

MASTERARBEIT

**LEISTUNGSANGEBOTE IN ÖSTERREICHISCHEN
TAGESHOSPIZEINRICHTUNGEN (IN DER PRAXIS) IM SPIEGEL
WISSENSCHAFTLICHER UND ÖFFENTLICHER QUELLEN –
EIN SOLL-IST-VERGLEICH AUF BASIS EINSCHLÄGIGER
QUALITÄTSKRITERIEN**

eingereicht von

CHRISTOPH HÖRMANN, BSc

Geburtsdatum: 16. September 1982

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

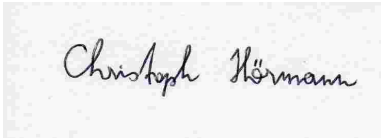
an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

Graz, 6. Juli 2012



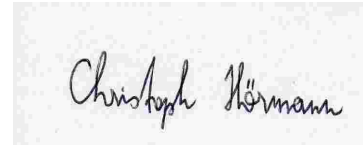
Christoph Hörmann

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit 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.

Graz, am 10. Juni 2012

Unterschrift:

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature reads "Christoph Hörmann" in a cursive script.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungen	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Zusammenfassung	7
Abstract	8
1. Einleitung.....	9
1.1 Historie und Bedeutung des Hospizgedankens	9
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	10
1.3 Die Tageshospize in Österreich: Definition und Einordnung	13
1.4 Soll: Die Qualitätskriterien und Ziele eines Tageshospizes	16
1.4.1 Personalausstattung.....	17
1.4.2 Personalqualifikation	18
1.4.3 Technische Ausstattung	19
1.4.4 Räumliche Ausstattung	19
1.4.5 Leistungsangebot.....	20
1.4.6 Größe	21
1.4.7 Ziele und Aufgaben	21
1.4.8 Finanzierung, Zuständigkeit, Recht.....	22
1.5 Soll: Bedarfsanalyse	25
1.6 Soll: Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen.....	26
2. Material und Methoden	28
2.1 Soll: Leitlinien, Forderungen, Bedürfnisse und Bedarf.....	28
2.2 Ist: Wissenschaftliche Quellen.....	29
2.3 Ist: Öffentliche Quellen	29
2.4 Literaturarbeit und Recherche.....	30
2.5 Sekundäranalyse einer Befragung	32
2.6 Theoretischer Zugang	34

2.6.1	Das Fünf-Phasen-Modell nach Elisabeth Kübler-Ross	34
2.6.2	Erik H. Erikson: Das Phasenmodell der psychosozialen Entwicklung	37
2.6.3	Abraham Maslow: Die Bedürfnishierarchie (auch Bedürfnispyramide).....	41
3.	Ergebnisse Soll-Ist-Vergleich	44
3.1	Ziele	44
3.2	Zielgruppen	44
3.3	Personalschlüssel und –verfügbarkeit, Qualifikation	45
3.4	Medizinische Versorgung und Kooperation	47
3.5	Therapeutische Angebote.....	47
3.6	Pflege und pflegenahе Zusatzangebote	48
3.7	Psychosoziale Betreuung und Beratung	49
3.8	Spirituelle Betreuung	49
3.9	Trauerarbeit	50
3.10	Kommunikation, Kreativität, Aktivitäten	50
3.11	Räume und Atmosphäre.....	51
3.12	Finanzierung und Rechtsanspruch.....	52
3.13	Internationaler Vergleich	54
4.	Diskussion.....	58
4.1	Reflektion: Inhalt.....	58
4.2	Reflektion: Methode	59
4.3	Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis.....	60
4.3.1	Ziele und Zielgruppen.....	60
4.3.2	Personalsituation.....	62
4.3.3	Medizinische, therapeutische und pflegerische Angebote.....	62
4.3.4	Psychosoziale und spirituelle Betreuung und Beratung, Trauerarbeit.....	64
4.3.5	Raum und Atmosphäre für Kommunikation, Kreativität, Aktivitäten	65
4.3.6	Finanzierung und Rechtsansprüche	66
4.4	Ausblick	67
5.	Literaturverzeichnis.....	72
6.	Anhang	78
6.1	Raster zur Auswertung der Homepages der drei Tageshospize.....	78

Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
EAPC	Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin
ebd.	Ebenda – Bei Wiederholung der selben Quellenangabe
et al.	Et alteri, lat.: und andere, und weitere
IGSL	Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand
LFK	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SAGES	Salzburger Gesundheitsfond

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	14
Abbildung 2: Eigene Tabelle - Erikson, Psychosoziale Entwicklung	38
Abbildung 3: Maslow, Bedürfnispyramide	41
Abbildung 4: Sterben, Wunsch und Wirklichkeit in Europa.....	56

Zusammenfassung

Die Hospizidee hat sich in den letzten zwanzig Jahren ausgebreitet und der Wunsch nach einem Platz in einer solchen Einrichtung reift bei immer mehr Österreicherinnen und Österreichern heran. Der Tod als Teil des Lebens gewinnt an gesellschaftlicher Relevanz. Die vorliegende Arbeit unternimmt einen Soll-Ist-Vergleich in nationalen Tageshospizen. Das Soll gliedert sich in:

- Institutionelle Vorgaben und gesetzliche Regelungen
- Wünsche und Bedürfnisse der Hospizgäste und deren Angehöriger
- Wünsche und Bedürfnisse des Personals
- Prognosen hinsichtlich des mittelfristigen Bedarfs an Plätzen

Der Ist-Zustand wird erhoben anhand von:

- Recherchen: Literatur, Fachzeitschriften, Broschüren, Homepages und Foren im Internet
- Sekundäranalyse durchgeführter Befragungen

Hospize unterscheiden sich durch folgende Punkte von der klassischen Terminalpflege:

- Priorität individueller und zeitintensiver Zuwendung
- Viele, sehr gut qualifizierte Ehrenamtliche
- Offene, lebensbejahende Atmosphäre
- Kommunikation und Aktivität, gemeinsames Erleben
- Reduktion der medizinisch-therapeutischen Anwendungen auf Schmerzlinderung und Wellness-Angebote
- Keine Gerätemedizin

Ergebnisse:

- Die Zufriedenheit der Gäste in den österreichischen Tageshospizen ist sehr hoch.
- Das Engagement und die Arbeitszufriedenheit unter dem Personal ist stark ausgeprägt, die Fluktuation niedrig.
- Die Finanzierung der Hospize basiert teilweise auf Spenden und privaten Zuwendungen.
- Die Krankenkassen und die Pflegeversicherung müssen verlässlich in die Finanzierung eines Hospizaufenthaltes eingebunden werden.
- Es gibt zu wenig Tageshospize.

Abstract

During the last two decades the hospice idea has gained remarkable popularity and the demand for these facilities steadily spreads among the Austrian population. The death considered as a part of life gets social relevance.

This thesis compares still required and already existing values in Austrian day-hospices.

Future aims:

- Institutional regularities and laws
- Desires and needs of hospice guests and their family members
- Desires and needs of the staff
- Prognoses concerning the near future needs of available places

Investigation of current facts:

- Research of literature, journals, leaflets, homepages and chat rooms
- Secondary analysis of completed surveys

Hospices differ in the following point from the classic health care:

- Priority of individual, time intensive care (“high touch, low tech”)
- Many highly qualified volunteers
- An open , life-approving atmosphere
- Communication and activity, exciting group experiences
- Reduction of medical-therapeutic methods to pain relief and wellness
- Minimization of medical gadgets

Results:

- The satisfaction of guests is high in the Austrian hospices.
- The personal engagement and the work satisfaction are high among the staff while the fluctuation rate is low.
- The Austrian hospices are co-financed by sponsors and charitable donations.
- The health insurances and care insurances have to be integrated in funding stays at hospices.
- There are too few day hospices.

1. Einleitung

1.1 Historie und Bedeutung des Hospizgedankens

Der Begriff Hospiz geht auf den lateinischen Begriff hospitium zurück, welcher wörtlich übersetzt Gastfreundschaft und Herberge bedeutet.

Im antiken römischen Reich wurde Kranken, Sterbenden und in anderer Weise Bedürftigen in Hospizen Unterkunft, Verpflegung und Hilfe kostenlos angeboten.

Solche Angebote gehören im Rahmen gelebter Nächstenliebe und Barmherzigkeit von Beginn an ins Christentum und wurden von Klöstern, insbesondere von den Hospitalorden, die ab dem 4. Jahrhundert entstanden, ausgebaut. Im ursprünglichen Sinn des Wortes wurde in den mittelalterlichen Hospizen Pilgern, Reisenden, Kranken und Sterbenden Schutz, Fürsorge, Gastfreundschaft und Hilfe angeboten.

In der Neuzeit verteilten sich diese Aufgaben zunehmend auf Gasthäuser, Spitäler und „Siechenheime“.

Die Idee des Hospizes geriet in Vergessenheit, bis sie Ende des 19. Jahrhunderts in Irland von einer Gruppe von Ordensfrauen wieder aufgegriffen wurde: Die Irish Sisters of Charity gründeten in Dublin das Our Lady's Hospice und 1905 in London das St. Joseph's Hospice.

Das kann als Keimzelle der modernen europäischen Hospizbewegung betrachtet werden (Höfler 2001, S. 3 ff).

Als Begründerin der modernen Hospizbewegung gilt Cicely Saunders, die mit dem Leitgedanken „Low tech and high touch“ 1967 in London das St. Christopher's Hospice eröffnete. Das St. Christopher's Hospice wurde zur Basis der modernen Hospizbewegung, indem dort medizinisches Fachpersonal, Pflegekräfte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Hilfskräfte und in der Seelsorge tätige Menschen aus der ganzen Welt ausgebildet wurden (Höfler 2001, S. 3 f).

Das St. Christopher's Hospice wird in dieser Arbeit mehrfach als Bezugsgröße herangezogen, weil sich dort Kompetenz, Erfahrung, aber auch Innovation und offener Erfahrungsaustausch bündeln (St. Christopher's Hospice 2012).

Die moderne Hospizbewegung vereint palliativmedizinische Versorgung, soziales und humanes Engagement, psychosoziale und psychologische Betreuung und Beratung,

religionsunabhängige Seelsorge und vertritt einen ganzheitlichen und systemischen Ansatz, der den Bedürfnissen der todkranken Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen gerecht wird. Die Kooperation mit den bestehenden Einrichtungen des Gesundheitswesens ist ein wesentlicher Aspekt der Arbeit der Hospizbewegung.

Sie bringt das Thema Tod und Trauer in die Gesellschaft zurück und entreißt dieses Themenfeld der Tabuisierung, der es im Laufe des sozialen Wandels in der Moderne anheim gefallen war (Baumgartner 2010, S. 14 und Höfler 2001, S. 6 f).

Die interdisziplinäre Entwicklung und Anerkennung der Palliativmedizin, sowie die Etablierung hoher Qualitätsstandards in der palliativmedizinischen Aus- und Weiterbildung, sind der globalen Hospizbewegung zu verdanken (Höfler 2001, S. 5 ff). Traditionell arbeiten Hospize unentgeltlich, was nur durch das Engagement zahlreicher ehrenamtlich tätiger Menschen möglich ist, die genau wie die professionell Tätigen umfänglich auf ihre Arbeit vorbereitet werden. Zur Finanzierung tragen darüber hinaus Spenden und Erlöse aus Benefizveranstaltungen bei (Höfler 2001, S. 17).

Die umfangreiche und individuelle Hospiz- und Palliativversorgung kann als Alternative zur Sterbehilfe diskutiert werden, wenn nicht sogar als Voraussetzung für den Verzicht auf Sterbehilfe. Eberhart Klaschik, Professor für Palliativmedizin, bezeichnet Palliativmedizin demgegenüber als aktive Lebenshilfe (Abrahamian et al. 2007, S. 99).

„Ein Hospiz versteht sich ... als Gaststätte auf der letzten Reise“ (Hildegard Teuschl in Abrahamian et al. 2007, S. 19).

Ziel eines Hospizes ist es, „den verbleibenden Stunden mehr Leben zu geben und nicht dem verbleibenden Leben mehr Stunden“ (Pera 2001, S. 59 f).

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

In Österreich hat sich die Hospizbewegung innerhalb der vergangenen zwanzig Jahre rasch ausgebreitet und stößt mittlerweile auf breite Anerkennung. Hospizeinrichtungen bilden einen wichtigen Teil der Palliativversorgung in allen Bundesländern (Höfler 2001, S. 7 ff und S. 14 ff). In seiner Regierungserklärung am 6. März 2003 bezog Bundeskanzler Dr. Wolfgang Schüssel positiv Stellung zur gesellschaftlichen Bedeutung, sowie der Notwendigkeit des Ausbaus des Angebots an Hospizeinrichtungen in Österreich (Dachverband Hospiz Österreich 2003, S. 7).

Um die Vielzahl an Initiativen zu bündeln und gezielt zu vernetzen, um die Qualität der Arbeit in den Hospizeinrichtungen zu sichern, um den Bedürfnissen der Zielgruppen umfangreich gerecht zu werden, um die Öffentlichkeit zu informieren und zu sensibilisieren, um geeignete Qualifizierungsmodule zu schaffen, wurde 1993 der überparteiliche und überkonfessionelle Dachverband „Hospiz Österreich“ gegründet. 2003 veröffentlichte dieser Verband seine Philosophie und seine Vision in einem vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen in Auftrag gegebenen Arbeitspapier (Dachverband Hospiz Österreich 2003, S. 4 ff).

Er hat mit evaluierendem Rückblick auf die 2003 formulierte Vision im Frühjahr 2010 eine Liste von Forderungen zum Recht auf Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich aufgestellt (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 20).

Der Bedarf an Betten und Plätzen in der Hospiz- und Palliativversorgung scheint zu steigen und die Finanzierung der Leistungen soll verlässlich gelöst werden (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 16 ff und Baumgartner 2006, Folie 19).

Rund 80% der Österreicher möchten in der ihnen vertrauten Umgebung ihren letzten Weg gehen (Abrahamian et al. 2007, S. 20 und Riss 2010, S. 1).

Hingegen sterben nur 15% der Wiener Bevölkerung zuhause (Tauchner 2011, S. 1).

In Niederösterreich wird dieser Wunsch immerhin 27,6% der Bevölkerung erfüllt (Riss 2010, S. 1).

Anne Elisabeth Höfler weist auf die Unterschiede zwischen Stadt und Land hin: In Kranken- und Pflegeeinrichtungen sterben in ländlichen Gebieten 44% der Bevölkerung, in Wien hingegen 77% (Höfler 2001, S. 6).

Diese Zahlen sind nicht wissenschaftlich erhoben, geben aber dennoch eine Vorstellung davon, wie vielen Menschen der Wunsch nach einem Tod in der vertrauten Umgebung nicht erfüllt werden kann. Als einen Schritt in die richtige Richtung kann die Verankerung des Hospiz- und Palliativbereichs in einem sogenannten „Staatsvertrag“ nach Artikel 15a B-VG (Bundesverfassungsgesetz) gesehen werden. 2005 wurde dort folgender Passus aufgenommen: „Insbesondere wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Palliativ- und Hospizversorgung einheitlich zu planen und prioritär umzusetzen. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebots ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären Akut- und Langzeitbereich,

im ambulanten Bereich, sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich sicher zu stellen“ (Bundesgesetzblatt, Nr. 73, 12.07.2005, S. 5).

Die Gesundheit Österreich GmbH hat im Geschäftsbereich ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) das Konzept „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“ erarbeiten lassen. 2007 wurde es veröffentlicht und gilt seitdem verbindlich für alle österreichischen palliativmedizinischen Einrichtungen und Hospize.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern die Kriterien des ÖBIG erfüllt werden und wie weit institutionelle und individuelle Ansprüche und Wünsche mit der Realität in den Tageshospiz-Einrichtungen übereinstimmen.

Am Beispiel der österreichischen Tageshospizeinrichtungen, die einen definierten Teil der gesamten Hospiz- und Palliativversorgung ausmachen, sollen die Qualitätskriterien und Forderungen aus dem Konzept des ÖBIG und denen des Dachverbands Hospiz, sowie die mittels Sekundäranalyse erhobenen Wünsche und Bedürfnisse betroffener Menschen mit dem realen Leistungsangebot, das sich anhand einer Umfrage und mit Hilfe einer Internetrecherche ermitteln lässt, verglichen werden.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit sollen sich Impulse für die bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Institution Tageshospiz und ihrer Ausbreitung in Österreich formulieren lassen, die den Bedürfnissen der betroffenen Menschen entgegenkommen und den finanziellen und rechtlichen Aspekten der Gesellschaft und des Gesundheitssystems Rechnung tragen. Bedarfsorientierung beinhaltet unterschiedliche Aspekte: Die Demographie, die Entwicklung der Häufigkeit unheilbarer Krankheiten (insbesondere Krebs), die psychosoziale Entwicklung des Einzelnen und seine Strategie im Umgang mit dem Tod, sowie die soziokulturelle Entwicklung.

Theoretische Erklärungsansätze für den Wandel der Bedürfnisse betroffener Menschen in der finalen Phase des Lebens und in der Trauer finden sich im Phasenmodell nach Elisabeth Kübler-Ross und in der Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow. Das Phasenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erik H. Erickson kann ergänzend als Erklärungsmodell herangezogen werden.

Statistische Erhebungen können die Bedarfslage nach Plätzen in Tageshospizen erhellen. Dabei spielt die Demographie eine Rolle, genauso aber auch die Rate und die Verteilung bestimmter Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Aids. Die steigende Zahl der Hochbetagten sollte beachtet werden.

Die statistischen Daten sind sehr ausführlich und vielfältig aufbereitet im aktuellen statistischen Jahrbuch (Statistik Austria) zu finden.

1.3 Die Tageshospize in Österreich: Definition und Einordnung

Definition: „Das TAGESHOSPIZ bietet Palliativpatientinnen/-patienten die Möglichkeit, tagsüber außerhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben. Es bietet Behandlung, Beratung und Begleitung durch ein multiprofessionelles Team mit Unterstützung durch ehrenamtlich Tätige. Zusätzliche psychosoziale und therapeutische Angebote dienen dazu, den Tag zu gestalten und die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben“ (ÖBIG 2007, S. 7).

„Das Tageshospiz kann als eigenständige Leistung von allen Palliativpatientinnen/-patienten in Anspruch genommen werden“. Die wesentliche Aufgabe des Tageshospizes ist sowohl die tageweise Betreuung der betroffenen Menschen, als auch die tageweise Entlastung ihrer pflegenden Angehörigen (ÖBIG 2007, S. 7).

Das Leistungsspektrum der Hospiz- und Palliativversorgung umfasst sowohl den Behandlungsfall, als auch den Pflegefall. Daraus ergibt sich die Zuständigkeit zweier Kostenträger (Höfler 2001, S. 16).

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich stellt sich laut des Konzepts wie folgt dar:

Die Grundversorgung wird im vorhandenen Pflegesystem und in den Familien, in Krankenhäusern und durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten abgedeckt.

Unterstützende Angebote werden von Hospizteams, Palliativkonsiliardiensten und mobilen Pflgeteams übernommen.

Betreuende Angebote bieten schließlich Palliativstationen, stationäre Hospize und Tageshospize (ÖBIG 2007, S. 4).

Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

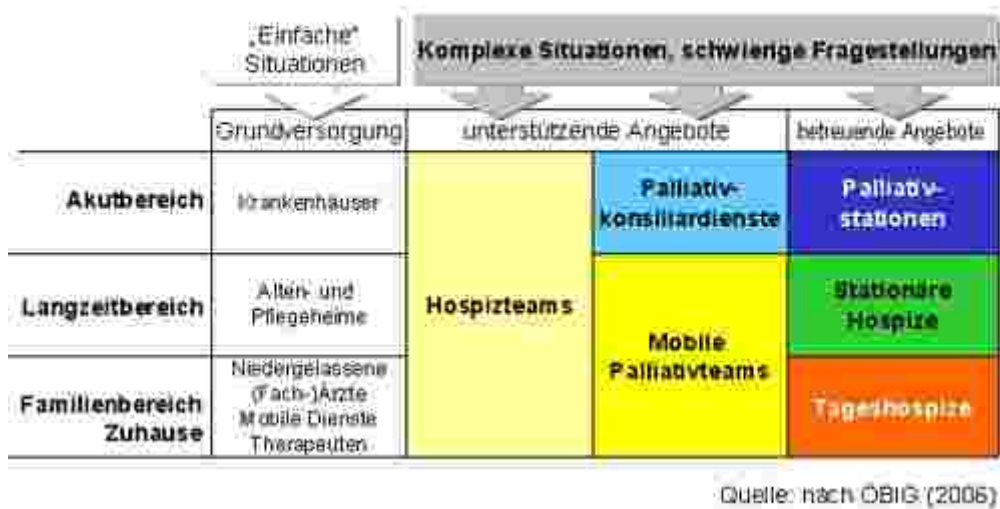


Abbildung 1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

2011 gab es in Österreich drei Tageshospize:

- Das Tageshospiz der Caritas im Caritas-Senioren- und Pflegeheim St. Barbara in Wien.
- Das Tageshospiz „Kleingmainerhof“ in Salzburg wird von der Hospiz-Bewegung Salzburg Verein für Lebensbegleitung und Sterbebeistand betrieben.
- Das Albert-Schweitzer Tageshospiz in Graz ist in die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz eingebunden.

