

# Hospizpflege bis zum Sprung über den Jordan



## Bachelorarbeit

Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaften

An der Medizinischen Universität Graz

Janine Schludermann

09 333 45

### Begutachter:

Herr Mag. Dr. med. univ. Erwin Horst Pilgram

Institut für Pflegewissenschaft

Billrothgassgasse 6/1

8010 Graz

Titel der Lehrveranstaltung: Palliativpflege und Hospiz

Datum der Einreichung: Juli 2012

Jahr der Vorlage: 2012

### **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 25.Juli 2012



Schludermann Janine

„Ich habe euch in allem gezeigt,

dass man, so arbeitend,

sich der **Schwachen annehmen**

und

der Worte des Herrn Jesus gedenken müsse,

der selbst gesagt hat:

**Geben ist seliger als Nehmen.“**

(vgl. die Heilige Schrift 2009 – Apostelgeschichte, Kap. 20 V. 35)

*Meiner Mutter Monika gewidmet,*

*die mir das Wort und die Liebe Gottes näher gebracht hat!*

## Kurzzusammenfassung

„Die Hospizpflege“ ist ein Thema, das sich in unserer Gesellschaft noch nicht sehr etabliert hat und doch einen großen Notwendigkeitsfaktor aufweist.

Die Pflege in einem Hospiz bietet die Möglichkeit, PatientInnen mit einem schweren Schicksalsschlag zu begleiten, zu betreuen und ihnen dadurch einen angenehmen und qualitativ hochwertigen letzten Lebensweg zu ermöglichen. Im Zusammenhang mit der Hospizpflege ist es auch wichtig, den PatientInnen eine Vertrauensperson zu sein, um offen über sehr persönliche Dinge sprechen zu können und ihnen die Ängste, die sie durchleben, nehmen zu können. Der Glaube und die Religion spielen in dieser Phase eine wichtige Rolle und können in dieser Zeit die einzige Lichtquelle und Hoffnung sein.

## Abstract

The hospice care is a subject/theme that/which even though it has not established itself very well in society still shows a huge necessity.

The care within the hospice offers/provides the opportunity to accompany and look after patients who have experienced a severe stroke of fate and through this enable them to live a comfortable and high quality last path of life. In context with the hospice care it is significant/fundamental to be a person of trust towards/to the patient in order to speak openly about extremely/very personal things and also in order to take away their fears which they have lived through (in the past). Faith and religion play a very important part in this phase and can be the only source of light and hope in this particular time.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	6
2. Historische und internationale Entwicklung .....	7
2.1. Cicely Saunders.....	9
2.2. Elisabeth Kübler – Ross.....	11
3. Entwicklung in Österreich.....	14
3.1. Entwicklung in der Steiermark .....	18
3.1.1. Albert Schweitzer Klinik.....	22
3.2. Rolle der Kirche .....	25
4. Säulen der Hospizidee.....	26
4.1. Palliativmedizinische Betreuung.....	26
4.2. Palliative Pflege.....	26
4.2.1. Ansätze in der Bibel .....	29
4.2.2. Soziale Betreuung .....	31
4.3. Psychosoziale Begleitung v. Sterbenden u. Angehörigen .....	32
4.4. Spirituelle Begleitung .....	33
4.4.1. Die christliche Spiritualität.....	33
4.4.2. Aufgaben der spirituellen Begleitung .....	35
5. Sprung über den Jordan.....	38
5.1. Biblische Bedeutung .....	38
5.2. Quelle der Hoffnung.....	40
5.3. Leben nach dem Tod??!! .....	42
6. Umgang mit dem Tod aus der Sicht des Glaubenden.....	43
6.1. Angst vs. Glaube - wie geht der Glaube mit der Angst um! ..	43
7. Persönliches Resümee .....	44
8. Literatur.....	46
8.1. Abbildungsverzeichnis.....	48

## 1. Einleitung

In dieser Bachelorarbeit möchte ich mich mit dem Thema: „Hospizpflege bis zum Sprung über den Jordan“ intensiv beschäftigen! Ich möchte mich in 1. Linie mit der Pflege im Hospizbereich beschäftigen.

Wie in dem Punkt „Die historische und internationale Entwicklung“ beschrieben wird, ist es ein sehr langer Prozess gewesen, die Hospizarbeit in Österreich überhaupt zu etablieren. Die Pionierinnen Cicely Saunders und Elisabeth Kübler – Ross mussten einen langen und steinigen Weg hinter sich bringen um sich die Akzeptanz der Gesellschaft zu erarbeiten. Diese zwei Frauen erkannten die Wichtigkeit und den Mangel in diesem Bereich und schafften mit ihren Grundprinzipien und Modellen die heutigen Grundlagen, auf denen unsere heutige Hospizarbeit aufgebaut ist.

Mir persönlich war es wichtig, die Aufgaben der Pflege in diesem Bereich zu erläutern, da ich finde, dass es ein Bereich ist, wo man nicht nur seine Kompetenzen und Fertigkeiten einsetzen kann, sondern auch als Mensch persönliches Wachstum erfahren kann, da man sehr viel von den Patienten und Angehörigen zurück bekommt, was ich als das Schönste in diesem Beruf empfinde.

Ein weiterer Aspekt meiner Arbeit ist der „Sprung über den Jordan“. PatientInnen werden in der Hospizpflege bis zu ihrem Ende begleitet. Der „Sprung über den Jordan“ ist eine Assoziation für den letzten Weg, den die PatientInnen mit der Unterstützung der Pflegenden durchwandern müssen.

Diese Redewendung ist in unserer Gesellschaft häufig von Gebrauch, doch wissen viele Menschen nicht, dass diese Aussage auf einem biblischen Hintergrund basiert. Schon in der Bibel sind Ansätze der Hospizpflege zu finden, die mich dazu bewegt haben, über dieses Thema zu schreiben, da ich eine überzeugte Christin bin und an das Wort Gottes, die Hoffnung, Zuversicht, Stütze und Liebe glaube, die Gott für uns vorbereitet hat.

## **2. Historische und internationale Entwicklung**

Die ersten historischen Ansätze der Hospizidee, die schon weit in der Vergangenheit zurückliegen, finden sich schon zu Beginn des Christentums im römischen Reich wieder. Schon der Name „Hospiz“, das sich vom lateinischen Wort „hospicium“ ableitet und „Gastfreundschaft und Herberge“ bedeutet, zeigt, dass im Vordergrund dieser Idee die Versorgung der Pilger, Bedürftigen, der Armen und vor allem der Kranken stand. Diese Rolle übernahmen an erster Stelle christliche Ordensgemeinschaften. Versorgung und die Aufnahme in diesen „Herbergen“ wurde allen Menschen gewährt, unabhängig von Herkunft oder Religion. Ein Schlafplatz oder ein Essen wurde ihnen gleichermaßen gewährt wie auch medizinische Hilfe und Pflege und häufig waren sie Hospiz und Hospital zugleich.

Im Frühmittelalter verlor sich der Gedanke der Hospizidee und viele Hospize wurden abgelöst durch Gasthäuser und Spitäler. Auch die Reformation und die Schließung vieler Klöster spielte dabei eine große Rolle.

Erst im 19. Jahrhundert wurde der ursprüngliche Gedanke der „Beherbergung“ wieder aufgegriffen. 1842 gründete Madame Jeanne Garnier aus Lyon in Frankreich das erste Hospiz, das auch „Calvaire“ genannt wurde. Die Verwendung des Wortes „Hospiz“ ausschließlich mit der Pflege und Begleitung Sterbender wird mit ihr das erste Mal in Zusammenhang gebracht.

Im 20. Jahrhundert führte die Industrialisierung und Verbreitung städtischer Lebensformen dazu, dass immer mehr großfamiliäre Verbände, die sich um die Versorgung von Bedürftigen kümmerten, verloren gingen. Diese Auflösung führte zu Ängsten bei Menschen, sodass sich immer mehr Menschen dazu entschlossen, in ihrem zu Hause ihren letzten Weg zu gehen. Diesen Ängsten der Menschen vor Einsamkeit, Schmerz, vor der Belastung der Angehörigen und vor Isolation der Menschen versuchte die moderne Hospizbewegung entgegenzuwirken. Die moderne Hospizbewegung setzte im 20. Jahrhundert auf bereits in den mittelalterlichen Hospiz und Hospitäler ausgerichteten Schwerpunkten.

In Dublin wurde 1879 die erste moderne Hospiz von der irischen Nonne Mary Aikenhead und der von ihr gegründeten Schwesternschaft, der irischen „Sisters of Charity“, eröffnet. Sie trug den Namen „Our Lady’s Hospice“ und wurde gegründet um allen deutlich zu machen, dass der Tod keine Endstation ist, sondern nur ein Durchgang ins ewige Leben.

Aber weitaus bedeutender für die internationale Entwicklung der modernen Hospizbewegung waren zwei Wegbereiterinnen, die sich nicht nur mit der Begleitung der Sterbenden auseinandersetzten, sondern auch auf dem Gebiet der Schmerztherapie forschten, um die Lebensqualität eines schwerkranken Menschen gewährleisten zu können. Diese Wegbereiterinnen waren Cicely Saunders und Elisabeth Kübler – Ross.

(vgl. Siegmann-Würth 2001, S. 13ff)



Abb. 1: Hospiz zur Zeit des Mittelalters

(vgl. [http://www.michaelfillheinze.de/f\\_k1990/f\\_k900322.htm](http://www.michaelfillheinze.de/f_k1990/f_k900322.htm))

## 2.1. Cicely Saunders

1918 wurde Cicely Saunders in England geboren, wo sie auch in Oxford die Schule und das College abschloss.

Danach absolvierte sie 1944 eine Ausbildung zur Krankenschwester im St. Thomas Hospital. Da sie aber gesundheitliche Probleme bekam, absolvierte sie 1947 eine Ausbildung zur Sozialhelferin. In ihrer Arbeit lernte sie auch den sterbenskranken David Tasman kennen, der sie inspirierte, ihren Dienst in der Hospizarbeit zu sehen. Er starb im Alter von 40 Jahren und hinterließ ihr Geld mit den Worten, dass er das Fenster sein wird in ihrem Heim. Im Anschluss an diese Begebenheit schmiedete Cicely Saunders Pläne eine Einrichtung zu errichten, wo schwerstkranke Menschen durch bessere Einstellung der Medikamente eine bessere Lebensqualität erwarben und unheilbar kranke Menschen in ihrem letzten Lebensweg sanft darauf vorbereitet und begleitet werden. 1951 begann sie zusätzlich noch mit dem Medizinstudium im St. Thomas und war noch als ehrenamtliche Mitarbeiterin des St. Joseph Krankenhauses tätig. 1957 beendete sie ihre Ausbildung und begann im St. Joseph Krankenhaus zu arbeiten, das sie aber nicht glücklich machte. Ihr Ziel war es immer ein Hospiz zu eröffnen, das ihr auch nach langer Bemühung gelang. 1967 eröffnete Cicely Saunders das erste Hospiz im Süden Englands, das unter dem Namen St. Christopher's Hospice bekannt wurde. Dort wirkte sie selbst bis 1985 als medizinische Direktorin und danach bis zu ihrem Tod 2005 als Vorsitzende des Verwaltungsausschusses.

