

Hospiz am Wendepunkt ?

Chancen und Gefahren für die ambulante Hospizarbeit durch die Krankenkassenfinanzierung gemäß §39a Abs.2 SGB V (Rahmenvereinbarung vom 3.9.2002)

Jochen Steurer

Zusammenfassung Dokumentationspflicht, Weiterbildungen für Einsatzleitung und Aufbau von Hauptamtlichenstrukturen sind neue Qualitätsmerkmale für Hospizdienste mit Krankenkassen-Finanzierung. Wohin führt das neue Miteinander von Ehrenamt und Hauptamt? Der Artikel informiert über Geschichte und Stand der ambulanten Hospizbewegung und sichtet die Neuerungen.

Abstract A new law gave impetus to German Hospice Home Care. Voluntary workers get support by skilled professionals to coordinate and upgrade their services. Are the professionals likely to take over the show, as specified training, documentation and regulation are enforced to benefit from funding of Health Insurances ?

1 Die ambulante Hospizarbeit – neuerdings teilweise kassenfinanziert

Nach jahrelangem Ringen wird seit Ende 2002 die ambulante, ehrenamtliche Hospizarbeit durch Krankenkassengelder mitfinanziert. Diese Finanzierung ist bruchstückhaft und keinesfalls kostendeckend. Gefördert werden Honorarkosten für die hauptamtliche *Einsatzleitung* der Ehrenamtlichen in der Hospizbegleitung, für die *Gewinnung, Schulung, Begleitung und Weiterbildung* dieser Ehrenamtlichen und für die sogenannte *Palliative Beratung* von Sterbenden und Angehörigen.

Um sich für diese Teil-Finanzierung zu qualifizieren, müssen Hospizvereine Umstrukturierungen vornehmen: u.a. Einstellung/Anstellung von *Fachpersonal* (1/2 Stelle für je 15 bis 50 Ehrenamtliche), Führung einer sachgerechten und kontinuierlichen *Dokumentation* der Hospizbegleitungen, qualifizierte *Ausbildung / Fortbildung* von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen.

Viele Hospizvereine haben bis ins Jahr 2003 diese Umstrukturierungen nicht verwirklicht. Sie wurden somit nicht gefördert. Es verfielen sogar – je nach Bundesland unterschiedlich - 1/3 bis 3/3 der bereitgestellten Fördergelder.

Der Artikel beschreibt im Folgenden diese geforderten Veränderungen, sichtet ihre Chancen und weist auf mögliche Gefährdungen hin. Vorab wird der Stand und die Entwicklung der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland beschrieben. Soweit vorhanden zeigt der Artikel aktuelle Zahlen (Stand: Oktober 2003) zur Umsetzung der Hospizarbeit-Förderung auf. Insgesamt aber bewegt die Frage: Steht die ambulante Hospizarbeit an einem Wendepunkt: Weg von der Bürgerbewegung und

hin zu einer krankenkassenfinanzierten Zusatzleistung ? Weg vom Ehrenamt und hin zum Hauptamt ? Weg von der Gründermentalität und hin in die Institutionalisierung ?

2 Stand der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland

2.1 Aktueller Stand der ehrenamtlichen Hospizarbeit in Deutschland (2003)

Franco Rest fasst die Situation der Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit umfassend in Puncto Zahlen, Einsatzorte und Aufgabenstellungen zusammen:

„Man unterscheidet inzwischen in Deutschland bekanntlich zwischen Hospizinitiativen, ambulanten Hospizdiensten, ambulanten Palliativdiensten, Palliativstationen, stationären Hospizen und weiteren hospizlich-palliativen Einrichtungen wie Kinderhospizen, palliativen Konsiliardiensten, Tageshospizen, integrativen Hospizen (übrigens: nicht nur Integration der Hospizidee, sondern auch der Hospiz-Strukturen in Krankenhäusern und Pflegeheimen) usw.

Bleiben wir beim Gängigen: *Hospizinitiativen und Hospizvereine* sind ehrenamtliche, vorbereitete, weitgehend verbindlich eingebundene Dienste ohne Fachpersonal; in Deutschland gibt es davon ca. 900. ...

Ambulante Hospizdienste nach § 39 a SGB V Abs. 2 verfügen über 1 Palliativ-Care-Pflegekraft und mind. 15 Ehrenamtliche. Davon gibt es ca. 300 in Deutschland. Wenn meine eigenen Bedarfsüberlegungen nicht gänzlich täuschen, benötigen wir von solchen Diensten in Deutschland ca. 800. Insofern wäre es sinnvoll, wenn es gelänge, alle Hospizinitiativen bald zu Trägern ambulanter Hospizdienste auszubauen.

Ambulante Palliativdienste dagegen verfügen über mind. 3 Palliativ-Care-Pflegekräfte; angestrebt sind für die nächsten Jahre 5 Vollzeitkräfte und mind. 10 Ehrenamtliche, wobei diese lediglich als „Ergänzung“ der palliativpflegerischen Arbeit begriffen werden. Bundesweit gibt es z.Zt. 43 solcher Dienste, wobei der Bedarf bis ca. 300 hochgerechnet wird. Man geht davon aus, dass es Sinn machen würde, dass im Schnitt drei bis vier Hospizinitiativen und Vereine gemeinsam einen solchen ambulanten Palliativdienst tragen sollten...

Leider äußern sich die *Palliativstationen* bislang nicht über ihren Bedarf an Ehrenamtlichkeit; das ist durchaus typisch wegen ihrer Fixiertheit auf das Ärztlich-Pflegerische. Aber aus der Erfahrung würde ich die Ehrenamtlichkeit in diesen Einrichtungen nicht unterschätzen und den Bedarf auf 10-20 Personen festlegen wollen.

Die stationären *Hospize* sind eigenständig, mit palliativmedizinisch geschulten Pflegenden ausgestattet, ärztlich von niedergelassenen Ärzten betreut, für Patienten, die keine Krankenhausversorgung benötigen und ambulant nicht betreut werden können. Auch hier spielen die Ehrenamtlichen die gleiche bedeutende Rolle wie bei den Palliativstationen. Hier wäre es wünschenswert, wenn die Mauern zwischen ambulanter und stationärer Hospizversorgung weitgehend aufgehoben werden könnten, damit der Übergang zwischen ambulant und stationär fließend gestaltet werden kann.

Aus dem Auge der Berechnungen gerät dabei die Notwendigkeit eines „guten Sterbens“ in allen Bereichen, in denen gestorben wird als Grundlage für sämtliche Entwicklungspläne. Deshalb müssen wir inzwischen von einer durch Ehrenamtliche mitgetragenen Hospizlichkeit in allen traditionellen Versorgungsbereichen sprechen, also von der Ehrenamtlichkeit in den Pflegeheimen ebenso wie in den Allgemein- und Akutkrankenhäusern, bei den verschiedenen Pflegediensten ebenso wie in der Unfallversorgung.

Denn 1. geht es um eine Kulturentwicklung des Sterbens und Todes getragen von einer breiten Bürgerbewegung; 2. um eine sicherzustellende Grundversorgung, die ohne Ehrenamtlichkeit, Nachbarschaftshilfe, Freundesdienste usw. nicht auskommen wird; 3. um eine hospizliche Wende in der gesamten traditionellen Versorgung; bei diesen drei Primärschritten sind zufällige und indirekte Ehrenamtlichkeit von größter Bedeutung. 4. geht es um die Sicherung der ambulanten Kompetenzen, bei welchen geplante Ehrenamtlichkeit eine tragende Rolle spielt; 5. um stationäre Alternativen ohne ärztliche Leitung, sondern mit fachlicher Unterstützung; und schließlich 6. um ärztlich geleitete Spezialstationen. So und nicht anders sieht die Reihenfolge der gesellschaftlichen Anforderungen aus, wenn wir eine flächendeckende und von Ehrenamtlichkeit getragene Sterbebegleitung in Deutschland wollen.“¹

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz gibt die Gesamtzahl der Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit (Stand Herbst 2002) mit 40.000 Personen an.² Deutsche Hospiz-Stiftung veröffentlicht in regelmäßigen Abständen Zahlen zur Entwicklung des Hospiz- und Palliativbereichs (hier: Ende 2002):

„In bundesweit 956 ambulanten Hospizdiensten wurden rund 35 600 Sterbende begleitet, etwa 8 400 Menschen starben in den 125 stationären Hospizen. Gut 7000 Patienten wurden auf den 76 Palliativstationen versorgt. Insgesamt erfuhren somit im vergangenen Jahr über 51 000 Schwerstkranke und Sterbende Begleitung und Betreuung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst. Im Vergleich dazu: Drei Jahre zuvor (1999) waren es gerade 30 000 Menschen.“³

Diese schnelle Entwicklung im Hospiz- und Palliativgebiet veranschaulichen auch die Grafiken der Deutschen Hospizstiftung.⁴

2.2 Organisationsformen der ehrenamtlichen, ambulanten Hospizarbeit

Die BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft) Hospiz hat gemeinsam mit den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG Hospiz) und in enger Kooperation mit der DGP (Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin) und dem MHD (Malteser

¹Rest, Franco, Situation ehrenamtlicher Sterbebegleitung in Deutschland. Unveröffentlichter Vortrag gehalten am 14.7.2003 im Seminar 12913/03 der Europäischen Senioren-Akademie (www.europaeische-senioren-akademie.de). Seite 3 und 4 der Online-Version. Kursive Hervorhebungen und wenige Fehlerkorrekturen durch den Autor.