Das entspricht einem Anteil von 1,2 % an der Gesamtzahl von 252 Hospiz- und Palliativeinrichtungen (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 3).

Die neueste jährliche Statistik des Dachverbandes Hospiz Österreich liegt noch nicht vor.

Laut Planung sollen bis 2012 neun Tageshospize zur Verfügung stehen (Baumgartner 2006, Folie 19). Das scheint aus jetziger Sicht nicht erreichbar zu sein.

2012 kam im April ein viertes Tageshospiz im Landespflegeheim St Pölten hinzu.

Damit ist das Plansoll, nämlich bis 2012 neun Tageshospize etabliert zu haben, im April 2012 zu 44,4 % erfüllt.

Seit 2002 haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Österreich die gesetzlich verankerte Möglichkeit der Familienhospizkarenz, d.h. sie können bis zu sechs Monate karenziert werden oder ihre Arbeitszeit reduzieren, um schwerkranke Angehörige auf dem

letzten Weg begleiten zu können (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2012).

Die Zielgruppe eines Tageshospizes sind erwachsene, mobile, schwerkranke Menschen (ÖBIG 2007, S. 7).

Überwiegend werden sie außerhalb der stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens betreut und gepflegt, und somit fällt dem Tageshospiz auch die Funktion der Entlastung der Angehörigen zu. Zudem eröffnet sich den pflegenden Angehörigen durch die Tageshospize die Möglichkeit, trotz der belastenden und zeitintensiven Aufgabe im Beruf zu verbleiben, und sich eine gewisse Sicherheit und Stabilität für die Zeit nach dem bevorstehenden Todesfall bewahren zu können. Damit und mit dem Angebot der Trauerbegleitung realisiert ein Tageshospiz einen Ansatz, der als systemisch und ganzheitlich charakterisiert werden kann.

Systemisch heißt, dass der Sterbende nicht isoliert betrachtet wird, sondern in seinem Netzwerk aus Angehörigen, Freunden, Nachbarn und evtl. Kollegen. Diese Menschen, die dem Sterbenden nahe stehen, werden in den Sterbeprozess mit eingebunden und ebenso begleitet, wie der betroffene Mensch selbst. Systemische Sterbebegleitung endet nicht mit dem Tod, sondern mündet in Trauerarbeit.

Ganzheitlich bedeutet dies, dass alle Ebenen des Seins in der Sterbebegleitung Beachtung finden: die physische, die psychische, die spirituelle und die soziale.

Die Zielgruppe schließt unter Umständen auch Patientinnen und Patienten ein, die in stationären Einrichtungen betreut werden.

Ein Tageshospiz kann an eine stationäre Palliativstation angegliedert oder in eine Klinik integriert sein. Eine erforderliche stationäre Behandlung kann dann unter Bewahrung des sozialen Umfeldes ermöglicht werden, sofern die Behandlung den Transport in die Tageseinrichtung erlaubt.

In Niederösterreich wurde im November 2010 das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim“ gestartet. Hierbei sollen die Charakteristika des Hospizes in die Pflegeheime getragen werden, um den Bewohnerinnen und Bewohnern einen würdevollen letzten Weg zu ebnet. Es handelt sich hierbei um ein Qualitätsentwicklungsprojekt des Dachverbandes Hospiz Österreich (Riss 2010, S. 3). Dieses Projekt weitet die Zielgruppe

des Hospizes aus, indem der Hospizgedanke zu den immobilen Sterbenden getragen wird, anstatt dass die noch mobilen Sterbenden ins Hospiz gebracht werden.

1.4 Soll: Die Qualitätskriterien und Ziele eines Tageshospizes

In einer Expertengruppe wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erarbeitet und 2006 bestätigt. Im österreichischen Bundesinstitut für das Gesundheitswesen „ÖBIG“, einem der beiden Geschäftsbereiche der nationalen Forschungs- und Planungsinstitute für das Gesundheitswesen „Gesundheit Österreich GmbH“, wurde das Konzept schriftlich verfasst. Zu den darin verankerten Versorgungsbausteinen wurden die im Folgenden ausgeführten Qualitätskriterien, die sogenannten Strukturqualitätskriterien, zusammengestellt (ÖBIG 2007, S. 18 f).

Die Strukturqualitätskriterien definieren einen Standard, den die Einrichtungen einhalten und an dem sie sich messen lassen müssen.

Bezugnehmend auf dieses Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, sowie auf das aktuelle Regierungsprogramm und die gültige Artikel 15a-Vereinbarung („Staatsvertrag“) über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens stellt der Dachverband Hospiz Österreich Forderungen an die Politik und verlangt die zügige Umsetzung der Ziele der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 20 und Tiroler Hospizgemeinschaft).

Die Forderungen beziehen sich in erster Linie auf die offenen Fragen hinsichtlich der Finanzierung und auf den zügigen Ausbau des Netzes an Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung.

Der Dachverband Hospiz Österreich war in der Expertengruppe, die das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erstellt hat, aktives Mitglied. Ebenso die Österreichische Palliativgesellschaft und Experten aus allen Bundesländern. Bestätigt wurde das Konzept von einer Expertengruppe, in der Bund, Länder, Sozialversicherung und Ärztekammer vertreten waren (ÖBIG 2007, S. 1). Diese Konstellation von Experten weist auf die unterschiedlichen Prioritäten und Blickwinkel hin, die zuweilen Fragen bezüglich der Finanzierung und des Rechtsanspruchs sowie der Umsetzung des Konzepts in den Raum stellen. Politik, Finanzen und die Ideale der Hospizbewegung müssen immer

wieder Pragmatismus und Idealismus in ein realisierbares Format bringen. Davon werden auch die Strukturqualitätskriterien und deren Umsetzung berührt.

1.4.1 Personalausstattung

Ärztliches Personal muss während der Betriebszeiten zur Verfügung stehen. Mindestens zwei Pflegekräfte müssen während der Betriebszeiten anwesend sein.

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer müssen verfügbar sein.

Dasselbe gilt für Fachkräfte aus unterschiedlichen Professionen, wie beispielsweise Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Kreativtherapie, Seelsorge (ÖBIG 2007, S.18 f).

Die Bezeichnung „verfügbar“ wird nicht näher erläutert. Die genannten Fachkräfte kommen üblicherweise in einem festgelegten Rhythmus in die Einrichtung, somit sind sie verfügbar.

Ehrenamtliche sind angesichts der individuellen, zeitintensiven und weit über das in der klassischen Pflege hinausgehende Maß an Zuwendung und Aufmerksamkeit unerlässlich. Es reicht nicht, wenn sie nur an bestimmten Tagen zur Unterstützung in die Einrichtung kommen. Das schließt nicht aus, dass jeder Einzelne nur an bestimmten Tagen arbeitet (Ambros 2011).

Kontinuität ist für die Schwerkranken wichtig. Ein häufiger Wechsel der Pflegekräfte überfordert sie schnell. Daher wird Wert darauf gelegt, dass feste Arbeitstage eingehalten werden. Auf genügend Regenerationszeit der Pflegekräfte muss geachtet werden, denn die sehr intensive Zuwendung im Hospiz kostet viel Kraft. Dennoch kann nach Durchsicht einiger Chatrooms der Eindruck zusammengefasst werden, dass die Pflegekräfte und die Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit offenbar nicht so sehr zum „Ausbrennen“ neigen wie ihre Kolleginnen und Kollegen in der klassischen Pflege. Sie scheinen aus der intensiven persönlichen Pflege und aus dem, was sie den Gästen geben können, sowie durch die Möglichkeiten des regen Austauschs untereinander und auch mit Seelsorgern viel Kraft zu schöpfen und die Freude an ihrer Arbeit dadurch bewahren zu können.

Die Schilderung von Inge Ambros im Rahmen eines Kongresses in Klagenfurt spricht eine deutliche Sprache und zeigt eindrücklich die Begeisterung, mit der die Rednerin ihrer ehrenamtlichen Arbeit im Hospiz nachgeht (Ambros 2011).

1.4.2 Personalqualifikation

Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die Fachärztinnen und Fachärzte müssen Erfahrungen auf dem Gebiet der Palliativmedizin und die einschlägige Weiterbildung im Umfang von mindestens 160 Stunden nachweisen.

In der Pflege kommen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zum Einsatz, die Erfahrungen auf dem Gebiet der Palliativ Care und die einschlägige Weiterbildung im Umfang von mindestens 160 Stunden absolviert haben müssen.

Die ehrenamtlich Tätigen müssen vor ihrem Einsatz einen vom Dachverband Hospiz Österreich anerkannten Kurs (mindestens 70 Stunden Theorie und 40 Stunden Praktikum) mit Erfolg, welcher in einem Feedbackgespräch nachgewiesen werden muss, besucht haben (ÖBIG 2007, S.18 f). Über die Zulassung einer Interessentin/ eines Interessenten zu diesem Kurs wird anhand festgesetzter Kriterien entschieden. Voraussetzungen zur Kursteilnahme sind demnach psychische Stabilität, die Bereitschaft, sich alleine und in der Gruppe mit dem Themenkomplex Tod, Verlust, Trauer, Krankheit und Sterben auseinanderzusetzen und Erfahrungen auszutauschen, sowie Respekt vor dem Weltbild und der religiösen Ausrichtung anderer Menschen zu haben. Von der Kursteilnahme werden Menschen ausgeschlossen, die aktuell persönlich schwerwiegende Ereignisse zu verarbeiten sind (Dachverband Hospiz Österreich, 2011b, S. 3).

Der Kurs beinhaltet neben der Vermittlung einer geeigneten Haltung gegenüber Schwerkranken und deren Angehörigen die Lernfelder Biographie, Kommunikation, Information und Spiritualität (Dachverband Hospiz Österreich, 2011b, S. 3-8).

Im Forderungskatalog des Dachverbandes Hospiz wird für alle Berufsgruppen in der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen eine Verstärkung der Aus-, Fort- und Weiterbildung dringend eingemahnt. Des Weiteren wird ein ethisch fundierter, praxisnaher Unterricht an den medizinischen Fakultäten Österreichs gefordert (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 20).

1.4.3 Technische Ausstattung

Die verlangte Mindestausstattung sieht einen Absauger, eine Hebebadewanne mit Patientenliegelifter, einen Steckbeckenspüler und Beatmungsbeutel mit Masken vor (ÖBIG 2007, S. 18 f).

Entsprechend dem Leitsatz der Hospizbewegung „Low tech, high touch“ steht die technische Ausstattung nicht im Zentrum der Betrachtung in einer Hospizeinrichtung. Daher wird in der vorliegenden Arbeit auf diesen Aspekt auch nur der Vollständigkeit halber hingewiesen.

1.4.4 Räumliche Ausstattung

Die Tageshospize sollen eine wohnliche Atmosphäre mit multifunktionalen und bequemen Sitzmöglichkeiten, sowie einer Wohnküche und einem Gemeinschaftsraum bieten und behindertengerecht ausgestattet sein. Vorausgesetzt wird ein Pflegebad, ein Behandlungs- und Therapieraum, gesonderte Räume für das Pflegepersonal und für Teambesprechungen, sowie eine Raucherzone (ÖBIG 2007, S. 18 f).

In Umfragen betonen Gäste und Angehörige immer wieder die Bedeutung, die sie der hellen und freundlichen Atmosphäre beimessen, die zum Verweilen und Reden einlädt, Ruhe ausstrahlt und zugleich Aktivität fördert. Über die positiven Rückmeldungen der Gäste hinsichtlich der gemeinsamen Aktivitäten und des gemeinsamen Kochens berichtet Inge Ambros während eines Kongresses (Ambros 2011).

Eine behindertengerechte Ausstattung kann bei der Klientel schwerstkranker Menschen als eine Selbstverständlichkeit angesehen werden. Mit körperlichen Einschränkungen muss trotz der grundsätzlichen Mobilität in erheblichem Maße gerechnet werden, ebenso mit körperlicher Schwäche, die Treppen zu einer Herausforderung, Wege ohne Rollstuhl zu einer Höchstleistung werden lässt.

Unter Behandlungs- und Therapieräumen muss nicht zwingend eine Ausstattung verstanden werden, wie sie im Spital anzutreffen ist. Weniger ist oft mehr. Die Atmosphäre und der Wohlfühlfaktor sind im Tageshospiz neben der Funktionalität sehr wichtig. Genuss steht für die Hospizgäste hoch im Kurs (Ambros 2011). Für einige sicherlich auch die Zigarette, Pfeife oder Zigarre.

Selbstverständlich muss das Personal sich zur Pause oder auch nach einer sehr belastenden Situation zurückziehen können, um dauerhaft stark zu sein für die Arbeit mit Menschen in der finalen Phase ihres Lebens. Teambesprechungen sollen in Ruhe und möglichst ohne Unterbrechung stattfinden. Selbst wenn sie außerhalb der Öffnungszeiten des Hospizes anberaumt werden, ist es aus „psychohygienischen“ Gründen günstig, sie nicht in den Räumen, die von den Gästen benutzt werden, stattfinden zu lassen.

1.4.5 Leistungsangebot

Erste Aufgabe des Tageshospizes ist die Betreuung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehöriger.

Die erforderliche Diagnostik, Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle, die Behandlung interkurrenter Erkrankungen, Palliativpflege, therapeutische Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der verbliebenen Funktionen sowie ernährungstherapeutische Maßnahmen sind anzubieten.

Die psychosoziale Betreuung und Beratung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen ist zu gewährleisten. Gegebenenfalls ist Psychotherapie angezeigt und anzubieten. Externe Praxen können hierzu eingebunden werden.

Darüber hinaus ist die spirituelle Betreuung sehr bedeutsam, ebenso wie Kommunikation, Begegnung, die Organisation von Aktivitäten und Ausflügen sowie Anamnesegespräche, Krisen-Interventionen und Trauerbegleitung.

Praktikumsplätze sollen vorgehalten werden (ÖBIG 2007, S. 18 f).

Diese Forderungen an das Leistungsangebot unterstreichen die ganzheitliche und systemische Blickrichtung, die der Hospizidee zugrunde liegt.

Auffallend ist die teilweise offene, auslegungsintensive bzw. nicht verpflichtende Formulierung.

Bei den Praktikumsplätzen geht es sicherlich zum großen Teil um die Pflichtpraktika der zukünftigen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer. Andererseits können professionelle Beschäftigte in den Pflege- und Heilberufen die Möglichkeit nutzen, sich das Tätigkeitsfeld Hospiz und Palliativ Care genau anzuschauen, bevor sie sich für eine Weiterbildung oder einen Einstieg entscheiden.

1.4.6 Größe

Ein Tageshospiz ist eine selbstständige Organisationseinheit mit einem eigenen Team und mindestens sechs Plätzen. Es kann an eine andere Palliativversorgungseinrichtung gekoppelt oder in eine solche integriert sein (ÖBIG 2007, S. 18 f).

Ein wesentliches Charakteristikum des Hospizes ist die Individualität der Zuwendung und die familiäre Atmosphäre. Dies kann nur gelingen, wenn eine Einrichtung nicht zu groß wird.

Zudem wird großer Wert auf die Einbindung der Familienangehörigen der Gäste gelegt. In einem zu großen Haus würde sich möglicherweise rasch eine hektische und unpersönliche Atmosphäre ausbreiten, wenn die Zahl der Gäste in die Höhe schnell.

Hat eine Einrichtung weniger als sechs Plätze, werden die effektive Organisation und die Finanzierung sehr schwierig. Außerdem soll den Gästen Abwechslung und der Austausch mit gleichermaßen betroffenen Menschen ermöglicht werden, was bei drei oder vier Gästen nur noch eingeschränkt realisierbar ist.

1.4.7 Ziele und Aufgaben

In einem Tageshospiz soll die Lebensqualität und die Eigenständigkeit der unheilbar kranken, aber noch mobilen oder transportfähigen Menschen gefördert werden und die (pflegenden) Angehörigen sollen Entlastung erfahren. Das Lebensumfeld der betroffenen Menschen soll erweitert werden, um soziale Isolation zu verhindern und um mit gleichermaßen betroffenen Menschen in eine Gemeinschaft treten zu können.

Krankenhausaufenthalte können durch die Betreuung im Tageshospiz vermieden werden. Die Gestaltung und Bearbeitung von Abschieden gehört schließlich zu den wesentlichen Zielen eines Tageshospizes (ÖBIG 2007, S. 7).

Die individuelle Zuwendung, sowie die psychischen, physischen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse des einzelnen Menschen stehen im Zentrum des ganzheitlichen Ansatzes der Hospiz- und Palliativversorgung. Dazu gehört Kontinuität bis hin zur Betreuung der zurückbleibenden Angehörigen.

Ein multiprofessionelles Team und externe Fachkräfte wägen Nutzen und Belastung therapeutischer Maßnahmen mit den betroffenen Menschen ab: sie unterstützen damit

individuelle, selbst bestimmte Entscheidungsprozesse (Shared decision making) und helfen z.B. bei Patientenverfügungen.

Zu den Aufgaben der qualifizierten Fachkräfte in der Hospiz- und Palliativversorgung gehört auch die Mitarbeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen und Öffentlichkeitsarbeit (ÖBIG 2007, S. 2 f). Das bedeutet, dass in der Aus-, Fort- und Weiterbildung ein funktioneller Praxisbezug hergestellt werden kann.

Die Hospiz- und Palliativbetreuung setzt auf eine breite Basis von ehrenamtlich Tätigen, die nach den Richtlinien des Dachverbandes Hospiz Österreich ausgebildet sind. Das hierzu aufgelegte Curriculum wird regelmäßig überarbeitet und liegt in der aktuellen Fassung aus dem Jahr 2011 vor (Dachverband Hospiz Österreich 2011b).

2010 haben 3055 Ehrenamtliche insgesamt 338.407 Stunden unbezahlte Arbeit, davon 222.340 Stunden in der direkten Begleitung Todkranker, Sterbender und Angehöriger geleistet (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 13).

Die Datenerhebung aus 2011 ist noch nicht verarbeitet und veröffentlicht.

1.4.8 Finanzierung, Zuständigkeit, Recht

1997 wurde das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in Österreich eingeführt. Dort werden palliativmedizinische Einrichtungen als Sonderbereich eingeordnet, tagesklinische Aufenthalte werden als Spezialfälle klassifiziert (Bundesministerium für Gesundheit, Bereich I/B 2010, S. 13). Damit sollte eine eindeutige Zuordnung und Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Leistungen möglich sein.

Die LKF sieht so genannte LKF-Punkte für unterschiedliche Leistungen vor. Die Leistungen der Hospizarbeit lassen sich nicht vollständig in diesem Punktekatalog abbilden (Höfler 2001, S. 16).

Im System der LKF wird zwischen Pflege und Behandlung unterschieden. Daraus ergibt sich für die Hospiz- und Palliativversorgung, dass die Kosten für definierte medizinische Behandlungen von der Krankenkasse übernommen werden. Gäste, die als Pflegefall

eingestuft sind, müssen die Kosten, die im Hospiz entstehen, aus Pflegegeld, eigenen bzw. familieninternen Mitteln und gegebenenfalls von der Sozialhilfe finanzieren (Höfler 2001, S.16).

Der Dachverband Hospiz Österreich postuliert, dass die Finanzierung der Einrichtungen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in der öffentlichen Hand liegen muss (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 20).

In der aktuellen Artikel 15a- Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist die flächendeckende, bedarfsgerechte und österreichweit gleichwertige Entwicklung der abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung und ihre Integration im allgemeinen Gesundheits- und Pflegesystem verankert (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2005, S. 5).

