

# Uns allen blüht der Tod

## Hospizliche Sterbebegleitung als Integrationsaufgabe

Prof. Dr. Franco Rest, Dortmund

### 1. Zielbestimmungen der hospizlichen Versorgung

#### 1.1 Hospizlichkeit und Palliation

Was verstehen wir unter „Hospizlichkeit“? Als ich diesen Begriff zum ersten Mal verwendete, stieß er auf Irritationen und vor allem auf den Unwillen der Mediziner, die gerade dabei waren, den Begriff der „Palliation“ bzw. der „Palliativmedizin“ und also auch das Adjektiv „palliativ“ zu entdecken. „Hospizlichkeit“ bezeichnet unter ausdrücklichem Einbezug des „Palliativen“ (Medizin und Therapie) eine ganzheitliche Sicht vom Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden, die das sogn. „Humane“, Begleitende, den Beistand und die Therapie, das Professionelle und Ehrenamtliche, die Psychologie, Pflege, Medizin, Theologie und Seelsorge, Sozialarbeit usw. erfaßt. Hospizlichkeit findet nicht nur in medizinisch-pflegerischen Einrichtungen statt, sondern auch in Wohnheimen, Wohnungen, in der Notfallbehandlung und im Katastrophenschutz, in Hungergebieten und in der Obdachlosigkeit, bei nicht nur kranken Menschen unter dem Einfluß der Medizin und Pflege, sondern auch im Rahmen der Alltagsbegleitung, bei Kindern von vor der Geburt bis zum Hochbetagten.

Wir sprechen von „palliativer Versorgung“ unter dem Einfluss der Palliativmedizin, Palliativtherapie und Palliativpflege, von „hospizlicher Versorgung“ unter dem Einfluß dieser genannten Disziplinen in Verbindung mit Seelsorge, Sozialarbeit, ehrenamtlicher Begleitung, Nachbarschaftshilfe, Freundesdienste, Selbsthilfe usw. Palliative Versorgung ist ärztlich zentriert; hospizliche Versorgung kennt nur ein Zentrum, den von schwerer Krankheit und Sterben betroffenen Menschen und sein „System“. Um den Blickwinkel zu fokussieren, könnte man bei hospizlicher Versorgung von einem „Systemischen Ansatz“ sprechen, der sich vor allem in der Netzwerkbildung und im Netzwerk niederschlägt.

#### 1.2 Das Leitmotiv der Versorgung

Vor einigen Jahren habe ich als Motto unserer „hospizlichen“ Versorgung formuliert: „Nirgendwo darf ein Mensch besser oder schlechter sterben als anderswo.“ Die stationäre und ambulante Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen kennt demnach keine unterschiedlichen „Gütesiegel“ und dürfte auch keine unterschiedlichen Qualitätsstandards kennen z.B. für eine palliativmedizinische stationäre, eine stationär hospizliche gegenüber einer stationären Heimpflege oder gegenüber einer ambulanten Versorgung oder gar gegenüber einem Sterben im Einfluß eines Unfalls oder einer Katastrophe. Wenn es denn ein „gutes Sterben“ gibt, dann ist das Sterben im Anschluß an eine „Tötungsheilbehandlung“ nach den Euthanasie-Kriterien der Niederlande oder auf der Grundlage irgendeiner Patientenverfügung auch nicht besser oder selbstbestimmter als das allerörtliche palliativ-hospizliche Sterben im Netz der Versorgung.

Das Leitmotiv (oder auch Leitbild) der hospizlichen Versorgung könnte in einem, zugegebenermaßen etwas lang geratenen Satz erfaßt werden: Wir ermöglichen sterbenden Menschen ihr Leben ungestört, unverzögert, unbeschleunigt, persönlich, sozial integriert, lebenssatt, spirituell angenommen, schmerzkontrolliert und begleitet zu vollenden sowie ihrem sozialen Umfeld eine vorausseilende, begleitende und nachgehende Trauer. Lassen Sie mich diesen einen Satz ganz kurz erläutern:

- Hospize ermöglichen: Wir handeln nicht mehr gegen irgendetwas, oder jemanden, also auch nicht gegen den Tod, sondern wir ermöglichen das Sterben.

- Sterbenden Menschen: Das ist nicht immer leicht zu definieren, z.B. durch Begriffe wie „Finalität“, „Terminalität“. Aber sicher ist es, daß die Sterbenden um ihr nun absehbar gewordenen Sterben wissen; wer noch um eine Ausdehnung seines Lebens ringt, ist nicht typisch für die Hospize.
- Ihr Leben: Ja, es geht im Hospiz um Leben. Deshalb wird dort auch intensiv gelebt. Für uns in den Hospizen sind Sterbende Lebende; der Sterbende lebt selbst im Zustand irreversiblen Komas oder nach der Hirntoddiagnose. Er soll bei uns zu Ende leben können.
- Ungestört: Wir mischen uns nicht ein in sein Sterben. Nicht wir, sondern der sterbende Mensch gestaltet schließlich den Tod.
- Unverzögert: In der Populärdiskussion bezeichnet man dies als passive Sterbehilfe. In Hospizen gibt es nämlich keine künstlichen Sterbensverlängerungen; es gibt allenfalls „Qualifizierungen“ des Sterbens, wenn man das so nennen soll.
- Unbeschleunigt: Hospize treten gegen alle Formen der aktiven Sterbehilfe oder gar der Euthanasie an. Hospize sind auch gelebte Euthanasieprophylaxe. Unsere Gäste erstreben signifikant weniger einen vorzeitigen Tod als Schwerkranken in den Kliniken. Hospizliche Versorgung an allen Orten, wo Menschen sterben, macht Sterbehilferegeln unnötig und mindert die Suizidalität.
- Persönlich: Der Hospizpatient hat bei uns einen Namen, ist also nicht „die Lunge oder das Mamma-Karzinom von Zimmer X“. Das Sterben ist zudem etwas sehr individuelles, einzigartiges. Wir wissen nur, daß der Mensch stirbt, niemals aber wie er sterben wird; das ist allein von seiner Persönlichkeit bestimmt. Die „freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ aus der Formulierung des Grundgesetzes findet hier ihre Erfüllung.
- Sozial integriert: Niemand wird in ein Hospiz abgeschoben; seine Familie, sein Freundeskreis sind uns herzlich willkommen. Die Gemeinschaft wird durch die Hospize nicht entlastet; sie erhält vielmehr ganz neue Chancen.
- Lebenssatt: Sterbebegleitung sucht die Lebenssättigung des Schwerstkranken auf seinem Weg zum Tod. Von Abraham (1 Mos. 25,8) heißt es im jüdischen Fundament, er sei hochbetagt und „lebenssatt“ gestorben. Am angenehmsten stirbt, wer „lebenssatt“ stirbt. Also ist unser Geleit ein Beitrag zur Lebenssättigung. Denn lebenssatt kann nur sterben, wer auch hat leben dürfen; wer satt ist an Leben, wer sein Leben erfüllt hat, verdient auch einen lebenssatten Tod. Andererseits muß aber auch, wer satt ist an Leben, nicht mehr gefüttert werden; zu oft sind Sterbensverlängerungen so etwas wie Zwangsernährung für Gesättigte. Wer noch Hunger hat an Leben, soll erwarten dürfen, daß er bei uns Lebensnahrung erhält; aber wer satt ist an Leben braucht nicht mehr gefüttert zu werden.
- Spirituell angenommen: Im Blick auf das Sterben haben die Menschen ihre eigenen Bilder, Visionen, Sehnsüchte. Die Spiritualität tritt vielfach an die Stelle der Religion. Und gerade hier hat jeder seine eigene Welt, aber sollte auch die Chance haben, eine eigene Welt zu haben. Deshalb sind Hospize auch und vor allem dann, wenn sie einen konfessionellen Träger haben, immer offen, nicht eingrenzend, geistlich tolerant, aber auch geistig anbietend.
- Schmerzkontrolliert: Hospizbewegung und Palliativpflege bilden eine Einheit. Die Schmerzkontrolle wird vor allem durch palliativ-pflegerisch ausgebildetes Fachpersonal im ambulanten wie stationären Dienst sichergestellt.
- Begleitet: Wir möchten ambulant wie stationär sicher stellen, daß niemand allein ist während seines Sterbens, aber daß er allein sein darf, wenn er es braucht. Begleitung ist Angebot, nicht Pflicht.
- Vollenden: Wir meinen, daß sterbende Menschen nicht ihr Leben verlieren, sondern vollenden können sollten. „Lebenssättigung“ ist eine Vision auch dann, wenn wir dieses Ziel nicht immer erreichen.