Der Grundgedanke dieses Hospiz war es, die Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten zu erkennen und zu behandeln. Auch sollte nicht nur auf die Krankheit geachtet und diese bekämpft werden, sondern wichtig sei es auch auf die Familie zu achten und sie zu begleiten, um auch ihr Leid zu lindern.

Für dieses Engagement ihrer innovativen Arbeit in der Hospizbewegung wurde Cicely Saunders 1980 von Queen Elizabeth mit dem Orden des britischen Empire ausgezeichnet.

(vgl. Saunders 2003, S. 7ff)

Die zentrale Hospizidee beschreibt Cicely Saunders in einem Satz und zeigt ihre aufopfernde Liebe zu diesem Beruf:

**„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können“**

Dr. Cicely Saunders

Auch beschreibt sie drei Grundprinzipien der Hospizarbeit:

1. Offenheit, Wahrhaftigkeit und Echtheit der Betreuenden
2. Herz und Verstand zusammenbringen
3. Die Freiheit des Geistes respektieren

(vgl. Bitschnau et al. 2001, S. 7ff)

Cicely Saunders war auch engagiert weltweit Kontakte zu knüpfen, um die Eröffnung von weiteren Hospizeinrichtungen zu erreichen. Einer ihrer Vorträge war der zündende Auslöser für die Gründung der ersten amerikanischen Hospizeinrichtung in New Haven. Die ärztliche Leitung dort übernahm die Ärztin Silvia Lack, die von Cicely Saunders St. Christopher's Hospice nach Amerika wechselte.

Parallel zu der Hospizbewegung wurde man auch aufmerksam auf eine Schweizer Ärztin und Psychiaterin die mit ihrem Buch „Interview mit Sterbenden“ Aufsehen erregte, Elisabeth Kübler – Ross. (vgl. Baines 1993, S. 41ff)



Abb. 2: Cicely Saunders (vgl. <http://www.csi.kcl.ac.uk/images/frontpage/whowas-cicely-saunders.jpg>)

## 2.2. Elisabeth Kübler – Ross

Geboren wurde Elisabeth Kübler – Ross als eine von Drillingschwestern am 8. Juli 1926 in der Schweiz. Sie wuchs in der Kriegszeit auf und konnte daher erst nach dem Krieg 1951 die Matura nachholen, um danach Medizin studieren zu können. 1957 promovierte sie und arbeitete kurzzeitig als Landärztin. Kurze Zeit später heiratete sie und wanderte mit ihrem Mann nach Amerika aus, wo sie auch 1958 ihre Fachausbildung für die Psychiatrie begann. Nach ihrer abgeschlossenen Ausbildung übernahm Elisabeth Kübler – Ross 1965 die Professur an der Universität von Chicago.

1969 wurde ihr Leben dann komplett auf den Kopf gestellt. Es erschien ihr Bestseller „On Death and Dying – Interview mit den Sterbenden“ in den USA. Dieses Buch erregte sehr viel Aufsehen, da sie es wagte, die Patienten nach ihren Gefühlen zu fragen, die sie angesichts ihres Todes haben. Der Auslöser für ihr Interesse an der Verfassung eines solchen Buches war die Erkenntnis, dass der Tod früher nur als eine Domäne der Geistlichkeit gesehen wurde bzw. dass die Ärzte nur am Leben interessiert waren. Elisabeth Kübler – Ross aber setzte sich mit den Gefühlen eines einzelnen Patienten auseinander und gewann einen Einblick in die seelische Verfassung von über 2000 sterbenskranken Patienten. In ihrem Buch beschreibt sie genau die seelischen Mechanismen und den Umgang mit den in der eigenen Psyche abspielenden Gefühlen.

Sie beschreibt in ihrem Werk fünf Phasen, die ein Mensch dabei durchleben kann, wobei sich auch teilweise Phasen wiederholen können oder übersprungen werden können.

### 1. Nicht-wahr-haben-wollen und Isolierung

- Zuerst erfolgt eine Leugnung der Krankheit des Patienten. Der Arzt hat eine Fehldiagnose gestellt oder die Röntgenbilder stimmen nicht. Wichtig ist es dem Patienten in dieser Phase Vertrauen anzubieten und auch in seiner Nicht-wahr-haben-wollen-Phase eventuell zu unterstützen. Belehren bringt in dieser Phase nichts, da es zu Gemütskrankungen führen kann.

## 2. Zorn und Ärger

- Der Patient sieht seine Umwelt und verspürt Neid denen gegenüber, die die Krankheit nicht haben. Dies äußert sich in unkontrollierten Wutausbrüchen.

## 3. Verhandeln

- Diese Phase führt in die Vergangenheit der kindlichen Verhaltensweise. Durch Verhandlungsgespräche erhofft sich der Patient Kooperation und dadurch eine längere Lebensspanne und keine Schmerzen. Meistens erfolgt die Verhandlung mit Gott und als Gegenleistung will sich der Patient für die Kirche engagieren. Diese Phase entsteht oft auch aus Schuldgefühlen der Kirche gegenüber. Wichtig ist in dieser Phase die Schuldgefühle des Patienten zu erkennen und ihn von seinen Ängsten zu lösen.

## 4. Depression

- Der Zorn und der Ärger werden in späterer Folge von der Verzweiflung abgelöst. Sie wird in zwei Formen eingeteilt, in die reaktive Depression, die sich auf bereits geschehene Verluste stützt, z.B. die Sorge um die Familie, die Entfernung der Brust nach der OP oder das Gefühl zur Last zu fallen. Die zweite Form kümmert sich um den zukünftigen Verlust wie den Tod oder die Angst die Angehörigen zurückzulassen. Auch hier können Interventionen getroffen werden durch Mit einbeziehen des Patienten in die Familie. Aber man muss den Patienten auch erlauben zu trauern, da es auch von großer Bedeutung ist, um die nächste Phase erreichen zu können.

## 5. Zustimmung

- In dieser Phase erwartet der Mensch den Tod und dehnt deswegen z.B. seinen Schlaf aus. Der Patient will von den Problemen der Außenwelt getrennt sein, er ist frei von Gefühlen, der Kampf gegen die Krankheit ist vorbei wie auch der Schmerz. Leichter ist es für ältere Patienten diese Phase zu erreichen, da sie auf ein erfolgreich durchlebtes und sinnvolles Leben zurückblicken können. Unterstützen kann man den Patienten nur durch stilles Zuhören und Begleiten.

Durch diese Arbeit gelang es Elisabeth Kübler – Ross, der Welt einen Einblick in das Gefühlsleben von sterbenskranken Menschen zu geben um dadurch ein besseres Verständnis ihnen gegenüber zu schaffen. Sie legte damit den Grundstein der Sterbeforschung.

(vgl. <http://www.hospiz.org/>)



Abb. 3: Elisabeth Kübler – Ross (vgl. <http://www.hospiz.org/>)

### 3. Entwicklung in Österreich



Die Entwicklung der Hospizarbeit hat in Österreich im internationalen Vergleich erst sehr spät begonnen. Bis in die achtziger Jahre hinein war der Hospizgedanke im Gegensatz zu anderen Ländern noch weitgehend unbekannt, bis auf wenige engagierte Menschen aus den verschiedensten Berufsgruppen, die eine Begeisterung und Liebe für den Hospizgedanken hegten und ihn immer mehr in der Öffentlichkeit rücken wollten.

Die erste Initiative ergriffen in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts vor allem Angehörige der Caritas, die verstärkt ein Augenmerk auf sterbende Menschen in der letzten Lebensphase sowie die Unterstützung der Angehörigen richteten. Zusätzlich wurden die Angehörigen der Caritas unterstützt vom Personal verschiedener Heime und Spitäler, die immer mehr die „Defizite der Schmerzbekämpfung“ bemängelten und die „Verbesserung der Bedingungen des Sterbens“ forderten. Auch die Mängel an der Unterstützung im Umgang mit den Sterbenden, ihren Nöten und Bedürfnissen wurde beklagt. Im Alltag waren die Pflegenden ständig mit diesen Situationen konfrontiert, trotzdem war es in der damaligen Ausbildung nicht vorgesehen.

Um Hilfe im Umgang mit diesem tabuisierten Thema zu gewährleisten, organisierten Mitarbeiter des Bildungshauses Mariatrost in Graz in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Pflegeverband ab Ende der siebziger Jahre regelmäßig Fortbildungen. Um der Öffentlichkeit das Thema näher bringen zu können, wurden bewusst Referenten eingeladen, die in der Öffentlichkeit bekannt waren. (genauere Beschreibung in „Entwicklung in der Steiermark“)

Nach der erstmaligen Ausstrahlung des Filmes „Noch 16 Tage“ von Reinhold Iblackner über das St. Christopher Hospice von Cicely Saunders, wurde die Wiener Caritas inspiriert und organisierte 1978/1979 zum ersten Mal einen einjährigen Kurs zum Thema Sterbebegleitung. Dies war der Anstoß, dass seitdem in allen Ausbildungsplänen der Caritasschulen für Alten-, Familien- und HeimhelferInnen das Thema unterrichtet wurde.

Trotzdem wurde erkannt, dass sich seitens der Gesellschaft die Akzeptanz noch nicht verbessert hatte und dadurch sich ein Hospiz noch nicht verwirklichen ließ. Aus der Not heraus gründeten viele Pfarren Selbsthilfegruppen und auch Fortbildungen wurden angeboten. Viele einzeln engagierte Personen gruppierten sich und gründeten 1983 die Arbeitsgemeinschaft „Haus des Friedens“, das zum Ziel hatte, ein Hospiz zu gründen, inspiriert von den Vorträgen von Dr. Elisabeth Kübler – Ross. Diese Arbeitsgemeinschaft verstand sich als helfende Hand, die sich bemühte, alten und schwerstkranken Menschen ein würdiges Lebensende zu ermöglichen. 1987 betreuten bereits 60 aktive Mitglieder des „Haus des Friedens“ die bedürftigen Menschen in Krankenhäusern, Senioren-/Pflegeheimen und zu Hause. Finanziert wurde dies durch Mitgliedsbeiträge und freiwillige Spenden.