²s. Homepage www.hospiz.net für aktuelle Zahlen.

³Deutsche Hospizstiftung, Pressemitteilung vom 10.01.2003. Weitere aktuelle Zahlen finden sich ab Januar 2004 im neuen Hospiz- und Palliativführer 2004, herausgegeben von der BAG Hospiz, DGP, DGSS, Fulda 2003.

⁴Siehe Homepage der Deutschen Hospizstiftung : www.hospize.de.

Hilfsdienst) Definitionen und Qualitätskriterien für vier Organisationsformen der ambulanten Hospizarbeit erarbeitet...⁵

„*Ambulante Hospizinitiative und Hospizgruppe*: Aufgaben in der Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit und/oder psycho-sozialen Begleitung durch geschulte ehrenamtliche HospizhelferInnen und/oder Trauerbegleitung;

Ambulanter Hospizdienst (AHD) Aufgaben (zusätzlich zu denen der Hospizinitiativen): Psycho-soziale Beratung, Sterbebegleitung, Trauerbegleitung, Angehörigenbegleitung, Durchführung, bzw. Vermittlung von HospizhelferInnenschulung, Öffentlichkeitsarbeit; Strukturqualität: Qualifizierte MitarbeiterInnen (mind. 10 geschulte, einsatzbereite Ehrenamtliche; mind. 0,5 hauptamtliche, fachlich qualifizierte KoordinatorInnen), Hospizbüro, Erreichbarkeit zu festen Bürozeiten; Prozessqualität: Geeignetes Dokumentationssystem inkl. Beteiligung an der standardisierten Dokumentation der BAG-Hospiz, Interne und externe Qualitätssicherung (Hospizhelferbegleitung, Supervision, Fortbildung); Ergebnisqualität: Evaluation im Rahmen der standardisierten BAG-Dokumentation;

Ambulanter Hospiz- und Palliativ- Beratungsdienst (AHPB) Aufgaben (zusätzlich zu denen von Hospizinitiative und AHD): Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen in Abstimmung mit behandelnden ÄrztInnen und beteiligten Pflegediensten, Vermittlung weitergehender Hilfen; Strukturqualität: Fachlich qualifizierte psycho-soziale Beratung, mindestens 0,5 hauptamtliche Palliativ-Care-Pflegefachkräfte; Prozessqualität: Beratungsplanung, geeignetes Dokumentationssystem (inkl. Beteiligung der standardisierten AHD-Dokumentation der BAG-Hospiz), interne und externe Qualitätssicherung (regelmäßige Fort- und Weiterbildung in palliativer Pflege sowie angemessene Praxisbegleitung und Supervision), Aufbau und Beteiligung am Netzwerk Hospiz; Ergebnisqualität: Einsatz von Instrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung (z.B. Symptome, Lebensqualität, Zufriedenheit), Evaluation im Rahmen der standardisierten BAG-Dokumentation;

Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst (AHPP) Aufgaben (zusätzlich AHD und AHPB): palliativ-pflegerische Versorgung in enger Abstimmung mit behandelnden Ärzten, Grundpflege bei Bedarf, gegebenenfalls Anleitung von Angehörigen bei palliativ-pflegerischen Maßnahmen; Strukturqualität: Qualifiziertes Personal (mindestens 3 hauptamtliche Palliative-Care Pflegefachkräfte), 24 Stunden Einsatzbereitschaft, instrumentelle Ausstattung (in Anlehnung an §37 und § 39 a SGB V), Anbindung eines palliativ-medizinischen Konsiliardienstes; Prozessqualität: Beratungs- bzw. Pflegeplanung, geeignetes Dokumentationssystem (inkl. Beteiligung der standardisierten Dokumentation der BAG-Hospiz), interne und externe Qualitätssicherung (regelmäßige Fort- und Weiterbildung in palliativer Pflege sowie angemessene Praxisbegleitung und Supervision); Ergebnisqualität: Einsatz von Instrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung (z.B. Symptome, Lebensqualität, Zufriedenheit),

⁵Zitiert nach „Definitionen und Qualitätskriterien ambulanter Hospizarbeit“ in: Hospiz- und Palliativführer 2002. Hrsg: BAG Hospiz, DGP, DGSS, Fulda 2001. Siehe auch: Die Hospiz-Zeitschrift. 3. Jahrgang. 1/2001. 19f.

Evaluation im Rahmen der standardisierten BAG-Dokumentation.“

Die tatsächliche Zuordnung der insgesamt über 1000 Hospizdienste zu einer dieser verschiedenen Organisationsformen ist nicht letztgültig durchführbar, da hier im Moment viel im Fluss ist. Es sind jedoch weniger als 5 % aller Hospizdienste wirkliche AHPP, und ungefähr weitere 30 % sind AHD und AHPB.⁶

Da nur die AHPP, AHD und AHPB sich für die Förderung nach §39a Abs. 2 qualifizieren, bleiben gut 2/3 aller Hospizdienste weiterhin in einer Versorgungslücke und einer großen Spenden-Abhängigkeit.

3 Entstehung der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland

Hospizdienste in Deutschland waren und sind Teil einer Bürgerbewegung. Dies weisen *Oliver und Dieter Seitz* in ihrem Buch zur Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland eindrucksvoll nach:⁷ „Die moderne Hospizbewegung in Deutschland hatte in den 70er Jahren einen schweren Stand und wurde in ihrer Entwicklung mehrfach gebremst: Sowohl die Etikettierung von Hospizen als „Sterbekliniken“ als auch die inhaltliche Nicht-Auseinandersetzung mit Hospiz-Positionen führte zu einem Negativ-Image. Ungerechtfertigter Weise geriet die moderne Hospizarbeit sogar in die Nähe der nationalsozialistischen Euthanasie-Praxis... erst in den 80er Jahren sorgte das Engagement von „Pionieren“ für den überfälligen Aufschwung. ... Der Weg der modernen Hospizbewegung ins öffentliche Bewusstsein verlief in mehreren Etappen: 1970-1979: Informationsdefizit und Ablehnung; 1980 – 1989: Pionierleistung Einzelner und Aufschwung; 1990-2000: Etablierung als Bürgerbewegung und breite Akzeptanz...“ „In den 90er Jahren entwickelte sich die moderne Hospizbewegung in Deutschland zur Bürgerbewegung und hatte somit maßgeblichen Anteil an der Enttabuisierung von Sterben und Tod. Eine Chance der Hospizbewegung liegt sicher darin, den Wertewandel in der heutigen Gesellschaft – weg von der „Raffgesellschaft“ und hin zur „caring society“ – positiv zu beeinflussen. Allerdings kann die nur gelingen, wenn die Hospizbewegung ihre ehrenamtliche Komponente behauptet. Sie darf nicht zum bloßen Element des staatlichen Gesundheitswesens oder zum Spielball von Funktionsinteressen und -querelen werden.“

„1978 richtete das damalige Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eine offizielle Anfrage an verschiedene Organisationen... Das Ministerium erhielt 25 Äußerungen von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden,

⁶Vgl. oben *Rest*, Situation, 3f.: Von 900 Diensten insgesamt bezeichnet er ca. 550 als Hospizinitiativen, 300 als Ambulante Hospizdienste (AHD und AHPB) und nur 43 als Ambulante Palliativdienste (AHPP). Thomas Schindler gibt die Zuordnungen der Dienste auf dem 106. Ärztetag wie folgt an: AHD: 800-1100, AHPD 50 – 300 und Ambulante Palliativdienste (AHPP) unter 30. siehe: *Thomas Schindler*, Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – Palliativmedizin im ambulanten Sektor, unveröffentlichter Vortrag vom 22. Mai 2003, Köln.

⁷*Oliver und Dieter Seitz*, Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein Herbolzheim 2002, 219f.