- Dem sozialen Umfeld eine vorausseilende, begleitende und nachgehende Trauer zu ermöglichen, ergänzt unser Leitmotiv. Trauerhilfen aller Art sind ein ergänzendes Zahnrad im Uhrwerk der ambulanten und stationären Versorgung, wenngleich es durchaus sinnvoll und erforderlich sein kann, daß unterschiedliche Menschen in der Sterbebegleitung und in den Trauerhilfen arbeiten; denn Begleitende können nach einem Tod durchaus selbst Trauernde sein, die dann vielleicht sogar Trauerhilfe eher brauchen als daß sie sie selbst geben könnten.

## **2. Institutionenkunde des Versorgungssystems im Überblick**

### **2.1 Die ambulante Versorgung**

Kommen wir zur Betrachtung des Versorgungssystems oder des Netzwerkes der Versorgung Schwerkranker und Sterbender: Hier muß das größte Augenmerk dem ambulanten Bereich gewidmet werden, weil er die demokratische und patienten-nächste Basis von allem darstellt. Die meisten Menschen und die wichtigsten Energien sind in den ambulanten Hospizen gebündelt (bzw. zu bündeln). Das alte Wort „Solidarität“ ist hier kein Fremdwort (mehr). In organisierten (Hospizinitiativen, Selbsthilfegruppen, Sozial-, Diakonie- und Caritasstationen, kommerziellen Pflegediensten) und unorganisierten Formen (Nachbarschaftshilfe, Freundeskreise, funktionierende Familienbande) käme man leicht in Deutschland auf mehrere Hunderttausend engagierte und involvierte Personen. Allein die Hospizinitiativen zählen inzwischen über 800; also rechnerisch gibt es einen Hospizdienst auf 100.000 Einwohner. Ihre Aufgabe ist vor allem die Betreuung der Sterbenden zu Hause bzw. an jenem Ort, wo der Kranke sich Zu-Hause fühlt, also auch in Heimen, wobei erreicht werden soll, daß ggf. sogar 24 Stunden an 7 Tagen der Woche abgedeckt werden können.

### **2.2 Die stationäre Versorgung**

Im stationären Bereich unterscheiden wir zwischen der „traditionellen“ (Krankenhäuser, Pflegeheime, Behindertenheime u.a.) und der „alternativen“ Versorgung in Hospizen und Palliativstationen. Nach wie vor geschieht die quantitativ stärkste, stationäre Versorgung Schwerkranker und Sterbender traditionell; und das ist gut so, wenngleich die Qualität des dortigen Sterbens durchaus immer noch nicht den hospizlichen Erkenntnissen der letzten Jahre entspricht. Mit der Entwicklung der Palliativstationen an zahlreichen Krankenhäusern hat sich ein Trend zur eher fragwürdigen Medizinisierung der Versorgung, zugleich aber auch zu einer wissenschaftlichen Qualifizierung des Therapeutischen und Pflegerischen zunächst für den Tumor-Schmerz-Bereich und allzu schwerfällig auch für die Geriatrie / Gerontologie, die gesamte Pädiatrie usw. ergeben. Das Verdienst der stationären Hospize ist es, Standards für eine ganzheitliche, psycho-sozio-somato-spirituelle Versorgung entwickelt zu haben, wie sie einer notwendigen Entklinisierung auch im Blick auf die internationale Entwicklung entsprechen, und wie sie für eine wahre Interdisziplinarität erforderlich ist. Diese Hospizlichkeit bemißt sich nicht am Bezahlbaren und am therapeutischen „Erfolg“, sondern besonders an der Sicherstellung dessen, was sich „nicht lohnt“.

### **2.3 Das „hospizliche“ Netzwerk**

Im Jahre 1992 hatten wir eine erste Bedarfsanalyse für die verschiedenen Versorgungsformen vorgelegt, die zur Grundlage aller weiteren Planungen gemacht wurde. Sie ist zwar scheinbar nur ein Rechenmodell, aber dahinter verbirgt sich der Entwicklungsfortschritt der letzten knapp 10 Jahre. Damals forderten wir: mind. 1 Pflegekraft auf 2.000 Einwohner; mind. 1 ambulantes Hospiz auf 200.000 Einwohner; im Hospizbedarfsplan mind. 10 Betten auf 1 Million Einwohner; in palliativen Krankenhausstationen mind. 10 Betten auf 2 Millionen Einwohner; dazu kamen Aufbauzahlen für die Trauergruppen. Um einer Überversorgung und damit auch einer Fehlversorgung (Umkehr des Grundsatzes „ambulant vor stationär“) vorzubeugen, warnten wir bereits 1992 davor, ohne gezielte Bedarfsplanung stationäre Einrichtungen (hospizlich und palliativ) zu schaffen. Leider wird immer wieder bei den Betroffenen und ihren Familien

die Forderung laut, alle Schwerkranken und Sterbenden in Hospizen unterzubringen: „Warum konnte unser Vater nicht aus dem Heim in ein Hospiz verlegt werden; sind die etwa nur für Reiche da?“ Offenbar hat sich in der Öffentlichkeit der Eindruck festgesetzt, es gäbe „gutes = hospizlich, palliatives“ und „schlechtes“ Sterben in Krankenhaus-Allgemeinstationen, in Heimen oder in der eigenen Wohnung. Das bereits geknüpfte Netz ist – zugegebener Maßen – noch nicht flächendeckend dicht genug geknüpft. Es gibt Regionen in Deutschland, die bereits „gefährlich eng“ ausgestattet, andere dagegen, die „fahrlässig unterversorgt“ sind. Seit 1992 wird eine qualifizierte, hospizlich denkende Zentralstelle gefordert.

