

47/1992

Texte aus der VELKD

**Die Hospizbewegung in der
Bundesrepublik Deutschland**

Eine Dokumentation
von Peter Godzik

3. Auflage
01. Oktober 1992

Nr. 47/1992

Herausgeber:

Lutherisches Kirchenamt, Postfach 51 04 09, D-3000 Hannover 51

Inhaltsverzeichnis

1. Die Neubesetzung eines traditionsreichen Begriffs	3
2. Von England aus erobert die moderne Hospiz-Bewegung die ganze Welt.....	4
3. Die Anfänge der Hospiz-Bewegung in Deutschland	7
a. Ein Krankenhaus findet zu seiner Bestimmung.....	7
b. Das Hamburger Modell	8
c. Sterbebegleitung in der Klinik.....	10
d. Sterbebegleitung im Pflegeheim	11
e. Sterbebegleitung zu Hause.....	12
4. Die unglückliche Debatte um die „Sterbekliniken“	12
5. Hospiz versus Sterbeklinik.....	17
a. Der Beitrag von Johann-Christoph Student.....	17
b. Der Wandel der öffentlichen Meinung	18
c. Die Dynamik der Vereinsgründungen.....	20
6. Die Revision der kirchlichen Stellungnahmen zur Hospizbewegung	21
7. Die ungelösten Fragen der gegenwärtigen Hospizarbeit.....	26
a. Die Frage der Finanzierung	26
b. Die Frage der gleichberechtigten und verbindlichen Zusammenarbeit auf Bundesebene.....	28
8. Die Konferenzen in Celle und Tübingen	30
9. Wichtige Veröffentlichungen zum Thema „Hospiz-Bewegung“:.....	32
10. Ausbildungsmodelle für die Zurüstung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender.....	34
a. Aus- bzw. Fortbildungsmodelle für Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger	34
b. Ausbildungsmodelle für Altenpflegerinnen	35
c. Ausbildungsmodelle für Hospizhelferinnen	35
d. Hospiz-Bildungswerke:.....	35
e. Ausbildungsmodell für Mitarbeiterinnen im Besuchsdienst von Kirchengemeinden (auch geeignet für Hospizhelferinnen).....	36
f. Hilfen für Angehörige	36
Abkürzungsverzeichnis.....	37

Anhang: Die [Liste](#) der Palliativstationen, Hospize und Hospizinitiativen in Deutschland (die veraltete Liste wird hier nicht mehr angezeigt).

1. Die Neubesetzung eines traditionsreichen Begriffs

1904 Am 5. Februar 1904 wird in Kassel der „Verband Christlicher Hospize“ (VCH) gegründet. Wie ist es zur Gründung dieses Zusammenschlusses gekommen? Um die Mitte des vergangenen 19. Jahrhunderts, im Zuge der fortschreitenden Industrialisierung Deutschlands, die viele Menschen in Bewegung brachte, gründeten meist gemeinnützige Träger neben sozialen Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und alte Menschen die „Herbergen zur Heimat“, „Kolpinghäuser“ und ähnliche Gästeunterkünfte, für die in die Städte strömenden, Ausbildung und Arbeit suchenden Menschen. Im Laufe der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben sich dann die „Herbergen“ erheblich ausgeweitet, und es ergab sich die Notwendigkeit und das Bedürfnis, für die Reisenden über den Rahmen einer „Herberge zur Heimat“ hinaus zu sorgen. So entstanden um die Wende des Jahrhunderts, teilweise in Verbindung mit den Herbergen, teilweise gesondert, die „Christlichen Hospize“. Der Name „Hospiz“ wurde als Unterscheidungsmerkmal zu anderen Hotels und Gasthöfen gewählt, um deutlich zu machen, daß diese Häuser auf christlicher und nicht ausschließlich gewerblicher Grundlage arbeiteten, daß sie sich eine besondere Betreuung der Reisenden zum Ziel gesetzt hatten, und daß die Geschäftsführung auf christlicher Grundlage geschah.

Bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts besteht ein einflußreicher Verband, der „Deutsche Herbergsverein“, ein Zusammenschluß von 15 Landesverbänden, ausgedehnt über das gesamte Deutsche Reich, mit fast 600 Mitgliedshäusern, davon fast 50 im Ausland gelegen, wie in der Schweiz, in Holland, England, Dänemark, Norwegen, Italien, ja Rußland und Nordamerika. Aus der großen Zahl dieser Häuser ergibt sich der Wunsch, die wirtschaftlich stärksten „Hospize“ in einem neuerlichen Verband zusammenzuschließen. Am 5. Februar 1904 findet die konstituierende Sitzung in Kassel statt, über die Anzahl der Teilnehmer berichten die Unterlagen nichts. Sie sagen nur, daß etwa 100 Einladungen ergangen seien. 31 Häuser in Deutschland und 5 in der Schweiz treten dem Verband bei.

1929 Im Jahre 1929 – der Verband feiert in Berlin sein 25-jähriges Bestehen – zählt der VCH 129 Mitglieder in Deutschland und außerdem 28 Mitglieder im Ausland. 1931 sind es rund 190 Mitglieder mit 10.500 Betten. Mit dieser Mitgliederzahl erreicht der Verband seinen Zenit. Er zählt allein 15 Häuser mit 1.100 Betten in der Reichshauptstadt Berlin (davon stehen heute noch zwei im Westen und zwei im Osten der lange Zeit geteilten Stadt) und ist von Königsberg bis Köln, von Flensburg bis Lindau mit teils großen, teils kleineren Häusern vertreten. Die „Hospize“ sind in ihren Städten eine feste, wohlbekannte Einrichtung. Unter dem bis heute gültigen VCH-Motto, dem Bibelwort „Herberget gern“ (Römer 12,13), und mit dem Anliegen, qualifizierte Hotellerie und Gastronomie verbunden mit christlicher Gastfreundschaft anzubieten, werden diese Hotels besonderer Art zu einem „Zuhause“ für den Reisenden, zum Treffpunkt der Familie, um hier Hochzeiten, Taufen und Konfirmationen zu feiern. Der Zusammenbruch des Deutschen Reiches im Frühjahr 1945 wird auch für den bis dahin bedeutenden VCH und für seine Mitglieder zu einer Tragödie. Viele Häuser sind zerstört; sie werden beschlagnahmt und der obdachlos gewordenen Bevölkerung zugewiesen. Zu den Häusern in den Ostgebieten und im Ausland besteht keine Verbindung mehr. Aber 58 Hospize und Einrichtungen bleiben weiterhin in Betrieb.

- 1951 Erst 1951 trifft man sich zum ersten Mal nach fast 12 Jahren wieder zu einer Mitgliederversammlung (in Freudenstadt).
Die Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs, des Tourismus, der Möglichkeiten einer weitaus großzügigeren Freizeitgestaltung und der neu entstehenden Konkurrenz verändert die inneren Strukturen, vor allem der VCH-Stadthotels. Die Hektik der Geschäfte läßt z.B. keine Zeit mehr für morgendliche Andachten.
- 1989 Im Jahr 1989 zählt der westdeutsche VCH knapp 40 Mitglieder, zu denen sechs Häuser in Österreich, eins in Straßburg, Rom, London und im fernen Jerusalem gehören. Es ist ein Verband mittelständischer Betriebe, die ihren Gästen zeitgemäßen Übernachtungskomfort in der Mittelklasse und gehobenen Standard im gastronomischen Umfeld bieten.
„In den vergangenen Jahren wurde in Deutschland in immer stärkerem Maße die Bezeichnung ‚Hospiz‘ für Einrichtungen verwandt, die sich besonders der sterbenden Mitmenschen annehmen. Gegen diese Neubesetzung eines Begriffs, der seit Jahrhunderten für christliche, gastliche Aufnahme reisender Menschen steht, konnte sich der Verband nicht schützen. Um Mißverständnisse zu vermeiden, entschloß sich der VCH im Jahre 1987, seinen traditionsreichen Namen in ‚Verband Christlicher Hotels‘ zu ändern.“¹

2. Von England aus erobert die moderne Hospiz-Bewegung die ganze Welt

Schon seit Ende des letzten Jahrhunderts gab es in Großbritannien Kliniken und Heime für unheilbar Kranke, die ihre Entstehung vor allem privaten, religiösen und karitativen Initiativen verdankten. Die Existenz dieser Einrichtungen kann als eine Voraussetzung für die spätere Gründung des St. Christopher's Hospice angesehen werden, das heute auf der ganzen Welt die bekannteste Institution für unheilbar Kranke und Sterbende ist und der Entwicklung weiterer Einrichtungen zum Vorbild diente.

- 1893 wurde St. Luke's im Londoner Stadtteil Bayswater als „Heim für bedürftige Sterbende“ von Dr. Howart Barret gegründet.
- 1905 wurde das Londoner St. Joseph's-Hospice von den katholischen Barmherzigen Schwestern gegründet.
Das St. Joseph's-Hospice ist das Mutterhaus der modernen Hospizbewegung. Die anglikanische Ärztin Cicely Saunders entwickelte im St. Joseph's die Prinzipien der Schmerzkontrolle. Sie wurde damit die eigentliche Initiatorin der modernen Hospizbewegung.
Sie war in London im protestantischen St. Luke's-Hospice ausgebildet worden, kam dann in den fünfziger Jahren nach St. Joseph's, um drei Monate zu bleiben und das Konzept der Barmherzigen Schwestern zu studieren; schließlich wurden sieben Jahre daraus. In dieser Zeit schmiedete sie Pläne für ein eigenes Hospiz, St. Christopher's in London, das sie dann 1967 eröffnet hat.
- 1961 Bevor das Hospiz St. Christopher's entstand, hatte die Bewegung sechs Jahre lang ambulant gearbeitet.
Vorausgegangen waren Euthanasie-Debatten im englischen Parlament, die von einer „Voluntary Euthanasia Society“ mit dem Ziel angeregt worden waren, auf den Tod Kranken, die es wünschten, von Gesetzes wegen die Mög-

¹ VCH-Kurier 5 (1989) 10.

lichkeit zu einem schmerzlosen Tod zu verschaffen. Beide eingebrachten Gesetzesanträge sind aber vom Oberhaus abgelehnt worden.

