












HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVE CARE

Rahmenkonzeption



Diözese
ROSENBERG-
STUTTGART

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---|---|----------|
| | Vorwort | Seite 4 |
| | Einführung | Seite 5 |
|  | 1. Hospizbewegung – Antwort auf die Herausforderung der Zeit | Seite 6 |
|  | 2. Kirchen und Hospizbewegung – das gemeinsame Ziel | Seite 8 |
|  | 3. Hospizarbeit und Palliative Care | Seite 11 |
|  | 4. Spirituelle Begleitung in Hospizarbeit und Palliative Care | Seite 14 |
|  | 5. Gesetzlicher Rahmen von Hospizarbeit und Palliative Care | Seite 20 |
|  | 6. Qualitätsstandards von Hospizarbeit und Palliative Care | Seite 23 |
|  | 7. Qualifizierung, Ausbildung, Fortbildung | Seite 25 |
|  | 8. Zum Bedarf | Seite 27 |
|  | 9. Instrumente der Vorsorge | Seite 30 |
| | Anhang | Seite 35 |

Vorwort

Seit den Anfängen der Kirche ist die gelebte Nächstenliebe das Erkennungszeichen derer, die an Jesus Christus glauben. Dass solche Liebe in der Gesellschaft auffällig war, bezeugt Tertullian (150-230) im zweiten christlichen Jahrhundert, wenn er berichtet, dass die Heiden sagten: „Seht, wie sie einander lieben.“ Solches Verhalten sollte sich auch in der heutigen Gesellschaft als Ausdruck gelebten Christseins erweisen. Denn der im Liebesgebot erteilte Auftrag Jesu ist über alle Zeiten hin gültig, doch trifft er in jeder Zeit auf spezifische Herausforderungen, die je eigene Antworten verlangen.

Eine der großen Herausforderungen unserer Zeit ergibt sich aus den Fortschritten der Medizin, die zu einer nie gekannten Erhöhung der Lebenserwartung geführt haben, zugleich aber auch zu ausgedehnten Lebensphasen mit schweren Erkrankungen und Einschränkungen bis hin zu länger dauernden Sterbeprozessen. In Verbindung mit veränderten, gelockerten und insgesamt abnehmenden sozialen Beziehungen ist dadurch eine neue Art menschlicher Not entstanden: Nicht wenige Menschen fühlen sich am Ende ihres Lebens menschlich allein gelassen und komplexer medizinischer Behandlung ausgeliefert; viele Gesunde fürchten, irgendwann in eine solche Lage geraten zu können.

Die moderne Hospizbewegung versteht sich nicht zuletzt auch als Antwort auf diese Situation; sie steht auf dem Fundament des christlichen Menschenbilds. Es ist bemerkenswert, wie hier Menschen unterschiedlicher Weltanschauung zusammenwirken, um schwerstkranken Menschen beizustehen und ihnen im Leben und im Sterben mit Zuwendung, Respekt, Achtsamkeit und menschlicher Nähe zu begegnen. Dabei werden Menschen immer auch in ihren spirituellen Bedürfnissen wahr- und ernst genommen. Hospizarbeit geschieht in sehr hohem Maß durch ehrenamtliches Engagement; darin liegt ein großer Reichtum, der unserer Gesellschaft insgesamt zugute kommt.

Ergänzt werden die Bemühungen der Hospizbewegung vom Auf- und Ausbau einer flächendeckenden Palliative-Care-Betreuung. Dieses ganzheitliche Konzept geht von der medizinischen und pflegerischen Versorgung aus und umfasst zugleich

auch die psychosoziale und spirituelle Begleitung. Erst im Zusammenwirken von professionellem und ehrenamtlichem Handeln können schwerstkranken Menschen bekommen, was sie brauchen, um trotz gravierender Einschränkungen so gut wie möglich leben und, wenn es Zeit ist, auch unter menschenwürdigen Bedingungen sterben zu können.

Es ist das hohe Maß an bürgerschaftlichem Engagement, das die Hospizbewegung zu der gesellschaftlichen Kraft gemacht hat, die sie heute darstellt. Die katholische Kirche erkennt dies dankbar an und ist bereit, darin ihren spezifischen Beitrag zu leisten: die großen Lebensfragen, die angesichts von Leiden, Begrenztheit und Tod aufbrechen, zu artikulieren und die christliche Hoffnung unaufdringlich und glaubwürdig zu bezeugen. Dies geschieht durch ehrenamtliche HospizmitarbeiterInnen, die diesen Dienst als Christinnen und Christen ausüben, ebenso wie durch professionelle SeelsorgerInnen, die Kranke, Sterbende, Angehörige, Mitarbeitende unterschiedlicher Berufe und ehrenamtlich Tätige durch Gespräch, Beratung, Fortbildung sowie liturgische oder rituelle Angebote in ihrem Dienst begleiten.

In diesem Sinn stellt die vorliegende Rahmenkonzeption Hospizarbeit und Palliative Care in der Diözese Rottenburg-Stuttgart kirchliches Handeln im Rahmen dieser Kontexte inhaltlich und strukturell dar; zugleich sollen Vernetzung und Kooperation gestärkt werden, damit die unterschiedlichen Bereiche und Träger ihren Auftrag für sterbende Menschen und deren Angehörige noch besser erfüllen können.

In allen diesen Bemühungen wissen wir uns getragen von Jesus Christus, der gekommen ist, damit Menschen „das Leben haben, und es in Fülle haben“ (Joh 10,10). Solches Leben in Fülle auch angesichts von Krankheit und Sterben ahnen zu lassen oder zu erschließen, ist Aufgabe und Herausforderung der Kirchen wie der einzelnen MitarbeiterInnen, die in der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen tätig sind.

Rottenburg, im Dezember 2009
+ Bischof Dr. Gebhard Fürst

Einführung

Die vorliegende Rahmenkonzeption Hospizarbeit und Palliative Care in der Diözese Rottenburg-Stuttgart entstand auf der Grundlage längerer Vorarbeiten in der diözesanen AG Hospiz. Sie wurde erarbeitet, um

- die komplexe Situation um Sterbebegleitung und Palliative Care darzustellen,
- die derzeitige Rechtslage wiederzugeben,
- die Bedeutung der spirituellen Dimension von Hospizarbeit und Palliative Care hervorzuheben,
- die grundsätzliche Position und das Engagement der Diözese Rottenburg-Stuttgart in diesem Bereich zu verdeutlichen sowie
- das christliche Menschenbild und seine Konsequenzen innerhalb des gesellschaftlichen Diskurses um Sterbebegleitung und Sterbehilfe zur Geltung zu bringen.

Dementsprechend richtet sich die Rahmenkonzeption gleichermaßen an Fachleute bzw. Fachdienste, die unmittelbar mit Palliativversorgung und Sterbebegleitung zu tun haben, an Träger von Einrichtungen, in denen Menschen leben und sterben, an kirchliche MitarbeiterInnen sowie Interessierte in und außerhalb der Kirche.

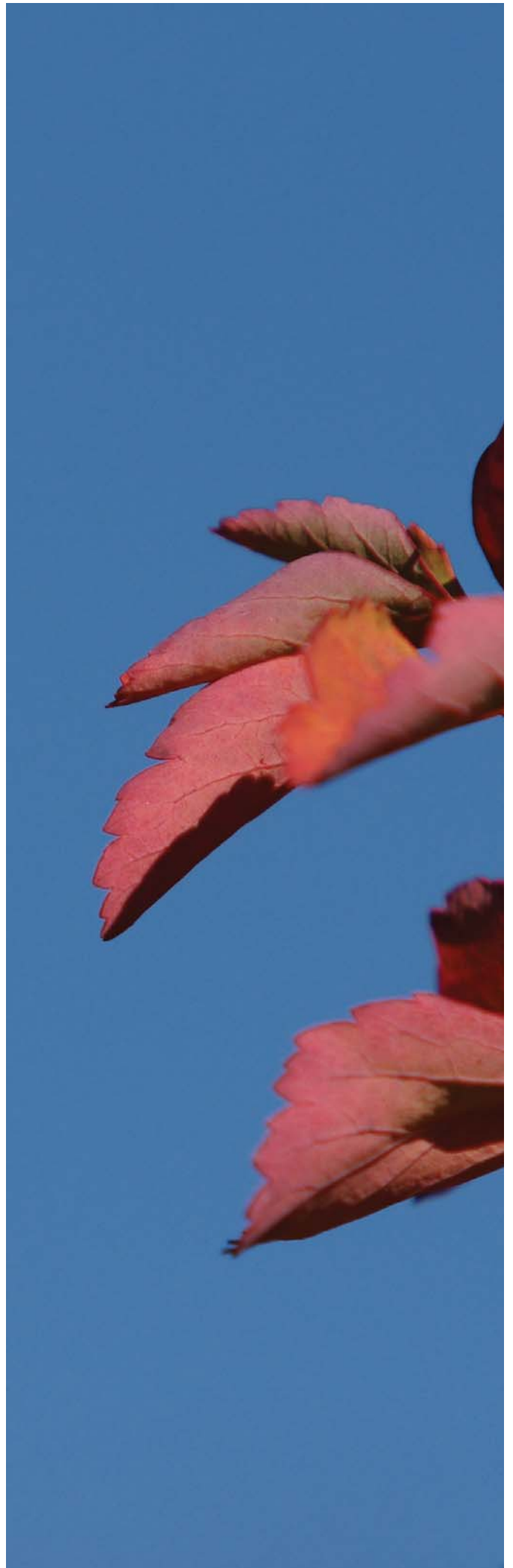
Die Rahmenkonzeption wird ergänzt durch Leitlinien des Diözesancaritasverbandes zur Umsetzung der Hospizidee in karitativen Diensten und Einrichtungen. Damit werden wesentliche Grundgedanken der Rahmenkonzeption in praktisches Handeln in den karitativen Diensten und Einrichtungen im Bereich der Diözese Rottenburg-Stuttgart überführt.

Domkapitular Prälat Rudolf Hagmann
Leiter der Hauptabteilung IV - Pastorale Konzeption
im Bischöflichen Ordinariat

Ordinariatsrätin Dr. Irme Stetter-Karp
Leiterin der Hauptabteilung VI - Caritas
im Bischöflichen Ordinariat

Johannes Böcker
Diözesancaritasdirektor der Diözese Rottenburg-Stuttgart

1. Hospizbewegung – Antwort auf
die Herausforderung der Zeit



Die in den letzten Jahrzehnten erreichten Fortschritte in der Medizin haben die gesundheitliche Versorgung in unserem Teil der Welt und damit auch die Lebenserwartung der Menschen in zuvor nicht gekanntem Ausmaß gesteigert. Was einerseits ein ungeheurer Gewinn ist, zeigt jedoch auch immer deutlicher seine Schattenseite: Der quantitative Zuwachs an Leben steht oft nicht in Entsprechung zur Qualität der Lebenszeit, die gewonnen wird. Die Aporie, in die diese Entwicklung führt, zeigt sich daran, dass es rein medizinisch längst möglich ist, jeden menschlichen Körper praktisch unbegrenzt lange am Leben zu erhalten, wenn auch auf niedrigstem biologischen Niveau. Der Tod selbst lässt sich zwar nicht vermeiden, der Zeitpunkt und die Umstände seines Eintritts liegen jedoch zunehmend in der Verfügung des Menschen. Zugleich steigen die Kosten des Gesundheitswesens so sehr an, dass auch medizinisch sinnvolle Behandlungen oft kaum oder nicht mehr finanzierbar sind.

In dieser prekären Situation wächst die Angst der Menschen, am Ende ihres Lebens entweder einer hoch technisierten ‚Apparatemedizin‘ ausgeliefert zu sein oder aber infolge fortschreitender Ressourcenknappheit nicht mehr angemessen und ausreichend versorgt zu werden. Überversorgung und Unter-versorgung werden gleichermaßen befürchtet und treffen sich in der Angst, möglicherweise ‚unwürdig‘ sterben zu müssen.