Der Dachverband Hospiz Österreich drängt auf die Umsetzung der Vereinbarung und verlangt ein Ende der unklaren Zuständigkeit von Gesundheits- und Sozialbereich. „...Die Versorgung am Lebensende darf nicht weiter Spielball zwischen diesen Bereichen, insbesondere in Bezug auf die Finanzierung, sein...“ Die Integration von Hospiz und Palliative Care in die Langzeitpflege soll forciert werden (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 20).

Ebenso fordert der Dachverband einen in der Krankenversicherung verankerten Rechtsanspruch auf Hospiz- und Palliativbetreuung, die erreichbar, leistbar und zugänglich ist, für alle Bürgerinnen und Bürger (ebd.).

Die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit für alle Bürgerinnen und Bürger bedeutet, dass viele kleine Hospizeinrichtungen über ganz Österreich verteilt sein müssen. Auch wenn die Gäste eines Tageshospizes „mobil“ sind, so müssen dennoch Abstriche hinsichtlich der Reisefähigkeit gemacht werden. Aufgrund ihrer Leiden können sie oft keine langen und beschwerlichen Fahrten überstehen.

Nach der Enquete „Unsere Solidarität mit den Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ am 29.Mai 2001 wurde am 13. Dezember desselben Jahres im Nationalrat die „4-Parteieneinigung“ erzielt. Sie enthält unter anderem die Forderung nach:

- Dem raschen Ausbau des ambulanten und mobilen Hospizbereichs

- Einem langfristigen Finanzierungsmodell ... da die Inanspruchnahme von Hospizdiensten nicht von den Einkommensverhältnissen abhängig sein soll
- Die umgehende Einrichtung der bereits im österreichischen Krankenanstaltenplan vorgesehenen palliativmedizinischen Einheiten
- Die Versorgung der Bevölkerung ganz Österreichs mit Hospizeinrichtungen

(Abrahamian et al. 2007, S. 129 f und Tauchner 2001, S. 49)

Im Europarat wurden die Rechte des Kranken und Sterbenden bereits 1967 festgesetzt und zwar das Recht auf:

- Freiheit (inkl. Entscheidungsfreiheit)
- Persönliche Würde und Integrität
- Information
- Angemessene Behandlung (medizinisch und menschlich)
- Leidensfreiheit

(Tauchner 2011, S. 47)

Stein Husebø und Dr. Eduard Klaschnik ergänzen diese Liste um das Recht, nicht allein sterben zu müssen (Husebø, Klaschnik 2009, S. 374 f).

Im Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz § 62 (2) sind unter anderem folgende Rechte des Kranken und Sterbenden verbrieft:

- Rücksichtsvolle Behandlung
- Verschwiegenheit
- Information und Aufklärung hinsichtlich Behandlungsmethoden
- Entscheidungsfreiheit bezüglich der Zustimmung zu einer Behandlung oder ihrer Ablehnung
- Möglichkeiten, Besuch zu empfangen
- Seelsorge
- Äußerung von Beschwerden und Anregungen
- Intimsphäre
- Psychologische Betreuung
- Menschenwürdiges Sterben
- Kontakt zu Angehörigen auch außerhalb der Besuchszeiten, wenn sich der Zustand verschlechtert oder der Tod bevor steht

- Schonende, verständliche medizinische Information

(Tauchner 2011, S. 48)

Das Recht auf Lebensqualität bis zuletzt ist im Krankenanstaltengesetz für Wien im § 17a festgeschrieben (Höfler 2001, S.7).

1.5 Soll: Bedarfsanalyse

Das „Soll“ kann schließlich auch als Bedarfsanalyse gesehen werden. Wie viele Einrichtungen sollen entstehen, um den Bedarf zu decken? Darauf gibt die Datenerhebung des Dachverbandes Hospiz Österreich Antwort: Bis 2012 sollen neun Tageshospize, über Österreich verteilt, zur Verfügung stehen (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S.16 ff und Baumgartner 2006, Folie 19).

Es gibt bislang vier, inklusive des im April 2012 neu eröffneten im Landespflegeheim in St. Pölten (Landespressedienst Niederösterreich 2012). Die Einrichtung in Salzburg soll bis 2013 erweitert werden, berichtet Daniel Kosak am 23.01 2012 im „Pressebericht Gemeindebund“ (Kosak 2012).

Diese Zahlen zeigen, dass die auf den jährlichen Datenerhebungen des Dachverbandes Hospiz Österreich beruhenden Prognosen zu den nachgefragten Plätzen in Tageshospizen bei weitem nicht erfüllt werden.

Was trägt zu dem offenbar steigenden Bedarf bei?

Die Öffentlichkeitsarbeit der Hospizvereine inspiriert sicherlich sowohl Betroffene, als auch die durchschnittliche Bevölkerung, die irgendwann mit dem Thema Tod konfrontiert werden wird, über die Gestaltung der letzten Lebensphase nachzudenken.

Hospizerfahrungen betroffener Kranker und deren Angehöriger werden, so darf vermutet werden, in deren Bekanntenkreis diskutiert. Dadurch können Perspektivwechsel initiiert werden.

Die mediale Berichterstattung tut ein Übriges.

Der Anteil Hochbetagter steigt stetig (Riss 2010, S. 1). Deshalb stellt sich zuweilen die Frage, ob bestimmte kurative Maßnahmen im Sinne des Betroffenen sein können.

Würdevolles Sterben kann in der Priorität deutlich vor lebenserhaltenden Maßnahmen stehen. Dem wird im Hospizgedanken Raum gegeben, und vielleicht ist es genau dieser Raum, den sich viele Österreicherinnen und Österreicher für ihr Lebensende wünschen.

„Der soziale Tod eilt dem biologischen Tod schon weit voraus“, so wird Richard Löw zitiert (Abrahamian et al. 2007, S. 63). Er kritisiert mit diesem Satz die gängige Praxis,

Lebensverlängerung mit allen verfügbaren Mitteln vor ein würdevolles und in ein soziales Netz eingebundenes, geborgenes Sterben zu stellen.

1.6 Soll: Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen

Außer den offiziellen Richtlinien und Forderungen spielen für das „Soll“ die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Menschen eine Rolle.

Betroffen sind in erster Linie die schwerkranken Patienten, die sich entscheiden, ihren letzten Weg im geschützten Rahmen eines Tageshospizes zu gehen.

Die Angehörigen sind als begleitende, pflegende und liebende auf dem letzten Weg und darüber hinaus betroffen.

Ebenso betroffen ist das Personal, Fachpersonal und Ehrenamtliche gleichermaßen.

Eine gesellschaftliche Komponente kommt zum Tragen, wenn über die wachsende Akzeptanz des Hospizgedankens gesprochen und geschrieben wird. Wenn die Akzeptanz steigt, lässt sich daraus schließen, dass zunehmend mehr Menschen über die Gestaltung ihres Lebensabends nachdenken und teilweise zu dem Entschluss gelangen, nicht in einer Klinik sterben zu wollen. Das hat Auswirkungen auf den zukünftigen Bedarf an Betten in den Hospizen. Die Akzeptanz des Hospizgedankens hat letztendlich auch soziokulturelle Aspekte: Die Tendenz, den Tod auszublenden, Todkranke auszusondern, ein Leben ohne Tod zu denken, kann sich umkehren.

Dieses „Soll“ aus Sicht der betroffenen Menschen kann erfragt werden. In der Literatur und in den einschlägigen Seiten und Foren im Internet gibt es darüber hinaus Hinweise zu den Wünschen der Sterbenden und ihrer Angehörigen, aber auch zu den Wünschen der Pflegekräfte und der Ehrenamtlichen. Die Bedürfnisse von Sterbenden und ihren Angehörigen sind darüber hinaus Thema verschiedener Arbeiten. Die Masterarbeit von Daniela Tauchner (Tauchner 2011, S. 53-80) und die Veröffentlichung von Daniela Gruber (Gruber et al. 2006, S.23-28) beschäftigen sich z.B. mit dem Thema, ebenso eine Veröffentlichung des Senats für Soziales, Kinder, Jugend, Frauen in Bremen (Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen 2006).

Die Entfernung und die Transportmöglichkeiten zum Hospiz beschäftigen die Menschen genauso wie die Kosten, die entstehen. Die gesetzlich verankerte „flächendeckende, bedarfsgerechte und österreichweit gleichwertige Entwicklung der abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung und ihre Integration im allgemeinen Gesundheits- und

Pflegesystem“, betreffen genau diese Bedenken und Bedürfnisse (Bundesgesetzblatt der Republik Österreich S. 5). Die Bereitschaft, sich an den Kosten zu beteiligen, ist auf breiter Basis in Höhe von 10 bis 100 Euro pro Tag zu finden. Die Transportwege sind nicht so sehr im Fokus, sondern die stressfreie Beförderung und die möglichst kurze Transportdauer (Tauchner 2011, S. 53-80).

Der Tenor aus der Sekundäranalyse ist die Priorität nichtmedizinischer Dienstleistungen, d.h. der Wunsch nach individueller, freundlicher, geduldiger und nicht zeitlich determinierter Zuwendung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich für die Kranken interessieren und Freude an ihrem Beruf mitbringen sollen.

Der soziale und kommunikative Aspekt spielt eine wichtige Rolle, ebenso die Aktivität. Gemeinsame und genussvolle Mahlzeiten mit netten Tischgesprächen, danach Zeit für einen Erholungsschlaf oder Zeitungslektüre und schließlich die Tasse Kaffee in gemüthlicher und freundlicher Atmosphäre sind Wünsche der Kranken, die offensichtlich eine gewisse entspannte Normalität suchen (Tauchner 2011, S. 68 ff).

Die Angehörigen wünschen sich selbst Entlastung und für ihre Kranken neben der guten Betreuung, eine angenehme Gemeinschaft, Ablenkung vom Alltag, aber dennoch Rückzugsmöglichkeiten. Freiheit in der Gestaltung des Tages und ein intensives Eingehen auf die Wünsche der Kranken erachten die Angehörigen für bedeutsam.

Der reibungslose Transport spielt für die verantwortlichen Angehörigen eine wichtige Rolle (Tauchner 2011, S. 75).

Die Pflegekräfte und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer scheinen an der Hospizarbeit zu schätzen, dass sie Zeit für die kranken Menschen haben dürfen. Genau das kommt in der klassischen Pflege zu kurz und belastet die Pflegekräfte, die durch den Zeitdruck ihre Berufsmotivation, nämlich für andere da zu sein, verlieren.

Für schwerkranke Menschen können aus Sicht der Angehörigen und Pflegekräfte alltägliche Dinge und Kleinigkeiten enorm viel bedeuten und ihnen Aufschwung, Würde und Kraft schenken – und sei es, die Kraft in Würde sterben zu können. Diese kleinen Bitten und Bedürfnisse zu erkennen und zu erfüllen, gehört zum Alltag der Angehörigen und des Personals. Das kann erfüllende Momente für alle Beteiligten beschern, die den Abschied leichter machen (Abrahamian 2007, S. 109).

2. Material und Methoden

2.1 Soll: Leitlinien, Forderungen, Bedürfnisse und Bedarf

Die Leitlinien des ÖBIG für österreichische Tageshospize sind in Kapitel 1.4 bereits ausgeführt worden. Sie sind in der Broschüre „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“ definiert. Darüber hinaus finden sich dort allgemeine Grundsätze und Inhalte der Palliativ- und Hospizbetreuung (ÖBIG 2007, S. 18 f und S. 2 f).

Der Dachverband Hospiz Österreich arbeitet kontinuierlich an der Verbesserung der Palliativversorgung und stützt sich dabei auf eine breit angelegte jährliche Datenerhebung. Die jährliche Datenanalyse und Statistik des Dachverbands Hospiz zielt ab auf die:

- Fundierte Formulierung von Forderungen an die Politik
- Zusammenfassung bedarfsgerechter Vorschläge und Anforderungen an die Hospizeinrichtungen
- Überarbeitung der Curricula für die Qualifizierung der Ehrenamtlichen
- Überarbeitung der Curricula für die Aus- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals
- Fundierte Prognosen über den zukünftigen Bettenbedarf in Hospizeinrichtungen

In den einzelnen Verbänden und Institutionen, die im Dachverband Hospiz zusammenarbeiten, werden Erfahrungsberichte verfasst, Supervisionen durchgeführt, das kollegiale Gespräch gefördert und der interdisziplinäre Austausch angeregt. Dadurch werden Ideen, Anregungen, Beobachtungen, Hinweise und Kritik zusammengetragen und diskutiert. So können die Bedürfnisse der Betroffenen – die der Kranken, die der Angehörigen und die des Personals- informell erfasst und peu à peu berücksichtigt werden. In Symposien und Kongressen werden in strukturierter und dokumentierter Form, über die Bedürfnisse der Betroffenen und der gesellschaftliche Bedarf hinsichtlich der Hospizversorgung diskutiert. Die Dokumentationen dieser Veranstaltungen liefern Material für die Konstruktion qualitativer Soll-Kriterien.

Ergänzend wurde auf eine strukturierte Befragung zurückgegriffen, die Daniela Tauchner im Rahmen ihrer Masterarbeit durchgeführt hat, um die Wünsche und Bedürfnisse der

betroffenen und potenziell betroffenen Hospizgäste sowie deren Motivation und Bereitschaft zur Eigenleistung zu erkunden (Tauchner 2011, S. 53-58; S. 66-72; S. 73-80).

2.2 Ist: Wissenschaftliche Quellen

An dieser Stelle schließt die vorliegende Arbeit an eine Masterarbeit der Fachhochschule Burgenland an, die sich empirisch mit dem Thema Erwartungen und Rahmenbedingungen einer Tageshospizeinrichtung befasst (Tauchner 2011). In dieser Arbeit werden sehr ausführlich nicht nur die Wünsche und Bedürfnisse, sondern auch die Meinungen der Hospizgäste und ihre Bewertungen der vorgefundenen Versorgungssituation diskutiert. Des Weiteren werden die Curricula der Aus- und Weiterbildung in den Berufsgruppen in der Palliativversorgung als Quellen herangezogen.

Die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) und die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL) veröffentlichen in geringem Umfang teils wissenschaftliche, aber auch populärwissenschaftliche Texte. Insbesondere werden Kongresse und Fachtagungen organisiert und die Beiträge zur Verfügung gestellt. Deutlich mehr Schriften und Kongressbeiträge veröffentlicht und dokumentiert der Dachverband Hospiz Österreich.

2.3 Ist: Öffentliche Quellen

Die Veröffentlichungen und Tagungsdokumentationen des Dachverbands Hospiz Österreich und des ÖBIG und die neue und anhand der Erfahrungen überarbeitete Version des Curriculums für die Befähigungskurse ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen/-begleiter, die im Oktober 2011 verabschiedet und in Kraft gesetzt worden ist, geben Anhaltspunkte über die Entwicklung der Anforderungen, Zielsetzungen und Leistungsspektren und deren Anpassung an die Realität in den Tageshospizen und im Gesundheitswesen, sowie an die Wünsche der Betroffenen.

Die Homepages der drei österreichischen Tageshospize wurden eingehend studiert. Die Daten und Informationen wurden mit den Qualitätskriterien des ÖBIG verglichen. Dazu wurde ein Raster erstellt, nach dem die wesentlichen Informationen aus den Seiten herausgefiltert wurden. **Das Raster findet sich im Anhang.**

Weil auf den Homepages keine Meinungsäußerungen von Gästen zu finden sind, wurden Presseberichte über die drei Tageshospize analysiert.

Unter folgenden Suchbegriffen wurden die Presseberichte im Internet gefunden:
Tageshospiz Graz, Tageshospiz, Wien, Tageshospiz Salzburg, Tageshospiz St. Pölten.
So wurden Texte, in denen die Tageshospize eine Rolle spielen, gesucht.
Das Albert-Schweizer-Hospiz in Graz bietet seit Juni 2011 eine sehr umfangreiche
Broschüre an.

2.4 Literaturarbeit und Recherche

Die Sichtung der Literatur zum Thema (Tages-)Hospiz hat folgende Themenkreise gezeigt:

- Erfahrungsberichte
- Religiöse Betrachtungen
- Spirituelle und philosophische Fragestellungen und Betrachtungen
- Soziokulturelle Aspekte des Sterbens
- Psychologische Aspekte des Sterbens und der Sterbehilfe
- Philosophische Auseinandersetzung mit dem Tod
- Rechtliche Aspekte der Sterbebegleitung
- Die Geschichte der Hospizbewegung
- Volkswirtschaftliche Untersuchungen zur palliativmedizinischen Versorgung
- Betriebswirtschaftliche Untersuchungen in palliativmedizinischen Einrichtungen
- Palliativmedizinische Forschungsarbeiten
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Hospiz- und Palliativarbeit
- Supervision
- Trauerarbeit
- Abschied nehmen
- Gesetzliche Bestimmungen
- Psychohygiene
- Biographie
- Persönlichkeiten aus der Hospizbewegung

Die Recherche im Internet erfolgte im ersten Schritt mittels folgender Suchwortfelder:

- Tageshospiz Österreich, Hospiz Österreich, Palliativversorgung Österreich
- Wünsche Sterbender, Bedürfnisse Sterbender, Sterbebegleitung

- Palliativmedizinische Ausbildung Österreich, Ehrenamtliche Hospiz Österreich
- Recht Hospiz Österreich, Finanzierung Hospiz Österreich, Eigenbeteiligung Hospiz Österreich, Spenden Hospiz Österreich
- Tagesablauf Tageshospiz, Aktivitäten Tageshospiz, Gästezahlen Tageshospiz
- Personalschlüssel Tageshospiz
- Kongress Palliativmedizin Österreich, Kongress Hospiz Österreich

Von den einzelnen Ergebnissen wurde anhand der Struktur der aufgerufenen Seiten verfeinert weiter gesucht.

Im zweiten Schritt folgte eine gezielte Suchworteingabe:

- ÖBIG
- Dachverband Hospiz Österreich
- Österreichische Palliativgesellschaft
- Statistik Austria
- § 15a Verordnung
- Tageshospiz Graz
- Tageshospiz Wien
- Tageshospiz Salzburg
- Tageshospiz St. Pölten
- St Christophers Hospice
- Hospiz England, Hospizverein England, Hospiz Großbritannien, Hospizverein Großbritannien
- Hospiz Frankreich, Hospizverein Frankreich
- Hospiz Italien, Hospizverein Italien
- Hospiz Niederlande, Hospizverein Niederlande
- Hospiz Polen, Hospizverein Polen
- Hospiz Ungarn, Hospizverein Ungarn
- Hospiz Deutschland, Hospizverein Deutschland
- Hospiz Schweiz, Hospizverein Schweiz
- Hospiz Belgien, Hospizverein Belgien
- Hospiz Russland, Hospizverein Russland
- ASVG Österreich

- B-VG Österreich
- LFK Österreich
- RSG Steiermark
- RSG Niederösterreich
- Nationalrat Österreich
- Hospizvereine Österreich

Durch die Suchwortkombination „Hospiz Frankreich“ wurde eine internationale Studie gefunden, die an der Universität Gießen 2004 durchgeführt wurde: Gronemeyer R. et al. (2004).

Die Ergebnisse lieferten zahlreiche Anregungen, weiter in die Tiefe zu gehen.

Das Internet hat sich als sehr umfangreiche Informationsquelle für das Thema Tageshospiz gezeigt.

2.5 Sekundäranalyse einer Befragung

Um zu erfahren, wie die Hospizgäste und ihre Familien die Qualität der Tageshospize beurteilen und um die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen zu ermitteln, wurden in einer anderen Arbeit, auf die hier Bezug genommen wird, strukturierte Interviews geführt (Tauchner 2011).

Diese Befragung ist nicht repräsentativ. Es handelt sich um eine qualitative Erkundung des Themenfeldes.

Bei der Auswertung der Antworten ist zu berücksichtigen, dass sich die Bedürfnisse und die Verfassung der betroffenen Menschen sehr schnell ändern können.

In der Thanatologie gibt es Erklärungsmodelle für den Sterbeprozess, die diesen Wandel der Bedürfnisse des Sterbenden und seiner Angehörigen erläutern können.

Bekannt ist das Phasenmodell nach Elisabeth Kübler-Ross.

Darüber hinaus lässt sich das Phasenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erik H. Erikson als Erklärungsansatz für die sich wandelnden Bedürfnisse im Umgang mit dem Tod heranziehen.