Cicely Saunders sagte dazu, daß ihr anstelle der Legalisierung eines schnellen Todes bei unheilbar Kranken eine andere Notwendigkeit zwingender erschiene, nämlich: eine gekonnte, erfahrene und mitfühlende „Terminal Care“, die für jeden Patienten mit fortgeschrittener unheilbarer Krankheit verfügbar sein sollte, so daß keiner der Patienten zu diesem (in der Gesetzesvorlage vorgesehenen) verzweifelten Platz gehen müsse, wo er nur noch um Beendigung seines Lebens bitten könne.

Das moderne „Hospice“ in Großbritannien versteht sich als eine besondere Einrichtung der „Terminal Care“. Es darf also keinesfalls als Einrichtung für eine Art aktive Sterbehilfe angesehen werden, ein Mißverständnis, auf das man in der Vergangenheit öfter treffen konnte.²

1967 Cicely Saunders begründet das St. Christopher's Hospice in London. Es ist das jüngste der fünf Hospize, die im Großraum London für etwa 10 Millionen Einwohner eingerichtet wurden.

In Rochesters Wisdom Hospice (15 Betten, Einzugsbereich rund 2 Mio Menschen) z.B. gehören außer vier Ärzten, fünf ausgebildeten Schwestern, einer Beschäftigungs- und einer Bewegungstherapeutin, einem Sozialarbeiter und einem Kaplan rund 200 Freiwillige³ zum Team.

Zum Hospiz gehören auch eine Tagesklinik und ein ambulanter Dienst, der Patienten zu Hause aufsucht (Home Care).

In Großbritannien gibt es bis heute ca. 150 Hospizprojekte unterschiedlichster Art und Größe. Im Haushaltsjahr 1990/91 stellte die britische Regierung 8 Millionen englische Pfund (ca. 22 Mio. DM) für Hospize in Großbritannien zur Verfügung. Weitere 12 Mio. englische Pfund (ca. 33 Mio. DM) erhalten die britischen Hospize von Kommunen und anderen öffentlichen und privaten Trägern.

1969 verleiht die Yale University Dr. Cicely Saunders das Ehrendoktorat für ihr „christlich motiviertes Engagement für die Würde des Menschen bei seinem Sterben“.

Bei dieser Feier lernt sie den deutschen Theologen Prof. Dr. Karl Rahner kennen, von dessen „Theologie des Todes“ sie nach eigener Aussage viel für die Klärung ihrer geistigen und religiösen Position gelernt hat.

Pater Reinhold Iblack, München, begleitet Prof. Rahner nach Yale und lernt so Cicely Saunders kennen. Wenig später dreht er den ersten deutschen Dokumentarfilm über das St. Christopher's Hospice.⁴

1971 wird in New Haven, Connecticut, das erste Hospiz in den Vereinigten Staaten von Amerika als gemeinnützige Körperschaft gegründet.

1973 fühlt sich die Gruppe in New Haven ausreichend vorbereitet, um die ambulante Pflege von Patienten zu übernehmen.

1977 wird der Grundstein für ein eigenes Hospiz-Gebäude gelegt.

² Vgl. Markus von Lutterotti, Menschenwürdiges Sterben, Freiburg 1985, S. 155.

³ Es entspricht einer alten angelsächsischen Tradition, daß Freiwillige ihre Zeit kostenlos sozialen Einrichtungen zur Verfügung stellen. Es gibt dort, anders als in Deutschland, keine allgemeine Wehrpflicht und deshalb auch keine Ersatzdienstpflicht (Zivildienst). In der Bundesrepublik Deutschland sind derzeit (15.1.92) von 78.409 Zivildienstleistenden in den alten Bundesländern z.B. 4.800 in Altenpflegeheimen eingesetzt.

⁴ Siehe S.12: Die unglückliche Debatte um die „Sterbekliniken“.

In den Vereinigten Staaten haben sich vor allem ambulante Hospiz-Dienste durchgesetzt, neben Palliativstationen und Hospizen. Die 1978 gegründete National-Hospice-Organisation (NHO) fördert die ca. 1800 bestehenden Hospiz-Projekte in den USA.⁵

In den Hospizen der Vereinigten Staaten werden häufig nur solche Leute aufgenommen, die auf keinerlei Unterstützung für einen teuren Krankenhausaufenthalt rechnen könnten: die Patienten werden dann aus privaten Spendefonds unterstützt.

1975 entsteht am Royal Victoria Hospital in Montreal die erste kanadische Hospizeinrichtung: eine Palliativstation mit 15 Betten und einem dazugehörigen Hausbetreuungsdienst.

Die kanadische Hospizbewegung beruft sich ebenfalls auf die englische Hospizbewegung. Jedoch versuchen die Kanadier vor allem, die Einrichtung von Hospizen in bestehende Krankenhäuser zu integrieren. In Kanada bestehen heute ca. 100 stationäre und ambulante Hospize.

1987 wird in Tampere, Finnland, das Pflegeheim Pirkanmaa eingeweiht. Es ist ein von der Krebsgesellschaft gegründetes Pflegeheim für Krebskranke und dient sowohl der Pflege von Terminalkranken als auch Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet.

1988 wird das oberste Stockwerk des Eira-Krankenhauses in Helsinki zweckmäßig umgebaut und eine Hospizabteilung dort eröffnet.

„Die finnische Hospizbewegung ist wie die englische von christlicher Motivation getragen. Eine Gruppe von über siebzig Menschen, die dem Kirchlichen Zentrum für Krankenhausseelsorge verbunden waren, machte es sich zur Aufgabe, die von Cicely Saunders entwickelten Methoden der Fürsorge für Sterbende in Finnland einzuführen. Die Evangelisch-lutherische Kirche in Finnland ist eine Volkskirche; die Verbindung von Kirche und Staat trug zweifelsohne dazu bei, daß das Zentralamt für Gesundheitswesen schon zu Beginn der Bewegung gesetzliche Richtlinien schuf, die ethische Überzeugungen und psychologische Einsichten zur Grundlage der Arbeit machten. Sie beziehen sich sowohl auf Krankenhaus- und Heimpflege von terminal Kranken als auch auf die Begleitung der Angehörigen. Das Bemerkenswerte an dem Dokument ist seine Betonung der persönlichen Anteilnahme und des Respektes für die Menschenwürde, die der Pflege zugrunde liegen müssen. ...

Diese finnischen Richtlinien für Terminalpflege bauen unverkennbar auf den von Cicely Saunders entwickelten Grundprinzipien für physische, seelische und geistliche Fürsorge auf. Für die Umsetzung dieser Grundprinzipien in die Praxis sorgen in Finnland die Kirchliche Zentrale für Diakonie, die Kirchliche Zentrale für Krankenhausseelsorge, das Finnische Rote Kreuz und die in allen Landesteilen wirksamen Zweige des Krebspatienten e.V.“⁶

⁵ In den Vereinigten Staaten ist die Zahl der Sterbehospizbetten im Laufe von zehn Jahren um ein Fünffaches gestiegen. 20 Prozent der Hospize dort werden kommerziell von Beerdigungsunternehmen geführt.

⁶ Anne Fried, Wo man in Frieden sterben kann, 1988, S. 44 und 46.

Hospize gibt es inzwischen auch in Australien, Neuseeland, Japan, Südafrika, in den skandinavischen Ländern, in Polen, Frankreich, Italien und der Schweiz.

„Hospice“ ist keine „Sterbeklinik“, sondern „ein Rasthaus für müde und ermattete Menschen auf dem Weg in die Ewigkeit, so wie im Mittelalter die Pilger auf dem Weg nach Rom ein Gasthaus brauchten, um zu neuen Kräften zu gelangen. ... Hospiz ist der Mittelpunkt einer Bewegung, die sich dafür einsetzte daß in ihrem Einzugsbereich menschenwürdig gestorben werden kann.“⁷

3. Die Anfänge der Hospiz-Bewegung in Deutschland

a. Ein Krankenhaus findet zu seiner Bestimmung

1967 Mitte der 60er Jahre lernten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Tübinger Paul-Lechler-Krankenhauses die Londoner Hospize St. Joseph's und St. Christopher's kennen. Seitdem versuchen sie, die dort gemachten Erfahrungen in ihrem eigenen Krankenhaus umzusetzen.

„So begannen wir, wie in den Londoner Hospices, ‚Fallbesprechungen‘ von Patienten, die in unserem Hause gestorben sind, durchzuführen. Dabei lernten wir unsere Defizite kennen. Wichtiger als die Frage ‚Woran starb Herr Müller?‘ war es bei diesen Besprechungen, Antworten zu suchen auf die Fragen: ‚Unter welchen äußeren (pflegerischen, ärztlichen) Umständen starb er? Wieviel Schmerzen hatte er? Wodurch wurden diese Schmerzen, organisch und psychisch, verursacht? Was hätten wir tun können, um Schmerzen und Not der letzten Tage des Patienten zu lindern? Auf welche Weise waren die Verwandten mit einbezogen in unsere Bemühungen um den Sterbenden?‘

Allmählich gelang es uns, Merkmale der Hospices auf unsere eigenen Verhältnisse zu übertragen. Als erste sichtbare Veränderung in unserem Umgang mit ‚unheilbaren‘ Kranken wurde die Schmerzbehandlung mit regelmäßigen Gaben von Morphin bei Patienten mit malignen Tumoren eingeführt. Damals rief dieser segensreiche Umgang mit Morphin noch entrüstete bis empörte Reaktionen bei pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern hervor. Ein aufgebracht Kollege sprach von einem ‚systematischen Kunstfehler!‘ Mehr und mehr wurde uns deutlich, daß der richtige Umgang mit sterbenden Patienten keine ‚neue‘, sondern eine vergessene Aufgabe der Medizin war. Gleichzeitig lernten wir begreifen, daß ‚Schmerztherapie‘ nur ein Teil des Notwendigen war: eher Bedingung für die Begleitung, als deren Inhalt. Die Wahrheit sagen; nicht allein lassen; schweigen können; aushalten lernen – das waren Aufgaben, denen wir uns zu stellen lernten. Immer deutlicher wurde uns, daß wir Dinge lernten, die zu den Aufgaben eines jeden Krankenhauses gehören (und natürlich genauso zu den Aufgaben der Betreuung Sterbender im Pflegeheim oder zu Hause). Immer deutlicher wurde uns auch, daß wir nicht ‚Hospice‘ oder ‚Sterbeklinik‘ sein, sondern unseren ursprünglichen Aufgaben als Krankenhaus für Tropenmedizin und Innere Krankheiten treu bleiben wollten – wir hatten als Krankenhaus dazugelernt. Heute sind wir der Meinung, daß genau dies die Bedeutung der Hospices war: uns an eine vergessene Aufgabe zu erinnern. (Dies wurde übrigens auch in Londoner Krankenhäusern entdeckt, die ihre Mitarbeiter bei den Hospices lernen ließen.)“⁸

⁷ Klaus-Peter Grasse in: Konsequenzen 4'89, S. 9.

