

Hospiz

ein Auftrag der Nächstenliebe

**Menschenwürdig
leben bis zuletzt**



INHALT

■ Vorbemerkung	4
■ Wurzeln und Wesen der Hospizbewegung	7
■ Grundelemente der Hospizarbeit	10
■ Lebensqualität bis zuletzt	10
■ Schmerztherapie und Symptomkontrolle	10
■ Interdisziplinäre Teamarbeit und Schulung	10
■ Haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen	11
■ Kontinuität in der Begleitung	11
■ Keine aktive Sterbehilfe	11
■ Hospiz ist für alle offen	11
■ Sterben und Tod	14
■ Hospiz statt aktiver direkter Sterbehilfe	18
■ Leitlinien für die Hospizarbeit	23
■ Leben in Würde bis zuletzt	23
■ Selbstbestimmung der Patientin und des Patienten	24
■ Haltung der Wertschätzung	24
■ Palliation - Lindernde Medizin, Pflege und Betreuung	25
■ Interdisziplinarität im Arbeitsansatz	26
■ Unterstützung und Begleitung von Angehörigen:	26
■ Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	28
■ Trauer und Trauerbegleitung	28

■ Zielsetzungen und Maßnahmen	31
■ Integration von Hospizgrundsätzen und Hospizarbeit in das gesamte österreichische Gesundheits- und Sozialwesen	31
■ Ausbildung, Weiterbildung und Begleitung	32
■ Ausbau und Finanzierung von stationärer, ambulanter und mobiler Hospizversorgung	33
■ Verbesserung der Vernetzung zwischen den stationären und ambulanten Einrichtungen sowie mobilen Diensten	34
■ Einrichtung von interdisziplinär ausgerichteten Beratungsteams	34
■ Palliative Ansätze in der Geriatrie	35
■ Patientenverfügung	35
■ Zeit für die Begleitung von sterbenden Angehörigen	36
■ Förderung des Ehrenamts und der Freiwilligenarbeit	36
■ Unterstützung bei Trauer	37
■ Zusammenarbeit der Berufsgruppen	37
■ Kostenlose Hospizangebote	38
■ Neue Sensibilität in der Kirche	38
■ Hospizarbeit der Caritas - Entwicklung in Österreich	41
■ Bildungsarbeit und Bewusstseinsbildung	45
■ Kontaktadressen	48
■ Nachwort - zur Entstehungsgeschichte dieser Publikation	50
■ Literaturempfehlungen	52

VORBEMERKUNG

Die Caritas ist nicht nur an den Rändern der Gesellschaft gefordert, sondern **auch an den Rändern des Lebens**. Die Zeit des Abschiednehmens von dieser Welt wird vielfach von Sterbenden und ihren Angehörigen als Zeit des Angewiesenseins auf Hilfe von außen erlebt. Diese Hilfe sieht die Caritas in den Elementen der Hospizbewegung grundgelegt. Ziel dieser Hilfe ist es, ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Denn die Achtung der Menschenwürde und der Respekt vor dem Leben schließen das Sterben und den Augenblick des Todes mit ein.

Der sterbende und leidende Mensch passt so gar nicht in die heute öffentlich kommunizierten Lebensentwürfe und -vorstellungen. Schmerz, Leid und Tod werden ausgeblendet, Distanz zu diesem Teil des Lebens ist die Folge. Sterbende und schwer leidende Menschen sehen sich dann oft mit Ausgrenzung, Einsamkeit oder abschiebenden Tendenzen konfrontiert. Nicht von ungefähr wird daher die Forderung nach aktiver direkter Sterbehilfe oder dem Recht auf ein „selbstbestimmtes“ Sterben erhoben.

Diesen Tendenzen hat der Ökumenische Rat der Kirchen in Österreich am 14. Jänner 2000 eine Erklärung zum menschenwürdigen Sterben entgegengesetzt und alle Handlungen und Entscheidungen, die direkt auf die Beendigung des Lebens abzielen, strikte abgelehnt. Überzeugt von der Würde des Menschen ruft diese **Erklärung des Ökumenischen Rates zu einer neuen Kultur der Solidarität mit den Sterbenden** auf und fordert Unterstützung für sie und all jene Personen, die Sterbende begleiten.

Ebenfalls hat der Europarat am 21. Mai 1999 in seiner Erklärung zum „Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde der Todkranken und Sterbenden“ empfohlen, dass der Todeswunsch eines Patienten oder einer Patientin niemals die Tötung durch andere rechtfertigen könne. Darüber hinaus werden zahlreiche Maßnahmen vorgeschlagen, um sterbenden und todkranken Menschen ein würdevolles Leben bis zuletzt zu ermöglichen.

Bedeutende Erfahrungen und vielschichtige Kompetenz sind der Caritas dadurch anvertraut, dass viele ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, seien sie nun haupt- oder ehrenamtlich tätig, tagtäglich mit sterbenskranken Menschen zusammen sind und sie wie auch ihre Familien und Freunde in der Stunde des Todes begleiten. Dieses Wissen und die Erfahrungen sind Grundlage für die hier vorliegende Publikation. Gemeinsam mit den bereits in allen Bundesländern entstandenen Hospizinitiativen oder -vereinen arbeitet die Caritas daran, der Hospizidee zum Durchbruch zu verhelfen, sodass sie immanenter Bestandteil des Gesundheitswesens in Österreich wird.

In den eigenen mobilen, semistationären und stationären Einrichtungen ist die Caritas ständig bestrebt, hohe Qualität zu bieten und den Hospizgedanken mit Leben zu erfüllen. Die PatientInnen und KlientInnen der Hospizeinrichtungen sollen sich wohl und geborgen fühlen, Vertrauen gewinnen und Chancen erhalten, ihr Leben neu zu sehen, und es würdig und wertvoll zu Ende zu führen.



WURZELN UND WESEN DER HOSPIZBEWEGUNG

Der Blick in die Geschichte der Hospizbewegung führt uns zum Begriff **Hospitium**, der **Gastfreundschaft oder Herberge** meint. Die Herbergen säumten die Pilgerstraßen vergangener Jahrhunderte und gaben Reisenden Rastmöglichkeiten, in späteren Zeiten aber auch Zuflucht und Schutz. Im Zuge der Christianisierung breiteten sich diese Einrichtungen in Europa von Süden nach Norden aus, wir kennen sie als „Hospital“ im Mittelalter bis weit in die Neuzeit hinein.

Zu den Aufgaben dieser Einrichtungen gehörte zunehmend auch die Versorgung kranker und sterbender Menschen. Heute noch erhalten ist das 1443 gegründete „Hotel Dieu“ im burgundischen Beaune. Dieses Klosterspital beeindruckt durch den großen Krankensaal, der gleichzeitig auch als Kirchenschiff diente. Bekannter ist das von Jeanne Garnier 1842 in Lyon gegründete und lange Zeit geführte Hospiz. Jene Institution eines Hospizes, die dem heutigen Verständnis schon sehr nahe kommt, ist „Our Lady’s Hospice“, das durch die Sisters of Charity 1879 in Dublin errichtet wurde. Nach diesem Vorbild wurde in London von den Ordensschwestern das St. Joseph’s Hospice aufgebaut. Dort arbeitete die **Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Dr. Cicely Saunders**, die 1967 das **St. Christopher’s Hospice** ebenfalls in London gründete. Die von Dr. Cicely Saunders entwickelten Lehren und **ihre Philosophie im Umgang mit todkranken und sterbenden Menschen und deren Umfeld sind heute nach wie vor Fundament der Hospizbewegung**. Die moderne Hospizbewegung breitete sich von der Eröffnung des St. Christopher’s Hospices in London Ende der 60er Jahre über die ganze Welt aus.

Die Hospizidee ist geprägt von der unbedingten Wertschätzung vor jedem menschlichen Leben – bis zum letzten Atemzug. Denn Sterben ist ein Teil des Lebens und Schwerkranke und Sterbende sind Lebende und verdienen alle

Unterstützung und Hilfestellung, die wir ihnen geben können. Ein „Leben bis zuletzt“ ist möglich, wenn die Bedingungen entsprechend gestaltet werden. Lindernde (palliative) Medizin und Pflege, ergänzt durch eine fachgerechte psychosoziale und seelsorgliche Betreuung, tragen entscheidend dazu bei, Schmerzen und unangenehme Symptome in den Griff zu bekommen und die subjektive Lebensqualität von Schwerkranken zu verbessern. Das Ernstnehmen von sozialen Bedürfnissen ist unverzichtbarer Teil der Bemühungen. Hier können auch ehrenamtliche MitarbeiterInnen eine wichtige Rolle spielen. Damit anerkennt die Hospizbewegung, dass der Mensch kein eindimensionales Wesen ist: **Die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen des Menschen gehören zusammen** und beeinflussen einander. All diese Ebenen machen den Menschen in seiner Größe, aber auch Verwundbarkeit aus.

Herz und Verstand, hohe Fachkompetenz, gepaart mit Menschlichkeit und einer ausgeprägten Ethik, hoher Respekt vor den jeweiligen Lebens- und Glaubensüberzeugungen, konsequente Orientierung an den Bedürfnissen der PatientInnen und ein authentisches, partnerschaftliches Miteinander zwischen Betreuten und Betreuenden gehören zum Grundkonzept der Hospizidee. Die Anstrengungen der Betreuenden richten sich darauf, die vorhandenen Ressourcen und Potenziale des Sterbenden zu maximieren und so eine bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt zu ermöglichen. Angehörige werden ins Betreuungskonzept einbezogen und erfahren Unterstützung. Auch Forschung und ständige Weiterbildung sind Bestandteile von Hospizarbeit.

Die Hospizidee wird von der Gründerin der modernen Hospizbewegung, Dr. Cicely Saunders, in Kürze so umschrieben:

Du bist wichtig, einfach weil du du bist.

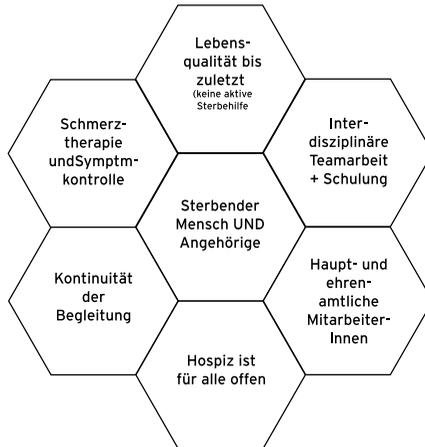
Du bist bis zum letzten Augenblick deines Lebens wichtig.

Und wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch LEBEN kannst - bis zuletzt.

