

Supervision (und / oder Praxisbegleitung) in der ambulanten Hospizarbeit

**Aktuelle Aspekte
zum Zusammenspiel von Supervision und Praxisbegleitung
in der (ambulanten) Hospizarbeit
auf dem Hintergrund
der Neufassung von § 39 a SGB V**

**gekürzte und leicht überarbeitete Neu-Version (2009) der Abschlussarbeit
(2003) im Rahmen der DGsv anerkannten Supervisions-Ausbildung
am isp des Rauhen Hauses, Hamburg,
Gruppe IX 2000 - 2002
Überarbeitet und Vorgelegt von Dr. Jochen Steurer**

Supervision (und/oder Praxisbegleitung) in der ambulanten Hospizarbeit ?

Inhaltsverzeichnis

Seite	
	•Einführung in das Thema 03
	•Rahmenbedingungen der Supervision (und der Praxisbegleitung in der ambulanten Hospizarbeit - geschichtlich und strukturell 06
2.1. Geschichtliches	06
2.2. Ehrenamt und externe Experten	07
2.3. Ehrenamt/Hauptamt und Rollendefinitionen/-konflikte	09
2.4. Problemfeld: Geld und Zeit - bei Hospizdiensten	10
2.5. Supervision und/oder Praxisbegleitung / Versuch einer Definition	12
2.6. Praxisbegleitung/Supervision und: Therapie/Balintarbeit	12
2.7. Neues Gesetz/neue Verordnung und mögliche Auswirkungen	15
2.8. Zusammenfassung	17
	•Meine Supervisionspraxis in der ehrenamtlichen ambulanten (und stationären) Hospizarbeit in Abgrenzung/Zusammenspiel mit Praxisbegleitung - Falldarstellungen und Reflexion 18
3.1. Fallbesprechung	19
3.2. Konfliktlösungen	24
3.3. Strukturfragen	28
	•Reflexion der eigenen Rolle als Supervisor in der Hospizarbeit in Abgrenzung zu anderen professionellen Begleiter-Rollen 33
	entfällt in der Kurzversion, kann auf Anfrage hin zugesandt werden
	•Zusammenfassendes zu Supervision und Praxisbegleitung in der (ambulanten) Hospizarbeit 36
5.1. Kurze Beschreibung der Problemstellung	36
5.2. Definitionen, Leistungsspektrum, Formen	36
5.3. Praxisbegleiter/Supervisor: zu fordernde Qualifizierungen, Auswahlkriterien	37
5.4. Ausblick	38
	Literaturverzeichnis A1

1. Einführung in das Thema

Supervision ist eine relativ neue Beratungsform in der Begleitung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen in der (ambulanten) Hospizarbeit in Deutschland. Dies ergibt sich einerseits aus der noch kurzen Entstehungsgeschichte der Supervision selbst (ca. 80-er Jahre) und auch der ehrenamtlichen Hospizarbeit (ebenso). Andererseits wurde in der ambulanten Hospizarbeit mit dem spendengestützten, ehrenamtlichen Diensten bis in die 90-er Jahre hinein eher auf spontane, bürger-initiierte Eigenleistung gesetzt, als auf externe, teure Spezialisten (hier: Supervision).

Als Supervisor, der in dieser ehrenamtlich getragenen (ambulanten) Hospizarbeit tätig ist, interessiert mich der Blick in die Geschichte und besonderen Strukturen und „Struktur-Fallen“ der Supervision in diesem Feld. Ebenso will ich meine Praxis reflektieren auf diesem Hintergrund reflektieren.

Ich bediene mich dabei der Folien „Supervision“ und „Praxisbegleitung“ innerhalb der (ambulanten) Hospizarbeit. Die eine Beratungsform grenze ich von der anderen ab, wobei mein Interesse insbesondere der Supervision gilt. Ich will also durch den Blick auf das von mir nicht ausgeübte Beratungsangebot „Praxisberatung“ die Zielsetzung, Ansprüche, Formen und Strukturen der von mir ausgeübten Beratungsform „Supervision“ in diesem Feld sichtbar machen.

Dabei steht die ambulante Hospizarbeit m. E. Ende 2002 in Deutschland erneut an einem Wendepunkt. In der zunehmenden Selbstorganisation und der Professionalisierung von Ausbildung und Verwaltung - bei gleichzeitiger Betonung des Ehrenamtes - sehe ich die Wegmarken.

Beschleunigend zu einer Wende trägt die Gesetzgebung nach §39a SBG V vom Nov. 2001, die seit Ende 2002 erstmals Praxisrelevanz hat. Seitdem werden Krankenkassen-Gelder an qualifizierte ambulante Hospizdienste ausgeschüttet für Einsatzleitung, Ehrenamtlichengewinnung, Ausbildung, Praxisbegleitung/Supervision u.a. Dadurch wird neben dem fortbestehenden, wesengemäßen Ehrenamt auch ein spenden-unabhängiges Hauptamt/ Honoraramt im ambulanten Bereich kreiert. Wie sich diese zunehmende Selbstorganisation und Professionalisierung auf die Anfrage nach Praxisbegleitung und/oder Supervision der Ehrenamtlichen auswir-

ken könnte, und welche Formen des Miteinanders und Nebeneinanders von Supervision und Praxisberatung Sinn machen, werde ich in dieser Arbeit betrachten. Im zweiten Kapitel will ich die Problemstellung klarer beschreiben: Warum gibt es alternativ bzw. parallel das Element „Praxisbegleitung“ und das Element „Supervision“ in der Unterstützung von ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen im ambulanten Dienst ? Wie ist der Ist-Zustand geprägt ? Und wie könnte die Neufassung von § 39a SGB V die Bedeutung von Praxisbegleitung und Supervision verändern? Dem nähere ich mich durch die Sichtung der Literatur und durch die Betrachtung des Gesetzestextes.

Im dritten Kapitel trage ich meine Erfahrungen als Supervisor im (ambulanten) Hospizbereich in Hamburg und Kiel bei. (Im Rahmen der Verschwiegenheit gegenüber meinen Supervisandinnen und meinen Auftraggebern habe ich die hier beschriebenen Namen und Situationen verfremdet.) Meine Praxiserfahrung als Supervisor reflektiere ich in Bezug zur Problemstellung: Wie grenzt sich Supervision von Praxisberatung ab ? Wie ergänzen sich beide ? Was ist die besondere Leistung der Supervision ?

In einem vierten Kapitel reflektiere ich meine Rolle als Supervisor in der ambulanten Hospizarbeit. Ich grenze diese Supervisoren-Rolle ab von jener Rolle, die ich als Ausbilder, als Gestalter von Weiterbildungskursen, als Projektberater und als Unterstützer in den Einsätzen der Ehrenamtlichen im ambulanten Hospizbereich, sozusagen als „Hilfs-Praxisbegleiter“, einnehme. So versuche ich Antworten zu finden, welche dieser Rollen ich (für mich) miteinander kompatibel sehe und welche nicht. Dies könnte wiederum Antworten darauf geben, bei welchen Rollenüberschneidungen auch generell Probleme auftauchen könnten; z.B.: Macht es Sinn, gleichzeitig Supervisorin und Einsatzleiterin zu sein? Macht es Sinn gleichzeitig Ausbilder (mit Entscheidungsbefugnis über die Eignung der auszubildenden Ehrenamtlichen) und Supervisor zu sein? Dies führt zur möglichen Beantwortung der Frage, ob der Praxisbegleiter gleichzeitig der Supervisor sein kann oder nicht.

Das fünfte Kapitel fasst meine Ergebnisse zusammen. Ich plädiere für eine Trennung von Praxisbegleitung und Supervision (organisatorisch und personell) und definiere Aufgabenzuteilungen für beide Unterstützungsmaßnahmen. Hier

wird auch die besondere Leistung der Supervision in der ambulanten Hospizarbeit beschrieben. Der eilige Leser kann sich auf dieses Kapitel beschränken.

Momentan bin ich in der Begleitung der Hospiz-Arbeit bei drei großen Trägern in Hamburg eingebunden (AWO, Malteser und Diakonie). Darüber hinaus bin ich als Ausbilder/Trainer von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen bei diesen Trägern und bei der VHS-Hamburg, beim Institut für berufliche Aus- und Fortbildung-Kiel, beim DRK-Hamburg und bei verschiedenen Hospizinitiativen in Hamburg und Kiel mit Abend- und Tagesseminaren bis hin zum 20-tägigen Palliative Care Kurs tätig.

Das Problem der Rollenüberschneidung habe ich kennen gelernt und für mich dahingehend zu lösen versucht, dass ich entweder Projektberatung oder Supervision bzw. entweder Teilnahme an der Einsatzleitung samt Praxisberatung oder Supervision ausübe bzw. in Zukunft ausüben will. Nicht zuletzt wegen der Rollenvielfalt und der möglichen Rollenklärung in diesem Gebiet hatte ich mir vorgenommen, die Abschlussarbeit meiner Supervisionsausbildung zu einem Thema im Bereich der ambulanten Hospizarbeit zu schreiben.

Es hat mich ferner gereizt, dass bislang fast keine Veröffentlichung sich explizit und umfassend mit diesem Thema beschäftigt hat. Nur M. Spohr (Spohr 1997: 113-124) befasste sich mit „*Ausbildung und Begleitung im ambulanten Hospizdienst*“, wenngleich er erkennt „*Es fehlen noch Konzepte zur Ehrenamtlichen-supervision!*“ (Spohr 1997: 113).

Kontakte mit anderen Supervisoren und Hospizgruppen haben bestätigt, dass es relevant wäre, sich auch wissenschaftlich mit dem Thema Supervision in der (ambulanten) Hospizarbeit auseinander zu setzen. Und natürlich empfinde ich meine Arbeit als Supervisor von ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen als besonders befriedigend und interessant. Und ein interessantes Thema ist leichter zu bearbeiten als ein trockenes.

Die Arbeit erhebt nicht den Anspruch des Fertigen, nicht zuletzt deshalb, weil ich mir weniger Zeit für die Bearbeitung nehmen konnte als ursprünglich geplant. Sie darf gerne zitiert und kopiert werden. Sie ist in gekürzter Form (ohne vollständiges Kapitel 3) seit dem bestandenen Abschluss - Kolloquium im März 2003 über meine Homepage (www.steurer.biz) abrufbar. Eine aktualisierte und stark gekürzte

Form der Arbeit wird gegen Ende 2003 in der Zeitschrift Wege zum Menschen erscheinen. Ich bitte andere Supervisorinnen und Supervisoren mit Feldkenntnis im Bereich der Hospizarbeit um Ergänzungen, Hinweise und Fachaustausch.

2. Rahmenbedingungen der Supervision (und der Praxisbegleitung) in der ambulanten Hospizarbeit – geschichtlich und strukturell

Praxisbegleitung und/oder Supervision der Ehrenamtlichen in der ambulanten Hospizarbeit sind Ende 2002 nicht nur „eine wichtige Unterstützung“, sondern ein „Muss“ geworden. Darin sind sich die meisten Hospizdienste und relevante Autoren der diesbezüglichen Fachliteratur einig. Zwischen beiden wird jedoch nicht immer unterschieden, bzw. mal wird das eine und mal das andere nachgefragt und genutzt, ohne Klarheit des „Warum?“. Mir fallen folgende mögliche Gründe für die Vermischung und die Unschärfen zu „Supervision“ und „Praxisbegleitung“ ein, die ich im Folgenden verifizieren bzw. falsifizieren möchte:

- ⊗ Wie in vielen Bürgerbewegungen bestimmen „starke“ Persönlichkeiten das Gruppengeschehen und damit alle Abläufe in der Gruppe: die Notwendigkeit und der Wunsch zum Einbezug externen Fachleuten fehlte, da dies eine Abgabe von Kontrolle bedeutet. Deshalb wird eine interne, selbst durchgeführte Praxisbegleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter durch die Gründer-/LeiterInnen angeboten statt externer Supervision, bzw. die Supervision wird nur durch gruppeninterne, kontrollierbare Personen gegeben.
- ⊗ Der Charme des Neubeginns innerhalb einer Bürgerbewegung bringt ein anfängliches Chaos in Entstehungsphasen mit sich. Es besteht eine latente Abneigung gegen Professionalisierung, Einbezug von Experten und Bezahlung derselben. Dabei vermischen sich die unterschiedlichen Rollen von Ehrenamt und Hauptamt.
- ⊗ Praxisbegleitung/Supervision, Einsatzleitung und Ausbildung lagen aus Kostengründen bislang oft in einer Hand.
- ⊗ Praxisbegleitung und Supervision sind Instrumente, die die Ehrenamtlichen unterstützen sollen. Sie brauchen jedoch auch die Zeit der Ehrenamtlichen auf, die diese lieber den „eigentlichen Aufgaben“ widmen wollen.

2.1. Geschichtliches

Um die Entstehung mancher Haltungen der „Bürgerbewegung Hospiz“ zu verstehen, ist vorab ein kurzer Blick in die geschichtliche Entstehung der Hospizarbeit in Deutschland ein hilfreiches Verständnismuster.

Anders als in den englischsprachigen Ländern (insbesondere Großbritannien und USA) begann die Suche nach hospizlichen Ansätzen in der Medizin (Palliativ

Care) nicht bereits zeitnah nach dem zweiten Weltkrieg und in den 60er Jahren, sondern erst Mitte der 80er Jahre. Diese Verzögerung führen gemäß Seitz auf eine Hemmung gegenüber der Sterbebegleitungs-Thematik zurück, die aufgrund der berechtigten Abgrenzung gegenüber den Euthanasie-Programmen des NS-Regimes im Nachkriegsdeutschland vorhanden war. Insbesondere die unglückliche deutschsprachige Betitelung eines Filmberichts über das erste Hospiz von Cicely Saunders als „Sterbehaus“ tat ein Übriges. Und so ergab sich eine breite Ablehnungsfront von Politik, Medien und Kirche gegenüber dem Hospiz-/Sterbebegleitungsgedanken noch in den 70er Jahren in Deutschland (SEITZ 2002). Nur wenige Kirchenverantwortliche und einzelne BürgerInnen mit Kontakt nach Großbritannien und USA brachten punktuelle Öffnungen in den 80er Jahren mit sich, die aber aufs Ganze gesehen bis heute nicht die zur vollen Etablierung des Hospizgedankens in der Gesellschaft geführt haben.

2.2. Ehrenamt und externe Experten

So ergibt sich, dass die ambulante Hospizarbeit in Deutschland eigentlich erst 20 - 25 Jahre alt ist, von Bürgern (d. h. oft medizinischen Laien) getragen wird und die meisten Gruppen derzeit am Entstehen sind. Wie oben postuliert, sieht auch der deutschlandweit führende Palliativmediziner Prof. Dr. E. Klaschik ein gewisses Zögern in der Professionalisierung der Hospizarbeit – ganz im Gegensatz zur Entwicklung in anderen europäischen Ländern:

„Die 80er Jahre wurden durch 2 Entwicklungen geprägt: Zum einen kam es zur Gründung zahlreicher Initiativen, zur Förderung stationärer und ambulanter Hospiz- und Palliativeinrichtungen, u. a. in Bonn, Hannover, München, Recklinghausen, Stuttgart. 1990 existierten aber gerade drei Palliativstationen und drei stationäre Hospize... Zum anderen zeigten sich weitgehend unabhängig voneinander ablaufende Entwicklungen in der Hospizbewegung und der Palliativmedizin. Die Gründe dafür sind vielfältig. So bestand ein Problem darin, Ärzte in die Hospizbewegung einzubinden, besonders dann, wenn Hospizinitiativen von ehrenamtlichen Laien auf den Weg gebracht wurden. Es lässt sich aber nicht leugnen, dass für viele Hospizinitiativen die ärztliche Einbindung keine Priorität besaß. ... Im Gegensatz dazu wurden für die Palliativmedizin sehr frühzeitig Qualitätskriterien bezüglich Personalstruktur sowie deren Aufgaben und Ziele entwickelt.“ (KLASCHIK 2002: 6f.)

