

dingungen» definiert: «Ein Sterben in Würde hängt von den Rahmenbedingungen ab, unter denen Menschen miteinander leben.»³ Dies gilt für die Sterbenden selbst ebenso wie für die ihnen Nahestehenden, die es ebenso angemessen einzubeziehen und zu unterstützen gilt. Darüber hinaus betrifft es das Wohlbefinden der Behandelnden und Pflegenden, deren Bedürfnisse ebenso zu berücksichtigen sind. Es ist Teil deren Teamarbeit, Bewältigungsstrategien für die alltägliche berufliche Konfrontation mit Sterben und Tod zu finden.

Im Folgenden wird Einblick gegeben in die Anforderungen, Grundlagen und Rahmenbedingungen, welche die gegenwärtige hospizliche und palliativmedizinische Praxis prägen. Die aktuellen Verordnungen und Gesetzesgrundlagen zum Thema werden vorgestellt sowie die sich aus der Praxis und den Bedürfnissen der unterschiedlichen Interessengruppen ergebenden Anforderungen an die Architektur und Gestaltung stationärer Hospize.

Anliegen und Ziele der Sterbebegleitung

Die hospizlich-palliative Versorgung zeichnet maßgeblich eine multiprofessionelle Ausrichtung aus – das gleichwertige Berücksichtigen physischer, psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse der Sterbenden ebenso wie der mit dem Sterben Konfrontierten. Nach Einschätzung Gian Domenico Borasio eröffnet das Umdenken im Umgang mit Sterben und Tod einerseits das Potenzial, in der Medizin neue Wege zu beschreiten und sich andererseits auf ein verändertes Selbstverständnis der Ärzte zu besinnen, welches das Sterben ganz grundlegend als Gegenstand der eigenen Disziplin anerkennt, wenngleich der natürliche Tod in der internationalen Klassifizierung der Diagnosen nicht vorkommt.⁴

«Ähnlich wie bei der Geburt hat auch beim Sterben ein Prozess des Umdenkens eingesetzt, der zur «Wiederentdeckung» des natürlichen Todes und der urärztlichen Aufgabe der Sterbebegleitung geführt hat; «Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer», lautet eine alte Definition des Arztberufs. Ist auf der einen Seite von der «sanften Geburt» die Rede, so wünschen sich fast alle Menschen einen «sanften Tod.»⁵

Diese Sichtweise und die sich etwa gleichzeitig zur Hospizbewegung vollziehende Entwicklung einer minimalinvasiven Geburtshilfe, eine Fokussierung auf natürliche Geburtsprozesse sowie die Einrichtung eigenständiger, außerklinischer Geburtshäuser Mitte der 1980er-Jahre, führen dazu, dass sich Parallelen zwischen Geburt- und Sterbevorgang etablieren. Bei beiden steht dabei das Bestreben im Mittelpunkt, sich auf die körpereigenen Potenziale und natürlichen Vorgänge zu besinnen und das medizinische Intervenieren möglichst gering zu halten. Für den Sterbeprozess manifestiert sich in diesem Bestreben zum reduzierten Eingreifen, das ausschließlich der Prämisse der Schmerzlinderung und dem Herstellen würdiger Rahmenbedingungen folgt, die Grenzziehung zwischen Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Bestreben der

3 Charta zur Betreuung Sterbender: charta-zur-betreuung-sterbender.de, abgerufen am 15.01.2020.

4 Vgl. hierzu Borasio, Gian Domenico: 2011, 10. Aufl. 2013, S. 26.

5 Ebd., S. 27.

Hospiz- und Palliativbewegung ist es, der Forderung nach Sterbehilfe eine Konzeption zur würdevollen, möglichst angst- und schmerzfreien Begleitung Sterbender entgegenzuhalten. In der Charta zur Betreuung Sterbender heißt es dazu: «Wir werden uns dafür einsetzen, ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen». Weiter wird darin das Bestreben formuliert, «durch eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders» die «Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen» kritisch zu reflektieren.⁶

Das Engagement der Hospizbewegung ist motiviert, das Sterben zu enttabuisieren. Die häufig insbesondere im Kontext von Krankenhäusern, aber auch in pflegerischen Einrichtungen als unwürdig zu bezeichnende Situation schwerstkranker und sterbender Menschen war ausschlaggebend für das Beschreiten neuer Wege in der Sterbebegleitung.

Die Aufgabenfelder und die Qualität der Tätigkeit und Ausrichtung ist für stationäre Hospize in der «Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017» gesetzlich festgeschrieben, worin auch die personelle, handlungspraktische und architektonische Struktur der Hospize umfassend geregelt ist.

Indikation für eine palliativmedizinische Behandlung oder die Sterbebegleitung im Hospiz sind Erkrankungen mit zum Tod führendem Krankheitsverlauf, der in der terminalen Phase eine intensive schmerztherapeutische, palliativmedizinische und psychosoziale Begleitung notwendig macht. Damit wird die professionelle Sterbebegleitung nur denjenigen zuteil, deren Sterben in unmittelbarem Zusammenhang schwerster Krankheiten steht. Ein Sterben ohne vorangegangene Erkrankung wird hier nicht adressiert. Da die Überweisung in eine Palliativstation oder ein Hospiz im Ermessen der behandelnden Ärzte liegt, bildet eine professionelle und ganzheitliche Begleitung Sterbender vielmehr die Ausnahme denn den Regelfall.