⁸ Aart H. van Soest, Die vergessene Aufgabe. Wie ein Krankenhaus zu seiner Bestimmung fand, in: Konsequenzen 4'89, S. 14-16.

b. Das Hamburger Modell

- 1976 Prof. Dr. Ulrich R. Kleeberg gründet die hämatologisch-onkologische Praxis Altona mit Tagesstation. Es ist die erste deutsche Klinik dieser Art. Sie befindet sich in einem großen Gebäude, das nicht nur verschiedene Praxen, sondern auch ein mehrstöckiges Warenhaus beherbergt. Begleitung von Kranken ist eingebaut in das Alltagsleben der Stadt.
Das Team der Tagesklinik besteht aus den Onkologen Kleeberg und Erdmann, einem Kardiologen, einem Gastrologen und Radiologen und einem Röntgenologen und Nuklearmediziner.
Die Praxis ist ausschließlich für Krebskranke bestimmt und dient Patienten in verschiedenen Stadien der Erkrankung, die jedoch alle ambulante Behandlung zulassen. Diese wird nach Feststellung der Diagnose in der Tagesstation durchgeführt.
„Das wesentliche Merkmal der Tagesstation ist, neben der ärztlichen Kompetenz, die Kontinuität der Fürsorge. Der Kranke weiß, wohin und zu wem er kommt. Er ist zu Hause in seinem kleinen Raum, mit Ärzten und Schwestern vertraut. Er weiß, daß die Fürsorge der Praxis bis in sein eigenes Zuhause und zu seiner Familie reicht.
Schwester Gisela besucht ihre Kranken in schwierigen Zeiten und steht deren Angehörigen mit Beratung und praktischer Hilfe bei. Sowohl sie als auch Prof. Kleeberg und Dr. Erdmann sind Tag und Nacht zu erreichen, kommen umgehend in jedem Krisenfall und sorgen dafür, daß die häusliche Krankenpflege von Onkologieschwestern oder entsprechend ausgebildeten Gemeindefachschwestern verrichtet wird.“⁹
- 1978 Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) stellt in ihrem Memorandum „Zur Konzeption und zum Personal- und Finanzbedarf der Tumorzentren in der Bundesrepublik Deutschland“ neue Personalrichtwerte auf, „die bisher jedoch erst in wenigen, besonders geförderten Institutionen realisiert werden konnten. Abgesehen von diesen Tumorzentren ist die große Mehrzahl der onkologischen Schwerpunktstationen und -praxen personell nicht besser ausgestattet als der allgemeine Pflegebereich.“¹⁰
- 1979 Seit 1979 arbeitet die Hauskrankenpflege des Marburger Tumorzentrum – vorwiegend im Stillen:
„Zwar ist in der Bevölkerung, in den Kliniken Marburgs, die Initiative anerkannt, zwar gibt es immer wieder Veranstaltungen, auf denen zugunsten des Vereins gesammelt wird, doch die rund 45 Mitarbeiter wollen ihre Arbeit nicht an die große Glocke hängen. Die beiden Leiterinnen der Hauskrankenpflege, Sozialarbeiterin Else Scharf und Irmgard Heß, medizinisch-technische Assistentin mit Weiterbildung im pflegerischen und sozialen Bereich, leisten ihre Arbeit bescheiden im Hintergrund. Mehr als 300 Patienten hat das Team inzwischen betreut – allein 1985 wurden 25.000 Pflegestunden geleistet.“¹¹
- 1981 formuliert die Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie (AIO) der Deutschen Krebsgesellschaft eine Reihe von strukturellen Voraussetzungen zur weiteren Verbesserung der medizinischen und humanitären Versorgung Krebskranker, u.a.:

⁹ Anne Fried, S. 111-112.

¹⁰ Prof. Kleeberg zitiert nach Anne Fried, S. 133.

¹¹ Karin Frohmeyer in einem Bericht des DAS vom 4.10.1987, S. 21.

„eine Rückbesinnung auf die Werte der häuslichen Krankenpflege und -behandlung, die unter der Aufsicht des Hausarztes und beratenden internistischen Onkologen und unter der Pflegeleitung der Onkologieschwester von den Angehörigen gemeinsam mit der Gemeindeschwester und/oder den Pflegehelfern und Sozialdienstleistenden der Sozialstationen durchgeführt wird.“¹² Die empfohlene Weiterbildung für das Onkologische Pflegediplom umfaßt im praktischen Bereich auch die „onkologische Hauspflege“ und die „terminale Krankenpflege“.

1986 Seit 1986 wird das Projekt „Mobile ambulante Nachbehandlung (MAN)“ im Einzugsgebiet des Tumorzentrums Heidelberg-Mannheim vom baden-württembergischen Sozialministerium gefördert.

„Eine Ärztin, ein Arzt, zwei Krankenschwestern und eine Psychologin sind Tag und Nacht erreichbar, machen Hausbesuche, beraten den Hausarzt, die Pflegekräfte der Sozialstationen, die Angehörigen und die Kranken selbst, weisen sie ein und fassen auch selbst mit an. Sie legen Infusionen mit krebshemmenden Medikamenten an, geben Patienten und Pflegenden Rat für den Umgang mit Kanülen, Kathetern oder einem neuen Darmausgang, unterrichten über die Handhabung der künstlichen Ernährung, helfen mit unterstützenden Gesprächen über seelische Tiefpunkte hinweg, beraten die Hausärzte, wie man die Kranken vor dem Krebschmerz bewahrt, ohne ihre Aktivität zu beeinträchtigen: indem man dem Schmerz mit regelmäßigen Gaben von Tabletten oder Tropfen zuvorkommt, ihn also gar nicht erst aufkommen läßt. Spritzen oder Infusionen sind zum Erstaunen vieler Ärzte nur selten nötig.

Vom Heidelberger Tumorzentrum aus wurden in zweieinhalb Jahren 162 Patienten zwischen zwölf und 87 Jahren zu Hause mitbehandelt, die üblicherweise im Krankenhaus hätten versorgt werden müssen. Zu Komplikationen der Behandlung, wie zum Beispiel zu Infektionen, kam es seltener als im Krankenhaus, wie Prof. Peter Schlag von der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg mitteilt. Dem von ihm und Dr. Silke Frohmüller, Mitglied des ambulanten Teams, vorgelegten Abschlußbericht ist zu entnehmen, daß durch die mobile ambulante Nachbehandlung während der Versuchsphase nicht weniger als 7.921 Krankenhaustage eingespart wurden.“

Trotz aller positiven Rückmeldungen von Patienten und Hausärzten „steht aber noch nicht fest, ob das Land Baden-Württemberg das gelungene Modell in die Regelversorgung übernehmen wird, nachdem nun die Versuchsphase abgeschlossen ist. Denn die anfänglich kooperativen Kassenarztfunktionäre seien plötzlich dagegen, hört man aus Heidelberg. Sie fürchten offenbar, das Krankenhaus könnte in die Domäne der freipraktizierenden Ärzte einbrechen. Man muß schon fragen: Sollen die Verteilungskämpfe um den Honorarkuchen ausgerechnet auf dem Rücken todkranker Krebspatienten ausgetragen werden?“¹³

Das Projekt ist inzwischen (zum 31. Dezember 1989) eingestellt worden.

1988 Im Juli 1988 wird die Schmerzambulanz/Tagesklinik Dr. Thomas Flöter in Zusammenarbeit mit der Christophorus Haus GmbH in Frankfurt eröffnet. Das geschäftsführende Ehepaar Harmsen hatte sich von der Hospizarbeit in England anregen lassen.

¹² Zitiert nach Anne Fried, S. 135.

¹³ Bericht von Rosemarie Stein in der FAZ vom 27.5.1989.

c. Sterbebegleitung in der Klinik

- 1983 Im April 1983 wird die Station für palliative Therapie in der Universitätsklinik Köln eingerichtet.
Beim Aufbau der Station wurden Erfahrungen des Londoner St. Christopher's Hospice von Pfarrer H. R. Zielinski eingebracht.
Die Realisierung der Idee, für die terminal krebserkrankten Patienten der Chirurgischen Klinik eine kleine Station einzurichten, wo Pflege, Schmerzlinderung und psychische Betreuung im Vordergrund stehen, gelang mit finanzieller Unterstützung der Deutschen Krebshilfe e.V. Die Palliativstation hat 5 Betten.
Auf der Station arbeiten hauptamtlich 6 examinierte Krankenpflegekräfte (5 Schwester und ein Pfleger für 3 Schichten) und eine Ärztin. In Teilzeitarbeit arbeiten mit ein Anästhesist, der auch anästhesiologisch und in der Schmerzambulanz tätig ist, eine Sozialarbeiterin, die gleichzeitig den Hausbetreuungsdienst leitet, sowie die Klinikseelsorger beider Konfessionen.
An festgelegten Wochentagen unterstützen 3 ehrenamtliche Helferinnen das Team. Bei Bedarf werden – wie im Universitätsklinikum üblich – Konsiliarärzte der anderen Kliniken hinzugebeten oder Mitarbeiter der verschiedenen Abteilungen angefordert, z.B. die Diätassistentin und Krankengymnastinnen.
- 1984 Nach dem Vorbild des St. Christopher's Hospice werden der Station 1984 ein Hausbetreuungsdienst und das Bildungsforum Chirurgie angegliedert. Auch diese Projekte werden im Zusammenhang mit der Station von der Deutschen Krebshilfe e.V. gefördert.
- 1988 Im Dezember 1988 wird die Station für palliative Therapie in der Robert-Janker-Klinik in Bonn eingerichtet (Projektleiter: Dr. Paul Becker, Bingen).
- 1990 Im April 1990 wird die Station für palliative Therapie im Malteser-Krankenhaus in Bonn eingerichtet (Chefarzt: Prof. Dr. Eberhard Klaschik).
„Die Deutsche Krebshilfe, das Land Nordrhein-Westfalen und die Universität Köln haben sich jetzt darauf geeinigt, eine 15 Betten umfassende Schmerz- und Sterbeklinik in Köln zu errichten. Das nach der langjährigen Vorstandsvorsitzenden der Krebshilfe benannte ‚Dr.-Mildred-Scheel-Haus‘ wird Krebspatienten im Endstadium intensive Hilfe bei der Schmerzbekämpfung und bei der psychosozialen Verarbeitung ihrer Krankheit bieten. Der Bau soll 26 Millionen Mark kosten. Geplant ist auch ein Schulungszentrum, in dem Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Schwestern und Pfleger den Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden lernen können.“¹⁴
- 1991 Am 5. Juni 1991 wird der Grundstein für das „Dr. Mildred-Scheel-Haus“ für palliative Therapie mit Ausbildungszentrum und Hausbetreuungsdienst an der Kölner Universitätsklinik gelegt.
Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt in 12 Krankenhäusern die Einrichtung von Palliativstationen, „um modellhaft die Möglichkeiten zu erproben, die Versorgung sterbender Krebspatienten in Krankenhäusern zu verbessern“. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet vom Institut für Sozialmedizinische Forschung in Herne.

