im Rahmen dieses Berichtes wird deshalb versucht, dieses Thema soweit wie möglich zu versachlichen, den Tod als unmittelbaren Bestandteil des Lebens zu sehen und auf dieser Grundlage eine verbesserte Versorgung von Sterbenden in unserem Kreis zu erreichen.

Im Rahmen dieses Berichtes wird nicht auf die Besonderheit von sterbenden Kindern und Jugendlichen eingegangen. Für diese Zielgruppen sind spezifische Strukturen notwendig. Allerdings erfolgen durchaus in Einzelfällen Begleitungen durch alle vorhandenen Hospizeinrichtungen.

2. Allgemeine Grundsätze und Leitlinien der Versorgungsplanung

Ziel der Versorgungsplanung ist es, eine leistungsfähige, bedarfsgerechte, inhaltlich qualifizierte, menschenwürdige, differenzierte Angebotsstruktur

zu schaffen, die auch wirtschaftliche Aspekte mit berücksichtigt. Diese Versorgungsstrukturen haben sich primär an den Bedürfnissen der betroffenen sterbenden Menschen und deren Bezugspersonen zu orientieren. Dabei ist es notwendig, soweit wie möglich überschaubare gemeindenahe Strukturen zu entwickeln.

Die Sicherstellung der gemeindenahen qualifizierten Versorgungsstrukturen erfordert eine Trägerpluralität. Insbesondere sind die jeweiligen Weltanschauungen der betroffenen Menschen zu berücksichtigen, denn Sterbebegleitung bedeutet Lebenshilfe: Hilfe in der letzten Lebensphase für alles, was zur Bewältigung von Leben und Sterben notwendig ist.

Selbstverständlich ist bei einer entsprechenden Planung dem Leitgedanken Rechnung zu tragen, dass einer ambulanten Versorgung im häuslichen Bereich, da wo sie möglich ist und von den betroffenen Menschen gewünscht wird, Vorrang zu geben vor einer stationären Versorgung.

Wichtig ist, darauf hinzuweisen, dass Hospizeinrichtungen keine Krankenhäuser oder andere Institutionen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung ersetzen, sondern eine Ergänzung und Optimierung der Versorgung bedeuten.

Bei der perspektivischen Versorgungsplanung ist neben den vorhandenen Hospizeinrichtungen zu berücksichtigen, dass die primären Bedürfnisse, insbesondere die der älteren Mitbürger/Innen, weniger eine „Hightech-Versorgung“, sondern eine basismedizinische Versorgung erfordern werden. Vorstellbar wäre eine kleine ortsnahe Krankenstation z. B. im Verbund mit einem Pflegeheim, die eine gemeindenahe Versorgung insbesondere für ältere Menschen ermöglichen würde. In diesem Zusammenhang ist die zunehmende Zentralisierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland zu hinterfragen. Durch das Wegbrechen ortsnaher Krankenhausstrukturen erfolgen Behandlungen in Zentralkrankenhäusern, obschon eine Behandlung dort nicht unbedingt notwendig wäre. Wird z. B. ein alter Mensch wegen einer Lungenentzündung und gleichzeitig fehlender Minimaldiagnostik oder nicht möglicher minimaler stationärer Therapie in ein medizinisches

Zentrum überwiesen, fällt auf, dass diese Menschen häufig stark wesensverändert wieder nach Hause kommen, weil die verschiedenen gemeindenahen Netzwerke nicht mehr zur Verfügung stehen.

3. Soziodemographische Daten

3.1 Bevölkerung in den Städten und Gemeinden des Kreises Steinfurt

Der Kreis Steinfurt, flächenmäßig der zweitgrößte Kreis des Landes Nordrhein-Westfalen, besteht in seiner heutigen Struktur seit dem 01.01.1975. Er bildete sich aus den damaligen Kreisen Steinfurt und Tecklenburg und dem nördlichen Teil des Kreises Münster mit der Stadt Greven und der Gemeinde Saerbeck. Hauptverwaltungssitz ist die Stadt Steinfurt, zum Kreis Steinfurt gehören 10 Städte und 14 Gemeinden. Die größte Stadt ist Rheine mit 76.211 Einwohnern, die kleinste Gemeinde ist die Gemeinde Laer mit 6.334 Einwohnern.

Am 30.06.2003 lebten im Kreis Steinfurt 440.784 Menschen, davon 222.716 Frauen und 218.068 Männer. Das Verhältnis der männlichen zur weiblichen Bevölkerung ist in allen Kommunen fast ausgeglichen. Auch im Kreis Steinfurt nimmt der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerungszahl ständig zu, ein Trend, der bundesweit zu beobachten ist. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung im Kreis Steinfurt ist höher als noch vor 20 Jahren. Lag der Altersdurchschnitt 1980 noch bei 35 Jahren, so betrug er Ende 2001 knapp 39 Jahre. Der Ausländeranteil ist mit 5,5 % im Vergleich zum Landesdurchschnitt unterdurchschnittlich. Seit Jahren liegt die Arbeitslosenquote des Kreises deutlich unter dem Landeswert Nordrhein-Westfalens und dem Bundeswert (November 2002: Kreis 7 %, NRW 9,6 %, Bund 8,2 %).

3.2 Todesfälle im Kreis Steinfurt

Im Jahre 2002 gab es im Kreis Steinfurt insgesamt 3.567 Todesfälle, die sich wie folgt verteilen:

- zu Hause verstorben: 1.057 Menschen = 29,6 %
- im Altenheim/Pflegeheim verstorben 600 Menschen = 16,8 %

- im Krankenhaus verstorben	1.755 Menschen = 49,2 %
- durch Selbsttötung verstorben	44 Menschen = 1,2 %
- durch Verkehrsunfälle verstorben	42 Menschen = 1,2 %
- an sonstigen Orten verstorben	45 Menschen = 1,3 %
- an unbekanntem Ort verstorben	24 Menschen = 0,7 %

4. Betroffene Menschen und deren Erkrankungen in der Hospizbetreuung

4.1 Voraussetzung für die Aufnahme in die ambulante Hospizbetreuung

Bei der Aufnahme in die Hospizbetreuung sollten grundsätzlich folgende Kriterien erfüllt sein:

A) Der/die Betroffene leidet an einer der folgenden vier Krankheitsarten:

- fortgeschrittene Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Verdauungstrakt-, Herz- oder Lungenerkrankung.

Ambulante Hospizeinrichtungen betreuen auch ältere Menschen, wobei die Begleitung des Sterbenden aus seinen körperlichen Bedürfnissen und den Bedürfnissen nach Sicherheit, Liebe, Achtung und Selbstverwirklichung, sowie dem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen abzuleiten ist.

B) Die Erkrankung verläuft progredient und ist zudem weit fortgeschritten.

Eine Heilung ist nach bisherigen Kenntnissen ausgeschlossen, und es ist lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten.

C) Insbesondere der betroffene Mensch, seine Familie und möglichst auch der/die zuletzt behandelnde Arzt/Ärztin kennen und billigen das vom Hospiz vertretene Prinzip der lindernden Pflege und Therapie. Sie

verzichten auf eingreifende Untersuchungen oder Therapieversuche und konzentrieren sich in der Behandlung auf eine Linderung der Beschwerden. Das bedeutet, dass keine forcierte Ernährung, keine künstliche Beatmung und keine kontinuierliche Infusionstherapie mehr durchgeführt wird.

4.2 Betroffene Menschen stationärer Hospizeinrichtungen

Es soll möglichst vielen Menschen ein Sterben zu Hause ermöglicht werden und eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz nur erfolgen, wenn eine häusliche Betreuung wegen psychosozialer Krisen oder medizinischer bzw. pflegerischer Probleme nicht möglich ist. Insofern gelten für die Aufnahme in stationäre Hospize noch weit strengere Kriterien. Demnach sollen folgende Indikationen vorliegen:

A) Betroffene Menschen in psychosozialen Krisen oder längerfristigen Belastungssituationen, d. h.

- Menschen in psychischen Krisen (schwere Depressionen, auch mit Suizidalität, Unruhe oder Verwirrtheitszustände, schwere Schlafstörungen)
- Menschen in psychosozialen Krisen (Erkrankung oder Überforderung von pflegenden Angehörigen, Misshandlung oder Vernachlässigung des betroffenen Menschen durch Angehörige)
- Menschen in spirituellen Krisen oder Belastungsmomenten

B) Betroffene Menschen mit akuten oder längerfristigen pflegerischen und medizinischen Problematiken, insbesondere dann, wenn diese die laufende, intensive Überwachung der betroffenen Menschen, ständige aufwändige medizinische und pflegerische Maßnahmen oder ständige Bereitschaft zu klinischen Notfallmaßnahmen erforderlich machen. Hier sind besonders zu nennen:

- Schwere, ambulant nicht zu beherrschende Schmerzen mit Durchbruchs- und Bewegungsschmerz, die einer fortlaufenden medizinischen Kontrolle bedürfen oder bei denen invasive Techniken der Schmerztherapie zum Einsatz kommen.

- Ambulant durchgeführte, aber kontinuierlicher pflegerischer Überwachung bedürftige palliative Symptomlinderung durch cystostatische Therapie oder Strahlentherapie.
- Bestehende oder unmittelbar drohende schwere Obstruktionen.
- Schwere zentralnervöse Störungen.

4.3 Bedarf und Struktur der Hospizdienste

Potentielle Menschen von Hospizprogrammen sind alle Personen, die an einer der unten aufgeführten Krankheitsgruppen versterben. Die Größenordnung der durch diese Krankheiten verursachten Mortalität zeigt die folgende Tabelle bezogen auf Nordrhein-Westfalen und den Kreis Steinfurt. Demnach verstarben im Jahr 2000 je 1.000 Einwohner jährlich zwischen 2,99 und 2,56 Personen an einer für eine Hospizbetreuung/-behandlung relevanten Erkrankung (s. Tabelle). Bezogen auf den Kreis Steinfurt ist somit auf dieser Berechnungsgrundlage im Jahr 2003 von einem Bedarf für ca. 1.127 Menschen auszugehen.

