

**Ehrenamtliche im Krankenhaus –
eine Chance für
Patientinnen und Patienten?
– Dokumentation –**

21. WORKSHOP-MEDIZINETHIK

Ehrenamtliche im Krankenhaus – eine Chance für Patientinnen und Patienten?

Dokumentation vom 5. November 2005
in der Französischen Friedrichstadtkirche

Inhalt

Anstelle eines Vorwortes	7
Szenisches Anspiel	9
<i>Professor Dr. Christina Köhlen, Berlin</i>	
Was wünschen Pflegende von Ehrenamtlichen?	13
<i>Martin Marquard, Berlin</i>	
Was wünschen Patienten von Ehrenamtlichen?	22
<i>Professor Dr. Elke Jäger, Frankfurt a.M.</i>	
Was wünschen Ärzte von Ehrenamtlichen?	29
<i>Sigrun Groth, Berlin</i>	
Was wünschen Ehrenamtliche von Professionellen?	33
<i>Sr. M. Chiara Lipinski, Berlin</i>	
Ausbildung im Hospizdienst	36
<i>Dr. Tanja Hitzblech, Berlin</i>	
Reicht der gute Wille? Perspektiven für das Ehrenamt im Krankenhaus	44
<i>Professor Dr. Ralf Hoburg, Hannover</i>	
Ehrenamt als Ausdruck christlicher Nächstenliebe?	58
Bisherige Veröffentlichungen	70
Vorbereitung	71

Anstelle eines Vorwortes

Thema des heutigen Workshops Medizinethik sind die Ehrenamtlichen im Krankenhaus.

Ehrenamtliches Engagement liegt offensichtlich hoch im Trend – „Deutschland einig Helferland“ titelte jüngst die TAZ anlässlich erster Zahlen aus dem neuesten Freiwilligensurvey des Bundesfamilienministeriums.

Hieraus geht hervor, dass sich 36 % der Deutschen ehrenamtlich engagieren, Ostdeutsche, Rentnerinnen und Rentner an der Spitze.

Bevorzugter Tummelplatz der Freiwilligen ist der Sport, gefolgt von Schule, Kindergarten und Kirche. Männer engagieren sich – wer hätte es gedacht – gerne in Politik, beim Sport, in der freiwilligen Feuerwehr und dem Rettungsdienst, Frauen vergleichsweise häufig im sozialen Bereich.

Der Gesundheitsbereich als Focus unseres Interesses liegt bei der Beliebtheit für soziales Engagement im mittleren Bereich, hier engagieren sich dreimal mehr Frauen als Männer.

Trotz der recht rosigen Zahlen zum ehrenamtlichen Engagement insgesamt ist immer wieder von einer so genannten „Krise des Ehrenamts“ die Rede – andere sprechen von einem Ehrenamt neuen Typs.

Als ein Grund wird der *Strukturwandel* des ehrenamtlichen Engagements genannt.

Betont wird vor allem, dass das freiwillige Tun heute stärker als früher mit den jeweiligen Lebensphasen wechselt – gestern Pfadfinderin, heute Juso, morgen KITASprecherin und übermorgen grüne Dame. Mit dem häufigeren Wechsel ehrenamtlicher Tätigkeit einher geht eine Verschiebung in den Motiven für ehrenamtliches Engagement von einer eher altruistischen Orientierung hin zu stärker selbstbezogenen Motiven wie Selbstverwirklichung und Spaß.

Als zweiter (und möglicherweise) entscheidender Grund für die so genannte „Krise des Ehrenamts“ werden veränderte Rahmenbedingungen für die Tätigkeit Ehrenamtlicher insbesondere im sozialen Bereich genannt.

Im Krankenhaus wie in anderen Bereichen des Gesundheitssystems lassen sich diese mit den Begriffen *Ökonomisierung und Professionalisierung* beschreiben.

Mit zunehmendem Wettbewerbsdruck der Krankenhäuser müssen Patienten in kürzerer Zeit, mit weniger Personal und gleichzeitig wachsendem Anspruch an Effizienz und Qualität behandelt werden.

Der Professionalisierungsprozess gesundheitlicher und sozialer Arbeit hat sich bis auf das Ehrenamt selbst ausgedehnt: War es früher üblich, dass sich Ehrenamtliche mit dem, was sie in ihrer jeweiligen Person mitbrachten, an das

Bett des Kranken setzten, werden sie heute geschult und gehören einer Supervisionsgruppe an.

Im Mittelpunkt unseres Workshops soll nun die Frage stehen, wie ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus (auch) unter den kurz skizzierten veränderten Strukturen und Rahmenbedingungen möglichst gut gelingen kann.

Ein großes Anliegen ist es uns, dass verschiedene Berufsgruppen aus dem Krankenhaus und Ehrenamtliche selbst zu Wort kommen, und dass wir auch aus der Perspektive von Patienten hören, was sich diese denn eigentlich von Ehrenamtlichen wünschen.

In den Vorträgen und Diskussionen möchten wir ein besonderes Augenmerk auf die Frage richten, was den Kern ehrenamtlicher Tätigkeit ausmacht. Im Einladungstext verweisen wir mit dem Zitat aus dem Matthäus-Evangelium „Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht“ auf das Wesen christlicher Nächstenliebe. Sicherlich erwartet uns eine spannende Diskussion, wie sich theologische Vorstellungen zur Tätigkeit Ehrenamtlicher zu den Bedingungen, unter denen Ehrenamtliche im Krankenhaus ihren Dienst tun, verhalten.

Simone Ehm
Evangelische Akademie zu Berlin

Dr. Martin Knechtges
Katholische Akademie in Berlin

Dr. Jeanne Nicklas-Faust

Professor Dr. Thomas Poralla
St. Joseph-Krankenhaus

„Ehrenamtliche im Krankenhaus“ – eine Szene des Arbeitskreises **Ethische Anspielung am St. Joseph-Krankenhaus**

Frau Blum ist 85 Jahre alt und seit 12 Jahren verwitwet. Ihre vier Kinder leben nicht in Berlin. 15 Jahre war sie im Frauenhelferkreis ihrer Gemeinde als Ehrenamtliche tätig, vor einem Jahr wurde das jedoch zu beschwerlich für sie. Seit vier Tagen liegt Frau Blum im Krankenhaus, es wurde eine Herzschwäche festgestellt, die dringend behandelt werden muss. Da sich Frau Blum innerlich so unruhig fühlt, kommt seit gestern Frau Müller-Heise vom Ehrenamtlichen Besuchsdienst des Krankenhauses zu ihr.

Frau Blum: „Schön, wie Sie mir die Blumen gerichtet haben, das habe ich früher auch immer für meine Leute getan. Ich war 15 Jahre im Frauenhelferkreis, müssen Sie wissen. Wir haben uns ein Mal wöchentlich getroffen und besprochen, was noch zu tun ist. Es gab ja viele Gemeindeglieder die Hilfe brauchten und besucht werden mussten. Nun setzen Sie sich aber und erzählen mal, wie Sie Ehrenamtliche geworden sind.“

Müller-Heise: „Nun, das ist schnell erzählt. Bis vor drei Jahren war ich halbtags als Verkäuferin in der kleinen Drogerie Lamprecht beschäftigt, aber heute kaufen alle in den großen Drogeriemärkten ein – der Laden wurde geschlossen. Mein Mann verdient ausreichend, ich muss also nicht arbeiten, aber meine beiden Kinder sind aus dem Haus und ich wollte unbedingt etwas Sinnvolles tun. Eine Freundin erzählte mir von dem Besuchsdienst hier im Krankenhaus, das fand ich eine gute Idee und jetzt bin ich sehr häufig hier.“

Frau Blum: „Ja, das kann eine sehr schöne Arbeit sein, mir wäre sonst bestimmt die Decke auf den Kopf gefallen, als Erwin gestorben ist. Wissen Sie bis vor einem Jahr habe ich ja auch noch Geburtstagsbesuche bei alten Leuten unserer Gemeinde gemacht, aber auf einmal habe ich die Treppen nicht mehr geschafft und es wurde mir alles zu viel.“

Müller-Heise: „Das kann ich gut verstehen, in Ihrem Alter ist das ohnehin schon eine bewundernswerte Leistung. Wie wurden Sie denn auf Ihre Aufgabe vorbereitet, hatten Sie auch schon eine Schulung?“

Frau Blum: „Was denn für eine Schulung?“

Müller-Heise: „Ich habe hier im Krankenhaus an einem Lehrgang teilgenommen, das war sehr interessant, ein halbes Jahr wurden wir richtig vorbereitet.“

Einmal im Monat treffen wir uns zur Supervision. Heute - genau genommen in 20 Minuten - treffen wir uns.“

Frau Blum: „Also so ein Brimborium wurde bei uns nicht gemacht – wir haben mehr angepackt. Der Herr Pfarrer hat uns einmal im Jahr im Advent zum Kaffee eingeladen und sich bei uns bedankt.“

Müller-Heise: „Da ist wohl einiges anders geworden, Frau Blum, ich finde die Supervision sehr hilfreich und es ist immer interessant, was die anderen erlebt haben. Ich verpasse ungern ein Treffen, daher werde ich mich jetzt auf den Weg machen. Ich komme morgen Nachmittag um 17.00 Uhr wieder zu Ihnen.“

Frau Blum: „Aber können sie mir nicht noch einen Tee bringen, am liebsten einen Pfefferminztee, ich merke schon, dass das mit der Unruhe wieder losgeht. Ich bekomme auch ganz schwer Luft.“

Müller-Heise: „Ich werde der Krankenschwester Bescheid sagen. Möchten Sie, dass wir zum Abschluss wieder ein Gebet sprechen?“

Frau Blum: „Nein, nein, nun gehen Sie mal, wenn Sie weg müssen.“

Müller-Heise: „Für ein Gebet ist immer Zeit.“

Frau Blum: „Nein, nein, aber sagen Sie der Schwester, sie soll mir doch bald den Tee bringen, gestern habe ich eine halbe Stunde darauf warten müssen.“

Müller-Heise: „Gut, Frau Blum, dass will ich tun. Ich wünsche Ihnen eine gute Nacht, bis morgen um 17.00 Uhr.“

Frau Blum: „Ja bis morgen, auf Wiedersehen.“

Frau Müller-Heise verlässt das Zimmer und sucht die diensthabende Schwester.

Müller-Heise: „Ach, Schwester Susanne, gut dass ich Sie treffe. Ich war bei Frau Blum und bin auf dem Sprung...“

Schwester Susanne: „Schön, dass Sie da waren Frau Müller-Heise, Sie sind uns eine große Hilfe, hier ist heute wieder mal der Teufel los.“

Müller-Heise: „Das tue ich doch gern. Könnten sie bitte Frau Blum noch möglichst bald einen Pfefferminztee bringen? In 10 Minuten beginnt unsere Supervision.“

Schwester Susanne: „Wir beginnen in einer viertel Stunde unsere Abendrunde, dann bringe ich ihr den Tee.“

Müller-Heise: „Vielleicht können Sie doch vorher schon mal nach ihr schauen, Sie sagt, sie bekommt so schwer Luft. Warum hat sie eigentlich keinen Sauerstoff mehr, der hat ihr doch gestern so gut geholfen?“

Schwester Susanne: „Eigentlich war sie den Tag über ohne Beschwerden, ich werde gleich mal nach ihr sehen.“

Müller-Heise: „Gut ich gehe dann mal, unsere Supervisorin achtet sehr auf Pünktlichkeit.“

Schwester Susanne: „Vielen Dank noch einmal, Frau Müller-Heise.“

Müller-Heise: „Bis morgen, Schwester Susanne.“

Schwester Susanne: „Nein, morgen springe ich in den Nachtdienst ein, eine Kollegin ist krank geworden. Aber wir sehen uns bestimmt bald wieder.“

Müller-Heise: „Und bitte denken Sie an den Tee, ja?“

Frau Müller-Heise verlässt den Raum.

Schwester Susanne: „Na prima, sie geht zur Supervision und ich stehe hier mit einer Schülerin im 1. Semester und einer FSJ`lerin. Eine Patientin liegt im Sterben, einen haben wir gerade zur Intensivstation verlegt. Drei Patienten sitzen auf der Klingel. Irgendwann bekommen wir noch einen Zugang aus der Ersten Hilfe. Und dann hat heute noch Dr. Schulz Dienst! Wann bekommen wir mal Supervision?“

Es ist gut, dass es die Ehrenamtlichen gibt. Es ist gut für die Patienten und gut für uns, Frau Blum hätte in den eineinhalb Stunden bestimmt 4 mal geklingelt. Aber trotzdem bleibe ich dabei, eigentlich machen die einen besonderen Teil meiner Arbeit. Ich bin dafür ausgebildet, Menschen in schwierigen Situationen zu begleiten, aber ich bekomme die Zeit nicht dafür. Ich kann nicht bei Frau Blum bleiben und die Schülerin mit 24 Patienten allein lassen.

Natürlich müssen wir den Ehrenamtlichen dankbar sein – das sind wir auch. Wir sollen sie integrieren, sie sind wichtig fürs Haus. Aber lieber würde ich selber mehr Zeit für Patienten haben. Und ganz nebenbei, wer dankt eigentlich mir? Bei dem Aufbau des Besuchsdienstes hat man sich richtig ins Zeug

gelegt, dafür gab es plötzlich eine Stelle, sie bekommen einen Lehrgang und jetzt auch Supervision. Ich bin seit 26 Jahren im Haus. Ich habe noch keinen Lehrgang bezahlt bekommen, von Supervision ganz zu schweigen. Unser Team ist überaltert, das Tempo nimmt immer mehr zu, ständig wird jemand krank, die jungen Kolleginnen haben alle befristete Verträge. Wir müssen sehen, wie wir zurecht kommen. Oh, Frau Blum klingelt, sie will bestimmt ihren Tee. Und da kommt auch der neue Patient aus der Ersten Hilfe ...

Konzeption und Spiel:

Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Fachärztin für Innere Medizin [Schw. Susanne, Krankenschwester]

Beate Schneider, Diplom-Sozialarbeiterin [Frau Blum, Patientin]

Andrea Reeck, Krankenschwester, Dipl. Pflegepädagogin [Frau Müller-Heise, Ehrenamtliche]

Was wünschen Pflegende von Ehrenamtlichen?

Professorin Dr. Christina Köhlen, Berlin

1. Freiwilliges Ehrenamt

Ehrenamt oder bürgerliches Engagement – wir finden in der Literatur dazu keine einheitliche Bezeichnung (Behrer et al., 1998) – wird allgemein als unbezahltes öffentliches Amt auf freiwilliger Basis verstanden. Wir können seit einiger Zeit in Deutschland einen „Boom“ des ehrenamtlichen Engagements beobachten. Es wird im öffentlichen Leben immer deutlicher wahrgenommen, insbesondere im Zusammenhang mit ehrenamtlichen Mitarbeitern in ambulanten Hospizen. Ehrenamtlich Tätige finden sich aber in vielen anderen Bereichen unserer Gesellschaft, wie im kirchlichen Bereich, dem Gesundheits- und Sozialwesen, in der Kinder- und Jugendarbeit, im Umwelt-, Landschafts-, Natur- und Tierschutz, um nur einige zu nennen, und schließlich in der Pflege.

Im Freiwilligensurvey von 2004 wurde von tns infratest im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgestellt, dass 70% der Bevölkerung ab 14 Jahren in Deutschland zurzeit über ihre sonstigen Verpflichtungen hinaus aktiv in Vereinen, Organisationen und öffentlichen Einrichtungen engagiert sind. Davon sind 36% seit längerer Zeit freiwillig bzw. ehrenamtlich engagiert. 1999 waren es noch 34%. Der größte Zuwachs an Engagement ist dabei in der Altersgruppe ab 55 Jahren mit 6% zu verzeichnen. Damit wird deutlich, dass sich die Einstellung der Bevölkerung zum öffentlichen und gemeinnützigen Engagement zunehmend verbessert hat. Es handelt sich also um eine sich entwickelnde, stabile Größe innerhalb unserer Gesellschaft.

Die Gründe für dieses Engagement sind dabei sehr vielfältig: Zum einen ist es die Bereitschaft, soziale Angelegenheiten in die eigenen Hände zu nehmen – wie wir es z.B. aus den USA kennen –, zum anderen lassen sich dadurch neue, sinnstiftende Perspektiven für das eigene Leben sowie ein Gefühl der Zusammengehörigkeit finden. Es ist keine Frage: Das Ehrenamt hat in der Gesellschaft ein positives Image!

2. Ehrenamt in der Pflege

Nun könnte sich einem der Gedanke aufdrängen, dass die Bereitschaft der Bevölkerung sich freiwillig und ehrenamtlich zu engagieren, den politischen Kräften in unserem Land in Zeiten leerer Kassen gerade recht kommt. Anzeichen dafür könnten in der neuen Aufwertung des Ehrenamts durch die Politik abgelesen werden. Schließlich ließen sich damit Engpässe in der sozialen

und pflegerischen Betreuungsfürsorge kostengünstig beseitigen. Diese Gefahr wird von Vertreterinnen der Pflegewissenschaft seit einiger Zeit zunehmend diskutiert (vgl. Elsbernd, 2001). Diese Situation kann sich verschärfen, da der Bedarf an examinierten Pflegekräften insbesondere im ambulanten Bereich aufgrund des sich verändernden Aufgabenspektrums¹ steigen wird und dadurch mit einer Personalkostenzunahme in der außerklinischen Pflege zu rechnen ist. Laut Pflege-Thermometer von 2004 erwarten 53% der 5000 befragten ambulanten Pflegeeinrichtungen einen steigenden Bedarf von examiniertem Pflegepersonal (vgl. DIP, 2004). Als Nachfolge dieser Entwicklung ist hier daher ebenso mit einem erhöhten Bedarf an Ehrenamtlichen zu rechnen. Eine weitere Verschärfung resultiert aus den vielfältigen Aufgaben und Herausforderungen vor die unsere Gesellschaft aufgrund des soziodemographischen Wandels mit der damit einhergehenden, generationenübergreifenden Veränderung von Familienstrukturen und familialen Netzwerken, die Isolation und Vereinsamung nach sich ziehen, gestellt wird.

In einer aktuellen Studie der Evangelischen Fachhochschule Freiburg von Hoch, Klie & Pfundstein, die in Baden-Württemberg in 259 Pflegeheimen durchgeführt wurde, wird belegt, dass das bürgerschaftliche Engagement in Pflegeeinrichtungen zwar immer wichtiger wird, aber hauptamtliche Arbeit keinesfalls ersetzen kann. Denn laut der Erhebung sind Ehrenamtliche weniger aktiv im Bereich der direkten Pflege

(7,7 %) tätig, da dieses eine Domäne von hauptamtlichen Mitarbeiter/innen darstellt. Die Autoren kommen weiter zu dem Schluss, dass dieses Ergebnis auf eine durchaus sinnvolle Arbeitsteilung und komplementär zueinander stehende Aufgabenwahrnehmungen von Haupt- und Ehrenamtlichen verweist. Die Frage, die sich hier stellt, ist, wie pflegerische Tätigkeiten definiert werden und wo in diesem Kontext ehrenamtliche Tätigkeiten anfangen bzw. aufhören.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass die Zufriedenheit der Ehrenamtlichen außerordentlich hoch ist. So gaben 98,6% der freiwillig Engagierten an, sich an ihrem Arbeitsplatz wohl zu fühlen, 96,9% meinten, dass eine gute Stimmung herrscht, 92,4% verfügen über genügend Entscheidungsspielräume und 94,4% können ihre Arbeit selbständig gestalten (vgl. Hoch, Klie & Pfundstein, 2005). Im Gegensatz dazu wird in der europäischen NEXT-Basiserhebung zur Untersuchung des vorzeitigen Berufsausstiegs von Pflegepersonal aus dem Jahre 2002/3 für Deutschland festgestellt, dass 20% von 39.894 befragten Pflegekräften bundesweit mehr als einmal im Monat darüber nachdenken, ob sie aus dem Pflegeberuf aussteigen sollten. Als Gründe dafür wurden angegeben: die hohe physische und psychische Arbeitsbelastung, Konflikte zwischen Arbeit und Familie sowie die fehlenden persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Hasselhorn, 2003). Welche Aufgaben werden nun von Ehrenamtlichen in den Pflegeein-

richtungen wahrgenommen?