### **3. Das Versorgungssystem der „Kunden“**

#### **3.1 Das System der Altenhilfe – Der alte Mensch**

Wenn wir den Blick von den Einrichtungen und Institutionen ab und auf die Hilfsbedürftigen (zeitgemäß auch „Kunden“ genannt) hin lenken, so treten uns von der Geschichte hospizlicher Versorgung und vom Umfang der Nachfrage her zunächst die alten Menschen ins Blickfeld. Angesichts der unbestreitbaren Tatsache des sprunghaften Anstiegs des chronischen und psychischen Erkrankungs- und also auch des Hilfs- und Pflegebedürftigkeitsrisikos sind die Anforderungen an die diesbezüglichen versorgungsbezogenen und vor allem sozialpflegerischen Dienste unvergleichlich gestiegen (allerdings in den Zahlen der Palliativmedizin vernachlässigt). Hier spielen nun nicht nur objektive Krankheitsentwicklungen eine bedeutende Rolle, sondern auch subjektive, schichtenabhängige, einkommensabhängige und also soziale Komponenten. Insofern hat das Versorgungssystem auf diese Gruppen signifikant anders zu reagieren als auf die Entwicklungen in der Normalbevölkerung, wobei die Faktoren im Alter zusammenspielen. Was für Schwerkranken in allen Altersstufen gilt, gilt auch für alte Menschen, aber für diese gelten außerdem noch vielfältige andere Faktoren; Anforderungen an ein „gesundes Sterben“ korrespondieren mit den Anforderungen an eine besondere „psycho-sozio-somato-spirituelle Akzeptiertheit im Sterben“.

#### **3.2 Das System der Krankenhilfe – Der kranke Mensch**

Das System der Krankenhilfe ist am kranken Menschen orientiert. Krankheit hat nun bekanntlich drei mögliche Richtungen: das Wieder-Gesund-Werden, das Krank-Bleiben und das Sterben. Die letzte dieser Richtungen ist die sicherste; und Krankheit ist nicht allein durch den Wunsch nach Heilung gekennzeichnet. Vielmehr enthält sie wegen ihres Todesimpulses gerade eine Lebensenergie: wären wir unsterblich, könnten wir keine Menschen sein. In der objektivierenden Sprache der Wissenschaft wird Krankheit definiert als: "eine Veränderung des Körpers oder Bewußtseins in bestimmten Regionen und Funktionen mit der Folge einer Unfähigkeit des Organismus, die anatomisch-physiologischen Abweichungen von der Norm auszugleichen, die seine Selbsterhaltung und Fortpflanzung gefährden." Damit wäre Krankheit die Unfähigkeit, ohne fremde Hilfe jene Norm wieder zu erreichen, deren Aufrechterhaltung wir jedoch selbst für erforderlich ansehen und von der wir überzeugt sind, daß sie unserem eigenen Wesen entspricht. Deshalb ist alles, was die Medizin als Krankheit erklärt nur möglicherweise, aber keineswegs sicher eine solche; und auch Behinderungen sind deshalb nicht gleichzusetzen mit Krankheiten.

Krankheit kann auch wie ein Partner sein, der uns einige Abschnitte des Lebensweges begleitet. Mit ihm müßte man einen persönlichen Umgang pflegen, wie es die Totentänze mit dem Tod getan haben. „Wo bist du, meine nächste Krankheit? Ich weiß, daß es dich gibt, und daß du mich begleitest heute; ich bin froh, daß du dich zurückhältst jetzt, wo ich dich nicht brauchen kann. Aber ich weiß, daß du kommst, wenn ich dich brauche. Vielleicht gibt es eine Kraft hinter dir, die dich schickt, um mich zu prüfen oder um mir die Augen zu öffnen.“ Wer Krankheit immer nur bekämpft hat von ihren Aufgaben für die Menschen nur wenig begriffen. Der Kranke erfährt in den Krankheiten einen Schritt über sich hinaus; er erfährt seine Begrenztheit, steigt herab vom hohen Roß der unumstößlichen Gesundheit. Im

Unheilbaren begegnet der Gesunde sich selbst wie in einem Spiegel. Dabei gilt es für unser Versorgungssystem, nicht die Krankheit zu heroisieren, sondern ihr den Schrecken und die Not zu belassen.

### **3.3 Das System der sozialen Hilfen – Der bedürftige Mensch**

Neben dem alten und dem kranken Menschen sind auch und vor allem die bedürftigen als sterbend anzusehen. Weltweit sterben erheblich mehr Menschen an Bedürftigkeit als an Krankheit und Alter. Diese Tatsache dürfen die Palliativmedizin und Hospizlichkeit in den reichen Industrienationen der Nordhalbkugel nicht aus dem Auge verlieren; denn auch in Deutschland nimmt der Tod aus Gründen der Bedürftigkeit zu.

### **4. Weitere Betrachtungen zum Versorgungssystem**

Hier müßten sich nun weitere Betrachtungen zum Versorgungssystem für Schwerkranke und Sterbende in Deutschland anschließen, wenn wir dafür die Zeit hätten:

Das „**rechtliche System**“ setzt sich aus dem Gegeneinander und Zusammenwirken der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung, den weiteren sozialen Sicherungssystemen und dem System der freiwilligen Leistungen zusammen. Jeder der genannten Bausteine würde einen eigenen Vortrag verdienen. Vielleicht sollte ich hier lediglich auf die wechselseitige Ergänzung verweisen, damit die Fehlentwicklung des gegenseitigen Verschiebens der Verpflichtungen endlich beendet wird, und die Qualität eines Sterbens nicht (mehr allein) vom Kostenträger bestimmt wird.

Das „**gesellschaftliche System**“ der Bundesrepublik Deutschland ist vom „einstürzenden Sozialstaat“ bzw. von dessen Umbau gekennzeichnet. Eine besondere Bedeutung wird vielleicht in den nächsten Jahren die „kommunitaristische Wende“ spielen, in welcher es eine Wiederherstellung der Wechselwirkung zwischen den individuellen Pflichten und den Rechten bzw. Ansprüchen gegenüber der Gemeinschaft geben wird, verbunden mit der Entstehung einer Kultur der gesellschaftlich gestützten, kleinen sozialen Gebilde. Die Monströsität der Versorgungs-Institutionen wird abgelöst von den weitgehend autonomen kleinen Einheiten wie den Vereinen, Initiativen, Hospizen mit max. 12 Betten, den wohnortnahen Anbietern, der Selbsthilfe usw. Der Medizinbetrieb totalitärer Institutionen wird dem kompetenten Nahbereich Platz machen müssen.

