

dieAE

mag^a anne elisabeth höfler **netzwerk** für beratung und innovation

mariahilfer straße 117//14 A-1060 wien
0699/12042769
anne.e.hoefler@nexta.at

**Studenttag im Kardinal König Haus (KKH) als Dank für
Sr.Mag. Hildegard Teuschl für ihre langjährige, engagierte Arbeit im KKH
23.September 2005**

Vortrag

**„Zukunft braucht Geschichte. Zur Entwicklung der Hospizbewegung in Ö“
Anne Elisabeth Höfler**

1. Einleitung:

„Es muss was geschehen“ könnte Sr. Hildegard Teuschl vor ca. 18 Jahren, in einem kleinen Kreis von PsychologInnen, Seelsorgern, Ärzten, TherapeutInnen, ErwachsenenbildnerInnen, Krankenschwestern, Sozialarbeitern und Alten-Familienhelferinnen gesagt haben. Heute würde man von einer multiprofessionell zusammengesetzten Gruppe sprechen; damals (vor 20/25 Jahren) waren es vereinzelt engagierte BürgerInnen die das Thema, nämlich ein anderer Umgang mit den Sterbenden und Schwerkranken, zusammenbrachte. Sie waren entweder existentiell oder professionell Betroffene: Einige waren angeregt durch den Besuch von Hospizeinrichtungen in England, einige belastet durch die „Arbeits-Not“ im täglichen Umgang mit Sterbenden, andere setzten sich mit dem Thema „Wahrhaftigkeit“ auseinander und auch eigene existentielle Erfahrungen oder mit Angehörigen brachte sie zusammen. Solche, aus unterschiedlichen Motiven heraus zusammengesetzte Runden von Engagierten, hat es vor ca. 20 Jahren einige wenige gegeben; kaum jemand in Österreich wusste zur damaligen Zeit Bescheid über Hospiz und konnte mit dem Begriff Palliativ schon gar wenig anfangen.

Im Blick zurück ist es daher immer wieder neu zum Staunen wie aus einer Idee, dem Engagement von einigen Wenigen, eine so erfolgreiche Bürgerbewegung, wie die Hospizbewegung, die mittlerweile längst zu einer globalen über 100 Länder umspannenden, geworden ist.

Als Historikerin und Beraterin nehme ich entscheidende Wendepunkte in den Blick die es ausgemacht haben, dass die Hospiz-Idee zu einer Bewegung geworden ist, und nun auch in Österreich in eine breitere Institutionalierungsphase eingetreten ist. Den Focus lege ich dabei auf die besondere Entwicklung in Österreich.

Ich verwende im Folgenden den Begriff pall.care/palliative Versorgung und Hospiz synonym, mit dem Wissen, dass das nicht ganz ausdefiniert ist – und vermutlich auch gar nicht ausdiskutiert werden muss. Hier zeigt sich bereits ein Unterschied zu anderen Ländern. Durch die Verwendung des Begriffes palliative care und auch durch die verzögerte Entwicklung kam es in Österreich auch zu keiner zweigleisigen Entwicklung von Hospizbewegung und Palliativmedizin, wie z.B. in Deutschland.

Von der Idee zur Bewegung:

2. Bedingungen für die Hospizbewegung:

Als Beraterin schaue ich auf den Kontext, die Bedürfnisse und die Ziele. Und dieser Zugang bildet auch den Roten Faden für meine Ausführungen.

Der **Kontext** bildet ein komplexes Geflecht unterschiedlicher Wurzeln und Voraussetzungen, die Gegenwart und Zukunft maßgeblich beeinflussen.

Christliche Wurzeln:

Wie weitgehend bekannt, geht die „Hospiz“-Idee bis in die Frühzeit des Christentums zurück und fußt auf die Tugend der Barmherzigkeit und Nächstenliebe; so wurde beispielsweise schon in der Apg. wird von der intensiven Sorge um Hilfsbedürftige berichtet.