Offenheit, Wahrhaftigkeit und Echtheit der Betreuenden beschreibt Saunders als das erste der drei Grundprinzipien der Hospizidee. Als zweites Prinzip gilt es, Herz und Verstand zusammenzubringen – Palliative Care/Palliativbetreuung hat in den letzten drei Jahrzehnten durch intensive Forschung und Lehre eine entscheidende Weiterentwicklung vollzogen und ist Teil der Schulmedizin geworden. Und als drittes Prinzip gilt, die Freiheit des Geistes zu respektieren, d. h. den Menschen auch als spirituelles Wesen zu sehen, ohne ihn aber für eine Glaubensrichtung vereinnahmen zu wollen. Heute muss man noch ergänzen, dass das Bedürfnis der PatientInnen nach Autonomie zu achten und zu unterstützen ist, wobei Zuhören und Hinhören auf die PatientInnen eine unverzichtbare Voraussetzung sind.

Die Hospiz- bzw. Palliatividee hat weltweit viele Organisationsformen gefunden, um sich zu verwirklichen. Dazu gehören ambulante und stationäre Dienste, semistationäre Einrichtungen wie Tageshospize und palliative Tageskliniken, ehrenamtliche Begleitungsdienste und palliative Ansätze in der Geriatrie. Da es dem Wunsch der meisten Menschen entspricht, Zuhause sterben zu können, wird der mobilen Betreuung gegenüber der stationären der Vorrang eingeräumt. Unter den vielen Initiativen und Organisationen, die in Österreich der Hospiz-/Palliatividee zum Durchbruch verhelfen, ist die Caritas von Anfang an zu finden, teils als Trägerin von Hospizdiensten, teils als Förderin, teils als stille Kraft im Hintergrund.

GRUNDELEMENTE DER HOSPIZARBEIT



Quelle: Sr. Hildegard Teuschl, CS, Dachverband Hospiz Österreich

■ Lebensqualität bis zuletzt

- Umsorgt, nicht einsam
- Nicht fremdbestimmt, sondern autonom
- Wahrhaftig in der Begegnung
- „Letzte Dinge“ ordnen können
- Die Sinnfrage stellen dürfen

■ Schmerztherapie und Symptomkontrolle

- Soziale Schmerzen
- Psychische Schmerzen
- Spirituelle Schmerzen
- Körperliche Schmerzen

■ Interdisziplinäre Teamarbeit und Schulung

- Ein MITEINANDER von Pflegenden, ÄrztInnen, SeelsorgerInnen, (Psycho)TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, u. a.

- Zusammenarbeit mit den Angehörigen und deren fachliche Anleitung
- Gegenseitige Stützung im Team
- Vorbereitung, Ausbildung, Begleitung aller Helfenden

■ Haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen

- Verschiedene HelferInnen mit eigenständigen Aufgaben
- Ehrenamtliche sind keine „Lückenbüßer“
- Jede/r Helfende trägt volle Verantwortung für das, was er/sie übernommen hat.
- Unbezahlte Arbeit ist „unbezahlbar“
- hauptamtliche Koordination ist unerlässlich

■ Kontinuität in der Begleitung

- Vor, während und nach dem Sterben
- Stützung der Angehörigen besonders auch bei Behördenwegen
- Trauerbegleitung

■ Keine aktive Sterbehilfe

- Das Leben nicht aktiv beenden
- Das Leben nicht gegen den Willen des Sterbenden künstlich verlängern
- Patientenverfügungen (Willenserklärung)
- Die Verbreitung der Hospizidee ist DIE Alternative zum Wunsch nach aktiver Sterbehilfe!

■ Hospiz ist für alle offen

- Jedes religiöse Bekenntnis wird respektiert
- Menschen aller Nationen werden begleitet
- Niemand wird aus finanziellen Gründen ausgegrenzt

Hospiz ist nicht nur ein Haus oder ein Ort. Es steht für eine Bewegung, eine Idee, ein ethisches Prinzip, eine Art und Weise des Umgangs miteinander.

Begleitung im Sinne der Hospizbewegung ist vielfältiger Ausdruck liebevoll-fürsorglicher Anteilnahme am leidenden, sterbenden und trauernden Menschen.





STERBEN UND TOD

Durch den steigenden Wohlstand und die Fortschritte in der Medizin können sich immer mehr Menschen in den Ländern der industrialisierten Welt über eine deutlich gestiegene Lebenserwartung erfreuen. Während 1960 die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer 65 und der Frauen 72 Jahre betrug, lag sie im Jahr 1999 bei 75 und 81 Jahren, und die Tendenz ist weiterhin steigend. **Mit zunehmendem Alter steigen aber auch Wahrscheinlichkeit und Dauer einer potenziellen Pflegebedürftigkeit aus Krankheitsgründen oder altersbedingter Behinderung.**

Das Sterben verschiebt sich immer weiter ins hohe Alter – rund 60% der Todesfälle betreffen Menschen über 75 Jahre (Quelle: Österreichischer Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen). Zugleich wird es präsenter in Form von langen Krankheiten, wie beispielsweise Alzheimer oder Parkinson und – auch zunehmend bei jüngeren Menschen – Krebserkrankungen, meist verbunden mit intensiver Pflegebedürftigkeit.

Krankheit, Sterben und Tod sind in unserer Gesellschaft weitgehend ausgegrenzte Phänomene. Dies ist wohl weniger eine Folge stets beschworener zunehmender Kälte, als das Ergebnis von weitreichenden Veränderungen in der gesellschaftlichen Grundstruktur, seien es nun die Bedingungen am Arbeitsmarkt, die sich wandelnden Familienrollen und familiären Netzwerke oder auch die demografische Entwicklung.

Das System Krankenhaus und der Glaube an die Allmacht des medizinischen Fortschritts verstärken die Konzentration auf die medizinisch-technischen Möglichkeiten, auf das Heilen – manchmal um fast jeden Preis. Und **tendenziell wird**

der technischen Hochleistungsmedizin mehr anvertraut als menschlichen „Hochleistungen“ im Umgang mit sterbenskranken Menschen. Gerade bei Krebserkrankungen sowie bei fortschreitendem Abbau und Verfall der körperlichen Funktionen oder dem Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) kommt der Punkt, an dem der **klassische Heilungsanspruch in den Hintergrund und die palliative Medizin in den Vordergrund zu treten hätte.**

Doch dafür hat das heutige Gesundheitssystem viel zu wenig anzubieten. Es fehlt an Personal, an geeigneten Räumen und auch an den gesetzlichen Rahmenbedingungen, lindernde (palliative) Betreuung und die Begleitung der Sterbenden mit der gleichen Intensität und Qualität zu gewährleisten wie die kurativen Therapien. Und mit gleicher Energie und Sorge, wie sie in der kurativen Medizin angewandt werden, brauchen die Sterbenden und ihr soziales Umfeld eine andere Art von Betreuung und medizinischer Behandlung, geht es doch um Symptomkontrolle, Schmerzfreiheit und um eine psychisch-spirituelle Unterstützung. Nicht zuletzt fehlt in vielen Bereichen aber auch das Bewusstsein dafür, dass von einem gewissen Punkt an der Tod nicht mehr Feind des Menschen ist und der kurative Ansatz hinter die palliative Betreuung zurückzutreten hat. Deshalb wird oft weiter therapiert, obwohl der Therapieerfolg in keinem Verhältnis zum Gewinn an Lebensqualität steht. Die moderne Medizin ermöglicht in diesen Fällen zwar eine Verlängerung des Überlebens, aber nicht des Lebens. **Es fehlt eine Haltung, die die Grenzen medizinischer Handlungsmöglichkeiten und die Endlichkeit des Lebens akzeptiert.**





HOSPIZ STATT AKTIVER DIREKTER STERBEHILFE

In der Sterbebegleitung tätige Menschen wissen aus Erfahrung, dass es durch optimale medizinische und pflegerische Maßnahmen häufig gelingt, die große Angst vieler Schwerkranker vor möglichen qualvollen Symptomen und Schmerzen zu lindern. Befragungen der Bevölkerung hingegen sind irreführend und einseitig, wenn sie nicht die großen Anliegen der Hospizbewegung in Verbindung mit der Palliativmedizin berücksichtigen. Dies zeigt auch die von Univ.-Prof. DDr. Paul Zulehner durchgeführte Studie „Religion im Leben der Österreicher“ auf: **Wenn die Befragten über Hospizangebote und die Möglichkeiten der Behandlung bei schwerem Leid informiert sind, reduziert sich der Wunsch nach Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe (Euthanasie) beachtlich.**

Dabei wird keineswegs die Tatsache verleugnet, dass es einen Wunsch nach Lebensbeendigung gibt, auf den auch Hospiz keine Antwort geben kann, wo auch die Schmerztherapie und das Da-Sein diesen Wunsch nicht wegnehmen können. Doch auch dieser Wunsch entbindet uns nicht davon, durch liebevolle Zuwendung, Zeit und optimale Betreuung dem sterbenden und schwerleidenden Menschen immer wieder und aufs Neue Gelegenheiten zu geben, sein Leben auch in Krankheit und Leid als lebenswert zu empfinden.

Die Gesellschaft braucht klare und unmissverständliche Zeichen, damit Schmerzbekämpfung und -linderung, Zeit, Zuwendung und Respekt vor der letzten Lebensphase einen höheren Stellenwert erhalten. Schwerkranke und ihre Angehörigen müssen gestärkt, es muss ihnen Mut gemacht werden, den letzten Weg, der niemandem von uns erspart bleiben wird, in Würde zu gehen.

Aktive direkte Sterbehilfe ist keine Hilfe, sondern vielmehr Kapitulation vor der Herausforderung des Sterbens und des Todes und wird entschieden abgelehnt.

Dafür gibt es sehr wesentliche Gründe:

- Das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen muss seine Grenze dort finden, wo zentrale gesellschaftliche Werte wie der Schutz des menschlichen Lebens in Mitleidenschaft gezogen werden. Das sogenannte selbstbestimmte Beenden des Lebens ist ethisch nicht zu rechtfertigen und **muss aus Gründen des Lebensschutzes verboten bleiben**.
- **Autonomie bedeutet sittliche Selbstbestimmung** und nicht beliebige Wunsch-erfüllung. Das heißt mit der Ausübung von Autonomie ist immer auch Verantwortung verbunden, auch des Sterbenden bis zuletzt. Das Prinzip der Autonomie losgelöst von anderen Aspekten wie der Verantwortung oder Fürsorge einzufordern, kippt oft ins Gegenteil, wie auch die historische Erfahrung nur allzu deutlich zeigt.
- Hinter dem Wunsch nach Beendigung des Lebens stecken oft sehr große Schmerzen, Ängste und psychische, soziale und spirituelle Belastungen. Fast immer markieren depressive Durchgangsphasen den Sterbeprozess. Eine umfassende Symptomkontrolle und Schmerzlinderung sowie menschliche Begleitung und Zuwendung **lassen meistens die Euthanasiewünsche in den Hintergrund treten** und in vielen Fällen sogar verstummen.
- **Jeder Mensch hat eine einmalige Würde**. Der Respekt vor der Würde des Sterbenden verlangt, dieses Sterben weder technisch zu beschleunigen noch unverantwortlich hinauszuzögern sondern zum gegebenen Zeitpunkt zuzulassen, das heißt dem Sterben Raum und Zeit zu geben.
- Bei der Freigabe der aktiven Sterbehilfe geraten PatientInnen **unweigerlich unter einen sozialen und individuellen Druck**, ihre Tötung zu verlangen, um nicht die Angehörigen oder die Gesellschaft zu „belasten“. Und jedes Bemühen, zum Beispiel einem gelähmten oder lebensbedrohlich erkrankten Menschen über Wochen oder Monate Chancen zu eröffnen, den Sinn seines Lebens in der Auseinandersetzung mit der Krankheit neu zu deuten, wäre untergraben.