Ob die nicht stattfindende Einbindung von gruppenexternen Ärzten auch zur anfangs geringeren Akzeptanz von gruppenexternen Supervisoren geführt hat oder haben mag, ist nicht untersucht, aber annehmbar. Sicher bedeutet für die GründerInnen von Initiativen jeder Einbezug von externen Fachkräften einen Kontrollverlust, der bewusst eingegangen werden muss, damit es zu klaren ärztlichen/supervisorischen/etc. Aufträgen kommen kann.

2.3. Ehrenamt/Hauptamt und Rollendefinitionen bzw. potentielle Rollenkonflikte

Eine klare Zielvorstellung beschreibt hierzu S. Raischel. Die hier geschilderte Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen in der Hospizarbeit, ist meines Erachtens ein besonders geglückter Ist-Zustand, der noch nicht Allgemeinscharakter hat: *„Es gibt unterschiedliche Modelle der Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen, die in Organisationen auch nebeneinander und gleichzeitig vorkommen. Das 'komplementäre Modell', das unser ambulanter Hospizdienst praktiziert, zeichnet sich durch einen klar definierten Rahmen, enge Zusammenarbeit und Absprache, Kontrolle, sorgfältige Auswahl und Zuweisung von Aufgaben aus. Der Dienst wird durch entsprechende Fortbildungen und durch Supervision begleitet.“* (EVERDING 2000: 38)

Eher laufen die Prozesse zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen – zumindest in der Anfangsphase - nicht koordiniert, wie auch J. Schmandt beschreibt: *„Während die Hauptamtlichen ... ihren Aufgabenbereich kennen, ist für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter solch ein Platz und eine entsprechende Aufgabe erst noch zu finden. Alle Beteiligten tun sich einen großen Gefallen, wenn zu Beginn einer ehrenamtlichen Tätigkeit dies alles sehr genau miteinander ausgehandelt wird. Ehrenamtliche brauchen klar umrissene Aufgaben, brauchen eine Beschreibung ihrer Kompetenz und müssen bereit sein, sich der Leitung zu unterstellen und auch Verbindlichkeiten einzugehen. Und sie brauchen ebenso wie alle anderen eine entsprechende Rückmeldung für ihre Tätigkeit. Vorsicht ist geboten, wenn das Engagement von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen miteinander verglichen wird. Besonders in kleinen Einrichtungen, deren Träger ein Verein ist, spielt Ehrenamtlichkeit eine ganz besonders große Rolle. Mit großem Engagement von freiwilligen Helfern wurde z. B. ein Hospiz geschaffen. Der Verein, der Vorstand und oft auch der Geschäftsführer arbeiten ehrenamtlich und schauen dabei selten mal auf die Uhr. Und sie begegnen jetzt hauptamtlichen Kräften, die An-*

spruch auf eine geregelte Arbeitszeit haben und nicht als zusätzliche „Ehrenamtliche“ vereinnahmt werden dürfen. Manche Vorstände oder auch Geschäftsführer erwarten in der Tat einen zusätzlichen ehrenamtlichen Einsatz ihrer Pflegekräfte“ (AULBERT 2000: 954) und eventuell auch der PraxisbegleiterInnen und/oder SupervisorInnen, könnte hinzugefügt werden.

Es kommt bei allen externen Dienstleistungen an einer ehrenamtlichen getragenen Hospizgruppe im ambulanten Bereich in noch gesteigertem Maße die Kostenfrage mit hinzu, wie es oben für den (teil-)stationären Bereich beschrieben ist. Nur wenige Gruppen sind bereit, den angemessenen und existenz-begründenden Honorarsatz einer Supervisorin/eines Supervisors zu zahlen, ohne zuerst auf das eigene ehrenamtliche Engagement hinzuweisen. Viele SupervisorInnen sind im Vorweg schon willens, Hospizgruppen Rabatte zu gewähren. Welche Auswirkungen dies auf die Professionalisierung der Hospizbewegung hat, wird nicht dabei bedacht und auch nicht, welche Auswirkungen auf die erhöhte selbstverschuldete Arbeitsbelastung der selbständigen SupervisorInnen selbst sich ergeben, die ja dann anderweitig im erhöhten Maße für ihren Lebensunterhalt tätig werden müssen. Bisweilen ist zusätzliche Abgrenzung vonnöten. Oft verlangt ein Auftraggeber von der Supervisorin neben der eigentlichen Tätigkeit, nämlich eine Supervisionsstunde im Monat, ehrenamtliche, kostenfreie Mehrarbeit z.B. in der Begleitung der Ehrenamtlichen und in der Gestaltung der Hospizarbeit selbst. (Bemerkung: Ich habe bei meinen Hauptauftraggebern meist sehr stimmige Grundbedingungen vorgefunden, sicher auch dadurch, dass die ehrenamtlich gegründeten Einrichtungen mittlerweile hauptamtliche Geschäftsführer haben).

Die Gefahr einer steten Überforderung von pflegenden HospizmitarbeiterInnen beschreibt J. Schmandt (AULBERT 2000: 954) sofort anschließend an das Obige: *„Ein solcher Einsatz kann vor Abschluss des Arbeitsvertrages miteinander vereinbart werden und muss dann auch genau den Umfang beschreiben, damit die angestellte Pflegekraft nicht ständig rätseln muss, ob sie denn den Erwartungen ihres Arbeitgebers entspricht. Zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer besteht ein Abhängigkeitsverhältnis, so dass ein wesentliches Element der Ehrenamtlichkeit, nämlich die Freiwilligkeit, wohl kaum gewährleistet ist. Unklarheiten in diesem Punkt stellen eine permanente Überforderung der ArbeitnehmerInnen und Arbeitnehmer dar und führen nicht selten zu Stress und zum Burnout-Syndrom.“*

2.4. Problemfeld: Geld und Zeit - bei Hospizdiensten

Geld: Wie sehr der tatsächliche (Spenden-)Geldmangel die Entscheidung für (externe) Praxisbegleitung und/oder Supervision bei den Verantwortlichen beeinflusst hat, habe ich nicht näher durch Literaturbeispiele belegen können. Es ist aber annehmbar, dass der Einfluss sehr hoch ist. Die Erfahrung zeigt, dass hospizgruppenleitende Ehrenamtliche mit ihrem (nicht professionellen) Fund-Raising in der Gründungsphase eines Vereins bis zu einer Zeitstunde für die Einwerbung von 120 Spendeneuro beschäftigt sind (auf Basaren, Veranstaltungen etc.). Und so sind sie annehmbarer Weise eher bereit, Praxisbegleitung/ (nicht voll qualifizierte) Supervision selbst zu geben, als jene schwer erwirtschafteten 120 Spendeneuro gleich wieder an eine externe Fachkraft als Honorar weiterzuleiten. Dass die Qualität der Praxisbegleitung und Supervision dabei eventuell geringer ausfallen könnte, wird in Kauf genommen – so meine hier nicht genauer beweisbare Vermutung.

Zeit: Dem oben angeführten Problem der doppelten Zeitbelastung der Ehrenamtlichen durch Praxisbegleitung einerseits und Supervision andererseits werde ich im Praxisteil der Arbeit nachgehen. Hier sehe ich durchaus eine Schwierigkeit. Es gilt, die Ehrenamtlichen dafür zu gewinnen, dass sie nur dann „professionelle Ehrenamtliche“ sind, wenn der „Rahmen“ stimmt (Argument für Praxisbegleitung/ separater Kontakt zur Einsatzleitung/Teilnahme an Weiterbildungen), und dass sie nur dann diese lang anhaltende (oft schwere) Arbeit leisten können, wenn sie sich begleiten lassen (Supervision). Nur wenn die Ehrenamtlichen die hierfür eingesetzten Zeiten als wesenszugehörig für ihren Dienst erleben, verringert sich die spaltende Idee von „Verwaltung“ und „Einsatz“.

2.5. Supervision und/oder Praxisbegleitung / Versuch einer Definition

Die Forderung nach Praxisbegleitung/Supervision entstand in der Hospizbewegung schon früh (ca. Mitte 80er). Wann genau konnte ich nicht herausfinden.

Parallel entstand die Entwicklung des Berufsbildes Supervisor in Deutschland.

A. Westreich beschreibt: *„Mit der Zunahme der Anzahl haupt- und ehrenamtlicher Helfer stößt die Verwaltung einer Hospizinitiative aber auch an die Grenzen des Ehrenamtes. Wenn 15 oder mehr Menschen im Einsatz sind und ein Telefon für anfragende Angehörige, Patienten, Ärzte oder Sozialdienste täglich mehrere Stunden besetzt sein soll, dann bedarf es einer professionellen Kraft, die zu gere-*

gelten Zeiten anwesend ist, berät und koordiniert. Und noch etwas hat sich im Laufe der Jahre als unbedingt notwendig erwiesen: Die Begleitung der Hospizhelfer durch Supervision, in der sie über ihre Einsätze, ihre Gefühle, ihre Ängste und ihren Ärger sprechen dürfen. Denn sehr bald wurde klar, dass die Begleitungen mehr von den Helfern verlangten als spontanes, allein vom Gefühl bestimmtes Handeln. In Einzelfällen kam es zu Überforderungen oder zu Enttäuschungen, wenn die Vorstellungen der Helfer vom weiteren Vorgehen nicht mit denen des Kranken oder seiner Angehörigen übereinstimmten.“(EVERDING 2000: 12)

Hier schließt sich auch Becker (2000: 11), Gründer der IGSL-Hospizinitiative, an, wobei er Praxisbegleitung und Supervision synonym benutzt: „Die Sterbebegleiter/innen, die in aktiver Begleitung stehen, brauchen außerdem ob der schwierigen Aufgabe ein fachliches Angebot der Praxisberatung (Supervision), um Probleme zu besprechen, die Arbeit zu verbessern und nicht vorzeitig `auszubrennen´“. Erst seit Kurzem wird in der Literatur deutlich gemacht, dass es Praxisbegleitung und davon abgegrenzte Supervision braucht: „Folgerichtige Konsequenz ... ist m. E. eine personenangemessene und wertschätzende Begleitung der Praxis der hospizlichen Arbeit...: ... Der Schwerpunkt sollte die Praxisbegleitung (in Seminaren, Kursen und Einzelveranstaltungen) und die davon unterschiedene Supervision sein.“ (Spohr 2002: 41).

So fordern auch die Malteser (MALTESER 2000: 35f.) in ihrem Grundsatzpapier: „**Begleitung der Begleiter** - Die ehrenamtlichen Mitarbeiter haben ein Recht auf eine angemessene Vorbereitung bevor sie begleiten. Sie sind aber auch dazu verpflichtet, in vollem Umfang an vorbereitenden und vertiefenden Seminaren sowie regelmäßig an den praxisbegleitenden Angeboten (Praxisbegleitung für Begleiter, bei Bedarf Supervision) teilzunehmen...In Praxisbegleitung und Supervision soll die Auseinandersetzung mit Belastungen und Konfliktsituationen ermöglicht und die notwendige Unterstützung in der Begleitung sichergestellt werden.“ Und ebenda im Glossar (MALTESER 2000: 55) finden sich brauchbare Definitionen: „Praxisbegleitung ist die kontinuierliche Unterstützung bei der Verarbeitung von Erfahrungen und Situationen in der praktischen Arbeit. Hier ist zu unterscheiden: a) die individuelle Begleitung und Beratung während eines Einsatzes, b) die fall-bezogene Praxisreflexion in einer Gruppe“ / „Supervision ist eine Beratungs- und Lernform, die problembezogen die Praxis im Tätigkeitsfeld (Beruf/ehrenamtliche Tätigkeit) in Blick nimmt. Ihr Ziel ist eine möglichst gute

Harmonisierung von Person und eigener Rolle im Tätigkeitsfeld. Supervision will auf diese Weise die fachliche und persönliche Kompetenz der teilnehmenden (Supervisanden) vertiefen.“

Von der Aufgabenzuteilung ist hier die Praxisbegleitung bei der internen Koordinationskraft angesiedelt (MALTESER 2000: 24): „*In der Regel hat die Person, die mit der Koordination beauftragt ist, unmittelbare Umsetzungsaufgaben, wie z. B. den Einsatz und die Praxisbegleitung der Ehrenamtlichen, Fort- und Weiterbildung und vieles mehr.“*

Wie solch eine Supervision in der Hospizarbeit ablaufen kann beschreibt Meyer-Miethke: „*Ungemein wichtig für die Hospizhelfer ist die regelmäßige Teilnahme an den angebotenen Supervisionsgruppen, die sich aus etwa zehn Helfern und einem Supervisor zusammensetzen. Alle drei Wochen arbeitet man abends zwei Stunden lang alles Erlebte, das in den Betreuungen auf einen zugekommen ist, gemeinsam auf, hört und schaut genau hin, spricht sich aus und lernt viel aus dem, was die anderen Helfer von ihrer Arbeit berichten. Man fühlt sich aufgehoben und verstanden. Während der Betreuung eines Patienten ist einer der beiden Sozialpädagogen des Hospiz Vereins der Ansprechpartner für Schwierigkeiten; bei ihm kann man sich jederzeit Hilfe und Unterstützung holen.“* (EVERDING 2000: 47). Hier sind mögliche Kriterien für eine Definition gegeben:

Supervision ist eine regelmäßige Verarbeitung des Erlebten im festgelegten Setting einer Gruppe mit einer externen, ausgebildeten Fachkraft.

Praxisbegleitung ist eine kontinuierlich abrufbare Unterstützung durch eine interne Fachkraft, meist im Einzelsetting und mit konkretem Praxisbezug.

2.6. Praxisbegleitung/Supervision und: Therapie/Balintarbeit

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (zitiert nach MALTESER 2000: 37) empfiehlt für die Aus- und Weiterbildung der Ehrenamtlichen ferner:

„*Sie müssen lernen, Gefühle zuzulassen und zu achten, aber auch über Gefühlsverletzungen zu sprechen, ja sich eigenen Verdrängungen, Ängsten und Unsicherheiten in Bezug auf Sterben, Tod und Trauer zu stellen und diese zu bearbeiten (Supervision).*“ Hier kommt Supervision ganz in die Nähe der Therapie, von

der es natürlich gilt, sich abzugrenzen. Supervision ist Unterstützung innerhalb einer Tätigkeit und keineswegs schwerpunktmäßig innerpsychisch angesiedelt. Es scheint mir deshalb an dieser Stelle wichtig, auch „Supervision“ und „Balintgruppenarbeit“ voneinander zu unterscheiden, da letztere im medizinischen Bereich

die bekanntere Unterstützungsform ist. Belardi führt dazu aus: „Die ursprünglich psychoanalytische Einzelsupervision wurde zunehmend durch `Mehr-Personen-Settings´ ersetzt. Methodisch eng verwandt mit dieser Einzelsupervision ist die psychoanalytische Balintgruppe, welche ursprünglich zur Erhellung der `Arzt-Patient-Beziehung´ konzipiert war. Sie arbeitet mit einigen methodischen `Tricks´:

- Berufliche Kompetenzen der Teilnehmer werden nicht in Frage gestellt;
- Keine Gruppendynamik oder Beziehungsarbeit der Gruppenmitglieder untereinander;
- Frei Fallschilderung durch ein Gruppenmitglied;
- Gruppenreflexion über den „Fall“ (nicht über die Berichterstatterin bzw. den Berichtstatter);
- Diese Vorgehensweise ähnelt der „freien Assoziation“ in der Psychoanalyse;
- Nutzung der `Spiegelphänomene´ in der Supervisionsgruppe, um das Ursprungsgeschehen in der `Helfer-Klient-Beziehung´ besser verstehen zu können (...). In systemtheoretischer Terminologie nennt man diesen Vorgang das `Resonanzphänomen´.