Sterbende zu begleiten, Tote bestatten und Trauernde trösten sind Grundtugenden der christlichen Barmherzigkeit... dieser christliche Traditionsstrang zieht sich bis ins 20. Jhd.: so entwickelte sich die Hospizbewegung (besonders auch in Ö) in enger Zusammenarbeit mit kirchlichen Trägern.

Bestimmende Voraussetzungen und Konsequenzen:

* Die bekannte **demographische Entwicklung der Gesellschaft, die Ausdifferenzierung der Lebens- Beziehungsformen, und die damit einhergehende Individualisierung** : Die allgemeine Lebenserwartung und der Anteil der Betagten und Hochbetagten steigt: (Mitte des 19.Jhd.) vor ca. 150 Jahren, sind die Menschen noch durchschnittlich 40 Jahre alt geworden und integriert in ihren sozialen Beziehungen gestorben; heute ist das Sterben weitgehend aus dem Alltag entfernt in den Institutionen verlagert; Sterben (als natürlicher Prozess) entschwindet zunehmend aus dem Erfahrungshorizont moderner Menschen; die Folge dieses Erfahrungsdefizites ist eine vermehrte Unsicherheit und Kompetenzverlust.

Der Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden ist daher eines der herausragenden Themen unserer modernen, ausdifferenzierten und auf Autonomie des Einzelnen bedachten, Gesellschaft geworden.

* **Eintritt und Rolle der Medizin** in die Begleitung von Sterbenden: der Hippokratische Eid und alle anderen Regeln die sich daraus ergeben haben, hat Ärzten vorgeschrieben, dass sie sich in dem Moment, wo die Situation für PatientInnen nicht mehr zu retten war, zurückziehen sollten, weil damit die Aufgabe des Arztes zu Ende sei und die ganze Angelegenheit in eine pflegerische Versorgung übergang; so war es über Jahrhunderte! Die ärztliche Profession ist erst wieder hinzugekommen, als es notwendig wurde bei der Palliativversorgung medizinische Leistungen zu erbringen, es hat sich also auf Ärzte erweitert, was früher nicht Sache der Ärzte war; und daher hat auch nicht die Notwendigkeit von palliativmedizinischen Inhalten in der Vorbereitung und Ausbildung bestanden.

*Der eigentliche Paradigmenwechsel den das Konzept palliative care im Gesundheitssystem darstellt: ist die Haltung einer **radikalen Patientenorientierung**, d.h., integrierte Versorgung hat sich zu orientieren an den Bedürfnissen und am Willen des Betroffenen (des ganzen Menschen) und seiner Angehörigen - und nicht umgekehrt: Daher war von Anbeginn an klar palliative care ist mehr als additive Hinzufügung zur Regelversorgung.

Maßgeblichen Anteil an der schrittweisen Entwicklung hat auch das

* **Engagement der WHO**, die 1990 eine erste Definition und damit konzeptionelle Beschreibung von Palliative care vorgelegt hat; dieses Konzept hat breite Zustimmung erhalten – die Übersetzung/ Transfer der Schlagworte in die jeweilige Praxis ist zu leisten : „Palliative Care bedeutet die aktive und umfassende Behandlung, Pflege und Begleitung von Patienten ab dem Zeitpunkt, da ihre Krankheit nicht mehr auf eine **kurative Behandlung** anspricht“. Schmerzbehandlung und die Beherrschung weiterer Begleitsymptome, sowie die Linderung psychischer, sozialer und spiritueller Probleme gewinnen dann eine überragende Bedeutung. Sie unterstützt Leben und betrachtet Sterben als einen natürlichen Vorgang.

WHO 2002 hat eine konzeptionelle Fortschreibung von 1990 vorgenommen: Im Vergleich zur 1. Definition lenkt die aktuelle Version den Blick stärker auf den Aspekt, Palliative Care möglichst früh im Verlauf einer Krankheit einzusetzen, um so belastende Symptome bereits präventiv begegnen zu können; und auch der Hinweis dass sich kurative Ansätze (z.B. Strahlentherapie) und eine palliative Versorgung konzeptionell nicht ausschließen.