Krankenhausgesellschaften und fachkundigen Persönlichkeiten: 92 % sprachen sich gegen die Einrichtung von Sterbekliniken aus und lehnten die Förderung eines Modellprojektes ab.“⁸

Es erstaunt, dass Kirchen und Ärzteschaft die Chancen der Hospizarbeit nicht sahen. *Eberhard Klaschik*, führender Palliativmediziner aus Bonn, sieht die (Nicht-)Zusammenarbeit von Hospizen und Medizinern so: „Die 80er Jahre wurden durch 2 Entwicklungen geprägt: Zum einen kam es zur Gründung zahlreicher Initiativen, zur Förderung stationärer und ambulanter Hospiz- und Palliativeinrichtungen, u. a. in Bonn, Hannover, München, Recklinghausen, Stuttgart. 1990 existierten aber gerade drei Palliativstationen und drei stationäre Hospize... Zum anderen zeigten sich weitgehend unabhängig voneinander ablaufende Entwicklungen in der Hospizbewegung und der Palliativmedizin. Die Gründe dafür sind vielfältig. So bestand ein Problem darin, Ärzte in die Hospizbewegung einzubinden, besonders dann, wenn Hospizinitiativen von ehrenamtlichen Laien auf den Weg gebracht wurden. Es lässt sich aber nicht leugnen, dass für viele Hospizinitiativen die ärztliche Einbindung keine Priorität besaß. ... Im Gegensatz dazu wurden für die Palliativmedizin sehr frühzeitig Qualitätskriterien bezüglich Personalstruktur sowie deren Aufgaben und Ziele entwickelt.“⁹

Zurecht weist *Klaschik* auf den erhöhten Qualitätsanspruch der Palliativmediziner bei der Versorgung Sterbender hin. Ein Miteinander von Hospizinitiativen und Palliativmedizin auf breiter Basis ist aber erst in jüngster Zeit entstanden: „Eine Vernetzung der Palliativstationen mit dem ambulanten Bereich ohne die Integration der Hospizbewegung mit bewährten Strukturen der Ehrenamtlichkeit ist aufwendig und schafft teilweise Parallelstrukturen. Ein Zwei-Säulen-Modell im ambulanten Bereich ist überflüssig und teuer... Eine arbeitsteilige Bündelung der Kräfte ist notwendig.“¹⁰

Es bleibt festzustellen, dass in Deutschland mit seiner Sondersituation nicht die Mediziner, nicht die Kirchen und nicht die Pflegenden in Geriatrien (wie in Großbritannien, den USA und den nordeuropäischen Ländern) die treibenden Kräfte der aufkeimenden Hospizbewegung waren, sondern die Bürger selbst. Ob nun die Bürger, die Sterbenden oder die Zeichen der Zeit die anderen, hauptamtlichen Berufsgruppen (Ärzte, Seelsorger, Pflegende u.a.) mit ins Boot der Begleitung Sterbender geholt haben, kann hier nicht festgestellt werden. Wohin aber die Reise geht, soll hier im Folgenden betrachtet werden.

4 Förderung nach §39a Abs. 2 SGB V

4.1 Das Gesetz im vollständigen Wortlaut

⁸Ebd, 141.

⁹*E.Klaschik, S.Husebo*, Palliativmedizin, Berlin/Heidelberg, 2000, 6f.

¹⁰*Birgitt van Oorschott*, Hospizbewegung und Palliativmedizin – ein Streit um Kaisers Bart ?, Die Hospiz Zeitschrift, 2.Jahrgang, Ausgabe 2/2000, 6.

„ Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst: 1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie 2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann. Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 Euro umfassen und jährlich um 0,05 Euro bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 ansteigen; dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit.¹¹

4.2 Grundsätze der Förderung

Am 3.9.2002 wurden zwischen den Kassen und den Dachverbänden hospizlicher Arbeit in Deutschland Rahmenvereinbarungen getroffen, die die Fördergrundsätze und -modalitäten festlegen sollten. Danach müssen ambulante Hospizdienste Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sein; sie arbeiten im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen, seit einem Jahr bestehen und Sterbebegleitungen geleistet haben, unter ständiger fachlicher Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft stehen,

¹¹Sozialgesetzbuch V, BGBI I 1988, 2477, 2482. Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 24. 7.2003 I 1526mm

unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einem approbierten Arzt zusammenarbeiten, die über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen, mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite ehrenamtliche Personen einsetzen können,
eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen gewährleisten.¹²

Des Weiteren wird in der Rahmenvereinbarung festgelegt, welchen Stellenumfang und welche Berufsqualifikation die anzustellende Fachkraft haben soll und welche Weiterbildungen.

Es wird klar, dass reine Hospizinitiativen nicht gefördert werden können. Nur Hospizdienste mit qualifiziertem Personal können in die Förderung aufgenommen werden: Mindestens 15 Ehrenamtliche und eine Teilzeit-Hauptamtliche.

4.3 Tatsächlicher Stand der Förderung

Das neue Gesetz und die Rahmenrichtlinien gingen und gehen an einem Großteil der bestehenden ambulanten Hospizvereine vorbei. Die insgesamt ausgezahlte Förderung betrug in 2002 ca. 4-5 Mill. Euro und 2003 wohl 6-8 Million Euro und damit weniger als 0,01 % der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland. Nur in zwei Bundesländern wurden die Mittel voll ausgeschöpft (Berlin und Rheinland-Pfalz). In vielen Bundesländern verfielen die Fördermittel vollständig. Manche Hospizgruppen beantragten die Gelder erst gar nicht, manche zogen den Antrag zurück und manche Anträge wurden abgelehnt. Die Zahlen bezüglich der Ausschöpfung der Fördermittel für 2002 und 2003 wurden bis Oktober 2003 nirgends gesammelt veröffentlicht. Einzelne Meldungen zu den Förderpraktiken in den verschiedenen Bundesländern gibt es auf den beiden Homepages der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin¹³.

Die Festlegung auf die Mindestzahl von 15 einsetzbaren Ehrenamtlichen bedeutete für einzelne Hospizgruppen das Aus bei der Antragstellung. Bedeutsamer war jedoch die Forderung nach einer Festanstellung einer Fachkraft. In den einzelnen Bundesländern jeweils verschieden wurden nur die im Vorjahr der Antragstellung ausgegebenen Gelder für die Personalkosten dieser Fachkraft zurückerstattet. In nur zwei Bundesländern wurden entlang des Wortlautes der Rahmenvereinbarung die Personalkosten des laufenden Jahres als Förderbetrag festgesetzt und erstattet. Dieser Unterschied bedeutete für kleine Hospizvereine eine hohe finanzielle Vorleistung, die kaum zu erbringen war. Erst im September 2003 meldet der

¹²Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002. Gedruckte Fundstelle unbekannt. Siehe: www.hospiz.net.

¹³www.hospiz.net und www.dgpalliativmedizin.de.

Bundes-Hospiz-Anzeiger: „Bei Verhandlungen von BAG Hospiz und den Wohlfahrtsverbänden mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Übernahme der hauptamtlichen Kraft in ambulanten Hospizdiensten hat die BAG Hospiz nach zähen Verhandlungen folgendes Ergebnis erreicht: Die Krankenkassenverbände sprechen die Empfehlung aus, dass für die hauptamtliche Kraft zwar grundsätzlich die Kosten des Vorjahres zu berücksichtigen sind, bei neuen Diensten aber die Kosten des laufenden Jahres. Damit sind diese neuen Dienste davon entlastet, hier eine unvertretbare Vorleistung erbringen zu müssen.“¹⁴

Bei der Beurteilung der Lage ist nicht zu vergessen: Es ist „nur ein Teil des Gesamtbudgets für die Lohnkosten des hauptamtlichen Mitarbeiter und die Ausbildungskosten der ehrenamtlichen Helfer abgedeckt. Sofern ein ambulantes Hospiz die strukturellen, persönlichen, qualitativen und räumlichen Fördervoraussetzungen erfüllt, ist es trotz der Verabschiedung des § 39a Abs. 2 SGB V darauf angewiesen den Restbetrag der Personalkosten und die Sachkosten (Arbeitsmaterial, Telefon, Porto, Raummiete etc.) durch Spendenaufkommen sicherzustellen.“¹⁵

Im März 2004 werden die bundesdeutschen Hospizdienste erneut Fördergelder beantragen. Die Konditionen sind bekannt: 15 qualifizierte Ehrenamtliche, eine qualifizierte Fachkraft mit spezifischen Weiterbildungen, die bis Ende 2005 abzuschließen sind und Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie Supervision/ Praxisbegleitung und Dokumentation. Wie unter 4.3. gesehen, bedeuten diese Anforderungen für viele Hospizdienste Veränderungen im bisher Eingetübten. Im folgenden Kapitel will ich auf diese einzelnen, geforderten Qualitätsmerkmale von Hospizdiensten eingehen. Ich will ferner die Chancen und Gefahren durch diese Veränderungen in Bezug auf die Hospizarbeit selbst bedenken. Und so will ich eine Antwort versuchen, ob die ambulante Hospizarbeit momentan an einem Wendepunkt steht.