Damals wurde an der medizinischen Psychologie in Wien eine Intervisionsgruppe gebildet, wo Ärzte und Psychotherapeuten die Möglichkeit bekamen, über Themen zu sprechen, die in der Praxis relevant waren, über die aber sonst nicht gesprochen wurde. Dort wurde eine Akademikerstelle von Dr. Irma Schwartz besetzt, die den Auftrag hatte, eine Hospizinitiative auf die Füße zu stellen. Sie war Psychologin und Psychotherapeutin und hatte die Möglichkeit an einem sechswöchigen Schwesternkurs an dem *St. Lukes Hospice* teilzunehmen.

Ihre Aufgabe war es vor allem Kontakte zu den Engagierten und Interessierten zu knüpfen. Dr. Irma Schwartzs Arbeit zahlte sich aus, bereits ab Herbst 1987 begann eine Expertengruppe, bestehend aus 14 Personen mit medizinischen, pflegerischen, geistlichen, psychosozialen und wissenschaftlichen Hintergrund, an einem Plan zu arbeiten ein interdisziplinäres Hospizteam aufzubauen. Unterstützt wurde dies finanziell von der Schwesterngemeinschaft der Caritas Socialis (CS).

Mit Hilfe dieses mobilen Hospizdienstes wurde allmählich der Hospizgedanke verbreitet und die öffentliche Akzeptanz gewonnen. Ab Herbst 1989 konnten dann die ersten Schritte, mit der Unterstützung der Caritas der Erzdiözese Wien, in der Hospizarbeit gemacht werden.

Zum Beginn waren es zwei ehrenamtliche Ärzte und vier Diplompflegekräfte, die alle eine Sonderausbildung in Schmerztherapie und Symptomkontrolle absolvierten.

Mit Hilfe eines zusätzlichen Koordinators und einer Assistentin betreuten sie unentgeltlich schwerstkranke Menschen zu Hause. Das finanzielle Überleben in der ersten Zeit ermöglichten nur die vielen Spenden, sowie die Unterstützung der Caritas der Erzdiözese Wien und die eigene Starthilfe von ca. 500.000 ÖS der Caritas Socialis. Erst ab 1990 erhielt der mobile Hospizdienst Subventionen seitens der Gemeinde Wien und ab 1995 wurde sogar ein Kostenersatz von zwei Drittel der Kosten zugesichert.

Durch die erhöhte Erfordernis des mobilen Hospizdienstes, wie auch der fortschreitenden notwendigen Erfahrung der Betreuung und der Begleitung Sterbender, wurde die Notwendigkeit eines stationären Hospizes erkannt.

Bereits 1992 wurde dies in die Tat umgesetzt und in Wien wurde das erste stationäre Hospiz „St. Raphael“ an der Krankenanstalt des „Göttlichen Heilands“ mit 10 Betten eröffnet. Gleichzeitig wurde auch in Tirol durch die Caritas Innsbruck ein mobiler Hospizdienst gegründet, der sich dann 1998 zu einem stationären Hospiz mit 10 Betten entwickelte.

Im selben Jahr, 1993, wurde auch der „Dachverband Hospiz Österreich – Menschenwürde bis zuletzt“ mit Förderung des Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie gegründet.

1995 begann auch der ambulante Hospizdienst der Caritas Feldkirch in Vorarlberg, der heute flächendeckend, mit sechs regionalen Caritas Hospizgruppen für die Hospizdienste ausgestattet, zuständig ist. Die Caritas übernahm auch den Vorstand für die Hospizvereine anderer Bundesländer wie Steiermark, Oberösterreich, Niederösterreich, Burgenland, Salzburg und Kärnten, und begann weiter an mobilen Hospizdiensten zu arbeiten. Weiteres wurde nach zweijähriger Planung ein Modellversuch in die Wege geleitet, der ein stationäres Hospiz am Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) mit 20 Betten eröffnete. Dies wurde 2000 zur ersten „Medizinischen Abteilung für palliativmedizinische Geriatrie“ umfunktioniert.

Gleichzeitig wurde auch das Hospiz „CS – Hospiz Rennweg“ gegründet, das sich im Verband eines Pflege- und Sozialzentrums befindet.

Die Lehrgänge der Caritas Wien für „Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung“ wurden in den folgenden Jahren auch in den anderen Bundesländern unterrichtet und als Standard für die Ausbildung eingeführt, weiteres wurde dieser Lehrgang ab 2000 durch die Kooperation des Instituts für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt, Wien, Innsbruck und Graz als eines von drei Modulen angeboten. Der Universitätslehrgang „Palliative Care“ schloss mit einem akademischen Grad ab und wurde vom Wissenschaftsministerium anerkannt. Diese, im Rahmen der Universität, entwickelten Veränderungsprojekte sollten zur Verbesserung der palliativen Versorgung dienen.

Seitdem wuchsen in Österreich zahlreiche Hospizinitiativen, die durch begeisterte und engagierte Personen entstanden. Je nach vorhandener Struktur fanden sich diese zentral oder außerhalb einer Stadt wieder und begannen sich am Ende des 20. Jahrhunderts zu Landesverbänden zu verbinden.

Diese Entwicklung zeigt, dass man mit dem notwendigen Engagement, Begeisterung und Liebe für die Menschen viel erreichen kann und dank der Caritas die Hospizbewegung zu einer kräftigen Pflanze wurde, die weiterhin wachsen darf. (vgl. Höfler, 2001)

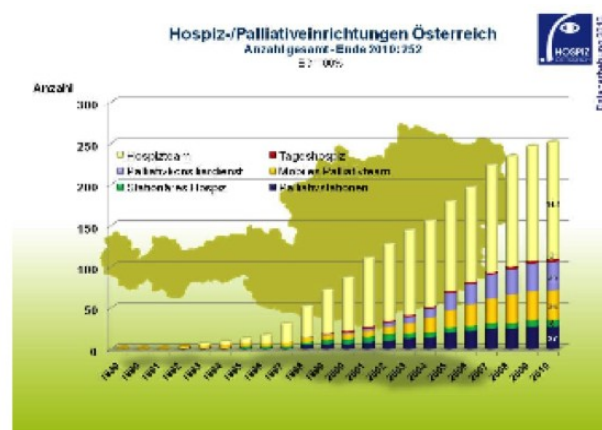


Abb. 4: Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen

(vgl. [http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/Ergebnisse\\_Datenerhebung\\_2010.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2010.pdf))

### 3.1. Entwicklung in der Steiermark



Die Hospizbewegung hat auch in der Steiermark schon früh begonnen. Seit Ende der 70er Jahre begannen interessierte und begeisterte Personen in Eigeninitiative sich für die Hospizpflege einzusetzen und die Menschen außerhalb über die Notwendigkeit aufmerksam zu machen. So begannen Mitarbeiter des Bildungshauses Mariatrost in Zusammenarbeit mit dem österreichischen Pflegeverband Fortbildungen für Interessierte zu organisieren. Es wurden extra Starreferenten eingeladen, um mehr Aufmerksamkeit der Gesellschaft zu erregen und um Menschen für das Thema zu sensibilisieren.

1977 hielt die Pionierin der Hospizbewegung, Elisabeth Kübler – Ross, ein Seminar zum Thema „Utopie Gesundheit“ in der Steirischen Akademie. Zu diesem Seminar wurde sie von Dr. Paul Becker begleitet, der es sich zur Aufgabe machte, in den folgenden Jahren mehrere Vorträge und Seminare in ganz Österreich zu halten.

Um auch die Ärzteschaft mit einzubeziehen und mit ihnen das Thema „Sterben und Tod“ zu diskutieren, wurde 1979 eine Tagung von der Steiermärkischen Ärztekammer einberufen. Auch beim steirischen Katholikentag wurde 1981 ein Vortrag über „Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden“ gehalten. So versuchten die Anhänger der Hospizbewegung in der Steiermark die Aufmerksamkeit zu erlangen und das notwendige Thema des Hospizes in die Öffentlichkeit zu bringen. Unterstützt wurde dies von dem Film „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“, der zu dieser Zeit im ZDF erschien und über den Alltag im *St. Christopher's Hospice* berichtete. Dieser Film erregte viel Aufmerksamkeit. Aber noch immer war die Zeit nicht gekommen, in der die Menschen ihre Augen aufmachten und reagierten. Aus der Not heraus entstanden in den Pfarren Selbsthilfegruppen und es wurden weitere Bildungsveranstaltungen und Seminare gehalten. Durch die aber immer wachsende Verbreitung der Hospizbewegung gelang es 1993 die erste Einrichtung in der Steiermark zu gründen – ein Hospizteam. Die Pionierphase hielt bis 1999, danach startete die Entwicklungsphase.

In dieser Zeit begannen in der Steiermark Pilotprojekte der „stationären Palliativbetreuung“ zu starten, die von 1998 – 2001 von statten gingen und Palliativstationen erprobten. In Zusammenarbeit mit dem Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF), der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes), der Initiative des Landtages und des Hospizvereins der Steiermark wurde ein Jahr lang eine Palliativstation mit 15 Betten erprobt. Die Standorte waren die *2. Medizinische Abteilung des Univ. Klinikums Graz*, die *Interne Abteilung der Elisabethinen* und des *Landeskrankenhauses Bad Aussee*. Dafür wurden seitens der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft 11 Millionen ÖS zur Verfügung gestellt, das am 23. Oktober 1997 beschlossen wurde. Das Projekt hat den Boden für weitere Organisationen geebnet. (vgl. Baumgartner 2000, S.4)

Nach dem erfolgreichen Abschluss der Projekte hat sich die steirische Gesundheitspolitik entschieden, einen schrittweisen Aufbau einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung mit mobilen Palliativteams, Palliativkonsiliardiensten, stationären Hospizen und einem Tageshospiz zu wagen.

Von 2006 bis 2008 wurden die verschiedenen Richtungen noch als Reformpoolprojekte geführt. 2008 wurde in der Steiermark der ausgebaute Hospiz- und Palliativbereich, als erstes Bundesland Österreichs, in den „*Regionalen Strukturplan Gesundheit*“ (RSG) verankert. Auch wurde der Steiermark als einziges Bundesland eine Regelfinanzierung genehmigt, die aus Mitteln des Gesundheitsfonds Steiermark geschöpft wird.

Daraufhin wurde auch die Organisation „*Koordination Palliativbetreuung Steiermark*“ gegründet, die als Schnittstelle zwischen den Hospiz- und Palliativeinrichtungen dienen sollte. Eingerichtet wurde diese von der KAGes (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft). Bei den Hospizteams, beim Tageshospiz und der Landeskoordination konnte bereits der Vollausbau erreicht werden. Bei den Palliativstationen, Palliativkonsiliardiensten und mobilen Palliativteams ist man zuversichtlich, dass dies 2012 erfolgt. Die Ausnahme bilden die stationären Bereiche. (vgl. Baumgartner 2011)

Aber mit Hilfe der „Koordination Palliativbetreuung Steiermark“ und des „Hospizvereins Steiermark“ wurde die erste Hospizstation und auch die einzige, das Albert Schweitzer Hospiz, 2002 eröffnet und konnte bereits 2008 in ein eigenes Hospizhaus übersiedeln.

**Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark**

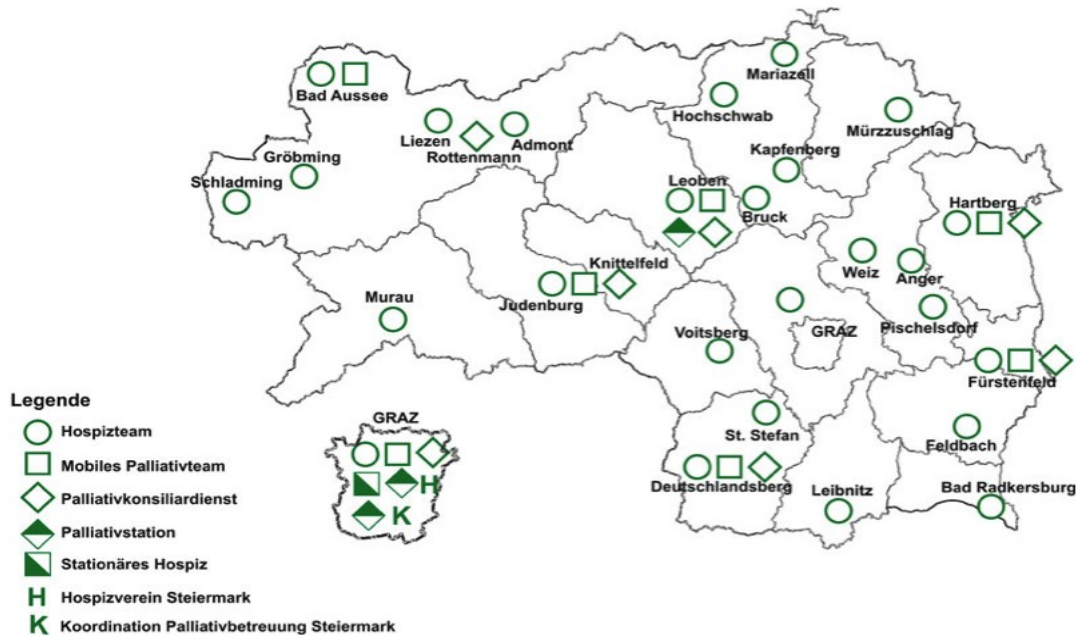


Abb.5: Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark

(vgl. <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088756/2781404/?qu=#>)

Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark 1998 - 2011														
Pilotprojekt SKAFF 1998 - 2001				Förderungen SKAFF 2002 - 2005				Reformpool-projekt SKAFF 2006 - 2008			Gesundheits-fonds Steiermark			Standorte und Einrichtungen
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
														<b>UKH-Univ.Klinikum Graz (UPE)</b>
														Palliativstation 12 Betten*
														Palliativkonsultationsdienst
														Mobiles Palliativteam Graz / Graz Umgebung
														<b>KH Elisabethinen Graz GmbH</b>
														Palliativkonsultationsdienst
														Palliativstation 8 Betten
														<b>GGZ Stadt Graz</b>
														Albert Schweitzer Hospiz, 12 Betten**
														Tageshospiz
														<b>ROTTENMANN</b>
														Palliativstation (4 Betten)
														Palliativkonsultationsdienst
														Mobiles Palliativteam Liezen***
														<b>BAD AUSSEE</b>
														Palliativstation (4 Betten)
														Palliativkonsultationsdienst
														Mobiles Palliativteam Liezen***
														<b>LEOBEN</b>
														Mobiles Palliativteam Leoben
														Palliativkonsultationsdienst
														Palliativstation 8 Betten
														<b>BRUCK</b>
														Palliativkonsultationsdienst
														<b>MÜRZZUSCHLAG</b>
														Mobiles Palliativteam Mürzzuschlag / Bruck
														Palliativkonsultationsdienst
														<b>HARTBERG</b>
														Mobiles Palliativteam Hartberg / Weiz
														Palliativkonsultationsdienst
														<b>FÜRSTENFELD</b>
														Palliativstation (5 Betten seit 04/09, 8 ab 2013)
														Mobiles Palliativteam Fürstenfeld / Feldbach
														Palliativkonsultationsdienst
														<b>DEUTSCHLANDSBERG</b>
														Mobiles Palliativteam Deutschlandsberg / Voitsberg
														Palliativkonsultationsdienst
														<b>KNITTELFELD</b>
														Palliativstation (8 Betten ab 2012)
														Mobiles Palliativteam Judenburg / Knittelfeld
														Palliativkonsultationsdienst
														<b>Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.</b>
														KOORDINATION PALLIATIVBETREUUNG STEIERMARK







<b>Legende:</b>		
	Mobiles Palliativteam	*
	Palliativkonsultationsdienst	**
	Palliativstation	***
	Stationäres Hospiz	UPE: Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung
	Tageshospiz	GGZ: Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz
	Koordination Palliativbetreuung	SKAFF: Steiermärkischer Krankenanstalten Finanzierungsfonds

Abb.6: Übersicht Entwicklung in der Steiermark von Dr. Johann Baumgartner

### 3.1.1. Albert Schweitzer Klinik



Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt wurde die Albert Schweitzer Klinik als erstes stationäres Hospiz in der Steiermark in Kooperation mit der „*Koordination Palliativbetreuung Steiermark*“ und des „*Hospizvereins Steiermark*“ 2002 gegründet. Zusammen mit der Geschäftsführung, der ärztlichen Leitung und der Pflegedienstleitung wurde aus dem geriatrischen Krankenhaus der Stadt Graz die heutige „*Albert Schweitzer Klinik*“ gegründet. Bei der Eröffnung des neuen Albert Schweitzer Hospizes im Mai 2008 wurde viel Wert auf eine moderne und umfangreiche Ausstattung für schwerstkranke Menschen gelegt. Wichtig war dem Architekten (DI Wolfgang Fexferlik) auch die Einrichtung so zu gestalten, dass sich jeder Patient wie zu Hause fühlen kann und eine angenehme Atmosphäre vorhanden ist. Das komplett neu sanierte Gebäude des Albert Schweitzer Hospizes besteht aus drei Stockwerken, das sich in

- EG: Hospizverein
- 1. OG: Tageshospiz
- 2. OG: Hospiz-Stützpunkt mit 12 Betten

gliedert.

Im Hospiz-Stützpunkt ist jedes Zimmer ein Einzelbettzimmer und ausschließlich nach außen orientiert um die Natur sehen und genießen zu können. Sie sind alle nach Osten gerichtet, damit die PatientInnen mit der Sonne aufwachen können und das Zimmer hell und freundlich wirkt. Die Wände in den Zimmern sind leicht geknickt um geometrische Zimmerachsen hervorheben zu können und so wirkt es als ob ein „Dahinter“ vorhanden ist. Außerhalb der Zimmer finden sich noch „Erholungsöasen“ mit Bücherecken und Meditations- und Besucherräume wieder, die Raum, Ort und Zeit für das „innere Ich“ bieten sollen.

Außerhalb der Klinik befindet sich der „Schmetterlingsgarten“, ein Garten, der Momente der Freude, Fröhlichkeit sowie Ruhe bietet.

Der Schmetterling gilt seit der Zeit von Dr. Kübler – Ross als Symbol für die Metamorphose des Lebens. Dieser Garten wirkt wie ein Mandala und soll die Fantasien der Patienten anregen. Weiteres wurden 21 „Lebensbäume“ gepflanzt, die ihre Kraft auf den Hospizbewohner übertragen sollen. Der Andachtsplatz „Himmelsspiegel“ ist eine Teichanlage, die zum Sonnenliegen und zum Ruhe- und Kraftschöpfen dient. Die Brücke über das Wasser symbolisiert einen „Wasservorhang“, der das Neue und Unbekannte darstellen soll.

Philosophie der Albert Schweitzer Klinik:

*„Wir sind für einen bewussten und wahrhaftigen Umgang mit dem Leben, dem Sterben, dem Tod und der Trauer. Wir setzen uns für ein einfühlsames Miteinander mit den HospizbewohnerInnen, den Angehörigen, Freunden und ehrenamtlichen Trägern ein.“*

*Wir erhalten und fördern die Selbstbestimmung und Würde von Schwerstkranken und Sterbenden. Wir handeln im Sinne einer bestmöglichen Reduktion des Leidens und einer Optimierung der Lebensqualität.“*

(vgl. Philosophie der Albert Schweitzer Klinik: <http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/180>)

Das Team ist so zusammengestellt, dass eine bestmögliche Betreuung der Patienten und Angehörigen möglich ist. Ein interdisziplinäres multiprofessionelles Team aus ÄrztInnen, Pflegepersonen und SozialarbeiterInnen in Zusammenarbeit mit PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, SeelsorgerInnen und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

Die PatientInnen können in der Albert Schweitzer Klinik neben der umfassenden Betreuung auch individuelle Schmerztherapie, Linderung von quälenden Begleitsymptomen, ganzheitliche und psychologische Begleitung, Besuche rund um die Uhr, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige und Ruhe, Entspannung und Geborgenheit erwarten.

Auch speziell für die Angehörigen bietet das Albert Schweitzer Hospiz Möglichkeiten, über ihre Gefühle und Trauer zu reden, sich zu besinnen, Eindrücke auszutauschen und Erinnerungen leben zu lassen.

(vgl. Hospiz Albert Schweitzer 2012)



Abb. 7: Zimmer der PatientInnen



Abb. 8: Meditationsraum



Abb.9: Schmetterlingsgarten (vgl. Abb. 6-8:  
<http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/180>)

### **3.2. Rolle der Kirche**

Den Beginn der Hospizbewegung formten grundsätzlich kirchliche Institutionen wie Caritasverbände, Diakoniewerke, einzelne Orden oder Bildungshäuser, die sich vorwiegend für die Ausbreitung der Hospizidee engagierten.

Warum die gläubigen Organisationen maßgeblich an der Entwicklung beteiligt sind, liegt wahrscheinlich in ihrer Überzeugung.

Die Begleitung und Betreuung von Schwerkranken, sterbenden Patienten und deren Angehörigen findet sich im Gesetz der Nächstenliebe wieder. Es ist also im Grundgedanken jedes Christen enthalten, sich um andere Menschen zu kümmern zu wollen, aber auch der Gedanke der Hoffnung, dass es nach dem Tod noch ein Leben bei Gott gibt.