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und fehlerlose Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

3. Erste organisierten Formen um den angestrebten Versorgungskontext zu sichern:

Der Paradigmenwechsel ist an der Person und Biografie von **Cicely Saunders** gut nachvollziehbar: Sie (die heute am 14. Juli kurz nach ihrem 87. Geburtstag in dem von ihr gegründeten St. Christopher's Hospice in London gestorben ist) war ursprünglich Krankenschwester und Sozialarbeiterin und bringt die Medizin in die Hospiz-Idee; aus persönlicher Betroffenheit kommt sie mit der aktuellen Versorgungssituation in Kontakt und beginnt in Folge ein Medizinstudium, um Behandlungsmethoden zur Schmerzbehandlung für unheilbar Kranke zu erforschen um auch denen zu helfen denen nicht mehr zu helfen ist: (sie revolutionierte die Schmerztherapie indem sie die Zeitabstände zwischen den Morphingaben so weit reduzierte, dass neben dem Schmerz auch die Angst vor dem Schmerz behandelt werden konnte); sie begründet damit ein multidimensionales Schmerzkonzept: die Palliativmedizin. Das von ihr gegründete (1967) St. Christopher Hospice, wird nach und nach mit einer Forschungsabteilung und einem Studienzentrum erweitert und gilt noch heute als Ausgangspunkt und Modell der modernen Hospizbewegung; unzählige Professionelle wurden dort ausgebildet. Ein Schüler von ihr, der Onkologe Balfour Mount richtete 1974 in Fortführung der Hospiztradition den 1. so genannten Palliativdienst im Royal Victoria Hospital in Montreal, ein.

psychosozialer und spiritueller Aspekt in der palliativen Versorgung :
Elisabeth Kübler-Ross hat in den 60er Jahren die Bedürfnisse und emotional-kognitiven Auseinandersetzungen von Menschen angesichts ihres nahen Todes interaktiv erarbeitet. Im Dialog mit den Sterbenden hat sie die Bedürfnisse erforscht, die Strukturen der Trauerarbeit erkannt und systematisiert. Ihre „Interviews mit Sterbenden“ und die daraus entwickelten Sterbephasen haben große Breitenwirkung und einen Anstoß für eine intensivere Beschäftigung der Öffentlichkeit mit den Themen Sterben und Tod und damit auch die schrittweise Enttabuisierung (besonders in Amerika) bewirkt.

Von Großbritannien ausgehend verbreitet sich der Hospizgedanke zunächst im angelsächsischen und nordamerikanischen Raum. Während sich in diesen Ländern eine schrittweise Institutionalisierung und Überführung in das Konzept vollzieht fängt im deutschsprachigen Raum die Umsetzung erst an:

4. In Österreich: spät Fuß gefasst – mögliche Ursachen:

Noch einmal ein spezifisch „österreichischer“ Umgang mit Sterben und Tod: (geprägt durch die NS-Geschichte und das urspr. Missverständnis von Hospiz in die Nähe zur Euthanasie). Die Verdrängung des Todes aus dem Bewusstsein, so als ob sich mit der Verlagerung der Zuständigkeit für das Sterben aus der Familie in die Institutionen auch das Sterben an sich verdrängt wird: Ein Beispiel aus den Anfängen zeigt das deutlich auf): Eine Gruppe von Engagierten und pionierhaft Bewegten hat nach einem Seminar mit Kübler-Ross voll Begeisterung Kontakt mit Prälat Unger zwecks Errichtung eines Hospizes im Rahmen der Caritas aufgenommen. Zit. Prälat Unger „Der Wiener will nichts vom Sterben wissen“ (1982): dieses Bonmot zeigt zweierlei: (typisch für Pionierphase) das Umsetzungsengagement von in höchstem Maße intrinsisch Motivierten und entspr. groß war auch oft die Enttäuschung wenn die Idee nicht konkretisiert werden konnte; ebenso das Missverständnis: Hospize sind Sterbekliniken, das bedeutet Euthanasie, sichtbar; verstärkt wurde dies noch durch die Rezeption des Filmes vom Jesuitenpater Reinhold Iblaker „Noch 16 Tage. Bericht aus einer englischen Sterbeklinik“, 1977 im deutschen Fernsehen ausgestrahlt; im österr. Fernsehen Jahre später erst um Mitternacht; wohl aber wurde der SW-Film in Studentenkreisen gezeigt.