5 Neue Qualitätskriterien für Hospizdienste

5.1 Auswahl und Qualifizierung der Ehrenamtlichen

Wohingegen die Ehrenamtlichen in den 80iger und 90iger Jahren sowohl die Aktiven als auch die Leitungspersonen in den Hospizdiensten waren, werden neue Ehrenamtliche seit 2002 zunehmend durch Hauptamtliche ausgesucht, ausgebildet und weitergebildet. Sowohl Bildung wie Einsatz der Ehrenamtlichen liegt nun in der Hand und Verantwortung von Hauptamtlichen. In dieser Übergangsphase der Hospizbewegung kann es sein, dass die leitenden Ehrenamtlichen von damals die nun Hauptamtlichen in Personalunion sind. Bestenfalls wäre hier eine

¹⁴Bundes-Hospiz-Anzeiger, 1. Jahrgang/2. Ausgabe, 2003/09, 8.

¹⁵Volker Großkopf, Michael Schanz, Die Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize. In: Die Hospiz-Zeitschrift, 5. Jahrgang /17. Ausgabe, 2003/3, 24.

Rollenneudefinition für die betroffenen, neuen Hauptamtlichen zu leisten. Sollten die damals leitenden Ehrenamtlichen sich jedoch nicht qualifizieren, um die neuen Hauptamtlichen zu sein, stünde eine neue Definition des Miteinanders von Haupt- und Ehrenamt an.

Die Art der Qualifizierung der Ehrenamtlichen durch Aus- und Weiterbildung ist nicht festgelegt worden. Lediglich die Mindeststandards für eine solche Ausbildung sind seit 1995 vorgegeben¹⁶.

Die bekanntesten Modelle der Ausbildung sind das Celler Modell¹⁷, erstmals erschienen 1993 und Ende 2003 modifiziert, das Ausbildungscurriculum des IGSL-Hospizes¹⁸ und die Ausbildungen von Alpha-Rheinland¹⁹, den Maltesern und des Christopherus-Hospiz-Vereins, München²⁰.

Eröffnungsschritt aller Ausbildungen ist das Auswahlgespräch in dem die Leitung der Hospizgruppe, bzw. die Fachkraft, bzw. andere Beauftragte versuchen die Motivation und Eignung der Aspiranten festzustellen. Der notwendige Sinn dieser Praxis ist es, die gleichbleibende Qualität der Hospizarbeit zu sichern.²¹ Wie bei jeder Intervention ergeben sich bei den Auswahlgesprächen auch unerwünschte Nebenwirkungen. Waren es früher Ehrenamtliche, die mit Ehrenamtlichen darüber verhandelten, wie gemeinsame Sache gemacht werden kann, so kann es heutzutage eher geschehen, dass sich Ehrenamtliche bei den Auswahlgesprächen unter Prüfungsdruck fühlen, ja sogar unter Nachweisnot bezüglich ihrer menschlichen Kompetenz kommen. Nicht selten kommt es zu Spannungen, Missverständnissen und Verletzungen oder Konfrontationen und Sich-Beweisen-Wollen.

Ich selbst praktiziere diese Auswahlen nicht mehr als Einzelgespräche, sondern als Auswahltag in der Gruppe. Gruppen von potentiellen Ehrenamtlichen kommen zusammen. Mittels Soziometrie und Gruppengesprächen nutze ich das Korrektiv der Gruppe selbst, auf dass die Einzelnen ein Empfinden für ihre Eignung bekommen ohne sich outen zu müssen. Bei weiterhin bestehenden offenen Fragen bearbeite ich diese offen vor und mit der Gesamtgruppe. So klären sich wie nebenbei auch jene Fragen, die manche sich nicht offen zu stellen trauten: Unverarbeitete Trauer, Ängste vor dem eigenen Tod, Schuldgefühle bezüglich misslungener Begleitung eigener Angehöriger, psychische Krankheiten. Auf diesen Auswahltagen gebe ich zusammen mit den anderen Dozenten und Praktikumsbegleiterinnen ausführlich Informationen über den Ausbildungsverlauf und die sich anschließende Praxis des hospizlichen Begleitens. Die Teilnehmenden

¹⁶Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Hospizbewegung in der Bundesrepublik Deutschland beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Empfehlungen für Vorbereitungskurse von Hospizhelfern, Bonn 1995. Vgl. auch *Christel Orth*, Sterbende begleiten kann doch jeder !?, 28-32. In: *Bernadette Fittkau-Tönnemann Hrgs.*, Nachlese, Texte zu den Seminaren der Fortbildungsakademie, 4. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., München/Berlin 2002.

¹⁷Gemeindekolleg der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands, Verlaß mich nicht, wenn ich schwach werde. Sterbende begleiten – Seelsorge in der Gemeinde, Celle/Hamburg 1993.

¹⁸*Paul Becker u.a.*, IGSL-Hospiz-Curriculum, Bingen 2000.

¹⁹*Monika Müller*, Ausbildung für Ehrenamtliche, 990-996. In: *Eberhard Aulbert, Detlev Zech*, Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart 2000.

²⁰*Orth*, Sterbende.

²¹Siehe auch: *Heinz Hinse*, Empfehlungen aus Erfahrung, Die Hospiz-Zeitschrift, 3. Jahrgang/7.Ausgabe, 2001/1, 10.

stellen meist selbst die Frage, ob sie wohl belastbar genug sind, diesen Durchgang zu wagen. Ich benenne als Ausschlusskriterien: den Voyeurismus und das aktive Missionieren-Wollen.²² Ich verdeutliche auch, dass eine Ausbildung zur Hospizbegleiterin/ zum Hospizbegleiter eine Trauergruppe nicht ersetzt. Anschließend an alle Informationen und Gruppenprozesse bitte ich die Teilnehmenden eines Auswahltages sich selbst zu entscheiden, ob sie an der Hospizausbildung teilnehmen wollen, oder nicht, bzw. sie sich die Entscheidung noch offen halten müssen. Entscheidungsträger bleiben die Ehrenamtlichen selbst. Sollte in seltenen Fällen doch die eine oder andere Person mit wenig Selbsteinsicht, psychischer Instabilität, mangelnder Trauerbewältigung oder persönlicher Ungeeignetheit sich für die Teilnahme am Hospizausbildungskurs entscheiden, so respektiere ich diese Entscheidung. Ich mute mir und der Ausbildungsgruppe auch Personen mit geringerer Selbsteinschätzungs-Kompetenz zu. In nicht seltenen Fällen ziehen gerade auch psychisch noch nicht voll belastungsfähige Personen große Vorteile aus der Ausbildung und dem Gruppenprozess. Und die Gruppe kann in der jeweiligen Andersartigkeit des anderen Gruppenmitgliedes ein eigenes Lernfeld entdecken. Das integrierte Praktikum gibt weiterhin selbsteinschätzungsgetriebenen Personen die Möglichkeit neue, klarere Erfahrungen zu machen. Bislang musste nach Ende der Ausbildung noch kein Ausschuss-/Abschlussgespräch stattfinden, sondern alle Ausgebildeten, die durchgehalten haben, konnten übernommen werden.

Ich sehe eine Notwendigkeit, beim Auswahlgeschehen weiterhin ehrenamtlichenzentriert und partnerschaftlich zu handeln. Der Eintritt von Hauptamtlichen in das Milieu von Auswahl und Ausbildung darf nicht zu einer Zunahme von Bewertung und potentieller Abwertung für ehrenamtliche Interessenten werden.

Bei aller gerechtfertigter Betonung der qualifizierten Ausbildung wird oft die ebenso notwendige Weiterbildung der Ehrenamtlichen minderbetont. Hierauf möchte ich im Folgenden einen Blick werfen.

5.2 Weiterbildung, Praxisbegleitung und Supervision der Ehrenamtlichen

Die Rahmenvereinbarung sieht zwar eine kontinuierliche Weiterbildung der Ehrenamtlichen nicht vor, doch scheint es sinnig und stimmig, Ehrenamtlichen in regelmäßigen, z.B. vierteljährlichen Abständen die zusätzliche Möglichkeit zu geben, sich durch Seminartage und Abendveranstaltungen weiter zu qualifizieren.

Festgelegt durch die Rahmenvereinbarungen ist jedoch die Praxisbegleitung/Supervision. Wohingegen Palliativpflegedienste als Qualitätskriterien das Angebot von sowohl Praxisbegleitung als auch Supervision haben müssen, ist dies für Hospizdienste in der konkreten Gestaltung offen gelassen.

In der Regel wird ein Hospizdienst ein stimmiges Konzept der Praxisbegleitung besitzen: Entweder eine bürozeitliche, telefonische oder persönliche Präsenz einer

²²Siehe: *Michael Spohr*, Zur Motivation der Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, 34-41. In *Hubert Böke*, u.a. Hrsg., Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt, Gütersloh 2002.

zuständigen, erfahrenen Person, oder das Angebot von regelmäßigen Austauschgruppen. Durch die gesetzliche Neuregelung wird nun sowohl die Präsenz als auch die Leitung der Austauschgruppe in den Händen der hauptamtlichen Fachkraft liegen. Die Erhöhung der Frequenz und der Kompetenz des Begleitungsangebotes für die Ehrenamtlichen selbst ist sicher eine der großen Errungenschaften des neuen Gesetzes, so es denn wahrgenommen wird. Neben diesen formellen Formen der Praxisbegleitung wird es weiterhin informelle Kontakte zwischen den Ehrenamtlichen selbst geben: Das sich gegenseitig Stützen, Motivieren und auch das gemeinsame Erleben.

