

Seelsorge in Palliative Care

Situationsanzeige und Empfehlungen zu kirchlich-diakonischem Handeln

**Diakonie für
sterbende Menschen**



■ Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Zusammenfassung	4
Danksagung	5
Die Mitglieder der Projektgruppe	6
1. Hinleitung	7
2. Sterben und Palliative Care in Deutschland	10
2.1 Sterben in Deutschland	10
2.2 Palliative Care als Konzept für ein Sterben in Würde	11
2.3 Die Kirchen, ihre Wohlfahrtsverbände und die Hospizbewegung	13
2.4 Palliative Care in der Sozialgesetzgebung	14
2.5 „Spiritual Care“ als öffentliche Formulierung eines Bedarfs an Seelsorge	14
3. Palliative Netzwerke und Seelsorge	16
3.1 Die andere Perspektive	16
3.2 Konzeption und Auftrag palliativer Netzwerke	16
3.3 Palliative Netzwerke, Kirche, Diakonie und Seelsorge	18
4. Qualitätsanforderungen an Seelsorge in Palliative Care	20
4.1 Spirituelle Bedürfnisse und Seelsorge	20
4.2 Differenzierte Qualifizierungen zur Seelsorge	21
4.3 Koordination verschiedener seelsorglicher Kompetenzen	23
4.4 Seelsorgliche Qualifizierung im multiprofessionellen Team	24
5. Zusammenfassende Handlungsempfehlungen	25
5.1 Empfehlungen zu kirchlichem und diakonischem Handeln	25
5.2 Ein Wort zum Schluss: Seelsorge jenseits aller Machbarkeit	29
Anhang	30
1. Anlagen	30
Anlage 1: Grundlagen der Hospizbewegung	30
Anlage 2: Hospizarbeit und Palliative Care nach § 39a SGB V	31
Anlage 3: Texte zur SAPV und der Verweis auf „Seelsorge“ und „spirituelle Begleitung“	33
Anlage 4.1: Einbindung von Seelsorge in Palliative Care-Netzwerke und SAPV-Leistungserbringung ...	34
Anlage 4.2: Checkliste zu SAPV-Verträgen nach Prof. Dr. Thomas Klie, Ev. Hochschule Freiburg	34
Anlage 5.1: Seelsorge in Palliative Care in den Palliativstützpunkten in Niedersachsen	36
Anlage 5.2: Seelsorge in Palliativ Care in der Region Hanau	37
Anlage 6.1: Qualifizierungsangebote in Palliative Care nach der Christophorus Akademie	39
Anlage 6.2: Beispiel für die Ausbildung von Seelsorgenden im Feldkompetenz Palliative Care	40
2. Literaturverzeichnis	43
Impressum	47

Vorwort

Die Diakonie begleitet und berät Menschen in allen Lebenslagen. Wir pflegen und heilen, trösten und stärken, fördern sie und bilden sie aus. Das bedeutet auch, Menschen und ihre Angehörigen am Ende des Lebens nicht allein zu lassen, sondern ihnen pflegerisch und seelsorglich zur Seite zu stehen. Wir sehen Not, Leid und Schwäche als einen Teil unseres Lebens an, wir wenden uns nicht ab, sondern lassen uns anrühren.

Diakonie und Kirche haben eine lange und beeindruckende Erfahrung in der Pflege und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen: Etwa fünfzig stationäre Hospize befinden sich deutschlandweit in unserer Trägerschaft, hier können sterbenskranken Menschen ihren individuellen Bedürfnissen gemäß die letzte Zeit ihres Lebens verbringen und schließlich auch in Würde sterben. Dabei ist uns ein Ausspruch der Mutter der modernen Hospizbewegung, Dame Cicely Saunders, Leitgedanke und Auftrag zugleich: „Wir werden alles tun, damit

Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“

Der Ausbau von öffentlichen Strukturen und zunehmend auch die ambulante Betreuung und Versorgung sterbenskranker Menschen wird sich in den kommenden Jahren intensivieren – die Hospizbewegung ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen, Gott sei Dank! Dabei darf die Sorge um das seelische Befinden und die spirituellen Bedürfnissen sterbenskranker Menschen nicht aus dem Blick geraten. Kirche und Diakonie sind gemeinsam herausgefordert, Konzepte zu entwickeln, um Menschen auch in den modernen Palliative Care-Strukturen zu erreichen. Wir sind froh darüber, dass wir hierzu Anregungen geben und Empfehlungen zu kirchlichem und diakonischem Handeln vorlegen können.

Pfarrer Klaus-Dieter K. Kottnik
Präsident des Diakonischen Werkes der EKD
Berlin, im Juli 2009

Zusammenfassung

Seelsorge stellt eine Kernkompetenz kirchlichen Handelns dar und ist ein Leuchtfeuer ihrer Arbeit. Die seelsorgliche Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie von deren Angehörigen und Zugehörigen hat eine lange und beeindruckende Tradition.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich, angestoßen durch die multiprofessionell ausgerichtete Hospizbewegung, die Versorgung und Begleitung sterbenskranker Menschen etabliert und professionalisiert; es haben sich - je nach Region - unterschiedliche Palliative Care-Strukturen und Netzwerke gebildet bzw. sind im Aufbau begriffen. Der Bedarf an seelsorglicher bzw. spiritueller Begleitung in diesen Strukturen ist dabei auch von öffentlicher Seite, etwa vom Gesetzgeber, formuliert worden.

Um seelsorgliche Begleitung in den verschiedenen Strukturen von Palliative Care zu verankern, ist es nötig, dass Kirche und Diakonie gemeinsam Konzepte vor Ort entwickeln. Die Handlungsempfehlungen wollen hierzu Anregungen geben und Hilfestellungen leisten. Dabei geben sie in einer Situationsanzeige Einblicke in die Konzeption von Palliative Care, auch bezogen auf deren gesetzliche Verankerung im SGB V. Weiterhin führen sie aus, was im Hinblick auf die Seelsorge-Qualifizierung sowohl von haupt- als auch von ehrenamtlich Tätigen zu beachten ist. Am Ende der Handlungsempfehlungen werden Anregungen zu einer Entwicklung von Konzepten der seelsorglichen Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in Palliative Care gegeben. Illustriert werden die Aussagen durch exemplarisch angeführte Beispiele in den Anlagen.



Danksagung

„Wenn jemand geht, der dir nahe ist, ändert sich dein ganzes Leben. Es ändert sich, ob du willst oder nicht. Alles wird anders“, schreibt Judith Hermann in „Alice“. Das Buch erzählt von den Zeiten des Übergangs, vom Warten, Festhalten und Loslassen. Der Abschied wird gleichsam zur Bühne für das Leben, das war, und für das, das kommt. Fremde kommen einander nah. Kleine Gesten spielen eine große Rolle. Ungeahntes wird möglich. Gott kommt nah.

Wenn unsere Gesellschaft vom Sterben spricht, dominiert eine andere Sprache, die Sprache der Medizin. Wir sprechen über Diagnosen und streiten über Patientenverfügungen, als hätten wir das Sterben an Profis und Einrichtungen delegiert und könnten es juristisch in den Griff bekommen. Je fremder uns diese Lebensphase aber wird, desto größer wird die Angst. In der Sprache der Poesie dagegen zeigt sich, wie die Zeit des Übergangs unser Leben zum Leuchten bringt.

Mit der ambulanten Palliativversorgung kehren die Sterbenden endlich in Alltag und Nachbarschaft zurück. Wir können tatsächlich sterben, wo wir gelebt haben, so wie es sich die allermeisten Menschen wünschen. Ärzte und Pflegende, Hauptberufliche und Freiwillige bilden neue Netzwerke und

bauen Brücken zwischen den Einrichtungen und dem Quartier. Nun wird es darauf ankommen, dass Kirchengemeinden mit ihren Ehrenamtlichen genauso wie Krankenhaus- und Altenheimseelsorger sich an diesen Netzen beteiligen, und dass endlich auch die ambulanten Pflegedienste in ihrem geistlichen Auftrag unterstützt werden. Denn gerade die Pflege Sterbender hat eine spirituelle Dimension. Und Seelsorge kann übersetzen zwischen der Sprache der Profis und der der Träume. Sie kann helfen, zu deuten, was auf der Bühne des Lebens geschieht. Sie begleitet Menschen, wenn plötzlich alles anders wird, und erschließt neue Räume. Von den Schlüsseln zum Himmelreich spricht poetisch die Bibel. In der Palliativversorgung ist die Kirche bei ihrem Auftrag. Seelsorge ist eine Schlüsselkompetenz für Palliative Arbeit, das macht die vorliegende Schrift deutlich. Ich danke den Mitgliedern der Projektgruppe des Diakonischen Werks der EKD für die Informationen und Empfehlungen, die sie für „Seelsorge in Palliative Care“ vorlegen und wünsche dem Text aufgeschlossene Leserinnen und Leser!

Oberkirchenrätin Cornelia Coenen-Marx
Referatsleitung Sozial- und Gesellschaftspolitik im
Kirchenamt der EKD
Hannover, im Juli 2009

Die Mitglieder der Projektgruppe

Sebastian Borck
Pastor
Hauptbereich 2 der Nordelbischen Ev.-Luth. Kirche
für Seelsorge, Beratung und ethischen Diskurs
Hamburg

Alexander Brodt-Zabka
Pfarrer
Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
(GRP)
Diakonisches Werk der EKD
Berlin

Dietrich Buettner
Pfarrer
Referat Hospizarbeit, Altenheimseelsorge,
Blindenseelsorge
Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe
Münster

Dr. Astrid Giebel
Pfarrerin
Stabsstelle Vorstand Zentren,
Arbeitsfeld Theologie
Diakonisches Werk der EKD
Berlin

Frank Kittelberger
Pfarrer
Fachstelle Hospizarbeit & Palliativkultur, Pastoral-
psychologie & Supervision
Innere Mission
München

Friedhelm Menzel
Pfarrer
Referent für Altenhilfe und Hospiz
Diakonisches Werk in Hessen und Nassau
Frankfurt am Main

Dr. Traugott Roser
Pfarrer
Privatdozent für Praktische Theologie
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Sabine Tögel
Heimleiterin
Alten- und Pflegeheim „Gertrud-Bucher-Haus“
und EVIM ambulant
Westerburg

1. Hinleitung

„In der Welt habt ihr Angst; aber seid getrost, ich habe die Welt überwunden.“ (Johannes 16, 33)

Die seelsorgliche Begleitung kranker, schwerstkranker und sterbender Menschen gehört zu den Kernaufgaben kirchlichen Handelns.

Kurz vor Verrat, Verhaftung und Beginn seines Leidenswegs, der in den Tod führt, sind Jesus und seine Jünger noch einmal beisammen. Ihren letzten Abend verbringen sie im Garten Gethsemane vor den Toren Jerusalems. Doch anstatt gemeinsam zu wachen und zu beten, wie es Jesu Wunsch ist, findet er die Jünger mehrfach schlafend vor. So verbringt er die letzten Stunden vor seinem Martyrium allein, wendet sich betend an Gott mit der Bitte: „Mein Vater, ist’s möglich, so gehe dieser Kelch an mir vorüber!“ und fügt dann hinzu: „Doch nicht wie ich will, sondern wie du willst!“ (Matthäus 26, 39)

Auch schwerstkranke und sterbende Menschen und deren Angehörige und Zugehörige¹ erleben diese Spannung und müssen erfahren, dass der Kelch von Leiden und Tod nicht an ihnen vorüber geht. In dieser Situation ist es hilfreich und gut, wenn in der Hospizarbeit engagierte Menschen den Betroffenen wachsam und sensibel zur Seite stehen statt sich abseits aufzuhalten und zu schlafen. Christinnen und Christen tun dies getröstet und gestärkt durch den Zuspruch Jesu in seinen Abschiedsreden: „In der

¹ „Zugehörige“ wird in dieser Schrift bewusst und konsequent dem Begriff der „Angehörigen“ zur Seite gestellt: Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass zum Umfeld von sterbenskranken Menschen nicht nur deren Angehörige, sondern ihr gesamtes Umfeld wie Freundinnen und Freunde gehören, die bei einer seelsorglichen Begleitung nicht aus dem Blick geraten dürfen. Diese Erweiterung der seelsorglichen Perspektive ist insbesondere den Erfahrungen in der Begleitung von an Aids erkrankten Menschen zu verdanken.

Welt habt ihr Angst, aber seid getrost, ich habe die Welt überwunden.“ (Johannes 16, 33)

In der langen und vielfältigen Tradition seelsorglichen Handelns der christlichen Kirchen waren die Bereiche Sterben, Tod und Trauer schon seit urchristlichen Zeiten Schlüsselthemen. Sie sind es auch in unserer modernen Gesellschaft geblieben: Die Bewegung, die sich seit Ende der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts um die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und eine andere, „menschliche“ Haltung ihnen und ihren Bedürfnissen gegenüber einsetzt, nennt sich bewusst „Hospizbewegung“². Sie greift damit auf einen bereits im Mittelalter geprägten Begriff zurück: In an Klöstern angegliederten Hospizen wurden pilgernde, oftmals schwache und kranke Menschen aufgenommen, versorgt und gepflegt, häufig auch bis zum Tod. Die moderne Hospizbewegung ist als eine auf dem christlichen Menschenbild gründende Bewegung zu verstehen. Sie verdankt sich aber von Anfang an auch anderer Anstöße und hat sich teilweise außerhalb der christlichen Kirchen entwickelt; prinzipiell sind die Hospizbewegung und Hospizarbeit offen für religiöse Überzeugungen und Weltanschauungen.

Evangelische Seelsorge hat in den letzten Jahrzehnten eine weitreichende Entwicklung durchlaufen. Durch erfahrungsorientiertes Lernen, intensive Ausbildung und anderes mehr ist es beispielsweise gelungen, über eine bloße Krankenseelsorge hinaus eine Krankenhauseelsorge aufzubauen, die den inneren Kommunikationsbedingungen des modernen Krankenhaus-Betriebes besser gerecht wird. Sie wendet sich nicht nur an die Kranken, ihre Angehörigen und Zugehörigen, sondern ist auch für das Personal der Einrichtung ansprechbar. In Krankenhäu-

² siehe Cicely Saunders: Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht. Freiburg 1999

■ 1. Hinleitung

sern, Pflegeheimen, diakonischen Einrichtungen und auch in Gefängnissen haben die Kirchen ihre seelsorgliche Begleitung zumeist im Sinne einer „aufsuchenden Seelsorge“ ausgerichtet, entsprechend organisiert und qualitativ auf einen hohen Stand gebracht³. Seelsorge ist ein Leuchtfeuer kirchlichen Handelns, das weit in die Gesellschaft hinein strahlt!

Kirche und Diakonie haben den Anspruch, an der Seite der Menschen zu stehen. Dabei ist die seelsorgliche Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ihr genuiner Auftrag und eine ihrer Kernkompetenzen: In vielen kirchlich-diakonischen Einrichtungen wird auf die seelsorgliche Begleitung durch haupt- und zum Teil auch ehrenamtlich Tätige großer Wert gelegt. In den Bundesländern befinden sich zahlreiche stationäre Hospize in diakonischer Trägerschaft und diakonische Träger unterhalten, ebenso wie einige Kirchengemeinden auch, ambulante Hospizdienste. Denn Seelsorge wird gerade in der Sterbebegleitung nachgefragt und benötigt. Im Angesicht des nahen Todes und im Prozess des Sterbens stellen sich schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen und Zugehörigen Fragen, die an Grenzen führen und einer Thematisierung auf einer anderen, eben seelsorglichen und spirituellen Ebene bedürfen:

Woher komme ich? Wohin gehe ich? Was ist der Sinn des Lebens und des Sterbens? Die Theodizeefrage: Warum lässt Gott solches Leid zu? oder, biblisch ausgedrückt: Kann dieser Kelch nicht doch an mir vorüber gehen? Wie gehe ich mit Brüchen im Leben um? Wo bleibe ich mit Schuld? Wo finde ich Halt und Geborgenheit?

Die seelsorgliche Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen bedeutet zunächst, solchen Fragen, der Unruhe und dem Hinundhergerissensein überhaupt Raum zu geben und Ausdrucksmöglichkeiten zu eröffnen. Die Kompetenz der Seelsorge

besteht zuallererst im Aushalten und Mitgehen, darin, „wachsam“ an der Seite der betroffenen Menschen zu sein und deren Bedürfnisse nach seelsorglicher Begleitung nicht zu verschlafen. Wirklich ernst genommen, lassen sich die Lebensfragen gar nicht „beantworten“, sondern eher miteinander teilen und vor Gott bringen⁴. Manchmal fehlen die Worte und die Begleitung besteht im gemeinsamen Schweigen, im Angebot eines Gebets oder in einer Segenshandlung. Wer schwerstkranken und sterbende Menschen begleitet, erlebt immer wieder, wie offen und dankbar die meisten Menschen unabhängig von ihrem kirchlich-religiösen, areligiösen oder weltanschaulichen Hintergrund auf Angebote seelsorglicher Begleitung, auf Gespräche, ein Gebet und Rituale reagieren.

Ausgehend von der modernen Hospizbewegung hat sich in den vergangenen etwa drei Jahrzehnten die

3 vgl. die Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge „Die Kraft zum Menschsein stärken. Eine Orientierungshilfe“ aus dem Jahr 2004 und die Leitlinien für die evangelische Gefängnisseelsorge „Ich war im Gefängnis, und ihr seid zu mir gekommen“ vom April 2009; Leitlinien für die evangelische Altenheimseelsorge sind in Arbeit („Ich will euch tragen bis zum Alter hin“).

4 Vgl. Dietrich Bonhoeffer, Brief an E. Bethge vom 1.2.1944, in: Widerstand und Ergebung, Dietrich Bonhoeffer Werke VIII, Gütersloh 1998, S. 310.

■ 1. Hinleitung

Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland ausdifferenziert und professionalisiert und auch Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden. Angestoßen durch die Hospizbewegung ist ein multiprofessionelles Versorgungs- und Begleitungsnetz entstanden, das sich weiter ausdifferenziert. Inzwischen hat sich hierfür die zusammenfassende Bezeichnung „Palliative Care“ etabliert.