Die klassische Bedürfnispyramide (im Original Bedürfnishierarchie) nach Abraham Maslow bietet ebenfalls theoretische Erklärungsansätze für die Wünsche Sterbender und ihrer Angehöriger.

2.6 Theoretischer Zugang

2.6.1 Das Fünf-Phasen-Modell nach Elisabeth Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross hat mit etwa 200 sterbenden Patienten gesprochen. „Interviews mit Sterbenden“ war ihre bahnbrechende Veröffentlichung. In diesen Gesprächen versuchte die Wissenschaftlerin die psychischen Vorgänge in Relation zum nahenden Tod zu betrachten, sie hat schließlich fünf Phasen des Sterbeprozesses zusammengefasst. Es handelt sich im Ergebnis um ein Phasen-Modell, d.h. um eine idealtypische Perspektive. In der Realität stirbt jeder Mensch individuell. Begleitende Angehörige durchleben die gleichen Phasen, wobei sie dabei eine vorweggenommene Trauer erleben können. Sterbende und Angehörige durchleben die gleichen Phasen, jedoch nicht gleichzeitig dieselbe (Kübler-Ross 2009, S. 8-26).

Elisabeth Kübler-Ross ist Schweizerin, die in die USA emigrierte – ihre Forschungen fanden somit vor unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen statt. Darin mag ein Grund dafür liegen, dass sie nach anfänglich heftigem Widerstand weltweit so große Anerkennung erfahren hat.

In allen fünf Phasen herrscht ein Grundgefühl der Angst, die durch die kaum vorhandenen Steuerungsmöglichkeiten der Betroffenen (sowohl Sterbende als auch Angehörige) und durch fehlende Rituale verstärkt wird, und zugleich schwingt eine diffuse Hoffnung auf ein Wunder mit (Kübler-Ross 2009, S. 8-13). Das Phasenmodell kann ein Hilfsmittel sein, die Würde sterbender Menschen zu bewahren. Es basiert auf der Wandelbarkeit menschlicher Einstellungen und der Annahme, dass Krisen und schmerzliche Phasen Entwicklungspotenzial beinhalten (Kübler-Ross 2009, S. 13 f). Hier finden sich Berührungspunkte zum Phasenmodell psychosozialer Entwicklung nach Erickson (Kapitel 2.6.2).

Phase I: Nicht-wahrhaben-Wollen und Isolierung

Die Diagnose einer tödlichen Erkrankung löst Entsetzen oder einen Schock aus und die erste Reaktion auf die Unvorstellbarkeit des eigenen Todes ist die Verdrängung, das Klammern an die Möglichkeit einer Verwechslung oder eines Irrtums. Häufig werden andere Ärzte aufgesucht, um neue Diagnosen zu hören.

Der Umgang mit der Wahrheit stellt eine Herausforderung an alle Beteiligten dar.

Pflegende tun gut daran, auf die Signale zu achten, die der Kranke sendet und zu einem

Gespräch bereit zu sein. Der Sterbende sollte offen über seine Befindlichkeiten reden und auf wahrhaftige Antworten vertrauen können. Die Herausforderung dieser Phase ist es, schrittweise zu begreifen, was unabwendbar ist. Angehörige können den Kranken ablenken und ihn dazu ermutigen, das Leben noch intensiv auszukosten (Kübler-Ross 2009, S. 66-77, 182-202 und Abrahamian et al. 2007, S. 93 f).

Phase II: Zorn

Wut, Ärger, Groll, Neid und die beißende Frage „Warum ich?“ bestimmen die zweite Phase. Dahinter verbirgt sich eine tiefe Verzweiflung. Daher ist die Herausforderung an die Angehörigen, Geduld und Nachsicht walten zu lassen, Gesprächsbereitschaft zu signalisieren.

Der Sterbende richtet seinen Zorn gegen diejenigen, die weiterleben dürfen, also Angehörige, Pflegepersonal, usw., da er den Tod nicht direkt angreifen kann. Die so "Angegriffenen" sollten sich von den Anschuldigungen und Beschimpfungen nicht persönlich angesprochen fühlen und nicht selbst aggressiv reagieren. Vielmehr sollten sie sich in die Lage des Kranken hineinversetzen und ihm die Möglichkeit geben, über seine Probleme und Ängste offen reden zu können. Denn wenn der Betroffene sich verstanden fühlt und ihm Hilfe zugesichert wird, werden die begründeten sowie die unbegründeten Aggressionen am schnellsten wieder abgebaut. Eine Atmosphäre der Achtsamkeit ist wichtig für alle Beteiligten und sollte im Zweifelsfall mit professioneller Hilfe gesichert werden (Kübler-Ross 2009, S. 78-110, 182-202 und Abrahamian et al. 2007, S. 94).

Phase III: Verhandeln

Die Anerkennung des unausweichlichen Todes und die Hoffnung auf ein Wunder wechseln sich häufig ab und so verfällt der schwerkranke Mensch in dieser Phase oft in ein Verhandeln mit den Ärzten, dem Pflegepersonal, dem Schicksal, mit Gott und der Welt. Möglicherweise wird er plötzlich zum Kirchgänger, legt Gelübde und Versprechen ab oder versucht durch Wohltätigkeit ein „Recht“ auf einen späteren Tod auszuhandeln. Zuweilen wird um ereignisorientierten Aufschub gebeten, z.B. bis zur Geburt des ersten Enkels, bis zur Hochzeit der Tochter, bis zum erfolgreichen Abschluss des Studiums der Kinder, bis zur endgültigen Geschäftsübertragung an die Ehefrau. Therapien werden pflichtbewusst absolviert. Wahrhaftigkeit ist in dieser Phase wichtig. Die Hoffnung des Kranken soll nicht

zerstört, aber vor einen realistischen Hintergrund gestellt werden (Kübler-Ross 2009, S. 111-113, 182-202 und Abrahamian et al. 2007, S. 95).

Phase IV: Depression

Hoffnungslosigkeit, Lebensüberdruß, innere Leere, das Gefühl, alles sei sinnlos geworden, reißt den schwerkranken Menschen und seine Angehörigen in eine tiefe Trauer. Für die Angehörigen und den Kranken findet eine vorweggenommene Trauer angesichts des bevorstehenden endgültigen Abschieds statt. Der Kranke bereut Versäumnisse, die er jetzt nicht mehr ausgleichen kann, reibt sich an Problemen, die er jetzt nicht mehr lösen kann. Kummer, Schuldgefühle, aber auch stringentes Handeln, z.B. in Form der Erstellung eines Testaments oder der schnellen Lösung der Unternehmensnachfolge oder aber der Versöhnung mit langjährigen Widersachern finden ihren Platz. Insgeheim hofft der Sterbende immer noch auf eine Genesung, den Stillstand der Krankheit oder wenigstens auf ein schmerzfreies Sterben und auf ein besseres Leben im Jenseits. Palliative Care und Sterbebegleitung können zumindest die Hoffnung auf einen ruhigen und schmerzarmen Sterbeprozess erfüllen und bei wichtigen Erledigungen Unterstützung bieten.

Unterstützung bedeutet jedoch auch, Konflikte auszuhalten. Trauer und Traurigkeit müssen Raum finden, dürfen Ausdruck finden, erfordern Rückhalt und Kraft. Das wechselnde Bedürfnis des Sterbenden nach Nähe oder Distanz erfordern Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme der Angehörigen und Pflegenden. Im Hospiz finden Sterbende und Angehörige empathische und professionelle Unterstützung in dieser oft als Krise empfundenen Zeit (Kübler-Ross 2009, S. 114-136, 182-202 und Abrahamian et al. 2007, S. 95).

Phase V: Zustimmung

Der Sterbende nimmt sein Schicksal an, auch wenn zuweilen noch schwache Hoffnungen auf ein Wunder vorhanden sein mögen. Diese letzte Sterbephase gestaltet sich emotional meist ruhiger als die vorangegangenen, nicht zuletzt weil der Kranke inzwischen sehr erschöpft ist. Er schläft viel, empfindet Besuch und Gespräche oft als Belastung oder Störung. Das ist von den Angehörigen oft schwer zu verstehen, löst häufig Schuldgefühle aus. Fernsehen, Literatur, Musik, Zeitungslektüre werden für den Sterbenden unwichtig, er zieht sich zurück. Er entwickelt eine feinsinnige Sensibilität hinsichtlich seiner Umgebung und nimmt trotz der scheinbaren Abwesenheit sehr intensiv wahr. Bemerkungen, Worte

und Gesten treffen den Sterbenden besonders, denn er nimmt sie intensiv auf, kann aber nicht mehr (adäquat) reagieren. Dies ist für die Zurückbleibenden von großer Bedeutung! Hand halten, eine sanfte Fußmassage oder wortlose, intensive Anwesenheit wird als angenehm empfunden, wohingegen Streicheln über Kopf oder Wange oft die Intimsphäre des Sterbenden verletzt (Kübler-Ross 2009, S. 137-162, 182-202 und Abrahamian et al. 2007, S. 96 f).

Der Sterbende hat sehr spezielle Bedürfnisse, die erfüllbar sind, wenn sich jemand die Zeit nimmt, ihm zuzuhören und herauszufinden, was er braucht. Es ist wichtig, dem sterbenden Menschen ohne Furcht und Vorbehalte zu begegnen, und ihm zu erlauben, seine Gefühle und Probleme offen anzusprechen. Unausgesprochenes kann eine Ursache von Pein und Verzweiflung sein (Kübler-Ross 2009, S. 291-299).

2.6.2 Erik H. Erikson: Das Phasenmodell der psychosozialen Entwicklung

Erik H. Erikson hat acht epigenetische Stufen der psychosozialen Entwicklung des Menschen definiert. Jede dieser Stufen (Phase, Lebensalter) birgt psychosoziale Krisen in Form bestimmter Aufgaben und Herausforderungen und ist von wichtigen Beziehungen bestimmt. Hierbei stellt Erikson die Bedeutung der Gegenseitigkeit der Beziehung in den Vordergrund: Kinder werden nicht nur von ihrem familiären und sozialen Umfeld geprägt, sondern sie prägen auch umgekehrt ihr Umfeld. Menschen ganz allgemein prägen sich gegenseitig. Sozialisation ist keine Einbahnstraße, sondern ein wechselseitiger Prozess. Die phasenimmanenten Krisen stehen in Relation zu bestimmten psychosozialen Modalitäten und „Tugenden“, beschreibbar als Ziele. Diese Ziele können erreicht oder im Sinne einer Fehlanpassung verfehlt werden. Zwischen den einzelnen Phasen nimmt Erikson sogenannte Moratorien an, in denen sich das neu Erlernte und die neu entwickelten Kompetenzen festigen können. So steht jede Stufe auf einer soliden Basis. Fehlanpassungen oder unvollständige Entwicklungen, das (partielle) Überspringen einer Stufe sind denkbar und können später aufgeholt werden. Somit ist kein Scheitern vorprogrammiert, sondern ein individueller Entwicklungsweg mit Umwegen und Rückschritten, mit wechselnden Tempi und Pausen wird denkbar, Umkehr wird möglich, Neugestaltung wird zur Option.

Tabelle: Erik H. Erikson: Phasenmodell der psychosozialen Entwicklung

<u>Psych.-soz. Stufe</u>	<u>Psych.-soz. Krise</u>	<u>wichtige Beziehung</u>	<u>Psych.-soz. Modalitäten</u>	<u>Psych.-soz. Tugenden</u>	<u>Fehlanpassungen und Malignitäten</u>
I					
Baby (0 -1)	Vertrauen vs. Misstrauen	Mutter	bekommen geben	Hoffnung Vertrauen	sensor. Störung Zurückgezogenheit
II					
Kleinkind (2 -3)	Autonomie vs. Scham, Zweifel	Eltern	festhalten loslassen	Wille Bestimmtheit	Impulsivität Zwang
III					
Vorschulkind (3 – 6)	Initiative vs. Schuld	Familie	nachlaufen spielen	Zweck, Mut	Rücksichtslosigkt. Hemmung
IV					
Schulkind (7 -12)	Eifer vs. Unterlegenheit	Nachbarschaft Mitschüler	wetteifern gemeinsam tun	Kompetenz	niedrige Virtuosität Trägheit
V					
Adoleszenz (12 – 18)	Ich-Identität vs. Rollenwirrung	Peergroup Rollenmodelle	selbst sein sich teilen	Treue Loyalität	Fanatismus Zurückweisung
VI					
Junges Erw.- Alter (die 20-er)	Intimität vs. Isolation	Partner Freunde	sich im anderen verlieren und finden	Liebe	Promiskuität Exklusivität
VII					
Erwachsenen- Alter	Generativität vs. Selbstaufgabe	Familie Kollegen	sich kümmern	Fürsorge	Ablehnung
VIII					
Reifes Alter (über 50)	Integrität vs. Verzweiflung	meine Leute	sein, was man geworden ist, dem Nicht-Sein ins Auge blicken	Weisheit	Anmaßung Verzweiflung

Eigene Tabelle: Erikson E. H. (1959).

Abbildung 2: Eigene Tabelle - Erikson, Psychosoziale Entwicklung

Interpretation des Modells und Anwendung auf die Frage nach der Bedürfnislage schwerkranker Menschen:

In den meisten Fällen tritt eine schwere Krankheit und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod in Phase VIII auf. In dieser Phase geht es darum, „zu sein, was man geworden ist“, d.h. sich mit seinem Leben und Schaffen rückblickend auseinander zu setzen und damit einen persönlichen Frieden zu schließen. Im Idealfall ist der reife Mensch weise und zufrieden mit dem, was er geschafft oder erschaffen hat; er kann sich verzeihen, dass auch weniger rühmliche Momente seine Biographie schmücken, vielleicht kann er diesen Momenten jetzt sogar etwas Positives abgewinnen. Er hat seine Familie und seinen Kreis von wichtigen und lieben Menschen gefunden, er ist integriert in sein Leben, steht nicht verzweifelt daneben. Dann ist er auch in der Lage, langsam an das Ende seiner Tage zu denken. Das heißt oft, dass Pläne geschmiedet werden, weil noch Ziele und Wünsche offen sind, oder weil in den vorangegangenen Phasen wichtige Aspekte vernachlässigt worden sind. Das Vollenden und Optimieren, das Erfüllen eigener und fremder Ansprüche und Ideen nimmt einen breiten Raum ein.

In ungünstigen Fällen greift Verzweiflung um sich, wenn es einem Menschen z.B. nicht möglich ist, zu akzeptieren, wer er geworden ist, Selbstverachtung quält ihn dann, genau wie die Erkenntnis, dass es zu spät ist, alles anders zu machen.

In manchen Fällen mag auch eine sture, unweise Überheblichkeit entstehen, die auf andere anmaßend wirken kann.

Bricht nun die Nachricht, unheilbar oder schwer krank zu sein, in diese Lebensphase, werden dem weisen Menschen zwar Möglichkeiten genommen und unter Umständen Pläne zerstört, aber er wird nicht in die tiefe Verzweiflung gestürzt, in die ein Mensch fällt, der glaubt, sein Leben nicht adäquat gelebt zu haben. Der reife, vielleicht weise Mensch hat sich bereits mit der Endlichkeit des irdischen Daseins auseinandergesetzt und kann die Nachricht vom absehbaren Lebensende besser in sein Denken, Handeln, Fühlen integrieren als derjenige, der mit seinem Leben hadert.

Das Durchleben der fünf Phasen des Sterbens nach Kübler-Ross wird unter dem Aspekt des Abgeschlossenhabens leichter fallen als unter der Prämisse der Verzweiflung und der Enttäuschung.

Tritt die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung in Phase VII ein, kann man davon ausgehen, dass das Thema Endlichkeit und Tod noch nicht im Blickwinkel der betroffenen

Menschen steht. Diese Annahme liefert Erklärungen dafür, dass das Durchleben der fünf Phasen des Sterbens dann sehr viel schwieriger zu bewältigen ist – für den Sterbenden wie für die Angehörigen. Im Sinne der Gegenseitigkeit lässt sich annehmen, dass die Sozialisation hinsichtlich des Todes alle Betroffenen in dieser Lebensphase stärker mitnimmt, als wenn der Sterbende bereits ein alter Mensch ist. Wenn zudem das Thema Fürsorge im Lebensmittelpunkt eines Erwachsenen steht, kann sich daraus ableiten lassen, dass Menschen, die in dieser Lebensphase von einer unheilbaren Krankheit heimgesucht werden, daran verzweifeln, dass sie sich nicht mehr genügend kümmern können und zukünftig nicht mehr ihrer Fürsorgepflicht nachkommen können. Schuldgefühle können dadurch auftreten. Die Unterstützung, die letzten Dinge zu regeln, ist dann umso wichtiger. Ist der Sterbende noch ein junger Mensch oder ein Kind, gestaltet sich die Situation noch schwieriger. Da das Thema Kinderhospiz hier nicht inbegriffen ist, soll dieser Aspekt nicht weiter ausgeführt werden.

2.6.3 Abraham Maslow: Die Bedürfnishierarchie (auch Bedürfnispyramide)

1943 hat der Psychologe Abraham Maslow sein Modell erstmals veröffentlicht; 1970 hat er es um die Pyramidenspitze, die Transzendenz, ergänzt (posthum veröffentlicht in: *Farther Reaches of Human Nature*, New York 1971).

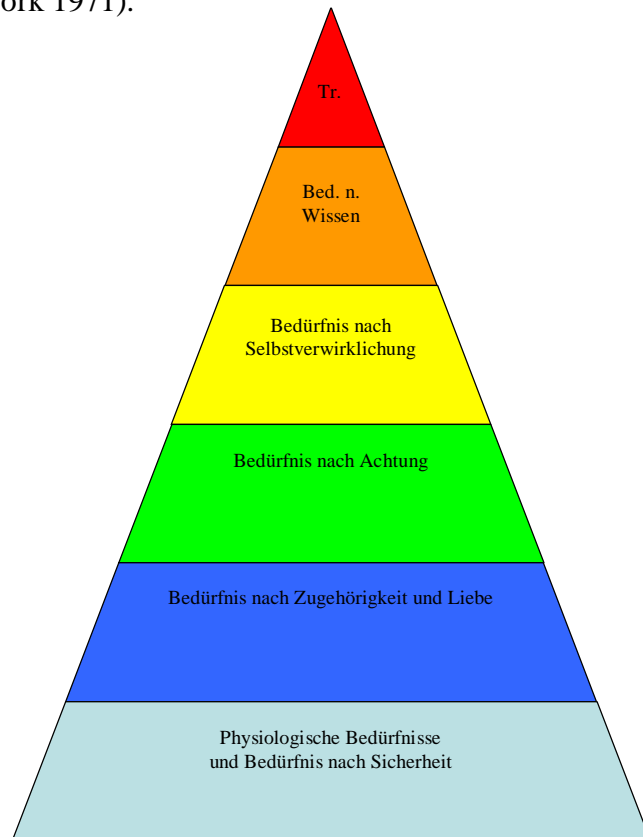


Abbildung 2: Maslow, Bedürfnispyramide

Die oben abgebildete, selbst erstellte Graphik, wird wie folgt erläutert (Maslow 1977, S. 74-95 und S. 12 ff):

Physiologische Bedürfnisse: Atmung, Schlaf, Nahrung, Wasser, Wärme, Fortpflanzung, Gesundheit, Wohnraum, Kleidung, Bewegung, Schmerzfreiheit (Maslow 1977, S. 74-78).

Bedürfnis nach Sicherheit: Schutz vor Gefahren, Angstfreiheit, Stabilität, Geborgenheit, Absicherung, Unterkunft, Gesetz und Ordnung, Abgrenzung

Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Liebe: Familie, Freunde, Partnerschaft, Liebe (geben und empfangen), (ebd., S. 85-87). Intimität, Kommunikation, Arbeitsklima, Glaube, Güte

Bedürfnis nach Achtung: Wertschätzung, Status, Respekt, Anerkennung, Lob, Wohlstand, Einfluss, Erfolge (privat und im Beruf), mentale und körperliche Stärke, Gerechtigkeit (ebd., S. 87-88).

Bedürfnis nach Selbstverwirklichung: Individualität, Talententfaltung, Selbsterfüllung, Selbstverbesserung, „werden, was man zu werden fähig ist“, Kunst (ebd., S. 88-89).