Schließlich bliebe eine Betrachtung des „**Versorgungssystems der Versorgenden**“; denn der Blickwinkel verändert sich, wenn die Freiwilligkeit und Ehrenamtlichkeit oder die Professionalität im Vordergrund stehen, wobei es nochmals einen Unterschied macht, ob wir die Prioritäten bei den medizinisch-pflegerisch Handelnden oder bei den psycho-sozio-spirituellen setzen. Außerdem wären Unterschiede z.B. zu machen innerhalb der Ehrenamtlichkeit bei den „geplant Ehrenamtlichen“ wie den „befähigten HospizhelferInnen“, den „zufällig Ehrenamtlichen“ wie den Angehörigen, Freunden, Nachbarn usw. und schließlich den „indirekt Ehrenamtlichen“, die den Handelnden ihr Handeln erst ermöglichen, wie den Ehepartnern. Jedenfalls beeinflußt der Blickwinkel auch die Prioritäten; und diese wiederum entscheiden über die tatsächlich stattfindenden „Ehrungen“.

### **5. Das ethische System**

Lassen Sie mich abschließend zu einem theologischen Gedanken zu sprechen kommen. Denn im Blick auf die ethischen Dimensionen gibt es einen erkennbaren Gegensatz zwischen dem Selbstverständnis eines professionellen Altruismus, der sich in der Grundhaltung von Hilfe, Begleitung, Behandlung usw. wiederfindet, und der eher am Utilitarismus und an Kosten-Nutzen-Berechnungen orientierten Entsorgung der Schwerkranken und Sterbenden. Die Sterbebegleitung tritt ja gegen alle Formen der Tötungsheilbehandlung an.

Der Sinn von Krankheit bleibt immer ein Rätsel. Religiös gesprochen steht ja der Mensch mit seinem Gott in einem Spannungsverhältnis, da dieser ihn sowohl mit Ebenbildlichkeit als

auch mit Geschöpflichkeit ausstattete. In der Ebenbildlichkeit nimmt der Mensch Anteil an Gottes Größe, Allmacht, Vollkommenheit, die wir oft fahrlässig mit Gesundheit gleichsetzen; und Gott nimmt Anteil an des Menschen Gefährdungen, Unvollkommenheit und Wagnischarakter bis zur Möglichkeit des Scheiterns, die oftmals mit Krankheiten übereinstimmen. Geschöpflichkeit läßt Gott und Mensch zu Partnern werden, die wie Freunde am Schicksal des anderen partizipieren; aber zugleich ist das Geschöpf in der Position der Unerreichbarkeit seines Schöpfers. Krankheit ist Erinnerung an des Menschen Kreatürlichkeit, an seine Sünden-Freiheit, an das Andringen des Todes an seine Lebensschwelle. Soll der Mensch nun das Angebot der Ebenbildlichkeit bis zur göttlichen Vollkommenheit erfüllen, wie es die Neo-Gnostiker und Selbstverwirklicher mit ihren Gesundheitsappellen und -botschaften erstreben? Soll er immer gesünder, leidfreier, vollkommener, heiliger werden? Oder sollen wir uns zu unserer Geschöpflichkeit bekennen, Krankheit und Sterben als menschentypisch leben, ja selbst die Sündenmöglichkeit (wenngleich unter Protest, aber letztlich doch) akzeptieren?

Das alles hätte Konsequenzen für unser Tun und Wirken. Der eine Weg führt zur immer weiter wachsenden Lebenserwartung, zu den Sehnsüchten, mit Gentechnologie, Transplantationsmedizin u.a. schließlich die Unsterblichkeit zu erlangen und „gott-gleich“ zu werden, wenigstens für wenige Auserwählte und Reiche, die sich aus den Ressourcen der anderen bedienen. Der andere Weg führt zur Integration des Leids, der Leidenden, der Kranken und Behinderten in unser eigenes Leben.

## **6. Die Bedeutung der Hospizlichkeit für alle Beteiligten**

*Berthold Brecht erzählte folgende Geschichte: „Wir können nicht mehr miteinander sprechen“, sagte Herr K. zu einem Mann. „Warum“, fragte der erschrocken. „Ich bringe in Ihrer Gegenwart nichts Vernünftiges hervor“ beklagte sich Herr K. „Aber das macht mir doch nichts“, tröstete ihn der andere. „Das glaube ich“, sagte Herr K. erbittert, „aber mir macht es etwas“. - Stellen wir uns einmal vor, Herr K. sei ein Patient, und der andere Mensch eine Schwester, ein Arzt. Nun sagt der Patient, er könne mit dem Arzt nicht mehr sprechen, weil er in dessen Gegenwart nichts Vernünftiges hervorbringe. Sie merken, daß es sich dabei durchaus um eine relativ übliche Situation handelt. Der Patient möchte kommunizieren, kann es aber nicht. Nun tröstet der Arzt damit, daß es ihm nichts ausmache, warum auch immer. Aber der Patient zeigt, daß er gerade darunter leidet, daß es dem Arzt nichts ausmacht, daß der Patient sich daran gehindert fühlt, mit ihm „Vernünftiges“ zu sprechen. Wir versetzen uns in die Situation einer tödlichen Erkrankung. Das „Vernünftige“ eines Sterbenden ließe sich ja vielleicht erst wieder äußern, wenn die Beziehung des Patienten zu seinem Helfer anders geprägt wäre, z.B. durch so etwas wie „Liebe“; denn dann ergäbe sich daraus vielleicht, daß gar nicht „Vernünftiges“ erwartet würde, und vielleicht auch nicht mehr irgendein Reden, sondern nur noch ein Standhalten und Nicht-Weglaufen.*

### **6.1 Hospizlichkeit in der Auswirkung auf Betroffene und Team**

Eines Tages erhielt ich einen Anruf aus einer postnatalen Intensivstation einer Medizinischen Hochschule. Man sagte mir, die eigene Station sei international hoch angesehen und leiste bekanntermaßen hervorragende Ergebnisse, aber man habe festgestellt, daß sich die MitarbeiterInnen „hassen“; man wisse nicht woran es liegen könnte. In der Vermeidung einer Ferndiagnose verbrachte ich eine Woche in der Station. Am zweiten Tag verstarb in den Morgenstunden eines der Kinder. Der erste Schritt des diensthabenden Personals war der Anruf in der Pathologie, die das verstorbene Kind etwa eine Stunde später abgeholt hatte. Als der Vater wie an jedem Tag vor Beginn der Arbeit sein Kind besuchen wollte, wurde ihm mitgeteilt: „Das Kind ist leider verstorben; wenn Sie es noch einmal sehen wollen, müssen Sie zur Pathologie“. Eine weitere Stunde später war bereits ein anderes Kind in der Behandlung. Auf meine Frage, ob das immer so ablaufe, sagte man mir: „Die Pathologie kann nicht immer so schnell kommen; aber dafür haben wir ein Zwischenlager“.

