



# Sterben hat seine Zeit

BISCHOFSVISITATIONEN

■ **EVANGELISCHE KIRCHE**  
■ Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz  
■

---

**STERBEN HAT SEINE ZEIT**

Bischofsvisitation

in der Evangelischen Kirche

Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz

vom 9. – 12. Mai 2006

---

# Inhalt

Geleitwort .....	4		
Visitationsbescheid .....	6		
<b>1. ZIELSETZUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN .....</b>	<b>17</b>		
<b>2. STERBEBEGLEITUNG ALS LEBENSBEGLEITUNG .....</b>	<b>23</b>		
<b>2.1. Besuchte Einrichtungen .....</b>	<b>25</b>		
2.1.1. Seniorenzentrum »Am Spreeufer« Lübben .....	25		
2.1.2. Seniorenwohnpark »Am Kirschberg« Lobetal .....	28		
2.1.3. Seniorenzentrum »Johann Hinrich Wichern« Cottbus .....	33		
2.1.4. Altenpflegebereich Martinshof Rothenburg Diakoniewerk .....	37		
2.1.5. Geburtshilfestation im Ev. Waldkrankenhaus Spandau .....	42		
2.1.6. Vivantes Klinikum Spandau .....	46		
2.1.7. Evangelisches Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin .....	52		
2.1.8. Lazarus-Hospiz Berlin .....	60		
2.1.9. Diakonie-Hospiz Wannsee .....	64		
2.1.10. Ehrenamtlicher Ambulanter Hospizdienst Potsdam .....	68		
2.1.11. Christlicher Hospizdienst Görlitz .....	72		
<b>2.2. Sterbebegleitung .....</b>	<b>75</b>		
2.2.1. Sterben in einer Senioreneinrichtung .....	76		
2.2.2. Sterben im Krankenhaus .....	78		
2.2.3. Sterben im Hospiz .....	81		
2.2.4. Zu Hause sterben .....	84		
2.2.5. Seelsorge .....	85		
<b>2.3. Der Arbeitsbereich Altenarbeit und pflegerische Dienste im DWBO .....</b>	<b>87</b>		
<b>3. REFLEXIONEN DER VISITATIONSKOMMISSION .....</b>	<b>93</b>		
3.1. Der Gesellschaftliche Wandel .....	95		
3.2. Leben bis zuletzt im Licht des Evangeliums .....	96		
3.3. Sterbebegleitung .....	98		
<b>4. AUSBLICK .....</b>	<b>101</b>		
4.1. Zu Hause Sterben .....	103		
4.2. Sterbebegleitung statt Sterbehilfe .....	103		
4.3. Christliche Patientenverfügung .....	103		
4.4. Angehörige .....	104		
4.5. Mitarbeiterschaft .....	105		
4.6. Ehrenamtliche .....	106		
4.7. Medizinisch-pflegerische Begleitung .....	106		
4.8. Seelsorgerliche Begleitung .....	107		
4.9. Psychosoziale Begleitung .....	108		
4.10. Aus-, Fort- und Weiterbildung .....	108		
4.11. Rahmenbedingungen .....	109		
4.12. Öffentlichkeitsarbeit .....	110		
Impressum .....	112		

Die vorliegende Broschüre basiert auf den Einsichten der Bischofsvisitation »Sterben hat seine Zeit«, die im Frühjahr 2006 im Bereich der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz durchgeführt wurde. Als Ergebnis dieser Visitation entstand ein Visitationsbescheid, den die Kirchenleitung am 23. März 2007 verabschiedet hat. Im beigefügten ausführlichen Visitationsbericht werden ausgehend von der Visitation Herausforderungen und Perspektiven dargestellt, vor denen Familien, Angehörige und Freunde stehen, wenn sie einen Sterbenden begleiten.

Die meisten Menschen möchten ihr Lebensende in der ihnen vertrauten häuslichen Umgebung geborgen wissen. Das ist häufiger möglich, als es zur Zeit geschieht. Ambulante Hospizdienste, Home Care Ärzte, Pflegedienste und die seelsorgerliche Begleitung durch Pfarrerinnen und Pfarrer sowie andere Personen bieten den Angehörigen die nötige Unterstützung bei der häuslichen Begleitung Sterbender. Weil sich der Wunsch nach einem Sterben zu Hause häufig nicht ermöglichen lässt, stehen Hospize, Seniorenzentren, Krankenhäuser und Pflegeheime vor der Aufgabe, ein Sterben in Würde zu gewährleisten.

Die gemeinsam vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz herausgegebene Christliche Patientenverfügung unterstützt jeden Einzelnen in der individuellen Vorbereitung auf die mit Krankheit und Tod verbundenen Fragen.

Der vorliegende Visitationsbericht soll die Diskussion darüber befördern, wie das Leben sterbender Menschen bis zuletzt im Horizont des evangelischen Glaubens begleitet werden kann. Die unveräußerliche Würde jedes einzelnen Menschen bildet den verpflichtenden Maßstab für das Suchen nach Lösungen. Zu

den Schrittmachern der letzten Jahrzehnte auf diesem Gebiet gehören insbesondere diejenigen, die in der seelsorgerlichen Begleitung bzw. in der Hospizbewegung Pionierarbeit zugunsten besserer Rahmenbedingungen geleistet haben. Der Arbeitsbereich Altenarbeit und pflegerische Dienste im Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz hat für diese Aufgaben und ihre Vertretung nach außen eine wichtige koordinierende Funktion. Visitationsbericht und -bescheid liefern für die vor uns liegenden Aufgaben hilfreiche Anregungen und Einsichten.

Mein Dank gilt allen, die am Entstehen dieser Broschüre beteiligt waren. Vor allem danke ich den Mitgliedern der Visitationskommission, insbesondere dem Visitationssekretär, Pfarrer Martin Vogel.

Berlin, am 24. März 2007



Dr. Wolfgang Huber  
Bischof

Visitationsbescheid über die Visitation »Sterben hat seine Zeit« in der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz

### **I. LEBEN BIS ZULETZT IM LICHT DES EVANGELIUMS**

---

1. Die Visitation »Sterben hat seine Zeit« im Bereich der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz fand unter der Leitung von Bischof Dr. Wolfgang Huber vom 9. bis 12. Mai 2006 statt. Sie hat gezeigt, in welcher Fülle und Vielfalt die evangelische Gestalt des christlichen Glaubens zu einer würdevollen Sterbebegleitung beiträgt. Der Visitationsbericht gibt einen Einblick in das Engagement und die Treue, mit der Sterbende bis zuletzt zu Hause oder in den unterschiedlichen Einrichtungen in evangelischer Trägerschaft begleitet werden. Für den wahrgenommenen persönlichen Einsatz der Angehörigen ebenso wie der Mitarbeiter/innen sowie für das Engagement der ehrenamtlichen Helfer/innen dankt die Kirchenleitung sehr herzlich. Sie verbindet damit den Wunsch, dass dieser Aufgabenbereich von Kirche und Diakonie auch in Zukunft mit hoher Priorität versehen wird.
2. Zum verantwortlichen Leben gehören auch das Bedenken des Todes und das Annehmen der eigenen Sterblichkeit. Der christliche Glaube, dessen Mittelpunkt Sterben, Tod und Auferstehung Jesu Christi ist, gewährt die Freiheit, auch über das eigene Sterben nachzudenken und angemessene Vorsorge zu treffen. Um ein würdevolles Leben bis zuletzt zu ermöglichen, kann sowohl die Anwendung als auch der Verzicht auf die Anwendung intensiver Medizin gefordert sein. Eine letzte Entscheidung muss aus der konkreten Lage des sterbenden Menschen heraus und von seinen Wünschen und Bedürfnissen her getroffen werden. Die Kirchenleitung sieht in der Christlichen Patientenverfügung eine gute Möglichkeit, das eigene Sterben zu bedenken und die entsprechende Vorsorge zu treffen.
3. Das Leben ist uns nicht frei verfügbar. Genauso wenig haben wir ein Recht, über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens zu befinden. Jeder Mensch hat seine Würde, seinen Wert und sein Lebensrecht von Gott her. Jeder Mensch ist ungleich mehr, als er von sich selbst weiß. Kein Mensch lebt nur für sich und kann genau wissen, was er für andere bedeutet. Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschenwürde geschützt. Die Kirchenleitung formuliert deshalb mit Nachdruck: Das Töten eines Menschen kann niemals eine Tat der Liebe oder des Mitleids sein, denn es vernichtet die Basis der Liebe und des Vertrauens. Weil wir nicht selbst frei über unser Leben und schon gar nicht über das Leben anderer verfügen, lehnt die Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz jede aktive Beendigung des Lebens ab.
4. Viele Menschen machen sich große Sorgen über die letzte Phase ihres Lebens. Sie fragen sich, wie ihr Leben zu Ende gehen wird. Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben. Ein solches Lebensende im Kreis von Familie, Angehörigen und Nachbarn ist in den letzten Jahrzehnten selten geworden. Die Kirchenleitung ist davon überzeugt, dass der Wunsch nach einem Sterben im häuslichen Umfeld häufiger erfüllt werden könnte, als es zur Zeit geschieht. Insbesondere dort, wo ambulante Hospizdienste und in der Palliativmedizin geschulte Ärzte und Pflegedienste gut kooperieren, können Angehörige eine Sterbebegleitung im häuslichen Umfeld wagen. Die Kirchenleitung dankt denjenigen, die sich in den vergangenen Jahrzehnten sowohl in der Seelsorge- und Hospizbewegung als auch in der verfassten Diakonie für einen solchen Paradigmenwechsel zugunsten der Wünsche und Bedürfnisse Sterbender engagiert haben.
5. Die weitaus meisten Menschen sterben in Einrichtungen der Altenhilfe und in Krankenhäusern. Dort wird ihnen eine fachkundige medizinisch-pflegerische Betreuung zuteil, wie sie in früheren Jahrhunderten unbekannt war. Die zunehmende Professionalisierung und Ökonomisierung dieser Einrichtungen wirft allerdings auch Fragen auf, die sich früher so nicht gestellt ha-

- ben. Die Kirchenleitung nimmt wahr, dass es offensichtlich weiterer Anstrengungen bedarf, um die Begleitung eines sterbenden Menschen mit seinen Angehörigen wirklich in den Aufgabenkatalog der professionellen Krankenbetreuung in Krankenhäusern, in Pflegeheimen und in der ambulanten Krankenversorgung zu integrieren.
6. Die Kirchenleitung nimmt mit großem Respekt wahr, dass die diakonischen Einrichtungen mit den Mitteln des Qualitätsmanagements die hohen Standards in der täglichen Arbeit ständig überprüfen und an den nötigen Verbesserungen arbeiten. Nicht zuletzt deshalb ist der Ruf der Diakonie insgesamt, aber auch das Renommee einzelner Häuser in aller Regel ausgezeichnet. Die von der Visitationskommission angelegten Kriterien für den Blick auf die besuchten Einrichtungen belegen die insgesamt positive Bilanz. Die Aufmerksamkeit galt der pflegerischen und medizinischen Betreuung, der spirituellen Begleitung, der Einbeziehung Angehöriger, der ehrenamtlichen Mitarbeit, der Situation der hauptamtlichen Mitarbeiterschaft, der Erkennbarkeit des diakonischen Profils und den geltenden Rahmenbedingungen. Die Tatsache, dass die Visitationskommission insbesondere bei den vorhandenen Rahmenbedingungen Änderungsbedarf erkennen konnte, spricht einerseits für die Qualität der geleisteten Arbeit und andererseits für die Notwendigkeit von Verbesserungen im Bereich der Rahmenbedingungen.
  7. Menschen seelsorgerlich zu begleiten, gehört zu den wichtigsten Aufgaben christlichen Handelns. Dies gilt insbesondere für die Begleitung sterbender Menschen, ihrer Angehörigen und der Mitarbeiterschaft in den Einrichtungen. Die Kirchenleitung dankt den Seelsorger/innen, die sowohl in kommunalen und gemeinnützigen als auch in den konfessionellen und privaten Krankenhäusern tätig sind. Sie kommen direkt zu den Patient/innen auf die Station und sind für Angehörige und Mitarbeitende ansprechbar. Sie bieten Menschen im Krankenhaus an, mit ihnen über das zu sprechen, was sie bewegt. Sie nehmen sich Zeit für Menschen, die sich mit den Grenzen des Lebens auseinandersetzen, die nach Orientierung fragen und die Abschied nehmen müssen. Angehörige und Mitarbeiter/innen des Krankenhauses finden in den Seelsorger/innen Gesprächspartner, die Verständnis für die erfahrenen Grenzsituationen und die damit verbundenen seelischen Belastungen haben. Häufig geben die in der Seelsorge tätigen Personen den Anstoß dazu, dass Krankenhäuser sich der Frage öffnen, wie das Sterben zugelassen werden kann, ohne dass es mit dem Vorzeichen der zu verhindernden Niederlage versehen ist. Im Zuge solcher Prozesse gelingt es häufig, eine kleine Krankenhauskapelle oder einen Raum der Stille einzurichten, angemessene Rituale zu entwickeln und Räume des Abschiednehmens zu eröffnen.
  8. Die Kirchenleitung dankt den in der Hospizbewegung tätigen Personen für die in den letzten Jahrzehnten geleistete Pionierarbeit. Sie hat die mit dem Sterben verbundenen Fragen mit ihren positiven Erfahrungen beeinflusst, neue Akzente gesetzt und Ängste abgebaut. Hospize bejahen das Leben. Sie arbeiten ambulant und stationär. Hospize machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase ihres Lebens zu unterstützen und zu pflegen, damit sie in dieser Zeit so bewusst und zufrieden wie möglich leben können. Hospize wollen den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Sie leben aus der Hoffnung und Überzeugung, dass sich Patienten und ihre Familien so weit geistig und spirituell auf den Tod vorbereiten können, dass sie bereit sind, ihn anzunehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass eine angemessene medizinisch-pflegerische Versorgung gewährleistet ist und dass es gelingt, eine Gemeinschaft von Menschen zu bilden, die sich der Bedürfnisse von Menschen in der letzten Lebensphase verständnisvoll annimmt.
  9. Hospizdienste, Senioreneinrichtungen, Pflegedienste und Krankenhäuser in evangelischer Trägerschaft sind kirchliche Orte neben der örtlichen Kirchengemeinde. Das Engagement der ehrenamtlichen Helfer/innen eines ambulanten Hospizdienstes und die Professionalität der Mitarbeiterschaft in großen evangelischen Krankenhäusern gründet sich in Jesus Christus, dem Herrn der Kirche. Zugleich gilt, dass die Aufgabe, Sterbende und ihre Angehörigen bis zuletzt zu begleiten, weiterhin eine zentrale Aufgabe der jeweiligen Gemeinde bleiben wird. Aus Begegnungen zwischen einer Kirchengemeinde und beispielsweise der benachbarten Profildgemeinde eines evange-

lischen Krankenhauses können Anstöße in beide Richtungen erwachsen und örtliche Netzwerke entstehen. Gemeinsam gefeierte Gottesdienste und gegenseitige Besuche werden die Beteiligten daran erinnern, dass das Evangelium bis zuletzt als Trost über unserem Leben steht. Die Kirchenleitung betont die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit von Kirche und Diakonie.

10. Der zuständige Fachverband des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO) hat eine Schlüsselbedeutung für die Koordination und die Interessenvertretung nach innen und außen. Für Prozesse der Qualitätssicherung, der Fortbildung und der Kommunikation ist er ebenso unentbehrlich wie für die Stärkung des evangelischen Profils. Wichtig ist deshalb, dass die Mitgliedschaft im Verband gestärkt wird und die Vernetzung immer besser gelingt. Die Einbindung einiger Einrichtungen aus dem Bereich der schlesischen Oberlausitz steht noch aus. Im Blick auf die sehr unterschiedlichen Trägerstrukturen gewinnt die Verbandsarbeit zusätzlich an Bedeutung. Manche Träger müssen noch stärker als bisher für die Verbandsarbeit gewonnen werden. Immer wieder gilt es, bisher zu wenig bedachte Aufgaben und Herausforderungen anzunehmen, wie beispielsweise bei der Sterbebegleitung behinderter Personen. Die Kirchenleitung bejaht die Arbeit des Fachverbands und dankt ihm für die zum Teil unter schwierigen Bedingungen geleistete Aufbauarbeit der vergangenen Jahre. Sie bittet alle evangelischen Träger, die sich bisher noch nicht zur Mitgliedschaft entschlossen haben, dem Verband beizutreten. Sie bittet den Verband, bei den Angeboten an seine Mitglieder die unterschiedlichen Bedingungen in den verschiedenen Regionen unserer Kirche im Blick zu haben.

## **II. ERWARTUNGEN AN INSTITUTIONEN UND LEITUNGSGREMIEN IN KIRCHE UND GESELLSCHAFT**

---

1. Die Kirchenleitung leitet den Visitationsbericht sowie den Visitationsbescheid an den Ständigen Ausschuss der Landessynode für Gemeinde und Diakonie weiter und bittet ihn, die Ergebnisse der Visitation zur Kenntnis zu nehmen und Folgerungen daraus zu erörtern.
2. Die Kirchenleitung regt an, dass die Ergebnisse der Visitation in den Sprengelphorenkonventen im Blick auf die Frage erörtert werden, welche zusätzlichen Initiativen auf der Ebene der Kirchenkreise und Gemeinden ergriffen werden können, um die Verantwortung der Träger evangelischer Hospizarbeit, Krankenhäuser, Pflegedienste, Seniorenzentren und Pflegeheime zu stärken, die Trägerqualität zu verbessern, die Vernetzung zu befördern und das evangelische Profil weiterzuentwickeln. Sie hält es für notwendig, kritischen Nachfragen sensibel und sorgsam nachzugehen.
3. Die Kirchenleitung bittet Kirchengemeinden, Pfarrsprengel beziehungsweise Regionen, die Situation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen immer wieder neu wahrzunehmen und zu bedenken. Kirchengemeinden müssen imstande sein, auf an sie gestellte Nachfragen nach einer Sterbebegleitung konstruktiv zu antworten. Die Kirchenleitung empfiehlt den Gemeindegliedern, im Interesse der Gemeindeglieder die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten zu sichten. Die angebotenen Dienste eines Hospizes sollten beispielsweise mit den vorhandenen publizistischen Möglichkeiten (Gemeindeblatt, Homepage der Gemeinde, etc.) bekannt gemacht werden. Sofern Hospiz- und Palliativeinrichtungen fehlen oder die ärztliche Versorgung nicht ausreichend gewährleistet ist, sollten sich die Kirchengemeinden gemeinsam mit anderen Partnern am Ort für eine bessere Versorgung der Menschen in ihrer Region einsetzen. Gleichzeitig empfiehlt die Kirchenleitung allen Gemeinden, sich auf geeignete Weise mit der Christlichen Patientenverfügung zu beschäftigen.

4. Die Kirchenleitung bittet das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, seinen Fachverband und den Diakonischen Rat um eine ausreichend breite und qualitativ gute Interessenvertretung nach innen und außen.
5. Die Kirchenleitung stellt mit Sorge fest, dass wichtige Träger sich bisher nicht zur Mitwirkung im Fachverband entschlossen haben. Sie bittet diese Träger dringend, ihre Haltung zu überprüfen und sich zukünftig an der Arbeit des Verbandes zu beteiligen.
6. Die Kirchenleitung unterstützt die Zielsetzung, eine weitere Sensibilisierung im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte anzustreben, die mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in Berührung kommen und auf diese Situationen entsprechend vorbereitet werden sollten. Die nach dem Celler Modell laufenden Kurse für ehrenamtliche Helfer/innen setzen beachtliche Akzente. Die Kirchenleitung empfiehlt den evangelischen Einrichtungen dringend die Ermöglichung von Supervision und Weiterbildung im Bereich Sterbebegleitung. Sie bittet die Theologische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, die Evangelische Fachhochschule Berlin, das Wichern-Kolleg, die Seelsorge-Aus-, Fort- und Weiterbildung und die entsprechenden Träger von Ausbildungsgängen im Bereich der Altenpflege, mit den Hospizeinrichtungen und dem Fachverband des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz zusammenzuarbeiten.
7. Mit Besorgnis nimmt die Kirchenleitung zur Kenntnis, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen derzeit nicht ausreichen, um wirklich allen betroffenen Menschen eine Sterbebegleitung zukommen zu lassen. Über den §39a SGB V wird zwar eine Begleitung im häuslichen Bereich (ambulant) und für Schwerst- kranke auch in stationären Hospizen ermöglicht, jedoch stehen Krankenhäuser, Senioreneinrichtungen und Pflegeheime ratlos vor der Frage, wie sie die nötige Zuwendung für ihre sterbenden Patienten gewährleisten sollen. Der spezifische Aufwand der pflegerischen Versorgung wie auch die professionelle Koordination und Qualifikation von ehrenamtlichen Besuchsdiensten in diesen Einrichtungen werden bislang nicht gefördert. Auch hinsichtlich der

- palliativmedizinischen Versorgung für sterbende Menschen herrscht ein Mangel: Im Berliner Raum können krebserkrankte Menschen mit einer verlässlichen Schmerz- und Symptomkontrolle durch Home-Care rechnen. Das ist eine bundesweite Ausnahme. Insgesamt sind alle palliativ zu versorgenden Kranken, die sich nicht in einem Krankenhaus befinden, auf die begrenzte Kompetenz und Erreichbarkeit ihres Hausarztes angewiesen. Die Kirchenleitung bittet das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, den zuständigen Fachverband und das Konsistorium, sich mit Nachdruck für eine Verbesserung der entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen einzusetzen.
8. Die Kirchenleitung begrüßt grundsätzlich alle Anstrengungen, eine menschlich und fachlich kompetente Betreuung am Lebensende zu einem verbrieften Recht für alle Menschen in unserer Gesellschaft zu machen. Die Kirchenleitung sieht die Einfügung der ambulanten und stationären Hospizleistungen in das System der gesetzlichen Krankenversicherung als wichtigen Schritt an. Sie unterstützt sowohl die Anstrengungen zugunsten einer Ausweitung der Palliativversorgung als auch zugunsten der weiteren Förderung von Hospizeinrichtungen.
  9. Seniorenzentren und Pflegeheime in evangelischer Trägerschaft streben mit Hilfe von Pflegeleitbild und lernendem Qualitätsmanagement einen würdevollen Umgang mit Sterbenden und die Begleitung der Bezugspersonen an. Die Einrichtungen verpflichten sich darauf, das Selbstbestimmungsrecht der ihnen anvertrauten Personen so weit als irgend möglich zu wahren, eine professionelle Sterbebegleitung zu ermöglichen, Patientenverfügungen zu respektieren und die seelsorgerliche und supervisorische Begleitung der Mitarbeiterschaft nach Möglichkeit zu gewährleisten. Die Kirchenleitung erkennt die von der Mitarbeiterschaft geleistete Arbeit dankbar an. Bemerkenswert sind die vielfach entwickelten Formen, in denen sich die Anteilnahme am Sterben Einzelner ausdrückt (Aussegnungsrituale, Sterbeglocke, Aushänge im Schaukasten, Fürbitten für Verstorbene in Gottesdiensten etc.). Die Kirchenleitung ermutigt dabei zu großer Klarheit. Sie ist davon überzeugt, dass eine solche Klarheit Türen zum Glauben öffnen hilft. Die Kirchenleitung

bemerkt jedoch mit großer Sorge, dass die Mitarbeiter/innen häufig an die Grenze ihrer Möglichkeiten geraten. Die Betreuung durch Hausärzte und die medizinische Notversorgung in den Nächten und an Wochenenden ist gerade im ländlichen Raum nicht ausreichend gewährleistet. Es erweist sich als ausgesprochen schwierig, eine Mitarbeiterschaft mit dem gewünschten Anforderungsprofil aufzubauen. Immer wieder äußern Mitarbeiter/innen die Sorge, der täglichen Überforderung auf Dauer nicht Stand halten zu können. Supervision ist noch keineswegs selbstverständlich. Die Kirchenleitung bittet die Verantwortlichen in Kirche, Staat und Gesellschaft, die Situation in den Senioreneinrichtungen und Pflegeheimen aufmerksam wahrzunehmen und nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation zu suchen.

10. Dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO), dem Diakonischen Rat, dem zuständigen Fachverband und den einzelnen, im DWBO zusammengeschlossenen Einrichtungen empfiehlt die Kirchenleitung die Berücksichtigung und Anwendung der aus der Visitation »Sterben hat seine Zeit« gewonnenen Einsichten. Die Visitation verdeutlicht, dass es zur guten Zusammenarbeit von Kirche und Diakonie keine Alternative gibt. Die Kirchenleitung nimmt dies mit großer Dankbarkeit wahr.

Berlin, den 23. März 2007

Die Kirchenleitung

Bischof Dr. Wolfgang Huber



# Sterben hat seine Zeit

Bericht über Bischofsvisitationen  
in der Evangelischen Kirche  
Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz  
vom 9. – 12. Mai 2006

ZIELSETZUNGEN  
UND RAHMENBEDINGUNGEN

Die Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (EKBO) versteht die Diskussion über Sterbehilfe und Euthanasie als Herausforderung. Ihre eigene Position vertritt sie mit großer Klarheit: Das Leben ist nicht frei verfügbar. Niemand hat das Recht, über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens zu befinden. Das Töten eines Menschen kann niemals eine Tat der Liebe oder des Mitleids sein, denn es vernichtet die Basis der Liebe und des Vertrauens.

Die Ängste vieler Menschen vor einem qualvollen, einsamen Sterben und vor einem wehrlosen Ausgeliefertsein an sinnlos gewordene Maßnahmen der Lebensverlängerung müssen ernst genommen werden. Sterbende Menschen und ihre Angehörigen brauchen neben der entsprechenden pflegerisch-medizinischen Versorgung eine geduldige, gütige sowie theologisch und seelsorgerlich qualifizierte Begleitung.

Die Breite der öffentlichen Debatte zu diesen Fragen belegt das Bedürfnis vieler Menschen, eine Vergewisserung im Blick auf die zur Anwendung kommenden ethischen Prinzipien, auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen und auf die daraus resultierende Praxis zu erhalten, damit die Sorgen und Ängste vor dem Sterben naher Angehöriger und dem eigenen Lebensende bewältigt werden können.

Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Belgien und den Niederlanden im Zuge der Verabschiedung entsprechender Gesetze im Jahr 2001 verstärkt das Bedürfnis nach verlässlichen Regelungen in Deutschland. Die damit einhergehende Verunsicherung insbesondere der älteren Bürger/innen wird zudem dadurch verstärkt, dass unüberlegte Vorstöße einzelner Politiker den Eindruck entstehen lassen, ein Leben bis zuletzt in Würde und Anerkennung sei nicht finanzierbar. Häufig werden die demografische Entwicklung und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen als Argumente für solche Thesen benutzt.

Die evangelische Kirche steht zu der Verantwortung, ihre Positionen um der Menschen willen zu vertreten und die im Licht des Evangeliums gewonnenen Einsichten allen Interessierten als Argumentationshilfe anzubieten.

Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) hat bereits im Jahr 1999 gemeinsam mit der römisch-katholischen Deutschen Bischofskonferenz eine »Handreichung zur Christlichen Patientenverfügung« herausgegeben. Sie erfreute sich einer derart großen Nachfrage, dass schon 2003 eine Neuauflage nötig wurde.

Der Rat der EKD hat im Herbst 2004 zusätzlich die Kammer für öffentliche Verantwortung damit beauftragt, theologisch-ethische Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen zu entwickeln und Folgerungen für anstehende rechtliche Regelungen zu formulieren. Die Herausforderung bestand darin, die Selbstbestimmung des Patienten und die Fürsorgepflicht für den Patienten miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen. Das Ergebnis liegt seit dem Frühjahr 2005 vor. Die Broschüre »Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht« versteht sich als Diskussionsbeitrag und Hilfestellung zur ethischen Urteilsbildung.

Die Aufmerksamkeit gilt insbesondere den Menschen in Lebensphasen, die durch Krankheit, Schwäche und Hilfsbedürftigkeit geprägt sind. Die evangelische Kirche unterstützt eine menschenwürdige Behandlung und Begleitung nicht nur durch das Vorbringen guter Gründe und durch seelsorgerliche Zuwendung, sondern auch durch ihr diakonisches Engagement in den Sozialstationen, Pflegeeinrichtungen, Seniorenzentren, Krankenhäusern und Hospizen, die sich in evangelischer Trägerschaft befinden. Die Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (EKBO) und das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO) setzen sich für die menschenwürdige Begleitung Kranker und Sterbender ein; sie machen dazu ausdrücklich Mut.

Die Entscheidung der Kirchenleitung, im Jahr 2006 eine Bischofsvisitation mit dem Titel »Sterben hat seine Zeit« durchzuführen, bezeugt die Kontinuität im kirchenleitenden Handeln. Es ist das Anliegen der Kirchenleitung, die mit dem Sterben verbundenen Fragen durch Besuche in Hospizen, Seniorenzentren, Pflegeheimen und Krankenhäusern in den Blick zu nehmen, mit denen, die in dieser

Arbeit stehen, das Gespräch zu suchen, sich des Auftrags, der Visitierte und Visitierende verbindet, gegenseitig neu zu vergewissern und für die dabei angesprochenen Probleme Lösungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Die Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz nimmt mit dieser Visitation die Anregungen der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) auf, der Frage nach einem Leben bis zuletzt im Licht des Evangeliums die nötige Aufmerksamkeit entgegenzubringen.