Die Studie von Hoch et al. ergab, dass an erster Stelle Besuche von pflegebedürftigen Menschen (88,4 %) stehen, des Weiteren von wesentlicher Bedeutung erscheint die Sterbebegleitung (60,6 %), gefolgt von der Mithilfe bei Festen (66,8 %), dem Vorlesen (64,1 %) und der Essenshilfe (53,7 %), was aus Sicht der Pflegewissenschaft eindeutig eine direkte Pflegetätigkeit darstellt (!), bis hin zur Begleitung zu Veranstaltungen (46,7 %) sowie Einkaufsdienste (54,5 %), um nur einige zu nennen (vgl. Hoch et al., 2005). Es ist ein breites Spektrum an Aktivitäten, überwiegend im psychosozialen Bereich, die natürlich einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohner der Pflegeeinrichtungen haben, was selbstverständlich zu begrüßen ist. Gleichzeitig stoßen wir hier auf eine „Grauzone“ ehrenamtlicher zu originär pflegerischen Tätigkeiten. Denn psychosoziale Betreuung ist ebenfalls ein Bestandteil von Pflege. Sie zeichnet sich laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (2003) durch personenbezogenes Pflegehandeln sowie durch individuelle Unterstützung, Beratung und Anleitung aus.

3. Akademische Pflege

In Kontrast zur Situation des Ehrenamts in der Pflege wird an dieser Stelle ein kurzer Blick auf die Situation der Pflege/Pflegewissenschaft in Deutschland gerichtet. Seit Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts setzte in Deutschland mit einiger Verspätung die Akademisierung der Pflege ein. Dadurch hat die Pflege einen enormen Professionalisierungsschub erfahren.

Die Akademisierung konzentrierte sich zunächst auf Studiengänge im Bereich Pflegepädagogik und Pflegemanagement. Es folgten Studiengänge mit einer explizit pflegewissenschaftlichen Ausrichtung. Seitdem wurden ca. 50 Pflegestudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten eingerichtet. Zahlreiche Pflegeakademiker/innen drängen seitdem auf den Arbeitsmarkt. Erste Pflegeforschungsverbände sind entstanden (vgl. Pflege & Gesellschaft, 2005).

Die jüngste Entwicklung bei der Akademisierung der Pflege hat nun die Pflegeausbildung erreicht. Duale Studiengänge, die den Berufsabschluss in Gesundheits- und Krankenpflege nach dem neuen Krankenpflegegesetz von 2003 mit einem ersten akademischen Abschluss eines Bachelors verbinden, sind u. a. in Hannover, Neubrandenburg und Berlin entstanden. Weitere sind in Planung. Ausschlaggebend für diese Entwicklung war zum einen das neue Krankenpflegegesetz von 2003 und zum anderen der so genannte „Bologna-Prozess“, der in Deutschland und anderen Mitgliedsländern der EU eine grundlegende Studienreform initiierte (vgl. Europäische Kommission, Bereich Allgemeine & berufliche Bildung 2010, 1999).

4. Pflege im Umbruch

Neben diesem Professionalisierungsschub durch die Akademisierung der Pflege, befindet sich die Pflege als Beruf in einem weiteren Umbruchprozess. Vor dem Hintergrund des viel zitierten demografischen, gesellschaftlichen, sozialen und gesundheitspolitischen Wandels verändert sich die Gesundheits- und Pflegeversorgung in Deutschland mit direkten Auswirkungen auf die Pflege. Einige dieser Auswirkungen werden hier stichwortartig genannt:

- Steigende Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen insbesondere durch den zunehmenden Anteil älterer Menschen sowie der Zunahme von chronischen Erkrankungen in allen Alters- und Bevölkerungsgruppen;
- Einführung der Diagnoses Related Groups (DRGs) mit Auswirkungen auf den stationären und ambulanten Bereich haben;²
- Zunehmender Wettbewerb im Gesundheitswesen aufgrund eingeleiteter Reformmaßnahmen mit dem Ziel, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern.³

Als Fazit lässt sich festhalten, dass professionelle Pflege sich in einigen Bereichen von der so genannten „direkten Pflege“ entfernen und sich dafür beratenden, begleitenden, unterstützenden, koordinierenden sowie versorgungssteuernden Aufgaben zuwenden wird. Dieses darf nicht zur Deprofessionalisierung bei der Ausübung direkter, patientennaher Pflege(-tätigkeiten) führen.

Parallel dazu und als Konsequenz der genannten Entwicklungen muss professionelle Pflege, um als eigenständige Profession in diesem Szenario bestehen zu können, neue Wege der Pflegeausbildung beschreiten, um entsprechende Qualifikationen und Kompetenzen zu vermitteln. Pflegenden benötigen diese Qualifikationen zum einen, um als gleichberechtigte Partner in transdisziplinären Teams der integrierten, sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung zu agieren und zum anderen, damit Konzepte, Programme und Reformmaßnahmen erfolgreich umgesetzt werden können. Wie bereits erwähnt, geht man davon aus, dass die zukünftigen Tätigkeitsfelder neben der bisher vorwiegend stationären Arbeit im Bereich der ambulanten Versorgung stark expandieren werden. Hinzu werden Einsatzbereiche in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie kommen, da hier aufgrund des demografischen Wandels ein Anstieg des Pflege- und Beratungsbedarfs von Betroffenen und deren Angehörigen zu erwarten ist.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Gruppe der ehrenamtlichen Mitarbeiter in den oben genannten transdisziplinären Teams bisher kaum oder zuwenig Beachtung von Seiten der Pflegenden geschenkt wurde. Mit anderen Worten: Das Verhältnis zwischen Ehrenamtlichen und Pflegenden ist vielerorts nicht geklärt.

5. Pflege und Ehrenamt

Betrachtet man die hier umrissenen Entwicklungen von Ehrenamt und Pflege im Zusammenhang, so scheinen sie sich zu ergänzen:

1. Der Bedarf und die Bereitschaft für das Ehrenamt steigen in der Gesellschaft.
2. Das sich verändernde Berufsbild der professionellen Pflege wird sich in einigen Bereichen von der „direkten“ Pflege entfernen und leistet dadurch Deprofessionalisierungstendenzen Vorschub.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht jedoch können und dürfen Tätigkeiten, ob pflegerisch oder nicht, nicht unreflektiert an Ehrenamtliche übertragen oder delegiert werden. Pflegenden dürfen den Kontakt, um beratend, unterstützend oder koordinierend zu pflegen, zu den zu betreuenden Menschen und ihren Angehörigen nicht verlieren. Um kompetent pflegen zu können, d.h. um Pflegekonzepte den Bedürfnissen der ihnen anvertrauten Patienten individuell anzupassen, Bedarf es sowohl eines umfangreichen Assessments (Einschätzung) als auch eines kontinuierlichen Kontakts zu den zu pflegenden Menschen. Es geht darum, vor dem individuellen Hintergrund eines Patienten professionelle Pflege und entsprechendes Handeln in der jeweiligen Situation zu gewährleisten (vgl. Veit, 2003; Bögemann-Großhein, 2004). Wie aber soll der Pflegeprozess evaluiert werden, wenn der Verlauf nicht adäquat beobachtet und beschrieben wurde? Wie soll dann auf veränderte Bedürfnislagen der zu pflegenden Menschen und ihrer Familien und Angehörigen kompetent reagiert werden?

Dazu ein kurzes Beispiel: In der oben zitierten Studie von Hoch et al. (2005) wurde ermittelt, dass 53,7% der befragten Ehrenamtlichen bei der Essenshilfe Unterstützung leisten. Es wird leider nicht genau beschrieben, was darunter zu verstehen ist. Aber seit den Untersuchungen von Borker (1996 & 2002) zum Thema „Essenreichen“ ist bekannt, dass das eine sehr komplexe und anspruchsvolle Pflegetätigkeit ist, die gelernt sein will (vgl. Elsbernd, 2001). Es stellen sich bei der Durchführung u. a. folgende Fragen:

- Welchen Ernährungsstatus hat der/die Patient/in oder Bewohner/in?
- Wie selbstständig ist er oder sie?
- Welche manuellen Fertigkeiten hat er oder sie?
- Welche können hier noch trainiert bzw. gefördert werden?

Versäumnisse an dieser Stelle können für die Betroffenen erhebliche gesundheitliche Folgen wie Unterernährung oder Fehlernährung und weitere Spätfolgen (z.B. Entstehung eines Dekubitus), haben.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht besteht daher die Gefahr, dass bei einem zu niedrigem Fachkräfteanteil zu viele pflegerische Tätigkeiten an Ehrenamtliche delegiert werden, und dass dadurch die Qualität der pflegerischen Leistungen leidet (vgl. Elsbernd, 2001). Durch solche „Auslagerung“ pflege-

rischer Tätigkeiten an Ehrenamtliche werden Deprofessionalisierungstendenzen der professionellen Pflege gefördert. Die Frage, die dahinter steht, lautet aus pflegewissenschaftlicher Sicht: Wie wird Pflege und damit professionelles Pflegehandeln definiert und welche Aufgaben gehören dazu? Die eindeutige, kompetente Beantwortung der Frage liegt bei der Fachwissenschaft, also bei der Pflegewissenschaft. Sie darf nicht aufgrund ökonomischer Zwänge durch andere gesellschaftliche Instanzen mal so und mal anders ausfallen.

Für das Verhältnis zwischen professionell Pflegenden und Ehrenamtlichen ergeben sich auf der Grundlage des hier Geschilderten aus Sicht der Autorin folgende „Wünsche“ für die Zusammenarbeit, die sich sowohl an Ehrenamtliche als auch an Pflegende richten:

1. Ehrenamtliche müssen (von Pflegenden) geschult und auf ihre Tätigkeit in einem pflegeinstitutionellen Kontext vorbereitet werden.
2. Ehrenamtliche müssen supervidiert werden, um die Selbstreflexion zu fördern, damit sie die Tragweite des eigenen Handelns im pflegeinstitutionellen Kontext sowie dessen Grenzen erkennen können.
3. Pflegende müssen sich davon überzeugen, welche Aufgaben in welchem Umfang von Ehrenamtlichen übernommen werden können. Die Aufgaben müssen koordiniert und dokumentiert werden. Ehrenamtliche leisten einen wertvollen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen. Dieser Beitrag muss in den Pflegeprozess integriert werden. D.h., dass deutlich werden muss, welche Aufgaben von Ehrenamtlichen in welcher Situation bei welchem Patienten mit welchen Folgen übernommen werden können und welche nicht.
4. Ehrenamtliche und Pflegende müssen sich austauschen und im Team zusammenarbeiten, damit bei der Betreuung durch Ehrenamtliche wichtige Informationen über Patienten oder Bewohner nicht verloren gehen. Hier ist eine gewisse Verbindlichkeit bei der Betreuung aus pflegerischer Sicht erforderlich, damit Veränderungen im Wohlbefinden rechtzeitig erkannt werden, um darauf angemessen zu reagieren.
5. Pflegenden müssen auf die Aufgabe, mit Ehrenamtlichen zu arbeiten, in der Ausbildung vorbereitet werden. Bisher sind Ehrenamtliche im pflegeinstitutionellen Kontext weder in der Pflegewissenschaft noch in der Pflegeausbildung wirklich ein Thema. Hier ist es von großer Bedeutung, sich damit auseinander zusetzen, um auf die oben erwähnten Deprofessionalisierungstendenzen professioneller Pflegepraxis Einfluss zu nehmen.

verwendete Literatur:

- Behrer, K. et al. (1998). Das Ehrenamt in empirischen Studien – ein sekundäranalytischer Vergleich. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 16. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Borker, S. (1996): Essenreichen in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Verlag
- Borker S. (2002): Nahrungsverweigerung in der Pflege. Eine deskriptiv-analytische Studie. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber
- Bögemann-Großhein, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jg., Heft 3, S. 100-107
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: 2. Freiwilligensurvey 2004 – Ehrenamt, Freiwilligenarbeit, Bürgerschaftliches Engagement. tns infratest. <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/freiwilliges-engagement,did=15978.html>
- Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hg.) (2005): Angewandte Pflege- und Hebammenforschung. In: Pflege & Gesellschaft, 10. Jg., Heft 1
- DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hg.) (2004): Pflege – Thermometer: Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Köln. <http://www.dip-home.de>
- Elsbernd, A. (2001): Ehrenamt in der Pflege? ... Laienhelfer können viel Schaden anrichten. In: Pflege aktuell, Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, 56, Jg., Heft 10, S. 530-33
- Europäische Kommission (1999): Die Erklärung von Bologna vom 19. Juni 1999.
- In: Bereich Allgemeine & berufliche Bildung 2010. http://europa.eu.int/comm/education/policies/educ/bologna/bologna_de.html
- Gesetz über die Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (2003), Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) (2003) vom 10. November 2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 203 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003
- Hasselhorn, H. M.; Tackenberg, P. & Müller, B. H. (Eds.) (2003). Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Working Life Research Report 7:2003. Stockhol:NIWL
- Hoch, H.; Klie, Th. & Pfundstein, Th. (2005): Bürgerschaftliches Engagement in Pflegeeinrichtungen: Neue Lebensqualität für pflegebedürftige Menschen und Horizonterweiterung für Engagierte. Initiative »bela – Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter«. <http://www.bela-bw.de/erhebung.html>

Veit, A. (2003): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie- Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern, Stuttgart: Verlag Hans Huber, Robert Bosch Stiftung Reihe Pflegewissenschaft

Borker, S. (1996): Essenreichen in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Verlag

Borker S. (2002): Nahrungsverweigerung in der Pflege. Eine deskriptiv-analytische Studie. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber

Bögemann-Großhein, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jg., Heft 3, S. 100-107

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: 2. Freiwilligensurvey 2004 – Ehrenamt, Freiwilligenarbeit, Bürgerschaftliches Engagement. tns infratest. <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/freiwilliges-engagement,did=15978.html>

Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hg.) (2005): Angewandte Pflege- und Hebammenforschung. In: Pflege & Gesellschaft, 10. Jg., Heft 1

DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hg.) (2004): Pflege – Thermometer: Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Köln. <http://www.dip-home.de>

Elsbernd, A. (2001): Ehrenamt in der Pflege? ... Laienhelfer können viel Schaden anrichten. In: Pflege aktuell, Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, 56, Jg., Heft 10, S. 530-33

Europäische Kommission (1999): Die Erklärung von Bologna vom 19. Juni 1999.

In: Bereich Allgemeine & berufliche Bildung 2010. http://europa.eu.int/comm/education/policies/educ/bologna/bologna_de.html

Gesetz über die Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (2003), Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) (2003) vom 10. November 2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 203 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003

Hasselhorn, H. M.; Tackenberg, P. & Müller, B. H. (Eds.) (2003). Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Working Life Research Report 7:2003. Stockholm:NIWL

Hoch, H.; Klie, Th. & Pfundstein, Th. (2005): Bürgerschaftliches Engagement in Pflegeeinrichtungen: Neue Lebensqualität für pflegebedürftige Menschen und Horizonterweiterung für Engagierte. Initiative »bela – Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter«. <http://www.bela-bw.de/erhebung.html>

Veit, A. (2003): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie- Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern, Stuttgart: Verlag Hans

¹ Neben den Auswirkungen der **Diagnoses Related Groups** (DRG) auf den außerklinischen Pflegebereich sind hier u. a. die Zunahme der Betreuung von Schülern/innen in der Ausbildung, die sich nach dem Krankenpflegegesetz von 2003 der Anteil an der praktischen Ausbildung von 500 festgeschriebenen Stunden im ambulanten Bereich deutlich erhöht hat, des Weiteren die Zunahme an gerontopsychiatrischen Patienten und einer damit sich verändernden Art von Betreuung zu nennen.

² Die internationalen Erfahrungen mit DRGs zeigen, dass zwar die Krankenhausverweildauer der einzelnen Patienten verkürzt wird und dies zu Kostenreduzierung führt, jedoch wesentliche Effekte auf die außerklinischen und nach gelagerten Bereiche zu erwarten sind.

³ Einrichtungen und Dienste der Gesundheits- und Pflegeversorgung werden sich auf einen zunehmend enger werdenden Spielraum und auf einen stärkeren Wettbewerb einrichten müssen. Um in dieser Wettbewerbssituation zu bestehen, sind neue Formen der Versorgung und Kooperation erforderlich und es müssen neue Aufgaben und Tätigkeitsfelder erschlossen werden.

Was wünschen Patienten von Ehrenamtlichen?

Martin Marquard, Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Herr Professor Poralla mich vor ca. einem halben Jahr fragte, ob ich bereit sei, für die heutige Tagung einen Beitrag aus Patientensicht zu übernehmen, zögerte ich zuerst. Ich habe zwar in meiner Funktion als Landesbeauftragter für Behinderte sehr viel mit ehrenamtlich arbeitenden Menschen zu tun – hauptsächlich aus der Behindertenselbsthilfe, über ehrenamtliches Engagement im Krankenhaus hatte ich mir aber bis dahin noch nicht so schrecklich viele Gedanken gemacht. Der Grund liegt vielleicht zum einen darin, dass man bürgerschaftliches Engagement, das heute überall gefragt und gefordert wird, sicher nicht an erster Stelle mit der notwendigerweise hoch professionellen Krankenhausarbeit in Zusammenhang bringt. Zum anderen versuchte ich, mich zu erinnern, in wie weit ich während meiner zahlreichen Krankenhausaufenthalte als Patient ehrenamtliche Arbeit erlebt habe. Immerhin habe ich zusammen genommen mehr als ein ganzes Jahr meines Lebens in Krankenhäusern verbracht. Ehrenamtliche Arbeit im Krankenhaus – da fällt mir spontan nur das St. Joseph Krankenhaus in Tempelhof ein, in dessen unmittelbarer Nähe ich wohne und das für mich und meine Familie eine wichtige Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen darstellt. Hier habe ich als Patient – im Unterschied zu anderen Häusern – tatsächlich gute Ansätze von ehrenamtlicher Arbeit kennen gelernt: In Form eines Besuchsdienstes, in der Person einer Patientenfürsprecherin sowie in der Durchführung von kulturellen Veranstaltungen.

Ehrenamtliche Arbeit im Gesundheitswesen ist weit verbreitet. Vor allem die Selbsthilfebewegung der 70er- und 80er-Jahre hat unzählige Initiativen hervorgebracht. Es gibt kaum ein gesundheitliches Problem, zu dem es nicht auch Selbsthilfegruppen gibt, die – das muss man anerkennen – zum großen Teil hervorragende Arbeit leisten – fast ausschließlich ehrenamtlich, versteht sich – und die heute aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken sind. Hier wird wertvolle Beratung z.B. nach dem Peer-Counseling-Prinzip – also Betroffene beraten Betroffene – durchgeführt und ein beträchtliches Maß an psycho-sozialer Betreuung und Begleitung kranker Menschen geleistet, die bei der professionellen Medizin häufig zu kurz kommt.

Und dies ist auch schon ein Hinweis darauf, weshalb die Selbsthilfebewegung entstanden und weshalb sie so notwendig ist. Entstanden ist sie aus dem zunehmenden Misstrauen der Menschen gegenüber einer immer komple-

xer werdenden und für sie nicht mehr verständlichen und durchschaubaren professionellen Medizin. Die Patienten fühlen sich einer übergroßen Wissensmacht und Fachautorität ausgeliefert, der sie nichts entgegenzusetzen haben. Deshalb suchen sie – so wichtig und unverzichtbar für sie auch die hoch spezialisierte Medizin ist – einen Ausgleich in einer Selbsthilfegruppe oder ähnlichen Einrichtung. Die dort ehrenamtlich arbeitenden, oft mit gleichen oder ähnlichen Erfahrungen ausgestatteten Menschen füllen somit eine Lücke, die das bestehende Gesundheitswesen offensichtlich nicht ohne weiteres schließen kann. Und dabei denke ich nicht unbedingt an die sicherlich auch fehlenden Finanzen, sondern eher an den großen Vorteil, der in dem Status der Ehrenamtlichen begründet ist – an ihre institutionelle Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit, aber auch an ihr manchmal unschätzbare Erfahrungswissen als notwendige Basis für eine vertrauensvolle Kommunikation auf gleicher Augenhöhe. Sie sind keine Spezialisten, sie sind aber Experten in eigener Sache.