Man zeigte mir eine ehemalige Dunkelkammer. – In der beschriebenen Station hatte es trotz hoher Sterberate unter den kleinen Patienten (ca. 30 %) bislang keine Trauer, keine Trennungsarbeit gegeben. Je intensiver die Beziehung zwischen den Handelnden und den Behandelten ist (in einer postnatalen Station sind diese Beziehungen vergleichsweise sehr intensiv), desto mehr sind die MitarbeiterInnen nach dem Tod eines Patienten selbst intensiv Trauernde. Ohne ausreichende, intensive, fachlich angeleitete Trauerhilfen muß die eigene Verletzung durch den Verlust in Aggressivität gegen die KollegInnen umschlagen, da Aggressivität gegen die Behandelten sich verbietet, und eine Mitnahme der eigenen psychodynamischen Verletzungen in die Back-Home-Situation von den dortigen Lebenspartnern erfahrungsgemäß auf Dauer nicht hingenommen werden kann.

## **6.2 Gebote der Hospizlichkeit**

In den von mir aufgestellten Geboten der Finalpflege und Begleitung Schwerstkranker heißt es u.a.:

- Beobachte und korrigiere deine eigenen Gefühle, indem du dir nicht nur "Ja"-, sondern auch "Nein"-Sagen erlaubst.
- Beachte bei deinem Ringen um Tod und Sterben besonders die psychosozialen Komplikationen und die Anmutungen, die dadurch bei dir ausgelöst werden, ohne daß du ihnen unbedingt nachgibst.
- Sei nahezu umfassend verfügbar, so weit es deinem eigenen Lebenskonzept zuzumuten ist; entziehe dich ihm nur, wenn du es ihm zu erklären versucht hast.
- Enthalte dich stets jeglicher Formen von persönlicher oder auch struktureller Gewalt und der Androhung solcher Gewalt.
- Verübe keinen Anschlag auf die Integrität und Freiheit des Menschen.
- Halte stets den notwendigen Abstand zu den Menschen, denn Distanz ist Grundlage von Nähe und Loslassen Grundlage von Liebe.
- Kontrolliere dich dahingehend, daß in dir nicht der Wunsch entsteht, mitsterben zu wollen.
- Setze auch deine Fähigkeit "Nein" zu sagen kontrolliert und bewußt ein, ohne daß du dir damit einen Vorwurf machen müßtest.
- Sei bereit, selbst um Hilfe zu bitten bei allen, die sich dir bieten, einschl. des Kranken; aber nimm die angebotene Hilfe auch an.
- Beobachte deinen eigenen Streß, die Nervosität, Überaktivität, Empfindlichkeit, den Alkohol- und Nikotinkonsum, die aufkommenden Gefühle von Unzulänglichkeit; aber teile deine Beobachtungen auch mit.
- Laß deine Wut ggf. bei Gleichstarken heraus; denn gleichstarke Kräfte können sich zusammenschließen und gegen Mächte und Gewalten eher bestehen.
- Achte darauf, daß ein Mensch immer auch Teil eines Systems (z.B. Familie, Freundeskreis) ist, das mit ihm lebt und stirbt und vielleicht auch deinen Beistand braucht.
- Es gibt keine hoffnungslose Diagnose, sondern allenfalls Menschen, die nicht wissen, was die Hoffnung eines Menschen sein könnte.
- Die "Wahrheit" eines sterbenden Menschen ist nicht identisch mit der Realität seines Zustandes oder den Informationen einer Diagnose; die Wahrheit ist einmalig, individuell, geschenkwiese, persönlich.

Diese Stichworte verweisen auf die oftmals fehlenden Kompetenzen z.B. zu intensiver Trauer, zur existentiellen Begegnung, zur Versprachlichung von Betroffenheit und Wut, zur Kommunikation über Unheilbarkeiten. Und die angedeuteten Probleme stellen sich bei allen Gruppen innerhalb des therapeutischen Teams in gleicher Weise. Nach einem mehrtägigen Trauerseminar der MitarbeiterInnen beschlossen diese, das Nebeneinander des Arzt- und Schwesternzimmers aufzuheben, das Arztzimmer in einen „Trennungsraum“ umzuwandeln, allen MitarbeiterInnen immer zuzugestehen, die eigene Arbeit für Augenblicke des Abschiednehmens zu unterbrechen. Erst nachdem diese Voraussetzungen für einen anderen

Umgang mit dem eigenen seelischen Schmerz geschaffen waren, wurden zusätzlich Gesprächszeiten, Supervisionen, Trauerriten für die MitarbeiterInnen usw. eingerichtet. Sprechen, so lernen wir, ist nicht die erste und einzige Antwort auf das Unausprechliche; wichtiger ist die zulassende und akzeptierende Haltung und eine Atmosphäre des Vertrauens.

### **6.3 Die Gruppen der Hospizbegleitung**

Neben den unmittelbar Betroffenen, den Sterbenden selbst, sind die verschiedenen MitarbeiterInnen (Ärzte, Pflegekräfte, Ehrenamtliche usw.) beteiligt an den Veränderungen, die durch die neu gewonnene „Hospizlichkeit“ erreicht wird. Wir unterscheiden nun zwischen vier Gruppen innerhalb des therapeutischen Teams, die durchaus verschiedene Schwierigkeiten mit dem Leben des Sterbens haben.

(1) Das medizinisch-pflegerische Fachpersonal. Hier mache ich keine Unterschiede, da das Zusammenwirken systemisch-ganzheitlich gestaltet sein sollte. Die verschiedenen Fachkompetenzen und unterschiedlichen Zeitlimits für das Mitwirken im Team müssen sich ohnehin gegenseitig ausgleichen. Dieses Fachpersonal hat besondere Hemmungen gegenüber der Wahrheit eines Patienten und gegenüber dem erwarteten Krankheitsverlauf. Hierarchien im Team sind die schlimmsten Kommunikationsverhinderer.