Den Visitierenden war von vornherein bewusst, dass sie sich auf exemplarische Besuche und Begegnungen beschränken mussten. Die große Vielfalt dieses Handlungsfeldes mit seinen unterschiedlichen Gestaltungen und Trägerkonstruktionen in Stadt und Land machte eine Auswahl unumgänglich. Bei der Zusammensetzung der Visitationskommission wurde darauf geachtet, dass ein möglichst breites Spektrum spezifischer Kompetenzen und Zuständigkeiten darin vertreten war. Der Kommission gehörten an:

Dorothea Braeuer, Oberkonsistorialrätin, Referentin für Personalfragen der Ordinierten und Spezialseelsorge; Dr. Carlchristian von Braunmühl, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, Referatsleiter für Grundsatzfragen, Prävention, chronische Krankheiten und Suchtfragen; Peter Fenner, Pfarrer, Vorsteher des Evangelischen Johannesstifts Berlin i.R.; Dr. Wolfgang Huber, Bischof, Vorsitzender der Visitationskommission; Susanne Kahl-Pasoth, Direktorin des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz; Dr. Christina Köhlen, Professorin für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Berlin; Gabriele Lucht, Landespfarrerin für Seelsorge im Krankenhaus; Dr. Christine Marmor, Oberärztin im Carolus-Krankenhaus Görlitz; Ellen Muxfeld, Oberin des Evangelischen Diakonievereins Berlin-Zehlendorf; Dr. Rolf Schieder, Professor für Praktische Theologie an der Theologischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin; André Schmitz, Staatssekretär, Chef der Senatskanzlei, Berlin; Petra Schreiber, Mitglied der Kirchenleitung, Müncheberg; Doris Schulten, Pflegedirektorin des Evangelischen Hubertus-Krankenhauses,

Berlin; Martin Vogel, Pfarrer, Visitationssekretär; Ulrike Voigt, Superintendentin des Kirchenkreises Lübben; Uwe Weiß, Pfarrer i.E., Aus- und Fortbildung in der Seelsorge; Susanne Woskanjan, Geschäftsführerin von Home Care Berlin e.V.; André-Sebastian Zank-Wins, Pastor, Diakonie-Hospiz Berlin-Lichtenberg.

Gemäß Artikel 88 Abs. 4 der Grundordnung der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz versieht der Bischof im Rahmen seiner besonderen Verantwortung Visitationsdienste vor allem bei landeskirchlichen Einrichtungen und Werken. In Wahrnehmung dieser Aufgabe ist die Visitation unter dem Thema »Sterben hat seine Zeit« zu sehen. Die Besuche beim Evangelischen Verband für Altenhilfe und Pflege und in einzelnen Einrichtungen erfolgten in der Zeit vom 9. bis 12. Mai 2006. Die Kommission dankt allen, die sich an der Visitation beteiligt haben. Sie dankt insbesondere denjenigen Trägern, die ihre Türen für die Besucher öffneten, obwohl sie sich nicht in kirchlicher oder diakonischer Trägerschaft befinden.

STERBEBEGLEITUNG  
ALS LEBENSBEGLEITUNG

### **2.1.1. SENIORENZENTRUM »AM SPREEUFER« LÜBBEN**

---

#### **Das Evangelische Seniorenzentrum »Am Spreeufer« Lübben**

Das Evangelische Seniorenzentrum »Am Spreeufer« ist eine Einrichtung des Landesausschusses für Innere Mission (LAFIM). Sie wurde im Zentrum der Spreewaldstadt Lübben als Ersatz für die Einrichtungen »Hospital zum Heiligen Geist« in Lübben, dem Altenpflegeheim »Bethanien« in Beeskow und dem Kreispflegeheim Wittmannsdorf am Ufer der Spree errichtet und im April 1999 erstbezogen. Es gibt in der Einrichtung 49 Einzelzimmer und 20 Doppelzimmer. Das sind 83 stationäre Plätze und sechs Kurzzeitplätze. Angeschlossen sind elf Wohnungen mit 15 Plätzen für Betreutes Wohnen im Heim. Die Einrichtung verfügt über eine große Cafeteria, in der montags Gottesdienste gehalten werden, Gemeinschaftsräume auf jeder Etage, Pflegebäder auf jeder Etage und Therapieräume. In der eigenen Küche wird das Essen täglich frisch für die Bewohner zubereitet. Die Zimmer sind zweckmäßig ausgestattet; auf Wunsch können eigene Kleinmöbel mitgebracht werden. Das Angebot der stationären Pflege richtet sich entsprechend den Festlegungen der Pflegekassen nach den Pflegestufen. Darüber hinaus gibt es die Kurzzeitpflege, die Verhinderungspflege und das Probewohnen. Das Betreute Wohnen im Heim ist ein weiteres Angebot. Notwendig werdende Pflegemaßnahmen in diesem Bereich müssen von ambulanten Diensten durchgeführt werden. In der Einrichtung sind ca. 50 Mitarbeiter/innen beschäftigt.

#### **Der Besuch**

Die Visitationsgruppe wurde herzlich empfangen und nach einer kurzen Vorstellung durch das Haus geführt. Die Gäste wurden über die Rahmenbedingungen der Arbeit der Einrichtung und über deren Geschichte informiert. Die freundliche Atmosphäre des Hauses war spürbar. Im Anschluss an den Rundgang gab es die Möglichkeit zur Diskussion über die tägliche Arbeit in der Einrichtung. Hierbei stand besonders der Umgang mit Sterben und Tod im Zentrum.

Die Einrichtung verfügt über gute räumliche Voraussetzungen und eine angemessene Ausstattung. Die physische Pflege geschieht entsprechend der Pflege Richtlinien. Die Möglichkeit der Bezugspflege wird genutzt.

Die intensive Begleitung von Sterbenden ist als Regelleistung nicht vorgesehen. Die Mitarbeiter/innen versuchen diese Situation aufzufangen, indem sie individuelle Absprachen über die Arbeitsorganisation im entsprechenden Wohnbereich treffen, sodass ein längerer Aufenthalt bei einem Sterbenden in seinem Zimmer ermöglicht wird. Eine leichte personelle Reserve ist dadurch gegeben, dass die Einrichtung eine anerkannte Ausbildungsstätte ist und somit Praktikant/innen im Haus tätig sind. Beachtenswert ist die Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst in Lübben, obwohl ambulante Hospizdienste keine Dienste in stationären Einrichtungen abrechnen können. Eine Handlungsbeschreibung für die Sterbephase einschließlich der Aussegnung ist im Einrichtungshandbuch festgehalten. Sie soll von jedem Mitarbeiter befolgt werden. Die Aussegnung der Verstorbenen einschließlich der dafür nötigen Vorbereitungen zählt nicht zu den Regelleistungen und gehört dennoch zum Selbstverständnis der Einrichtung. Derzeit gibt es etwa 25 bis 28 Todesfälle im Jahr.

An zwei Tagen in der Woche besucht eine Pfarrerin im Auftrag des Kirchenkreises Lübben die Einrichtung und nimmt sich Zeit für die Seelsorge. Es finden regelmäßig Gottesdienste statt. Diese Möglichkeit verdankt die Einrichtung der guten Zusammenarbeit mit dem Kirchenkreis Lübben.

Angehörige können in der Sterbephase ihres Angehörigen mit in der Einrichtung sein. Sie werden dann in das »Team« eingebunden. Dieses Angebot wird häufig wahrgenommen. Die Mitarbeiter/innen erfahren jedoch in Einzelfällen auch eine deutliche Abkehr von Angehörigen. Sie kommen nicht mehr, sobald die Information über den nahen Tod des Bewohners an sie weiter gegeben wurde. Die meisten Angehörigen zeigen den Mitarbeiter/innen ihre Dankbarkeit für die erfahrene Zuwendung in der Phase des Abschieds. Einer Einladung zu einem Adventsnachmittag für die Angehörigen verstorbener Bewohner/innen folgt ein größer werdender Personenkreis.

Im Bereich der ehrenamtlichen Mitarbeit gibt es gute, projektbezogene Ansätze mit Jugendlichen oder Konfirmandengruppen. Insgesamt kann die ehrenamtliche Mitarbeit intensiviert werden. Das Evangelische Seniorenzentrum »Am Spreeufer«

wünscht sich die regelmäßige Begleitung der Bewohner/innen durch den Ortspfarrer bzw. die Ortspfarrerin der jeweiligen Herkunftsgemeinde. Einer solchen Erwartung vermögen die Kirchengemeinden nicht in jedem Falls zu entsprechen.

Einzelne Frauen arbeiten in ihrer Freizeit in der ambulanten Hospizgruppe Lübben mit. Sie haben eine Ausbildung zur ehrenamtlichen Hospizhelferin erworben. Durch die in der Sterbebegleitung geschulten Mitarbeiter/innen erfahren Kolleg/innen eine Begleitung in Situationen des Sterbens von Bewohner/innen. Die Mitarbeiter/innen sprechen mehr untereinander und können dann so auch Sterbende besser begleiten. Supervision als Möglichkeit professioneller Hilfe steht den Mitarbeiter/innen derzeit nicht zur Verfügung. Hilfe findet die Mitarbeiterschaft auch in Ritualen. Die Handlungen in der Sterbephase einschließlich der Aussegnung ist so ein Ritual. Alle Mitarbeiter/innen sollen die Befähigung erwerben, um beispielsweise eine Aussegnung vorzunehmen. Auf die Durchführung einer Personalbefragung wurde bisher bewusst von Seiten der Einrichtungsleitung verzichtet. Mitarbeitergespräche werden geführt. Die Leitung erwägt, wie es in Zukunft noch besser möglich ist, den Mitarbeiter/innen Wertschätzung für Ihre Arbeit und Unterstützung im Kontext der hohen psychischen Anforderungen in der täglichen Arbeit zukommen zu lassen. Die hohe Motivation der Mitarbeiter/innen steht neben der hohen Belastung durch die tägliche Arbeit.

Im Einrichtungshandbuch heißt es: »Wir fühlen uns dem diakonischen Auftrag der Evangelischen Kirche verpflichtet. Was willst Du, das ich Dir tun soll? (Lukas 18,41) ist unser Leitspruch. Wir haben Ehrfurcht vor dem Leben in jedem Alter, schützen und achten menschliches Leben, besonders in der Zeit des Sterbens. Wir bieten Seelsorge an und möchten, dass sich Hilfesuchende bei uns wohl fühlen und unser Haus als ihr eigenes Zuhause betrachten.«

In der Umsetzung des Leitspruches wird den Mitarbeiter/innen oft die zeitliche Beschränkung ihrer Arbeit durch die gesetzlichen Vorgaben bewusst. Sie wollen mehr tun, sind aber durch die vorgeschriebenen Regelleistungen gebunden. Auch spüren sie bei der ärztlichen Versorgung der Bewohner/innen Grenzen

durch die Budgetierung der ärztlichen Verordnungen, so zum Beispiel bei der Arzneimittelversorgung: Es wird eher seltener Morphin in Form von besser verträglichem Pflaster verordnet als es angezeigt wäre. Die insgesamt gute ärztliche Versorgung in Lübben könnte im Bereich der Palliativmedizin durchaus verbessert werden.

Die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Krankenhaus ist durch ein Entlassungsmanagement geregelt, das aus Sicht der Einrichtung noch verbessert werden kann.

Immer mehr Bewohner sind nicht kirchenzugehörig. Die Angehörigen, die sehen und erleben, wie mit Sterbenden und Gestorbenen in einer evangelischen Einrichtung umgegangen wird, entwickeln häufig, gestärkt durch diese Erfahrung, ein positives Verhältnis zu Diakonie und Kirche.

### **Stellungnahme**

Die Visitationskommission dankt der gesamten Mitarbeiterschaft und dem Landesausschuss für Innere Mission (LAFIM) als Träger der Einrichtung für die gewonnenen Einblicke und wünscht dem Evangelischen Seniorenzentrum »Am Spreeufer« auch weiterhin Freude an und Leidenschaft für die Begleitung älterer Menschen. Sie ermutigt den Träger und die Leitung der Einrichtung zum weiteren Engagement zugunsten der ihnen anvertrauten Bewohner/innen und der im Seniorenzentrum tätigen Mitarbeiterschaft.

### **2.1.2. SENIORENWOHPARK »AM KIRSCHBERG« LOBETAL**

#### **Der Seniorenwohnpark »Am Kirschberg« Lobetal**

Der Seniorenwohnpark »Am Kirschberg« ist eine Einrichtung der Altenhilfe mit einem Schwerpunkt in der Betreuung demenziell erkrankter Menschen. In den zwei im Jahr 1996 eröffneten Häusern »Tabea« und »Bethanien« stehen insgesamt 60 Plätze zur Verfügung (je 50 Prozent Einbett- und Doppelzimmer). Diese sind auf jeweils zwei Wohnetagen pro Haus aufgeteilt. Ein weiterer Gebäudekomplex mit ebenfalls 60 Plätzen befindet sich derzeit im Bau. Der Seniorenwohnpark »Am Kirschberg« gehört zu den Hoffnungstaler Anstalten Lobetal.

Das Pflegeleitbild des Seniorenwohnparks »Am Kirschberg« orientiert sich am Unternehmensleitbild der Hoffnungstaler Anstalten Lobetal. Die Einrichtung legt Wert darauf »den würdevollen und achtsamen Umgang mit Sterbenden und die Begleitung der Bezugspersonen« auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes zu gestalten. Um dem gesetzten ethischen Anspruch gerecht zu werden, hat die Leitung des Hauses mit dem Träger abgestimmte Zielvereinbarungen entwickelt. Durch Befragungen von Bewohner/innen und Angehörigen, durch gezielte Schulungen sowie durch regelmäßige Besuche durch Theologen/innen wird die Kompetenz der Mitarbeiterschaft im Blick auf folgende Ziele erweitert: 1. Den Bewohner/innen mehr Selbstbestimmung durch Rücksicht auf ihre individuellen Gewohnheiten ermöglichen, 2. Professionelle Sterbebegleitung, 3. Patientenverfügungen respektieren, 4. Seelsorgerliche Begleitung der Mitarbeiter/innen.

#### **Exkurs: Die Hoffnungstaler Anstalten Lobetal**

*Der Seniorenwohnpark »Am Kirschberg« gehört zu den Hoffnungstaler Anstalten Lobetal. Die Hoffnungstaler Anstalten entstanden zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts als Einrichtung zunächst für arbeits- und obdachlose Männer, die sogenannten »Brüder der Landstraße«. Schon in der Anfangszeit, in der man in Form eines Lebens- und Arbeitsverbundes eine enge Gemeinschaft pflegte, war es selbstverständlich, dass Verstorbene auch innerhalb der Gemeinschaft aufgebahrt und verabschiedet wurden.*

*Inzwischen gehören zu den Hoffnungstaler Anstalten Lobetal eine Vielfalt von Einrichtungen der Behinderten-, Sucht-, Jugend- und Altenhilfe, zwei Kindertagesstätten, die Hoffnungstaler Werkstätten gGmbH für behinderte Menschen, das Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg sowie das Diakonische Bildungszentrum Lobetal. Das Pflegen und Ermöglichen von Gemeinschaft sowie eine besondere Achtsamkeit in Hinsicht auf die Würde des Menschen gehören traditionell zu dem christlichen Selbstverständnis der Hoffnungstaler Anstalten Lobetal. Das Menschenbild sowie der eigene Leistungsanspruch der Hoffnungstaler Anstalten Lobetal sind in einem Leitbild dargestellt. Dort heißt es: »Die Würde jedes Menschen und der Wert des Lebens sind nicht daran gebunden, was der Einzelne kann und leistet, sondern daran, dass jeder Mensch in seiner Einmaligkeit von Gott geschaffen und geliebt ist. Deshalb treten wir für die Gleichbehandlung*

*und die gleiche Würde aller Menschen ein ... Wir haben Achtung vor jedem Leben, dem Sterben und dem Tod ... Jeder Mensch ist auf andere Menschen und die Kommunikation mit ihnen angewiesen. In den Begegnungen lassen wir gegenseitige Wertschätzung, Vertrauen und Verlässlichkeit einander spüren.«*

*In den Hoffnungstaler Anstalten Lobetal wird bis heute ein reges Gemeinschaftsleben mit Gottesdiensten, Festen und verschiedenen Kulturangeboten gepflegt. Wer es möchte, kann an dieser Gemeinschaft partizipieren. Es wird alles getan, um den Menschen auch den Zugang zu den gemeinschaftlichen Angeboten zu ermöglichen.*

#### **Der Besuch**

Nach einer Begrüßungs- und Vorstellungsrunde gibt Pastor Dr. Feldmann eine kurze geschichtliche Einführung in den Ort Lobetal. Es folgt ein Rundgang durch das Haus »Bethanien«: Das Haus wirkt hell, freundlich und sorgsam gestaltet. Im Wohnzimmer herrscht Geschäftigkeit: Eine Gruppe von Bewohner/innen sitzt um einen Tisch. Gemeinsam backen sie einen Kuchen und werden dabei von einer ergotherapeutisch qualifizierten Mitarbeiterin unterstützt. Das Miteinander der Menschen wirkt angenehm, gesellig und lebendig. Eine Bewohnerin zeigt uns ihr Zimmer: Abgesehen von Nachttisch und Pflegebett besteht die Einrichtung aus ihren eigenen Möbeln. Dies, so wird uns gesagt, wird bewusst immer so gehalten, denn nur mit eigenen Möbeln können sich die Bewohner/innen in der Heimumgebung zu Hause fühlen. Durch das Zimmer hindurch gelangt man direkt in den Garten: eine große Wiese, ein kleines Hochbeet, Blumen – Urlaubsgefühle für diejenigen, die aus der Großstadt kommen. Eine solche Naturnähe bedeutet Lebensqualität.

Im oberen Wohnzimmer ist gerade die Morgenandacht vorüber. Wir erfahren: Täglich um 9.00 Uhr wird im Haus durch Hausmitarbeiter/innen oder ehrenamtliche Diakone eine Andacht für die Bewohner/Innen gestaltet. Dieses Angebot wird gerne angenommen. In Gesprächen während des Rundgangs erfahren wir, dass zwölf ehrenamtliche Mitarbeiter/innen (fünf Diakone und sieben weitere Personen) die Arbeit der Einrichtung unterstützen. Die Ehrenamtlichen werden jeweils im Rahmen eines Gottesdienstes in ihr Amt eingeführt bzw. daraus verabschiedet.

Neue Bewohner/innen sind zunehmend nicht mehr konfessionell gebunden, haben aber häufig christliche Wurzeln. Die Gottesdienste in der Kapelle in Lobetal werden per Fernseher übertragen. Ein Transportdienst zum Gottesdienst ist vorhanden. Regelmäßig kommt ein Gemeindepädagoge mit Christenlehre-Kindern ins Haus, um zum Beispiel gemeinsam zu singen. Der Lobetaler Posaunenchor spielt Geburtstagsständchen für alle Bewohner/innen ab 80 Jahren und trägt zur Gestaltung besonderer Festtage bei.

In einer anschließenden Gesprächsrunde erläutert Annegret Tümmers, die Leiterin der Einrichtung, die konkreten Möglichkeiten und Grenzen der Sterbebegleitung im Haus: Bei aktiver Zusammenarbeit mit den Angehörigen, erfolgt eine optimale Begleitung:

Mitarbeitende und Angehörige arbeiten Hand in Hand, pflegerische und psychosoziale Zuwendung sind gewährleistet. Für den Umgang mit den Sterbenden und deren Situation sensibilisiert eine Handreichung. Auf Wunsch wird eine Aussegnung des Verstorbenen wie auch die Begleitung der Angehörigen durch einen Seelsorger ermöglicht.

Wenn die Mitarbeiter/innen die einzigen Bezugspersonen sind, ist eine optimale Sterbebegleitung nicht möglich: Zu beobachten ist die Tendenz, dass immer weniger Angehörige bereit oder in der Lage sind, sich aktiv an der Betreuung der Bewohner/innen zu beteiligen. Bei den demenziell erkrankten Menschen ziehen sich Angehörige – möglicherweise aufgrund von Unsicherheiten und Ängsten – noch häufiger zurück. Eine ausreichende psycho-soziale Zuwendung allein durch die angestellten Mitarbeiter/innen ist aufgrund der geringen Personaldecke nicht möglich. Auch Besuche durch die vorhandenen ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen können diesen Mangel nicht ausreichend kompensieren.

Die generell schwierige ärztliche Versorgungssituation in den ländlichen Regionen Brandenburgs schlägt sich auch im Seniorenwohnpark »Am Kirschberg« nieder. Hausärzte scheuen den aufwändigen und nur gering vergüteten Gang in die Einrichtung. Sie sind insbesondere am Wochenende und nachts nicht erreichbar. Die Folge ist, dass Bewohner/innen in den letzten Tagen und Stunden ihres Lebens ins Krankenhaus verlegt werden müssen und dort versterben.

Auch wenn von Seiten der Einrichtung und des Trägers zahlreiche Maßnahmen der Mitarbeiterpflege durchgeführt werden (seelsorgerliche Angebote, Weiterbildungen, Team- und Einzelgespräche etc.), so ist es vor dem Hintergrund hoher Anforderungen bei knappem Personalbestand schwer, die Mitarbeiter/innen vor Situationen der Überlastung, der Überforderung und eines »burn-out« zu schützen. Die dringend erforderliche Supervision in der Altenhilfe gehört bedauerlicher Weise nach wie vor nicht zu den Standards. Im Blick auf das gewünschte Anforderungsprofil ist es schwer, »gute« Mitarbeiter/innen zu bekommen.

#### **Exkurs: Die besondere Situation in der Behindertenhilfe**

*Auch in den Bereichen der Behindertenhilfe versuchen die Hoffnungstaler Anstalten Lobetal einen wertschätzenden und würdigen Umgang mit den Verstorbenen zu pflegen: Morgens um 9.00 Uhr erklingt die Sterbeglocke der Lobetaler Kapelle. Im Schaukasten wird mit Aushang und Bild an den Verstorbenen erinnert. Die Sargträger beim Gang von der Kapelle zum Friedhof sind häufig selbst behinderte Menschen und nur selten Bestatter. Die Sterbebegleitung ist in der Behindertenhilfe ein neues Feld. Nun werden auch in diesem Bereich Kompetenzen der Altenpflege und Sterbebegleitung benötigt, die das Berufsbild des »Heilerziehungspflegers« so bislang nicht beinhaltet. Auch das Thema »Patientenverfügung« bedarf für den Behindertenbereich einer fachspezifischen Reflexion. Ein weiteres dringliches Problem ergibt sich für behinderte Menschen mit Blick auf die Beerdigung: Behinderte Menschen sind meist Sozialhilfeempfänger. Was ihnen in Bezug auf ihre Bestattung zukommt, liegt im Ermessen der Ämter. Da die billigste Form der Sozialbestattung eine anonyme Feuerbestattung »auf der grünen Wiese« ist, und da die Ämter in der Regel nur eine solche finanzieren, wird an dieser Stelle das Recht auf Selbstbestimmung des Menschen erheblich verletzt. Wo eine »herrenlose Leiche auf billigstem Wege entsorgt wird«, fehlt den Hinterbliebenen der Lebens- und Sozialgemeinschaft des Verstorbenen der konkrete Ort des Trauerns. Die zurückbleibenden behinderten Mitbewohner/innen und Betreuer/innen in den Hoffnungstaler Anstalten Lobetal erleben diese Situation als besonders schmerzlich und entwertend.*

#### **Stellungnahme**

Die Visitationskommission nimmt dankbar zur Kenntnis: Der Träger wie auch die Einrichtung selbst wissen sich einem würdevollen und achtsamen Umgang mit den sterbenden Menschen und ihren Angehörigen verpflichtet. Durch ein bewusstes, lernendes Qualitätsmanagement werden Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung in diesem Bereich durchgeführt. Durch die Zugehörigkeit zu den Hoffnungstaler Anstalten und zur Ortsgemeinde Lobetal ist der Seniorenwohnpark »Am Kirschberg« in der Lage, seinen Bewohner/innen in sozialer, spiritueller und kultureller Hinsicht sehr viel mehr »Teilhabe am Leben« zu ermöglichen, als dies vergleichbaren Einrichtungen aus sich heraus je möglich wäre. Durch die Einbeziehung von Seelsorger/innen, Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer/innen sowie gezielte Mitarbeiterpflege wird innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen alles versucht, um dem die Einrichtungsidentität bestimmenden diakonischen Profil auch in der Praxis zu entsprechen.

Die Visitationskommission sieht in der unzureichenden ärztlichen Versorgung der Bewohner/innen am Lebensende ein großes Problem. Die Einrichtung selbst hat hier nur begrenzte Einflussmöglichkeiten. Eine gute pflegerische und medizinische Versorgung ist die notwendige Grundlage für eine gute Sterbebegleitung. Hierzu gehört auch die Gewissheit, dass Bewohner/innen wirklich bis zum letzten Atemzug in der ihnen vertrauten Einrichtung verbleiben können.

#### **2.1.3. SENIORENZENTRUM »JOHANN HINRICH WICHERN« COTTBUS**

##### **Seniorenzentrum Johann Hinrich Wichern**

Das Seniorenzentrum Johann Hinrich Wichern in Cottbus ist eine Einrichtung des Landesausschusses für Innere Mission (LAFIM). In dem 2004 bezogenen Neubau stehen 60 vollstationäre Pflegeplätze in Ein- und Zweibettzimmern für pflegebedürftige alte Menschen zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es zwölf Plätze für die Tagespflege und neun Plätze für betreutes Wohnen. Die 60 vollstationären Pflegeplätze befinden sich im ersten und zweiten Obergeschoss und bilden zwei Wohnbereiche. Die Tagespflege und die neun Wohnungen für betreutes Wohnen befinden sich im Erdgeschoss.

Die Einrichtungen des LAFIM umfassen zahlreiche Altenhilfeeinrichtungen und Diakoniestationen im Land Brandenburg, ebenso gehören dazu viele Wohnbetreuungsstätten für Behinderte sowie eine Kindertagesstätte und ein Hotel. Seit Jahrzehnten kümmert sich der LAFIM gerade um alte und behinderte Menschen. Im Leitbild des LAFIM wird deutlich, dass alles Handeln sich am biblischen Menschenbild orientiert und durch die diakonische Dienstgemeinschaft realisiert wird. Das Handeln im Sinne der christlichen Nächstenliebe ist eine der herausragenden Aufgaben, der sich die Dienstgemeinschaft der LAFIM-Mitarbeiter/innen stellt. Im Leitbild und in der Pflegekonzeption des Seniorenzentrums »Johann Hinrich Wichern« wird darauf Bezug genommen. In den Gesprächen mit den Mitarbeiter/innen erfahren Besucher/innen, dass die Grundsätze gelebt werden.

Leitbild, Pflegekonzept und Qualitätshandbuch des Seniorenzentrums »Johann Hinrich Wichern« bieten den Orientierungsrahmen für alle an der Pflege beteiligten Mitarbeiter/innen des Hauses. Im Umgang mit Sterbenden und bei der Begleitung der Bezugspersonen bemüht sich die Einrichtung um die Unterstützung und Begleitung der Betroffenen. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, bei dem Sterbenden zu bleiben. Die seelsorgerliche Begleitung durch die Mitarbeiterschaft des Hauses, durch einen Kreis von ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen und zum Teil durch Helfer/innen des Malteser Hospizdienstes hilft den Sterbenden und ihren Angehörigen. Jeder Verstorbene wird, sofern es seinem Wunsch entspricht, in dem dafür eigens ausgestatteten Aussegnungsraum aufgebahrt und ausgesegnet. Hier nehmen Mitarbeiter/innen und Angehörige sowie Bewohner teil. Im Qualitätshandbuch der Einrichtung liegt eine Anleitung mit verschiedenen Lied- und Textvarianten für die Aussegnung vor. Für jeden Verstorbenen wird ein Nachruf im entsprechenden Wohnbereich des Hauses ausgehängt.

### **Der Besuch**

Der Besuch beginnt mit einer Begrüßung und einem gemeinsamen Mittagessen im Speisesaal. Neben den Gastgebern des Hauses nehmen auch eine Angehörige und ein Vertreter des als Kooperationspartner gewonnenen Malteserhospizdienstes teil. Die rüstigen Bewohner/innen und die Mieter/innen des Betreuten Wohnens essen hier gemeinsam Mittag. Nach jedem Mittagessen findet eine

Andacht statt, die von der Einrichtungsleiterin Iris Link, vom Mitarbeiter der Verwaltung Manfred Godschan oder von anderen Mitarbeiter/innen des Hauses geleitet werden.