Auf diese Angst, die die meisten Menschen heute bedrängt, lassen sich zwei grundsätzlich verschiedene Antworten finden. Die einen rufen nach aktiver Sterbehilfe, um den als unwürdig empfundenen Zustand der Hilflosigkeit abzukürzen oder ganz zu vermeiden. Andere sehen – gestützt auf das christliche Menschenbild – den Ausweg aus diesem Dilemma eben nicht in der willkürlichen Beendigung des Lebens, sondern in einer veränderten Haltung: Sterben und Tod dürfen nicht länger als Störfall oder Niederlage empfunden und daher tabuisiert werden. Sie sind vielmehr ein konstitutiver Teil des Lebens und müssen darum in der persönlichen und gesellschaftlichen Lebenswirklichkeit ihren Ort haben.

Diese Einsicht in die Tat umzusetzen ist die Aufgabe der Hospizbewegung, die mittlerweile zu einer starken gesellschaftlichen Kraft geworden ist. Es geht darum, Menschen in der letzten Zeit ihres irdischen Lebens so beizustehen, dass sie ihr Leben annehmen und nach Möglichkeit selbstbestimmt gestalten können, dass sie umfassende Versorgung und Zuwendung erfahren und bis zuletzt teilhaben können am Leben anderer.



2. Kirchen und Hospizbewegung – das gemeinsame Ziel



Wenngleich die Hospizbewegung sich aus unterschiedlichen weltanschaulichen Quellen speist, steht ihre Arbeit doch auf der Basis des christlichen Menschenbilds, und viele, die sich hier engagieren, verstehen diesen Dienst als Praxis ihres Glaubens.¹ Die Diözese Rottenburg-Stuttgart schätzt die Hospizbewegung als außerordentlich wichtige gesellschaftliche Stimme in der Auseinandersetzung um Werte und Menschenbilder, um politische Meinungsbildung und ethische Entscheidungsfindung. Angesichts des öffentlichen Diskurses über Palliativversorgung und Patientenverfügung, Selbstbestimmung am Lebensende und Sterbehilfe, Demografie und Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist es notwendig, auch die Belange der betroffenen Menschen zu ihrem Recht kommen zu lassen.

Die Hospizbewegung hat insofern doppelte Bedeutung: Sie sorgt durch ihren konkreten organisierten Dienst der Sterbebegleitung dafür, dass Menschen in der letzten Lebensphase bekommen, was sie entsprechend ihren Bedürfnissen brauchen – und sie vertritt schwerstkranken und sterbende Menschen, die selbst keine Stimme mehr haben, in der öffentlichen Wahrnehmung.

Die Diözese Rottenburg-Stuttgart sieht Hospizbewegung und kirchliches Handeln als zwei sich ergänzende Weisen, den einen Auftrag zu erfüllen: Menschen beizustehen, die am Ende ihres Lebens auf Fürsorge, Zuwendung, Begleitung und Trost angewiesen sind. Aufgrund dieser inhaltlichen Nähe gibt es seit langem enge und vielfältige Kooperationen zwischen der Hospizbewegung und kirchlichen Organisationen, zwischen Hospizdiensten und Kirchengemeinden bis hin zur kirchlichen Trägerschaft örtlicher Hospizgruppen und stationärer Hospize.

Mit der vorliegenden Konzeption *Hospizarbeit in der Diözese Rottenburg-Stuttgart* wird die Beziehung zwischen Hospizarbeit und kirchlichem Handeln inhaltlich und strukturell dargestellt. Leitlinien des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart zur Umsetzung der Hospizidee in karitativen Diensten und Einrichtungen ergänzen diese Konzeption mit dem Ziel, wesentliche Grundgedanken daraus in praktisches Handeln in den karitativen Diensten und Einrichtungen im Bereich der Diözese Rottenburg-Stuttgart umzusetzen.² Zugleich sollen Vernetzung und Kooperation gestärkt werden, damit die unterschiedlichen Bereiche und Träger ihren Auftrag für sterbende Menschen und ihre Angehörigen noch besser erfüllen können.

Die Konzeption *Hospizarbeit in der Diözese Rottenburg-Stuttgart* richtet sich sowohl

- an Fachleute bzw. Fachdienste, die direkt mit Palliativversorgung und Sterbebegleitung zu tun haben und fragen, welche Position die Diözese einnimmt und in welcher Weise sie sich in diesem Feld engagiert, als auch
- an kirchliche MitarbeiterInnen und Träger, die fragen, in welchem politischen, gesetzlichen und fachlichen Rahmen Hospizarbeit steht und welche Strukturen es hierfür in der Diözese gibt.

¹ In unserem Raum sind Hospizgruppen oft als Ökumenische Arbeitsgemeinschaft in der Trägerschaft örtlicher Kirchengemeinden verfasst. Mustervereinbarungen über die Einrichtung einer Ökumenischen Arbeitsgemeinschaft Hospiz und die Beteiligung an deren Kosten sind zu erhalten bei der HA IV des Bischöflichen Ordinariats, Adresse siehe S. 35. Vgl. Anmerkung S. 17.

² Annehmen, umsorgen und begleiten - Leitlinien zur Umsetzung der Hospizidee in karitativen Diensten und Einrichtungen in der Diözese Rottenburg-Stuttgart, hg. vom Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart, Oktober 2009. Zu beziehen über info@caritas-dicvrs.de.

Hospizpraxis im Rahmen des kirchlichen Auftrags

Mit dem in allen Evangelien bezeugten Liebesgebot³ nimmt Jesus das alttestamentliche Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe auf. Die liebende Zuwendung zu den Menschen, insbesondere zu den Armen, den Kranken, den in irgendeiner Weise Bedürftigen, gehört zum innersten Kern der Verkündigung Jesu; sie ist für Christen gleichsam die sichtbare Außenseite der Liebe Gottes und der Liebe zu Gott. Seit dem Urchristentum gilt darum das diakonische Wirken als Wesens- und Erkennungsmerkmal der Gläubigen, ihrer Gemeinden und der Kirche als ganzer. Denn „Liebe zu üben für die ... Notleidenden welcher Art auch immer, gehört genauso zu ihrem Wesen wie der Dienst der Sakramente und die Verkündigung des Evangeliums. Die Kirche kann den Liebesdienst so wenig ausfallen lassen wie Sakrament und Wort.“⁴ In der diakonischen Zuwendung zu den Menschen verwirklicht die Kirche ihren Auftrag, das Reich Gottes in der Welt durch die Tat zu bezeugen und spürbar werden zu lassen.

Lange bevor die moderne Hospizbewegung entstand, war der Beistand für kranke, sterbende und trauernde Menschen ein selbstverständlicher Teil kirchlich-karitativer Praxis; die Kirche sah darin immer schon die Erfüllung ihres diakonischen Grundauftrags. Die mittelalterlichen Spitäler oder Hospize, meist von Orden gegründet und getragen, waren Pilgerherbergen, Armenhäuser, Fremdenasyle oder Krankenhäuser – Herbergen für Menschen, die in leiblicher, seelischer, geistlicher oder sozialer Bedürftigkeit Hilfe brauchten, um gesund zu werden, um mit Einschränkungen leben oder aber versöhnt und getröstet sterben zu können.

³ vgl. Mk 12,28-34; Mt 22,37-40; Lk 10,25-28; Joh 15,12

⁴ Enzyklika *Deus caritas est* von Papst Benedikt XVI. ... über die christliche Liebe, 25. Dezember 2005, Kap. 22

Das Bild der Herberge macht deutlich, wie das menschliche Leben gedeutet wird: als Weg zwischen ‚Ausgang und Eingang‘, Geburt und Tod. Der Mensch ist Pilger; er bleibt auf dem Weg, solange er lebt – und er gestaltet und bewältigt den Weg seines irdischen Lebens aus der Hoffnung auf das Ziel und die Vollendung, die ihm verheißen sind.

Innerhalb dieses Menschenbilds kommt dem Sterben besondere Bedeutung zu: Es ist nicht einfach das Ende des Lebensweges, sondern die letzte Etappe vor dem Ziel und zugleich Übergang in ein anderes Leben. Am Ende des irdischen Weges erwartet den Menschen nicht das Grab, sondern der lebendige Gott. Denn der Mensch, der nach dem Bild Gottes geschaffen ist, soll auch in Gott seine Vollendung finden. Darin liegt nach christlicher Überzeugung die Würde des Menschen begründet.

Sterbebegleitung, die diesem Verständnis entspricht, nimmt den Menschen als Person mit unterschiedlichen Dimensionen wahr – der körperlichen, der geistigen, der psychischen, der sozialen und der spirituellen – und sucht die Bedürfnisse, die damit verbunden sind, zu befriedigen.

In diesem Sinn setzt sich die Diözese Rottenburg-Stuttgart entschieden für qualifizierte Sterbebegleitung ein und sucht die Zusammenarbeit mit allen Organisationen und Gruppen, die sich auf der Grundlage des christlichen Menschenbilds ebenfalls diesen Zielen verpflichtet wissen. Sie verwirklicht darin wesentliche Aspekte der Pastoralen Prioritäten, auf die sie sich im Jahr 2003 verpflichtet hat:⁵

- Geistliches Leben stärken
- Den Glauben der Kirche erschließen
- Anderen begegnen – Gemeinschaft und Solidarität stärken
- Aufstehen für das Leben

⁵ vgl. Zeichen setzen in der Zeit. Pastorale Prioritäten der Diözese Rottenburg-Stuttgart, 2003. Darin ist der Grundauftrag kirchlichen Handelns angesichts der Bedürfnisse und Bedürfnislagen heutiger Menschen – so auch schwerstkranker und sterbender Menschen – bedacht und verbindlich niedergelegt. Die Pastoralen Prioritäten sind als pdf-Datei zugänglich unter www.map.drs.de/uploads/tx_drsPressespiegel/Amtsblatt2003-29.pdf



3. Hospizarbeit und Palliative Care

Was ist unter den Begriffen zu verstehen?

Die Begriffe Hospizarbeit und Palliative Care bzw. Palliative Versorgung lassen sich nicht präzise voneinander abgrenzen, doch zeichnet der Sprachgebrauch die inhaltliche Entwicklung in diesem Bereich nach:

In den Anfängen der Bewegung war ausschließlich von Hospiz die Rede. Damit wurde die mitmenschliche, insbesondere die psychosoziale und spirituelle Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen bezeichnet, die im Rahmen bürger-schaftlichen Engagements ehrenamtlich geleistet wird. Die tragende Vision der Hospizbewegung lautet:

- Sterben ist ein Teil des Lebens.
- Jeder Mensch hat das Recht, den ihm eigenen Weg zu gehen, begleitet durch respektvolle Zuwendung.
- Der Sterbeprozess wird weder verkürzt noch verlängert; medizinische Bemühungen beschränken sich auf größtmögliche Schmerz- und Symptomfreiheit.
- Die haupt- und ehrenamtlichen BegleiterInnen respektieren die Wünsche des sterbenden Menschen und stehen ihm und seinen Angehörigen bei.

Als in Ergänzung dazu auch die professionellen Bereiche der medizinischen und pflegerischen Betreuung schwerstkranker Menschen stärker in den Blick kamen und entscheidend weiterentwickelt wurden, etablierte sich der (Ober-)Begriff Palliative Care, mit dem die umfassende Behandlung, Versorgung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, akut lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten gemeint ist. Palliative Care umfasst den medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Bereich; die Hospizidee im klassischen Sinn ist also ein konstitutiver Teil von Palliative Care. Obgleich es noch keine einheitliche Terminologie gibt, scheint sich diese Begrifflichkeit langsam durchzusetzen.

Im Folgenden werden die Begriffe in diesem Sinn gebraucht: Hospiz als Bezeichnung des ideellen Fundaments und der ehrenamtlich geleisteten menschlichen Zuwendung und Begleitung, Palliative Care als umfassende Versorgung mit allem, was schwerstkranker und sterbende Menschen brauchen.

Was sind Inhalte und Ziele von Palliative Care?