Balintgruppen sind eher für hoch professionalisierte Teilnehmer geeignet; seltener für Berufsanfänger oder Teams....“ (Belardi 1997: 148).

Belardi beschreibt Balintarbeit eventuell etwas verkürzt und plakativ. Seine Ansicht, Balintarbeit sei insbesondere für hoch professionalisierte Teilnehmer geeignet, kann ich mich aus eigener, langjähriger Balinterfahrung nur anschließen. Dem gegenüber bringen Ehrenamtliche in der ambulanten Hospizarbeit oft sehr unterschiedliche Reflexionsniveaus und Bedürfnisse mit. Sie möchten sich in der Arbeit und Supervision mit den anderen gern als „Gruppe“ oder sogar als „Team“ erfahren. Ferner ist oft der Wunsch hoch, etwas für die individuelle Persönlichkeitsentwicklung hinzuzulernen. Aufgrund dieser Ausgangssituation eignet sich für sie m. E. die Methodik der Balintgruppenarbeit nicht. Da Ärzte und andere Gesundheitsberufler jedoch Balintarbeit oft kennen, wäre es hilfreich, in der Diskussion um Supervision/ Praxisbegleitung auf diese unterschiedlichen Vorgehensweisen hinzuweisen, ohne jedoch zwischen „hoch Professionalisierten“ und „Ehrenamtlichen“ ein weiteres (Ab-)Wertungskriterium zu etablieren.

Eine besonders interessante Darstellung aus der Praxis des Hospiz in Frechen e. V. (ambulante Hospizarbeit) bringt der oben schon zitierte M. Spohr (1997: 119f.):

„Die Begleitungsgruppen treffen sich an festen Tagen und Uhrzeiten einmal im Monat, um mit ca. 15 Teilnehmenden, die jeweils von zwei Begleiterinnen bzw. Begleitern geleitet werden, die früheren und aktuellen Erfahrungen z. B. mit Tod und Sterben auszutauschen, bzgl. der Hospizarbeit `auf dem Laufenden zu bleiben´, sich anfallende Fragen, z. B. aus dem medizinischen oder pflegerischen Bereich von Fachfrauen und –männern beantworten zu lassen bzw. zu besprechen. Mit vielen Methoden wird u. a. erlebnisaktivierend und gestalterisch ein Austausch gefördert. Die Inhalte der einzelnen Treffen stehen nicht für ein ganzes Jahr im Voraus fest, sondern ergeben sich aus dem Prozess der Gruppe. Die Begleiter treffen sich regelmäßig, um die Treffen vor- und nachzubereiten und dabei das Gruppeninteresse und den Gruppenstand zu berücksichtigen. Damit wächst in dieser festen Gruppe ein Zusammenhörigkeitsgefühl, wird sich gegenseitig in der oft nicht einfachen Arbeit gestärkt. Die Gruppen werden so lange als `peer-groups´ bestehen bleiben, wie es ihre Größe erlaubt.“

In diesem Beispiel wird deutlich, dass Praxisbegleitung in der Hospizarbeit Fallbesprechung und Sachvermittlung gleichzeitig sein kann. Darüber hinaus werden Gruppenzusammenhalt gefördert und hospizrelevante Themen besprochen, eventuell auch Organisatorisches miteinander vereinbart und geteilt.

Dem gegenüber sieht M. Spohr die Supervision als einen zusätzlichen, vertiefenden, fast sogar therapeutischen Prozess (Spohr 1997: 119f.): *„Die Supervision in Kleingruppen als tiefergehende und den Einzelfall und seine Problematik ins Auge fassende Praxisbegleitung geschieht in Gruppen von ca. fünf bis sieben HospizlerInnen unter Anleitung durch eine/n externe/n Supervisor/in. In diesen Gruppen soll fall- und personbezogen gearbeitet werden. Dies bedeutet, dass die einzelnen mehr Zeit und Gelegenheit als in den monatlichen Gruppen haben, ihren Einsatz und dessen Problematik vorzustellen, dass sie nach ihren eigenen `Anteilen´ suchen können, und dass die Kompetenz der Kleingruppe mit der Supervisorin bzw. dem Supervisor zu Problemlösungen führen kann. Die Supervision wird nach Bedarf eingeführt. Sie wird finanziell ganz vom Hospizverein getragen und erstreckt sich jeweils über ca. 15 Sitzungen. D. h., dass sich eine Gruppe mit einem/einer Supervisor/in im monatlichen Rhythmus auf einen ca. 15–monatigen Weg begibt. Die TeilnehmerInnen verpflichten sich, unabhängig davon, ob sie die ganze Zeit im Einsatz sind, an dieser Gruppe teilzunehmen. Danach geht die Gruppe auseinander. Es können sich neue Supervisionsgruppen bilden. Für unseren Supervi-*

sionsbedarf stehen z.Zt. drei Supervisorinnen und ein Supervisor zur Verfügung. Es ist besonders wichtig, darauf hinzuweisen, dass niemand zur Supervision verpflichtet wird, sondern den Bedarf selbst anmeldet. In besonders schwierigen Betreuungsfällen weisen die Verantwortlichen auf das Angebot besonders hin.“

2.7. Das neue Gesetz und mögliche Auswirkungen

Nach längerem Ringen werden im November 2001 auch die Personalkosten von Hauptamtlichen/Honorarkräften der ambulanten Hospizarbeit in die Förderung durch die Krankenkassen mit einbezogen: Ein Gesetz wird erlassen, dass die Rückvergütung der Kosten für Supervision, Praxisbegleitung, Einsatzleitung etc. an die Träger der ambulanten Hospizarbeit durch die Krankenkassen festlegt. Und eine Verordnung bringt es mit sich, dass Qualitätsstandards und Durchführungsformen u. a. auch der Supervision transparent gemacht werden (sollen) zum Zwecke der Rückvergütung.

Der Gesetzestext SBG V § 39a, Neufassung ist im Anhang; ein Brief der Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz Gerda Graf zum Gesetz ebenso. Diese beiden Texte, sowie der Gesamttext der Verordnung vom 3.9.2002 sowie das relevante, vorgeschlagene Antragsformular sind auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz abgelegt (www.hospiz.net).

Die Gesetzesänderung im Wortlaut (Auszüge, Text im Anhang): *„Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativpflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten.“*

Das Gesetz schafft Veränderung zu dem oben von mir benannten Kostenproblembereich im Kontext Praxisberatung/Supervision. Die Kosten für die „Koordination/ Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen“ sind in Zukunft rückerstattungsfähig. Ob hier Praxisberatung und/oder Supervision gemeint ist bleibt offen.

Gerda Graf ist es ein Anliegen, die Inhalte des Gesetzes den Hospizgruppen gegenüber zu vermitteln. Mit der Kostenerstattung könnte auch eine *„Gefährdung des Ehrenamtes verbunden sein“* befürchten einige. So schreibt sie in einem Brief an alle Hospizgruppen (siehe www.hospiz.net u. im Anhang): *„Dem vorliegenden Gesetzentwurf liegt die Vorstellung zugrunde, dass der einzelne Ehrenamtliche in einem Netzwerk tätig sein soll, in dem er sich auf seine Aufgabe, für die er ange-*

treten ist, konzentrieren kann: die psychosoziale Begleitung sterbender Menschen - dies fachlich unterstützt durch eine Koordinatorenkraft. ...Vom Grundanliegen her ging es uns immer um die Schaffung einer verlässlichen finanziellen Basis zur Sicherstellung ehrenamtlicher Arbeit im Rahmen der Sterbebegleitung und dies über die Bezuschussung von Personalkosten für eine Koordinatorenkraft, welche ab einer gewissen Vereinsgröße für die Gewinnung, Schulung, Einsatzleitung und Supervision notwendig ist, um qualifizierte ehrenamtliche Arbeit erbringen zu können.“ Hier und im Folgenden ist Einsatzleitung (und damit wohl auch die verbundene Praxisbegleitung) und Supervision als Unterstützungsmaßnahmen für die Ehrenamtlichen getrennt vermerkt. Die Intention des Briefs zielt auf die Funktion der Koordinatorenkraft ab. So entsteht bei dem hier Zitierten der Eindruck, Einsatzleitung und Supervision könnten/sollten in einer Hand liegen.

Hier gibt die am 3.9.2002 entstandene Verordnung genaueren Aufschluss (siehe Anhang, Original auf www.hospiz.net): Gefördert wird nach Verordnungslage u. a. „*Begleitung der Mitarbeiter (Praxisbegleitung zur Unterstützung/Supervision ehrenamtlich tätiger Personen)*“ und zwar durch Erstattung der Personalkosten der Koordinatorenkraft bzw. durch eine andere „*entsprechend qualifizierte externe Kraft*“. Diese Regel ist eine Kann-Regelung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz hat 4 Angebots-Ebenen identifiziert und beschrieben (siehe Tabelle im Anhang), die auf die neue Gesetzeslage je unterschiedlich eingehen werden:

- 1.Ambulante Hospizinitiative und Hospizgruppe (keine Förderung nach § 39a, keine Festlegung bezüglich Praxisbegleitung/Supervision)
- 2.Ambulanter Hospizdienst (auf dem Weg zur Förderung bei Erfüllung aller Kriterien, Hospizhelferbegleitung, Supervision)
- 3.Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (Förderung und Festschreibung von Praxisbegleitung UND Supervision)
- 4.Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst (Förderung und Festschreibung von Praxisbegleitung UND Supervision)

Auf dem Weg zur Finanzierung gemäß § 39a SGB V sind also die Elemente Supervision und davon abgehoben (bei Stufe 3 und 4) die Praxisbegleitung vorgeschrieben. Die Begleitung der Ehrenamtlichen durch Praxisbegleitung/Supervision ist auch im Antragsformular erfasst. Dort heißt es: „*Wir versichern, dass wir- die kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision unserer Ehren-*

amtlichen gewährleisten; ...“ (s. www.hospiz.net und Anhang). Gerda Graf fordert sodann in oben benanntem Brief auf: *„Im Sinne des Aufbaus eines hospizlichen Netzwerkes wäre es aber wünschenswert, wenn möglichst viele Gruppen die gesetzliche Förderungsmöglichkeit als Anreiz nehmen, ihr Angebot auszuweiten.“*

2.8. Zusammenfassung

- Es lässt sich somit sagen und vermuten, dass nach Erscheinen des oben beschriebenen Gesetzes auch gemäß gewisser Strukturen der deutschen Gründlichkeit - die Professionalisierung und die Angebotsausweitung im ambulanten Hospizbereich ab 2003 zunehmen wird; und damit auch die Akzeptanz und Frequenz von (interner) Praxisbegleitung und (externer) Supervision.
- In den 90er Jahren galt es, die stationären Einrichtungen (Hospize und Palliativstationen) zu professionalisieren. Diese Tendenz geht nun auf die ambulante Hospizarbeit über. Organisierte und qualifizierte Praxisbegleitung/Supervision durch interne und/oder externe ExpertInnen tragen zur Professionalisierung bei. Dies bedeutet oft einen Kontrollverlust für „Gründermütter/Gründerväter“, der aber hingenommen wird, wenn die Qualität der Arbeit sich verbessert.
- Durch die öffentlich gewollte Finanzierung von (meist internen, angestellten) PraxisbegleiterInnen und (meist externen, frei honorierten) SupervisorInnen entfällt größtenteils das Kostenargument. Hier braucht es Klarheit und Verhandlungsgeschick von beiden Vertragspartnerseiten mit den verletzlichen Themen „Hospiz“ und „Ehrenamt“, um der Praxisbegleitung und der Supervision eine zugleich professionelle und menschliche Gestalt zu verleihen.
- Es verbleibt von allen vier eingangs beschriebenen Problemfeldern (Kontrollverlust der GründerInnen, Vermischung von Ehrenamt und Hauptamt, Kostenfragen und Zeiteinsatz) das Zeitproblem der Ehrenamtlichen, die zu Supervision und Praxisbegleitung zusätzliche, wertvolle Zeit finden sollten.
- Zur „Zeitfrage“ wäre wichtig zu erarbeiten, was Gerda Graf schreibt (siehe Anhang), dass *„...der einzelne Ehrenamtliche in einem Netzwerk tätig sein soll, in dem er sich auf seine Aufgabe, für die er angetreten ist, konzentrieren kann: die psychosoziale Begleitung sterbender Menschen“*. D.h. für mich: NETZWERK (Hospizgruppe, Supervision etc.) und AUFGABE (psychosoziale Begleitung) stehen nicht in Konkurrenz zueinander, sondern sind zwei Aspekte einer Sache, und bei der Hospizarbeit gehören sie zusammen.

3. Meine Supervisionspraxis in der ehrenamtlichen ambulanten (und stationären) Hospizarbeit in Abgrenzung/Zusammenspiel mit Praxisbegleitung – Falldarstellungen und Reflexion

Ich bin seit knapp drei Jahren als Supervisor im Hospizbereich tätig: In festen Gruppen der Hospizarbeit (ambulant und stationär), in Tagessupervisions- und Tagesweiterbildungsgruppen, für Ehrenamtliche und Hauptamtliche. Hospizarbeit bedeutet oft ein hohes Maß an Belastung für alle Beteiligten. Diese Belastung wird mit einem großen Maß an „gutem Willen“ getragen. Leider oft ohne auf die eigenen Bedürfnisse und Begrenzungen zu achten – sowohl bei Hauptamtlichen, wie auch bei Ehrenamtlichen. So entstehen oft unerfüllbare Erwartungen an sich selbst und an eigenes Leistungsvermögen (z.B.: Ich möchte unbedingt dabei sein, wenn XY stirbt, und wenn ich „Tag und Nacht da sein muß“, „Überstunden machen“, „alles andere Hinten an stelle“). Aus den von-sich-selbst-erwarteten, aber nicht erfüllten, oft unerfüllbaren Leistungen ergeben sich gehäuft Schuldgefühle einerseits, starke Forderungen an andere Mitbeteiligte andererseits. Bei Hauptamtlichen belastet dies das Teamgeschehen. Bei Ehrenamtlichen führt dies oft zu Mechanismen der Selbst-/Fremdüberforderung im Namen des Hospizgedankens.