Das Haus wirkt hell, freundlich und sorgsam gestaltet. Es gibt zwei thematisch gestaltete Wohnbereiche. Die öffentlichen Flächen im zweiten Geschoss sind als Dorf eingerichtet und im ersten Geschoss als Stadt. Auf diese Weise soll eine biographische Verbindung zu den bisherigen Lebenswegen der Heimbewohner/innen hergestellt werden.

Im ersten Stock befindet sich der Aussegnungsraum. In dem relativ großen Raum steht eine Bahre mit einer weißen Decke. Auf einem Tisch ein Kreuz und eine Kerze. An der Wand ist ein Bild mit Blick auf einen Sandweg mit Fußspuren der in die Unendlichkeit führt. Es liegt eine Bibel und ein Gesangbuch aus. Die meisten Mitarbeiter/innen des Hauses sind in der Lage eine Aussegnung durchzuführen. In der Regel geschieht dies aber durch Herrn Godschan und Herrn Wank.

Die Wohnzimmer der beiden Wohnbereiche sind sehr freundlich und liebevoll ausgestattet und gestaltet. Ein Zweibettzimmer und ein Einzelzimmer stehen zur Verfügung: In beiden Zimmern sind sowohl Möbel des Hauses (Bett, Nachtschrank und Kleiderschrank wie auch Tisch und Stuhl), aber auch kleine Möbelstücke (Sessel, Schränkchen, Bücherregal) der Bewohner/innen zu erkennen. Die Zimmer sind hell, sauber und aufgeräumt. Das Zweibettzimmer ist großzügig geschnitten, wobei das Bett der einen Bewohnerin direkt auf die Tür gerichtet ist, sodass sie bei jedem Hereintreten unmittelbar im Blickfeld ist. Die Fenster zeigen in die Natur. Im Innenhof des Hauses soll ein kleiner Garten, der durch die Bewohner bewirtschaftet wird, angelegt werden.

In Gesprächen während des Rundgangs wird darüber informiert, dass die meisten Bewohner nur mit Unterstützung und im Rollstuhl das Bett bzw. das Zimmer verlassen können. Die Mahlzeiten werden in der Regel in den Wohnzimmern eingenommen. Nach dem Mittagessen wird die gewünschte Mittagsruhe eingehalten. Ein hoher Anteil der Bewohner leidet an kognitiven Beeinträchtigungen.

In der im Erdgeschoss eingerichteten Tagespflege können bis zu zwölf pflegebedürftige Personen betreut werden. Meist sind es Menschen, die auf einen vollstationären Pflegeplatz in der Einrichtung warten. In der Tagespflege werden die Gäste von 8:00 bis 16:00 Uhr von Montag bis Freitag durch eine Pflegefachkraft mit einer Zusatzausbildung für Gerontopsychiatrie betreut. Das Tagesangebot bezieht sich auf häusliche Tätigkeiten wie backen, kochen, bügeln, Wäsche zusammenlegen und beinhaltet auch gemeinsame Spiele und Übungen zur Erhaltung der geistigen Fähigkeiten. Die Räume der Tagespflege werden auch als Schulungsräume für Mitarbeiterschaft genutzt, da die Plätze noch nicht vollständig ausgelastet sind.

Im Gespräch mit der Leitung und den Mitarbeiter/innen des Hauses wird deutlich, wie wichtig ihnen die Gestaltung des gemeinsamen Lebens auf christlicher Grundlage ist. Frau Stodian, deren Vater einige Jahre Bewohner im Seniorenzentrum »Johann Hinrich Wichern« war und zu Beginn des Jahres verstarb, schildert sehr anschaulich, wie liebevoll und einfühlsam der Vater betreut wurde und was für ein großes Geschenk es für ihn war, hier Ansprache und Beschäftigung zu finden. Sie berichtet, dass viele alte Menschen in ihrem dörflichen Umfeld vereinsamen, weil die Kinder tagsüber zur Arbeit gehen und am Abend sich auch nicht ausreichend um die alten Eltern kümmern können. Sie selbst hat sich sehr schwer mit der Entscheidung getan, ihren Vater »ins Heim« zu geben und ist jetzt sehr beruhigt, dass sie den Schritt gewagt hat. Die Zuwendung und professionelle Betreuung, die ihr Vater hier bis zu seinem Tod erfuhr, hätte sie ihm nicht geben können. Vor allem hat sie die häufigen Veranstaltungen, die zur Unterhaltung der Bewohner einen wesentlichen Teil beitragen, hervorgehoben. Hier ist vor allem auch die Zusammenarbeit mit den Kirchenmusikern zu nennen. So spielt zum Beispiel das Flötenorchester der Gemeinde regelmäßig vor. Frau Stodian sagt, ihr Vater hätte hier ein neues Zuhause gefunden und sich wohl gefühlt, weil hier noch Traditionen gepflegt werden.

Auf die Frage, woher die Mitarbeiter/innen ihre Kraft für die immer wiederkehrenden Herausforderungen im Umgang mit demenziell erkrankten und oder sterbenden Bewohnern schöpfen, wird deutlich, dass der Zusammenhalt der Mitarbeiterschaft untereinander, die Gespräche beim gemeinsamen Frühstück, ge-

meinsame Andachten und die gemeinsamen Feste der Mitarbeiter/innen eine wesentliche Grundlage dafür bieten. Etwa 50 Prozent gehören einer christlichen Kirche an: Bei Neueinstellungen wird eine Kirchengliederung erwartet.

### **Stellungnahme**

Die in der Trägerverantwortung stehenden Personen und die Mitarbeiterschaft der Einrichtung haben sich einen würdevollen und achtsamen Umgang mit den sterbenden Menschen und ihren Angehörigen zum Ziel gesetzt. Auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes ist es den Mitarbeiter/innen möglich, diese Zielsetzung zu erreichen. Die praktizierte Nächstenliebe, eingebettet in die Traditionen einer ländlichen Umgebung und die Zugehörigkeit zum LAFIM, befördern für die Bewohner/innen die Möglichkeiten, bis zuletzt am Leben in Würde teilzunehmen. Die Visitationskommission anerkennt die Bestrebungen der Einrichtung, einen festen Personalstamm aufzubauen, externe ehrenamtliche Helfer/innen zu gewinnen und mit geeigneten Kooperationspartnern zusammenzuarbeiten. Die Bedürfnisse der Bewohner/innen nach menschlicher Zuwendung und geistlichem Beistand lassen sich nicht allein von den hauptamtlich angestellten Mitarbeiter/innen erfüllen. Der Einsatz ehrenamtlicher Helfer/innen und die Begleitung dieser Personen wird zukünftig noch stärker in den Fokus der Einrichtung rücken müssen.

#### **2.1.4. ALTENPFLEGEBEREICH MARTINSHOF ROTHENBURG DIAKONIEWERK**

##### **Der Altenpflegebereich im Martinshof Rothenburg Diakoniewerk**

Der Martinshof Rothenburg Diakoniewerk ist eine kirchliche Stiftung mit differenzierten Angeboten in den Bereichen Behindertenhilfe, Altenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, häuslicher Krankenhilfe sowie Bildung. Die Einrichtung verteilt sich auf mehrere Standorte im ostsächsischen Raum (Görlitz und Niederschlesischer Oberlausitzkreis). Rothenburg ist der größte der sechs Standorte der Stiftung und fungiert als Stiftungssitz. Die Angebote des Martinshofes werden täglich von ca. 600 Menschen in Anspruch genommen. Mit mehr als 450 Mitarbeiter/innen ist der Martinshof auch einer der größten Arbeitgeber der Region. Viele neu gebaute oder modern sanierte Häuser dienen im Martinshof der Erfüllung des

Stiftungszweckes: So gibt es Wohnheime für geistig und schwerstmehrfach behinderte Menschen, eine Kindertagesstätte, Altenpflegeheime, Werkstätten für Behinderte, Verwaltungsgebäude, eine Bildungs- und Begegnungsstätte und nicht zuletzt Gästehäuser für Besucher des Martinshofes. Hervorzuheben ist die große Angebotsvielfalt und die Ausrichtung auf unterschiedliche Zielgruppen.

Der Martinshof ist über 100 Jahre alt. 1898 wurde die Diakonieanstalt »Zoar« von Pastor Martin von Gerlach in Tormersdorf bei Rothenburg gegründet. 1939 musste die Diakonieanstalt aus politischen Gründen von »Zoar« in »Martinshof« umbenannt werden. 1941 fielen über 100 Heimbewohner dem Euthanasie-Programm zum Opfer, der Martinshof wurde beschlagnahmt und zum Ghetto für 700 Juden umfunktioniert, bevor diese 1942 in Konzentrationslager abtransportiert wurden. 1945 wurde der Martinshof fast vollständig zerstört. Mit dem Wiederaufbau konnte 1946 begonnen werden. 1947 erfolgte eine Zwangsauflösung des Vereins. Der Martinshof und das Stiftungsvermögen wurden an die evangelische Kirche übergeben. 1966 begann ein umfangreicher Ausbau des Martinshofes: Es entstanden das Laurentius-Haus, Wohnungen für Mitarbeiter/innen, die arbeitstherapeutische Einrichtung und eine Kindertagesstätte. Unmittelbar nach der Wiedervereinigung erfolgte die Rückgabe des als »Sondervermögen« bei der evangelischen Kirche geführten Martinshofes an den wieder gegründeten Verein »Brüder- und Schwesternschaft Martinshof«. 2000 wurde das Altenpflegeheim Francke-Haus eingeweiht, 1997 kamen eine Werkstatt für Behinderte und ein Wohnheim für Behinderte in Niesky hinzu und 1998 das Wichern-Haus. 2002 wurde mit einem generellen Um- und Ausbau des Wilhelmshofes begonnen, der sich bis 2004 hinzog. Nunmehr verfügt der Martinshof über denkbar gut ausgestattete, schöne und zweckmäßige Gebäude und herrliche Park- und Gartenanlagen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch das Ziel der Betreiber, die Mitarbeiter/innen der Einrichtung möglichst eng an den Martinshof zu binden. Das Angebot an Dienstwohnungen auf dem Gelände wird gern in Anspruch genommen.

### **Der Besuch**

Die Einrichtungen der Altenhilfe im Martinshof arbeiten auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes. Die Mitarbeiterschaft geht davon aus, dass das Al-

ter kein abgelöster Lebensabschnitt ist, sondern untrennbar zu dem von Gott gewollten Leben dazu gehört. Erfülltes Leben im Alter ist Leitziel der Einrichtung. Im Mittelpunkt der Altenhilfe stehen das Wohnen im Pflegeheim und das altersgerechte Wohnen. Die individuelle Gestaltung von Tagesabläufen, die bedürfnisorientierte und aktivierende Bezugspflege, die Kurzzeitpflege, die Betreuung von alten Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungen, das Angebot physiotherapeutischer Maßnahmen, die Kooperation mit ambulanten Diensten und das Angebot von Seelsorge und Sterbebegleitung lassen sich im Rahmen des Gesamtverbundes des Trägers etwas leichter realisieren, weil Synergieeffekte genutzt werden können. Die Einrichtungen der Altenpflege umfassen das Francke-Haus für bis zu 67 Menschen, das Fliedner-Haus für 26 Menschen mit Altersverwirrung und dementiellen Erkrankungen, die individuell nach einem besonderen Pflege- und Betreuungskonzept betreut werden und das Martin-von-Tours-Haus, das ca. 15 km nördlich von Rothenburg 23 pflegebedürftige alte Menschen in familiärer Atmosphäre betreut. In Planung befindet sich derzeit eine weitere Einrichtung am Neumarkt in Dresden, wo etwa 50 Wohnungen mit Größen zwischen 50 und 90 Quadratmetern für betreutes Wohnen im Alter entstehen sollen. Die Residenz soll 2007 fertig sein.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung haben sich nach Aussagen der Mitarbeiter/innen grundlegende Veränderungen ergeben. Aus der Pflegeeinrichtung wird zunehmend ein stationäres Hospiz. Die Wohnzeit wird kürzer, was bedeutet, dass immer mehr Menschen im Pflegeheim versterben und in ihrer Sterbephase zu begleiten sind. Das hat in den letzten Jahren zu einigen Veränderungen geführt. Auf der Basis des Leitbildes des Diakoniewerks wurde unter Einbeziehung der Mitarbeiter/innen ein Pflegeverständnis für die Arbeit im stationären und ambulanten Bereich erstellt und 2004 überarbeitet. So entstand eine Richtlinie, an der sich das Personal in der tägliche Arbeit orientieren kann. Es beinhaltet auch konkrete Regelungen zur Verfahrensweise beim Sterben eines Bewohners. Die wichtigste Leitlinie zum Umgang mit sterbenden Bewohnern stellt die 2003 ausgearbeitete Konzeption »Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen im Martinshof Rothenburg Diakoniewerk im Zusammenwirken mit anderen Diensten« dar, die im Laufe der Zeit ständig weiterentwickelt wird. Für die Ausarbeitung derselben wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Im Zen-

trum steht die Überzeugung, dass Sterbebegleitung nicht von nur wenigen Fachkräften geleistet werden kann, sondern eine zutiefst mitmenschliche Aufgabe ist. Demzufolge sind das Miteinander von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen und das Einbeziehen weiterer Personen und Dienste (Ärzte, Angehörige, Seelsorger usw.) unabdingbar. Die Konzeption umfasst wichtige Abschnitte zur Entwicklung einer Abschiedskultur, die Begleitung der Begleiter, die Qualitätssicherung, aber auch die Öffentlichkeitsarbeit und die Kosten. Im Abschnitt zur »Entwicklung einer Abschiedskultur« wurden die unterschiedlichen Zielgruppen benannt: Bewohner/innen, Angehörige, Pflegekräfte, Leitung/Koordinator/innen, Ehrenamtliche Hospizhelfer/innen, Ärzt/innen, Seelsorger/innen und Bestatter/innen. Für jede Zielgruppe wurden Schwerpunkte in den unterschiedlichen Etappen der Begleitung vom Aufnahmegespräch bis hin zur Verabschiedung Verstorbener formuliert.

Pflegeplanung, Pflegestandards und Pflegedokumentation unterliegen dem Qualitätsmanagement. Das fördert eine fachgerechte, personenbezogene und der persönlichen Lebenssituation angemessene Pflege und Betreuung der Bewohner/innen. Ein hoher Stellenwert kommt der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterschaft zu. In den täglichen Abläufen gelingt die Zusammenarbeit von Altenpfleger/innen, ehrenamtlichen Helfer/innen, Ärzt/innen und Pfarrer/innen bei der Sterbebegleitung. Der aus derzeit sechs Mitarbeiter/innen bestehende Hospizdienst wird von den Pflegekräften nach Möglichkeit in die Sterbebegleitung der Bewohner mit einbezogen. Jede Sterbebegleitung wird im Nachhinein ausgewertet. Nach dem Tod einer Bewohnerin oder eines Bewohners wird jeweils eine gemeinsame Erinnerung abgehalten, an der jeder, der es möchte, teilnehmen kann.

Neu und hinsichtlich der Kreativität bei der Antragstellung bemerkenswert ist der Aufbau eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) innerhalb des Martinshofes. Damit wird eine wichtige Versorgungslücke geschlossen werden: Nach 1995 hatte es auf dem Gelände des Martinshofes keinen Arzt mehr gegeben. Das war vor allem der restriktiven Haltung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Zulassung zuzuschreiben. Seit Januar 2006 haben vier Ärzte verschiedener Fachgebiete die Möglichkeit, sich niederzulassen und sowohl die Bewohner/innen des Martinshofs als auch die Einwohner der Region medizinisch zu betreuen.

Zusätzlich befindet sich ein »Kompetenzzentrum Demenz« im Aufbau. Auch hier setzt die besondere Philosophie im Hinblick auf das Miteinander unterschiedlicher Betreuungsgruppen neue Maßstäbe.

Am 8. Mai 2006 unterzeichneten das Wichern-Kolleg des Evangelischen Johannesstifts Berlin und der Martinshof Rothenburg Diakoniewerk einen Kooperationsvertrag für die berufsbegleitende Ausbildung zur Diakonin bzw. zum Diakon. Beide Kooperationspartner versprechen sich durch die Zusammenarbeit eine breite Verankerung der Ausbildung innerhalb der Diakonie und der Gemeinden der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz sowie Synergieeffekte in organisatorischer und finanzieller Hinsicht.

### **Stellungnahme**

Die Besuchsgruppe dankt dem Martinshof für die Offenheit, mit der die Mitglieder der Visitationskommission begrüßt wurden. Den Gästen wurde deutlich, dass dem Martinshof die Etablierung einer Sterbekultur in den Einrichtungen der Altenpflege auf bemerkenswerte Weise gelungen ist. Heute kann sich der Martinshof nicht nur aufgrund seiner Größe als Impulsgeber für andere Einrichtungen aus der Region und darüber hinaus verstehen, sondern auch aufgrund der Qualität seines Engagements im Bereich der Altenhilfe. Die Visitationskommission nimmt zudem wahr, dass der Martinshof insgesamt den Gedanken der unter einem Dach geteilten und gestalteten Lebensräume überall dorthin trägt, wo Menschen sich darauf einlassen, aus traditionell geschlossenen Behinderten- und Altenhilfeeinrichtungen aufzubrechen und nach offenen, selbstbestimmten Lebensformen zu suchen. Einbezogen sind Menschen jeden Alters mit unterschiedlichen religiösen und weltanschaulichen Bindungen und körperlichen und geistigen Fähigkeiten. Das Miteinander dieser Menschen wird als Chance gesehen, den Glanz des Evangeliums tagtäglich neu durch eine gute Arbeit zu rühmen. Der in der Mitarbeiterschaft verankerte christliche Glaube dient als Richtschnur und Teil der Fachlichkeit. Die Visitationskommission wünscht den Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen viel Zuversicht bei der Lösung der neuen Herausforderungen und Freude an der gemeinsamen Aufgabe, das Miteinander von Schwachen und Starken zu gestalten.

### **2.1.5. GEBURTSHILFESTATION IM EV. WALDKRANKENHAUS SPANDAU**

#### **Die Geburtshilfestation im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau**

Das Waldkrankenhaus Spandau liegt am Stadtrand Berlins. In drei Häusern werden in 13 Abteilungen Menschen von 1.077 Mitarbeiter/innen behandelt, gepflegt und betreut. Dabei reicht das Spektrum der gesundheitlichen Versorgung von Innerer Medizin und akuter Geriatrie über Chirurgie und Traumatologie bis zu Geburtshilfe, Neonatologie und Pädiatrie. Im letzten Jahr wurden 18.700 Patienten/innen stationär und 29.000 ambulant versorgt. Zurzeit werden in Haus 1 in drei Bauabschnitten Modernisierungen der Bettenstationen durchgeführt, die bis zum Ende 2006 fertig gestellt sein sollen. Während der Visitation konnte sich die Visitationsgruppe von der gelungenen Gestaltung der bereits renovierten Wöchnerinnenstation überzeugen.

Bis zum September 2006 wurden die beiden Intensivstationen zu einer interdisziplinären Intensivstation zusammengelegt und ebenfalls modernisiert. Das Finanzvolumen der Modernisierungsarbeiten beträgt zehn Millionen EUR. Angehängt an die Klinik ist das Pflegewohnheim, in dem seit 25 Jahren pflegebedürftige Menschen pflegerisch, therapeutisch und medizinisch betreut werden. Um Patienten/innen und Angehörige im Haus willkommen zu heißen, erhalten sie über das Krankenhausmagazin schnell und anschaulich Informationen sowohl über die Leistungen als auch über Ansprechpartner der einzelnen Bereiche des Waldkrankenhauses Spandau. Hier werden sie auch darauf aufmerksam gemacht, dass es jeden Sonntagmorgen einen Gottesdienst gibt und die Kirche jederzeit geöffnet ist.

#### **Der Besuch**

Die Visitationsgruppe wurde von der Leitung des Krankenhauses zunächst in einem Konferenzraum gastfreundlich empfangen. Nach der Vorstellungsrunde wurde die Visitationsgruppe über die Geburtshilfestation, die Neonatologie und die Wöchnerinnenstation geführt. Schon hier hatte die Gruppe Gelegenheit, sowohl inhaltliche Fragen zur Arbeitsweise des interdisziplinären Teams zu stellen, Kolleginnen bei der Arbeit »über die Schulter zu schauen« als auch die kleinen Patienten/innen der Neonatologie zu sehen bzw. ihre Eltern kennen zulernen.

Die freundliche, den Patienten/innen zugewandte Atmosphäre, die im Haus herrscht, war deutlich spürbar. Diese wurde unterstrichen durch die modernen, geschmackvoll gestalteten Räumlichkeiten der einzelnen Stationen. Den Abschluss des Besuchs bildete eine Diskussionsrunde über ethisch relevante Fragen, die sich durch Grenzsituationen bei der täglichen medizinischen und pflegerischen Betreuung von Gebärenden sowie geborenen und ungeborenen Kindern aufgrund der Möglichkeiten der modernen Medizin ergeben.

Im Zentrum der Visitation stand der Besuch der Geburtshilfestation, der Neonatologie, und der Wöchnerinnenstation. Die Geburtshilfestation hat vier Kreißsäle und eine Geburtswanne, die von den Gebärenden entweder zur Entspannung oder direkt zur Entbindung genutzt werden kann. Hier kommen pro Jahr ca. 1700 Kinder zur Welt. Die Neonatologie liegt in direkter Nachbarschaft zu den Kreißsälen, wodurch eine schnelle Versorgung Neugeborener bzw. Frühgeborener in Notsituationen ermöglicht wird. Erwähnt sei exemplarisch die medizinische und pflegerische Versorgung von Frühgeborenen. Sie zeichnet sich durch einen »sanften« Umgang sowohl in medizinischer als auch in pflegerischer Hinsicht aus, d. h., es wird auf invasive Maßnahmen weitestgehend verzichtet. Dieser »sanfte« Umgang setzt sich bei der Pflege fort, wobei die Eltern und insbesondere die Mutter aktiv einbezogen werden und der (Haut-)Kontakt durch die so genannte »Känguruh-Methode« gefördert wird. Hierzu wird das Frühgeborene eine bis mehrere Stunden täglich nackt auf die unbedeckte Haut der Eltern gelegt.

Eine besondere Herausforderung für die Mitarbeiter/innen und die betroffenen Patienten/innen sowie ihre Angehörigen stellt der Umgang mit Grenzsituationen in diesem Bereich dar. Aufgrund der Fortschritte der modernen Geburtshilfe, Neonatologie und Pränataldiagnostik werden die Kollegen/innen in jedem dieser Bereiche immer wieder mit ethischen Dilemmata konfrontiert. Zu diesen Dilemmata gehören unter anderem: Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen auf Wunsch vor dem Hintergrund eines schwerwiegenden, pränataldiagnostischen Befundes (ca. fünf bis zehn Fälle pro Jahr). Hier stellt sich die Frage, ob der Abbruch wirklich durchgeführt werden muss, ob die Eltern ausreichende Informationen haben, um diese elementare Entscheidung zu treffen, und ob der Abbruch im Haus durchgeführt wird. Ein besonderer Problemfall ist der Spätabbruch bei

einer medizinischen Indikation aus Sicht der Mutter, da hier die gesetzliche Grundlage als nicht differenziert genug wahrgenommen wird. Ein weiterer Grenzbereich verbindet sich mit dem Umfang der medizinischen Versorgung bei Frühgeborenen, die zwischen der 23. und 25. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von unter 500 Gramm geboren werden und bei denen die Lebenserwartung aufgrund der Unreife und der schwierigen Bestimmung des Gestationsalters sehr schwer einzuschätzen ist (ca. fünf bis zehn Fälle pro Jahr). Hier stellt sich die Frage nach dem Ausmaß und der Dauer medizinischer Maximaltherapie insbesondere in Situationen, wo die medizinischen Möglichkeiten erschöpft sind und die Behandlung keinen positiven Verlauf für das Kind verspricht. Darüber hinaus steht die Mitarbeiterschaft hin und wieder vor der Aufgabe, die Versorgung und Begleitung der Gebärenden bzw. der Eltern bei Totgeburten oder Spätaborten zu gewährleisten, wobei der jeweilige religiöse und/oder ethnische Hintergrund der Frau bzw. der Familie eine wesentliche Rolle spielt (ca. fünf bis zehn Fälle pro Jahr). Diese Situation stellt eine hohe emotionale Belastung für alle Beteiligten dar.

Für Mitarbeiter/innen steht außer Frage, dass hier nur mit den betroffenen Familien gemeinsam und dem interdisziplinären Team eine Lösung gefunden werden kann. Es wird in jedem Fall das Gespräch mit den Familien gesucht und eine Konsensentscheidung mit allen Beteiligten angestrebt. Für die Mitarbeiter/innen des Waldkrankenhauses Spandau steht diese Vorgehensweise in jedem kritischen Fall, der ihnen im klinischen Alltag begegnet, außer Frage. Unterstützt wird diese Haltung durch Richtlinien im Qualitätshandbuch, in dem Angebote für schwerkranke und sterbende Patienten/innen, die Begleitung Sterbender sowie der Umgang mit Tot- und Fehlgeborenen geregelt werden. Hier ist der Geltungsbereich für Mitarbeiter/innen aller Fachbereiche genau festgelegt. Damit wird willkürlichen Entscheidungen in solchen Situationen vorgebeugt und es zeigt gleichzeitig das ethisch moralische Verantwortungsbewusstsein, mit dem hier gehandelt wird. Gleichzeitig haben die Mitarbeiter/innen immer die Möglichkeit ihre Mitwirkung bei Eingriffen, die sie aus persönlichen, ethischen oder religiösen Gründen nicht verantworten können, abzulehnen. Durch den Seelsorger des Hauses erfahren die Mitarbeiter/innen sehr viel Unterstützung. Während

und nach einer ethisch belastenden Situation steht er ihnen jeder Zeit zur Verfügung. Es werden ausführliche Gespräche geführt und angeboten, die der Verarbeitung und der Auswertung des Geschehenen dienen. Supervision als Möglichkeit der Reflexion und Verarbeitung wird den Mitarbeiter/innen nicht angeboten.

Darüber hinaus muss der überaus vorbildliche Umgang mit totgeborenen Kindern unter 500 Gramm erwähnt werden. Nach den Vorgaben des Gesetzgebers müssen diese Kinder nicht bestattet werden und wurden noch bis Ende der neunziger Jahre in den Kliniken ohne weiteres »entsorgt«. Hier gibt das Waldkrankenhaus Spandau in Kooperation mit drei weiteren Berliner Kliniken seit 1999 betroffenen Familien die Möglichkeit, in Würde von ihren Kindern Abschied zu nehmen. Auf dem Friedhof »In den Kisseln« gibt es eine Gemeinschaftsgrabstelle, die den verwaisten Familien einen Ort der Trauer und der Erinnerung gewährt. Hier werden zweimal jährlich ökumenische Gottesdienste zum Gedenken an die schmerzlich vermissten Kinder gefeiert. Auf diese Weise kommen Eltern mit anderen Betroffenen in Kontakt und finden dadurch Unterstützung, weil sie ihr Leid mit anderen teilen können. Den Eltern wird im Waldkrankenhaus durch die Abnahme des Fuß- und Handabdrucks des Kindes die Möglichkeit eröffnet, etwas von ihrem Kind bewahren zu können, auch wenn es nicht gelebt hat. Die Beerdigungen werden von den Seelsorger/innen der beteiligten Häuser durchgeführt. Dieses Angebot ist offen für alle Menschen mit und ohne religiöse Zugehörigkeit.

Die Leitung des Krankenhauses sieht das Waldkrankenhaus Spandau als diakonisches Haus, das kranken Menschen Zuwendung schenken und dabei gegenseitige Unterschiede respektieren möchte. Diese Haltung wurde im Leitbild des Hauses allen Interessierten zugänglich gemacht. Als evangelisches Haus erlebt insbesondere die Krankenhausleitung eine doppelte Erwartungshaltung: zum einen von Seiten der Mitarbeiter/innen und zum anderen von Seiten der Patienten/innen, denn in Zeiten sich ausweitender Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird insbesondere von einem kirchlichen Haus eine dem Menschen zugewandte, christliche Haltung erwartet. Zum anderen muss das Unternehmen die Zukunft durch Gewinnerzielung sichern, was wiederum beiden Seiten, den Patienten/innen und den Mitarbeitern/innen, zugute kommt.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es eine große Akzeptanz der Mitarbeiter/innen bei ungeliebten Entscheidungen gibt, die durch die Krankenhausleitung getroffen werden müssen. Aus Sicht der Leitung erfahren die Mitarbeiter/innen des Hauses viel Unterstützung in schwierigen Situationen. Die Krankenhausleitung vertritt die Auffassung, dass insbesondere die Führungskräfte in der evangelischen Gestalt des christlichen Glaubens beheimatet sein sollten, damit das evangelische Profil des Hauses auch weiterhin auf markante Weise seine Prägestärke entfalten kann. Unter den Mitarbeitern/innen gibt es unterschiedliche Haltungen zum Thema »Kirche«. Einige engagieren sich sehr stark, andere eher weniger. Insgesamt steht auf der Mitarbeiterenebene das christliche Menschenbild im Vordergrund. Die Patienten/innen spüren dies und wissen es zu schätzen. An Mitarbeitertagen feiert die Belegschaft einen Gottesdienst, an dem sich die Mehrzahl der Mitarbeiter/innen beteiligt und so ihre Identifikation sowohl mit dem Haus als auch mit der Kirche zum Ausdruck bringt.