Wenn Kirche und Diakonie an der Seite der Menschen, mit ihnen und für sie da sein wollen, sind sie herausgefordert, ihre seelsorgliche Begleitung wachsam und im Sinne einer „aufsuchenden Seelsorge“ auch auf diese Entwicklungen auszurichten: Sie sind aufgerufen, mit Konzepten einer Verankerung von Seelsorge auf die unterschiedlich sich herausbildenden Strukturen von Palliative Care zu reagieren. Einladungen und Aufforderungen hierzu finden sich an vielen Stellen der einschlägigen Texte zu Palliative Care.

Die hier vorgelegten Ausführungen wollen einerseits eine Situationsanzeige sein und andererseits Empfehlungen zum Handeln geben. Ihr Ziel ist es, insbesondere den für Seelsorge Verantwortlichen in den vielfältigen Bereichen von Kirche und Diakonie (sowohl auf dem Gebiet einer Landeskirche und eines gliedkirchlichen Diakonischen Werkes als auch auf Kirchenkreis- bzw. Dekanats- und in der jeweiligen Region) hierzu Anregungen zu geben und behilflich zu sein. Die angeführten Beispiele im Text und in den Anlagen sind dabei selektiv und rein exemplarisch zu verstehen. Es gibt eine Fülle weiterer sehr guter Ansätze, auf die Sie bei der Recherche vor Ort stoßen werden; sie können hier jedoch nicht alle aufgeführt werden, um den Rahmen dieser Empfehlungen nicht zu sprengen.

Seelsorge in Palliative Care – das bedeutet:

1. Wahrnehmen, dass die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen genuin Aufgabe von Diakonie und Kirche ist, also den Bedarf an seelsorglicher Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen zu Hause und in den verschiedenen Einrichtungen erkennen.

2. Verstehen, dass Kirche und Diakonie nur durch gemeinsame Konzepte die seelsorgliche Begleitung Betroffener, Angehöriger und Zugehöriger sowie der Begleitenden ermöglichen können, also die oftmals vorhandene, aber „künstliche“ Trennung zwischen Diakonie und Kirche überwinden und ein gemeinsames Vorgehen als qualitative Bereicherung und Ergänzung erleben.
3. Erkennen, dass sich in den rechtlichen Rahmenbedingungen von Palliative Care eine historische Chance konkretisiert, in der sich die Gesellschaft für seelsorgliche Aufgaben weit öffnet und diese erbittet, also die rechtlichen Rahmenbedingungen als Ausdruck einer gewandelten gesellschaftlichen Bedürfnislage wahr- und ernstnehmen.
4. Würdigen, was sich bereits entwickelt hat, also eine Bestandsaufnahme seelsorglicher Begleitung vornehmen und daran anknüpfen.
5. Anregen, Formen seelsorglicher Begleitung vor Ort aufzubauen und in Kooperation zu treten, also bestehende Modelle aufgreifen, ausprobieren und für die eigene Situation weiterentwickeln.
6. Ermutigen, seelsorgliche Angebote in Netzwerke palliativer Versorgung und multiprofessioneller Zusammenarbeit einzubringen, also die neu ausgebildeten Versorgungsstrukturen wahrnehmen, verstehen und aktiv auf sie zugehen.
7. Anstoßen, verschiedene seelsorgliche Angebote und Kompetenzen verlässlich ansprechbar zu machen, also die verschiedenen Möglichkeiten, Formen und Kompetenzen seelsorglicher Begleitung durch eigene Koordination zugänglich machen.

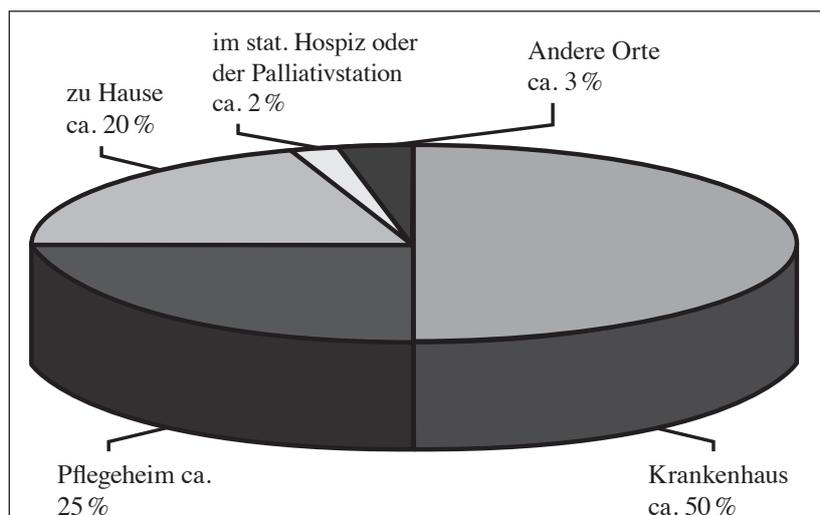
Die Mitglieder der Projektgruppe, die diese Handlungsempfehlungen verantworten, wünschen Ihnen dabei Kreativität und langen Atem! Sie wissen auch, welch tiefe menschliche Begegnung und Zusammenarbeit auf diesem Weg entstehen kann.

2. Sterben und Palliative Care in Deutschland

2.1 Sterben in Deutschland

In Deutschland sterben in jedem Jahr über 800.000 Menschen, 2007 waren es exakt 827.155 Menschen (darunter etwa 4.500 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren). Das ist etwa ein Prozent der Gesamtbevölkerung. Die meisten Verstorbenen hatten ein hohes oder sehr hohes Alter⁵.

Anfang des 20. Jahrhunderts starben die allermeisten Menschen in Deutschland noch Zuhause, heute



Schätzung nach Sterbeorten der in Deutschland 2007 verstorbenen Menschen⁷

sind es nur noch etwa 20 bis 25 Prozent. Dagegen versterben etwa 75 Prozent in Institutionen wie Krankenhäusern (ca. 50 Prozent) und Pflegeheimen (ca. 25 Prozent, wobei das Pflegeheim oft das letzte Zuhause darstellt); in Städten liegt ihre Anzahl teilweise deutlich höher.

5 Die durchschnittliche Lebenserwartung von Neugeborenen beläuft sich mittlerweile auf gut 82 Jahre für Mädchen und auf annähernd 77 Jahre für Jungen. (Quelle: Statistisches Bundesamt in Wiesbaden, s. Anm. 6).

Mittlerweile gibt es in Deutschland ca. 10.500 Pflegeheime für zumeist alte Menschen mit insgesamt über 726.000 Pflegeplätzen⁶. Die durchschnittliche Wohndauer in einem Altenpflegeheim hat in den vergangenen Jahren beständig abgenommen und beträgt heute etwa zwei Jahre; von den neu in ein Pflegeheim zuziehenden Menschen versterben aufgrund ihrer hohen Multimorbidität sogar zwei Drittel aller neuen Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb des ersten Jahres. Etwa 25 Prozent aller in Deutschland sterbenden Menschen waren zuvor Bewohnerin oder

Bewohner eines Pflegeheims; schätzungsweise deutlich mehr als 200.000 Heimbewohnerinnen und -bewohner versterben pro Jahr.

In vielen Krankenhäusern und zum Teil auch in anderen Institutionen wurde und wird auch heute noch Sterben und Tod tabuisiert und als „Störfall“ angesehen: In einem auf körperliche Heilung ausgelegten System bekommen die besonderen Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen etwa nach Ruhe und

Zuwendung wenig Raum. Folglich werden in einem solchen Konzept auch Seelsorge und psychosoziale

6 Quelle der Zahlen: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2008 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden 2008, www.destatis.de.

7 Es handelt sich um Schätzungen, eine Bundesstatistik zu den Sterbeorten wird vom Statistischen Bundesamt bislang nicht erhoben. Eine diesbezügliche Empfehlung gab die Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin in ihrem Zwischenbericht zur „Verbesserung der Versorgung Schwerkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22.06.2005, Bundestagsdrucksache 15 / 5858, S. 75

■ 2. Sterben und Palliative Care in Deutschland

Betreuung bestenfalls als eine Ergänzung der kurativen Behandlung angesehen; sie sind der Medizin und der Pflege jedoch deutlich nachgeordnet.

Auf diese „Institutionalisierung“ und „Somatisierung“ des Sterbens im Laufe des vergangenen Jahrhunderts hat die Hospizbewegung reagiert, häufig von kirchlich und ehrenamtlich engagierten Menschen initiiert. Sie ist eine Gegenbewegung zum „abgeschobenen Sterben“ und nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit der Aids-Krise zu sehen, die abrupt zu einem neuen Umgang mit dem Sterben und dem Tod zumeist junger Menschen herausforderte: Die Hospizarbeit ist angetreten, Menschen wieder vermehrt das Sterben zu Hause zu ermöglichen, wobei die Würde und die Bedürfnisse sterbenskranker Menschen im Mittelpunkt allen Handelns stehen. Hospizlich engagierte Menschen begegnen schwerstkranken und sterbenden Menschen, deren Angehörigen und Zugehörigen mit einer besonderen Haltung, die einfühlsam, menschlich und zuwendend sowie von vorbehaltlosem Respekt geprägt ist. Aus der ehrenamtlich getragenen Hospizbewegung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ein umfassendes und multiprofessionelles Versorgungs- und Begleitungssystem für schwerstkranken und sterbende Menschen – Palliative Care – entwickelt [Anlage 1].

Den Wunsch, zu Hause zu sterben, äußern etwa 75 Prozent bis 90 Prozent der Bevölkerung, wie regelmäßig stattfindende Befragungen belegen. Palliative Care tritt dafür ein, dies möglichst vielen Menschen zu erlauben. Wo dies nicht möglich oder gewünscht ist – und in vielen Fällen wäre es eine Überforderung und es fehlten auch die Möglichkeiten adäquater Versorgung – sollen schwerstkranken und sterbende Menschen in geschützten Räumen, etwa in stationären Hospizen und in palliativ ausgerichteten Pflegeheimen, bis zu ihrem Tod leben und schließlich auch versterben können. Für krankenhausbearbeitungsbedürftige schwerstkranken Menschen stehen mittlerweile spezielle Palliativstationen zur Verfügung, die in einer Reihe von Krankenhäusern eingerichtet wurden und auf denen die Patientinnen und Patienten palliativmedizinisch und –pflegerisch behandelt und hospizlich begleitet werden.

2.2 Palliative Care als Konzept für ein Sterben in Würde

Hospizidee und Hospizbewegung bzw. in deren Folge Palliative Care stehen also für eine Gegenbewegung zu einem allein kurativ auf körperliche Heilung ausgelegten System: Damit ein Mensch auf dem Weg des Sterbens nicht alleingelassen wird und körperlich-geistig-seelisch-sozial „friert“, soll ein Mantel (=lat. pallium) um ihn gebreitet werden. Er soll in seiner letzten Lebensphase so selbstbestimmt und so gut wie möglich leben und schließlich auch sterben können.

Exemplarisch ist dies auch von der Weltgesundheitsorganisation WHO zum Ausdruck gebracht worden.

Palliative Care in der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO

Die Weltgesundheitsorganisation WHO unter dem Dach der Vereinten Nationen hat sich 1990 erstmals mit Palliative Care befasst und durch folgende Aussagen einen weltweit erzielten Konsens für die Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen formuliert:

„Palliative Care

- unterstreicht, dass Tod und Sterben normale Vorgänge des Lebens sind
- beschleunigt den Tod weder noch verzögert es ihn,
- schafft Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen,
- schließt psychische und spirituelle Aspekte der Patientenversorgung mit ein,
- ist ein Unterstützungsangebot, um den Patienten zu helfen, so aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben,
- ist ein Unterstützungsangebot, um den Angehörigen zu helfen, während der Zeit der Erkrankung des Patienten und in ihrer eigenen Trauerphase zurechtzukommen.“¹

¹ zitiert nach: Sabine Pleschberger, Palliative Care – ein Paradigmenwechsel, in: Österreichische Pflegezeitung 12/02, S. 16-18, Übersetzung aus dem englischen Original durch die Autorin

■ 2. Sterben und Palliative Care in Deutschland

Diese Beschreibung von Palliative Care führte im Jahr 2002 zu folgender Definition durch die WHO:

„Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie mit lebensbedrohlichen Erkrankungen verbunden sind. Dies geschieht durch die Verhütung und Erleichterung von Leidenszuständen, indem Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) frühzeitig entdeckt und exakt eingeordnet werden.“²

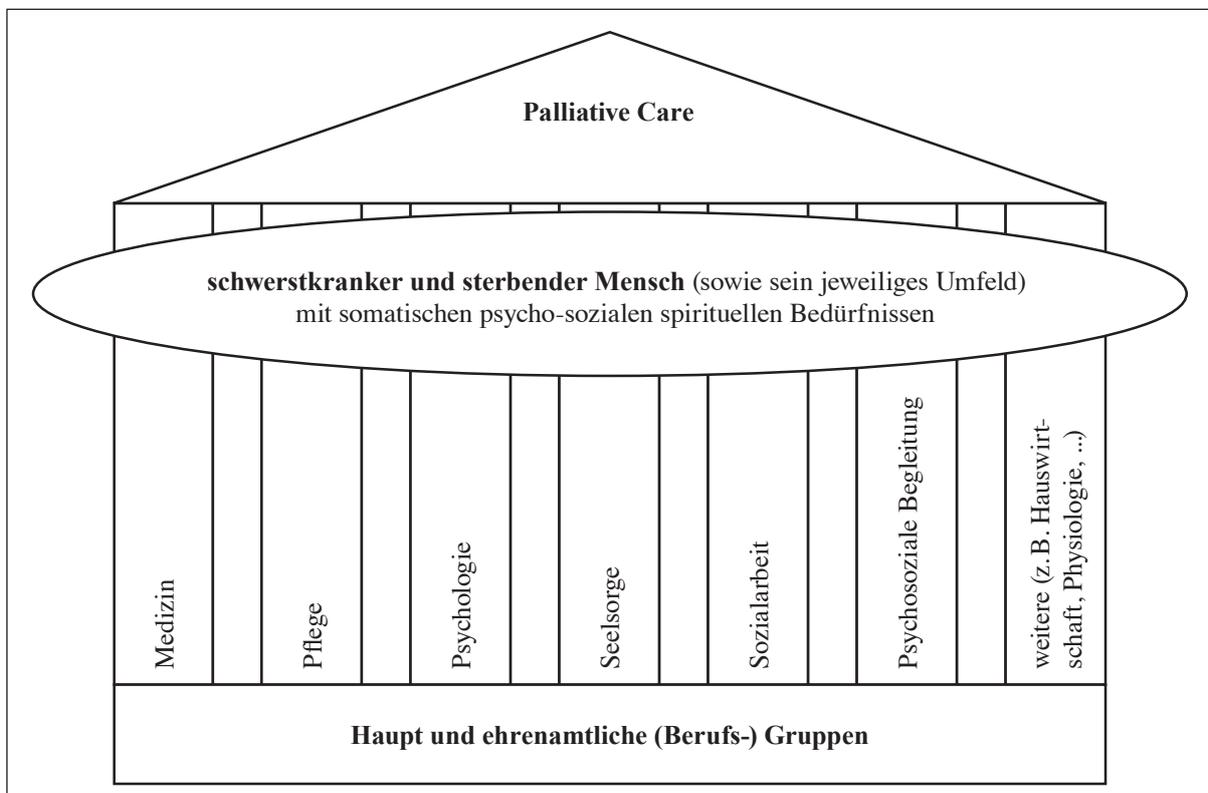
² Sepulveda C et al., Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002, 24:91–96. Zitiert nach: Elisabeth Davies, Irine J. Higginson, *Palliative Care, Die Fakten*, Bonn 2008, S. 14; Übersetzung der englischen Originalausgabe *Palliative Care, The Solid Facts*, WHO 2004

Palliative Care bedeutet demnach,

- a) dass Maßnahmen kurativer Medizin, die sonst vorrangig wären, zurücktreten gegenüber der

palliativmedizinischen, symptomlindernden Versorgung;

- b) dass die pflegerische Versorgung einen anderen Rang einnimmt und ganz auf die individuellen Bedürfnisse des sterbenden Menschen ausgerichtet ist;
- c) dass zur Versorgung die verschiedenen Dimensionen des Lebens gleichberechtigt gehören, also auch die psychosoziale und die seelsorglich-spirituelle Begleitung;
- d) dass ehrenamtlich Tätige und insbesondere die Angehörigen und Zugehörigen die wichtigste Begleitung im Alltag darstellen und dafür von „Professionellen“ gegebenenfalls Unterstützung benötigen;
- e) dass nicht mehr der sterbenskranke Mensch sich nach bestimmten Ordnungen (eines Pflegedienstes, Heimes, Krankenhauses etc.) zu richten hat, sondern umgekehrt alle Versorgung und Begleitung nach seinem Bedarf auf dem Weg zum Tod.



■ 2. Sterben und Palliative Care in Deutschland

In Palliative Care sind die verschiedenen Dimensionen und Kompetenzen zusammengefasst, mit denen den spezifischen Bedürfnissen der schwerstkranken und sterbenden Menschen zu entsprechen versucht wird. Die Grafik auf Seite 12 zeigt das idealtypisch auf.

2.3 Die Kirchen, ihre Wohlfahrtsverbände und die Hospizbewegung

Die beiden großen Kirchen standen der Hospizbewegung anfangs skeptisch bis ablehnend gegenüber, wurde doch befürchtet, etwa durch den Bau stationärer Hospize separate „Sterbehäuser“ zu schaffen, die Sterben und Tod noch mehr in eine gesellschaftliche Ecke drängen und tabuisieren würden. Daher hat sich die Hospizbewegung, obwohl mehrheitlich von kirchlich engagierten Menschen initiiert und getragen, zu einem Teil außerhalb kirchlicher Strukturen weiterentwickelt; Irritationen der Hospizbewegung gegenüber beiden Kirchen und ihren Wohlfahrtsverbänden sind zum Teil bis heute spürbar. Erst in der ersten Hälfte der 90er Jahre begann in den Kirchen und ihren Wohlfahrtsverbänden ein Umdenken.