Gläubige Mitarbeiter der Kirchen und Organisationen sind durch die Hilfe, die sie anbieten, dem Volk sehr nahe und so haben sie schnell gemerkt, dass eine Notwendigkeit in der Hospizpflege besteht. So organisierten sie Selbsthilfegruppen und Trauergruppen. Durch die Aufklärungsarbeiten entstanden die meisten lokalen Hospizgründungen in den Neunzigerjahren aus Kirchen und Pfarren. Doch wurden diese von der Gesellschaft kritisch betrachtet. Erst als die Caritas der Erzdiözese Wien die Trägerschaft des ersten ambulanten Hospizteams übernahm, konnte die Hospizbewegung sich etablieren und die Akzeptanz der Gesellschaft gewinnen.

In allen Bundesländern Österreichs war vor allem die Caritas maßgeblich an der Entwicklung der Hospizbewegung beteiligt.

Auch ermöglichte die Schwesterngemeinschaft der „Caritas Socialis“ die Projektentwicklung des ersten mobilen Hospizteams. Des Weiteren fungierten Ordensgemeinschaften in Wien, Ried und auch in Innsbruck als Träger bei der Errichtung von stationären Hospizeinrichtungen.

Offiziell wurde 1998 ein besonderes Zeichen für Hospizeinrichtungen gesetzt als Papst Johannes II das CS-Hospiz in Rennweg besuchte.

Die Kirchen und gläubigen Organisationen spielten also eine wichtige Rolle in der Hospizbewegung und von dieser Nächstenliebe kann heute ganz Österreich profitieren. (vgl. Höfler 2001, S. 15)

## 4. Säulen der Hospizidee

Die Grundlage der Hospizidee gründet sich auf vier grundlegenden Säulen, die die Schwerpunkte des Hospizes beschreiben. Diese Säulen orientieren sich an den Grundbedürfnissen jedes einzelnen Menschen. Neben den körperlichen werden auch die sozialen, emotionalen und spirituellen individuellen Bedürfnisse des Betroffenen beachtet und auf diese durch die ganzheitliche Betreuung des multiprofessionellen Teams eingegangen.

### 4.1. Palliativmedizinische Betreuung

Das Ziel der palliativmedizinischen Betreuung besteht darin, dem Patienten die Lebensqualität bis zum Schluss zu erhalten. Oft ist in diesem Stadium keine Heilung mehr möglich, doch mit dem Einsatz von hochwirksamen Medikamenten können Schmerzen und krankheitsbedingte Symptome und Nebenwirkungen gelindert oder auch beseitigt werden um so die Funktionsfähigkeit und die Lebenszufriedenheit so gut wie möglich zu erhalten. Damit die betroffenen Patienten ihr Leben bis zum Schluss so aktiv wie möglich gestalten können, werden auch psychische und spirituelle Bedürfnisse mit eingebunden und Unterstützung geboten. (vgl. Aulbert et al. 2007, S. 1; <http://www.koordinierungsstelle-hospiz.de/index.php?id=81>)

### 4.2. Palliative Pflege

Patienten in Hospiz- bzw. Palliativstationen sind oft durch sehr fortschreitende Erkrankungen belastet, die eine intensive und spezielle Pflege benötigen.

Das Bemühen der Palliativpflege liegt darin, dem Patienten eine umfassende und kompetente Betreuung anzubieten, einen Mantel (Pallium) anzubieten, in den er schlüpfen kann. Die Fachpflegekräfte haben eine spezielle Ausbildung im Palliativbereich mit besonderen Kenntnissen, um auf die Bedürfnisse jedes einzelnen eingehen zu können. Der Aufgabenbereich der Pflegenden ist sehr vielschichtig.

Vom Erkennen auftretender Symptome einer Erkrankung bis zur Handlung und Entgegenwirken, Hilfestellungen im Alltag geben, für die Patienten immer da sein wenn sie Ängste, Sorgen oder einfach jemanden zum Reden brauchen.

Zur ärztlichen Unterstützung sind die Pflegepersonen noch speziell geschult in:

- *Basale Stimulationen*
  - Dieser Teil der Pflege befasst sich mit der „Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation alter, kranker und behinderter Menschen“  
  
(vgl. [http://www.basalestimulation.at/html/frameset\\_allgemeines.htm](http://www.basalestimulation.at/html/frameset_allgemeines.htm))
- *Wundversorgung*
- *Stomaversorgung (Tracheostoma, Colostoma, PEG-Stoma, ...)*
- *Bedienung von Schmerzpumpen, Perfusoren sowie Pumpen zur Verabreichung von Sondennahrung*
- *Verabreichung von Sauerstoff über Wandanschluss, O2-Konzentrator, O2-Flaschen, Flüssigsauerstoffsysteme sowie Respiratoren*
- *Anwendung und Versorgung von Butterfly, Venflon, Porth-á-Cath und Cava-Katheter*
- *Anwendung der Aromapflege, sei es durch spezielle Duftmischungen mittels Duftsteine oder auf Wunsch sanfte Massagen mit speziellen Aromaölen usw.*

(vgl. AS-Hospiz-Infomappe 2012, S.17)

Es gibt im Speziellen vier Bereiche in der Pflege, die eine große Herausforderung darstellen, sowohl für die Pflegenden als auch für die pflegenden Angehörigen:

## **Ernährung und Flüssigkeit**

Ein Patient im Sterben legt seinen Stellenwert der Ernährung auf eine andere Höhe als ein gesunder Mensch, da der Körper nicht mehr die Energie benötigt wie bevor.

Doch ist es wichtig, den Menschen zum Essen anzuregen und ihm kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt anzubieten. Der Patient sollte so lange wie möglich selbstständig Essen und Trinken zu sich nehmen.

Auch ist es wichtig, immer Getränke in Reichweite bereitzustellen um eine Mundtrockenheit und um einem Durstgefühl entgegen zu wirken. Auch kann das Lutschen von Eiswürfeln oder Wattestäbchen mit z.B. Zitronengeschmack der Mundtrockenheit entgegenwirken. Ist die Ernährung oder die Flüssigkeitsaufnahme selbstständig oder auch mit Hilfe nicht mehr möglich, sollte über eine Sonde oder Infusionen nachgedacht werden. Wenn dieser Schritt durchgeführt wird, ist im Vorhinein wichtig abzuklären, aus welchen Gründen der Patient die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verweigert.

## **Atemnot**

Dies ist einer der gefürchteten Symptome eines jeden Patienten. Das Gefühl des Erstickens schränkt den Patienten in seinen Tätigkeiten ein und so auch in seiner Lebensqualität. So ist es wichtig, dass viele aufklärende Gespräche geführt werden, Medikamente zur Verbesserung verabreicht werden und wenn nötig Sauerstoffgeräte angeschlossen werden.

## **Dekubitus**

Das Risiko eines Auftretens von Dekubitus (Druckgeschwüre) bei bettlägerigen Patienten ist sehr hoch. Bei zu hoher lokaler Druckbelastung kommt es zu trophischen Störungen. Verstärkt wird dies noch durch z.B. Adipositas und durch starkes Schwitzen, Querschnittslähmung, Kachexie oder Fieber. Deswegen sind eine gute Hautpflege und ein regelmäßiger Wechsel der Lagerung unerlässlich. Auch können „Antidekubituskissen“ mit Gel, Schaumstoff oder auch Luftkissen eingesetzt werden.

## Obstipation

Die „Verstopfung“ wird oft durch Medikamente, Körperschwäche oder Bewegungsmangel hervorgerufen. Laxantien (Abführmittel) können die Obstipation lösen und die Schmerzen nehmen.

(vgl. Antonczyk et al 2003, S. 37-61)

Im Alltag ist es wichtig, die Angehörigen in die Pflege mit einzubeziehen, eine ruhige und angenehme Umgebung zu schaffen und sich Zeit für den Sterbenden zu nehmen. Körperkontakt wie Streicheln oder Händehalten können ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit auslösen und zu einer besseren Symptombekämpfung führen, genauso wie das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse eines Patienten.

Im Vordergrund steht, dass der Mensch als Ganzes betrachtet wird und daher ist es wichtig, eine Zusammenarbeit zwischen Pflege, Medizin, Seelsorge und psychosozialen Berufen zu schaffen.

### 4.2.1. Ansätze in der Bibel

Schon in der Bibel finden wir Ansätze der palliativen Pflege:

- Vier Männer sahen die Hilflosigkeit eines Gelähmten und brachten ihn unter großem Aufwand zu Jesus Christus, der, wie sie gehört hatten, heilen konnte:

*„Und nach einigen Tagen ging er (Jesus) wieder nach Kapernaum hinein, und es wurde bekannt, dass er im Haus war. Und sogleich versammelten sich viele, so dass selbst an der Tür kein Raum mehr war; und er redete zu ihnen das Wort. Und sie **kommen zu ihm und bringen einen Gelähmten**, von vieren getragen. Und da sie wegen der Volksmenge nicht an ihn herankommen konnten, **deckten sie das Dach ab**, wo er war; und als sie es aufgebrochen hatten, **ließen sie das Bett hinab, auf dem der Gelähmte lag**. Und als Jesus ihren Glauben sah, spricht er zu dem Gelähmten: Kind, deine Sünden sind vergeben. ...*

*Ich sage dir, steh auf, nimm dein Bett auf und geh in dein Haus. Und er stand auf, nahm sogleich das Bett auf und ging hinaus vor allen, so dass alle außer sich gerieten und Gott verherrlichten und sagten: Niemals haben wir so etwas gesehen!“* (vgl. Die heilige Schrift 2009 – Markus, Kap. 2 V. 1-12)

- Oder das Beispiel vom „Barmherzigen Samariter“: Auch dieser handelte ohne zu überlegen, ohne auf die Herkunft der verletzten Person oder seine eigene Sicherheit zu achten, sondern im Interesse des Verletzten.

*„Jesus erwiderte und sprach: Ein gewisser Mensch ging von Jerusalem nach Jericho hinab und fiel unter Räubern, die ihn auch auszogen und ihm Schläge versetzten und weggingen und ihn halb tot liegen ließen. Von ungefähr aber ging ein gewisser Priester jenen Weg hinab; und als er ihn sah, ging er an der entgegengesetzten Seite vorüber. Ebenso aber auch ein Levit, der an den Ort gelangte: Er kam und sah ihn und ging an der entgegengesetzten Seite vorüber. Aber ein gewisser Samariter, der auf der Reise war, kam zu ihm hin; und als er ihn sah, **wurde er innerlich bewegt**; und er trat hinzu und **verband seine Wunden** und goss Öl und Wein darauf; und er setzte ihn auf sein eigenes Tier und führte ihn in eine Herberge **und trug Sorge für ihn**. Und am folgenden Tag zog er zwei Denare heraus und gab sie dem Wirt und sprach: Trage Sorge für ihn; und was irgend du noch dazu verwenden wirst, werde ich bezahlen, wenn ich zurückkomme. Wer von diesen dreien, meinst du, ist der Nächste gewesen von dem, der unter die Räuber gefallen war? Er aber sprach: Der die Barmherzigkeit an ihm tat. Jesus aber sprach zu ihm: **Geh hin und tu du ebenso.**“* (vgl. Die heilige Schrift 2009 – Lukas, Kap. 10 V. 30-37)

So sollten uns auch wir die vier Träger des Gelähmten oder den Barmherzigen Samariter zu Vorbildern nehmen und hingehen und dasselbe tun!