¹⁴ DER SPIEGEL 19/1990, S. 293.

d. Sterbebegleitung im Pflegeheim

1984 Im Frühjahr 1984 entsteht in Stuttgart im Rahmen der seelsorgerlichen Begleitung der Menschen in einem Alten- und Pflegeheim die Initiative „Sitzwache in Pflegeheimen“ unter der Leitung von Diakonin Ursula Lesny. In den folgenden Jahren bilden sich dann eine Reihe von weiteren Sitzwachengruppen in Stuttgart und Umgebung, die sich zu einer „Arbeitsgemeinschaft Sitzwachen in Stuttgart und Umgebung“ zusammenschließen. Die „AG Sitzwachen“ bringt ein kleines Heft heraus: „Nicht alleingelassen. Bibelworte, Andachten, Lieder und Gebete am Sterbebett“, erhältlich bei der Deutschen Bibelgesellschaft, Stuttgart.

1991 Anfang 1991 gibt es im Großraum Stuttgart 20 Gruppen mit insgesamt ca. 350 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie sind in 26 Einrichtungen verschiedener Heimträger tätig. Die Leitungsteams aller Gruppen sind in einer Arbeitsgemeinschaft verbunden, die sich regelmäßig zu Erfahrungsaustausch und Weiterbildung trifft. Alle Gruppen sind ökumenisch besetzt und werden sowohl von evangelischen als auch von katholischen Kirchengemeinden getragen.

Aus dem Erfahrungsbericht einer Mitarbeiterin:

„Als Mitarbeiterin in einem Pflegeheim erlebe ich fast täglich, was Pflegenotstand bedeutet. Wenn Sie selbst in einem Pflegeheim Besuche machen, so ist er auch Ihnen nicht verborgen geblieben. Vielleicht haben Sie hier und da schon selbst mit zugefaßt.

Ich möchte Ihnen ein paar Sätze zum Personalschlüssel sagen: Der Personalschlüssel ist seit dem 1. Januar 1990 1 : 2,7 (2,68). Dazu ein Beispiel: Ein Pflegeheim mit 100 Bewohnern in 4 Pflegeabteilungen mit je 25 Bewohnern hat 37,04 Sollstellen laut Stellenplan (= 9,26 Stellen pro Abteilung).

Abzüglich Nachtwachen, Pflegedienstleitung, Sozialdienst und Ergotherapie (7,7 Stellen) verbleiben 29,34 Stellen (= 7,34 Stellen pro Abteilung mit je 25 Bewohnern) in der Tagdienstpflege.

Die Nachtwachen haben 13,2 Minuten pro Bewohner, wenn sie sich in den 11 Stunden nicht hinsetzen. Für den Tagdienst bleiben 96,8 Minuten. Zieht man Urlaub, Fortbildungen, Seminare, die Kranken, die Überstunden der Gesunden, Kur, Mutterschutz usw. ab, bleibt eine knappe Stunde für jeden Bewohner pro Tag übrig.

In dieser Zeit müssen alle Pflegearbeiten: Essen geben, baden, waschen, lagern, verbinden, usw. erledigt werden. Dazu kommen noch andere Arbeiten, die nicht direkt mit dem Bewohner zu tun haben.

Ich denke, jetzt kann sich jeder von Ihnen ein Bild machen, daß diese kurze Zeit, die zur Verfügung steht, kaum zu einer guten psychosozialen Betreuung ausreicht, geschweige denn zur Sitzwache.“¹⁵

„Sitzwachengruppen in Stuttgart gehören zum Gesamtkonzept der Hospizbewegung. Ihr Schwerpunkt sind die Menschen in den Pflegeheimen und vorwiegend ältere Menschen in Privatwohnungen des Wohnbezirkes, in dem die Gruppe ihren Sitz hat. Bewohnerinnen und Bewohner der Alten- und Pflegeheime dürfen bei der Sorge um die Verbesserung der Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben nicht ausgeklammert werden.“¹⁶

¹⁵ Zitiert nach Lesny, Wer trägt mich in den Himmel, 1991, S. 22.

¹⁶ Ursula Lesny, Wer trägt mich in den Himmel, 1991, S. 17.

e. Sterbebegleitung zu Hause

1984 wird an der Ev. Fachhochschule Hannover die Arbeitsgruppe „Zuhause sterben“ unter der Leitung von Prof. Dr. Johann-Christoph Student gegründet. Sie ist ein Arbeits- und Forschungsverbund von Fachleuten und erfahrenen Laien, die sich um die Verbesserung der Situation Sterbender und Trauernder (unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit AIDS) nach den Grundprinzipien der Hospiz-Bewegung bemühen.

Bisher hat die Arbeitsgruppe drei Arbeitsschwerpunkte gebildet:

- Informationen für Angehörige und Betroffene sowie deren Helfer;
- Ausbildung beruflicher und freiwilliger Helfer;
- Beratung und Begleitung Sterbender und Trauernder nach dem ganzheitlichen Ansatz der Hospiz-Bewegung.

„Versucht man eine Einordnung der Arbeitsgruppe ‚Zu Hause sterben‘ in die Vielfalt der in den angelsächsischen Ländern vorkommenden Hospizformen, dann entspricht sie am ehesten dem ‚consulting team‘. Darunter versteht man ein Team von Fachleuten (und freiwilligen Helfern), das nach den Grundprinzipien der Hospiz-Bewegung für Betroffene Unterstützung durch Beratung anbietet.“¹⁷

„Es geht bei Hospizen eigentlich nicht darum, neue Institutionen zu schaffen, sondern darum, alte Traditionen des menschlichen Umgangs mit Sterbenden wiederzuentdecken und sie in unsere veränderte Welt hineinzusprechen.“¹⁸

4. Die unglückliche Debatte um die „Sterbekliniken“

1971 Am 10. Juni 1971 hatte das ZDF einen Bericht der Redaktion „Kirche und Leben“ (kath.) mit dem Titel „Noch 16 Tage ... Eine Sterbeklinik in London“ gezeigt. Der Film war von Pater Reinhold Iblacker mit einem Fernsehteam im St. Christopher's Hospice in London gedreht worden.

Rupert Neudeck in seiner Beschreibung des Films: „Die Klinik soll vor allem für diejenigen Menschen offenstehen (und diese Menschen sollen ein Privileg auf die Aufnahme dort haben: die Häuser sind finanziell durch Staat und Kirchen abgesichert, so daß sie sich es erlauben können, bedürftige Patienten aufzunehmen), die kein wirkliches soziales Zuhause mehr haben, die schon seit langer Zeit ausgestoßen, abseits gestellt, vereinsamt sind; für solche, denen in ihrem eigenen Umkreis das Sterben nicht zugemutet werden kann.“¹⁹

Am 3. Oktober 1971 zeigte das ZDF dann auch noch den Film „Die letzte Station. Dreharbeiten in einer Sterbeklinik“. Die Reaktion besonders auf den ersten Film war heftig. Anton Szekely schrieb: „Schade, daß es ihn gibt. Er ist gestellt und zudringlich. Er hat den Beigeschmack von Kommerzialisierung des Sterbens. Humanität beim Sterbenden als Job – eine unsympathische Vorstellung. Nun ist auch das Persönliche institutionalisiert, die Verantwortung abgenommen, wir sind von einer Pflicht losgekauft. Der Sohn kann ruhig zum Fußballspiel gehen, während der Vater stirbt.“²⁰

Diese harsche Kritik hatte Folgen.

¹⁷ Johann-Christoph Student in: Beutel/Tausch, Sterben – eine Zeit des Lebens, S. 201.

¹⁸ Johann-Christoph Student, zitiert nach: Hospiz – Alternative für Sterbebegleitung? (Herrenalber Protokolle 66), Umschlagseite hinten.

¹⁹ In: Deutscher Evangelischer Verband für Altenhilfe e.V. im Diakonischen Werk der EKD (Hg.), „Recht auf Leben – Recht auf Sterben“. Bundestagung 1975, S. 23.

²⁰ Zitiert nach Zielinski, Prüfsteine medizinischer Ethik I, Grevenbroich 1980, S. 54.

- 1978 Auf Anfrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit nahmen die Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Krankenhausgesellschaften und fachkundige Einzelpersonen Stellung zu der Frage, „ob der Bau von Sterbekliniken in Deutschland nach englischem oder schwedischem Muster befürwortet wird.“²¹

Das katholische Büro Bonn antwortete am 30. Juni 1978: „Ein solches menschenwürdiges Sterben kann nicht durch die Errichtung eigener Sterbekliniken oder Sterbeheime gewährleistet werden, in die der Schwerkranke abgeschoben wird. ...

Sterbekliniken oder Sterbeheime dienen – gewollt oder ungewollt – der Verdrängung der letzten menschlichen Aufgabe. ...

Mit der Einlieferung in eine Sterbeklinik oder in ein Sterbeheim wird dem Schwerkranken jede Hoffnung abgesprochen und genommen. ...