Die anfängliche Skepsis hat jedoch dazu geführt, dass sich in der deutschen Hospiz- und Palliativlandschaft Doppelstrukturen herausgebildet haben: So sind viele diakonische Einrichtungen und Initiativen auch im Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) e. V. organisiert – 1994 außerhalb des kirchlichen Bereichs als Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. gegründet –, der sich als Dachverband der deutschen Hospizbewegung versteht⁸.

Seit den Anfängen der Hospizbewegung in Deutschland ist auch innerhalb der Kirchen und der Wohlfahrtsverbände viel geschehen: Etwa zwei Drittel der mittlerweile bundesweit existierenden schätzungsweise 170 stationären Hospize befinden sich in der Trägerschaft von Diakonie oder Caritas, ein Teil der ca. 1.500 Hospizdienste, in denen etwa 80.000 ehrenamtlich tätige Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Angehörigen und Zugehörigen begleiten, ist kirch-

lich verankert. Einige diakonische Altenhilfeeinrichtungen waren mit die ersten, die das Thema in der Regelversorgung aufgegriffen haben, oftmals angestoßen durch das Engagement von Einzelpersonen. Fort- und Weiterbildungskurse in Palliative Care wurden durch kirchlich-diakonische Träger erarbeitet und initiiert, viele Einrichtungen haben ihre Mitarbeitenden die Teilnahme an solchen Kursen ermöglicht oder „Inhouse-Schulungen“ durchgeführt, um zu einer „palliativen Kultur“ in den Häusern beizutragen⁹. Dies hat zu einer anderen „Haltung“ geführt – nicht nur schwerstkranken und sterbenden Menschen gegenüber –, zu einer Haltung, die darauf ausgerichtet ist, die Würde sterbenskranker Menschen und ihre Bedürfnisse – geistig, seelisch, körperlich – in den Mittelpunkt allen Handelns zu stellen.

Bei allen Erfolgen, die aufzuweisen sind, bleibt jedoch noch viel zu tun, um möglichst allen sterbenden Menschen in Deutschland unabhängig des Ortes – zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder wo auch immer – ein würdevolles und auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes „Leben bis zuletzt“ zu ermöglichen.

„Ich will das Sterben nicht schön reden, aber doch darauf hinweisen, dass gerade in unseren Hospizen ein menschenwürdiges Sterben ohne unnötige Schmerzen möglich ist. In diese Richtung müssen wir nach meiner festen Überzeugung offensiv und selbstbewusst weiter arbeiten.“

Bischof Prof. Dr. Martin Hein, Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck, in einem Vortrag am 9. September 2008 in Hofgeismar

Die Kirchen sind – im Zuge der veränderten Sozialgesetzgebung und auch im Wettbewerb mit anderen – gefordert, ihren ambitionierten Worten Taten folgen zu lassen. Dies betrifft vor allem ihre Kernkompetenz: die seelsorgliche Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie von deren Angehörigen und Zugehörigen.

⁸ Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., www.hospiz.net. Der DHPV ist nicht zu verwechseln mit der „Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung“ (www.hospiz.net), die keine Mitgliedsorganisationen hat.

⁹ siehe dazu auch: „Leben bis zuletzt. Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“, Diakonie Texte 17. und 18.2006

2.4 Palliative Care in der Sozialgesetzgebung

Die Hospizbewegung hat den Anstoß gegeben zu einem mehrdimensionalen Verständnis der Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen, zur Entwicklung von Netzwerken und zu einem umfassenden Begleitungs- und Versorgungssystem „Palliative Care“. Damit sind besondere, über die allgemeinen Kriterien medizinischer und pflegerischer Versorgung hinausgehende Erfordernisse benannt worden. Ein wachsendes Bündnis verschiedener gesellschaftlicher Organisationen hat deren Berücksichtigung in der Gesetzgebung gefordert. Auch die Kirchen und die christlichen Wohlfahrtsverbände haben sich – eine entstehende aktive Sterbehilfe-Bewegung vor Augen – stark dafür eingesetzt¹⁰.

All dies hat schrittweise mit dazu geführt, dass Palliative Care auch Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden hat, angefangen bei den gesetzlichen Regelungen zur stationären Hospizarbeit (§ 39a [Abs. 1] SGB V, 1997) und zur ambulanten Hospizarbeit (§ 39a Abs. 2 SGB V, 2001) bis hin zum Leistungsanspruch der Versicherten auf „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (kurz SAPV, § 37b SGB V, 2007). Seither hat sich die Rechtslage mehrfach verändert.¹¹

¹⁰ siehe exemplarisch: Diakonisches Werk der EKD (Hrsg.), „Hospizarbeit in Diakonie und Kirche. Reflexionen und Konkretionen“, Stuttgart 2002 und „Leben bis zuletzt“, a.a.O.

¹¹ Mit Beschluss des Bundestages vom 18.06.2009 ist die stationäre und ambulante Hospizarbeit auf eine neue, verlässlichere Finanzierungsgrundlage gestellt worden. Zudem wurde am 19.06.09 beschlossen, die Palliativmedizin als ordentliches Lehr- und Prüfungsfach in die ärztliche Approbationsordnung aufzunehmen, auch dies eine Empfehlung, die bereits die Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin in ihrem Zwischenbericht zur „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22.06.2005, Bundestagsdrucksache 15/5858, gegeben hat. Vgl. Anmerkung 7. Beide Gesetzesänderungen sind Ende Juli 2009 in Kraft getreten.

2.5 „Spiritual Care“ als öffentliche Formulierung eines Bedarfs an Seelsorge

Da neben der psychosozialen Begleitung auch die spirituelle Begleitung integraler Bestandteil von Palliative Care ist, hat – ähnlich wie bei der WHO-Definition (s.o. Kapitel 2.2) – bei der Aufnahme von Palliative Care in die Sozialgesetzgebung auch diese Dimension Berücksichtigung gefunden. In den Texten zur gesetzlichen Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch V und in den ergänzenden Texten – etwa den Bundesrahmenvereinbarungen zur stationären und zur ambulanten Hospizarbeit – ist von „spiritueller Begleitung“ oder auch ganz direkt von „Seelsorge“ die Rede, wenn es darum geht, welche Angebote im Rahmen von Palliative Care zugänglich sein sollen [Anlage 2] – auch, wenn diese nicht refinanziert werden.

In zugespitzter Weise ist die spirituelle Dimension zuletzt im Zusammenhang mit der Einführung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) formuliert worden, was hier kurz ausgeführt werden soll:

Seit 1. April 2007 haben gesetzlich krankenversicherte Menschen in Deutschland einen Rechtsanspruch auf „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV, § 37b SGB V): Menschen sollen dadurch die Möglichkeit erhalten, auch bei schwerer Krankheit und im Sterbeprozess in ihrer vertrauten Umgebung bis zuletzt gut versorgt leben und schließlich auch sterben zu können. Mit dem neuen Gesetz wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in regelmäßig stattfindenden Umfragen die große Mehrheit der befragten Menschen angibt, in ihrer vertrauten Umgebung versterben zu wollen (siehe oben unter 2.1); Krankenhauseinweisungen sollen in der letzten Lebensphase eines Menschen möglichst vermieden werden durch eine qualitativ hochwertige Versorgung der betroffenen schwerstkranken und sterbenden Menschen im Sinne von Palliative Care. Der Leistungsanspruch der Versicherten bezieht sich auf palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen und deren Koordination,

die von den Krankenkassen vergütet werden müssen.

Auf die Vergütung weiterer „Leistungen“, wie zum Beispiel psychologische Behandlung oder seelsorgliche Begleitung, besteht innerhalb der SAPV zwar kein Anspruch. Der Gesetzgeber erkennt aber an, dass zur Konzeption von Palliative Care als multiprofessionelles Versorgungs- und Begleitungssystem mehr gehört als nur die Versorgung der körperlichen Symptome der schwerstkranken und sterbenden Menschen durch Palliativmedizin und Palliativpflege. Daher finden sich in den Texten zur SAPV zahlreiche Verweise auf eine verpflichtende Zusammenarbeit der medizinisch-pflegerischen SAPV-Teams mit anderen Akteuren des Hospiz- und Palliativbereiches, wie ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizen etc. im Sinne eines „integrativen Ansatzes“, wie es im Gesetzestext formuliert ist. Dabei wird ganz direkt auch das Stichwort „Seelsorge“ genannt oder von den „spirituellen Anforderungen“ gesprochen, die in der Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen zu berücksichtigen sind [Anlage 3]. Dies gilt auch für die unterschiedlichen Vertragstexte zur SAPV, die sich gegenwärtig in vielen Bundesländern in der Abstimmung bzw. Verhandlung befinden. Auch einige Vertragsabschlüsse liegen mittlerweile vor¹.

1 Die Diskussion zur SAPV ist in den verschiedenen Bundesländern äußerst komplex und wird zumeist kontrovers geführt, was hier nicht im Einzelnen ausgeführt werden kann. Siehe dazu exemplarisch: Klie, Thomas, Der lange Atem des Rechts, in: Praxis Palliative Care 02/2009, S. 40-42. Hinweise zur Vertragsgestaltung der SAPV von Thomas Klie finden sich darüber hinaus in Anlage 4.2, siehe auch Kapitel 3.2

Einen Überblick zur SAPV im Internet bietet: www.sapv.de und www.ag-sapv.de.

Das bedeutet: „Spirituelle Begleitung“ oder auch „spiritual care“ (siehe unten unter 4.1) sind allgemeine, öffentliche, das religiöse Neutralitätsgebot des Staates respektierende Formulierungen für einen

Bedarf, der in unterschiedlicher, eben auch in christlicher Weise erfüllt werden kann.

Das in besonderer Weise qualifizierte seelsorgliche Handeln der Kirchen ist gefragt – offen ist, ob und wie die Kirchen diese öffentlich benannte Herausforderung annehmen.

Durch den Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die parallele Bedarfsformulierung, dass Seelsorge bzw. spirituelle Begleitung zu einer umfassenden Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen hinzugehört, bietet sich für die Kirchen und deren beide Wohlfahrtsverbände eine neue Chance, sich eng mit der Hospizbewegung zu vernetzen: Die plural ausdifferenzierte Gesellschaft bietet – in historisch einmaliger Weise – darum, sich in den pluralen Versorgungssystemen zu engagieren. Neben den gesetzlich formulierten Rechtsansprüchen der Versicherten auf Hospizarbeit und Palliative Care ist – ausgehend von der SAPV – in jüngster Zeit auch die Diskussion über eine „Allgemeine Palliativversorgung“ (APV) intensiviert worden für all die sterbenskranken Menschen, die einer besonderen Versorgung durch die SAPV nicht bedürfen. Für die Erarbeitung von Konzepten seelsorglicher Begleitung ist auf die Ausbildung von Strukturen auch in der APV zu achten.

Ein solches Engagement in den unterschiedlichen Bereichen von Hospizarbeit und Palliative Care erscheint unverzichtbar, zumal mit ihrer Etablierung und Verrechtlichung zugleich auch wieder eine einseitige Betonung der körperlichen Symptomatik von schwerer Krankheit und Sterben einher geht. Die Gefahr einer Ökonomisierung, Medikalisierung und Somatisierung von schwerer Krankheit, Sterben und Tod wächst. Würden aber Sterben und Tod nur als körperliche Phänomene angesehen, würden die zentralen spirituellen Fragen erneut aus dem Blick geraten. Daher kann Seelsorge hier einen wichtigen gesamtgesellschaftlichen Dienst leisten, indem sie als „Platzhalter für Menschlichkeit“ einen Raum unverkürzter Humanität offen hält.

3. Palliative Netzwerke und Seelsorge

3.1 Die andere Perspektive

„Markenzeichen“ von Palliative Care ist die gleichberechtigte Zusammenarbeit verschiedener Professionen (siehe Abschnitt 2.2). Hinzu kommt, dass in diesem Bereich professionelle Arbeit ihr primäres Ziel häufig darin hat, Ehrenamtliche sowie Angehörige und Zugehörige in dem zu unterstützen, was sie tun und sein können.

Der entscheidende Punkt – auch für die gleichberechtigte Kooperation – besteht allerdings darin, dass alles Bemühen seine Möglichkeit und seine Grenze im schwerstkranken und sterbenden Menschen mit seinen Bedürfnissen selbst hat: Palliative Care beinhaltet folglich einen Perspektivwechsel, bei dem alle Agierenden gleichermaßen ins zweite Glied rücken. Es hat mit dieser „inneren Ordnung“ des Konzeptes von Palliative Care zu tun, dass es sich als Netzwerk und in Netzwerken vollzieht.

Ein wesentlicher Effekt dieser Perspektive ist, dass palliative Versorgung nicht von der jeweiligen Einrichtung und ihren organisatorischen Anforderungen und Bedarfen, sondern vom jeweiligen sterbenskranken Menschen her – also quer zu den in Deutschland so unterschiedlich organisierten Systemen ambulanter oder stationärer Versorgung – wahrzunehmen und zu entwickeln ist.

Diese andere Perspektive ist auch für die Kirche ungewohnt und eine große Herausforderung. Denn ihre seelsorglichen Angebote sind ebenfalls unterschiedlich organisiert, entweder in den Kirchengemeinden oder in stationären Einrichtungen, entweder im Rahmen der Gemeindepraxis oder als fachlicher Dienst.

Die aktive Beteiligung von Seelsorge an Palliativen Netzwerken ist daher eine Grundvoraussetzung, um schwerstkranken und sterbende Menschen zu errei-

chen und ihnen eine seelsorgliche Begleitung anbieten zu können. Eine Vernetzung mit Palliative Care stellt für in der Seelsorge Tätige auch die Chance dar, sich aus den Befangenheiten der jeweils eigenen Organisationsstruktur in eine gemeinwesenorientierte Offenheit herausrufen zu lassen und um des schwerstkranken und sterbenden Menschen willen, der mit seinen jeweiligen Bedürfnissen und seinem Umfeld im Mittelpunkt steht, ganz anders und in gegenseitiger Wertschätzung zusammenzuarbeiten.

3.2 Konzeption und Auftrag palliativer Netzwerke

Ein Palliatives Netzwerk hat das Ziel, schwerstkranken und sterbende Menschen, ihre Angehörigen und Zugehörigen ihren individuellen Bedürfnissen



■ 3. Palliative Netzwerke und Seelsorge

entsprechend zu versorgen, zu begleiten und ihre subjektive Lebensqualität zu sichern. Als ein soziales Netzwerk in einer bestimmten Region ist es eine Kooperationsform verschiedener Einrichtungen, Dienste und Gruppen innerhalb der Hospizbewegung und Palliativversorgung und besteht aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen und ehrenamtlich engagierten Menschen. Entscheidend für den Erfolg eines solchen multiprofessionell ausgerichteten Netzwerkes ist eine funktionierende Koordination zwischen den einzelnen Berufsgruppen, den Ehrenamtlichen und den Diensten, damit betroffene Menschen zu Hause, im Pflegeheim, im Krankenhaus – oder wo auch immer sie leben und sterben – optimal begleitet und versorgt werden können.

Beispielhaft sei die Selbstdefinition von drei bestehenden Netzwerken – im Sinne von Plattformen – angeführt:

„Das Hospiznetzwerk-Mittelhessen ist kein eigenständiger Dienst, sondern eine gemeinsame Plattform der verschiedenen Einrichtungen aus dem Raum Mittelhessen.“

(Palliativnetzwerk Mittelhessen, siehe Homepage www.hospiznetz-mittelhessen.de)

„Wir verstehen uns als Ergänzung und Entlastung der bestehenden Hilfesysteme und der hausärztlichen Versorgung. Alle Partner des Palliativnetzes bringen ihre spezifischen Kompetenzen ein und verpflichten sich zu umfassender Kommunikation.“

(Palliativnetz Bochum, siehe Homepage www.palliativweb.de)

„Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung Schwerstkranker und Sterbender hat es sich das Palliative Versorgungsnetzwerk (PVN) zum Ziel gesetzt, alle an der Behandlung und Betreuung des Patienten Beteiligten zu einem ständigen fachlichen Dialog an einen Tisch zu bringen, miteinander zu vernetzen, fortzubilden und so einen reibungslosen Übergang [...] sicher zu stellen.“

(Palliatives Versorgungsnetzwerk im Landkreis Altötting, siehe Homepage des Hospizverein im Landkreis Altötting www.hospizverein-aoe.de)

Es existieren ganz unterschiedlich gestaltete Netzwerke: Manche Netzwerke umfassen Einrichtungen, Sozialstationen, Seniorenheime, ambulante Hospizdienste (so zum Beispiel das Palliativnetz Neckar-Bergstraße), andere auch Arztpraxen und ambulante Pflegedienste, Palliativstationen und stationäre Hospize (zum Beispiel das Palliativnetz Hamburg-Ost), oder sie integrieren eine spezialisierte Apotheke (zum Beispiel das Palliativnetz Bochum). Es existieren auch Palliative Netzwerke, in die kirchliche Seelsorge explizit durch Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie interessierte Einzelpersonen integriert ist (zum Beispiel die Palliativnetze in Darmstadt und Hanau).

Durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure in einem als eine Art Plattform dienenden Palliativen Netzwerk soll eine würdevolle und qualitativ hochwertige Begleitung und Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen am Ort ihrer Wahl innerhalb einer bestimmten Region ermöglicht werden. Ziel von solchen Netzwerken ist der Aufbau einer flächendeckenden Versorgung und Begleitung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich durch haupt- und ehrenamtlich tätige Mitarbeitende. Zu einem gut funktionierenden palliativen Netzwerk gehören die Bereitschaft

- zu Transparenz der Akteure untereinander,
- zu festen Absprachen,
- ein „Schnittstellenmanagement“,
- regelmäßig stattfindende Treffen, zum Beispiel von Qualitätszirkeln,
- gemeinsame Fortbildungen und
- eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (zum Beispiel Internetportal, etc.).