Bedürfnis nach Wissen und Verstehen: Neugier, Lernen, Philosophieren, Experimentieren, Erwerb von Wissen, Weltanschauung, Theologie, Suchen nach Bedeutung, Aufstellen von Wertesystemen (ebd., S. 91-94). Dieses Bedürfnis setzt sich immer weiter fort („Auch nachdem wir ... wissen, sehen wir uns gezwungen ... mehr darüber zu erfahren“ (ebd., S. 94). „Einsicht ... vielleicht sogar den Höhepunkt des Lebens“ darstellt (ebd., S. 94).

Maslow spricht des Weiteren ästhetische Bedürfnisse an (ebd., S. 95).

Das Bedürfnis nach Transzendenz: Dies lässt sich verstehen als die Suche nach Gott oder einer höheren Dimension, die das individuelle Selbst überschreitet oder nach etwas, was außerhalb des beobachtbaren Systems liegt. Die Suche nach Erleuchtung kann als Spitze des Bedürfnisses nach Wissen und Verstehen betrachtet werden. In „Motivation und Persönlichkeit“ wird das Bedürfnis nach Transzendenz als Ebene besprochen (ebd., S. 14). Es kann als Folge oder krönende Spitze des Bedürfnisses nach Wissen und Verstehen gesehen werden.

Maslow differenziert grundlegende Bedürfnisse, die er auch als instinktoide beschreibt, und Metabedürfnisse. Bedürfnisse beiderlei Art bezeichnet Maslow als Rechte und zugleich als Pflichten (ebd., S. 12). Er betont die Bedeutung des individuellen Charakters hinsichtlich der Gewichtung der einzelnen Bedürfnisse sowie die individuelle freie Wahl eines Bedürfnisses. Die Variable „Persönlichkeit“ sieht er als wesentlichen Aspekt jeder Motivationstheorie an (ebd., S. 13). Er bespricht die Möglichkeit pathologischer Folgen erfüllter Bedürfnisse, die auf allen Ebenen der Bedürfnishierarchie gegeben sind, auf der materiellen, auf der zwischenpersönlichen und auf der transzendenten Ebene (ebd., S. 14). Die Maslowsche Pyramide wird häufig im Verkaufstraining zugrunde gelegt und so mutet es vielleicht etwas sonderbar an, sie auf den Sterbeprozess anzuwenden. Dieser Zugriff soll die Wandlung der Bedürfnisse Sterbender beleuchten.

Unter den physiologischen Bedürfnissen wird die Schmerzfreiheit, insbesondere bei Krebspatienten in den Vordergrund rücken. Sterbende haben nicht mehr so viel Hunger oder Durst, was nicht bedeutet, dass sie nicht mehr genussfähig sind. Inge Ambros beschreibt diese Lust am gemeinsamen Genießen eindrucksvoll (Ambros 2011).

Das zentrale Thema ist dennoch oft der Schmerz geworden.

Angesichts des Todes verliert das klassische Bedürfnis nach Sicherheit wesentlich an Bedeutung. Sterbende haben Angst, aber diese Angst hat eine andere Dimension als die

Angst vor einem Einbrecher oder einem Überfall. Es ist die Ungewissheit, wohin der unausweichliche Weg in den Tod führen wird und es ist die Angst, allein gelassen zu werden. In die Angst des Sterbenden spielt möglicherweise schon das Bedürfnis nach Transzendenz hinein?

Bei jüngeren Sterbenden konzentriert sich das Bedürfnis nach Sicherheit oft auf die zukünftigen Hinterbliebenen: Ist das Studium der Kinder sicher finanziert? Steht die Restfinanzierung des Eigenheims fest, so dass die Familie dort sicher bleiben kann? Die sozialen Bedürfnisse sterbender Menschen scheinen zu wachsen, wenngleich sie zuweilen auch intensiv das Bedürfnis nach Rückzug verspüren – aber mit der Gewissheit, dass die Bindung nicht abreißt. Das Bedürfnis nach Rückzug kann als ein Aspekt des Bedürfnisses nach Liebe und Zuwendung interpretiert werden. Für Angehörige ist es oft schwer, das richtige Maß an Nähe und Distanz zu finden und zu respektieren. Dieser Respekt vor den im Wandel befindlichen Bedürfnissen des Sterbenden erlaubt dem Sterbenden, seine Würde bis zum letzten Moment zu bewahren. Die Würde scheint in der letzten Phase des Lebens einen zentralen Aspekt einzunehmen.

Sterbende können angesichts der versiegenden Möglichkeiten im Diesseits ihre Selbstverwirklichung in den transzendentalen Bereich verschieben. Das schließt nicht aus, dass ein Hadern mit verpassten Chancen oder Trauer um die fehlende Perfektion stattfindet, oder dass eine Zuwendung zur eigenen oder einer fremden Religion Raum findet. Dies kann als die Suche nach einer höheren Dimension und der eigenen Erleuchtung interpretiert werden.

„Das Ende des Lebens ist ein integrierter Bestandteil des ganzen Lebens. ... Daher kann das Ende des Lebens nur dann so annehmbar und würdig wie möglich gestaltet werden, wenn der Rest des Lebens auch annehmbar und würdig ist“ (Loewy 2002, S. 133).

3. Ergebnisse Soll-Ist-Vergleich

3.1 Ziele

Die definierten Ziele beschrieben in ÖBIG 2007 werden in allen drei Einrichtungen erfüllt (ÖBIG, 2007, S. 7 und S. 2). Das während der Erarbeitung dieser Masterthesis eröffnete Tageshospiz in St. Pölten wurde in der folgenden Betrachtung nur teilweise berücksichtigt. Es gibt noch keine nennenswerten Rückmeldungen zu der Einrichtung.

- Förderung der Lebensqualität und der Eigenständigkeit unheilbar kranker, mobiler oder transportfähiger Menschen
- Entlastung der (pflegenden) Angehörigen
- Erweiterung des Lebensumfelds der betroffenen Menschen
- Vermeidung von Isolation
- Reduzierung von Krankenhausaufenthalten
- Gestaltung und Bearbeitung von Abschieden
- Individuelle Zuwendung
- Fokussierung auf die psychischen, physischen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse des einzelnen Menschen (Ganzheitlichkeit)
- Kontinuität bis hin zur Betreuung der zurückbleibenden Angehörigen
- Shared decision making
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Öffentlichkeitsarbeit

3.2 Zielgruppen

Es scheint so zu sein, dass immer mehr Menschen nicht in einer Klinik sterben wollen und nicht mittels Maschinen am Leben erhalten werden wollen. Ein würdevolles Leben bis zum Schluss und ein würdevoller Tod im gewohnten sozialen Umfeld sind Wünsche, die breite Zustimmung in der Bevölkerung finden.

Der Umgang mit dem Tod, und zwar sowohl mit dem eigenen, als auch mit dem nahe stehender Menschen, gewinnt Relevanz in der Öffentlichkeit. Das Thema findet den Weg aus der Tabuzone.

Daraus lässt sich schließen, dass die Zielgruppe der Tageshospize und damit der Bedarf an Plätzen in Hospizen, aber auch in den anderen Formen der Palliativversorgung, wachsen. Die definierten Zielgruppen des Tageshospizes: erwachsene, schwerkranke, aber noch mobile Menschen und deren Angehörige können möglicherweise ausgeweitet werden: Hospize für Kinder und Jugendliche waren das Thema des Kinderhospiztages am 10. Februar 2012 (Hospiz Österreich 2012). Eine enge Vernetzung zur Entwicklung entsprechender Einrichtungen wurde im Rahmen dieser Tagung vorangetrieben. Weitgehend geht man davon aus, dass Angehörige sich um den schwerkranken Menschen kümmern und ihn z.B. in die Tageshospizeinrichtung bringen. Es sollte bedacht werden, dass es vereinsamte und zurückgezogen lebende Menschen gibt, sei es nun freiwillig oder aus den gegebenen Umständen heraus gezwungen. Diese Einsamkeit ist in der finalen Phase des Lebens schwerer zu ertragen als zuvor. Diese Menschen können von einem Hospiz, insbesondere von einem stationären Hospiz, profitieren. Aber auch im Tageshospiz kann ihnen ein Teil der Last der Isolation abgenommen und damit ein Stück Lebensqualität geschenkt werden (Abrahamian 2007, S. 110 f).

Mit dem neu eröffneten Tageshospiz in St. Pölten, welches in die Landespflegeanstalt integriert ist, kommt eine weitere Teilzielgruppe hinzu: Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheimes und deren Angehörige. Teilweise leben die Bewohnerinnen und Bewohner trotz der Größe einer Pflegeeinrichtung relativ isoliert, insbesondere wenn die eigenständige Mobilität stark eingeschränkt ist. Im üblichen Pflegealltag kann ihnen oft nicht genug Zuwendung geschenkt werden, im Tageshospiz durchaus. Insofern ist diese Integration der Hospizidee in die Altenpflege eine Bereicherung.

3.3 Personalschlüssel und –verfügbarkeit, Qualifikation

Erfahrenes ärztliches Personal und qualifizierte Pflegekräfte stehen in allen drei Tageshospizen mindestens im laut ÖBIG geforderten Maße bereit. Hinzu kommen zeitweise Praktikanten und Auszubildende in den Pflege- und Heilberufen. Ehrenamtliche Helferinnen, selten Helfer, engagieren sich in allen drei Einrichtungen. Die Einsatzzeiten liegen zwischen ein Mal wöchentlich und täglich. Das hängt mit den sonstigen Aufgaben und mit den jeweiligen Alltagsstrukturen zusammen, aber auch mit der psychischen Belastbarkeit.

Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Kreativtherapie unterschiedlicher Ausprägung und Aktivitäten mit wechselnden Schwerpunkten werden in

allen drei Einrichtungen regelmäßig von erfahrenen Fachkräften angeboten und können zusätzlich bedarfsorientiert abgerufen werden.

Der Dachverband Hospiz Österreich sorgt permanent für die Verbesserung der Curricula und der Ausbildungsgänge für Fachkräfte und Ehrenamtliche und organisiert Kongresse und Fachtagungen, die der Weiterbildung, der Vernetzung und dem Erfahrungsaustausch der in der Hospizarbeit Tätigen dient.

Die universitäre palliativmedizinische Lehre befindet sich in einer dauerhaften Weiterentwicklung, genährt von den (interdisziplinären) Forschungen und gestützt durch den Bedeutungszuwachs, den das Thema in der österreichischen Öffentlichkeit erfahren hat und erfährt.

Ein kleiner Überblick über Institutionen und Organisationen, die in der Aus- und Weiterbildung in der Palliativpflege engagiert sind: Dachverband Hospiz Österreich, Universität Klagenfurt, iff Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (Klagenfurt, Wien, Graz), Caritas, Kardinal-König-Haus, St. Virgil (kirchliche Dienstleistungsorganisation in Salzburg), Salzburger Akademie für Palliativ Care, Paracelsus medizinische Privatuniversität, bfi Berufsförderungsinstitut, Österreichische Palliativgesellschaft.

Überblick über die Gästezahlen:

Über die Gästezahlen im Tageshospiz in Wien wurden keine Angaben gefunden. Das ist der Tatsache geschuldet, dass das Tageshospiz in einer großen Einrichtung eingebunden ist und nur Gesamtzahlen vorliegen. Zudem können Heimbewohnerinnen und –bewohner das Tageshospiz aufsuchen. Ebenso steht das Fachpersonal teilweise sowohl dem Tageshospiz als auch dem stationären Hospiz und auch der Senioren-Pflegeeinrichtung zur Verfügung. Ein Personalschlüssel oder ein Gästeschlüssel ist nicht zu erkennen.

Das Albert Schweitzer Tageshospiz stellt sechs Plätze zur Verfügung. Auch hier ist ein genauer Personalschlüssel nicht erkennbar, da das Tageshospiz in eine große Einheit, den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, eingebunden ist. Die Gäste können von außerhalb, unter Umständen aber auch aus dem Zentrum kommen. Das Fachpersonal verteilt sich teilweise auf die unterschiedlichen Bereiche des Gesamtkonstrukts.

Im Tageshospiz Kleingmainerhof in Salzburg gibt es sechs Plätze. Die Öffnungszeiten sind Montag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag jeweils von 8.30 bis 16.30 Uhr. Der geplante Umzug in größere und renovierte Räume soll mit einer Ausweitung der Öffnungszeiten,

einer Gästezahl von mindestens zehn pro Tag und mit dem Aufbau eines schmerztherapeutischen Zentrums einhergehen (ORF Salzburg 2011).

3.4 Medizinische Versorgung und Kooperation

Die medizinische Versorgung durch einrichtungseigenes Fachpersonal und die Zusammenarbeit mit externen Praxen ist in allen drei Einrichtungen gewährleistet. Dabei gilt der Leitspruch Cicely Saunders: „Low tech and high touch“.

Dasselbe lässt sich aus den bisherigen Veröffentlichungen hinsichtlich des neuen Tageshospizes in St. Pölten ableiten. Die medizinische Versorgung, die den Pflegeheimbewohnern zugänglich ist, kommt auch den Tageshospizgästen zu Gute. Die Frage ist eher, ob das unter der Prämisse „Low tech and high touch“ überhaupt gewollt ist. Der wachsenden Bedeutung der Palliativmedizin wird in den österreichischen Universitäten und Fachhochschulen Rechnung getragen, indem das Lehrangebot ständig erweitert und praxisnah ausgebaut wird (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung).

3.5 Therapeutische Angebote

Die üblichen therapeutischen Angebote stehen in allen drei bzw. vier Einrichtungen mindestens entlang der Qualitätskriterien des ÖBIG zur Verfügung.

Im Vordergrund steht die Schmerztherapie in all ihren schulmedizinischen und alternativen Ausprägungen. Therapie soll das Leben erleichtern, nicht ungewollt verlängern.

In Graz gibt es zusätzlich eine „Lachtherapie“: Ausgebildete Künstlerinnen und Künstler („Clowndoctors“) schenken den schwerkranken Menschen durch ihre Darbietungen und Mitmachprogramme Lebensfreude und Zuversicht (Rote Nasen Clowndoctors 2011).

Auf Fotos sind teilweise Katzen und Hunde zu sehen, die Zuwendung und Trost spenden können. Nicht ersichtlich ist, ob es sich um ausgebildete Therapiehunde handelt. Über den positiven Einfluss von Tieren auf schwerkranke und demente Menschen wird verschiedentlich berichtet (Verein Therapiehunde Mensch und Tier VHV 2012).

Insbesondere bei sehr zurückgezogenen Menschen können Kleintiere als „Eisbrecher“ oder „Türöffner“ fungieren (Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen 2006).

Reiki, Meditation und spirituelle oder energetische Übungen, z.B. unter Anleitung erfahrener Yogalehrer/-innen, können das Angebot therapeutischer Zusatzangebote ergänzen.

Eine Anregung aus dem St. Christopher's Hospice kann die Kunsttherapie in Verbindung mit Kunstprojekten sein. Künstler und kommunale Gruppen, u.a. auch Schulklassen, kommen ins Hospiz, um etwas über die Arbeit und das Leben im Hospiz zu erfahren und zugleich werden den Gästen und den Angehörigen Möglichkeiten der künstlerischen Betätigung angeboten (St. Christopher's Hospice 2012).

Zusätzlich kann der Kontakt zwischen Schülerinnen und Schülern und Tageshospizgästen pädagogische Ziele verfolgen und zur Reife junger Menschen beitragen.

3.6 Pflege und pflegenae Zusatzangebote

Die Pflege geht in den österreichischen Tageshospizen weit über das übliche Maß hinaus, was angesichts der Zielsetzung der Hospizbewegung fast selbstverständlich anmutet.

Wesentlich ist der Unterschied hinsichtlich der Zeit: Die Pflege im Hospiz ist nicht in Zeiteinheiten getaktet, sondern findet nach Bedarf statt. Ehrenamtliche unterstützen die Fachkräfte, nur so kann die zusätzliche Pflegezeit und pflegenae Zeit den Sterbenden geschenkt werden.

Um die verbleibende Zeit möglichst angenehm für die Sterbenden zu gestalten, werden die üblichen Pflegeleistungen durch teilweise kostenpflichtige Zusatzangebote ergänzt: Bäder, Massagen, Duftöle, Podologie, Aromatherapie, Bachblütentherapie, Entspannungstherapie, wellnesorientierte Pflegebausteine, aber auch der (Haus-)Besuch von Friseurin oder Kosmetikerin werden organisiert.

In St. Pölten liegt der Fokus auf den betagten und hochbetagten Gästen, was auf die Ausprägung der Angebote möglicherweise Auswirkungen hat. Angesichts der Eingliederung in die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz könnte das auch auf das Albert Schweitzer Tageshospiz zutreffen, ebenso auf das an das Senioren- und Pflegeheim St. Barbara angebundene Tageshospiz in Wien. Es wird in beiden Einrichtungen jedoch nicht deutlich, ob die Gäste überwiegend betagt sind. Auch junge Menschen können unheilbar krank werden und die Begleitung im Tageshospiz in Anspruch nehmen.

3.7 Psychosoziale Betreuung und Beratung

Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen sind in den Kliniken, an welche die Tageshospize organisatorisch angegliedert sind, in ausreichendem Maße vorhanden. Zudem bestehen Kooperationen mit freien Praxen. Sofern die Gäste schon in einer Therapie stecken, wenn sie in die Tageseinrichtung aufgenommen werden, wird dafür gesorgt, dass dieser Kontakt bestehen bleibt.

Sozialarbeiter/-innen unterstützen die Gäste und ihre Familien durch Beratung, z.B. hinsichtlich kommunaler und konfessioneller Stellen. Insbesondere bei jungen Sterbenden bitten die zurückbleibenden Familien z.B. um Hilfe, weil eine neue Familienstruktur und ein neues Einkommensgefüge gefunden werden muss, oder weil die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nach dem Tod eines Elternteils eine neue Dringlichkeit und Dimension bekommen. Aber auch betagte Ehepartner/-innen können mit der Neuorganisation ihres Alltags überfordert sein. Über die konkrete Beratung hinaus ist das offene Gespräch für die Betroffenen eine wichtige Stütze. Die Sozialarbeiter/-innen unterstützen beim Verfassen von Patientenverfügungen oder Testamenten und vermitteln die passenden Ansprechpartner/-innen, wenn ein Testament weitreichende Konsequenzen mit sich bringt.

3.8 Spirituelle Betreuung

Seelsorge und spirituelle Begleitung finden in umfangreichem Maße statt, wenn die Gäste es wünschen. Die katholischen Geistlichen, in deren Pfarre die Tageshospize liegen, kommen regelmäßig und auf Abruf in die Einrichtungen, um das offene Gespräch anzubieten und um als Wegbegleiter die Hand reichen zu können. Der Mensch soll „an der Hand“ eines anderen Menschen sterben, und nicht „durch die Hand“ eines anderen, so Kardinal König (Abrahamian et al. 2007, S. 23; S. 125). Geistliche anderer Konfessionen werden bei Bedarf hinzugezogen.

Meditation kann in speziell dafür eingerichteten Räumen praktiziert werden. Teilweise dienen diese Räume auch noch für andere Zwecke, z.B. als Rückzugsorte.

Im St. Christopher's Hospice nimmt der nicht christlich orientierte spirituelle Rahmen mehr Raum ein, was aber der multikulturellen Sozialstruktur in Großbritannien geschuldet ist. In Österreich überwiegen die christlichen Angebote, andere Religionszugehörigkeiten sind unter den Hospizgästen selten. Weitere spirituelle Angebote sind möglich, aber nicht die Regel. Sie werden offensichtlich auch selten erwartet oder gewünscht.

3.9 Trauerarbeit

Die Trauerarbeit macht einen wichtigen Aspekt der Hospizarbeit aus. Es liegt in der Natur der Sache, dass in jedem Hospiz Todesfälle an der „Tagesordnung“ sind. Für die Gäste ist jeder Tod der deutliche Hinweis auf die Endlichkeit des eigenen Lebens. Dies zu verkraften und zu verarbeiten, stellt einerseits eine dauerhafte Herausforderung dar, gibt aber andererseits die Gewissheit, mit der Situation nicht alleine zu sein. In Abhängigkeit von der Sterbephase, in der sich ein Gast befindet, kann ein Trauerritual eine Hilfe oder eine Qual sein. Es steht den Gästen frei, ob sie an den Ritualen teilnehmen und es besteht die Möglichkeit, psychologische oder spirituelle bzw. religiöse Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Trauerrituale werden als wichtig angesehen und trotz der psychischen Belastung, die sie mit sich bringen, scheinen sich nur wenige Gäste zu entziehen. Die gemeinsame Betroffenheit scheint zusammenzuschweißen und Mut zu machen.