Von der Praxisbegleitung abgehoben und keinesfalls diese ersetzend, besteht nun die Möglichkeit der re-finanzierbaren Supervision. Die Praxisbegleitung stellt das offen gelegte Mindestkriterium für eine qualifizierte Hospizbegleitung dar. Sie ist auch meist der Ort, wo Eingesetzte und Einsatzleiter bzw. Eingesetzte unter sich in Kontakt kommen. Supervision hingegen ist meines Erachtens eher ein Medium der individuellen Weiterqualifizierung, des Klärens besonderer Fragen und der individuellen Unterstützung. Supervision wird aus Praktikabilitätsgründen ebenfalls ein Gruppengeschehen in der Hospizarbeit sein. Es sind verschiedene Ansätze denkbar:

A. *Westreich* beschreibt: „Mit der Zunahme der Anzahl haupt- und ehrenamtlicher Helfer stößt die Verwaltung einer Hospizinitiative aber auch an die Grenzen des Ehrenamtes. Wenn 15 oder mehr Menschen im Einsatz sind und ein Telefon für anfragende Angehörige, Patienten, Ärzte oder Sozialdienste täglich mehrere Stunden besetzt sein soll, dann bedarf es einer professionellen Kraft, die zu geregelten Zeiten anwesend ist, berät und koordiniert. Und noch etwas hat sich im Laufe der Jahre als unbedingt notwendig erwiesen: Die Begleitung der Hospizhelfer durch Supervision, in der sie über ihre Einsätze, ihre Gefühle, ihre Ängste und ihren Ärger sprechen dürfen. Denn sehr bald wurde klar, dass die Begleitungen mehr von den Helfern verlangt als spontanes, allein vom Gefühl bestimmtes Handeln. In Einzelfällen kam es zu Überforderungen oder zu Enttäuschungen, wenn die Vorstellungen der Helfer vom weiteren Vorgehen nicht mit denen des Kranken oder seiner Angehörigen übereinstimmten.“²³

Erst seit Kurzem wird in der Literatur deutlich gemacht, dass es Praxisbegleitung und davon abgegrenzte Supervision braucht: „Folgerichtige Konsequenz ... ist m. E. eine personenangemessene und wertschätzende Begleitung der Praxis der hospizlichen Arbeit...: ... Der Schwerpunkt sollte die Praxisbegleitung (in Seminaren, Kursen und Einzelveranstaltungen) und die davon unterschiedene Supervision sein.“²⁴

Wie solch eine Supervision in der Hospizarbeit ablaufen kann beschreibt *Meyer-Miethke*: „Ungemein wichtig für die Hospizhelfer ist die regelmäßige Teilnahme an den angebotenen Supervisionsgruppen, die sich aus etwa zehn Helfern und einem Supervisor zusammensetzen. Alle drei Wochen arbeitet man abends zwei Stunden

²³Angelika Westrich, Wie alles begann: Geschichte der Hospizbewegung, 12. In: *Gustava Everding, Angelika Westrich, Würdig leben bis zum letzten Augenblick*, München 2000.

²⁴Spohr, Motivation, 41.

lang alles Erlebte, das in den Betreuungen auf einen zugekommen ist, gemeinsam auf, hört und schaut genau hin, spricht sich aus und lernt viel aus dem, was die anderen Helfer von ihrer Arbeit berichten. Man fühlt sich aufgehoben und verstanden. Während der Betreuung eines Patienten ist einer der beiden Sozialpädagogen des Hospiz Vereins der Ansprechpartner für Schwierigkeiten; bei ihm kann man sich jederzeit Hilfe und Unterstützung holen.“²⁵

Hier sind mögliche Kriterien für eine Definition gegeben: Supervision ist eine regelmäßige Verarbeitung des Erlebten im festgelegten Setting einer Gruppe mit einer externen, ausgebildeten Fachkraft. Praxisbegleitung ist eine kontinuierlich abrufbare Unterstützung durch eine interne Fachkraft, oft auch im Einzelsetting und mit konkretem Praxisbezug.

Eine besonders interessante Darstellung aus der Praxis des Hospiz in Frechen e.V. bringt der oben schon zitierte *Michael Spohr*:²⁶ „Die Begleitungsgruppen treffen sich an festen Tagen und Uhrzeiten einmal im Monat, um mit ca. 15 Teilnehmenden, die jeweils von zwei Begleiterinnen bzw. Begleitern geleitet werden, die früheren und aktuellen Erfahrungen z. B. mit Tod und Sterben auszutauschen, bzgl. der Hospizarbeit `auf dem Laufenden zu bleiben`, sich anfallende Fragen, z. B. aus dem medizinischen oder pflegerischen Bereich von Fachfrauen und -männern beantworten zu lassen bzw. zu besprechen. Mit vielen Methoden wird u. a. erlebnisaktivierend und gestalterisch ein Austausch gefördert. Die Inhalte der einzelnen Treffen stehen nicht für ein ganzes Jahr im Voraus fest, sondern ergeben sich aus dem Prozess der Gruppe. Die Begleiter treffen sich regelmäßig, um die Treffen vor- und nachzubereiten und dabei das Gruppeninteresse und den Gruppenstand zu berücksichtigen. Damit wächst in dieser festen Gruppe ein Zusammengehörigkeitsgefühl, wird sich gegenseitig in der oft nicht einfachen Arbeit gestärkt. Die Gruppen werden so lange als `peer-groups` bestehen bleiben, wie es ihre Größe erlaubt.“

Darüber hinaus sieht *Michael Spohr* an anderer Stelle die Supervision als einen zusätzlichen, vertiefenden Prozess:²⁷ „Die Supervision in Kleingruppen als tiefergehende und den Einzelfall und seine Problematik ins Auge fassende Praxisbegleitung geschieht in Gruppen von ca. fünf bis sieben HospizlerInnen unter Anleitung durch eine/n externe/n Supervisor/in. In diesen Gruppen soll fall- und personenbezogen gearbeitet werden. Dies bedeutet, dass die einzelnen mehr Zeit und Gelegenheit als in den monatlichen Gruppen haben, ihren Einsatz und dessen Problematik vorzustellen, dass sie nach ihren eigenen `Anteilen` suchen können, und dass die Kompetenz der Kleingruppe mit der Supervisorin bzw. dem Supervisor zu Problemlösungen führen kann. Die Supervision wird nach Bedarf eingeführt. Sie wird finanziell ganz vom Hospizverein getragen und erstreckt sich jeweils über ca. 15 Sitzungen. D. h., dass sich eine Gruppe mit einem/einer Supervisor/in im monatlichen Rhythmus auf einen ca. 15-monatigen Weg begibt.

²⁵ *Petra Meyer-Miethke*, Ehrenamtliche Helfer im Hospizkonzept, 47. In: *Everding*, Würdig.

²⁶ *Michael Spohr*, Ausbildung und Begleitung im ambulanten Hospizdienst, In: *Detlev Deter, u.a.* (Hrsg.), *Die Kraft des Personenzentrierten Ansatzes*, Köln 1997, S. 118.

²⁷ *Ebd.*, 119f.

Die TeilnehmerInnen verpflichten sich, unabhängig davon, ob sie die ganze Zeit im Einsatz sind, an dieser Gruppe teilzunehmen. Danach geht die Gruppe auseinander. Es können sich neue Supervisionsgruppen bilden. Für unseren Supervisionsbedarf stehen z.Zt. drei Supervisorinnen und ein Supervisor zur Verfügung. Es ist besonders wichtig, darauf hinzuweisen, dass niemand zur Supervision verpflichtet wird, sondern den Bedarf selbst anmeldet. In besonders schwierigen Betreuungsfällen weisen die Verantwortlichen auf das Angebot besonders hin.“

Zusammenfassend zitiere ich das Ergebnis meiner Arbeit zu Praxisbegleitung und Supervision in ambulanten Hospizarbeit: „Praxisbegleitung für Ehrenamtliche im ambulanten Hospizbereich ist gemäß Sichtung der Literatur und eigener Erfahrung: Kontinuierliche Unterstützung der praktischen Begleitungstätigkeit; Erfahrungsverarbeitung, umfassende Fallbesprechung, Hilfestellung; auch unterrichtend, lehrend, schulend, Expertenwissen einbeziehend; auch qualitätsüberprüfend, Kontrollfunktion innehabend, evaluierend; Verbindungsort der Praxisevaluation und der Konzeptweiterentwicklung; Gruppe als Experten-Pool nutzend und stärkend. Supervision im gleichen Kontext hingegen ist: Eine Lernform zur Steigerung der ehrenamtlichen Kompetenz; u.a. zu ausgewählten Fallverarbeitungen bei aufkommenden Fragen/Problemen; persönlich und fachlich schulend, jedoch nicht lehrend; zur Unterstützung der eigenen Rollenentwicklung/-findung im Tätigkeitsfeld; verschwiegen; Fehlerkorrektur durch Selbsterkenntnis, selbstbestimmt; Gruppe als Vertrauensgemeinschaft und Erfahrungs-Pool nutzend Beide sind unverzichtbar und unersetzbar für die ambulante Hospizarbeit.“²⁸.