Exemplarisch sei dies am Hospiz- und Palliativnetzwerk Mittelhessen veranschaulicht:

(siehe folgende Seite)

In Palliativen Netzwerken bündeln die Teilnehmenden ihr Wissen und stimmen ihr Handeln zum

■ 3. Palliative Netzwerke und Seelsorge

persönliche Einstellung nicht verleugnen, orientieren uns aber daran, was für den betroffenen Menschen und seine Angehörigen in der Situation des Sterbens wichtig und hilfreich ist.“¹

¹ v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel, 33617 Bielefeld: Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod, 7. Fragen zur seelsorgerlichen Begleitung, S. 16ff. Bethel 1998

„Die Gemeinde hilft durch vielfältige Formen der Verkündigung, Sterben und Tod zu bedenken. Sie bietet Sterbenden und ihren Angehörigen persönliche Zuwendung, den Zuspruch christlicher Hoffnung in Wort und Sakrament und die Hilfe des Gebetes an. Gemeindeglieder und vor allem die Angehörigen werden ermutigt, die Sterbenden zu begleiten, den Kranken Worte aus der Heiligen Schrift und dem Gesangbuch zu sagen, die sie trösten und von Todesfurcht befreien können, mit den Sterbenden und für sie zu beten und ihnen anzubieten, einen Pfarrer zu rufen. Beichte und Abendmahl sind Gaben der Liebe Gottes, gerade auch für den leidenden Menschen.“¹

¹ Evangelische Kirche in Hessen und Nassau: Ordnung des Kirchlichen Lebens (Lebensordnung), Abschnitt VI,1 Von Tod und Bestattung, S. 35. Neufassung, Darmstadt 1988

Zwischen einem besonderen pastoralen Auftrag und dem Auftrag der Gemeinde und der Angehörigen zur Sterbebegleitung wird nicht unterschieden: In der reformatorischen Tradition des allgemeinen Priestertums aller Gläubigen werden alle gleichermaßen zur Sterbebegleitung ermutigt: Angehörige, Zugehörige, Nachbarn, Freundinnen und Freunde und haupt-, neben- und ehrenamtlich Mitarbeitende in der Seelsorge in einer Kirchengemeinde wie in speziellen Arbeitsfeldern.

Eine ausdrückliche kirchliche Beauftragung zur Seelsorge setzt allerdings für haupt- wie für ehrenamtlich Tätige eine entsprechende Ausbildung und Vorbereitung auf den Dienst voraus, so auch in den Strukturen von Palliative Care (Näheres dazu siehe Abschnitt 4.2).

Aufgrund des hohen Stellenwerts der Sterbebegleitung in der christlichen Lebenspraxis ist es nicht verwunderlich, dass sich viele Gemeindeglieder, Pfarrerinnen und Pfarrer und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr in der Hospizarbeit engagiert und mit dazu beigetragen haben, dass sich innerhalb



weniger Jahrzehnte eine beeindruckende Vielfalt hospizlicher Angebote und palliativer Netzwerke herausgebildet hat. So ist vielerorts eine gute multi-professionelle, auch das Angebot von Seelsorge einschließende Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen entstanden.

Vom hohen Engagement einzelner Personen vor Ort hängt es zur Zeit aber noch ab, ob in einem palliativen Netzwerk auch die Seelsorge strukturell und verlässlich mit eingebunden ist. Nur in einigen wenigen Landeskirchen gibt es ausgewiesene Hospizpfarrstellen, die sich mit Konzepten einer Verankerung seelsorglicher Begleitung in Palliativnetzwerken beschäftigen [Anlage 5.1].

Wenn sich kirchlich verantwortete Seelsorge verlässlich an Angeboten der Begleitung vor Ort beteiligen will, dann müssen hierfür Konzepte einer Verankerung seelsorglicher Begleitung in den Netzwerken erarbeitet werden (siehe unten unter 5). In einigen Regionen ist dies bereits geschehen [Anlage 5.2], für viele Regionen, Landeskirchen bzw. gliedkirchlichen Diakonischen Werke steht dies aber noch aus.

4. Qualitätsanforderungen an Seelsorge in Palliative Care

4.1 Spirituelle Bedürfnisse und Seelsorge

In vielen Texten zu Palliative Care – in Fachtexten bis hin zu Erläuterungen zu den einschlägigen Gesetztexten – wird häufig nicht zwischen „Seelsorge“ bzw. „seelsorglicher Begleitung“ und „spirituellen Aspekten“ (siehe die WHO-Definition von Palliative Care) bzw. „spiritueller Begleitung“ differenziert. Vielmehr wird die Begrifflichkeit oft parallel verwendet: einmal wird von Seelsorge, an anderer Stelle dann von „spiritueller Begleitung“ gesprochen. In Fachkreisen hat sich mittlerweile der offene Begriff „Spiritual Care“ etabliert, der im multiprofessionellen Handlungsfeld Palliative Care die spirituellen Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen unabhängig von deren konfessioneller Bindung oder religiös-weltanschaulichen Orientierung insgesamt zu benennen versucht (siehe hierzu auch Kapitel 2.5).

Spiritual Care trägt dem Umstand Rechnung, dass in Hospizarbeit und Palliative Care nicht nur Menschen mit einem christlich geprägten Hintergrund begleitet werden und begleiten. Und selbst bei diesen finden sich bereits ganz unterschiedliche und individuelle Vorstellungen, Wahrnehmungen und Bedürfnisse. Durch die offene Begrifflichkeit und Definition von Spiritualität wird angedeutet, dass jeder Mensch – unabhängig seines religiösen, areligiösen oder weltanschaulichen Hintergrunds – eine spirituelle Dimension seines Daseins besitzt und ihm daher die Begleitung seiner spirituellen Bedürfnisse auch angeboten werden soll. Spiritual Care nimmt die plurireligiöse und multikulturelle Gesellschaft mit ihren individuellen Ausprägungen von Glauben und Religiosität wahr und ernst und achtet die Gleichberechtigung unterschiedlicher Religionen, Wertesysteme und Weltbilder.

Seelsorge bewegt sich im Kontext von Spiritual Care. Seit Entstehen der Seelsorgebewegung Ende der 1960er Jahre – übrigens in enger Verzahnung mit den Vorläufern heutiger ambulanter Hospizarbeit – stellt Seelsorge ein offenes Angebot dar, das allen Menschen unabhängig von ihrer christlichen Bindung oder weltanschaulichen Haltung gilt. Der Begriff „Spiritual Care“ macht diese Offenheit der Seelsorge deutlich.

Christlich geprägte Seelsorge hat, wie ausgeführt, für die Hospiz- und Palliative Care-Bewegung einen hohen Stellenwert – aber keinen Alleinvertretungsanspruch. Daraus folgt eine dialogische Situation mit zwei grundlegenden Konsequenzen:

Zum einen gehört es zur Seelsorge, dass sie sich ihrer christlichen Wurzeln, ihres Menschenbildes, ihres Bezuges zum gekreuzigten, verborgenen Gott sowie ihrer reichhaltigen Tradition von Psalmen, Gesten, biblischen Bildern und Ritualen bewusst ist und um ihre Verankerung im kirchlichen Auftrag weiß. Zum anderen ist sie auf Sensibilität und Offenheit gegenüber individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen, anderen Religionen und Weltanschauungen angelegt. Christliche Auftragsfestigkeit und Dialogorientierung bedingen einander.

Ausgehend von diesen Grundüberlegungen von Seelsorge als einer Ausgestaltungsform von Spiritual Care leiten sich spezielle Qualitätsanforderungen an evangelische Seelsorge ab¹².

¹² das Thema „Spiritual Care“ kann hier nur kurz angerissen, aber nicht in der Breite dargestellt werden. Weiterführend und ausführlich sei auf die Bücher von Traugott Roser und Erhard Weiher verwiesen, Literaturangaben finden sich in der Literaturliste.

■ 4. Qualitätsanforderungen an Seelsorge in Palliative Care

4.2 Differenzierte Qualifizierungen zur Seelsorge

Zu seelsorglicher Zuwendung ist grundsätzlich jede Christin und jeder Christ berufen. Kein „professioneller Seelsorger“ darf ihr oder ihm das absprechen. Das gilt auch für eine Ärztin oder einen Krankenpfleger, die sich über ihren jeweiligen Dienst hinaus als Christen in seelsorglicher Verantwortung wissen.

■ Ausbildung, Beauftragung und Begleitung

Wo aber die Kirche Menschen mit der Wahrnehmung von Seelsorge explizit beauftragt, muss sie auch für entsprechende Ausbildung, Beauftragungsformen und Begleitung sorgen. Dies gilt für ehrenamtlich wie für hauptamtlich Tätige – wenn auch in unterschiedlicher Weise. Sowohl Ehren- als auch Hauptamtliche bringen unterschiedliche Kompetenzen und Qualifikationen ein. Die besonderen Erfordernisse in der seelsorglichen Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen und Zugehörigen und auch die Formen der Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team machen spezifische Aus- und Fortbildungen nötig.

■ Reflektierter Glaube, psychologisches Grundwissen, Selbsterfahrung, methodische Schulung der Kommunikation

Ebenso differenziert sich das Bild von Seelsorge-Kompetenz: Christliche Seelsorge benötigt einen reflektierten Glauben, psychologisches Grundwissen, Selbsterfahrung und methodische Schulung der Kommunikation. Das gilt für alle, die einen kirchlichen Seelsorge-Auftrag erhalten: Ehren- wie Hauptamtliche, GemeindepastorInnen sowie in besonderen Seelsorgediensten Tätige.

■ Lebens- und Berufserfahrung, Qualitätsstandards für ehrenamtlich Seelsorgende

Und doch gibt es spezifische Kompetenzen, die nicht alle und nicht alle in gleicher Weise haben: Ehren-

amtliche bringen ihre jeweilige Lebens- und Berufserfahrung ein und können daher eine große Bereicherung sein. Ähnlich wie seit langem in der Telefonseelsorge werden inzwischen für immer mehr Seelsorgedienste auch Standards für die Qualifikation ehrenamtlich tätiger SeelsorgerInnen entwickelt; im jeweiligen Bereich erwerben sie dabei auch spezifische Feldkompetenz¹³. Durch ihre Ausbildung unterscheiden sie sich von anderen ehrenamtlich tätigen Personen.

■ Seelsorgliche Kompetenz von Pfarrern und Pfarrerinnen

Seelsorge gehört so sehr zu den Kernkompetenzen kirchlicher Arbeit, dass zum pastoralen Beruf die seelsorgliche Kompetenz unabdingbar hinzugehört. Pfarrern und Pfarrerinnen haben Theologie studiert, verstehen sich auf Lebens-Deutung und sind auf die verschiedenen Dimensionen kirchlichen Handelns in der Gemeinde vorbereitet. Dazu gehört auch die Seelsorge: seelsorgliche Kompetenz ist Bestandteil des Zweiten Theologischen Examen, Art und Umfang pastoralpsychologischer Ausbildungsbestandteile sind dabei unterschiedlich. Zukünftig wird es von Relevanz sein, auch die Themen Demenz und den Umgang mit demenzkranken Menschen sowie die Begleitung Sterbender bereits im Vikariat stärker zum Inhalt zu machen.

■ Pastoralpsychologische Weiterbildungen, ethische Kompetenz, liturgische und Ritualkompetenz

Mehr oder weniger umfangreiche pastoralpsychologische Weiterbildungen und Zusatzausbildungen¹⁴ führen darüber hinaus zu vertiefter Seelsorgekom-

¹³ So gibt es zum Beispiel in der Nordelbischen Ev.-Luth. Kirche seit kurzem ein gemeinsames „Zertifikat zur Befähigung zur qualifizierten ehrenamtlichen Seelsorge“, das bestimmte Ausgabedimensionen und mindestens achtzig Unterrichtseinheiten zur Voraussetzung macht.

¹⁴ vgl. insbesondere die fachlich sehr ausdifferenzierten fünf Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP) mit ihren jeweils eigenen Standards:

GOS: Gruppe – Organisation – System / GPP: Gestaltseelsorge und Psychodrama in der Pastoralarbeit / KSA: Klinische Seelsorge-Ausbildung / PPS: Personzentrierte Psychotherapie und Seelsorge / T: Tiefenpsychologie. Näheres unter www.pastoralpsychologie.de.

■ 4. Qualitätsanforderungen an Seelsorge in Palliative Care

petenz. Zu professioneller Seelsorge in dem Sinne, dass sie den Hauptteil der Berufsausübung ausmacht, bedarf es solcher oder vergleichbarer zusätzlicher Qualifikationen¹⁵. Sie werden zunehmend auch für an ehrenamtlicher Seelsorge Interessierte angeboten¹⁶. Insgesamt gilt es, über die theologische Kompetenz hinaus eine hohe Kommunikations- und Wahrnehmungskompetenz auszuprägen – wobei Kompetenz nicht nur Können bedeutet, sondern immer auch Wissen um die eigenen Grenzen und Schatten. Zur Seelsorge gehört die Fähigkeit, Erfahrungen in einen größeren Deutungshorizont zu stellen, mit anderen nach dem ethisch Gebotenen zu fragen (ethische Kompetenz) und brüchiges Leben in Gebet und Gottesdienst vor Gott zu bringen (liturgische und Ritualkompetenz wie Sinn für Symbolsprache, Bibeltexte, Gebet, Segnung und Aussegnung, Gestalten von Andachten, Gottesdiensten, Beerdigungen¹⁷). Erforderlich ist zunehmend auch interreligiöse Sensibilität.

■ Systemische Kenntnisse

Immer deutlicher wird allerdings, dass diese pastoralpsychologische Weiterbildung jeweils auch besondere systemische Kenntnisse mit einschließen muss. Ausgebildete SeelsorgerInnen sind vielfach in kirchlicher Trägerschaft in anderen Institutionen (Krankenhaus, Altenpflegeheim, Gefängnis ...) tätig („Kirche am anderen Ort“). Im Sinne „aufsuchender Seelsorge“ bezieht sich ihre seelsorgliche Tätigkeit auch auf die dort Tätigen und das ganze „Haus“. Sie müssen sich also – aus kirchlicher Freiheit und Beauftragung heraus – in eine spezifische Auftragsituation einbinden, wie sie zum Beispiel auch Pflegedienste oder ehrenamtliche Hospizdienste darstellen. Sie müssen lernen, sich dort mit ihrem „fremden“ Auftrag verständlich zu machen. Wie ein Pflegeheim- oder Krankenhaus-System oder auch ein Palliative Care-Netzwerk funktioniert, will erst einmal

verstanden sein, um mit und in den Strukturen der jeweiligen Organisation handeln zu können.

■ Feldkompetenz, Erfahrung in der Sterbebegleitung, Palliative Care-Kurse

Hinzu kommt die erforderliche **Feldkompetenz**. Denn professionelle SeelsorgerInnen, die von der Kirche in eine andere Institution wie zum Beispiel ein Krankenhaus, ein Altenpflegeheim oder ein Hospiz gesendet werden, müssen zumindest ein Minimum an Kenntnissen mitbringen, zu wem in welcher Situation unter welchen Kommunikationsbedingungen sie kommen, und auch, mit welchen Quali-

15 vgl. EKD-Leitlinien für die evangelische Krankenhaus-seelsorge „Die Kraft zum Menschsein stärken“. A.a.O.

16 siehe beispielsweise die Angebote des Zentrums für Seelsorge und Beratung der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau, www.zsb-ekhn.de/angebote-des-zentrums/101.html.

17 vgl. EKD-Leitlinien für die evangelische Krankenhaus-seelsorge „Die Kraft zum Menschsein stärken“. A.a.O.



■ 4. Qualitätsanforderungen an Seelsorge in Palliative Care

fikationen und Regeln andere professionelle Mitarbeitende dort tätig sind. Die besondere Situation alter pflegebedürftiger, schwerstkranker und sterbender Menschen, ihre Entwicklungen und Krankheitsbilder (zum Beispiel Demenz) machen spezifische Kompetenzen (Wissen, Fähigkeiten, Kommunikationsformen, Haltungen) erforderlich. Hinzu kommt das Wissen um besondere Versorgungsformen, gegebenenfalls die Ausbildung zur Mitwirkung in entsprechenden multiprofessionellen Teams und auch und nicht zuletzt – als eigentlich zentrales Feld kirchlicher Kompetenz – Erfahrung in der Sterbebegleitung. Das Wissen um Palliative Care wird in der Regel durch einen Palliative Care-Kurs vermittelt.



Er gibt Einblicke in multireligiöses Wissen und verhilft zu einer Sensibilität im Sinne von Spiritual Care. Auch ethische Entscheidungsfindung und Kompetenz lassen sich in einem multiprofessionellen Prozess erlernen und erproben. [Anlagen 6.1 und 6.2]

Die genannten Qualifikationsprofile werden in unterschiedlicher Kombination benötigt. So haben zum Beispiel ehrenamtlich Mitarbeitende von Hospizdiensten durchaus Erfahrung mit Demenz und Grundformen palliativer Versorgung. Andererseits wird man nicht von jedem Gemeindepastor und jeder Gemeindepastorin erwarten dürfen, dass sie oder er eine Palliative-Care-Ausbildung macht, um Sterbende zu begleiten. Der Beitrag anderer, die solch eine Ausbildung haben, wird wesentlich auch darin bestehen, davon etwas weiterzugeben und Beteiligte fachlich zu unterstützen.

■ Supervision

Seelsorgerinnen und Seelsorger, die zur Seelsorge in Palliative Care beauftragt werden, die Sterbende – aber auch die Begleitenden – begleiten, bedürfen auch selbst der Begleitung. Zur Seelsorge im Bereich Palliative Care gehört somit schließlich die regelmäßige Praxis-Reflexion im Rahmen einer fortlaufenden Supervision. Wer viel Erfahrung hat im Umgang mit Sterbenden, mit Grenzen in der Pflege, mit Macht und Ohnmacht in der Medizin, mit Überforderung und der besonderen Dichte dieser Begegnungen, wird supervisorische Begleitung, allein oder im Team, nicht missen wollen und können.

4.3 Koordination verschiedener seelsorglicher Kompetenzen

In dem Maße, wie es zu einer koordinierten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen kommt (zum Beispiel in Pflegestützpunkten, Hospizdiensten, Palliative-Care-Teams), erscheint es notwendig, dass die Kirche – zumal in einer zunehmend marktförmigen Situation – ihre verschiedenen Seelsorgekompetenzen in überschaubaren Regionen in koordinierter und verlässlicher Weise anbietet und zugänglich macht.

■ 4. Qualitätsanforderungen an Seelsorge in Palliative Care

Solche Koordination kann die Kirche nicht von säkularen Diensten erwarten. Nicht diese müssen „auf den Pfarrer (zu)kommen“, sondern Kirche und Diakonie müssen ihr vielfältiges Potenzial unterschiedlicher seelsorglicher Kompetenzen durch eine eigene Koordinationsstelle anschlussfähig machen.