- Die Freigabe der aktiven Sterbehilfe würde vor allem auch Menschen mit einer Behinderung massiv bedrohen, weil dadurch ganz automatisch ihr Leben, ihr Lebenswille und -mut hinterfragt würden. Auch die Angehörigen und Betreuenden oder Assistenzpersonen von Behinderten wären den öffentlich geführten Debatten über „lebenswert“ und „lebensunwert“ völlig ausgesetzt.
- Darüber hinaus würde auf behinderte und hochbetagte Menschen ein – mitunter auch subtiler – Druck ausgeübt, nicht länger der Allgemeinheit „zur Last“ zu fallen. Alle Bemühungen zur umfassenden Integration von behinderten Menschen würden ausgehöhlt, untergraben, ja letztlich verhindert und Menschenrechte massiv verletzt.
- Jetzt schon werden alle technischen Verfahren zur pränatalen Feststellung potenzieller Behinderungen ausgeschöpft, um die Geburt eines behinderten Kindes zu unterbinden. Eltern, insbesondere die Mütter sehen sich oft einem enormen Druck ausgesetzt, und das medizinische Personal ist angesichts der ethischen Tragweite der hier notwendigen Entscheidungen überfordert. Mit einer Freigabe der aktiven direkten Sterbehilfe werden diese Konflikte nicht nur verschärft, es muss auch ein „ungehemmter“ Umgang mit behinderten Säuglingen befürchtet werden.
- Der ökonomische Druck im Gesundheitssystem und eine Aufweichung der klaren Position gegen die aktive direkte Sterbehilfe kann leicht zu einem „Nützlichkeitsdenken“ führen, bei dem Sterbehilfe auch unter dem Argument der Kostensenkung befürwortet und im Sinne eines „sozialverträglichen Frühablebens“ gefordert wird.
- Der Sterbewunsch unterliegt immer auch der Irrtumsmöglichkeit und die Gefahr des Missbrauchs kann nie ausgeschaltet werden. Es mehren sich die Fälle, bei denen PatientInnen auch ohne ausdrücklichen Sterbewunsch getötet werden. Das bestätigen unzählige Berichte beispielsweise aus den Niederlanden, wo aktive direkte Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen neuer-

dings erlaubt ist. Die frühere gesetzliche Regelung sah zunächst allein den Ausschluss der strafrechtlichen Verfolgung vor.

- Wie einschlägige Erfahrungen zeigen, führt die angebliche Selbstbestimmung über den Tod aus zweierlei Gründen in die Fremdbestimmung. Aufgrund seiner Einbettung in das soziale Gefüge betrifft die Entscheidung eines Menschen immer auch seine Angehörigen und die Gesellschaft, sie wird von diesen beeinflusst und kann daher nicht autonom gefällt werden. **Hier stößt die Selbstbestimmung des/der PatientIn an eine ethische Grenze.** Auch wenn die Tötungswillensäußerung noch so präzise formuliert ist, kommt de facto zu ihr immer eine Fremdbestimmung über den Wert eines Lebens hinzu.
- Wenn die Gesellschaft ihren Ärzten zubilligt oder ihnen zumutet zu töten, so bedeutet das eine Umkehrung im Ethos der Ärzte. **Der Arzt kommt schnell in eine fragwürdige und übermächtige Doppelrolle** als Erhalter und Beender des Lebens, als „Herr über Leben und Tod“. Auch bleibt seine Beziehung zum/r PatientIn davon nicht unberührt.

Das Leben ist ein Geschenk Gottes und steht als solches nicht in der Verfügungsmacht des Menschen. Immer dann, wenn der Mensch versucht hat, sich als Gott zu gebärden oder allmächtig zu sein, endete das in Krieg, Gewalt, Unterdrückung, Missachtung der Menschenrechte und in vielen Fällen auch in einer Tragödie für die gesamte Menschheit.



LEITLINIEN FÜR DIE HOSPIZARBEIT

Die Begleitung und Betreuung sterbender, schwerstkranker und trauernder Menschen ist eine christliche und menschliche Aufgabe. Das Evangelium ist eine unerschöpfliche Quelle, um in diesen Lebenssituationen wieder Vertrauen zu gewinnen, Hoffnung zu haben und neuen Mut zu schöpfen. **Die Zusage Gottes an den Menschen, dass dem Tod die Auferstehung folgt, erlaubt es eine zuversichtliche und positive Haltung in die Hospizarbeit einzubringen.** Für viele MitarbeiterInnen kirchlicher und karitativer Organisationen ist die Nachfolge Jesu die zentrale Motivation, um sich für die Hospizidee zu engagieren.

Das mag mit ein Grund dafür sein, dass die in der Hospizbewegung geltenden leitenden Grundsätze auch seitens der Caritas sehr stark mit entwickelt und geprägt wurden. Sie sind nicht nur Orientierungspunkte, sondern stellen auch eine Herausforderung für die tägliche Praxis dar.

Leben in Würde bis zuletzt

Leben ist wertvoll bis zuletzt. Es muss daher für den sterbenden Menschen alles getan werden, um die Qualität seines Lebens und die Würde seines Menschseins zu wahren. Wesentlich dafür sind Respekt und Achtung in der Begegnung. Sie prägen das Verhältnis aller Beteiligten zueinander. **Als Richtlinie für alle Handlungen gilt, dass das Sterben nicht verlängert, aber das Leben nicht verkürzt werden soll.** Die Dramatik und Tragik des Todes dürfen nicht weg „harmonisiert“ werden. Es ist auch nicht zielführend, das unfassbare Leid „glätten“ zu wollen. Der Tod als Teil der Schöpfung gehört zum Leben dazu.

Eine Lebensverlängerung um jeden Preis mit dem Einsatz aller Mittel ist dann nicht mehr sinnvoll, wenn dadurch Leiden verlängert wird, ohne dass die Lebensqualität des kranken, pflegebedürftigen oder sterbenden Menschen verbessert wird.

Wo immer aber für den Sterbenden etwas zur Linderung, zum Wohlbefinden und zur Hebung der Lebensqualität beigetragen werden kann, haben wir die Aufgabe, ihm das zu ermöglichen. **Herkunft, Vermögen und Religion spielen dabei keine Rolle.**

Das Sterben ist eine „natürliche“ Phase im Lebenszyklus eines jeden Menschen und muss wieder stärker in unseren Alltag, in unser soziales Leben herein genommen werden. Hier hat die Kirche mit ihren Ritualen und Angeboten (z. B. Beerdigung, Sakrament der Krankensalbung, Totenmesse, Gebete) eine wichtige Funktion.

Selbstbestimmung der Patientin und des Patienten

Der Wille und die Wünsche des pflegebedürftigen, des kranken, des sterbenden Menschen müssen in der Betreuung und Pflege im Mittelpunkt stehen. Aus handlungsprozesse sind partnerschaftlich zu führen und die Anliegen der Betroffenen ernst zu nehmen. Darauf haben auch die Organisationsstrukturen Rücksicht zu nehmen.

Wenn ein Mensch seine Wünsche betreffend die Unterlassung bestimmter medizinischer Maßnahmen im Rahmen einer Patientenverfügung niederlegt, klar zum Ausdruck bringt oder mündlich äußert, muss diesen Wünschen höchste Bedeutung beigemessen werden. Auch der Verzicht auf lebensverlängernde Eingriffe, die in den Sterbensverlauf eingreifen, ist zu respektieren, unterscheidet er sich doch radikal sowohl im Sinngehalt wie auch nach dem inneren Empfinden von der Tötung eines Menschen.

Haltung der Wertschätzung

Die letzte Lebenszeit hat für den betroffenen Menschen, seine Angehörigen, aber auch die gesamte Gesellschaft eine weitreichende Bedeutung. **Eine Haltung der Wertschätzung wird vor allem durch eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege zum Ausdruck gebracht.** Dazu gehören neben der Umsetzung der

neuesten Erkenntnisse in der Medizin und Pflege vor allem das Zeit-Geben, das Hinhören und damit verbunden das aufmerksame Da-Sein von Begleitenden und Angehörigen. Die Ausstattung der Einrichtungen zur Betreuung von Sterbenden und schwer Kranken, wie (mobile, semistationäre oder stationäre) Hospize, Pflege- oder Altenheime muss diese Begleitung, das vertrauliche Gespräch und die unmittelbare Begegnung von Mensch zu Mensch, auch möglich machen und unterstützen (Beispiele: Einzelzimmer, Möglichkeiten der Übernachtung für Angehörige, Zeit, Raum zur Verabschiedung von Verstorbenen usw.)

Palliation - Lindernde Medizin, Pflege und Betreuung

Dort wo die kurative, d. h. die auf Heilung und Wiederherstellung ausgerichtete Medizin ohne Wirkung bleibt, muss verstärkt die palliative Betreuung einsetzen.

Ihr Ziel ist es, die quälenden Symptome zu lindern und allfällige Komplikationen zu verhindern, um eine bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten. Dabei gibt es keine wirklich scharfe Trennung zwischen kurativem und palliativem Ansatz. Die Übergänge sind vielmehr fließend, und häufig müssen palliative und kurative Therapie parallel durchgeführt werden. Diese Betrachtungsweise wird besonders deutlich bei der Betreuung von hochbetagten Menschen. Im Alter stellen sich oft eine Reihe von sehr unangenehmen, chronischen Beschwerden ein, die nicht mehr ursächlich geheilt werden können. Die Integration aller Erkenntnisse der modernen Palliativmedizin in die Geriatrie trägt dazu bei, die Lebensqualität vieler alter Menschen entscheidend zu verbessern.

Wo immer die Caritas Einrichtungen der Pflege und Sterbebegleitung führt, wird die Betreuung nach palliativen Gesichtspunkten angestrebt. Das heißt:

- Es wird größtes Augenmerk auf die Bekämpfung von körperlichen, psychischen, sozialen, emotionalen und spirituellen Schmerzen gelegt. Schmerzen quälen. Schmerztherapie und Symptomkontrolle sind ein Menschenrecht.
- Medizinische Diagnosen und Maßnahmen werden so schonend wie möglich durchgeführt.
- Die Pflege zielt darauf ab, dass der Sterbeprozess ein erträgliches Maß annimmt.

