Summary: Im Mittelpunkt des Forschungsprojektes standen die vorherrschenden Werte, Motivationen und Vorstellungen der Beteiligten und den sich daraus ergebenden Handlungsmustern in der ambulanten Hospiz-/Palliativarbeit.
Einen Blick in die Zukunft zeigt: Die ehrenamtliche Motivation verändert sich nicht nur, sondern wird die neuen Konturen der ambulanten Hospizarbeit bestimmen.

„Sterben dort, wo man zuhause ist..." Organisation und Praxis von Sterbebegleitungen in der ambulanten Hospizarbeit

Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojektes

Von Dr. Julia von Hayek, Dr. Christine Pfeffer, Prof. Dr. Werner Schneider (Projektleitung) unter Mitarbeit von Roman Erb und Frank Radisch

Zum Projekt

Ziel des Projektes war es, die Praxis ambulanter Hospiz-/Palliativarbeit zu untersuchen. Die zentrale Leitfrage dabei lautete: Was kennzeichnet ambulante Hospiz-/Palliativarbeit aus der Sicht der haupt- und ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter, der kooperierenden Fachstellen, der Sterbenden und ihrer Angehörigen? Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses standen somit die vorherrschenden Handlungsmuster in der ambulanten Hospiz-/Palliativarbeit sowie die Vorstellungen, Ideen und Werte, die aus Sicht der Beteiligten ihre jeweiligen Handlungsweisen orientieren und begründen.

Das Forschungsdesign verknüpfte zwei Vorgehensweisen: In einem ersten qualitativ-explorativen Forschungsschritt wurden 8, anhand unterschiedlicher Merkmale ausgewählte Einrichtungen in sogenannten Feldforschungen vor Ort untersucht. Mittels teilnehmender Beobachtung, ausführlichen Interviews und Gruppendiskussionen wurde eine Vielzahl an qualitativen Daten erhoben und ausgewertet (insgesamt wurden ca. 100 Interviews und Gruppendiskussionen durchgeführt sowie zahlreiche Beobachtungsprotokolle und Dokumentationsmaterial aus den einzelnen Einrichtungen gesammelt). In einem zweiten Schritt wurde ergänzend zu diesen Befunden eine standardisierte schriftliche, deutschlandweite Befragung von 404 ambulanten Hospizdiensten durchgeführt, zu denen insgesamt ca. 3.000 Fragebogen von haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen ausgewertet wurden.

Zum Projektablauf: Nach einer ersten Anschubfinanzierung für die Antragstellung durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz e.V.; jetzt Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. DHPV) wurde das Forschungsprojekt „Sterben dort, wo man zuhause ist... – Zur Praxis der Sterbebegleitung in der ambulanten Palliativ- und Hospizarbeit" zwischen Anfang August 2006 und Ende September 2008 von der Deutschen Krebshilfe finanziell gefördert. Das Projekt wurde in Kooperation mit dem DHPV, dem Dachverband von nahezu 1000 Hospiz- und Palliativeinrichtungen, organisiert und an der Universität Augsburg durchgeführt.

Zu den Ergebnissen

Wer leistet ambulante Hospizarbeit? Dies sind ganz überwiegend Frauen im höheren bzw. fortgeschrittenen Alter mit eher höherem Bildungsniveau. Bei hauptamtlichen Tätigkeiten haben diese häufig eine medizinisch-pflegerische Ausbildung ‚im Rücken', Ehrenamtliche weisen eher andere berufliche Hintergründe auf. Konkret: Hauptamtliche sind in der Regel weiblich (93%); zumeist im Alter von 31–50 Jahren (64%) oder älter (51–65 Jahre: 33%); haben überwiegend höhere

Bildungsabschlüsse (Abitur 54%, Realschulabschluss: 40%) und eine abgeschlossene Palliative-Care-Weiterbildung (84%). Der Beschäftigungsumfang ist nicht ganz zu einem Viertel ‚vollzeit' (24%), überwiegend ‚teilzeit' (60%) und ‚geringfügig beschäftigt' (17%). Ehrenamtliche sind in der Regel ebenfalls weiblich (90%); zumeist im Alter von 51–65 (44%) oder noch älter (35%) haben überwiegend einen Realschulabschluss (44%) oder Abitur (36%). Sie sind zum Befragungszeitpunkt zumeist nicht erwerbstätig (66%), waren es jedoch in der Vergangenheit fast durchgehend. Zum Befragungszeitpunkt bezeichnen sich die meisten als Rentnerin (45%) oder Hausfrauen (18%). Ein größerer Teil kommt aus dem medizinischen Bereich (insgesamt 34%, allein 23% aus dem Bereich der Alten-/Krankenpflege), noch mehr (46%) stammen aus dem Büro-/Verwaltungs- oder sonstigem Dienstleistungsbereich, 17% aus dem technischen oder wissenschaftlichen Bereich, 6% aus dem pädagogisch-therapeutischen Bereich.