Es sind demnach gar nicht allein strukturelle Aufgabenstellungen, die es zu lösen gilt in der Begleitung von Ehrenamtlichen im Sinne einer Organisations-Ablauf-Beratung. Es ist auch nicht das einzig wesentliche Ziel, Ehrenamtlichen ein höheres Maß an Kommunikationsfähigkeit und Begleitungshandwerkszeug beizubringen im Sinne von kontinuierlichen Schulungsmaßnahmen. Es steht genauso wesentlich an, die verborgenen Motivationskräfte und Rollendefinitionen der Beteiligten anzusehen, die m.E. des öfteren Konflikte auslösen. Auch geht es bei der Supervision von Ehrenamtlichen darum, sie gerade in ihrer neugefundenen oder noch zu findenden Rolle zu begleiten und ihnen bei der Entwicklung von Rollensicherheit zu helfen, bzw. sie zu begleiten, wenn die Rolle HospizbegleiterIn nicht passt.

Ich habe im Laufe der letzten drei Jahre die psychodramatisch orientierte Supervision als genau das richtige Handwerkszeug für mich erfahren, um Menschen in diesen Fragestellungen begleiten zu können. Besonders freute mich, dass nicht nur ich, sondern auch andere Supervisoren in der Hospizarbeit psychodramatisch arbeiten: Unter dem Titel „Wohin mit mir? Psychodramatische Supervision zum – auch überfordernden - Alltag im palliativen Dienst“ wurde Matthias Schnegg, Köln,

als einziger Supervisor eingeladen, ein Element der Fortbildungsakademie auf dem 4. Kongress „Qualität und Fortschritt in der Palliativmedizin“ vom 10. - 13. Oktober 2002 in München zu gestalten. M. Schnegg schreibt dazu in einer unveröffentlichten Mail: *„Ich habe in München nichts vorgetragen, habe also auch kein Skript; ich habe dort eine live-Supervision mit der Gruppe mit psychodramatischen Methoden gehalten. Es war eine spannende Sitzung, die in der Nachlese der Teilnehmenden ein sehr gutes Echo gefunden hat. Schade für Sie, dass es keinerlei Papier dazu gibt. Ich bin mehr einer der Menschen, die sagen: Jetzt ist es – und vorbei ist es auch, bestenfalls (und auch oft genug) Er-Innern.“*

Ich will mich nun „er-innern“ an meine gut 35 Supervisionssitzungen und 18 Supervisionstage der letzten drei Jahre. Dies erfolgt nun etwas ausführlicher, als eigentlich von mir vorgesehen („als Auflage zur ursprünglich eingereichten Arbeit“). Es sind ferner Einarbeitungen aus dem Kolloquium (März 2003) hier zu finden. Ich gruppiere meine Praxis in drei Unterkapitel zu den Themen: „Fallbesprechungen“, „Konfliktbearbeitungen“ und „Bearbeitung von Strukturfragen“. Diese drei Unterkapitel untergliedere ich in jeweils sechs gleichgeformte Bereiche mit Theorie, Praxis(-beschreibung) und Reflexion. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht jeweils ein ausführlich beschriebener „Fall“ aus meinen Supervisionssitzungen, den ich exemplarisch ausgewählt habe und den ich im Kolloquium vorgetragen habe. Als Exkurs innerhalb des Abschnitts 3 „Bearbeitung von Strukturfragen“ bringe ich einige Aspekte zur Begleitung des Gruppengeschehens. Meine Rolle als Supervisor (in Abgrenzung zu eventuellen anderen Rollenmustern) reflektiere ich dann noch ausführlicher in Kapitel 4.

3.1. Fallbesprechungen

a) Theoretische Einführung

Das Einbringen von „Fällen“ hat in der Supervision natürlich den größten Raum. Das Besondere an den „Fällen“ im ambulanten Hospizbereich ist die oft unwiederbringliche Abgeschlossenheit durch den Tod des Begleiteten oder durch den Abbruch der Begleitung. In der Sterbebegleitung ist das Element des nicht befriedigend abgeschlossenen Abschiedes und der offen gebliebenen Fragen für die BegleiterInnen besonders belastend. Hier bietet in der Tat die Methode des zeit- und raumübergreifenden Psychodramas Möglichkeiten an. Ungesagtes, aber sehr wohl deutlich Gedachtes und Empfundenes kann im Protagonistenspiel nacherlebt werden. In einigen Fällen konnte sich die Fall-Einbringende (Protagonistin)

noch-mals laut und mit Unterstützung der Gruppe bestätigen, dass ihre Begleitung für die (mittlerweile verstorbene) Person gut gewesen war und wie sehr sich die Beteiligten geschätzt haben. Auf diese Weise kann auch eine gewisse Misstimmung überbrückt werden, wenn der/die BegleiterIn weder das Sterben, noch die Beerdigung miterleben konnten. Es entsteht eine Verbindung über den Tod hinaus. Manche Aspekte bei der Begleitung bleiben jedoch ungelöst und manches Begegnungsmuster wird im Nachhinein als unzulänglich erlebt. Hier hilft die Fallbesprechung – ebenfalls mit der Unterstützung der gesammelten Gruppenkompetenz – als klärend und „unterrichtend“. Auch hier kann das psychodramatische Protagonistenspiel den Einbringer anleiten, selbst auf Antworten zu kommen, ohne behelrenden Eingriff von Außen.

Kurzbeispiel: „Eine Sterbende fragte jeden ihrer professionellen und ehrenamtlichen Begleiter nach dem Sinn des Lebens. Sie wollte von jedem jeweils „seinen Sinn“ des Lebens wissen. Ein hauptamtlicher Begleiter ließ sich darauf ein und erzählte von seinem Glauben, der auch in schweren Zeiten trägt. Die Sterbende antwortete kühl: *‘Das ist nichts für mich’*. Später erfuhr der Begleiter, dass sich die Sterbende schon mehrfach in gleicher Weise verhalten hatte.“ Eingebbracht in einen Supervisionstag bat ich den Begleiter in den Rollentausch mit der Sterbenden. Als *‘Sterbende’* erkannte er und dachte laut: *“Ich will gar nicht den Sinn des Lebens von jemandem anderen wissen. Ich will nur äußern, dass ich mich selbst so sinnentleert fühle. Niemand versteht mich und niemand hört mir zu. Ich bin so ärgerlich und allein.”* Zurückgekehrt in die eigene Rolle sprach der Begleiter im fortgeführten Rollenspiel nun zur Sterbenden: *„Sie würden gerne den Sinn von jemand anderem erfahren. Ich glaube, dass sie ihren Sinn nur für sich selbst finden können. Mir scheint, Sie haben ihren Sinn im Moment nicht mehr.....“*. Hier kann für den Begleiter eine Phase des aktiven Zuhörens beginnen, in der sich die Sterbende aussprechen oder lange schweigen kann.

Fallbesprechung in der Supervision kann also einerseits helfen, Unzulänglichkeiten, Ängste und seelische Lasten zu verarbeiten. Andererseits kann Fallbesprechung in der Supervision die Kommunikationskompetenz erhöhen und Handlungsalternativen aufzeigen bzw. gleich im Probehandeln ausprobieren. Mir als Supervisor ist es wichtig, weder die zu lösenden Gefühlslagen, noch die zu verbessernden Kommunikationsbereiche selbst zu bestimmen, sondern mit den Supervisanden mitzugehen bei der von ihnen getroffenen Auswahl. Somit unterscheidet sich

Supervision meines Erachtens eindeutig von der Praxisbegleitung. Dort sind sehr wohl Unterrichtselemente angebracht, wenn Defizite bei den Teilnehmenden gehäuft entdeckt werden. Auch hat Praxisbegleitung Information über die Gesamtheit der Begleitungen der Ehrenamtlichen abzufordern. Dies geschieht zum einen zum Zwecke der Dokumentation, die unter Einfluss der neuen Gesetzesvorlagen nun zunehmen wird. Andererseits wird der Aspekt der Qualitätskontrolle und des Schutzes gegenüber den Sterbenden und deren Angehörigen hineinspielen. Nicht voll kompetente HospizbegleiterInnen können in der Praxisbegleitung auf weiteren Schulungsbedarf aktiv aufmerksam gemacht werden.

Somit halte ich die Fallbesprechung in Supervision und Praxisbegleitung gleichermaßen für wesentlich und unersetzbar: * In der Supervision zur Entlastung bei schwierigen Situationen und zur selbstbestimmten Kompetenzerweiterung bei Problemen; * In der Praxisbegleitung zur Besprechung der Gesamtheit der Begleitungen, zur weiteren Schulung und auch zur „Kontrolle“. Beide Vorgehensweisen sind für mich nicht miteinander kompatibel, wenn sie innerhalb eines Settings stattfinden bzw. wenn sie abwechselnd von ein und derselben Person durchgeführt werden. Zum Aspekt der „Kontrolle“ heißt es u.a. (MALTESER 2000: 35f.): *„...die Malteser übernehmen als Träger von Hospizdiensten eine zweifache Verantwortung: Gegenüber den Ehrenamtlichen..... Gegenüber den schwerstkranken, sterbenden und ihnen nahestehenden Menschen: Nur die ehrenamtlichen Menschen sollen eine Begleitung übernehmen, von denen die Verantwortlichen für den Dienst (Koordinatoren) überzeugt sind, dass sie der jeweiligen Begleitung gewachsen sind. Wenn die Übernahme einer Begleitung nicht oder noch nicht angemessen ist, können in Absprache mit den Verantwortlichen andere Aufgaben gefunden werden.“*

b) Erstes Praxisbeispiel: Vorgeschichte / Fallbeschreibung zu Frau P.

P. berichtet in der Supervision: Sie kam regelmäßig zu Besuch zu einer sprachverwirrten, gehbehinderten Schwerkranken. Der Mann ging während der Besuchszeiten immer Einkaufen. Die Schwerkranke wollte immer nur, dass der Mann wiederkommt und dass er nicht fortgeht. Eines Tages will die mittlerweile sehr zornige Schwerkranke aufstehen und sich bewegen. Frau P. hilft ihr, doch die Schwerkranke stürzt unglücklich hin. Frau P. fühlte sich hilflos, fühlte sich ungewollt, weiß nicht, was sie tun soll und wie sie der Schwerkranken helfen soll. Nach dieser Begleitung begleitet Frau P. nie wieder und hat Angst vor neuen Begleitungen.

c) Verlauf der Supervisionssitzung mit Frau P.

Frau P. leidet noch heute unter ihrer Hilflosigkeit (im Bezug auf den Dienst an/bei alten Menschen/Kranken). Sie weiß nicht, was sie mit zornigen, unwilligen, widerständigen Patienten tun soll. Sie möchte Antworten auf den richtigen Umgang mit Widerstand. Sie möchte Kompetenz erwerben, eventuell Ängste überwinden um wieder begleiten zu können. Sie baut die Situation nochmals auf: Die Schwerkranke und sie selbst befinden sich im Haus der Kranken. Abseits – beim Einkaufen – ist der Ehemann (der erst später mit hinzukommen wird). Im Rollentausch mit der Kranken und später mit dem Ehemann wird klar: Nicht die Schwerkranke, sondern der Mann ist der Auftraggeber für ihren Besuch. Sie ist nicht zu einem Gesprächsbesuch bei der Schwerkranken gerufen, sondern zur Entlastung des Mannes. Es geht eher um ein „Ein-Hüten“. Diese Klarheit schafft große Erleichterung. Sie spürt diese Erleichterung deutlich und ist überrascht (der Supervisor im übrigen auch, denn nichts deutete auf die Lösung hin). Im Sharing der Gruppe festigt sich diese neue Klarheit. Auch das Rollenfeedback der Gruppenteilnehmerin, die die Kranke spielte, hilft weiter: *„Ich wollte tatsächlich nicht geholfen bekommen, ich wollte mit aller Kraft, dass diese Frau weggeht. Und ich wußte: Wenn sie weg ist, ist mein Mann wieder da. Das habe ich nicht nur gespielt, sondern gefühlt.“* P. ist bereit eine neue Begleitungen zu wagen und wird darin von der Gruppe bestärkt.

d) Leistung der Supervision im Fall von Frau P.

Durch den sachlichen Draufblick auf Gesamtsysteme schafft Supervision neue Perspektiven und somit neue Lösungen. Dies wird nicht theoretisch und unterrichtend vermittelt, sondern in einem eigenen Entdeckungsprozess. Somit entfällt die Frage, ob die neue Perspektive „wahr“ ist, oder nur eine „Beschwichtigung“ für das eigene Versagen. Die neue Perspektive wird erlebt und gefühlt. So wird nicht nur die alte Situation neu betrachtet, sondern auch Kraft für neue Aufgaben gewonnen. Die Unterstützung der Gruppe im Sharing wirkt gleichsam heilend. Die Innensicht (ich weiß nicht, ich kann nicht, ich bin unfähig) weicht der strukturellen Sicht (die Frage: „Wer war eigentlich der Auftraggeber?“) und der Gruppensicht („Wir hätten es genauso gemacht!“, „Wir wissen es auch nicht besser“).

e) Mögliche andere Leistungen der Praxisbegleitung im Fall von Frau P.

Praxisbegleitung hätte hier das gleiche leisten können und sollen. Hatte es aber nicht, so meine Information. Warum ? Das kann ich nur vermuten: Vielleicht wird

der Fall (trotzige, widerspenstige Patientin, die gar nicht will) nur als „schwierige Konstellation“ benannt, als unlösbar, oder als „misslungen, ohne „Schuld von Frau P., weil die Patientin scheinbar nicht will“. Gleichzeitig werden die Ängste von Frau P. nicht detailliert wahrgenommen und ihr gegenüber als unbegründet bagatellisiert. Die Not der Begleiterin konnte erst will später sichtbar werden: Hier wird Zeit und eine Emotionen-berücksichtigende Bearbeitungsform gebraucht.

f) Reflexion zum Supervisionsgeschehen mit Frau P.

Das Besondere des ersten Beispiels ist für mich die vielschichtige Betrachtungsweise, mit der die Supervision auch an Fallbesprechungen heran gehen kann. Gerade in abgrenzender Ergänzung zur Balintarbeit bleibt die Fallbesprechung in der Supervision nicht allein auf der Beziehungsebene und auf den Ebene der „inneren Anteile“, sondern blickt gezielt auch auf die Struktur und die übergeordneten Zusammenhänge. Ähnlich wie in der Intersession/ Kollegialen Beratung nutzt die Supervision das Erfahrungspotential der Gruppe zu Bestärkung der Einzelnen. Jedoch nutzt Supervision das Potential des Supervisors als strukturgebend und vertiefend, und nicht nur in den Funktionen „Moderator“, „Einführender“ und „Anleiter“ (vgl. REGOUIN 1999: 10, 96).

Ich selbst war erstaunt über die Ergebnisse der Bearbeitung, war doch auch ich zuerst darauf aus, der Supervisandin Hilfestellung anzubieten in der Begleitung einer „schwierigen Person“. Es brauchte dann doch einiges an methodischem Geschick und Überzeugungskraft die Supervisandin neben der schon festgefahrenen Blickrichtung („Ich kann es nicht, ich habe versagt, ich bin so hilflos“) einen neuen, zweiten Blick probeweise anzubieten, es zusammen zu wagen und so neue Lösungen zu entdecken. Dies bedeutete hier, die Fokussierung auf den „Fall“ (im Rahmen der Begleitungsarbeit in der Hospizarbeit) zu verlassen und die Gesamtsituation als „Fall“ (im Rahmen des Gesamtkontextes und im Rahmen der Supervision) zu nehmen. *„Insofern ist alles, was in der Supervision als Vorfall eingebracht wird und was in ihr vorfällt, als Fall zu betrachten. Davon zu unterscheiden ist die Fokussierung auf die Fallarbeit Hier geht es um Vorfälle, die sich im Umgang mit den Adressaten der Dienstleistung ergeben haben.“*, *„Supervision als Profession hat dabei immer allgemeines fachliches und wissenschaftliches Wissen auf den konkreten Fall anzuwenden (Erkenntnisprozess, Interpretationsfolie, Mehrperspektivität).* (Buer 1999: 200f.)

3.2. Konfliktlösungen

a) Theoretische Einführung

Es ist in meiner noch recht kurzen Zeit als Supervisor in der Hospizarbeit mehr als einmal vorgekommen, dass eine Person ihren Dienst wegen Nicht-Eignung für die ambulante Hospizarbeit aufhören musste. Und ebenfalls mehrmals ist es vorgekommen, dass Personen gebeten wurden den Dienst zu beenden – ohne klare Feststellung/Begründung der Nicht-Eignung. Dies bedeutet den maximalen Konflikt für die Situation der ehrenamtlichen Arbeit und steht in der Bearbeitung somit deutlich jenseits der einzelnen Fallbesprechung.

Praxisbegleitung geht sinnigerweise in einem solchen Konflikt-Fall im Vier-Augen-Setting vor. Aufgrund des Schutzes von Begleiter und Begleiteten muss eine klare Lösung gefunden werden. Praxisbegleitung kann in einem Fall von wiederholt nicht –adäquatem Gesprächsverhalten eines Begleiters nur direktiv handeln und muss es auch.

Supervision kann – das Vertrauen des Einzelnen und der Gruppe vorausgesetzt – damit anders umgehen. Sie steht im Konfliktfall jedoch nicht in Konkurrenz, sondern in Ergänzung zur Praxisbegleitung. Der konflikt-behaftete Begleiter hat in der Supervision die Chance, die konfliktträchtigen Situationen ohne Vor-Verurteilung und ohne Kontrolle genau anzusehen, und kann eventuell aus ihnen lernen, selbst wenn es auf Grund von wiederholten Sonderbarkeiten dennoch zu einer Beendigung seiner Hospiztätigkeit kommen sollte. Er braucht den Schmerz der Nicht-Kompetenz auf dem einen Gebiet (der Hospizbegleitung) nicht auf die Ganzheit seines Lebens auszuweiten. Dabei können Gruppe und Supervisor helfen. Am meisten hilft das eigene Erkennen, z. B. im Rollentausch im Psychodrama. So gelang es einer Person zu erkennen, dass sie tatsächlich lieber selbst erzählt als zuhört. Die Verletzung konnte durch die Supervision leicht abgemildert werden. Supervision steht damit auf Seiten der Supervisanden, ohne deren weiteren Lernbedarf zu schmälern. Offenes Hinzulernen ist im Rahmen der Supervision jedoch nur möglich, wenn nicht gleichzeitig Kontrollmechanismen ausgeübt werden und Inhalte aus der Supervision in die Entscheidung der Einsatzleitung einfließen. Diesen „Fall“ werde ich gleich ausführlicher schildern.

Somit ist Praxisberatung in Konfliktsituationen offen und Stellung beziehend, Supervision hingegen verschwiegen, unterstützend und fördernd für Lernprozesse, jedoch ohne zu beschönigen.

b) Geschichte des Konfliktes von Herrn M.

Herr M. ist zum Zeitpunkt des Konfliktes erst seit kurzem mit seiner Ausbildung als Hospizbegleiter fertig. An bislang 12 Einsatztagen besuchte er Kranke in einer stationären Einrichtung. Er möchte gerne Gutes tun und seine Zeit sinnvoll nutzen, da er erst vor kurzem pensioniert wurde. Er wird plötzlich ohne Rücksprache von einer leitenden Mitarbeiterin der stationären Einrichtung aus dem Dienst entfernt. Es gab keine Vorwarnungen. M. fühlt sich grundsätzlich kritisiert, am Boden zerstört, verletzt und völlig unfähig. Im Rahmen des Schutzes für die Ehrenamtlichen findet ein Gespräch zwischen Einrichtungsleitung und Hospizbegleiter statt im Beisein des Supervisors als Moderator, entsandt von der Hospizinitiative. Hier werden die Gründe benannt, weshalb die stationäre Einrichtung in Zukunft auf den Hospizdienst von Herrn M. verzichten möchte. Das Gespräch verläuft freundlich, M. ist weiterhin geschockt. Er sieht einiges ein, insbesondere, dass er gerne viel erzählt, bei den Hospizbesuchen. Er vermißte aber die „Vorwarnungen“ und die frühzeitige Hilfestellung, um hier eventuell etwas zu verändern.

c) Verlauf der Supervisionssitzung im Konfliktfall von Herrn M.

Herr M. zögert, ob er überhaupt noch in die Supervision der HospizbegleiterInnengruppe kommen soll, kommt dann aber doch. Die Gruppe ist wohlwollend. Es wird die letzte Teilnahme von Herrn M. in dieser Supervisionsgruppe sein, da er ja den Dienst beenden wird. Erst zögerlich („ich will niemanden zur Last fallen“), dann aber doch eindeutig, will Herr M. über das sprechen, was vorgefallen ist. Dabei ist das Wohlwollen und der Informationswunsch der Gruppe entscheidender, als die höfliche Aufforderung durch mich. Im offenen Gruppengespräch und insbesondere im Rollentausch (Patienten-Begleiter - Situation) wird M. klar: „Ich rede tatsächlich gerne selbst“. Ich als Patient hätte auch gerne „mehr meine Ruhe gehabt“. Er fühlt sich aber nicht mehr grundsätzlich in Frage gestellt und abgelehnt. Er kann sich das Missverhältnis von Zuhören und Reden zugeben, ohne in eine „Total-Versager-Haltung“ hineinzugleiten.

Im anschließenden Probehandeln wird M. klar, dass er durchaus Fähigkeiten beim Unterstützen von anderen Menschen hat. Er will aber nicht in einer anderen stationären in Richtung es nochmals versuchen. Vielmehr will er mit einem Seniorenbesuchsdienst Kontakt aufnehmen wird, wo das „Miteinander-Reden“ wesentlicher ist als dieses starke sich Zurücknehmen und viele Zuhören.

Die gestörte Beziehung zu der Stationsleiterin und/oder zu der wenig schützen-

den Hospiz-Einsatzleitung will Herr M. aus Enttäuschung heraus nicht bearbeiten. Er legt ein klares Veto ein: Das soll nicht in der Supervision besprochen werden. Im Sharing und Rollenfeedback werden die neuen Entdeckungen gefestigt, Die Gruppe gibt Herrn M. auch noch ein offenes Feed-Back auf der Realitätsebene (Gruppenebene): *„Du bist anfangs sehr verschlossen gewesen und mittlerweile aufgetaut. Schön, dass du bei uns warst und alles Gute im neuen Dienst.“*

d) Leistung der Supervision in der Konfliktbearbeitung bei Herrn M.
Supervision förderte hier die Selbsterkenntnis im Rollentausch, fördert die Aktivierung der eigenen Stärken und die Entschlusskraft im Probehandeln, fördert die Heilung von Verletzungen durch die wohlmeinenden Gruppen-Potentiale. Supervision deckt nicht die Fehler auf – es sei denn, der Supervisand will es. Supervision trifft keine Entscheidungen über jemanden.

e) Mögliche, andere Leistungen der Praxisbegleitung im Fall M.
Praxisbegleitung hat hier eindeutig Kontrollfunktion. Sie sieht das Wohl des Begleiters und der Patienten zumindest gleichrangig. Sie steht für die Qualität der (ehrenamtlichen) Arbeit ein und deckt somit Nicht-Qualität auf. Sehr wohl kann Praxisbegleitung auch vermitteln. Doch im Fall von Herrn M. wird sie eher Nachschulungsbedarf aufzeigen. Praxisbegleitung kann zweite Chancen einräumen, Missverständnisse klären, doch Praxisbegleitung als Einsatzleitung trifft auch Entscheidungen.

f) Reflexion zum Supervisionsgeschehen mit Herrn M.
Herrn M. konnte sich im Lauf der Supervision etwas stabilisieren. Auch konnte sein Abschied aus der Gruppe für alle Beteiligten zumindest erträglich gemacht werden. Insgesamt löste die Situation bei mir (und auch nachträglich bei der Pflegedienstleitung der stationären Einrichtung) Beschützerinstinkte aus. Es hat wohl verschiedene Gründe, warum weder Herr M. (noch ich) den Konflikt auf der Beziehungsebene (bearbeitet haben, bzw.) bearbeiten wollte. Es trägt hier wesentlich bei, dass Konflikte sowohl in der Institution „stationäre Einrichtung“ wie auch in der „Hospizorganisation“ erfahrungsgemäß nicht offen bearbeitet werden. Sicher wird auch eine natürliche Vorselektion getroffen in Bezug auf zukünftige HospizmitarbeiterInnen: Es sind meist nicht jene Typen Mensch, die klar auf ihren Rechten beharren und die bereit sind Rechte einzufordern, wenn sie sich um eine Mitarbeit

in einem derartigen Hospizdienst bewerben. Beispiel: In einem anderen Fall erlebte sich eine Hospizbegleiterin in der Begleitung als „kleine graue Maus“, wenn sie ihrem Dienst nachging. Sie protestierte selbst dann nicht, als sie eines Tages während ihrer Dienstzeit des Raumes verwiesen wurde – in dem einen Fall von ignorantem medizinischem Personal, und später von theologischem Fachpersonal. Die Rolle als „kleine graue Maus“, die über die Station huscht, fand die Hospizbegleiterin völlig adäquat. Erst als die Kollegin ganz des Hauses verwiesen wurde, meldete sich ein Veränderungsbedarf. Es brauchte zwei Supervisionssitzungen, bis die betreffende Hospizbegleiterin die ersten Vorfälle wirklich an die Hospiz-Einsatzleitung weitergeben wollte und konnte. Sie nahm zuerst an, dass Bescheidenheit und Geduld die wesentlichen Zeichen der Hospizbegleitung sein sollten und dass die kleine graue Maus ihr gut zu Gesicht stehen würde. Ein Rest von Unmut blieb jedoch, und deshalb wurden die Fragen immer wieder – wenn auch zögerlich – eingebracht. Erst eine intensive Rollenklärung brachte es zu Tage: Als Hospizbegleiterin bin ich auch Repräsentantin einer medizinisch wichtigen Grundidee und darf und kann es nicht zulassen, weggeschoben zu werden. Erst nach dieser Klärung, der Selbststärkung und der Rollen-Neu-Definition wurde von der Hospizbegleiterin die Sache an die Einsatzleitung weitergemeldet. Dann wurden Schritte zur Rahmenverbesserung in die Wege geleitet. Nur wenige Monate anschließend kam es erneut zum Konflikt zwischen Hospizbegleitern (Plural) und Seelsorgern im selben Einsatzgebiet. Hier ging es darum, zu entscheiden: Lassen wir alles mit uns machen, oder wehren wir uns. In einem längeren Prozess entschieden sich die HospizbegleiterInnen für das Wehren: Auch wenn wir „nur Ehrenamtliche“ sind, so haben wir doch eigene Kompetenzen und möchten angemessen behandelt werden. Supervision begleitet diesen Findungsprozess – auch innerhalb des Gruppengeschehens. Das Wehren selbst wurde aber letztlich durch ein „Veto“ des Hospizarbeits-Leitenden als nicht erwünscht beschrieben. Es solle „Ruhe“ einkehren in die Arbeit. Das Ende dieser Situation ist noch offen.

Dies alles zeigt mir, dass Konflikte nach Möglichkeit auf verschiedenen Ebenen zu bearbeiten sind. Nicht nur die Hilfestellung zur „inneren Verarbeitung“ des durchlebten Konflikts ist von Nöten, sondern auch andere Gesichtspunkte, wie die *„Interaktionale Ebene (Dialogik) - Hier ist die Kooperation gestört. Soziometrische Analysen (Soziometrische Aktionsforschung) und psychodramatische Rollenanalysen können hier die unterschwellig, aber auch offensichtlichen Differen-*

zen klären. Durch das psychodramatische Arbeiten kann das Verständnis des anderen (z. B. durch den Rollentausch) gesteigert werden....“ (Buer 1999: 2243). Dies gelang bei Herrn M. im Bezug auf die Beziehung Hospizbegleiter – Patient, aber nicht im Bezug auf die anderen Beziehungen. Ebenso wichtig ist die Frage, in welche Organisationsstrukturen die (ehrenamtliche) Arbeit eingebunden sind, und sogar, wie sich die Gesellschaft momentan zu den Hauptanliegen der Organisation stellt (vgl. Buer 1999, 223f.)

Mit der Rauswurf des Ehrenamtlichen M. ist auch die Kränkbarkeit und Kränkung des Ehrenamtes an und für sich offengelegt. Es gibt zwar einiges an Möglichkeit und auch an Pflichten, doch nur wenig an Rechten, die den Ehrenamtlichen angeboten werden. Dr. Wegehaupt-Schneider, meine Einzellehrsupervisorin, weist im Kolloquium darauf hin, dass Ehrenamt schon aus sich heraus „Kränkung“ bedeutet (bzw. bedeuten kann) da ja geleistete Arbeit nicht direkt honoriert/bezahlt /vergütet wird, sondern mit dem unkonkreten Begriff der „Ehre“ abgefunden werden. Im Fall von Herrn M. ist sicher keine „Ehrung“ geschehen, sondern Kränkung geschehen. Somit ist in diesem Fall in mehrfacher Hinsicht „Kränkung“ passiert: Beim Patienten (dem Kranken), beim Pflegepersonal (oft überfordert), beim Ehrenamtlichen (Rauswurf) usw. Und auch ich als Supervisor empfinde Kränkungen, die bei mir auf biografischen Vorerlebnissen basieren (s. Kapitel 4: Reflexion meiner Rolle als Seelsorger), die parallele Verläufe hatten und auch parallele Grundstrukturen im Hinblick auf das organisationsinterne Konfliktmanagement. Als Supervisor bin ich dann hin und her gerissen, ob ich Supervision nur als „Trostpflaster“ anwende, oder ob ich alle Konflikte aufdecken und –bearbeiten helfe. Für beides sprechen bei mir persönliche Gründe, Gefühle und Vorerfahrungen, und auch für beide Lösungen spricht die Professionalität. Lösung bietet Gellert u.a. an (GELLERT 2002: 283): *„Möglicherweise sind Sie , wie bereits erwähnt, sowohl dem Auftraggeber als auch dem Team gegenüber zu inhaltlich widersprüchlicher Loyalität verpflichtet...Intervention: Doppelte Loyalitäten müssen unbedingt kommuniziert werden und sind dann meist unproblematisch. Umgekehrt gilt: Wenn Sie selbst sich `hin- und hergerissen´ fühlen, den Auftrag nicht annehmen.“*

3.3.Strukturfragen

a) Theoretische Einführung

Nicht selten werden Anfragen an die Struktur der Hospiz-Gruppe, der Hospizträger und an die institutionellen Zusammenhänge, in denen Hospizarbeit stattfind-

den, an Praxisbegleitung und Supervision herangetragen. Diese beziehen sich auf Organisatorisches, aber auch auf Inhaltliches: Ethik, Moral, Grundeinstellungen... Für Strukturfragen ist in erster Linie die Einsatzleitung zuständig. Es sollte Rückmeldungen von der Einsatzleitung an die HospizbegleiterInnen geben. Hier spielen die oben genannten Begriffe „Kontrolle“ und „Konflikt“ eine Rolle, sicher aber auch Bestärkung, Lob und Dank. Genauso sollte es aber stets möglich sein, dass die HospizbegleiterInnen der Einsatzleitung Feedback geben. Immer wieder sind Schwächen im System vorhanden, Einsätze schlecht durchgeplant etc. Die Einsatzleitung kann die Praxisbegleitung zu einem solchen Ort des Feedback werden lassen. Sollte Feedback bislang gar nicht stattfinden, so ist dringend Abhilfe zu schaffen. Sonst besteht die Gefahr eines Wildwuchses bzw. des Abwanderns der Ehrenamtlichen in besser organisierte Gruppen. Die Rückmeldung der HospizbegleiterInnen an die Einsatzleitung und die Gespräche zur Optimierung des Einsatzes können auf keinen Fall in die Supervision hinein delegiert werden. Supervision ist ein Ort der Verschwiegenheit. „Planung“ ist nicht die übliche Vorgehensweise einer Supervision.