- Pflegepersonal, ÄrztInnen und andere Berufsgruppen (SeelsorgerInnen, Ehrenamtliche, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen ...) arbeiten interdisziplinär zusammen.
- Die Angehörigen und das soziale Umfeld werden in besonderer Weise einbezogen und erhalten ebenso Betreuung und Unterstützung.

Interdisziplinarität im Arbeitsansatz

Aus den Erfahrungen der Pflege in den Einrichtungen hat sich eine wesentliche Erkenntnis bestätigt: Um den PatientInnen und Angehörigen in ihrer Ganzheitlichkeit gerecht zu werden, bedarf es der guten, koordinierten und sich ergänzenden Zusammenarbeit der betreuenden Professionen. **Im Idealfall arbeiten daher MedizinerInnen, KrankenpflegerInnen, SeelsorgerInnen und SozialarbeiterInnen bzw. andere psychosoziale Dienste in einem gleichberechtigten Team zusammen.** Wo dies nicht möglich ist, wird die Kooperation über Institutionsgrenzen gesucht und gepflegt. Interdisziplinäres Arbeiten wird als Grundprinzip gesehen und gelebt und ist mehr als ein bloßes Nebeneinander verschiedener Professionen. Nur alle Professionen gemeinsam können den „ganzen“ Menschen in seinen körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen erfassen.

Interdisziplinarität braucht fördernde Strukturen und besondere zu erarbeitende organisatorische Standards. Alle Teammitglieder müssen partnerschaftlich zusammenarbeiten und Respekt vor der Sichtweise der je anderen Profession erweisen. Nur wenn man alle diese Zugänge wie in einem Vierfarbendruck aufeinanderlegt, wird der Mensch in seiner Buntheit sichtbar, können entsprechend umfassende Betreuungsmaßnahmen verwirklicht werden.

Unterstützung und Begleitung von Angehörigen

80 % aller Hilfe- und Pflegebedürftigen werden in Österreich von den Angehörigen im engeren Sinn (Familien), informellen Netzwerken aber auch Nachbarn und Freunden betreut und gepflegt. Dies gilt besonders für die Betreuung und

Pflege chronisch kranker Menschen. **Aufgabe der Hospizdienste ist es, gewachsene und bestehende informelle Strukturen zu entlasten, zu ergänzen und zu unterstützen.**

Die vielen informellen HelferInnen sind für die Betroffenen, die Gesellschaft und das bestehende System des Sozial- und Gesundheitswesens absolut unverzichtbar. Angehörige, die einen schwerstkranken oder sterbenden Menschen umsorgen und versorgen, benötigen vor allem gezielte Informationen und Beratung, Entlastungsgespräche, alltagspraktische sowie psychosoziale und spirituelle Unterstützung und Begleitung.

Eine schwere Erkrankung oder der Prozess des Sterbens eines Menschen betrifft immer auch das Familiensystem. **Die Angehörigen sind ebenfalls Betroffene. Oftmals benötigen sie mehr Begleitung und Unterstützung als der Kranke selbst.** Die Krisen, in die Familienmitglieder dadurch geraten können, führen mitunter zu einer Abschottung nach außen. Hilfsangebote können als zusätzlicher Stress und Bedrohung der Autonomie erlebt werden. Dies erfordert von professionellen und ehrenamtlichen Kräften, die Unterstützung anbieten wollen, vor allem Behutsamkeit, Respekt und Achtung vor Entscheidungen und Regeln in den Familiensystemen.

Von Anfang an sollte versucht werden, die Angehörigen in den Prozess der offenen Kommunikation mit einzubeziehen. Zudem sind sie ExpertInnen für die Biografie, die Alltagsvorlieben, die Wünsche, Ängste und Gewohnheiten der kranken Menschen. Gerade wenn Schwerstkranke oder Sterbende nicht mehr sprachlich kommunizieren können, sind die Funktionen von Angehörigen als OrganisatorInnen von Hilfe und AnwältInnen ihrer erkrankten Angehörigen unverzichtbar.

Für die Begleitung der Angehörigen gelten dieselben Prinzipien, die bereits für den sterbenden Menschen beschrieben wurden: **Hilfe und Unterstützung** können immer nur Angebote an den Mitmenschen sein. Sie müssen getragen sein von der Wahrung der Autonomie der Betroffenen und vom Respekt der oftmals

sehr begrenzten Ressourcen in den einzelnen Familien. Die Hilfsangebote haben sich an den Bedürfnissen der Angehörigen zu orientieren.

Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Der Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ein zentraler Bestandteil der Hospizarbeit. Die Caritas ist offen für BürgerInnen, die sich im Sinne der christlichen Nächstenliebe oder aus humanitärem Interesse für andere Menschen engagieren und einsetzen wollen, schätzt deren Beitrag in einem hohen Maße und ist außerordentlich dankbar für diese „Zeit- und Tatspende“. Ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen werden deshalb auch Angebote zur Aus- und Weiterbildung gemacht, wodurch eine zusätzliche Professionalisierung ihres Engagements passiert. Viele Erfahrungen zeigen, dass dieses Engagement zu einer anerkannten und vielseitigen Bereicherung des Lebens und Erweiterung der Lebenseinstellung führt. Nicht zuletzt können die hierbei erworbenen Qualifikationen auch für den beruflichen Alltag, selbst wenn dieser nicht unmittelbar in einem sozialen Bereich angesiedelt ist, genutzt werden.

Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Organisationen aufgrund der ökonomischen Engpässe auch dazu neigen, Ehrenamtliche in einer derart umfangreichen Art und Weise einzubinden, dass es zu einer Überforderung kommt bzw. kommen muss. Das muss jedenfalls vermieden werden.

Ein gesellschaftlich nicht zu unterschätzender positiver Nebeneffekt der Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führt dazu, dass die Erfahrung des Todes als Teil des Lebens und damit auch Lebenskompetenz wieder in die Gesellschaft und in die Familien zurückfließen kann.

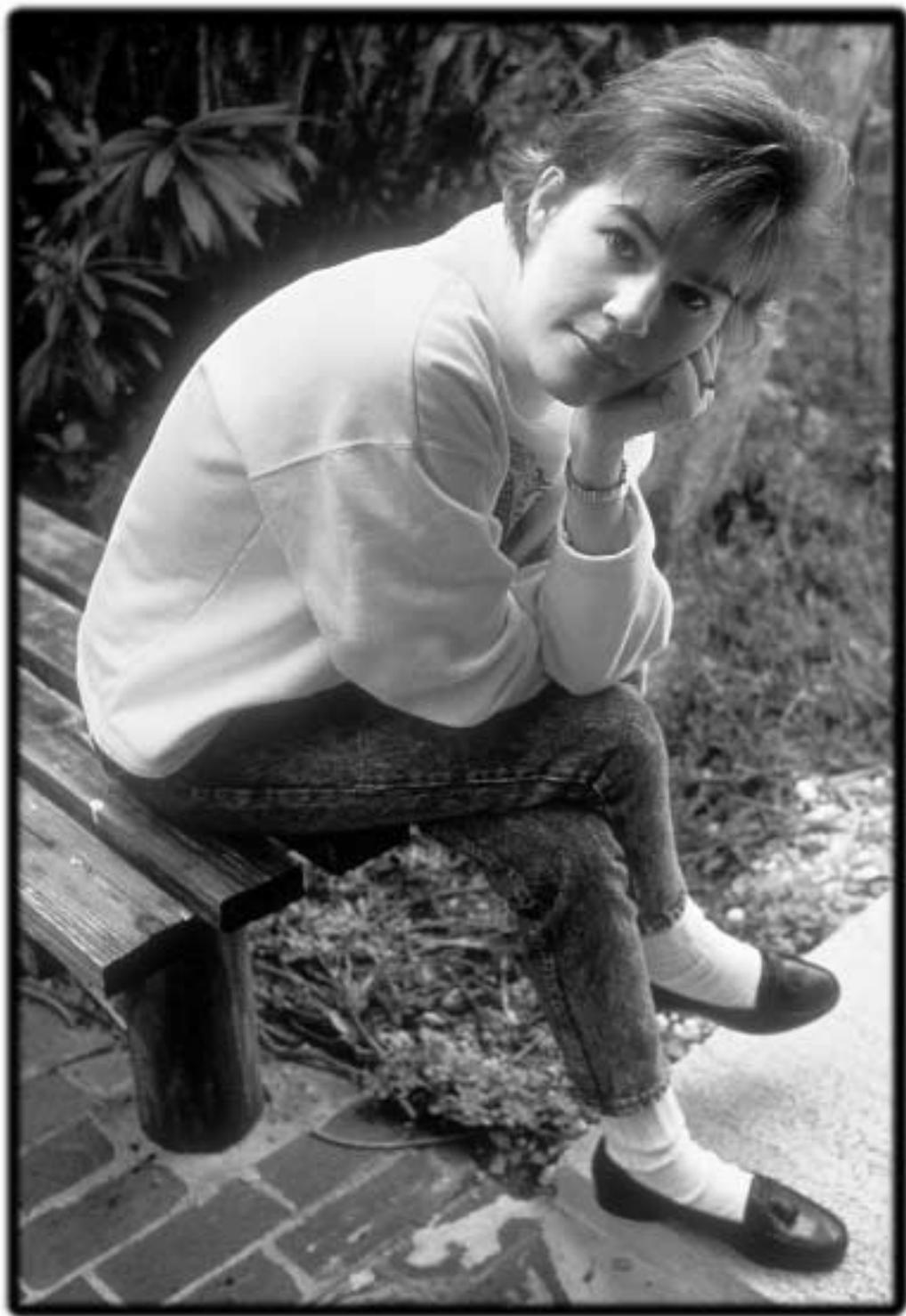
Trauer und Trauerbegleitung

Trauerbegleitung ist ein integraler Bestandteil der Hospizarbeit und Palliativmedizin. Angehörige benötigen differenzierte Unterstützungsangebote, wenn sie

Leitlinien für die Hospizarbeit

sich darauf vorbereiten, dass ein Familienmitglied sterben wird. Erst recht gilt dies nach dem Tod des betreuten Menschen.

So wichtig und nützlich es ist, bei Trauerprozessen Hilfe anzubieten, so sehr muss aber auch darauf geachtet werden, dass den Trauernden Zeit für ihren eigenen Prozess gelassen wird. Untersuchungen in Holland und England haben ergeben, dass bei zu frühzeitiger Intervention von außen fremdbestimmte Elemente in den eigenen Trauerweg aufgenommen werden. Dabei wurde der ganz und gar nicht erstrebenswerte Effekt festgestellt, dass sich das soziale Umfeld zurückzog und die Trauerunterstützung zur Gänze den „Professionellen“ überließ.