Trauerarbeit endet nicht mit dem Tod. In den Tageshospizen können die Hinterbliebenen weiterhin Hilfe und Zuspruch finden. Es werden individuelle Hilfen angeboten, aber auch Gruppenrituale, Informationsveranstaltungen und sogar Kurse. Das Wiener Hospiz bietet z.B. ein Trauercafé und eine von einem Seelsorger geleitete offene Gesprächsgruppe für Trauernde. In der Pfarr-Caritas in Wien wurde eine Kontaktstelle „Trauerpastoral“ eingerichtet, die sich um die Trauerarbeit und um die Ausbildung von Trauerbegleitern kümmert. Ein Trauercafé gibt es auch in der Einrichtung in Salzburg.

Im St Christopher's Hospice gibt es das sogenannte Candle Projekt, das sich speziell an Kinder und Jugendliche wendet, die den Tod eines Angehörigen erleben und verarbeiten müssen. Das Candle Projekt unterstützt betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Familien, die oft nicht wissen, wie sie das Thema Tod und Sterben kindgerecht besprechen sollen. Neben dieser akuten Hilfe, Beratung und einem speziellen Verhaltenstraining geht das Projekt in Schulen und andere Organisationen, die mit Kindern arbeiten, um präventiv auf den Umgang mit dem Sterben vorzubereiten (St. Christopher's Hospice).

3.10 Kommunikation, Kreativität, Aktivitäten

Gespräche zu bestimmten Themen können offensichtlich jederzeit geführt werden. Allgemein stehen hierfür Ehrenamtliche bereit. Über Befunde und medizinische Fragen kann mit dem medizinischen Personal diskutiert werden. In den Erfahrungsberichten

kommt deutlich zum Ausdruck, dass die Gäste sich besonders auf Themen freuen, die von ihrer Situation ablenken. Sie genießen die Gruppenatmosphäre, in der ein Leben jenseits der Krankheit stattfindet. Kinobesuche und Ausflüge sind beliebt, ebenso gemeinsames Kochen, Musizieren, Basteln, Malen, Handarbeiten, Gartenarbeit, soweit die Kraft dies noch zulässt, Gesellschaftsspiele u.s.w.

Der Zugang zum Internet und zu einer Bibliothek oder wenigstens einer Büchersammlung ist nur mit Einschränkungen realisiert. Hierzu sollte aber bedacht werden, dass im Hospiz die Nähe anderer und das Angebot, gemeinsam etwas zu erleben und sich auszutauschen im Vordergrund stehen. Das Bedürfnis nach Wissen ist jedoch zweifellos zu respektieren. Im St. Christopher's Hospice wird dem Zugang zu Internet und Bibliothek größere Bedeutung zugemessen.

Wie aus dem Rasterabgleich in Erfahrungsberichten und Pressetexten, die insbesondere im Internet zu finden sind, hervorgeht, sind die Gäste mit den Angeboten bezüglich Kommunikation, Kreativität und gemeinsamer Aktivität sehr zufrieden.

Die Sekundäranalyse bestätigt dies (Tauchner 2011, S. 59-88).

3.11 Räume und Atmosphäre

In allen vier Tageshospizen in Österreich herrscht eine angenehme, offene, freundliche Atmosphäre. Dafür sorgen einerseits die engagierten Menschen, die Geborgenheit und Freude ausstrahlen, aber auch die hellen Räume, Ruheoasen sowie die begrünten Außenanlagen oder Gärten.

Insbesondere das neu gestaltete Albert Schweitzer Hospiz in Graz sticht durch eine außergewöhnliche und durchdachte Architektur hervor, die die Sinne anregt und Visionen fördert. Quasi werden neue Welten und Übergänge erschlossen. Das lässt sich metaphorisch als Übung des Übergangs in eine andere Welt deuten oder einfach als gelungene Gestaltung bewundern.

Medizinische Funktionsräume sind in weitaus geringerem Maße erforderlich, als dies in klassischen Palliativstationen der Fall ist. Dadurch entsteht eine wohnliche Atmosphäre, die nicht an ein Krankenhaus mit all seinem Leid und Schmerz erinnert. Das trägt erheblich zum Wohlbefinden der Gäste bei.

Die Gärten werden von den Kranken und ihren Angehörigen sehr geschätzt. Im Albert Schweitzer Hospiz gibt es zum Beispiel einen Schmetterlingsgarten und eine Anlage mit Lebensbäumen nach keltischer Tradition.

Meditationsräume, die zugleich als Rückzugsorte und geschützte Gesprächsräume genutzt werden können, stehen zur Verfügung.

Das Tageshospiz Kleingmainerhof in Salzburg ist in die Jahre gekommen und zu eng für eine zeitgemäße Hospizarbeit und vor allem für die gestiegene Nachfrage. Der Umzug in ein größeres Gebäude, das heuer hergerichtet wird, ist für Mitte 2013 vorgesehen (Hospizbewegung Salzburg 2011). Dort soll der Gestaltung und der Atmosphäre ein besonderes Augenmerk geschenkt werden.

3.12 Finanzierung und Rechtsanspruch

Von der grundsätzlichen Ausrichtung her ist ein Hospiz für die Gäste kostenfrei (Höfler 2001, S. 17 und Caritas Wien Tageshospiz). Lediglich für die Verpflegung wird zuweilen ein Obulus erwartet oder festgesetzt, z.B. im Kleingmainerhof in Salzburg sind es sieben Euro pro Tag (Hospizbewegung Salzburg).

Das Tageshospiz Kleingmainerhof wird von der Hospiz-Bewegung Salzburg Verein für Lebensbegleitung und Sterbebeistand betrieben und finanziert sich etwa zur Hälfte aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen sowie Erlösen aus Benefizveranstaltungen. Die Caritas der Erzdiözese Salzburg schießt ungefähr ein Fünftel des Jahresbudgets in Form einer Personalsubvention zu. Stadt und Land Salzburg, der Salzburger Gesundheitsfond SAGES und die Gemeinden tragen mit Subventionen ein weiteres Fünftel des Jahresbudgets. Die Sozialversicherungsträger übernehmen einen Teil der ärztlichen Leistung im Tageshospiz durch einen Zuschuss pro Patiententag.

An der Berichterstattung zur Realisierung des Ausbaus des Tageshospizes in Salzburg wird deutlich, wie unsicher die Finanzierung dieser so dringend gebrauchten Einrichtungen ist. Der Hospizverein Salzburg deckt 80% seiner Kosten aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden. Das neue, größere Tageshospiz kann nur aufgrund außergewöhnlich hoher Privatspenden gebaut werden. „Doch das Hospiz müsse dringend erweitert werden, es sei zu wenig Platz, um der steigenden Nachfrage gerecht zu werden“, so die Obfrau der Hospizbewegung, Maria Haidinger, am 28.12.11 im ORF. „Jetzt stellt eine Sponsorin 800.000 Euro zur Verfügung. Weitere 400.000 Euro kommen vom Land, 200.000 von der Stadt Salzburg, damit sollte das Platzproblem bald gelöst sein“, resümiert der ORF-Bericht (ORF Salzburg 2011).

Über 16.000 Euro kamen durch Spenden, zu denen eine Person aus der Öffentlichkeit anlässlich ihres 60. Geburtstages anstelle von Geschenken, aufgerufen hatte, hinzu (Kosak 2012).

Laut einer Umfrage unter Kranken und Angehörigen des Tageshospizes in Graz besteht fast durchgehend die Bereitschaft, weitergehende Zahlungen zu leisten, um in den Genuss eines Tageshospizes zu gelangen. Die Angaben über die Bereitschaft privater Zuzahlungen bewegen sich zwischen 10 und 100 Euro täglich. Die „Hälfte des Einkommens“ wurde in einem Fall sogar genannt (Tauchner 2011, S. 70 und S. 76).

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung obliegt teilweise dem Gesundheitssektor und teilweise dem Sozialsektor. Die Tageshospizeinrichtungen sind dabei deutlich auf Spenden, Sponsoring und Zahlungen durch Patienten angewiesen, da die Regelfinanzierung (LKF) nicht greift.

In der Steiermark kam seit 2006 der Reformpool zum Einsatz (Tauchner 2011, S. 38-41). In der aktuellen Liste ist die Steiermark allerdings nur noch mit anderen Projekten zu finden (Reformpool-Liste 2011). Der Reformpool dient der Finanzierung verschiedener Projekte, unter anderem solcher, die bereits während der Laufzeit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (BGBl. I Nr. 73/2005) beschlossen wurden. Zur Fortsetzung dieser Projekte sind die bereits dafür vereinbarten Mittel bereitzustellen. In der Steiermark wurde 2008 eine Regelfinanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung beschlossen, die bis 2013 festgeschrieben ist (Zweiger et al. 2011, S. 7).

In Niederösterreich wird der Reformpool explizit für die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung eingesetzt (Reformpool-Liste 2011).

In Salzburg und Wien tragen die Sozialversicherungsträger einen Teil der Kosten, die im Tageshospiz generiert werden. Die Patienten bestreiten einen Anteil aus Eigenmitteln und Pflegegeld selbst (Nehmet et al. 2006, S. 36 f). Die Hospizbetreiber haben sich zur Entlastung der Patienten um Sonderlösungen bemüht (Nehmet et al. 2006, S. 37). Der Dachverband Hospiz Österreich verlangt vom Gesetzgeber die Festlegung der Zuständigkeit von Gesundheits- und Sozialbereich, so dass die Finanzierung der Versorgung am Lebensende verlässlich geklärt ist und in die Kranken- und Pflegeversicherung bindend aufgenommen werden kann (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 20).

In Österreich äußern sich 80% der Bevölkerung dahin gehend, dass sie in einer vertrauten Umgebung sterben möchten (Abrahamian et al. 2007, S. 20).

77.199 Sterbefälle waren laut Statistik Austria im Jahr 2010 zu beklagen. Auf Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen entfallen deutlich unter 10% dieser Todesfälle (Bundesanstalt Statistik Österreich 2011, S. 37). Geht man von 70.000 krankheits- und altersbedingten Todesfällen aus, ergeben sich jährlich ca. 56.000 Menschen, die sich wünschen, in einer vertrauten Umgebung zu sterben.

2010 wurden 31.405 Menschen hospiziär oder palliativ betreut (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 10).

Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, dass österreichweit ein hoher und wachsender Bedarf an bezahlbaren Dienstleistungen aus der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung besteht. Im Klartext: Rund 56 % der rein rechnerisch vorhandenen Fälle wurden 2010 adäquat in der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung betreut.

Aus der aktuellen Artikel 15a- Vereinbarung (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2005) lässt sich kein Rechtsanspruch auf angemessene Palliativ- und Hospizversorgung ableiten, aber dennoch wird deutlich, dass der Gesetzgeber dem wachsenden Bedarf an geeigneter Pflege gerecht werden möchte. Im Nationalrat wurde eine dementsprechende Aufforderung zur Umsetzung an die Regierung 2001 deutlich in der sogenannten 4-Parteieneinigung, initiiert von Abgeordneten aus SPÖ, FPÖ, ÖVP und Grüne, formuliert (Abrahamian 2007, S. 129).

Der Dachverband Hospiz Österreich drängt mit Nachdruck auf die Umsetzung der in der 15a-Vereinbarung festgeschriebenen, aber bislang nicht umgesetzten „flächendeckenden, bedarfsgerechten und österreichweit gleichwertigen Entwicklung der abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung“ (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2005, S. 5) und setzt sich vehement dafür ein, dass in der Krankenversicherung ein Rechtsanspruch auf erreichbare, bezahlbare und zugängliche Hospiz- und Palliativversorgung verankert wird (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S.20).

3.13 Internationaler Vergleich

Wie wollen die Menschen in Europa sterben und wie sterben sie tatsächlich? Die Institutionalisierung des Sterbens, die Verbannung des Todes aus dem Leben einerseits,

und der Wunsch nach einem würdevollen Tod in vertrauter Umgebung andererseits, wurden in dieser Arbeit an verschiedenen Stellen angesprochen.

Neben den Wünschen und Bedürfnissen sterbender Menschen spielen die rechtliche Situation und die Finanzierungsmodelle des nationalen Gesundheitswesens jeweils eine bedeutsame Rolle. Darüber hinaus kommen soziokulturelle Faktoren zum Tragen. In diesem Zusammenhang können die unterschiedlichen Praktiken und juristischen Einschätzungen der aktiven, passiven und indirekten Sterbehilfe sowie dem assistierten Suizid Erwähnung finden. Der Hospizgedanke fokussiert die Sterbebegleitung und die Lebenshilfe.

Aktive direkte Sterbehilfe: Tod auf Verlangen, „Euthanasie“, aber auch Töten aus Mitleid, ohne das Wissen des Patienten

Aktive indirekte Sterbehilfe: Inkaufnahme eines frühzeitigen Todes zugunsten einer stärkeren oder besseren Schmerzbehandlung

Passive Sterbehilfe: Zulassen des Sterbeprozesses, Verzicht auf weitere Behandlung unter Beibehaltung der Basispflege (Zuwendung, Stillen von Hunger und Durst, Schmerztherapie)

Assistierter Suizid: Beihilfe zum Selbstmord ohne eigene Handlung

Sterbebegleitung lässt sich in den Worten Kardinal Königs zusammenfassen: Der Mensch soll an der Hand eines anderen Menschen sterben, nicht durch die Hand eines anderen (Abrahamian 2007, S. 23 f).

Einen Überblick liefert die folgende Tabelle: Sterben, Wunsch und Wirklichkeit in Europa, erstellt nach Angaben aus der Studie „Helfen am Ende des Lebens“, die von Prof. Dr. Reimer Gronemeyer und seinem Team Michaela Fink, Marcel Globisch und Felix Schumann an der Universität Gießen durchgeführt wurde (Gronemeyer et al. 2004, S. 53-313).

Land	Wunsch: „Ich will zuhause/in einem vertrauten Umfeld sterben“	Wirklichkeit Sterben in Institution, Klinik, Heim	Wirklichkeit Sterben zuhause	Wirklichkeit Sterben im Hospiz
Österreich	80%	70%	27% Wien 15%	
England	50%		19%	4%
England Krebs		57%	25%	18%
Niederlande Krebs		31%	65%	< 1%
Dänemark			22%	
Norwegen		80%	15%	
Norwegen Krebs	66%	86%	11%	
Frankreich	70%	70%	30%	
Italien		Mehr als 70%		
Deutschland		80%	10%	
Polen Krebs		55%	30% m. mob. Hosp./PCare Diensten	12%
Litauen			48%	
Estland			80% (Krebs)	
Ungarn				1%
Ukraine		20%	80%	

Abbildung 3: Sterben, Wunsch und Wirklichkeit in Europa

Wegen der unterschiedlichen Datengrundlagen lassen sich die länderspezifischen Werte nicht ohne weiteres vergleichen.

Deutlich zeigt sich jedoch die Tendenz, dass in Europa die Mehrzahl der Menschen in stationären Einrichtungen des klassischen Gesundheitswesens sterben und nur vergleichsweise wenige das Privileg genießen, in ihrer gewohnten Umgebung im Kreise vertrauter Menschen sterben zu dürfen. Hingegen wünscht sich offensichtlich eine klare Mehrheit, die letzte Phase des Lebens zuhause bzw. in einer familiären Umgebung zu verbringen und dort Abschied zu nehmen.

Insbesondere im Endstadium einer Krebserkrankung ist in England und den Niederlanden die Chance, dass dieser Wunsch in Erfüllung geht, relativ hoch.

Die Keimzelle der modernen europäischen Hospizbewegung liegt in England und so erstaunt es nicht, dass es dort für relativ viele Menschen möglich ist, im Hospiz oder zuhause (mit oder ohne Unterstützung durch mobile Hospizteams) zu sterben. Das St. Christopher's Hospice spielt eine beispielgebende Rolle für die Hospizbewegung in Europa. England ist flächendeckend mit Hospizeinrichtungen, die ins Gesundheitswesen integriert sind, versorgt (Höfler 2001, S. 4).

Der polnische Arzt Zbigniew Zylicz, Leiter des einzigen niederländischen Hospizes, hat eine engagierte Studie über die Hospizbewegung in den Niederlanden vorgelegt (Zylicz 1999). Er kommt zu dem Schluss, dass die Hospizbewegung in den Niederlanden, die wegen des sehr hohen Standards des etablierten Versorgungsnetzes, das erst jetzt Sparmaßnahmen verkraften muss, später als alle anderen europäischen Hospizbewegungen zum Leben erwacht ist, eine wichtige Alternative zur Euthanasie bietet und die kontroverse Diskussion um das Thema Euthanasie sehr positiv beeinflusst. Das Team des Rozenheuvel Hospiz genießt unter den 270 Hausärzten der Region große Anerkennung und Hochachtung. Eine Befragung unter Ärzten und Familien zeigte einen umfangreichen Bedarf an Hospizleistungen. Das niederländische Hospiz der Zukunft sollte der weit verbreiteten „Meinung, dass das eigene Zuhause der beste Ort zum Leben und die beste Stätte zum Sterben“ sei, Tribut zollen und durch eine engagierte Hausbetreuung unterstützen.

In Estland und der Ukraine sterben erstaunlich viele Menschen zuhause. Dazu sollte bedacht werden, dass ukrainische Kliniken sich durch hohe Todesraten einen schlechten Ruf einhandeln und daher das Bestreben erwächst, schwerkranke Patienten nachhause zu entlassen (Gronemeyer et al. 2004, S. 296).

4. Diskussion

4.1 Reflektion: Inhalt

Eine intensivere Befragung betroffener und potenziell betroffener Personen wäre wünschenswert und Ziel führend gewesen, hätte den Rahmen einer Masterarbeit aber gesprengt.

Eine groß angelegte Befragung von Palliativpatienten/-innen und ihren Angehörigen ließe Schlüsse zu hinsichtlich der Wünsche und Bedürfnisse in der finalen Phase des Lebens und der Bedürfnisse sterbebegleitender Angehöriger. Diese Informationen wären hilfreich für die Konzeptionierung und die Gestaltung neuer Tageshospize und für die Erneuerung oder den Ausbau vorhandener Einrichtungen.

Die Wünsche, Bedürfnisse und Anregungen der professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Tageshospizen werden in den Netzwerken des Verbands Hospiz Österreich gebündelt und aufgegriffen, um sie in der Aus- und Weiterbildung und im Berufsalltag umsetzen zu können.

Aufschluss über den zukünftigen Bedarf an Plätzen in Tageshospizen ließe sich aus einer Befragung nicht akut betroffener Personen ableiten. Möglicherweise wäre eine Stützung des Befunds durch eine Befragung akut betroffener Personen sinnvoll, um erkennen zu können, wie sich der Wunsch angesichts einer konkreten schlechten Diagnose verändert. Zudem lassen sich die Datenerhebungen des statistischen Bundesamtes (zusammengefasst im Jahrbuch Gesundheit) erhellend hinzunehmen.

Die Modifikation der Bedürfnislage angesichts der Erkenntnis, dass das eigene Leben sich konkret dem Ende zuneigt, wäre interessant zu analysieren. Aus einer solchen Analyse können wichtige Hinweise für die Angebotsgestaltung in einem Tageshospiz entstehen. Insbesondere die nicht-medizinischen Angebote könnten durch eine solche Information optimal gestaltet werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gäste der drei bisher in Österreich vorhandenen Tageshospize sehr zufrieden sind. Zu dem im April 2012 eröffneten vierten Tageshospiz in St. Pölten kann noch nicht viel gesagt werden.

Es zeigt sich die Tendenz, dass die Bedeutung der emotionalen Qualitäten die der sachlichen Qualitäten dominiert. In unserem auf Effizienz und Fakten fokussierten System stößt diese Tendenz möglicherweise auf Widerstand. In der Evaluation von Einrichtungen, in denen Menschen ihr Leben beschließen, sollten „weiche“ Fakten stärker berücksichtigt werden, auch wenn sie schwieriger zu messen und zu vergleichen sind.

Hierzu abschließend zwei Zitate von Patientinnen:

Eveline Hartl, Diagnose Lungenkarzinom, sagt: „Hier wird man super betreut, hat Ansprache und eine tolle Schmerztherapie. Ich habe nicht gewusst, dass es so etwas gibt, und dass das eigentlich Lebens- und nicht Sterbebegleitung ist“ (ORF Salzburg 2011).