Die Hospizidee wurde aufgrund der unglücklichen Begriffswahl „Sterbeklinik“ mit der Ghettoisierung Sterbender gleichgesetzt.

Es wurde deutlich, dass es in Österreich im Vorfeld bewußtseinsbildende Maßnahmen und Schulungen bedarf:...und daher steht an der Wiege in Österreich die Bildung! Und über die Aus-Fortbildung hat die Palliativ/Hospizidee langsam in das Gesundheitssystem Eingang gefunden.

5. Erwachsenenbildung und Ausbildungsmaßnahmen: Von der Idee zur Bewegung – noch unkoordiniert

Besonders auf Initiative aus der Not der Pflegenden heraus, die mit der Situation in den Institutionen schwer zurecht kamen, wurden gegen Ende der 70er Jahre Weiterbildungsangebote in Einrichtungen der kirchlichen Erwachsenenbildung (bes. Bildungshäuser und Bildungswerke) und „Sterbebegleitungskurse“ in Caritas Lehranstalten angeboten. Neben den Defiziten in der Schmerzbekämpfung, der mangelnden Unterstützung im Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen wurde der Umgang mit Wahrhaftigkeit thematisiert. In den damaligen Ausbildungen für Pflegeberufe waren diese Themen nicht vorgesehen – im beruflichen Alltag aber waren Pflegendе ständig damit konfrontiert. Erst mit der Regelung seitens des Österr. Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes von 1997 ist auch in Österreich das Fach Palliativpflege im Ausmaß von 60 Stunden fester Bestandteil der Pflegeausbildung. Bis dahin lag die Auseinandersetzung mit dem Thema „Tod und Sterben“ in der Ausbildung im Ermessen der einzelnen Ausbildungseinrichtungen, vom Verständnis der Lehrenden, bzw. vom Engagement der Pflegenden selbst sich in anderen Ländern Europas eine Zusatzqualifikation in Palliativpflege zu erwerben.

Hier waren es vor allem gegen Ende der 70er/80er Jahre die Erwachsenenbildungseinrichtungen, die mit ihren Angeboten den Professionellen und Angehörigen Raum für Diskussion, Unterstützung und Qualifizierung boten; Selbsthilfegruppen entstanden die später dann Keimzelle der vielen lokalen Hospizinitiativen werden sollten.

Vereinzelt entstand so in den Achziger Jahren eine kritische Öffentlichkeit (kleine Inseln) gegenüber den medizinischen Institutionen („Stichwort Apparatemedizin“) und Personal und als Reaktion einzelne Initiativen in den Institutionen selbst, getragen von der Courage und vom Engagement von Einzelpersonen.

Typisch für diese Zeit war noch: Hospiz/Palliatividee getragen von engagierten Einzelpersonen, die entweder professionell und/oder existenziell motiviert in ihrem Umfeld versuchen die Bedingungen zu verändern.

Nicht untypisch für Österreich hat ein Ereignis/Skandal einen weiteren Wendepunkt in der Bewegung bewirkt: 1988 töten am Lainzer Krankenhaus Hilfspflegerinnen

schwerkranke alte Menschen: das schockiert ganz Österreich, das Thema menschenwürdiges Sterben, oder wie in Österreich gestorben wird, wird breit diskutiert; Maßnahmen gesetzt und von ministerieller Seite Gespräche mit den PionierInnen der Hospizbewegung aufgenommen.