ZIELSETZUNGEN UND MASSNAHMEN

Mit der täglichen Arbeit in den stationären, semistationären und ambulanten Hospizdiensten ist der Auftrag verbunden, über strukturelle Defizite und Reformen im Bereich der Rahmenbedingungen für die Hospizarbeit nicht nur nach zu denken, sondern **Verbesserungsvorschläge zu erstellen, diese publik zu machen und deren Umsetzung einzufordern**. Die hier angeführten Forderungen richten sich zunächst an jeden Einzelnen, an die kirchlichen und nichtkirchlichen Vereine und Organisationen der Hospizarbeit, aber auch an die Gesellschaft und Politik. Diese Forderungen werden auch vom Dachverband Hospiz Österreich mitgetragen, der an der Ausarbeitung wesentlich mitgewirkt hat.

Integration von Hospizgrundsätzen und Hospizarbeit in das gesamte österreichische Gesundheits- und Sozialwesen

Praxis, Überlegungen und Erfahrungen der Hospizbewegung sind in das gesamte Gesundheits- und Sozialsystem zu integrieren. Das heißt beispielsweise, dass **der Hospizbereich in die Krankenhausfinanzierung eingegliedert werden muss, wobei eine Reduktion der palliativen Versorgung und deren Finanzierung auf den Bereich der Akutbetten bzw. SpitalsärztInnen zu vermeiden ist**. Nur ein Zusammenwirken von HausärztInnen, ambulanten Hospizdiensten mit ihren haupt- und ehrenamtlichen Kräften, sozialen und seelsorglichen Diensten, den Angehörigen und den allenfalls notwendigen Pflegeeinrichtungen und Akutkrankenhäusern kann eine umfassende, bedürfnisgerechte und effiziente Versorgung gewährleisten.

Auch ein noch so gut ausgebautes Angebot an Hospizdiensten kann und soll das Sterben im Krankenhaus nicht ersetzen. Es muss daher auch das Personal im Krankenhaus auf die Situation des Sterbens vorbereitet sein. **Die Grundsätze der Hospizidee müssen dort gelebt werden, wo die Menschen sterben, also**

neben den Krankenhäusern auch in den Pflege- und Altenheimen oder im Bereich der mobilen Dienste und Hauskrankenpflege. Das ist notwendig, um ein Gesundheitssystem zu schaffen, das der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen entspricht.

Ausbildung, Weiterbildung und Begleitung

Ein Schlüssel zur Sicherung eines qualitativen Angebots der Hospizarbeit liegt in der **interdisziplinären Aus- und Weiterbildung für alle relevanten Berufsgruppen** (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Therapie, psycho-soziale Berufe). Im Miteinander- und Voneinander-Lernen wächst das Verständnis füreinander. Und daraus resultiert nicht zuletzt die Fähigkeit, rund um den sterbenden Menschen und seine Angehörigen ein helfendes Netz zu bilden.

Notwendig ist eine **Reform des Medizinstudiums** in der Weise, dass die **Palliativmedizin als eine eigenständige und besonders humane Zielsetzung der Medizin**, gemäß dem Vollbegriff der WHO im Curriculum implementiert wird. Neben einer fundierten Grundausbildung bedarf es einer ständigen Fort- und Weiterbildung der ÄrztInnen, kontrolliert von der Standesvertretung. Darüber hinaus ist auch eine verpflichtende Fortbildung bzw. eine entsprechende Nachschulung zu gewährleisten. Um dies auch institutionell sicherzustellen, und um die Forschungsaktivitäten für diesen Bereich auch in Österreich anzukurbeln, sind ein **Zusatzfach sowie ein Lehrstuhl für Palliativmedizin zu schaffen**.

Angeregt wird die **Schaffung einer Sonderausbildung für den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst für Palliativpflege** (vergleichbar mit solchen Ausbildungen in der Intensivpflege oder Anästhesie).

Erfreulicherweise besteht ein großes Interesse der MitarbeiterInnen in der Alten- und Krankenpflege, sich in der Begleitung Sterbender besser fortzubilden. Die entsprechenden Angebote müssen von der öffentlichen Hand so gefördert werden, dass MitarbeiterInnen nicht durch hohe Kosten von der Teilnahme ausgeschlossen sind.

Zielsetzungen und Maßnahmen

Um die Qualität der jeweiligen Ausbildungen sicher zu stellen, müssen entsprechende Standards festgelegt werden.

Darüber hinaus brauchen die MitarbeiterInnen in der Sterbebegleitung Möglichkeiten, um die Belastungen ihres Berufes bewältigen zu können und Raum für die Auseinandersetzung mit ihren spirituellen Fragen rund um das Leben und Sterben, um Trauer, Angst und Tod zu bekommen. **Die Einrichtung einer professionellen Supervision** ist daher geboten.

Ausbau und Finanzierung von stationärer, semistationärer, ambulanter und mobiler Hospizversorgung

Dem unschätzbaren Engagement vieler BürgerInnen ist es zu verdanken, dass die Hospizidee zunehmend in das Bewusstsein der Menschen getreten ist. Es gibt ein Umdenken und eine gesteigerte Sensibilität in der Versorgung Schwerkranker und Sterbender. Die Hospiz-Einrichtungen und Angebote sind zu einem erheblichen Teil aus Spendengeldern finanziert und stoßen – von erfreulichen Ausnahmen abgesehen – immer mehr an ihre Grenzen. **Für den weiteren Ausbau der Hospizarbeit müssen daher mehr öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt werden**, ein gesicherter Kostenbeitrag durch die Krankenkassen ist unumgänglich. Auch muss die Finanzierung von palliativen Pflegebetten gesichert sein.

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen können weder ausgebildet noch weiterbetreut werden, wenn nicht in entsprechender Zahl hauptamtliche KoordinatorInnen und Ressourcen zur Finanzierung der Ausbildung zur Verfügung stehen.

Die Angebote an Hospizdiensten sind auszubauen und zu vernetzen und die strukturellen Rahmenbedingungen zu verbessern. Am wirkungsvollsten und den Wünschen der Sterbenden besonders entsprechend ist der **Ausbau der ambulanten Angebote**. Der Bedarf nach diesen Angeboten wird schon allein aufgrund der demografischen Entwicklung stark zunehmen.

Verbesserung der Vernetzung zwischen den stationären, semi-stationären und ambulanten Einrichtungen sowie mobilen Diensten

Um die Betreuung der PatientInnen zu verbessern und bedarfsgerechter zu gestalten ist die **berufsübergreifende Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Spitälern, HausärztInnen, Hauskrankenpflege und mobilen Diensten aufzubauen bzw. zu forcieren**. Generell müssen die stationären und ambulanten Einrichtungen zwingend mit mobilen Hospizdiensten kooperieren und – wo es möglich ist und gewünscht wird – eine Entlassung nach Hause bzw. die Versorgung über mobile Dienste anstreben.

Auf der anderen Seite brauchen alle in der ambulanten oder mobilen Betreuung Tätigen die Sicherheit im Hintergrund, dass eine – zeitweilige – (semi)stationäre Betreuung vorhanden ist und dass dort nach den selben Prinzipien und Grundhaltungen gearbeitet wird. Vor allem bei der Pflege innerhalb der Familie ist ständig die Gefahr der Überforderung des familiären Umfelds bei hohem oder steigendem Pflegebedarf gegeben. Familienentlastende Dienste, die beispielsweise die Betreuung während des Familienurlaubs übernehmen, sind daher eine wichtige Unterstützung für das Betreuungsnetz Familie.

Besonderes Augenmerk ist daher auch auf die Ergänzung von ambulanten und (semi)stationären Angeboten im Sinne einer sicheren Betreuungskette zu legen.

Einrichtung von interdisziplinär ausgerichteten Beratungsteams

Im Bereich der Hospizarbeit treffen die BetreuerInnen immer wieder auf Situationen, wo ein spezifischer Rat zu Palliative Care dringend gebraucht wird. Für solche Situationen muss eine **telefonische Beratung rund um die Uhr** möglich sein. Diesem **Beratungsteam** müssen ein **Arzt/eine Ärztin, eine Krankenschwester sowie eine Pflegeperson, alle für den spezifischen Bereich von Palliative Care ausgebildet, angehören**. Wichtig wäre auch die Verfügbarkeit eines/einer **JuristIn** (Jugendwohlfahrtsrecht; Ärzterecht; Familienrecht) sowie Kenntnisse der regionalen Gegebenheiten. In extremen Notfällen muss es für das Team auch möglich sein, den/die PatientIn selbst aufzusuchen.

Zielsetzungen und Maßnahmen

Aufgabe ist die Beratung auf Basis der Schilderungen über die Symptome und im Hinblick auf die bestehende familiäre Situation. Darüber hinaus soll auch Kontakt mit dem Hausarzt gesucht oder eine Vermittlung an einen niedergelassenen Arzt oder sonstige Fachkräfte erfolgen. Träger der Beratungsteams (support teams) sollten Palliativstationen oder Hospizdienste sein.

Da diese Hospiz-Stützpunkte Wissen und Know-how generieren, vermitteln und als Drehscheibe für die in der Hospizarbeit Tätigen dienen, werden durch sie die Anliegen der Hospizidee weiterentwickelt und sichtbar.

An diesen Beratungsdienst sollen sich nicht nur Betroffene und Familienangehörige richten können, sondern auch ÄrztInnen, Pflegepersonen, ehrenamtliche MitarbeiterInnen bzw. ehrenamtliche Hospizdienste.

Palliative Ansätze in der Geriatrie

Eine weitere Forderung ist die **Verbesserung der Bedingungen für sterbende Menschen und deren Angehörige in den Einrichtungen der Geriatrie**. Neue palliativmedizinische und -pflegerische Erkenntnisse und Modelle in der Versorgung Sterbender in geriatrischen Einrichtungen sind zu erproben und zu implementieren. Ein Lehrstuhl für Geriatrie kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, der Forschungsaktivität in diesem Bereich einen Impuls zu geben, um auch mit der internationalen Entwicklung mithalten zu können. Darin ist auch ein wichtiger Beitrag zur Integration von Palliativmedizin in die universitäre Ausbildung zu sehen.

Patientenverfügung

(umgangssprachlich auch Willenserklärung genannt)

Das Selbstbestimmungsrecht des/der PatientIn verbietet eine eigenmächtige Heilbehandlung (§110 Abs. 1 StGB). Für jene Fälle, wo der/die PatientIn nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen klar kund zu tun, muss eine zu früheren Zeiten verfasste **Patientenverfügung dann verbindlich sein, wenn diese präzise und bestimmt abgefasst ist**. Die Caritas ortet in diesem Bereich große Unsicherheiten.