„Mittlerweile fehlt mir etwas, wenn ich nicht ins Tageshospiz kommen kann. Ich bin sehr gern da. Von dem Moment, in dem du den Fuß hereinsetzt, bis du wieder nachhause gehst, wirst du umsorgt und deine Wünsche werden erfüllt. Das Tageshospiz ist für mich zur Lebensverschönerung geworden“, resümiert Brigitte Trattner (Hospizbewegung Salzburg 2011).

4.2 Reflektion: Methode

Der Methodenmix aus Befragung und Recherche war eine angebrachte Vorgehensweise. Wie oben bereits erwähnt, wäre eine tiefere Ergründung mittels intensiver und breit gestreuter Befragungen wünschenswert, allerdings im Rahmen der Masterthesis nicht realisierbar gewesen.

Die Internetrecherche ist eine zeitgemäße und effektive Methode, die sowohl einen basalen Überblick über das Thema gewährt, als auch punktgenaue Informationen zu spezifischen Fragestellungen erlaubt. Einschränkend sei die Schnelllebigkeit des Internets erwähnt, die dazu führen kann, dass verwendete Seiten nach einem gewissen Zeitraum nicht mehr zugänglich sind. Das Abspeichern der relevanten Inhalte als Kopie in einer getrennten Ablagedatei ist empfehlenswert.

Die Anzahl der Treffer bietet Anhaltspunkte über die Bedeutung eines Themas, sofern der Suchbegriff optimal gewählt war.

Die Vorgehensweise, die Homepages der Tageshospize mit Hilfe eines Rasters hinsichtlich der Qualitätskriterien des ÖBIG und bezüglich der Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Personen zu analysieren, hat nicht den vollen erwarteten Erfolg gebracht. Die

Aussagekraft der Homepages im Hinblick auf die genannten Forschungsfragen ist nur eingeschränkt gegeben. Links auf Zeitungsartikel und Rundfunkinterviews verbessern die Datenlage und wurden deshalb berücksichtigt. Die Kriterien und Wünsche sind teilweise auf interpretatorischem Wege aus den Texten der Homepages zu lesen, aber nicht als konkretes Faktum ablesbar.

Die Literaturrecherche zeigte, dass das Thema Tageshospiz ein noch wenig erforschtes Feld zu sein scheint, was für Studierende ein großes Potenzial darstellt.

Die Fragestellung exemplarisch auf die österreichischen Tageshospize zu beschränken, hat sich als günstig herausgestellt. So konnte die Datenlage zu fast 100% ausgeschöpft werden, da es sich bislang nur um drei Einrichtungen handelt. Das ist im Rahmen einer Masterthesis leistbar. Die vierte Einrichtung wurde nur teilweise einbezogen.

Würden alle österreichischen Hospize in die Betrachtung inkludiert, wäre es ratsam, die Homepages mit Hilfe geeigneter Software zu vergleichen.

4.3 Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis

4.3.1 Ziele und Zielgruppen

Die Ziele und die Arbeit der Hospizbewegung scheinen ein Bedürfnis zu befriedigen, das lange tabu war: In Würde und Selbstbestimmung bis zur letzten Minute leben, ein Tod in Würde und in einem vertrauten Umfeld. Alle drei österreichischen Tageshospize signalisieren die Notwendigkeit des Ausbaus und der Ausweitung der Öffnungszeiten. Die Eröffnung weiterer Tageshospize ist dringend gefordert.

Das Tageshospiz in Wien hat 2011 bereits seine Öffnungszeiten ausgedehnt (Hospiz Steiermark 2012). In Salzburg reagiert die Hospizbewegung aktiv auf stetig steigende Patientenzahl und strebt für 2013 die Eröffnung eines größeren Hauses an (ORF Salzburg 2011). In St. Pölten hat ein weiteres Tageshospiz seine Pforten geöffnet (Niederösterreichische Landes- und Jugendheime 2012).

Laut aktuellem Jahrbuch der Gesundheitsstatistik (Bundesanstalt Statistik Österreich 2011) stagniert sowohl die Zahl der Krebsneuerkrankungen als auch die der akuten Krebskranken (Bundesanstalt Statistik Österreich 2011, S. 235-326). Die Zahl der AIDS-Infizierten ist nach derselben Quelle rückläufig (ebd., S. 329-332).

Die Zahl der Todesfälle durch Herz-Kreislaufkrankungen ist stark rückläufig (ebd., S. 38).

Die Sterberate in Österreich steigt stetig, was aber nicht zwangsläufig bedeutet, dass in absoluten Zahlen ausgedrückt, mehr Menschen sterben. Es ist ein Ausdruck der demographischen Situation des Landes. Die Zahl der Hochbetagten steigt und wird sich bis 2030 knapp verdoppeln. Der Frauenanteil der älteren Menschen ist etwa doppelt so hoch wie der Männeranteil; diese Schere wird sich in Zukunft voraussichtlich langsam und dauerhaft schließen (ebd., S. 32 f und S. 35 ff).

Fazit:

Die Zahl der palliativmedizinisch zu behandelnden Krankheiten geht zurück und zugleich wächst der Bedarf an Plätzen in der Hospiz-Versorgung. Das lässt auf einen Wandel der Einstellungen zum Sterben und einen Wertewandel hinsichtlich der palliativmedizinischen Versorgung schließen. Die Betreuung im Tageshospiz zielt darauf ab, die Unabhängigkeit, das körperliche und seelische Wohlbefinden, die Würde und Selbstachtung der Patientinnen und Patienten bis zum Schluss aufrechtzuerhalten. Das scheint dem Willen der Betroffenen entgegenzukommen, und zwar dem der konkret betroffenen und dem der potenziell betroffenen Menschen.

Wenn die Zahl der Hochbetagten steigt, bedeutet das eine Verschiebung innerhalb der „Pflegegeneration“. Die Kinder der Hochbetagten sind selbst nicht mehr so belastbar, dass sie Pflege alleine bewältigen können. Die Enkelgeneration ist mit der Erziehung der eigenen Kinder und mit der Erwirtschaftung des Familieneinkommens ausgelastet, das heißt die Pflege der Generation der Hochbetagten benötigt pflegerische Unterstützung. So wie die Kinder in den Hort gehen, gehen die Sterbenden vielleicht eines Tages ins Tageshospiz. Das soll keine Abschiebung sein, sondern eine Unterstützung der familieninternen Arbeitsteilung und Pflegeleistung und zugleich die Chance, unter seinesgleichen zu weilen und nicht zu vereinsamen.

4.3.2 Personalsituation

Wenn es so ist, dass der Bedarf an Hospizversorgung steigt, weil ein Wandel in der Einstellung zum letzten Lebensweg stattgefunden hat und weil die „weichen Faktoren“ der Palliativversorgung an Bedeutung gewinnen, kann man daraus schließen, dass der Personalbedarf in den Tageshospizen langfristig steigen wird.

In Österreich ist die hohe und zielgerichtete Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Hospizeinrichtungen hervorzuheben und zu begrüßen. Das bezieht sich auf die Professionellen genauso wie auf die Ehrenamtlichen. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung dieser Berufsgruppen ist vorbildlich in Europa. Es ist wünschenswert, dass an diesem hohen Standard trotz des Kostendrucks im Gesundheitswesen festgehalten wird. Da es offenbar besonders die persönliche Zuwendung, die wertschätzende Atmosphäre und die Sicherheit, gut aufgehoben und geborgen zu sein, sowie die Selbstbestimmung, die Freiheit von der (übersteigerten) Gerätemedizin und die Ansätze alternativmedizinischer Methoden sind, die die Attraktivität der Hospizversorgung definieren, wird voraussichtlich der Bedarf an nichtmedizinischem Personal stärker steigen als der Bedarf an in der klassischen medizinischen Versorgung Tätigen.

Dem sollte in der Planung der Aus-, Fort- und Weiterbildung Rechnung getragen werden. Die konsequente Einbeziehung der liebenden, begleitenden und pflegenden Angehörigen eröffnet weite Berufsfelder: Beratung, Unterstützung, Unterweisung und je nach Sachlage Therapie und/oder Coaching.

Die Arbeit der Ehrenamtlichen bietet psychisch stabilen Menschen ein erfüllendes und verantwortungsvolles Beschäftigungsfeld, das auch der persönlichen Weiterentwicklung förderlich ist. Darüber hinaus kann diese ehrenamtliche Tätigkeit mittelfristig den Einstieg in eine berufliche Erwerbstätigkeit bieten, was beispielsweise für Eltern in oder nach einer längeren Familienzeit bei entsprechender persönlicher Neigung und Eignung Perspektiven eröffnet.

4.3.3 Medizinische, therapeutische und pflegerische Angebote

Die medizinischen Angebote konzentrieren sich auf unterstützende Maßnahmen und Beratungsgespräche hinsichtlich einer angemessenen medizinischen Vorgehensweise.

Beratungsgespräche zum besseren Verstehen der Diagnose oder eines medizinischen Gutachtens kommen hinzu. Lebensverlängernde Maßnahmen sind im Tageshospiz selten ein Thema. Wichtig sind die persönliche Überzeugung der medizinischen Fachkräfte, dass sie dem Leben dienen und nicht der Gerätemedizin verpflichtet sind, ihre psychische Stabilität, ihr Einfühlungsvermögen und ihre Einstellung zum Tod als Teil des Lebens. Psychotherapie für die betroffenen Menschen und in starkem Maße auch für Angehörige spielt eine wesentliche Rolle im Hospizgeschehen. Dies kommt insbesondere bei jüngeren Sterbenden und deren Familien zum Tragen. Präventivangebote für zurückbleibende Halbweisen wären wünschenswert und Präventivangebote für Eltern, die ein (junges) Kind verlieren und mit dieser Situation alleine oft nicht zu recht kommen.

Langfristige häusliche Pflege kann die psychische Belastungsgrenze der Angehörigen überschreiten. Erschöpfungszustände können schleichend in Depressionen übergehen. Physio- und Ergotherapie können die Lebensqualität Sterbender erheblich verbessern, so dass sie ihre verbleibende Zeit möglichst angenehm verbringen können. Physiotherapie und Krankengymnastik ist teilweise auch für pflegende Angehörige angezeigt, weil die häusliche Pflege die körperliche Leistungsfähigkeit stark strapaziert.

Alle Formen der Beschäftigungstherapie aber auch der nichttherapeutischen Aktivität lenken den Sterbenden ab und schenken ihm so unbeschwerte Stunden. Zuweilen werden Bachblütentherapie, Lichttherapie, Aromatherapie und Ähnliches angeboten.

Wesentlich in der Hospizarbeit ist die Schmerztherapie.

Pflege im Tageshospiz ist umfangreicher, persönlicher und zeitintensiver, als es in der standardisierten Altenpflege üblich ist. Sie wird von qualifizierten Pflegekräften geleistet, die von Ehrenamtlichen und externen Diensten unterstützt werden. Basispflege wie Unterstützung bei der Körperhygiene, bei Bedarf beim Essen und Trinken, das Wechseln von Pflastern, Kanülen, evtl. Windeln sind selbstverständlich. Fußreflexmassage, Wellnessmassage, möglicherweise Ayurveda-Anwendungen, Bäder, Packungen, Wärmebehandlungen und das unvoreingenommene Erfüllen von Wünschen ergänzen die Pflege in der Hospizarbeit. Diese Angebote haben ihren Preis. Aber es gibt auch sehr kostengünstige Möglichkeiten, die Pflege im Hospiz anzureichern: Nähe und Gespräche anbieten, Gespräche initiieren, wenn der Gast sich scheut, aber auch erkennen, wenn Distanz gewünscht wird. Streicheln, Hand halten, vorlesen, aber auch schweigen und den Gedanken freien Raum geben, Ruhe und Gelassenheit walten lassen, den Dingen Zeit

einräumen, Empathie leben. Wenn das die Basis der Pflege geworden ist, ist der Hospizgedanke zum Leben erwacht.

4.3.4 Psychosoziale und spirituelle Betreuung und Beratung, Trauerarbeit

Ein ganz wesentlicher Aspekt des Hospizgedankens ist die Akzeptanz des Todes als Teil jeden Lebens. Der Umgang mit dem Tod wird im Hospiz enttabuisiert. Der Tod wird ins Leben integriert und alle, die in einem Hospiz arbeiten wollen, sollten sich darüber klar sein, dass sie jeden Tag mit dem Tod konfrontiert werden, dass er ihr ständiger Begleiter werden wird.

Das erfordert eine stabile Persönlichkeit und die Reife, den eigenen Bedarf an Unterstützung durch Supervision und Beratungsgespräche frühzeitig zu erkennen und in Anspruch zu nehmen. Der Wunsch nach Supervision oder einem kollegialen Gespräch muss auf offene Ohren und Herzen stoßen. Er darf nicht als Schwäche interpretiert werden, sondern muss als reife Selbstreflexion und mutige Selbstoffenbarung geschätzt und gefördert werden. Nur so kann langfristig eine vertrauensvolle und würdige Arbeit stattfinden.

Die psychosoziale Betreuung und Beratung der Sterbenden und ihrer Angehörigen gestaltet sich facettenreich. Sie beinhaltet praktische Ratschläge und Vermittlungstätigkeiten, wenn es um die Formulierung und Hinterlegung von Patientenverfügungen und Testamenten, um die Organisation von Alltagsabläufen in Familien, um einen Kur- oder Beihilfeantrag, um das Ausfüllen von Formularen, um Rente, kurzfristige Kinderbetreuung, um die Regelung finanzieller, rechtlicher oder steuerlicher Fragen u.s.w. geht. Der Kontakt zu geeigneten Fachanwaltskanzleien, zur staatlichen oder konfessionellen Familienhilfe, zu Behörden und Dienststellen soll im Bedarfsfall hergestellt und der Weg dahin begleitet oder geebnet werden. Angehörige, die psychisch belastet sind, sind oft überfordert mit diesen Gängen. Seniorinnen, die ihren Ehemann verloren haben, haben zuweilen nie zuvor Bankgeschäfte getätigt oder wissen nicht, wie sie ihren Rentenantrag stellen sollen. Senioren, die ihre Frau verloren haben, sind nicht nur einsam, sondern manchmal auch hilflos; sie können ihren Haushalt nicht alleine besorgen, haben keinerlei Erfahrung mit Angehörigen, deren Lebenskonzept durch den frühen Tod eines Elternteils völlig aus den Fugen geraten ist.

4.3.5 Raum und Atmosphäre für Kommunikation, Kreativität, Aktivitäten

Offensichtlich spielt die offene, freundliche und lebendige Atmosphäre, die sich in Licht durchfluteten Räumen, einladenden Sitzgruppen, Rückzugsmöglichkeiten und üppigen Gärten einerseits, in liebevoller Fürsorge, geduldigem Zuhören und offenen, ehrlichen Gesprächen andererseits äußert, eine sehr wichtige Rolle für Gäste der österreichischen Tageshospize. Geborgenheit, Sicherheit, das Gefühl, gut aufgehoben zu sein und die Gewissheit, mit allem, was zu der Lebensendphase gehört, angenommen zu sein, gibt den Betroffenen Kraft und Zuversicht, lässt sie leichter mit ihrer Situation Frieden schließen und motiviert sie, den letzten Weg aktiv zu gehen.

Dies alles für die Kranken und ihre Angehörigen zu gewährleisten, kostet die Beschäftigten viel Kraft. Um ihre Offenheit, ihre Freundlichkeit und Zuversicht, ihre Geduld und ihre Fürsorglichkeit bewahren zu können, sind Reflexion und Regeneration, durch kollegiale Gespräche, Supervision, Coaching, Meditation und regelmäßige Ruhephasen erforderlich.

Kommunikation im Sinne offener, freundlicher, unterhaltsamer und informativer Gespräche, aber auch im Sinne konstruktiver Lösungsgespräche, medizinischer und rechtlicher Beratungsgespräche, organisatorischer Absprachen mit externen Diensten oder vermittelnder bzw. unterstützender Gespräche mit Behörden und Institutionen nimmt einen breiten Raum im Tageshospiz ein und erfordert von den Beschäftigten nicht nur Geduld und Ruhe, Sachverstand und Freundlichkeit, sondern auch Organisationstalent, die Fähigkeit, Dinge sehr schnell nach Priorität einordnen zu können, Empathie und zugleich die Fähigkeit, eine gesunde Distanz zu wahren.

Die passende Kommunikation macht aus Patienten Gäste.

Kreativität, Aktivität und fröhliche, alltägliche Gespräche lassen die Gäste vorübergehend vergessen, dass sie auch Patienten sind, und zwar todkranke Patienten. Sie finden die Möglichkeit, ihrer letzten Lebensphase mehr Leben zu geben. Dabei werden sie unterstützt von all jenen, die sich in welcher Form auch immer in den Hospizeinrichtungen engagieren.

Das Engagement in einem Hospiz verlangt nicht nur eine gewisse persönliche Reife und psychische Stabilität, sondern fördert auch beides.

Alles in allem lässt sich zusammenfassen, dass die Atmosphäre im Hospiz, die durch die räumliche Gestaltung genauso wie durch das Fühlen, Denken und Handeln sowie durch

das „pure Dasein“ der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lebt und gedeiht, wichtiger ist als medizintechnische Ausstattung, funktionelle Einrichtung oder Anbindung an eine Klinik. Im aktuellen Curriculum für ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen und –mitarbeiter wird den facettenreichen Arbeitsanforderungen und der Bedeutung der sogenannten Soft-Skills Rechnung getragen und so gewährleistet, dass diese Menschen in ihrem Einsatz in den Hospizen dort eine förderliche, lebensbejahende, motivierende und offene Atmosphäre zu schaffen fähig sind.

4.3.6 Finanzierung und Rechtsansprüche

Monika Wild, Pflegeexpertin des Österreichischen Roten Kreuzes, hat sich im Vorfeld des Welthospiztages am 8. Oktober 2011, kritisch zur Lage der Hospizversorgung in Österreich geäußert. Leider gebe es trotz intensiver Bemühungen noch immer keine gesicherte Finanzierung für stationäre Hospizeinrichtungen, so Wild weiter. "Zuständigkeit und Finanzierung müssen klar zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie den Sozialversicherungen geregelt und abgestimmt werden. Hospizfinanzierung muss in die Regelfinanzierung unseres Gesundheits- und Pflegesystems integriert werden", wird Wild von der Ärztezeitung zitiert (Österreichische Ärztezeitung 2011).

Ebenso fordert der Dachverband Hospiz Österreich einen in der Krankenversicherung verankerten Rechtsanspruch auf Hospiz- und Palliativbetreuung, die erreichbar, leistbar und zugänglich ist, für alle Bürgerinnen und Bürger (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 20).

Das österreichische Rote Kreuz fordert den Ausbau stationärer Hospize genauso wie den Ausbau mobiler Hospizteams und den der Tageshospize (ebd.).

Caritasdirektor Michael Landau fordert in einem Artikel vom 8.4.12 ebenfalls, dass die Hospiz- und Palliativversorgung endlich in die Regelfinanzierung übernommen werden müsse. In Bezug auf die Verpflichtungen, die im 15a-Vertrag festgeschrieben sind, äußert er sich kritisch mit den folgenden Worten: "Der beste Plan nützt nichts, wenn er letztendlich Stückwerk bleibt und der politische Wille zur Umsetzung fehlt" (Leimgruber 2012).

Denn obwohl sich Bund und Länder im Rahmen der 15a-Vereinbarung verpflichtet haben, eine flächendeckende Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich prioritär umzusetzen, ist laut Caritas nach wie vor einiges zu tun.

Der Dachverband Hospiz Österreich drängt seit langem auf die Umsetzung der aktuellen Artikel 15a-Vereinbarung und verlangt ein Ende der unklaren Zuständigkeit von Gesundheits- und Sozialbereich (Dachverband Hospiz Österreich 2011a, S. 20). Diese 15a-Vereinbarung datiert aus dem Jahr 2005 (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2005, S. 5).

Die in der Vereinbarung verankerte flächendeckende, bedarfsgerechte und österreichweit gleichwertige Entwicklung der abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung stagniert augenscheinlich trotz wachsenden Bedarfs und trotz steigenden Interesses der österreichischen Bevölkerung an diesem Thema. 2012 existieren drei statt der laut Prognosen benötigten neun Tageshospize in Österreich. Von einer flächendeckenden und österreichweit gleichwertigen Entwicklung kann man also nicht sprechen, von einem bedarfsgerechten Ausbau auch nicht.