Palliative Care steht für eine intensive, ganzheitliche Sorge um den sterbenden Menschen. Dabei geht es um ganz unterschiedliche Aspekte, nämlich

- um ein Verständnis von Sterben als Teil des Lebens, der weder verkürzt noch ausgedehnt werden soll, sondern nach dem individuellen Maß des jeweiligen Menschen sein darf,
- um die Kontrolle bzw. Linderung von Schmerzen und belastenden Symptomen,
- um die Fähigkeit, mit nicht vermeidbaren Symptomen besser leben zu lernen,
- um die Gesamtheit der körperlichen, psychischen, sozialen und religiösen Identität des Menschen als einer einmaligen Person,
- um die eigenen Kräfte („Ressourcen“) des kranken Menschen, die trotz aller Einschränkungen noch vorhanden sind und die es zu achten, zu wecken, zu unterstützen und zu nutzen gilt, etwa tragende Gewohnheiten, Glaubensvollzüge, Hobbys, Begabungen, Erfahrungen, Interessen...
- um die Bereitstellung eines Unterstützungssystems, das alle Bedürfnisse des kranken Menschen berücksichtigt,
- um die schwerstkranken Menschen selbst und um deren Angehörige bzw. Bezugspersonen.

Das Ziel von Palliative Care ist nicht Heilung (im Sinn der Wiederherstellung der Gesundheit), sondern die Verbesserung der Lebensqualität des schwer erkrankten Menschen.



An wen richtet sich das Angebot von Palliative Care?

Palliative Care ist grundsätzlich immer dann angezeigt, wenn

- eine Krankheit nicht geheilt werden kann und
- kurative Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und
- der Patient/die Patientin mit der Änderung des Therapieziels einverstanden ist bzw. diese selbst wünscht oder
- eine fortgeschrittene dementielle Erkrankung vorliegt, aufgrund derer ein Patient/eine Patientin in besonderer Weise auf umfassende Pflege und Fürsorge angewiesen ist.

Dabei ist in erster Linie an tödliche Erkrankungen mit progredientem Verlauf zu denken, aber auch bei chronischen unheilbaren Erkrankungen kann Palliative Care das Befinden der PatientInnen erheblich verbessern. In solchen Fällen schließen sich kurative und palliative Behandlung nicht unbedingt aus; auch lässt sich die Grenze zwischen beiden nicht immer scharf ziehen.

Da Palliative Care den Menschen in seinem gesamten sozialen Umfeld im Blick hat, werden auch die Angehörigen in ihrer spezifischen Lebenssituation einbezogen. So wird auch ihnen Begleitung und Unterstützung in der Zeit des Abschiednehmens und der Trauer angeboten.⁶

⁶ vgl. die Rahmenempfehlung der Arbeitsgruppe Ambulante Hospizdienste im Ministerium für Arbeit und Soziales: Qualifikation zur Begleitung trauernder Menschen im Rahmen der Hospizarbeit, Juni 2007

Wo wird Palliative Care geleistet?

„Hospiz ist weniger ein Ort als vielmehr eine Lebenshaltung.“
Nach diesem Grundsatz der Hospizbewegung wird Hospizarbeit und Palliative-Care-Versorgung dort geleistet, wo die Menschen leben, die solche Betreuung und Begleitung brauchen.

Dies geschieht in

- der eigenen Wohnung des Erkrankten,
- der Wohnung pflegender Angehöriger,
- Einrichtungen der stationären Pflege,
- Einrichtungen der Behindertenhilfe,
- Kliniken und Krankenhäusern,
- Palliativstationen,
- stationären Hospizen oder
- Hospizwohnungen.

Der Auf- bzw. Ausbau der Strukturen folgt dem Grundsatz: **ambulant vor stationär**. Soweit irgend möglich, sollen schwerst- kranke und sterbende Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in der von Angehörigen leben können.

Dazu gehört auch das Modell der *Hospizwohnung*, die in Einzelfällen bessere bauliche Voraussetzungen bieten kann als die eigene Wohnung, ansonsten aber – wie jede andere Wohnung – ein privates Umfeld bietet.

Erst wenn alle Möglichkeiten, in einer vertrauten privaten Umgebung zu leben und versorgt zu werden, erschöpft sind, sollte an stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung oder einem stationären Hospiz gedacht werden.

Wer wirkt bei Palliative Care mit?

Entsprechend dem Ansatz von Palliative Care als ganzheitlicher Versorgung wirken dabei unterschiedliche Dienste und Personen in enger interdisziplinärer Vernetzung mit.

Bei der Versorgung zu Hause sind dies:

- Hausärzte/-ärztinnen
- niedergelassene PalliativmedizinerInnen
- häusliche Pflegedienste mit besonderer Qualifikation in Palliativpflege
- Brückenpflegekräfte
- Palliativberatungsdienste
- Palliative-Care-Teams im Rahmen der SAPV-Verordnung
- ambulante Hospizdienste
- SeelsorgerInnen
- niedergelassene PsychoonkologInnen
- Physio-, Psycho-, Ergo-, Musik-, Kunst- oder TanztherapeutInnen, je nach Bedarf und Angebot

Bei stationärer oder teilstationärer Versorgung sind dies:

- Hausärzte und/oder Krankenhäuser
- Palliativstationen
- Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege (Einrichtungen der Tages- bzw. Nachpflege, Alten- und Pflegeheime)
- stationäre Hospize
- ambulante Hospizdienste bzw. Sitzwachengruppen
- SeelsorgerInnen
- Physio-, Psycho-, Ergo-, Musik-, Kunst- oder TanztherapeutInnen, je nach Bedarf und Angebot

4. Spirituelle Begleitung in Hospizarbeit und Palliative Care





Nach der Definition der WHO ist die spirituelle Begleitung konstitutiver Teil jeder palliativen Versorgung und hat – neben der Linderung von physischen und psychischen Schmerzen – hohe Priorität. Gerade im Erleben von Krankheit, Schmerz und Begrenztheit können Fragen nach Sinn und Gelingen dringlicher aufbrechen als in anderen weniger dramatischen Lebensphasen.

Unter Spiritualität versteht man die innere Einstellung, das tragende Wertesystem und das persönliche Suchen eines Menschen nach Sinn und Halt; Spiritualität ist der Versuch, Lebenserfahrungen konstruktiv zu begegnen, insbesondere solchen, die als krisenhaft oder existenziell erlebt werden. So verstanden gehört das Bedürfnis nach Spiritualität zu den menschlichen Grundbedürfnissen und verlangt daher nicht unbedingt ein religiöses Bekenntnis oder bestimmte rituelle Vollzüge; vielmehr brauchen auch Menschen, die nicht religiös geprägt oder gebunden sind, einen tragenden Grund an Werten, aus denen sie Sinn erfahren und ihr Leben gestalten.

Daraus ergibt sich eine Unterscheidung in mehrere Schichten von Spiritualität: Die anthropologische Basis bildet eine gleichsam natürliche Spiritualität, die durchaus säkular geprägt sein kann; sie ermöglicht Menschen, ein Wertesystem in ihrem Leben zu entwickeln. Die religiöse Dimension von Spiritualität erschließt den Bezug zu einer transzendenten Wirklichkeit, die Raum gibt für ganz unterschiedliche Gottesbilder.

In der christlichen Spiritualität kommt das biblisch begründete Gottes- und Menschenbild zur Entfaltung: Gott ist als der Schöpfer zugleich der „Freund des Lebens“ (Weish 11,26), der liebt und erhält, was er geschaffen hat. Der Mensch hat als sein Ebenbild teil an der Würde Gottes und ist geschaffen, im irdischen Leben Gottes Liebe zu erfahren und zu erwidern und nach dem Tod Vollendung und unvergängliches Leben in der Gemeinschaft mit Gott zu empfangen. Heil muss (und kann) nicht verdient werden, es ist vielmehr Geschenk. Dieses anzunehmen und im Leben zur Wirkung zu bringen ist die angemessene Antwort des Menschen. Das christliche Gottesbild erschließt eine Perspektive von „Zukunft und Hoffnung“ (Jer 29,11), gerade auch in Lebenssituationen, in denen die Begrenztheit des irdischen Lebens spürbar wird. Die vielfältigen Vollzüge, Zeichen und Symbole christlicher Spiritualität (etwa Sakramente oder Segensgesten) bringen diese Hoffnungsperspektive zum Ausdruck und machen sie sinnlich erfahrbar.

Spirituelle Begleitung im Rahmen von Hospizarbeit und Palliative Care geschieht auf der Basis der unterschiedlichen Ebenen von Spiritualität. Sie orientiert sich an der jeweiligen Persönlichkeit des schwerstkranken Menschen bzw. seiner Angehörigen und nimmt deren Wünsche und Signale auf.

Wer leistet spirituelle Begleitung?

Im weitesten Sinn geschieht spirituelle Begleitung durch alle Menschen, die als Angehörige, Mitarbeitende oder Besuchende mit schwerstkranken und sterbenden Menschen zu tun haben. Denn Begegnung zwischen Menschen ist immer mehr als Information, Verabreichung von Medikamenten oder ein sachkundiger Handgriff. In jeder Begegnung zeigt sich – nonverbal, seltener auch in Worten –, woraus Menschen leben, was sie trägt, was sie fürchten und hoffen. Insofern sollten sich alle, die mit schwerstkranken und sterbenden Menschen zu tun haben, bewusst sein, dass die Haltung, aus der sie selbst leben und in der sie Kranken begegnen, die elementarste Form spiritueller Begleitung ist.

Im engeren Sinn wird spirituelle Begleitung von Mitarbeitenden geleistet, die im Rahmen einer Ausbildung als HospizbegleiterIn oder Palliative-Care-Fachkraft eine Grundqualifikation dafür erworben haben und spirituelle Begleitung als integrativen Teil ihres Dienstes verstehen und praktizieren.

Die ausdrücklichste Form spiritueller Begleitung ist die Seelsorge. Sie wird in kirchlichem Auftrag von dafür ausgebildeten pastoralen MitarbeiterInnen haupt- oder nebenberuflich geleistet und geschieht durch Begegnung, Gespräch, Gebet, Gottesdienst und rituelle Vollzüge (Sakramentspendung, Segen...). Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge erschließt im Gespräch, in der Begegnung, im Gebet und in liturgischen bzw. rituellen Vollzügen die Situation von Krankheit und Tod, von Hoffen und Fragen, von Angst und Zuversicht im Horizont des christlichen Glaubens. Das Proprium christlicher Spiritualität kann heute nicht mehr als allgemein bekannt und praktiziert vorausgesetzt werden; sie erschließt sich nur im Vollzug und erfordert eine einladende Vermittlung. Die entsprechende Motivation, Kenntnis und Fähigkeit zur Vermittlung sollte beim Pflegepersonal, aber auch bei ehrenamtlich Begleitenden gezielt gefördert und ausgebildet werden.



Verschiedene Einrichtungen arbeiten bereits daran, die spirituelle Kompetenz von Mitarbeitenden wertzuschätzen und zu fördern. Wo dies noch nicht bzw. noch nicht in ausreichendem Maß geschieht, sollten Einrichtungen und Anbieter ambulanter Dienste sich darum bemühen, Spiritualität und spirituelle Kompetenz der Mitarbeitenden als wesentliche Dimension ganzheitlicher Pflege wahrzunehmen und entsprechend zu fördern. Dies kann in unterschiedlicher Weise geschehen, etwa durch Fortbildung, regelmäßige Begleitung der Mitarbeitenden durch SeelsorgerInnen oder geeignete ehrenamtliche MitarbeiterInnen örtlicher Kirchengemeinden, Mitwirkung von MitarbeiterInnen bei gottesdienstlichen Feiern in der Einrichtung (zu besonderen Festen, bei Abschiedsfeiern für verstorbene BewohnerInnen...). Bei der Wahl geeigneter Formen und Maßnahmen sind die jeweilige Ausgangslage, das Selbstverständnis des Trägers, die personellen und fachlichen Ressourcen, die Bereitschaft der MitarbeiterInnen und die Möglichkeiten der Kirchengemeinden zu berücksichtigen.