Die PatientInnen haben mangelndes Vertrauen, dass ihrer Patientenverfügung auch entsprochen werden wird, und seitens des medizinischen Personals ist der Umgang mit den in vielen Fällen stark interpretationsbedürftigen Patientenverfügungen schwierig. Es ist daher notwendig, dass seitens der Regierung eine **Expertengruppe mit dem Auftrag eingerichtet wird**, sich mit der Thematik zu beschäftigen und **Vorschläge zur Verbesserung dieser Situation auszuarbeiten**.

Um den mutmaßlichen Willen eines/einer PatientIn, der/die sich nicht mehr äußern kann, zu erkennen und begreifen zu können, braucht es das gemeinsame Gespräch zwischen Arzt/Ärztin, Angehörigen bzw. Vertrauensperson des/der PatientIn, des Pflegepersonals und allenfalls anderer involvierter Personen. Nur so kann unter diesen Umständen eine Entscheidung im Sinne des/der PatientIn gefunden werden.

Zeit für die Begleitung von sterbenden Angehörigen

Sterben im Kreis der eigenen Familie und nicht in der Anonymität des Krankenhauses wünschen sich die meisten. Der berufliche Alltag steht dem entgegen, gibt er doch den Familienmitgliedern kaum Spielraum, um sich für diese sehr sensible Phase Freiraum zu schaffen. Der Pflegeurlaub bietet hier kaum einen Ausweg, zielt er doch auf einen Heilungsprozess ab und ist zeitlich zu sehr begrenzt. Es wird daher die **Einführung eines Anspruchs auf Teil- und Vollkarenz für einen bestimmten Zeitraum vorgeschlagen, um berufstätigen Familienmitgliedern eine Möglichkeit einzuräumen, ihre Angehörigen aus dem Leben zu begleiten**.

Förderung des Ehrenamts und der Freiwilligenarbeit

Immanenter Bestandteil der Hospizarbeit ist die Beteiligung von Ehrenamtlichen auch deshalb, weil durch ihren Beitrag diese Tätigkeit eine zusätzliche Qualität erfährt. Gleichzeitig wird dadurch der Hospizgedanke einer breiteren Bevölkerung nahe gebracht. **Die Anerkennung und Förderung der ehrenamtlichen Arbeit im Hospizbereich ist daher von großer Bedeutung**. Die Gewinnung, Ausbildung und regelmäßige Begleitung (Supervision) des Einsatzes

Zielsetzungen und Maßnahmen

ehrenamtlicher MitarbeiterInnen bedarf hauptamtlicher KoordinatorInnen, die zu finanzieren sind.

Unterstützung bei Trauer

Ein besseres und aktualisiertes Wissen über Trauer ist erforderlich, um trauernde Menschen informieren, unterstützen oder begleiten zu können. **Bewusstseinsarbeit tut ebenso Not wie Unterstützungs- und Begleitungsangebote für trauernde Menschen.** Nicht jeder oder jede braucht im Trauerprozess Unterstützung von außen. Aber dann, wenn Hilfe angefragt wird, sollte es hierfür qualifizierte Ansprechpersonen geben, wobei ganz gezielt die vorhandenen familiären und sozialen Netze zu berücksichtigen sind.

Wichtig hierbei wäre auch eine stärkere **Fokussierung des Themas „Trauer und Trauerbegleitung“ in Aus-, Fort- und Weiterbildungen** der einzelnen Professionen, vor allem auch im pastoralen Bereich.

Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Die intensive Zusammenarbeit der mobilen, ambulanten und (semi)stationären Bereiche ist die Voraussetzung dafür, dass patientenorientiert und im Sinne der Angehörigen die Betreuung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen optimal organisiert werden kann.

Aus den Erfahrungen der Pflege hat sich die Erkenntnis bestätigt, dass gute Lösungen für die schwierigen – ethischen und fachlichen – Fragen am Lebensende dann gefunden werden, wenn PatientInnen, Angehörige, ÄrztInnen, Pflegende, ehrenamtliche MitarbeiterInnen, SeelsorgerInnen, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, u. a. gemeinsam danach suchen. Diese gemeinsame Suche nach Antworten und Lösungen wird gefordert, da sie ein ständiger Prozess in der Begleitung der Menschen ist. **Die Zusammenarbeit darf nicht dem Zufall überlassen werden, sondern ist als konstitutiv für eine ganzheitliche Betreuung anzusehen und zu organisieren.**

Kostenlose Hospizangebote

Das Angebot von Hospizdiensten muss **fixer Bestandteil der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung werden** und in das medizinische System integriert werden. Wie andere von der Sozialversicherung finanzierte Leistungen müsste daher auch das Hospizangebot (Palliative Care) den BürgerInnen **kostenlos** zur Verfügung stehen. Für eine Übergangsphase sind vertretbare Eigenleistungen der PatientInnen (sozial gestaffelt) denkbar.

Neue Sensibilität in der Kirche

Die Trauernden zu trösten, ihnen Mut zu machen und neue Kraft zu spenden ist Inhalt des christlichen Glaubens und seit jeher eine wichtige Aufgabe der Kirchen. Für den Umgang mit Tod und Sterben verfügen die Kirchen daher über einen reichhaltigen Erfahrungsschatz und es haben sich über die Jahrhunderte auch viele spirituelle Hilfen (z. B. Gebete, Sakrament der Krankensalbung, Bräuche) entwickelt. **Ihre Kompetenz in diesen Fragen wird auch in unserer Zeit von den Menschen anerkannt und nachgefragt.** Durch eine **Neubelebung dieses Wissens um das Sterben** und durch eine innerkirchliche Fortbildung der Seelsorgerinnen und Seelsorger, die Sterbende und deren Angehörige begleiten, **kann die Kirche einen noch wertvolleren Beitrag leisten, damit eine Bewusstseinsbildung stattfindet und mehr Sensibilität in dieser Frage entsteht.**



HOSPIZARBEIT DER CARITAS

ENTWICKLUNG IN ÖSTERREICH

Bereits in den 70er Jahren wird in Österreich von den Familien- und AlthelferInnen, vom Personal der Heime und Spitäler und von betroffenen Angehörigen die Verbesserung der Bedingungen des Sterbens deutlich artikuliert und eingefordert.

Inspiriert durch den Film von Reinhold Iblacker SJ „Noch 16 Tage“ über das Londoner St. Christopher Hospice, veranstaltet 1978/79 die Wiener Caritas-Lehranstalt erstmalig einen einjährigen Kurs für Sterbebegleitung. Ab diesem Zeitpunkt wird das Thema in die Ausbildungspläne der Caritas-Fachschulen für Alten-, Familien- und HeimhelferInnen aufgenommen.

1987 beginnt in Wien eine interdisziplinäre Experten-Gruppe, der mehrere Mitglieder der Caritas und der Caritas Socialis angehören, mit Planungsgesprächen für die Hospizarbeit in Österreich.

1989 erhält die Caritas Socialis (CS) den Fürst-Franz-Josef-von-Liechtenstein-Preis für familienfördernde Maßnahmen im Wert von 100.000 Schweizer Franken. Die CS-Schwesterngemeinschaft widmet den Preis dem Aufbau der Hospizarbeit in Wien, und es gelingt ihr, die Caritas der Erzdiözese Wien dafür zu begeistern.

Im Herbst 1989 nimmt in Wien das österreichweit erste ambulante Caritas Hospiz-Team mit drei hauptamtlichen Diplomkrankenschwestern und zwei ehrenamtlichen Ärzten seine Arbeit auf. Alle MitarbeiterInnen haben eine besondere Ausbildung in Schmerztherapie und Symptomkontrolle.

Über Kurse und Lehrgänge, die von der Caritas-Lehranstalt angeboten werden, wächst die Zahl der im ambulanten Caritas-Hospiz-Team mitarbeitenden Ehrenamtlichen rasch auf 30 regelmäßig einsetzbare Personen an.

Auf der Ebene der Pfarren, wie z. B. in St. Pölten werden zunehmend Seminare zum Thema Sterbebegleitung und Trauerarbeit angeboten.

1992 gründet die Caritas Innsbruck die Tiroler Hospizgemeinschaft, die seither einen mobilen Hospizdienst anbietet und im Jahr 1998 ein stationäres Hospiz mit 10 Betten eröffnet.

Ebenfalls 1992 wird in Wien an der Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes das erste stationäre Hospiz Österreichs St. Raphael mit 10 Betten eröffnet.

1993 erhalten die von der Caritas Wien 1987 gegründeten „Lehrgänge für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung“, die es in den folgenden Jahren auch in Linz, Graz, Salzburg, Innsbruck, Batschuns (Vorarlberg), Klagenfurt und St. Pölten gibt, das Öffentlichkeitsrecht des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst. Ein Standard für die Ausbildung in diesem Bereich war damit geschaffen und vorgegeben.

Im September 1993 wird mit Förderung des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie der Dachverband Hospiz Österreich gegründet. Seither ist Sr. Hildegard Teuschl CS Präsidentin dieses Vereins. Im Vorstand sind derzeit weitere fünf MitarbeiterInnen diözesaner Caritas-Verbände tätig.

1995 beginnt die Caritas Feldkirch in Vorarlberg mit dem Aufbau des ersten ambulanten Hospizdienstes in Götzis. Heute ist das Land Vorarlberg durch sechs regionale Caritas-Hospizgruppen (je eine hauptamtliche Koordinatorin mit einem Team eigens geschulter ehrenamtlicher MitarbeiterInnen) flächendeckend mit Hospizdiensten ausgestattet.

In den Hospizvereinen der Bundesländer Steiermark (seit 1993) und Oberösterreich (seit 1994) ist die Caritas im Vorstand der Hospizbewegung vertreten.