«Traditionell werden in stationären Hospizen und Palliativstationen Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen betreut [zumeist mit einem Anteil von mehr als neunzig Prozent]. Für sie ist der Zugang zu solchen Einrichtungen verhältnismäßig einfach, die Finanzierung des Aufenthalts wird von den Kostenträgern selten in Frage gestellt. Allerdings haben Patienten mit fortgeschrittenen Lungen-, Herz- und Nierenerkrankungen oder bei neurologischen Erkrankungen genauso häufig unkontrollierte Symptome und große palliativmedizinische Bedürfnisse. Diese Patienten erhalten viel seltener Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung und finden sich daher auch seltener in spezialisierten Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung.»⁷

Eine verstärkte Einbindung hospizlicher und palliativmedizinischer Einrichtungen in die Gesellschaft, ein höheres Maß an Selbstverständlichkeit einer professionellen Sterbebegleitung und ein umfassenderes Angebot an Palliativ- und Hospizplätzen sowie ambulanten Versorgungsstrukturen machen es möglich, dass mehr Menschen eine würdevolle und kompetente Sterbebegleitung zur Verfügung steht und dass

6 Charta zur Betreuung Sterbender: charta-zur-betreuung-sterbender.de, abgerufen am 15.01.2020.

7 Bausewein, Claudia | Wagner, Leonhard in: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (Hrsg.): 04|2014, S. 15.

Schwerstkranke und Sterbende sowie deren Angehörige und Nahestehende qualitativ begleitet und in ihren Bedürfnissen unterstützt werden.

Eine mögliche Erweiterung des Wirkungsfeldes von Palliativ- und Hospizarbeit über die eigenen Institutionsgrenzen hinaus liegt in deren Einbindung in Alten- und Pflegeheimen, wo sie den Umgang mit Sterbenden sowie die Bewältigung von Sterben, Tod und Trauer für Betroffene und Beteiligte begleiten können. Seit der Gründung der Hospizbewegung in Großbritannien und der daran anknüpfenden Einführung hospizlicher und palliativmedizinischer Tätigkeitsfelder und Einrichtungen in Deutschland hat sich in der vergleichsweise jungen Geschichte weniger Jahrzehnte ein intensiver Anstieg an Angeboten abgezeichnet, welcher den gegenwärtigen Akutbedarf jedoch keineswegs deckt. In Deutschland ist ein tatsächliches Sichtetablieren der Hospizbewegung erst ab der Jahrtausendwende zu verzeichnen und geht mit einem zunehmend klar geregelten Gesetzesrahmen einher.

«Seit 1998 wurden in der Bundesrepublik verschiedene Gesetzesinitiativen auf den Weg gebracht, die die gemeinnützige, wesentlich auf ehrenamtlicher Mitarbeit und Spenden beruhende Hospizarbeit fördern und finanziell unterstützen sollen, um in Deutschland denjenigen, die dies wünschen und benötigen, auch tatsächlich eine hospizliche Begleitung im Sterben zu ermöglichen.⁸ Die gezielte Förderung der Hospizarbeit hat dazu beigetragen, daß sich die Zahl der Hospize und Palliativstationen innerhalb der letzten zehn Jahre in Deutschland nahezu verfünffacht hat [Stand 2007]. Während es hier 1996 lediglich 30 stationäre Hospize und 28 Palliativstationen gab, verzeichnet die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, BAG Hospiz, eine bundesweite Interessenvertretung von Hospizinitiativen, im Jahr 2007 in Deutschland insgesamt 151 stationäre Hospize und 139 Palliativstationen [sowie 1.450 ambulante Hospizdienste].⁹ Der geschätzte Bedarf ist nach Einschätzung der BAG Hospiz allerdings noch weit höher, nämlich bei etwa 50 Plätzen für eine Million Einwohner.»¹⁰

Der erhöhte Bedarf gegenüber dem vorhandenen Angebot besteht bis heute und insbesondere das Potenzial konsiliarischer Hospiz- und Palliativversorgung auf kurativen medizinischen Stationen, in Pflegeheimen und im privaten Wohnumfeld ist in hohem Maße intensivierungswürdig. Dass Menschen heute vermehrt in institutionellen Einrichtungen sterben ist ein Faktum, dem es sich zu stellen gilt und dessen Potenziale für eine würdevolle und «gute» Sterbebegleitung es für alle Institutionen am Lebensende verfügbar zu machen gilt, auch oder gerade weil das Sterben in einer Einrichtung nicht dem von den meisten Menschen gehegten Wunsch, zu Hause sterben zu können, und den daran geknüpften Wünschen, Hoffnungen und idealisierten Vorstellungen entspricht. Wenngleich sich in der Professionalität der Begleitung, der kompetenten Betreuung und der Entlastung Angehöriger und Nahestehender positive Auswirkungen für alle Betroffenen ergeben, steht das Sterben im Kontext einer Einrichtung dem Wunsch der meisten Menschen konträr gegenüber.

8 Vgl. hierzu Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.: dhpv.de/service_gesetze-verordnungen, abgerufen am 16.01.2020.

9 Zit. n. Jankowiak, Tanja: 2010, S. 189, hospiz.net/bag/hospizarbeit.html, Zugriff am 28.01.2007; Website mittlerweile inaktiv.

10 Jankowiak, Tanja: 2010, S. 188 f.