Dies deutet ganz allgemein darauf hin, dass bürgerschaftliches Engagement ein Gegengewicht zu der zunehmenden Bürokratisierung und Professionalisierung unserer Gesellschaft schaffen kann, dass es den Menschen eine eigene Stimme gibt, ihnen Unterstützung, Verständnis und Geborgenheit bietet und dass sie damit ein Stück verloren geglaubte Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zurückgewinnen können.

Wenn das, was ich hier nur kurz anreißen konnte, so stimmt, dann müssen wir natürlich fragen, was ehrenamtliche Arbeit im Krankenhaus sein kann und was aus Patientensicht wünschenswert wäre.

Zunächst einmal muss man sich über die Rollenverteilung im Krankenhaus klar werden. Die Patienten sind eigentlich die Hauptpersonen. Um sie dreht sich alles, zahlreiche Berufsgruppen sind um sie herum gruppiert, die den Patienten in irgendeiner Form dienen. Die Patienten sind auch zahlenmäßig die größte Gruppe. Betrachtet man nun die Stellung der verschiedenen Personengruppen in der Hierarchie des Krankenhausbetriebes, so befindet sich die Gruppe der Patienten jedoch in einer äußerst schwachen Position. Sie sind eher Objekt als Subjekt des Geschehens.

Im Gegensatz zu den meisten anderen Beteiligten halten sich die Patienten in der Regel nicht freiwillig im Krankenhaus auf, sondern aus reiner Not: Ihnen geht es gesundheitlich schlecht, sie fühlen sich unwohl, sie haben Schmerzen oder sie haben Angst vor Schmerzen, vor unangenehmen Untersuchungen, vor anstrengenden oder schwer bekömmlichen Therapien, sie fürchten sich vor Operationen, vor eventuell bleibenden Schäden, vor der Zukunft, dass das Leben vielleicht nicht mehr so sein wird, wie es vorher

einmal war, oder auch vor dem Sterben. Wer in ein Krankenhaus eingeliefert wird, befindet sich meistens – zumindest am Anfang – in einer extremen existenziellen Notlage, auf jeden Fall aber in einer äußerst problembeladenen Lebenssituation.

Dazu kommt, dass die Patienten aus ihrem gewohnten Alltag herausgerissen sind, oft starke Einschränkungen in ihrer Bewegungsfreiheit hinnehmen müssen, häufig sogar bettlägerig sind, sich nicht wie gewohnt kleiden können und darüber hinaus ständig fremde Blicke auf ihren Körper sowie Manipulationen an ihrem Körper ertragen müssen, wobei nicht wenige sich in ihrer Intimsphäre verletzt fühlen.

Zugleich müssen sie sich an einen vorgeschriebenen, meist ihren Gewohnheiten total zuwider laufenden Tagesablauf gewöhnen, sie sind einem mehr oder weniger freundlichen Pflegepersonal ausgeliefert und bei vorliegender Hilflosigkeit von diesem bis zum letzten einfachsten Handgriff abhängig. Angesichts fehlender medizinischer Kenntnisse fühlen sie sich den Ärzten gegenüber hoffnungslos klein und unterlegen.

Die meisten Patienten fügen sich jedoch glücklicherweise in ihr Schicksal und nehmen den Zustand der absoluten Unselbstständigkeit und Abhängigkeit in Kauf in der Hoffnung, dass ihnen geholfen wird, dass sie schnell wieder gesund werden und dass sie diesen ungeliebten, Angst besetzten Ort bald wieder verlassen können.

Es liegt auf der Hand, dass dieses oft vorhandene quälende Gemisch aus Unwohlsein, Angst, Unmündigkeit und Hilflosigkeit dem Heilungsprozess nicht unbedingt förderlich ist. Und es könnte doch sein, dass eine Veränderung der Situation der Patienten im Krankenhaus – wie auch immer – vielleicht zu mehr Wohlbefinden und zu einer schnelleren und nachhaltigeren Genesung führt.

Ich denke, dass hier ähnlich wie im ambulanten Bereich das Wirken von Ehrenamtlichen auch im Krankenhaus einen gewissen Ausgleich schaffen kann. Indem diese sich der persönlichen Probleme und Nöte oft besser annehmen können als die Professionellen, die in der Regel nicht die Zeit dafür besitzen, in der täglichen Hektik des Krankenhausbetriebes die notwendige Vertrauensbasis aufbauen zu können, geben die Ehrenamtlichen den Patienten eher Mut und Kraft, mit dem Leben im Krankenhaus und mit den gesundheitlichen Problemen und den damit verbundenen Ängsten besser fertig zu werden.

Ich möchte also einige Punkte nennen, die aus meiner Sicht – aus meiner

Patientensicht – sinnvolle und notwendige Betätigungsfelder für Ehrenamtliche im Krankenhaus darstellen können oder dies bereits sind. Denn es ist ja nicht so, dass es da nichts gäbe, nur gestaltet sich das ehrenamtliche Engagement im Krankenhaus – glaube ich – immer noch sehr personenabhängig und naturwüchsig.

Zunächst nenne ich das, was es schon fast selbstverständlich in den meisten Krankenhäusern gibt:

1. Ganz wichtig ist ein funktionierender Besuchdienst für die Patienten, die wenig oder nie Besuch erhalten. Das vertrauensvolle Gespräch, die Möglichkeit, seine Sorgen auszusprechen, das interessierte und Anteil nehmende Zuhören machen es einsamen und verzweifelten Patienten leichter, sich an das Krankenhausleben zu gewöhnen, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen und sich Gedanken über die Zukunft zu machen. Im St. Joseph Krankenhaus habe ich einen solchen Besuchsdienst erlebt.
Dies ist nicht gleichzusetzen mit Seelsorge, die zusätzlich stattfindet und besonders in konfessionellen Krankenhäusern ihren festen Platz hat.
2. Begleitung bei einem Spaziergang im Krankenhausgarten – zu Fuß oder im Rollstuhl – ist seitens der Pflegenden meist nicht zu schaffen. Wenn keine Angehörigen da sind, könnte diese Aufgabe ein ehrenamtlicher Begleitdienst übernehmen.
3. Für Alleinstehende, die ins Krankenhaus eingeliefert werden, ist oft die Versorgung eines Haustieres ein Problem. Auch hier könnte ehrenamtlich geholfen werden.
4. Kulturarbeit ist für viele Patienten eine willkommene Abwechslung im tristen Krankenhausalltag. Konzerte, Vorträge, Kino oder Theater ins Krankenhaus zu holen, kann eine lohnende Aufgabe für ein ehrenamtliches Team sein. Im St. Joseph Krankenhaus hatte ich vor Jahren die Gelegenheit, als Patient ein Konzert zu besuchen.
5. In vielen Krankenhäusern gibt es Leihbüchereien, die meistens in ehrenamtlicher Arbeit geführt und verwaltet werden.

Soweit die schon fast traditionellen Betätigungsfelder für Ehrenamtliche im Krankenhaus.

Ich sehe aber Ehrenamtsarbeit darüber hinaus noch in dem größeren Kon-

text der Gesamtaufgaben eines Krankenhauses:

6. Es ist sicher schon deutlich geworden, dass ich der Selbsthilfe einen hohen Stellenwert einräume – zunächst einmal im ambulanten Bereich, bei genauerem Hinsehen aber auch im stationären.
Wünschenswert ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses auf der einen und den dem jeweiligen Fachgebiet entsprechenden Gesundheitsinitiativen auf der anderen Seite. Patienteninformation durch Selbsthilfegruppen – dies wird sicher bereits vielfach schon praktiziert, jedoch könnte ich mir vorstellen, dass es da auch Bedenken seitens des medizinischen Personals gibt, z.B. die Kompetenz von Laien zu akzeptieren.
Aber auch im Krankenhaus kann das Prinzip des Peer Counseling sehr sinnvoll angewendet werden, indem zum Beispiel ein Patient, der vor einer schweren Operation steht, von einem Betroffenen, der diese zuvor selbst durchgemacht hat, beraten wird. In Reha-Einrichtungen für Unfallopfer mit Querschnittlähmung ist der Rat von Gleichbetroffenen, die mit der Beeinträchtigung schon länger leben und gelernt haben, damit umzugehen, Gold wert, wenn es darum geht, dass der durch den Unfall plötzlich aus seinem bisherigen Leben gerissene Mensch wieder Lebensmut und eine neue Lebensperspektive gewinnen soll.
Zur vernünftigen Koordinierung der professionellen und ehrenamtlichen Arbeit könnte man sich in „selbsthilfefreundlichen“ Krankenhäusern vielleicht sogar Selbsthilfeverantwortliche vorstellen, die sich zusammen mit den Profis um einen sinnvollen Erfahrungsaustausch und um Qualifizierungsmaßnahmen für alle Beteiligten kümmern könnten.
7. Für ganz wichtig halte ich im Falle einer Entlassung nach Hause eine Begleitung durch ehrenamtliche Helfer, wenn die entlassene Person allein stehend und nicht sicher ist, ob sie z.B. nach einer Operation oder ganz einfach nach einem längeren Krankenhausaufenthalt sofort wieder ihren Alltag selbstständig bewältigen kann. Eine Begleitung bei der Rückkehr in den eigenen Haushalt kann Alleinstehenden zusätzliche Sicherheit und Hilfe bieten.
Die durch die Einführung der Fallpauschalen sich verstärkende Tendenz zu kürzeren Liegezeiten könnte die Einführung eines professionell gesteuerten Entlassungsmanagements unter fester Einbeziehung Ehrenamtlicher erforderlich machen. Dabei müssten die Akutversorgung im Krankenhaus und die Erholungsphase zu Hause oder in einer Zwischeneinrichtung zu einer einheitlichen integrierten Versorgung der Patienten zusammengefasst werden, wobei die ehrenamtliche Arbeit eine Brückenfunktion zwischen Krankenhaus und Häus-

lichkeit übernehmen könnte.

Auch bei diesen Aufgaben sollte es eine klare Vereinbarung und Rollenverteilung zwischen Professionell und Ehrenamtlich geben, einschließlich wirksamer Instrumente zur Qualitätssicherung und Qualifizierung.

8. Bei einer notwendigen Entlassung in ein Pflegeheim könnten Ehrenamtliche den Sozialdienst, aber auch die Angehörigen bei der Auswahl einer passenden Einrichtung unterstützen.
9. Eine besondere, mit großem Einfühlungsvermögen und Verantwortungsbewusstsein verbundene Aufgabe für ehrenamtlich Tätige stellt die Betreuung und Begleitung von Eltern bzw. Familien mit schwerstkranken Kindern dar. Es geht insbesondere um die Unterstützung von Eltern nach der Geburt eines schwerkranken oder behinderten Kindes, aber auch nach der Diagnose einer für ein Kind lebensbedrohenden Erkrankung.
10. Eine ebenso schwere und verantwortungsvolle Aufgabe ist der Hospizdienst, die Begleitung von Sterbenden, die keine Angehörigen haben oder deren Familien mit der Situation überfordert sind.

Lassen Sie mich noch eine wichtige ehrenamtliche Tätigkeit nennen, die sogar im Krankenhausgesetz geregelt ist und die ich für sehr sinnvoll und wichtig halte, die der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers. Das für die Patienten oft äußerst belastende Leben im Krankenhaus auf der einen, aber auch der Stress der Pflegenden oder die permanente Überarbeitung vieler Ärzte führen in vielen Fällen zu Konflikten, die für die Patienten die Not noch vergrößern können. In einem solchen Falle ist es gut, wenn man mit einer unabhängigen Person sprechen und bei ihr seine Sorgen abladen kann. Diese wird versuchen, zwischen beiden Seiten zu vermitteln.

Es gibt vielleicht noch mehr Betätigungsfelder für Ehrenamtliche, was von Krankenhaus zu Krankenhaus durchaus variieren kann.

Ehrenamtliche Arbeit ist Freiwilligenarbeit, die Menschen aus der Einsicht heraus tun, dass sie damit anderen Menschen helfen können, aber auch, dass sie durch ein sinnvolles und nützliches Ehrenamt in ihrer eigenen Lebensgestaltung neue Akzente setzen wollen. Besonders im Sinne des Peer Counseling ergeben sich aus der Selbsthilfearbeit sinnvolle Betätigungsfelder für Ehrenamtliche.

Dazu sind Rahmenbedingungen nötig, die verabredet und dann verbindlich umgesetzt werden müssen, bzw. die in der Krankenhausstruktur ihren

festen akzeptierten Platz haben.

Selbstverständlich darf die ehrenamtliche Arbeit auf keinen Fall professionelle Arbeit ersetzen und damit bezahlte Arbeit verdrängen. Ehrenamtliche Arbeit darf niemals zu einem Lückenbüßer werden oder als willkommenes Instrument zu Einsparungen missbraucht werden.

Deshalb ist es notwendig, ehrenamtliche Arbeit ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten zu definieren und abzugrenzen – von den Bedürfnissen der Patienten her, die sich aus der physischen und psychischen Belastung durch einen Krankenhausaufenthalt ergeben. Dabei sind vor allem die Aufgabenfelder zu betrachten, die von den Professionellen nicht übernommen werden können – zum Beispiel das Peer Counseling und andere Aspekte der Selbsthilfearbeit.

Ehrenamtliche Arbeit im Krankenhaus erfordert ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein, Verlässlichkeit und Ausdauer. So wie die ehrenamtlich Tätigen ihre Arbeit Ernst nehmen, so muss diese auch von den Professionellen Ernst genommen, anerkannt und geachtet werden. Auch wenn Ehrenamtliche für ihre Arbeit nicht entlohnt werden, sollte es Formen der Entschädigung von Unkosten – z.B. von Fahrgeld o.ä. – geben.

Es ist unbedingt auch im Sinne der Patienten, dass die ehrenamtlich Tätigen die gesellschaftliche Anerkennung erfahren, die ihnen für ihre wertvolle und durch Professionelle nicht ersetzbare Arbeit auch wirklich zusteht. Ich fürchte, davon sind wir noch ein Stück entfernt.

Was wünschen Ärzte von Ehrenamtlichen?

Beitrag von Dr. Armin Bender,

Chefärztin Prof. Dr. E. Jäger, Frankfurt am Main

Das Krankenhaus Nordwest, welches zur Stiftung Hospital zum heiligen Geist gehört, zählt über 600 Betten und verfügt über eine große onkologische Abteilung mit 80 Betten einschließlich 10 Palliativbetten, einer Tagesklinik mit ca. 15 bis 18 Patienten und einer Ambulanz mit ca. 45 bis zu 70 Patienten täglich. Die Betreuung der onkologischen Patienten, von welchen ich hier sprechen möchte, schließt auch eine psychoonkologische Beratung, einen Sozialdienst etc. durch Professionelle vor Ort ein. Ergänzend sind Ehrenamtliche tätig, in der Regel weibliche Personen, die z.B. über eine Ausleihe von Büchern an Patienten Kontakte knüpfen.

Wenige Tage vor diesem Workshop habe ich einmal eine der Damen gefragt, worüber sie mit den Patienten spreche. Die Ehrenamtliche berichtete, selbst an einem Tumorleiden erkrankt gewesen zu sein und mit Patienten vorwiegend über deren Gefühle, Empfindungen zu sprechen, welche im heutigen Alltag der Krankenhausmedizin zu kurz kommen. Traditionell sind Krankenhäuser ja vielfach aus kirchlichen Einrichtungen bzw. Orden erwachsen, die sich dem Gebot der Nächstenliebe verschrieben haben. Den Patienten wurde menschliche Wärme und Zuwendung gegeben. In der Gegenwart hört man viel von Bürokratisierung im Krankenhausalltag mit hohem „Patientenumsatz“, Professionelle könnten nicht mehr in dem Maße Zeit für Patienten aufbringen wie sie es gerne möchten bzw. ihrem eigenem Ausbildungsinhalt und persönlichen Anspruch entspricht.

Der Patient steht im Mittelpunkt eines Umfeldes vieler Berufs- und Privatgruppen, zwischen den Polen gesund und krank. Das medizinische wie auch psychosoziale Umfeld umfassen initial ein professionelles Team in der Diagnostik, dann die Gruppe von aufklärenden und behandelnden Ärzten, die Pflegeberufler, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Ernährungsberater, Seelsorger sowie Familie und Freunden.

Diese Helfer im Umfeld des Patienten kann man funktionell auch in zwei inhaltlich verschieden orientierte Bereiche aufgliedern: Zum einen in den Bereich *Diagnose* und Therapieoptionen seitens der Professionellen, welche im besten Falle eine interdisziplinäre Tumorkonferenz umfasst. Dem gegenüber steht der Bereich *Emotionen* und Therapieängste, der ein psychoonkologisches Umfeld verschiedener Mitarbeiter definiert und sich

in einem psychoonkologischen Arbeitskreis austauscht.

Zunächst kommt dem aufklärenden Arzt eine zentrale Bedeutung im Selbst- und Krankheitsverständnis des Patienten zu. Der aufklärende Arzt wird oft zu Beginn nur als „Vermittler des Unheils“ wahrgenommen. Er gibt Informationen zu Diagnose und Befunden, berät zu therapeutischen Mitteln, Sicherheiten und Risiken der Therapieoptionen sowie Behandlungsalternativen. Er sollte bis zu einem gewissen Grade einen Ausblick auf den Verlauf mit und ohne Therapie vermitteln, um die Kompetenz des Patienten zu stärken.

Diese ärztliche Fürsorge im Sinne der Aufklärung und späteren Therapiebegleitung steht im Spannungsfeld zur Selbstbestimmung des Patienten, welcher als krankes Individuum neue Lebensziele definieren muss. Während Ärzte oft vordergründig bestimmen, was akut mit dem Patienten nach Diagnosestellung geschieht, bleibt dem Patienten die Frage, was er selbst tun könne. Hierzu werden im Alltag oft nur zaghaft Fragen an die Professionellen gerichtet, da die Rückbesinnung auf die individuellen Bedürfnisse einen Gesprächsrahmen erfordert, welcher im Klinikalltag immer weniger gegeben ist.

Die Dialogsprache zwischen Arzt und Patient wird außerdem geprägt von der „Kunst der andeutenden Sprache“, d.h. es wird Zurückhaltung geübt über das volle Ausmaß der veränderten Lebensperspektive. Ziel der Entwicklung sollte es sein, wieder eine gemeinsame Sprache und Wahrhaftigkeit zur individuellen Wahrnehmung eines Patienten zu erreichen, so wie in der frühen Medizin die Sprache des Arztes diejenige der Alltagssprache war.

Nicht selten entwickeln Patienten aufgrund der Schwere der Diagnose subjektive Entstehungstheorien, bauen die Krankheit in die eigene Lebensgeschichte ein, um ihr eine Sinnfindung bzw. gar Schuldhaftigkeit zuzuordnen. Die Helfer im Umfeld sollten daher eine Begleitung zwischen Heilungschance und Leiden ermöglichen.

Mit der Diagnose Krebs wird oft ein psychosozialer Wandel im Leben des Patienten eingeleitet, der von steigender Lebensintensität und Reflexionsbereitschaft geprägt ist. Zudem stellen sich Entlastung vom Alltag sowie Zuwendung durch Menschen ein im Sinne des primären und sekundären Krankheitsgewinnes. Es folgen Loslassen von Sicherheitsdenken an die Zukunftsplanung und letztlich die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensphilosophie und Religionsauffassung. Dies führt zu einem neuen Lebensverständnis mit Krankheit.