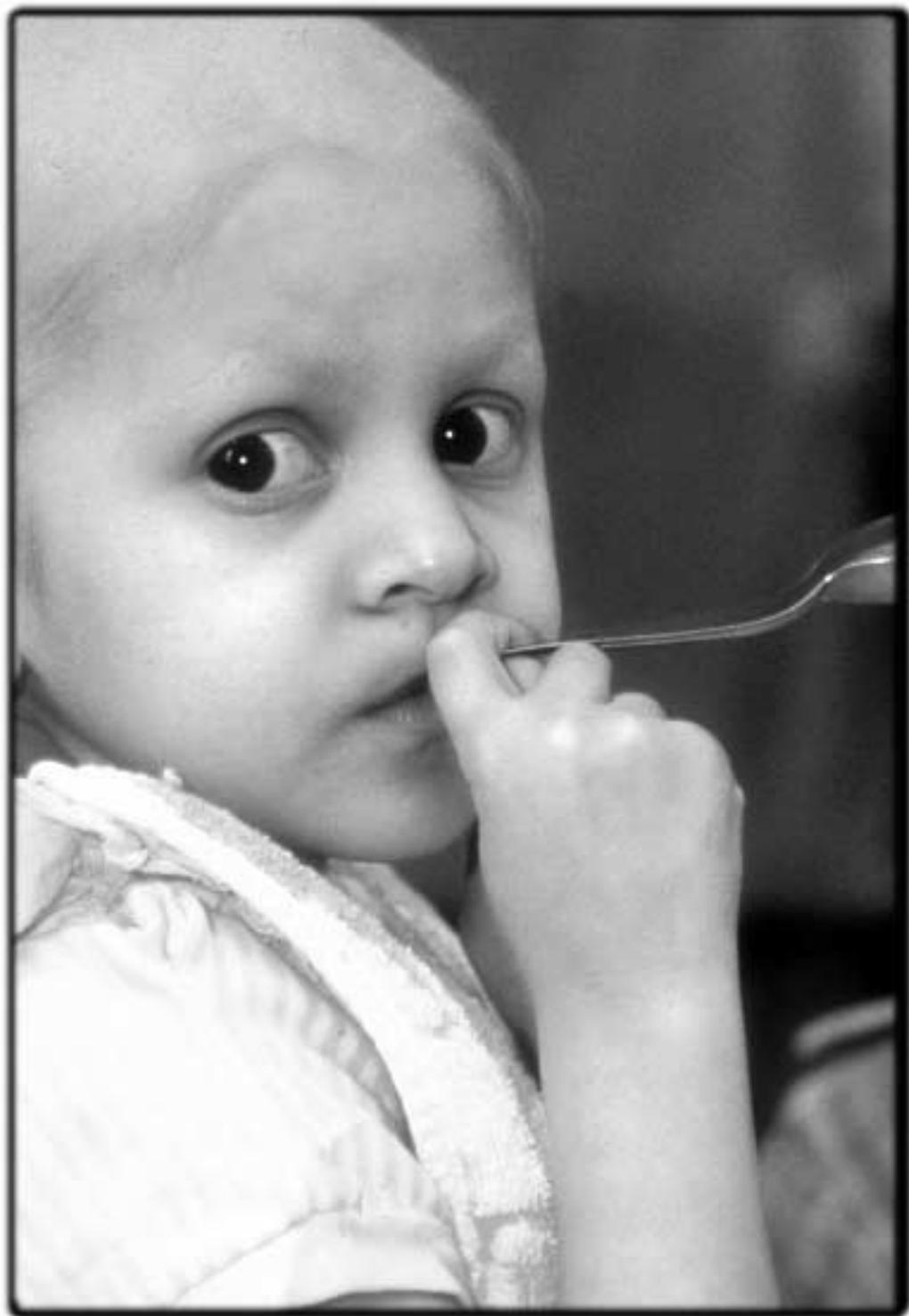
1996 beginnt die Caritas St. Pölten einen mobilen Hospizdienst im Zentralraum St. Pölten und Krems aufzubauen. Die Caritas Eisenstadt gründet in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen die Hospizbewegung Burgenland.

In Salzburg wird eine formale Vereinbarung über eine enge Kooperation zwischen der Hospizbewegung und der Caritas geschlossen.

Im Kärntner Caritasverband wird schon seit vielen Jahren Bildungsarbeit im Geiste des Hospizwesens geleistet und in den Alten- und Pflegeheimen wird daran gearbeitet, die Hospiz-Grundsätze umzusetzen, auch wenn diese Dienste bisher nicht explizit so bezeichnet wurden.

Seit 1998 gibt es in Österreich auch eine Österreichische Palliativgesellschaft, deren Präsident Dr. Franz Zdrahal, der Leiter des Wiener Mobilen Caritas Hospizes und Chefarzt der Caritas der Erzdiözese Wien ist. Mehrere Caritas-MitarbeiterInnen arbeiten aktiv in der neuen Gesellschaft mit. Im Herbst 2000 eröffnet die Caritas der Erzdiözese Wien ein Tageshospiz und schafft damit ein wichtiges Angebot zur Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Diese Darstellung der Entwicklung der Hospizarbeit der Caritas erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie zeigt aber, dass ohne die ideelle und finanzielle Hilfe der Caritas die Hospizbewegung heute nicht das wäre, was sie ist: eine kräftige Pflanze, die aus guten Keimen weiter wächst und reift, auch wenn die Umweltbedingungen noch lange nicht ideal sind.



BILDUNGSARBEIT UND BEWUSSTSEINSBILDUNG

Fundierte Schulungs-, Aus- und Fortbildungsmaßnahmen und die Begleitung der Helfenden sind unabdingbar, um betroffenen Menschen in Krisensituationen des Lebens professionell und sachgerecht beistehen zu können. Dazu gehört auch die Vermittlung von Strategien, um den Belastungen des Sozialberufes gewachsen zu sein.

Ein Großteil der Bildungsangebote erfolgt berufsbegleitend und ist nach den Kriterien moderner Erwachsenenbildung aufgebaut.

Die Caritas-Schulungen versuchen vier wichtigen Aspekten gerecht zu werden:

- Sie sind informationsorientiert und vermitteln Fähigkeiten und Grundhaltungen.
- Sie sind bewältigungsorientiert und geben Raum, die Erlebnisse des Helfer-Alltags aufzuarbeiten.
- Sie sind meinungsbildend für die TeilnehmerInnen selbst und vermitteln Rüstzeug, Haltungen zu leben und Meinungen in der Öffentlichkeit zu vertreten.
- Sie sind organisationsorientiert und wollen nicht nur die einzelnen Kurs- teilnehmerInnen bilden, sondern durch sie auch die Institutionen verbessern, aus denen sie kommen und in die sie gehen.

Auf die **Kooperation mit anderen Partnern im Sozial- und Bildungsbereich und auf Interdisziplinarität wird besonderer Wert gelegt.**

Die Caritas führt in Österreich gegenwärtig 14 Sozial-Fachschulen mit Öffentlichkeitsrecht (Fachschulen für Sozialberufe, Familien-, Alten- und Pflegehilfe, Behindertenpädagogik und Lehrgänge für Leitungsfunktionen) mit insgesamt 3.275 AusbildungsteilnehmerInnen (Stand: 1999/2000).

Das Thema „Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung“ ist in allen Lehrplänen integriert und wird gemeinsam mit PraktikerInnen aus der Basisarbeit unterrichtet. Darüber hinaus werden die „Lehrgänge für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung“ in Wien, Linz, Graz, Salzburg, Innsbruck, Batschuns (Vorarlberg), Klagenfurt und St. Pölten durchgeführt.

Ein gesamtösterreichisches Zentrum für Innovation in der interdisziplinären Aus- und Fortbildung für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung ist viele Jahre das Ausbildungszentrum für Sozialberufe der Caritas der Erzdiözese Wien in Zusammenarbeit mit den Jesuiten des Kardinal-König-Hauses. 1998 wird dort die **Kardinal-König-Akademie mit den Abteilungen Sozialmanagement und Palliative Care** gegründet. Sie führt einen Interdisziplinären Palliativlehrgang, der sich an ÄrztInnen, Diplompflegepersonen, SeelsorgerInnen, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und andere Berufsgruppen in gemeinsamen Seminarmodulen richtet. Die AbsolventInnen sind zum Weiterstudium bis zur Erreichung des akademischen Zusatzgrades MAS/Palliative Care an einem Universitätsinstitut berechtigt. Inzwischen wird dieser Interdisziplinäre Lehrgang auch in Batschuns (Vorarlberg), Salzburg und Linz angeboten.

Ziel dieser hochrangigen Ausbildung ist es auch, das sozialpolitische Engagement für die Hospizarbeit in Österreich zu professionalisieren und zu verstärken.

Gleichzeitig wird der Grundgedanke der Hospizbewegung gefördert, Angehörige schwerkranker Menschen aktiv und passiv in die Begleitung einzubeziehen und ihnen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Auch bekommt die Förderung der Ehrenamtlichkeit gerade durch interdisziplinäre Bildungsmaßnahmen einen besonderen Auftrieb.

In den Caritas-Institutionen der Hospiz-, Alten- und Behindertenarbeit wird andererseits auch auf entsprechende interne Schulung und Fortbildung in Sterbebegleitung großer Wert gelegt. Die Schulung richtet sich sowohl an die hauptamtlichen als auch an die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

Strikt abgelehnt wird aber die Heranbildung eines speziellen, eigenen Berufsstandes, der als „SterbebegleiterIn“ dann gerufen werden könnte, wenn medizinisches, pflegerisches und soziales Personal am Ende ist. **Vielmehr ist es das Ziel,**

das Wissen um Sterbebegleitung in die Bereiche der medizinischen Versorgung, der Pflege und der Betreuung umfassend zu integrieren. Mit einem Basiswissen in Palliative Care – das durch die aufmerksame gesamt menschliche Zuwendung zum Leidenden und seinen Angehörigen mehr umfasst als das Wissen eines Spezialgebietes in Pflege oder Medizin – sollte jeder und jede vertraut sein.

Ein weiteres Standbein ist daher auch die Bewusstseinsbildung in Pfarren und Bildungshäusern, die sich speziell an Angehörige richtet, die selbst Pflegeleistungen erbringen oder Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Trauer suchen. So sind es sehr unterschiedliche Motive, die dazu bewegen, an Abendvorträgen, tageweisen Schulungen oder länger andauernden Kursen teilzunehmen. Viele kommen, weil sie eine ehrenamtliche Arbeit mit tiefer Sinngebung suchen, manche, weil sie Probleme hochbetagter Angehöriger auf sich zukommen sehen, nicht wenige aber auch aus persönlicher Suche nach dem Sinn ihres eigenen Lebens.