Sicher kann in Ausnahmefällen auch bisweilen während der Supervision „Planung“ und Erörterung von Einsatzfragen geschehen, doch eher am Rande denn als Kernaufgabe. Dennoch befasst sich Supervision sehr wohl mit Strukturfragen, jedoch auf die der Supervision gemäße Weise: Bisweilen stehen Grundideen der Hospizbewegung im Gegensatz zum aktuellen Begleitungsgeschehen. In einem Fall bat ein Begleiteter um Sterbehilfe statt um Sterbebegleitung. Im geschützten Raum kann ein Begleiter alle Fragen besprechen, durchdenken und aktiv gefühlbetont durchleben, selbst jene, die erst einmal gegen die Grundannahmen der Hospizbewegung stehen. Im Rollentausch kann es sogar gelingen, den Bedeutungsgehalt des Sterbewunsches erlebnisaktiv nachzuvollziehen. Im psychodramatischen Spiel fiel dann auch die restliche Angst der Begleiterin ab, eine Hospizideologie „fremdbestimmt“ als Mitglied einer Organisation vertreten zu müssen. Sie war sich nunmehr klar: Begegnung findet von Mensch zu Mensch statt. Und sie konnte frei entscheiden: Ich bin Hospizbegleiterin und nicht Sterbehelferin – aus freien Stücken und nicht ideologiegebunden. Im Feedback der Gruppe wurde der Begleiterin bestätigt, dass dies auch die eigentliche Gruppenauffassung sei. Dennoch war ein Prozess nötig, dies aktiv durchzuleben und sich von vorgefassten Ideen und Zwängen zu lösen (siehe unten: das Beispiel).

Supervision arbeitet somit an Rollendefinition, Klärung von institutionsimmanenten Ängsten und Fragen, etc. Praxisbegleitung arbeitet mit den Situationen selbst und den Methoden des Feedback und der Planung.

Exkurs Begleitung des Gruppengeschehens: Sowohl durch Supervision als auch durch die Praxisbegleitung, informelle Treffen, Weiterbildungen etc. wächst die Hospiz-Gruppe zusammen. Die oben geschilderte Situation im Hospiz Frechen e. V. geht von stabilen Praxisbegleitungs-Gruppen und hinzutretenden, kleineren Supervisionsgruppen aus. Diese Kombination gibt es meines Wissens nur selten. Häufiger wird die monatliche Supervisionsgruppe das Kernelement der Begleitung der Ehrenamtlichen sein. Hinzu tritt dann ab und an ein Treffen oder Telefonkontakt mit der Einsatzleitung. Diese Treffen sind unter vier Augen (ähnlich s.o. P. Meyer-Miethke) oder finden auch mit der Gesamtgruppe statt.

Das Gruppentreffen mit der Einsatzleitung, hier Praxisbegleitung genannt, klärt grundsätzliche Fragen des Einsatzes, kann aber auch geselligen Charakter haben. Sie ist für die Außenvertretung und Außenvertretbarkeit der Gruppe. Es gibt immer wichtige Informationen zu transportieren – in die Gruppe hinein und aus der Gruppe hinaus. Das große Plus der Praxisbegleitung ist der offene Umgang mit allen Informationen. Nur so können die gesammelten Informationen auch für Strukturveränderungen genutzt werden.

Die Supervision/der Supervisor hingegen sammeln nicht Informationen und geben sie noch viel weniger weiter. Das Gruppengeschehen wird durchaus gestärkt und die Gruppe wirkt in jeder Supervision unterstützend. Gruppendynamische Themen werden aber nicht vom Supervisor aus besprochen, sondern nur dann behandelt, wenn ein oder mehrere Gruppenmitglieder gezielt diese Themen als arbeitsrelevant einbringen. Dies kann geschehen, wenn mehr als ein Begleiter bei ein und demselben Kranken eingesetzt werden soll – und hier Koordinationsprobleme auftauchen, die die beiden nicht selbst lösen können. Direkte Bearbeitung der Gruppendynamik macht nur einen geringen Teil der Supervision aus. Probleme können auftauchen bei Fortgang von alten bzw. Eintritt von neuen Personen in die Gruppe. Gerade Hospizgruppen mit hoher Selbstverpflichtung brauchen Abschiedsrituale beim Beenden der Mitarbeit, die durchaus häufig vorkommt. Auch Trauerbekundungen brauchen Raum, wenn ein Gruppenmitglied ohne Abschied geht. Hier wird auf der Gruppenebene durchlebt (Abschied, Abschied ohne Verabschiedung), was den Kern der Hospizarbeit ausmacht (Begleitung von Abschieden).

b) Vorgeschichte des Begleitungsfalles von Frau S.

Frau S. wurde zu einem schwerstkranken, gelähmten, jungen Mann gerufen, der zudem noch krankheitsbedingte Sprachstörungen hat. Es wird bald klar, dass er aktive Sterbehilfe wünscht – so sein Verständnis der Sterbebegleitung. In einem langen Prozess setzt sich Frau S. mit dem Thema „aktive Sterbehilfe“ und „eigene Ethik“ auseinander - auf dem Hintergrund des Schicksals dieses Mannes. Sie besucht den Mann regelmäßig, auch über den Tag hinaus, wo sie ihm klar macht, dass sie keine aktive Sterbehilfe geben will und wird. Der Mann akzeptiert dies so und will weitere Besuche. Frau S. selbst ist ergebnisoffen dahingehend, ob sie eventuell passive Sterbehilfe leisten würde, wenn es dem Mann noch schlechter gehen würde. Die ganze Zeit steht sie in Supervision. Die Frage jetzt ist die erlebte Spannung zwischen ihrer konkreten Begleitungssituation (Offenheit für eventuelle passive Sterbehilfe) und dem Träger der Hospizarbeit (Ablehnung jeder Form von Sterbehilfe). Die Frage selbst ist aber noch nicht ganz klar. Es ist nur ein allgemeines religiös-weltanschauliches Unbehagen und Kontrolliert-Sein Gefühl.

c) Verlauf der Supervisionssitzung mit Frau S.

Die Frage des Unbehagens ist die Ausgangsfrage für die Supervision. Die Situation des letzten Besuchs beim Patienten wird aufgebaut (Bett, Stuhl, Patient, sie selbst). Es treten als erstes innere Anteile hinzu: Verständnis (für den Wunsch des Patienten und für den Patienten selbst), Wut, Zweifel, Mitgefühl. Als äußerer Aspekt kommt die „Hospiz-Obrigkeit“ hinzu. Im Rollentausch mit den Gefühlen einerseits und der Hospizobrigkeit andererseits verliert die Obrigkeit die Vormacht- und Oppositionsstellung und wird „menschlicher“. Kontroll-Ängste gehen verloren. Der Wendepunkt geschieht dort, wo Verständnis (für den Patienten) und Wut (auf das Schicksal, die eigene Hilflosigkeit, die Gesamtlage) voll da sein dürfen. Da kommt das unbedingte Selbstvertrauen zum Vorschein, in der Real-Situation auf jeden Fall richtig handeln zu werden. Die Kritik von Außen wird unwesentlicher. Das Rollenfeedback verstärkt dieses Empfinden: Der „Hospizobere“ verliert seine Wichtigkeit als Kontrollinstanz, wenn sich die „Innenwelt“ geordnet hat, alles da sein darf und das Selbstvertrauen die Regie übernimmt. Die Notwendigkeit des Einmischens vergeht. Die Gruppe gibt auch ein Realitäts-Feedback: Wir finden gemeinsam unsere Normen. Alle sind sich einig im Ablehnen von Erstarrungen.

d) Die Leistung der Supervision im Fall von Frau S.

Die Zusammenhänge von „sich innerlich kontrollieren“ und „sich äußerlich kontrolliert fühlen“ werden aktiv durchlebt. Alles findet mehr seinen Platz. Erstaunlich ist die Koinzidenz der „gefühlte Lähmung“ bei der Hospizbegleiterin, die „körperliche Lähmung“ beim Begleiteten, die (so erlebte) „lähmende Erstarrung“ in Normen bei der Begleitungs-Institution, die „Lähmung der vitalen Kräfte“ der Supervisionsgruppe selbst während der Bearbeitung (alle haben sich schwer gefühlt und es war zäh und langwierig, bis die Wende kam, das Zulassen von allen, was da ist, insbesondere der Wut) und die „Lähmung der Ideen“ beim Supervisor zu manchen Zeiten während der Bearbeitung. Jedoch meine Zähigkeit im „Dranbleiben“ wirkt hier auch oft hilfreich. Das Wichtigste im beschriebenen Fall ist die unvoreingenommene Ergebnisoffenheit der Supervision bei der Begleitung des Falles, während der Begleitung selbst. Nur durch diese Offenheit konnte sich manches lösen und Selbstverantwortungs-Übernahme und Selbstvertrauen wachsen.

e) Praxisbegleitung:

Praxisbegleitung hat einen stärker normierenden und unterrichtenden Charakter. Nur so ist ein gemeinsamer Rahmen (Ethik, Normen) gewährleistet. Sie steht damit in Ergänzung zur Supervision, nicht in Gegenüberstellung. Supervision ohne Grundnormen-gebende Instanzen ist auch nicht denkbar.

f) Reflexion

Die Problematik der „Loyalität“ einem Auftraggeber gegenüber habe ich ja schon oben ausführlich beschrieben. In der Benennung der Eingangsfrage schien es so, dass bei der Supervisandin insbesondere ein Institutionskonflikt grundlegend am wirken sein könnte. Die „innere Anteile“ wurden auch benannt, standen zuerst aber nicht im Vordergrund. Während der Bearbeitung zeigte sich hingegen, dass der Konflikt eher doch auf der inneren Ebene lag: „Was darf ich ethisch wollen? Was darf ich zulassen? Wo liegen meine Prinzipien?“. In der Lösung dieses Konfliktes löste sich im Nebenbei die Bedrängung, die von Außen (Hospizoberer) so wahrgenommen wurde. Es besteht die Vermutung, dass hier innere Konflikte ins Außen projiziert/verschoben wurden, wie ich dies auch bei Teams im Konflikt mit Ihrer Leitung erlebe (Gefühl der eigenen Selbst-Nicht-Anerkennung des Berufs, des Könnens, bestimmter Fertigkeiten und Konflikt mit Leitungspersonal, die offensichtlich/scheinbar die Berufstätigkeit des Supervisanden nicht anerkennen).

Diese Vermutung korrespondiert mit den Beobachtungen der „Lähmungserscheinungen/ Spiegelphänomene“, die ich oben beschrieben habe. Auch die Gruppe und der Supervisor füllen den vorgetragenen Fall mit Gefühlen und Emotionen auf, die nachher sich wieder auflösten, als wären sie nie dagewesen. Buer schreibt dazu (Buer 1999: 282): *„Ganz allgemein versteht man unter Spiegelphänomenen in der Supervision, die Wiederholung von Mustern, Stimmungen, Prozessen in der supervisorischen Situation, die auch in der Arbeit der SupervisandInnen auftreten Durch das Gewahrsein dieser Phänomene im Hier-und-Jetzt können Hypothesen über unangemessene Fixierungen der SupervisandInnen im aktuellen Prozess wie in ihrer Arbeitswelt gewonnen werden.“*

Ein Zweites ist wesentlich bei der Betrachtung des Falles von Frau S.: Die Frage der Ethik und der potentielle ethische Konflikt, in dem sie sich befindet, sowohl in der Begegnung zwischen ihr und dem Patienten, als auch in der Einbettung ihrer Arbeit in jene Gesamthethik der Hospiz-Institution. Fehlschlüsse in Ethikfragen könnten bei Frau S. (und beim Supervisor) einem Loyalitätskonflikt auslösen. *„Da diese Fehlschlüsse gerade auch in professionellen Diskursen weit verbreitet sind, müssen SupervisorInnen diese offenlegen, da fachliches Handeln nicht auf Fehlschlüssen beruhen darf.“* (Buer 1999: 198, im Bezug auf ethische Fehlschlüsse)

Frau S. fragte sich, ob sie denn Verständnis für den Selbstmordwunsch ihres Begleiteten haben oder zeigen dürfe, oder ob sie linientreu die Ethik der Hospizorganisation vertreten müsse, die jene Form der Selbsttötung/Sterbehilfe ablehnt.

Nach Buer (1999, 198) würde dieser gedanklichen Annahme ein ethischer Fehlschluss von der Art eines „psychologischen Reduktionismus“ zugrunde liegen. Es ist nämlich nicht richtig, dass es gilt: *„Eine Handlung verstehen heißt, sie zu rechtfertigen“*. Doch genau in diesem Dilemma befand sich Frau S. Eigentlich gilt: Verstehen, und zeigen, dass man versteht, das ist das Gebot der Hospizbegleitung. Doch darf sie Verständnis zeigen, wo es um den Selbst-Tötungswunsch ging, somit um „Unethisches“ gemäß des Hospizidee? Eine Haltung des „Verstehens des Selbst-Tötungswunsches“ ist aber nicht darauf zu reduzieren, dass man damit automatisch die Selbsttötungsabsicht gutheißt und solche Handlungen rechtfertigt.

Fazit: Praxisbegleitung und Supervision sind nach meiner Erfahrung dringend parallel als unverzichtbare Elemente der Unterstützung von Ehrenamtlichen in der ambulanten Hospizarbeit anzubieten. Praxisbegleitung optimiert den äußeren Rahmen, ist offen für Feedback, stärkt das Gruppengeschehen, lehrt und – im

Ernstfall – kontrolliert/entscheidet. Supervision klärt, bestärkt, hilft bei Rollenfindung, Selbstentwicklung, Kompetenzsteigerung, bleibt verschwiegen und klientenzentriert.

4. Reflexion der eigenen Berufsrolle

(ist nur in der Langversion vorhanden)

5. Zusammenfassendes zu Supervision und Praxisbegleitung in der (ambulanten) Hospizarbeit

5.1. Kurze Beschreibung der Problemstellung

Die Hospizbewegung in Deutschland begann als Bürgerbewegung in den 80er Jahren. Erst die 90er Jahre brachten eine Professionalisierung und Ausweitung der Bewegung im stationären Bereich mit sich. Der Bereich der ambulanten Hospizarbeit professionalisiert sich sogar erst jetzt. Professionalisierung bedeutet für den ambulanten Bereich: Die weiterhin ehrenamtlich tätigen HospizbegleiterInnen werden zunehmend durch qualifizierte Hauptamtliche und Honorarkräfte nach festgelegten Standards aus- und weitergebildet und während ihres rein ehrenamtlichen Dienstes koordiniert und unterstützt. Diese Unterstützung findet (u. a.) statt durch Praxisbegleitung und/oder Supervision. Die Neufassung von § 39a SGB V macht es auch für weniger finanzkräftige Hospizträger möglich, ihren Ehrenamtlichen in Zukunft Praxisbegleitung und Supervision mit hohem Qualitätsniveau durch (hauptamtliche) Praxisbegleiter-/Kordinator-/Innen und (freiberuflich tätige) Supervisoren anzubieten. Praxisbegleitung/Supervision ist als Qualitätsanforderung nun auch für sich qualifizierende ambulante Hospizdienste festgeschrieben.