Das private Umfeld bestehend aus Partner, Familie, sonstigen Angehörigen, Freunden und Nachbarn geht sehr verschieden mit der neuen Situation um. Überraschend oft treten Berührungsängste mit dem Patienten auf, vielleicht um nicht eigene Ängste zu reaktivieren oder aus Unsicherheit in der Begegnung. Nicht selten werden Tabuisierung und Stigmatisierung des Patienten beobachtet: Ist es ansteckend, kann es vererbt werden, sind jetzt andere Familienmitglieder mit dem gleichen Krankheitsrisiko belastet? Die Schuldhaftigkeit des Patienten wird thematisiert. Paradoxerweise führt dies zu Distanzierung vom Patienten und seiner Isolation statt zu der implizierten Nähe und erhofften konstruktiven Zuwendung.

Somit ergibt sich eine „Passiv-Betreuungslücke“ für eine unbelastete, emotionale Nähe, die ein Zulassen, ein Einlassen auf die Gefühle des Patienten ermöglichen kann. Ziel sollte sein: Zuhören können, einen ehrlichen und offenen Umgang miteinander zu pflegen, Kontaktbarrieren zu überwinden. Insbesondere sollte das gemeinsame Aushalten von Ängsten und das Erarbeiten von Hoffnung eingeübt werden.

In einer „Aktiv-Betreuungslücke“ gilt es die Unbescheidenheit eines Patienten zu fördern, diesem Mut zu machen um eigene Bedürfnisse einzufordern. Verschüttete eigene Ressourcen, d.h. besondere Fähigkeiten, Stärken, Vorlieben des Patienten zu entdecken und an deren Umsetzung mitzuwirken. Auch Kontaktvermittlung z.B. zu Experten oder Selbsthilfegruppen kann wertvoll sein.

Die Expertengruppe der Psychoonkologen am Krankenhaus steht für akute Interventionen bei Krisen und zur aktuellen Krankheitsbewältigung zur Verfügung, regt Ansätze zur Verbesserung der Lebensqualität in körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Hinsicht an. Sie vermitteln professionelle Therapeuten für die weitere intensivierete psychologische Betreuung.

Die bedeutende Rolle der *Ehrenamtlichen* liegt vor allem in ihrer fehlenden Abhängigkeit, die eine Begegnung mit dem Patienten auf gleicher Augenhöhe als Gegenüber erlaubt. Entscheidend wird dieser Kontakt von Neutralität geprägt, in welcher der Patient alles sagen kann ohne Befürchtung persönliche negativer Konsequenzen. Die Kommunikation findet in Offenheit und Freiwilligkeit als Qualitätsmerkmal statt, die keine Gegenleistung einfordert. Für beide, den Patienten und den Ehrenamtlichen kann sie eine tiefgehende persönliche Erfahrung und eigene Sinnggebung bedeuten. Für die alltägliche Arbeit der Ehrenamtlichen würde ich mir ein intensiveres gegenseitiges kennen lernen, z.B. in einem Arbeitskreis wünschen. Die Organisation und Verfügbarkeit für Patienten und professionelle Mitarbeiter sollte transparent sein. Welche Kriterien werden für die Auswahl von individuellen Patienten angewendet, wie sieht der Rückhalt der Professionellen aus?

Sollten nicht auch Einträge in die Krankenakte erfolgen? Wie erfolgt die Arbeitsteilung und Abgrenzung zur pflegerischen Berufsauffassung?

Der Eintritt in die Tätigkeit als Ehrenamtlicher bedarf einer Einführung mit Hospitation in den jeweiligen Klinikalltag, das Erfahren eines ärztlichen Aufklärungsgespräches. Die Rückkoppelung über das eigene Tun sollte z.B. in Form einer Balint-Gruppe möglich sein. Diese Aspekte führen zur Frage eines Qualitätsmanagements, in welchem aktiv Verbesserungen erreicht werden könnten. Ein besonderer inhaltlicher Schwerpunkt der Tätigkeit liegt meines Erachtens auf der emotionalen Ebene mit dem Patienten, in deren Austausch der Ehrenamtliche ein großes Gewicht besitzt.

Schließlich möchte ich mich für eine Vielzahl der Gedanken dieses Beitrags bei Rolf Verres bedanken, dessen Buch „Die Kunst zu leben. Krebs und Psyche“ (Herder Spektrum 2003) mir wesentliche Anregungen gegeben hat.

Was wünschen sich Ehrenamtliche von Professionellen ?

Siegrun Groth, Berlin

Ich bin ehrenamtlich seit 2002 als Hospizhelferin im St. Joseph Krankenhaus tätig. Für diese Aufgabe bin ich im St. Joseph Krankenhaus geschult worden. An dieser Stelle möchte ich mich bei meiner hier anwesenden Supervisorin, Frau Angelika Fritsch, für ihr Engagement bedanken. Sie hat uns ein Gefühl für Nähe und Abstand vermittelt.

Ich vertrete die Meinung, dass Hospizarbeit im Krankenhaus wie sie im St. Joseph und im St. Getraudenkrankenhaus ausgeübt wird, ein wichtiger Beitrag für eine noch bessere Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden ist.

Es waren seitdem viele Einsätze und ich habe die verschiedensten Erfahrungen gemacht.

Ich möchte hier eine meiner glücklichsten Begleitungen schildern und ihnen damit auch mitteilen, welche Erwartungen wir Ehrenamtlichen in unsere Tätigkeit mitbringen.

Diese Patientin habe ich zwei Wochen lang täglich betreut, die Station hatte uns angefordert, weil das Pflegepersonal selber das Gefühl hatte, aus arbeitszeitlichen Gründen den Sterbeprozess nicht genügend begleiten zu können.

Ich habe die Möglichkeiten einer Verständigung, mit Vorlesen, Musik und Berührungen vorgenommen. Zum beiderseitigen verbalem Austausch bestand leider keine Möglichkeit mehr.

Zwischen dem Pflegepersonal und mir entwickelte sich ein telefonischer und persönlicher Kontakt.

Dieser Kontakt hat es uns möglich gemacht, in der Sterbeminute alle an ihrem Bett zu stehen und uns an den Händen zu halten. Wir haben unsere Patientin gemeinsam verabschiedet, das war ein bewegender Moment.

Wir Ehrenamtlichen wünschen uns, dass wir genau an diesem Platz gesehen werden. Wir füllen eine Nische aus, für die es zeitbedingt zuwenig Menschen in unseren Krankenhäusern gibt. Die Sterbebegleitung kann heute nicht mehr alleine von Seelsorgern, Ordensschwestern, Krankenschwestern oder sonstigem medizinischen Personal abgedeckt werden. Es fehlen ganz einfach die Menschen.

Ehrenamtliche springen hier ein: Ausgestattet mit gutem Willen und einer Grundausbildung, unabhängig von Einsparungsvorgaben und Dienstzeit-

problemen, wollen wir begleitend für die Kranken da sein.

Wir haben die Zeit zu hören und zu fühlen, was unser schwerstkranker Patient vielleicht noch an Wünschen und Hoffnungen hat. Wir erspüren die oft vorhandene grenzenlose Einsamkeit und versuchen sie für Stunden zu lindern.

Es ist auch unser Anliegen Zugang zu den Angehörigen zu finden und diesen unsere Hilfe anzubieten.

Es wäre schön, wenn Hospizhelfer als ernstzunehmende Helfer angenommen würden und wenn man ihre Beobachtungen oder Erfahrungen noch intensiver in den Pflege- und Betreuungsprozess mit einbezöge.

Wir wünschen uns die Wertschätzung unserer Tätigkeit, die Anerkennung der ehrenamtlichen Arbeit im Krankenhaus. Wir möchten, dass die Mitarbeiter Vertrauen in unsere Arbeit setzen.

Deshalb ist auch ein gewisser Informationsfluss zwischen uns und dem Pflegepersonal überaus wichtig.

Wir möchten, dass in den Krankenhäusern der Palliativgedanke, schmerzfrei, angstfrei und liebevoll umsorgt zu sterben, stärker als bisher berücksichtigt wird.

Menschen sollen ihren eigenen Tod sterben dürfen, dazu gehört auch die Respektierung von Patientenverfügungen.

Krankenhäuser werben mit guten Operationserfolgen, mit einer „guten Sterbeatmosphäre“ wirbt niemand. Es gibt zu wenig Raum dafür.

Eine Operation wird als „steril“ und „perfekt“ deklariert, Sterben müsste mit ‚warm‘ und ‚sanft‘ umschrieben werden, dafür braucht man gegebenenfalls auch innerhäusliche Veränderungen.

Ich wünsche mir in Vertretung vieler Hospizhelferinnen eine bessere Sterbekultur in unseren Krankenhäusern. Sterbende dürfen nicht ausgeklammert werden, ihr Ableben sollte nicht spurlos sein, der Tod nicht verheimlicht werden. Sterben darf nicht verlagert werden, nicht ausgelagert werden.

Dieser Hinweis geht übrigens u.a. an die Geldgeber, wie z. B. die Krankenkassen und andere Institutionen.

Wir sollten ein Krankenhaus auch daran messen, wie vor Ort Menschen auf ihrem letzten Weg begleitet werden.

Wir wollen mit diesem Anliegen ernst genommen werden.

Keiner kann das Leiden abschaffen, aber nach den Beobachtungen am Krankenbett möchte ich sagen, wäre es wunderbar wenn auch im Krankenhaus das Leiden und Sterben „schöner“ werden könnte.

Wir wünschen uns auch im Krankenhaus gesonderte Räume um die Sterbenden aufmerksamer und liebevoller umsorgen zu können. Wir wünschen uns den Einsatz warmer Farben, blendfreie Lichtquellen, Musikbegleitung, den Einsatz von Düften und vor allem Ruhe zum Austausch von Gedanken.

Das Problem liegt oftmals in der fehlenden Ruhe.

Die Hektik der allgemeinen Versorgung führt oft auch zur Überversorgung von Schwerstkranken.

Ab einem gewissen Zeitpunkt ist gebündelte Grundpflege sehr belastend für unsere Patienten. Der stationäre Tagesablauf lässt wenig Zeit für Besinnung und Abschied.

Sterben braucht aber Ruhe zum Annehmen und Abschiednehmen.

Besonders für die Ausbildung junger Pflegekräfte wünsche ich mir noch stärker die Vermittlung dieser Bedürfnisse unserer Schwerstkranken und Sterbenden.

Es wäre gut, wenn Patienten im täglichen Arbeitsablauf nicht nur als Fälle zur Dokumentation gesehen werden, sondern als immer noch geliebte Menschen, als Mütter oder Väter. Sie sind Personen mit wichtiger, gelebter Vergangenheit und haben ein Recht auf Beachtung, Respekt und Fürsorge bis zu letzt.

Unser Anliegen ist auch, dass Ärzte ein besseres Empfinden für Schmerz und Angst entwickeln. Es liegt in ihrem Ermessen die Furcht vor Schmerzen und den Schmerz zu steuern.

Es sind jetzt alle Betreuungsgruppen zu Wort gekommen und ich habe unsere Vorstellungen vortragen dürfen. So gesehen fühle ich mich auch als Sprecher für unsere Hospizpatienten, vielleicht als Ergänzung zu den Professionellen.

Wir wollen keine Konkurrenz zu irgendjemand darstellen, wir sind weder Seelsorger noch Fachpersonal, wir sind einfach nur zur rechten Zeit anwesend – wenn wir denn gerufen werden.

Ausbildung im Hospiz

Sr. M. Chiara Lipinski, Berlin

Weshalb soll ein ehrenamtlicher Hospizdienst im katholischen Krankenhaus implementiert werden, in dem es noch Ordensschwestern gibt? Um unsere Entscheidung besser zu verstehen möchte ich kurz die Entwicklung unseres St. Joseph-Krankenhauses darstellen.

1928 wurde unser Haus in Betrieb genommen mit 600 Betten. Jede Station und jeder Funktionsbereich wurde von einer Ordensschwester geleitet, einschließlich Verwaltung und Apotheke. Insgesamt waren damals 140 Ordensschwestern in allen Bereichen tätig. Zu dieser Zeit hatten wir, die Kongregation der Schwestern von der hl. Elisabeth, noch keine Nachwuchssorgen.

Die Ordensschwestern arbeiteten damals 7 Tage in der Woche, meistens zwei Schichten und bekamen 5 Urlaubstage im Jahr. Unterbrochen wurde die Arbeit vom Gebet, den Mahlzeiten und der Nachtruhe.

Heute, 78 Jahre später, leben und arbeiten nur noch 23 Ordensschwestern im St. Joseph-Krankenhaus. Davon sind im Angestelltenverhältnis nur noch 7 Ordensschwestern. Diese sind eingesetzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Geburtshilfe/Gynäkologie, Kinderklinik, Information, Seelsorge und in der Leitung des Pflegedienstes.

Fünf Ordensschwestern im Alter zwischen 63 und 78 Jahren begleiten Schwerkranke und Sterbende. Diese geringe Zahl deckt den Bedarf der Begleitung nicht mehr.

Tag und Nacht im Einsatz zu sein ist aus gesundheitlichen Gründen und altersbedingt für die Ordensschwestern nicht mehr möglich.

Überalterung, Nachwuchsmangel und die Sorge um die Zukunft brachten mich auf die Idee, unsere Arbeit von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern unterstützen zu lassen.

Meine Vision ist, ein tragfähiges Netz mit Menschen aufzubauen, die in unserem Sinne diesen wertvollen Dienst an den Kranken weiterführen, wenn es uns nicht mehr gibt.

Vorbereitung

Die Gründung eines Hospizdienstes musste sensibel vorbereitet werden.

Da gab es die Schnittstellen: Ordensschwestern, Stationsleitungen, Seelsorger, Ärzte und Psychologen, eine homogene Einheit, die sich kannte, die aufeinander eingespielt war.

Um die Bedürfnisse der Patienten und der Professionellen erfassen zu können gründeten wir zunächst eine Arbeitsgruppe Hospiz, bestehend aus einer Ärztin (Dr. Jeanne Nicklas-Faust), einer Nachtschwester (Adelheid Blanke), Andrea Reeck (Qualitätsmanagement Pflege) und mir.

Die Nachtschwester sagte:

„In den Abend- und Nachtstunden, wenn es still wird im Krankenhaus, dann ist es am Schlimmsten.“

Diese Aussage war zugleich unsere Bestätigung, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Im nächsten Schritt mussten die Idee und die Vorstellung mit dem Seelsorgeteam und den Pflegenden diskutiert werden.

Ich weiß, die Pflegenden leiden darunter, dass sie aus Zeitmangel die intensive Begleitung nicht selbst übernehmen können.

Weiter war zu überlegen, wer die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen ausbilden und begleiten kann?

Es müsste eine Person sein, die fähig ist folgende Aufgaben selbständig durchzuführen:

- Auswahl und Ausbildung der Ehrenamtlichen
- Kontinuierliche Fortbildung
- Koordination der Einsätze
- Kooperation und Kommunikation mit den Pflegenden der Einsatzstationen und der Seelsorge
- Supervision
- Öffentlichkeitsarbeit

Für diese vielfältigen Aufgaben konnten wir Frau Angelika Fritsch gewinnen, die alle notwendigen Qualifikationen mitbrachte: Krankenschwester, Fachweiterbildung für Anästhesie u. Intensivpflege, Lehrerin für Pflegeberufe, TZI Gruppenpädagogin, geistl. Begleiterin und Ausbildung zur Hospiz-

beauftragten. Sie ist die hauptamtliche Leiterin des Hospizdienstes, ihr Stellvertreter ist der ehrenamtliche Helfer, Andy Krüger.

Bevor die Ausbildung der Ehrenamtlichen begann musste zuerst die Kursleitung geschult werden.

Dabei galt es zu entscheiden welches Konzept dem Ganzen zugrunde liegen soll. Wir haben uns für die Celler Konzeption entschieden.

Das Celler- Modell, mit dem Kursbuch:
„Verlass mich nicht, wenn ich schwach werde“
entsprach inhaltlich und didaktisch unseren Vorstellungen.

(Das Modell und das Handbuch entstand im Rahmen des Projekts „Sterbende begleiten - Seelsorge der Gemeinde“ im Auftrag der Vereinigten Evangelischen Lutherischen Kirche Deutschlands.)

Öffentlichkeitsarbeit

Nun galt es zu überlegen: wie erreichen wir interessierte Frauen und Männer?

Wie wollen wir die Öffentlichkeitsarbeit gestalten?

Die Interessierten erreichten wir über:

- Flyer in deutsch und türkisch, die wir in den Gemeinden auslegten
- Werbung im eigenen Hause
- Teilnahme: „Woche für das Leben“
- „Tag der offenen Tür SJK“
- Mitgliedschaft der Hospiz – Landes Arbeitsgemeinschaft
- Beteiligung an der jährlichen Hospizwoche

Welche Voraussetzungen sollen die Ehrenamtlichen mitbringen?

- sie suchen eine sinnvolle Arbeit
- sie wollen sich mit dem Thema „Sterben und Tod“ auseinandersetzen
- sie wollen sich unabhängig von Nationalität und Glaubensrichtung in einem christlichen Krankenhaus engagieren
- sie wollen Zeit schenken im Rahmen ihrer Möglichkeiten
- sie haben ein offenes Herz und die Fähigkeit sich anderen zuzuwenden

Wann raten wir von einer Teilnahme ab?

- wenn erkennbar ist, dass sie beruflich und familiär zu stark eingebunden sind

- wenn sie selbst noch in einer akuten Trauerphase sind

Sie sollten sich erst einmal Zeit gönnen, um frei zu werden von der eigenen unmittelbaren Betroffenheit, bevor sie sich anderen zuwenden.

„Wer zu sehr an der eigenen Last trägt, hat nicht die Kraft sich anderen zuzuwenden“.

Trotz aller Vorsorge kann es dennoch sein, dass durch die intensive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod bei den Teilnehmerinnen oder Teilnehmern etwas aufbricht.

Dann bieten wir sofort ein begleitendes Gespräch an zur Aufarbeitung persönlicher Erfahrungen, wenn dies gewünscht wird.

Welche Berufsausbildungen sind Voraussetzung?

Es gibt keine bevorzugten Berufe, da die Ehrenamtlichen keine pflegerischen Tätigkeiten verrichten.

Unser Team ist multiprofessionell:

Es engagieren sich: Hausfrauen, RentnerInnen, Pflegende, ein EDV-Fachmann, ehem. Polizeibeamte, eine Bilanzbuchhalterin, eine Kindergärtnerin, eine Gemeindereferentin und Personen, die in unterschiedlichen leitenden Funktionen tätig waren.

Die Religionszugehörigkeit der ehrenamtlichen Mitarbeiter ist ebenfalls unterschiedlich, sie sind bis heute deutscher, koreanischer und holländischer Nationalität.

Die Altersstruktur ist sehr ausgewogen und liegt zwischen 30 – 70 Jahren.

Wann werden die Ehrenamtlichen eingesetzt?

Der Einsatz erfolgt überwiegend in den Abend- und Nachtstunden.

Es kam auch schon vor, dass die Begleitung nach Verlegung ins Heim fortgeführt wurde.

Hausbegleitung machen wir nicht, dafür gibt es den ambulanten Hospizdienst.

Wofür werden die Ehrenamtlichen eingesetzt?

Die Ehrenamtlichen werden ausschließlich für die Begleitung von schwer-

kranken und sterbenden Menschen, unabhängig ihrer Herkunft und ihrer religiösen Weltanschauung, eingesetzt. Auf Wunsch begleiten sie auch Angehörige und Freunde der Kranken oder Verstorbenen. Grundsätzlich dient der Einsatz als Unterstützung der Pflegenden, der Seelsorge und der Ärzte.

Wie verläuft das Auswahlverfahren?

Nachdem die Interessierten Kontakt mit uns aufnehmen erhalten sie einen Gesprächstermin von Frau Angelika Fritsch. Von ihr bekommen sie alle Informationen über die Anforderungen, Schulung und Tätigkeiten. Zu ihrer eigenen Reflektion und für uns als Information erhalten sie einen Fragebogen.

Ausbildung

Der Kurs ist aufgeteilt in einen Grundkurs, eine Praxisphase und einen Vertiefungskurs.

Grundkurs

Dauer 6 Tage jeweils verteilt auf mehrere Wochenenden

Zeit: 10:00 – 15:00 Uhr

Zeitraum: 4 Monate

Teilnehmerzahl: 8 – 12 maximal

Praxisphase

Zeitraum: 4 Monate

Nach Beendigung des Grundkurses beginnt der Einsatz in der Praxis.