#### 4.2.2. Soziale Betreuung

Die soziale Betreuung spielt einen wichtigen Part in der Hospiz- und Palliativpflege. Die Stärke eines Sozialarbeiters liegt darin, dass er eine hohe Fähigkeit der „Vernetzung“ aufweist, genauso wie das Beobachten und Einschätzen einer Situation. Wichtig ist es auch, die Situation in ihrer Komplexität lesen und beurteilen zu können.

Die Schwerpunkte der sozialen Betreuung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Beratung, Information und psychosoziale Begleitung von Patienten
  - z.B. über externe und interne Ressourcen, finanzielle Beratung, Versicherungsangelegenheiten, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Hilfe bei der Überwindung von Ansprechen von Sorgen und Ängsten...
- Vermittlungs- und Koordinationstätigkeiten

(vgl. [http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/berufsprofil\\_sozialarb.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/berufsprofil_sozialarb.pdf))

- Förderung der Kommunikation und Unterstützung für die Familie und das soziale Umfeld
  - Psychosoziale Begleitung von Bezugspersonen, Hilfestellung bei der Bewältigung mit den krankheitsbedingten Veränderungen, Unterstützung bei wichtigen Entscheidungen, Hilfestellung bei der Kommunikation bzw. Kommunikationsblockade
- Stärkung des Patienten in seiner Handlungsfähigkeit
- Unterstützung bei sämtlichen Krisen und Konflikten
- Leitung und Koordination des ehrenamtlichen Teams
- Unterstützung von Trauernden
  - Beratung und Informationen über die Trauerbewältigung, Nachbetreuung durch Telefonate und Einladungen zu Angehörigentreffen, Besuche zu Hause...  
(vgl. [http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/berufsprofil\\_sozialarb.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/berufsprofil_sozialarb.pdf))

### 4.3. Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen

In Hospizen ist es wichtig, dass vor allem die Familie anwesend sein kann, wenn der Patient seinen letzten Weg antritt. Bei der „Zeit des Abschiednehmens“ können die Patienten rund um die Uhr bei ihrem sterbenden Angehörigen verbringen ohne auf die vorgeschriebenen Besucherzeiten achten zu müssen.

Es besteht die Möglichkeit der Übernachtung und auch der Verpflegung des Angehörigen, sodass dieser nicht extra dafür nach Hause fahren muss und wertvolle Zeit vorübergeht.

Rund um die Uhr stehen auch Mitarbeiter des interdisziplinären Teams für Gespräche oder einfach nur zum Zuhören zur Verfügung, was diese oft notwendiger benötigen als der Patient selbst, der instinktiv weiß, dass seine Zeit einfach gekommen ist.

Meist wird die psychosoziale Betreuung direkt von den Pflegenden übernommen, für die es durch den täglichen Umgang mit dem Patienten selbstverständlich wird, über tiefgehende Themen ins Gespräch zu kommen.

Gleichzeitig ist das Gespräch mit den Patienten auch eine wichtige Aufgabe für die ehrenamtlichen Mitarbeiter. Diese kommen in regelmäßigen Abständen in das Hospiz und können auf Wunsch des Patienten oder Angehörigen zu Besuch kommen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter verfügen über eine fundierte Ausbildung in Sterbebegleitung und Trauerbewältigung und sind oft Gesprächspartner für die Patienten, lesen ihnen vor, gehen mit ihnen spazieren, schenken ihnen Zeit und unterstützen die Angehörigen.

Oft sind es auch Praktikanten oder KrankenpflegeschülerInnen, die das Gefühl vermitteln, dass mit ihnen frei von Angst und Vorbehalt geredet werden kann und das verschafft eine Vertrauensbasis für Gespräche.

Im Vordergrund steht immer, das seelische Leid zu heilen oder zu lindern und in Lebenskrisen die Patienten und Angehörigen nicht alleine zu lassen, ihnen zuzuhören und zu helfen.

(vgl. Kränzle et al. 2011, S. 152)

## 4.4. Spirituelle Begleitung

Die spirituelle oder geistliche Begleitung ist ein sehr wichtiger Part in der Hospizpflege, der nicht nur an erster Stelle von Seelsorgern ausgeführt werden kann, denn jeder einzelne Mensch kann diese Rolle der Unterstützung für einen Patienten übernehmen. Leider wird die geistliche oder spirituelle Begleitung oft mit Esoterik in Zusammenhang gebracht und dadurch ist oft eine Grunddistanz vorhanden.

Eine einheitliche Definition ist in der Literatur nicht zu finden, da es auch viele verschiedene Arten der Spiritualität gibt, doch sehen die meisten Definitionen Gott und den Glauben als übergeordnetes Konzept.

Deswegen werde ich mich in diesem Kapitel vor allem der „christlichen Spiritualität“, ihren Auswirkungen und ihrer Unterstützung bei Sterbenden und Angehörigen widmen.

### 4.4.1. Die christliche Spiritualität

In der christlichen Spiritualität steht vor allem die persönliche Beziehung zu Jesus Christus im Vordergrund. Sie stützt sich auf die Bibel, die Hoffnung, Zuversicht und Kraft schenkt und natürlich ein lebendiges Zeugnis dafür ist, dass Jesus Christus für uns gestorben ist und uns dadurch ewiges Leben schenkt.

Die Grundelemente der christlichen Spiritualität werden laut der „evangelischen Zentralstelle von Weltanschauungsfragen“ in folgende fünf Abschnitte zusammengefasst:

#### 1. Gottes Weg suchen, ihn gehen und Gott selbst persönlich begegnen

- Dies muss auf einer persönlichen Ebene geschehen, denn Gott begegnen kann man nur, wenn man an ihn glaubt und ihn liebt. Es besteht eine natürliche Sehnsucht, die jeden Menschen prägt, und nur bei Gott gestillt werden kann.

## 2. Christus nachfolgen

- Durch Jesus Christus haben wir die Möglichkeit, Gottes Angesicht wieder betrachten zu können, was durch die Sünde nicht mehr möglich war.

Aber Jesus Christus ist als Mensch auf die Erde gekommen, um für uns zu sterben und so die Strafe der Sünde auf sich zu nehmen.

## 3. Die Bibel lesen

- Die Bibel, oder auch das Wort Gottes, wurde uns geschenkt, damit wir erfahren können, wer Gott war, was er für uns getan hat und was wir tun können um in seine Nähe zu gelangen.

- „Darum, aus Gesetzeswerken wird kein Fleisch vor ihm gerechtfertigt werden; denn durch Gesetz kommt Erkenntnis der Sünde“.

(vgl. die Heilige Schrift 2009 – Römer, Kap. 3 Vers 20)

- „Denn durch die Gnade seid ihr errettet, mittels des Glaubens; und das nicht aus euch, Gottes Gabe ist es; nicht aus Werken, damit niemand sich rühme.“

(vgl. die Heilige Schrift 2009 – Epheser, Kap. 2 Vers 8 & 9)

## 4. Sich übeind der Gnade überlassen

- Die Gnade Gottes bedeutet, dass er mich mit Segnungen überhäuft, obwohl ich es eigentlich nicht verdient hätte. Aber durch das Geschenk, das er uns bereitet hat, dass er seinen Sohn Jesus Christus geopfert hat an unserer statt, können wir durch seine unendliche Gnade und Liebe für uns Menschen leben. Das Verständnis der Gnade ist ein langer Prozess, der viel Übung erfordert, Übung des „Hörens auf Gott, das Hinsehen auf sein Geschenk“ (vgl. [http://www.ekd.de/ezw/Publikationen\\_2626.php](http://www.ekd.de/ezw/Publikationen_2626.php)) und Gott in seinen Alltag mit einbeziehen, in seiner Gegenwart verweilen. Dadurch, wenn wir von ihm lernen und ihn mehr und mehr kennenlernen, können wir Jesus Christus ähnlicher werden.

## 5. In der Kirche/Gemeinde/Versammlung leben und glauben

- Auch die Gemeinde hat einen wichtigen Bestandteil im Leben eines Gläubigen. Nicht nur um jeden Sonntag wieder neu daran zu denken welches wunderbares Geschenk wir erlangt haben, sondern auch durch die Geschwister, die wir dazu gewonnen haben.

Eine Gemeinschaft von Geschwistern bedeutet, immer jemanden an der Seite zu haben, der dir hilft, dich begleitet und dich ermutigt, wenn du es benötigst.

*„Deshalb ermuntert einander und erbaut einander, wie ihr auch tut“ ...Seid in Frieden untereinander. Wir ermahnen euch aber, Brüder: Weißt die Unordentlichen zurecht, tröstet die Kleinmütigen, nehmt euch der Schwachen an, seid langmütig zu allen. Seht zu, dass niemand Böses mit Bösem jemand vergelte, sondern strebt allezeit dem Guten nach, sowohl zueinander als auch zu allen.“*

(vgl. die Heilige Schrift 2009 – 1. Thessalonicher, Kap. 5 Vers 11-15)

(vgl. Bittner et al. 2011)

### 4.4.2. Aufgaben der spirituellen Begleitung

Die spirituelle Begleitung sollte, laut der christlichen Spiritualität, Hoffnung und Kraft geben. Doch wie kann man erkennen, was ein Patient wirklich im Einzelnen benötigt?

Wenn der Patient schon länger auf einer Station ist und das Vertrauen von Patient und Pflegeperson vorhanden ist, kann eine sogenannte **spirituelle Anamnese** gemacht werden. Die Anamnese dient vor allem dazu, den Patienten und seine Bedürfnisse und Einstellungen besser kennen zu lernen. Ein Beispiel wäre das deutsche Interview Modell SPIR:

- **S**pirituelle Überzeugungen und Glaubensüberzeugungen: Bezeichnen Sie sich als gläubigen Menschen?

- **Platz und Einfluss:** Welche Stelle oder welchen Platz nehmen Ihre Überzeugungen in ihrem täglichen Leben ein?
- **Integration in einer religiösen Gemeinschaft:** Besuchen und gehören Sie einer religiösen Gemeinschaft an?
- **Rolle des Professionellen:** Was erwarten Sie von mir als betreuende Person?