### **Stellungnahme**

Die Visitationskommission dankt dem Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau für die Möglichkeit, mit Hilfe eines Besuchs Eindrücke in die Komplexität der Aufgaben zu gewinnen, die Professionalität des Krankenhauses kennen zu lernen, verbunden mit der anerkennenden Wahrnehmung, dass die evangelische Ausrichtung des Krankenhauses als Teil des profilbildenden Markenkerns Vertrauen schafft und Klarheit in den ethischen Grenzfragen befördert. Die Kommission wünscht der Mitarbeiterschaft des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau Zuversicht und Gottes Segen für den weiteren Weg.

### **2.1.6. VIVANTES KLINIKUM SPANDAU**

---

#### **Das Vivantes-Klinikum Spandau**

Das Vivantes-Klinikum Spandau behandelt pro Jahr ca. 18.000 Patienten. 600 von ihnen sterben im Klinikum. Die Verweildauer der Patient/innen liegt im Durchschnitt bei sieben Tagen, auf der Palliativstation bei zwölf Tagen. Etwa 350 Mitarbeiter/innen haben direkten Kontakt zu den Patient/innen. Die Krankenh-

ausleitung informiert die Kommission darüber, dass sie das Sterben als eigenen Lebensabschnitt in den Blick nehme und sich die Aufgabe gestellt habe, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Dazu gehörten Mitarbeitende verschiedener Professionen, ein eigenes Fortbildungsinstitut, die Bereitstellung entsprechender Räume (Raum der Stille, Abschiedsraum) und natürlich die Palliativstation. So habe jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin die Möglichkeit, sich darauf vorzubereiten, Sterbende zu begleiten.

#### **Der Besuch**

Nach einer kurzen Begrüßung, einer Einführung sowie einleitenden Worten des Bischofs begibt sich die Kommission auf einen Rundgang durch ausgewählte Bereiche des Klinikums.

Der Raum der Stille im sechsten Obergeschoss ist im Oktober 2005 eingerichtet worden. An der Durchführung war die evangelische Krankenhausseelsorgerin, Pfarrerin Karin Steinberg, maßgeblich beteiligt. Der Raum ist relativ klein, hell und ansprechend. Er soll ein Angebot für Kranke und Angehörige aller Religionen sein und ist dementsprechend offen und künstlerisch gestaltet. Es gibt ein Regal mit religiöser Literatur und mit Symbolen verschiedener Religionen, von Gebets-teppichen bis zu einer Klangschale, einem Rosenkranz und einem kleinen Kreuz. Es fällt auf, dass mit christlichen Symbolen sehr zurückhaltend umgegangen wurde und diese im Flyer – im Gegensatz zu Symbolen anderer Religionen – nicht erwähnt werden. Von der Besuchsgruppe wird die Frage gestellt, ob das angemessen sei oder ob sich nicht vielmehr die christlichen Kirchen selbstbewusster darstellen sollten, zumal die evangelische Krankenhausseelsorgerin die Verantwortung am Ort wahrnimmt. Auf jeder Station laden Plakate in den Raum der Stille ein; das Personal ist gehalten, darauf hinzuweisen. Allerdings ist ein großer Teil der Kranken nicht in der Lage, das Bett zu verlassen und diesen Raum aufzusuchen. Einmal pro Woche findet für diejenigen, die den Raum aufsuchen können, eine Andacht statt. Die Eintragungen im ausliegenden Buch zeigen, dass der Raum von den Patienten angenommen wird. Die Besuchsgruppe vermisst einen deutlichen Hinweis darauf, wie die Besucher/innen des Raums der Stille die Seelsorgerin finden können.

Der Abschiedsraum befindet sich im Gebäude der Pathologie. Er ist vor sechs Jahren eingeweiht worden. Ein separater Eingang führt zunächst in einen Vorraum. Hier weisen Flyer auf die Möglichkeit hin, in der Abschiedssituation Kontakt zur Krankenhauseelsorge aufzunehmen. Die Seelsorgerin wird aber erfahrungsgemäß hierher nicht gerufen. Aussegnungen finden eher auf den Stationen im Patientenzimmer statt. Der Abschiedsraum ist in zwei Teile gegliedert. So ermöglicht er sowohl Nähe als auch Distanz zum Verstorbenen. Er ist freundlich gestaltet, mit einem ansprechenden farbigen Fenster, Kerzen und einem Kreuz an der Wand. Den Abschiedsraum nutzen Angehörige auf eigenen Wunsch; nicht selten kommen sie unangemeldet. Es ergibt sich die Frage, wer Angehörige beim Abschied in diesem Raum begleitet. Im Wesentlichen wird diese Aufgabe von den Mitarbeiter/innen der Pathologie mit großem Engagement wahrgenommen. In Einzelfällen begleiten Ärzte oder anderes Personal von den Stationen die Angehörigen. In der Regel stehen die Ärzte, die den Verstorbenen oder die Verstorbene behandelt haben, nicht zu einem Gespräch zur Verfügung. Dabei wären sie diejenigen, die auf Fragen der Angehörigen kompetent antworten könnten.

Auf der Station 71 werden schwerst Schädel-Hirn verletzte Patienten behandelt. Hier befinden sich viele Patienten im Wachkoma, aber auch solche, die aus dem Koma wieder erwacht sind. Sie und ihre Angehörigen müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie ihr Leben lang schwerstbehindert bleiben werden. In dieser Situation ist die Seelsorge für Patienten und Angehörigen besonders wichtig. Die mittlere Verweildauer auf dieser Station beträgt 60 Tage. Hier sterben auch immer wieder Patienten. Das intensive Therapieprogramm bringt in der Regel nur langsam Fortschritte. Oft muss mit den Krankenkassen um die Fortsetzung der Therapie gerungen werden. Verlegt man die Patienten in ein Pflegeheim, sterben sie oft nach kurzer Zeit, weil die medizinisch notwendigen Pflegemaßnahmen dort nicht ausreichend gewährleistet sind.

Die Besuchsgruppe befragt die leitende Ärztin zum Umgang mit Patientenverfügungen. Sie habe die Erfahrung gemacht, dass in dieser Situation Patientenverfügungen nicht immer hilfreich seien. Sie werden in Zeiten der Gesundheit verfasst, in denen man sich nicht vorstellen könne, schwerstbehindert zu leben. Sie mache aber die Erfahrung, dass die meisten Patienten leben wollten, auch

schwerstbehindert, wenn sie die Phase der Depression hinter sich hätten. Die Frage nach einem lebenswerten Leben stelle in der Regel die Umgebung, dass heißt die gesunden Angehörigen. Für die Betroffenen sei es die Frage danach, wie gut man ihr Leben gestalten könne und wolle. Es bestünde die Gefahr, dass Patientenverfügungen als Weg zum »Einsparen« von Mitteln (Pfleger- und Therapiekapazitäten) missbraucht würden. Problematisch sei auch, dass die Diagnose Wachkoma sehr schwer zu stellen sei, oft fehlerbehaftet, und dass man zur Prognose über einen langen Zeitraum keine endgültigen Aussagen machen könne. Es gäbe immer wieder »Wunder«.

Die Palliativstation hat acht Betten, davon sechs im Einzelzimmer und ein Doppelzimmer. Mit zwölf Vollzeitstellen für Pflegekräfte, einer Ärztin und einer Psychologin ist sie, auch was das Personal betrifft, sehr komfortabel ausgestattet. Es ist eine Station, die bei der Begehung einen freundlichen Eindruck macht. In einzelnen Zimmern (Wohnzimmer, Frühstückszimmer, Gästezimmer) ist alles »Krankenhaus-Typische« vermieden worden. Im Frühstücksraum wird einmal in der Woche ein gemeinsames Kaffeetrinken angeboten. Die Station ist mit großen, farbigen Blumenbildern aus der Maltherapie ausgestattet. Gern angenommen wird der durchgängige Balkon vor den Patientenzimmern, der es ermöglicht, viele Stunden – allein oder mit anderen gemeinsam – an der frischen Luft zu sein.

Hier werden insbesondere onkologische Patienten mit einer Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten behandelt mit dem Ziel, sie so weit physisch und psychisch zu stabilisieren, dass sie zum Sterben nach Hause entlassen werden können (d. h. Beruhigung und psychische Stabilisierung, Schmerzbekämpfung, Behandlung belastender Symptome). Nach der Entlassung kann der Kontakt erhalten bleiben, wenn die Patienten das wünschen. Wiederaufnahme ist möglich; manche Patienten kommen auch zum Sterben wieder auf die Palliativstation. Grundsätzlich soll ein Sterben in Würde ermöglicht werden. Nach von den Patienten chaotisch erlebten Situationen auf anderen Stationen herrscht auf dieser Station ein ruhiges Klima und ein stark verlangsamtes, den Bedürfnissen der Patienten angepasstes, Tempo. Die Krankenhauseelsorgerin hat hier den Schwerpunkt ihrer Arbeit. Sie ist in das Team aus Ärztin, Psychologin und Pflegekräften eingebunden. Ein wichtiger Teil der Arbeit auf der Palliativstation ist die Beglei-

tung der Angehörigen. Auch darin ist die Seelsorgerin stark einbezogen. Es besteht für Angehörige die Möglichkeit, mit im Patientenzimmer zu wohnen oder das Gästezimmer zu nutzen. Wenn ein Patient oder eine Patientin im Doppelzimmer stirbt, wird das in der Regel von der Mitbewohnerin oder dem Mitbewohner akzeptiert. Ist jemand gestorben, wird auf dem Flur im Eingangsbereich für einige Stunden ein Teelicht entzündet. Dort liegt auch ein Buch aus, das vor allem Angehörige nutzen, um ihren Dank auszudrücken und Erinnerungen festzuhalten. Auf dieser Station sind die Mitarbeiter/innen durch die ständige Konfrontation mit dem Thema Sterben und Tod einer hohen seelischen Belastung ausgesetzt. Die Stationsleitung und auch die Seelsorgerin sind sich dieser Situation bewusst. Die Pflegestandards beinhalten Maßnahmen der »Psychohygiene« wie Kommunikationsmöglichkeiten, Fortbildungen und Supervision. Anders als auf der Station für Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte wird hier die Patientenverfügung als hilfreiches Mittel gesehen, Ängste vor dem Ausgeliefertsein abzubauen und spätere Schritte rechtzeitig zu klären. Patienten und Angehörigen wird Hilfe bei der Erstellung einer Patientenverfügung angeboten.

Dem Rundgang schließt sich ein Gespräch an, in dem vor allem grundsätzliche Fragen des Sterbens im Krankenhaus erörtert werden. Der Austausch macht deutlich, dass die hohen Standards einer Palliativstation nur von einem großen Krankenhausträger erfüllt werden können. Die Krankenhaus-Leitung sieht die Palliativstation als »strategisches Produkt«, welches das Profil des Hauses schärfen soll. Allerdings ist es nur die kleine Gruppe onkologischer Patienten, die auf der Palliativstation in ihrer letzten Lebensphase optimal behandelt und begleitet werden kann. Die meisten Patienten sterben auf anderen Stationen. Der normale Stationsbetrieb und die Ausbildung der Mitarbeiter/innen sind auf eine Sterbebegleitung nicht eingestellt. Wird das Personal mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert, so sind sie oft hilflos. Im Unterschied zu den »bedürfnisorientierten« Abläufen auf der Palliativstation sind die Abläufe auf anderen Stationen »prozessorientiert« und effizient. Dazu kommt, dass sich, ökonomisch gesehen, das Sterben »am Rand des Minusbereiches« ereignet. So entsteht innerhalb des Krankenhauses der Verdacht, auf der Palliativstation werde einigen wenigen

Patienten ein »Luxus-Sterben« ermöglicht, während der ökonomische Druck zugleich dazu führt, dass auf vielen Stationen nicht mehr rund um die Uhr ein Arzt anwesend ist. Patienten wollen nicht als Kostenfaktor, sondern als Menschen mit Bedürfnissen wahrgenommen werden. So stellt sich die Frage, wie Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Palliativstation und Einsichten aus der Hospizarbeit in andere Bereiche des Krankenhauses Eingang finden können.

### **Stellungnahme**

Die Besuchsgruppe dankt dem Vivantes-Klinikum Spandau für die durch den Besuch gewonnenen Einblicke. Die räumlichen Voraussetzungen sind in dieser Klinik in mancher Weise vorbildlich (Raum der Stille, Abschiedsraum). Die Kommission würdigt ausdrücklich die hohe Kompetenz und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiterschaft.

Zwischen dem Anspruch der Klinikleitung, dass sich die Mitarbeiter/innen im »weißen Bereich« mit dem Sterben auseinandersetzen sollen, und der im Gespräch beschriebenen Realität klafft in der Praxis eine deutliche Lücke, die es zu schließen gilt. Ein Anknüpfungspunkt wären die Ärzte und Pflegekräfte, die sich auf verschiedenen Ebenen in diesem Bereich engagieren. Diese Menschen sind für die Entwicklung des Krankenhauses ein sehr wichtiges Potenzial. Vielen von ihnen ist ihre christliche Identität wichtig und hilfreich. Die Entwicklung einer allgemeinen Gesprächskultur in der Klinik zu diesem Thema könnte initiiert werden. Es ist ein erster und wichtiger Schritt, dass Fortbildungen angeboten werden. Die Besuchsgruppe empfiehlt die Einrichtung einer Kompetenzrunde zu ethischen Fragen unter Einbeziehung der Krankenhauseelsorge sowie eine Arbeitsgruppe zum Thema »Tod und Sterben im Krankenhaus«. Es sollte angestrebt werden, dass sich alle Mitarbeitenden auf diesem Gebiet fortbilden und dass sich in den Teams eine Gesprächskultur zum Thema Sterben entwickelt. Das Vorhandensein einer Palliativstation neben dem »normalen« Medizinbetrieb sollte als Realität angesprochen und gemeinsam getragen werden. Der Klinikleitung käme die Aufgabe zu, die entsprechenden Freiräume zu schaffen und die hohe Motivation der eigenen Mitarbeiterschaft zu nutzen.

Die Krankenhauseelsorge hat einen festen Platz im Vivantes-Klinikum Spandau und genießt zurecht eine hohe Wertschätzung. Sie kann allerdings nicht die »Feuerwehr« sein für Probleme, die strukturell gelöst werden müssen. Die Krankenhauseelsorge ist ein wichtiger Faktor in der ganzheitlichen Betreuung und Begleitung Kranker und Sterbender. Die Mitarbeiter/innen schätzen die Gegenwart der Seelsorgerin in belastenden Situationen und suchen sie als Gesprächspartnerin in medizinethischen Fragen. Die Visitationskommission würde es begrüßen, wenn die Krankenhauseelsorge – so wie in anderen Häusern auch – vom Klinikum mitfinanziert werden würde und dadurch erweitert werden könnte.

### **2.1.7. EVANGELISCHES DIAKONISSENHAUS BERLIN TELTOW LEHNIN**

---

#### **Das Luise-Henrietten-Stift Lehnin**

Das Luise-Henrietten-Stift Lehnin mit dem stationären Hospiz sowie der Palliativstation liegen auf dem Gelände der ehemaligen Zisterzienserabtei Lehnin, die 1180 von Markgraf Otto I. von Brandenburg als das älteste Kloster der Mark gegründet wurde. Seit 1911 beherbergt die alte Klosteranlage das Diakonissenmutterhaus Luise-Henrietten-Stift, benannt nach der ersten Gemahlin des Kurfürsten Friedrich Wilhelm. Heute sind die Einrichtungen auf dem Gelände des ehemaligen Klosters Teil der Stiftung Evangelisches Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin, die in der Kranken-, Alten-, Behinderten- und Jugendhilfe tätig ist. Auf dem Gelände liegen ein Altenhilfezentrum, eine gerontopsychiatrische Tagesstätte, eine Sozialstation, die Evangelischen Kliniken mit geriatrischer Rehabilitationsklinik sowie einer Klinik für Innere Medizin und der Palliativstation, das stationäre Hospiz, eine Ausbildungsstätte für Pflegeberufe sowie eine mit Hilfe der Robert Bosch Stiftung eingerichtete »Lernwerkstatt« zur Weiterbildung in der Altenpflege.

#### **Das Luise-Henrietten-Hospiz**

Das stationäre Hospiz wurde im Jahr 2000 gegründet und gehört zum Geschäftsbereich der Altenhilfe. Es ist in einem gemütlichen Backsteingebäude im Geviert des ehemaligen Klosters untergebracht und kann aktuell auf drei Etagen 14 Gäste beherbergen, die in wohnlichen Einzelzimmern unterschiedlichen Zuschnittes

mit eigenem Bad individuell betreut werden. Im Gebäude befindet sich im Eingangsbereich ein Wohnzimmer, benachbart ist der Sozialdienst untergebracht. In den weiteren Etagen sind eine Küche, das Dienstzimmer der Mitarbeiter/innen, ein großes Badezimmer sowie ein »Raum der Stille« untergebracht. Unter dem Dach liegt der Angehörigenbereich mit zwei Übernachtungszimmern, einem Bad und einer Küche. Dies gibt Angehörigen und Freunden von Gästen die Möglichkeit, rund um die Uhr erreichbar zu sein und sich doch auch zurückziehen zu können. Die Nutzung dieser Übernachtungsmöglichkeiten ist kostenlos, die Teilnahme am Essen wird von den Angehörigen bezahlt.

Das Hospizpersonal setzt sich aus 18,75 internen und mehreren externen Mitarbeiter/innen-Stellen zusammen, die in den fünf Jahren von 2001 bis 2005 insgesamt 570 Gäste betreut haben. Bei den internen Mitarbeiter/innen handelt es sich unter anderem um 8,75 examinierte Krankenschwestern/-Pfleger-Stellen, vier Pflegehilfskräfte, eine Sozialarbeiterin und um die 25-Prozent-Stelle eines Seelsorgers. Im Zeitraum von 2001 bis 2006 stieg die Auslastung des Hospizes von 48 Prozent auf 94 Prozent. Die Aufenthaltsdauer der Gäste variiert zwischen einem Tag und mehreren Wochen. Im Durchschnitt liegt sie bei 29,4 Tagen. Das vom Land Brandenburg festgelegte Versorgungsgebiet umfasst die Landkreise Dahme-Spree-wald, Teltow-Fläming, Potsdam-Mittelmark und Havelland sowie die Städte Potsdam und Brandenburg. Aus diesem Gebiet kamen insgesamt 502 Gäste, die weiteren 68 unter anderem aus Berlin und dem Bundesgebiet. Die meisten (531) kamen aus Krankenhäusern (433) bzw. von Zuhause aus dem privaten Bereich (98). Dabei stieg das Durchschnittsalter der Gäste von 67 Jahren 2001 auf 72 Jahre 2005 an, wobei ihre Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit in diesem Zeitraum drastisch anstiegen. Das bedeutet, dass an die Pflegenden wachsende fachliche Anforderungen gestellt werden und die für Gespräche und individuelle Betreuungssangebote zur Verfügung stehenden Zeiten kürzer werden. So ist die Mitarbeit ehrenamtlicher Helfer/innen des ambulanten Hospizdienstes immer wichtiger geworden. Diese übernehmen im Hospiz neben dem direkten Kontakt zu den Gästen und ihren Angehörigen beispielsweise Aufgaben wie Blumenschmuck, Aufpumpen von Rollstuhltreifen oder Hilfen bei kleineren Umbaumaßnahmen. Die ärztliche Versorgung der Gäste obliegt den Hausärzten aus Lehnin und Umgebung, zu denen aufgrund langer Zusammenarbeit eine gute Beziehung besteht.

Für die Aufgaben des ambulanten Hospizdienstes stehen für den Bereich Ost- und Mittelmark 40 ausgebildete Ehrenamtliche zur Verfügung, 15 weitere befinden sich in der Ausbildung. 2005 wurden von den Ehrenamtlichen über 100 Begleitungen von Menschen im stationären Hospiz und 31 im ambulanten Bereich durchgeführt. Es gibt wegen der großen Entfernungen in dem sehr ländlich strukturierten Gebiet bislang zwei Büros des Hospizdienstes: eines (Hauptsitz) in Lehnin und eines in Belzig. Ein weiteres in Teltow befindet sich in Planung.

Das Krankenhaus wurde 2003 neu erbaut. Es beherbergt neben einer akut-internistischen Abteilung eine große Klinik für geriatrische Rehabilitation und eine Tagesklinik. Zur Ergänzung der Aktivitäten der ambulanten Hospizarbeit und des stationären Hospizes wurde zu diesem Zeitpunkt eine Palliativstation gegründet. Diese befindet sich zusammen mit einer internistischen Akutstation in einem L-förmig angelegten Flur in einem oberen Stockwerk des Gebäudes. Ein Internist/Onkologe betreut gemeinsam mit einem Stationsarzt zehn Palliativbetten, die sich auf sechs Patientenzimmer verteilen. Der Station mit ihren Patient/innen und Angehörigen steht außerdem ein geräumiges Wohnzimmer zur Verfügung, das von den Mitarbeiter/innen gestaltet wird. Neben einer Sitzecke mit Aquarium, das ebenfalls von der Mitarbeiterschaft ehrenamtlich betreut wird, gibt es einen großen Esstisch mit bequemen Stühlen. Hier findet werktäglich morgens im multiprofessionellen therapeutischen Team (Ärztinnen und Ärzte, Seelsorger/innen, Sozialarbeiter/innen, Krankenpfleger/innen und Krankengymnast/innen) ein ausführliches Gespräch über jeden einzelnen Palliativpatienten statt. Am Dienstagnachmittag sind Patient/innen und ihre Angehörigen zu einem gemütlichen Kaffeetrinken gemeinsam mit den anwesenden Mitarbeitern eingeladen. Am Freitagvormittag findet in dieser Runde ein festliches Frühstück statt, das von Ehren- und Hauptamtlichen gemeinsam vorbereitet wird. Diese Zeiten dienen dazu, miteinander ins Gespräch zu kommen und neue Kontakte zu knüpfen. Für das gesamte ärztliche und pflegerische Team der Palliativstation werden einmal im Monat zwei Stunden Supervision angeboten. Die Palliativstation betreut ca. 300 Patient/innen jährlich, deren durchschnittliche Verweildauer derzeit bei zehn Tagen liegt. Viele Patient/innen erhalten mehrfach eine stationäre Behandlung; es werden neben intensiver Schmerztherapie auch palliative

Chemotherapien durchgeführt. Der erste Aufenthalt ist meist länger als die folgenden. Etwa ein Drittel der aufgenommenen Patient/innen verstirbt später auf der Station. Einige werden auch ins Luise-Henrietten-Hospiz verlegt, viele nach Hause entlassen. Vorrangiges Ziel der Behandlung ist der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität, um eine Rückkehr in die vertraute häusliche Umgebung zu ermöglichen. Während des stationären Aufenthaltes werden die Patienten auf Wunsch seelsorgerlich betreut. Zweimal wöchentlich wird die im so genannten »Torhaus« stattfindende Andacht auf die Zimmer übertragen. Samstags findet eine Wochenschlussandacht statt. Der Sonntagsgottesdienst wechselt zwischen dem Krankenhaus und dem Altenheim als Veranstaltungsort. Die meisten Patient/innen werden der Palliativstation vom Klinikum Brandenburg zugewiesen. Für die zehn Betten stehen derzeit neun Pflegekräfte zur Verfügung, angestrebt wird ein Personalschlüssel von 1:1. Anfänglich wurden der akut-internistische und der palliative Pflegebereich voneinander getrennt. Dies wurde aus personellen und organisatorischen Gründen aufgegeben, am Konzept der Bereichspflege wurde jedoch festgehalten.

### **Der Besuch**

Die Kommissionsmitglieder und die Lehniner Gesprächspartner treffen sich im Besprechungsraum des Luise-Henrietten-Hospizes. Für das leibliche Wohl ist liebevoll gesorgt, auf den Plätzen finden die Kommissionsmitglieder eine Informationsmappe, die neben Flyern über das Hospiz und die Palliativstation Texte zum Pflegeleitbild des Hospizes, über Veränderungen in den letzten fünf Jahren, Teamentwicklung und Identität, Rituale sowie einen Angehörigenbefragungsbogen, Auszüge aus den Verfahrensweisungen für den Geltungsbereich Hospiz sowie statistische Darstellungen enthält.

Reinhild Pursche begrüßt die Anwesenden mit der Lesung der Tageslosung. Nach einer Vorstellungsrunde erhalten die Gäste einen kurzen Überblick über den geplanten Ablauf. Es folgen Berichte über die Arbeit des Hospizes, wobei einzelne Mitarbeiter sich zu speziellen Fragen vorbereitet haben.

Das Verhältnis von Fachkräften zu Hilfskräften beträgt 3:2. Insgesamt besteht das Hospiz-Team aus Mitarbeiter/innen, die sich 11,45 Vollzeitstellen teilen. Dazu zählen unter anderem eine Sozialarbeiterin und ein Seelsorger mit einem Stellenumfang von 25 Prozent. 44 Prozent der Mitarbeiter/innen sind jünger als 40 Jahre; 70 Prozent der Mitarbeiterschaft gehören einer Kirche an. Ursprünglich war zur Entlastung und Fortbildung von Mitarbeiter/innen aus dem Pflegebereich nach zwei Jahren eine Rotation in andere Fachbereiche geplant. Dies wird aber von den Mitarbeiter/innen aus unterschiedlichen Gründen nicht gewünscht. Als Kompromiss ist jetzt ein regelmäßiger Personalaustausch zwischen Hospiz und Palliativstation geplant. Der mit fünf Prozent niedrige Krankenstand wird als Hinweis auf eine hohe Arbeitszufriedenheit des Personals gesehen. Im Rahmen des Qualitätsmanagements kommen das Bundesrahmenhandbuch und das QM-Handbuch »Sorgsam« zum Einsatz.

Carmen Streitz, die stellv. Hospizleiterin, berichtet über die tägliche Arbeit: Nicht die pflegerischen Verrichtungen, sondern der einzelne Gast stehen im Mittelpunkt. Durch die zunehmende Erkrankungsschwere der Gäste steigt der pflegerische Aufwand, wohingegen die Verweildauer sinkt. Medizinisch-pflegerische Verrichtungen treten gegenüber der psychosozialen Betreuung und Orientierung an der Lebensqualität im weiteren Sinn in den Vordergrund. Nachdem anfänglich die Gäste von weiter her kamen, ist als Ausdruck wachsender Akzeptanz eine Zunahme von Einweisungen aus dem Ort und der unmittelbaren Umgebung von Lehnin zu beobachten. Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten wird als sehr gut eingeschätzt. Eine Aufnahme ins Hospiz erfolgt nach Dringlichkeit, nicht nach Position auf der Warteliste. Wegen des zunehmenden wirtschaftlichen Druckes (die Krankenkassen rechnen mit einer durchschnittlichen Auslastung von 80 Prozent, für die Wirtschaftlichkeit sind aber 94 Prozent erforderlich) wurden zwei »Ausweichbetten« geschaffen, um im Falle zahlreicher Anmeldungen zum Ausgleich für »flaue« Zeiten mehr Gäste gleichzeitig versorgen zu können. Einmal jährlich findet ein Gedenkgottesdienst für die Verstorbenen statt.

Pfarrer Johannes Albrecht berichtet aus seiner seelsorgerlichen Arbeit im Hospiz und auf der Palliativstation. Die pflegerischen Mitarbeiter/innen hätten eine hohe seelsorgerliche Kompetenz. Seine eigenen Gespräche mit Gästen und Pati-

ent/innen berühren häufig religiöse Fragen (»Welchen Namen haben Sie vielleicht für das, was ich Gott nenne?«). Im Land Brandenburg gehören weniger als 30 Prozent der Einwohner einer Kirche an, sodass viele der von ihm Besuchten keine Kontakte zur Kirche haben. Da viele der Besuchten schwerkrank sind, ist eine Kommunikation oft nicht mehr auf verbaler Ebene möglich. Er steht in der seelsorgerlichen Begleitung immer wieder vor der Aufgabe, zusammen mit Totkranken deren eigene Beerdigung vorzubereiten. Bei jedem Todesfall bietet er den Ritus einer Aussegnung an, was auch von kirchenfernen Angehörigen gerne angenommen wird. Diakonissen im Ruhestand unterstützen den Seelsorger auf seine Bitte durch »kompetente Anwesenheit« an Kranken- und Sterbebetten.