Das Leitungsteam wählt die Patienten aus. Jetzt soll das, was eingeübt wurde, erprobt werden.

Der Einsatz beginnt nicht gleich bei den Sterbenden wenn eine Teilnehmerin oder Teilnehmer keine Vorerfahrung hat. Wir beginnen dann zuerst mit einem Besuchsdienst bei Patienten, die keine Angehörigen und Freunde haben.

Die Heranführung an Sterbende geschieht langsam. Diese Phase läuft auch parallel zum Vertiefungskurs und ist erst mit Beendigung des letzten Ausbildungsabschnittes abgeschlossen.

Vertiefungskurs

Dauer : 6 Tage jeweils verteilt auf mehrere Wochenenden

Zeit: 10:00 – 15:00 Uhr

Zeitraum: 4 Monate

Grundlage des ersten Kursabschnittes

Der Grundkurs orientiert sich an der „Emmaus – Geschichte“ (Lk 24,13-35).

Die KursteilnehmerInnen werden in dieser Zeit einen Weg über 8 Stationen geführt:

Wahrnehmen, Mitgehen, Zuhören, Verstehen, Weitergehen, Bleiben, Loslassen und Aufstehen.

Im Blick darauf können die TeilnehmerInnen schon erkennen worum es geht, welche Fähigkeiten sie mitbringen sollten, oder welche sie besitzen, die wir fördern möchten in der Vorbereitung für diesen seelsorglichen Dienst.

In Lukas 24,13-35 wird das seelsorgliche Handeln Jesu an den trauernden Jüngern beschrieben, die jegliche Hoffnung verloren haben.

(*) Er nimmt sie wahr,
geht mit ihnen mit,
hört zu,
versteht,
ja, stellt sich, als wolle er weitergehen,
bleibt, lässt los, steht auf und befähigt darin auch die Jünger aufzustehen.

* Kursbuch

In den sechs Tagen des Grundkurses setzen sich die TeilnehmerInnen mit dem Thema „Leben“ auseinander, „Sterben und Tod“ gehören selbstverständlich dazu.

Es werden Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, die sie zu ihrem Einsatz befähigen. Die Schwerpunkte liegen auf dem Einüben der bewussten Wahrnehmung und dem „aktiven Zuhören“.

Regelmäßig alle 14 Tage finden Supervision, Fallbesprechung und Fortbildung statt. In Freiheit können alle Ehrenamtlichen wählen ob sie daran teilnehmen wollen oder ob sie ein Einzelgespräch mit der Kursleitung bevorzugen.

Der berühmte Schritt **weitergehen** ist als Erinnerung gedacht, dass wir uns niemand aufdrängen. Er soll alle Helfenden befähigen zu erspüren: Braucht

der Patient mich noch? Kann er schon allein weitergehen?

Erst wenn die Bitte kommt: "Bleibe bei uns", dann bleiben wir.

Vertiefungskurs

Der Vertiefungskurs beginnt 4 Monate nach der Praxisphase. Inzwischen konnten die TeilnehmerInnen praktische Erfahrungen sammeln.

Diese Einheit dient der Verarbeitung und geistlichen Vertiefung der bisherigen Erfahrungen und steht unter der Überschrift: „Das lösende Wort“.

Auch in diesem Kurs werden sie einen Weg über 8 Stationen geführt: Gerufen, Gefragt, Bedacht, Bekannt, Gelöst, Erfüllt, Gesegnet, Begabt.

Nicht selten erfahren die Helfenden, dass Schwerkranke oder Sterbende eine Art „Lebensbeichte“ ablegen wollen. Sie erfahren von den Betroffenen eine Reihe unerledigter Erlebnisse, die ausgesprochen und bearbeitet werden müssen.

Oft kommt es vor, dass Sterbende und Schwerkranke beichten wollen oder die Krankensalbung wünschen. Mit diesen Wünschen angemessen umzugehen, wer wann gerufen werden muss, gehört zu den wichtigsten Aufgaben der BegleiterInnen.

„Das lösende Wort“ verstehen wir aber nicht nur im Kontext zur Beichte. Hier geht es uns um jede Form zwischenmenschlicher Kommunikation, in der das menschliche Wort lösend, heilend und helfend wirkt.

Die Menschen die Jesus begegnet sind haben stets erfahren, dass sie in allen Ängsten und in allen schuldhaften und schuldlosen Irrungen und Wirrungen des Lebens bedingungslos geliebt und angenommen sind. Wenn der Betroffene durch das Gespräch spürt: Ja es ist alles gut!

Oder wenn ein/e BegleiterIn zu einer Versöhnung beitragen und sie miterleben kann, dann ist dies vielleicht der größte Lohn für den ehrenamtlichen Dienst.

Nicht immer gelingt es in einem Gespräch noch alles zu klären z. B. wenn der Patient sich nicht mehr äußern kann. Auch in dieser Situation braucht der Mensch den positiven Zuspruch. Da gilt es zu erspüren was jetzt Not tut.

Wie teilen wir die Arbeit auf?

Wir begleiten im Team, d. h. wenn abzusehen ist, dass die Begleitung über einen längeren Zeitraum erforderlich ist, stellt der/die erste BegleiterIn ein

Team zusammen, das aufeinander abgestimmt ist.

Wir haben die Helferinnen und Helfer festen Stationen und Abteilungen zugeweiht, damit gegenseitiges Vertrauen, Zugehörigkeit und Annahme wachsen kann.

Leitlinie: „Was geht nicht!“

Die Ehrenamtlichen übernehmen keine pflegerischen Tätigkeiten.

Die Weitergabe von Informationen über Patienten ist selbstverständlich nicht erlaubt, ausgenommen an die Kursleitung, wenn sie zur Klärung einer Situation wichtig sind.

Ehrenamtliche erhalten von uns:

Für die Zeit, die sie einem Menschen schenken, erhalten sie keine finanzielle Vergütung.

Was Sie von uns geschenkt bekommen ist:

Gruppenerfahrung, Zeit, Zuwendung, die Begleitung eines bewussten, persönlichen Weges.

eine Erstattung der Fahrtkosten

Einladung zu allen hausinternen Veranstaltungen

Fortbildung

Selbstverständlich sind sie haftpflicht- und unfallversichert.

Zusammenfassung

Ich bin sehr dankbar, dass es Menschen gibt, die sich ehrenamtlich engagieren, vor allem heute wo die menschlichen und finanziellen Ressourcen immer knapper werden. Ihre Arbeit ist ein Segen für unser Krankenhaus und eine große Unterstützung bei der Erfüllung unseres christlichen Auftrages.

Wenn wir genügend Interessierte haben werden wir im Frühjahr 2006 einen neuen Kurs beginnen.

Reicht der gute Wille? Perspektiven für das Ehrenamt im Krankenhaus

Dr. Tanja Hitzblech, Berlin

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

*Willst Du froh und glücklich leben,
lass kein Ehrenamt Dir geben.
Willst Du nicht zu früh ins Grab,
lehne jedes Amt gleich ab.
So ein Amt bringt niemals Ehre,
denn der Klatschsucht scharfe Schere,
schneidet boshaft Dir, schnipp-schnapp
Deine Ehre vielfach ab.*

Wilhelm Busch

Könnte so die Zusammenfassung des bisherigen Tages lauten? Ist eine ehrenamtliche Tätigkeit wirklich erstrebenswert, oder sollten wir unter den gegebenen Bedingungen lieber davon Abstand nehmen? Was soll ich sagen nach all den vielen Beiträgen, die die unterschiedlichsten Facetten des Ehrenamtes im Krankenhaus aufzeigen? Vielleicht folgendes:

Ich sehe die Förderung des ehrenamtlichen Engagements als zentrale Triebfeder einer aktiven Bürgergesellschaft. Ehrenamtliches Engagement ist ein wichtiges Fundament unserer Gesellschaft. Ohne Ehrenamt wäre die heutige Gesellschaft nicht funktionsfähig und unser Gemeindeleben verarmt. Ehrenamtliche Mitarbeit stellt eine nicht ersetzbare Leistung für unsere Gesellschaft dar; oder wie sollte man die Tatsache - dass 1999 rund 22 Millionen Menschen bürgerschaftlich engagiert waren - anders deuten (Rosenblatt 2000)?! So gilt soziales Ehrenamt beispielsweise als Ressource, die einen wesentlichen Beitrag zur Kompensation der unzureichenden Betreuungsmöglichkeiten leisten kann und soll. Auf der anderen Seite gilt das soziale Ehrenamt als sinnvolle Handlungsperspektive gerade auch für alte und ältere Menschen (Backes 2000).

Nicht zuletzt deswegen ist es auch so wichtig, das Ehrenamt in jeder erdenklichen Form zu unterstützen. Es müssen Rahmenbedingungen und ein soziales Klima geschaffen werden, in dem sich ehrenamtliches Engagement entwickeln kann.

Unverzichtbar erscheint das Ehrenamt aber auch noch aus folgendem Grund: Individualisierung und Singularisierung des Menschen, Anonymität und Reiz-

überflutung durch Medien, das Altern der modernen Gesellschaft, die Verminderung des Arbeitsvolumens im Erwerbsleben, die Verluste an religiösen Bindungen und Sinnerfahrungen, die Vielfalt an Vernetzungen durch eine immer höher entwickelte Kommunikationstechnik, ohne dass dabei Menschen zusammenkommen – all dies sind Entwicklungen, die mehr persönliche Zuwendungen notwendig machen.

Doch: Reicht der gute Wille? - mit dieser Frage ist mein Referat überschrieben. Ich denke, Sie widersprechen mir nicht, wenn ich sage, dass dies eine rhetorische Frage ist. Oder was antworten wir auf folgende Fragen, die sich u.a. aus den bisherigen Beiträgen ableiten:

- ⇒ Wird die Motivation Ehrenamtlicher durch einen Mangel an Wertschätzung häufig gebremst und ist damit der gute Wille nicht allein ausschlaggebend?
- ⇒ Werden die Chancen einer Qualifizierung der ehrenamtlich Tätigen zu wenig gesehen, weil die Verantwortlichen in Krankenhäusern, Hospizen etc. allein auf den guten Willen der Ehrenamtlichen setzen?
- ⇒ Ist der Einsatz Ehrenamtlicher nicht ausreichend abgesichert, weil es nicht für nötig erachtet wird, weil die Weitergabe an Nächstenliebe bzw. der „Lohn im Himmel“ Entschädigung genug ist? oder
- ⇒ Wie erklären wir es uns, dass der mögliche Gewinn aus der Zusammenarbeit zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen häufig nicht zur Geltung kommt?

Wie steht es um das Ehrenamt im Allgemeinen und um das Ehrenamt im Gesundheitssystem? Wie könnte eine gute Kultur des Ehrenamtes zukünftig aussehen? Bevor ich dazu komme, möchte ich eine kleine Bestandsaufnahme vornehmen:

Eine Bestandsaufnahme

Das Gesundheitssystem steht heute und in Zukunft vor großen gesellschaftlichen und sozio-ökonomischen Herausforderungen, die es im Interesse von Patienten zu meistern gilt. Die bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens müssen den Herausforderungen angepasst werden, um das Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen und langfristig zu stabilisieren. Dabei weisen der medizinisch-technische Fortschritt, die Alterung der Bevölkerung, die ökonomische Entwicklung sowie der Wandel des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Krankheiten auf wichtige Reformnotwendigkeiten hin. Der Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen ist für Krankenkassen, Leistungserbringer, Versicherte und Patienten ein alltägliches – wenn auch häufig ungeliebtes und unausdiskutiertes – Thema (Peterhoff, Müller 2005). Durch die Umstrukturierungen im Gesundheitssystem verändern sich vor allem die Arbeitsbedingungen für Professionelle. Krankenhäuser sehen

sich zunehmend in einem konkurrierenden Wettbewerb, in dem Patienten in kürzerer Zeit mit weniger Personal aber mit steigendem Anspruch an Qualität und Effizienz behandelt werden müssen. Für die im Krankenhaus hauptamtlich Tätigen bedeutet dies, neben anderen Faktoren, einen starken Anstieg der Arbeitsbelastung und Arbeitsintensität. Marathondienste, schlechte Bezahlung, zu viel Papierkram – der Frust unter deutschen Klinikärzten wächst. Darunter leidet auch die Qualität der Versorgung. Weniger Bürokratie, geregelte Arbeitszeiten, mehr Zeit für Patienten und damit eine bessere Patientenversorgung wird gefordert.

Parallel zu den Entwicklungen im Gesundheitssystem sehen sich Professionelle – im Folgenden von mir genannt im Sinne von Hauptamtlichen – einer verstärkten Förderung ehrenamtlichen Engagements gegenüber. Aus diesem Grund wird zwischen Professionellen und Ehrenamtlichen ein eher konfliktreiches Verhältnis angenommen. Konfliktrichtigkeit der Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen, die ihren Ursprung hat in fehlenden Abgrenzungen, mangelnder Kommunikation, einer Klientifizierung und Abwertung der Ehrenamtlichen bedingt durch eine Statusunsicherheit der Berufsrolle der Professionellen.

Aber schauen wir uns das Verhältnis zwischen Professionellen und Ehrenamtlichen einmal in Ruhe an – auch unter dem Aspekt des immer wieder genannten **Wertewandels des Ehrenamtes**. Wie sehen die neuen Entwicklungen im Ehrenamt aus?

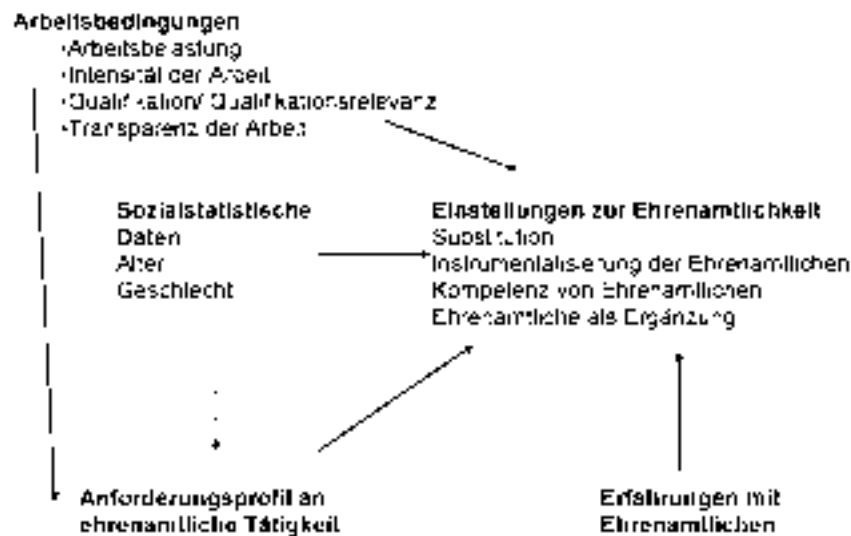
Neue Entwicklungen im Ehrenamt/ Wertewandel im Ehrenamt

Betrachtet man ganz allgemein die Entwicklung des Ehrenamtes in der Bundesrepublik, so lässt sich beobachten, dass sich in den letzten Jahrzehnten ein einschneidender Wertewandel vollzogen hat. Die Modernisierung des Ehrenamtes ist durch verstärkt zeitlich flexible Engagementmöglichkeiten und kürzere befristete Aufgaben gekennzeichnet. Waren es früher Werte, die sich am ehesten mit den Begriffen „Pflicht“ und „Akzeptanz“ fassen ließen, so ist heute ein wesentliches Motiv ehrenamtlichen Handelns im Wunsch nach „Selbstentfaltung“ zu erkennen (Franz 1988).

So wundert es nicht, dass Ehrenamtliche als Ziel ihrer Tätigkeit den Wunsch nach eigenständiger Arbeit, Selbstverwirklichung, Ungebundenheit, Kreativität, Ausleben emotionaler Bedürfnisse und ähnlichem angeben (BMFSFJ 2001). Beweggründe für freiwilliges Engagement haben sich damit grundlegend verändert: nicht mehr Opferbereitschaft und Pflichterfüllung geben den Ausschlag, sondern Selbstverwirklichung, Spaß an der Arbeit, neue Kontakte zu anderen Menschen und Freude am Übernehmen von Verantwortung.

Nun könnte man vermuten, dass gerade aufgrund dieses Wertewandels ein Rollenkonflikt zwischen Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen/ Professionellen entsteht. Werfen wir also einen genaueren Blick auf diesen Bereich: Wel-

che Einstellungen von Professionellen gegenüber Ehrenamtlichen sind denkbar und wie werden diese beeinflusst? Folgendes Schaubild soll das Problem verdeutlichen:



Arbeitsbedingungen der Professionellen nehmen natürlich Einfluss auf die Einstellungen zu den Ehrenamtlichen. Inwiefern?

Die *Arbeitsintensität und Arbeitsbelastung* nehmen in diesem Zusammenhang einen wichtigen Stellenwert ein: Bei rückläufigen Personalzahlen bedeuten die Entwicklungen für immer weniger Pflegepersonal immer mehr Arbeitsaufwand. Durch steigende Patientenzahlen mit immer geringerer Liegedauer erhöht sich allein der administrative Aufwand, den das Pflegepersonal hier zu leisten hat um ein Vielfaches. Überlastung kann beispielsweise zum Burnout führen, was auch unmittelbare Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit im Krankenhaus anderen tätigen Berufsgruppen und ehrenamtlich Tätigen hat.

Auch die *Transparenz der Arbeit* ist ein kooperationsrelevanter Faktor. Er verweist auf die Überschaubarkeit und Effekte der einzelnen Arbeitsergebnisse, aber auch auf die Durchschaubarkeit der Arbeitsabläufe. Auch das ist für eine Kooperation wichtig, denn erst wenn klar ist, für welche Aufgaben welche Personen zuständig sind und welche Kompetenzen sie haben, können Aufgaben koordiniert werden. Transparenz über die Inhalte einzelner Stellenbeschreibungen auf interdisziplinärer Ebene ist sehr wichtig, da zahlreiche Konflikte aus Unkenntnis über Rolle und Funktion eines Stelleninhabers entstehen (Thielhorn 1999). Und außerdem können Unsicherheiten über das Profil der eigenen Arbeit und die *Qualifikation* der Hauptamtlichen möglicherweise dazu führen, mit der jeweiligen anderen Helfergruppe zu konkurrieren bzw. deren Arbeit abzuwerten (Otto-Schindler 1996).

So sind aber nicht nur die jeweiligen Arbeitsbedingungen, das entsprechende Konzept der einzelnen Institution, sondern auch das jeweilige **Anforderungsprofil an ehrenamtliche Tätigkeit** entscheidend für die Einstellungen zu Ehrenamtlichen. Bekommen die Ehrenamtlichen einen für sich abgeschlossenen Arbeitsbereich zugeteilt, oder sind sie nur Handlanger für die Professionellen? Die Arbeitsbedingungen von Ehrenamtlichen und das Konzept der Institution entscheiden am stärksten darüber, wie sich das Verhältnis zwischen Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen gestaltet. Dies kann im Extrem bedeuten: Ehrenamtliche als Handlanger der Professionellen einerseits oder ehrenamtliche Tätigkeit als eigene Sinnressource andererseits.

Und die Erfahrungen mit Ehrenamtlichen haben natürlich auch einen Einfluss auf die Einstellungen zu ehrenamtlich Tätigen. Je nachdem, welche Erfahrungen man bisher gesammelt hat, steht man einer Kooperation positiv oder negativ eingestellt gegenüber.

Welche Einstellungsdimensionen Professioneller gegenüber Ehrenamtlichen sind nun denkbar?

Bei der *Einstellungsdimension Substitution* geht es um die Sorge Professioneller, auf Dauer durch Ehrenamtliche ersetzt zu werden. Bei dieser Einstellung haben Professionelle diffuse Arbeitsplatzängste, die in Verbindung gebracht werden mit den Ehrenamtlichen und die meist verschwinden, wenn denn tatsächlich Kontakte zu Ehrenamtlichen vorhanden sind und sich die Andersartigkeit und der Umfang ehrenamtlicher Tätigkeit im Krankenhaus in der Praxis zeigt.