Das **spirituelle Assessment** wird danach offener gestaltet und es können tiefer gehende Fragen wie Nöte und Bedürfnisse erzählt werden. Dem Patienten muss von Beginn an verständlich gemacht werden, dass er über alles reden kann was ihn bedrückt und beschäftigt.

Diese Themen sind oft sehr intim und es ist oft sehr schwer für die Patienten sich zu öffnen, deswegen ist es wichtig, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, damit sie sich respektiert, wahrgenommen und angenommen fühlen.

(vgl. Aulbert et al. 2007, S. 1161-1162)

*Seid jederzeit bereit zur Verantwortung gegen jeden, der Rechenschaft von euch fordert über die Hoffnung, die in euch ist.*

*(vgl. die Heilige Schrift 2009 – 1. Petrus, Kap. 3 Vers 15)*

Die Hauptaufgaben eines jeden Mitglieds in der spirituellen Begleitung sind:

- Wahrnehmen
  - Jeder Patient will wahrgenommen werden, sucht die Nähe und erhofft sich einen vertrauensvollen Kontakt, um offen über alle seine Sorgen reden zu können.
  - Der Patient soll in den Mittelpunkt gestellt werden und es soll in Erfahrung gebracht werden, was ihm am besten tut oder was er gerne hätte.

- Beraten
  - Die Patienten haben oft das Gefühl, noch sehr viel Entscheidungen treffen zu müssen, mit einer außenstehenden Person kann oft am besten darüber geredet werden. Die spirituelle Begleitung ist auch dafür zuständig, das soziale Umfeld eines jeden Umfelds?? im Blick zu haben und sie gegebenenfalls mit einzubeziehen.
  
- Deuten
  - Sinneszusammenhänge sollten genau erkannt und erkundet werden und jeder einzelne Patient dafür wertgeschätzt werden wie er ist.
  
- Feiern
  - Jeder Patient hat eigene Rituale oder Feiern, die ihn an sein Leben erinnern. Wichtig ist es, ihm diese zu ermöglichen und gemeinsam mit der Familie zu feiern.

(vgl. Hagen 2006, S. 8)

## 5. Sprung über den Jordan

„Sprung über den Jordan“, ein Sprichwort oder eine Redewendung, die heutzutage sehr oft benutzt wird, doch gibt es viele verschiedene Auslegungen und Interpretationen der Gesellschaft über diese Aussage.

z.B.:

- Kaputt gehen
- Misslingen
- Verloren gehen
- Jemanden töten oder umbringen
- Jemanden los werden wollen / ihn nicht mehr sehen wollen
- Jemanden den Tod wünscht

(vgl. <http://www.gutefrage.net/frage/was-bedeutet-das-spruchwort-jemanden-ueber-den-jordan-schicken>; [http://www.redensarten-index.de/suche.php?&bool=relevanz&suchspalte%5B%5D=rart\\_ou&suchbegriff=ueber%20den%20Jordan%20gehen&page=1](http://www.redensarten-index.de/suche.php?&bool=relevanz&suchspalte%5B%5D=rart_ou&suchbegriff=ueber%20den%20Jordan%20gehen&page=1))

Doch in der Bibel hat „der Sprung über den Jordan“ eine viel tiefgründigere Bedeutung, die Hoffnung gibt für ein Leben nach dem Tod und keinen negativen Aspekt aufweist.

### 5.1. Biblische Bedeutung

Der Jordan ist ein Fluss im Nahen Osten, mit einer Länge von „nur“ 250 km. Ein Fluss, der seit Tausenden von Jahren eine wichtige Bedeutung für das Christentum aufweist. Er entspringt im Gebiet des Hermongebirges, das im Grenzbereich zwischen Libanon und Syrien liegt und fließt in Richtung Süden durch das Jordantal, den See Genezareth bis hinunter zum Toten Meer (südöstlich von Jericho). Dadurch wird der Jordan auch sinngemäß als der „herabsteigende Fluss“ bezeichnet.



Abb. 10: Landkarte mit dem Jordan

(vgl. [http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/a/a9/JordanRiver\\_en.svg/258px-JordanRiver\\_en.svg.png](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/a/a9/JordanRiver_en.svg/258px-JordanRiver_en.svg.png))

Im südlichen Bereich bildet der Jordan die Grenze zwischen Israel und Jordanien. Dieser Teil der Grenze spielte eine wichtige Rolle für das verheißene Volk Israel, dem mit Gottes Hilfe der Weg aus der Sklaverei über den Jordan in das gelobte Land gelang.

Dieses Land ist eine Gabe Gottes für sein Volk und wurde ursprünglich als Eintritt in ein „neues Leben“ gesehen.

*„Und es geschah nach dem Tod Moses, des Knechten des Herrn, da sprach der Herr zu Josua, dem Sohn des Nuns, dem Diener Moses, und sagte: Mein Knecht Mose ist gestorben; und nun, mach dich auf, geh über diesen Jordan, du und dieses ganze Volk, in das Land, das ich ihnen, den Kindern Israel, gebe.“*

*(vgl. die heilige Schrift 2009 - Josua, Kap. 1 Vers 1–2)*

Dieser „Eingang“ wird Christen gewährt und bedeutet ein Leben nach dem Tod bei Gott führen zu können. Heute wird es als Sinnbild für den Tod genommen, den ein Mensch im Laufe seines Lebens durchschreitet.

Ein Beispiel dafür ist der Prophet Elia, der mit seinem Nachfolger Elisa über den Jordan geht um dort zu „sterben“ und sein neues Leben im Himmel zu beginnen.

*„Und Elia sprach zu ihm (Elisa): Bleib doch hier; denn der Herr hat mich an den Jordan gesandt. Aber er sprach: So wahr der Herr lebt und deine Seele lebt, wenn ich dich verlasse! Und so gingen sie beide miteinander“ (Vers 6)*

*... „und die beiden traten an den Jordan“ (Vers 7)*

*„Und es geschah, während sie gingen und im Gehen redeten, siehe, Wagen von Feuer, die sie beide voneinander trennten; und Elia fuhr im Sturmwind auf zum Himmel.“ (Vers 11)*

*(die heilige Schrift 2009 – 1. Mose, Kap. 50 Verse 6, 7, 11)*

## **5.2. Quelle der Hoffnung**

*Denn du wirst die Mühsal vergessen, wirst dich an sie erinnern wie an vorübergeflossene Wasser;*

*und heller als der Mittag wird dein Leben erstehen; mag es finster sein – wie der Morgen wird es werden.*

*Und du wirst Vertrauen fassen, weil es Hoffnung gibt; und du wirst Umschau halten, in Sicherheit dich niederlegen.*

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – Hiob Kap. 11 Verse 16-18)*

Verse der Hoffnung, die helfen können, den Alltag auf einer Hospizstation zu erleichtern.

Diese Quelle, die Patienten, Angehörigen sowie Pflegern Zuversicht, Hoffnung und Stärke gibt, ist nur in der Bibel zu finden, durch die ermutigenden Worte Gottes.

Doch leider ist es oft noch immer so, dass körperliche und psychosoziale Bereiche in der Hospiz- und Palliativarbeit klar definiert sind, was man von der religiösen Unterstützung nur im geringen Ausmaß sagen kann.

Dies kommt daher, dass die religiöse Unterstützung der Krisen und Bedürfnisse zwar stattfindet, aber immer noch ohne Leitlinien oder überprüfbare Zieldefinitionen oder Evaluierungen von Ergebnissen, die für weitere Patienten von Vorteil sein könnten.

Wichtig wäre es zu erkennen, dass religiöse Unterstützung ein wichtiger Bedarf ist und Hoffnung gibt in allen Lebenslagen.

Um mit dem Einbruch einer Erkrankung im Leben zu Recht zu kommen, bedarf es bei den Patienten und Angehörigen oft eine eigene Art der Religion, in der sie Kraft schöpfen können. Aber für Betroffenen ist es oft nicht möglich, diese Bewältigung der Veränderung alleine zu überstehen. Sie benötigen eine Stütze auf dem Weg, den sie zu bewältigen haben. Auch für die Familienangehörigen und nahen Bezugspersonen ist eine solch persönliche religiöse Unterstützung notwendig, da diese genau so unter dem Einbruch einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden wie die Patienten selbst. In solchen Situationen ist solch eine persönliche Stütze, die ihnen Kraft und Hoffnung in verschiedenen Krisensituationen gewährt, lebensnotwendig. Solch eine persönliche Stütze führt auch im Alltag zur zeitlichen und emotionalen Entlastung von dem Behandlungsteam.

Diese religiöse Unterstützung der Patienten und Angehörigen kann von vielen verschiedenen Angehörigen dieser Richtung erfolgen. Primär werden Leiter oder Älteste der eigenen Gemeinde oder Kirche zu den persönlichen Ansprechpartnern gewählt. Aber auch ehrenamtliche Sterbebegleiter oder Psychologen können durch ihre Ausbildung diese Aufgaben übernehmen.

Oft werden auch Bezugspersonen aus den Familien- und Bekanntenkreis gewählt, mit denen diverse Themen durchgesprochen werden.

Solch ein Gespräch ist oft viel persönlicher und baut auf einer anderen Ebene auf, da man diese Bezugsperson oft schon sehr lange kennt. Diese persönliche Ebene ist für viele Betroffene und Angehörige wichtiger als eine Ausbildung eines Psychologen oder eines ehrenamtlichen Sterbebegleiters und sie gibt Hoffnung. Hoffnung auf ein Leben, das nach dem Tod kommen könnte, Hoffnung auf Erfüllung und einen würdevollen und schmerzfreien Tod.

([http://www.alpha-nrw.de/images/stories/anlagen/093\\_Hospiz-Dialog\\_34.pdf](http://www.alpha-nrw.de/images/stories/anlagen/093_Hospiz-Dialog_34.pdf))

### 5.3. Leben nach dem Tod??!

In der Bibel, dem Wort Gottes, wird deutlich aufgezeigt, dass für jeden Christen ein Leben nach dem Tod bereitet wird. So hat jeder einzelne Mensch die Chance, durch den Glauben an Gott und seinen Sohn ewiges Leben zu erlangen. Wie wir dieses „ewige Leben“ oder das „Leben nach dem Tod“ erlangen können, wird uns in der Bibel genau beschrieben.