Denn allmählich wird deutlich: die geeignete seelsorgliche Begleitung und auch schon ihre Vermittlung ist weder von GemeindepfarrerInnen noch von der Krankenhausseelsorge „nebenbei“ zu leisten. Will die Kirche ihre kompetente Seelsorge und ihre vielfältigen Möglichkeiten seelsorglicher Begleitung in einem Umfeld und System, das auf Zuverlässigkeit angelegt ist, angemessen einbringen, muss sie Personen beauftragen, für eine bestimmte Region den aktuellen Überblick zu halten, rasch ansprechbar und in der Lage zu sein, Bedürfnisse von Menschen mit verschiedenen Formen der Begleitung in kompetenter Weise zusammenzubringen. Im wahrsten Sinne des Wortes braucht es dazu „Schlüsselpersonen“!

4.4 Seelsorgliche Qualifizierung im multiprofessionellen Team

Seelsorgliche Begleitung bedarf der Feldkompetenz im Netzwerk und im multiprofessionellen Team; wichtig ist das Wissen von Seelsorgerinnen und Seelsorgern um maßgebliche Inhalte der anderen Arbeitsfelder (siehe 4.2: besondere systemische Kenntnisse und Feldkompetenz). Dies gilt jedoch auch im Umkehrschluss: Die anderen Professionen in Palliative Care müssen sich ein gewisses Maß an seelsorglicher und spiritueller Kompetenz aneignen. Dies meint freilich nicht, dass alle selbst zu SeelsorgerInnen werden müssen. Aber das Einüben des „spirituellen Blickwinkels“ gehört zur Grundkompetenz jeder beteiligten Disziplin, andernfalls scheitert der Ansatz von Palliative Care, weil die spirituellen und seelsorglichen Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Menschen, deren Angehörigen und Zugehörigen nicht angemessen wahrgenommen werden.

Auch hier liegt eine Verantwortung der Seelsorge und der sie verantwortenden Kirche bzw. Diakonie: die Qualifizierung und Schulung der anderen Beteiligten, damit diese sensibilisiert werden, spirituelle

und religiöse Bedürfnisse zu erkennen, angemessen einzuschätzen, darauf einzugehen oder die an die zuständige Profession – also die Seelsorgerin oder den Seelsorger – weiter zu leiten.

Die Schulung des seelsorglich-spirituellen Blickwinkels kann auf zweierlei Weise geschehen:

- Sie erfolgt zunächst im Alltag der Zusammenarbeit: Dort, wo Seelsorgende in einem Netzwerk oder Team mitarbeiten, wo sie den Austausch pflegen und sich in die Einschätzung der Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Menschen interdisziplinär einbringen, werden per se die anderen Professionen auch für den seelsorglich-spirituellen Blickwinkel sensibilisiert: Vieles aus der Sicht der Seelsorge fließt in diese Gespräche ein und erweitert dadurch den anderen Disziplinen den Horizont. Von der Information über Rituale bis zur Identifizierung typischer seelsorglicher Fragen und Themen am Lebensende – die ihren Ausdruck häufig in Metaphern finden – reicht dieser Informationsfluss im Team, den die Seelsorgerin oder der Seelsorger einbringt. Diese alltägliche Qualifizierung „on the job“ ist ein nicht zu unterschätzender Beitrag von Seelsorge im „Orchester am Lebensende“ (Erich Loewy).
- Daneben ist es die Aufgabe von Kirche, Theologie und Diakonie, in Palliative Care-Kursen Seelsorge und Spiritualität einzubringen und qualitativ zu vertreten. Dabei geht es um den Beitrag erfahrener SeelsorgerInnen in den immer multiprofessionell ausgelegten Palliative Care-Kursen für die verschiedenen Berufsgruppen und Begleitenden zu den Themen: Glaube, Spiritualität, Gesprächsführung, Rituale, etc. Diese und weitere Inhalte gehören als Teil der Feldkompetenz in alle Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Palliative Care. Sie bilden einen Teil der Curricula in Palliative Care-Kursen für Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen, TherapeutInnen, Ehrenamtliche etc. [Anlage 6.1].

Seelsorge lernt also nicht nur von den anderen Professionen und Fachrichtungen für ihren Beitrag in Palliative Care, sie trägt auch zum Lernen der anderen bei.

5. Zusammenfassende Handlungsempfehlungen

5.1 Empfehlungen zu kirchlichem und diakonischem Handeln

Die Frage nach zuverlässiger seelsorglicher Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen – die allermeisten von ihnen sind alt bzw. sehr alt – stellt eine große gesellschaftliche, aber auch Familien individuell bedrängende Herausforderung dar. Die Situationsanzeige hat deutlich gemacht:

Kirche und Diakonie sind hier in einer ihrer Kernkompetenzen angefragt: Welchen Beitrag und Dienst können und wollen sie um der Menschen willen und aus ihrem christlichen Auftrag heraus im Rahmen von Palliative Care leisten?

Grundvoraussetzung ist es, dass sich Seelsorge den strukturellen Rahmenbedingungen von Palliative Care stellt und sich kooperativ einbindet, und zwar mit dem Ziel, Menschen in ihrer spezifischen Situation überhaupt erreichen und ihnen nah sein zu können. Mit ihrem Angebot stehen Diakonie und Kirche nicht allein, sondern in Zusammenarbeit und auch im Wettbewerb mit anderen. Nicht zuletzt der öffentlich formulierte Bedarf an spiritueller, seelsorglicher Begleitung sollte für die Kirchengemeinden, die verschiedenen Seelsorgedienste und die diakonischen Einrichtungen Anlass sein, die eigenen Möglichkeiten nicht im Verborgenen zu belassen, sondern weiterzuentwickeln und verlässlich anzubieten. Abschließend und zusammenfassend sollen die folgenden Handlungsempfehlungen Kirche und Diakonie Anregungen und Anstöße hierfür geben:

■ **Gesicherte Zusammenarbeit von Kirche und Diakonie**

Voraussetzung für die Entwicklung verlässlicher Strukturen in der seelsorglichen Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen stellt die Zusammenarbeit von Diakonie und Kirche dar.

Dies setzt die Bereitschaft von beiden Seiten voraus, Fremdheit, Abschottung gegeneinander und – wo dies besteht – „Allein-bestimmen-Wollen“ zu überwinden. Vielmehr ist eine „multiprofessionelle Zusammenarbeit“ und Bündelung der Kompetenzen in der Region bzw. im jeweiligen Sozialraum von beiden Seiten anzustreben. Kirche und Diakonie sollten es sich verboten sein lassen, allein und ohne den jeweils anderen Partner über die Seelsorge-Entwicklung in diesen Bezügen nachzudenken und zu sprechen!

Das bedeutet: Kein Altenpflegeheim der Diakonie darf künftig mehr behaupten: „Zu unserem Angebot gehört auch die seelsorgliche Begleitung durch Pfarrerinnen und Pfarrer“, solange nicht mit den PfarrerInnen der umgebenden Kirchengemeinden und gegebenenfalls weiteren Stellen konkrete Vereinbarungen dazu getroffen sind. Anderes würde diakonischer Professionalität nicht gerecht. Und: Keine Kirchengemeinde darf künftig mehr behaupten, dass für die Seelsorge in ihrem Umfeld gesorgt ist, ohne sich von sich aus aktiv mit den Erwartungen der ambulanten und der stationären Pflege sowie Pflege- und Palliative-Care-Koordinatoren in ihrem konkreten Umfeld an seelsorgliche Präsenz befasst zu haben. Anderes würde gemeindlicher Professionalität nicht gerecht.

■ **Sichtung regionaler Palliative Care-Netzwerke und Herstellen von Verbindlichkeit**

Das Ziel, Seelsorge als Angebot der spirituellen Begleitung in den Palliative Care-Netzwerken in den Sozialräumen zu verankern, setzt voraus, dass von kirchlich-diakonischer Seite eine Bestandsaufnahme von häufig ganz unterschiedlich strukturierten Palliative Care-Netzwerken in den jeweiligen Ländern und Regionen vorgenommen und

■ 5. Zusammenfassende Handlungsempfehlungen

deren innere Logik verstanden wird: Wie „funktionierte“ ein bestimmtes Netzwerk, wer koordiniert die einzelnen Dienste untereinander? Welche Gruppen und Dienste sind an ihm beteiligt? Wer ist Ansprechpartner?

Nötig ist es, das „Irgendwie“ seelsorglicher Mitarbeit in einem Palliative Care-Netzwerk in ein klares Konzept mit verlässlich vereinbarten Kommunikationswegen und verbindlicher kirchlich-diakonischer Beauftragung zu überführen¹⁸.

■ Palliative Care-Seelsorge-Koordination in Kirchenkreisen und Diakoniestationen

Für die Einbindung der Seelsorge in ein Palliative Care-Netzwerk ist die Benennung einer Seelsorge-Ansprechperson für die anderen Mitarbeitenden sinnvoll und zielführend. Dieser Netzwerk-Seelsorger bzw. diese Netzwerk-Seelsorgerin koordiniert die seelsorgliche Begleitung, übernimmt sie aber nicht in jedem Fall selbst – im Gegenteil: häufig ist die Weiterleitung von Anfragen an die zuständigen Gemeindepfarrerinnen und -pfarrer und andere im Seelsorgeteam Mitarbeitende, die häufig auch ehrenamtlich tätig sind, viel besser.

Empfohlen wird die Beauftragung einer Palliative Care-Koordinatorin bzw. eines Koordinators pro Kirchenkreis bzw. Seelsorgeregion oder Diakoniestation. Dazu können auch Stellenanteile hilfreich sein, wie dies beispielsweise vielfach in der Notfallseelsorge der Fall ist. Eine besondere Aufgabe ist es, die Erreichbarkeit rund um die Uhr – etwa in Rückkopplung mit der Netzwerk-Koordination – zu gewährleisten.

■ Seelsorge-Stützpunkte

Eine weitgreifende Konzeption stellt die Einrichtung von speziellen Seelsorge-Stützpunkten dar. Solche Stützpunkte beziehen sich nicht allein auf Palliative Care, sondern koordinieren im Sinne

einer „aufsuchenden Seelsorge“ auch die steigende Zahl von Anfragen seelsorglicher Begleitung etwa vermittelt durch Pflegedienste oder von Menschen, die durch eine Kirchengemeinde nicht erreicht werden. Sinnvoll sind solche Seelsorge-Stützpunkte insbesondere dort, wo in einer Region für pflegerische Aufgaben eine ähnliche Ansprech- oder Koordinationsstelle existiert. Ein entsprechender Stützpunkt sollte gemeinsam von Kirche und Diakonie getragen werden. Wichtig ist Sensibilität für das, was vor Ort gebraucht wird, ein Gespür für verschiedene Seelsorge-Fähigkeiten sowie Organisationserfahrung.

Die Stützpunkte haben die Aufgabe

- die verschiedenen kirchlichen und diakonischen Dienste und Stellen zu sichten, auf ein Netzwerk hinzuwirken und Seelsorge-Potenziale entsprechend zu koordinieren
- dafür zu sorgen, dass die zuständigen Stellen entsprechende Seelsorge-Vereinbarungen schließen und Beauftragungen erteilen
- die Kirchengemeinden und diakonischen Einrichtungen in der Weiterentwicklung ihrer Seelsorge zu unterstützen und dazu auch entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten aufzutun
- in enger Zusammenarbeit mit den Palliative Care-Netzwerken (auch der SAPV-Koordination) als kirchlich-diakonische Kontaktstelle deren Gegenüber zu sein. Die Stützpunkte koordinieren Anfragen nach seelsorglicher Begleitung und beteiligen sich am regelmäßigen Austausch, etwa in Fallbesprechungen oder Qualitätszirkeln.
- darüber hinaus Seelsorge-Erwartungen und Anfragen aufzunehmen und an die richtige Stelle zu vermitteln
- in begrenzter Weise auch selbst seelsorglich tätig zu werden

¹⁸ Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass Seelsorge – insbesondere in Bezug auf die SAPV – kein verbindliches Rechtsverhältnis eingeht, das die Gefahr beinhaltet, sie in eine gesamtschuldnerische Mithaftung zu nehmen (siehe unter 3.2 und Anlage 4.2).

■ 5. Zusammenfassende Handlungsempfehlungen

- die Weiterentwicklung der Seelsorge in der Region mit den verschiedenen Beteiligten im Blick zu behalten.

Seelsorge-Stützpunkte sind darauf ausgerichtet, sich dem Gemeinwesen gegenüber zu öffnen. Der Umfang eines Seelsorge-Stützpunktes kann unterschiedlich sein, wichtig ist die umfassende Erreichbarkeit. Unter dieser Voraussetzung sind auch Stellenkombinationen möglich.

■ Gegenseitige Wertschätzung von gemeindlicher Seelsorge und besonderen Seelsorgediensten

Ein Konzept von Seelsorge in Palliative Care – sei es durch Seelsorge-Stützpunkte, Netzwerk-SeelsorgerInnen oder anders organisiert – sollte immer auch als eine Hilfe zur Wahrnehmung gemeindlicher Seelsorge verstanden und nicht gegen sie konzipiert werden. Von der zuständigen Koordinationsstelle geht an die GemeindepfarrerIn oder den Gemeindepfarrer ein konkreter Hinweis, wer seelsorglicher Begleitung bedarf; dadurch wird das ureigene gemeindepfarramtliche Wirken unterstützt.

Aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den besonderen Seelsorgediensten sind aufgerufen, sich in der seelsorglichen Begleitung im Palliative Care-Kontext zu engagieren. So sehr sie in eine bestimmte Institution eingebunden sind und auch sein müssen, so sehr wird doch die Verbindung und Überleitung zur gemeindlichen Seelsorge immer wichtiger.

Ziel der Bemühungen, Strukturen für Seelsorge in Palliative Care zu entwickeln, ist es, einen Pool von qualifizierten Seelsorgerinnen und Seelsorgern zu bilden – Gemeindepfarrerinnen und -pfarrer, Spezialseelsorgende, ehrenamtlich tätige Menschen – die für die seelsorgliche Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und deren Angehörigen und Zugehörigen zur Verfügung stehen und deren Einsatz von einer koordinierenden Stelle geleitet wird.

■ Zusammenwirken von zur Seelsorge qualifizierten Haupt- und Ehrenamtlichen

Für Kirchengemeinden – auch für den Verbund mehrerer Gemeinden in einer Region – kann die Gewinnung geeigneter Ehrenamtlicher für ein Seelsorge-Team aus Hauptamtlichen und Freiwilligen ein großer Gewinn sein. Menschen, die sich zur Wahrnehmung seelsorglicher Aufgaben qualifizieren und Zeit investieren, gewinnen dabei auch viel für sich selbst. In dieser Balance von Geben und Nehmen wird in neuer Weise Lebens-Sinn erfahren.

Ein wichtiger Schritt – und eine Investition von beiden, von Ehren- wie von Hauptamtlichen – ist eine solide Ausbildung durch eine dazu qualifizierte erfahrene Seelsorge-Person. Binden GemeindepfarrerInnen sich von vornherein auch in solche Schritte der Vorbereitung ein, kann daraus auf Gegenseitigkeit ein guter Umgang mit eigenen Grenzen, viel Vertrauen und die Kraft zu einem belastbaren Seelsorge-Team erwachsen.

■ Ökumenische Zusammenarbeit

Ausgehend von den vielen guten Erfahrungen ökumenischer Zusammenarbeit von Seelsorge in Krankenhäusern, aber auch in der Hospizarbeit allgemein, wird empfohlen, neue Initiativen zu christlicher Seelsorge in Palliative Care-Netzwerken nicht nach Konfessionen zu teilen, sondern sie von vornherein möglichst ökumenisch zu entwickeln. Ökumenische Zusammenarbeit öffnet vielen Menschen neue Zugänge. Sie stärkt auch das offene Angebot und die Ansprechbarkeit der Seelsorge. Wenn Menschen eine konfessionsspezifische Zuwendung oder auch einen Ansprechpartner einer anderen Religion möchten, dann ist das in gegenseitiger Wertschätzung gut organisierbar.

Auch in der katholischen Kirche finden, initiiert durch die Deutsche Bischofskonferenz, derzeit Überlegungen zur Erarbeitung von Konzepten seelsorglicher Begleitung in Palliative Care-Netz-

■ 5. Zusammenfassende Handlungsempfehlungen

werken und Einrichtungen statt. Beide Projektgruppen haben sich über ihre Arbeit ausgetauscht.

■ Aus- und Fortbildung

Menschen auf dem Weg ihres Sterbens zu begleiten, setzt eine Qualifizierung voraus, die über eine allgemeine Aus- und Fortbildung zur Seelsorge hinausgeht. Entsprechende Qualifizierungskurse und -angebote sind die Voraussetzung dafür, dass genügend qualifizierte Seelsorgerinnen und Seelsorger für die Arbeit zur Verfügung stehen.

Neben den Befähigungskursen für ehrenamtlich Mitarbeitende in Hospizdiensten werden in den letzten Jahren zunehmend auch Kurse zur Seelsorge in Palliative Care angeboten. Wichtig ist, möglichst durch eigene Anschauung die nötige Feldkompetenz zur Zusammenarbeit in diesem multiprofessionellen Arbeitsfeld zu erlangen.

Im Bereich der Aus- und Fortbildung für Seelsorgende sind Diakonie und Kirche im Besonderen aufgerufen, gemeinsam dafür zu sorgen, dass die nötigen Kompetenzen zusammenkommen: Während die Kirche für die Seelsorge-Ausbildung sorgen sollte, können diakonische Einrichtungen in besonderer Weise zur Feldkompetenz beitragen.

■ Finanzierung

Das Entwickeln von Konzepten, der Aufbau entsprechender Strukturen und auch die Aus- und Fortbildung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern kosten Geld. Der finanzielle Aufwand wird auch von dem jeweiligen Konzept abhängen, das entwickelt und umgesetzt werden soll. Seelsorge in Palliative Care – das ist auch die Frage, mit welchem Stellenwert die lange Tradition christlicher Sterbebegleitung heute – unter modernen Anforderungen und Gegebenheiten – von der Kirche fortentwickelt wird.