5.2. Definitionen, Leistungsspektrum, Formen

Praxisbegleitung für Ehrenamtliche im ambulanten Hospizbereich ist gemäß Sichtung der Literatur und eigener Erfahrung:

- Kontinuierliche Unterstützung der praktischen Begleitungstätigkeit
- Erfahrungsverarbeitung, umfassende Fallbesprechung, Hilfestellung
- auch unterrichtend, lehrend, schulend, Expertenwissen einbeziehend
- auch qualitätsüberprüfend, Kontrollfunktion innehabend, evaluierend
- Verbindungsort der Praxisevaluation und der Konzeptweiterentwicklung
- Gruppe als Experten-Pool nutzend und stärkend

Supervision im gleichen Kontext hingegen ist:

- Lernform zur Steigerung der ehrenamtlichen Kompetenz
- ausgewählte Fallverarbeitungen bei aufkommenden Fragen/Problemen
- persönlich und fachlich schulend, jedoch nicht lehrend
- Unterstützung der eigenen Rollenentwicklung/-findung im Tätigkeitsfeld
- verschwiegen, Fehlerkorrektur durch Selbsterkenntnis, selbstbestimmt
- Gruppe als Vertrauensgemeinschaft und Erfahrungs-Pool nutzend

Beide sind unverzichtbar und unersetzbar für die ambulante Hospizarbeit.

Neben den stets notwendigen Einsatzgesprächen und Kriseninterventionen bilden die Praxisbegleitung und die Supervision zusammen die Unterstützungsmaßnahmen für die Ehrenamtlichen in ihrem Dienst. Das Ergebnis dieser Abschlussarbeit ist, dass Praxisbegleitung und Supervision parallel angeboten werden müssten.

Das parallele Angebot könnte in folgenden Zusammenhängen geschehen:

- monatliche Praxisbegleitung in der HospizbegleiterInnengruppe, zusätzlich: regelmäßige Supervision im Regel-/Bedarfsfall in der (Klein-)Gruppe
- monatliche Supervision in der HospizbegleiterInnengruppe und vierteljährliche Praxisbegleitung in der Gruppe, sowie Einzelpraxisbegleitung
- monatliche Praxisbegleitung (1/2 h); anschließende Supervision (1 ½ h).

5.3. Praxisbegleiter/Supervisor: zu fordernde Qualifizierungen, Auswahlkriterien
Praxisbegleitung kann und soll angeboten werden durch eine (Pflege-)Fachkraft. Sie sollte hauptamtlich (Teil- oder Vollzeit) vom Träger angestellt sein und zur Verfügung stehen und über Felderfahrung/Berufserfahrung und Ausbildung im Palliative Care Bereich verfügen. Näheres und auch die Ausnahmen regelt § 39 a Neufassung.

Supervision kann und soll angeboten werden durch eine Supervisions-Fachkraft. Sie sollte als Honorarkraft gewonnen werden. Qualitätsstandards sind dringend noch zu formulieren, da sich viele aus Interesse und Mitgefühl berufen fühlen hier ihre Mitarbeit anzubieten. Zumindest entweder eine DGSv Anerkennung oder eine langjährige Supervisions-Praxiserfahrung im Hospiz-/Palliativ-/Psychoonkologie Bereich halte ich von Nöten. Eine Palliative Care Ausbildung ist wünschenswert. Die eigene Beschäftigung mit „Tod und Sterben“ und Feldkompetenz im medizinischen oder gesprächsbegleitenden Sektor sind weitere Grundvoraussetzungen für eine qualitätsvolle Supervisionsleistung. Die Ehrenamtlichen bekommen für ihre ehrenamtliche Arbeit Supervision, letztere sollte aber nicht den Charakter der „Ehrenamtlichkeit“ haben, damit nicht die Qualität der Gesamtarbeit auf der Strecke bleibt. Hier liegt die Verantwortung gegenüber den Sterbenden und ihren Angehörigen zu hoch. Es macht viel Sinn, Verträge mit zeitlicher Befristung abzuschließen z. B. auf zwei Jahre mit maximal einmaliger Verlängerung. Bei längerem Festhalten an einem/einer SupervisorIn ist die Nähe zur Gruppe zu groß und die Gefahr der internen Gestaltung des Gesamtgeschehens der Hospizarbeit von der Supervision aus gegeben. Auch können „Gewöhnungsaspekte“ auftreten. Ausnahmen

bestätigen hier jedoch die Regel. Dies sei gesagt in Anerkennung der Leistung weniger mir bekannter Supervisorinnen. Der übliche Honorarsatz für ausgebildete SupervisorInnen im Hospizbereich sollte den Richtwert für selbständig Tätige von 60 Euro (plus MWSt.) pro $\frac{3}{4}$ Stunde nicht unterschreiten. Marktüblich sind auch 80 Euro (plus MWSt.) pro $\frac{3}{4}$ Stunde. Bei der Kalkulation dieses Richtwertes spielen die Vielzahl der forderten Fachkenntnisse und Vorbildungen eine Rolle. Auch ist es allgemeine Beobachtung, dass rund um die Hospizsupervision es zu einem etwa dreimal häufigeren Telefonkontakt zwischen den einzelnen Supervisionen kommt, als bei Supervisionsaufträgen in anderen Bereichen z.B. Absprachen, Kurzberatungen von SupervisandInnen, Teilnahmeabklärungen. Es gibt hier einen Problembereich „Supervision und Kosten“ und „Erwartungen von oft ehrenamtlich tätigen Hospizträger-GründerInnen“ (s.o.).

Die Fachkraft, die die Praxisbegleitung anbietet, wird unter anderem die Gesamtheit aller Begleitungen abfragen und evaluieren und kann deshalb nicht gleichzeitig SupervisorIn für dieselbe Gruppe sein. Die Fachkraft, die die Supervision anbietet, wird unter anderem verschwiegen sein und keine Konzeptentwicklungen von sich aus initiieren und kann deshalb nicht gleichzeitig PraxisbegleiterIn/ KoordinatorIn für dieselbe Gruppe sein.

5.4. Ausblick

Die Supervision in der (ambulanten) Hospizarbeit sollte in erster Linie als Unterstützungsmaßnahme für alle Ehrenamtlichen stattfinden. Sie sollte sich aber auch – genauso wie alle anderen Dienstleistungen im zwischenmenschlichen Bereich – der stetigen Qualitätsüberprüfung, -verbesserung und –erforschung stellen.

So fordert M. Spohr (Spohr 1997, 122f.): „Alles verantwortliche Tun im Bereich der psychosozialen Versorgung bedarf einer entsprechenden Begleitforschung, solange die Kriterien der fortlaufenden Evaluation noch nicht verbindlich aufzustellen sind. Gegen die Tendenz, dass etwas „Schönes und Wertvolles“, wie es das Begleiten eines Menschen darstellt, der stirbt, nicht durch nüchterne psychologische Forschung erfassbar ist, gilt es insbesondere, den Umgang mit den BegleiterInnen mit diesen teils sehr belastenden Situationen und Konstellationen zu beforschen. Gleiches gilt für die Effektivität der Ausbildungs- und Begleitungsprogramme, die u. a. zum Ziel haben, ein „burn-out“ zu verhindern.“ Und auch unter den Supervisoren im Hospizbereich (inklusive Palliativmedizin/ Psychoonkologie) könnte es mehr Austausch geben, z. B. im Kontakt mit dem Dachverband „Deutsche Gesellschaft für Supervision“ (DGSv) und der dortigen Untergruppe „Psychoonkologie und Supervision“ initiiert vom kürzlich verstorbenen N. Hubrich.

Anhang

- Definitionen und Qualitätskriterien ambulanter Hospizarbeit der BAG- und LAG- Hospiz A3
- Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung - § 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) A5
- Brief von Gerda Graf, Vorsitzende BAG Hospiz, zum Gesetz zur Förderung ambulanter Hospizarbeit an die Hospizgruppen A6
- Förderung ambulanter Hospizarbeit (BAG Hospiz) mit Antragsformular und Hinweisen A8
- Rahmenvereinbarung mit Krankenkassen (Auszüge) A11

Literaturangaben: Die hier abgedruckten Dokumente sind schwer zugänglich und werden wegen der häufigen Zitierung in der Abschlussarbeit dieser beigegeben. Die Texte sind entnommen aus <http://www.hospiz.net>. Copyright und Veröffentlichung geschieht durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz in verschiedenen laufenden Veröffentlichungen. In der bestehenden, kompakten Form sind die Texte nur auf der Homepage einsehbar.

Der Original-Gesetzestext ist veröffentlicht im Bundesanzeiger und unter <http://dip.bundestag.de/btd/14/074/1407473.dpf> - Seite 13/14 - Bundestagsdrucksache 14/7473 und 14/6949 und 14/7154 sowie Bundesratsdrucksache 941/01. Datum der endgültigen Annahme war am 30.11.2001 im Bundesrat.

Definitionen und Qualitätskriterien ambulanter Hospizarbeit der BAG- und LAG Hospiz

Gemeinsam mit den Landesarbeitsgemeinschaften und in enger Kooperation mit der DGP und dem MHD hat die BAG Hospiz Definitionen und Qualitätskriterien erarbeitet, die eine adäquate ambulante Versorgung und Begleitung Sterbenskranker gewährleistet; verbunden damit ist auch der Aufbau eines Netzwerkes im Sinne der Hospizidee. Die Begleitung und Versorgung gilt entsprechend dem Personenkreis der Rahmenvereinbarung § 39 a SGB V. Die vor Ihnen liegenden Definitionen bauen in der Form aufeinander auf, dass die Kriterien und Aufgaben z.B. der ambulanten Hospizinitiative selbstverständlich in den Aufgaben und Kriterien des Ambulanten Hospizdienstes bereits enthalten sind und daher nicht mehr gesondert aufgeführt werden müssen.

1. Definition: ambulante Hospizinitiative und Hospizgruppe

• **Aufgaben:**

- Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit

und/oder psycho-soziale Begleitung durch geschulte ehrenamtliche HospizhelferInnen

und/oder Trauerbegleitung

2. Definition: ambulanter Hospizdienst (AHD)

• **Aufgaben (zusätzlich zu 1):**

- Psycho-soziale Beratung

Sterbebegleitung, Trauerbegleitung, Angehörigenbegleitung

Durchführung, bzw. Vermittlung von HospizhelferInnenschulung

Öffentlichkeitsarbeit

• **Strukturqualität**

- Qualifizierte Mitarbeiter (mind. 10 geschulte, einsatzbereite Ehrenamtliche; mind. 0,5 hauptamtliche, fachlich qualifizierte Koordinatoren)

Hospizbüro

Erreichbarkeit zu festen Bürozeiten

• **Prozessqualität**

- Geeignetes Dokumentationssystem inkl. Beteiligung an der standardisierten Dokumentation der BAG-Hospiz

Interne und externe Qualitätssicherung (Hospizhelferbegleitung, Supervision, Fortbildung)

• **Ergebnisqualität**

- Evaluation im Rahmen der standardisierten BAG-Dokumentation

3. Definition: ambulanter Hospiz- und Palliativ- Beratungsdienst (AHPB)

- **Aufgaben (zusätzlich zu 1 und 2):**
 - Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen in Abstimmung mit behandelnden ÄrztInnen und beteiligten Pflegediensten
 - Vermittlung weitergehender Hilfen
- **Strukturqualität**
 - Fachlich qualifizierte psycho-soziale Beratung
 - Mindestens 0,5 hauptamtliche Palliativ-Care-Pflegefachkräfte
- **Prozessqualität**
 - Beratungsplanung
 - Geeignetes Dokumentationssystem (inkl. Beteiligung der standardisierten AHD-Dokumentation der BAG-Hospiz)
 - Interne und externe Qualitätssicherung (regelmäßige Fort- und Weiterbildung in palliativer Pflege sowie angemessene Praxisbegleitung und Supervision)
 - Aufbau und Beteiligung am Netzwerk Hospiz
- **Ergebnisqualität**
 - Einsatz von Instrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung (z.B. Symptome, Lebensqualität, Zufriedenheit)
 - Evaluation im Rahmen der standardisierten BAG-Dokumentation

4. Ambulanter Hospiz- und Palliativ- Pflegedienst (AHPP)

- **Aufgaben (zusätzlich zu 1, 2 und 3):**
 - palliativ-pflegerische Versorgung in enger Abstimmung mit behandelnden Ärzten
 - Grundpflege bei Bedarf
 - Gegebenenfalls Anleitung von Angehörigen bei palliativ-pflegerischen Maßnahmen
- **Strukturqualität**
 - Qualifiziertes Personal (mindestens 3 hauptamtliche Palliative-Care Pflegefachkräfte)
 - 24 Stunden Einsatzbereitschaft
 - instrumentelle Ausstattung (in Anlehnung an §37 und § 39 a SGB V)
 - Anbindung eines palliativ-medizinischen Konsiliardienstes
- **Prozessqualität**
 - Beratungs- bzw. Pflegeplanung
 - Geeignetes Dokumentationssystem (inkl. Beteiligung der standardisierten Dokumentation der BAG-Hospiz)
 - Interne und externe Qualitätssicherung (regelmäßige Fort- und Weiterbildung in palliativer Pflege sowie angemessene Praxisbegleitung und Supervision)
- **Ergebnisqualität**
 - Einsatz von Instrumenten zur Selbst- und Fremdeinschätzung (z.B. Symptome, Lebensqualität, Zufriedenheit)
 - Evaluation im Rahmen der standardisierten BAG-Dokumentation

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

- Gesetzliche Krankenversicherung -

§ 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch..., wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Stationäre und ambulante Hospizleistungen“

b) Der bisherige Text wird Absatz 1.

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie

2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativpflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 Euro umfassen und jährlich um 0,05 Euro bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 ansteigen; dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit.“

Begründung:

11. Zu dem neu eingefügten Artikel 2:

Mit dieser Vorschrift wird eine Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen eingeführt. Damit werden die Behandlungs- und Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im häuslichen Bereich, die in erster Linie in vertragsärztlicher Behandlung und in häuslicher Krankenpflege bestehen, um einen nichtmedizinischen Aspekt ergänzt. Auch im Hospizbereich wird dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ durch diese Neuregelung Rechnung getragen. Durch Satz 1 wird der Personenkreis der betroffenen Versicherten abgegrenzt, weder Krankenhausbehandlung noch Aufnahme in ein stationäres Hospiz darf notwendig sein. Durch die weiteren qualitativen Anforderungen wird der Kreis der förderungsberechtigten Hospizdienste näher bestimmt. Die Hospizbewegung wird damit in die Lage versetzt, den Einsatz und die Leistungen qualifizierter ehrenamtlich Tätiger auf einer gesicherten finanziellen Grundlage durch den Einsatz fachlich geschulter Kräfte zu koordinieren. Hierbei handelt es sich um Krankenschwestern und Krankenpfleger oder andere fachlich qualifizierte Personen, wie z.B. ausgebildete Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, mit einem Berufsabschluss und entsprechender Erfahrung und Weiterbildung. Im Übrigen ist es erforderlich, dass der ambulante Hospizdienst mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet. Die Bestimmung der näheren Einzelheiten des Leistungsgeschehens und der Fördervoraussetzungen ist Sache der Spitzenorganisationen der beteiligten Verbände. Den Krankenkassen und den Verbänden der Krankenkassen sowie den Hospizorganisationen auf Landesebene ist es unbenommen, neben gemeinsamen und einheitlichen Regelungen auf Bundesebene auch Vereinbarungen über die Art und Weise der Förderung auf Landesebene zu treffen.