Ambulante Hospizarbeit ermöglicht ein Sterben zu Hause und erfüllt somit einerseits das, was auch ihr Anspruch ist, andererseits das, was sich der überwiegende Anteil der Bevölkerung wünscht. Der überwiegende Teil der ambulanten Sterbebegleitungen bei den in der schriftlichen Befragung antwortenden Einrichtungen findet in den eigenen vier Wänden des Patienten statt und kann auch dort beendet werden. Allerdings gilt: Ein zu Hause begleitetes und auch dort zum Ende kommendes Sterben ist umso wahrscheinlicher, je höher der Organisationsgrad des betreuenden Dienstes ist. Dies lässt keineswegs simple Rückschlüsse auf unterschiedliche Qualitäten in der Begleitungspraxis zu. Infolge der regionalen Verteilung der Organisationsform von Diensten – wir finden ‚auf dem Land' deutlich mehr rein ehrenamtliche Dienste bei weniger verfügbarer unterstützender Infrastruktur – ist einerseits die Wahrscheinlichkeit, zu Hause begleitet zu werden und auch dort zu sterben, in ländlichen Regionen tendenziell geringer als in städtischen Regionen. Andererseits führt wiederum das Vorhandensein von stationären Hospiz-/Palliativeinrichtungen – zumal in der Endphase der Begleitung – tendenziell zu mehr Hospitalisierung. Solche ‚feinen Unterschiede' sind der Effekt des Zusammenspiels der Organisationsstruktur der Dienste, der jeweiligen regionalen Infrastrukturen, der sozialen und kulturellen Faktoren ‚vor Ort' – und der Merkmale der jeweils begleiteten Patienten.

«Und das gefällt mir eigentlich sehr gut. Muss ich sagen, äh, sie [die Ehrenamtliche] kümmert sich sehr lieb und nett um mich, auch jetzt war ich krank, dann hat sie angerufen, wie es mir geht, und das bin ich so gar nicht gewohnt, da ist man dann so – na, erfreut und doch wieder habe ich gedacht: Gott, hast du das eigentlich verdient, dass man sich so um dich kümmert so?»
Patientin

«Ich wünsche mir nur, dass ich mal im Hospiz betreut werde, wo ich es brauche.»
Angehörige

«Aber ich habe es geschafft, er ist hier gestorben und ich war bei ihm. Und das war für ihn gut und für mich auch und für die Kinder auch. Dass sie nicht ins Krankenhaus kommen muss und Tschüss sagen. Nee, das war okay.»
Angehörige

«Also die haben mir wirklich geholfen, ich kann die nur empfehlen. Weiterempfehlen.»
Angehörige

Erstkontakte erfolgen vor allem durch Angehörige und bei akuten Notlagen. Am häufigsten stellen die Angehörigen den Erstkontakt zum Hospizdienst her, während Patienten selbst in deutlich geringerem Ausmaß die Erstanfrage an den Dienst richten. Auch das Alten- oder Pflegeheimpersonal ist häufig direkt in den Erstkontakt involviert, indem es die Verbindung zum ambulanten Dienst aufbaut. An letzter Stelle stehen Haus- und Fachärzte. Allerdings können bei der direkten Kontaktaufnahme durch die Angehörigen auch Informations- und Vermittlungshinweise seitens anderer Personen (aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis), anderer Fachstellen usw. ausschlaggebend gewesen sein. Die Daten weisen darauf hin, dass Personen wie Pfarrer, Pastoren, Seelsorger, Freunde und Nachbarn eine nicht zu unterschätzende Relevanz als Multiplikatoren und Gewährsleute für die Anbahnung von Erstkontakten zwischen Klienten und Hospizdiensten haben. Bei den Gründen, die – nach Auskunft der Dienste hinter der Kontaktaufnahme mit dem Hospizdienst stehen, wird an oberster Stelle eine akute Versorgungsnotlage genannt, selten ist eine vorausschauende Planung ohne eine akute Notlage für die Hospizakteure erkennbar.