Für Paul Kysel-Steeples, den Koordinator des ambulanten Hospizdienstes, ist der Ausgangspunkt des Handelns Christus im leidenden Mitmenschen. Dabei bezieht er sich auf die Worte Jesu aus dem Matthäusevangelium: »Ich war krank, und ihr habt mich besucht« und die Frage der Jünger: »Wann haben wir das gemacht, dass wir dich besuchten?« Ambulante Begleitungen dauern oft mehrere Monate und können sich zu echten Freundschaften weiterentwickeln. Wegen solcher intensiver, oft belastender Begleitungsbeziehungen muss das eigene soziale Umfeld der Ehrenamtlichen stimmen, damit diese selbst auch »aufgefangen« werden können. Gegebenfalls steht hierfür auch der Koordinator des ambulanten Hospizdienstes zur Verfügung. Bewährt hat sich, dass langjährige ehrenamtliche Mitarbeiter/innen sich in ihrer Rolle als »alte Hasen« um die »Neuen« mit Rat und Tat kümmern. Die Ausbildung umfasst 60 theoretische und 60 praktische Stunden. Mancher merkt im Lauf dieser Zeit, dass er für eine direkte Begleitung nicht geeignet ist. Aber auch Aufgaben »im Hintergrund« wie etwa die Sorge um den Blumenschmuck werden als große Hilfe empfunden. Einen weiteren Schwerpunkt sieht der Koordinator des Hospizdienstes im Bereich der Trauerbegleitungen.

Im Gespräch kommt die Schwierigkeit einer engeren Zusammenarbeit mit den Sozialstationen zur Sprache, die die Hospizdienstmitarbeiter/innen teilweise als mögliche Konkurrenz einschätzen und sie deshalb nicht oder erst sehr spät hinzuziehen. Diese Erfahrung betrifft ausdrücklich auch Sozialstationen der Diakonie. Die ländliche Bevölkerung brauche im Dorf bekannte Menschen, um sich über die Angebote des Hospizdienstes zu informieren. Angebote im Internet oder Informationsabende werden im ländlichen Bereich weniger angenommen.

Im Anschluss an diese Gesprächsrunde erfolgt eine Besichtigung des Hospizes. Im Parterre wird die »Sternenwand« erläutert. Jeder Gast erhält bei seiner Ankunft einen Papierstern, auf dem sein Name steht. Dieser wird außen an der Zimmertür befestigt. Stirbt der Gast, wird sein Stern mit dem Namen an der Sternenwand angeheftet. Häufig kommen, auch noch nach Jahren, Angehörige, um »ihren« Stern zu suchen und sich an dieser Stelle an ihren Verstorbenen und die letzte gemeinsame Zeit im Hospiz zu erinnern. Dieser Ort des Erinnerns sei deshalb besonders wichtig, weil auch in der ländlichen Region die Zahl anonymer Bestattungen zunimmt und so den Angehörigen ein Ort auf einem Friedhof fehlt. Danach gehen wir an der Klosterkirche vorbei zum Krankenhaus, wo wir von Dr. Jürgen Pfitzner begrüßt und über die Palliativstation geführt werden. Der erste Eindruck dieser Station ist hell und modern. Das zur Besichtigung freie Patientenzimmer wirkt funktional und freundlich. Angenehm sind die so weit zum Boden herab gezogenen Fenster, dass Patienten aus dem Bett ins Freie sehen können. Auf dem Stationsgang imponieren die Oberlichte, die einen Blick in den Himmel erlauben. Dr. Pfitzner fasst eine Wahrnehmung von Patient/innen und Mitarbeiterschaft in die Worte: »In Lehnin muss der Mensch zwar auch sterben, aber die Seele kann heil werden«. Danach verabschieden wir uns von den Mitarbeiter/innen des Krankenhauses und gehen begleitet von Reinhild Pursche zurück zum Hospiz. Dort ziehen sich die Mitglieder der Kommission zu ihrem Abschlussgespräch zurück.

### **Stellungnahme**

Der Besuchsgruppe steht am Abschluss der Visitation das Bild einer »stimmigen« Einrichtung vor Augen. Obwohl im Team des Hospizes Menschen spürbar unterschiedlichen Charakters und Temperamentes arbeiten, wurden viel Verbindendes und gegenseitige Unterstützung spürbar. Die Kommission hat den Schmerz über die 2004 erfolgte Fusion der Lehniner Einrichtungen mit Teltow-Berlin ebenso wahrgenommen wie das nachhaltige Bemühen, aus dankbarem Stolz auf die lange Hospiztradition von Lehnin, die eigene Identität zu wahren. Trotz der sich verschärfenden Rahmenbedingungen existiert ein starker Wille in der Mitarbeiterschaft, den ihnen anvertrauten Menschen eine Atmosphäre des Willkommenseins zu gewähren. Dies gelingt aus innerer Zufriedenheit über die Arbeit und ihre äußeren Bedingungen. Beeindruckend ist die effektive Vernet-

zung zwischen Hospiz, Palliativstation und dem ambulanten Hospizdienst und seinen Ehrenamtlichen. Ein weiterer Schritt zur noch besseren Bewältigung der Übergänge ist die Sondergenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung für Dr. Pfitzner, zukünftig auch die Hospizgäste ambulant mitbetreuen zu dürfen. Ganz besonders gute Bedingungen wurden im Bereich der Seelsorge sichtbar; die höhere personelle Ausstattung verdankt sich der Tatsache, dass die Teilnehmer/innen der Kurse in der Klinisch-Seelsorgerlichen-Ausbildung (KSA) in den Einrichtungen Praktika absolvieren. Diese Kooperation trägt zur Aussaat des Hospizgedankens bei und vermehrt zusätzlich die seelsorgerlichen Angebote.

In der Besuchsgruppe entstanden in der Nachbesprechung zwei Anregungen anhand der Schilderung zweier Rituale:

1. Im Hospiz wird das Zimmer eines Gastes nach dessen Tod und einer Grundreinigung »ausgeräuchert«. Dies entspringt dem Wunsch der Mitarbeiter/innen, ein Zeichen zu setzen, dass diese Begleitung nun abgeschlossen ist und es sich nun nicht mehr um das Zimmer »von Herrn X oder Frau Y« handelt, sondern um einen leeren Raum, der ohne Vorgeschichte einem neuen Gast zur Verfügung steht. Aus wirtschaftlichen Rücksichten besteht ein hoher Druck, die Zimmer baldmöglichst neu zu belegen. Das macht den Wunsch von Mitarbeiter/innen nach einem Ritual in dieser Situation besonders verständlich. Bei dem Begriff »Ausräuchern« klingt aber im »landläufigen Gebrauch« auch der Aspekt der Reinigung und der einer diffusen Geistervertreibung an. Möglicherweise könnte der Ritus des Ausräucherns klarer mit der evangelischen Gestalt des christlichen Glaubens verbunden werden. So wäre beispielsweise das Sprechen eines Gebetes denkbar, das Gott als den Adressaten der Handlung erkennbar werden lässt und um Segen für die neuen Begegnungen in diesem Zimmer bittet. Zusätzlich könnte der Wechsel auf andersfarbige Tischtücher/Gardinen/Bettwäsche als Zeichen eines Neuanfanges dienen.

2. Im Bereich des seelsorgerlichen Handelns fiel der Begriff eines Segens »im Namen des Lebens« für Menschen ohne Glauben und kirchliche Bindung. Die Visitationskommission ist davon überzeugt, dass wir als Christen einen Segen nur im Namen des dreieinigen Gottes aussprechen können, der ja auch Menschen

»außerhalb« gilt, weil sich ihnen Gott genauso zuwenden möchte. Die Visitationsskommission ermutigt zu großer Klarheit. Sie ist davon überzeugt, dass eine solche Klarheit Türen zum Glauben öffnen hilft.

### **2.1.8. LAZARUS-HOSPIZ BERLIN**

---

#### **Das Lazarus Hospiz Berlin**

Die Hospizarbeit im Lazarus hat 1992 mit dem Aufbau der ambulanten Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen und deren Angehörigen begonnen. Am 1. April 1999 wurde das stationäre Hospiz eröffnet. Es hat 16 Plätze. Auf dem Gelände befindet sich außerdem ein Krankenhaus für 283 pflegebedürftige Bewohner/innen, die auf eine umfassende medizinisch-therapeutische Pflege und Betreuung angewiesen sind. Ferner gibt es eine Seniorenwohngemeinschaft und ein betreutes Wohnen.

Das stationäre Hospiz befindet sich in der oberen Etage der Anlage. Eine großzügige Terrasse, ein großes Wohnzimmer, Sitzecken auf dem langen Flur und der Garten stehen den Patient/innen und ihren Angehörigen zur Verfügung. Jedes Einbettzimmer hat eine eigene Nasszelle. Zusätzlich gibt es auf der Etage zwei Bäder mit Liftbadewannen. Im Verwaltungsbereich befinden sich ein Besprechungs- und Konferenzraum, fünf Büroräume, ein Raum für das Angehörigen-Café, ein Zimmer für Besucher/innen mit WC und Dusche auf dem Flur. Der große Mittelraum im Extrabereich wird auch für Treffen von Angehörigen genutzt. Ferner gibt es in einem etwas abgelegenen Teil der Etage einen Raum der Stille, über dessen Gestaltung es lange Diskussionen gab. Er steht für alle offen.

Ein Tag im Hospiz kostet 247 Euro. Für die Finanzierung gibt es seit 2006 neue Regelungen von den Kostenträgern, die für alle Hospize gelten. Die Finanzierung ist eine Mischfinanzierung. 75 Prozent der Kosten übernehmen Pflege- und Krankenkassen. Zehn Prozent der Kosten hat ein Träger eines Hospizes selbst aufzubringen. Der Eigenanteil des Gastes richtet sich nach der Höhe der Pflegestufe, die am 14. Tag berechnet wird.

#### **Der Besuch**

An die Besichtigung des Hospizes (mit Ausnahme der Zimmer der Bewohner/innen) schloss sich ein Gespräch in der Cafeteria des Lazarus an. Im Hospiz arbeiten 22 Mitarbeitende auf 19,8 Stellen. Es sind vor allem Frauen, die hier arbeiten. Doch die Zahl der Männer nimmt zu. Die überwiegende Anzahl von ihnen hat eine Ausbildung als Krankenschwester und -pfleger. Einige sind ausgebildete Altenpfleger/innen. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse der Patient/innen. Schmerzen sollen ebenso gelindert werden wie auch andere Beschwerden, die das Befinden stören. Es findet eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen bzw. Homecare-Ärzt/innen statt, wie überhaupt die Arbeit als Zusammenarbeit in einem multidisziplinär ausgerichtetem Team verstanden wird. Zwei Mal am Tag findet eine Übergabe statt, die wie eine Fallbesprechung zu verstehen ist. Zum Team gehört eine Sozialarbeiterin.

Die Patient/innen kommen in der Regel aus dem Norden Berlins, aber auch aus anderen Regionen. Auch wenn das Sterben als schwerer Weg beschrieben werden kann, hat noch nie jemand die Mitarbeitenden gebeten, aktive Sterbehilfe zu leisten. Der Altersdurchschnitt liegt bei 79 Jahren. Das Bemühen ist, dass der Aufenthalt nicht allzu kurz ist, aber es kommt immer wieder vor, dass Patient/innen bereits nach vier Tagen im Hospiz versterben. In Planung befindet sich zusätzlich eine Kurzzeitpflege für onkologische Patient/innen.

Im Hospiz ist eine Pastorin tätig, die zugleich Diakonisse ist. Zusammen mit den Ehrenamtlichen begleitet sie die Patient/innen. Diese Begleitung steht auch den Angehörigen zur Verfügung. Immer wieder gibt es nicht aufgearbeitete Situationen sowohl bei den Sterbenden als auch bei den Angehörigen. In der Kapelle finden regelmäßig Gottesdienste statt, an denen die Patient/innen des Hospizes allerdings in der Regel nicht teilnehmen können, da die Anstrengung zu groß ist. Andachten in den Zimmern und kleine Abendmahlsfeiern werden als alternative Möglichkeit angeboten. Die Aussegnungen gestalten die Seelsorgerin oder die Leiterin des Hospizes. Nicht alle Mitarbeiter/innen sind dazu in der Lage, da sie nur teilweise kirchlich gebunden sind. Wenn es keine Aussegnung gibt, wird eine andere Form des Abschieds gewählt. Das Team hat vorher versucht zu erfahren, was der verstorbene Mensch gerne anziehen möchte. Auch beim Waschen und

Ankleiden sind gelegentlich Angehörige dabei. 24 Stunden darf der Verstorbene im Hospiz bleiben. Zwei Mal im Jahr gibt es Gedenkgottesdienste, in denen die Namen der im Hospiz und im Krankenhaus Verstorbenen genannt werden. Die Angehörigen werden dazu eingeladen. Auf dem Flur liegt ein Buch, in dem die Namen der Verstorbenen festgehalten sind. Verbunden ist das mit Geschichten, Erfahrungen, die die Mitarbeiter/innen mit ihnen gemacht haben.

Die Angehörigen haben jederzeit die Möglichkeit, bei ihren schwerkranken und/oder sterbenden Angehörigen zu sein. Sie können im Gästeraum oder im Patient/innenzimmer übernachten und sich an der Pflege und der Versorgung der Patient/innen beteiligen. Es gibt ein Angehörigencafé mit Gesprächsangeboten für pflegende Angehörige, die über den ambulanten Hospizdienst begleitet werden. Haben die Angehörigen Scheu, Kinder mit ins Hospiz zu bringen bzw. sie Abschied nehmen zu lassen von dem Verstorbenen, werden sie ausdrücklich ermutigt, diese Scheu zu überwinden. Kinder kommen in der Regel besser mit der Situation klar als die Erwachsenen annehmen.

Zurzeit stehen 56 Ehrenamtliche für die Arbeit im Hospizdienst zur Verfügung. Sie haben eine einjährige Schulung durchlaufen und sind sorgfältig ausgesucht worden. Wer beispielsweise selbst in der Bearbeitung seiner Trauer über den Tod eines Angehörigen steht, kann noch nicht in der Begleitung Sterbender mitarbeiten, weil die eigene Situation immer wieder nach oben kommt und das Eingehen auf den anderen erschwert. Es gelingt erfreulich gut, Ehrenamtliche für die Mitarbeit im Hospiz zu finden. Sie sind da für Gespräche, zum Vorlesen, zur Erledigung von Besorgungen für Patient/innen und jetzt auch gerne gesehen für Hilfsdienste im hauswirtschaftlichen Bereich. Wer zum Beispiel gerne kocht oder backt, wird mit diesen Fähigkeiten gerne eingesetzt, um für die Patient/innen besondere Mahlzeiten zuzubereiten. Die Ehrenamtlichen erhalten Essensmarken, sodass sie am Mittagstisch teilnehmen können. Sie werden zu den Betriebsausflügen eingeladen. Ein Sponsor finanziert zusätzlich einen längeren Ausflug für die Ehrenamtlichen.

Die vorhandenen Rahmenbedingungen der hauptamtlichen Mitarbeiter/innen im Hospiz können im Vergleich zum Krankenhaus als außerordentlich gute Arbeitsbedingungen beschrieben werden. Es gibt Fortbildungsangebote und einen regelmäßigen Stammtisch, an dem auch die Leitung der Einrichtung teilnimmt.

Nicht alle Pflegenden sind Mitglied der Kirche. Das soll anders werden. Bei zukünftigen Einstellungen wird die Mitgliedschaft in einer der Kirchen, die zum Verbund der Arbeitsgemeinschaft der Christen Kirchen gehören, bereits in der Ausschreibung als klare Erwartung erkennbar sein. Das Hospiz versteht sich eindeutig als eine kirchlich-diakonische Einrichtung. Das wird im Leitbild, an der Gestaltung der Einrichtung, an dem Festkalender und an der seelsorgerlichen Betreuung deutlich.

### **Stellungnahme**

Die Besuchsgruppe dankt dem Lazarus Hospiz Berlin für die freundliche Aufnahme. Es bleibt der Eindruck zurück, eine Einrichtung visitiert zu haben, deren große Stärke in der engagierten Mitarbeiterschaft besteht. Mit Anerkennung nimmt die Visitationskommission zur Kenntnis, wie intensiv hier darum gerungen wird, in jedem Einzelfall für Sterbende und Angehörige das Leben bis zuletzt zu unterstützen. Die Besuchsgruppe ermutigt den Träger und die Einrichtung ausdrücklich dazu, das evangelische Profil des Hospizes durch eine gezielte Personalentwicklung zu stärken. Die Visitationskommission erfuhr in den Gesprächen, welche Probleme im Lazarus Wohn- und Pflegeverbund zukünftig zu lösen sind: Es gibt große Unterschiede zwischen dem Hospiz und dem Krankenhaus, das sich auf dem gleichen Gelände befindet. Auch hier sterben Menschen. Für die Arbeit im Krankenhaus finden sich viel weniger Ehrenamtliche. Die Hauptamtlichen sind nicht für die Sterbebegleitung ausgebildet. Ferner ist ihre Zahl insgesamt zu klein, sodass sich Mitarbeiter/innen eigentlich nicht an das Bett eines sterbenden Bewohners setzen können. Hier müssen dringend Konzepte gefunden werden!

### 2.1.9. DIAKONIE-HOSPIZ WANNSEE

---

#### Das Diakonie-Hospiz Wannsee

Das Diakonie-Hospiz Wannsee liegt auf dem Gelände des Immanuel-Krankenhauses und hat dadurch Teil an der differenzierten Infrastruktur des Krankenhauses wie zum Beispiel Versorgung, Facility-Management und Parkgelände. Das Hospiz ist sehr gut erreichbar, auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Es liegt an der Königstraße, einer sehr befahrenen Ausfallstraße. Die Gebäudestruktur trägt dem Rechnung, sodass die Gästezimmer weitgehend abgewandt von der Straße zum Park hin gelegen sind. Der zweigeschossige Neubau entstand für diesen Zweck im Jahr 2003. Das stationäre Hospiz verfügt über 14 Plätze in Einzelzimmern mit Sanitärbereich. Zur festen Möblierung gehören ein Pflegebett, Schrank, Sessel und Tisch. Die Räume können allerdings von den Gästen nach Absprache individuell ausgestaltet werden. Ein großzügiger Eingangsbereich mit anschließendem Tagesraum/Wohnraum, eine Küche und ein Durchgang zur großzügig gestalteten Terrasse, die in das Parkgelände übergeht, bestimmen den ersten Eindruck. Dem Tagesraum schräg gegenüber befindet sich der Raum der Stille mit Tageslicht von oben, dezent möbliert und mit christlichen Symbolen ausgestattet. Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Verweildauer 38 Tage. Insgesamt haben sich 501 Personen angemeldet; 141 wurden aufgenommen. Gäste des Hospizes sind in der Regel Menschen mit Krebserkrankungen. Der Altersdurchschnitt lag 2005 bei über 70 Jahren.

Der Tagessatz beträgt 232,50 EUR (2007). Die Summe wird in der Regel durch eine Mischfinanzierung mit Anteilen aus der Pflegekasse, der Krankenkasse (147,00 EUR), dem Eigenanteil des Gastes, abhängig von Pflegestufe und Verweildauer, und einem zehnpromzentigen Anteil des Trägers aufgebracht. Der Gast darf bei der Aufnahme ins Hospiz seine eigene Wohnung nicht kündigen, da die Option offen gehalten werden soll, dass er unter Umständen auch noch einmal nach Hause entlassen werden kann. Die meisten Gäste kommen aus Krankenhäusern (zum Beispiel auch Palliativstationen); andere kommen nach einer

Home-Care-Begleitung aus dem häuslichen Umfeld. Dabei bestehen teilweise schon längere Kontakte, zum Teil auch konkrete Anmeldungen, zum Teil gab es bereits eine Betreuung durch das ambulante Hospiz.

Das Diakonie-Hospiz Wannsee hat die Rechtsform einer Gesellschaft mbH. Gesellschafter sind die Ev.-freikirchliche Immanuel Diakonie GmbH (40 Prozent), die Ev.-Freikirchl. Diakoniegemeinschaft Bethel e.V. (40 Prozent) sowie der Ev. Diakonieverein Berlin-Zehlendorf e.V. (20 Prozent).

Das Diakonie-Hospiz Wannsee wird von einer Ärztin geleitet. Die Hospizleitung, die Pflegedienstleitung und der Sozialdienst arbeiten eng zusammen. In der Pflege sind insgesamt 22 Personen (18 Frauen und vier Männer) tätig. Davon haben 18 die Krankenpflegeausbildung, wiederum sechs von ihnen haben die Fachweiterbildung »Palliativ Care«. Hinzu kommen zwei Altenpflegerinnen, zwei Krankenpflegehelferinnen und hauswirtschaftliches Personal. Regelmäßig absolvieren Kranken- und Altenpflegeschüler/innen ein Praktikum von sechs bis acht Wochen im Hospiz. Die betrieblichen und pflegerischen Abläufe im stationären Hospiz orientieren sich an den Qualitätsanforderungen des Qualitätshandbuchs der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG). Der entsprechende interne Qualitätszirkel kommt einmal im Monat zusammen. Ein Seelsorger ist ehrenamtlich tätig. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit ist der Sonntag. Bei Bedarf kommt der Seelsorger jederzeit ins Haus. Auf dem Gelände befindet sich die Kapelle des Immanuel-Krankenhauses, sodass für die Personen, die dazu in der Lage sind, ein Gottesdienstbesuch möglich ist. Der Seelsorger bietet Beratung und Gespräche, aber auch Hausabendmahl im Zimmer des Gastes an. Es gibt einen guten Kontakt zur katholischen und zur evangelischen Kirchengemeinde Wannsee und manchmal seelsorgerliche Begleitung durch die Pfarrer/innen aus den jeweiligen Heimatgemeinden der Patient/innen. Im stationären Hospiz sind etwa 15 Personen ehrenamtlich tätig. Sie arbeiten jeweils mit ihren Talenten, sei es für Service-Leistungen im Haus, für Hausarbeit oder persönliche Handreichungen. In der ambulanten Arbeit, die es seit 1996 gibt, sind zur Zeit sind 55 Personen beschäftigt. Jedes Jahr findet ein neuer Ausbildungskurs statt.

### Der Besuch

Die Visitationsgruppe wurde offen und umfassend informiert. Einzelne Themen und Gesichtspunkte konnten im Gespräch vertieft werden. Die zentrale Botschaft des Hospizes »Sterben hat seine Zeit ...« wurde besonders intensiv erörtert. Entsprechend der Tradition des Hospiz-Gedankens geht es um ein Ausruhen, um Sterben zu können, sozusagen im »Vorhof des Himmels«. Der Besuch wurde mit einem Rundgang durch das Haus abgeschlossen.

Die äußeren Rahmenbedingungen, die Lage, der bauliche Stil und die Atmosphäre passen zum Auftrag des Hospizes. Für die Etablierung eines stationären Hospizes hat sich der Vorlauf des seit 1996 arbeitenden ambulantes Hospizes als ausgesprochen hilfreich auf die spezifische Konzeption des stationären Hospizes ausgewirkt. Die Komplementarität von stationärem und ambulantes Hospiz erweist sich nach wie vor als sinnvoll. Es gibt eine Warteliste für Aufnahmen. Im Jahr 2005 wurden ca. 30 Personen vom ambulanten Hospizdienst begleitet, ehe sie im stationären Hospiz aufgenommen werden konnten.

Das Gespräch über die Situation der hauptamtlich Mitarbeitenden konzentrierte sich auf Gesichtspunkte der Personalauswahl und der Personalentwicklung: Persönliche Erfahrungen und fachliche Qualifikationen; psychische und physische Stabilität; Identifikationsbereitschaft und Identifikationsfähigkeit mit der Hospizarbeit und dem diakonischen Auftrag spielen bei der Auswahl von Personal eine wesentliche Rolle. Zur Personalentwicklung der Einrichtung gehören Einführungskurse und Einführungstage zum Thema »Diakonie«. Fragen der Integration eines neuen Mitarbeiters bzw. einer neuen Mitarbeiterin in die »Kultur des Hauses« werden immer wieder erörtert. Das »Leitbild«, so einer der Gesprächsteilnehmer, ist nicht nur das, was aufgeschrieben ist, sondern vor allen Dingen das, was sich im Alltag vollzieht. »Die Arbeit selbst stellt das Leitbild dar.« Die Motivation von Mitarbeiter/innen für die Hospizarbeit gehört zu den reflektierten Dauerthemen. Mitarbeiter/innen, die »frisch« ausgebildet sind, werden nicht eingestellt. Im Hospiz gibt es eine Balance von einerseits hoher Belastung in der Arbeit und andererseits aber auch starker Arbeitszufriedenheit. Fort- und Weiterbildungsangebote

zu speziellen Themen wie Trauerarbeit oder verbale/nonverbale Kommunikation oder Angehörigenarbeit werden innerbetrieblich angeboten und wahrgenommen. Was sich Pflegende wünschen, nämlich einzelne Menschen zu begleiten und nicht »im Pflegebetrieb sich zu verlieren«, findet im Hospiz Raum. Insofern gelten im Hospiz andere Maßstäbe, als sie sonst in der Pflege anzutreffen sind. Das – so die einhellige Auffassung der Gesprächsteilnehmer – darf aber so nicht bleiben. Die Hospizbewegung wird weiter auf die anderen Felder der Pflege ausstrahlen und diese nachhaltig verändern.

Für die Angehörigen stehen in der Regel Fragen administrativer Art im Vordergrund, wie die Kostenklärungen oder Rechtsfragen, die mit dem Sozialdienst des Hauses geklärt werden. Die Lebenssituation der Gäste spiegelt in der Regel alles wider, was es sonst im gelebten Leben gibt. Insofern sind die jeweiligen Familien auch ein Spiegelbild der Gesellschaft. Das zeigt sich in den Konflikten, im Besuchsverhalten, in der Bereitschaft oder Nichtbereitschaft zur Versöhnung usw. Bei Bedarf wird den Angehörigen auch psychologische Betreuung vermittelt. Ein gutes Miteinander von Pflegekräften und Angehörigen im Alltag gilt als entscheidende Basis für die gelungene Begleitung des jeweiligen Gastes.

Die Begleitung in der Finalphase wird im Diakonie-Hospiz Wannsee in hohem Maße durch liturgische Abläufe und Rituale geprägt. Die Gäste bestimmen – wenn möglich mit den Angehörigen – welches Abschiedsritual für sie gelten soll. Es wird natürlich vorher geklärt, wenn Gäste aus anderen Konfessionen (zum Beispiel Zeugen Jehovas) oder anderen Religionen, (zum Beispiel Muslime) hier versterben. Dafür ist ein »Ringbuch« mit verschiedenen liturgischen Abläufen vorhanden. Eine Reihe von Mitarbeiter/innen ist für das Aussegnungsritual zugerüstet. Im Eingangsbereich des Hauses steht eine Kerze. Die Kerze wird angezündet und brennt, solange ein Verstorbener im Haus ist. Jeweils am letzten Tag des Monats wird mit einem kleinen Ritual an die im letzten Monat verstorbenen Personen erinnert. Wichtig ist dabei vor allem: Der Dank für die Arbeit im Hospiz, die Bitte um Kraft und Segen für die Mitarbeiter/innen, die Bitte um Hilfe bei der Verarbeitung schwieriger Erfahrung sowie die Bitte um Trost und neuen Lebensmut für die Angehörigen der Verstorbenen.

Die Kontakte zu den Gemeinden waren in der Anfangsphase stark, sind jetzt spärlicher geworden. Gelegentlich werden Gottesdienste in Wannsee vom ambulanten Hospizdienst mitgestaltet; einzelne ehrenamtliche Mitarbeiter/innen im ambulanten Hospiz sind auch in ihren Kirchengemeinden aktiv. Allerdings wird der ambulante Hospiz-Dienst kaum bewusst von den Gemeinden in die seelsorgerliche Arbeit der Gemeinden einbezogen. Möglicherweise liegt das an folgenden Problemen: In der Regel können nur Menschen mit Krebs im stationären Hospizdienst aufgenommen werden. Der 90jährige multimorbide alte Mensch muss auf andere Weise versorgt werden. Und schließlich wird das wichtige Thema: »Sterben hat seine Zeit« auch in den Kirchengemeinden eher verdrängt als aufgenommen.

### **Stellungnahme**

Die Besuchsgruppe dankt dem Diakonie-Hospiz Wannsee für die Offenheit, mit der den Gästen Informationen und Einblicke gewährt wurden. Der Besuch hat verdeutlicht, dass von der Konzeption wie vom Alltag des Hauses her alles darauf abzielt, dass die Gäste im Hospiz ihre eigenen Lebensgewohnheiten und Lebensrhythmen möglichst beibehalten können und der Dienst weitgehend darauf abgestimmt ist. Das Hospizteam gewährleistet eine qualifizierte Pflege, psychosoziale Betreuung und seelsorgerliche Begleitung sowie eine angemessene schmerz- und symptomorientierte Behandlung durch enge Kooperation mit den zuständigen Home-Care-Ärzten bzw. den jeweiligen Hausärzten. Die Visitationskommission empfiehlt das Diakonie-Hospiz Wannsee als Vorbild für andere Einrichtungen.