In der öffentlichen Diskussion wird die Einrichtung von Sterbekliniken jetzt schon als ein Schritt hin zur Euthanasie gedeutet. ...

Vorhandene und bereitzustellende Mittel des Bundes und der Länder sollten nach unserer Auffassung nicht dazu benutzt werden, solche Sterbekliniken einzurichten. Vielmehr sollten finanzielle Mittel und personeller Einsatz dazu dienen, in den Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen genügend Räume bereitzuhalten, die entsprechend ausgestattet sind, um sterbenden Menschen die Möglichkeit zu geben, sich in Ruhe und im Beisein ihrer Angehörigen auf den Tod vorzubereiten. ...

Notwendig ist die Ausarbeitung eines Programms für die Humanisierung des Sterbens in den Krankenhäusern und Pflegeheimen, verbunden mit einer besseren und gezielteren Ausbildung der Ärzte, Schwestern, Pfleger usw. ...

Zusammenfassend möchten wir die von Ihnen gestellte Frage dahin beantworten, daß wir die Einrichtung besonderer Sterbekliniken oder Sterbeheime ablehnen, weil solche Einrichtungen aus vielerlei Gründen das Sterben nicht menschenwürdiger, sondern unmenschlich machen.“

- 1979 fand eine Tagung der Katholischen Akademie Stuttgart statt zum Thema „Sterbekliniken – oder was brauchen Sterbende?“

Heinz Lothar Jelen, Ministerialrat und Referent im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, berichtete bei dieser Tagung über das Ergebnis der Befragung bei Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Krankenhausgesellschaften und fachkundigen Persönlichkeiten: „Ihr deutliches Nein zur Sterbeklinik hatte die Konsequenz, daß von einer Förderung des beantragten Modellversuchs Abstand genommen wurde.“²²

Paul Sporken, holländischer Moraltheologe, ist der Meinung, „daß wir keine Sterbekliniken einrichten sollten“, und zwar weil seines Erachtens der Sterbende diese nicht braucht: „Die Einrichtung von Sterbekliniken bedeutet eine Institutionalisierung von Krankenhausstrukturen, die falsch sind, weil sie nicht patienten-orientiert sind. ...

Die Einrichtung von Sterbekliniken ist keine echte Lösung für das eigentliche Problem, um das es hier geht. Sie wären höchstens akzeptabel im Sinne einer vorübergehenden Notlösung, und zwar solange wir an der kausalen Lösung unseres Problems mit Sterbenden und Sterbebeistand arbeiten. Sie wären in etwa auch nur dann annehmbar, wenn man sie als Modell verstünde, die es

²¹ Heinz Lothar Jelen, in: Sterbekliniken oder was brauchen Sterbende?, 1980, S. 43.

²² Sterbekliniken – oder was brauchen Sterbende?, S. 53.

dann erlaubten, die gemachten Erfahrungen auf andere Ebenen zu übertragen.“²³

Sporken schlägt u.a. folgende Alternativen vor:

- Ausbau von Pflegeheimen im Sinne der niederländischen „Verpleegtehuizen“;
- Einrichtung besonderer Stationen in den Krankenhäusern, in denen man die Schwerstkranken und Sterbenden gemäß ihrer Situation und Bedürfnisse pflegen und betreuen kann;
- Freimachung von wenigstens ein paar Einzelzimmern auf den Stationen, in denen der Kranke nach einer schweren Operation, in einer Krisensituation oder wenn er im Sterben liegt, untergebracht werden könnte.²⁴

1980 Helmut R. Zielinski nimmt öffentlich Stellung zur andauernden Kritik an dem Film „Noch 16 Tage ...“:

„Der Name ‚Sterbeklinik‘, den deutsche Filmproduzenten dieser Klinik gegeben haben, ist ungerechtfertigt, weil er etwas Falsches zum Ausdruck bringt. Genaugut könnte man eine Neurochirurgische Intensivstation als ‚Sterbeklinik‘ deklarieren, wollte man nur anhand der Sterbeziffer der Patienten die Klinik umschreiben. Das St. Christopher’s Hospice ist eine Einrichtung, die sich bewußt den Namen Hospice, d.h. HOSPIZ gegeben hat. Ein Hospiz wurde für Wanderer eingerichtet – durch die Bezeichnung Hospiz soll hier gekennzeichnet werden, daß es sich um eine Ruhestätte für Menschen handelt, die in ihrer Krankheit die Erfahrung der Hektik, der Rastlosigkeit gemacht haben. Hierdurch soll aber nicht ausgedrückt werden, daß es sich um ein Haus handelt, in das Alte und Sterbende abgeschoben werden, um den Angehörigen die notwendige Gewissensberuhigung zu geben ...“²⁵

Helmut R. Zielinski stellt in seinem Beitrag auch das grundlegende Arbeitsprogramm des St. Christopher’s Hospice in neun Punkten vor und greift die Frage auf, ob ein Hospiz in der Form von St. Christopher’s für uns möglich ist. Er macht folgenden „Verbesserungsvorschlag“:

„Da in unserem System Hospize einem Pflegeheim gleichkämen, geht mein Vorschlag dahin, daß unsere Kliniken dort, wo es noch nicht geschehen ist, geriatrische Abteilungen einrichten, in denen geschultes Personal Pflegedienste leistet. ...

Dieser Dienst sähe nicht in erster Linie die wissenschaftliche Karriere, sondern vielmehr als Schwerpunkt die Begleitung der Patienten und die Bekämpfung der psychischen wie physischen Schmerzen. Die Begleitung dürfte nicht nur auf den Patienten beschränkt bleiben, sondern müßte die Angehörigen miteinbeziehen.“²⁶

1981 legt Bernd Wagner, Freiburg, seine Dissertation zum Thema „Terminal Care in Großbritannien. Ein Modell für die Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender“ vor.

Ihm fällt „eine Diskrepanz auf zwischen der Idealität der Verhältnisse, wie Terminal Care und die Hospices häufig in der Literatur dargestellt, ja verherrlicht werden, und der Realität des Alltags, die, wo immer Menschen am Werke sind, nicht stets konfliktfrei und ideal sein kann.“²⁷

²³ A.a.O., S. 74.

²⁴ A.a.O., S. 75-76.

²⁵ In: Prüfsteine medizinischer Ethik I, 1980, S. 54-55.

²⁶ A.a.O., S. 85.

²⁷ Terminal Care in Großbritannien, 1981, S. 179.

Er kommt zu folgender Bewertung: „Terminal Care kann als sinnvoll erachtet werden, solange sie in Allgemeinmedizin und -krankenhaus integriert ist oder wenigstens darauf hinzielt.“²⁸

Er sieht aber auch eine Gefahr in der weiteren Entwicklung, nämlich: „daß die Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender zu einem neuen Spezialfach mit speziell dafür geschaffenen Institutionen wird und eine Selektion und Ausgliederung dieser Patienten aus Allgemeinmedizin und -krankenhaus stattfindet. ... Das Hospice würde zur Inkarnation eines neues Spezialfaches und könnte als vorübergehend sinnvolle Zufluchtsstätte bald zu einem Isolationsasyl werden. Außerdem wäre eine mögliche Folge, daß andere Sterbende nur noch schlechter versorgt werden, wenn Spezialeinrichtungen zum Teil helfen, Ärzte und Krankenhäuser von einer ihrer wesentlichen Aufgaben zu entlasten.“²⁹

Aus all seinen Beobachtungen zieht er den Schluß: „Grundsätzlich kann man davon ausgehen, daß die Verpflanzung eines in GB gewachsenen und verwurzelten Modells wie das der Terminal Care in ein anderes Land, sei es auch noch so gut, problematisch ist. ... Deshalb darf es als sinnvoller gelten, die schon vorhandenen Ansätze in der BRD weiterzuentwickeln und dabei eventuell Einzelelemente und Erfahrungen aus der britischen Entwicklung als Anregung aufzunehmen. Als Beispiele dafür seien hier nur die Aktivitäten um Nachsorgeprogramme und -einrichtungen für Krebskranke, ambulante Krankenpflege von Sozialstationen ausgehend, ‚Rooming-in‘ für Angehörige im Krankenhaus, alternative Konzepte der Medizin und bessere Ausbildungsmöglichkeiten genannt.“³⁰

„Solange Menschen im Krankenhaus sterben, muß sich das Krankenhaus professionell annehmen, denn würdiges Sterben darf nicht auf einen Ort beschränkt sein. Der Ruf nach Sterbekliniken bedeutet nur eine Umformulierung des Problems, wodurch die unbefriedigende Grundsituation des Sterbens im Krankenhaus oder Altersheim in eine institutionell-organisatorische Frage verwandelt wird. Es ist eine grundlegende Forderung zu überlegen, wie die Bedingungen für unheilbar Kranke und Sterbende, seien sie zu Hause oder stationär untergebracht, verbessert werden können und entsprechende Schritte einzuleiten.“³¹

1982 schreibt Wolfgang Helbig, Vorsitzender des Deutschen Ev. Krankenhausverbandes, in einem Beitrag zum Thema „Sterbekliniken“:

„Letzten Endes darf es nicht bloß um die Frage ‚Sterbekliniken – ja oder nein?‘ gehen. Das wäre im Kontext der bei uns bestehenden ambulanten und stationären Einrichtungen eine Entstellung des eigentlichen Problems. Eine Verbesserung der Situation Sterbender könnte daraus kaum erwachsen. Christliche Krankensorge nimmt ihre Kraft ganz generell zuerst aus der für uns durchlittenen Passion Christi: In der Schwachheit kommt seine heilmachende Gnade und Liebe zur Vollendung. Die Sorge für Sterbende ist deshalb ein Testfall für die diakonische Arbeit am kranken Nächsten: im Heim und im Krankenhaus ebenso wie in der Haus- und Gemeindepflege. Wenn es mit rechten Dingen zugeht, kann das Sterben im Handeln der Diakonie gar nicht aus dem Blick geraten. Das wird helfen, den Aufgaben- und Zielkonflikt zwischen diagnostischem und therapeutischem oder kurativem und rehabilitativem Tun ei-

²⁸ A.a.O., S. 181.

²⁹ A.a.O., S. 181.

³⁰ A.a.O., S. 183-184.