Was leistet spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge – und für wen?

Spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge im Rahmen von Palliative Care nimmt die spirituellen Bedürfnisse der kranken Menschen, ihrer Angehörigen und aller, die in das Versorgungsteam eingebunden sind, wahr und trägt durch Erfüllung ihrer spezifischen Aufgaben zum Erhalt oder zur Verbesserung der jeweiligen Lebensqualität bei.

Zu den Aufgaben spiritueller Begleitung bzw. Seelsorge gehört insbesondere:

- Besuch der kranken Menschen und ihrer Angehörigen,
- auf Wunsch liturgische bzw. rituelle Begleitung (Gottesdienst am Krankenbett, Beichte, Krankensakramente, Segensfeier, Sterberituale...) entsprechend der Beauftragung als SeelsorgerIn oder Vermittlung solcher Begleitung,
- auf Wunsch Vermittlung von SeelsorgerInnen anderer Konfessionen oder Religionen,
- Kontakt zu den Mitarbeitenden, Angebot von Gespräch und seelsorgerlicher Begleitung,
- offene Angebote für Kranke, Angehörige, Mitarbeitende, für die ganze Einrichtung (Abschiedsfeiern nach Todesfällen, jahreszeitliche Feiern, thematische Veranstaltungen, Gesprächsrunden...)



Spirituelle Begleitung unterstützt und ermutigt schwerst-
kranke und sterbende Menschen darin,

- ihr Leben in seinem Reichtum, aber auch in seiner Gebrochenheit und Gebrechlichkeit wahrzunehmen und sich – wenigstens ansatzweise oder partiell – damit zu versöhnen,
- ungeklärte und belastende Situationen oder Beziehungen nach Möglichkeit zu klären,
- im Geheimnis der eigenen Existenz etwas vom Geheimnis Gottes zu erahnen,
- den je eigenen Weg im Vertrauen auf Gott, den Freund des Lebens, bis zum irdischen Ende zu gehen,
- sich aufgehoben zu wissen in der Gemeinschaft der Kirche, die die Lebenslasten der Menschen solidarisch mitträgt und vor Gott bringt,
- sich der Kraft geprägter Traditionen, Riten und Zeichen des Glaubens anzuvertrauen ...

Spirituelle Begleitung unterstützt und ermutigt Angehörige bzw. Bezugspersonen schwerstkranker und sterbender Menschen darin,

- die Beziehung zu dem schwerstkranken bzw. sterbenden Menschen liebevoll und wahrhaftig zu leben,
- Situationen und Beziehungen, die den sterbenden Menschen belasten, ggf. mit ihm zu klären,
- in der Begegnung mit dem sterbenden Menschen das zu vergegenwärtigen und an dem anzuknüpfen, was im bisherigen Leben gut war, was Halt und Geborgenheit gab,
- eigene Trauer und Ängste, die sich aus dem drohenden Verlust des geliebten Menschen ergeben, wahrzunehmen und zu bewältigen,
- sich auch in ihrer Situation getragen und aufgehoben zu wissen ...

Spirituelle Begleitung unterstützt und ermutigt Mitarbeitende, die sich im Rahmen von Palliative Care hauptberuflich oder ehrenamtlich um schwerstkranke und sterbende Menschen kümmern, darin

- sich mit ihrer eigenen Haltung gegenüber Krankheit, Sterben, Tod und Trauer, mit eigenen Ängsten und Hoffnungen, mit dem eigenen Glauben oder Unglauben auseinanderzusetzen,
- den Umgang mit eigenen Fähigkeiten und Grenzen einzuüben,
- ihre Erfahrungen und Erlebnisse aus der Pflege bzw. Begleitung sterbender Menschen zu reflektieren, auszudrücken und darüber zu sprechen,
- eigene (auch spirituelle) Ressourcen zu entdecken und zu pflegen, die für die Bewältigung existenzieller Grenzsituationen notwendig sind,
- durch das eigene Glaubenszeugnis in Wort und/oder Tat für sterbende Menschen, für deren Angehörige und füreinander selbst zu spirituellen BegleiterInnen zu werden ...



Wie werden Menschen unterschiedlicher Bekenntnisse spirituell begleitet?

Das christliche Menschenbild verpflichtet zu absolutem Respekt gegenüber jedem religiösen Bekenntnis. Dazu gehört auch das Wissen um Glaubensinhalte und -formen anderer Konfessionen, Religionen und Kulturen.⁷ Um den unterschiedlichen Menschen in ihrer je eigenen religiösen Prägung gerecht zu werden, wird spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge nach Möglichkeit in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Kirchen, Glaubensgemeinschaften und Religionen wahrgenommen.

Respekt gegenüber anderen Bekenntnissen bedeutet allerdings nicht, dass HospizbegleiterInnen und SeelsorgerInnen ihre eigene Überzeugung verleugnen sollten. Begleitete wollen und brauchen Menschen, die selbst als Person kenntlich sind und ggf. auch sagen oder zeigen können, woraus sie selbst leben und was ihre tragende Hoffnung ist. Selbstverständlich ist dabei – wie in hospizlicher Begleitung und Seelsorge insgesamt – ein hohes Maß an Einfühlung und ein gutes Gespür für die Situation und die Bedürfnisse schwerstkranker Menschen notwendig.

⁷ Vgl. die Broschüre Krankheit, Leiden, Sterben, Tod. Eine Handreichung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sozialen Einrichtungen, hg. von der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Baden-Württemberg. Darin wird prägnant dargestellt, was religiös und kulturell zu beachten ist, wenn Menschen sterben, die unterschiedlichen christlichen Bekenntnissen, dem Judentum, dem Islam, dem Buddhismus oder dem Hinduismus angehören.

In welchem pastoralen Rahmen steht spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge?

Spirituelle Begleitung und Seelsorge im Rahmen von Hospizarbeit und Palliative Care wird in verschiedenen pastoralen Feldern geleistet, in denen es um die Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterblichkeit, Tod und Trauer geht. Dies sind insbesondere

- Kranken(haus)seelsorge,
- Seelsorge in Einrichtungen der stationären Pflege,
- Seelsorge an alten und hochaltrigen Menschen,
- Seelsorge an behinderten Menschen,
- Bestattungs- sowie
- Trauerpastoral.

In allen diesen Bereichen erfahren Menschen Begleitung und Unterstützung, um in den Herausforderungen existenzieller Krisensituationen Orientierung, Stärkung und Ermutigung aus dem Glauben zu finden. Es gilt daher, die Zusammenarbeit zwischen diesen Bereichen, die ineinander greifen und einander ergänzen, zu suchen bzw. weiter zu intensivieren.



5. Gesetzlicher Rahmen von Hospizarbeit und Palliative Care



Pflegeversicherung

Die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 war der Beginn einer eigenen Gesetzgebung für die Versorgung von Menschen, die aufgrund von Krankheit oder Alter nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen. Dabei ging es um die finanzielle Teilabsicherung eines Lebensrisikos, das mit steigender Lebenserwartung für nahezu die gesamte Bevölkerung ein sehr reales wurde. Zugleich kam damals in den Blick, dass zu einer ganzheitlichen Fürsorge, die den Menschen in seinen unterschiedlichen Bedürfnissen wahrnimmt, außer der medizinischen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung auch die psychosoziale und spirituelle Dimension gehört. Dieser Versorgungsbereich wurde dem ehrenamtlichen Engagement zugewiesen und dementsprechend nicht finanziell gefördert.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 weitet die Leistungen aus, insbesondere durch die Schaffung von Pflegestützpunkten und die Einführung der sog. Pflegezeit.

§ 39a SGB V –

Stationäre und ambulante Hospizleistungen⁸

Nach § 39a des Fünften Sozialgesetzbuchs über stationäre und ambulante Hospizleistungen haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, seit 2001 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird. Voraussetzung dafür ist, dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.

Des Weiteren haben die Krankenkassen ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Häuslichkeit oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Für die Förderung gelten ebenfalls bestimmte Voraussetzungen.

Auf dieser gesetzlichen Grundlage haben die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die beauftragten Spitzenorganisationen der stationären Hospize und der ambulanten Hospizdienste Rahmenvereinbarungen für die ambulante und stationäre Hospizversorgung abgeschlossen.

⁸ Der Wortlaut des Gesetzes ist u. a. zugänglich unter http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/_39a.html



§ 37b SGB V und § 132d SGB V – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)⁹

Mit der Richtlinie zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (2007) soll die ambulante Versorgung schwerstkranker Menschen am Lebensende strukturell und qualitativ gestärkt werden. Menschen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

SAPV wird ärztlich verordnet und umfasst medizinische und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Ein besonders qualifiziertes interdisziplinäres Palliativ-Care-Team (PCT) kann je nach Bedarf beratend tätig werden, die Versorgung koordinieren, mit zusätzlichen Maßnahmen unterstützen oder diese auch vollständig übernehmen. In Not- oder Krisenfällen sollen PCTs auch eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft bis hin zur psychosozialen Unterstützung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, insbesondere im Umgang mit Sterben und Tod, gewährleisten.

SAPV soll dazu beitragen, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dennoch gilt der Anspruch auf SAPV-Leistungen auch für Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben.

In Abgrenzung zur spezialisierten wird die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte geleistet, die zwar „nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich arbeiten“, jedoch „Fortbildungen absolviert und Kenntnisse in diesem Bereich haben“.¹⁰

Nach dem Willen des Gesetzgebers sind im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie im Rahmen der ambulanten und stationären Hospizleistungen „die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen“.¹¹

Instrumente der Vorsorge

In der letzten Phase ihres Lebens sind viele Menschen nicht mehr in der Lage, selbst zu bestimmen oder zu äußern, welche medizinischen, v. a. auch welche lebenserhaltenden Maßnahmen an ihnen durchgeführt werden sollen und wer an ihrer Stelle in Fragen der Gesundheit, der Versorgung, der Unterbringung, der Finanzen, der gesamten Lebensführung entscheidungsberechtigt sein soll. Mit den Rechtsinstrumenten der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung kann bereits in jeder früheren Lebensphase eine rechtsverbindliche Verfügung zu diesen Bereichen getroffen werden, der dann entsprochen werden muss, wenn der aktuelle Wille nicht mehr ermittelt werden kann.

Diese unterschiedlichen Vorsorgeinstrumente sind unter 9. ausführlich dargestellt.

9 Der Wortlaut des Gesetzes ist u. a. zugänglich unter www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/___37b.html

10 Erklärendes Memorandum der Erklärung des Europarats, Abs. 53, 2004

11 SAPV-Richtlinie vom 20. Dezember 2007, § 1, Abs. 2



6. Qualitätsstandards von Hospizarbeit und Palliative Care



Der gesetzliche Rahmen gibt Standards für eine verlässliche und qualitativ definierte Palliativversorgung vor.¹² Die Einhaltung dieser Standards ist Voraussetzung für die gesetzlich garantierte finanzielle Förderung von Einrichtungen und Maßnahmen im Bereich von Hospizarbeit und Palliative Care.

Wo Hospizarbeit bzw. Palliative Care in kirchlicher Träger- bzw. Mitträgerschaft geleistet wird, geschieht dies auf der Grundlage der geforderten Qualitätsstandards. Darüber hinaus weiß sich kirchliche Hospizarbeit in besonderer Weise dem christlichen Menschenbild verpflichtet, das die Beziehung zu den Menschen – Schwerstkranken, Angehörigen und Mitarbeitenden – prägt und dem Engagement ein besonderes Profil verleiht. Wesentliche Aspekte des christlichen Menschenbilds sind in diesem Zusammenhang

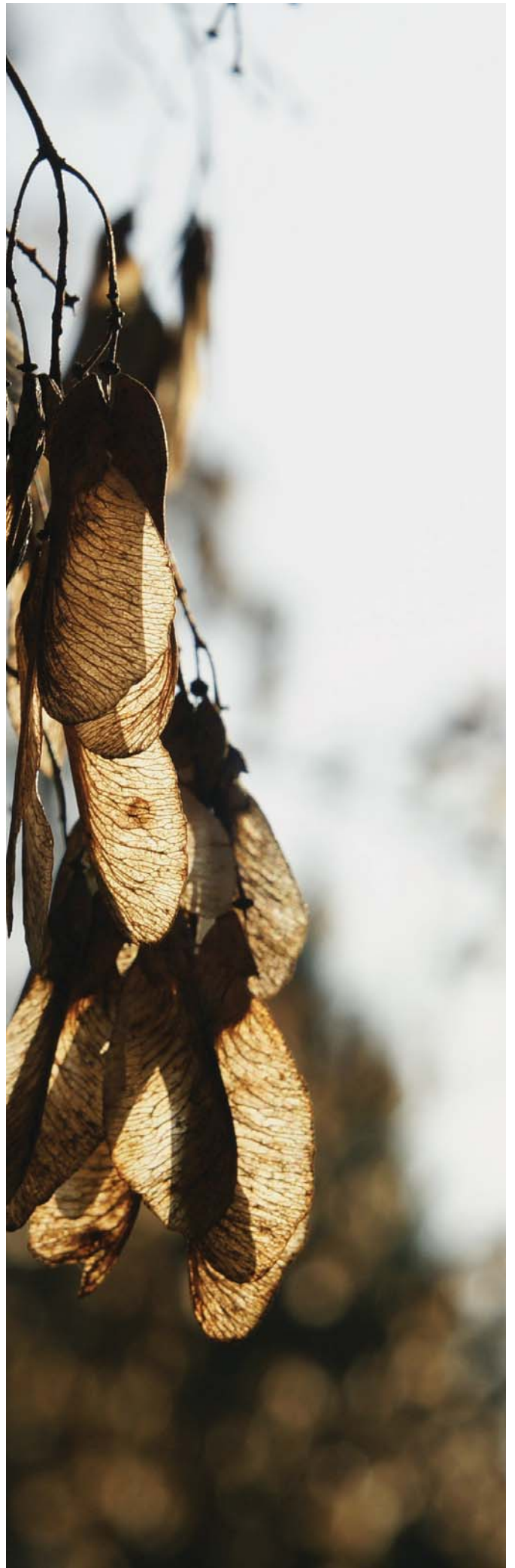
- die Würde, die jedem Menschen von Gott gegeben ist und ihn zum Ebenbild Gottes macht – vor jeder Leistung und unabhängig von den Lebensumständen,
- die Gleichrangigkeit und Gleichwertigkeit aller Menschen in jedem Stadium ihres Lebens,
- das Vertrauen, dass Gott in allem das Heil der Menschen will und dass Krankheit und Leiden nicht als göttliche Strafe zu verstehen sind,
- die Spannung zwischen Freiheit und Verantwortung, Selbstbestimmung und Unverfügbarkeit des Lebens,
- die Anwaltschaft für den Schutz des menschlichen Lebens in allen seinen Stadien,
- die Bejahung der Tatsache, dass das irdische Leben sterblich ist,
- der Glaube, dass der Tod als das Ende des irdischen Lebens den Menschen vor das Angesicht Gottes führt,
- die Gewissheit, dass Gott in der Geschichte jedes Menschen immer schon am Werk ist,
- die Hoffnung für jeden Menschen, dass sein bruchstückhaft gelebtes irdisches Leben Vollendung findet in der liebenden Barmherzigkeit Gottes.

Neben ambulanten Diensten sind auch viele Einrichtungen der stationären Pflege in katholischer Trägerschaft und stehen damit ausdrücklich auf dem Fundament des christlichen Menschenbilds. Dieses Profil muss ihnen in besonderer Weise Verpflichtung sein, umfassende qualifizierte Palliativversorgung anzubieten, die den unterschiedlichen Bedürfnissen kranker, alter und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen gerecht wird und auch die Begleitung der MitarbeiterInnen im Blick hat.

12. Neben den bereits genannten Gesetzen und Richtlinien auch in: Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 (u.a. zugänglich unter www.dgpalliativmedizin.de/pdf/downloads/080724%20Empfehlungen%20komplett.pdf) und in: Konsenspapier *Allgemeine und Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Baden-Württemberg* (Stand 10.11.2008), hg. von der Interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Moderation des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (u. a. zugänglich unter www.krebsverband-bw.de/fileadmin/assets/Inhalt/WebDesign/ATO/SAPV/Konsenspapier_SAPV_BW_10.11.2008.pdf)



7. Qualifizierung,
Ausbildung, Fortbildung



Ambulante Hospizdienste

Ehrenamtlich tätige MitarbeiterInnen ambulanter Hospizdienste werden auf ihre Aufgabe, schwerstkranke Menschen und ihre Angehörigen zu begleiten, in Ausbildungskursen über einen längeren Zeitraum hinweg umfassend und intensiv vorbereitet. Diese Qualifizierung ist – ebenso wie regelmäßige Fortbildung – Voraussetzung für die Wahrnehmung des Hospizdienstes; sie findet dezentral und in der Regel ortsnah statt. Dabei wirken Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen mit (etwa erfahrene HospizmitarbeiterInnen, Pflegekräfte, Ärzte/Ärztinnen, SeelsorgerInnen, PsychotherapeutInnen, BestatterInnen, Angehörige schwerstkranker Menschen).¹³

Fachkräfte im Rahmen der Palliativ-Care-Versorgung

Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachkräfte, die in der ambulanten oder stationären Palliativversorgung nach § 37b SGB V arbeiten, müssen sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben qualifizieren und regelmäßig weiterbilden¹⁴. Dasselbe gilt für LeiterInnen ambulanter Hospizdienste nach § 39a SGB V.¹⁵

SeelsorgerInnen

Hauptberufliche SeelsorgerInnen werden im Rahmen ihrer Berufsausbildung und Berufseinführung grundsätzlich auch in die seelsorgerliche Begleitung kranker und sterbender Menschen eingeführt. Es ist sicherzustellen, dass dies in allen pastoralen Berufen auch tatsächlich und in hinreichendem Maß geschieht.

SeelsorgerInnen, die in einen Hospizdienst bzw. in die Palliative-Care-Versorgung eingebunden sind, sollten sich darüber hinaus fundiert in diesen Bereich einarbeiten. Für sie muss entsprechende Fort- und Weiterbildung ermöglicht werden.

Häufig lassen sich KrankenhausseelsorgerInnen in die konzeptionelle und praktische Arbeit von Palliative-Care-Teams einbinden und stellen damit sicher, dass das Thema Spiritualität nicht beliebig besetzt wird. Auch sie brauchen qualifizierte Fort- und Weiterbildung, wie sie auch durch die Standards für den Betrieb einer anerkannten Palliativeinrichtung gefordert ist.¹⁶

13 Inhalte und Rahmenbedingungen der Qualifizierung sind u. a. genannt in: Vorbereitungsseminar für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der psychosozialen Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen im Rahmen der Hospizarbeit. Rahmenempfehlungen der Arbeitsgruppe Ambulante Hospizdienste im Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, November 2008
Broschüre Qualitätsanforderung zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit. Empfehlungen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e. V., 2005
Aus- und Fortbildungsangebote sind etwa über den Internetauftritt der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg e. V. zugänglich.

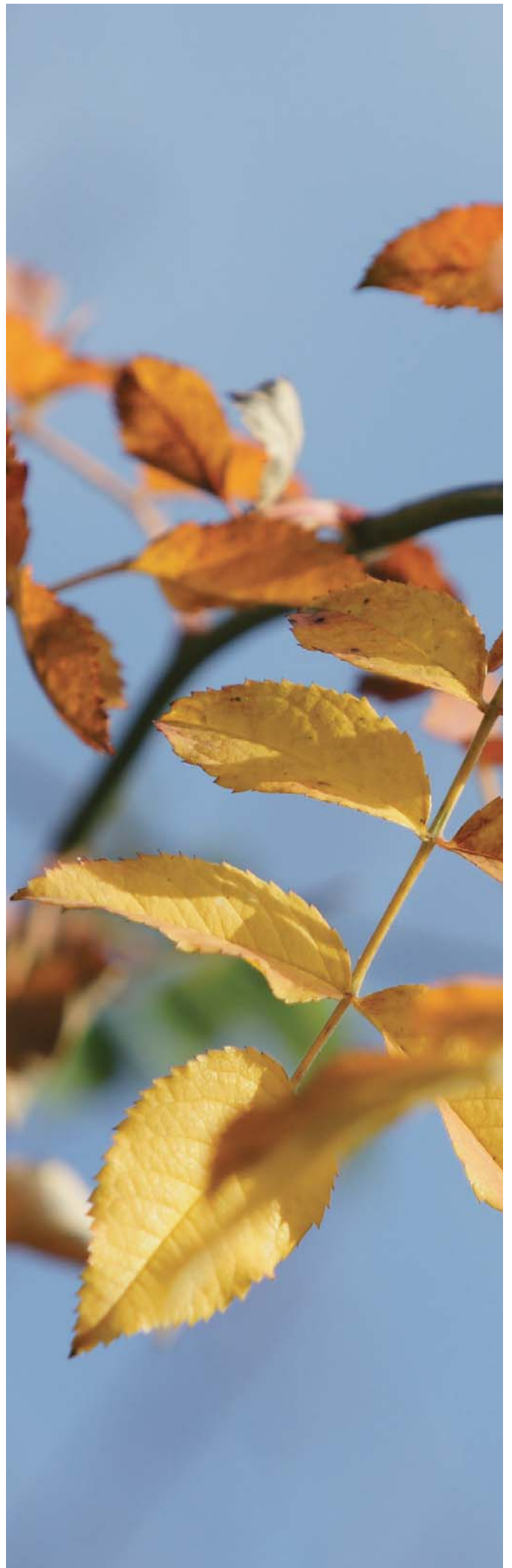
14 nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

15 Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote für Fachkräfte sind etwa über den Internetauftritt der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg e. V. zugänglich.

16 Dafür stehen unterschiedliche Einrichtungen zur Verfügung, die sich u. a. auf Fortbildungen in diesem Bereich spezialisiert haben, etwa das Erzbistum Köln, Referat Seelsorge im Gesundheitswesen, oder das Interdisziplinäre Zentrum für Palliativmedizin (IZP)/Christophorus-Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit am Klinikum der Universität München.



8. Zum Bedarf



Ambulante Hospizgruppen

Aufgrund des großen Engagements vieler ehrenamtlicher MitarbeiterInnen gibt es im Bereich der Diözese Rottenburg-Stuttgart in allen Regionen mittlerweile ein dichtes Netz ambulanter Hospizdienste, so dass nirgendwo mehr ein erheblicher Mangel zu verzeichnen ist. Gelegentlich kann jedoch lokal noch Bedarf an neu zu gründenden Gruppen bestehen.

Soll eine neue Hospizgruppe gegründet werden, muss vor Ort über deren rechtliche Gestalt und die Art der Kooperationen entschieden werden. Dabei bieten sich insbesondere zwei Rechtsformen an: die Ökumenische Arbeitsgemeinschaft Hospiz in Trägerschaft der örtlichen Kirchengemeinden oder der eingetragene Verein, in dem die Kirchengemeinden den Status von Mitgliedern (neben vielen anderen) haben können.¹⁷

¹⁷ vgl. Anmerkung 1. Beratung zu Fragen im Blick auf Struktur und Satzung gibt das Bischöfliche Ordinariat, HA XIII – Abt. Kirchengemeinden/RPA. Im Fall der Errichtung einer Ökumenischen Arbeitsgemeinschaft Hospiz wird die Satzung dort vorgelegt und genehmigt.