## **2.1.10. EHRENAMTLICHER AMBULANTER HOSPIZDIENST POTSDAM**

### **Der ehrenamtliche ambulante Hospizdienst Potsdam (EAHP)**

Der EAHP ermöglicht seit 2001 im Stadtgebiet Potsdams und dem unmittelbaren Umland auf der Basis ehrenamtlichen Engagements die Begleitung und Betreuung sterbenskranker Menschen und deren Angehöriger. Zwei hauptamtliche Mitarbeiterinnen (1,25 Stellen) koordinieren Akquise, Ausbildung und Begleitung

der ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen und engagieren sich für die Vernetzung mit Ärzt/innen, Krankenhäusern und Kirchengemeinden sowie für die Öffentlichkeitsarbeit. Zu einem Büro und einem Gruppen- bzw. Schulungsraum kommt durch die Kooperation mit der angrenzenden Seniorentagesstätte die Möglichkeit, bei Bedarf größere Räume zu nutzen. Der EAHP ist Mitglied in der Landesarbeitsgemeinschaft onkologische Versorgung Brandenburg e.V. (LAGO) sowie der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Brandenburg e.V. (LAG Hospiz)).

Die Trägerschaft übernahmen zunächst die Hoffbauer-Stiftung und der Verein SEKIZ e.V., der die Förderung von Selbsthilfegruppen in Potsdam zum Ziel hat. Hintergrund war unter anderem das Interesse der Stadt, dass ein ehrenamtlicher Hospizdienst nicht ausschließlich auf einen konfessionellen Träger gestützt sein sollte. Mit dem Umzug nach Babelsberg im Jahr 2004 wurde die Kooperation mit SEKIZ e.V. aufgelöst und der Malteser-Hilfsdienst e.V. übernahm einen Teil der Trägerschaft. Die ökumenische Zusammenarbeit gestaltet sich gut. Im Vordergrund der Tätigkeit des EAHP stehen die einjährige Ausbildung sowie die anschließende Begleitung Sterbender inklusive ihrer Angehörigen durch die Ehrenamtlichen. Dazu kommen regelmäßige Treffen der Ehrenamtlichen, regelmäßige Angebote für Trauernde und offene Informationsabende für Interessierte zu verschiedenen Themen. Zum weiteren Angebot zählen Schulungsangebote in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und Schulen, Beratungen zu Themen wie Palliativmedizin oder Patientenverfügungen, ein jährlicher Hospiztag in Kooperation mit der LAGO und andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit.

### **Der Besuch**

Der Besuch fand in den im Frühjahr 2004 bezogenen Räumen des EAHP statt. Frank Hohn, der Vorstandsvorsitzende der Hoffbauer-Stiftung, und Frau von Scheven, die Diözesanoberin, berichten über die Trägerschaft und die ökumenische Kooperation sowie die Zusammenarbeit mit der Stadt Potsdam. Heike Borchardt, die Koordinatorin des Hospizdienstes, gibt einen Überblick über die Arbeit des EAHP insgesamt, Anja Hempel, die stellvertretende Koordinatorin, schildert die Ausbildung und Monika Miess die Trauerarbeit; die anwesenden Ehrenamtlichen berichten von spezifischen Erfahrungen aus ihrer Praxis.

Der EAHP versteht sich als ein die Pflege begleitendes Angebot. Im Erstgespräch in der Familie eines sterbend Kranken wird daher erfragt, in wie weit die ärztliche und pflegerische Versorgung des Kranken geklärt ist. Verlässliche ärztliche und pflegende Partner sind für eine situations- und klientengerechte Begleitung unerlässlich. Dabei fällt auf, dass eher onkologische Praxen als Pflegedienste über den EAHP informieren und sterbend Kranke an den EAHP vermitteln. Der EAHP unternimmt ca. 20 bis 24 Begleitungen zeitgleich. Er ist erreichbar über eine regelmäßige Sprechzeit, die einmal wöchentlich angeboten wird, ein Notfallhandy und einen Anrufbeantworter. Die Begleitungen finden vorwiegend am Tag statt; auch Nachtwachen werden bei Bedarf vereinbart; dafür ist die Koordination mehrerer Mitarbeiterinnen nötig. Supervision wird als zentrales Element der unterstützenden Begleitung der Ehrenamtlichen wahrgenommen. Externe Supervisionen entlasten die beiden Koordinatorinnen.

Zu den Kirchengemeinden bestehen gute Kontakte, die eher über die ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen selbst als über Nachfragen von Pfarrer/innen entstanden. Klienten werden im Erstgespräch auf ihre Konfessionalität hin befragt. Pfarrer/innen werden bei Bedarf als Seelsorger hinzugezogen. Besonders gut ist der Kontakt zu den Klinikseelsorger/innen in Potsdam. Ein Ziel der Begleitungen ist es, jedem die für ihn passende spirituelle Begleitung anzubieten. Die Gedenkfeier für Trauernde, die einmal im Jahr angeboten wird, findet an einem neutralen Ort und mittels eines konfessionsneutralen Rituals statt. Wünschenswert wäre, dass die Gemeindepfarrer/innen den EAHP stärker als bisher als Kooperationsangebot wahrnehmen, dadurch die christliche Ausrichtung des EAHP stärken würden und ihn zugleich als entlastende Unterstützung in Anspruch nehmen könnten.

Über die Sterbe- und Trauerbegleitung hinausgehende Anfragen, die auf Besuchsdienste in Kirchengemeinden zielen, müssen negativ beantwortet werden. Die beiden Koordinatorinnen sehen Aufgabenfelder, die ein größeres Angebot an qualifizierten Ausbildungen in Trauerbegleitung sowie eine der Sterbebegleitung entsprechende Behandlung durch Finanzierungsträger (Krankenkassen) plausibel machen würden.

Derzeit leitet eine ehrenamtliche Mitarbeiterin mit einjährigen Ausbildung als Trauerbegleiterin auf Basis einer Mehraufwandsentschädigung einen offenen, einmal im Monat stattfindenden Gesprächskreis sowie das alle vierzehn Tage geöffnete Trauercafé. Am Gesprächskreis nehmen zur Zeit ausschließlich Frauen im Alter von über 60 Jahren teil, die ihren Ehemann verloren haben. Neben die Aufgabe, die Trauernden ins Leben zurückzuführen, tritt aus der Gender-Perspektive insbesondere das Ziel, Frauen zu ermutigen, ihren Gefühlen verbal Ausdruck zu verleihen, in den Mittelpunkt.

Motive der Ehrenamtlichen für ihr Engagement sind das Nachdenken über das eigene oder Erfahrungen mit fremdem Sterben, teils im Familien- oder Bekanntenkreis, teils im Kontext der beruflichen Tätigkeit. Außerdem werden die Ausbildung und die ehrenamtliche Besuchsdienste häufig als bedeutsame Qualifizierung für den Bereich der eigenen Berufstätigkeit erlebt. Die Ausbildung der Ehrenamtlichen geschieht in einem einjährigen Kurs nach dem so genannten Celler Modell: Auf eine Infophase und ein Einzelgespräch bezüglich eigener Erfahrungen im Kontext von Sterben, Tod, Verlust, Helfen folgt der Einführungskurs mit acht thematischen Abenden, der Grundlagen der seelsorglichen Haltung und Gesprächsführung vermittelt. Daran schließt sich eine Praktikumsphase an, in der eine seelsorgliche Begleitung einer nicht sterbenden Person im Krankenhaus, Altenheim o. ä. vereinbart wird. Darauf folgt der Aufbaukurs, der seelsorgliche Haltung, Rollenverständnis und Beziehungsgestaltung noch einmal vertieft. Erst im Entscheidungsgespräch zum Ende des Kurses wird die Vereinbarung über die ehrenamtliche Tätigkeit geschlossen. Ausschlusskriterien sind eigene persönliche Krisen wie zum Beispiel aktuelle Befangenheit in Trauer oder auch deutlich hohe zeitliche Belastung durch zum Beispiel Berufstätigkeit und/oder Familie. In Bezug auf die Seelsorge-Ausbildung wird das KSA-Modell als passende und sinnvolle Ergänzung zur einjährigen Ausbildung der Ehrenamtlichen wahrgenommen.

### **Stellungnahme**

Die Besuchsgruppe ist zutiefst beeindruckt von dem hohen und kontinuierlichen Engagement der Ehrenamtlichen. Die ausgezeichnete Qualität der Ausbildung, die kompetente Auswahl der Helferinnen und Helfer durch die Koordinatorinnen

sowie die sehr gute Teambegleitung und Unterstützung der Ehrenamtlichen wird mit Anerkennung zur Kenntnis genommen. Daran schließt sich die nach unserem Eindruck sehr gute Integration des EAHP in die städtischen Bezüge Potsdam an. Aus Aufbau und Tätigkeit des EAHP lassen sich Kriterien für die Gestaltung eines kirchlichen Arbeitsfeldes ableiten, die die erfolgreiche Arbeit des EAHP ausmachen: Aufnahme eines echten gesellschaftlichen Bedarfs und Anliegens; professionelle Auswahl und Ausbildung der Mitarbeiter/innen; kontinuierliche, von Unterstützung und Wertschätzung geprägte Begleitung; Vernetzung mit allen in Frage kommenden Kooperationspartnern; Impulse aus der eigenen Arbeit in andere kirchliche und gesellschaftliche Arbeitsfelder hinein; tragfähige ökumenische Zusammenarbeit. Die Visitationsgruppe nimmt wahr, dass es dem EAHP gut gelingt, die spirituellen Bedürfnisse von sterbend Kranken und von Angehörigen sehr adäquat aufzunehmen. In Hinsicht auf die vielfältige, nur in Teilen kirchlich geprägte religiöse Landschaft in Brandenburg sehen wir hierin eine besondere seelsorgliche Kompetenz. Die Kommission ermutigt die beiden Koordinatorinnen darüber nachzudenken, ob das bisher »neutral« gestaltete Gedenken an die Verstorbenen nicht doch auf der Grundlage der christlichen Tradition so gestaltet werden kann, dass eine Beheimatung im christlichen Glauben möglich wird.

Der EAHP wünscht sich einen weiteren Ausbau der Trauerarbeit; ein stationäres Hospiz bzw. Palliativbetten in Potsdam sowie eine noch bessere Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Hausärzt/innen und Sozialstationen. Die Visitationskommission würde eine derartige Weiterentwicklung begrüßen.

### **2.1.11. CHRISTLICHER HOSPIZDIENST GÖRLITZ**

---

#### **Der christliche Hospizdienst Görlitz**

Der Christliche Hospizdienst Görlitz wird ökumenisch getragen. Erste Überlegungen zu einem Hospizdienst wurden durch die Woche für das Leben im Jahr 1996 angeregt. Zunächst entstanden eine ehrenamtliche Gruppe bei den Maltesern und eine in der Diakonie. Der Entschluss, gemeinsam den Hospizdienst

wachsen zu lassen, führte 1998 zu einem Vertrag und 2003 zur Übernahme von Trägerverantwortung durch den Caritasverband, das Diakonische Werk, den Malteserhilfsdienst und den Verein für Diakonie und Stadtmission. Der Christliche Hospizdienst Görlitz versteht sich als ökumenische Arbeitsgemeinschaft von sich hauptsächlich ehrenamtlich engagierenden Mitgliedern, die unter dem Dach der vier Träger zusammen kommen. Es ist ihr Anliegen, sich im Raum Görlitz der besonderen Notlage von Sterbenden und ihren Angehörigen anzunehmen, ihnen Begleitung anzubieten sowie möglichst lange ihre Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu erhalten. Dies beinhaltet, sofern gewünscht, den Versuch, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen. Handlungen im Sinne der aktiven Sterbehilfe werden abgelehnt.

#### **Der Besuch**

Die Mitglieder der Visitationskommission erhielten zur Vorbereitung des Besuches die entsprechenden Unterlagen per Post zugesandt. Die Visitationsgruppe wurde sehr gastfreundlich im Haus des Malteser Hilfsdienstes empfangen. Hier befindet sich das Hospizbüro. Zunächst erfolgte eine Vorstellungsrunde, bei der Motive und Motivationsgründe dargelegt wurden. Die Angehörige eines Verstorbenen nahm an dem Gespräch teil. Sie berichtete von der Sterbebegleitung ihres Mannes durch den Hospizdienst. Die Mitglieder des christlichen Hospizdienstes Görlitz sehen ihre gemeinsame Grundlage im christlichen Glauben gegeben. Sie orientieren sich an den Grundsätzen des christlichen Menschenbildes. Im Hinblick auf die an sie herantretenden Hilfesuchenden ist der Hospizdienst bereit, eine Sterbebegleitung unabhängig von der religiös-weltanschaulichen Bindung der betreffenden Person zu übernehmen. Ausbildung und Vorbereitung für den Hospizdienst geschieht nach dem Celler Model. Der Christliche Hospizdienst Görlitz macht es sich zur Aufgabe, den Themenbereich »Sterben, Tod und Trauer« in geeigneter Form zu thematisieren, Hilfestellung zum Umgang mit diesem Thema anzubieten und die öffentliche Wertschätzung für ehrenamtliches Engagement zu stärken. Der Christliche Hospizdienst Görlitz hat mit drei Pflegediensten Kooperationsvereinbarungen geschlossen. Er ist auf der Palliativstation des Malteser Krankenhauses St. Carolus tätig.

### Stellungnahme

Die Besuchsgruppe dankt für die gastliche Aufnahme und für die Bereitschaft, der Visitationskommission Einblicke in die Arbeit zu gewähren. In der Begegnung mit den ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter/innen wurde ohne viel Worte erkennbar, dass die für die Sterbebegleitung nötige Kraft aus dem christlichen Glauben der Helferinnen und Helfer heraus erwächst. Die Visitationskommission wünscht dem Christlichen Hospizdienst Görlitz viel Erfolg bei der weiteren Etablierung seines Dienstes und empfiehlt die Vernetzung mit anderen Hospizdiensten, die im Rahmen der Visitation besucht wurden. Vielleicht wäre es eine Möglichkeit, einen Mitarbeiterausflug nach Berlin, Potsdam oder Berlin zu planen?

Sterben und Tod passen nicht in eine Gesellschaft, die sich ausschließlich an Jugendlichkeit, Leistung und Fortschritt orientiert. Sterbende Menschen befinden sich häufig jenseits der Grenzen unseres alltäglichen Lebens. Sie werden isoliert und sterben oft schon den sozialen Tod vor dem eigentlichen Tod. Das Erleben solcher Prozesse erzeugt Ängste und führt dazu, dass sich viele Menschen große Sorgen über die letzte Phase ihres Lebens machen. Sie fragen sich mit großer Unruhe, wie wohl ihr eigenes Leben zu Ende gehen wird. Diese Unsicherheiten werden von denjenigen instrumentalisiert, die für die gesetzliche Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland plädieren. Dabei wird dem Wahn einer allumfassenden Autonomie des Einzelnen über sein gesamtes Leben weiter Vorschub geleistet. Die Visitationskommission nimmt die entsprechenden Argumentationsmuster mit Befremden zur Kenntnis.

Nach christlichem Verständnis liegen Leben und Sterben der Menschen in Gottes Hand. Deshalb ist das Abwarten des Todes die angemessene Haltung. Das heißt nicht, dass Menschen im Blick auf den Tod nicht handeln dürfen. Im Gegenteil! Es zeichnet den Menschen aus, dass er auch dazu bestimmt ist, sein Sterben zu bedenken und zu gestalten. Doch das Sterben eines Menschen lässt sich nicht planen. Selbstbestimmung und Fürsorge durchdringen und bedingen sich sowohl im Blick auf das gesamte Leben als auch im Blick auf das Lebensende gegenseitig. In das Sterben des einzelnen sind andere Menschen eingebunden: Angehörige, Freunde, Pflegende, Ärzte, Seelsorger.

Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben und auf diesem schweren Weg von einer Person ihres Vertrauens begleitet werden. Doch ein solches Lebensende im Kreis von Familie, Angehörigen und Nachbarn ist in den letzten Jahrzehnten selten geworden. In unserer Gesellschaft sterben Menschen heute mehrheitlich in Einrichtungen der Altenhilfe und Krankenhäusern. Dort wird ihnen eine fachkundige medizinisch-pflegerische Betreuung zuteil, wie sie in früheren Jahrhunderten unbekannt war. In den letzten Jahren ist ein stärkeres Bewusstsein dafür gewachsen, dass zu der medizinischen-pflegerischen Versorgung eine verlässliche Form der menschlichen Zuwendung hinzutreten muss. Die Besuche der Visitationskommission haben gezeigt, dass die aufgesuchten Einrichtungen eine Praxis entwickelt haben, wie sie die Sterbenden und ihre An-

gehörigen in dieser besonderen Situation angemessen begleiten können. Die in den jeweiligen Einrichtungen gefundenen Antworten und Lösungen sind ermutigend. An ihnen lässt sich erkennen, dass hier ein Weg beschritten wurde, der das Ziel eines Lebens in Würde bis zuletzt fest in den Blick genommen hat. Dies wird sich mittel- oder aber zumindest langfristig auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen auswirken.

Der Wunsch nach einem Sterben im häuslichen Umfeld könnte häufiger erfüllt werden, als es zur Zeit geschieht. Insbesondere dort, wo ambulante Hospizdienste und in der Palliativmedizin geschulte Ärzte und Pflegedienste gut kooperieren, können Angehörige eine Sterbebegleitung im häuslichen Umfeld wagen. Dieser Mentalitätswandel ist vor allem denjenigen zu verdanken, die sich in den vergangenen Jahrzehnten in der Seelsorge- und Hospizbewegung, im Aufbau der Palliativmedizin und in der Diakonie für die Wünsche und Bedürfnisse Sterbender engagiert haben.

### **2.2.1. STERBEN IN EINER SENIORENEINRICHTUNG**

---

Die zunehmende Professionalisierung und Ökonomisierung der Arbeit in den Einrichtungen der Altenhilfe hat in den letzten Jahrzehnten sukzessive dazu geführt, dass den Bewohner/innen von Senioreneinrichtungen im Normalfall eine fachkundige medizinisch-pflegerische Betreuung zugute kommt. Durch den Einsatz eines lernenden Qualitätsmanagements werden Bildungsmaßnahmen zur Kompetenzentwicklung durchgeführt. Leitbild, Pflegekonzept, Qualitätshandbuch und Weiterbildungen fördern eine fachgerechte, personenbezogene und der persönlichen Lebenssituation angemessene Pflege und Betreuung der Bewohner/innen. Fortschritte auf diesem Gebiet spiegeln sich unter anderem in der höheren Lebenserwartung der Menschen und in der Beliebtheit der entsprechenden Einrichtung. Zugleich tauchen Fragen auf, die sich früher so nicht gestellt haben. Insbesondere der aus der Seelsorgebewegung erwachsene Hospizgedanke und ein neuer Blick auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin haben die Maßstäbe verändert. Die vorbildliche Praxis einer in stationären und ambulanten Hospizen praktizierten Sterbebegleitung hat die Anfragen an die

Sterbekultur in den Einrichtungen der Altenhilfe verschärft. Gleichzeitig erwuchs aus der Hospizarbeit eine klare Zielvorstellung und ein bewährtes Vorbild, wie eine Sterbebegleitung in Senioreneinrichtungen gestaltet werden könnte. Die Visitationskommission hat bei ihren exemplarischen Besuchen wahrnehmen können, dass die einzelnen Einrichtungen bzw. Träger diese Herausforderung angenommen haben. In den letzten Jahren wurden Leitlinien zum Umgang mit Sterbenden erarbeitet, eine Abschiedskultur entwickelt und die Vernetzung bzw. das Zusammenwirken mit anderen Diensten bedacht. Die Bewohner/innen profitieren schon jetzt von diesen Veränderungen: Durch eine größere Rücksichtnahme auf ihre individuellen Gewohnheiten verfügen sie über ein höheres Maß an Selbstbestimmung, es gibt klare Vorstellungen über eine professionelle Sterbebegleitung, Patientenverfügungen werden respektiert und eine seelsorgerliche Begleitung wird angestrebt.

Es lässt sich insofern feststellen, dass die Einrichtungen der Altenhilfe, die sich in kirchlicher Trägerschaft befinden, einen würdevollen und achtsamen Umgang mit Sterbenden und die Begleitung der Bezugspersonen auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes anstreben und immer stärker zu einem Profilkennzeichen der Diakonie entwickeln.

Dabei stoßen die Einrichtungen allerdings auf Rahmenbedingungen, die der Veränderung bedürfen. Die Visitationskommission nimmt wahr, dass es offensichtlich weiterer Anstrengungen bedarf, um die Begleitung eines sterbenden Menschen mit seinen Angehörigen wirklich in den Aufgabenkatalog der professionellen Krankenbetreuung zu integrieren. Derzeit ist eine Intensität erfordernde Begleitung von Sterbenden als Regelleistung nicht vorgesehen. Die Mitarbeiter/innen, die Einrichtungsleitung und die Träger versuchen dieses Defizit abzufangen. Dabei geraten sie häufig an die Grenzen des Möglichen. Insofern ist es nicht weiter verwunderlich, dass es häufig Burnout-Syndrome gibt. Einrichtungsleitungen bestätigen zudem, wie schwer es ist, geeignete Mitarbeiter/innen zu finden und ein homogenes Team aufzubauen. Es ist zudem nicht nachvollziehbar, dass die Wahrnehmung von Supervision durch die Mitarbeiterschaft nach wie vor nicht gefördert wird. Ein weiteres Problem, mit dem Einrichtungen der Altenhilfe insbesondere im ländlichen Raum zu kämpfen haben, ist die unzureichende ärzt-

liche Versorgung. Hausärzte scheuen den aufwendigen und nur gering vergüteten Gang in die Einrichtungen. An Wochenenden und nachts sind die Hausärzte häufig nicht erreichbar. Bewohner/innen müssen deshalb häufig in den letzten Tagen und Stunden ihres Lebens in Krankenhäuser verlegt werden. Auf diese Weise sterben sie dann in einer für sie und die Angehörigen fremden Umgebung.

### **2.2.2. STERBEN IM KRANKENHAUS**

---

Ein Krankenhaus ist eine Einrichtung, in der durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung die Krankheiten, Leiden oder körperlichen Schäden festgestellt und geheilt oder gelindert werden. Auch die Geburtshilfe und die Sterbebegleitung rechnen zu den Aufgaben eines Krankenhauses. Rechtlich wird in Deutschland unter einem Krankenhaus ein Betrieb im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verstanden, in dem die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können. Das moderne Krankenhaus ist ein Dienstleistungsanbieter im Sektor Gesundheitswesen. Seine Aufgaben liegen darin, den kranken, leidenden und Hilfe suchenden Menschen ein umfassendes Angebot an zum Teil hoch spezialisierter Diagnostik und Therapie zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation anzubieten. Diese Aufgabe wird als Krankenhausbehandlung bezeichnet und umfasst die Bereiche der Notfallbehandlung, der vollstationären und teilstationären Behandlungen, der vorstationären und nachstationären Behandlungen sowie die ambulante Behandlung. Krankenhäuser unterliegen einem enormen wirtschaftlichen Druck. Sie müssen sich häufig einem Wettbewerb aussetzen, der zusätzlich durch eine Überkapazität an Krankenhausbetten verschärft wird.

In ihrer Gründungszeit hießen die Krankenhäuser häufig »Hospitäler«. Das erinnert daran, dass diese Einrichtungen im 19. Jahrhundert eine den heutigen Hospizen ähnliche Zielsetzung hatten: Menschen, denen sonst niemand helfen konnte, sollte pflegerische Hilfe und Geborgenheit geboten werden. Die meisten Menschen wünschen sich, dass sie zu Hause sterben können, weil sie den wichtigen Aspekt der Geborgenheit nicht mit dem anonymisierten und technisierten Krankenhausbetrieb in Verbindung bringen können. Die Realität sieht jedoch so

aus, dass mehr als die Hälfte der Menschen ihr Leben im Krankenhaus beendet. Dieses Lebensende ist im Moment sehr teuer: im letzten Jahr des Lebens fallen statistisch gesehen etwa 70 Prozent der gesamten Behandlungskosten an, die eine Person im Laufe ihres Lebens verursacht. Der hohe finanziellen Einsatz vermag die mit dem Sterben verbundenen Ungewissheiten und Ängste nicht zu entkräften. Niemand möchte alleingelassen irgendwo am Rande eines langen Flures auf einer Trage oder umgeben von piependen Apparaten sterben.

Die Erwartungen an die im Krankenhaus anzutreffenden Rahmenbedingungen und an die Mitarbeiter/innen nehmen zu. Das Personal in den Krankenhäusern soll nicht nur wirtschaftlich und effizient die rein technisch-medizinischen Aufgaben erfüllen, sondern auch Tätigkeiten übernehmen, die sich früher im Verantwortungsbereich der Familien befanden. Im Krankenhaus existieren jedoch genau dieselben Tabus, wie in der Öffentlichkeit. Die Pflegenden sehen sich häufig nicht in der Lage, dem Menschen in seiner letzten Lebensphase angemessenen Beistand zu geben. Sie verbergen dabei ihre eigenen Ängste und weichen dem Kranken aus, um so die eigene Hilflosigkeit zu verbergen. Häufig sagen sie, dass ihre Ausbildung sie nicht ausreichend auf den Umgang mit Sterbenden vorbereiten konnte. In diesen Situationen wird oft die technische Seite der Pflege bis zur Perfektion durchgeführt. Der Patient wird versachlicht und damit fast zum Gegenstand erklärt. Das schafft Distanz. So kann es geschehen, dass das Personal sich um die Herz- und Pulsfrequenz, das Elektrokardiogramm und die Lungenfunktion kümmert, aber nicht um den Patienten als Persönlichkeit.

Die Pflegenden müssen noch stärker lernen, mit dem Tod und dem Sterben umzugehen. Die Sterbenden brauchen Mitarbeiter/innen mit der empathischen Fähigkeit zur Annahme ihrer Person. Zugleich benötigen sie den Einsatz aller Kräfte des Verstandes und die beste medizinische Behandlungsweise. Leider kommt das Thema Sterben in der Ausbildung der Ärzte und Pflegekräfte nicht in ausreichender Weise vor. Ärzte haben gelernt, Leben zu erhalten und erleben das Sterben von Patienten häufig als persönliche Niederlage. Die Abläufe im Krankenhaus sind, die Palliativstationen ausgenommen, auf den effizienten Umgang mit Ressourcen (Therapie, Pflege, Wege, Zeit, Geld) angelegt. Der dadurch entstehenden Dynamik werden die Bedürfnisse der Patienten oft untergeordnet.

Das Krankenhaus ist im Selbstverständnis vieler Menschen ein Ort der Heilung, kein Ort zum Sterben. Diese Auffassung spiegelt sich im Finanzierungssystem der Krankenkassen. Die Pflege Sterbender ist nicht vorgesehen. Die ständig sich verbessernden medizinischen Möglichkeiten suggerieren der Gesellschaft, dass Sterben weitgehend vermieden oder wenigstens lange hinausgeschoben werden kann. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Angst vor dem Sterben sind völlig unzureichend. So sind alle Seiten, Betroffene, Angehörige und medizinisches Personal, schlecht oder auch gar nicht auf das Sterben eines Menschen vorbereitet. Patienten und Angehörige fragen misstrauisch, ob das Krankenhaus auch alles tue, um das Leben zu erhalten. Sie drohen andernfalls mit Klagen; das Krankenhaus, Ärzte und Pflegenden müssen solche Klagen fürchten und vermeiden. Deshalb fällt es ihnen schwer, Patienten zu empfehlen, auf eine Therapie zu verzichten, auch wenn ihr Nutzen in Frage steht.

Die evangelischen Krankenhäuser arbeiten unter den gleichen Rahmenbedingungen wie Häuser in nichtkirchlicher Trägerschaft. Sie sind bestrebt, ein bewusstes Zeichen des christlich motivierten Dienstes am Nächsten zu setzen. Auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes achtet die Mitarbeiterschaft die Würde des kranken und pflegebedürftigen Menschen. Das Personal will ihn heilen, pflegen, trösten, betreuen und im Sterben begleiten. Der in der Form einer Patientenverfügung dokumentierte Wille eines Patienten wird in die Entscheidungsfindung einbezogen. Die Leitung der evangelischen Häuser fördert den Dialog zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in ethischen Fragen der Diagnostik, der Therapie, der Pflege und der Forschung. Denken, Forschen und Handeln lassen sich von den Grundorientierungen der christlichen Ethik leiten. Evangelische Häuser bieten den Patient/innen und deren Angehörigen Seelsorge an. Auch Mitarbeiter/innen erfahren seelsorgerliche Unterstützung. Das geistliche Leben in den evangelischen Einrichtungen wird auch durch den Unterhalt von Kapellen und Andachtsräumen gefördert. In der Regel sind evangelische Krankenhäuser Mitglied im Diakonischen Werk und fördern die Zusammenarbeit mit anderen diakonischen Trägern.