Das mag eine kleine Geschichte verdeutlichen: *Unter den Tieren war ein Rangstreit ausgebrochen. Ihn zu schlichten, schlug das Pferd vor, den Menschen hinzuzuziehen, der ja wohl unparteiisch sei. Trotz des Zweifels des Maulwurfes, der Mensch werde wohl die oft tief verborgenen Vollkommenheiten der Tiere nicht entdecken können, wurde der Mensch zum Richter bestellt. Auf die Frage des Löwen, nach welchem Maßstab er denn den Wert des einzelnen Tieres ermessen wolle, antwortete der Mensch, es gäbe nur einen zweifelsfreien Maßstab, nämlich die Nützlichkeit des Tieres für den Menschen. Da warf ihn der Löwe aus der Versammlung, weil er nach diesem Urteil wohl zu sehr unterhalb des Esels rangieren müsse. Dann sprach er: „Der Rangstreit ist ein nichtswürdiger Streit! Haltet mich für den Vornehmsten oder Geringsten; es ist mir gleich. Ich kenne mich!“ Damit verließ er die Versammlung, ihm folgten der weise Elefant, der kühne Tiger, der ernsthafte Bär, der kluge Fuchs, das edle Pferd; kurz alle, die ihren Wert fühlten. Die sich zuletzt murrend wegbegaben, waren - der Affe und der Esel.*

Auch unter den Personen in einer Institution des Gesundheitswesens gibt es einen solchen Rangstreit, eine Hierarchie, eine Hackordnung: Befehlsträger außerhalb (Träger, Pflegesatzkommission, Regierung u. a.), Herrschende innerhalb (ärztliche, Verwaltungs-, Pflegedienst-„Leitung“, Heimleitung, Hauswirtschaft u.a.), informelle Bestimmungsgrößen (Hausmeister, höher „Qualifizierte“). Und es wird hart gerungen sogar bis hinunter ans Krankenbett. Die Verteilung der Rangplätze fällt nicht leicht.

Aber die Geschichte liefert uns zwei wesentliche Anhaltspunkte. Zum ersten das Kriterium der Nützlichkeit; demnach ergäbe sich, daß einzig der Patient nützlich ist für das Ganze des Teams, für die MitarbeiterInnen, die Leitung etc. - Das zweite Kriterium hebt die Rangfrage gleichzeitig auf, das Kriterium des „erkannten eigenen Wertes“. Jede MitarbeiterIn braucht einen fühlbaren eigenen Wert: durch eine reibungslose Organisation, durch einfühlsame Gespräche, durch Pflichttreue, die Verbreitung von Glücksgefühlen, das Verständnis für alle Formen wirrer Gedanken, durch soziale Zärtlichkeit auch unter den MitarbeiterInnen, durch den Sinn für Atmosphäre, für Farben und Raumgestaltung und vieles mehr. Jedenfalls sollte die Suche nach dem Rang nicht in der Art des Affen, der nur anderen nacheifert, erfolgen, wie bei den Pflegekräften, die nach „höherwertigen“ Aufgaben drängen, weil sie dann glauben, sich dem ärztlichen Dienst, annähern zu können; aber auch die Art des Esels ist ungeeignet, der sich von anderen, hier vom Menschen, nach deren Nützlichkeit einstufen läßt.

Durch Hackordnung und Hierarchie werden die Menschen oftmals daran gehindert, ihren eigenen Wert zu entdecken. Strukturelle Gliederungen sollten auf der Autorität der Sache, auf tatsächlicher Kompetenz beruhen. Der eigene Wert eines Beistandes ist vor allem in der



Begegnungen mit der eigenen Sterblichkeit begründet: je unbewältigter die eigene Sterblichkeit des Helfers, desto oberflächlicher sein Beistand.

(2) Das nicht-medizinische Personal. SeelsorgerInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, Mitglieder künstlerischer und kultureller Berufe sind viel weniger durch das Erleben einer Niederlage oder eines Mißerfolgs durch das Sterben eines Patienten geprägt. Sie definieren den beruflichen Erfolg und die berufliche Zufriedenheit nicht durch Heilung und Genesung, sondern durch so etwas wie „Lebensättigung“, Vollendung der Persönlichkeit, Reifungsprozesse im Verlauf des Sterbens usw. Wenn es denn schon im Hospizlichen erstrebenswert wäre, daß sich Pflegekräfte und Ärzte gleichberechtigt begegnen und wechselseitig einander zuhören und korrigieren, um wieviel mehr geschieht dies durch nicht-medizinische Fachleute. Der Clown mit der roten Nase gehört ebenso hier her wie der Musiker mit der pentatonisch gestimmten Harfe usw.

(3) Die geplante Ehrenamtlichkeit. In Besuchsdiensten, Sitzwachen, Selbsthilfegruppen usw. bieten sich in den Hospizen Menschen an, die Zeit mitbringen, sich in den Tagesablauf einer Begleitung einplanen lassen, die ihr Handeln dokumentieren, die sich einer verbindlichen Befähigung unterwerfen, die ihren Einsatz reflektieren, die zugleich aber die Kompetenz des durch Ausbildung (noch) nicht Verdorbenen einbringen, die keine Hauptamtlichkeit ersetzen, aber jegliche Professionalität ergänzen. Die besondere Kompetenz dieser Menschen besteht in der verfügbaren Zeit und in der sogn. „unverdorbenen Menschlichkeit“.

Die Wahrheit eines Menschen, der da liegt, ist keine andere als die, sich von den Stehenden nicht zu unterscheiden. In unserem Umgang mit diesem gibt es gewissermaßen zwei Positionen: Das Vor-Ihn-Hintreten, aufrecht, mitteilend, was ich „weiß“, sprachliche, vielleicht sogar geschwätztherapeutische Qualifikationen anwendend, also der Blick vom Fußende des Bettes aus. Demgegenüber aber das Hinter-Ihn-Treten, hinter den Kopfteil seines Bettes, Anwalt Sein des Stehens dieses Liegenden. Für die erste Position steht das Fachpersonal; für die zweite die Ehrenamtlichkeit. Die Wahrheit eines Sterbenden beispielsweise enthält immer mindestens zwei Bestandteile: die Wirklichkeit, Realität, die diagnostischen Resultate, das wissenschaftlich Nachprüfbar, von dem ich am Fußende eines Bettes ausgehen kann; zugleich aber auch die „Liebe“, jenes Produkt aus Begegnung, Dialog, Kommunikation, Selbstverwirklichung, das ich vom Kopfteil des Bettes aus gewinne. Die Frage: „Warum sollen wir im Team miteinander sprechen?“ beantwortet sich bezogen auf diese Kompetenzen fast von allein, weil hospizlich gesprochen das Team immer zugleich am Kopf- und Fußende eines Bettes stehen sollte.

(4) Die „zufällige Ehrenamtlichkeit“. Von der zufälligen Ehrenamtlichkeit innerhalb des therapeutischen Teams wird zumeist überhaupt nicht gesprochen. Aber die Angehörigen, Freunde, Nachbarn, BerufskollegInnen usw. des Patienten sind ebenfalls Teil des Teams und also „Beteiligte“, obwohl sie sich ihre Rolle als Ehrenamtliche und also als Ko-Therapeuten nicht ausgesucht haben, keine Befähigungsseminare absolvieren, nicht an der Dokumentation teilnehmen. Aber das Team wäre unvollständig ohne diese zufällig Ehrenamtlichen, für die es eigentlich auch eine Begleitung der Begleiter, eine angebotene und organisierte Nachdenklichkeit, Formen der Ehrung wie für die geplant Ehrenamtlichen, personell erkennbare Ansprechpartner usw. geben muß. Das Team wäre unvollständig ohne sie und alle Gespräche im Team verliefen Unehrllich und lückenhaft.