Geht man von einer *Instrumentalisierung* aus, dann steht die Problematik im Mittelpunkt, unter welchen Bedingungen z.B. professionelles Pflegepersonal dazu neigt, Ehrenamtliche für eigene pflegerische Aufgaben heranzuziehen. Denkbar wäre auch die Einstellung, die sich durch „Kompetenz“ auszeichnet, also dass Professionelle die ehrenamtlich Tätigen als kompetent wahrnehmen, nämlich wenn Erfahrungen mit diesen dies bestätigt.

Professionelle können Ehrenamtliche aber auch als „Ergänzung“ zu ihrer Tätigkeit wahrnehmen und zwar indem sich die Verschiedenartigkeit der Ehrenamtlichen zur professionellen Tätigkeit offenbart und diese dann umso mehr als Ergänzung wahrgenommen wird. Je positiver die Erfahrungen mit Ehrenamtlichen bewertet werden, umso weniger Angst haben Professionelle vor Substitution und umso weniger werden die Ehrenamtlichen für die professionelle Arbeit des Pflegepersonals eingesetzt (Instrumentalisierung). Es lässt sich vermuten, dass eine Spezialisierung im Beruf zu einer Profilbildung der Professionellen beiträgt, mit der Folge, dass die Verschiedenartigkeit professioneller und ehrenamtlicher Tätigkeiten erkannt wird und Substitutionsängste zum Verschwinden bringen.

Welche *Schlussfolgerungen* ziehe ich daraus für die Seite des Krankenhauses? Für die Ausgestaltung des Verhältnisses spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Vor allem zeichnen sich die Arbeitsbedingungen von Professionellen für das Verhältnis zu Ehrenamtlichen verantwortlich.

Als Folgerung bedeutet eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für ehrenamtliches Engagement auch immer und vielleicht auch an erster Stelle die Verbesserung der Rahmenbedingungen für professionelle Arbeit.

Soviel vielleicht in aller Kürze zur Seite der Professionellen. Wie sieht es aus der **Sicht der Ehrenamtlichen** aus? Welche Anforderungen, Bedürfnisse gilt es zu beachten?

Ehrenamtliches Engagement beinhaltet, dass Menschen eine Aufgabe als sinnvoll erkennen, der sie Zeit und Kraft zur Verfügung stellen. Es bedeutet aber auch, dass sie einen ganz persönlichen Zuwachs an Sinnerfüllung, Selbstverwirklichung und Anerkennung finden können.

Aufgrund von Umfragen kennt man die Wünsche, die Ehrenamtliche an ihre Arbeit haben. Sie möchten

- ⇒ sich wertgeschätzt und von Hauptamtlichen akzeptiert fühlen,
- ⇒ sich als vollwertige Teammitglieder fühlen können; d.h. z.B. in die Planung und Gestaltung von Projekten einbezogen werden, ein klares Tätigkeitsprofil und Hilfe und Unterstützung durch das hauptamtliche Team erhalten,
- ⇒ Kenntnisse und Ressourcen einbringen, eigene Erwartungen an die Tätigkeit erfüllt bekommen, d.h. ihre Ideen und Anregungen aufgreifen können bei klaren Vereinbarungen über den Zeitrahmen
- ⇒ Rückmeldungen von den bezahlten Teammitgliedern erhalten, d.h. Gespräche und Treffen zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen
- ⇒ Aufwandsentschädigungen, Versicherungen und einen Abbau bürokratischer Regeln und Hürden
- ⇒ Entwicklungschancen durch Aus- und Weiterbildung erhalten.

Diese Auflistung zeigt, dass Ehrenamtliche den Wunsch haben, innerhalb des Teams eine sichere Rolle mit entsprechender Anerkennung zu finden, was sich insbesondere darin zeigt, dass sie von den Hauptamtlichen ernst- und wahrgenommen werden.

Wie könnten nun Lösungsvorschläge für ein gelungenes Miteinander von Haupt- und Ehrenamtlichen im Krankenhaus aussehen?

Mögliche Lösungen - eine Kultur des Ehrenamtes

Um den Krankenhäusern die Kraft der Ehrenamtlichkeit zu erhalten, müssen sie sorgsam mit diesem kostbaren Kapital umgehen. Krankenhäuser müssen die Bedürfnisse der Ehrenamtlichen berücksichtigen und respektieren, eben-

so wie die Ehrenamtlichen selbst den Mut erhalten müssen, zu ihren Bedürfnissen zu stehen, um ein möglichst konfliktfreies Miteinander und ein entspanntes Verhältnis zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen im Alltagsgeschehen zu ermöglichen.

Welche Lösungen für den vermeintlichen Rollenkonflikt zwischen Ehren- und Hauptamtlichen sind also denkbar?

Zunächst einmal empfiehlt es sich bei der Suche nach Ehrenamtlichen, Aufgaben, für die man Ehrenamtliche sucht, attraktiv, konkret und pfiffig zu beschreiben. Dann sollte die Vielzahl der Motive für ein freiwilliges Engagement wahrgenommen werden, um überhaupt den Bedürfnissen der Ehrenamtlichen Rechnung tragen zu können. Damit die Erwartungen der Ehrenamtlichen an die Tätigkeit erfüllt werden, ist es wichtig, dass ihre Motivation und ihre konkreten Handlungsziele bereits in Vorgesprächen sorgfältig abgeklärt werden. Es ist wichtig, die Freiwilligen den Zeitpunkt und Zeitumfang ihres Einsatzes selbst bestimmen zu lassen und ihnen „Schnupperphasen“ zu ermöglichen.

Für Hauptamtliche muss es zu einer Selbstverständlichkeit werden, mit Ehrenamtlichen umzugehen. Das Bereitstellen von zeitlichen und finanziellen Ressourcen sollte nicht die Ausnahme bleiben.

Anhand von 7 Punkten möchte ich eine gute Kultur des Miteinanders von Ehrenamtlichen und Professionellen verdeutlichen (u.a. Zentralkomitee der deutschen Katholiken 2004, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2004):

1. Für eine Kultur der Vielfalt an Begabungen

Sowohl die Hauptamtlichen als auch die Ehrenamtlichen weisen Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen auf. Die spezifische medizinische kommunikative Kompetenz umfasst beispielsweise

- ⇒ Fachkompetenz,
- ⇒ strategische Kompetenz (Prozesskompetenz von der Diagnose zur Therapie, Aufbau und Ablauf eines Gesprächs),
- ⇒ Beziehungskompetenz (Empathie, Echtheit, Akzeptanz, Vertrauen etc.) und
- ⇒ Sprachkompetenz (Verständlichkeit, Verstehenskompetenz, Übersetzung von Fachsprache in „Alltagssprache“) (Strauß u.a. 2004)

Und gerade für den Einsatz der Beziehungskompetenz bleibt den Professionellen häufig keine oder zu wenig Zeit. U.a. dort können die Ehrenamtlichen verantwortlich eine Aufgabe übernehmen. Sie sind häufig eher in der Lage, sich in der Kommunikation mit Patienten mehr Zeit zu nehmen, emotionale Nähe zu zeigen, dabei helfen, verschüttete eigene Ressourcen zu entdecken, was Hauptamtliche häufig nicht können, weil sie unter anderen,

institutionellen, beruflichen Zwängen stehen. So haben Ehrenamtliche eher die Chance dazu, besondere, persönliche Beziehung zu anderen Menschen aufzubauen.

Eine ordentliche Ehrenamts-Kultur verlangt folgendes (u.a. ZdK 2004):

- ⇒ Ehrenamtliche tragen nicht nur Verantwortung für den im Ehrenamt übernommenen Aufgabenbereich. Sie werden auch am Zustandekommen von Entscheidungen beteiligt, die ihren Aufgabenbereich betreffen. Eigeninitiative wird nicht nur akzeptiert, sondern auch ermöglicht und unterstützt. Denn darin zeigt sich, dass die Unterschiedlichkeit der Begabungen der einzelnen Aktiven im Krankenhaus begrüßt wird.
- ⇒ Alle Formen ehrenamtlichen Engagements – der auf längerfristige Bindung beruhende oder der kurzfristige, eher projektbezogene Dienst – werden unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Besonderheit gefördert.
- ⇒ Die Professionellen sollten das Ehrenamt als Ergänzung zu ihrer hauptamtlichen Arbeit sehen.

2. Für eine Kultur der Kooperation

Das Zusammenwirken von ehrenamtlich und hauptberuflich Tätigen ist geprägt vom gegenseitigen Wechselspiel von Professionalität und Idealismus, von Unabhängigkeit und Loyalität. Ein solches Miteinander führt zu einem Klima gegenseitiger Wertschätzung. Kooperations- und Dialogfähigkeit sowie entsprechende Strukturen sind dafür die Voraussetzung. Oft aber erfahren Ehrenamtliche, dass die Pflege partnerschaftlicher Zusammenarbeit vernachlässigt wird.

Vielerorts werden Ehrenamtliche zu wenig oder gar nicht in die Entscheidungsprozesse, die sie betreffen, einbezogen und können am Informationsfluss, der für ihre Arbeit wichtig ist, nicht ausreichend teilhaben. Sie stehen Hauptberuflichen gegenüber, die sich angewöhnt haben, alles für alle allein zu entscheiden. Dies beeinträchtigt jegliche Motivation. Viele Ehrenamtliche haben mindestens ebenso viel Lebenserfahrung und in ihren Berufen mindestens die gleiche Kompetenz wie Hauptamtliche. Dennoch erleben sie sich oft als „Laien“ – im Sinne von „Unqualifizierte“ – behandelt. Dies ist entwürdigend.

Deshalb verlangt eine Kultur der Kooperation:

- ⇒ dass sich die Professionellen für die Ehrenamtlichen Zeit nehmen können und nicht permanent unter Zeitdruck stehen, so dass regelmäßige Gespräche zwischen hauptberuflich und ehrenamtlich Tätigen zur zeitnahen gegenseitigen Beratung, Unterstützung und Information stattfinden können
- ⇒ Klarheiten über Aufgabenbereich, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen denen, die bezahlte und unbezahlte Arbeit leisten.

Ehrenamtliche werden – auch angesichts knapper werdender Finanzressourcen – nicht als „Lückenbüßer“ für sozialstaatliche Defizite behandelt.

- ⇒ Klarheiten über die Kompetenz der Ehrenamtlichen
- ⇒ Entwicklung und Installierung von Strukturen und Arbeitsformen, in denen ehrenamtlich Tätige gemeinsam mit hauptberuflich Tätigen und in Ergänzung zueinander Verantwortung übernehmen und tragen, d.h. Mitwirkungsmöglichkeiten durch flexible Strukturen
- ⇒ Ehrenamtliche verwalten, für den von ihnen verantworteten Bereich, auch die entsprechenden Finanzmittel eigenverantwortlich,
- ⇒ Veränderungen von Vereinbarungen, Verfahren und Regelungen geschehen in gegenseitiger Abstimmung zwischen hauptberuflich und ehrenamtlich Tätigen,
- ⇒ die persönliche Lebenssituation Ehrenamtlicher findet bei Planungen besondere Berücksichtigung (z.B. bei Festlegungen von Ort, Zeitraum oder Zeitumfang).

3. Für eine Kultur der Qualität

Ehrenamtlich Tätige sollten in ihrer Motivation gestärkt, in ihren Fähigkeiten gefördert sowie für ihre Aufgaben vorbereitet werden. All dies dient der Qualitätssicherung ihres Arbeitens. Qualitätsförderung und Qualitätssicherung sind jedoch häufig kein Thema. Und das, obwohl es gute Gründe dafür gibt. Denn wer sich systematisch mit der Qualität seiner Arbeit auseinandersetzt, entwickelt eine bewusstere und präzisere Vorstellung, was Qualität bedeutet. Qualitätsrelevante und kritische Punkte können so schneller entdeckt und meist schon mit geringem Aufwand verbessert werden. Zudem ist ein bereits erreichtes Niveau besser zu halten, wenn geregelte, kontinuierliche Abläufe vorhanden sind. Auch lässt sich auf veränderte Anforderungen flexibler reagieren (Stock, Lauterberg 2005).

Deshalb verlangt eine Kultur der Qualität:

- ⇒ zu allererst: dass fachliche Anforderungen an Ehrenamtliche klar geäußert werden
- ⇒ dass personenbezogene Schlüsselqualifikationen zur Gestaltung von sozialen Beziehungen gefördert werden (z.B. Kommunikations-, Konflikt- und Leistungsfähigkeit)
- ⇒ Auch nötige fachbezogene Qualifizierungsmöglichkeiten sollten bereit gestellt werden, ermöglicht und finanziert werden
- ⇒ Kontakte und Austausch mit anderen Ehrenamtlichen
- ⇒ Und: In Fort- und Weiterbildungen für Hauptamtliche sollte das Thema „Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen“ verstärkt aufgenommen werden. Es bedarf einer Vorbereitung der professionellen Kräfte im Hinblick auf Arbeitsabläufe, Sinnhintergründe und Besonderheiten ehren-

amtlichen Engagements. Durch Schulung der Hauptamtlichen sollte die Gefahr der Instrumentalisierung der ehrenamtlichen Arbeit gebannt werden. Ehrenamtlich Engagierte sollten nicht als „Lückenbüßer“ für sozialstaatliche Defizite instrumentalisiert werden und ihre Leistungspotenziale nicht als gesellschaftlich frei verfügbare Ressourcen, die zur möglichst vollständigen „Ausschöpfung“ bereitstehen, missbraucht werden.

Der Schwerpunkt der Bildungsarbeit sollte auf kontinuierliche Bildungsarbeit gelegt werden. Die *Vermittlung von Handlungskompetenzen* sollte vor allem das Thema „Kommunikation“ behandeln. Dabei geht es nicht nur um die Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen gegenüber den Patienten, sondern auch um die Verbesserung von Kommunikationsfähigkeit innerhalb des Teams.

Ein weiterer Bildungsschwerpunkt könnte mit dem Thema die *„Entwicklung von Fürsorglichkeit“* betitelt sein. Auch hier gilt, dass nicht nur auf die Entwicklung von Fürsorglichkeit gegenüber den Patientinnen und Patienten besonderes Augenmerk gerichtet wird, sondern auch auf die Entwicklung von Fürsorglichkeit der Helfenden sich selbst gegenüber. Denn wer nicht für sich selbst sorgen kann, dem wird Fürsorglichkeit schwerlich gegenüber anderen gelingen. Denkbar sind aber auch Maßnahmen, die insbesondere der Stressbewältigung dienen und damit dem Burnout vorbeugen.

Eine Warnung möchte ich aber im Hinblick auf den Punkt „Qualifikation“ aussprechen: Wir müssen uns davor hüten, die Ehrenamtlichen zu kleinen Profis zu machen. Das wäre der größte Fehler. Es ist Unsinn zu meinen, Ehrenamtliche brauchten einen Crashkurs in nicht-direktiver Gesprächspsychotherapie, weil sie nur so mit Leuten am Krankenbett richtig sprechen könnten. Was sie hingegen brauchen, ist die begleitete Reflexion der gemachten Erfahrungen am Krankenbett, um beim Beispiel zu bleiben. Hier ist die Unterstützung von professionellen Mitarbeitern wichtig. Ich erwähnte es schon an anderer Stelle:

Die Qualität ehrenamtlicher Arbeit und damit auch die Wirkung liegen in der besonderen menschlichen Beziehung, die zwei Menschen in der Begegnung aufbauen. Die Qualität der Arbeit kann nicht an dem Besuch von Fortbildungen gemessen werden.

4. Für eine Kultur der Wertschätzung

Zur Definition des Ehrenamtes gehört, dass das Engagement unentgeltlich, ohne Bezahlung erfolgt. Hierdurch grenzt es sich von einer beruflichen Tätigkeit oder einer Honorartätigkeit ab. Dennoch soll jede freiwillige Tätigkeit immer auch für die Person, die sich engagiert, Gewinn bringen. Auch Wertschätzung und Anerkennung sind Formen von Honorierung. Diese einzufordern, ist nicht ehrenrührig. Anerkennung ist die „Bezahlung“ von freiwilli-

gem Engagement und vielmehr als ein Dankeschön!

Eine Kultur der Wertschätzung verlangt:

- ⇒ Die Übernahme eines Ehrenamtes geschieht nach vereinbarten Regeln, die Verbindlichkeit behalten auch bei Wechsel der haupt- bzw. nebenberuflich Tätigen. Dazu gehören: Vereinbarungen über den inhaltlichen Rahmen der Aufgabe, über zeitlichen Aufwand und Dauer und eine Beschreibung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.
- ⇒ Nach überschaubaren Zeitabschnitten wird mit den Ehrenamtlichen zur Vermeidung von Überlastungen in einem ruhigen Gespräch eine Zwischenbilanz gezogen
- ⇒ Die ehrenamtlich geleistete Arbeit findet öffentliche Anerkennung und Würdigung.
- ⇒ Neue Formen des Dankens werden entwickelt und realisiert und
- ⇒ Beginn und Beendigung eines Ehrenamtes werden in geeigneter Form zum Ausdruck gebracht.

5. Für eine Kultur der Absicherung

Nicht selten müssen Ehrenamtliche neben ihrem persönlichen Einsatz auch finanzielle Ressourcen einbringen.

Deshalb verlangt eine Kultur der Absicherung:

- ⇒ durch ehrenamtliche Tätigkeiten entstandene finanzielle Aufwendungen werden in der Regel ersetzt.
- ⇒ nicht erstattete Aufwendungen für ehrenamtliche Tätigkeiten müssen steuerlich absetzbar werden.
- ⇒ für die Zeiten der ehrenamtlichen Tätigkeit sowie für den Umfang der übernommenen Aufgabe wird Unfall- und Haftpflichtversicherungsschutz gewährt.

6. Für eine Kultur der Zuverlässigkeiten

Für ein gelungenes Miteinander ist es wichtig, dass sich alle Beteiligten aufeinander verlassen können. Wenn von professioneller Seite die Rahmenbedingungen gut organisiert sind, die Professionellen sich um einen kooperativen und reibungslosen Ablauf bemühen, dann ist es umso wichtiger, dass die Ehrenamtlichen sich auch verbindlich und zuverlässig einbinden lassen, Terminabsprachen, Abmachungen sollten verbindlich und nicht nach dem Lustprinzip oder ungenau („Ich komme vielleicht nächste Woche“) eingehalten werden. So wie die Ehrenamtlichen auf die Zuverlässigkeit der Professionellen setzen, so müssen sich die Professionellen darauf verlassen können, dass die Ehrenamtlichen die Vereinbarungen einhalten.

7. Für eine Kultur des guten Aufhörens

Auch der einzelne stößt an Grenzen. Oftmals reicht der gute Wille allein nicht (mehr) aus, um eine Aufgabe gut wahrnehmen zu können. Daher hat jede/jeder das Recht, eine Aufgabe dann abgeben zu wollen, wann sie/er es für richtig hält. Jemand wider besseren Willen zum Weitermachen zu bewegen, ist fahrlässig.

Schlussfolgerungen/ Zusammenfassung

Vielleicht lassen sich all meine Überlegungen für eine gute Kultur des Ehrenamtes mit den drei Stichpunkten: „Anerkennen, wertschätzen, qualifizieren“ zusammenfassen (Deutscher Bundestag 2002): Wichtig ist sich darüber klar zu werden, dass das Engagement von Freiwilligen nicht umsonst zu haben ist und nicht nur eine Erleichterung darstellt. Sondern: wer mit Freiwilligen arbeiten will, muss Zeit, Geld, Nerven und Ideen investieren.

Die Kompetenz der Ehrenamtlichen als einen reichen Schatz wahrzunehmen, ist ständiger Anspruch. Wichtig ist zu begreifen, dass gute Rahmenbedingungen Konfliktfallen reduzieren. Die Kompetenz der Ehrenamtlichen zu berücksichtigen bedeutet: deren Rat und Erfahrungen aktiv einholen. In einer gelungenen Zusammenarbeit helfen beispielsweise klare Tätigkeitsbeschreibungen, die Überschaubarkeit der Aufgaben, praxisnahe Zielsetzungen und ständige Dialoge – und dies setzt nicht nur einen guten Willen, sondern auch soziale Kompetenzen voraus.