Sollte ein Hospizverein auf die in diesem und im letzten Kapitel beschriebene Weise Ehrenamtliche qualifiziert haben und begleiten, so sind die Grundkriterien für eine Förderung von der praktischen Seite her erfüllt. Dennoch möchte ich einen Blick darauf werfen, was es heißt, dass die Ehrenamtlichen auch für die Sterbebegleitungen einsatzbereit sein müssen.

5.3 HospizbegleiterInnenzahl und Einsatzfähigkeit

Etablierte Hospizdienste in kleinen Städten oder Ballungsräumen werden keine Schwierigkeiten haben, auf die Mindestzahl von 15 einsetzbaren Ehrenamtlichen zu kommen. Kleineren Hospizgruppen steht zudem die Möglichkeit der Kooperation mit anderen Gruppen offen. Dennoch ist mit der Zahl 15 und der Betonung der Einsatzfähigkeit eine deutliche Untergrenze gesetzt, die gerade sich neubildende Hospizgruppen nur mit gewissen Schwernissen noch in der gesetzlich angegebenen Übergangszeit bis Ende 2005 erreichen können. Eine gute Hospizausbildung dauert mindestens 10 Monate und eine Gruppenstärke von mehr als 15 Personen ist nicht ausbildungsgerecht. Da zwischen Beginn der Ausbildung und tatsächlichem Einsatz oft 20 bis 50 % der Interessierten wieder ihr einmal

²⁸Jochen Steurer, Supervision (und/oder Praxisbegleitung) in der ambulanten Hospizarbeit, Unveröffentlichte Abschlussarbeit am Institut für Soziale Praxis des Rauhen Hauses, Hamburg 2003, 37. Nachlesbar unter: www.steurer.biz Sv in der Hospizarbeit.

gefasstes Ziel aufgeben, bleiben im ungünstigsten Fall nach 2 Jahren durch Vorleistungen finanziert Ausbildungstätigkeiten nur gerade die Mindestzahl von 15 Ehrenamtlichen übrig. Da die übliche Verweildauer von Ehrenamtlichen im Hospizdienst durchschnittlicher Weise nur 3 Jahre beträgt, ist die gesetzlich geforderte Mindestzahl für sich neu gründende Hospizvereine tatsächlich eine Schranke.

Es ist eine übliche Praxis, dass Ehrenamtliche nach einem Einsatz oder auch aufgrund eigener, biographischer Notwendigkeiten (Trauer, Verlust, Überlastung) eine Pausenzeit in der Hospizbegleitung einlegen. In dieser Pausenzeit gehören die Ehrenamtlichen natürlich weiterhin zur Hospizgruppe mit hinzu und dürfen Supervision und andere psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen. Sind diese Ehrenamtlichen einsetzbar?

Andere Ehrenamtliche aus dem Hospizbereich besuchen Schwerstkranke, die Begleitung dringend brauchen, deren tatsächliches Sterben sich jedoch verzögert. Der Grund dafür kann die leichte Besserung des Krankheitsverlaufes sein, oder auch die Chronifizierung. Diese Ehrenamtlichen sind zwar eingesetzt nach dem Wortlaut des Gesetzes, aber nicht real einsetzbar für neue Sterbebegleitungen. Wie in der Rahmenvereinbarung beschrieben und in den dazugehörigen Antragsformularen konkretisiert, werden Hospizdienste nach gewissen mathematischen Berechnungen (siehe oben 4.1) finanziert. Die entscheidende, mit dem Faktor 3 multiplizierte Zahl, ist nicht die Zahl der Ehrenamtlichen, sondern die Zahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen, d.h. der real in Begleitung Verstorbenen. Entsteht somit bei zukünftig geringer werdenden Ressourcen ein Druck auf die Ehrenamtlichen mit Langzeitbegleitung? Oder entsteht sogar ein Wettbewerb um jene Sterbenden, die schon in ihren letzten Zügen liegen?

5.4 Neues Zusammenspiel Hauptamt-Ehrenamt

Die nächste Strukturbewältigung, die für die Hospizdienste ansteht ist die neu zu ordnende Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen. Eine Stimme aus München dazu: „Es gibt unterschiedliche Modelle der Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen, die in Organisationen auch nebeneinander und gleichzeitig vorkommen. Das 'komplementäre Modell', das unser ambulanter Hospizdienst praktiziert, zeichnet sich durch einen klar definierten Rahmen, enge Zusammenarbeit und Absprache, Kontrolle, sorgfältige Auswahl und Zuweisung von Aufgaben aus. Der Dienst wird durch entsprechende Fortbildungen und durch Supervision begleitet.“²⁹. Der Ehrenamtliche braucht zuverlässige Zuordnung und Aufgaben-Benennungen wenn Hauptamtlichkeit mit ins Spiel kommt.

Ähnliches gilt aber auch für die Hauptamtlichen, die sich nicht von versteckten Überanforderungen unter Druck setzen lassen sollen. Hier laufen die Prozesse – zumindest in der Anfangsphase - nicht koordiniert, wie z.B. *Josef Schmandt* mit Blick auf stationäre Einrichtungen beschreibt: „Während die Hauptamtlichen ...

²⁹ *Sepp Raischl*, Soziale Arbeit im Umfeld von Sterben, Tod und Trauer, 38. In: *Everding*, Würdig.

ihren Aufgabenbereich kennen, ist für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter solch ein Platz und eine entsprechende Aufgabe erst noch zu finden. Alle Beteiligten tun sich einen großen Gefallen, wenn zu Beginn einer ehrenamtlichen Tätigkeit dies alles sehr genau miteinander ausgehandelt wird. Ehrenamtliche brauchen klar umrissene Aufgaben, brauchen eine Beschreibung ihrer Kompetenz und müssen bereit sein, sich der Leitung zu unterstellen und auch Verbindlichkeiten einzugehen. Und sie brauchen ebenso wie alle anderen eine entsprechende Rückmeldung für ihre Tätigkeit. Vorsicht ist geboten, wenn das Engagement von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen miteinander verglichen wird. Besonders in kleinen Einrichtungen, deren Träger ein Verein ist, spielt Ehrenamtlichkeit eine ganz besonders große Rolle. Mit großem Engagement von freiwilligen Helfern wurde z. B. ein Hospiz geschaffen. Der Verein, der Vorstand und oft auch der Geschäftsführer arbeiten ehrenamtlich und schauen dabei selten mal auf die Uhr. Und sie begegnen jetzt hauptamtlichen Kräften, die Anspruch auf eine geregelte Arbeitszeit haben und nicht als zusätzliche „Ehrenamtliche“ vereinnahmt werden dürfen. Manche Vorstände oder auch Geschäftsführer erwarten in der Tat einen zusätzlichen ehrenamtlichen Einsatz ihrer Pflegekräfte. Ein solcher Einsatz kann vor Abschluss des Arbeitsvertrages miteinander vereinbart werden und muss dann auch genau den Umfang beschreiben, damit die angestellte Pflegekraft nicht ständig rätseln muss, ob sie denn den Erwartungen ihres Arbeitgebers entspricht. Zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer besteht ein Abhängigkeitsverhältnis, so dass ein wesentliches Element der Ehrenamtlichkeit, nämlich die Freiwilligkeit, wohl kaum gewährleistet ist. Unklarheiten in diesem Punkt stellen eine permanente Überforderung der ArbeitnehmerInnen und Arbeitnehmer dar und führen nicht selten zu Stress und zum Burnout-Syndrom.“³⁰

5.5 Anstellung, Grundausbildung und Weiterqualifizierung der Fachkraft

Über die Problematik der vorzufinanzierenden Anstellung der Fachkraft hatte ich schon weiter oben geschrieben. Viele Hospizdienste sehen sich auch strukturell vor ganz neue Anforderungen gestellt, wenn sie von Ehrenamtlichen-Verein plötzlich zum Arbeitgeber werden sollen). Neue rechtliche Fragen und viel an Verwaltungsarbeit ist zusätzlich – und natürlich möglichst ehrenamtlich – zu leisten.