Stationäre Hospize

Im Bereich der Diözese Rottenburg-Stuttgart gibt es eine Reihe stationärer Hospize.¹⁸ Ob über das bestehende Angebot hinaus weiterer Bedarf an Plätzen besteht und ggf. in welcher Höhe, lässt sich nicht eindeutig sagen, da es für die Bedarfsermittlung keine verbindliche Zahlengrundlage gibt. Häufig wird ein Bedarf von einem Platz für je 50 000 bis 60 000 Einwohner als Richtwert genannt. Werden ausschließlich die Plätze in stationären Hospizen berücksichtigt, so liegt Baden-Württemberg deutlich darunter, bezieht man die Palliativstationen in Kliniken mit ein, liegt der Wert etwa ebenso deutlich darüber.¹⁹

Da die Errichtung und der Betrieb stationärer Hospize dauerhaft mit hohen Kosten verbunden ist, sollten Interessenten sich rechtzeitig und umfassend darüber informieren, was ggf. auf einen Träger zukommt und was im Vorfeld bedacht und geklärt werden muss. Unterstützung gibt dabei eine diözesane Broschüre.²⁰

¹⁸ In Baden-Württemberg gibt es derzeit (Stand Herbst 2009) 20 stationäre Hospize mit 152 Betten, davon in der Diözese Rottenburg-Stuttgart 12 (in Backnang, Bietigheim-Bissingen, Ellwangen, Eningen u. A., Friedrichshafen, Leonberg, Stuttgart/Hospiz Stuttgart, Stuttgart/Hospiz St. Martin, Ulm, Villingen-Schwenningen, Wangen i. A. und Weinsberg). Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Hospize ist unter http://hospiz-bw.de/adressen/stationaere_hospize zugänglich.

¹⁹ Für stationäre Hospize ergibt sich für das Jahr 2008 ein Verhältnis von ca. 1:78.000, für Hospize und Palliativstationen zusammen 1:34.000. Was die Verteilung in der Fläche betrifft, so liegt auf dem Gebiet der Diözese Rottenburg-Stuttgart eine Unterversorgung mit stationären Hospizplätzen noch in der Region Hohenlohe vor (Stand 2009).

²⁰ Ein stationäres Hospiz – auch bei uns? Was man für die Errichtung wissen muss, hg. von der Diözese Rottenburg-Stuttgart (HA IV Pastorale Konzeption HA VI Caritas, Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart) 2008, auch als Download unter www.drs.de/index.php?id=1476%20-%2015k%20-



Palliative-Care-Versorgung zu Hause und in stationären Einrichtungen

Aufgrund der strengen Aufnahmekriterien kann nur ein geringer Teil der über längere Zeit hinweg pflegebedürftigen, aber auch der schwerstkranken und sterbenden Menschen in ein stationäres Hospiz aufgenommen werden. So werden etwa zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt (durch Angehörige, oft unterstützt von Pflegediensten), ein Drittel lebt in stationären Pflegeeinrichtungen.²¹

Durch den weiteren Ausbau der interdisziplinär vernetzten Palliative-Care-Versorgung sollen die Lebensbedingungen aller pflegebedürftigen Menschen verbessert werden, idealerweise so weit, dass das derzeit starke Gefälle gegenüber dem Versorgungsstand, der in stationären Hospizen gegeben ist, ausgeglichen wird. Dabei gilt der Grundsatz: **Wer auch immer wo auch immer stirbt, hat Anspruch auf qualifizierte Betreuung im Sinn von Palliative Care.**

Um dies zu verwirklichen, gilt es, auch neue Formen von Unterstützung zu entwickeln bzw. zu unterstützen, die es ermöglichen, dass Menschen in allen Lebensphasen bis zum Sterben in der privaten Häuslichkeit bleiben können. Dazu gehören etwa auch verschiedene Modelle von teilstationären Angeboten (Tages- oder Nachtpflege) sowie das Modell der Hospizwohnung, das eine Variante der ambulanten Versorgung darstellt.

Besonders dringlich ist die Verbesserung der Palliative-Care-Versorgung in den Einrichtungen der stationären Pflege. Obgleich viele Träger die Wichtigkeit erkannt und mit der Implementierung von Palliative Care in ihre Pflegekonzepte begonnen haben, ist der Bedarf hier noch immens.

²¹ Über die Orte, wo Menschen sterben, gibt es in Deutschland keine Statistik. Nach fundierten Schätzungen sterben hierzulande etwa 50 % der Menschen im Krankenhaus, 25 % in Pflegeeinrichtungen, 20 % zu Hause und 5 % andernorts (durch Unfall, Selbsttötung oder Tötung). Die Zahlen spiegeln die Praxis, oft auch schwerstkranken und sogar sterbende Menschen noch ins Krankenhaus zu verlegen, wo sie dann auch sterben.

Gewährleistung von Seelsorge im Rahmen von Palliative Care

Die spirituelle bzw. seelsorgerliche Begleitung kranker und sterbender Menschen, die zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen leben, und ihrer Angehörigen ist strukturell Teil der Gemeindepastoral und liegt in der Verantwortung der jeweiligen Ortsgemeinden. Oft wird die Begleitung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen in Hospizgruppen oder Besuchsdiensten wahrgenommen, die damit Aufgaben der Kirchengemeinde erfüllen. Die Gemeinden bzw. Seelsorgeeinheiten stehen in der Pflicht, dafür Sorge zu tragen, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen auch für diese Dimension der Begleitung qualifiziert und in der Ausübung des Dienstes verlässlich und kompetent begleitet werden.

Spezifisch priesterliche Dienste wie die regelmäßige Feier der Eucharistie und bei Bedarf die Spendung von Sakramenten verlässlich anzubieten, wird angesichts der Personalsituation zunehmend schwieriger. Dennoch bleibt es eine vordringliche pastorale Aufgabe, für Menschen in schwerer Krankheit und im Angesicht des Sterbens auch seelsorgerliche, liturgische und sakramentale Begleitung strukturell und personell zu gewährleisten.

Die Diözese trägt Verantwortung dafür, dass der Auftrag, Kranken und Sterbenden beizustehen und sie im Glauben, in der Hoffnung und in der Liebe zu stärken, erfüllt werden kann, unabhängig davon, an welchem Ort und unter welchen Umständen diese leben.



9. Instrumente der Vorsorge



Um Menschen in schwerer Krankheit oder beim Sterben beistehen und ggf. notwendige Entscheidungen in ihrem Sinn treffen zu können, ist es hilfreich, möglichst viel über ihre Persönlichkeit, ihren Lebensstil und ihre Überzeugungen zu wissen. Die unterschiedlichen Instrumente der Vorsorge können dabei wertvolle Informationen bereitstellen oder konkrete Vorgaben machen. Sie beziehen sich jeweils auf bestimmte Lebensbereiche, etwa Gesundheit und medizinisch-pflegerische Versorgung, Wohnsituation und Unterbringung, Vermögens- bzw. Finanzangelegenheiten oder religiöse Überzeugungen und spirituelle Bedürfnisse.

Vorausverfügungen solcher Art sind grundsätzlich rechtlich bindend, sofern keine Anzeichen einer aktuellen Willensänderung zu erkennen und zu ermitteln sind.

Die unterschiedlichen Vorsorgemaßnahmen können einzeln oder in Kombination getroffen werden. Dabei ist zu beachten, dass die Erklärungen der Einzelverfügungen einander nicht widersprechen dürfen.

Alle Vorausverfügungen und Vorsorgemaßnahmen stehen in einem Spannungsfeld, das durch Konkurrenz unterschiedlicher Werte entsteht und zu schwierigen Konfliktsituationen führen kann. Heute wird der Selbstbestimmung, die ausschließlich als rationale Selbstbestimmung verstanden wird, gemeinhin der höchste Rang in der Werteskala zugebilligt, dem alle anderen Werte nachgeordnet werden. Der Wert der Selbstbestimmung, muss jedoch „ergänzt werden durch die Erkenntnis, dass liebevolle Zuwendung zum Menschen in der schwächsten Phase seines Lebens durch nichts zu ersetzen ist. Geliebt zu werden ist noch wichtiger als selbstbestimmt zu leben ... Darum dürfen ... aus christlicher Sicht Autonomie und Fürsorge nicht gegeneinander ausgespielt werden“.²²

²² Bischof Dr. Gebhard Fürst in seinem Vortrag „Das neue Gesetz zur Patientenverfügung - Bewertungen und Konsequenzen“, gehalten im Rahmen der Tagung Selbstbestimmung und Patientenwohl am Lebensende. Das neue Gesetz zur Patientenverfügung... am 24.10.2009 im Haus der Katholischen Kirche in Stuttgart.

Patientenverfügung

Angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin, das Leben immer mehr zu verlängern, halten es viele Menschen für notwendig, in einer Patientenverfügung Bedingungen festzulegen, unter denen sie keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr wünschen. Solche Vorausverfügungen sollen gelten für eine Zeit, in der die körperlichen und/oder geistigen Voraussetzungen für eine aktuelle Willensentscheidung bzw. Willensäußerung nicht mehr gegeben sind.

Nach jahrelangem Ringen trat am 1. September 2009 eine gesetzliche Regelung zu den Voraussetzungen, zur Wirksamkeit und zur Reichweite von Patientenverfügungen in Kraft.²³ Darin ist festgelegt, dass die von einer einwilligungsfähigen volljährigen Person schriftlich niedergelegte Patientenverfügung im späteren Fall der Entscheidungsunfähigkeit für Ärzte, Angehörige, Betreuer und Bevollmächtigte grundsätzlich bindend ist, ohne Begrenzung der Reichweite. Tritt dieser Fall ein, so muss geprüft werden, ob die Festlegungen der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen. Deckt sich die aktuelle Situation mit der Vorausverfügung nicht oder nur ungefähr, so wird die Entscheidung darüber, welche Handlungsoption in der konkreten Situation dem Willen des Betroffenen (am ehesten) entspricht, (im Idealfall) einvernehmlich zwischen Arzt und Bevollmächtigtem bzw. Betreuer getroffen, nach Möglichkeit unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen. Sind sich Arzt und Bevollmächtigter bzw. Betreuer über den Patientenwillen einig, bedarf es keiner Einbindung des Betreuungsgerichts. Bestehen hingegen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

²³ §§ 1901a, 1-5 BGB

Auch nach der gesetzlichen Regelung gibt es über Reichweite und Verbindlichkeit solcher Verfügungen einen gesellschaftlichen und politischen Dissens. Im Hintergrund steht die Grundfrage, ob die Autonomie des Menschen – in der Tradition der Aufklärung verstanden als rationale Selbstbestimmung – der höchste Wert sein kann, der zugleich die Würde des Menschen konstituiert. Das christliche Menschenbild widerspricht dieser Position. Denn nach biblisch-christlichem Verständnis ist die Würde des Menschen darin begründet, dass er von Gott geschaffen, geliebt und voraussetzungslos angenommen ist; jede Freiheit, auch die Freiheit, über sich selbst zu bestimmen, ist *Folge* dieser Würde, nicht deren *Bedingung*. 'In Würde' leben können in diesem Sinn nicht nur die Menschen, die zu rationaler Selbstbestimmung fähig sind, sondern alle Menschen in jedem Stadium ihres Lebens, unabhängig vom Grad irgendwelcher Einschränkungen oder Behinderungen.

Die Problematik einer Vorausverfügung, die in völlig anderen Lebensumständen getroffen wird, liegt auch darin, dass niemand hypothetisch vorwegnehmen kann, wie er in einer Situation fühlen und entscheiden würde, die (noch) sehr weit vom eigenen Erleben entfernt ist. Deshalb muss der aktuell zu ermittelnde Wille in jedem Fall Vorrang haben vor jeder Vorausverfügung. Da das Gesetz keine Reichweitenbeschränkung kennt, gewinnt dieser Grundsatz eine Bedeutung, die nicht hoch genug zu veranschlagen ist.

Der hohe Wert der Freiheit und Selbstbestimmung kann nicht absolut gelten; er muss vielmehr ergänzt werden um den Wert der Fürsorge. Denn der Mensch ist nicht nur ein individuelles, sondern ebenso sehr ein soziales Wesen, und erst beides zusammen macht ihn zu dem, was er ist.