4.4 Ausblick

Der Hospizgedanke hat sich in Österreich etabliert und findet immer mehr Anhängerinnen und Anhänger. Der Ausbau des Netzes an Einrichtungen stagniert hingegen in weiten Teilen des Landes.

Aktuell ist in St. Pölten das österreichweit vierte Tageshospiz eröffnet worden (Springer Medizin Österreich 2012). Dieses vierte Tageshospiz war zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch nicht mit einer Homepage im Netz. Es finden sich lediglich Presseberichte, die die Eröffnung mehr oder minder ausführlich dokumentieren. Deshalb wurde dieses neue Tageshospiz nicht nachträglich in die bereits abgeschlossenen Betrachtungen innerhalb dieser Arbeit einbezogen. Es handelt sich bei der Einrichtung in St. Pölten um ein Tageshospiz für Seniorinnen und Senioren, welches im Rahmen des Projekts „Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim“ angesiedelt ist. Mit diesem Projekt soll erreicht werden, dass eine kompetente Hospiz- und Palliativversorgung in Seniorenheimen sichergestellt wird. „Die uns anvertrauten Menschen verdienen gerade in ihrem letzten Lebensabschnitt eine besonders respektvolle und würdevolle Betreuung voll Liebe und Anteilnahme“, so die niederösterreichische Landesrätin Mag. Barbara

Schwarz in der Presse. „In Niederösterreich ist, sechs Monate vor Ablauf der gesetzten Frist, im Juni 2012 die flächendeckende Versorgung mit Plätzen in der Hospiz- und Palliativversorgung umgesetzt“, so Schwarz weiter (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung 2012).

Am 04.03.2011 richteten die Abgeordneten Dr. Kurt Grünewald und Karl Öllinger eine Anfrage, den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in den Bundesländern betreffend, an den Bundesminister für Gesundheit, Alois Stöger (Grünewald et al. 2011). Die Inhalte, Anregungen und Fragestellungen dieser Anfrage werden im Folgenden zusammengefasst und im Anschluss bezogen auf den Schwerpunkt Tageshospiz diskutiert.

- Was ist aus der 2008 im Ministerrat beschlossenen „Verdoppelung“ der Anzahl der Hospizbetten in ganz Österreich geworden? Bislang ist für die Anfrager nicht ersichtlich, wie weit die Umsetzung fortgeschritten ist, wie die konkreten quantitativen Ziele aussehen, bis wann die „Verdoppelung“ nach damaliger Rechnung erreicht werden kann und in welcher Höhe Kosten anfallen werden.
- Unklare Kompetenzen zwischen Bund, Ländern, Sozial- und Gesundheitsbereich behindern die Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung. Wird es eine Abstimmung der Ressorts Gesundheit und Soziales mit dem Hauptverband und den Ländern zur Klärung der eindeutigen Zuständigkeiten geben?
- Die Regierung hat sich klar zum Stellenwert und zum bedarfsgerechten Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bekannt. Es fehlt jedoch immer noch an der flächendeckenden Umsetzung. Dazu hat eine Bund- / Länderarbeitsgruppe 2006 Empfehlungen ausgearbeitet. Es gibt darüber hinaus Bedarfsrichtwerte für das Versorgungsangebot der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (ÖBIG 2007, S 13). Die bis 2012 geplante Erfüllung dieses Bedarfes liegt im April 2011 in den meisten Bundesländern unter 50%. Die Abgeordneten wollen wissen, bis wann mit einer flächendeckenden Umsetzung zu rechnen ist und warum die Umsetzungsrate so gering ist. Sie fragen nach den Gründen für die Unterschiede im Umsetzungsgrad in den einzelnen Bundesländern.
- Ein wichtiger Punkt der Anfrage ist, bis wann mit einer Regelfinanzierung für alle Einrichtungen zu rechnen ist.

- Die Abgeordneten stellen die Pionierarbeit der Steiermark im Bereich der qualitativen und quantitativen Versorgung in der Hospiz- und Palliativversorgung zur Debatte und regen ein „Modell Steiermark“ an. Zudem bitten sie um ein Ranking der Versorgungsintensitäten und Mängel, bezogen auf die einzelnen Bundesländer.
- Eine Frage gilt dem Ausbau der Kinderhospizarbeit und dem pädiatrischen Palliative Care.
- Die Abgeordneten fragen nach einer Beschlussfassung für eine neue 15a-Vereinbarung ab 2014.
- Im Rahmen der Reformpool-Projekte werden nur wenige Projekte aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung verfolgt (Reformpool-Projektliste 2011). Die Möglichkeiten werden nicht ausgeschöpft. Die Abgeordneten wollen wissen, warum dies so ist und was zur stärkeren Nutzung dieser Finanzierungsmöglichkeiten getan werden kann.
- Es bedarf eines im ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) verankerten Rechtsanspruches auf die Nutzung von Hospiz- und Palliativbetreuungseinrichtungen. Die Abgeordneten fragen nach konkreten Wegen zum Rechtsanspruch und nach einem Zeitrahmen für die Umsetzung.
- Darüber hinaus fordern sie eine Erhöhung der Anreize für die Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz durch gesetzliche Nachbesserungen und einen Rechtsanspruch auf Mittel aus Härtefonds.

Niederösterreich und die Steiermark stehen in der in der 15a-Vereinbarung festgelegten Umsetzung der flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung an der Spitze. In anderen Bundesländern ist das Ziel bei weitem nicht erreicht. Möglicherweise lassen sich Impulse aus den beiden genannten Bundesländern heraus kristallisieren.

In Niederösterreich werden die Möglichkeiten aus dem Reformpool hinsichtlich des Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung genutzt, wie die offizielle Liste der Reformpoolprojekte zeigt. Die Steiermark ist in dieser aktuellen Liste nicht mit einem einschlägigen Projekt vertreten (Reformpool-Projektliste 2011).

Im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RGS) der Steiermark sind spezifische Fakten, Regelungen und Empfehlungen zur Realisierung und Finanzierung einer flächendeckenden

Hospiz- und Palliativversorgung zusammengestellt (Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2011, S. 53-60). Das kann erklären, warum die Steiermark aktuell nicht mit einem Hospizprojekt innerhalb des Reformpools vertreten ist, obwohl sie 2006 als eines der ersten Bundesländer damit begonnen hat (Tauchner 2011, S. 38-41, Freisleben 2007).

Durch die beiden genannten Finanzierungshilfen können sich die Bürgerinnen und Bürger den Aufenthalt im Tageshospiz leisten und die Träger der Einrichtungen müssen sich weniger um die Finanzierung durch Spenden und private Zuwendungen bemühen. Sie können sich stattdessen intensiv um ihre ureigenste Aufgabe kümmern, nämlich ihren Gästen, die letzten Lebensstage angenehm zu gestalten und ihnen einen würdevollen Abschied aus dem Leben zu ermöglichen.

Die meisten Menschen aus der Zielgruppe der schwerkranken Gäste und deren Angehöriger sind bereit, einen finanziellen Beitrag zur Nutzung eines Tageshospizes zu leisten (Tauchner 2011, S. 70 f, S. 76, S. 79).

Aus dieser Bereitschaft zur Eigenleistung und den Finanzierungsmodellen in der Steiermark und in Niederösterreich können vielleicht gangbare Wege zur solidarischen, verlässlichen und gesetzlich verankerten Regelfinanzierung von Tageshospizen gefunden werden.

Mit der Sicherung der Regelfinanzierung ließe sich der Rechtsanspruch auf Hospizpflege möglicherweise leichter realisieren.

Im nächsten Schritt könnte die flächendeckende Versorgung mit Hospizen vorangetrieben werden.

Christian Freisleben 2007 fasst in der Österreichischen Ärztezeitung vom 25.4.2007 kritische Stimmen zum Thema Reformpool zusammen. Demnach kam es in der Umsetzung trotz der Vorgaben seitens des Bundes (Reformpool-Leitlinien 2008) zu Kompetenzfragen und unterschiedlichen Vorgehensweisen in den Bundesländern. Die Steiermark und Niederösterreich waren sehr schnell in der Umsetzung, Salzburg hingegen beschäftigte sich lange mit Kompetenzfragen und eigenen Richtlinien. Speziell der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung sollte in allen Bundesländern in Projekte des Reformpools einfließen. Niederösterreich und die Steiermark brachten dies sehr schnell auf

den Weg. Kritisiert wird in dem Artikel von Freisleben, dass es sich dabei nicht um innovative Ansätze handle, sondern um die Fortführung bereits vorhandener Ansätze oder um die Weiterfinanzierung der bereits laufenden Umsetzung des Bundesplans der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Das mag sein, jedoch sollte auch gesehen werden, dass diese beiden Bundesländer überhaupt gehandelt haben und sich, wie aus heutiger Perspektive zu resümieren ist, in der Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung an die Spitze der Bundesländer gearbeitet haben. Johann Baumgartner, der stellvertretende Vorsitzende des Dachverbandes „Hospiz Österreich“ und Vorstandsmitglied der Österreichischen Palliativgesellschaft, wird in der Ärztezeitung zitiert. Er stellt erhebliche Mängel und Verzögerungen im Ausbau der unterschiedlichen Stufen und Bereiche der Hospiz- und Palliativversorgung fest. „Seltenheitswert haben zudem Tageshospize, und wenn, gehen sie auf das Engagement von Institutionen wie der Caritas zurück. Finanzielle Mittel fehlen weiters für das Management der Nahtstellen zwischen extra- und intramuralen Bereich“, so Baumgartner wörtlich. Dennoch hofft Baumgartner laut Freislebens Artikels, dass die Mittel aus dem Reformpool den ersten Schritt für einen Übergang der Hospiz- und Palliativbetreuung in die Regelfinanzierung darstellen (Freisleben 2007).

5. Literaturverzeichnis

Abrahamian H.; Bruns V.; Grünstäudl V. (2007): *Den letzten Weg gemeinsam gehen. Hospize und Sterbebegleitung in der EU*, Goldegg Verlag: Wien.

Allert R.; Bremer A. (2005): *Erfolgsfaktor für Hospize. Forschungsergebnisse zu Qualität und Kosten*, Band 8.: Wuppertal.

Baumgartner J. (2006): *Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Entwicklungen und aktueller Stand*. Vortrag , 2. Österreichischer interdisziplinärer Palliativkongress: Wien, 05.12.2006.

Baumgartner J. (2010): *Erste Fragen für die letzte Zeit. Informationen für Betroffene und Angehörige*, Steirischer Hospiz- und Palliativführer, 4. Auflage: Graz.

Bundesanstalt Statistik Österreich (2011): *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010*, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Bereich I/B (2010): *Das österreichische System der LKF*, Wien.

Dachverband Hospiz Österreich (2003): *Hospizbewegung. Palliative Care: Standards für die Befähigung ehrenamtlicher Hospizbegleiter/-innen*, Dachverband Hospiz Österreich: Wien.

Dachverband Hospiz Österreich (2011a): *Datenerhebung 2010*, Dachverband Hospiz Österreich: Wien.

Dachverband Hospiz Österreich (2011b): *Curriculum für den Befähigungskurs ehrenamtlicher Hospizbegleiter/-innen*, Dachverband Hospiz Österreich: Wien.

Erikson E. H. (1959): *Identität und Lebenszyklus*, Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Freisleben C. (2007): *Stau im Reformpool*, Verlagshaus der Ärzte Gesellschaft mbH: Wien.

Gronemeyer R. et al. (2004): *Helpen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa*, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. Hospiz Verlag: Wuppertal.

Gruber D.; Schmid B.; Schleritzko S. (2006): Bedürfnisse der sterbenden Menschen, *Österreichische Pflegezeitschrift*, Jugend 04/06, S. 23-28: Wien.

Höfler A. E. (2001): *Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit*, Wien.

Husebø S., Klaschnik E.(2009): *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*, 5. Auflage, Springer Medizin Verlag: Heidelberg.

Hospizbewegung Salzburg (2011): *Infoblatt - Lebensraum*, Ausgabe 01.

Kübler-Ross E. (2009): *Interviews mit Sterbenden*, Verlag Herder: Freiburg.

Kübler-Ross E. (2002): *Über den Tod und das Leben danach*, Silberschnur Verlag: Göllesheim.

Loewy E. H., Springer-Loewy R. (2002): Ethische Fragen am Ende des Lebens, *Zeitschrift Palliativpflege*, S.131-142.

Maslow A. H. (1943): A Theory of Human Motivation, *Psychological Review*, 50 : 370-396.

Maslow A. H. (1977): *Motivation und Persönlichkeit*, Olten-Verlag: Freiburg i. Br.

Nemeth C., Rottenhofer I., Schleicher B. (2006): Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung: Bericht, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Wien.

ÖBIG, Gesundheit Österreich (2007): *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung*. Wien

Pera H. (2001): *Es geht nur miteinander*, in Heimerl, K. und Heller, A. (Hrsg.) (ed): Eine Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz und Palliativbetreuung lernen.

Palliative Care und organisationales lernen. S 59-67, Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau.

Singer P., Martin D. (1999): Quality End-of-Life Care - Patients Perspectives, *JAMA*, 281, 2, S. 163-168.

Tauchner D. (2011): *Erwartungen an ein stationäres und Tageshospiz und notwendige Rahmenbedingungen*, Masterarbeit, FH Burgenland, Pinkafeld.

Zweiger R., Struckel Y., Baumgartner, J. (2011): *Jahresbericht 2010, Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark*, Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft GmbH: Graz.

Zylicz Z. (1999): *Die Hospizbewegung in den Niederlanden*, digitale Bibliothek, library.fes.de/fulltext/asfo/00231004.htm.

Internetquellen

Ambros I. (2011): Unverzichtbar – Ehrenamtliche im stationären Hospiz und im Tageshospiz Graz. Vortrag, Klagenfurt, 09.12.2011, URL: http://www.hospiz.at/pdf_dl/Aktuell_2011_Ambros_Inge.pdf [Zugriff: 15.03.2012).

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung (2012): Hospizausbau im Pflegeheimbereich bereits fast abgeschlossen; URL: http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120404_OTS0100/hospizausbau-im-pflegeheimbereich-bereits-fast-abgeschlossen [Zugriff: 07.05.12].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012): Familienhospizkarenz, URL: www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/7/8/3/CH0656/CMS1233316983780/broschuere_familienhospizkarenz.pdf [Zugriff: 01.02.2012].

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2005): URL:
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/2/6/CH1069/CMS1104315559331/bgbl_15a-vereinbarung_2005.pdf [Zugriff: 01.02.2012].

Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung:
URL: <http://www.bmwf.gv.at> [Zugriff: 06.03.2012].

Caritas Wien Tageshospiz:
URL: <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/hospiz/tageshospiz-in-wien/> [Zugriff: 01.02.2012 bis 16.05.2012].

Geriatrische Gesundheitszentren Graz, Albert Schweizer Tageshospiz (2012):
URL: <http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/679> [Zugriff: 01.02.2012 bis 16.05.2012].

Grünewald K., Öllinger K. (2011): *Anfrage an den Bundesminister*, URL:
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/J/J_07867/fnameorig_208676.html
[Zugriff: 15.04.2012].

Hospiz Österreich (2012): Kinderhospiztag 2012 – Kinder und ihre Familien bis zuletzt begleiten, URL: http://www.hospiz.at/dach/Kinderhospiztag_2012.htm [Zugriff: 06.03.2012].

Hospizbewegung Salzburg: Tageshospiz, URL: <http://www.hospiz-sbg.at/19/> [Zugriff: 01.02.2012 bis 16.05.2012].

Hospiz Steiermark (2012):
URL: http://www.hospiz-stmk.at/_new/index.php/hospiz/Aktuelles/Neuigkeiten/Da...
[Zugriff: 25.05.2012].

Kosak D. (2012): *Mödlhammer übergibt "Baustein" für Tageshospiz in Salzburg*,
URL: <http://www.gemeindebund.at/news.php?m=5&sm=15&id=1445> [Zugriff: 06.03.2012].

Landespressediens Niederösterreich (2012):

URL: <http://www.noe.gv.at/nlk> [Zugriff: 24.2.2012].

Leimgruber Elmar (2012): Caritas – Sterbebegleitung muss öffentlich finanziert werden,

URL: <http://www.redakteur.cc/tag/michael-landau/> [Zugriff: 06.05.2012].

Niederösterreichische Landes- und Jugendheime (2012):

URL: <http://www.noelandesheime.at/aktuelles/berichte/bericht/hospizangebot-voll-gebaut/> [Zugriff: 07.05.12].

ORF Salzburg (2011): Spende ermöglicht Tageshospiz-Neubau, URL:

<http://www.salzburg.orf.at/news/stories/2514861/> [Zugriff: 06.03.2012].

Österreichische Tageshospize Allgemein:

URL: <http://www.hospiz.at> [Zugriff: 01.02.2012 bis 16.05.2012].

Rote Nasen Clowndoctors (2011):

URL: <http://www.rotenasen.at/index.php%3Fid%3D207> [Zugriff: 15.03.2012].

Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark RSG (2011): URL:

http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11164591_45359806/b250341a/RSG%20Steiermark%202011.pdf [Zugriff: 24.04.2012].

Reformpoolprojekt-Liste (2011): URL:

http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/7/2/CH1072/CMS1219052161632/liste_reformpoolprojekte_stand_11._jaenner_2011_korrigiert.pdf [Zugriff: 08.05.2012].

Riss B. (2010): *Hospizkultur und Palliativ Care in NÖ Pflegeheimen*. URL:

http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/expertenletter/pflege/Hospizkultur_Palliative_Care_NOE_Pflegeheimen_Brigitte_Riss_Expertenletter_Pflege.pdf [Zugriff: 23.03.2012].

St. Christopher's Hospice (2012):

URL: <http://www.stchristophers.org.uk> [Zugriff: 01.02.2012 bis 16.05.2012].

Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen: Begleitung sterbender Menschen,

URL: <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/6-4%2520Sterbebegleitung.pdf>
[Zugriff: 24.02.2012].

Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (2006): Tiere in Altenheimen,

URL: <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2392.de>
[Zugriff: 25.02.2012].

St. Christopher's Hospice: Candle Project – Children, Young People and Loss, URL:

<http://www.stchristophers.org.uk/candle> [Zugriff: 15.03.2012].

Springer Medizin Österreich (2012): Hospizausbau in Niederösterreich fast abgeschlossen,

URL: <http://www.springermedizin.at/artikel/27405-hospizausbau-in-noe-fast-abgeschlossen> [Zugriff: 07.05.2012].

Tiroler Hospizgemeinschaft:

URL: <http://www.hospiz-tirol.at/tagebuch/%3Fp%3D1122> [Zugriff: 01.02.2012].

Verein Therapiehunde Mensch und Tier VHV (2012): Projektbericht Altenpflege,

URL: <http://www.therapie-hunde.at/therapy/projekte/altenpflege.php> [Zugriff: 15.03.12].

6. Anhang

6.1 Raster zur Auswertung der Homepages der drei Tageshospize

Personal	Anzahl	Anwesenheit	Qualifikation	Wünsche
Pflege				
Medizin				
Therapie				
Service				
Ehrenamt				
Supervision f. Pers.				
Ausbildung				
Weiterbildung				
Aktivitäten	Wie oft?	Durch wen?	Zufriedenheit	Wünsche
Kreativ sein				
Musizieren				
Tanz/Bewegung				
Vorlesen				
Musik hören				
Spiele				
Garten				
Küche				
Ausflüge				
Therapie	Wie oft?	Durch wen?	Zufriedenheit	Wünsche
Logopädie				
Ergotherapie				
Physiotherapie				
Diätologie				

Schmerztherapie				
Psychotherapie				
Bachblüten				
Med. Massage				
Aromatherapie				
Lichttherapie				
Wellness	Wie oft?	Durch wen?	Zufriedenheit	Wünsche
Massage				
Aryurveda				
Baden				
Wärmezonen				
Kommunikation	Beschreibung	Beteiligung	Zufriedenheit	Wünsche
Offenheit				
Stimmung				
Begegnungsraum				
Ambiente				
Garten/Park				
Sonstiges				
Spiritualität	Wer?	Erreichbarkeit	Individualität	Wünsche
Konf. Seelsorge				
Gesprächsangebote				
Gäste von außen				
Rituale				

Gruppenrituale				
Umgang mit Tod				
Trauerarbeit				
Rahmenbedingungen				
Kosten				
Menüwahl				
Erreichbarkeit				
Anbindung an Klinik				