Die Visitationskommission hat mit Dankbarkeit wahrgenommen, dass sich die evangelischen Krankenhäuser den aus der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen erwachsenden Aufgaben stellen. Die Seelsorger/innen präsentieren diese Bereitschaft auf besondere Weise durch ihre Anwesenheit und Ansprechbarkeit. Krankenhauskapellen, Gottesdienste, Aussegnungen, Gebete am Bett, die Feier des Abendmahls, Krankensalbungen und die Zuwendung im Gespräch kennzeichnen das Krankenhaus als einen kirchlichen Ort. In den Zielsetzungen und Selbstverpflichtungen, die sich aus dem jeweiligen Leitbild, dem Qualitätshandbuch und den entsprechenden Richtlinien ergeben, werden Angebote für schwerkranke und sterbende Patient/innen ebenso formuliert wie die Begleitung Sterbender oder der Umgang mit Tot- und Fehlgeborenen. Auf diese Weise wird willkürlichen Entscheidungen vorgebeugt. Das ethisch-moralische Verantwortungsbewusstsein der Mitarbeiterschaft kann so gestärkt werden. Wünschenswert wäre es, wenn das Angebot einer Supervision für diejenigen unter der Mitarbeiterschaft ausgebaut werden könnte, die in den Grenzbereichen des Lebens tätig sind.

### **2.2.3. STERBEN IM HOSPIZ**

---

Seit der Gründung des ersten stationären Hospizes 1967 in London hat sich die Hospizbewegung – und mit ihr die Palliativmedizin stark ausgebreitet und entfaltet. Das Entstehen der Hospizbewegung lässt sich nur erklären, wenn die Schattenseiten der Medizin in den Blick genommen werden. Ihr Erfolg beruht auf der weit verbreiteten Erfahrung, dass die klinische Medizin die Bedürfnisse eines erkrankten Menschen auf das Motiv der Befreiung von der Krankheit reduziert. Durch diese Rahmensetzung erreicht man einerseits eine hohe Effizienz bei der Heilung von Krankheiten und erzeugt andererseits ein Versagen im Umgang mit unheilbar Kranken und Sterbenden.

Im Mittelpunkt der Hospizbewegung steht die Selbstverpflichtung, die Arbeit an den Wünschen und Bedürfnissen des Sterbenden auszurichten. Dazu zählen die soziale Geborgenheit, die Linderung körperlicher Schmerzen, die psychische Entlastung von unerledigten Geschäften und die seelsorgerliche Begleitung beim Aufbrechen von Glaubens- und Sinnfragen. Sowohl die Einbeziehung der Angehörigen in die Sterbebegleitung als auch die Trauerbegleitung der Hinterbliebenen entspricht der zugrunde liegenden Mehrdimensionalität im Ansatz der Hospizarbeit.

Die Hospize sind hervorragende Beispiele für die kooperative Zusammenarbeit unterschiedlich ausgebildeter Personen. Die gelingende Teamarbeit von Ärzten, Pflegedienst, Sozialdienst, Ehrenamtlichen, Angehörigen und Seelsorger/innen ermöglicht eine vorbildliche Sterbebegleitung.

Sterbende äußern sehr oft den Wunsch nach Menschen, die bei ihnen aushalten und mit dem Thema »Sterben« frei umgehen können. Weiter hoffen die Gäste darauf, ihr Sterben annehmen zu können, d.h. loslassen zu können und auch losgelassen zu werden. Ein wichtiges Grundelement einer gelingenden Sterbebegleitung bildet die Einbeziehung von Ehrenamtlichen. Sie verhindern die Ausbreitung einer unterkühlten Routine und repräsentieren in gewisser Weise die Normalität des Lebens im Hospiz. Mit Hilfe einer profilierten Ausbildung für Sterbebegleiter/innen, die in der Regel nach einem im Gemeindegottesdienst entwickelten Modell durchgeführt wird, bereiten sich die Ehrenamtlichen auf ihren Dienst vor. Dabei werden sie von einer Koordinatorin begleitet und geführt. Es gibt klare Verabredungen über Umfang, Dauer und Art des Einsatzes. Supervision, Weiterbildung und der Austausch im Kreis der Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen tragen zur Psychohygiene bei.

Sterbende wünschen sich eine adäquate Schmerz- und Symptomkontrolle. Der Kommission wurde im Rahmen der Visitation deutlich, dass die im Berliner Raum an Krebs erkrankten Menschen mit einer verlässlichen Schmerz- und Symptomkontrolle durch Home-Care rechnen können. Das ist allerdings eine bundesweite Ausnahme. Im Normalfall sind die palliativ zu versorgenden Patienten, die sich

nicht in einem Krankenhaus befinden, auf die begrenzte Kompetenz und Erreichbarkeit ihres Hausarztes angewiesen. Insofern gibt es auf diesem Gebiet nach wie vor Handlungsbedarf, damit der weitere Ausbau der Palliativmedizin ermöglicht werden kann.

Der Sozialdienst bietet den betroffenen Menschen in Abstimmung mit den Angehörigen die Chance, unerledigte Dinge zu ordnen. Das trägt dazu bei, dass es Sterbenden eher gelingt, loslassen zu können. In den Bereich der seelsorgerlichen Begleitung gehört die Unterstützung Sterbender bei dem Versuch, Beziehungen zu klären und das eigene Leben vor Gott und mit Gott in Ordnung zu bringen. Fragen nach dem Glauben, nach dem Sinn des Lebens, nach Schuld und Vergebung spielen dabei häufig eine große Rolle. Ein Hospiz kann das Sterben nicht verhindern, aber die Seele kann heil werden. Die von der Visitationskommission besuchten Hospize verfügen inzwischen alle über eine abgestimmte und reflektierte geistliche Praxis. Es gibt regelmäßige Gottesdienste, in denen an die im Hospiz verstorbenen Personen gedacht wird. Rituale, wie die Aussegnung der Gestorbenen, die Erinnerung in Form von Fotos, Bucheinträgen oder einer brennenden Kerze, das Anbringen eines Sterns mit dem Namen der jeweils verstorbenen Person an einer Sternenwand etc. zeigen, dass Tod, Trauer, Abschied und die christliche Hoffnung auf die in Christus verankerte Auferstehung die Sterbebegleitung prägen. Mit Hilfe dieser Gestaltungselemente können Angehörige ihre Trauer eher bewältigen. Zugleich gilt, dass die im Hospiz tätigen haupt- und ehrenamtlichen Personen ebenfalls rituell gestaltete Formen des Umgangs mit dem Sterben benötigen.

Die bisher vorhandenen stationären Hospizplätze im Bereich der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und im Bereich der schlesischen Oberlausitz im Freistaat Sachsen) reichen nicht aus. Die Folge ist, dass es bereits prophylaktische Anmeldungen im Hospiz gibt. Einzelne Personen erhalten die Diagnose »Krebs« und melden sich dann schon an, auch wenn noch völlig unklar ist, wie die Prognose aussieht. Beunruhigende Berichte über Altenpflegeheime und Krankenhäuser befördern solche Anmeldungen zusätzlich.

Die Ergänzung der stationär arbeitenden Hospize durch ambulante Hospizdienste hat sich inzwischen bewährt. Ambulante Hospize machen es sich zur Aufgabe, sterbende Menschen und deren Angehörige in der letzten Phase ihres Lebens zu Hause zu begleiten, damit die Sterbenden in dieser Zeit so bewusst und zufrieden wie möglich leben können. Hospize wollen den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Sie leben aus der Hoffnung und Überzeugung, dass sich Patienten und ihre Familien so weit geistig und spirituell auf den Tod vorbereiten können, dass sie bereit sind, ihn anzunehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass eine angemessene medizinisch-pflegerische Versorgung gewährleistet ist und dass es gelingt, eine Gemeinschaft von Menschen zu bilden, die sich der Bedürfnisse von Menschen in der letzten Lebensphase verständnisvoll annimmt.

Alle Anstrengungen, die menschlich und fachlich kompetente Betreuung am Lebensende zu einem verbrieften Recht für alle Menschen in unserer Gesellschaft zu machen, können nur begrüßt werden. Die Einfügung der ambulanten und stationären Hospizleistungen in das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein wichtiger Schritt. Sowohl die Anstrengungen zugunsten einer Ausweitung der Palliativversorgung als auch die weitere Förderung von Hospizeinrichtungen sind nötig. Im Ergebnis der durchgeführten Besuche hält es die Visitationskommission ebenfalls für sinnvoll, die derzeit geltenden Rahmenbedingungen dahingehend zu prüfen, wie eine enge Kooperation von Hausärzten, Sozialstationen und Hospizdiensten befördert werden kann.

#### **2.2.4. ZU HAUSE STERBEN**

---

Viele Menschen machen sich große Sorgen über die letzte Phase ihres Lebens. Sie fragen sich, wie ihr Leben zu Ende gehen wird. Es kann für alle Beteiligten das größte Geschenk sein, wenn sich einer Sterbenden bzw. einem Sterbenden die Möglichkeit eröffnet, zu Hause im vertrauten Umfeld zu sterben. Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben. Die Vorstellung von einem Lebensende im Kreis von Familie, Angehörigen, Freunden oder Nachbarn nimmt vielfach die vorhandenen Ängste. Der Wunsch nach einem Sterben im häuslichen Umfeld

kann häufiger erfüllt werden als es zur Zeit geschieht. Insbesondere dort, wo ambulante Hospizdienste, in der Palliativmedizin geschulte Ärzte und Pflegekräfte gut kooperieren, können Angehörige eine Sterbebegleitung im häuslichen Umfeld wagen. Die Erfahrungen, die sich diesbezüglich in den ambulanten Hospizdiensten sammeln, sind eindrücklich und ausgesprochen ermutigend.

#### **2.2.5. SEELSORGE**

---

Menschen seelsorgerlich zu begleiten, gehört zu den wichtigsten Aufgaben christlichen Handelns. Dies gilt insbesondere für die Begleitung sterbender Menschen, ihrer Angehörigen und der Mitarbeiterschaft in den entsprechenden Einrichtungen. Die Seelsorger/innen sind sowohl in kommunalen und gemeinnützigen als auch in den konfessionellen und privaten Krankenhäusern tätig. Sie kommen direkt zu den Patient/innen auf die Station und sind für Angehörige und Mitarbeitende ansprechbar. Sie bieten Menschen im Krankenhaus an, mit ihnen über das zu sprechen, was sie bewegt. Sie nehmen sich Zeit für Menschen, die sich mit den Grenzen des Lebens auseinandersetzen, die nach Orientierung fragen und die Abschied nehmen müssen. Angehörige und Mitarbeiter/innen finden in den Seelsorger/innen Gesprächspartner, mit denen sich die erfahrenen Grenzsituationen und seelischen Belastungen beraten lassen. Häufig geben die in der Seelsorge tätigen Personen den Anstoß dazu, dass Krankenhäuser oder Einrichtungen der Altenpflege sich den Fragen öffnen, wie eine Sterbebegleitung ermöglicht werden kann. Im Zuge solcher Prozesse gelingt es häufig, eine kleine Krankenhauskapelle bzw. einen Raum der Stille einzurichten, angemessene Rituale zu entwickeln und so Räume des Abschiednehmens zu eröffnen.

### **Der Evangelische Verband für Altenarbeit und pflegerische Dienste (EVAP)**

Marlies Jensen, die Leiterin des EVAP, und Burkhardt Batze, Referent für offene Altenarbeit, begrüßten die Mitglieder der Visitationskommission und stellten die Arbeit des Evangelischen Verbands für Altenarbeit und pflegerische Dienste im DWBO vor.

Der Anfang der neunziger Jahre entstandene Verband ist zuständig für die stationäre und ambulante Altenarbeit, für Pflege, Hospizeinrichtungen, Seniorenwohnhäuser und für das Berliner Projekt »Haltestelle«, einem besonderen Angebot für unter Demenz leidende Personen. Der EVAP vertritt mehr als 110 stationäre und 76 ambulante Einrichtungen, 30 Seniorenwohnhäuser und 60 Kirchengemeinden, die in der Altenarbeit stark engagiert sind.

Die Verbandsarbeit finanziert sich unter anderem aus den in der Beitragordnung festgesetzten Mitgliedsbeiträgen. Im EVAP arbeiten insgesamt 9 Mitarbeiter/innen mit unterschiedlichem Stellenumfang. Burkhardt Batze ist seit mehreren Jahren als Referent für offene Altenarbeit mit einem Beschäftigungsumfang von 14 Wochenstunden tätig. Seit 18 Monaten gehört der expandierende Arbeitszweig der Hospizarbeit in seinen Zuständigkeitsbereich. Dafür stehen ihm derzeit ausschließlich 10 Wochenstunden zur Verfügung. Sie werden zu gleichen Teilen vom EVAP und vom Krankenhausverband finanziert. An der Personalsituation lässt sich erkennen, dass die als Stärkung der einzelnen Hospizeinrichtungen benötigte Verbandsarbeit aus der ersten Pilotphase heraus weiter entwickelt und verstetigt werden muss.

Ab 2008 hofft der Arbeitsbereich Hospiz auf eine Kollekte der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz. Mit diesen Mitteln soll die Hospizarbeit und der Bereich Palliativ-Care sowohl durch gezielte Projekte als auch durch Fort- und Weiterbildungen gestärkt werden.

Herr Batze vertritt den EVAP sowohl in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin als auch in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz (LAG) in Brandenburg. In der Zusammenarbeit mit der LAG Berlin gibt es eine Einigung über ein Verfahren zum gegenseitigen Informationsaustausch. Die Einbeziehung der Hospizeinrichtungen im Bereich der schlesischen Oberlausitz befindet sich derzeit noch im Auf-

bau. In der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz ist der EVAP nicht als Mitglied registriert. Er weiß sich durch das Diakonische Werk der EKD professionell vertreten.

Viermal im Jahr lädt Herr Batze die Koordinator/innen der Hospizeinrichtungen zum Konvent Hospiz ein. Dieses Forum ermöglicht die gezielte Information, die Koordination, die Fortbildung, die Beratung in inhaltlichen Fragen und die Klärung betriebswirtschaftlicher Themen. Der gegenseitige Erfahrungsaustausch wird als ausgesprochen hilfreich angesehen. Relevante Fragen können so mit Kolleginnen und Kollegen beraten und diskutiert werden.

Der EVAP wartet derzeit mit Spannung auf die von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz angekündigte Broschüre zum Thema Hospiz und auf die in Arbeit befindliche Handreichung der EKD für den Bereich der Altenhilfe.

Zu den Herausforderungen, vor denen der Verband steht, zählen folgende Punkte:

- Ausbau und Gewährleistung der Arbeitsfähigkeit des Bereichs Hospiz im EVAP
- Arbeit am diakonischen Profil im EVAP
- Verbesserung der Unterstützungsangebote zur Mitarbeiterführung in den Einrichtungen
- Weiterarbeit an der Integration der übernommenen ehemaligen kommunalen Einrichtungen
- Bewusstseinswandel: Pflege hat Perspektive und Zukunft!
- Perspektiven für den Umgang mit Menschen, die durch die Maschen des sozialen Sicherungsnetzes hindurch gefallen sind. Wer, wenn nicht wir?
- Konzeptionelle Arbeit für den Bereich der »jungen Alten«
- Ideen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Kirche und Diakonie

### **Der Besuch im Konvent Hospiz**

Burkhardt Batze heißt die anwesenden Mitglieder des Konvents und die Gäste aus der Visitationskommission herzlich willkommen. Nach Andacht und Vorstellungsrunde verabredet der Konvent, die Beschäftigung mit dem EKD-Text »Sterben hat seine Zeit« auf das nächste Treffen am 29. August 2006 zu verschieben, um so mehr Zeit für das gemeinsame Gespräch zu haben.

Am Konvent Hospiz nahmen folgende Personen teil: Burkhardt Batze, EVAP, Bernd Butschkau, Hospizinitiative Eberswalde, Petra Nimz, Koordinatorin des Netzwerkes »Leben bis zuletzt«, Rathenow, Monika Krauß, Ambulanter Palliativ- und Hospizdienst Luckenwalde, Susanne Knüppel, Regine Hildebrandt Haus, Frankfurt/Oder, Martin Stoelzel-Rhoden, Johannes-Hospiz e.V., Cornelia von Hackewitz, Netzwerk Palliativ Fürstenwalde, Heike Borchardt, Ehrenamtlicher Ambulanter Hospizdienst Potsdam, Elke Müller, Ambulante Hospizgruppe Lübben. Die anwesenden Mitglieder des Konvents stellen den Gästen jeweils die von ihnen vertretene Einrichtung vor, beschreiben die derzeitige Situation, benennen ihre Pläne und Ziele oder zeigen Probleme auf. Zusammengefasst ergab sich folgende Momentaufnahme:

1. Die ambulante und stationäre Hospizarbeit und die Einrichtung von Palliativstützpunkten verbreitert nach und nach ihr Netz bis in die Randzonen Brandenburgs. Zahlreiche evangelische Gemeindeglieder engagieren sich in der Hospizbewegung. Derzeit gibt es Bestrebungen in Prenzlau und Templin einen ambulanten Hospizdienst aufzubauen.
2. Es entstehen entsprechend der jeweiligen Situation regionale Bündnisse (zum Beispiel mit der Kirchengemeinde, dem Landkreis und dem Kirchenkreis), die sich dafür einsetzen, dass es möglich wird, sterbende Menschen in Würde bis zuletzt zu Hause zu begleiten, ihnen mit den Möglichkeiten Palliativmedizin beizustehen bzw. sie in einem möglichst nahe gelegenen Hospiz unterzubringen.
3. Die Ausbildungskurse, die Menschen befähigen, als ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer tätig zu werden, werden rege nachgefragt. Sie bieten ein enormes Potenzial. Sie führen zu einem bemerkenswerten Bewusstseinswandel. Dies bestätigt der Konvent Hospiz nachdrücklich. Die Ausbildung orientiert sich fast durchgehend an dem im Evangelischen Gemeindekolleg Celle entwickelten Modellkurs. Die Dimension der lebensgeschichtlichen Seelsorge, die Eröffnung eines Freiraums für das Gespräch über zentrale Menschheitsfragen und die Auseinandersetzung mit biblischen Texten bieten allen, die an einem solchen Kurs teilnehmen, ein enormes Ent-

wicklungspotenzial. Ein Beispiel: In einem Pflegeheim haben bereits elf Personen aus der Mitarbeiterschaft freiwillig einen solchen Kurs besucht. Dies hat in erstaunlicher Weise dazu beigetragen, das diakonische Profil der Einrichtung zu schärfen und die Atmosphäre des Hauses positiv zu prägen.

4. Der Konvent Hospiz bestätigt, dass die Öffentlichkeitsarbeit gegenüber der Ärzteschaft sowie im Gespräch mit den anderen relevanten Berufsgruppen nach wie vor nötig ist. Ein weiteres Ziel ist es, die anfängliche Scheu vor einer solche Beschäftigung mit dem Sterben überwinden zu helfen. Der Konvent Hospiz wünscht sich zudem, eine bessere Verzahnung und Vernetzung beispielsweise mit den Sozialstationen der Diakonie, mit den entsprechenden Einrichtungen, mit den niedergelassenen Ärzten oder mit den Pfarrerinnen und Pfarrern. Für diese Arbeit wird der EVAP besonders benötigt.
5. Die Rahmenbedingungen (Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002) unterstützen den weiteren Aufbau eines Hospiznetzwerkes. Als Problemanzeige wurde mehrfach angesprochen, dass alles, was an Begleitung in öffentlichen Einrichtungen geschieht, nicht finanziert werden kann.

#### **Der Besuch des Fachtags Sterbebegleitung & Palliativmedizin**

Am 12. Mai 2006 lud der EVAP erstmals zu einem Fachtag ein, an dem achtzig Personen teilnahmen. Herr Batze leitete die Veranstaltung. Der Andrang war so groß, dass nicht alle Anmeldungen berücksichtigt werden konnten. Der Fachtag soll wiederholt werden.

Im Mittelpunkt des ersten Fachvortrages des Pflegewissenschaftlers Herr Jocham stand die Klärung der Begrifflichkeiten: Hospiz – Palliativ-Care – Home-Care – Schmerztherapie und die Darstellung der verschiedenen Organisationsformen: stationär, teilstationär, ambulant. Er führte die Notwendigkeit von Palliativmedizin an, denn 25 Prozent aller Todesfälle sind die Folge von Krebserkrankungen. Angesichts der Ergebnisse von Befragungen nach den Kernbedürfnissen sterbender Menschen: nicht allein sein – an einem vertrauten Ort (zu Hause) – in-

mitten vertrauter Menschen, keine Schmerzen – Regelung letzter Dinge – spirituelle Fragen, stellt sich die Frage, wie weit nicht Palliativ-Care auch für andere Patient/innen angeboten werden sollte (Demenz, Parkinson, Menschen mit Behinderungen u. a.). Am Schluss des Referates stand die Forderung nach einem Palliativexperten/-expertin in jedem Pflegeheim und jeder Diakoniestation.

Professor Jarosch, Mediziner an der Evangelischen Fachhochschule Berlin, erläuterte die rechtlichen Grundlagen sowie die ethischen Grundfragen der ärztlichen Begleitung Sterbender. Hier wurde dargestellt, was aktive, indirekte und passive Sterbehilfe ist, was es mit der Schmerzmittelgabe nach dem WHO-Schema auf sich hat, wie mit der Patientenverfügung umzugehen ist. Es schloss sich eine lebhaft diskussion mit den Teilnehmenden an, die die Themen Patientenverfügung und Betreuungsverfügung aufnahm. Ferner wurde die Frage gestellt, was man machen soll, wenn der Hausarzt keine Schmerzmittel verschreibt bzw. nicht in ausreichender Form.

Nach der Mittagspause folgten Berichte aus der Praxis, die den eindrucksvollsten Teil des Fachtages darstellten:

Dazu zählte beispielsweise die Schilderung, wie ein Altenpflegeheim seine Praxis im Umgang mit Sterben und Tod verändert hat. Begonnen hatte das damit, dass der Heimleiter eine Hospizausbildung gemacht hat. Nachdem er davon erzählt hat, folgten ihm darin bis heute elf Mitarbeiter/innen. Dazu gehören auch je eine Mitarbeiterin aus dem Büro und der Küche. Die Kosten werden selber getragen. Es gibt Unterstützung von Ehrenamtlichen, aber die Mitarbeitenden bleiben auch über ihre Dienstzeit hinaus an dem Bett von Sterbenden sitzen. Inzwischen ist ein Pflegekonzept erarbeitet worden, in dem auch etwas darüber steht, wie mit Sterben und Tod umzugehen ist. Es gibt einen Verlaufsplan, was zu tun ist, wenn eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner gestorben ist. Ein Mal im Monat kommt die Koordinatorin für Hospizarbeit ins Haus zu einem Erfahrungsaustausch. Deutlich geworden ist, dass Altenpfleger/innen in ihrer Ausbildung auf den Umgang mit Sterbenden nicht vorbereitet worden sind. Sie haben in der Regel Angst, in die Zimmer von Sterbenden zu gehen und wissen nicht, wie sie mit Angehörigen reden sollen. Wenn die Pflegenden den Eindruck haben, dass

Schmerzmittel verabreicht werden müssen, mehr als bisher verordnet, dann nerven sie die Ärzte so lange bis sie das tun. Aber inzwischen haben die Ärzte auch dazu gelernt.

Frau El-Many aus der Diakoniestation Wilmersdorf berichtete, wie in der Diakoniestation mit dem Thema Sterben und Tod umgegangen wird. Es gibt eine Seelsorgerin und eine Schwester mit Palliativausbildung. Es wird ein Schmerztagebuch bei Patient/innen mit Schmerzen geführt über die Art des Schmerzes, die Folgen usw.. Die Informationen werden an den Arzt weiter geleitet, sodass dann die Medikation darauf abgestimmt werden kann. Da kann es durchaus auch zu Diskussionen kommen zwischen Arzt und Diakoniestation. Aber auch nicht-medikamentöse Mittel werden eingesetzt zur Linderung von Schmerzen: Einreibungen, Musik während der Pflege, Wärme, Kälte u. a. Es gibt einen so genannten »Gute-Nacht-Anruf« bei Patient/innen: ist alles in Ordnung? Liegt alles da, wo es liegen sollte? Derzeit wird daran gearbeitet, wie der Abschied der Mitarbeiter/innen von den Verstorbenen aussehen kann: Anzünden der Osterkerze beispielsweise. Wenn der Hausarzt bescheinigt, dass ein verstorbener Mensch sich in der letzten Phase befunden hat, dann muss die Polizei nicht einbezogen werden, wenn jemand in der Wohnung verstorben ist. Manchmal bleiben Verstorbene ein bis zwei Tage in der Wohnung, sodass Angehörige Abschied nehmen können.

Den Abschluss fand die Veranstaltung in einer Podiumsdiskussion, die nochmals einige Themen des Tages aufnahm. Als Stichworte wären hier zu nennen:

- Würdigung der bisherigen Arbeit der Hospizbewegung
- Notwendigkeit der Entwicklung von Konzepten für das Sterben in Altenpflegeheimen
- Palliative Kenntnisse bei Hausärzten
- Der Aufwand bei der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Begleitung von schwerstkranken Patient/innen wird nicht adäquat vergütet.
- Einbeziehung von Besonderheiten in die »normale« Pflege!
- Die Sorge, dass im Hospiz Ehrenamtliche »verheizt« werden bei einer schweren Arbeit und damit Stellen eingespart werden.

**Stellungnahme**

Die Mitglieder der Visitationskommission erlebten in der Geschäftsstelle des EVAP engagierte Mitarbeiter/innen, die mit ihrer Arbeit dazu beitragen wollen, dass ein Leben in Würde bis zuletzt möglich wird. Dies wurde sehr dankbar zur Kenntnis genommen. Um die nötigen Rahmenbedingungen hierfür zu gewährleisten, ist eine professionelle Verbandsarbeit nötig. Die rasante Entwicklung im Bereich der Hospizarbeit bildet derzeit eine der zentralen Herausforderungen des EVAP. Zehn Wochenstunden eines Mitarbeiters erscheinen der Visitationskommission als sehr knapp berechnet. Eine Aufbauphase kann zwar so begonnen werden, eine Etablierung und Stärkung eines Netzwerkes wird unter diesen Bedingungen nicht oder nur mit großen Einschränkungen gelingen.

Die Mitglieder der Visitationskommission haben einen vitalen Konvent Hospiz kennen gelernt. Es wird deutlich, dass die Hospizbewegung in den letzten Jahren in Berlin und auch in Brandenburg sehr zur Verbesserung der Lebensbedingungen für Sterbenskranke beigetragen hat. Auf diesem Weg gilt es nun weiter voranzuschreiten.

Herr Batze, der im EVAP über das enge Zeitbudget von zehn Stunden Wochenarbeitszeit verfügt, kann unter diesen Voraussetzungen kaum offensiv weitere Mitglieder für den Konvent Hospiz werben, was nötig wäre. Öffentlichkeitswirksame Projekte zu entwickeln ist unter diesen Arbeitsbedingungen eigentlich nicht möglich. Dafür fehlt die Zeit. Gleiches gilt für die Einbindung der Einrichtungen im Bereich der ehemaligen Evangelischen Kirche der schlesischen Oberlausitz, die dringend geboten ist.

Umso bemerkenswerter ist es, dass Herr Batze am 12. Mai 2006 einen Fachtag zum Thema »Sterbebegleitung und Palliativmedizin« auf die Beine stellen konnte, der wegen der großen Nachfrage wiederholt werden muss.

Die Visitationskommission wünscht dem Konvent Hospiz für die weitere Arbeit Gottes Segen und viel Freude bei der so wichtigen Arbeit.

### 3.1. Der gesellschaftliche Wandel

Die Wahrung der Menschenwürde und der Respekt vor dem Wunsch nach einer möglichst großen Selbstbestimmung am Lebensende werden in den öffentlichen Debatten in unterschiedlichen politischen und juristischen Zusammenhängen intensiv diskutiert. Die öffentliche Beschäftigung mit diesen Fragen belegt das Bedürfnis vieler Menschen, eine Vergewisserung im Blick auf die zur Anwendung kommenden ethischen Prinzipien, auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen und auf die daraus resultierende Praxis zu erhalten, damit die Sorgen und Ängste vor dem Sterben naher Angehöriger und dem eigenen Lebensende bewältigt werden können.

Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Belgien und den Niederlanden im Zuge der Verabschiedung entsprechender Gesetze im Jahr 2001 verstärkt das Bedürfnis nach verlässlichen Regelungen in Deutschland. Die damit einhergehende Verunsicherung insbesondere der älteren Bürgerinnen und Bürger wird zudem dadurch forciert, dass unüberlegte Vorstöße einzelner Politiker den Eindruck entstehen lassen, ein Leben bis zuletzt in Würde und Anerkennung sei nicht finanzierbar. Häufig werden die demografische Entwicklung und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen als Argumente für solche Thesen benutzt.

Der Anspruch auf Selbstbestimmung der Person, aber auch als Kehrseite die Zumutung von Selbstbestimmung prägen das Ethos moderner Lebensführung. Menschen können und müssen entscheiden, wie sie leben wollen. Eben dieser Anspruch auf Selbstbestimmung erstreckt sich auch auf Entscheidungen am Ende des Lebens. Die kulturelle Dominanz von Selbstbestimmung in modernen Gesellschaften hat aus guten Gründen nicht dazu geführt, Entscheidungen über das eigene Leben vollständig in das Belieben des Einzelnen zu stellen. Auch in modernen Gesellschaften erkennen die Menschen an, dass es Grenzen der Selbstbestimmung gibt. Inzwischen mehren sich die Stimmen derjenigen, die dafür plädieren, dass überzogene und unhaltbare Autonomie-Theorien einer kritischen Prüfung unterzogen werden sollten. Man mag sich beispielsweise nur daran erinnern, dass niemand vor seiner Geburt gefragt wurde, ob er oder sie eigentlich geboren werden möchten.