Die Patientenverfügung dokumentiert, wie ein Mensch im Vollbesitz seiner Kräfte fühlt und denkt, wie er sich ein Leben mit Krankheit und Einschränkung vorstellt, was er befürchtet und erhofft. Insofern ist sie ein wichtiger Hinweis, wenn im Ernstfall der aktuelle Wille ermittelt werden muss. Die darin getroffenen Vorausverfügungen dürfen aber nicht im Sinn eines Automatis-

mus ungeprüft erfüllt werden.

Eine Gefahr sehen Fachleute darin, dass sich die ursprüngliche Intention der Patientenverfügung schleichend ins Gegenteil umkehren könnte. Dies wäre dann der Fall, wenn das Instrument der Absicherung gegen zu viel medizinische Behandlung unter der Hand zu einem Druckmittel würde, um Menschen zum Verzicht auf sinnvolle, aber kostspielige medizinische Behandlung zu bewegen. Aus dem Anliegen, sterben zu dürfen, würde dann die Erwartung, sterben zu sollen. Angesichts der wirtschaftlichen Engpässe in Verbindung mit der demografischen Entwicklung, die bereits absehbar ist, scheinen solche Befürchtungen durchaus nicht unberechtigt. Demgegenüber ist festzustellen, dass es weder eine gesetzliche noch irgendeine anderweitige Verpflichtung gibt, eine Patientenverfügung zu erstellen, die für bestimmte Lebenssituationen den Verzicht auf lebenserhaltende medizinische Behandlung erklärt. Möglich ist auch, in der Patientenverfügung nicht etwa den Verzicht zu erklären, sondern umgekehrt den Wunsch nach lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen niederzulegen. Auch in diesem Fall ist die schriftlich errichtete Patientenverfügung rechtlich bindend, wenn keine aktuelle Willenserklärung mehr möglich ist.

Für die Erstellung von Patientenverfügungen gibt es eine Vielfalt von Ratgeberliteratur und Formularen, die entsprechend dem jeweils zugrunde liegenden Menschenbild unterschiedliche Ziele verfolgen und unterschiedliche Regelungen vorsehen. Bei der Auswahl einer bestimmten Vorlage ist darum genau zu prüfen, ob die damit verbundenen Anliegen und Vorgaben tatsächlich der eigenen Überzeugung entsprechen.²⁴ In jedem Fall ist es sehr ratsam, sich vor oder bei der Abfassung einer Patientenverfügung mit Vertrauenspersonen zu beraten bzw. von Fachleuten (ÄrztInnen, SeelsorgerInnen, JuristInnen, SozialarbeiterInnen ...) beraten zu lassen.

²⁴ Ein Angebot ist die Christliche Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland. Das Formular von 2003 wird im Blick auf die neue Rechtslage überarbeitet und liegt voraussichtlich Mitte 2010 vor.

Spirituelle Verfügung

Während in der Patientenverfügung eher medizinische und rechtliche Sachverhalte im Mittelpunkt stehen, setzt das Modell der Spirituellen Verfügung²⁵ bei der menschlichen, ethischen und religiösen Grundeinstellung des Menschen an. Im Hintergrund steht die Erfahrung, dass es um so leichter ist, einem Menschen gerecht zu werden und in seinem Sinn zu handeln, je mehr über seine Persönlichkeit bekannt ist.

Menschen, die eine Spirituelle Verfügung erstellen, geben Auskunft darüber, aus welchen religiösen bzw. weltanschaulichen Überzeugungen sie leben, welche Werte und Grundsätze sie tragen, welche religiösen Vollzüge, Traditionen und Gewohnheiten ihr Leben prägen, was sie im diesseitigen Leben und darüber hinaus erhoffen und welche sozialen Bezüge ihnen im Leben und im Sterben wichtig sind. Ebenso kann auch niedergelegt werden, was abgelehnt bzw. nicht gewünscht wird. Eine spirituelle Verfügung kann im konkreten Fall eine wertvolle Grundlage sein, um einen Menschen im Sterben so zu begleiten, wie es seiner Persönlichkeit und seinen individuellen Bedürfnissen entspricht.

Im Unterschied zu den anderen Vorsorgeinstrumenten ist die Spirituelle Verfügung nicht gesetzlich verankert. Auch sie kann ergänzend oder alternativ zu anderen Verfügungen erstellt werden und ggf. eine wertvolle Entscheidungshilfe darstellen.

²⁵ Das Modell der Spirituellen Verfügung wurde entwickelt von dem Erziehungswissenschaftler und Sozialethiker Prof. Franco Rest und ist etwa über die Internetadresse www.soziales.fh-dortmund.de/rest/Spirituelle%20Verf%C3%BCgung.htm zugänglich. Die Vorlage kann als Raster übernommen werden, aber auch zu eigenen Formulierungen anregen.

Vorsorgevollmacht

Da eine Patientenverfügung niemals alle möglicherweise eintretenden Fälle bedenken kann, ist es sehr ratsam, rechtsverbindlich eine Vertrauensperson zu benennen, die ggf. in medizinischen, aber auch in anderen lebenspraktischen Fragen anstelle der benennenden Person entscheidet bzw. mitentscheidet. Voraussetzung dafür sind ein grundsätzliches gegenseitiges Vertrauen und eine Vertrautheit der bevollmächtigten mit der bevollmächtigenden Person, ihrer Lebensgeschichte, ihren Einstellungen und Wertvorstellungen. In Kombination mit einer gewissenhaft erstellten Patientenverfügung bietet die Betreuungsvollmacht die relative Gewissheit, dass ggf. sowohl der Selbstbestimmung als auch der sozialen Dimension des Menschen Rechnung getragen wird.

Die Vorsorgevollmacht kann auch mit einer Betreuungsverfügung kombiniert werden.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann vorausbestimmt werden, wer im Fall einer notwendig werdenden gesetzlichen Betreuung vom Betreuungsgericht als BetreuerIn bestellt oder auch nicht bestellt werden soll. Häufig wird in der Betreuungsverfügung dieselbe Person benannt, der auch die Vorsorgevollmacht übertragen wird. Eine Betreuungsverfügung ist aber insbesondere auch dann sinnvoll, wenn keine Person aus dem privaten Umfeld vorhanden ist, die bereit und/oder in der Lage wäre, eine Vorsorgevollmacht zu übernehmen.

Worin liegt der Wert dieser Vorsorge-Instrumente?

Die politischen Auseinandersetzungen, insbesondere im Vorfeld der gesetzlichen Verankerung der Patientenverfügung, zeigen die Problematik und die Grenzen dieses Regelungsinstruments. Zugleich aber ist auch der Gewinn offensichtlich, der in mehrfacher Hinsicht in dieser Entwicklung liegt:

- Der notwendige gesellschaftliche Diskurs um die konkrete Gestalt des Gesetzes, um Verbindlichkeit und Reichweite stieß eine öffentliche Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Menschenbildern und den diese tragenden Werten an.
- Die lange Zeit ins Tabu verdrängten Themen um Krankheit, Sterben, Tod und Trauern treten auf diese Weise ins Interesse einer breiten Öffentlichkeit.
- Menschen, die sich um ihr Lebensende Gedanken machen, beschäftigen sich mit wesentlichen Fragen des Menschseins, mit der Ursehnsucht nach Freiheit und Gemeinschaft, Autonomie und Fürsorge, individueller und sozialer Identität, nach Gelingen und Heil des zerbrechlichen menschlichen Lebens.
- Menschen, die sich mit diesen Fragen beschäftigen, kommen in Austausch mit anderen, teilen einander mit, was sie erwarten, befürchten und erhoffen; sie lernen einander in neuer Weise kennen und die Beziehung zwischen ihnen erhält eine andere Qualität.
- Menschen, die Vorsorge für ihr Lebensende treffen, können im Ernstfall Angehörige von überfordernden Entscheidungen entlasten und Entscheidungen ermöglichen, die ihrer Persönlichkeit gerecht werden.
- Die unterschiedlichen Instrumente der Vorsorge können einzeln oder in Kombination genutzt werden, je nachdem, wie die Lebenssituation insgesamt und wie hoch das Bedürfnis nach konkreten Regelungen ist.

Ausblick

In der solidarischen Begleitung von Menschen, die schwer erkrankt oder altersgebrechlich sind und das Sterben vor Augen haben, erkennt die Kirche zu allen Zeiten den Auftrag Jesu und sucht ihn zu verwirklichen. Dabei kommt der spirituell-seelsorgerlichen Dimension der Begleitung besonderes Gewicht zu. Es gilt deshalb, die strukturellen und personellen Voraussetzungen zu schaffen, damit diese originäre pastorale Aufgabe auch künftig erfüllt werden kann.

Mit den Lebensumständen verändern sich im Lauf der Geschichte auch die Bedürfnisse sterbender Menschen und die Anforderungen und Aufgaben, die sich daraus für deren Begleitung und Versorgung ergeben. Immer aber wird sich der Glaube hierin bewähren müssen; immer wird es darauf ankommen, dass auch im Angesicht von Leid, Krankheit, Begrenztheit, Sterben und Trauern die Hoffnung auf den Gott bezeugt wird, der ein ‚Freund des Lebens‘ ist und Lebende, Sterbende und Verstorbene in seiner Hand hält.

Auf dieser Grundlage setzt sich die Diözese Rottenburg-Stuttgart zusammen mit anderen Trägern für menschlich, fachlich und geistlich qualifizierte Hospizarbeit und Palliative-Care-Versorgung ein und fördert diese nach Kräften auf allen Ebenen.

Anhang

Strukturen, Zuständigkeiten, Kooperationen,
Service-Dienste

... in der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Im Bischöflichen Ordinariat liegt die Zuständigkeit für den Bereich Hospizarbeit und Palliative Care bei HA IV Pastorale Konzeption (federführend) in enger Kooperation mit HA VI Caritas. Dabei ist insbesondere die Verbindung mit dem pastoralen und diakonischen Handeln und Wirken der Kirche insgesamt im Blick.

Hauptabteilung IV Pastorale Konzeption
Postfach 9
72101 Rottenburg
Tel.: 07472 169-418
Fax: 07472 169-570

Hauptabteilung VI Caritas
Jahnstr. 32
70597 Stuttgart
Tel.: 0711 9791-392
Fax: 0711 9791-394

Im Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart liegt die Zuständigkeit innerhalb des Kompetenzzentrums Sozialpolitik. Dabei geht es eher um die sozialpolitische Dimension und die Stimme der Kirche innerhalb der Wohlfahrtsverbände, die Unterstützung von Hospizgruppen in praktischen Fragen (z. B. Beantragung von Zuschüssen) sowie die Vertretung der kirchlichen Hospizarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Hospiz.

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart
Kompetenzzentrum Sozialpolitik
Strombergstr. 11
70188 Stuttgart
Tel.: 0711 2633-1412
Fax: 0711 2633-1189

Die Steuerungsgruppe Hospiz und Palliative Care ist das ständige gemeinsame Arbeitsgremium dieser drei Bereiche; in ihr können zeitnah aktuelle Entwicklungen beraten und notwendige Entscheidungen getroffen bzw. vorbereitet werden. Sie nimmt Impulse (etwa aus der AG Hospiz) auf und gibt selbst Impulse.

Die AG Hospiz ist eine Arbeitsgemeinschaft, der neben den Mitgliedern der Steuerungsgruppe Fachleute aus den unterschiedlichen Bereichen angehören, die bei qualifizierter ganzheitlicher Hospizarbeit bzw. Palliative-Care-Versorgung zusammenwirken müssen (Medizin, Pflege, psychosoziale Begleitung, Seelsorge, Trauerbegleitung, Seniorenarbeit, Kranken(haus)seelsorge, Kinderhospizarbeit, Träger stationärer Einrichtungen...). Sie ist ein Forum zum Informationsaustausch und zur Beratung über Wahrnehmungen, Einschätzungen und Entwicklungen im Bereich von Hospizarbeit und Palliative Care.