Fachkräfte im Sinne der Rahmenvereinbarung können sowohl Pflegekräfte, als auch andere Fachkräfte sein. In der Tradition der Hospizbewegung waren dies meist Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagoginnen, Theologen und Psychologen. Schwieriger wird die Situation, wenn menschlich hochqualifizierte und begabte Elektriker, Hilfskräfte und andere die Koordinationsfunktion in einem Hospizdienst übernommen hatten. Hier sieht das Gesetz zwar Individuallösungen vor. Die Kassen vor Ort nutzen den Ermessensspielraum nicht immer zu Gunsten der bereits bestehenden Strukturen. So zeichnet es sich ab, dass insbesondere Pflegende und

³⁰Josef Schmandt, Entlastung des Personals, 954. In: Aulbert, Palliativmedizin.

Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen die neuen Fachkräfte werden, teilweise durch Stellenausschreibungen gefunden und neu angestellt. Ähnliche Situationen ergeben sich, wenn bislang ehrenamtliches Leiten von Hospizdiensten im Nebenbei geschah, durchaus qualifiziert getragen von Leitungskräften aus Pflege und Sozialarbeit, die bisherigen Leiterinnen aufgrund schon bestehender Berufstätigkeit an anderen Einsatzorten für die Anstellung als Fachkraft nicht in Frage kamen. Insgesamt bildet sich somit ein neues Berufsgebiet der Hospizdienst-Einsatzleitung heraus.

Durch die starke Betonung der palliativpflegerischen Beratung scheint auf den ersten Blick eine Pflegefachkraft die geeignetere Besetzung bei einer Stellenausschreibung zu sein. Ursprünglich liegt aber die Begleitung von Ehrenamtlichen eher in der Fachkompetenz der Sozialarbeiter. Wohin sich das Blatt hier wenden wird, zu Gunsten der Palliativpflege oder zu Gunsten des Einsatzes ehrenamtlicher, psychosozialer Begleitung wird sich erst zeigen. Eine Zusammenarbeit von je einer Pflegekraft und einer Sozialarbeiterin pro Hospizdienst, bzw. Hospizdienstverbund, scheint mir selbst optimal.

Die nun gefundene und angestellte Fachkraft wird – sofern sie eine Pflegekraft ist – gemäß dem Curriculum von *Kern, Müller, Aurnhammer* für Pflegende³¹ fortgebildet. Der Basiskurs für Pflegende wird seit Mitte der 90iger Jahre mit großem Erfolg in Bonn und an mittlerweile mehr als 15 anderen Standorten unterrichtet. Auf die Entwicklung der Palliative Care Kurse für Mediziner gehe ich hier nicht eigens ein.³²

Sämtliche anderen Kurse für Sozialarbeiter, für Theologen und andere entstanden ebenfalls 1997 am Reißbrett und blieben auch dort. Erst seit Ende 2002 wurden Palliative Care Basiskurse für Nichtpflegende entwickelt und in Bonn/Köln, München, Berlin und Hamburg angeboten. Ein Münchener Palliative Care Kurs für KlinikseelsorgerInnen begann im November 2003 mit den Dozenten *Ruthmarijke Smeding* und *Erhard Weiher*. Ein Basiskurs Palliative Care – in Anlehnung an die Basiskurse für Pflegende – findet ab Mai 2004 gezielt für Theologen und Psychologen unter dem Titel *Spiritual Palliative Care* in Hamburg statt.³³

Neben den Basiskursen sollen gemäß der Rahmenvereinbarungen neu in die Koordinatorentätigkeit eintretende Fachkräfte einen 5tägigen Koordinatorkurs belegen. Ferner werden alle Fachkräfte, die nicht spezifische Führungskompetenz und Leitungsseminare in ihren Ausbildungen schon belegt haben, diesbezügliche Kompetenzen in einem 10tägigen Seminar nachschulen. Es ergibt sich hier eine große Ausweitung der Ausbildungskurse und auch der Angebote.

Mit dem Blick in die Zukunft gilt: „Nach einem zögerlichen Beginn Ende der 80iger Jahre vermehren sich Unterrichtsangebote in Palliative Care z.Zt. in einer Geschwindigkeit, die in anderen Disziplinen kaum nachzuweisen ist... So wird es

³¹*Martina Kern, Monika Müller, Klaus Aurnhammer*, Basiscurriculum Palliative Care, Bonn 1997.

³²Siehe Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: www.dgpalliativmedizin.de

³³Dieser Kurs qualifiziert auch Theologen/Psychologen nach § 39a Abs. 2 mit zwei Theologie/Psychologie-spezifischen 5-Tages-Modulen vom 17.-21. Mai und 1.-5. November 2004 und einem optional hinzubuchbaren Modul mit Pflege/Medizin-Themen vom 13.-17.9.2004. Informationen unter www.steurer.biz und direkt beim Autor unter Praxis@steurer-online.de

notwendig, Palliative Care als Unterrichtsfach zu reflektieren. Reflektion und Analyse auf einer über den individuellen Unterricht hinausgehenden Basis, führt zu einer eigenen Entwicklungsstufe.“³⁴

5.6 Fachkraft-Aufgaben: Palliative Beratung und Einsatz-Koordination

Neben der Einsatzleitung ist die Fachkraft des Hospizdienstes auch für eine sogenannte palliativ/pflegerische und psychosoziale Beratung von sterbenden Menschen und deren Angehörigen zuständig. Genaue Form und Umfang dieser Beratung ist nicht definiert. Dass mit dieser Beratungsleistung aber ein entscheidendes Element hinzukommt, oder zumindest institutionell verdeutlicht und verankert wird, ist *Gerda Graf*, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz deutlich. Und so erwidert sie anlässlich der Veröffentlichung des neuen Gesetzes auf entgegenkommende Kritik: „Wie Sie dem Text entnehmen können, ist die Erbringung palliativ-pflegerischer Beratung als Aufgabe eines ambulanten Hospizdienstes erfasst. Zu diesem Haupt-Diskussionspunkt möchten wir nochmals ausführlich Stellung beziehen. Dies erscheint uns insbesondere deswegen geboten, um der immer wieder gehörten Behauptung entgegenzutreten, das ehrenamtliche Engagement wäre durch diese Regelung in Gefahr.“

Nach dem Verständnis von *hospizlicher* Arbeit ist das Gegenteil der Fall.

Vom Grundanliegen her ging es uns immer um die Schaffung einer verlässlichen finanziellen Basis zur Sicherstellung ehrenamtlicher Arbeit im Rahmen der Sterbebegleitung und dies über die Bezuschussung von Personalkosten für eine Koordinatorenkraft, welche ab einer gewissen Vereinsgröße für die Gewinnung, Schulung, Einsatzleitung und Supervision notwendig ist, um qualifizierte ehrenamtliche Arbeit erbringen zu können.

Hospizarbeit beschränkt sich jedoch nicht auf den Aspekt der psychosozialen Begleitung durch Ehrenamtliche, sondern umfasst genauso das Feld der palliativen Pflege und Medizin sowie der spirituellen Begleitung. Ohne ein Ineinandergreifen und Hand-in-Hand-Gehen dieser Bereiche bleibt Hospizarbeit Stückwerk.

Diese komplexe Auffassung von Hospizarbeit entspricht den Wurzeln der Hospizidee. Dies vertreten nicht nur die Hospizdienste vor Ort, sondern auch die Vertreter der Krankenkassen und auch politische Entscheidungsträger wie das Bundesgesundheitsministerium und die Regierungsfractionen im Bundestag.

Die Richtigkeit der Auffassung zeigt uns die daraus resultierende Lebensqualität für den Sterbenskranken. In seinem Sinne dürfen wir uns nicht die Frage stellen, was wir leisten wollen (beispielsweise „nur“ psychosoziale Begleitung - in dieser Formulierung soll ausdrücklich keine Wertung liegen, sondern die Darstellung einer Situation!), sondern was für den Sterbenskranken notwendig ist. Die Schmerzbekämpfung durch richtige medizinische Einstellung und Pflege ist ein Hauptanliegen Sterbenskranker und insofern notwendig. Hier muss der ambulante

³⁴Ruthmarijke Smeding, Unterricht in Palliative Care: Was lehren wir eigentlich?, 47. In: *Fittkau-Tönnemann*, Nachlese.

Hospizdienst, der ganzheitlich arbeiten will, ein Angebot machen können. Hier setzt die palliative Beratung an.

Das heißt nicht, dass jeder ehrenamtlich arbeitende Hospizverein gezwungen wäre, palliative Beratung anzubieten, natürlich kann er sich auf psychosoziale Begleitung konzentrieren. Im Sinne des Aufbaus eines hospizlichen Netzwerkes wäre es aber wünschenswert, wenn möglichst viele Gruppen die gesetzliche Förderungsmöglichkeit als Anreiz nehmen, ihr Angebot auszuweiten.