Das Leben ist uns nicht frei verfügbar. Genauso wenig haben wir ein Recht, über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens zu befinden. Jeder Mensch hat seine Würde, seinen Wert und sein Lebensrecht von Gott her. Jeder Mensch ist ungleich mehr, als er von sich selbst weiß. Kein Mensch lebt nur für sich und kann genau wissen, was er für andere bedeutet. Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschenwürde geschützt. Insofern kann das Töten eines Menschen niemals eine Tat der Liebe oder des Mitleids sein, denn es vernichtet die Basis der Liebe und des Vertrauens. Weil wir nicht frei über unser Leben und schon gar nicht über das Leben anderer verfügen, lehnt die Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz jede aktive Beendigung des Lebens ab. Sie steht zu der Verantwortung, ihre Positionen um der Menschen willen zu vertreten und die im Licht des Evangeliums gewonnenen Einsichten allen Interessierten als Argumentationshilfe und vielfach bewährte Lebenspraxis anzubieten. Sie ist jederzeit dazu bereit, sich an der Christlichen Patientenverfügung und an der täglich Praxis diakonischer Einrichtungen messen zu lassen.

Die Tatsache, dass jemand im Sterben liegt oder an einer zum Tode führenden Krankheit leidet, kann noch nicht als Rechtfertigung dafür dienen, sein Leben zu beenden. Dies gilt auch für solche Fälle, in denen Dritte sich auf die Absicht berufen, den Sterbenden von Schmerzen und Qualen zu befreien. Der Schutz des Lebens findet seinen sozialen, kulturellen und rechtlichen Ausdruck im Tötungsverbot, das zu den grundlegenden Regeln jedes menschlichen Zusammenlebens gehört.

### **3.2. Leben bis zuletzt im Licht des Evangeliums**

Vom Ende des irdischen Lebens kann aus christlicher Sicht nicht ohne die Hoffnung über den Tod hinaus gesprochen werden. Alle bedrängenden Fragen, Nöte und Ängste, alle ethischen Problemstellungen sind von der Verheißung des ewigen Lebens umfasst.

Die Würde, Mensch zu sein, gründet in der Geschöpflichkeit des Menschen. Zu dieser Geschöpflichkeit gehört seine Endlichkeit konstitutiv hinzu. Der Mensch ist vergänglich. Sein irdisches Leben endet mit dem Tod. Der Christliche Glaube schöpft seine Hoffnung über den Tod hinaus aus der Ewigkeit Gottes. Der dreieinige Gott gibt dem sterblichen Menschen im Glauben Anteil an seinem ewigen Leben. So erweist er seine Kraft und Treue als Schöpfergott, »der die Toten lebendig macht und ruft das, was nicht ist, das es sei.« (Römer 4,17; Psalm 146,6). Im Tod Christi zerbricht er die Macht des Todes: »Oder wisst ihr nicht, dass alle, die wir auf Christus Jesus getauft sind, die sind in seinen Tod getauft? So sind wir ja mit ihm begraben durch die Taufe in den Tod, damit, wie Christus auferweckt ist von den Toten durch die Herrlichkeit des Vaters, auch wir in einem neuen Leben wandeln.« (Römer 6,3f.) Im Heiligen Geist der Liebe übersteigt er die Grenze zwischen Leben und Tod: »Wir sehen jetzt durch einen Spiegel ein dunkles Bild; dann aber von Angesicht zu Angesicht. Jetzt erkenne ich stückweise, dann aber werde ich erkennen, wie ich erkannt bin. Nun aber bleiben Glaube, Hoffnung, Liebe, diese drei; aber die Liebe ist die größte unter ihnen.« (1.Korinther 13,12f.).

Das von Gott geschenkte ewige Leben umfasst die Bestimmung des Menschen in Zeit und Ewigkeit. Der Mensch ist zum Vergehen und doch zur Ewigkeit bestimmt. In dieser Spanne entfaltet sich seine Selbstbestimmung als verantwortetes Tun, das sich bewusst ist, wie einmalig, kostbar und alles andere als selbstverständlich das irdische Leben ist. Die Selbstbestimmung kann sich auch als Lassen, als Zulassen ausdrücken, das im Sterbeprozess der Erfahrung Raum gibt, das Ende des Lebens als von Gott gegeben zu erwarten. Das Vertrauen in Gott, der den Menschen ewiges Leben verheißt, ist immer auch gefährdet und angefochten. Gerade im Ausgeliefertsein an Schmerzen, in Verlustängsten, in Identitätskrisen und in Todesnähe kann Gottes Treue und Gegenwart radikal in Frage gestellt sein. Hier gilt in besonderer Weise, dass wir als Menschen aufeinander Angewiesene sind, die sich einander zumuten.

### 3.3. Sterbebegleitung

Menschen, die im Sterben liegen, oder unheilbar erkrankt sind, haben in besonderer Weise Anspruch auf die Zuwendung ihrer Mitmenschen und die Solidarität der Gesellschaft, weil sie hilflos und verletzlich sind. Angehörige, Freunde, medizinische Helfer und die staatliche Gemeinschaft tragen Verantwortung dafür, dass die Betroffenen nicht allein gelassen werden, sondern Fürsorge erfahren, die sie im Rahmen des Möglichen vor Schmerzen, Angst und Verzweiflung bewahren. Es muss gewährleistet sein, dass unheilbar kranke und sterbende Menschen den Schutz genießen, der ihre Rechte als Person garantiert, ihre Fähigkeiten zur Selbstbestimmung nach Möglichkeit fördert und ihnen erlaubt, unter würdevollen Umständen zu sterben. Der Auftrag der Leidminderung ist dabei ein wichtiges Element ärztlicher Fürsorge am Lebensende.

Es braucht Mut, sich in die Situation der Hilflosigkeit hineinzubegeben und angesichts der Ohnmacht des Sterbenden sich eigener Ohnmacht ausgesetzt zu sehen. In der Begleitung Sterbender werden Menschen mit ihren eigenen Ängsten angesichts des Todes konfrontiert. Es sind Zeiten im Sterbeprozess auszuhalten, in denen Zorn und Depression besonders vorherrschen. Angebote von Zuwendung und Hilfe werden häufig abgewiesen. In anderen Zeiten, wenn die Zustimmung zu dem unumkehrbaren Weg in den Tod wächst, kann ein Zugang offen sein für Nähe, für Gedanken und Bilder, die die Angst mildern und die Hoffnung stärken. Dabei wird es für die Begleitenden immer wieder neu darauf ankommen, herauszufinden, wo der Sterbende auf seinem inneren Weg steht. Gerade bei Sterbenden, die sich nicht verbal äußern und auf verbale Kommunikation nicht wahrnehmbar reagieren, wird sensibel nach nonverbalen Zeichen und Ritualen zu suchen sein, die Geborgenheit vermitteln. In solchen Situationen sinnenfälliger Vergänglichkeit und Zerbrechlichkeit irdischen Lebens wird Begleitung geschehen in der Hoffnung auf die verheißene Fülle der Ewigkeit bei Gott. Wir sind mehr als vor Augen ist. Der Tod ist das Ende aber nicht das Ziel des Lebens. Menschen, die am Sterbebett gesessen haben, schildern die Erfahrung, dass Hilfe leisten und der Hilfe bedürftig sein, nicht eindeutig und einseitig verteilt sind. Auch derjenige, der in den Sterbeprozess eingetreten ist, kann etwas weitergeben, was Angehörige, Pflegekräfte, Seelsorgerin oder Ärzte als Hilfe erfahren.

Die Hilfe, die gebraucht wird und geschenkt werden kann, beschreibt das Wort Trost. Trost brauchen Menschen, wenn die Heilung von Zerbrochenem, wenn die Wiederherstellung von Identität nicht zu sehen ist und erfahrbar ausbleibt. Solchen Situationen müssen sich Menschen im Leben immer wieder stellen, ganz besonders an der Grenze vom Leben zum Tod. »Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben?« lautet die erste Frage des Heidelberger Katechismus. Und die Antwort beginnt: »Dass ich mit Leib und Seele, im Leben und im Sterben nicht mein, sondern meines getreuen Heilandes Jesu Christi eigen bin...« Trost wird hier verankert im Vertrauen auf Christus und gründet in einem Verhältnis der Zugehörigkeit zu ihm. Gerade, weil ich mir nicht selbst gehöre, weiß ich mich wahrgenommen, gewinne ich Geborgenheit in Anfechtung, und erwarte immer neu Vergewisserung von Gegenwärtigkeit und Zukünftigkeit des ewigen Lebens. Leben und Sterben gehören dabei zusammen. Trost ist kein verfügbares, als Vorrat vorhandenes Gut. Er wird geschenkt und zwar dem Tröstenden und dem Getrösteten. Es kann auch sein, dass beide nur auf der Suche sind und Trost im Aushalten von Trostlosigkeit beginnt.

Im Licht des Evangeliums wird deutlich: Da, wo zwei oder drei im Namen Jesu Christi zusammen sind, ist ein Einüben in ein getrostes Leben angesichts von Sterben und Tod möglich.



AUSBLICK

4

#### **4.1. Zu Hause sterben**

Der Wunsch, zu Hause zu sterben, eignet sich als Ziel und Leitbild für die Fragen nach einem würdevollen Sterben. Die gesellschaftlichen Debatten sollten sich stärker an der Verwirklichung dieses Zieles orientieren als an der Frage nach der Verwirklichung der aktiven Sterbehilfe. Viele Menschen machen sich große Sorgen über die letzte Phase ihres Lebens. Sie fragen sich, wie ihr Leben zu Ende gehen wird. Fast alle möchten zu Hause sterben. Ein solches Lebensende im Kreis von Familie, Angehörigen und Nachbarn ist in den letzten Jahrzehnten selten geworden. Der Wunsch nach einem Sterben im häuslichen Umfeld ist jedoch häufiger möglich, als es zur Zeit geschieht. Insbesondere dort, wo ambulante Hospizdienste und in der Palliativmedizin geschulte Ärzte und Pflegedienste gut kooperieren, können Angehörige eine Sterbebegleitung zu Hause wagen.

#### **4.2. Sterbebegleitung statt Sterbehilfe**

Das Leben ist uns nicht frei verfügbar. Genauso wenig haben wir ein Recht, über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens zu befinden. Jeder Mensch hat seine Würde, seinen Wert und sein Lebensrecht von Gott her. Jeder Mensch ist ungleich mehr, als er von sich selbst weiß. Kein Mensch lebt nur für sich und kann genau wissen, was er für andere bedeutet. Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschenwürde geschützt. Das Töten eines Menschen kann niemals eine Tat der Liebe oder des Mitleids sein, denn es vernichtet die Basis der Liebe und des Vertrauens. Weil wir nicht selbst frei über unser Leben und schon gar nicht über das Leben anderer verfügen, lehnt die Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz jede aktive Beendigung des Lebens ab.

#### **4.3. Christliche Patientenverfügung**

Zum verantwortlichen Leben gehören auch das Bedenken des Todes und das Annehmen der eigenen Sterblichkeit. Der christliche Glaube, dessen Mittelpunkt Sterben, Tod und Auferstehung Jesu Christi ist, gewährt die Freiheit, auch über das eigene Sterben nachzudenken und angemessene Vorsorge zu treffen. Um ein würdevolles Leben bis zuletzt zu ermöglichen, kann sowohl die Anwendung als auch der Verzicht auf die Anwendung intensiver Medizin gefordert sein. Eine

letzte Entscheidung muss aus der konkreten Lage des sterbenden Menschen heraus und von seinen Wünschen und Bedürfnissen her getroffen werden. Die Christlichen Patientenverfügung bietet eine gute Möglichkeit, das eigene Sterben zu bedenken und die entsprechende Vorsorge zu treffen.

#### **4.4. Angehörige**

Eine schwere lebensbedrohliche Erkrankung eines Familienmitglieds bedeutet, dass grundlegende Veränderungen stattfinden und dass der Familie weit reichende, existenzielle Neuorientierungen abverlangt werden. Familienmitglieder übernehmen die Pflege ihrer/ihrer Angehörigen, begleiten sie/ihn durch die Hoffnungs- und Verzweiflungsphasen des Krankheitsprozesses, halten die damit verbundenen wechselnden Gefühle aus und bemühen sich, daneben den Alltag aufrecht zu erhalten, indem sie die Familie versorgen, ihren Beruf ausüben etc. Angehörige haben einen ähnlichen Abschieds- und Trauerprozess zu bewältigen wie der kranke bzw. sterbende Mensch. Die wechselnden und ambivalenten Gefühle wie Wut und Auflehnung, Hoffnung und Akzeptanz werden meist nicht gleichzeitig erlebt. Das kann einerseits stabilisierend wirken, andererseits aber auch Unverständnis und Enttäuschung hervorrufen. Ihre eigene Betroffenheit, Sorge, Angst, Verzweiflung und Trauer halten Nahestehende und Angehörige dabei oft genug unter Kontrolle, um die erkrankte bzw. sterbende Person nicht zusätzlich zu belasten. Sie versuchen so, dem drohenden Verlust noch ein wenig die Stirn zu bieten. Die Begleitung der Angehörigen nimmt deren Situation ernst. Das hilft nicht nur den Angehörigen, sondern auch den Kranken bzw. Sterbenden. Die Begleitung strebt eine Entlastung und Unterstützung an. Die Form der Angebote hängt davon ab, in welchem Kontext sich die Begegnungen ereignen. Alle Formen der Begleitung aber haben gemeinsam, dass sie für Angehörige und Nahestehende einen Raum zur Verfügung stellen, in dem sie ihren ganz eigenen Fragen, Sorgen, Problemen, ihrer Angst, Trauer und Hoffnung Ausdruck geben dürfen. Die Hospizarbeit hat die Einbeziehung der Angehörigen in die Sterbebegleitung von Anfang an als wesentlichen Teil der zu bewältigenden Aufgabe erkannt und damit Maßstäbe gesetzt, an denen sich heute auch Einrichtungen der Altenhilfe und Krankenhäuser messen lassen müssen.

#### **4.5. Mitarbeiterschaft**

Krankenhäuser, Seniorenzentren und Pflegeheime in evangelischer Trägerschaft streben mit Hilfe von Pflegeleitbild und lernendem Qualitätsmanagement einen würdevollen und achtsamen Umgang mit Sterbenden und die Begleitung der Bezugspersonen an. Die Einrichtungen verpflichten sich darauf, das Selbstbestimmungsrecht der ihnen anvertrauten Personen so weit als irgend möglich zu wahren, eine professionelle Sterbebegleitung zu gewähren, Patientenverfügungen zu respektieren und die seelsorgerliche und supervisorische Begleitung der Mitarbeiterschaft nach Möglichkeit zu ermöglichen. Die in den Einrichtungen geleistete Arbeit ist nur möglich, weil eine engagierte und qualifizierte Mitarbeiterschaft vorhanden ist. Bemerkenswert sind die in den verschiedenen Einrichtungen entwickelten Formen, in denen sich die Anteilnahme am Sterben Einzelner ausdrückt (Aussegnungsrituale, Sterbeglocke, Aushänge im Schaukasten, Fürbitten für Verstorbene in Gottesdiensten, etc.) Mit großer Sorge lässt sich beobachten, dass die Einrichtungen häufig an ihre Grenzen geraten. Die Betreuung durch Hausärzte und die medizinische Notversorgung in den Nächten und an Wochenenden ist gerade im ländlichen Raum nicht ausreichend gewährleistet. Es erweist sich als ausgesprochen schwierig eine Mitarbeiterschaft mit dem gewünschten Anforderungsprofil aufzubauen. Immer wieder äußern Mitarbeiter/innen die Sorge, der täglichen Überforderung auf Dauer nicht Stand halten zu können. Supervision ist noch immer keine Selbstverständlichkeit. Die Verantwortlichen in Kirche, Staat und Gesellschaft müssen immer wieder darum gebeten werden, die Situation in den Senioreneinrichtungen und Pflegeheimen wach zu begleiten und nach Veränderungen zu suchen. Die Förderfähigkeit der Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste in stationären Einrichtungen ist dringend geboten. Die Träger sind deshalb gefordert, sich vor ihre Mitarbeiter/innen zu stellen und für bessere Rahmenbedingungen zu kämpfen.

#### 4.6. Ehrenamtliche

Unter Ehrenamt versteht man die freiwillig erbrachte, unentgeltliche, nicht professionelle und zeitlich eingeschränkte Ausübung einer Tätigkeit, die nicht dem Gelderwerb dient. Sie bezieht ihren Sinn aus der ihr zugrunde liegenden Motivation. Ehrenamtliche stellen ihre Zeit und Begabungen zur Verfügung und können das Engagement nach eigenem Ermessen jederzeit wieder aufgeben. Die ehrenamtliche Mitarbeit im Hospizbereich hat sich als unverzichtbare Komponente erwiesen. Derzeit gibt es Versuche, diese Arbeitsform auf Einrichtungen der Altenhilfe und Krankenhäuser zu übertragen. Die Ehrenamtlichen agieren zusätzlich und ergänzend zur professionellen medizinisch-pflegerischen Versorgung. Das erzeugt ein Klima der Mitmenschlichkeit. Weil die Begleitung schwerstkranker, sterbender Menschen und ihrer Angehörigen eine höchst verantwortungsvolle Aufgabe ist, können Ehrenamtliche nicht nur geben. Ein verantwortliches Engagement ist nur möglich, wenn die einschlägigen Standards zur Begleitung Ehrenamtlicher praktiziert werden. Dazu zählen eine ausreichende Vorbereitung, regelmäßige Treffen mit den hauptamtlich Tätigen, Fortbildung, die Klärung versicherungsrelevanter Fragen, Supervision, Veranstaltungen im Kreis der Ehrenamtlichen mit der Möglichkeit des gegenseitigen Austauschs und eine Kultur des Wohlwollens und der Anerkennung. Die ehrenamtlichen Hospizdienste sind in aller Regel Vorzeigebispiele für die Arbeit mit Ehrenamtlichen und deren Begleitung.

#### 4.7. Medizinisch-pflegerische Begleitung

Die weitaus meisten Menschen sterben in Alten- oder Pflegeheimen und Krankenhäusern. Nur eine verhältnismäßig kleine Personenzahl stirbt zu Hause oder in Hospizeinrichtungen. Den Schwerkranken und Sterbenden wird eine fachkundige medizinisch-pflegerische Betreuung zuteil, wie sie in früheren Jahrhunderten unbekannt war. Im Bereich der letzten Jahre hat sich eine Entwicklung vollzogen, die dazu führt, dass neben die kurativ-medizinischen Maßnahmen die palliative Therapie (Palliativ Care) getreten ist. Unter Kuration versteht man diejenigen Maßnahmen, die dazu beitragen, eine Krankheit zu heilen. Unter Palliativ Care versteht man die umfassend lindernde, multiprofessionelle Versorgung

und Begleitung von Menschen mit begrenzter Lebenserwartung. Palliativ Care wird dann notwendig, wenn kurative Pflege und Behandlung nicht mehr möglich sind. Der Ausbau und die Förderung von Palliativ Care können nur begrüßt werden. Darüber hinaus sollte alles unternommen werden, um die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum in Hinsicht auf Erreichbarkeit und fachlicher Kompetenz der ärztlichen Betreuung so zu verbessern, dass ein Verbleiben im gewohnten Lebensbereich bis zum Lebensende gewährleistet ist. Derzeit müssen zahlreiche Menschen einen vermeidbaren Krankenhausaufenthalt in den letzten Tagen ihres Lebens über sich ergehen lassen.

Die pflegerische Versorgung benötigt Rahmenbedingungen, in denen Pflegekräfte die Möglichkeit haben, Bezugspersonen für eine ganzheitliche Zuwendung zum Menschen zu sein. Eine rein funktionale und depersonalisierte Pflege degradiert pflegerische Arbeit zur »Fließbandarbeit« und beraubt sowohl die Pflegenden als auch diejenigen, die unter solch einer Pflege zu leiden haben, ihrer Würde. Ein pflegebedürftiger Mensch hat ein Recht darauf, von Menschen betreut und versorgt zu werden, die fachlich kompetent und menschlich nicht »ausgebrannt« sind. Die politischen Verantwortlichen aber auch die Träger der Einrichtung haben die Aufgabe, für entsprechende Verhältnisse zu sorgen. Zudem bedarf es weiterer Anstrengungen, um die Begleitung eines sterbenden Menschen wirklich in den Aufgabenkatalog der professionellen Krankenbetreuung in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulante Krankenversorgung zu integrieren. Ebenso notwendig ist die Ermöglichung von Supervision für die in diesen Bereichen tätigen Berufsgruppen.

#### 4.8. Seelsorgerliche Begleitung

Qualifizierte Seelsorger/innen nehmen in der multiprofessionellen Begleitung Sterbender eine besondere Stellung ein. Sie kommen »von außen« und ermöglichen einen anderen Blick auf die Situation. Sie vermitteln bei Bedarf und sind auf die Perspektive des christlichen Glaubens ansprechbar. Häufig vermitteln sie zwischen Pflegenden, Ärzten und weiteren Helfenden, den Angehörigen und den Patienten oder Hospizgästen. Es ist erfreulich, dass Seelsorge als Aspekt

von Qualität mehr und mehr ins Blickfeld der privat und kommunal finanzierten Einrichtungen gerät. Neue Finanzierungsmodelle können dadurch an Bedeutung gewinnen. Für die Zukunft wird es darauf ankommen, die hohe Belastung, der Seelsorger/innen in der täglichen Arbeit ausgesetzt sind, im Blick zu behalten und Freiräume für Supervision, kollegiale Beratung und Fortbildung zu fördern. Eine weiter zu entwickelnde Aufgabe für Seelsorger/innen besteht in der Verbesserung der nicht überall ausgeprägten Vernetzung von Kirchengemeinden mit ortsansässigen Hospizdiensten, den Einrichtungen der Altenhilfe und mit dem Krankenhaus. Es ist wünschenswert, dass qualifizierte und erfahrene Seelsorger/innen mit der Aufgabe betraut werden, Ehrenamtliche für die seelsorgliche Tätigkeit fortzubilden und sie in dieser Arbeit zu begleiten.

#### **4.9. Psychosoziale Begleitung**

Die Begleitung ist ein mehrdimensionaler Prozess, der entlang des Krankheits-, Sterbe- oder Trauerprozesses verläuft und mit diesem eng verbunden ist. Begleitung bedeutet nicht, die Probleme für den anderen zu lösen und seine Last zu tragen, sondern ihn so zu unterstützen, dass er sein eigenes Leben leben und seinen eigenen Tod sterben kann. Die psychosoziale Dimension der Begleitung verlangt von dem sterbenden Menschen und den Angehörigen ein hohes Maß an Aktivität: Im Sterbeprozess etwa, wenn es um die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechtes oder um die rechtliche Regelung der Erbschaft und der Bestattung geht. Eine gute Begleitung wahrt die Verantwortung der begleiteten Person und die des Begleitenden. Es wird empfohlen, den Begleitungsprozess zu dokumentieren. Das ist insbesondere dort nötig, wo ein multiprofessionelles Team eng kooperiert. Insgesamt gilt, dass die psychosoziale Begleitung der Koordination und der Supervision bedarf.

#### **4.10. Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Eine weitere Sensibilisierung im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte, die mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in Berührung kommen und auf diese Situationen entsprechend vorbereitet werden sollten, ist dringend geboten. Die nach dem Celler Modell laufenden Kurse für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer setzen beachtliche Akzente, an denen sich die Aus-

bildung der im medizinischen und pflegerischen Bereich Tätigen messen sollte. Die Kirchenleitung empfiehlt den evangelischen Einrichtungen dringend die Ermöglichung von Supervision und Weiterbildung im Bereich Sterbebegleitung. Sie bittet die Theologische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, die Evangelische Fachhochschule Berlin, das Wichern-Kolleg, die Seelsorge-Aus-, Fort- und Weiterbildung und die entsprechenden Träger von Ausbildungsgängen im Bereich der Altenpflege mit den Hospizeinrichtungen und dem Evangelischen Verband für Altenhilfe und Pflege zusammenzuarbeiten.

#### **4.11. Rahmenbedingungen**

Die diakonischen Einrichtungen überprüfen mit den Mitteln des Qualitätsmanagements die hohen Standards in der täglichen Arbeit. Sie arbeiten ständig an den nötigen Verbesserungen. Nicht zuletzt deshalb ist der Ruf der Diakonie insgesamt, aber auch das Renommee einzelner Häuser in aller Regel ausgezeichnet. Die von der Visitationskommission angelegten Kriterien für den Blick auf die besuchten Einrichtungen belegen die insgesamt positive Bilanz. Die Aufmerksamkeit galt der pflegerischen und medizinischen Betreuung, der spirituellen Begleitung, der Einbeziehung Angehöriger, der ehrenamtlichen Mitarbeit, der Situation der hauptamtlichen Mitarbeiterschaft, der Erkennbarkeit des diakonischen Profils und den geltenden Rahmenbedingungen. Die Tatsache, dass insbesondere bei den vorhandenen Rahmenbedingungen Änderungsbedarf zu erkennen ist, spricht für die Qualität der geleisteten Arbeit. Eine menschlich und fachlich kompetente Betreuung am Lebensende sollte zu den verbrieften Rechten für alle Menschen in unserer Gesellschaft zählen. Die Verortung der ambulanten und stationären Hospizleistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung muss als wichtiger Schritt auf dem Weg zu diesem Ziel angesehen werden. Dennoch gibt der Gesetzgeber Rahmenbedingungen vor, die eine mögliche Sterbebegleitung in bestimmten Konstellationen eher verhindern als befördern. Es gibt ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer, die in stationären Altenpflegeeinrichtungen eine Sterbebegleitung ermöglichen könnten, sofern die Angehörigen nicht am Ort bzw. dazu nicht fähig sind. Die Arbeit eines ambulanten Hospizdienstes ist nach § 39a SGB V nicht förderfähig, wenn sie in stationären Einrichtungen stattfindet. Krankenhäuser, Senioreneinrichtungen und Pflegeheime stehen inso-

fern ratlos vor der Frage, wie sie die nötige Zuwendung für die sterbenden Patienten gewährleisten sollen. Die stationären Einrichtungen haben in den Pflegekostenverhandlungen bisher keine Chance gehabt, Sterbebegleitung als Pflegeaufwand zu kalkulieren und entsprechend vergütet zu bekommen. Hier ist klar eine Lücke im Sozialgesetzbuch, die einer dringenden Veränderung bedarf.

#### **4.12. Öffentlichkeitsarbeit**

Der entsprechende Verband im Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz hat eine Schlüsselbedeutung für die Koordinierung und die Interessenvertretung nach innen und außen. Für Prozesse der Qualitätssicherung, der Fortbildung und der Kommunikation ist er ebenso unentbehrlich wie für die Stärkung des evangelischen Profils. Wichtig ist deshalb, dass die Mitgliedschaft im Verband gestärkt wird und die Vernetzung immer besser gelingt. Im Blick auf die sehr unterschiedlichen Trägerstrukturen gewinnt die Verbandsarbeit zusätzlich an Bedeutung. Die Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz und die Kirchengemeinden, Pfarrsprengel oder Regionen, sind gebeten, die Situation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen immer wieder neu wahrzunehmen und zu bedenken. Die Gemeindeglieder sollten im Interesse der von ihnen vertretenden Gemeindeglieder die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort sichten. Die angebotenen Dienste beispielsweise eines Hospizdienstes sollten mit den vorhandenen publizistischen Möglichkeiten (Gemeindeblatt, Homepage der Gemeinde, etc.) bekannt gemacht werden. Sofern Hospiz- und Palliativeinrichtungen fehlen oder die ärztliche Versorgung nicht ausreichend gewährleistet ist, sollten sich die Kirchengemeinden gemeinsam mit anderen Partnern für eine bessere Versorgung der Menschen in ihrer Region einsetzen. Gleichzeitig empfiehlt die Kirchenleitung allen Gemeinden eine geeignete Beschäftigung mit der Christlichen Patientenverfügung.



# Impressum

## **Herausgeber**

Der Presse- und Öffentlichkeitsbeauftragte  
der Evangelischen Kirche  
Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz

Pfr. Markus Bräuer  
Georgenkirchstraße 69, 10249 Berlin  
Telefon 030·243 44-290  
Fax 030·243 44-289  
m.braeuer@ekbo.de

## **1. Auflage**

April 2007

## **Gestaltung**

NORDSONNE, Berlin  
www.nordsonne.de

## **Bildnachweis**

Wernher Krutein/Corbis: Titelbild  
NORDSONNE: Seiten 15, 100, 111

## **Druck**

Buch- und Offsetdruckerei  
H. Heenemann GmbH & Co, Berlin

[www.ekbo.de](http://www.ekbo.de)