*„Dies aber ist das ewige Leben, dass sie dich, den allein wahren Gott, und den du gesandt hast, Jesus Christus, erkennen.“*

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – Johannes, Kap. 17 Vers 3)*

*„ Und dies ist das Zeugnis: dass Gott uns ewiges Leben gegeben hat, und dieses Leben ist in seinem Sohn. Wer den Sohn hat, hat das Leben; wer den Sohn Gottes nicht hat, hat das Leben nicht. Dies habe ich euch geschrieben, damit ihr wisst, dass ihr ewiges Leben habt, die ihr glaubt an den Namen des Sohnes Gottes. Und dies ist die Zuversicht, die wir zu ihm haben, dass, wenn wir etwas nach seinem Willen bitten, er uns hört.“*

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – 1. Johannes, Kap. 5 Vers 11-14)*

Der Apostel Paulus, ein begnadeter Schreiber und Knecht Gottes, beschreibt in seinem „Brief an Titus“ die Hoffnung, die uns Gott einem jeden einzelnen von uns gibt und die Verantwortung, die wir Christen als Angehörige von Gesundheitsberufen gegenüber schwachen und kranken Menschen haben.

*„...in der Hoffnung des ewigen Lebens, das Gott, der nicht lügen kann, verheißen hat vor ewigen Zeiten;“*

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – Titus, Kap. 1 Vers 2)*

*„...damit wir, gerechtfertigt durch seine Gnade, Erben würden nach der Hoffnung des ewigen Lebens.“*

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – Titus, Kap. 3 Vers 6)*

## **6. Umgang mit dem Tod aus der Sicht des Glaubenden**

### 6.1. Angst vs. Glaube - wie geht der Glaube mit der Angst um!

Angst ist ein Gefühlszustand, den jeder einzelne Mensch nur allzu gut kennt. Sie löst beklemmende körperliche und psychische Symptome aus wie erhöhte Muskelanspannung und Herzfrequenz, Reaktionen wie Schwitzen, Zittern und Schwindelgefühl bis zur Panikattacke, ausgelöst durch extreme Angst.

Doch wie können wir mit unseren Ängsten umgehen oder wie können wir PatientInnen helfen, mit ihrer Angst umzugehen?

Die Antwort lautet, auf Gottes Verheißungen zu vertrauen. Gott hat viele Eigenschaften, die uns im Alltag helfen und uns die Sorgen und Ängste nehmen können.

*„...Du bist mein Knecht, ich habe dich erwählt und nicht verschmäht – fürchte dich nicht, denn ich bin mit dir; schau nicht ängstlich umher, denn ich bin dein Gott; ich stütze dich, ja, ich helfe dir, ja, ich stütze dich mit der Rechten meiner Gerechtigkeit.“ ... „Denn ich, der HERR, dein Gott, ergreife deine rechte Hand, der ich zu dir spreche: Fürchte dich nicht, ich helfe dir!“*

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – Jesaja, Kap. 41 Vers 9-11/13)*

Gott will, dass wir unsere Anliegen vor ihn bringen, damit er uns aufbauen kann. Er ist viel stärker als wir und er kennt uns in- und auswendig, da er uns erschaffen hat.

Gott alleine weiß, was wir in welchem Augenblick benötigen und er will uns dabei helfen damit umzugehen bzw. will uns in dieser schweren Zeit eine Stütze sein, da er besorgt ist um seine Geschöpfe.

*„So demütigt euch nun unter die mächtige Hand Gottes, damit er euch erhöhe zur rechten Zeit, indem ihr all eure Sorge auf ihn werft; denn*

***er ist besorgt für euch.“***

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – 1. Petrus, Kap. 5 Vers 6-7)*

## **7. Persönliches Resümee**

Meine Kindheit verbrachte ich in einer großen Familie mit fünf Geschwistern. Schon früh brachten uns unsere Eltern das Wort Gottes näher, die wahren Werte des Lebens und dass es wichtig sei, sich um andere Menschen zu kümmern. Vor allem meine Mutter begeisterte mich in dieser Hinsicht immer sehr, da sie trotz ihrer Erkrankung und drei Pflegekindern immer ein offenes Ohr für andere hatte und jede Gelegenheit und jedes freie Zimmer dafür nutzte, es anderen Menschen, die in Not waren, zur Verfügung zu stellen.

Früher habe ich es nicht verstanden, was es bedeutete ein solches Opfer zu geben und sich für andere Menschen einzusetzen.

Erst als ich begann selbst die Bibel zu lesen, sah ich wie viele Opfer all diese Menschen für andere brachten, dafür oft noch gedemütigt wurden und doch mit dem ganzen Herzen dabei waren. Sie taten es nicht, weil sie viel Geld bekamen oder viel Anerkennung, sondern nur um anderen zu dienen und ihnen etwas Gutes zu tun. Dies durfte ich erkennen und am lebendigen Vorbild meiner Mutter sehen.

*Das Wort ist gewiss; und ich will, dass du auf diesen Dingen fest bestehst, damit die, die Gott geglaubt haben, **Sorge tragen, gute Werke zu betreiben. Dies ist gut und nützlich für die Menschen.“***

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – Titus, Kap. 3 Vers 7)*

Einer der vielen Verse (unter anderen auch der Einleitungsvers in Apostelgeschichte 20), der mich dazu bewegte auch in die Pflege zu gehen bzw. die Arbeit am Menschen als meine Zukunft zu sehen. Es gibt nichts Schöneres als zu sehen, dass ein Mensch voller Dankbarkeit lächelt, das ist eine Erfüllung, die all das Geld, den Erfolg und die Anerkennung zunichte macht.

*...ICH (GOTT) werde dich nicht vergessen.*

*Siehe, in meine beiden Handflächen habe ich dich eingezeichnet;*

*deine Mauern sind beständig vor mir.*

*(vgl. die heilige Schrift 2009 – Jesaja, Kap. 49 Vers 15-16)*

## 8. Literatur

- Siegmann-Würth Lea (2001) Ethik in der Palliative Care – Theologische und medizinische Erkundigungen. Internationaler Verlag der Wissenschaft, Peter Lang AG, Bern
- Baines Mary (1993) Dem totalen Schmerz begegnen, in: Cicely Saunders, Hospiz und Begleitung im Schmerz. Freiburg
- DAS Bitschnau Karl, Sr. Fellingner Marcella, Mag. Kapeller Claudia, Mag. Marte Judit, Pöplitsch Maria, Mag. Schett Arnold, CS Sr. Mag. Teuschl Hildegard, Sr. Wagnermaier Hieronyma, Mag. Wallner-Ewald Stefan, Dr. Zdrahal Franz (2001) Hospiz – ein Auftrag der Nächstenliebe – Menschenwürdig leben bis zuletzt. Verlag Caritas Österreich, Wien
- Saunders Cicely (2003) Sterben und Leben – Spiritualität in der Palliative Care. Theologischer Verlag, Zürich  
<http://www.hospiz.org/cicely.htm>
- Höfler Anne Elisabeth (2001) Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. Wien  
[http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/broschuere\\_hospizgeschichte.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf)
- Dr. Baumgartner Johann (2000) Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“  
[http://www.palliativbetreuung.at/cms/dokumente/10088274\\_2805550/3c4f1643/Schlußbericht\\_PilotprojektStationaerePalliativbetreuung\\_Steiermark98-00.pdf](http://www.palliativbetreuung.at/cms/dokumente/10088274_2805550/3c4f1643/Schlußbericht_PilotprojektStationaerePalliativbetreuung_Steiermark98-00.pdf)
- Dr. Baumgartner Johann (2011) Poster für OPG – Kongress Klagenfurt – „Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark“

- Koordination Palliativbetreuung Steiermark (Entwicklung in der Steiermark)  
<http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088274/2805550>
- Hospiz Albert Schweitzer (2012) – Infomappe  
<http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/180>
- Prof. Dr. med. Aulbert Eberhard, Prof. Dr. med. Nauck Friedemann, Prof. Dr. med. Radbruch Lukas (2007) Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer GmbH, Stuttgart
- DGKS Edeltraud Antonczyk, DGKS Dommach Christiane (2003) Was ich bei der Begleitung kranker und sterbender Menschen wissen muss, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- **Die heilige Schrift (2009) Elberfelder Übersetzung – aus dem Grundtext übersetzt, Christliche Schriftenverbreitung, Hückeswagen**
- Kränzle Susanne, Schmid Ulrike, Seeger Christa (2011) Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begeitung, Springer Verlag GmbH, Berlin Heideberg
- Bittner Wolfgang J. , Nehlsen Axel, Niemeyer Wolfgang, Richter Andrea, Schubert Georg, Sievers Sebastian, Utsch Michael (2011) Grundelemente christlicher Spiritualität, Evangelistische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen, Berlin  
[http://www.ekd.de/ezw/Publikationen\\_2626.php](http://www.ekd.de/ezw/Publikationen_2626.php)
- Hagen Thomas (2008) Spirituelle Begleitung als Aufgabe jeder? Palliativkongress, Salzburg  
[http://www.palliativ-medizin.at/PP\\_Vortraege/hagen.pdf](http://www.palliativ-medizin.at/PP_Vortraege/hagen.pdf)

Sprichwort „Sprung über den Jordan“

- [http://www.redensarten-index.de/suche.php?&bool=relevanz&suchspalte%5B%5D=rart\\_ou&suchbegriff=ueber%20den%20Jordan%20gehen&page=1](http://www.redensarten-index.de/suche.php?&bool=relevanz&suchspalte%5B%5D=rart_ou&suchbegriff=ueber%20den%20Jordan%20gehen&page=1)  
(Stand 20.Juli 2012)
- <http://www.gutefrage.net/frage/was-bedeutet-das-sprichwort-jemanden-ueber-den-jordan-schicken> (Stand 20.Juli 2012)

### **8.1. Abbildungsverzeichnis**

Abb.1: [http://www.michaeltillheinze.de/f\\_k1990/f\\_k900322.htm](http://www.michaeltillheinze.de/f_k1990/f_k900322.htm) &  
<http://www.michaeltillheinze.de/grafik/image252.jpg>

Abb. 2: Cicely Saunders

<http://www.csi.kcl.ac.uk/images/frontpage/who-was-cicely-saunders.jpg>

Abb. 3: Elisabeth Kübler – Ross

<http://www.hospiz.org/>

Abb. 4: Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtung in Österreich 1989 - 2010

[http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/Ergebnisse\\_Datenerhebung\\_2010.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2010.pdf)

Abb. 5: Hospiz und Palliativeinrichtungen in der Steiermark

<http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088756/2781404/?qu=#>

Abb. 6: Übersicht Entwicklung in der Steiermark

Von Dr. Johann Baumgartner

Abb. 7-9: Einrichtung Albert Schweitzer Klinik

<http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/180>

Abb. 10: Landkarte mit dem Jordan

<http://de.wikipedia.org/w/index.php?>

[title=Datei:JordanRiver\\_en.svg&filetimestamp=20070503161447](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:JordanRiver_en.svg&filetimestamp=20070503161447)