1988/89 beginnt mit den einjährigen Lehrgängen für Lebens-Sterbe-und Trauerbegleitung für Berufstätige im Sozial-und Gesundheitsbereich (durchgeführt vom Caritas Ausbildungszentrum im BH Lainz, heute Kardinal König Haus, das sich als Kompetenzzentrum für palliative care entwickelt); diese Lehrgänge, als Vorläufer der Palliativlehrgänge, verbreiteten sich rasch auch in andere Bundesländer. Ziel war Verbreitung des Hospizgedankens und der Aufbau von Hospizinitiativen und Diensten im Rahmen des bestehenden Versorgungssystems.

6. In der **Implementierung** liegt die eigentliche Herausforderung für palliative care i.S. eines **multiprofessionell angelegtes Konzeptes**: monodisziplinäre Angebote lassen sich leichter etablieren; eine rein additive Hinzufügung würde dem Grundkonzept allerdings widersprechen. Der interdisziplinäre Zugang wird auch am deutlichsten über die seit 1998 stattfindenden Palliativlehrgänge; die Basisstufe des mittlerweile weiterentwickelten 3-stufigen Universitätslehrganges haben bisher knapp 1000 Personen (d.h., 30%Mediziner, 60%Pfleger,10%psychosoziale Berufe) absolviert; diese sind an der Kardinal König Akademie 1997 begründet, 1998 das 1.mal durchgeführt und entwickelten sich durch die Kooperation mit dem IFF zur ersten akademischen Palliativausbildung in Österreich.

Die Abteilung Palliative Care und Organisationsethik der IFF- Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt ist 1999 gegründet, um durch Forschung, Beratung, Fortbildung und Publikationen zur Qualitätsentwicklung in Palliative care im Deutsch-sprachigen Raum beizutragen:Der interdisziplinär und international angelegte Universitätslehrgang ist als interdisziplinär universitär verankertes Fach palliative care einzigartig (Abschluß als Akadem. Experte oder MAS of Advanced Studies/Pall.Care - bis dato 11 MAS graduiert).

Ab SS 2006 besteht auch die Möglichkeit zur Akademischen Graduierung MAS durch den Universitäts-Lehrgang Palliative Care der Kooperationspartner: Paracelsus Medizinische Privatuniversität, BH St.Virgil und Dachverband Hospiz.

Das Ziel der Palliativ-Lehrgänge war von Anfang an die Einbeziehung aller relevanten Berufsgruppen (auch von ÄrztInnen durch medizinische Inhalte); ein Anliegen des Universitätslehrganges ist auch die Akademische Qualifizierung der nichtmedizinischen Berufe und ein beabsichtigter Entwicklungsschub im Sinne des Paradigmenwechsels der im Konzept palliative care innewohnt: methodisch durch interprofessionelle Projektarbeiten der Lehrgangs-TeilnehmerInnen: die durch ein Schneeballsystem den Alltag verändern: also eine enge Verknüpfung von berufsbegleitendem Lernen in die eigene Praxis.

Nachdem es bereits seit 1993 einen Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen gab, wurde 1998 die Österr. Palliativgesellschaft als medizinische Fachgesellschaft gegründet.

Ein Spezifikum in Österreichs im internationalen Vergleich ist die Ausbildungsschiene: von Anfang an von einer interdisziplinär zusammengesetzten Gruppe entwickelt, im Rahmen von Erwachsenenbildungs-Institutionen, die ein Forum bilden, auf die Bedürfnisse der Professionellen und der Betroffenen abgestimmt, mittlerweile mit der Möglichkeit eines akademischen Abschlusses und mit dem Ziel Hospiz/Palliativ care als integriertes umfassendes Versorgungssystem zu implementieren.