Darüber hinaus ist Zusammenarbeit mit allen pastoralen Feldern notwendig, die in unmittelbarer oder mittelbarer Beziehung zu Hospizarbeit stehen (Trauerpastoral, Bestattungspastoral/Bestattungskultur, Kranken(haus)seelsorge, Seelsorge an alten und hochbetagten Menschen, Seelsorge in Einrichtungen der stationären Pflege, diözesanes Ethik-Forum ...)

... in Zusammenarbeit mit anderen Trägern von Hospizarbeit

Zum kirchlichen Engagement für Hospizarbeit und die Förderung der Palliative-Care-Versorgung gehört die Kooperation mit den Partnern in der Ökumene, insbesondere dem Diakonischen Werk in Württemberg, sowie anderen Trägern bzw. Vertretern von Hospizarbeit, etwa der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg e. V.²⁶

²⁶ So bieten der Diözesancaritasverband und das Diakonische Werk Württemberg zweimal jährlich gemeinsam ein Forum Hospiz an, zu dem die VertreterInnen der ambulanten Hospizdienste eingeladen werden. Es ist eine Plattform für Informationen und zum Austausch über aktuelle politische Entwicklungen.

Da die Hospizbewegung eine Bürgerbewegung ist, in der ganz unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen mitwirken, zeigt sich in den Strukturen, Organisationsformen und Trägerschaften der Hospizarbeit eine Vielfalt, die dem entspricht. Diese breite gesellschaftliche Basis und die hohe Akzeptanz ist der große Reichtum der Hospizbewegung, den es zu bewahren gilt. Auch dort, wo Hospizdienste nicht in kirchlicher Trägerschaft stehen, sind die Kirchengemeinden am Ort in irgendeiner Weise eingebunden; auch gehören sehr viele ehrenamtliche HospizbegleiterInnen einer Gemeinde an und verstehen ihr Engagement als Praxis ihres christlichen Glaubens.

ServicePoints für Information und Beratung

In Baden-Württemberg wurden drei Informationsstellen (sogenannte ServicePoints) geschaffen; deren Aufgabe ist es, die ambulanten Hospizdienste in der jeweiligen Region hinsichtlich der Förderung nach § 39a SGB V zu beraten.

Für die Region Süd-Ost liegt die Verantwortung beim Diakonischen Werk Württemberg, die Region Süd-West wird vom Caritasverband der Erzdiözese Freiburg betreut und die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg ist für die Region Nord zuständig.

- Region Nord:

LAG Hospiz Baden-Württemberg e. V.
Gartenstr. 40/2
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 776156
Fax: 07142 776157

Die Region Nord umfasst die Landkreise Ludwigsburg, Stuttgart, Enzkreis mit Pforzheim, Rhein-Neckar-Kreis mit Heidelberg und Mannheim, Neckar-Odenwald-Kreis, Main-Tauber-Kreis, Hohenlohekreis, Heilbronn, Schwäbisch Hall.

- Region Süd-West:

Caritasverband der Erzdiözese Freiburg
Alois-Eckert-Str. 6
79111 Freiburg
Tel.: 0761 8974-225
Fax: 0791 8974-382

Die Region Süd-West umfasst Stadt und Landkreis Karlsruhe, die Landkreise Waldshut, Lörrach, Konstanz, Tuttlingen, Schwarzwald-Baar-Kreis, Rottweil, Freudenstadt, Rastatt, Breisgau-Hochschwarzwald, Emmendingen, Ortenaukreis.

- Region Süd-Ost:

Diakonisches Werk Württemberg
Heilbronner Straße 180
70191 Stuttgart
Tel.: 0711 1656-205
Fax: 0711 1656-49205

Die Region Süd-Ost umfasst den Bodenseekreis, die Landkreise Ravensburg, Biberach, Sigmaringen, Zollernalbkreis, Reutlingen, Tübingen, Alb-Donau-Kreis, Böblingen, Calw, Esslingen, Göppingen, Heidenheim, Ostalbkreis, Rems-Murr-Kreis.

Literatur

- Kirchliche Veröffentlichungen und Arbeitshilfen

[Menschenwürdig sterben und christlich sterben \(1978\) / Schwerstkranken und Sterbenden beistehen \(1991\) / Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis. Erklärung der Pastorkommission \(1993\) / Im Sterben: Umfängen vom Leben, hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz \(Nr. 47, 23.09.1993\).](#) Die Druckausgabe ist vergriffen, als pdf-Datei zugänglich unter www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk1a.bischoefe/db47.pdf

[Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe.](#)

Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen, hg. v. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland u. v. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2003 (Gemeinsame Texte 17). Die Druckausgabe ist vergriffen, als pdf-Datei zugänglich unter www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf

[Krankheit, Leiden, Sterben, Tod.](#)

Eine Handreichung für Mitarbeiter in sozialen Einrichtungen, hg. v. der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Baden-Württemberg, zu beziehen bei der Geschäftsstelle der ACK in Baden-Württemberg, Staffenbergstr. 46, 70184 Stuttgart, Tel. 0711 243114, Fax 0711 2361436, ackbw@t-online.de

[Christliche Patientenverfügung.](#)

Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland (2. Auflage) 2003. Die Druckausgabe ist vergriffen, als pdf-Datei zugänglich unter www.dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_15-2_auflage.pdf. Eine Neuauflage, die das Gesetz zur Patientenverfügung berücksichtigt, liegt voraussichtlich bis Mitte 2010 vor.

[Ein stationäres Hospiz – auch bei uns?](#)

Was man für die Errichtung wissen muss, hg. von der Diözese Rottenburg-Stuttgart (HA IV Pastorale Konzeption, HA VI Caritas, Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart) 2008, auch als Download unter www.drs.de/fileadmin/HAIV/Gemeinde/KG_Stationaeres_Hospiz.pdf

[Annehmen, umsorgen, begleiten: Die Hospizidee.](#)

Leitlinien des Caritasverbands der Diözese Rottenburg-Stuttgart zur Umsetzung der Hospizidee in karitativen Diensten und Einrichtungen in der Diözese Rottenburg-Stuttgart, 2009

- Veröffentlichungen aus dem Bereich der Politik

[Wenn Heilung nicht mehr möglich ist – Hilfe in schwerer Krankheit.](#)

Palliative Versorgung in Baden-Württemberg, hg. v. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2007, als Download unter www.bkk-bw.de/media/0000000045.pdf

- Veröffentlichungen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e. V. (DHPV, früher Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.)

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hg.), [Helfen am Ende des Lebens.](#) Hospizarbeit und Palliative Care in Europa, Hospiz Verlag, Wuppertal 2004

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V./ Deutscher Caritasverband e. V./ Diakonisches Werk der EKD e. V. (Hg.), [SORGSAM](#) – Qualitätshandbuch für stationäre Hospize, Hospiz Verlag, Wuppertal 2007

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hg.), [MIT-GEFÜHLT.](#) Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase, Hospiz Verlag, Wuppertal 2004
Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., [Leitsätze für die Hospiz- und Palliativarbeit](#), 2008. Im Internet zugänglich unter www.hospiz.net/presse/leitsaetze.html

Der DHPV und die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Baden-Württemberg weisen in ihren Internetauftritten regelmäßig auf Neuerscheinungen zu unterschiedlichen Themen um Sterben, Tod und Trauer hin.

- Veröffentlichungen zu Kinder- und Jugendhospizarbeit

Bernhard Bayer / Thorsten Hillmann / Georg Hug / Christa Ruf-Werner (Hg), [Kinder- und Jugendhospizarbeit](#). Das Celler Modell zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2009

- Veröffentlichungen einzelner AutorInnen / Verlagspublikationen

Angelika Daiker / Anton Seeberger, [Zum Paradies mögen Engel dich geleiten](#). Rituale zum Abschiednehmen, Schwabenverlag, Ostfildern 2007

Peter C. Düren, [Gast auf Erden](#). Sterben und Tod aus christlicher Sicht, Verlag Dr. Wißner, Augsburg (2. Auflage) 1998

Thomas Klie / Johann-Christoph Student, [Die Patientenverfügung – was Sie tun können, um richtig vorzusorgen](#), Verlag Herder, Freiburg i. Br. (9. neu bearbeitete u. aktualisierte Auflage 2006 (vor der gesetzlichen Regelung)

Thomas Klie / Johann-Christoph Student, [Sterben in Würde](#). Auswege aus dem Dilemma der Sterbehilfe, Verlag Herder, Freiburg i. Br. 2007

Susanne Kränzle / Ulrike Schmid / Christa Seeger, [Palliative Care](#). Handbuch für Pflege und Begleitung, Springer Verlag, Berlin (2. Auflage) 2008

Elisabeth Kübler-Ross, [Erfülltes Leben – würdiges Sterben](#), Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2004

Monika Müller, [Dem Sterben Leben geben](#). Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2004

Franco Rest, [Sterbebeistand – Sterbebegleitung – Sterbegeleit](#), Kohlhammer-Verlag, Stuttgart (5. überarbeitete Auflage) 2006

Elke Schölper (Hg.), [Sterbende begleiten lernen](#). Das Celler Modell zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2004

Johann-Christoph Student (Hg.), [Im Himmel welken keine Blumen – Kinder begegnen dem Tod](#), Verlag Herder, Freiburg i. Br. (6. Auflage) 2005

Johann-Christoph Student (Hg.), [Sterben, Tod und Trauer – Handbuch für Begleitende](#), Verlag Herder, Freiburg i. Br. (2. Auflage) 2006

Erhard Weiher, [Das Geheimnis des Lebens berühren](#), Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2008
Die Rahmenkonzeption Hospizarbeit in der Diözese Rottenburg-Stuttgart wurde erarbeitet von der Steuerungsgruppe Hospiz und Palliative Care unter Mitwirkung der AG Hospiz der Diözese Rottenburg-Stuttgart.

Mitglieder der Steuerungsgruppe Hospiz und Palliative Care:

Diözesancaritasdirektor Johannes Böcker

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Domkapitular Prälat Rudolf Hagmann

Leiter der HA Pastorale Konzeption

Maria Haller-Kindler

HA Caritas, Hospizarbeit

Elisabeth Schmitter

HA Pastorale Konzeption, Hospizarbeit und Trauerpastoral

Ordinariatsrätin Dr. Irme Stetter-Karp

Leiterin der HA Caritas

Erwin Wespel

HA Pastorale Konzeption, Krankenhauseelsorge und Behindertenseelsorge

Mitglieder der AG Hospiz:

Bernhard Bayer

Hospiz St. Martin Stuttgart

Ursula Bröckel

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Dr. Elisabeth Bürger

Palliativstationen im Marienhospital Stuttgart

Christine Czeloth-Walter

HA Kirche und Gesellschaft, Seniorenarbeit

Dr. Angelika Daiker

Seelsorgerin in der Sterbebegleitung/Hospizarbeit und Trauerbegleitung in Stuttgart/Leiterin des Hospiz St. Martin in Stuttgart

Domkapitular Prälat Rudolf Hagmann

Leiter der HA Pastorale Konzeption

Dr. Alfons Maurer

Geschäftsführer der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung

Roland Keinert

Krankenhauseelsorge in Tuttlingen

Dr. Thomas Leyener

Institut für Fort- und Weiterbildung der kirchlichen Dienste

Maria Haller-Kindler

HA Caritas, Hospizarbeit

Elisabeth Schmitter

HA Pastorale Konzeption, Hospizarbeit und Trauerpastoral

Dr. Irme Stetter-Karp

Leiterin der HA Caritas

Erwin Wespel

HA Pastorale Konzeption, Krankenhauseelsorge und Behindertenseelsorge

Redaktion:

Elisabeth Schmitter

HA Pastorale Konzeption, Hospizarbeit und Trauerpastoral

Fotos:

Dr. Dirk Steinfurt

Herausgeber:

Bischöfliches Ordinariat der Diözese Rottenburg-Stuttgart
(HA IV – Pastorale Konzeption und HA VI – Caritas) und
Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Bestelladresse:

Bischöfliches Ordinariat der Diözese Rottenburg-Stuttgart
Expedition

expedition@bo.drs.de

Saint-Claude-Str. 72

Postfach 9

72101 Rottenburg a. N.