(5) Die indirekte Ehrenamtlichkeit. Zu aller Ehrenamtlichkeit gehören auch jene Menschen, die es anderen ermöglichen, ehrenamtlich tätig zu werden, also die Lebenspartner, die Familien, die Freundeskreise usw. Denn ohne die Kooperation des Ehemanns einer Hospizhelferin, der es ihr erlaubt und es mit ihr trägt, dass sie einen Teil ihrer Zeit im ambulanten System verbringt, wäre die von ihr übernommene Aufgabe nicht zu bewältigen. Aber wenn das so ist, dann müssen wir uns auch einiges einfallen lassen zur Ehrung dieser indirekt Ehrenamtlichen.

(6) Die „natürliche“ Ehrenamtlichkeit. Und dann gibt es noch das natürliche Umfeld der Kranken und Sterbenden, das sich in das Ehrenamt involviert: das Haustier beispielsweise. Wir haben inzwischen die kotherapeutische Bedeutung mancher Katze und manches Hundes schätzen gelernt, welche nämlich oft noch feinfühlicher als wir den nahenden Tod erspüren.

## **7. Formen und Stützungen des Ehrenamts**

Es kann nun nicht darum gehen, das alte Ehrenamt wieder herzustellen, das da von der gutsituierten Bürgersfrau aus Nächstenliebe und zur Stärkung des eigenen Ansehens oder des Ansehens ihres Mannes betrieben wurde. Vielmehr müssen wir erkennen, daß hier Menschen Erfahrungen machen wollen, entweder flexible, freudvolle, kurzfristige und den einzelnen herausfordernde Erfahrungen, also "punktueller Ehrenamt" oder langfristige, tiefgreifend-ernste, altruistische Erfahrungen "Langzeit-Ehrenamt". Beim punktuellen Ehrenamt stehen die Selbsterfahrungen und momentane Befriedigung im Vordergrund; beim langzeitigen dagegen der dauerhafte Verpflichtungscharakter. Allerdings gibt es fließende Übergänge zwischen den beiden Formen sowohl in der Möglichkeit sie zu beschreiben und gegeneinander abzugrenzen als auch beim wechselnden Übertritt einzelner Personen von der einen Form in die andere. Oft rekrutieren sich die Langzeitigen aus den punktuellen; oft treten die Langzeitigen aber auch wieder in das punktuelle Ehrenamt zurück. Für derartige Übergänge gibt es sehr verschiedene Gründe.

Bei einem punktuellen Ehrenamt kann man von einem zwar grundsätzlichen Interesse an einer Organisation oder einem Fall ausgehen, aber zumeist nicht von großer Tiefe. Man findet die Teilnehmer durch Teilnahme an einem besonderen Ereignis wie z.B. einem Wochenendausflug. Vielleicht liegt zwar ein sehr langfristig anhaltendes Interesse vor, aber die Bindung an eine einzelne Organisation ist sehr selten, und die Teilnehmer möchten stets die Begrenztheit ihres Einsatzes überblicken. Man findet sie z.B. bei Benefizveranstaltungen für Hospize oder Sammlungen oder beim Verteilen von Informationsschriften oder bei Informationsveranstaltungen. Je überschaubarer, kurzfristiger, abgegrenzter, klar festgestellter die jeweilige Aufgabe ist, desto mehr derartige Ehrenamtliche lassen sich finden. Punktuelle sind eher so etwas wie "Spezialisten" für eine begrenzte Aufgabe. Die Kooperation bezieht sich auf die klare Vorbereitung der begrenzten Aufgabe (Für-Jemanden-Denken).

Das Langzeit-Ehrenamt ist dagegen recht streng an die Aufgabe angegliedert, fast in einer institutionalisierten Form. Der Teilnehmer ist gewissermaßen im "Besitz" seines Ehrenamtes, er neigt dazu, seine Arbeit und ihren Ablauf bzw. ihre Dauer zu strukturieren, einzuteilen, immer selbst auf den Erfolg der ganzen Sache gerichtet, nicht nur auf die Erledigung einer bestimmten Tätigkeit. Derartige Ehrenamtliche können als "Generalisten" bezeichnet werden, die sehr vielfältig einsetzbar sind und sich auch selbst so verstehen. Zusammenarbeit beruht hier vor allem auf gleichberechtigter Kooperation; sie sind Partner, Mitarbeiter, nicht Ausführende (Mit-Jemandem-Denken).

Oftmals wird gesagt, die Motivation von Ehrenamtlichen könne man nicht erzeugen; man könne sie nur entdecken; will sagen, die Koordinatoren und Einsatzleiter müssen besondere Fähigkeiten besitzen, die innere Stimmigkeit eines Menschen als punktuelle oder langzeitiger Ehrenamtlicher zu erkennen. Der Einsatz muß dann so nah wie möglich an der jeweiligen Motiviertheit liegen; denn Ehrenamtliche leisten ihre Arbeit nicht "für Nichts", sondern mindestens für sich selbst. Daneben gibt es allerdings auch generelle Antriebskräfte.

### **7.1 Unterschiede im Ehrenamt**

Wir unterscheiden zwischen unabhängigkeitsorientierter Tätigkeit, abhängigkeitsorientierter Tätigkeit und unterstützungsorientierter Tätigkeit. Unabhängigkeitsorientierte suchen z.B. großen Freiraum zur eigenen Entfaltung, möchten die notwendigen Aufgaben weitgehend nach eigenem Gutdünken tun, sind dabei jedoch bereit auch Risiken auf sich zu nehmen, Spannungen zu erleben und Eigenverantwortung zu tragen. Allerdings sind unabhängigkeitsorientierte Ehrenamtliche nur schwer in Strukturen und Verbindlichkeiten einzubinden, selten bereit (und in der Lage), z.B. detaillierte Dokumentationen zu machen oder auch sich curricular befähigen zu lassen.

In den stationären Hospizen erkennen wir demgegenüber vor allem abhängigkeitsorientierte Tätigkeiten. Zu ihnen gehören klare Absprachen, wechselseitige Zusammenarbeit, Vernetzung, verbindliche Befähigungsnachweise, Kollegialität, Einbindung in Teams usw. - In den ambulanten Diensten finden sich überwiegend

unterstützungsorientierte Tätigkeiten, die klar definiert sind und denen die jeweils Tätigen auch dann gewachsen sind. Die dortigen Ehrenamtlichen legen großen Wert auf vorhandene berufliche Grenzziehungen; und sie erwarten stützende Anleitung, fast in der Form von Supervision, mindestens jedoch reflektierende Begleitung.

Die dargelegten Überlegungen zeigen, wie fatal es sein kann, wenn Professionelle meinen, ungeprüft Ehrenamtlichen Teile der eigenen Aufgaben übertragen zu können. Viele Enttäuschungen könnten vermieden werden, wenn die Abgrenzungen klar, verbindlich und wechselweise im Gespräch besprochen wären.