7. Noch in der Pionierphase: Der Aufschwung

Von Anfang an war es Ziel die letzte Lebensphase so human wie möglich zu gestalten und diesen Gedanken in die bestehenden Gesundheits- und Sozialsysteme zu integrieren. Der ursprünglich ventilierte Plan auch in Wien mit einem stationären Hospiz zu beginnen wurde vor allem aus finanziellen Gründen fallengelassen; so wird das 1989 von der interdisziplinären ExpertInnen-Gruppe mit tatkräftiger Unterstützung der Caritas Socialis vorbereitete „ambulante Hospizteam“ unter die Trägerschaft der Caritas Wien gestellt. Anders als in unseren Nachbarländern waren die ÄrztInnen in Österreich von Anfang an aus der mobilen Hospizarbeit nicht wegzudenken, obwohl sie zunächst ehrenamtlich tätig waren. Der o.g. Modellversuch war Wegbereiter für die folgenden mobilen Einrichtungen in den 90er Jahren in den Bundesländern.

8. Die Institutionalisierung: Daten und Fakten (quantitativ)

Die ersten stationären Einrichtungen wurden in Österreich erst einige Jahre danach eröffnet – damals alle HOSPIZE genannt, später aus Gründen der Finanzierbarkeit für die Träger (Krankenkassen-Abrechnung) in Palliativstationen umgetauft:

1992 das Hospiz St.Raphael an der Krankenanstalt des Göttl. Heilands, 1995

das Hospiz am Geriatriezentrum am Wienerwald und das CS Hospiz Rennweg;

In OÖ 1998 das Hospiz St.Vinzenz in Ried und 2000 das Hospiz St.Louise in Linz.

Die weiteren Hospize/Palliativstationen sind bereits Gründungen unseres

Jahrtausends: derzeit sind das insgesamt 17 Palliativstationen, 8 stationäre Hospize und 2 Tageshospize.

In NÖ wurden stationäre Einrichtungen in Pflegeheimen errichtet. Besonders zu erwähnen ist auch die 1. medizinische Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie am GZW, international gesehen Vorreiter für die Integration des Palliativkonzeptes in die Geriatrie.

Organisationskonzept: mehr auf Kapazität/Betten hin denkend als integrierend

Im Österr. Krankenanstalten-und Großgeräteplan1999 (ÖBIG) wurde die Einführung von Organisationseinheiten für Palliativmedizin verankert. In der 2.Jahrshälfte 2000 wurde eine Revision dieses Planes durchgeführt und Kapazitäten und Standorte für Palliativstationen in Krankenanstalten festgelegt. Lt. österr. Krankenanstaltenplan ist bis 2005 die Errichtung von mind. 275 Palliativbetten in österr. Akutkrankenhäusern vorgesehen (ÖBIG 2000; etwa 34 Betten/1 Million). 2004 hat eine weitere Arbeitsgruppe des ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsministeriums einen Plan für die abgestufte Hospiz-Palliativversorgung in Österreich vorgelegt (ÖBIG 2004). Es werden 60 stationäre Betten je Million Einwohner empfohlen und zwar aufgeteilt zwischen Palliativstationen und stationären Hospizen, je nach regionalen Gegebenheiten (bis 2010).

Im Gegensatz zu Deutschland erfolgt hierzulande keine klare konzeptionelle Trennung zwischen Hospizbewegung und einer medizinnahen Palliativversorgung.

Im Bereich der stationären Akutversorgung haben sich in Österreich zwei Versorgungsmodelle entwickelt: eigenständige Palliativstationen und Palliativ/betten/einheiten; Hospize und Hospizbetten – diese werden dem Bereich

der stationären Langzeitversorgung zugeordnet, was in erster Linie Auswirkungen auf deren finanziellen Ressourcen hat.

Ergänzend zur stationären Versorgung ist auch das Angebot der (mehr als 20) palliativmedizinischer Konsiliardienste zu erwähnen (wird im ÖBIG Konzept dezidiert vorgeschlagen).

Die **häusliche Palliativversorgung** ist in Österreich (meist sind es Vereine, die in hohem Maße von Spenden und öffentlichen Zuwendungen abhängig sind) in einer explosionsartigen Entwicklung seit 1995 vorstatten gegangen; über 100 Ehrenamtliche Hospizgruppen (die zunehmend geleitet werden mit Hauptamtlichen KoordinatorInnen) bieten ein dichtes Netz, teilweise flächendeckende Angebote, in allen Bundesländern. Sie sind zusammengefasst im Dachverband Hospiz (1993 gegr. Zur Förderung der Beratung und Vernetzung, Qualitätssicherung sowie Bildungsarbeit und Schaffung von Rahmenbedingungen für den weiteren Ausbau). Rund 20 mobile Palliativteams in einzelnen Bundesländern ermöglichen spezialisierte palliativpfleger./-medizinische Versorgung.