«was man als so Hospizbegleitung meint, es wird leider viel zu oft bezogen auf die letzten Tage und Wochen. Ich finde es viel sinnvoller, aber das hat sich eigentlich kaum durchgesetzt, dass wir die Menschen frühzeitiger kennen lernen, dann kann man ganz andere Kontakte aufbauen, wir können ganz anders umgehen miteinander, wie wenn wir so kurzfristig eingeschleust werden, wenn zum Beispiel der Patient vielleicht schon gar nicht mehr ansprechbar oder weniger ansprechbar ist, das halte ich für eher schwierig.»
Palliativpflegekraft

«Ich würde das genauso wieder machen. Ja. Ich würde mir nur – früher Hilfe holen. Ich würde mich körperlich nicht mehr so plagen.»
Angehörige

Hospiz bedeutet noch immer „In Kürze Sterben". Die Dominanz einer akuten Notlage geht einher mit einem offenbar immer noch problematischen Bild von ‚Hospiz', welches die haupt- wie ehrenamtlichen MitarbeiterInnen bei den Klienten wahrnehmen. Mit der Gleichung – „Wenn Hospiz kommt, geht's in Kürze ans Sterben" – sehen sich die HospizmitarbeiterInnen seitens der Klienten am häufigsten konfrontiert, gepaart mit recht diffusen, als wenig realistisch eingeschätzten Vorstellung zu dem, was die ‚Sterbeexperten' überhaupt anbieten können. Die erkennbaren Antwortrelationen zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen deuten darauf hin, dass Hauptamtliche insgesamt eine noch höhere Besetzung von Hospizarbeit mit ‚unpassenden Bildern' – gleichsam im Sinne einer ‚symbolischen Vorbelastetheit' seitens der Klienten – wahrnehmen als Ehrenamtliche. Auch in den Interviews mit den Patienten und Angehörigen wurden sowohl Informationsdefizite zum Angebot von Hospizarbeit als auch diese problematische symbolische Rahmung von ‚Hospiz' erkennbar. Patienten und Angehörige wussten nach eigenem Bekunden in der Regel vor der Begleitung gar nichts mit ‚Hospiz' anzufangen, manchmal kondensierte sich das vorhandene Wissen allein in der Vorstellung einer ‚irgendwie gearteten Hilfe für Sterbende'.

«weil ich denke, diese Sterbehilfe wird ja häufig falsch verstanden. Die glauben, Sterbehilfe, wir würden beim Sterben helfen irgendwie, also auch mit Medikamenten. »
Ehemalige Koordinatorin

«Also, ich war jetzt momentan ja hier erschrocken, wo der Doktor gesagt hat, von der Hospiz, dass er jemanden kennt und so, und dass er, hat mich angerufen und hat das dann gesagt, dass er jetzt dann jemanden hat und so, und dann bin ich erschrocken, weil, ich habe das eigentlich, kenne ich eigentlich nur, ich habe eigentlich gedacht, dass die nur sterbende Leute begleiten oder so, ja, und da habe ich erschrocken, und er sagt: Brauchen Sie sich nicht erschrecken. Hat er gesagt, die betreuen auch andere Patientinnen. Die sind eigentlich für alles so da, gell. Weil, man kriegt einen Schreck, wenn man das nicht kennt, man kennt bloß äh, (leiser) dass sie die sterbenden Leute da eigentlich begleiten.»
Patientin

«Ich wusste auch gar nicht, dass es überhaupt so was gibt. So. Man ist auch nie davon betroffen gewesen bis jetzt.»
Angehörige

«Ja – ich äh muss sagen, äh, ich wusste ja vorher gar nicht, dass es so eine Einrichtung gibt, die sich um, eben um so ne Probleme auch ein bisschen kümmern, ja.»
Angehöriger

Ehrenamtliche Hospizarbeit ist vielfältig und hängt vor allem von der Organisation des ambulanten Dienstes ab, in dem ein Ehrenamtlicher tätig ist. Das Tätigkeitsfeld der Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit beschränkt sich nicht auf Sterbebegleitungen. So finden sich eine Reihe an Ehrenamtlichen auch in der Öffentlichkeitsarbeit, als Unterstützung im Büro oder bei Trauerbegleitungen. Und auch in den Begleitungen beschränkt sich die Ausgestaltung des Ehrenamts nicht auf die psychosoziale Beziehungsarbeit, sondern kann je nach individuellen Voraussetzungen des einzelnen Ehrenamtlichen (bspw. Erfahrungshintergrund mit Sterben und Tod, Ausbildungshintergrund etwa im medizinisch-pflegerischen Bereich) darüber hinaus vielfältig gestaltet werden. Allerdings steht diesem

individuellen Gestaltungsspielraum eines Ehrenamtlichen eine Begrenzung durch den jeweiligen Hospizdienst gegenüber. D.h.: Was Ehrenamtliche in einem Dienst leisten und wie sie es leisten, hängt vor allem davon ab, wie ihre Rolle in einem Dienst verstanden und mit den Rollen der anderen Akteure in Bezug gesetzt wird, insbesondere hinsichtlich des Verhältnisses von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern. In einem Dienst, in dem bei der Ausgestaltung von Begleitungen eine körperlich-pflegerischen Perspektive dominiert, stehen eher die krankheitsbezogenen körperlichen Prozesse in einem Sterbeverlauf als Handlungsaufforderung auch für die Ehrenamtlichen im Zentrum. Dem gegenüber nehmen Ehrenamtliche in einem Dienst, in dem eine psychosoziale Perspektive die Ausgestaltung von Sterbebegleitungen dominiert, eher Aufgaben wahr, die das Beziehungsarrangement während eines Sterbeverlaufs adressieren. Vor dem Hintergrund der vielfältigen Tätigkeiten von Ehrenamtlichen in der ambulanten Hospizarbeit und mit Blick auf solche – durch die jeweiligen Dienstmerkmale bestimmten – strukturellen Unterschiede leuchtet die Rede von ‚der' Ehrenamtlichkeit in der ambulanten Hospizarbeit wenig ein.

Ehrenamt im Hospizfeld bedient ein weites Spektrum an individuellen Ansprüchen der dort Tätigen. Die Motivationen, im Hospizfeld ehrenamtlich tätig zu werden, sind mehrschichtig. Hinter der Tätigkeit verbirgt sich zum einen eine selbstlose, auf das Wohl des Anderen ausgerichtete und sich selbst hinter dem Anderen zurückstellende Grundhaltung, die die eigene hospizielle Tätigkeit als sinnhaft erscheinen lässt. Die Bedeutung der entgegengebrachten Dankbarkeit und des Vertrauens von Seiten der Klienten verweist auf die damit eng verbundene Vorstellung vieler Ehrenamtlichen einer solidarisch verstandenen Wertegemeinschaft, zu der man sich zugehörig fühlt und die durch die hospizielle Tätigkeit auch aktiv hergestellt wird. Zum anderen und darüber hinaus wird vielfach von eigenen, eher negativen Erfahrungen beim Miterleben des Sterbens eines nahestehenden Menschen im eigenen Umfeld berichtete, noch bevor die ehrenamtliche Tätigkeit im Hospiz begonnen wurde. Diese wahrgenommenen sozialen Missstände motivieren dazu, das gleichsam selbst erfahrene soziale Übel nicht nur anzuprangern, sondern sich für eine Veränderung einzusetzen. Darüber hinaus wird von den Ehrenamtlichen die Reflexion über die Thematik Sterben und Tod sowie die direkte Konfrontation damit in konkreten Sterbebegleitungen positiv besetzt. Hier geht es vor allem um eine selbstbezogene Motivation, die die Selbstverwirklichung und die persönliche Weiterentwicklung im eigenen Leben in den Vordergrund rückt. Der Gewinn aus der ehrenamtlichen Tätigkeit lässt sich nicht allein aus den Werten wie Gemeinwohl und Nächstenliebe ableiten, sondern gründet in einer Vielzahl an Motiven, und die Bedeutung der Motive unterscheidet sich zwischen den einzelnen Ehrenamtlichen.

«Ja, es kommt auch irgendwie eine Dankbarkeit und, und – und schon, schon wenn, wenn Frau E. nur gelächelt hat. Bei [einer anderen Ehrenamtlichen] hat sie auch dann – gesprochen und, und hat auch wieder versucht, einiges allein zu machen. Das war für uns auch irgendwie, irgendwie schön, wenn sie wieder irgendwas gekonnt hat, was sie, was sie sonst schon lange nicht mehr gemacht hat. Oder wenn sie einfach nur Danke gesagt hat. Und, das, das war schon, ja, das war schon irgendwie toll für uns»
Ehrenamtliche

«Man kann, man, äh die eigenen Wertungen, die man äh allen Dingen, dem Leben, der Familie und überhaupt der Gesellschaft gegenüber hat, verschieben sich»
Ehrenamtliche

In Zukunft wird sich das Ehrenamt im Hospizbereich verändern. Ehrenamtliche Hospizarbeit ist nicht mehr nur – wie im vormals traditionellen Ehrenamtsverständnis – durch die selbstlose Hingabe am Anderen geprägt, sondern wird zusätzlich getragen von dem Bedürfnis des Ehrenamtlichen, dass sich die Tätigkeit auch in das eigene Leben einpasst und diesem Sinn verleiht. Mit diesem nachweisbaren Selbstbezug im hospizlichen Ehrenamtsverständnis verknüpft, ist eine zunehmende ‚Spezialisierung' gerade im Ehrenamtsbereich, denn in der Sterbebegleitung leistet jeder Ehrenamtliche das, was er entsprechend seinen bisher erlernten Fähigkeiten und nach seinem eigenen Verständnis am besten kann. Damit verknüpft lässt sich Wandel feststellen, der sich in der Gruppe der Ehrenamtlichen andeutet. Neben den älteren, besser gebildeten Frauen melden sich zunehmend auch jüngere Ehrenamtliche für die Hospizarbeit. Diese Ehrenamtlichen sind eher medizinisch/pflegerisch geschult und greifen während einer Sterbebegleitung auf genau diese Kenntnisse und Fertigkeiten in der Ausübung ihrer Tätigkeit zurück, weniger auf ihre Spiritualität und Lebenserfahrung.

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass ein vormals für Ehrenamtlichkeit typisches Rollenverständnis von Unspezifität, Offenheit, Flexibilität immer mehr in die Rolle von hauptamtlichen Professionellen integriert werden wird, so dass z.B. eine professionalisiert zu organisierende ‚Ganzheitlichkeit' bzw. eine ‚ganzheitliche Perspektive' dann zunehmend den Hauptamtlichen zugeschrieben werden wird (z.B. als ‚Case Manager'). Ehrenamtliche werden dagegen in konkreten Begleitungen gleichsam zunehmend funktional spezifisch eingesetzt, nämlich stets dort, wo eine klar abgrenzbare Tätigkeit von Ehrenamtlichen geleistet werden kann (bspw. Einkaufen, Unterstützung bei finanziellen Angelegenheiten am Lebensende) oder jene ‚spezialisierte' und aufwändige beziehungsorientierte Unterstützung zu geben ist, die notwendig erscheint, aber den Rahmen des hauptamtlich Leistbaren sprengt. Zudem zeichnet sich eine zunehmende Medizinisierung der ehrenamtlichen Arbeit ab.

Resümee und Praxisrelevanz der Ergebnisse

Alles in allem deuten die Befunde im Projekt darauf hin, dass es nicht so sehr darum geht, dass das Sterben gestaltet wird, sondern wie dies getan wird. Ob jemand aus Sicht der Hospizarbeit ein angemessenes Wissen über die Hospiz- und Palliativarbeit erhält, wer dieses Wissen auf welche Art und Weise an die Patienten und Angehörigen vermittelt und wie der Verlauf der Begleitung weiterhin mit welchen Fachstellen und -personen aus der Region ausgestaltet wird, ist vor allem eine Frage, wie sich einzelne Hospizeinrichtungen und die Hospiz- und Palliativarbeit im Ganzen in Zukunft aufstellen wird. Damit einher geht mit Blick auf das Klientel die Frage der Reichweite und der Selektivität der Hospiz- und Palliativarbeit: Wer wird wie in Zukunft eine hospizliche und palliative Versorgung in welchem Umfang erhalten? Zwar liegt der Anspruch der Hospiz- und Palliativarbeit darin, sie jedem unabhängig von der Person zuteil werden zu lassen, aber allein die Diskussion darum, dass Hospizarbeit vor allem Patienten mit einem Krebsleiden adressiert und Patienten mit anderen Krankheiten (z.B. Demenz) noch nicht adäquat berücksichtigt, zeigt die Schwierigkeit, den Anspruch auch in die Praxis umzusetzen. Dabei ist die Art der Krankheit nur eine Dimension, die die Reichweite des Klientels festlegt und Fragen nach der Selektivität der Klienten in der Hospiz- und Palliativarbeit aufwirft. Zu denken ist aber z.B. auch daran, in welcher Region der Patient betreut wird, aus welchem sozialen Milieu er kommt und welches Leben er bisher gelebt hat. In den Vordergrund rückt somit immer drängender die Frage nach der Ausgestaltung des Sterbens und damit primär eine Frage nach sozialer Ungleichheit. Der Tod selbst mag letztlich alle gleich machen, bedeutsamer jedoch erscheint der ‚Ungleichheitsgenerator Sterben', denn kaum etwas bringt deutlicher die soziale Ungleichheit zu Lebzeiten zum Ausdruck wie die konkrete Ausgestaltung des Sterbensprozesses.

Bedürfnisse der Klienten: Mit Blick auf die berichteten Erwartungen und Erfahrungen mit ambulanter Hospizarbeit seitens der Patienten und Angehörigen ist nicht von ‚dem Hospiz-Klienten' mit präzise bestimmbaren Bedürfnissen und vorab fixierten Problemlagen auszugehen. Vielmehr muss es für den einzelnen Hospizdienst darum gehen, in der Interaktion mit den Klienten gezielte ‚Bedürfnissherstellungsarbeit' zu leisten, d.h. Unterstützungsmöglichkeiten, die der Hospizdienst geben kann, und damit verbundene Bedürfnisse, Lebensqualitäten, die bis auf weiteres erfüllt bzw. gesichert werden können, aktiv mit den Klienten zu erarbeiten. Konkret: Hospizdienste sollten vor allem zu Beginn einer Begleitung eine noch explizitere ‚Bedürfnispolitik' betreiben.

Bedeutung der Notfallplanung und Krisenbewältigung im ambulanten Bereich: Je nach Hospizeinrichtung und dem darin vorfindbaren Orientierungen seitens der Mitarbeiter unterscheiden sich die Strategien der Krisenbewältigung bei der Arbeit vor Ort beim Klienten, und zwar gerade dort, wo explizit und programmatisch privatheitliche Rahmungen vorherrschen. Die prinzipielle höhere ‚Unkalkulierbarkeit des sozialen Sterbens im Privaten' wird von Hospizmitarbeitern in den einzelnen Hospizeinrichtungen verschiedentlich bewältigt, je nachdem, inwieweit das soziale Setting für sie ‚erwartbar' oder ‚potentiell überraschend' erscheint, mithin Unwägbarkeiten, Unvorhergesehenes evoziert, was wiederum mit dem Grad der eigenen lebensweltlichen Vertrautheit/Fremdheit mit dem ‚Vorgefundenen' zusammenhängt. Als Konsequenz daraus lässt sich ableiten, dass gerade im ambulanten Bereich der Problematik der Notfallplanung und Krisenbewältigung noch mehr Augenmerk in Bezug auf die eigene Einrichtung zu schenken ist, um entsprechend nicht nur organisatorisch passende (z.B. je nach Personalausstattung), sondern auch ‚dienstkulturell' angemessene Handlungsstrategien festlegen zu können.

Gestaltung des Ehrenamts in Zukunft: Grundsätzlich erscheint für die gesamte ambulante Hospizarbeit die Frage nach den zukünftigen Konturen von Ehrenamtlichkeit entscheidend zu sein (z.B. optionale Spezialisierung ohne Professionalisierung und Bürokratisierung). Konkret verbindet sich damit die Forderung nach einer systematischen und umfassenden konzeptionellen Reflexion des Verhältnisses von haupt- und ehrenamtlichen Tätigkeiten in der Praxis der ambulanten Hospizarbeit sowie darauf aufbauend die Ausarbeitung einer Rekrutierungsprogrammatik, um entsprechende Interessenten-Pools adressieren zu können.

Vernetzung ambulanter Hospizarbeit und Öffentlichkeitsarbeit: Neben den gängigen Instrumenten von Öffentlichkeitsarbeit wie Flyer, Artikel in örtlichen Zeitung oder Info-Stände erscheint sowohl mit Blick auf die Begleitungsanbahnung bei den Klienten als auch hinsichtlich der Vernetzung von ambulanter Hospizarbeit mit anderen Fachstellen eine bewusste und gezielte Adressierung von ‚vertrauenswürdigen Mittlern' (Fach- wie Privatpersonen z.B. als ehemalige Angehörige) von herausragender Bedeutung. Erst eine intensivierte Netzwerkarbeit über solche ‚Dritte als Mittler und Gewährsleute von Hospizarbeit' befördern offenbar frühzeitige Kontaktanbahnung zu Klienten, so dass Hospizarbeit nicht mehr erst bei akuten Versorgungsnotlagen einzugreifen hat, sondern solche möglichst schon im Vorfeld verhindern kann.
Generell gilt dabei, dass sich Netzwerke solange durch persönliche Bekanntschaft gründen und unterhalten (müssen), wie sie nicht durch formale Strukturen ersetzt werden (können oder sollen). Zur Netzwerkarbeit im Feld der ambulanten Hospizarbeit gehört intensive ‚Beziehungsarbeit' zwischen den Fachstellen, gerade auch, um eine ‚gemeinsame Sprache' zwischen sich als Hospizdienst und anderen Fachstellen zu institutionalisieren, d.h. zu entwickeln und auf Dauer zu stellen. Allerdings scheint es auch hier vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ausprägungen ambulanter Hospizpraxis und mit Blick auf die Kooperation mit anderen Fachstellen sinnvoll zu sein, über unterschiedliche Ansätze und Formen nachzudenken, wie die eine solche Netzwerkarbeit gestaltet werden soll.
Konkret könnten z.B. insbesondere die Hausärzte und Fachärzte als zentrale Türöffner für die Hospizdienste fungieren – sowohl hinsichtlich der Vernetzung mit anderen Fachstellen, mit denen sie regelmäßig zusammenarbeiten, als auch der Kontaktaufnahme zu den Klienten. Allerdings gelingt dies nur dann, wenn symbolischen Ambivalenzen, die mit dem Begriff ‚Hospiz' verbunden werden, sowie entsprechende Informationsdefizite hinsichtlich der ärztlichen Wahrnehmung von Hospizarbeit – z.B. als zwar arbeitsentlastend für den Arzt, aber womöglich auch seine ärztliche Autonomie einschränkend – weiter minimieren lassen.

Wie sich ‚Anerkennungspolitiken' auch je nach sozialräumlich/kultureller Kontextuierung zu unterscheiden haben, zeigt sich u.a. darin, dass für die Arbeit in ländlichen oder kleinstädtischen Strukturen die Zusicherung von Anonymität seitens des Hospizdienstes dort einen höheren Stellenwert hat als in städtischen Kontexten, um z.B. Befürchtungen von Klienten vor ‚Gerede' in der Dorfgemeinschaft abzubauen. Bei der Öffentlichkeitsarbeit eines Dienstes geht es nicht nur um die Verbreitung von Informationen, von Wissen über Hospiz- und Palliativarbeit im Allgemeinen und über das Angebotsspektrum eines Dienstes im Speziellen, sondern immer auch darum, Vertrauen in die eigene Einrichtung ‚vor Ort' herzustellen. Deshalb sind die jeweils sozialräumlich/kulturell unterschiedlichen Muster der Herstellung und Sicherung von Vertrauen im Rahmen einer ‚von außen' in die privaten Lebenswelten der Klienten hingetragenen ‚Unterstützungsbeziehung' zu beachten.

Universität Augsburg University

Kontakt:
Prof. Dr. phil. Werner Schneider
Lehrstuhl für Soziologie
an der Universität Augsburg
Universitätsstr. 10
86159 Augsburg

Dr. phil. Julia von Hajek
DHPV e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin
dhpv@hospiz.net

Dr.phil. Christine Pfeffer
Hospiz Stuttgart
Stafflenbergstraße 22
D-70184 Stuttgart
Tel.: Sekretariat:+49 711 23741-52
Fax: Sekretariat:+49 711 23741-54
E-Mail: c.pfeffer@hospiz-stuttgart.de
www.hospiz-stuttgart.de