³¹ A.a.O., S. 184.

nerseits sowie palliativem und begleitendem Handeln andererseits zu überwinden – eine in der geistigen Situation unserer Gesellschaft, in der auf Wirtschaftlichkeit, Rationalisierung und Effizienz ausgerichteten Gesundheitspolitik keine leicht zu erfüllende Aufgabe! Wir müssen umdenken und erkennen, daß das Sterben zum Leben gehört, müssen ausbildungsmäßig, im Stellenplan, im Krankenversicherungsrecht, baulich, organisatorisch usw. dem neu definierten Ziel Rechnung tragen. Ein Erfolg wird freilich nicht nur dem moribunden Patienten ein Sterben in Würde, in menschlicher Erfüllung ermöglichen, sondern auch den anderen Kranken, den Genesenden, eine den ganzen Menschen umfassende, persönlichere Pflege. Eher als auf jedem anderen Wege könnte sich das Krankenhaus, in dem heute schon zwei Drittel aller Sterbenden ihre letzten Tage und Stunden verbringen, so vom Ort erhoffter Wiederherstellung in einen Raum der Hoffnung auch darüber hinaus zurückverwandeln.“³²

1983 legt Thomas Scheffel, Freiburg, seine Dissertation zum Thema „Die Versorgung sterbender Patienten im Krankenhaus. Ansätze in Deutschland auf dem Hintergrund der britischen ‚Terminal Care‘“ vor.

Er diskutiert u.a. die in Deutschland erhobenen Einwände gegen die Einrichtung von „Sterbekliniken“ und widerlegt sie aufgrund der in England gemachten Erfahrungen. Er bedauert, daß viele Autoren nicht die Gelegenheit hatten, die Einrichtungen der „Terminal Care“ selbst vor Ort kennenzulernen. Er kommt zu dem Ergebnis:

„Aus der Analyse der Veröffentlichungen zum Thema ‚Sterben und Tod‘ und ‚Sterben im Krankenhaus‘ aus dem deutschen und englischen Sprachraum geht übereinstimmend hervor, daß die Betreuung und Begleitung des sterbenden Patienten und seiner Familie im Krankenhaus als unbefriedigend bezeichnet werden muß.“³³ Eine gewisse Ausnahme bildet seiner Ansicht nach wohl nur die Praxis im Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen.

„Auf diesem Hintergrund wurde in den vergangenen Jahrzehnten in Großbritannien eine Konzeption für die Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender entwickelt, die den Forderungen eines humanen ‚Sterbebestandes‘ und einer humanen ‚Sterbehilfe‘ in allen Punkten weitgehend gerecht wird und an verschiedene Organisationsformen angepaßt werden konnte. ...

Aus dem vorliegenden Material über die Diskussion um ‚Sterbekliniken‘ in Deutschland kann gefolgert werden, daß der Ansatz der britischen ‚Terminal Care‘ nicht zuletzt mangels ausreichender Sachinformationen nicht in angemessenem Maße gewürdigt worden ist. ... In keiner der untersuchten Institutionen konnten alle für notwendig befundenen Aspekte zusammen angetroffen werden, wie sie in den Einrichtungen der ‚Terminal Care‘ realisiert worden sind. Es erscheint mir daher notwendig, daß bei der Arbeit an der Verbesserung der Sterbesituation in den Krankenhäusern der Ansatz der britischen ‚Terminal Care‘ nochmals in inhaltlich vollständiger Form mit in die Diskussion einbezogen wird. Auch wenn sich diese Form der Versorgung nicht in toto auf deutsche Verhältnisse übertragen ließe, so könnten doch wesentliche Impulse von diesem Konzept gewonnen werden, die sich auch auf unsere Verhältnisse fruchtbar auswirken würden.“³⁴

³² In: Schober/Seibert (Hg.), Theologie. Prägung und Deutung der kirchlichen Diakonie, Stuttgart: Verlagswerk der Diakonie 1982, S. 606.

³³ Die Versorgung sterbender Patienten im Krankenhaus, 1983, S. 236.

³⁴ A.a.O., S. 236-238.

5. Hospiz versus Sterbeklinik

a. Der Beitrag von Johann-Christoph Student

1985 In der Zeitschrift „Wege zum Menschen“ 37 (1985) 260-269 erscheint der wichtige Beitrag „Hospiz versus ‚Sterbeklinik‘“ von Johann-Christoph Student, Professor für Sozialmedizin an der Ev. Fachhochschule Hannover.

Er referiert darin die wichtigsten kritischen Stellungnahmen in Deutschland gegen die sog. „Sterbekliniken“ seit 1978 und versucht, die Widerstände gegen die Einrichtung von Hospizen zu entkräften. Er macht deutlich, daß es bei der Hospizbewegung nicht einfach um die Errichtung neuer Institutionen geht, sondern um ein bestimmtes Konzept in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender, um einen anderen Umgang mit Sterben und Tod.

Als wichtigste Kriterien für das Bestehen eines Hospiz-Programms im Sinne der angelsächsischen Hospizbewegung führt er auf:

- Sterbender und seine Angehörigen sind gemeinsam Adressaten des Hospiz-Dienstes. Die Angehörigen benötigen nicht weniger Aufmerksamkeit und Fürsorge als der Sterbende selbst.
- Unterstützung durch ein interdisziplinär arbeitendes Team (Arzt, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Geistlicher u.a.). Nur ein Team von Fachleuten kann den vielfältigen Wünschen Betroffener gerecht werden. Die Team-Mitglieder unterstützen sich gegenseitig in ihrer Arbeit, vor allem in emotionaler Hinsicht. Die Team-Mitglieder werden sorgfältig ausgebildet und erhalten fortlaufende Supervision.
- Einbeziehung freiwilliger Helfer. Sie dienen der „Entprofessionalisierung“ der Sterbebegleitung. Sie tragen zur Integration des Sterbenden und seiner Angehörigen in das Gemeinwesen bei. Dem widerspricht nicht, daß sie sorgfältig ausgebildet werden und fortlaufende Supervision erhalten.
- Spezielle Kenntnisse in der Symptomkontrolle. Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der medizinischen und pflegerischen Beeinflussung der das Sterben oftmals belastenden Symptome (insbesondere der Schmerzbekämpfung). Das Team weiß auch um die soziale, psychische und spirituelle Dimension dieser Symptome.
- Kontinuität in der Betreuung ist gewährleistet. Das Team steht „24 Stunden am Tage, 7 Tage in der Woche lang“ zur Verfügung. Die Hinterbliebenen werden in der Zeit ihrer Trauer weiter begleitet (was auch im Sinne der Gesundheitsförderung wirksam ist).

Im Laufe der folgenden Jahre veröffentlicht Johann-Christoph Student weitere wichtige Beiträge zur Beschreibung und Entfaltung der Hospizidee und zu anderen Problemen der Begleitung Sterbender, z.B.:

1986 Zu Hause sterben. Hilfen für Betroffene und Angehörige in der Stadt Hannover, Hannover: AG „Zu Hause sterben“ 1986 (zusammen mit Anne Busche).

1987 Zu Hause sterben – Aufgaben für die Sozialarbeit im Umgang mit sterbenden Menschen und deren Angehörigen, in: Medizinsoziologie 1 (1987) 57 ff.

Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben – Die zehn Grundprinzipien der Hospiz-Bewegung, in: MMG 12 (1987) 232-240.

Sterbebegleitung konkret. Eine Modellkonzeption ambulanter Hilfen für sterbende Menschen und ihre Angehörigen, in: Zeitschrift für das Fürsorgewesen 9/1987, S. 194-199.

- 1988 Schmerz-Therapie bei sterbenden Menschen. Die orale Morphin-Therapie in der Hand des Hausarztes, Göttingen: GAU 1988 (zusammen mit Dr. M.C. Tiffin-Richards).
- Das Sterben nicht verschlafen. Die Schmerztherapie mit Morphin in der Hauskrankenpflege, in: Forum Sozialstation Nr. 45/ Winter 1988, S. 14- 20.
- 1989 Hospiz – was ist das?, in: Ev. Akademie Baden (Hg.), Hospiz – Alternative für Sterbebegleitung? (Herrenalber Protokolle 66), Karlsruhe: Ev. Akademie Baden 1989, S. 7-20.
- Hospiz – Hospizbewegung, in: A. Eser/ M. v. Lutterotti/ P. Sporken (Hg.), Lexikon Medizin – Ethik – Recht, Freiburg 1989.
- Das Hospiz-Buch, Freiburg: Lambertus 1989.
- Zu Hause sterben – wiederentdeckte Aufgaben für den Hausarzt, in: CHV München (Hg.), pflegen bis zuletzt, München: o.J. (1989), S. 53- 65.
- Ohne Schmerzen sterben, in: Diether Wolf von Goddenthow (Hg.), Mit dem Tod leben. Sterbebegleitung und praktischer Rat, Freiburg: Herder 1989, S. 54-69.
- Vom Umgang mit Eltern sterbender Kinder auf der Intensivstation, in: Intensivmedizin, Notfallmedizin, Anästhesiologie, Bd. 69, Stuttgart 1989, S. I ff. (zusammen mit Ute Student).
- 1990 Zu Hause sterben. Hilfen für Betroffene und Angehörige, Hannover: AG „Zu Hause sterben“ 1990 (zusammen mit Anne Busche).
- Hospiz – ein anderer Umgang mit Sterbenden, in: Evangelische Impulse 5/90, S. 18-20.
- Neue Wege der Sterbebegleitung. Die Anfänge einer Hospizbewegung in Deutschland, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 66 (1990) 549-552.
- 1992 Im Himmel welken keine Blumen. Wie Kinder den Tod erfahren. Freiburg: Herder 1992.

b. Der Wandel der öffentlichen Meinung

- 1985 Nicht zuletzt durch die unermüdliche Aufklärungsarbeit von Professor Student und der bundesweit sich engagierenden Vereine und Initiativen OMEGA – Mit dem Sterben leben e.V. (seit 1985), Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand – IGSL (seit 1986) und der Deutschen Hospizhilfe (seit 1988) ändert sich die öffentliche Meinung zu den von der Hospiz-Bewegung vorgetragenen Anliegen.
- Es erscheinen wichtige Beiträge in verschiedenen Zeitungen und Zeitschriften über die sich nun auch in Deutschland ausbreitende Hospiz-Bewegung, z.B.:
- 1987 Karin Frohnmeyer, Dem Tod seinen Schrecken nehmen (Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt Nr. 40 vom 4. Oktober 1987, S. 21).
- Annelie Stankau, Aufgehoben statt aufgegeben. Hospiz-Bewegung: Ein anderer Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden (Kölner Stadt-Anzeiger vom 31.10./1.11.1987).