Tabelle: Sterbefälle an den für Hospize relevanten Erkrankungen bezogen auf das Jahr 2000

	Nordrhein-Westf.	Kreis Steinfurt
Gruppe A: Krebserkrankungen	49.665	1.033
Gruppe B: AIDS	114	0
Gruppe C: Erkrankungen des Nervensystems	1.472	20
Gruppe D: Chronische Nieren-, Verdauungstrakt-, Herz- oder Lungenerkrankungen	2.604	60
Gruppen A-D gesamt:	53.859	1.113
Mortalität aus A-D je 1.000 Einwohner	2,99	2,56

Die Hospizdienste unterliegen keiner gesetzlichen Bedarfsplanung, insofern gibt es erhebliche regionale Versorgungsunterschiede. Es bestehen lediglich Rahmenvereinbarungen über die Versorgung in stationären Hospizen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Hospizverbänden, die aber keine flächendeckende Versorgung sicherstellen müssen; eine detaillierte Bedarfsermittlung ist somit

schwierig. Als ausreichende Versorgung sehen die Fach- und Interessenverbände eine Kapazität von 50 Hospiz- und Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner an. Demgegenüber halten z. B. die Verbände der Krankenkassen in Westf.-Lippe und das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) NRW 15 Betten pro 1 Mio. Einwohner im Rahmen der Palliativmedizin für bedarfsgerecht, wobei die Kapazitäten ambulanter und stationärer Hospize zu berücksichtigen sind.

5. Die Hospizbewegung: Geschichte und Menschenbild

Die Idee und Ursprünge der Hospizbewegung reichen bis ins frühe Mittelalter zurück und führen uns zum lateinischen Begriff „Hospitium“, der zu übersetzen ist mit Gastfreundschaft und Herberge.

Diese Herbergen oder Hospize entlang christlicher Pilgerrouen gaben den Reisenden vergangener Jahrhunderte zunächst Unterkunft und Gastfreundschaft, später dann aber auch Zuflucht und Schutz.

Im Zuge der Christianisierung breiteten sich diese Einrichtungen in Europa aus, machten sich zunehmend die Versorgung kranker und sterbender Menschen zur Aufgabe und sind uns noch heute bekannt als „Hospitäler“.

Einen neuen Aufschwung des Nachdenkens über die Situation schwerkranker und sterbender Menschen gab es insbesondere in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts.

Mit diesem neuen Abschnitt sind unweigerlich die Namen zweier Frauen, der Schweizer Ärztin Elisabeth Kübler-Ross und der aus England stammenden Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders, verbunden.

Elisabeth Kübler-Ross erforschte an mehreren Krankenhäusern und Universitäten Aussagen zum Verhalten todkranker und sterbender Menschen, und Cicely Saunders gründete 1967 mit dem „St. Christopher`s Hospice“ das erste Hospiz neuer Art.

Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders sind sozusagen weltweit Wegbereiter für ein neues Nachdenken über die Situation schwerstkranker und sterbender Menschen.

Mit Blick auf die Bundesrepublik Deutschland ist festzustellen, dass bereits Mitte der 60er Jahre einzelne Krankenhäuser versuchten, Erkenntnisse aus England in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender insbesondere im palliativ-medizinischen Bereich (palliativ = lindernd) umzusetzen.

Gesamtgesellschaftlich wurde sowohl staatlicher- als auch kirchlicherseits zunächst sehr zurückhaltend auf die neuen Entwicklungen reagiert. Dies deshalb, weil stationäre Hospize in Zusammenhang mit Sterbekliniken gebracht und damit fälschlicherweise in den Kontext von Euthanasiedebatten gestellt wurden.

So kam es, dass insbesondere die Kirchen, Wohlfahrtsverbände und Krankenhausgesellschaften die Errichtung eigener stationärer Hospize zunächst ablehnten.

Wissenschaft, Lehre und konkrete medizinische Praxis, aber auch das Engagement der christlichen Kirchen, bereiteten den Weg eines Umdenkens in der öffentlichen Meinung zum Umgang mit und zur Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen.

Der Durchbruch beginnt Ende der 60er Jahre, als erstmals vereinzelt die Behandlung von Patienten mit Tumorschmerzen durch regelmäßige Morphingaben eingeführt wird und schließlich in der Debatte Hospiz versus Sterbeklinik deutlich gemacht werden kann, dass es bei den eigentlichen Hospizen nicht darum geht, neue Institutionen zu schaffen, sondern mehr darum, alte Traditionen des menschlichen Umgangs mit Sterbenden wieder neu zu beleben und in den Kontext der Gegenwart zu stellen.

Der Hospizgedanke steht damit nicht in erster Linie für eine Institution, sondern für ein bestimmtes Konzept einer gleichberechtigten medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Fürsorge für Sterbende und ihre Angehörigen. Hier geht es um die Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Sterbebegleitung. Die Hospizbewegung möchte möglichst viele Menschen in unterschiedlichen Lebensbereichen

anregen, ermutigen und befähigen, Sterbenden hilfreiche Begleiter/Innen zu sein.

Gut gepflegt, hervorragend palliativ-medizinisch versorgt und sehr gut mitmenschlich begleitet, so soll der Schwerkranke und Sterbende seine letzte Lebensphase leben können.

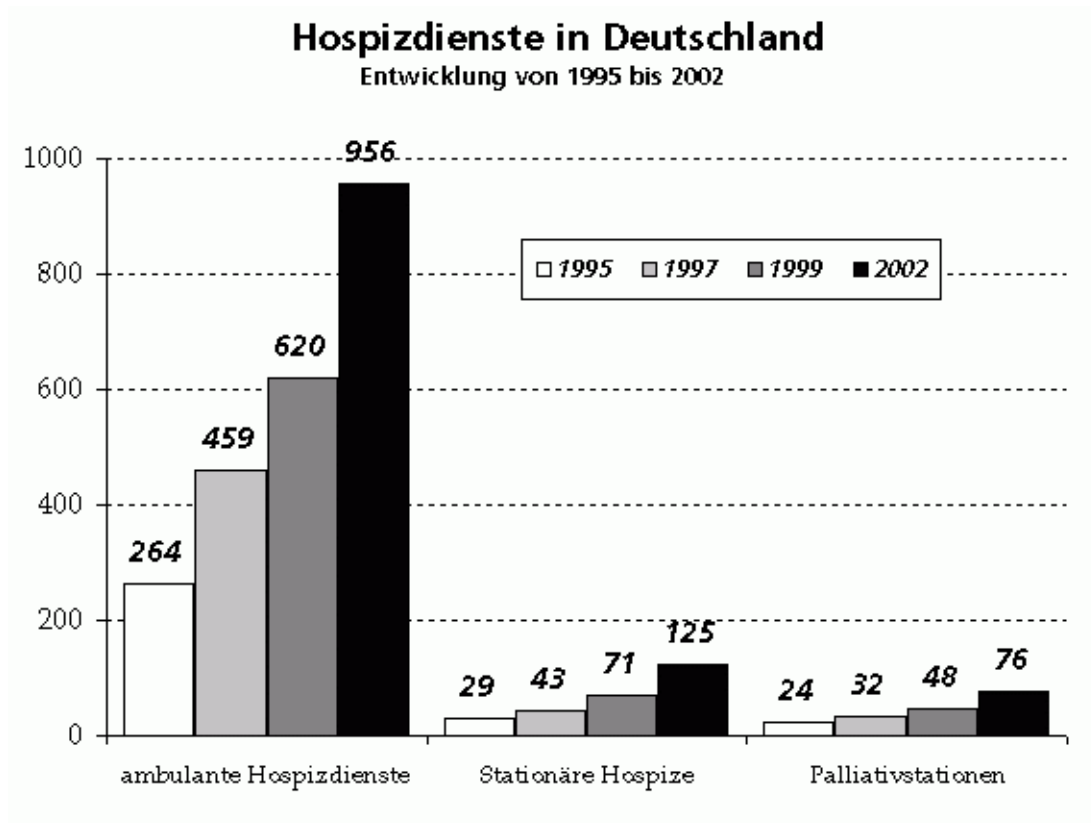
Dieser Gedanke war Grundlage für die Errichtung einer Vielzahl von Hospizdiensten in den verschiedensten Ländern. So auch in Deutschland. Hier wurde 1985 als erste überregionale Hospizorganisation die Organisation „Omega“ und 1986 die „Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand“ (IGSL) gegründet.

Einer der ersten ambulanten Hospizdienste entstand z. B. 1985 in Halle, und es folgte in den nächsten Jahren an zahlreichen Orten die Gründung einer Vielzahl ambulanter Hospizvereine und -initiativen, so dass wir heute von knapp 1.000 ambulanten Hospizdiensten ausgehen können. Im Kreis Steinfurt gründete sich im Jahre 1989 die Malteser Regenbogen Hospizgruppe Emsdetten.

1983 entstand in Aachen die erste Palliativstation, 1986 das erste stationäre Hospiz, und es folgten bundesweit weitere Palliativstationen und ambulante und stationäre Hospize.

Im Jahr 2003 konnte auch im Kreis Steinfurt mit dem „haus hannah“ in Emsdetten das erste stationäre Hospiz seine Arbeit aufnehmen. Zeitgleich wurde auch im benachbarten Kreis Borken das erste stationäre Hospiz in Stadtlohn eröffnet.

Die Deutsche Hospiz Stiftung veröffentlichte für die Entwicklung der verschiedenen Hospizdienste in Deutschland für den Zeitraum 1995 – 2002 folgende Zahlen:



- Ambulante Hospizdienste versuchen, den Kranken das Sterben zuhause zu ermöglichen
- Tageshospize bieten tagsüber Aufenthalt im Hospiz
- Stationäre Hospize sind Häuser für Sterbende, für die ein Aufenthalt daheim nicht mehr möglich ist
- Palliativstationen in Krankenhäusern behandeln besonders schmerz- und symptombelastete Patienten

Die zunehmende Entwicklung von Hospizeinrichtungen, die sich im Engagement von Politik und christlichen Kirchen, insbesondere aber im gesellschaftlichen Engagement vieler ehrenamtlich-engagierter Menschen begründet und auch institutionell-organisatorisch bundesweit Niederschlag findet, geht wesentlich zurück auf eine Veränderung des Denkens im Umgang mit Krankheit und Sterben.

Jährlich sterben ca. 850.000 Menschen in Deutschland und dennoch haben wir es gesellschaftlich mit einem Phänomen des Verdrängens von Sterben und Tod zu tun. Dies, obwohl dem Menschen doch nichts so gewiss ist wie der Tod.

Deshalb geht es bei der Hospizarbeit um die unbedingte Wertschätzung menschlichen Lebens vom ersten bis zum letzten Atemzug. Sterben ist ein Teil des Lebens. Einem würdigen Leben eröffnen sich dann bis zuletzt Möglichkeiten, wenn dafür auch die Bedingungen entsprechend gestaltet werden.

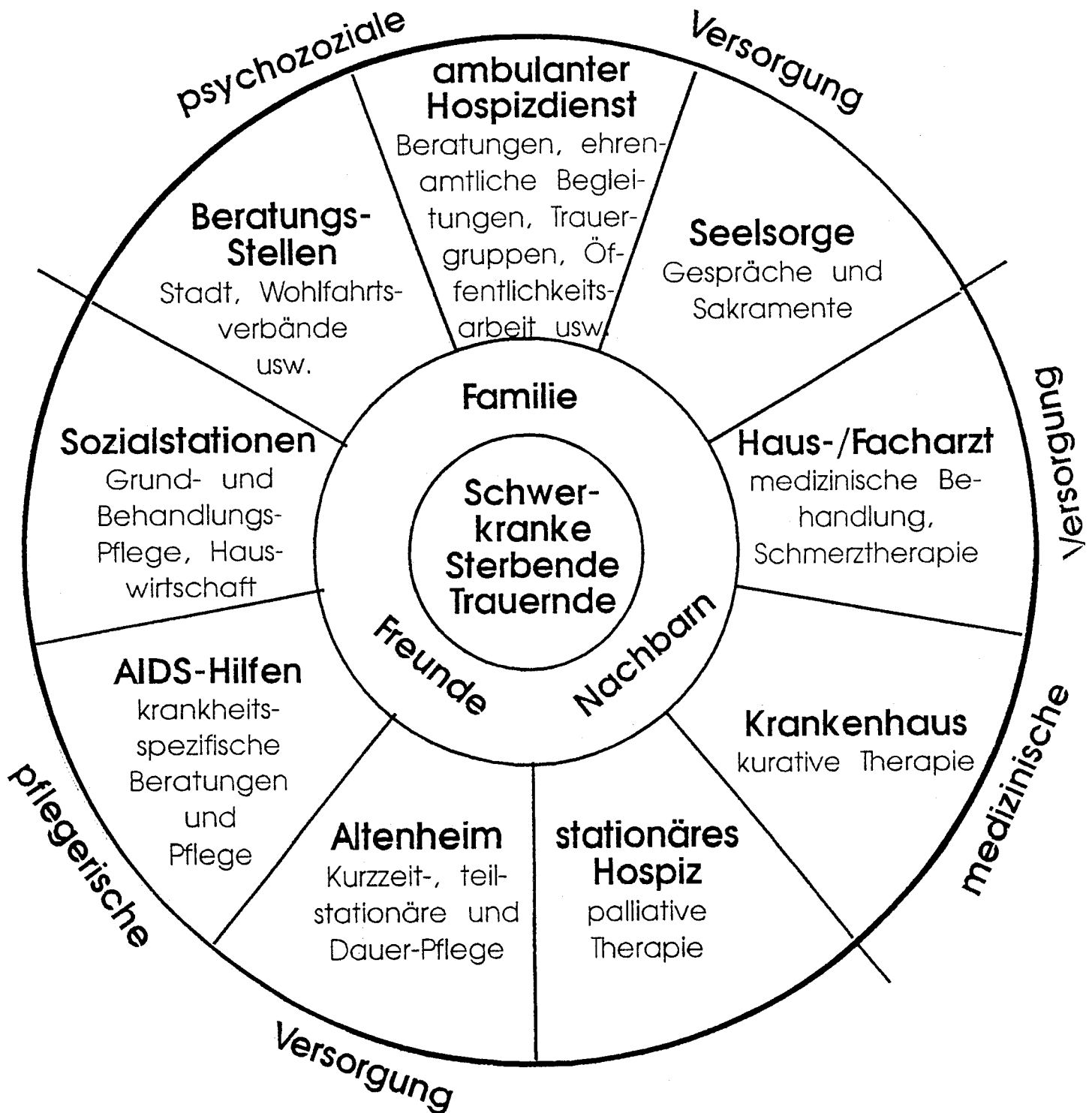
Palliative Medizin und Pflege und eine dem Menschen würdige psychosoziale und seelsorgliche Betreuung tragen entscheidend dazu bei, das subjektive Lebensgefühl eines schwerkranken und sterbenden Menschen zu verbessern.

Begleitung des Menschen meint hier sehr viel mehr als Medizin und Pflege. Begleitung meint auch eine so weit wie mögliche Teilnahme am Lebensumfeld und die Ernstnahme des Menschen mit seinen Gedanken und Gefühlen wie z. B. Hilflosigkeit, Wut, Angst usw. Dies besonders deshalb, weil der Mensch als eine Einheit, als ein Ineinander von Geist und Leib zu verstehen ist. Dieses Verständnis scheint vor dem Hintergrund einer zunehmend technisierten Medizin, einem 'techno-morphen' Krankheitsverständnis und dem Glauben an eine allmächtige Medizin weitgehend verloren gegangen zu sein. Gesundheit ist ein sehr hohes Gut, aber vor dem Hintergrund der Begrenztheit menschlichen Lebens eben doch nicht alles, denn es bleiben Fragen nach rechter Sinngebung, denen auch ein Platz in der Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod eingeräumt werden muss.

So stellt der Hospizgedanke neben der palliativ-medizinischen Versorgung die psychischen, sozialen und seelsorglichen Bedürfnisse des Schwerkranken und Sterbenden in den Vordergrund. Dieser ganzheitliche Ansatz umfasst auch die Bedürfnisse der Angehörigen und Trauernden.

In den Kontext des Hospizgedanken fällt unweigerlich der Begriff des „menschewürdigen Sterbens“ – und genau darum geht es: dass wir menschwürdig leben bis zum letzten Atemzug. Das bedeutet für den Sterbenden: In seiner vertrauten Umgebung leben und nicht allein sein im Sterben. Möglichst beschwerde- und schmerzfrei zu sein. Zeit, Raum und Hilfe zu haben, neu die Fragen nach dem Sinn des Lebens zu stellen und letzte Dinge zu regeln. Auch am Ende des Lebens menschliche Nähe zu erfahren ist selbstverständlich. All diesen Wünschen entspricht das Hospiz.

Beziehungskreis der psycho-sozialen, medizinischen und pflegerischen Versorgungs-Elemente für Schwerkranke, Sterbende, Trauernde



6. Konzepte der Hospizarbeit

Im folgenden Abschnitt werden Aufgabenwahrnehmungen und Konzeptionen ambulanter und stationärer Hospizarbeit sowie der Palliativmedizin skizziert.

6.1 Die praktische Arbeit ambulanter Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste werden vor allem getragen von ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Die ehrenamtlichen Helfer und Helferinnen stehen den Sterbenden und ihren Angehörigen bei. Sie werden dabei unterstützt von den etablierten professionellen örtlichen ambulanten Diensten und Einrichtungen wie z. B. Sozialstationen, Beratungsstellen für ältere Menschen, den Seelsorgern der Kirchengemeinden und Pfarreien. Nicht zu vergessen sind die Hausärzte und evtl. Schmerztherapeuten, die die medizinische Versorgung im Sterbeprozess begleiten.

Die ehrenamtlichen Helfer/Innen versuchen durch aufmerksame Zuwendung und einfühlsame Gespräche den Sterbenden zu unterstützen und seine letzte Lebenssituation anzunehmen. Sie halten mit dem/der Betroffenen aus. Sie lassen sich auf Gespräche über Leben und Tod ein. Sie respektieren auch, wenn Sterbende nicht darüber sprechen können und wollen. Sie geben dem/der Schwerkranken Gelegenheit, über alles zu sprechen, was ihn/sie bewegt, seine/ihre Ängste und Sorgen, seine/ihre Nöte und Hoffnungen. Sie richten sich nach den persönliche Bedürfnissen des/der Betroffenen. Praktisch kann das so aussehen: sie lesen vor, gehen spazieren, beten mit dem/der Begleiteten oder lassen den/die Sterbende/n erzählend am Tagesgeschehen teilnehmen.

Sie versuchen in Zusammenarbeit mit Ärzten/Innen und Pflegekräften die verbleibende Lebenszeit so lebenswert zu gestalten, wie es unter den gegebenen Bedingungen möglich ist.

Der Schwerpunkt liegt auf der psychischen Unterstützung, pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen treten in den Hintergrund. Die

ehrenamtlichen Begleiter und Begleiterinnen wollen keineswegs Ersatz sein für Pflegekräfte oder Haushaltshilfen.

Die Begleitung eines/einer Sterbenden stellt nicht zuletzt hohe körperliche und psychische Anforderungen an die Angehörigen. Hospizhelfer/Innen stehen in dieser belastenden Situation auch den Angehörigen und anderen dem Sterbenden Nahestehenden zur Seite und sorgen für Entlastung.

Ambulante Dienste begleiten Sterbende in erster Linie zu Hause, aber auch im Altenheim oder im Krankenhaus, wenn Betroffene das wünschen. Begleitet werden Menschen unabhängig von Alter, Herkunft, Religion, Konfession und Weltanschauung.