Eine geregelte Refinanzierung der Arbeit (d.h. anderweitige Finanzierung kirchlich bestimmter

Seelsorge) – etwa im Rahmen der „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ – wird es aus den Mitteln der Kranken- und Pflegekassen nicht geben. Trotzdem wird es in diesem Bereich notwendig sein, zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten zu erschließen. Es gibt Krankenhäuser oder auch größere Pflegeheime, die eine Refinanzierung von Seelsorge aus dem Overheadanteil ihrer Einrichtung ermöglichen, weil ihnen diese Form der Zuwendung für ihre PatientInnen bzw. BewohnerInnen – nicht zuletzt auch aus Marketinggründen – etwas wert ist. Wichtig ist dabei, dass es auf Leitungsebene zu klaren Vereinbarungen kommt mit dem Ziel, eine entsprechend den hohen kirchlichen Standards qualifizierte Seelsorge anbieten zu können.

Die leistungsorientierten Finanzierungssysteme von ambulanter und stationärer Pflege lassen jedoch leider immer weniger Raum dafür, das Angebot der Seelsorge als notwendigen Bestandteil einer Palliative Care-Kultur mitzutragen. Menschliche Zuwendung wird immer mehr zu einer „Ressource“, die in die nichtfinanzierten Zwischenräume abgedrängt wird. Darunter leiden die PatientInnen, aber auch verschiedene Professionen. Hospizbewegung und Palliative Care-Kultur – nicht zuletzt als Alternative dazu entstanden – folgen nach wie vor einem Leitbild ganzheitlicher Zuwendung. Ihrer Ziellinie würde es entsprechen, in neuer Weise auch entsprechende Finanzierungen zu entwickeln. Kirche und Diakonie sollten gemeinsam öffentlich dafür eintreten.

Den einen richtigen Weg zur Organisation seelsorglicher Begleitung innerhalb der Strukturen von Palliative Care gibt es nicht: Dafür sind die Voraussetzungen von Palliative Care und die verschiedenen Netzwerkstrukturen in den einzelnen Ländern und Regionen, in Städten und in der Fläche zu unterschiedlich gewachsen und ausgebildet. Für viele Gebiete steht die Ausbildung entsprechender Strukturen auch noch aus.

5.2 Ein Wort zum Schluss: Seelsorge jenseits aller Machbarkeit

Durch eine noch so ganzheitliche, noch so kompetente palliative Begleitung und Versorgung, durch eine konzeptionell und qualitativ noch so gut aufgestellte Seelsorge ist der Tod jedoch nicht schön, nicht sanft, nicht ruhig und friedlich zu machen – er ist jeglicher „Machbarkeit“ entzogen. Für einen sterbenden Menschen stirbt die ganze Welt; und für viele Angehörige fühlt sich das zunächst genauso an. Wer sterbensranke Menschen begleitet, weiß: Wenn jemand sterben muss, dann geht immer auch ein Teil von uns.

Die Begegnung mit sterbenden Menschen lässt uns erfahren, dass kein menschliches Leben perfekt und rund ist, jedes weist Brüche auf und bleibt ungeschlossen; vor Gott ist jedes Leben Fragment, bekommt jedoch eine unendliche Würde zugesprochen. Deswegen begegnen SeelsorgerInnen jedem Menschen unabhängig von seinen Taten und seinen Untaten, unabhängig von seinen Leistungen und seiner Leistungsfähigkeit mit Respekt und würdevoll.

Memento

Vor meinem eignen Tod ist mir nicht bang,
nur vor dem Tode derer, die mir nah sind.
Wie soll ich leben, wenn sie nicht mehr da sind?

Allein im Nebel tast ich todentlang
und lass mich willig in das Dunkel treiben.
Das Gehen schmerzt nicht halb so wie das Bleiben.

Der weiß es wohl, dem Gleiches widerfuhr;
und die es trugen, mögen mir vergeben.
Bedenkt: Den eignen Tod, den stirbt man nur,
doch mit dem Tod der andern muss man leben.
(Mascha Kaleko)¹

¹ aus: Mascha Kaleko, Verse für Zeitgenossen, Reinbeck 1985, S. 9

Jeder Mensch ist auf Beziehung ausgelegt: Auf Beziehung zu anderen, auf Beziehung zur Welt, auf

Beziehung zu sich selbst und auf Beziehung zu Gott. Der Tod ist der Abbruch aller zwischenmenschlichen Beziehung: Sterben heißt loslassen – und für alle die zurückbleiben: Mit dem Tod der andern weiterzuleben. Das gilt auch für alle palliativ Sorgenden.

Darum braucht Palliative Care Orte zum Atemholen, zum Ausatmen, Aussprechen, Hinstellen, Wahrnehmen, Würdigen – und zum Einatmen, Kraftschöpfen, Aufrichten. Orte, um auch das eigene begrenzte Leben, das eigene begrenzte Tun, das eigene Nicht-weiter-Wissen aussprechen und damit bergen zu können in einen Raum, der größer ist und der weiter geht, über unser Leben hinaus. Das kann helfen, nach so vielem, was das Leben relativiert, wieder ins Leben zurückzukehren.

Hospizlich und palliativ bewegte Menschen wissen: Der Tod und die Konfrontation mit ihm sind eine unheimliche Macht. Ihr bleibt erlegen, wer nur verschweigt oder flieht. Und die verbreitete Unkultur im Umgang mit Sterben und Tod zeigt, welche Macht der Tod gewinnen kann! Dem Tod zu begegnen, erfordert einen lebendigen Aufstand, Spiritualität, die Vergewisserung der Kräfte, die auch einem abgebrochenen fragmentarischen Leben Würde geben.

Heil und unversehrt sollst du sein
– Gott segne deine Verletzlichkeit.

Getröstet und zuversichtlich sollst du werden
– Gott segne deine Niedergeschlagenheit.

Froh werde dein Leben zwischen Morgen und Abend
– Gott segne die Abgründe deiner Trauer.

Ein festes Herz sei dir Halt auf deinem Weg
– Gott segne deine unerlösten Träume.

Es soll dir wohl ergehen an Leib und Seele
– Gott segne deine Wehrlosigkeit.

Gelassenheit geleite deinen Schritt
– Gott segne das Chaos deiner Hektik.

Innere Ruhe sollst du finden jeden Tag
– Gott segne deine Freude Neues zu entdecken.

Anhang

1. Anlagen

Anlage 1: Grundlagen der Hospizbewegung

„Mutter“ und Leitfigur der Hospizarbeit bzw. von Palliative Care ist Dame Cicely Saunders (geb. 22.06.1918 in Barnet, Hertfordshire, gest. 14. Juli 2005 in London).



Sie war im 2. Weltkrieg Krankenschwester und Sozialarbeiterin, nach dem Krieg studierte sie Medizin und wurde Ärztin. 1948 erbt sie von einem Patienten £ 500, um ein stationäres Hospiz als letzten Lebensort für schwerstkranken und sterbende Menschen zu errichten. 1967 wurde das St. Christopher's Hospice in Sydenham im Südosten Londons eröffnet – das erste moderne stationäre Hospiz weltweit. Hier verstarb Dame Cicely Saunders im Jahr 2005.

Cicely Saunders war davon überzeugt, dass das Leben eines Menschen bis zum letzten Atemzug sinnvoll ist und es darum gehen muss, es so gut und angenehm wie möglich zu gestalten. Ihr einprägsames Motto für das Ziel von Palliative Care lautete: „Nicht dem Leben mehr Tage hinzuzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben“. Als überzeugte Christin, die offen war für andere religiöse Traditionen, lehnte sie aktive Sterbehilfe und jegliche Lebensverkürzung, aber auch eine künstliche Lebensverlängerung, strikt ab. Schon in ihrer „multiprofessionellen Persönlichkeit“ bildet sich das multiprofessionelle Handlungsfeld für schwerstkranken und sterbende – Palliative Care – ab: Palliativpflege und Palliativmedizin, psychologische, soziale und spirituelle Begleitung, ehrenamtliches Engagement.



Neben Cicely Saunders zählt die schweizerisch-us-amerikanische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross (geb. 08.07.1926 in Zürich, gest. 24.08.2004 in Scottsdale / Arizona) zu den Wegbereiterinnen der Hospizbewegung und Palliative Care. Kübler-Ross stellte ihr Leben ganz in den Dienst der Erforschung von Sterben, Trauer und Trauerarbeit und sorgte mit ihrem Buch *On Death And Dying* 1969 (deutsch: Interviews mit Sterbenden, 1971) für großes Aufsehen. Ihre Kernbotschaft lautete dabei, dass die Helfenden zuerst ihre eigenen Ängste und Lebensprobleme (ihre „unerledigten Geschäfte“) so weit wie möglich zu klären haben, ehe sie sich den Menschen am Lebensende hilfreich zuwenden können. Sie entwickelte auch das berühmte Phasenmodell des Sterbens, das seither kontrovers diskutiert, kritisiert, aber auch weiter rezipiert wird:

1. Nicht-Wahrhaben-Wollen (auch Rückzug; engl: Denial),
2. Zorn (Anger),
3. Verhandeln (Bargaining),
4. Depression (Depression),
5. Zustimmung (Acceptance).

Anlage 2: Hospizarbeit und Palliative Care nach § 39a SGB V

Ab Ende der 90er Jahre fand die Hospiz-Idee Eingang in das SGB V, das Sozialgesetzbuch über die gesetzliche Krankenversicherung: Der im Jahr 1997 ins Sozialgesetzbuch V aufgenommene § 39a [Abs. 1] regelt die Finanzierung bzw. die Höhe des Zuschusses der gesetzlichen Krankenkassen für stationäre Hospize, „in denen palliativ-medizinische Handlung erbracht wird“. Im Jahr 2001 wurde § 39a SGB V durch einen Absatz 2 zur ambulanten Hospizarbeit erweitert. Dieser regelt, dass die Krankenkassen die Personalkosten für Koordinatorinnen und Koordinatoren von „ambulante[n] Hospizdienste[n] ...“, die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung [...] erbringen“, zu fördern haben. In den beiden Bundesrahmenvereinbarungen zur stationären und ambulanten Hospizarbeit wird das Nähere über die Inhalte der Arbeit festgelegt, unter anderem die multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, die in der Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen zusammenarbeiten. Finanziell bezuschusst wird dabei primär die Pflege in den stationären Hospizen bzw. die Koordination von freiwillig in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen Engagierter durch eine Fachkraft und die Vorbereitung der ehrenamtlich Engagierten auf die Tätigkeit.

In den beiden Rahmenvereinbarungen zur Hospizarbeit wird dabei die spirituelle bzw. seelsorgliche Perspektive der Hospizarbeit benannt und die Notwendigkeit einer seelsorglichen bzw. spirituellen Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen betont:

Die **Bundesrahmenvereinbarung für die stationäre Hospizarbeit** mit Stand vom 13.03.1998 gilt in der Fassung vom 14.04.2010.

In ihr ist festgelegt (§ 1 Stationäre Hospize, Abs. 1), dass in stationären Hospizen

„eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleistet“

ist. In § 3 Versorgungsumfang ist durch Abs. 1 geregelt, dass in stationären Hospizen

„palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale, therapeutische, pädagogische (Kinderhospiz), geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung [...] erbracht“

werden; Abs. 3 legt fest, dass sich die Arbeit

„in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Angehörigen und Bezugspersonen der Sterbenden werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen.“

Abs. 5 bestimmt:

„Die sozialen und seelsorglichen Leistungen umfassen die Begleitung von Sterbenden sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen (einschl. Trauerarbeit), die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten. Dies schließt auch die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse ein.“

Auch in Abs. 8 werden unter

„m) Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen“

und unter

„n) Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse“

als „Leistungen“ der stationären Hospizarbeit benannt.

Die **Bundesrahmenvereinbarung für die ambulante Hospizarbeit** mit Stand vom 03.09.2002 gilt in der Fassung vom 14.04.2010.

In ihr ist festgelegt (§ 2 Grundsätze der Förderung, Abs. 2), dass

„Ambulante Hospizdienste [...] Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits-

■ Anhang

und Sozialsystem sein [müssen]; sie arbeiten im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements zusammen.“

§ 3 Inhalt und Umfang ambulanter Hospizarbeit legt in Abs. 2 fest:

„Die ambulante Hospizarbeit soll [...] helfen, die Konfrontation mit dem Sterben zu verarbeiten. [...] Dazu gehören sowohl die Begleitung von sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen als auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen sowie die Suche nach Antworten. Dies schließt die Berücksichtigung

sozialer, ethischer und religiöser Gesichtspunkte ein.“

In Abs. 4 wird die Tätigkeit der ehrenamtlich in einem Hospizdienst tätigen Menschen definiert. Diese

„erstreckt sich insbesondere auf: [...] – Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, – Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten, – Hilfe bei der im Zusammenhang mit dem Sterben erforderlichen Auseinandersetzung mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnfragen.“

**Anlage 3:
Texte zur SAPV und der Verweis auf
„Seelsorge“ und „spirituelle Begleitung“**

Mit § 37b SGB V hat der Leistungsanspruch auf „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) seit 01.04.2007 Eingang in das Sozialgesetzbuch V für alle gesetzlich Krankenversicherten gefunden. Das Gesetz regelt lediglich die drei Leistungen „medizinische, pflegerische Versorgung und Koordination“. Es weist aber auf den „integrativen Ansatz“ von Hospizarbeit und palliativer Versorgung hin und schreibt eine Zusammenarbeit der Leistungserbringer von SAPV mit bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen fest. Näheres dazu sollen die Richtlinien zur SAPV nach § 37b Abs. 3 und die Empfehlungen zu den Verträgen zur SAPV nach § 132d Abs. 2 regeln.

Die **Richtlinien zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** mit Stand vom 20.12.2007 sind im Bundesanzeiger Nr. 39 vom 11.03.2008 veröffentlicht worden und am Tag darauf in Kraft getreten. Sie haben, wie das Gesetz auch, verbindlichen Charakter.

In § 5 Inhalt und Umfang der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird in Abs. 3 festgelegt:

„Inhalte der SAPV sind insbesondere: – Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit [...] – psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen und enger Zusammenarbeit zum Beispiel der Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten.“

§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer führt unter Abs. 5 aus:

„Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.“

Die „Empfehlungen zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ mit Stand vom 23.06.2008 haben keinen verbindlichen, sondern – wie der Name sagt – lediglich empfehlenden Charakter.

Unter 4. Organisatorische Voraussetzungen wird ausgeführt:

„4.1 [...] Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit zum Beispiel mit ambulanten Hospizdiensten nach § 39a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zu gewährleisten. 4.2 Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs. 2 SGB V eng zusammen (integrativer Ansatz) [...]“

Sowohl in den Richtlinien als auch in den Empfehlungen zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird auf Seelsorge und spirituelle Begleitung Bezug genommen und die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Zusammenarbeit aller Berufsgruppen „über die Sektorengrenzen hinweg“ in der Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen im Sinne von Palliative Care betont.

Anlage 4.1: Einbindung von Seelsorge in Palliative Care-Netzwerke und SAPV-Leistungser- bringung

Netzwerke bestehen in aller Regel aus „Netzwerk-Teilnehmenden“, die – untereinander oder auch nach außen – kein rechtlich haftendes Verhältnis eingehen. Anders ist dies aber von Netzwerkteilnehmenden in Bezug auf die „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV). Durch die Mitarbeit der SAPV in Netzwerken wird der bisherige Charakter von Netzwerken als reine Plattformen der unterschiedlichen Hospiz- und Palliativdienste verändert. Aus diesem Grund ist auf folgendes zu achten:

SAPV-Leistungserbringer der Palliativversorgung gem. § 132d SGB V – also sogenannte SAPV-Teams – unterliegen einer rechtlich gesamtschuldnerischen Haftung und einem gemeinsamen, durchaus auch gemeinnützig gefassten, wirtschaftlichen Ziel. Sie agieren, zum Beispiel in Form einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), durch ihre Gesellschafter oder auf der Basis eines Vereins durch ihre Mitglieder. Hier besteht die Gefahr, dass insbesondere kirchlich verfasste (und deshalb mit dem gesamten Kirchenvermögen unbeschränkt haftende) Teilnehmende eines SAPV-Netzwerks (zum Beispiel die Seelsorge oder auch die ambulante Pflege) durch die Erklärung ihrer Mitgliedschaft – ohne es zu wissen und zu wollen – sich in einer gesamtschuldnerisch haftenden Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) wiederfinden und für alles, was dieses vermeintlich rechtlich unverbindliche „Netzwerk“ tut, auch finanziell und gegebenenfalls im Sinne der Gemeinnützigkeit gerade stehen müssen. Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn Palliative Netzwerke selbst Verträge als palliative Leistungserbringer der SAPV zu schließen beabsichtigen.

Wo Seelsorge in kirchlicher Trägerschaft in Palliativen Netzwerken und insbesondere an der SAPV - Leistungserbringung teilnehmen möchte, kann sich deren Träger (zum Beispiel eine Kirchengemeinde oder ein Dekanat) in unterschiedlicher Weise verhalten.

Der Träger von Seelsorge oder Pflege in kirchlich-verfasster Verantwortung kann sich beteiligen:

- als rechtlich nicht verbindlicher Teilnehmer in einem Palliativen Netzwerk (im Sinne einer Plattform);
- als „Beteiligter“, der koordinativ informiert und angefragt wird (ohne Vertrag und Recht);
- als „Kooperationspartner“ für Seelsorge durch einen Kooperations-Vertrag mit einem multiprofessionellen Palliative Care-Team;
- als Mitgesellschafter, zum Beispiel mit diakonischen Partnern (Krankenhaus, Heimen), also als Mitträger eines Palliative Care-Teams zur Leistungserbringung der SAPV;
- als Gesellschafter: Als Anstellungs- und Einrichtungs-Träger eines Palliative Care-Teams (zum Beispiel in einer gGmbH);

Wenn sich Netzwerkpartner an den Verträgen gemäß § 132d SGB V beteiligen möchten, empfiehlt sich für jeden Kooperationspartner immer eine vertragliche Regelung, um Fragen der Gestaltung und Verantwortlichkeiten bei der Kooperation, der Haftung, der Gemeinnützigkeit, der Finanzierung, der Öffentlichkeitsarbeit und der Konfliktregelungen zu vereinbaren.