- Hans Kanitz, Wo Sterben sein eigenes Haus hat. Die englische Hospizbewegung faßt in Deutschland Fuß (Lutherische Monatshefte 11/1987, S. 490-491).
- Maria Rosenkranz, Sterbende mit Liebe begleiten. Die Hospizbewegung bringt eine neue Einstellung zum Tod (Sonntagsblatt. Evangelische Wochenzeitung für Bayern Nr. 47 vom 22. November 1987, S. 12-13).
- 1988 Dietrich Eppinger, Hospize: Orte des Lebens für Menschen, die sterben werden (diakonie report 2 '88, S. 4-6).
- Petra-R. Muschaweck, Omega, in: Evangelische Impulse 5/88, S. 25.
- Peter Hertel, „Gehen Sie schnell raus!“ Ein Haus für Sterbende: Für eine neue Einstellung zum Tod werben Pfleger und Patienten von Hospizen (Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt Nr. 42 vom 16. Oktober 1988, S. 16).
- Ursula Böning, Sterbende brauchen mehr Zuwendung. Gedanken zur überkonfessionellen „Omega“-Vereinigung. (Lutherische Monatshefte 10'88, S. 451-452).
- 1989 Ulrich Eibach, In der Erfahrung der Ohnmacht. Hospizbewegung hilft unheilbar Kranken und Sterbenden (Lutherische Monatshefte 4/1989, S. 155-157).
- Klaus-Peter Grasse, Hospiz-Arbeit in England. Ein Bericht (konsequenzen 4'89, S. 9-12).
- Siegfried Hörmann, Bei uns muß sich das Klima ändern (konsequenzen 4'89, S. 13).
- Hospiz-Bewegung. Nachrichten-Magazin der Deutschen Hospizhilfe, Buchholz: DHH, Oktober 1989 ff.
- 1990 Wegbegleiter. Informationsdienst der Internationalen Gesellschaft für Sterbegleitung und Lebensbeistand e.V., Bingen: IGSL 1990 ff.
- Omega. Rundbrief, Hann. Münden: Omega, März 1990 ff.
- Daniela Tausch-Flammer, Sterben – eine Zeit des Lebens. Erfahrungen des Hospizdienstes (Evangelische Impulse 5/90, S. 21-22).
- 1991 Karl Forster/ Christof Lang, Die letzte Raststätte auf dem Weg zum Tod. Eine Sterbeklinik in San Francisco (Süddeutsche Zeitung Nr. 10 vom 12./ 13. Januar 1991, S. 201).
- Günter Dahl, Einfach mitgehen. Wo Sterbende Hilfe finden für einen Tod in Würde (DIE ZEIT Nr. 15 vom 5. April 1991, S. 75).
- Susanne Bauch, Hospize wollen Tod ohne Schock und Schmerzen ermöglichen (Hannoversche Allgemeine Zeitung Nr. 231 vom 4. Oktober 1991, S. 4).
- Gunnar Menkens, „Einfach dableiben und sehen, was ist noch gewollt“ (Hannoversche Allgemeine Zeitung Nr. 231 vom 4. Oktober 1991, S. 4).
- 1992 Ulrike Langer, Ein Raum vor der Tür (Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt Nr. 6 vom 7. Februar 1992, S. 30).

c. Die Dynamik der Vereinsgründungen

Die genannten Zeitschriftenartikel zeichnen nur nach, was sich seit 1985 mit der Gründung der ersten Hospiz-Initiativen in der Bundesrepublik Deutschland an Dynamik entfaltet hat.

- 1985 wird in München der erste Hospiz-Verein gegründet, der auch die Bezeichnung „Hospiz“ in seinem Namen trägt: Christophorus-Hospiz-Verein (CHV) München. Zu den Gründungsmitgliedern gehört Pater Iblacker.
- 1986 Auf Initiative von Pater Dr. Paul Türks baut der Aachener Oratorianer-Konvent am dortigen Altenzentrum für ca. 9 Millionen DM zusätzlich noch ein Hospiz für finale Patienten.
Die 53 Patienten werden von 24 Krankenschwestern betreut. Die ärztliche Versorgung erfolgt durch die jeweiligen Hausärzte der Patienten. Der Landschaftsverband Rheinland erkennt das Hospiz „Haus Hörn“ als Langzeitpflegeheim mit einem Pflegesatz von 173,- DM pro Patient und Tag an.
- 1987 Im Mai 1987 bildet sich die Arbeitsgemeinschaft „Hospiz – Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen“ in Stuttgart, die bis heute ohne festgeschriebene Satzung zusammenarbeitet. Träger sind die Evangelische Diakonissenanstalt, die Evangelische Gesamtkirchengemeinde und die Evangelische Gesellschaft, alle in Stuttgart.

Daniela Tausch über den Grundgedanken der Hospizbewegung:

„Ihr wichtigstes Anliegen ist es, Sterbenden zu ermöglichen, ihre letzte Lebenszeit zu Hause zu verbringen. So werden Angehörige ermutigt und unterstützt, den Schwerkranken in seiner vertrauten Umgebung zu behalten. Die Erfahrungen in England und den USA zeigen, daß sich Angehörige durch die Unterstützung der Hospize und durch die Gewißheit, mit dieser Aufgabe nicht allein gelassen zu sein, häufiger zutrauen, den Sterbenden zu Hause zu pflegen. Wenn nun aber ein Patient zum Beispiel alleine lebt oder die Angehörigen zu belastet sind, so kann er im Hospiz in einer familiären Atmosphäre weiterbegleitet werden. Hier wird er von Menschen betreut, die der Begegnung mit Sterben und Tod nicht ausweichen. Hospize sind keine Orte, an denen aktive Sterbehilfe praktiziert wird, wo aber auch nicht um längeres Leben gekämpft wird. Vielmehr konzentriert sich hier die Betreuung Schwerkranker auf die Frage: ‚Wie können wir dem Sterbenden helfen, in Würde und weitestgehend ohne Schmerzen zu leben, bis er stirbt?‘ Die Betreuung umfaßt die medizinische, pflegerische, psychosoziale und geistliche Fürsorge den Sterbenden und ihren Angehörigen gegenüber.“³⁵

Inzwischen ist die Liste der [Palliativstationen](#), [Hospize](#) und [Hospiz-Initiativen](#) in Deutschland auf über 170 Adressen angewachsen.

³⁵ Sterben – eine Zeit des Lebens, 1989, S. 154-155.

6. Die Revision der kirchlichen Stellungnahmen zur Hospizbewegung

1988 Zehn Jahre nach der ablehnenden Stellungnahme der Kirchen und Wohlfahrtsverbände beschäftigte sich die Generalsynode der VELKD im Rahmen ihrer Synodaltagung zum Thema „Sterbende begleiten“ im Oktober 1988 in Veitshöchheim bei Würzburg auch mit dem Thema „Hospiz – ein eigenes Haus für das Sterben?“.

Der synodalen Arbeitsgruppe wurden eine Reihe von Fragen vorgelegt:

- Ob es neben der Klinik, dem Pflegeheim und dem eigenen Zuhause nicht doch auch einen Ort der Sterbebegleitung geben muß, an dem wir lernen, besonders auf die Bedürfnisse sterbender Menschen einzugehen?
- Was soll mit denen geschehen, die kein Zuhause mehr haben und sich im Sterben noch etwas anderes wünschen als perfekte medizinische und pflegerische Versorgung, nämlich menschliche Zuwendung und liebevolle Begleitung auf dem letzten, beschwerlichen Stück des Lebensweges?
- Ist es nicht ein hoffnungsvolles Zeichen, wenn immer mehr – auch jüngere – Menschen sich dieser Aufgabe annehmen und sie nicht den bewährten Institutionen allein überlassen?

Aus dem Bericht der Arbeitsgruppe vom 19. Oktober 1988:

„Unsere Aufgabe als Christen und die Aufgabe der Kirche sehen wir darin, an unserem jeweiligen Platz zu tun, was uns möglich ist, daß Menschen geborgen sterben können. ...

Ein würdiges Sterben ist dort möglich, wo ein Mensch sich geborgen weiß durch Nähe und Zuwendung und wo ihm bestmögliche Pflege, ärztlicher und geistlicher Beistand zuteil werden.

Unter verschiedenen Versuchen, diesen Erfordernissen zu entsprechen, findet sich seit einigen Jahren die Hospizbewegung, die in besonderen Einrichtungen solche Möglichkeiten für ein gutes Sterben schaffen möchte.

Zugleich will das Hospiz denen mit Rat und Übernahme von Hilfsdiensten zur Seite stehen, die zu Hause einen Angehörigen pflegen; sie sollen auch mit der Sterbebegleitung vertraut gemacht werden und so ihre Ängste und Unsicherheiten überwinden.

Wir wissen, daß es ernsthafte Bedenken gegen das Hospiz gibt, unter anderem auch deshalb, weil hier nur Menschen mit baldiger Todeserwartung aufgenommen werden. Manche von ihnen können allerdings durch den intensiven Einsatz von Menschen physisch und psychisch gestärkt nach Hause gehen.

Jeder Mensch stirbt seinen eigenen Tod. Darum muß es auch verschiedene Möglichkeiten des Sterbens und der Sterbebegleitung geben. Das Hospiz, in dem sich vor allem viele junge Christen ehrenamtlich oder gegen ein geringes Entgelt engagieren, bietet eine solche Möglichkeit.

Es zeichnet sich ab, daß das Hospiz verstärkt eine Aufgabe der Kirche werden wird. Wegen der vielfältigen und noch nicht ausgewerteten Erfahrungen, die wesentlich aus dem angelsächsischen Raum kommen, stellen wir den Antrag, eine Gruppe zu berufen, die sich längerfristig umfassend informiert und bei einer der nächsten Synodaltagungen berichtet und ihre Ergebnisse vorlegt.