Wir müssen Foren schaffen für den Austausch zwischen Haupt- und Ehrenamt. Das erfordert eine forschende, lernende, fragende Haltung.

Der Medizinethikworkshop

Was will der heutige Medizinethikworkshop? Zusammenbringen, was sonst nicht zusammenkommt und Berührungspunkte abbauen, gute Praxis zeigen, Probleme diskutieren, aber auch Lösungsansätze aus unterschiedlicher Perspektive suchen. Lassen sie uns gemeinsam Ideen dazu entwickeln, wie in unserer heutigen Gesellschaft die Kompetenzen derer, die professionell im Krankenhaus arbeiten, mit den Ressourcen der Ehrenamtlichen so verknüpft werden können, dass Innovationen entstehen,

- ⇒ Potentiale aller Beteiligten besser als bislang genutzt werden,
- ⇒ sich das Bild von der Kooperation Haupt- und Ehrenamtlicher positiv verändert,
- ⇒ andere Qualitäten dieser Zusammenarbeit sichtbar werden und
- ⇒ dass sich die Erkenntnis, dass engagierte Ehrenamtliche als positive Visitenkarte einer Institution wahrgenommen werden könnten, weiter verankert.

Erste Schritte sind gegangen, wir alle haben bestimmte Erfahrung gewonnen: eine Vernetzung bedarf der Kompromisse auf allen Seiten: Interessen müssen

abgestimmt und gemeinsame Ziele gesteckt werden. Ehrenamtliche und Professionelle sollten sich als Partner mit eigenen Bedürfnissen, Ansprüchen und Wünschen verstehen, die sich gegenseitig ergänzen, und nicht als Konkurrenten.

Ich komme zum **Schluss**:

Uns bleibt, daran zu arbeiten, dass zukünftig die Kooperation zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen angenehmer wird. Belastungen und Risiken von ehrenamtlich Tätigen sollten in angemessenem Umfang von der Allgemeinheit mitgetragen werden. Es muss jedoch in erster Linie

- ⇒ um die Stärkung des Ansehens des Ehrenamtes
- ⇒ wie um staatliche Hilfestellungen zu weiter verbesserter Kompetenz ehrenamtlich Tätiger und
- ⇒ vor allem um ein erweitertes und vertieftes Bewusstsein für die Rolle des Ehrenamtes gehen.

Lassen Sie uns daran gemeinsam arbeiten. Ich möchte meinen Beitrag schließen mit einem Bild von Reiner Kunze, was überschrieben ist mit „Zwei in einem Boot“.

Zwei in einem Boot

*Rudern zwei
ein Boot,
der eine
kundig der Sterne,
der andre
kundig der Stürme,
wird der eine
führn durch die Sterne,
wird der andere
führn durch die Stürme,
und am Ende ganz am Ende
wird das Meer in der Erinnerung
blau sein.*

Reiner Kunze

In diesem Sinne freue ich mich auf unsere Abschlussdiskussion und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

verwendete Literatur:

Backes, Gertrud M. (2000): Ehrenamtliches Engagement. In: Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 195 – 202

BMFSFJ (2001); Freiwilliges Engagement in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. 2. korrigierte Auflage, Gesamtbericht. Hrsg: Bernhard von Rosenblatt Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2004): Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten und soziale Unterstützungsprozesse am Arbeitsplatz: Grundzüge und Beispiele eines Informations- und Handlungskonzepts, 2. unveränderte Auflage, Dortmund

Deutscher Bundestag (2002): Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“, Drucksache 14/8900

Franz, G. (1988): Wertorientierungen im Wandel und Aktivierung zu sozialem Engagement. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 39 (1988) 2, S. 42-50

Otto-Schindler, Martina: Berufliche und ehrenamtliche Hilfe: Perspektiven der Zusammenarbeit, Universitätsverlag Rasch, 1996

Peterhoff, Erich Werner; Müller, Hans-Jürgen (2005): Medizin zwischen Ethik und Ökonomie. In: IKK-Bundesverband: Die Krankenversicherung April 05: Medizin zwischen Ethik und Ökonomie, 57. Jahrgang, Berlin S. 89-90

Rosenblatt, Bernhard von (2000): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Freiwilligensurvey 1999. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Band 1: Gesamtbericht. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart, Köln, Berlin

Stock, Johannes; Lauterberg, Jörg (2005): And the winner is: der Patient. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. In: Gesundheit und Gesellschaft. Ausgabe 7-8/05, 8. Jahrgang, S. 32-35

Strauß, Bernhard; Berger, Uwe; von Troschke, Jürgen; Brähler, Elmar (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Hogrefe Verlag GmbH & Co, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag

Thielhorn, Ulrike: Zum Verhältnis von Pflege und Medizin, Verlag W. Kohlhammer, 1999

Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK) (2004): Für eine Kultur des Ehrenamtes. Handlungsempfehlungen an Verantwortliche in Kirche und Gesellschaft. Erklärung des Zentralkomitees der deutschen Katholiken, Bonn

Ehrenamt als Ausdruck christlicher Nächstenliebe?

Prof. Dr. Ralf Hoburg

Das Helfen zählt zu den ethischen Tugenden des Menschseins. Gleichzeitig haben wir den christlichen Ansatz sozialer Hilfe in der Professionsentwicklung der helfenden Berufe institutionalisiert und damit an den Rand unseres Alltags gedrängt. In jedem Fall, ob als Beruf oder als freiwilliges soziales Engagement, markiert das Helfen einen sensiblen Bereich, nicht zuletzt deshalb, weil es ganz unmittelbar die menschliche Verletzbarkeit demonstriert. Dies gilt auch für das ehrenamtliche Helfen, das zunehmend in der modernen Bürgergesellschaft als Bürgertugend erwartet wird und das inzwischen fester Bestandteil von Finanzierungsstrategien des Dritten Sektors bildet.¹ Das Helfen im Krankenhaus, das jenseits des professionalisierten pflegerischen Handelns im Folgenden als ehrenamtliches Tätigsein thematisiert wird, unterliegt darüber hinaus in verschiedener Hinsicht besonderen Bedingungen: Zum einen präsentiert sich das Krankenhaus als ein funktional differenzierter Arbeitsbereich, in dem die Ganzheitlichkeit des Hilfeprozesses durch die einseitige Konzentration auf die medizinische Hilfe verloren geht. Zum anderen brechen im Krankenhaus unmittelbar ethische, anthropologische und religiöse Fragen nach der Evidenz des Lebens auf. Zum dritten durchkreuzt der Ansatz eines ehrenamtlichen Helfens im Krankenhaus die allgemein etablierten Erwartungen. Somit entsteht die Frage, wie die verschiedenen Dimensionen des Hilfeprozesses in der Interaktion von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen in dem spezifischen Systemfeld Krankenhaus integriert werden können.² Auf welche Weise kann das ehrenamtliche Helfen dazu einen Beitrag leisten? Die folgenden Thesen können und wollen hierzu lediglich eine Gedankenanstrengung bieten.

1) Die Förderung des ehrenamtlichen Engagements darf nicht einer ökonomischen Gesetzlichkeit unterliegen, sondern sollte sich aus einem wertebezogenen Menschenbild als eine innere Folge einer christlich geprägten Kultur des Helfens ergeben. Die Gewinnung und Motivierung von Ehrenamtlichen im Krankenhaus hängt unter den modernen Bedingungen zur Motivation des sozialen Engagements entscheidend davon ab, ob das System Krankenhaus diese Differenzierung glaubhaft zu kommunizieren versteht.

Vom Ehrenamt wird in der Bürgergesellschaft viel erwartet. Wo sich der Staat aufgrund ökonomischer Knappheit mehr und mehr aus der Finanzierung der sozialen und medizinischen Arbeit zurückzieht, wo das Fallpauschalsystem nur noch minimale Spielräume interpersonalem Handeln lässt,

sollen Ehrenamtliche mit ihrem sozialen Engagement eine Lückenbüßerfunktion einnehmen. Was die professionell Pflegenden nicht leisten können, wird als „unbezahlbare“ Dienstleistung am Menschen auf Ehrenamtliche verlagert. Die gegenwärtige Diskussion über die Kostensenkung des Gesundheitswesens trägt hierbei nicht unerheblich zu einer Instrumentalisierung des Ehrenamtes bei. Diese Entwicklung hat besonders im Krankenhaus Langzeitfolgen für die Motivation der Ehrenamtlichen, weil dabei der Eigenwert des Helfens als einer z.T. religiös oder humanistisch motivierten Handlung aus dem Blick gerät. Aber auch die professionell Helfenden werden so demotiviert, weil der Diskussion um das Ehrenamt immer auch ein Verdrängungsgedanke inhärent ist, der die Diskussion zu vorschnell in das Fahrwasser einer drohenden „De-Professionalisierung“ des Helfens geraten lässt. Will das Krankenhaus ehrenamtliche Arbeit auf Dauer in die eigenen Arbeitsprozesse einbinden, sollte es stärker den *Eigenwert des Helfens* als einer spezifischen anthropologischen Haltung jenseits des medizinisch-professionell besetzten Hilfebegriffes reflektieren. Aus systemtheoretischer Sicht bildet ehrenamtliches Helfen im Krankenhaus schon allein deshalb einen Fremdkörper, weil es als ein nicht-ökonomischer und nicht-professioneller Faktor inkongruent ist zum medizinisch okkupierten Hilfebegriff. Die Wertschätzung des Ehrenamtes kann m.E. deshalb nur gelingen, wenn das Helfen als Akt eines Tun des Guten erneut jenseits medizinischer Funktionalität reflektiert wird. Daraus ergibt sich konsequent: im Krankenhaus muss der Hilfebegriff in sich differenziert wahrgenommen und vom medizinischen Hilfebegriff abgekoppelt werden. Erst aus dieser Reflektion öffnet sich eine alternative Zugangsform zum Ehrenamt und ergibt sich aus organisationssoziologischer Sicht eine „win-win-Situation“, d.h. ein durchaus messbarer Profit für das Unternehmen, die Patienten, die Pflegenden sowie den Ehrenamtlichen.

Durch die Hineinnahme des Faktors „Ehrenamt“ im Krankenhaus wird m.E. nicht dem Gespenst einer Deprofessionalisierung das Wort geredet, sondern besteht organisationssoziologisch die Chance, das Verständnis der helfenden Profession durch einen umfassenderen Hilfebegriff weiterzuentwickeln und für das medizinische Handeln im Krankenhaus fruchtbar zu machen.³ Wird das ehrenamtliche Tun im Krankenhaus jenseits seiner ökonomischen Instrumentalisierung gesehen, wird es möglich, die *liebende Zuwendung zum Anderen* als einen Teil einer umfassenden Kultur des Helfens zu verstehen, die dann – dem ethischen Ansatz Albert Schweizers folgend – dem Ziel der Lebensdienlichkeit verpflichtet ist. Die christliche Sprache verwendet hierzu den Begriff der Barmherzigkeit. Allerdings führte die unkritische Tradierung dieses Begriffs in der Geschichte der Kirche zu dem Missverständnis eines – wie es Niklas Luhmann formulierte – fatalen ‚Hilfepathos‘. In der Form, in der das Helfen im Sinne einer jesuanischen Nachfolgeethik seit dem 19. Jahrhundert als barmherziger und vermeintlich uneigennütziger Lie-

besdienst aufgefasst wurde, kam es zu einer *Asymmetrie* zwischen dem Handelnden und dem Notleidenden, die die Wahrnehmung der Hilfebedürftigkeit einschränkt und das Helfen lediglich aus der Perspektive des sich um die gute Tat bemühenden Glaubenden selbst sieht.⁴ Der „Andere“ gerät gerade hierbei trotz der gut gemeinten dienenden Barmherzigkeit aus dem Blick und das Ergebnis ist nicht selten ein eher „scheinheiliger“ Ansatz des ethischen Bemühtseins um des eigenen Glaubens willen. Aus diesem Grund spreche ich eher ungerne vom Begriff der Barmherzigkeit zur Begründung des sozial motivierten Tuns.⁵

Das ehrenamtliche Engagement vollzieht sich heute unter veränderten Bedingungen. In der Regel durch eigene Betroffenheit motiviert, wollen Ehrenamtliche stärker ihr Engagement bezüglich der Aufgaben und der Intensität selbstbestimmt steuern. Hier liegt sicherlich ein Unterschied zwischen dem Engagement von Angehörigen, das ich nicht als ein Ehrenamt im bislang klassischen Sinn bezeichnen würde, sowie dem sozial motivierten Engagement Dritter. Die emotionale Bindung von Angehörigen bedeutet für Krankenhäuser wie auch etwa für Alten- und Pflegeheime oder Behinderteneinrichtungen eine Ressource, die vor dem Hintergrund eines steigenden Kostendrucks sozialer Träger stärker genutzt werden könnte.⁶ Gleichzeitig erwarten Angehörige aber auch vom Krankenhaus professionelle Dienstleistungen. Der Appell an die Nächstenliebe könnte gerade in kirchlichen und diakonischen Einrichtungen negative Rückwirkungen oder einen bitteren Beigeschmack erhalten, weil Angehörige sehr schnell spüren, dass der Wunsch nach Beteiligung an der Pflege hintergründig ökonomisch verursacht ist. Will ein Krankenhaus Angehörige an einem systematischen Pflegeengagement beteiligen, so wäre es aus meiner Sicht besser, statt des Barmherzigkeitsarguments eher anthropologische Argumente und Beziehungsaspekte zu benennen. Metaphern des abschiedlichen Lebens könnten etwa helfen, Angehörigen zu einem pflegenden Engagement zu motivieren. Es geht mir also um eine Einbindung der Angehörigen in die pflegerische Versorgung des Patienten im Sinne eines *sympatheins* und *empathieins*, d.h. um der Solidarität und um der eigenen Menschlichkeit willen. Gleiches lässt sich letztlich auch auf den engeren Bereich der Ehrenamtlichen übertragen. Gerade für sie ist es wichtig, dass aufgezeigt wird, wo für sie das Helfen Sinn macht. Will das Krankenhaus soziales Engagement für sich fördern und nutzen, sollte es in Zukunft stärker den positiven anthropologischen Nutzen des Engagements bei unterschiedlichen Motivationslagen kommunizieren. Durch ein stärkeres Einbinden des Ehrenamtes in das Krankenhaus wird sich aber auch das System des Krankenhauses ändern.⁷ M.E. bedeutet die anthropologische Reflexion des helfenden Mittuns im Krankenhaus das Aufbrechen monopolisierter Herrschafts- und Machtansprüche des professionell agierenden Personals. Während der klassische Begriff des Helfens die Asymmetrie des Notleidenden und seines Helfers unterstützt,

indem dieser passiv und jener der aktiv Handelnde mit einem Wissensvorsprung ist, vermag der anthropologische Blick des Helfens den Anderen wieder neu in den Blick zu nehmen. Damit wird ganz wesentlich die verengte „Arzt-Patient“ Beziehung, die häufig einem paternalistischen Modell verhaftet ist, auf eine Dreiecks-Beziehung „Arzt – Patient – unterstützende Bezugsperson“ geweitet.⁸

2) Das ehrenamtliche Engagement im Krankenhaus verfügt besonders im Gegenüber zur Professionalität der Pflegeberufe über eine Erinnerungsfunktion. In der Semantik des Helfens erinnert mich das Tun des Guten an meine eigene Hilfebedürftigkeit.

Das ehrenamtliche Helfen im Krankenhaus gewinnt jenseits von Professionalität und Bürokratisierung seinen eigentlichen Charakter einer „Zuwendung von Mensch zu Mensch“⁹ zurück. Die Zuwendung aus Liebe gibt dem Helfen den Charakter der Ursprünglichkeit zurück, weil es ermöglicht, Heilung aus der Begegnung zu erfahren. Will man demnach diakonisches Handeln jenseits der üblichen Barmherzigkeitsmetaphorik in seiner dynamischen Komponente wiederentdecken, geht es vielmehr um den anthropologischen Zusammenhang von „*Helfen und Heilen*“, wie er in den biblischen Erzählungen über den Umgang Jesu mit den „Anderen“, d.h. den Kranken, Gebrechlichen und Ausgestoßenen deutlich geworden ist.¹⁰ Wenn man so will, so profitieren im Akt des Helfens der Helfende selbst wie auch der Hilfeempfänger, sofern es zu einer Begegnung auf gleicher Augenhöhe kommt. Die Forschung der klinischen Medizin kennt aus dem Zusammenhang der Diskussion über Patientenbedürfnisse den Korrelationsfaktor zwischen Heilungsfortschritt und seelischer Befindlichkeit. Es darf vermutet werden, dass helfende Zuwendung jenseits medizinischer Erfordernisse zu einem Katalysator von Heilung werden kann. So kommt die bislang einzige Untersuchung auf dem Feld „Freiwilliges Engagement im Krankenhaus“ zu dem Ergebnis, dass ehrenamtliches Engagement die Patientenzufriedenheit erhöht. Wer dem Anderen um seiner selbst willen hilft, der entdeckt aber auch an sich selbst seine Geschöpflichkeit. Die biblischen Erzählungen enden in der Regel mit der Poente, dass die Heilung metaphorisch mit einem Zugewinn an Lebenssinn verbunden ist. Es geht also im helfenden Tun um die tiefe ontologische Dimensionen des Menschseins. Im Akt des Helfens als Tun aus Liebe geht es um personale Begegnung, eine Veränderung der Identität sowie um die unmittelbare, d.h. evidente Konfrontation mit dem eigenen Tod. Hierin liegt aus meiner Sicht die zentrale religiöse Motivation des Helfens, die jenseits eines ehrenamtlichen oder professionellen Handelns liegt. Für den jüdischen Philosophen Martin Buber entsteht die Identität des Subjekts erst in der lebendigen Begegnung mit einem DU. Radikal formulierte er, dass am DU erst das ICH entsteht. Entscheidend ist und bleibt dabei der

Moment der Begegnung, indem sich im Zwischenraum von Ich und Du Liebe als liebende Zuwendung ereignet. Die Wahrnehmung von Not, wie sie sowohl pflegende Angehörige wie auch Ehren- und Hauptamtliche im Krankenhaus täglich erfahren, bildet nach G.H. Mead und Atkinson das Selbst ab. Im Akt des Helfens sehe ich mich mit meinem eigenen Menschsein im Spiegel. Insoweit führt die Wahrnehmung sozialer Not zur Antizipation der eigenen potentiellen Endlichkeit und zum Bewusstsein des Todes. Insoweit ist die Motivation zu helfen im Kern immer auch ein unreligiöser Impuls. Dieser unreligiöse Aspekt ist eigentlich gemeint, wenn im Christentum von Barmherzigkeit gesprochen wird. Gleichzeitig wird damit der ökonomische Impetus des institutionellen Helfens radikal durchbrochen und weitet sich das Helfen als „Tun des Guten“ in den nicht-messbaren Bereich aus.¹¹

Für Angehörige kann das ehrenamtliche Helfen im Krankenhaus demnach sowohl ein soziales Lernfeld werden wie auch ein identitätsstiftendes Moment in sich bergen, das es von Seiten des Krankenhauses zu heben und zu fördern gilt. Ob die tiefe religiöse Dimension des Helfens damit gleichzeitig erfasst werden oder zu Bewusstsein geführt werden kann, bleibt letztlich offen. Hier entsteht die Frage nach einem hermeneutischen Anknüpfungspunkt, der von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Krankenhaus zu thematisieren wäre. Indem das Krankenhaus Angehörigen die Möglichkeit eines pflegenden sozialen Engagements gibt, beteiligt es sich als Institution auf einer kulturtheoretischen Ebene jenseits ökonomischer Notwendigkeiten an der konstruktiven Wertebildung der Gesellschaft. In einer Zeit, in der soziales Verhalten zwischen den Generationen in Familien seltener eingeübt werden kann und Alter, Krankheit und Tod in Institutionen ausgelagert und damit aus dem Alltagsleben ausgewandert sind, vermag das Krankenhaus zu einem *sozialen Lernort* helfenden Handelns zu werden. Unter diesen Bedingungen könnte es dazu führen, dass Menschen lernen, Not und Leiden als natürlichen Teil biographischen Alterns anzunehmen und spüren, dass das Helfen auch zu einem Zugewinn ihrer eigenen biographischen Identität werden kann. Das Helfen wird damit zu einem „Therapeuticum“, das eine positive Rückwirkung auf die Helfenden ausübt. Der Amerikaner Alan Luks hat davon gesprochen, dass Helfen ähnlich wie beim Sport zur Ausschüttung von Endorphinen führt und damit zu einem Glücksgefühl beitragen kann, ja er ging sogar soweit zu behaupten, dass Menschen die helfen gesünder bleiben.¹² Als „charis“ oder Gabe verstanden erwirtschaftet das Helfen einen über das Mass hinausgehenden Überschuss bei allen Beteiligten, der sich christlich verstanden aus der Liebe Gottes speist. Neben dem Ergebnis des Helfens, der Hilfe, tritt nun ein Mehrwert des Helfens in Gestalt von „Sinnvermittlung“, Lebensqualität und Erleben von Humanität. Im theologischen Verständnis ist damit die ehrenamtliche Pflegeleistung primär als personale Beziehung begriffen, die den Mehrwert eines Lebensgewinns für alle Beteiligten bedeutet. Nächstenliebe wird dann zu einer personalen Be-

ziehung unter Gleichberechtigten, die ihre Qualität von einem Dritten erhält, nämlich der Liebe Gottes. Damit wird das Ehrenamt im Krankenhaus mehr als eine bloße organisatorische Ergänzung des Bestehenden, sondern zu einem Korrektiv auf dem Gebiet Wert der Arbeit und Wert des Menschlichen.