Durch die Erbringung palliativer Beratungsleistungen wird in letzter Konsequenz aber auch verhindert, dass der Ehrenamtliche als Lückenbüßer missbraucht werden kann, denn die Qualität seines örtlichen Hospizvereins gewährt ihm qualitatives Handeln für den Sterbenskranken.

Dem vorliegenden Gesetzentwurf liegt die Vorstellung zugrunde, dass der einzelne Ehrenamtliche in einem Netzwerk tätig sein soll, in dem er sich auf seine Aufgabe, für die er angetreten ist, konzentrieren kann: die psychosoziale Begleitung sterbender Menschen - dies fachlich unterstützt durch eine Koordinatorenkraft.

In pflegerisch/medizinisch schwierigen Situationen wird er nicht zum "hilflosen Helfer", sondern kann auf die Hilfe einer Fachkraft mit Weiterbildung in palliativer Pflege/Medizin zurückgreifen. So kann er auch pflegerische Maßnahmen mit gutem Gewissen den ambulanten Pflegediensten, die in ihrer Arbeit ebenfalls von der Palliative-Care-Fachkraft Unterstützung erhalten können, überlassen. Das Gesetz gewährleistet damit, dass ehrenamtliche Sterbebegleitung nicht zu ehrenamtlicher Pflegeleistung verkommt und schafft die Voraussetzungen dafür, dass ehrenamtlich tätige Menschen qualifiziert arbeiten können.

Die Unterscheidung zwischen der Palliativpflege und der palliativpflegerischen Beratung ist hilfreich, denn mit dieser Unterscheidung wird deutlich, dass nicht der Hospizdienst die Pflege erbringt, sondern dass dies Aufgabe des Pflegedienstes ist. Positiv formuliert bedeutet dies: es muss auch Palliativpflege unabhängig vom Hospizdienst erbracht (und damit auch) finanziert werden. Dies ist aber - wie bereits dargelegt - nicht die Aufgabe des Hospizdienstes; dieser kann somit auch nicht - wie das manche befürchten - als ehrenamtlicher "Pflegedienst" missbraucht werden. Hier gewährt das Gesetz Qualität und stärkt die Position der Ehrenamtlichen.³⁵

Gerda Graf sieht eine Stärkung der Position der Ehrenamtlichen. Eindeutiger ist zumindest die Rollenaufteilung zwischen Ehrenamt, Einsatzleitung/Fachkraft und Pflegedienst: ehrenamtlich-psychosoziale Begleitung, palliativpflegerische Beratung, palliative Pflege. Ich mag hier aber zurecht bezweifeln, dass die palliativpflegerische Beratung durch die Fachkraft etwas mit der Stärkung der Ehrenamtlichen zu tun haben soll. In erster Linie wird dem Zeitkontingent für die Ehrenamtlichen-Begleitung etwas entnommen, und eine neue Beratungsleistung aufgebaut. Diese Beratungsleistung erinnert mich an die Lotsenfunktion, die der Hausarzt im Gesundheitswesen in Zukunft innehaben soll. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, dass diese Lotsenfunktion durch palliative Beraterinnen ein ganz

³⁵Unveröffentlichter Brief von *Gerda Graf*. 30.11.2001. Siehe: www.hospiz.net.

wesentliches Moment der Palliativpflege sein soll und wird. Den Grund dafür, weshalb dieses Beratungselement nicht direkt durch die Krankenkassen bezahlt werden sollte (z.B. in Anbindung an Pflegedienste und deren Vergütungsstrukturen) erschließt sich mir nicht. Stattdessen wird hier eine typisch gesundheitswesenrelevante Dienstleistung in das finanziell fragile System der Hospizarbeitfinanzierung aufgenommen. Deshalb müsste meines Erachtens erst einmal geklärt werden, warum diese gesundheitswesenrelevante Leistung an die teilweise spendenfinanzierte und ehrenamtlich getragene Hospizarbeit angebunden wird, wenn nicht zur Kostenreduzierung für das Gesamtsystem. Wird so die stimmige palliativpflegerische Beratung zum Kuckucksei für das Hospizwesen?

5.7 Dokumentation und Statistik

Die Befrachtung der Pflege mit Dokumentationsaufgaben förderte den Unmut der Pflegenden in den letzten beiden Jahrzehnten. Es verwundert nicht, dass die Krankenkassen auch für die Hospizdienste geeignete Dokumentation als Qualitätskriterium fordern. Dies ist im Blick auf die palliative Beratung, die Einsatzkoordination und die Gesamtdarstellung der Arbeit eines Hospizdienstes nur sinnvoll und gerechtfertigt, solange dafür ausgebildete, hauptamtliche Kräfte dies erledigen. Welchen Sinn sollte es aber haben, ehrenamtliche, freiwillige Arbeit in die Dokumentationspflicht einzubinden? Sicher wurde immer schon der Name der besuchten, sterbenden Personen, und die Daten der Besuche von den Ehrenamtlichen in einfacher Form dokumentiert. Gemäß den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz liegen nun aber Formulare für die Dokumentation vor, die eher an Musterbögen für Hauptamtliche erinnern. Diese Ähnlichkeit ist auch nicht rein zufällig, wenn diese Formulare mit jenen verglichen werden, die die Palliative Care Ärzte des Home Care Projektes, Berlin, ausfüllen.³⁶ Die Freiwilligkeit in Dauer und Frequenz der Hospizbesuche durch die Ehrenamtlichen wird durch die genaue und offengelegte Dokumentation zumindest beeinflusst. Dieses um so mehr, wenn die Dokumentation auch noch beim Sterbenden selbst zu führen sein wird, eine Sache, die sich meines Erachtens so nicht durchsetzen lassen wird.

Insbesondere durch die Dokumentation wird die freiwillige Arbeit der Ehrenamtlichen zunehmend in dem Bereich professioneller pflegerischer und psychosozialer Dienste gerückt. Die Unkostenentschädigung oder gar Vergütung der Hospizbesuche als dokumentierte psychosoziale Beratungen ist da nur noch ein kleiner Schritt. Ein Teilnehmer eines meiner Palliative Care Ausbildungskurse weist m.E. zurecht auf die Entwicklung im Gebiet der Betreuungen hin, die zuerst auch ehrenamtlich geschahen und nun beinahe ausschließlich in hauptamtlichen Händen liegen.

³⁶Ein Hinweis, den ich *Susanne Woskanjan*, Geschäftsführerin des Home Care Projekts Berlin, verdanke.

6 Die Wende

In diesem Artikel habe ich nach Sichten der Literatur und aufgrund eigener Erfahrungen/Tätigkeiten die Anzeichen für eine Wende in der Hospizarbeit zusammengetragen. Ich bin in Hamburg als Supervisor und Ausbilder von Haupt- und Ehrenamtlichen tätig, und leite als Berater und Theologe das Projekt der Palliative Care Kurse der Malteser. Aus dieser Sicht der Dinge, und nicht als Funktionsträger von Gremien, sehe ich schon eine Wende im Hospizbereich hin zu mehr Qualität und Professionalität. Die Hospizarbeit, die Palliativpflege und die Palliativmedizin nähern sich beständig an. Dies ist sicher zum Vorteil der Schwerstkranken und Sterbenden. Die Stärkung des Ehrenamtes und der bürgerbetonten Strukturen der Hospizarbeit kann ich aber keineswegs sehen. Ähnlich wie oben Seitz³⁷ sehe ich darin einen großen Verlust. Die politische Willensbildung im Hospizbereich konnte nur durch den Bürgerwillen beeinflusst werden. Und die Bürgernähe holt das Sterben heraus aus der professionellen Sicht von Pflege und Medizin und hinein in die Natürlichkeit des Normal-Menschlichen. Die meines Erachtens fehlende Gleichbetonung von pflegenden Fachkräften und sozialarbeiterischen Fachkräften in der Hospizarbeit wird sich wohl zu Gunsten der palliativpflegerischen Beratung verschieben und die Sozialarbeit ins zweite Glied verweisen. Auch dadurch erfährt die kontinuierliche Unterstützung der Ehrenamtlichen eine Schwächung. Der genuine Ort der Sozialarbeit im Hospizwesen als unabdingbares Grundelement ist noch aufzuzeigen. Wie die Anliegen der Stärkung des Ehrenamtes in die endgültige Rahmenvereinbarung zum ambulanten Hospizdienst ab Januar 2006 einfließen werden, wird sich in den nächsten Monaten darstellen. Sollten hier keine Nachbesserungen entstehen, kommt es meines Erachtens tatsächlich zu einer Wende; ob zum Guten wird sich zeigen.

Dr. theol. Jochen Steurer, Praxis für Supervision (DGSv), Forsmannstr.31, 22303 Hamburg, Praxis@steuerer-online.de, www.mediacion.de _____

³⁷Seitz, Hospizbewegung, 219f.