KONTAKTADRESSEN

Hier finden Sie Kontaktstellen der Caritas Österreich für den Hospizbereich. Bei **allgemeinen Fragen, bei Interesse an einer Aus-, Weiter- oder Fortbildung, auf der Suche nach einer passenden Einrichtung oder wenn Sie sich im Interesse der Hospizbewegung engagieren wollen**, wenden Sie sich bitte an die jeweilige Ansprechperson Ihres Bundeslandes bzw. Ihrer Diözese:

Burgenland

Caritas der Diözese Eisenstadt

Maria Pöplitsch
St.-Rochus-Straße 15
7000 Eisenstadt
Tel.: 02682 / 777-320, Fax DW 306
e-mail: m.poeplitsch@eisenstadt.caritas.at

Kärnten

Kärntner Caritasverband

Sr. Marcella Fellingner
Sandwirtgasse 2
9010 Klagenfurt
Tel.: 0463 / 555 60 – 17, Fax DW 30
e-mail: office@caritas-kaernten.at

Niederösterreich

Hospiz-Initiative NÖ der Caritas Wien

Dipl. Soz.-Päd. Sigrid Boschert (FH)
Albrechtskreithgasse 19-21
1160 Wien
Tel.: 01 / 878 12-353, Fax DW 9353
e-mail: sboschert@caritas-wien.at

Caritas der Diözese St. Pölten

Johann Marsam
Dr. Karl Renner Promenade 12
3100 St. Pölten
Tel.: 02742 / 841-81, Fax DW 82
e-mail: info@stpaelten-caritas.at

Oberösterreich

Hospiz-Bewegung Linz & Umgebung

Sr. Hieronyma Wagnermaier
Steingasse 25
4020 Linz
Tel.: 0732 / 786360-7911, Fax DW 7920
e-mail: bouchal.hospiz@caritas-linz.or.at

Salzburg

Hospizbewegung Salzburg mit

Tageshospiz

Gf Trude Kohlberger
Morzger Straße 27
5020 Salzburg
Tel.: 0662 / 82 23-10, Fax DW 06
e-mail: hospiz-bewegung@utanet.at

Steiermark

Caritas der Diözese Graz-Seckau

Mag. Claudia Kapeller
Raimundgasse 16
8010 Graz
Tel.: 0316 / 8015-224, Fax Nr. 812 358
e-mail: c.kapeller@caritas-graz.at

Tirol

Tiroler Hospizgemeinschaft – ein Verein der Caritas

Mag. Arnold Schett
Heiliggeiststraße 16
6020 Innsbruck
Tel.: 0512 / 7270-38, Fax DW 5
e-mail: hospiz.caritas@dioezese-innsbruck.at

Vorarlberg

Hospizbewegung der Caritas

Vorarlberg

DSA Karl W. Bitschnau
Maria-Mutter-Weg 2
6800 Feldkirch
Tel.: 05522 / 70002-19, Fax DW 5
e-mail: hospiz@caritas.at

Wien

Mobiles Caritas Hospiz mit

Tageshospiz

Dr. med. Franz Zdrahal
Erlaaer Platz 4
1230 Wien
Tel.: 01 / 865 28 60, Fax DW 60
e-mail: hospiz-wien@caritas-wien.at

oder an die:

Österreichische Caritaszentrale

Mag. Judit Marte
Albrechtskreithgasse 19-21
1160 Wien
Tel.: 01 / 48831-431, Fax DW 9400
e-mail: j.marte@caritas-austria.at

Es wird darauf hingewiesen, dass es neben den Hospizangeboten und Ansprechpersonen der Caritas in Österreich noch eine Vielfalt von Vereinen und Einzelpersonen gibt, die sich für den Hospizgedanken engagieren aber ob der Vielzahl hier nicht extra angeführt werden können. Wenn Sie daher weitere Informationen haben möchten, wenden Sie Sich bitte an den:

Dachverband

HOSPIZ ÖSTERREICH

Mag. Sr. Hildegard Teuschl CS
Lainzer Straße 138
1130 Wien
Tel.: 01 / 803 98 68, Fax 01 / 804 97 43
e-mail: dachverband@hospiz.at

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)

Dr. Franz Zdrahal
p.A. Erlaaer Platz 4
1230 Wien
Tel.: 01 / 865 28 60 – 69, Fax DW 60
e-mail: zdra@ping.at

NACHWORT

ZUR ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DIESER PUBLIKATION

Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklungen und der immer wieder in den Medien auftauchenden Diskussion über die medizinische und pflegerische Betreuung älterer und hochbetagter Menschen hat sich innerhalb der Caritas zunächst eine lose Plattform zum Themenbereich ältere Menschen etabliert. Sehr rasch wurde die Notwendigkeit erkannt, die Bemühungen um den Ausbau der Hospizangebote zu intensivieren, die Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft im Sinne des Hospizgedankens voranzutreiben und die Zusammenarbeit in diesem Bereich weiter zu entwickeln. Die Caritas Direktoren haben darauf hin die Einrichtung der Arbeitsgruppe „Hospiz“ und die Ausarbeitung einer Standortbestimmung zum Thema Hospiz beschlossen.

Mitglieder der Arbeitsgruppe Hospiz:

DSA Karl **Bitschnau**
Sr. Marcella **Fellinger**
Mag. Claudia **Kapeller**
Mag. Judit **Marte**
Maria **Pöplitsch**
Mag. Arnold **Schett**
Sr. Mag. Hildegard **Teuschl, CS**
Sr. Hieronyma **Wagnermaier**
Mag. Stefan **Wallner-Ewald**
Dr. Franz **Zdrahal**

An der Broschüre haben mitgewirkt:

DSA Karl **Bitschnau**

Dipl. Sozialpädagogin Sigrid **Boschert** (FH)

Mag. Judit **Marte**

Mag. Arnold **Schett**

Elmar Simma, Seelsorger der Caritas der Diözese Feldkirch

Sr. Mag. Hildegard **Teuschl**, CS

Mag. Stefan **Wallner-Ewald**

Dr. Franz **Zdrahal**

Darüber hinaus wurden noch folgende Personen im Zuge des Entstehungsprozesses konsultiert:

Monika **Müller**, Leiterin der Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (ALPHA Rheinland)

Univ. Prof. Dr. Günter **Virt**, Institut für Ethik und Recht in der Medizin / Institut für Moraltheologie, Universität Wien

Univ. Prof. DDr. Paul **Zulehner**, Institut für Pastoraltheologie, Universität Wien

Pater Dr. Klaus **Schweiggel SJ**, Caritas-Seelsorger der Caritas der Erzdiözese Wien

Literaturempfehlungen

Böckle, F.: *Verantwortlich leben – menschenwürdig sterben*, Zürich: Benziger, 1992

Boulay, S. & Saunders, C.: *Ein Leben für Sterbende*, Tyrolia Innsbruck – Wien, 1987

Buckingham, R. W.: *Hospiz-Sterbende menschlich begleiten*, Herder, 1993

Cassidy, S.: *Die Dunkelheit teilen. Die Spiritualität und Praxis der Sterbegleitung*, Herder Freiburg, 1995

Daiker, A. (Hrsg.): *Selig sind die Trauernden. Trauer- und Gedenkgottesdienste*, Ostfildern: Schwabenverlag, 1998

Fässler-Weibel, P.: *Wie ein Blitz aus heiterem Himmel – Vom plötzlichen Tod und seinen Folgen*, Paulusverlag – Verlag zum Ziel, 1999

Grundaussagen zur Hospizarbeit „Ich lebe, und auch ihr werdet leben“ (Job 14,19), Deutscher Caritasverband e.V. und Malteser Hilfsdienst e.V./Malteser; erschienen in: *neue caritas*, Heft 11, 101 Jahrgang, 2000

Heller, A. (Hrsg.): *Kultur des Sterbens – Bedingungen für das Lebensende gestalten*, Lambertus, 1994

Heller, A./Heimerl, K./Husebö, S. (Hrsg.): *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun – Wie alte Menschen würdig sterben können*, Lambertus, 1999

Hiemetz, T./Kottnik, R. (Hrsg.): *Chancen und Grenzen der Hospizbewegung – Dokumentation zum 2. Ökumenischen Hospizkongress „Sich einlassen und loslassen“ Würzburg 22. – 24. Oktober 1999*, Lambertus, 2000

Hospizarbeit im Wandel – Leitgedanken für eine Standortbestimmung, Sonderheft der Caritas-Mitteilungen für die Erzdiözese Freiburg, 1999

Husebö S. und Klaschik E.: Palliativmedizin; Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation, Springer Verlag, 1998

Husebö S.: Was bei Schmerzen hilft. Ein Ratgeber, Herder, 1999

Kopetzki, C. (Hrsg.): Antizipierte Patientenverfügungen – „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten, Wien: Manz, 2000

Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden, Kreuz-Verlag Stuttgart, 1969

Kübler-Ross, E.: Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod, Gütersloher Verlagshaus Gert Mohn Mainz, 1980

Kübler-Ross, E.: Verstehen, was Sterbende sagen wollen. Einführung in ihre symbolische Sprache, Mainz: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn Mainz, 1990

Lamerton, R.: Sterbenden Freund sein, Herder, 1991

Loewy, E./Gronemeyer, R.: Die Hospizbewegung im internationalen Vergleich, 2000

Müller, M./Schnegg, M.: Unwiederbringlich – vom Sinn der Trauer, Herder, 1997

Pera, H.: Sterbende verstehen. Ein praktischer Leitfaden zur Sterbebegleitung, Herder Freiburg – Base – Wien, 1996

Saunders, C.: Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparate-medicin und einsames Sterben vermeiden können, Herder Freiburg – Basel – Wien, 1995

Saunders, C./Baines, M.: Leben mit dem Sterben – Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen, Hans Huber, 1991

Smeding, R./Aulbert, E.: Trauer und Trauerbegleitung in der Palliativmedizin, in Aulbert/Zech (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart: Schattauer, 1997

Stoddard, S.: Leben bis zuletzt. Die Hospiz-Bewegung. Ein anderer Umgang mit Sterbenden, Piper München, Zürich, 1989

Student, J.: Das Recht auf den eigenen Tod, Patmos, 1993

Student, J.: Das Hospiz Buch, Lambertus, 1994

Tausch-Flammer D. und Bickel, L.: Jeder Tag ist kostbar. Endlichkeit erfahren – intensiver leben, Herder Spektrum, 2000

Virt G.: Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes, Tyrolia, 1998

Weiber, E.: Mehr als Begleiten. Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, Mainz: Grünewald, 1999

Weiber, E.: Die Religion, die Trauer und der Trost. Seelsorge an den Grenzen des Lebens, Mainz: Grünewald, 1999

Impressum:

Beschluss der Caritas Direktoren Konferenz, 1. März 2001

Caritas Aktuell 246

P.b.b. Erscheinungsort: Wien, Verlagspostamt 1160 Wien

Herausgeber, Verleger: Caritas Österreich, Albrechtskreithgasse 19-21, 1160 Wien

Fotos: Aleksandra Pawloff (1, 12/13, 16/17), Reiner Riedler (6, 22, 40),

Contrast/Bouvet-Enste (44), XXX (30)

Grafik: Egger & Lerch, Wien

Druck: Medienfabrik, Graz

Ja, ich interessiere mich für

- Mitarbeit**
- (Aus- oder Weiter-)Bildung im Hospizbereich**
- Hospizangebote der Caritas.**

Bitte senden Sie mir Unterlagen zu.

Ihre Anregung / Ihre Meinung:

ABSENDER/IN:

Name:

Adresse:

Bitte
frankieren

**An die
Caritas Österreich
Kennwort „Hospiz“
Albrechtskreithgasse 19-21
1160 Wien**

Ja, ich interessiere mich für

- Mitarbeit**
- (Aus- oder Weiter-)Bildung im Hospizbereich**
- Hospizangebote der Caritas.**

Bitte senden Sie mir Unterlagen zu.

Ihre Anregung / Ihre Meinung:

ABSENDER/IN:

Name:

Adresse:

Bitte
frankieren

**An die
Caritas Österreich
Kennwort „Hospiz“
Albrechtskreithgasse 19-21
1160 Wien**



Hospiz

ein Auftrag der Nächstenliebe



Hospiz

ein Auftrag der Nächstenliebe