### **7.2 Begleitung der Begleiter**

Eine Begleitung der Begleitenden sollte berücksichtigen,

1. daß das Ehrenamt ein Zugehörigkeitsgefühl braucht; dazu gehören eindeutige Signale, daß diese Mitarbeiter wirklich gebraucht werden und wirklich, d.h. ehrlich einbezogen sind;

2. daß die Ehrenamtlichen nachvollziehen können müßten, daß das mit der Aufgabe gesteckte Ziel auch erreichbar ist und einen im Gesamtzusammenhang sinnvollen Platz hat;

3. daß der Ehrenamtliche den realen Zweck durchschaut, einen Zweck, der eindeutig in seinem Wert über dem persönlichen Gewinn und dem Zeiteinsatz liegt;

4. daß der Ehrenamtliche an den Richt- und Leitlinien des Tuns beteiligt ist oder doch wenigstens teilhaben kann, so daß ihm nachvollziehbar wird, daß diese Richt- und Leitlinien allen im Hospiz Tätigen gemeinsam sind und für alle gelten;

5. daß die Erwartungen nicht diffus, sondern eindeutig und umgrenzt sind; daß der Ehrenamtliche sich herausgefordert fühlen will, mit seinen Interessen und Fähigkeiten gebraucht zu sein;

6. daß der Ehrenamtliche so etwas wie "Erfolge" oder auch "Fortschritte" erkennen will, damit in ihm nicht das Gefühl eines "Fasses ohne Boden" entsteht;

7. daß auch und besonders Ehrenamtliche informiert sein möchten; wer das Gefühl hat, nicht immer auf dem Laufenden zu sein, entwickelt auch das nebulöse Gefühl, irgendwo zu unterliegen; diese Informationen lösen nicht die einzelnen Fachkompetenzen auf, sondern machen sie nur durchschaubarer und also auch gemeinsam tragbar;

8. daß die Ehrenamtlichen Vertrauen spüren, auch das Vertrauen, gesagt zu bekommen, wenn man mit ihm nicht zufrieden ist, und warum nicht.

Zu diesen Überlegungen gehört auch die Besinnung auf eine Form der Anerkennung. Dabei hat es kaum Sinn, eine Anerkennungstradition im Hospiz zu entwickeln, sondern eine Form der Dankbarkeit und Anerkennung, die jeweils auf Alter, Geschlecht, Lebenslage, Charakter und Temperament des Ehrenamtlichen Rücksicht nimmt. Die Ausdrucksformen müssen "geeignet" sein, aber sie sind außerordentlich sinnvoll.

### **7.3 Stützungsformen des Ehrenamts**

Die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Ehrenamtlichen kann aber auf den unteren Ebenen durchaus gefördert werden. Dazu dienen u.a. folgende Schritte:

1. Neue Wege zur Ehrenamtlichen-Werbung bzw. "Recrutierung": Hier gibt es nahezu keinen Ort, an dem inzwischen nicht geworben werden könnte. Außerdem werden die modernen Medien genützt.

2. Das Ehrenamtlichen-Erstgespräch: Dadurch sollten die Neigung und Eignung eines evtl. Hospizhelfers für bestimmte Aufgaben und für die Auswahl seiner Tätigkeiten erreicht werden. Dabei können sich die Ehrenamtlichen direkt bei der Hospizgruppe melden oder die Ehrenamts-Interessenten erhalten verschiedene Vorschläge aus dem Aufgabenspektrum der Hospize. Nach dem Erstgespräch werden wechselweise und gemeinsam die Aufgaben verabredet.

3. Die Ehrenamtlichen-Orientierung: Gemeint ist damit, daß der Ehrenamtliche Gelegenheit erhält, an Ort und Stelle genauer zu erfahren, was ihn erwartet und wie eine Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen aussehen könnte. Daraus ergibt sich für ihn, ob er zu der Auffassung kommt, daß sich ein Einsatz für ihn persönlich lohnt. Orientierung und Öffentlichkeitsarbeit können sich teilweise decken. Die Orientierung dient der Offenlegung, Vermeidung oder doch Verringerung des "Ihr und Wir"-Gefühls in der Hospizarbeit. Weniger Abgrenzung und Mehr Aufeinander-Zu kann so erreicht werden.

4. Das Ehrenamtlichen-Training bzw. die Befähigung: Hier geht es nicht darum, Semi-Profis zu entwickeln, sondern den Ehrenamtlichen mit Zielen, Funktionen, Teilaufgaben und Abläufen des Hospizes bekannt zu machen. Neben einem Grundwissen müssen immer wieder

neue Lernimpulse gegeben werden durch Training, Vertrauen, Kompetenz-Zuweisung. Dadurch wird das Interesse vermehrt und der Ehrenamtliche zur Selbstgestaltung ermutigt.

5. Ehrenamtlichen-Supervision: Es handelt sich dabei um eine kommunikative Reflexion, aus der zugleich Anerkennung und Selbstbestätigung fließen. Eigene und fremde Erwartungen werden deutlich, unangemessene Interaktionen werden vorsichtig deutlich, alternative Handlungsweisen können vom ehrenamtlichen Hospizhelfer selbständig erkannt und angeeignet werden. Wäre der Ehrenamtliche auf eine private Auseinandersetzung mit seinen Erfahrungen zurückverwiesen, würde er bald in Resignation und Enttäuschung münden. Ohne diese Supervision können alle anderen Bemühungen zunichte werden.

6. Beziehungspflege zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamt: Es ist ja keineswegs sicher, daß die Hauptamtlichen tatsächlich zur Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen gewillt sind. Die Widerstände müßten jeweils erspürt werden. Dabei sind die Formen beiläufiger Beziehungspflege vermutlich sehr viel wichtiger als die ausdrücklichen Veranstaltungen zu diesem Zweck.

7. Die Ehrenamts-Anerkennung: Die Ehren, die das Ehrenamt angeblich abwirft, sind keineswegs klar. Die Arbeit allein wird die Zufriedenheit mit der Entscheidung für das Ehrenamt keineswegs sichern; dazu bedarf es vielfältiger Rückgaben.

8. Die Ehrenamts-Evaluation: In regelmäßigen Abständen muß die Zusammenarbeit von Ehren- und Hauptamt überprüft werden. Die erfaßten Erkenntnisse müssen allen Beteiligten vorgetragen, und die Folgerungen müssen gemeinsam gezogen werden.

9. Den Ehrenamtlichen wieder gehen lassen: Der Hospizhelfer muß eigentlich jederzeit das Gefühl haben dürfen, daß er gehen kann und daß er nicht gehalten wird, wenn man ihn lassen könnte. Loslassen ist auch hier ein Baustein für Beziehung und Liebe. Auch muß deutlich werden, daß Spannungen offen angegangen werden. Hospiz-Mobbing kann tatsächlich tödlich sein für Hauptamtliche wie Ehrenamtliche, vor allem aber für die wechselseitige Zusammenarbeit. Voraussetzung dafür ist ein kontinuierliches und verlässliches Feedback.