Anlage 4.2: Checkliste zu SAPV-Verträgen nach Prof. Dr. Thomas Klie, Ev. Hochschule Freiburg

- 1.) Grundsätzlich ergänzt die SAPV das bestehende Versorgungsangebot, im Einzelfall kann sie allerdings auch die Regelversorgung nach dem SGB V ersetzen. Weitere Optionen sind im Vertrag zu berücksichtigen.
- 2.) Die Interdisziplinarität, die Grundlage der SAPV ist, sollte in den Verträgen festgeschrieben werden.

■ Anhang

- 3.) Der Leistungserbringer der SAPV sollte als Palliative-Care-Team (PCT) benannt werden, damit auf die Eckpunkte für PCTs aus der Literatur Bezug genommen werden kann. Allerdings müssen Ausnahmen für den ländlichen Bereich vorgesehen werden.
- 4.) Das Palliative-Care-Team hat nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzept zu handeln. Das Versorgungskonzept muss eine verbindliche Grundlage der Vertragsgestaltung werden – nicht zuletzt, um „schwarze Schafe“ auszuschließen.
- 5.) Der Leistungserbringer muss in Ausführung der verordneten Leistungen weisungsunabhängig sein und die alleinige Verantwortung für das Versorgungskonzept tragen. Auch dies ist im Vertrag festzuschreiben.
- 6.) Die PCTs haben im Rahmen der SAPV die Versorgung der Versicherten in dem zugewiesenen Versorgungsgebiet sicherzustellen, wobei im Vertrag auf die zur Verfügung stehenden Kapazitäten Bezug zu nehmen ist.
- 7.) Wichtig für die Unabhängigkeit der PCTs ist die Festschreibung der räumlich getrennten, personell und finanziell eigenständigen Organisationseinheit im Vertrag.
- 8.) Die Palliative-Care-Teams müssen eine bestimmte Zahl von Planstellen vorsehen und dabei unter Berücksichtigung der Arbeitnehmerschutzgesetze, insbesondere im ländlichen Raum, eine ausreichende Personenbesetzung der Planstellen (Stichwort Teilzeit) ermöglichen. Sonst lässt sich die Versorgung aus arbeitsschutzrechtlichen Gesichtspunkten nicht garantieren.
- 9.) Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot und beseitigt es nicht. Auch dies ist eine wichtige Festlegung in den Verträgen.
- 10.) Die allgemeine ambulante Palliative-Versorgung (durch niedergelassene Ärzte, ambulante Dienste, ambulante Hospizarbeit) hat Vorrang vor der SAPV. Palliativ-medizinische Versorgung darf die allgemeine palliative Versorgung nicht verdrängen.
- 11.) Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sollte auch im Rahmen der SAPV unter Verwendung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Vordrucke erfolgen. Die Ermöglichung einer solchen Vorgehensweise ist vertraglich festzuschreiben.
- 12.) Um die „Selbstbedienung“ mit SAPV von Palliative-Care-Teams zu vermeiden, ist in Verträgen die Überprüfung der Verordnung durch den Palliative-Care-Arzt festzuschreiben.
- 13.) Dass die SAPV interminierend und durchgängig erbracht werden kann, ohne dass eine Verordnung geändert werden muss, muss im Vertrag geregelt werden.
- 14.) In den Verträgen ist sicherzustellen, dass SAPV-Leistungen nicht zeitgleich mit deckungsgleichen Leistungen nach anderen Leistungstatbeständen erbracht und abgerechnet werden.
- 15.) In Verträgen sollte festgeschrieben werden, dass die Leistungserbringer im Rahmen der SAPV an den Auswertungen mitzuwirken haben. Nur so lassen sich „valide“ Daten generieren, die für die Evaluation der SAPV notwendig sind.

Anlage 5.1: Seelsorge in Palliative Care in der Ev.-Luth. Landeskirche Hannovers und in den Palliativstützpunkten in Niedersachsen

In ihren Grundsätzen zu Seelsorge in Palliative Care hat die Evang.-Luth. Landeskirche Hannovers diese als aufsuchendes Angebot an alle Menschen unabhängig von Religions- und Konfessionszugehörigkeit sowie ihres Umfeldes festgelegt; Seelsorge versteht sich als ergänzend zu anderen, etwa therapeutischen Angeboten und basiert in Deutungsarbeit und rituellem Handeln auf christlicher Tradition. Mit evangelischer Seelsorge werden qualifizierte Personen kirchlich beauftragt. Die Ausbildung umfasst theologische Grundlagen, Grundlagen der Psychologie, Fertigkeiten der Gesprächsführung und rechtliche Grundlagen der Ausübung der Seelsorge. Seelsorgende sind an die Grundlagen von Schrift und Bekenntnis gebunden, in ihrer Ausübung aber unabhängig.

Seelsorge in den Palliativstützpunkten in Niedersachsen

Das Land Niedersachsen strebt eine flächendeckende palliativ-ambulante Versorgung an. Aus diesem Grund sind sogenannte Palliativstützpunkte eingerichtet worden bzw. sind noch in Gründung begriffen. Alle an der Versorgung beteiligten Professionen sind aufgefordert, sich zusammenzuschließen, um ein gutes multiprofessionell ausgerichtetes Netz zu gewährleisten.

Für die evangelische Seelsorge bedeutet das zum Einen, sich zu organisieren, um die spirituelle Begleitung abzudecken, zum Anderen müssen Modelle entwickelt werden, die die Erreichbarkeit von Seelsorge gewährleisten. Gute Möglichkeiten der Organisation und Vernetzung bestehen, wenn ein Palliativstützpunkt das Gebiet eines Kirchenkreises abdeckt. Häufig erstrecken sich die Palliativstützpunkte aber auch auf Gebiete, in denen mehrere Kirchenkreise liegen; hier kommt es zu besonderen Herausforderungen in der Organisation.

Das Landeskirchenamt organisierte Fachgespräche zwischen den zuständigen Superintendenten oder von ihnen delegierten Personen zur seelsorglichen Begleitung in den Stützpunkten und unterstrich damit die hohe Bedeutung der seelsorglichen Versorgung in den Stützpunkten.

Zur Zeit existieren mehrere Modelle der Einbindung von Seelsorge für die Palliativstützpunkte:

- In Hannover-Stadt gibt es eine halbe Seelsorgestelle. Die Stelleninhaberin macht auf Anfrage die Besuche bzw. verweist an die Gemeindepastorinnen bzw. -pastoren. Anfragen laufen über die Telefonnummer eines ambulanten Palliativdienstes.
- In Lüneburg koordiniert die Krankenhausseelsorge eintreffende Anfragen nach häuslicher Seelsorge.
- In Göttingen wird eine Mischung aus Notfalltelefon und Geschäftstelefon in der Superintendentur angestrebt mit dem Ziel, dass die Ortspastorinnen und -pastoren die Seelsorge übernehmen.
- In Alfeld koordiniert ein Krankenhausdiakon Anfragen, bei Abwesenheit unterstützt durch die Notfallseelsorge.
- In Uelzen nimmt die Notfallseelsorge Anfragen entgegen und leitet diese per Fax an die Ortspastorinnen und -pastoren weiter.
- In Gifhorn erfolgen Anfragen direkt an die Ortspastorinnen und -pastoren, in der Nacht über die Notfallseelsorge.
- In Osterode koordiniert das Geschäftstelefon der Superintendentur Anfragen nach Seelsorge in Palliative Care-Zusammenhängen.

Grundsätzlich ist jeder Stützpunkt unter einer bestimmten Telefonnummer erreichbar, der Koordinator / die Koordinatorin vor Ort besitzt auf jeden Fall eine der oben genannten Ansprechnummern für die Seelsorge. In einigen Fällen werden Anfragen auch über die Hospizdienste an die Ortspastorinnen und Ortspastoren weitergeleitet. Dabei ist es sehr

■ Anhang

wichtig, dass dort eine Liste der Gemeinden bzw. Ortpastorinnen und -pastoren vorliegt.

Die hannoversche Landeskirche ist bestrebt, in gut funktionierenden und kooperierenden Zentren der Palliativversorgung Stellenanteile für Seelsorgende zu errichten. Der Kirchenleitung ist die Wichtigkeit und Bedeutung der seelsorglichen Präsenz in Palliative Care bewusst, sie macht nicht zuletzt „Lobbyarbeit“ für die evangelische Seelsorge und Kirche insgesamt.

Viele Ortpastorinnen und –pastoren sehen die seelsorgliche Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen zwar als eine Kernkompetenz pastoralen Handelns an, haben aber dennoch Berührungspunkte mit Tod und Sterben und sind auch deshalb skeptisch gegenüber palliativen Netzwerken. Die verantwortlichen Superintendentinnen und -intendenden werben deshalb für Erreichbarkeit.

Bei Rückfragen zu dieser Darstellung steht zur Verfügung:

Pastorin Andrea Peschke, Landeskirchliche Beauftragte für Hospiz – und Palliativarbeit, Pastorin und Supervisorin DGfP
Ebhardstr. 3 A, 30159 Hannover, Tel.: 0511-3604-404
E-Mail: andrea.peschke@hospiz-evlka.de

Anlage 5.2: Seelsorge in Palliative Care in der Region Hanau

- Das Palliativ Kompetenzzentrum Hanau gewährleistet ambulante Palliativversorgung ca. 20-25 km im Radius um die Stadt. Es besteht seit Juli 2007, innerhalb des ersten Jahres sind mehr als 300 Patientinnen und Patienten versorgt worden. Lokalisiert im Klinikum Hanau, vernetzt es sich in die Region hinein.

Im Palliativ-Kompetenzzentrum arbeiten mit: Vier spezialisierte Ärztinnen und Ärzte (darunter eine des St. Vinzenz-Krankenhauses Hanau); mehrere Pflegekräfte mit Spezialausbildung in Palliative Care; ambulante Hospizdienste: Arbeitsgemeinschaft Hospiz (in Trägerschaft der Caritas) und „Leben bis zuletzt“ (in Trägerschaft des Dia-

konischen Werks Hanau); die katholische und die evangelische Klinikseelsorge.

- Die Evangelische Klinikseelsorge besteht aus zwei Personen im Klinikum Hanau und einer Person im Vinzenzkrankenhaus mit einem Stellenumfang von insgesamt zwei Vollzeitstellen in Anstellungsträgerschaft der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck. An Werktagen ist mindestens eine Seelsorgerin/ein Seelsorger von ca. 8 bis 17 Uhr anwesend; in den übrigen Zeiten besteht eine 24stündige Rufbereitschaft. Damit ist gewährleistet, dass eine seelsorgliche Begleitung in Palliative Care rund um die Uhr möglich ist.

Vom Klinikum Hanau wird ein Büro gestellt mit Intranet-Zugang und anderen gängigen Kommunikationsmitteln. Das Büro befindet sich in demselben Gebäude wie das Kompetenzzentrum, so dass dank der kurzen Wege ein Austausch unmittelbar möglich ist. In den Zeiten der Rufbereitschaft geschieht dies über das Intranet oder per Mobiltelefon.

- Mitarbeit der Evangelischen Klinikseelsorge im Kompetenzzentrum
 - Teilnahme eines Seelsorgers / einer Seelsorgerin an den wöchentlichen Fallbesprechungen.
 - Benachrichtigung der Kolleginnen und Kollegen in den Gemeindepfarrämtern und Einrichtungen der Altenhilfe, kirchenkreisübergreifend und auch in die beiden benachbarten Landeskirchen hinein; gegebenenfalls Rückmeldungen an das Kompetenzzentrum.
 - Besuche von Palliativpatientinnen und -patienten bei Klinikaufenthalt, in Einzelfällen Weiterbegleitung außerhalb der Klinik.
 - Aufsuchen von Patientinnen und Patienten vor Ort, falls dort zuständige Kolleginnen oder Kollegen nicht rasch genug erreichbar sind.
 - Recherche und Zurverfügungstellung von Kontaktdaten für das Kompetenzzentrum.

■ Anhang

- Seelsorge für die Mitarbeitenden im Kompetenzzentrum.

■ Weitergehende Vernetzungsarbeit

- Die Seelsorge ist Ansprechpartnerin bei Fragen im Zusammenhang mit Palliative Care für das landeskirchliche Sonderseelsorge-Referat, den Sprecherkreis Klinik- und Altenheimseelsorge, das Dekanat sowie für Kolleginnen und Kollegen in der Region inklusive Qualitätssicherung.
- Engagement im ‚Förderverein Palliative Patientenhilfe Hanau‘. Dieser hat seit zehn Jahren den Palliative Care-Gedanken ins öffentliche Bewusstsein in der Region gebracht und wirbt durch Sponsoren – in Zusammenarbeit mit der Sparkasse Hanau und zwei Stiftungen – Gelder unter anderem für das Kompetenzzentrum ein.
- Beteiligung am ‚Runden Tisch Palliativversorgung‘, der die regionalen Entwicklungen sich-

tet, fördert, Problemlösungen erarbeitet (beispielsweise für einen Hilfsfonds für Palliativpatienten oder eine Internetpräsentation für alle Anbieter von Palliative Care-Kursen).

- Mitwirkung bei der Etablierung von stationären Palliativbetten in den beiden Kliniken; Teilnahme an Fallbesprechungen.
- Kontakte zum stationären Hospiz „Louise de Marillac“ und dem Vinzenzkrankenhaus in Hanau.
- Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben bei öffentlichen Ereignissen.

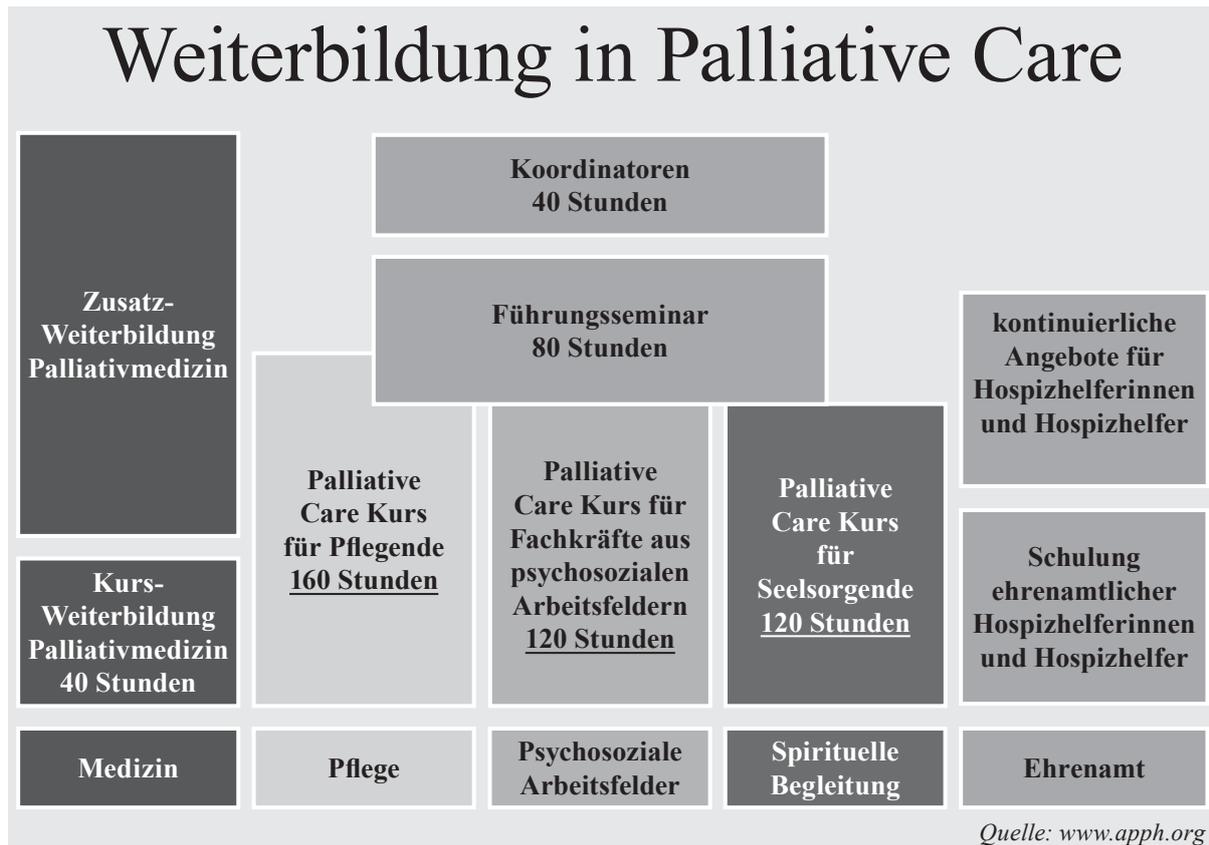
Bei Rückfragen zu dieser Darstellung stehen zur Verfügung:

Klinikpfarrerin Beate Kemmler und Klinikpfarrer Hans-Joachim Roth
Leimenstr. 20, 63450 Hanau
Tel. (06181) 296-8270
E-Mail: linikseelsorge_ev@klinikum-hanau.de

**Anlage 6.1:
Qualifizierungsangebote in Palliative Care
nach der Christophorus Akademie im Inter-
disziplinären Zentrum für Palliativmedizin,
Klinikum der Universität München**

Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende:

rigen sowie die Vielfalt spiritueller und ritueller Begleitung. Darüber hinaus wird der Begriff Spiritualität in seiner historischen, biblischen und theologischen Bedeutung diskutiert. Zur Debatte stehen ferner aktuelle ethische und theologische Themen (zum Beispiel Gabe von Flüssigkeit und Ernährung, ärztlich assistierter Suizid, Euthanasie; Schuld, Ster-



Seelsorgende im multiprofessionellen Behandlungsteam sollten mit der Arbeitsweise der anderen Berufsgruppen vertraut sein und das eigene Handeln transparent vermitteln können.

Die Teilnehmenden lernen Grundlagen und Arbeitsweisen der anderen Berufsgruppen (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit) kennen, erarbeiten Spezifika und problematisieren Grauzonen (zum Beispiel Schweigepflicht), besprechen Fallbeispiele aus der Praxis und erleben Modelle der Umsetzung am Beispiel des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin. Weitere Schwerpunkte sind das Nachdenken über eigene Spiritualität, spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen der Sterbenden und ihrer Angehö-

ben und Hoffnung). Der Kurs gibt starke Impulse für die tägliche Arbeit in Pastore und Gemeinde, das Seelsorgeverständnis, das ökumenische Zusammenarbeiten und das Engagement der Kirchen.

Der 3-Wochen-Kurs umfasst in Analogie zum Qualifizierungskurs „Palliative Care für Fachkräfte aus psychosozialen Arbeitsfeldern“ 120 Unterrichtseinheiten.

Die Kursteilnahme wird mit einem Zertifikat bescheinigt.

Methoden: Impulsreferate, Diskussionsrunden, Gruppenarbeit, Fallbesprechungen, Selbsterfahrung.

Anlage 6.2:
Beispiel für die Ausbildung von Seelsor-
genden in Feldkompetenz Palliative Care

<p>BILDUNG & BERATUNG BETHEL</p>	<p>WEITERBILDUNG</p> <p>SEELSORGEINSTITUT BETHEL Zentrum für Spezialseelsorge</p> <p>Palliative Care</p> <p>2010 - 2011</p> <p>3 x 1 Woche</p> <p>für Seelsorger/innen, sozialtherapeutische und weitere beratende Berufsgruppen</p>
<p>ORGANISATORISCHES</p>	<p>Termine: Kursabschnitt 1: 31.05. - 04.06.2010 Kursabschnitt 2: 22.11. - 26.11.2010 Kursabschnitt 3: 14.03. - 18.03.2011</p> <p>Kurszeiten: Kursbeginn montags 15:00 Uhr Di - Do: 9:00 - 12:30 Uhr; 15:00 - 18:30 Uhr Kursende freitags 12:30 Uhr</p> <p>Teilnahmebeitrag: 340,00 €/pro Kurswoche plus Unterkunft u. Vollpension ca. 50,- bzw. 55,- €/Tag/Einzelzimmer</p> <p>Veranstaltungsorte: 1. u. 2. Teil: Missionshaus, Bethel 3. Teil: Haus der Stille, Bethel</p> <p>Anmeldung bis: 19. April 2010</p> <p>Anmeldung und Information: Bildung & Beratung Bethel Seelsorgeinstitut Bethel Zentrum für Spezialseelsorge Nazarethweg 7 33617 Bielefeld</p> <p>Tel.: 0521/144-3386 Fax: 0521/144-6109 juliane.moeller@bethel.de</p> <p>Büro: Mo - Fr, 10:00 - 12:30 Uhr www.seelsorgeinstitut-bethel.de www.bildung-beratung-bethel.de</p>
<p>></p>	<p><i>Palliative Care</i></p> <p>WICHTIG: Sollten Sie an einer Veranstaltung zu der Sie sich angemeldet haben, doch nicht teilnehmen können, berechnen wir Ihnen bei Rücktritt bis sechs Wochen vor Beginn 25 % der Seminargebühren. Bis zwei Wochen vorher 50 % und danach die vollen Seminargebühren. Wir bitten um Ihr Verständnis.</p>
<p><input type="checkbox"/> Bitte um Anmeldeformular</p> <p><input type="checkbox"/> Bitte um Curriculum</p> <p><input type="checkbox"/> Bitte um Geschäftsbedingungen des Seelsorgeinstituts</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Fragen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Kurs-Nr. K 348</p> <p>Kurstitel Palliative Care 2010/2011</p>	

Palliative Care

Die seelsorgliche sowie die psychosoziale Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen ist ein wesentliches Merkmal sowohl ambulanter als auch stationärer Palliative Care Konzepte. Ebenso charakteristisch sind die enge Verknüpfung verschiedener Berufsgruppen und die intensive Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen.

Ziel der Weiterbildung:

- Sie entwickeln eine umfassende Sichtweise über die Situation Sterbender und ihrer Angehörigen und entwerfen Ihr Seelsorge- und Begleitungskonzept vor dem Hintergrund interdisziplinärer Kooperation.
- Sie können die körperlichen und seelischen Veränderungsprozesse in der letzten Lebensphase erkennen und sie im Rahmen Ihres Unterstützungsangebotes berücksichtigen.
- Sie entwickeln ein seelsorglich-begleitendes Angebot für Angehörige und für Mitarbeiter/innen der Einrichtungen und Dienste.
- Sie lernen spezifisches Handlungswissen kennen und üben dieses teilweise ein.
- Sie reflektieren für sich Möglichkeiten der Selbstsorge und Selbstpflege, nehmen Ihre eigenen Grenzen und Entlastungs- und Erholungsmöglichkeiten wahr.

Die Arbeitsweisen, Lernmethoden und Arbeitsformen orientieren sich an den Prinzipien von Palliative Care, Erwachsenenbildung und systemischer Seelsorge. Hierzu gehören Selbsterfahrung, Fallbesprechungen, Wahrnehmungsübungen, Theorievermittlung durch Vortrag und Diskussion und die Entwicklung eigener Projekte.

Berücksichtigte Rahmenrichtlinien, Empfehlungen:

- Gisbertz, V. u. a. (1997): Basiscurriculum für Seelsorger in Palliativmedizin; Pallia Med Verlag Bonn.
- M. Kern, M. Müller, K. Aurnhammer (Hrsg.): B. Uebach: (2004): Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen; Pallia Med Verlag Bonn.

Die Teilnehmenden erhalten nach der Teilnahme an der gesamten Weiterbildung ein entsprechendes Zertifikat. Die Weiterbildung ist anerkannt nach § 37 und 39 a SGB V.

Zielgruppe:

Pfarrer/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen und andere Personen mit vergleichbarer Qualifikation. Die Weiterbildung ist für alle Konfessionen offen.

Ein ausführliches **Curriculum** der Weiterbildung kann im Seelsorgeinstitut angefordert werden.

Kursleitung:

Dr. theol. Dr. h. c. Gábor Hézser
(Pastor i. R., Familientherapeut (IFW), Lehrauftrag für Pastoralpsychologie an theol. Fakultäten in Ungarn)

Beate Dirkschneider
(Dipl.-Sozialarbeiterin, Zusatzausbildung als Trauerbegleiterin, hauptberuflich im stationären Hospiz, Gruppenleiterin)

und weitere Fachreferentinnen und Fachreferenten

Das **Seelsorgeinstitut Bethel** ist eine wissenschaftliche Einrichtung in der Bildung & Beratung Bethel, die vom Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) gefördert wird.

Unsere Aufgabe:
Aus- und Weiterbildung in Seelsorge, wissenschaftlich-theologische Seelsorgeforschung, Seelsorgeausbildung für spezielle Arbeitsfelder.

Bildung & Beratung Bethel
Seelsorgeinstitut Bethel
 Zentrum für Spezialseelsorge
 Nazarethweg 7
 33617 Bielefeld

Name Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort (privat)

Telefon privat

E-Mail

Das Seelsorgeinstitut informiert wie folgt über seine Fortbildung „Palliative Care“ (Auszug):

Wir folgen mit dieser Fortbildung den Richtlinien von „Palliative Care für psychosoziale Berufsgruppen“ und des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland (Positionspapier 12/2009):

- Im multiprofessionellen Handlungsfeld soll die Seelsorge einen wichtigen Platz einnehmen. Sie ist eine Ausgestaltung von sog. Spiritual Care.
- Seelsorge im Rahmen von Spiritual Care nimmt die pluralreligiöse und multikulturelle Gesellschaft wahr und ernst und achtet die Gleichberechtigung unterschiedlicher Religionen, Wertesysteme und Weltbilder.
- Bei einer so verstandenen Seelsorge, christliche Auftragsfestigkeit und Dialogorientierung bedingen einander.
- Die besonderen Erfordernisse einer als Ausgestaltung von Spiritual Care verstandenen Seelsorge von schwerstkranken und sterbenden Menschen, sowie ihrer Angehörigen machen eine spezifische Aus- und Fortbildung nötig.

Die vorgesehenen Themenschwerpunkte in den einzelnen Kurswochen sind:

1. Kurswoche:

Grundlagen der Palliativmedizin und von Spiritual Care – und Selbstbild der/des Seelsorgerin/Seelsorgers

- Grundlagen der Palliativmedizin und Hospizarbeit, Merkmale von Palliative Care; Definition der Seelsorge als Ausgestaltung von sog. Spiritual;
- die Rolle und Funktion als Seelsorger/in im Versorgungssystem und im multidisziplinären Team;
- Reflexion des Selbstbildes und des theologischen Konzeptes zu Sterben, Lebensende und Tod;
- das jeweilige Konzept der Seelsorger/innen soll eingebracht und im Verlauf reflektiert und unter systemischen Gesichtspunkten weiterentwickelt werden. So können Veränderungen bereits während der Weiterbildung umgesetzt und vor Ort praxisnah supervisorisch begleitet werden. Das nicht institutionell abgesicherte Rollenprofil wird

als Chance wahrgenommen. Multiplikatorisches Arbeiten hat

- Methoden der feldspezifischen Kommunikation, – Einführung in den systemischen Ansatz (II)
- Begleitung von Angehörigen (I)

2. Kurswoche:

Medizinisch-pflegerisches, psychologisches und pastoralpsychologisches Grundwissen und Reflexion der eigenen Haltung

- ausgewählte Krankheitsbilder als Anwendungsbereiche von Palliative Care;
- medizinisch-pflegerische Aspekte, zum Beispiel Schmerztherapie, Symptomlinderung;
- Wissen und Umgehen mit der Finalphase, Versorgung Verstorbener;
- Reflexion der eigenen Haltung, des Selbstbildes und des theologischen Konzeptes;
- Positionsbildung bei aktuellen ethischen Fragestellungen;
- Methoden der feldspezifischen Kommunikation, – Einführung in den systemischen Ansatz (I);
- Begleitung von Angehörigen (I);
- liturgische- und Ritualkompetenz.

3. Kurswoche:

Spiritual Care als Struktur- und Systemarbeit und die Selbstsorge der Mitarbeitenden

- Umgang mit der Lebenswelt verwirrter und demenzkranker Menschen;
- Begleitung von Krisen im Bereich von Palliative Care;
- Lebensbilanzbegleitung;
- Begleitung von Angehörigen (II) – Aspekte der Trauerbegleitung;
- die Möglichkeiten und individuellen Formen der Selbstsorge der Mitarbeitenden bei Spiritual Care;
- Ausarbeitung und Besprechung eines eigenen, pluralreligiösen, multikulturellen und interdisziplinär-kooperativen Seelsorgekonzeptes.

Weitere Informationen unter:

www.seelsorgeinstitut-bethel.de
Bildung & Beratung Bethel
Seelsorgeinstitut Bethel
Zentrum für Spezialeelsorge
Nazarethweg 7, 33617 Bielefeld

2. Literaturverzeichnis

Literatur in Auswahl

Bertram, Peter; Kneißl, Siegfried; Hagen, Thomas: Krankenhausseelsorge – Qualität im Kontext von Spiritual Care, in: Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 2009, S. 80-92

Borck, Sebastian: Seelsorge in der Palliativmedizin, in: Bundesgesundheitsblatt 49 (2006), S. 1122-1131

Borasio, Gian Domenico; Volkenandt, Matthias: Palliativmedizin – weit mehr als nur Schmerztherapie, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 52 (2006), S. 215–224

Charbonnier, Ralf: Seelsorge in der Palliativversorgung, in: Wege zum Menschen 60 (2008), H. 6, S. 512-528

Diakonisches Werk der EKD e.V. (Hrsg.): Hospizarbeit in Diakonie und Kirche. Reflexionen und Konkretionen. Stuttgart 2002

Diakonisches Werk der EKD e.V. (Hrsg.): Leben bis zuletzt. Die Implementierung von Hospizarbeit und Palliativbetreuung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Diakonie Texte 17. und 18.2006. Berlin 2006

Evangelische Kirche Deutschland (Hrsg.): Denkschrift Evangelische Spiritualität. Gütersloh 1979

Evangelische Konferenz für Gefängnisseelsorge in Deutschland: „Ich war im Gefängnis und ihr seid zu mir gekommen“. Leitlinien für die evangelische Gefängnisseelsorge in Deutschland. Hannover 2009

Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart 2009

Gremmels, Christian; Bethge, Eberhard; Bethge, Renate (Hrsg.): Widerstand und Ergebung, Dietrich Bonhoeffer Werke VIII, Gütersloh 1998, S. 310

Haberer, Johanna: Für die Seele eines Hauses sorgen. Erfahrungen aus der Leitung eines Einrichtungsträgers, in: Frick, Roser (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 2009, S. 257-263

Hänisch, Ingrid von; Hohmann, Evelyne (Hrsg.): Wer begleitet die Begleiter? Bewältigung psychosozialer Belastungen in der Pflege Sterbender. Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung der Stiftung menschenwürdiges Sterben und der Theodor Springmann Stiftung am 5.9.2008 in Berlin. Berlin 2009

Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg 2007

Heimerl, Katharina; Heller, Andreas; Kittelberger, Frank: Daheim Sterben: Palliative Kultur im Pflegeheim. Freiburg 2005

Klie, Thomas: Der lange Atem des Rechts, in: Praxis Palliative Care, 02/2009, S. 40-42

Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD und Konferenz der Verantwortlichen für Sonderseelsorge in den Gliedkirchen der EKD (Hrsg.): Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe. Hannover 2004

Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden. München 2001

Kunz, Ralph (Hrsg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich 2007.

Lammer, Kerstin: Trauer verstehen: Formen - Erklärungen - Hilfen. Neukirchen – Neukirchen-Vluyn 2004

Liedke, Ulf; Oehmichen, Frank (Hrsg.): Sterben. Natürlicher Prozess und professionelle Herausforderung

■ Anhang

rung. Leipzig 2008 (Akzente der Entwicklung sozialer Arbeit in Gesellschaft und Kirche 12)

Sinclair, Shayne; Pereira, Jose; Raffin, S.: A Thematic Review of the Spirituality Literature within Palliative Care, in: *Journal of Palliative Medicine* 9 (2006) S. 464–479

Roser, Traugott: *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhaus-seelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang.* Stuttgart 2007

Roser, Traugott, Borasio, Gian Domenico: Der Tod als Rahmenbedingung. *Spiritual Care in der Palliativmedizin.* *Praktische Theologie* 43(2008), 43-51

Saunders, Cicely: *Brücken in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht.* Freiburg 1999

Scheider, Alban: *Spiritual Care am Lebensende. Eine empirische Studie zu Formen des modernen Sterbens.* München 2008.

Schibilsky, Michael: *Spiritualität in der Diakonie: Annäherungen aus dem Alltag,* in: Hofmann, Beate; Schibilsky, Michael (Hrsg.): *Spiritualität in der Diakonie.* Stuttgart 2001

Speck, Peter; Higginsen, I; Addington-Hall, Julia: *Spiritual needs in health care.* *British Medical Journal* 329 (2004), S. 123f.

Sulmasy, Daniel P.: *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care.* Georgetown 2006

Weiber, Erhard: *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende.* Stuttgart 2008

Wright, Michael: *Hospice care and models of spirituality.* In: *European Journal of Palliative Care* 11(2004), S. 75–78

Zwingmann, Christian, Moosbrugger, Helfried (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung* Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster 2004



Eigene Notizen



Eigene Notizen

Auszug Diakonie Texte 2007/2008/2009

- 11.2009 Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2009
10.2009 Stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
09.2009 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2008
08.2009 Fehlerhafte Transparenzberichte – Rechtsmittel gegen eine Veröffentlichung
07.2009 Zur Rechtsstellung einkommensarmer Menschen und den notwendigen Änderungen im SGB II
06.2009 Ziele, Indikatoren und Evaluation in Projekten der Migrationsarbeit
05.2009 Leistungs- und Qualitätsmerkmale im SGB XI
04.2009 Zukunftssicherung der Dienste in der Familienpflege und Dorfhilfe
03.2009 Bildungswege „Gesundheit und Soziales“ – attraktiv für Nachwuchskräfte
02.2009 Jugend gewinnen
01.2009 Krankheit als finanzielle Belastung
- 18.2008 Die „insoweit erfahrene Fachkraft“ nach § 8a Abs. 2 SGB VIII – eine neue fachdienliche Aufgabe?
17.2008 Characteristics of Diaconal Culture
16.2008 Vorstandsbericht Diakonisches Werk EKD
15.2008 Familien wirksam fördern
14.2008 Mobile Rehabilitation
13.2008 Interkulturelle Öffnung in den Arbeitsfeldern der Diakonie
12.2008 Integrationsarbeit von A-Z
11.2008 Die Migrationsersterberatung der Diakonie 2007
10.2008 Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder
09.2008 Sucht im Alter – Sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Diakonie
08.2008 Gesetz zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts RDG vom 12. Dezember 2007
07.2008 Synopse zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
06.2008 Sucht im Alter
05.2008 Die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie im Wandel
04.2008 Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
03.2008 Zukunftsweg Pflegeausbildung
02.2008 Positionen der Diakonie zur Finanzierung von Kindertageseinrichtungen
01.2008 Charakteristika einer diakonischen Kultur
- 23.2007 Statistik der Allgemeinen Sozialarbeit der Diakonie für das Jahr 2005
22.2007 Hauswirtschaft – Gesicherte Qualität in der stationären Pflege
21.2007 Synopse zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
20.2007 Rolle rückwärts? Erfahrungen und Wirkungen des Prostitutionsgesetzes
19.2007 Synopse zum Referentenentwurf der Pflegereform 2007
18.2007 Neue Wohnformen im Alter
17.2007 Diakonie in der Einwanderungsgesellschaft
16.2007 Präsidentenbericht 2007
15.2007 Rechenschaftsbericht 2007
14.2007 Einrichtungsstatistik Regional 2006

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt im Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 7502
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

Impressum

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Postfach 10 11 42
70010 Stuttgart
Telefon: +49 711 21 59-454
Telefax: +49 711 21 59-566
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Alexander Brodt-Zabka,
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon: +49 30 83001-349
Telefax: +49 30 83001-444
hospiz@diakonie.de
www.diakonie.de

Layout:
A. Stiefel

Druck:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

www.diakonie.de

© Mai 2010 · 2. Auflage
ISBN 97839411458031

**Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.**

Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-0
Telefax: +49 711 21 59-288
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de