Die Begleitung in der letzten Lebensphase dauert unterschiedlich lange, manchmal nur Tage, öfter Wochen und Monate. Der zeitliche Einsatz des/der Helfers/Helferin richtet sich nach seiner/ihrer persönlichen und beruflichen Situation und den persönlichen Bedürfnissen des betroffenen Menschen. Eine zeitliche Überforderung soll vermieden werden. In akuten Sterbesituationen sind gelegentlich mehrere Personen für die Begleitung notwendig.

Angehörige und Freunde werden oft über den Tod des/der Begleiteten hinaus betreut. Sie können in der Zeit der Trauer auf Anteilnahme und helfende Gespräche durch Hospizmitarbeiter/Innen rechnen. Einige ambulante Hospizdienste bieten auch Gruppen an für Trauernde oder spezielle Angebote wie ein Trauercafé.

Ehrenamtliche Mitarbeiter/Innen tun ihren Dienst unentgeltlich, d. h. weder den Schwerkranken und Sterbenden noch ihren Angehörigen entstehen Kosten, wenn sie die Angebote eines ambulanten Hospizdienstes in Anspruch nehmen. Versicherungsschutz und Entschädigung für Kosten wie Fahrtkosten werden gewährleistet. Jeder Hospizdienst entwickelt Formen der Wertschätzung und sozialen Anerkennung für die

Ehrenamtlichen. Alle ehrenamtlich Tätigen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Die ehrenamtlichen Helfer und Helferinnen bereiten sich intensiv auf ihre Aufgaben als Sterbebegleiter vor. In speziellen Vorbereitungskursen werden sie in die Grundlagen der Hospizidee und -arbeit eingeführt. Sie setzen sich mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinander und reflektieren Verlusterfahrungen im eigenen Leben. Sie eignen sich Kenntnisse und Fähigkeiten in Kommunikation und Gesprächsführung an.

Hospizbegleiter/Innen treffen sich regelmäßig in der Gruppe. Unter Leitung einer kompetenten Fachkraft tauschen sie ihre Erfahrungen aus. Es ist wichtig, besonders über belastende Situationen in der Begleitung zu sprechen, um diese mit Hilfe der anderen Begleiter/Innen und der Gruppenleitung zu bearbeiten und zu verarbeiten. Auch außerhalb der Gruppentreffen steht eine Fachkraft als Ansprechpartner/In in schwierigen Situationen zur Verfügung. Hospizarbeit wird in vielen Fällen auch durch Supervision begleitet. So soll einer physischen und psychischen Überforderung der ehrenamtlichen Begleiter/Innen vorgebeugt werden.

Die praktischen Einsätze der Hospizhelfer und -helferinnen werden durch eine Koordinatorin oder einen Koordinator organisiert. Sie führen Erstgespräche mit den Schwerkranken und Sterbenden. Sie treffen die notwendigen Absprachen mit den Helfern/Innen und planen mit diesen gemeinsam die Einsätze.

Die Koordinationsaufgaben sollten von einer hauptamtlichen Kraft übernommen werden, was aber noch nicht bei allen Hospizdiensten im Kreis Steinfurt der Fall ist. Eine hauptamtliche Kraft ist zudem zuständig für folgende Aufgabenfelder:

Praxisbegleitung der ehrenamtlichen Hospizhelfer und -helferinnen, Gewinnung neuer ehrenamtlich Helfender und deren qualifizierter Vorbereitung, Organisation eines adäquaten Weiterbildungsangebotes, Vernetzungsarbeit, Beratungstätigkeit für alle Menschen, die im

Zusammenhang mit Sterben, Tod und Trauer Fragen haben oder Orientierung wünschen, Öffentlichkeitsarbeit.

Die sorgfältige Vorbereitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter/Innen, die intensive Begleitung der Begleiter/Innen und ihre fortlaufende Weiterbildung sowie die Dokumentation ihrer Arbeit dient der Qualitätssicherung. Die Begleiter und Begleiterinnen halten den zeitlichen Umfang ihrer Einsätze, die Art der Tätigkeiten, Problemsituationen und positive Erfahrungen schriftlich fest.

Ambulante Hospizdienste leisten neben der Sterbe- und Trauerbegleitung auch Öffentlichkeitsarbeit. Durch Gesprächsangebote, Vorträge und Pressearbeit fördern sie die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer. Sie leisten damit einen Beitrag, diese Themen aus der Tabuzone herauszuholen. Ziel ist, dass Sterben von immer mehr Menschen in unserer Gesellschaft als Teil des Lebens angenommen wird und nicht als vermeidbarer Betriebsunfall angesehen wird.

6.2 Grundprinzipien der stationären Hospizarbeit

Ein Hospiz stellt eine Heimstatt für sterbenskranke Menschen dar, die aus pflegerischen oder sozialen Gründen nicht zu Hause bleiben können und deren letzte Lebensphase so würdig wie möglich gestaltet werden soll.

Das Hospizkonzept sieht vor, den Sterbenden unter Einbeziehung der Angehörigen und Freunde bei ihren Leiden eine selbstverständliche und liebevolle Unterstützung zu geben – in körperlicher, psychosozialer und spiritueller Hinsicht. Das Hospiz soll den Menschen an der Grenze ihres Daseins ein Ort des Lebens sein.

Die Begleiter/Innen betrachten den sterbenden Menschen als die „Autorität“ im Behandlungsplan. Sie gehen konsequent auf seine persönlichen Bedürfnisse ein. Der sterbende Mensch allein legt die Prioritäten seiner letzten Lebenstage fest, die in der

- Schmerz- und Beschwerdelinderung,
- der Reduktion von Angst vor dem Tod,

- der Regelung letzter Dinge (z. B. Abfassung des Testamentes)
- liebevollen Pflege und psychischen Betreuung,
- Möglichkeit des Abschiednehmens

bestehen können.

Sterbende haben häufig den Wunsch, bis zuletzt in vertrauter häuslicher Umgebung zu leben. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist ein wichtiges Anliegen in der begleitenden Arbeit. Eine Aufnahme in das stationäre Hospiz erfolgt nur dann, wenn eine ambulante Begleitung im eigenen Haushalt der Familie nicht mehr möglich ist.

Eine professionelle Bezugspflege steht im Mittelpunkt der Bemühungen und Unterstützungen. Damit treten intensive medizinische Diagnostik und ärztliche Therapie hinter der Pflege zurück und dienen in erster Linie der palliativen Versorgung bzw. der Symptomkontrolle. Die Palliativversorgung ist interdisziplinär ausgerichtet, ohne eine indikationsgruppenspezifische Schwerpunktsetzung. Sie wird weder lebensverlängernd noch -verkürzend eingesetzt.

Angehörige und Freunde, die genauso wie der/die Betroffene selbst zu den Zielgruppen des Hospiz-Teams zählen, sollen sowohl während des Sterbeprozesses als auch über den Tod hinaus begleitet werden. Ihnen gilt die gleiche Aufmerksamkeit, wie dem/der Sterbenden und es wird dafür gesorgt, dass vertraute Personen jederzeit für ihn erreichbar sind.

6.2.1 Leistungsspektrum

6.2.1.1 Stationäre Hospizarbeit

Das Hospiz gewährleistet eine ganzheitlich pflegerische, medizinische, psychologische, soziale und seelsorgerische Begleitung Sterbender. Die persönlichen Wünsche und individuellen Bedürfnisse des sterbenden Menschen stehen dabei im Mittelpunkt. Niemand wird

gegen seinen Willen in das Hospiz aufgenommen. Eine gute und intensive Kooperation zur ambulanten Hospizarbeit ist unerlässlich.

Aufnahmekriterien:

Als vorrangiges Ziel soll den Sterbenden trotz einer schweren Krankheit ein Verbleiben in der eigenen Wohnung ermöglicht werden. Danach haben ambulante und teilstationäre Angebote Vorrang vor der vollstationären Aufnahme in ein Hospiz.

Wichtigstes Aufnahmekriterium ist eine Krankheit (z. B. Krebs, AIDS, neurologische und Stoffwechselerkrankungen), die voraussichtlich in absehbarer Zeit zum Tode führen wird und aus medizinischer Sicht keine Aussicht auf Heilung besteht.

Das medizinisch Machbare ist bei diesen Patienten/Innen bereits ausgeschöpft, so dass lediglich die Palliativmedizin (u. a. Schmerztherapie bzw. Linderung von Begleitsymptomen) eingesetzt wird, um dem/der Sterbenden Linderung zu verschaffen.

6.2.1.2 Linderung von Schmerzen oder Begleitscheinungen

Schmerzen verlieren bei vielen Erkrankungen (z. B. Krebs) ihre Warnfunktion, so dass sie in diesen Fällen in erster Linie als psychischer Belastungsfaktor angesehen werden können. Pflegende Angehörige und Patienten/Innen stehen diesen Schmerzen, die auch die Teilnahme an der Umwelt und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte belasten, häufig hilflos gegenüber, so dass in diesen Fällen eine medizinische Intervention durch moderne Verfahren der Schmerztherapie indiziert ist. Dabei soll der sterbende Mensch seine Kommunikations- und Konzentrationsfähigkeit voll erhalten, jedoch sollen seine Schmerzen durch gezielte Medikation physisch gelindert oder gar völlig ausgeschaltet werden.

Der/die Sterbende gewinnt dadurch an Lebensqualität.

In erster Linie behandeln die vertrauten Ärzte/Innen aus dem niedergelassenen Versorgungsbereich, die die Behandlung des/der Patienten/In begonnen haben, diesen auch weiter.

Sollte der/die niedergelassene Arzt/Ärztin allerdings eine kollegiale, konsiliarärztliche Unterstützung benötigen, so kann dies beispielsweise auch von in der Schmerztherapie erfahrenen Ärzten/Innen anästhesiologischer oder intensivmedizinischer Abteilungen der mit dem Hospiz kooperierenden Krankenhäuser sichergestellt werden.

Neben den Schmerzen können auch andere begleitende Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Verdauungsstörungen, Atemnot und Allergien die psychischen und seelischen Wahrnehmungen des/der Sterbenden und damit seine sozialen Kontakte belasten. In enger Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und kooperierenden Krankenhausärzten/Innen können die belastenden Symptome gelindert werden.

6.2.1.3 Begleitung, Beratung und Unterstützung

Das Konzept eines Hospizes sieht nicht allein die Pflege und Begleitung der sterbenden Menschen vor, sondern richtet sich auch ganz gezielt an Angehörige und Freunde der Schwerkranken und Sterbenden.

Es ist eine wichtige Funktion der Hospizarbeit, den Nahestehenden eine Unterstützung im Prozess des Abschiednehmens und Trauerns anzubieten.

Um eine Verdrängung bzw. Überspielung von Abschiedsschmerz zu verhindern, benötigen Angehörige und Freunde einfühlsame und ehrliche Gespräche mit dem Ziel, den Prozess des Abschiednehmens zu wagen, den erlebten Verlust eines vertrauten Menschen zu bearbeiten und die Trauer zulassen zu können.

Hier spielen Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle.

Eine religiös-spirituelle Begleitung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizes ermöglicht es Sterbenden – jeder Religions- und Glaubensgemeinschaft – Fragen nach dem Sinn des Lebens zu reflektieren, auf das eigene Leben zurückzublicken, nach einer Hoffnung zu suchen, die trägt, Trost zu finden.

Viele Menschen, die erfahren müssen, dass sie bald sterben werden, reagieren sehr betroffen, teilweise depressiv oder auch aggressiv auf diese Nachricht. Betroffene, deren Angehörige und Freunde benötigen

Unterstützung und Beratung, um mit der neuen Situation fertig zu werden. Auch hier soll eine enge Verknüpfung mit den begleitenden Menschen des/der Bewohners/In bzw. mit den ambulanten Hospizdiensten erfolgen.

6.2.2 Ausstattung und Struktur für das Hospiz

6.2.2.1 Räumliche und sachliche Ausstattung

Das Hospiz zeichnet sich durch seinen wohnlichen Charakter aus. Es unterscheidet sich daher von Krankenhäusern und den üblichen Pflegeheimen.

Das Hospiz sollte über einen Garten und Gästezimmer für Angehörige der Bewohner/Innen verfügen.

6.2.2.2 Personelle Ausstattung

Die stationäre Hospizarbeit erfordert ein interdisziplinäres Team, in dem umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der pflegerischen, psychosozialen, seelisch-spirituellen und medizinischen Dimensionen vorhanden sind. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten eng im Team zusammen.

Die Kommunikation zwischen den Teammitgliedern hat insbesondere im Hospiz einen hohen Stellenwert, denn das Erfüllen der Bedürfnisse und Wünsche der Sterbenden unter dem Gesichtspunkt der Ganzheitlichkeit sollte für das Team das wichtigste Gebot sein.

Gleichwohl werden die Teammitglieder durch ihren Dienst psychisch stark belastet. Aus diesem Grunde ist es wichtig, dass sie sich in der Hospiz-Gemeinschaft angenommen und getragen fühlen und ihre Erfahrungen in gemeinsamen Supervisionen reflektieren können.

**Beispiel für die personelle Ausstattung - Haus Hannah Emsdetten
8 Plätze:**

<u>Anzahl Vollkräfte</u>	<u>Berufsgruppe</u>
8 Stellen	Krankenschwestern/-pfleger davon : 1,00 erfahrene Hospizleitung mit abgeschlossener Palliative-Care-Weiterbildung
0,5 Stelle	Sozialer Dienst
0,5 Stelle	Leitungskraft

Das Team des Hospizes arbeitet eng mit ehrenamtlichen und professionellen Diensten zusammen. Die ehrenamtlich Tätigen werden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizes sorgfältig auf ihre Aufgabe vorbereitet und engagieren sich jeweils nach ihren individuellen Fähigkeiten und Interessen. Um eine Kontinuität der Arbeit zu gewährleisten, sollte ein wöchentlicher Mindesteinsatz von zwei Stunden erreicht werden; jedoch sollte er regelmäßig vier Stunden nicht überschreiten.

6.2.2.3 Kooperation

Das Hospiz darf nicht isoliert von dem regionalen Gesundheits- und Sozialsystem betrachtet werden, in dem es sich befindet, vielmehr erfolgt eine enge Kooperation mit den vor Ort vorhandenen Diensten und Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Individuell geht es jeweils darum, dem sterbenden Menschen nach seinen Wünschen und Möglichkeiten die zu dem jeweiligen Zeitpunkt notwendige und angemessene Versorgung zuteil werden zu lassen.

6.3 Palliativmedizin

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliativmedizin wie folgt:

Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der

Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.

Die Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entspricht im Wesentlichen der Definition der Weltgesundheitsorganisation:

Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.

Palliativmedizin soll sich nicht nur auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in früheren Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar.

Die palliativen Behandlungsmöglichkeiten beschränken sich nicht nur auf bösartige Erkrankungen, sondern schließen viele Patienten/Innen mit chronischen Leiden und Behinderungen (z. B. neurologische Erkrankungen, AIDS) mit ein.

Die Palliativmedizin ist in einigen Ländern schon längst ein eigenes Fachgebiet mit entsprechenden universitären Lehrstühlen. Im Jahre 1975 entstand am Royal-Victoria-Hospital in Montreal die erste Palliativstation, die erste Palliativstation in Deutschland entstand 1983 in Köln.

Hospize und Palliativstationen haben gemeinsame Ziele, aber unterschiedliche Versorgungsaufträge. Die Aufnahme auf einer Palliativstation ist nur möglich, wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Im Gegensatz dazu werden Patienten/Innen in Hospizen betreut, bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich und eine ambulante Behandlung nicht möglich ist.

In Deutschland versorgen zz. ca. 80 Palliativstationen und 100 Hospize rd. 115.000 Patienten/Innen pro Jahr, die durchschnittliche Verweildauer beträgt 13 Tage.

Der Bedarf an Palliativbetten wird von Fachleuten und Fachorganisationen auf 30 Betten pro 1 Mio. Einwohner/Innen und an Hospizbetten auf 20 Betten pro 1 Mio. Einwohner/Innen geschätzt. Krankenkassen und Ministerien halten 15 Betten pro 1 Mio. Einwohner/Innen für bedarfsgerecht, wobei die Kapazitäten ambulanter und stationärer Hospize zu berücksichtigen sind. In Deutschland sind ca. 17 Betten pro 1 Mio. Einwohner/Innen vorhanden, also eine deutliche Unterversorgung.

Die Palliativmedizin arbeitet in einem multidisziplinären Team, zu dem neben Pflegepersonal und Ärzten/Innen auch Sozialarbeiter/Innen, Psychologen/Innen, Seelsorger/Innen, Psychotherapeuten/Innen und Krankengymnasten/Innen gehören. Neben den hauptamtlich tätigen Mitarbeitern/Innen ist die Integration ehrenamtlicher Mitarbeiter/Innen wichtig.

Palliativstationen sollten eigenständige Stationen sein, eine Größe zwischen 8 und 12 Betten haben, sowie je zur Hälfte über Ein- und Zweibettzimmer verfügen. Eine wohnliche Gestaltung der Räumlichkeiten ist notwendig, zudem sind Räumlichkeiten für Angehörige vorzuhalten. Sie werden durch die Funktionsräume der Station ergänzt. Das behandelnde und betreuende Personal sollte ausschließlich für die Patienten/Innen der Palliativstation zuständig sein und sich zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit verpflichten.

Unterschieden wird zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Organisationsformen/Einrichtungen. Eine nichtstationäre Möglichkeit sind sog. Palliativ-Care-Teams, die vor Ort in Absprache mit Hausärzten/Innen und Sozialdiensten die palliative Versorgung übernehmen. So könnten bis zu 70 % der Patienten/Innen in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden.

In der sog. Rehabilitationsphase ist es Aufgabe der Palliativmedizin, neben der Schmerztherapie und Symptomkontrolle die Wiederherstellung

bzw. den Erhalt der Selbständigkeit und der körperlichen/geistigen Leistungsfähigkeit in den alltagspraktischen Verrichtungen zu erreichen. In der Finalphase ist es Aufgabe, ein schmerzfreies, möglichst angstfreies und würdevolles Sterben zu ermöglichen.

Die Lebensqualität einschränkende Symptome sind häufig Schmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung, Luftnot, neurologische Störungen, Depressionen sowie infizierte und entstellende Tumore.

Am Beispiel der Palliativstation des Lukas-Krankenhauses in Bünde ergeben sich folgende statistische Daten:

- Patientenalter:	38 – 95 Jahre
- Durchschnittsalter:	64 Jahre
- Verweildauer im Durchschnitt:	11 Tage
- nach Hause entlassen:	55 %
- auf der Station verstorben:	45 %

7. Finanzielle Rahmenbedingungen

7.1 Finanzierung ambulanter Hospizarbeit

Ambulante Hospizdienste finanzieren ihre Arbeit vorwiegend durch Spenden, Sponsorengelder und Mitgliedsbeiträge.

Der Kreis Steinfurt gewährt seit 2002 eine finanzielle Förderung, die für Fortbildungsveranstaltungen und die Durchführung von Kreishospiztagen zur Verfügung gestellt wird.

Eine Förderung durch die Krankenkassen erfolgte erstmalig im Jahre 2002 gem. § 39a SGB V und wird gewährt als Personalkostenzuschuss für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlichen Mitarbeit; für die Vernetzung mit weiteren im

Gesundheitsbereich relevanten Personen und Institutionen sowie für die palliativ pflegerische Beratung.

Gefördert werden ambulante Hospizdienste, die die in den Rahmenvereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllen. Die Förderung erfolgt als Zuschuss zu den Personalkosten der Fachkraft. Da die Förderkriterien von etlichen ambulanten Hospizdiensten im Kreis Steinfurt noch nicht erfüllt werden, kommt noch längst nicht allen Diensten diese Förderung zugute.

7.2 Finanzierung stationärer Hospize

Für Patienten/Innen, die im stationären Hospiz als Hausgäste aufgenommen werden möchten, gilt folgende Regelung:

- der Patient leidet an einer unheilbaren Erkrankung, die in den nächsten Wochen und Monaten zum Versterben führen wird,
- eine Krankenhausbehandlung ist nicht mehr notwendig,
- die ambulante Versorgung kann nicht mehr gewährleistet werden und ist nicht ausreichend
- eine palliativ-medizinische-pflegerische Versorgung ist notwendig,

Die Krankenkasse entscheidet auf Grund dieser Kriterien über die Hospizbedürftigkeit des betreffenden Menschen und genehmigt die Aufnahme ins Hospiz.

Die aufgenommenen Hausgäste erhalten nach § 39 a SGB V dann einen Zuschuss der Krankenkassen. In der Rahmenvereinbarung ist geregelt, dass als Leistungen des Hospizes neben Unterkunft und Verpflegung auch palliativmedizinische, palliativpflegerische und psychosoziale Betreuung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung von den Krankenkassen mitfinanziert werden. Die Vergütung erfolgt in Form eines tagesbezogenen Bedarfssatzes.

Bei Pflegebedürftigkeit von stationären Hospizpatienten/Innen im Sinne des SGB XI (Pflegeversicherung) werden die Aufwendungen für Pflege und soziale Betreuung sowie die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege von der Pflegeversicherung entsprechend der Pflegestufe übernommen.

Generell gilt, dass stationäre Hospizleistungen durch die gesetzliche Pflegeversicherung und Krankenversicherung mitfinanziert, sowie durch eine 10%ige Eigenleistungen (u. a. Spenden) des Trägers und eine Eigenbeteiligung durch den betroffenen Hausgast ergänzt werden.

8. Patientenwillen, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Bei einwilligungsfähigen Patienten/Innen hat der/die behandelnde Arzt/Ärztin den aktuell geäußerten Willen des betroffenen Menschen zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit der aus ärztlicher Sicht gebotenen Behandlung deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten/Innen ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters maßgeblich. Diese sind gehalten, zum Wohl des betroffenen Menschen zu entscheiden.

Liegen keine Erklärungen vor, so hat der/die Arzt/Ärztin so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des/der Patienten/In in der konkreten Situation entspricht.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des betroffenen Menschen nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so handelt der/die Arzt/Ärztin im Interesse des Menschen, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.

Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des/der Arztes/Ärztin.

Patientenverfügungen sind verbindlich, soweit sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der betroffene Mensch sie nicht mehr gelten lassen würde. Es muss stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung

erwägen lässt, auch für die aktuelle Situation gelten soll. Bei der Entscheidungsfindung sollte der/die behandelnde Arzt/Ärztin daran denken, dass solche Willensäußerungen zumeist in gesunden Tagen verfasst werden und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst. Die Patientenverfügung bedarf keiner besonderen Form, sollte aber in der Regel schriftlich abgefasst sein.

Im Wege der Vorsorgevollmacht kann ein/e Bevollmächtigte/r auch für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, deren Unterlassung oder Beendigung bestellt werden. Bei Behandlung mit hohem Risiko für Leben und Gesundheit bedarf diese Einwilligung der Schriftform und muss sich ausdrücklich auf eine solche Behandlung beziehen. Die Einwilligung des/der Betreuers/In oder Bevollmächtigten in eine „das Leben gefährdende Behandlung“ bedarf der Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes. Nach der Rechtsprechung ist davon auszugehen, dass dieses auch für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase gilt.

Betreuungsverfügungen können Empfehlungen und Wünsche zur Wahl des/der Betreuers/In und zur Ausführung der Betreuung enthalten. Sie werden vom Gericht kontrolliert, das zuständige Amtsgericht und der/die Betreuer/In müssen die dort festgelegten Bestimmungen berücksichtigen.

9. Stand der Hospizinfrastruktur im Kreis Steinfurt

Es erfolgt nun die Auflistung der vorhandenen Hospiz-Infrastruktur im Kreis Steinfurt. Dabei können nicht alle Einrichtungen und Dienste benannt werden, die sterbende Menschen unterstützen, das würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen und die Profile der Hospizarbeit nicht deutlich herausheben. Deshalb werden im Rahmen dieses Berichtes nur diejenigen Dienste und Einrichtungen aufgelistet, die primär sterbende Menschen begleiten, behandeln und betreuen. In diesem Zusammenhang erfolgt jedoch der Hinweis, dass die vorhandenen Pflegedienste und Sozialstationen sterbende Menschen unterstützen.

9.1 Ambulante Dienste

Name	Malteser Hospizgruppe Greven	
Adresse	Up`n Nien Esch 15 48268 Greven	
Ansprechpartner/in	Agnes Lanfer	
Telefon	02571/7534	
Fax	02571/54749	
Internet	info@malteser-greven.de www.malteser-greven.de	
Träger	Malteser	
Gründungsjahr	1998	
lokale Zuständigkeit	Greven und angrenzende Ortschaften	
Mitglieder / Mitarbeiter	aktiv	
	passiv	
	ehrenamtlich	16
	hauptamtlich	
Bürozeiten	Mo. – Fr. 8.00 – 12.00 Uhr	
Erreichbarkeit	Mo. – So., 24 Stunden	
Anzahl der Begleitungen (Sterbe- und Trauerbegleitungen)	22	
Fortbildung	Vorbereitungskurse für ehrenamtliche Hospizhelfer/innen	
Besonderheiten	Offene Trauergruppe jeden 2. Montag im Monat Sitzwachen für das Maria-Josef-Hospital, Greven	

Name	Ambulanter Hospizdienst des Caritasverbandes Emsdetten-Greven e.V.	
Adresse	Alte Lindenstr. 27 48268 Greven	
Ansprechpartner/-in	Michael Hellrung	
Telefon	02571/800999	
Fax	02571/800922	
Internet	Caritas-emsdetten-greven@t-online.de www.caritas.de	
Träger	Caritasverband für das Dekanat Emsdetten-Greven e. V.	
Gründungsjahr	1997	
lokale Zuständigkeit	Emsdetten, Greven, Saerbeck	
Mitglieder / Mitarbeiter	aktiv	
	passiv	
	ehrenamtlich	16
	hauptamtlich	1
Bürozeiten	Mo. – Fr. 9.00 – 16.00 Uhr	
Erreichbarkeit	Mo. – So., 24 Stunden	
Anzahl der Begleitungen (Sterbe- und Trauerbegleitungen)	19	
Fortbildung	Vorbereitungskurse für ehrenamtliche Hospizhelfer/innen Supervision für Ehrenamtliche Hospizgruppenwochenende Fortbildungsangebote zu unterschiedlichen Themen in Kooperation mit VHS Emsdetten-Greven und haus hannah	
Besonderheiten	selbst entwickelte Konzeption Beratung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer Trauerkreis jeden letzten Montag im Monat Anlaufstelle für Trauernde am 1. und 3. Montag im Monat in Greven und am 2. und 4. Montag in Emsdetten	

Name	Hospizverein Ochtrup e.V.	
Adresse	Kneipstr. 5 48607 Ochtrup	
Ansprechpartner/-in	Renate Weißling - Lödde	
Telefon	02553/4958	
Fax		
Internet		
Träger	Hospizverein Ochtrup e.V.	
Gründungsjahr	2001	
lokale Zuständigkeit	Ochtrup, Metelen	
Mitglieder / Mitarbeiter	aktiv	20
	passiv	63
	ehrenamtlich	
	hauptamtlich	
Bürozeiten		
Erreichbarkeit		
Anzahl der Begleitungen (Sterbe- und Trauerbegleitungen)	18	
Fortbildung	Vorbereitungskurse für ehrenamtliche Hospizhelfer/innen Supervision für Ehrenamtliche	
Besonderheiten		

Name	Ökumenisches ambulantes Hospiz	
Adresse	Lingenerstr. 11 48429 Rheine	
Ansprechpartner/-in	Sr. Bernwarda Vertretung Sr. Marlies Dudeck	
Telefon	05971/862347 05978/200 (Frau Dudeck)	
Fax	05971/862310 Handy: 0172/5310091	
Internet		
Träger	Caritasverband Rheine e.V. Diakonisches Werk im Kirchenkreis Tecklenburg e.V.	
Gründungsjahr	1994	
lokale Zuständigkeit	Rheine mit Mesum, Hauenhorst, Elte, Neuenkirchen und Wettringen	
Mitglieder / Mitarbeiter	aktiv	24
	passiv	10
	ehrenamtlich	32
	hauptamtlich	1
Bürozeiten	Mo. – Fr. 8.00 – 12.00 Uhr	
Erreichbarkeit		
Anzahl der Begleitungen (Sterbe- und Trauerbegleitungen)	69	
Fortbildung	Vorbereitungskurse für ehrenamtliche Hospizhelfer/innen Monatliches Treffen zur Information und zum Erfahrungsaustausch Fortbildungsangebote Seminarwochenende	
Besonderheiten	Trauercafe (in Planung) Hausbetreuungsdienst	

Name	Hospiz-Initiative Steinfurt e.V.	
Adresse	Brandenburger Str. 14 48545 Steinfurt	
Ansprechpartner/-in	Josefa Sibler	
Telefon	02552/2112	
Fax		
Internet	webmaster@hospiz-initiative-steinfurt.de www.hospiz-initiative-steinfurt.de	
Organisationsform	Eingetragener Verein	
Träger	Hospiz-Initiative Steinfurt e.V.	
Gründungsjahr	1998	
lokale Zuständigkeit	Steinfurt, Altenberge, Laer, Horstmar, Leer	
Mitglieder / Mitarbeiter	aktiv	25
	passiv	40
	ehrenamtlich	
	hauptamtlich	
	nebenamtlich	1
Bürozeiten	Donnerstag 10 – 12 Uhr Marienhospital Steinfurt	
Erreichbarkeit	Tel. 02552/791156 - täglich	
Anzahl der Begleitungen (Sterbe- und Trauerbegleitungen)	10 - 15	
Fortbildung	Vorbereitungskurse für ehrenamtliche Hospizhelfer/innen Monatliche Treffen mit thematischen Schwerpunkten Regelmäßige Begleitung der Helferinnen durch eine Fachkraft Wochenendveranstaltungen	
Besonderheiten	Kooperation mit dem Marienhospital, Steinfurt Ausgebildete Trauerbegleiterin Sommerfest, Weihnachtsfeier	

Name	Hospizverein Region Lengerich e.V.	
Adresse	Kienebrinkstr. 16 49525 Lengerich	
Ansprechpartner/-in	Dr. Roswitha Apelt	
Telefon	05481-126363	
Fax		
Internet	www.Hospiz-Lengerich.de	
Träger	Hospiz-Verein Region Lengerich e.V.	
Gründungsjahr	1996	
lokale Zuständigkeit	Lengerich und umliegende Gemeinden: Lienen, Ladbergen, Tecklenburg, Lotte	
Mitglieder / Mitarbeiter	aktiv	81
	passiv	104
	ehrenamtlich	
	hauptamtlich	
	nebenamtlich	
Bürozeiten	keine	
Erreichbarkeit	telefonisch: mit Umleitung zum Handy oder über die Vorsitzende: 05481-81090 oder 81900	
Anzahl der Begleitungen (Sterbe- und Trauerbegleitungen)	45	
Fortbildung	zertifizierte Vorbereitungskurse für ehren- amtliche Hospizhelfer/innen und Menschen, die beruflich mit Sterbenden zu tun haben (120 Stunden) monatliche Supervision für die aktiven Mitglie- der jährliches Fortbildungswochenende für aktive Mitglieder zu unterschiedlichen Themen	
Besonderheiten	Durchführung von Seminaren in stationären Einrichtungen Aufbau eines Trauercafes	

Name	Hospizverein Ibbenbüren e.V.	
Adresse	Große Straße 37 49477 Ibbenbüren	
Ansprechpartner/-in	Dr. Josef Goeke	
Telefon	05451 / 972214	
Fax	05451 / 937663	
Internet	Hospiz-ibbenbueren@gmx.de www.hospiz-ibbenbueren.de	
Träger	Hospizverein Ibbenbüren e.V.	
Gründungsjahr	1996	
lokale Zuständigkeit	Ibbenbüren, Hörstel, Hopsten, Mettingen, Recke	
Mitglieder / Mitarbeiter	aktiv	39
	passiv	89
	ehrenamtlich	
	hauptamtlich	
	nebenamtlich	
Bürozeiten	Mo. 16.00 – 18.00 Uhr; Mi. 9.00 – 11.00 Uhr	
Erreichbarkeit	Mo. – Fr. 10.00 – 18.00 Uhr	
Anzahl der Begleitungen (Sterbe- und Trauerbegleitungen)	26	
Fortbildung	monatliche Treffen der Schwerstkrankenbe- gleiter/Innen, berufsbegleitende Weiterbildung zur/zum Trauerbegleiter/In Vorbereitungskurse für ehrenamtliche Hospizhelfer/innen Seminarangebote und Vorträge zu unter- schiedlichen Themen Märchenarbeit	
Besonderheiten	Hospizzeitung	

Name	„Regenbogen“ Hospizgruppe der Malteser, Emsdetten	
Adresse	Amtmann-Schipper-Str. 99 48282 Emsdetten	
Ansprechpartner/-in	Margarete Heitkönig-Wilp (über Hospiz Haus Hannah) Karlstr. 5 – 11, 48282 Emsdetten	
Telefon	02572 / 951070	
Fax	02572 / 9510710	
Internet	margarete-heitkoenig-wilp@stiftung-st-josef.de	
Träger	Malteser Emsdetten seit 1999	
Gründungsjahr	1989 in der Herz-Jesu-Gemeinde Emsdetten	
lokale Zuständigkeit	Emsdetten	
Mitglieder / Mitarbeiter	aktiv	10
	passiv	
	ehrenamtlich	10
	hauptamtlich	
	nebenamtlich	
Bürozeiten	keine, nach telefonischer Absprache	
Erreichbarkeit	Hospiz Haus Hannah Karlstr. 5 – 11, 48282 Emsdetten - durchgehend -	
Anzahl der Begleitungen (Sterbe- und Trauerbegleitungen)	Sterbebegleitung (Langzeit):	7
	Trauerbegleitung:	19
Fortbildung	Gemeinsame Ausbildung zu Trauerbegleiter Gruppe 2002	
Besonderheiten	ab 2003 Einrichtung des Trauercafes („T-Cafe“) im „Buntstift“ (Nähe Rathaus) jeweils am letzten Sonntag im Monat von 15.30 – 17.30 Uhr	

9.2 Stationäres Hospiz

Hospiz „Haus Hannah“

Karlstr. 5 - 11, 48282 Emsdetten

Tel. 02572/951070 – Telefax 02572/9510710

E-Mail: haus.hannah@stiftung-st-josef.de

Kontakt: Frau M. Heitkönig-Wilp

Träger: Stiftung St. Josef

Bettenzahl: 8 Betten, 8 Einzelzimmer, Unterbringungsmöglichkeiten für Begleitpersonen vorhanden

9.3 Fachärzte für Anästhesiologie mit dem kassenärztlichen

Genehmigungsgebiet ‚Ambulante Schmerztherapie‘

Name	Krankenhaus	Anschrift
Dr. med. Rolf Heuler	Mathias-Spital	Frankenburgerstr. 31 48431 Rheine
Dr. med. Peter Koetteritz	-	Neumarkt 15 49477 Ibbenbüren
Dr. med. (YU) Nenad Matinovic	Jakobi- Krankenhaus	Hörstkamp 12 48431 Rheine
Dr. med. Dieter Scholtyssek	Marienhospital	Marienstr. 45 48282 Emsdetten
Dr. med. Ulrich Ruta	Marienhospital Steinfurt	Mauritiusstr. 6 48565 Steinfurt

In diesem Fachgebiet sind mehrere Ärzte/Innen im Kreis Steinfurt qualifiziert und praktizieren auch, jedoch haben sie die dafür notwendige Fortbildung nicht abgeschlossen.

9.4 Vernetzung und Strukturen der Hospizarbeit

Alle Hospizeinrichtungen im Kreis Steinfurt haben sich im „Netzwerk Hospiz im Kreis Steinfurt“ zusammengeschlossen: die zehn ambulanten Hospizdienste, drei Hospizgruppen, die ausschließlich in einem Altenheim arbeiten und das stationäre Hospiz „Haus Hannah“. Vertreter/Innen dieser Dienste und Einrichtungen treffen sich alle zwei Monate. Ihre Arbeit wird unterstützt vom Katholischen Bildungswerk im Kreis Steinfurt und von Westfalen ALPHA, der Ansprechstelle im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung mit Sitz in Münster.

Anschriften und Ansprechpartner/Innen ergeben sich aus der folgenden Tabelle:

Organisation	Kontaktperson	Anschrift	Telefon/ Fax	E-mail-Adresse
Malteser Regenbogen Gruppe Emsdetten	Margaret Heitkönig-Wilp und Hedi Große Burlage	Am Markt 2 - 4 48282 Emsdetten Langestr. 7 48282 Emsdetten	02572/140 02572/7703	margarete.heitkoenig-wilp@stiftung-st-josef.de
Stationäres Hospiz „Haus Hannah“	Margaret Heitkönig-Wilp	Karlstr. 5-11 48282 Emsdetten	02572/951070	margarete.heitkoenig-wilp@stiftung-st-josef.de
CV Dekanat Emsdetten/ Greven	Michael Hellrung	Bachstr. 15 48282 Emsdetten	02572/1570 02572/1574	
Matthias-Claudius-Haus	Rita van Lessen	Moorweg 18 48268 Greven		
Malteser Hospizgruppe Greven	Agnes Lanfer	Greven Str. 21 48268 Greven-Gimbte	02571/4660	hospizgruppe@malteser-greven.de
Hospiz Ibbenbüren e.V. Hospiz Büro	Vors. Dr.med. Goecke Anne Bitter	Große Straße 47 49477 Ibbenbüren	05451/972214 05451/937633	
Hospiz Ibbenbüren e. V.	Mitarb.: Gabriele Eggert	Holtkamp 54 48477 Hörstel	05459/6990	
Hospiz-Verein Region Lengerich e.V.	Margarete Steinmann	Ibbenbürener Str.9 49504 Lotte	05404/5264	
Hospizverein Ochtrup e.V.	Renate Weißling-Lödde <u>1. Vorsitzende</u>	Kneippstr. 5 48607 Ochtrup	02553/4958	
	<u>Thekla Holtmann</u>	Buchenstr. 25 48607 Ochtrup	02553/4254	
	Angela Arning	Lautstr. 7 48607 Ochtrup	02553/2160	
Oekumenisches Ambulantes Hospiz Rheine	Sr. Bernwarda <u>Kreienbaum und</u> Sr. Marlies Dudeck	Lingener Str. 11 48429 Rheine Brucktererweg 10 48477 Hörstel	05971/862347 <u>H:01725310091</u> 05978/ 200	HDudeck@-online.de
Seniorenzentrum am See	Bettina Rudolph	Am Badeseesee 50 48369 Saerbeck	02574/9260	
Hospiz-Initiative Steinfurt	Josefa Sibler	Brandenburger Str. 14 48565 Steinfurt	02552/2112	jw-sibler@t-online.de
Katholisches Bildungswerk im Kreis Steinfurt	Dr. Manfred Koers	Europaring 1 48565 Steinfurt	02551/1420 02551/14211	kbw-steinfurt@bistum-muenster.de
Alpha Westfalen	Gerlinde Dingerkus	Salzburgweg 1 48145 Münster	0251/230848 0251/236576	alpha@muenster.de

Aufgaben und Ziele des „Netzwerkes Hospiz im Kreis Steinfurt“:

- Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Einrichtungen
- Förderung der Kooperation zwischen den Diensten und Einrichtungen auf Kreisebene
- Vorbereitung und Durchführung der Kreishospiztages, der alle zwei Jahre stattfindet
- Öffentlichkeitsarbeit

ALPHA, Ansprechstelle im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

ALPHA-Westfalen, Salzburgweg 1, 48145 Münster – Tel. 0251/230848

Aufgaben von ALPHA:

- Gesamtkoordination der vielfältigen Aktivitäten und Entwicklungen im Hospiz-Bereich in NRW
- Beratung der mit der Hospizarbeit befassten Institutionen, Einrichtungen und Initiativen auf kommunaler und Landesebene beim Auf- bzw. Ausbau sowie der Weiterentwicklung der Hospiz-Infrastruktur

Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz (LAG)

Hospiz-Arbeitsgemeinschaft in NRW e. V.

Pfarrer Hans Overkämping, Hagemer Kirchweg 16, 45711 Datteln

Tel. 02363/62106

Viele Hospizeinrichtungen und Hospizdienste in NRW haben sich in der „Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz in Nordrhein-Westfalen“ zusammengeschlossen. Die LAG nimmt Aufgaben ihrer Mitglieder wahr, die die Möglichkeiten der einzelnen Einrichtungen übertreffen.

Aufgaben und Ziele der LAG Hospiz:

- Mitgliedschaft und Mitarbeit in der BAG Hospiz
- Zusammenarbeit mit Verbänden, Kostenträgern, Körperschaften des öffentlichen Rechts, politischen Gremien
- Öffentlichkeitsarbeit
- Förderung der Kooperation, des Informations- und Erfahrungsaustausches zwischen den Mitgliedern, sowie fachliche Beratung und Begleitung
- Erarbeitung und Abstimmung gemeinsamer Leitgedanken

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG)

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz

Am Weiherhof 23, 52382 Niederzier, <http://www.hospizbewegung.de>

Tel. 02428/802937

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. leistet Lobbyarbeit für mehr als 1.100 ambulante Hospizdienste und rund 100 stationäre Hospizeinrichtungen in Deutschland. Sie vertritt bundesweit die Interessen der Hospizbewegung.

Der ausschließlich ehrenamtlich tätige Vorstand der BAG Hospiz setzt sich aus Ärzten/Innen, Krankenschwestern, -pflegern und Leitern/Innen von stationären Hospizen und von Trauerkontaktstellen, Vorsitzenden ambulanter Hospizdienste und Landesarbeitsgemeinschaften zusammen.

Aufgaben und Ziele der BAG Hospiz:

- Inhaltliche und politische Weiterentwicklung und Verbreitung des Hospizgedankens
- Wahrnehmung nationaler und internationaler Vertretungsaufgaben für ihre Mitglieder gegenüber Politik, Behörden und Verbänden
- Förderung von Kooperation und Koordination der einzelnen Hospizinitiativen und Pflegeeinrichtungen für sterbende Menschen
- Fortbildungs- und Öffentlichkeitsarbeit
- Forschung in allen hospizrelevanten Themenbereichen

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Von-Hompesch-Str. 1,
53123 Bonn – Tel. 0228/6481361

Deutsche Hospiz-Stiftung

Deutsche Hospiz-Stiftung: <http://www.hospiz.de>
Im Defdahl 5 – 10, 44141 Dortmund, Tel. 0231/738073-0,
Fax 0231/7380731

Diakonisches Werk Münster e. V.

Fliednerstr. 15, 48149 Münster, Tel. 0251/8909-0

Caritasverband für die Diözese Münster

Kardinal-von-Galen-Ring 45, 48149 Münster, Tel. 0251/8901-0
Fax 0251/8901-396

10. Fachliche Bewertung der vorhandenen Versorgungsstrukturen

Die aufgelisteten Versorgungsstrukturen zeigen auf, dass im Kreis Steinfurt ein flächendeckendes, gemeindenahes Netzwerk ambulanter Hospizdienste besteht, die verbindlich miteinander kooperieren. Zudem ist es erfreulicherweise gelungen, ein stationäres Hospiz zu etablieren.

Trotz des zunehmenden Ausbaus und der verbesserten Finanzierung von Hospizdiensten und Palliativmedizin in den letzten Jahren muss wegen der soziodemographischen Veränderungen mit einem weiteren steigenden Versorgungsbedarf an medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Diensten gerechnet werden. Begrenzte finanzielle Ressourcen erfordern eine noch effizientere Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern der Hospizarbeit und der Palliativmedizin.

Es ist wichtig, die Bevölkerung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit über ortsnahe Angebote der Hospizdienste zu informieren. Die quantitative Zunahme von alleinstehenden und älter werdenden Menschen in unserer individualisierten und werteppluralistischen Gesellschaft macht eine rechtzeitige Auseinandersetzung mit Krankheit und Sterben erforderlich.

Trotz der relativ guten Versorgungsstrukturen im Kreis Steinfurt sind die Strukturen weiter zu optimieren hinsichtlich der Ausweitung der Angebote sowie der Vernetzung der Hospizeinrichtungen mit den Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung vor Ort.

11. Handlungsempfehlungen

Gesundheitspolitische Zielsetzung dieses Gesundheitsberichtes ist es, die Bevölkerung im Kreis Steinfurt über die vorhandenen Hospizstrukturen zu informieren und zu einer sachlichen Auseinandersetzung des Themas Tod und Sterben beizutragen. Weiter werden konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Hospizversorgungsstrukturen u. a. auch für die verantwortlichen Kosten- und Entscheidungsträger gemacht.

Das Verfahren für die Umsetzung unter Berücksichtigung der Kategorisierung der Empfehlungen wird in den Handlungsempfehlungen konkretisiert. Die mit der Geschäftsführung beauftragte Stelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz übernimmt das Controlling. Adressaten dieses Gesundheitsberichtes sind Kostenträger, Leistungserbringer, politisch Verantwortliche sowie die gesamte Öffentlichkeit. Die wichtigsten Aussagen dieses Berichtes werden im Rahmen einer Pressekonferenz dargestellt und in der Presse veröffentlicht. Der Bericht wird ins Internet gestellt - www.kreis-steinfurt.de -, zudem ist er in gebundener Form zu erhalten.

In den nun folgenden Handlungsempfehlungen werden konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Hospizinfrastruktur im Kreis Steinfurt gemacht.

Kategorie 1

1. Öffentlichkeitsarbeit

Durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit in den Medien, Schulen, Kirchen und Volkshochschulen etc. soll das Thema Sterben und Tod behandelt werden.

Kategorie 1

2. Initiierung von Selbsthilfegruppen

Weitere Initiierung von Selbsthilfegruppen für trauernde und pflegende Angehörige.

Kategorie 1

3. Fortbildung für pflegende Angehörige

Es sollen Fortbildungsangebote für pflegende Angehörige zum Thema Tod und Sterben angeboten werden.

Kategorie 1

4. Fortbildungsangebote für Sozialstationen und Pflegedienste

Der Kreis wird Fortbildungsveranstaltungen mit den Mitarbeiter/Innen der Sozialstationen und Pflegedienste zum Thema Tod und Sterben initiieren.

Kategorie 1

5. Fortbildungsangebote und Qualifizierungsangebote für Ärzte/Innen hinsichtlich Palliativmedizin

In Zusammenarbeit mit den regionalen Ärztevereinen sollen Veranstaltungen zu palliativmedizinischen Themen erfolgen. Eine Zertifizierung und damit Qualifizierung dieser Angebote ist anzustreben.

Kategorie 1

6. Geschlechtsspezifische Datenerhebung

Durchgängige Differenzierung der erhobenen Daten nach Geschlecht.

Kategorie 1 – 3

7. Informationen über die bestehenden Strukturen der Hospizbewegung

Es ist geplant, dass das Netzwerk Hospiz einen Flyer erstellt, zudem wird in Erwägung gezogen, ein Hospizinfo-Telefon zu installieren.

Kategorie 1

Kategorie 2

8. Anpassung der diagnoseorientierten Fallpauschalen

Die neuen diagnoseorientierten Fallpauschalen bilden das Geschehen in der Palliativmedizin nicht sachgerecht ab. Wenn im Krankenhaus schwerkranke Menschen auf hohem Niveau versorgt werden sollen, braucht es eine Sonderregelung für die angemessene Finanzierung dieser Einrichtungen.

Kategorie 2 + 3

9. Vermittlung palliativmedizinischer Kenntnisse in die jeweiligen Ausbildungsordnungen

Die Vermittlung palliativmedizinischer Kenntnisse sollte schon früh in der Ausbildung der Mediziner/Innen einsetzen. Demnach muss die Palliativmedizin als Querschnittsbereich in die Approbationsordnung und als Wahlfach für die abschließende ärztliche Prüfung aufgenommen werden.

Kategorie 2

10. Qualifizierung der Pflegedienste

Pflegefachkräften der Pflegedienste sollen Möglichkeiten und Anreize gegeben werden, sich in der Palliativmedizin zu qualifizieren.

Kategorie 2 + 3

11. Einrichtung von Palliativbetten im Kreis Steinfurt

Im Kreisgebiet gibt es keine Palliativbetten. Zur Verbesserung der Versorgung sind Palliativbetten, angebunden an die vorhandene Krankenhausstruktur im Kreis Steinfurt, sinnvoll.

Kategorie 2 + 3

12. Einrichtung von stationären Hospizbetten

Aufgrund zukünftiger Entwicklungen wird das Hospiz Haus Hannah für den Kreis Steinfurt nicht die gesamte Versorgung übernehmen können, insofern sind weitere Hospizbetten in dezentraler Struktur sinnvoll.

Kategorie 2 + 3

12. Literatur

1. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW, Bielefeld, im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW
Themenspezifische Planungshilfen, Hospize und Sterbebegleitung
Dezember 2001
2. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 01/01
Leistungen des Gesundheitswesens, Sterbebegleitung
Herausgeber: Robert-Koch-Institut
3. Hospiz- und Palliativführer 2003
Verlag Medi Media 2002
4. Student, J. C.: Das Hospiz-Buch
Freiburg: Lambertus 1999