3) Die Motivation eines christlich verstandenen Ehrenamtes kann nur ein Dienst an der Versöhnung sein. Die Barmherzigkeit als Ausdruck des Helfens von Mensch zu Mensch gründet in der Liebe, die von Gott ausgeht. Theologisch gesehen repräsentiert das Helfen die Ökonomie der Liebe Gottes, weil es dadurch zu einem Tauschverhältnis kommt.

Der Begriff der Liebe, die von Gott ausgeht, durchbricht den Aspekt der Messbarkeit und steht damit jenseits der traditionellen Logik des helfenden professionellen Handelns, wie es sich im Krankenhaus am Patienten vollzieht. Damit wird der einseitige Aspekt einer Entlohnung der sozialen bzw. helfenden Arbeit ergänzt durch den „nicht-messbaren“ d.h. werthaltigen Begriff der Zuwendung, der aber nicht weniger auch eine ökonomische Dimension in sich trägt. Der Grund des diakonischen helfenden Handelns ist die „Agape“ als die sich selbst hingebende Liebe Gottes, wie sie im Kreuz Christi ihren Ausdruck findet. Das Motiv dieser Liebe Gottes, die eine Bewegung zum Menschen ist, liegt in dem göttlichen Willen zur Versöhnung. Im Licht der Versöhnung und dem Gedanken gegenseitiger Annahme, der sich aus dem Wissen gleichzeitiger Geschöpflichkeit speist, ist dann im Sinne Bonhoeffers Diakonie ein „Sein für Andere“, das sich biblisch gesehen in der in 1. Joh. 2 beschriebenen Bruderliebe durchaus wiederfindet. Wer im Krankenhaus hilft, sei es nun ehrenamtlich oder hauptamtlich, vollzieht sein Handeln in christlicher Perspektive immer in diesem Zirkel. Entscheidend ist aber darüber hinaus auch ein Erkenntnisgewinn, denn: Vom Handeln in der Haltung der Liebe entsteht die „Ehrfurcht vor dem Leben“ und ist die „Lebensdienlichkeit“ das Kriterium der diakonischer Hilfe.¹³ Dies steht im Hintergrund einer Ethik der Menschenwürde und öffnet unter der Perspektive eines Handelns, das sich aus der Haltung der in Gott selbst verursachten Liebe herleitet, das Helfen als einer diakonischen Tat. Handeln aus der Haltung der Liebe geschieht dann in der Erinnerung der Versöhnung und ist gleichzeitig ein Zeichen des Reiches Gottes, in dem sich das „Heilsein“ der Menschen universal ereignet. Damit ist der Weg offen und bewegt sich weg von dem beschriebenen Dienstpathos zu einer „selbstbestimmten“, in Freiheit sich vollziehenden Hilfe, die ihre Wurzeln im theologischen Grundgeschehen selbst erhält oder, wie es H.D. Wendland formuliert: „Erfüllung des sozialen Charakters des Menschen als Mitmenschen gibt nicht das Gesetz mit den Ordnungen, die begründet, sondern allein die Liebe.“

Diese Dimensionen christlicher Nächstenliebe sind eine enorme Chance für

das Ehrenamt im Krankenhaus, indem das Helfen zu einem eigenen Teil des Menschseins im Lichte Gottes wird. Hier erweist sich die von mir beschriebene Dimension der Erinnerung, denn wer hilft, weiss dass er inmitten von Krankheit, Leiden und Tod ein von Gott geliebtes Geschöpf ist. Das Krankenhaus, das sich als christlich bzw. diakonisch versteht, hat daher auch aus theologischer Begründung her den Auftrag, Menschen zum ehrenamtlichen Helfen zu motivieren und sie in die Pflege einzubeziehen. Letztlich dient jedes Engagement an Notleidenden Menschen dazu, dass ich lerne mich selbst besser zu verstehen. Aber dies ist und bleibt eine Erkenntnis, die verallgemeinerbar zu jeder ausgeführten Theologie in helfenden Berufen hinzugehört. Ehrenamtliches Helfen reiht sich dann als Teil in das Ganze einer christlichen Unternehmenskultur ein, bei dem Liebe zum guten Geist des Hauses wird. Leitbilder von diakonischen Krankenhäusern thematisieren dies z.T. wie etwa das Johannes-Krankenhaus in Bielefeld: „Wir verstehen und achten alle Menschen in ihrer Vielfältigkeit als Teil der bewahrenswerten Schöpfung Gottes. Sie sind ein Ebenbild mit Würde, Liebe und Lebendigkeit. In der Gewissheit der Liebe Gottes gehen wir achtsam miteinander um...“ Das Krankenhaus hat dabei die Funktion und Aufgabe, die Rahmenbedingungen herzustellen, um ein ganzheitliches Verständnis eines Hilfebegriffes zu fördern und damit auch ehrenamtliches Helfen als integrativen Bestandteil der eigenen Aufgabe zu definieren. Dazu wäre es z.B. notwendig, in die Unternehmensleitbilder den Ansatz des ehrenamtlichen Helfens als Teil einer christlich verstandenen Hilfskultur zu integrieren.

4. Eine stärkere Implementierung des Ehrenamtes im Krankenhaus kann am ehesten gelingen, wenn unter Anwendung eines umfassenden, d.h. den medizinisch verengten Rahmen überschreitenden anthropologischen Begriff des Helfens Rahmenbedingungen des sozialen Engagements im Krankenhaus festgelegt werden, die an die systemimmanent bedingten Arbeitsfaktoren des Krankenhauses angepasst und somit zu einer sinnvollen und das heißt letztlich auch ökonomischen Ergänzung werden können. Damit wird das Thema „Ehrenamt im Krankenhaus“ zu einem Aspekt strategischer Unternehmensführung und gehört auf die Agenda für Krankenhausleitbilder und Managementaufgaben. Die Beschreibung solcher Faktoren und Bedingungen bilden die organisationssoziologische Voraussetzung eines zu entwickelnden Programms von Ehrenamts-Mentoring im Krankenhaus. Die Folgen eines solchen Mentoringprogramms sind für das Krankenhaus voraussichtlich messbar in Form von Angehörigen- und Patientenbindung als Folge von Partizipation, Mitsprache und Beteiligung, Image- und Profilbildung des Krankenhauses sowie der Steigerung der Arbeitszufriedenheit der professionellen Mitarbeiter.

Die Formen des ehrenamtlichen Engagements im Krankenhaus können vielfältig sein und es lassen sich in mindestens drei Personengruppen kategorisieren, deren soziales Engagement sich in Motivation, Qualität und Umfang jeweils unterscheidet und unterschiedlich im Krankenhaus verwendbar ist. Das soziale Engagement bezieht sich auf folgende Gruppen:

1. Engagement von Angehörigen
2. Engagement von Freiwilligenhelfern (Besuchs- bzw. Pflegegruppen)
3. Engagement von Betroffenen (Peer-Group-Counseling)

Eine Grundsatzentscheidung dürfte auch darin zu sehen sein, ob das Arbeitsfeld Ehrenamtlicher im Krankenhaus exklusiv auf den Bereich des Service (Gespräche, psychische Betreuung und soziale Dienstleistungen) beschränkt bleibt oder auch der Bereich der medizinischen und körperlichen Pflege mit einbezogen wird. Gerade letzterer Schritt wird vermutlich kontrovers diskutiert werden und führt zu einer Kette von Folgeproblemen. Eine Beteiligung Ehrenamtlicher im Bereich der medizinischen Pflege wirft etwa juristische Fragen ebenso auf wie eine organisationstechnische Analyse und Differenzierung der pflegerischen Arbeitsfelder in Bereiche, die **notwendig** von pflegerischem Personal gemacht werden muss und Felder, die **nicht unbedingt** an professionelles Handeln gebunden sind.¹⁴ Grundsätzlich wird es sich bei der Mithilfe im pflegerischen Bereich um leichte Tätigkeiten handeln, die etwa vergleichbar ist dem Bereich der Zivildienstarbeit. In der Literatur begegnete der Begriff des ehrenamtlichen „Pflegehelfers“. Hier zeigt sich indes auch der ökonomische Aspekt ehrenamtlicher Tätigkeit. Durch politische Vorgaben ist die Zahl der Zivildienstleistenden in den vergangenen Jahren dramatisch zurückgegangen und ist die Versorgungslücke auf dem Gebiet leichter helfender Tätigkeiten evident. Anhand der nachfolgenden Tabelle lässt sich eine erste Differenzierung der Tätigkeitsfelder erkennen:

Engagement-Gruppe	Service-Leistungen	Pflegeleistungen
Angehörige <i>Charakteristika:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Empathie - Sympathie - Identifikation - Betroffenheit <i>Managementaufgabe:</i>	<i>Beteiligungsformen</i> <ul style="list-style-type: none"> Eigene Wäsche Eigenes Essen Zeit Logistik (Telefon, Fernsehen) Koordination	<i>Beteiligungsformen</i> <ul style="list-style-type: none"> - waschen/betten - Verbände - Transport zu Abteilungen Anleitung
<i>Nutzen:</i>	Ökon. Entlastung	
Freiwillige <i>Charakteristika</i> <ul style="list-style-type: none"> - soziale Motivation - hohes Interesse - Ortsanbindung - Z.T. Organisation <i>Managementaufgabe:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräche - psych. Stabilisierung - Sozialkontakte - Vermittlung - Organisation <i>Koordination</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mithilfe bei REHA - Mithilfe bei Vorsorge - Medikation - Verbände - Transport zu Abteilungen - waschen/betten - Nachtwachen <i>Anleitung</i>
Betroffene <i>Charakteristika</i> <ul style="list-style-type: none"> - Empathie - Motivation - Wissen 	<ul style="list-style-type: none"> - Information und Aufklärung - psych. Stabilisierung - Gespräche 	<ul style="list-style-type: none"> - Mithilfe bei REHA - Mithilfe bei Vorsorge - Betreuung der Familien

Um das Thema „Ehrenamt im Krankenhaus“ praktisch zu implementieren, sollte es von der Geschäftsleitungsebene her einen Projektstatus erhalten, um zunächst den Bedarf an ehrenamtlichem Engagement sowie Kriterien und Felder des Engagements festzulegen. Wie in der Tabelle erkennbar ist, leitet sich aus der stärkeren Implementierung des Ehrenamtes im Krankenhaus eine mehrschichtige Management-Aufgabe ab, die ich zum Abschluss kurz umreißen möchte und sie mit den Begriffen Anleitung, Koordination, Kooperation und Weiterbildung umschreibe.

a) *Koordination*

In der Fachdiskussion um das Ehrenamt in der Gesellschaft ist bislang deutlich geworden, dass mit der Stärkung des Ehrenamtes ein Anstieg koordinatorischer Leistungen in Institutionen verbunden sind. Gerade im Krankenhaus ist die verlässliche Verzahnung des Ehrenamtes in festliegende Organisationsstrukturen notwendig. Bislang liegen noch zu wenig Erfahrungen vor, um genauer spezielle Faktoren einer innerbetrieblichen Verzahnung zu benennen. Die Erarbeitung konkreter Modelle und die Anwendung von „Best Practise“ steht für die Zukunft noch aus.

b) Kooperation

Die Diskussion um pflegende Angehörige sollte zugunsten des Ehrenamtes ausgeweitet werden. Mitarbeitende mit dem bisherigen Arbeitsschwerpunkt „Pflegeberatung“ wären geeignet, in Zukunft in Krankenhäusern ihr Aufgabenfeld auf ein umfassendes „Angehörigen- und Ehrenamtsmentoring“ auszuweiten und an der Schnittstelle von Krankenhausabteilungen und Ehrenamtlichen zu arbeiten. Hierbei gilt es organisationspezifisch zunächst die Frage zu stellen, ob eine Mitwirkung im Bereich der Pflege auf Stationen sinnvoll und möglich ist. An dieser Stelle ist m.E. die Pflegewissenschaft in Kooperation mit Organisationssoziologen wissenschaftlich gefordert, auf der Basis von Projektversuchen denkbare Konzepte zu entwickeln.

c) Fortbildung und Schulung

Nicht nur Ehrenamtliche, sondern auch die Angehörigen professionell helfender Berufe bedürfen spezifischer Fort- und Weiterbildungen auf dem Gebiet des Ehrenamtsmanagements. Um das Thema Ehrenamt im Krankenhaus fortentwickeln und organisatorisch implementieren zu können, bedarf es stärker didaktischer Überlegungen eines „Ehrenamts-Mentorings“. Auch auf diesem Gebiet sind die Fachdisziplinen der Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik stärker gefragt, um Modelle der Anleitung zu entwickeln. Bisher konzentriert sich die Literatur auf den Bereich der sog. „Übergangspflege“ zwischen Krankenhaus und Pflege in der Familie. Im Zentrum einer zukünftigen Entwicklung steht die Frage, ob es möglich sein kann, Ehrenamtliche im Sinne eines „Pflegehelfers“ in medizinische Betriebsabläufe des Krankenhauses zu integrieren und im Vorfeld Modelle für Fortbildung und Schulung zu entwickeln, bei denen die Vermittlung und Weitergabe einer pflegerischen Elementarbildung im Vordergrund steht, wie sie sich etwa in den Curricula früher Frauenfachschulen bzw. der frühen Diakonissenausbildung im 19. Jahrhundert wiederfinden lassen.

Mit dem Thema „Ehrenamt im Krankenhaus“, wenn es denn über das bisher bekannte Modell einer Unterstützung durch Besuchergruppen oder Grüne Damen hinausgeht, ist aus meiner Sicht Neuland betreten, das es wert wäre, durch innovative Praxisforschung weiter zu erkunden. Es könnte ein Schritt in die Richtung eines stärkeren christlichen Profils diakonischer Einrichtungen sein.

verwendete Literatur:

¹ Vgl. dazu *Wolf Rainer Wendt (Hg.)*, Zivilgesellschaft und soziales Handeln. Bürgerschaftliches Engagement in eigenen und gemeinschaftlichen Belangen, Freiburg 1996.

² Siehe etwa *Ralf Hoburg*, Mehr als bloße Werterhetorik. Theologische Leitgedanken zum evangelischen Krankenhaus, in: A. Dörries/ W. Vögele (Hg.), Evangelische Krankenhäuser zwischen kirchlicher Identität und ökonomischen Sachzwängen, Loccum 2003, 27-45.

³ Zum Thema „Ehrenamt im Krankenhaus“ findet sich inzwischen im Internet ein Diskussions-Portal. Siehe <http://www.aktiv-im-Krankenhaus.de> . Letzter Zugriff am 17.1.2006.

⁴ Dazu weiter ausführend *Ralf Hoburg*, Diakonie als Ökonomie des Erbarmens. Theologische Begründungen diakonischen Handels, in: Lernort Gemeinde 21 (2003/2), 10ff.

⁵ Vgl. *Ralf Hoburg*, ebd., 13f.

⁶ Das Thema „Hilfe für pflegende Angehörige“ wird von den Krankenhäusern bereits stark thematisiert. Viele stellen sog. „Pflegerberater“ zur Verfügung und bieten Kurse im Übergang vom Krankenhausaufenthalt nach Hause an. Die Integration der Angehörigen in die Pflege während des Krankenhausaufenthaltes wird indes bislang nicht thematisiert.

⁷ Von wissenschaftlicher Seite wurde dieser Faktor bislang noch zu wenig erforscht. Vgl. zum Krankenhausmanagement etwa *Leonhard Hajen/ Holger Paetow/Harald Schumacher (Hg.)*, Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, Stuttgart 2000.

⁸ *Linus S. Geisler*, Die Beziehung zwischen Patient/inn/en und Ärzt/inn/en als Ort für die heilende Dimension des Glaubens, in: *Simone Ehm/ Michael Utsch (Hg.)*, Kann Glauben gesund machen? Spiritualität in der modernen Medizin, EZW-Texte 181, Berlin 2005, S. 57.

⁹ So etwa *Johannes Degen*, Diakonie als soziale Dienstleistung, Güterlsoh, 1994.

¹⁰ Vgl. *Ulrich Eibach*, Heilung für den ganzen Menschen, Neukirchen 1992.

¹¹ Vgl. jetzt *Ralf Hoburg*, Alternatives Unternehmertum, in: EFH-Jahresbericht, Hannover 2006.

¹² *Allan Luks*, Der Mehrwert des Guten. Wenn helfen zur heilenden Kraft wird, Freiburg 1998.

¹³ Der Begriff der „Lebensdienlichkeit“ wurde von Alfred Jäger verwandt. Siehe dazu *Alfred Jäger*, Theologie im Diakonischen Unternehmen der Zukunft, in: *W. Helbig (Hg.)*, Positionen und Erfahrungen. Unternehmensphilosophie in der Diakonie, Hannover 1997, 77-90.

¹⁴ Diese Differenzierung findet sich auch in der Dokumentation „Freiwilliges Engagement im Krankenhaus“. Vgl. die Homepage <http://www.aktiv-im-krankenhaus.de>

bisherige Veröffentlichungen:

- Nr. 10 Patientenverfügung
- Nr. 11 Pränataldiagnostik
- Nr. 12 Künstliche Ernährung als ethisches Problem
- Nr. 13 Leben um jeden Preis?
- Nr. 14 Wahrheit am Krankenbett
- Nr. 15 Kürzer im Krankenhaus – längeres Leid?
- Nr. 16 ... und ruhe in Frieden
- Nr. 17 Menschliche Medizin – zum Umgang mit Fehlern im Krankenhaus
- Nr. 18 Auf dem Weg in eine andere Welt – zum Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten
- Nr. 19 Schmerz: Erleben, Bedeutung und Auswirkungen
- Nr. 20 Nicht alles Mögliche tun – Zur Kultur von Therapie und Verzicht im Krankenhaus

Dokumentationen und weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter:

www.eaberlin.de •

www.Katholische-Akademie-Berlin.de •

www.sjk.de

Vorbereitung

Simone Ehm,

Evangelische Akademie zu Berlin,
Charlottenstraße 53/54, 10117 Berlin
ehm@eaberlin.de / www.eaberlin.de

Dr. Martin Knechtges,

Katholische Akademie in Berlin,
Hannoversche Straße 5, 10115 Berlin
knechtges@katholische-akademie-berlin.de
www.katholische-akademie-berlin.de

Dr. Jeanne Nicklas-Faust,

jeanne@nicklas-faust.de

Professor Dr. Thomas Poralla,

St. Joseph-Krankenhaus,
Bäumerplan 24, 12101 Berlin
www.sjk.de

Eine Veranstaltungsreihe
in Kooperation von:

