

39/1990
Texte aus der VELKD

„Hospiz-Bewegung“
Ein Arbeitsbericht
für die Generalsynode
der VELKD

20. November 1990
Nr. 39/1990

7. Auflage April 1996

Herausgeber:
Lutherisches Kirchenamt der VELKD, Postfach 51 04 09, D-3000 Hannover 51

Hospiz – ein eigenes Haus für das Sterben?

Vor Jahren noch lehnten Fachkundige aus beiden großen Kirchen die Gründung von „Sterbekliniken“ ab. Es wurde eine Abschiebung und Ghettoisierung der Sterbenden befürchtet. Inzwischen werden trotz dieser Bedenken auch bei uns in der Bundesrepublik Deutschland an mehreren Orten „Hospize“ für Sterbende gegründet. Die Befürworter weisen darauf hin, daß „Hospiz“ etwas anderes ist als Klinik, daß die Verbindung zu den Angehörigen gerade da aufrechterhalten und gestärkt werden soll, wo das noch möglich ist. Das Hospiz sei ein Ort der Begegnung und des Lernens - und für Einsame ein Ort der Gastfreundschaft und der Hilfe auf dem letzten Stück des Lebensweges.

Ob es neben der Klinik, dem Pflegeheim und dem eigenen Zuhause nicht doch auch einen Ort der Sterbebegleitung geben muß, an dem wir lernen, besonders auf die Bedürfnisse sterbender Menschen einzugehen? Was soll denn sonst mit denen geschehen, die kein Zuhause mehr haben und sich im Sterben noch etwas anderes wünschen als perfekte medizinische und pflegerische Versorgung, nämlich menschliche Zuwendung und liebevolle Begleitung auf dem letzten, beschwerlichen Stück des Lebensweges? Und: Ist es nicht ein hoffnungsvolles Zeichen, wenn immer mehr, auch jüngere Menschen, sich dieser Aufgabe annehmen und sie nicht den bewährten Institutionen allein überlassen? Eine Klärung dieser Fragen könnte uns alle aufmerksam machen für das, was Sterbende wirklich brauchen.

Bei der Generalsynode 1988 in Veitshöchheim bei Würzburg befaßte sich eine Arbeitsgruppe mit dem Thema „Hospiz – ein eigenes Haus für das Sterben?“. Wegen der Kürze der Zeit und der kontrovers geführten Debatte konnten damals nur einige wenige vorläufige Bemerkungen zum Thema gemacht werden. Die Arbeitsgruppe stellte deshalb den Antrag, eine Gruppe zu berufen, die sich längerfristig umfassend informiert und bei einer der nächsten Synodaltagungen berichtet und ihre Ergebnisse vorlegt. Die Generalsynode beschloß daraufhin, die Kirchenleitung zu bitten, alsbald eine Arbeitsgruppe zu berufen, die sich mit der Hospiz-Bewegung beschäftigt und auf einer der nächsten Tagungen der Generalsynode über ihre Arbeit berichten soll. Die Kirchenleitung entsprach dieser Bitte bei ihrer Tagung im März 1989 und berief eine Arbeitsgruppe „Hospiz-Bewegung“.

Die Arbeitsgruppe „Hospiz-Bewegung“ kam im Mai 1989 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen und verabredete das weitere Vorgehen.

In sechs Sitzungen von September 1989 bis Mai 1990 befaßte sich die Arbeitsgruppe intensiv mit dem Thema „Hospiz-Bewegung“. Sie nahm die einschlägige Literatur zur Kenntnis; schaute sich Video-Bänder über vorhandene Hospiz-Einrichtungen und Hospiz-Initiativen an; sprach mit Vertretern der bestehenden Einrichtungen der Krankensorge und Sterbebegleitung (Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Sozialstation); lud Vertreter verschiedener Hospizvereine und Hospizinitiativen zum Gespräch ein (aus Stuttgart, München, Bethel und Hannover) und diskutierte ausführlich über das Für und Wider der Einrichtung von Hospizen zur Begleitung Sterbender.

Die Arbeitsgruppe legte das Ergebnis ihrer Überlegungen im Oktober 1990 der Generalsynode vor. Die Generalsynode nahm den Bericht der Arbeitsgruppe mit großem Dank entgegen und beauftragte das Lutherische Kirchenamt mit der Veröffentlichung.

Die Stellungnahme möchte neben Anregungen für den sozialpolitischen Bereich vor allem Hinweise und Hilfen zur Einschätzung der Hospiz-Bewegung im kirchlichen Bereich geben.

Gut wäre es, wenn es durch gemeinsame Anstrengungen gelänge, die Impulse der Hospiz-Bewegung aufzunehmen und in die bestehenden Einrichtungen zu vermitteln. Darüberhinaus wird der Vorschlag gemacht, einzelne Hospize (stationär und/oder ambulant) als Modelleinrichtungen und zur Ergänzung des bisherigen Angebots dort zu fördern, wo freie Träger in christlicher Verantwortung dazu bereit sind.

Insgesamt möchte die Stellungnahme im Nachgang zur 4. Tagung der 7. General-synode der VELKD in Veitshöchheim 1988 dazu beitragen, dem Thema „Seelsorgerliche Begleitung Sterbender“ vermehrte Aufmerksamkeit zu widmen.

Arbeitsgruppe „Hospiz-Bewegung“ Bericht für die Generalsynode der VELKD

In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten sind die Defizite unübersehbar geworden, die bei der Begleitung von Menschen am Ende ihres Lebens bestehen. Eine Reihe von Faktoren trägt dazu bei, daß in der letzten Lebensphase und im Sterben die Menschenwürde gefährdet ist.

Eine der Antworten auf diese Herausforderung ist die Hospiz-Bewegung. Allerdings werden immer wieder Einwände gegen den Weg laut, der von der Hospiz-Bewegung eingeschlagen wird. So war zu prüfen, wo die Verdienste dieser Bewegung liegen, wo kritische Anfragen zu stellen sind und welche praktischen Konsequenzen zu ziehen sind.

Das Fazit lautet: Die Impulse der Hospiz-Bewegung müssen aufgenommen und in die bestehenden Einrichtungen vermittelt werden. Darüberhinaus ist zu überlegen, wie einzelne Hospize (stationär und/oder ambulant) als Modelleinrichtungen und zur Ergänzung des bisherigen Angebots eingerichtet werden können. Dieses Ergebnis wird in den folgenden Abschnitten näher begründet und entfaltet.

I. Was ist die Hospiz-Bewegung?

Die von England (Dr. Cicely Saunders) ausgehende und inzwischen in mehreren Ländern aufgenommene Hospiz-Bewegung wendet sich besonders aufmerksam unheilbar kranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen mit dem Ziel zu, die Lebensqualität in der ihnen noch verbleibenden Zeitspanne zu verbessern. Sie hat dazu ein bestimmtes Konzept der Hilfe und Begleitung entwickelt, das sie in verschiedenen Organisationsformen zu verwirklichen trachtet. Die bestehenden Institutionen der jeweiligen Gesundheitssysteme werden dabei zu neuen Formen der Sterbebegleitung angeregt. Es entstehen aber auch eigene Einrichtungen, die sich in besonderer Weise der Hospiz-Idee verpflichtet wissen.

In der Bundesrepublik Deutschland haben sich in den letzten Jahren eine Reihe von Einrichtungen und Initiativen unter den Namen „Hospiz-Bewegung“ etabliert. Darunter befinden sich:

- auf palliative (lindernde) Therapie bei unheilbar Kranken und Sterbenden eingestellte besondere Stationen in Krankenhäusern;
- auf lindernde Therapie und Pflege eingestellte besondere Stationen in Alten- und Pflegeheimen;
- selbständig oder im Verbund mit einem benachbarten Krankenhaus arbeitende stationäre Einrichtungen zur Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen (sog. Hospize);
- ambulante Hospizdienste, die in Zusammenarbeit mit dem bestehenden Netz sozialpflegerischer Dienste eine Begleitung der Schwerkranken und Sterbenden zu Hause ermöglichen möchten;
- Konsiliardienste, die von stationären oder ambulanten Hospizen, Hospizvereinen und Hospizinitiativen zur Unterstützung der Pflege im häuslichen Bereich angeboten werden.

All diese Einrichtungen und Initiativen der „Hospiz-Bewegung“ wollen in besonderer Weise sterbende Menschen und ihre Angehörigen begleiten, ihnen Schutz und Hilfe in diesem besonders belasteten Lebensabschnitt anbieten. Sie haben die Erfahrungen der Hospizarbeit besonders in England und in den USA aufgegriffen und für die bundesdeutschen Verhältnisse fruchtbar gemacht.

Der Begriff „Hospiz“ kommt von lat. hospitium und meint sowohl Gastfreundschaft als auch Herberge. Das weist auf eine gewisse Spannbreite im Verständnis der Hospiz-Idee hin, die nicht nur ein Haus (Herberge, Hospiz), sondern vor allem eine Grundhaltung, ein bestimmtes Konzept der Begleitung und Hilfe (Gastfreundschaft) für Sterbende und ihre Angehörigen umfaßt.

Viele Bedenken gegen die Hospiz-Bewegung richteten sich in der Vergangenheit gegen besondere Häuser für die Begleitung Sterbender (sog. Sterbekliniken). Inzwischen ist deutlich geworden, daß es der Hospiz-Bewegung nicht einfach um die Einrichtung separater Häuser, sondern um die Verwirklichung eines bestimmten Konzepts der Sterbebegleitung geht. Dieses Konzept läßt sich in unterschiedlichen organisatorischen Zusammenhängen und auch in bereits vorhandenen Einrichtungen verwirklichen.

In erster Linie möchte die Hospiz-Bewegung ein begleitetes Sterben zu Hause ermöglichen. Stationäre Betten sind als Rückhalt der ambulanten Hospizarbeit nur dann erforderlich, wenn

- der Sterbende keine Angehörigen hat;
- eine Krise in der Familie entsteht;
- es sich um eine besonders belastende Pflege handelt;
- eine sachgemäße Versorgung von Schwerkranken zu Hause nicht mehr möglich ist und
- eine zeitliche Entlastung der pflegenden Angehörigen erforderlich ist.

Für die Hospizarbeit gelten folgende Grundsätze:

- Der Patient steht gemeinsam mit seinen Angehörigen und Freunden und anderen Menschen, die ihm nahestehen, im Zentrum aller Bemühungen. Es geht vor allem um seine Wünsche.
- Diese zwischenmenschlichen Begegnungen werden ermöglicht und unterstützt durch eine Gruppe oder ein Team; dazu gehören in der Regel Krankenschwestern und -pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter und Seelsorger.
- Hinzu kommen freiwillige Helfer für die Aufgaben, die nicht von den Angehörigen oder den Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeitern wahrgenommen werden.
- Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Therapie von Schmerzen und anderen das Sterben belastenden Körperreaktionen und setzt sie im Interesse des Patienten ein.
- Dabei arbeitet das Hospiz-Team eng mit anderen bestehenden Einrichtungen, Kliniken und ambulanten Diensten zusammen.
- Das Hospiz-Team gewährleistet Kontinuität in der Betreuung. Hierzu gehört, daß die Familie sicher sein kann, rund um die Uhr wenigstens einen kompetenten Mitarbeiter des Teams anzutreffen.
- Den Angehörigen wird darüberhinaus auch eine Begleitung in der Phase der Trauer nach dem Tod ihres Angehörigen angeboten.

Eine stationäre Einrichtung wird so eingerichtet, organisiert und geführt, daß eine häusliche Atmosphäre geschaffen wird, in der der Sterbende sich wohlfühlen kann.

Das ambulante Hospizteam mit dem Kreis der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer sichert die Kontinuität in der Betreuung der Patienten und leistet so einen entscheidenden Beitrag zur Motivierung und Befähigung der Familien, Sterbende weitgehend im Familienverband zu belassen.

Wichtig ist die Verzahnung von ambulanter und stationärer sowie auch sozialer und medizinischer Betreuung.

II. Verdienste der Hospiz-Bewegung

Die Hospiz-Bewegung kann auch als eine Reaktion auf problematische Entwicklungen in unserer Gesellschaft verstanden werden. Solche Probleme sind:

- die Verdrängung des Todes in einer auf Jugendlichkeit und Gesundheit ausgerichteten Gesellschaft;
- die Überforderung der Kleinfamilien und zunehmenden Einzelhaushalte in einer leistungsorientierten, arbeitsteiligen und mobilen Gesellschaft;
- die Schattenseiten einer am technischen Fortschritt teilhabenden Medizin, die hohe Erwartungen an die Wiederherstellung von Gesundheit weckt, aber zugleich auch in schwerwiegende ethische Konflikte führt;
- das zunehmende Bedürfnis der Menschen nach einer uneingeschränkten Selbstverfügung über das Leben und die damit verbundene Forderung nach einer rechtlichen Billigung der „aktiven Sterbehilfe“.

Die Hospiz-Bewegung versucht demgegenüber,

- den Tod als Teil des Lebens anzunehmen und stärker ins Bewußtsein der Menschen zu heben;
- die Sterbebegleitung als allgemein menschliche Aufgabe wiederzuentdecken und Formen gemeinschaftlicher Problembewältigung zu entwickeln;
- einer in ihrem Bemühen um Gesundheit gelegentlich einseitig technisch und kämpferisch eingestellten Medizin die im Angesicht des Todes wichtige Haltung der Annahme und Begleitung wieder stärker zu vermitteln;
- durch Schmerzlinderung, gute Pflege und mitmenschliche Zuwendung der Versuchung zur aktiven Sterbehilfe zu begegnen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Hospiz-Bewegung in folgenden Hinsichten Beiträge zur Bewältigung der Probleme leistet:

- Das Thema „Sterben und Tod“ wird in unserer Gesellschaft wieder bewußter behandelt.
- Haltungen des Zulassens und Annehmens angesichts des unvermeidlichen Todes werden wieder stärker eingeübt.
- Die Bedürfnisse der Sterbenden in sozialer, körperlicher, psychischer und geistlicher Hinsicht werden bewußt wahrgenommen und nach Möglichkeit erfüllt.
- Bei Schwerkranken und Sterbenden wird zunehmend eine den neuesten Erkenntnissen entsprechende Schmerztherapie angewandt, die es möglich macht, den Patienten schmerzfrei zu halten, ohne sein Bewußtsein zu beeinträchtigen.
- Die Hospizarbeit in England und in den USA hat entscheidend zur Entwicklung dieser Schmerztherapie beigetragen.
- Angehörige' und freiwillige Helfer werden wieder stärker in die Aufgabe der Sterbebegleitung integriert. Dadurch wird deutlich, daß Sterbebegleitung keine bloß professionelle, sondern eine allgemein-menschliche Aufgabe ist.
- In England und in den USA hat es die Hospiz-Bewegung erreicht, daß durch Beratung und Unterstützung der Angehörigen die Begleitung Sterbender zu Hause wieder deutlich zugenommen hat.

III. Kritische Anfragen an die Hospiz-Bewegung

Eine Reihe von kritischen Anfragen an die Hospiz-Bewegung bezogen sich in der Vergangenheit auf die Errichtung besonderer Häuser für die Begleitung Sterbender und sind durch die Erweiterung des Hospiz-Konzepts in Richtung auf ambulante und konsiliarische Dienste inzwischen gegenstandslos geworden, z.B.

- die vermeintliche Gettoisierung der Sterbenden und ihrer Begleiter;
- der befürchtete Einweisungsschock;
- die Überforderung der Mitarbeiter.

Wissenschaftliche Untersuchungen der Hospizarbeit haben demgegenüber gezeigt, daß

- die Hinzuziehung freiwilliger Helfer gerade zur Einbindung des Sterbenden und seiner Angehörigen in das Gemeinwesen beiträgt;
- Wahrhaftigkeit in der Kommunikation als eine der Grundvoraussetzungen der Hospizarbeit sich positiv auswirkt auf die Gestaltung der Beziehungen zu dem Schwerkranken und seinen Angehörigen;
- die Mitglieder des interdisziplinären Teams sich gegenseitig stützen und ergänzen und so zur emotionalen Entlastung beitragen.

Andere kritische Anfragen bleiben:

1. Hospiz-Initiativen in der Bundesrepublik Deutschland sind als Modellversuche auf besondere Wege der Finanzierung und auf eine hohe Motivation ihrer Mitarbeiter angewiesen. Gemessen an solchen günstigen Bedingungen erscheint die Arbeit der herkömmlichen Einrichtungen (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime) im Bereich der Sterbebegleitung als unzureichend. Dabei wird nicht beachtet, daß einzelne Modellversuche nicht ohne weiteres mit solchen Einrichtungen verglichen werden können, die die Last der großen Zahlen zu tragen haben.
2. Die Kooperation mit den vorhandenen Einrichtungen ist gelegentlich unzureichend, weil sich das Augenmerk vor allem auf das Neue richtet und das Vorhandene zu wenig beachtet wird.
3. Die Einrichtung von Hospizen und Palliativstationen könnte ungewollt dazu beitragen, daß die Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender zu einem neuen Spezialfach mit speziell dafür geschaffenen Institutionen wird, sich diese darum von der Aufgabe der Sterbebegleitung entlastet fühlen und eine Ausgliederung der Sterbenden aus Allgemeinmedizin und -krankenhaus stattfindet.

IV. Folgerungen und Konsequenzen

1. Krankenhäuser

Auch in Zukunft werden die weitaus meisten Menschen in Krankenhäusern sterben. Deshalb ist es nötig, die Grundanliegen der Hospizbewegung in den Strukturen der Krankenhäuser zur Geltung zu bringen. Das Krankenhaus darf nicht in einseitiger Weise auf die Bekämpfung von Krankheit und Tod hin organisiert werden, sondern muß auch der Annahme des Sterbens, dem Recht auf Sterben (Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen) und der Sterbebegleitung einen angemessenen Raum (im Denken und Handeln von Ärzten und Pflegekräften und in der Organisationsstruktur) zusichern.

Umstritten ist, ob „Palliativ-Stationen“ dazu geeignet und ausreichend sind. Ihre Einrichtung darf nicht dazu führen, daß die Anliegen der Hospiz-Bewegung ansonsten im Krankenhaus nicht Fuß fassen können und daß auf solche Stationen all die Patienten abgeschoben werden, die in die Strukturen und Zielsetzungen des übrigen

Krankenhauses schwer zu integrieren sind. Vor allem muß verhindert werden, daß sterbensranke Menschen hauptsächlich aus personellen, ökonomischen und organisatorischen Gründen auf Intensivstationen verlegt und dort sinnlosen Behandlungen zur Lebensverlängerung unterworfen werden. Palliative Medizin sowie die Behandlung und Betreuung Sterbender muß zum Anliegen des gesamten Krankenhauses werden. Dabei ist zu beachten, daß eine optimale Schmerzlinderung und der Kampf um Verlängerung der Lebenszeit oft nicht vereinbar sind. Nur wenn das Sterben von Ärzten, Pflegekräften und natürlich in erster Linie von den Patienten (und ihren Angehörigen) bejaht werden kann, ist ein Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen und eine Beschränkung auf eine Schmerztherapie möglich. Bedingung ist auch, daß die in der Hospiz-Bewegung und auf Palliativ-Stationen gewonnenen Erfahrungen in der Schmerztherapie und in der Behandlung und Pflege todkranker Menschen allen Ärzten und Pflegekräften bekannt sind und daß überholte Vorbehalte gegen bestimmte Formen der Schmerztherapie (z.B. mit Opiaten) abgebaut werden. Deshalb sind gemeinsame Fortbildungen für Ärzte und Pflegekräfte sowie eine Begleitung (Supervision) ihrer Arbeit anzubieten, auch um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften in der Betreuung Sterbender zu verbessern.

Zur Betreuung Sterbender gehört neben sachgerechter Pflege und Schmerztherapie vor allem der mitmenschliche Beistand, besonders durch vertraute Personen (Angehörige, Freunde). Dazu müssen auch räumliche Voraussetzungen geschaffen werden. Aufenthaltsräume für Tag und Nacht sowie Räume für eine würdige Aufbahrung von Verstorbenen sollten eingerichtet werden.

Die Begleitung und seelsorgerliche Betreuung Sterbender ist eine besondere Aufgabe des Krankenhausseelsorgers. Er ist freilich nicht in der Lage, alle todkranken und sterbenden Menschen intensiv zu begleiten. Auch in dieser Arbeit kann er durch geeignete und entsprechend geschulte ehrenamtliche Kräfte unterstützt werden. Es ist Aufgabe der Kirchen, das Arbeitsfeld des Krankenhausseelsorgers so zu bemessen, daß er den Anforderungen im Krankenhaus gerecht werden kann. Seine Tätigkeit macht die Begleitung von Sterbenden durch die Gemeinde nicht überflüssig.

Gerade für Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft ist die Begleitung Sterbender eine besondere Herausforderung, die in enger Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden und Kirchenkreisen im Einzugsbereich angenommen werden sollte. Dazu gehört die Einrichtung eines Krankenbesuchdienstes, die Bereitstellung von Sitzwachen bei Sterbenden, die Unterstützung der Aus- und Fortbildung der Pflegekräfte sowie der übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in seelsorgerlichen Belangen und die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel zur Unterstützung all dieser Maßnahmen.

2. Alten- und Pflegeheime

Durch zunehmende Pflegebedürftigkeit im Alter kommt es heute zu außerordentlichen Belastungen im Bereich der Alten- und Pflegeheime. Schwer zu verkraftende Arbeitsbedingungen (ständige Konfrontation mit langanhaltendem Siechtum, Grundgefühl der Ohnmacht gegenüber schweren Leidenszuständen) und die unzureichende gesellschaftliche Anerkennung der Pflegeberufe (mangelhafte Ausbildung, unzureichende Bezahlung, fehlende Aufstiegschancen) verursachen neben finanziellen und organisatorischen Beschränkungen (unveränderter Personalschlüssel seit 10 Jahren) einen Personalmangel, der bei den verbleibenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern leicht zu einem Zusammenbruch idealistischer Motivationen führt und eine gefährliche Gewöhnung an unhaltbare Zustände befördert. Gerade im Bereich der Alten- und Pflegeheime, wo eine der Hauptlasten institutioneller Sterbebegleitung

getragen wird, kommt es dringend darauf an, positive Veränderungen herbeizuführen. Hierzu gehören: Gesprächsangebote für Mitarbeiter, Ausweitung des Stellenplans, flexiblere Arbeitszeiten, verbesserte Aus- und Fortbildung und eine entsprechende Bezahlung.

Notwendig ist es auch, daß das Thema Sterbebegleitung und Abschiedsrituale in der Altenpflege-Ausbildung intensiv bearbeitet wird. Eine kontinuierliche Supervision, wie sie in manchen Heimen bereits praktiziert wird, sollte zum Standard gehören.

Kirchliche Mittel sollten besonders dort zur Verfügung gestellt werden, wo Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kirchlichen Heimen Fortbildungsmöglichkeiten erhalten, die sie zur Vermittlung von christlichen Glaubensinhalten und zum Gebrauch christlicher Rituale befähigen.

Ehrenamtliche Besuchsdienste und Sitzwachengruppen arbeiten zunehmend auch mit Alten- und Pflegeheimen zusammen. Die dabei gemachten Erfahrungen wirken ermutigend und sollten untereinander ausgetauscht werden, damit es zu einer Ausweitung dieser Dienste kommen kann. Ehrenamtliches Engagement kann angesichts der steigenden Zahl von langdauernden und schwieriger werdenden Pflegefällen aber nur kurzfristig eine gewisse Entlastung bringen. Langfristig wird es nötig sein, den Dienst in Alten- und Pflegeheimen gesellschaftlich stärker anzuerkennen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter qualifizierter auszubilden und entsprechend zu bezahlen. Nur so kann erreicht werden, daß sich wieder mehr Menschen für diesen Dienst zur Verfügung stellen. Bei einer besseren Gestaltung der Arbeitsbedingungen wird es vielleicht auch gelingen, neben den zahlreichen Zivildienstleistenden, die im Bereich der Alten- und Pflegeheime ihren wichtigen Dienst tun, auch wieder vermehrt junge Menschen zur Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres in diesem Bereich zu gewinnen.

Das Zusammenwirken hauptamtlicher und ehrenamtlicher Kräfte in der Altenbetreuung, Altenpflege und in der Sterbebegleitung muß sorgfältig bedacht und so gelöst werden, daß beide Dienste einander ergänzen und befördern.

3. Sozialstationen

Sozial- und Diakoniestationen mit einem gut funktionierenden ambulanten Pflegedienst (Gemeindekrankenschwester, Altenpflegerin, Haus- und Familienpflegerin mit den ergänzenden mobilen sozialen Hilfsdiensten) in der Trägerschaft freier Wohlfahrtsverbände sind heute neben der ärztlichen Betreuung durch den Hausarzt weithin eine Voraussetzung dafür, daß schwerkranke und alte Menschen ihrem Wunsch entsprechend zu Hause sterben dürfen. Ohne die Unterstützung eines solchen Dienstes sind die Angehörigen fast immer überfordert, die Begleitung Sterbender zu Hause über einen längeren Zeitraum durchhalten zu können.

Die ambulante Kranken- und Altenpflege in der bei uns bewährten Form ist daher nach Möglichkeit auszubauen. Dabei kommt es darauf an, daß der finanzielle Spielraum für die Förderung der Altenpflege erweitert wird. Gegenwärtig ist es so, daß die Krankenpflege, die die Kliniken entlasten soll und von den Krankenkassen finanziert wird, von den Sozial- und Diakoniestationen geleistet wird, daß aber die pflegerische Betreuung alter und sterbender Menschen weithin nur von privaten Diensten übernommen werden kann. Das führt dazu, daß viele Menschen diesen Dienst aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen können und so auf sich selbst gestellt bleiben.

Angesichts der steigenden Zahl der Pflegefälle und dem zunehmenden Bedürfnis, zu Hause sterben zu dürfen, ist es deshalb dringend erforderlich, die Sozial- und Diakoniestationen in die Lage zu versetzen, mehr Pflegekräfte einzustellen und die von

ihnen erbrachten Leistungen höher abzurechnen. Auch sollten wesentlich größere Teile der grundpflegerischen Versorgung von den Krankenkassen übernommen werden. Dies würde eine sachgemäße Pflege Sterbender erleichtern.

Angestrebt wird außerdem ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst, der den betroffenen Angehörigen eine größere Sicherheit und Entlastung bei der Begleitung Sterbender zu Hause bietet.

Neben der direkten Betreuung der kranken und alten Menschen durch den ambulanten Pflegedienst bemühen sich viele Sozial- und Diakoniestationen auch um einen ehrenamtlichen Helferkreis in der Gemeinde. Der Dienst freiwilliger Helfer kann durch vielfältige Unterstützung der Angehörigen eines zu Hause Sterbenden eine wichtige Entlastung sein, die die Pflegebereitschaft der Angehörigen stützt und fördert. Daneben sollten die Gemeinden oder Kirchenkreise das Angebot von angeleiteten Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige sowie von Trauergruppen für Hinterbliebene machen.

Dabei erscheint es sinnvoll, die ehrenamtlichen Helfer in die kirchengemeindliche Arbeit zu integrieren und diese Angebote als kirchengemeindlich getragen und seelsorgerlich orientiert in die Angebote der Sozial- und Diakoniestationen einzubringen. Auf diese Weise kann den Tendenzen entgegengewirkt werden, daß sich die Sozialstationen verselbständigen und zu einem eigenen Verband neben den Freien Wohlfahrtsverbänden ohne spezifisch kirchliches Profil und erkennbaren Zusammenhang mit der örtlichen Kirchengemeinde entwickeln.

Die Kirchen stehen deshalb vor der Frage, ob sie ihr Engagement für den ambulanten Pflegedienst vollständig in die Organisationsstruktur der Sozialstationen einbringen sollen oder ob es daneben auch Freiräume für gemeindliche Diakonie (z.B. Sterbebegleitung) geben soll.

Die Kirchen sollten auf jeden Fall darauf achten, daß ihre Zuschüsse zu den Sozialstationen vor allem für die menschlich-seelsorgerliche Begleitung der kranken und alten Menschen verwendet werden und nicht zur Defizitdeckung der abrechenbar geleisteten pflegerischen Dienste.

Besonderer Förderung und Unterstützung bedarf die seelsorgerliche Aus- und Fortbildung sowie die Supervision der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter im Bereich der Sozial- und Diakoniestationen, um den vielfältigen Aufgaben und Anforderungen gerecht werden zu können.

Da bei der Betreuung der Hauskranken die ambulante Krankenpflege und der Hausarzt zusammengehören, sollten sich beide Seiten um eine sachgerechte Kooperation bemühen. Auch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Sozialstation ist wichtig. Die Entlassung eines Patienten, der die vielleicht letzten Wochen seines Lebens zu Hause verbringen möchte, ist dann vom Krankenhaus leichter zu vertreten.

4. Kirchengemeinden

Die christliche Gemeinde insgesamt hat den Auftrag, sich der Sterbenden in ihrer Mitte oder in ihrer Umgebung anzunehmen. Das geschieht auf vielfältige Weise, z.B.:

- durch Gebet und Fürbitte;
- durch Besuchsdienste;
- durch Nachbarschaftshilfen.

Entsprechende Gaben in der Gemeinde sollten durch Aus- und Fortbildung gefördert und begleitet werden. Das geschieht am besten durch Seminare und Gesprächskreise, in denen die in der Sterbebegleitung Tätigen ihre Erfahrungen weitergeben.

Für solche Seminare und Gesprächskreise hat die VELKD eine Handreichung „Sterben – Tod“ entwickelt, die elementare Hilfen zur Begleitung Sterbender enthält und

über die Evangelische Buchhilfe in Vellmar (Postfach) erhältlich ist. In absehbarer Zeit wird ein Handbuch „Sterbende begleiten – Seelsorge der Gemeinde“ zur Verfügung stehen, das Gemeinden einlädt, einen Schwerpunkt ihrer seelsorgerlichen Arbeit im Bereich der Sterbebegleitung zu bilden. Zu diesem Gemeindeprojekt werden Einführungskurse für Leitungsteams im Gemeindekolleg der VELKD in Celle angeboten.

5. Hospize

Die evangelischen Krankenhäuser und die ambulanten pflegerischen Dienste der Diakonie-/Sozialstationen in kirchlicher Trägerschaft verstehen die Krankensorge als Leib- und Seelsorge bis zur Genesung eines Menschen oder bis in die letzten Stunden seines Lebens, mithin auch als Sterbebegleitung. Ebenso sieht die evangelische Altenhilfe in den Altenpflegeheimen ihre Aufgabe in einer leib- und seelsorgenden Begleitung bis zur letzten Stunde. Deshalb sind sie der Einrichtung von stationären Hospizen bisher mit großer Zurückhaltung begegnet.

Es ist jedoch nicht zu übersehen,

- daß Altenpflegeheime nicht von vornherein der geeignete Pflegeort für jüngere Schwerstpflegebedürftige oder Sterbende sind;
- daß die ambulanten pflegerischen Dienste angesichts der zunehmenden Zahl ihrer Einsätze nicht die personelle Ausstattung aufweisen, um der Zielsetzung eines ambulanten Hospiz-Gedankens nachzukommen;
- daß (auch evangelische) Krankenhäuser durch Gesetzesvorschriften gehalten sind, die Krankenhausaufenthalte auf behandelbare Krankheiten zu beschränken und die Liegezeiten nach Möglichkeit zu verkürzen.

Die Frage nach einer Verbesserung der Sterbebegleitung ist also auch im Bereich evangelischer Hilfen zu bedenken.

Kommt es hierbei zu Konzeptionen für ein ambulantes (ggf. mit Belegbetten) oder stationäres Hospiz, wird auf das Erfordernis einer engen Zusammenarbeit sowohl mit Kliniken und Diakoniestationen als auch mit Pflegeheimen zu achten sein. Andererseits wird ein Hospiz vermutlich auch die Eigenständigkeit brauchen, um die eigenen Arbeitsformen entwickeln zu können. Dazu könnte ein eigenes Haus durchaus sinnvoll sein.

Hinsichtlich der erforderlichen Investitionskosten sowie der laufenden Personal- und Sachkosten für ein eigenes Hospiz zur Sterbebegleitung müssen auf jeden Fall intensive Verhandlungen mit den verschiedenen Kostenträgern aufgenommen werden. Bisher gibt es keine Rechtsgrundlagen für die Finanzierung derartiger Hilfen. Zwar sind einige Leistungen schon jetzt abrechenbar, andere Leistungen, z.B. für eine Tages- und Nachtwache, hingegen nicht. Hierzu bedürfte es erst entsprechender Vereinbarungen mit den Kostenträgern.

Sollen ehrenamtliche Kräfte im Bereich der Tages- und Nachtwachen eingesetzt werden, so ist auf ihre sorgfältige Auswahl, Ausbildung und Praxisbegleitung zu achten. Auch wäre ein Modell zu entwickeln, wie der gemeinsame Einsatz von haupt- und ehrenamtlichen Kräften im selben Arbeitsbereich vernünftig und einvernehmlich geregelt werden kann.

Insgesamt gilt:

- Vordringlich sollte der Mangelsituation in evangelischen Krankenhäusern, evangelischen Altenpflegeheimen und Diakoniestationen hinsichtlich einer Sterbebegleitung abgeholfen werden.
- Denkbar ist, daß sich Träger vorhandener Krankensorge für einen Modellversuch entscheiden, denkbar aber auch, daß sich ein eigener Verein bildet, der

speziell den Zweck der Hospiz-Arbeit verfolgt. Solche Modelleinrichtungen sollen unterstützt werden, vorzugsweise kleine Einrichtungen, die sich an ein bestehendes Krankenhaus, Alten- oder Pflegeheim anschließen. Auf jeden Fall ist eine enge Zusammenarbeit mit vorhandenen stationären und ambulanten Hilfen erforderlich.

6. Sozialpolitik

Durch das Gesundheitsreformgesetz und das Steuerreformgesetz 1990 sind eine Reihe von Verbesserungen für Pflegebedürftige und die sie pflegenden Angehörigen erreicht worden. Dazu gehören:

- die „Urlaubspflege“,
- die häuslichen Pflegehilfen der Krankenkassen,
- der Pflege-Pauschbetrag im Steuerrecht.

Im Entwurf für das Renten-Reformgesetz 1992 sind Verbesserungen für die Alterssicherung von Pflegepersonen vorgesehen. Im Rahmen der Wohngesetzgebung sind Wohnbauförderung und Zahlung von Wohngeld für die Aufnahme von (auch noch rüstigen) Eltern verbessert worden. Einen Anspruch auf (unbezahlte) Beurlaubung zur Pflege eines Angehörigen gibt es für Beamte. Für Angestellte im öffentlichen Dienst gibt es vergleichbare Möglichkeiten. Ansonsten ist die Beurlaubung oder Freistellung Gegenstand der individuellen Absprache. Sie ist möglich, wenn der Arbeitgeber einverstanden ist. Weitere Schritte zur Verbesserung der Situation für Pflegebedürftige und die sie pflegenden Angehörigen könnten sein:

- Aufbau einer allgemeinen Pflegeversicherung
- Gewährung von bezahltem Urlaub zur Pflege von sterbenden Angehörigen (dabei könnte sich der Lohnersatz wie in Dänemark nach dem durchschnittlichen Krankenpflegerlohn richten)
- Aufstockung der Stellenpläne für Pflegekräfte in den Krankenhäusern und vor allem in den Alten- und Pflegeheimen
- bessere Eingruppierung und Bezahlung für Pflegekräfte
- Aufnahme von Hospizeinheiten in den Krankenhausplan der Länder
- Gewährleistung der Finanzierung von Hospizen (Modellversuche) durch Ergänzung bzw. Veränderung von Reichsversicherungsordnung (RVO), Krankenhausgesetz und Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Schlußbemerkung

Sterben im Krankenhaus, im Alten- oder Pflegeheim, im Hospiz oder in den eigenen vier Wänden – es geht in jedem Fall um das gelingende oder bisweilen auch mißlingende komplexe und schwierige Zusammenspiel von Kranken, Angehörigen, Pflegekräften, Ärzten, Seelsorgern und anderen Betreuern. Menschlichkeit im Sterbezimmer, ehemals selbstverständlich, vielerorts in Vergessenheit geraten, wird heute unter erheblich veränderten Bedingungen und hohen Erwartungen einer modernen Medizin gegenüber wieder neu angestrebt. Die Notwendigkeit dazu wird heute von vielen gesehen – auch und gerade von den Kirchen.

Hannover, den 23.5.1990

Die Arbeitsgruppe „Hospiz-Bewegung“:

- Dr. med. Ursula Böning, Höchberg (Vorsitz)
- Dr. med. Brigitte Delbrück, Hannover
- Diakonin Lora Herrmann, Braunschweig
- Pastor Wolf-Dietmar Szepan, Rendsburg

- Oberkirchenrat Dr. Hermann Barth, Hannover
- Landespfarrer Dr. Hans-Ulrich Minke, Oldenburg
- Dipl. Theol. Gregor Spieß, Bonn

- Pfarrer Dr. Dr. Ulrich Eibach, Bonn
- Dr. med. Petra Muschaweck-Kürten, Hannoversch Münden

- Oberkirchenrat Peter Godzik, Hannover (Geschäftsführung)

Hospize und ähnliche Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland

Station für Palliative Therapie
der Chirurgischen Universitätsklinik Köln
c/o Pater Helmut R. Zielinski
Josef-Stelzmann-Str. 20
5000 Köln 41 (seit 1983)

Hospiz „Haus Hörn“
des Oratoriums des Heiligen Philipp Neri
c/o Pfarrer Dr. Paul Türks
Johann-von-den-Driesch-Weg 4
5100 Aachen (seit 1986)

Hospiz zum hl. Franziskus
c/o Schwester M. Reginalda
Röntgenstraße 39
4350 Recklinghausen (seit 1987)

Christophorus-Haus
Krankenhaus GmbH
Roßmarkt 23
6000 Frankfurt/Main 1 (seit 1988)

Station für palliative Therapie
Robert-Janker-Klinik
Baumschulallee
5300 Bonn 1

Christophorus-Hospiz-Verein e.V.
Hirtenstraße 2
8000 München 2 (seit 1985)

Projekt

„Hospiz – Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen“
der Evang. Gesellschaft Stuttgart e.V.
c/o Dr. Daniela Tausch
Büchsenstraße 34/36
7000 Stuttgart 1 (seit 1987)

Hospizhilfe Bethel
c/o Schwester Brigitte Lipke
Hillegosserstr. 72
4800 Bielefeld 17 (seit 1989)

Elisabeth-Hospiz
c/o Freundeskreis zur Förderung
von Sterbebegleitung und Hospiz e.V.
Ühmichbach 7
5204 Lohmar 1 (seit 1990)

Vereine, die die Hospizbewegung unterstützen

Arbeitsgruppe „Zuhause sterben“
der Evang. Fachhochschule
c/o Prof. Dr. Johann-Christoph Student
Blumhardtstraße 2
3000 Hannover 61 (seit 1984)

Omega – mit dem Sterben leben e.V.
c/o Dr. Petra-R. Muschaweck-Kürten
Kasseler Schlagd 19
3510 Hannoversch Münden 1 (seit 1985)

Internationale Gesellschaft für
Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V.
Im Rheinblick 16
6530 Bingen 1 (seit 1986; Vorläufer seit 1980)

Deutsche Hospizhilfe e.V.
c/o Renate Wiedemann
Reit 25
2110 Buchholz (seit 1988)

Einige Bücher und Aufsätze zum Thema „Hospiz-Bewegung“

- Elisabeth Kübler-Ross, To live until we say good-bye, 1978; deutsch: Leben bis wir Abschied nehmen, Stuttgart: Kreuz 1979; TB Gütersloh: Mohn 1986 (S. 135-145: Hospiz: Menschenwürdig leben und sterben).
- Sandol Stoddard, The Hospice Movement – A Better Way of Caring for the Dying, 1979; deutsch: Die Hospiz-Bewegung. Ein anderer Umgang mit Sterbenden, Freiburg: Lambertus 1987.
- Lore Bartholomäus, Ich möchte an der Hand eines Menschen sterben. Aus dem Alltag einer Sterbeklinik, Mainz: M. Grünewald 1980, ⁵1986.
- Paul Dingwerth/Heinz Tiefenbacher (Hg.), Sterbekliniken – oder was brauchen Sterbende? Stuttgart: RBA 1980.
- Bernd Wagner, Terminal Care in Großbritannien. Ein Modell für die Versorgung unheilbarer Kranker und Sterbender, Diss. Freiburg 1981.
- Thomas Scheffel, Die Versorgung sterbender Patienten im Krankenhaus. Ansätze in Deutschland auf dem Hintergrund der britischen „Terminal Care“, Diss. Freiburg 1983.
- Shirley du Boulay, Cicely Saunders. The Founder of the Modern Hospice Movement, 1984; deutsch: Cicely Saunders. Ein Leben für Sterbende, Innsbruck: Tyrolia 1987.
- Johann-Christoph Student, Hospiz versus „Sterbeklinik“, in: WzM 37 (1985) 260-269.
- Johann-Christoph Student, Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben – Die zehn Grundprinzipien der Hospiz-Bewegung; in: MMG 12 (1987) 232-240.
- Johann-Christoph Student, Sterbebegleitung konkret. Eine Modellkonzeption ambulanter Hilfen für sterbende Menschen und ihre Angehörigen; in: Zeitschrift für das Fürsorgewesen 9/1987, S. 194-199.
- Anne Fried, Wo man in Frieden sterben kann. Die Hospiz-Bewegung, Wuppertal: R. Brockhaus 1988.
- Helmut R. Zielinski, Wo Schmerzen ihre Schrecken verlieren. Ein Modell der palliativen Therapie, Mainz: M. Grünewald 1988.
- Norbert Homann, Grundgedanken über die Gründung und Praxis eines Hospizes, Recklinghausen: Wagner-Druck 1988.
- Ev. Gesellschaft Stuttgart e.V., Hospiz. Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen (Heft 4 der Beiträge zu Diakonie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychotherapie und Theologie), Stuttgart 1988.
- Johann-Christoph Student, Schmerz-Therapie bei sterbenden Menschen. Die orale Morphin-Therapie in der Hand des Hausarztes, Göttingen: Georg-August-Universität 1988.
- Ulrich Eibach, In der Erfahrung der Ohnmacht. Hospizbewegung hilft unheilbar Kranken und Sterbenden, in: LM 4/1989, S. 155-157.
- Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V., Kranke pflegen, Sterbende begleiten, Trauernde trösten, Bingen 1989.
- Evangelische Akademie Baden (Hg.), Hospiz – Alternative für Sterbebegleitung? Karlsruhe 1989.
- Christophorus-Hospiz-Verein (Hg.), Pflegen bis zuletzt, München o.J. (1989).
- Johann-Christoph Student (Hg.), Das Hospiz-Buch, Freiburg 1989.
- Helmuth Beuthel/Daniela Tausch (Hg.), Sterben – eine Zeit des Lebens. Ein Handbuch der Hospizbewegung, Stuttgart 1989.