Informationen
für die Hospizgruppen

Niederzier, 30.11.2001

Gesetz zur Förderung ambulanter Hospizarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Mitglieder ambulanter Hospizeinrichtungen,

nach mehrjährigen und durchaus kontrovers geführten Verhandlungen hat heute der Bundesrat einem vom Bundestag beschlossenen Gesetz zugestimmt, welches den gesetzlichen Krankenkassen die Förderung ambulanter Hospizarbeit als Aufgabe zuweist. Hierzu wurde der bisherige § 39 a im Sozialgesetzbuch V, der sich bislang nur mit stationärer Hospizarbeit befasste, ergänzt. Den Text finden Sie als Anlage beigefügt. Damit wird erstmals eine verlässliche finanzielle Grundlage für ambulante Hospizarbeit geschaffen, indem die Qualifizierung der Ehrenamtlichen finanziell unterstützt wird, wenn der Hospizdienst bestimmte Leistungen für den Sterbenskranken – eventuell auch in Kooperation – nachweist. Allein diese Tatsache ist ein schöner Erfolg für die Hospizbewegung in Deutschland. Und dies vor allem für die vielen örtlichen Vereine, die Landesarbeitsgemeinschaften und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz.

Wie Sie dem Text entnehmen können, ist die Erbringung palliativpflegerischer Beratung als Aufgabe eines ambulanten Hospizdienstes erfasst. Zu diesem Haupt-Diskussionspunkt möchten wir nochmals ausführlich Stellung beziehen. Dies erscheint uns insbesondere deswegen geboten, um der immer wieder gehörten Behauptung entgegenzutreten, das ehrenamtliche Engagement wäre durch diese Regelung in Gefahr.

Nach *dem* Verständnis von hospizlicher Arbeit ist das Gegenteil der Fall.

Vom Grundanliegen her ging es uns immer um die Schaffung einer verlässlichen finanziellen Basis zur Sicherstellung ehrenamtlicher Arbeit im Rahmen der Sterbebegleitung und dies über die Bezuschussung von Personalkosten für eine Koordinatorenkraft, welche ab einer gewissen Vereinsgröße für die Gewinnung, Schulung, Einsatzleitung und Supervision notwendig ist, um qualifizierte ehrenamtliche Arbeit erbringen zu können.

Hospizarbeit beschränkt sich jedoch nicht auf den Aspekt der psychosozialen Begleitung durch Ehrenamtliche, sondern umfasst genauso das Feld der palliativen Pflege und Medizin sowie der spirituellen Begleitung. Ohne ein Ineinandergreifen und Hand-in-Hand-Gehen dieser Bereiche bleibt Hospizarbeit Stückwerk.

Diese komplexe Auffassung von Hospizarbeit entspricht den Wurzeln der Hospizidee. Dies vertreten nicht nur die Hospizdienste vor Ort, sondern auch die Vertreter der Krankenkassen und auch politische Entscheidungsträger wie das Bundesgesundheitsministerium und die Regierungsfractionen im Bundestag.

Die Richtigkeit der Auffassung zeigt uns die daraus resultierende Lebensqualität für den Sterbenskranken. In seinem Sinne dürfen wir uns nicht die Frage stellen, was wir leisten wollen (beispielsweise „nur“ psychosoziale Begleitung - in dieser Formulierung soll ausdrücklich keine Wertung liegen, sondern die Darstellung einer Situation!), sondern was für den Sterbenskranken notwendig ist. Die Schmerzbekämpfung durch richtige medizinische Einstellung und Pflege ist ein Hauptanliegen Sterbenskranker und insofern notwendig. Hier muss der ambulante Hospizdienst, der ganzheitlich arbeiten will, ein Angebot machen können. Hier setzt die palliative Beratung an.

Das heißt nicht, dass jeder ehrenamtlich arbeitende Hospizverein gezwungen wäre, palliative Beratung anzubieten, natürlich kann er sich auf psychosoziale Begleitung konzentrieren. Im Sinne des Aufbaus eines hospizlichen Netzwerkes wäre es aber wünschenswert, wenn möglichst viele Gruppen die gesetzliche Förderungsmöglichkeit als Anreiz nehmen, ihr Angebot auszuweiten.

Durch die Erbringung palliativer Beratungsleistungen wird in letzter Konsequenz aber auch verhindert, dass der Ehrenamtliche als Lückenbüßer missbraucht werden kann, denn die Qualität seines örtlichen Hospizvereins gewährt ihm qualitatives Handeln für den Sterbenskranken.

Dem vorliegenden Gesetzentwurf liegt die Vorstellung zugrunde, dass der einzelne Ehrenamtliche in einem Netzwerk tätig sein soll, in dem er sich auf seine Aufgabe, für die er angetreten ist, konzentrieren kann: die psychosoziale Begleitung sterbender Menschen - dies fachlich unterstützt durch eine Koordinatorenkraft.

In pflegerisch/medizinisch schwierigen Situationen wird er nicht zum "hilflosen Helfer", sondern kann auf die Hilfe einer Fachkraft mit Weiterbildung in palliativer Pflege/Medizin zurückgreifen. So kann er auch pflegerische Maßnahmen mit gutem Gewissen den ambulanten Pflegediensten, die in ihrer Arbeit ebenfalls von der Palliative-Care-Fachkraft Unterstützung erhalten können, überlassen. Das Gesetz gewährleistet damit, dass ehrenamtliche Sterbebegleitung nicht zu ehrenamtlicher Pflegeleistung verkommt und schafft die Voraussetzungen dafür, dass ehrenamtlich tätige Menschen qualifiziert arbeiten können.

Die Unterscheidung zwischen der Palliativpflege und der palliativpflegerischen Beratung ist hilfreich, denn mit dieser Unterscheidung wird deutlich, dass nicht der Hospizdienst die Pflege erbringt, sondern dass dies Aufgabe des Pflegedienstes ist. Positiv formuliert bedeutet dies: es muss auch Palliativpflege unabhängig vom Hospizdienst erbracht (und damit auch) finanziert werden. Dies ist aber - wie bereits dargelegt - nicht die Aufgabe des Hospizdienstes; dieser kann somit auch nicht - wie das manche befürchten - als ehrenamtlicher "Pflegedienst" missbraucht werden. Hier gewährt das Gesetz Qualität und stärkt die Position der Ehrenamtlichen.

Unsere gemeinsame Aufgabe wird darin liegen, in der Rahmenvereinbarung die konkreten Regelungen zu formulieren, die auch die derzeitige Struktur und Arbeit der Hospizdienste berücksichtigt. Ziel - auch der Krankenkassen - ist es doch, durch die ambulante Hospizarbeit stationäre Aufenthalte, da wo es gewünscht wird, überflüssig zu machen. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen ein großes Interesse daran haben, den Aufbau dieser ambulanten Hospizangebote zu fördern. Das Geld hierfür müssen sie der Hospizarbeit zur Verfügung stellen. So kann dann auch die von uns allen gewünschte Infrastruktur für den Sterbenskranken geschaffen werden.

Analog des vor vier Jahren implementierten § 39 a SGB V gilt es jetzt, Rahmenvereinbarungen zu entwickeln, die unserem Hospizgedanken Rechnung tragen.

Mit freundlichen Grüßen und
verbunden mit den besten Wünschen
für Ihre Arbeit vor Ort

Gerda Graf
Vorsitzende

Förderung ambulanter Hospizarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stellen wir für unseren ambulanten Hospizdienst einen Förderantrag nach § 39 a Abs. 2 SGB V.

I. Angaben zu den Fördervoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V

AHD besteht seit:

Zahl der qualifizierten, einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen:

Kooperierender Pflegedienst:

Kooperierender Arzt:

Maßnahmen zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit:

Wir versichern, dass wir

- bereits Sterbebegleitungen in Haushalt oder Familie geleistet haben (siehe auch III.);
- die kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision unserer Ehrenamtlichen gewährleisten;
- Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegen und diese durchführen;
- eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation beim Sterbenskranken führen.

II. Angaben zur verantwortlichen Kraft

Wir beschäftigen eine fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft, die palliativpflegerische Beratung erbringt und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet:

Name:

Beschäftigungsumfang (volle Stelle, halbe Stelle, etc.):

Es handelt sich um eine

Pflegefachkraft Andere Person (Bitte ankreuzen)

Berufsbezeichnung / Hochschulausbildung:

Hauptberufliche Tätigkeit (mind.3 Jahre):

Pall-Care-Weiterbildung oder entspr. berufl. Tätigkeit:

Koordinatorenseminar (40 Stunden) oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit:

Seminar Führungskompetenz (80 Stunden)

Folgende Voraussetzungen erfüllt die verantwortliche Kraft noch nicht, diese werden aber bis spätestens 31.12.2005 nachgewiesen:

III. Angaben zur Berechnung der Fördersumme

Anzahl der am 31.12. des Vorjahres
einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen:

Anzahl der im Vorjahr abgeschlossenen
Sterbebegleitungen in Haushalt oder Familie:

IV. Angaben zu den Personalkosten i.S.d. § 6 Abs. 1 Rahmenvereinbarung

Personalkosten:

Externe Schulungskosten:

Gesamtkosten:

V. Sonstige Angaben

Wir bitten um Überweisung des Förderbetrages auf folgendes Konto:

Kontoinhaber:

Bankinstitut:

BLZ:

Konto-Nr.:

Mit freundlichen Grüßen

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.

Am Weiherhof 23, 52382 Niederzier

Tel: 02428 / 80 29 37, Fax: 02428 / 80 28 92,

E-Mail: bag.hospiz@hospiz.net, Internet: www.hospiz.net

Übersichtsblatt zur Antragstellung

I. Fördervoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V

Förderberechtigt sind ambulante Hospizdienste (AHD), die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- AHD besteht seit mind. einem Jahr vor Antragstellung
- AHD hat bereits Sterbebegleitungen in Haushalt oder Familie geleistet
- AHD arbeitet mit einem zugelassenen palliativ-pflegerisch erfahrenen Pflegedienst zusammen
- AHD arbeitet mit einem approbierten palliativ-medizinisch erfahrenen Arzt zusammen
- AHD verfügt über mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite ehrenamtliche Personen
- AHD gewährleistet die kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen
- AHD stellt ständige Erreichbarkeit sicher
- AHD legt Maßnahmen zur Sicherung der Qualität fest und führt diese durch
- AHD führt eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation beim Sterbenskranken
- AHD beschäftigt eine fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft, die palliativpflegerische Beratung erbringt und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet

Fachlich verantwortliche Kraft eines AHD kann eine Pflegefachkraft oder eine andere Person sein. Dabei müssen folgende personelle Voraussetzungen erfüllt werden, wobei fehlende Voraussetzungen bis zum 31.12.2005 nachgewiesen werden können:

Pflegefachkraft:

- Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 5 Abs. 1 a der RV
- Mindestens 3 Jahre hauptberufliche Tätigkeit im erlernten Beruf
- Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegenden oder eine dreijährige Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder bei einem Palliativpflegedienst
- Nachweis eines Koordinatoren-Seminars (40 Stunden) oder eine dreijährige Tätigkeit als Koordinator eines AHD unter regelmäßiger Supervision
- Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden)

Andere Person:

- Abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung der Bereiche Pflege, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit (andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildung können im Einzelfall anerkannt werden)
- Mindestens 3 Jahre hauptberufliche Tätigkeit im erlernten Berufsfeld
- Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme für Nicht-Pflegende
- Nachweis eines Koordinatoren-Seminars (40 Stunden) oder eine dreijährige Tätigkeit als Koordinator eines AHD unter regelmäßiger Supervision
- Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden)

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Fachkraft im Rahmen von Kooperationen zwar für mehrere ambulante Hospizdienste zuständig sein kann, dabei aber für nicht mehr als insgesamt 50 einsatzbereite Ehrenamtliche tätig sein darf.

*Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs.2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen
der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und
Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002
(zitiert in Auszügen)*

Präambel

Mit der Förderung leisten die Krankenkassen einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten des ambulanten Hospizdienstes für die palliativpflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen.

§ 2 Grundsätze der Förderung

(2) Ambulante Hospizdienste müssen

- Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sein; sie arbeiten im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen,*
- seit einem Jahr bestehen und Sterbebegleitungen geleistet haben,*
- unter ständiger fachlicher Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft stehen,*
- unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einem approbierten Arzt ... zusammenarbeiten, die über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen,*
- mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite ehrenamtliche Personen einsetzen können,*
- eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen gewährleisten.*

§ 3 Inhalt und Umfang ambulanter Hospizarbeit

(3) Der Fachkraft obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- Koordination der Aktivitäten des ambulanten Hospizdienstes (Patientenerstbesuch, Einsatzplanung/Einsatzsteuerung ehrenamtlich tätiger Personen)*
- Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter*
- Herstellung des Kontaktes zwischen den sterbenden Menschen und ehrenamtlich tätigen Personen*
- Begleitung der Mitarbeiter (Praxisbegleitung zur Unterstützung/Supervision ehrenamtlich tätiger Personen)*

- Gewährleistung der Schulung/Qualifizierung ehrenamtlich tätiger Personen
- Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit des Hospizdienstes, z. B. durch Organisation eines Notdienstes, an dem auch erfahrene ehrenamtliche Mitarbeiter teilnehmen.

§ 6 Inhalt, Dauer und Verfahren der Förderung

(1) Gefördert werden ambulante Hospizdienste, die die in dieser Rahmenvereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllen. Die Förderung erfolgt als Zuschuss zu den Personalkosten der Fachkraft

a) für die palliativ-pflegerische Beratung
sowie

b) für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen.

Wird die Schulung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) der ehrenamtlichen Personen nicht durch die Fachkraft des ambulanten Hospizdienstes sondern durch eine entsprechend qualifizierte externe Kraft erbracht, können die dafür dem ambulanten Hospizdienst entstehenden Kosten ebenfalls gefördert werden.

(2) Der Förderbetrag wird auf Grundlage von Leistungseinheiten ermittelt. Die Leistungseinheiten des einzelnen ambulanten Hospizdienstes errechnen sich, indem die Anzahl der am 31.12. des Vorjahres einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen mit dem Faktor 2 und die Anzahl der im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen mit dem Faktor 3 multipliziert und anschließend addiert werden. Zur Ermittlung des Förderbetrages je Leistungseinheit ist das Gesamtfördervolumen des Bundeslandes durch die Summe der Leistungseinheiten der zu fördernden ambulanten Hospizdienste des Bundeslandes zu dividieren. Der Förderbetrag ist auf die in Abs. 1 genannten Personalkosten begrenzt.“