9. Aus der spezifisch österreichischen Entwicklung heraus lassen sich Herausforderungen und Spannungsfelder für die Umsetzung zeichnen:

Die rasche Entwicklung der Hospizidee, zunächst getragen von einigen wenigen Engagierten ist zu einer breiten Bürgerbewegung gewachsen; nach diesem Aufschwung und einer Aufbruchsstimmung ist sie nun der Pionierphase entwachsen und findet Eingang in das Gesundheitssystem.

Die Behandlung, Betreuung und Begleitung von chronisch kranken, schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen ist das anspruchsvolle Versorgungsthema unserer modernen Gesellschaft: Für die Umsetzung des Konzeptessind als Leitideen neben der Definition WHO auch die Empfehlungen des Europarates vom 12.11.2003 zu erwähnen: In Österreich gibt es auch einen breiten parteiübergreifenden gemeinsamen politischen Willen: so fasst der Nationalrat im Dezember 2001 einstimmig ein 12 Punkte Programm (darunter wesentliche Beschlüsse zur Beibehaltung der ablehnenden Haltung gegenüber der „aktiven Sterbehilfe“ und zum Ausbau der Hospiz/Palliativarbeit in Österreich und verankert gesetzlich die Familienhospizkarenz (seit 1.Juli 2002 gesetzlicher

Anspruch für ArbeitnehmerInnen auf Freistellung für 3-6 Monate zur Begleitung eines sterbenskranken Angehörigen oder schwerbehinderten Kindes: bedeutet sozialrechtliche Absicherung inkl. Kündigungsschutz ohne Lohnfortzahlung)

Mittlerweile gibt es auch in mehreren Bundesländern (Stmk., V, OÖ, B) landesweite Konzepte für die Palliativversorgung auf Initiative der jeweiligen Landesregierung: hier bekennt man sich klar zur Notwendigkeit, Palliativversorgung in die bereits bestehende Versorgungslandschaft einzubauen.

Insgesamt sollte es Ziel sein: die Versorgung sterbender Menschen gezielt so zu organisieren, sodass ein Sterben in Würde nicht vom Vorhandensein einer Hospizgruppe oder Palliativstation abhängig gemacht wird. Entscheidend wird sein die Anliegen in allen Organisationen umzusetzen in denen Menschen sterben.

Zum Schluss: mit dem Blick einer Beraterin - Herausforderungen

Als Beraterin erlebe ich, dass wir uns also in einem Prozess der Integration des Hospizlichen in die Regelversorgung befinden. Damit wird die Konzentration auf den „einzelnen Menschen“ erweitert um die Frage wie Organisationen und Organisationseinheiten der Versorgung aufzubauen, auszubauen, umzubauen und zu leiten sind. Das Leitungsthema war während der charismatischen Pionier- und Aufbruchphase in den Hospizen und Palliativeinheiten eher verdeckt, nicht sehr zentral. Jetzt, wo die Hospizbewegung auch schon ein wenig „in die Jahre kommt“, und erste Ablösungsprozesse stattfinden, wird auch das Leitungsthema bedeutsam. Leiten im Kontext von Hospiz, wo es um den Widerspruch von Leben und Tod geht, heißt somit Widerspruchsmanagement; leitend ein anspruchsvolles Spannungsfeld wahrzunehmen, auszuhalten und zu gestalten.

Ausgewählte Literatur:

Bundespressedienst (Hg.) (2002): Hospiz und Palliativführer Österreich
Höfler, Anne Elisabeth (2001): Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich.
Kursbuch palliative care 2/2001
www.hospiz.at
www.iff.ac.at/pallorg
www.palliativ.at