Krankenhäuser, Pflegeheime, Hospize, Sozialstationen und andere Einrichtungen sollten ihre Erfahrungen untereinander austauschen und bekanntma-

chen, um in unserer Gesellschaft wieder das Sterben ins Leben einzubeziehen.“³⁶

- 1989 Die Kirchenleitung setzte auf Beschluß der Generalsynode im März 1989 eine Arbeitsgruppe „Hospiz-Bewegung“ ein, die ihren Bericht im Mai 1990 abschließen konnte und ihn dann der Generalsynode bei ihrer Tagung im Oktober 1990 in Malente vorlegte.³⁷

Der Bericht hebt besonders hervor, daß es sich bei der Hospiz-Idee um eine bestimmtes Konzept der Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden handelt, das durchaus in verschiedenen organisatorischen Zusammenhängen und auch in bereits vorhandenen Einrichtungen zu verwirklichen ist. Das Fazit lautet: „Die Impulse der Hospiz-Bewegung müssen aufgenommen und in die bestehenden Einrichtungen vermittelt werden. Darüberhinaus ist zu überlegen, wie einzelne Hospize (stationär und/oder ambulant) als Modelleinrichtungen und zur Ergänzung des bisherigen Angebots eingerichtet werden können.“³⁸

Bei ihrer Beschreibung der Grundsätze der Hospizarbeit konnte sich die Arbeitsgruppe besonders auf die Veröffentlichungen von Herrn Professor Student, Hannover, stützen. Sie wurde ständig beraten von Frau Dr. Muschaweck, Hann. Münden, und Herrn Dr. Eibach, Bonn, und holte sich gelegentlich auch weiteren Expertenrat ein (u.a. von Herrn Professor Klaschik, Bonn).

Eine große Hilfe waren auch die zwischenzeitlich abgegebenen Stellungnahmen des Landesgesundheitsrats Bayern, des Diakonischen Werks Hannover und des Diakonieausschusses der Hannoverschen Landeskirche sowie die Erklärungen der römisch-katholischen Bischöfe auf europäischer und deutscher Ebene zur Hospiz-Bewegung.

An der evangelischen Stellungnahme arbeitete auch ein Vertreter der Zentralstelle Pastoral der (katholischen) Deutschen Bischofskonferenz mit, die dann im Jahr 1991 eine eigene Stellungnahme zur Hospiz-Bewegung abgegeben hat.³⁹

- 1989 Über das VII. Europäische Bischofssymposion der römisch-katholischen Kirche vom 12. bis 17. Oktober 1989 in Rom berichtete die katholische Nachrichten Agentur KNA u.a.:

„Zum Thema Sterben sagten die Oberhirten: ‚Wir werden uns an dem Bemühen beteiligen, daß immer mehr Menschen dort sterben können, wo sie auch gelebt haben.‘ Einen positiven Ansatz bietet die Hospiz-Bewegung mit ihren ‚Raststätten für Sterbende‘. Darüber hinaus müsse das Sterben in den Krankenhäusern menschlicher gemacht werden. Im Klartext: die Krankenhausseelsorger müssen besser ausgebildet und effizienter in den Klinik-Betrieb eingebunden werden.“⁴⁰

In der Erklärung der katholischen Bischöfe heißt es wörtlich: „Wir begrüßen es außerordentlich, daß es in manchen Ortskirchen bereits Hospize, Raststätten für Sterbende, gibt, wo auch die Angehörigen ohne zeitliche Beschränkung anwesend sein und vor allem fähiger werden können, ihre sterbenden Ange-

³⁶ Vollständiger Text in: Godzik/ Jeziorowski (Hg.), Von der Begleitung Sterbender (Zur Sache 30), Hannover 1989, S. 164-165.

³⁷ Veröffentlicht in Texte aus der VELKD Nr. 39/1990.

³⁸ A.a.O., S. 3.

³⁹ Siehe S. 24-26.

⁴⁰ KNA Nr. 211 vom 18. Oktober 1989.

hörigen zu begleiten. Wir Bischöfe unterstützen es ausdrücklich, wenn sich durch die Initiative von Christen, Ordensfrauen und Ordensmännern und Laien sowie der Caritas ambulante Teams bilden, die in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und den Spitälern kundige Sterbebegleitung leisten.

Da aber in nächster Zeit nur eine begrenzte Zahl von Menschen eine solche Sterbebegleitung erhalten wird, müssen wir teilhaben an den schon laufenden Initiativen und immer wieder neu solche ins Leben rufen, damit das Sterben auch in den Krankenhäusern menschlicher werden kann. ...

Nicht zuletzt werden wir uns künftig darum bemühen, über vielfältige Bildungsvorgänge möglichst viele Bürger zu gewinnen, ihre Fähigkeit zu entwickeln, zu Hause ihre Angehörigen in Krankheit und Sterben zu begleiten.“⁴¹

1989 In der Gemeinsamen Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz „Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“ vom 30. November 1989 heißt es:

„Begleitung des sterbenden Menschen wurde und wird durch ganz elementare Handreichungen wie durch tröstenden Zuspruch in vielen Familien praktiziert. Heute stellt sich die Aufgabe, diese Form der Sterbehilfe wieder stärker einzuüben und ihr auch in den Bereichen der professionellen Krankenbetreuung, also in den Krankenhäusern, den Pflegeheimen und der ambulanten Krankenversorgung, mehr Raum zu schaffen. In dieser Hinsicht hat die ‚Hospiz‘-Bewegung wichtige Impulse und Anregungen gegeben.“⁴²

1990 Empfehlung des Zentralvorstandes des Deutschen Caritasverbandes vom 31. Januar 1990:

„Der Verband begrüßt, daß sich verstärkt Menschen, in der Regel aus christlicher Motivation, der Sterbebegleitung als Lebenshilfe in der letzten Lebensphase widmen und so bisherige Angebote ambulanter und stationärer Hilfen bereichern und begleiten. Die Hospizbewegung in der Bundesrepublik wirbt dafür, den Tod als Teil des Lebens anzunehmen. Diese Initiative aus christlicher Motivation soll in unserem Verband ihren Platz haben. Dort, wo auf Verbandsebene Hospizbewegungen entstehen, ist deren Initiative zu begrüßen, zu unterstützen und zur Kooperation mit den Diensten und Einrichtungen der Caritas einzuladen. Es entstehen in der Bundesrepublik erste eigenständige stationäre und ambulante Einrichtungen. Die Nationale Hospiz-Organisation der USA definiert den Begriff ‚Hospiz‘ so: ‚Hospize bejahen das Leben. Hospize machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Krankheit zu unterstützen und zu pflegen, damit sie in dieser Zeit so bewußt und zufrieden wie möglich leben können. – Hospize wollen den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Hospize leben aus der Hoffnung und Überzeugung, daß sich Patienten und ihre Familien so weit geistig und spirituell auf den Tod vorbereiten können, daß sie bereit sind, ihn anzunehmen. Voraussetzung hierfür ist, daß eine angemessene Pflege gewährleistet ist und es gelingt, eine Gemeinschaft von Menschen zu bilden, die sich ihrer Bedürfnisse verständnisvoll annimmt.‘

⁴¹ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Umgang des heutigen Menschen mit Geburt und Tod: Herausforderung für die Evangelisierung. VII. Symposium der europäischen Bischöfe in Rom, 12.-17. Oktober 1989 (Stimmen der Weltkirche 29), Bonn 1989, S. 92-93.

⁴² Kirchenamt der EKD (Hg.), Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Gütersloh 1989, S. 109.

Aufgabe der Caritas wird es sein, eine adäquate Sterbebegleitung in allen ihren Diensten im Verständnis der Hospizbewegung zu erhalten, zu schaffen und sicherzustellen. ...

Dort, wo selbständige Hospize entstehen, ist zu überlegen und zu planen, inwieweit die neue Einrichtung eine sinnvolle und gute Ergänzung bestehender Angebote sein kann. Dabei ist aber darauf zu achten, daß sie für andere Dienste keine Alibifunktion übernehmen, daß durch selbständige Einrichtungen der Integrations- und Enttabuisierungsgedanke ihrer eigenen Zielsetzung nicht behindert wird. Nach Erhebungen in USA und Kanada rechnet man für ein Einzugsgebiet von einer Million Einwohnern mit einem Bedarf von etwa 20 Betten. Mitarbeiter und Träger von Krankenhäusern, Pflege- und Altenheimen, von Sozialstationen behalten immer ihre Aufgabe, sterbende Menschen nach besten Möglichkeiten zu begleiten. Die Tendenz zur Isolierung von unheilbar Pflegebedürftigen in der Gesellschaft darf nicht unterstützt werden. Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, diese Unheilbaren am Leben der Gesellschaft und der Menschen ‚draußen‘ teilnehmen zu lassen.

Unabhängig von dem Ort, an dem ein sterbender Patient begleitet wird, bedarf es eines engen Kontaktes zu Angehörigen und Freunden. In allen Krankenhäusern, in allen Alten- und Pflegeheimen muß diese räumliche Möglichkeit gegeben sein und Tag und Nacht offen stehen. Im Krankenhaus darf die Intensivstation davon nicht ausgeschlossen bleiben. Ein eigener Raum ist zu schaffen, in dem die Angehörigen in Ruhe Abschied von ihren Verstorbenen nehmen können. Maßstab jedes Angebotes ist das Bedürfnis und die Wertorientierung des sterbenden Menschen. Manche wollen Einsamkeit, anderen ist das Verstummen und Mitschweigen lieber als Worte. ‚Beistand beim Sterben setzt Bereitschaft zur Teilhabe, zu dialogischem Verhalten und zur Solidarität in der jeweiligen Handlungssituation voraus. Der Sterbende ist kein zu betreuendes Objekt, sondern mithandelndes Subjekt: Und zu dem gehören neben der körperlichen Erscheinung untrennbar seine psychische Konstellation, seine geistige Eigenart, seine sozialen Beziehungen und seine Umwelt, seine Erfahrungen, Empfindungen und Urteile und seine Biographie‘ (Rudolf M. Schütz). Insofern begrüßt die Caritas die Bereitschaft engagierter Mitglieder der Hospizbewegung, Sterbebegleitung in bestehenden Einrichtungen mitzutragen.⁴³

1991 Am 15. Februar 1991 wird der Hospizverein im Bistum Hildesheim, getragen von der Caritas, dem Malteser-Hilfsdienst, dem Bischöflichen Generalvikariat und den Vinzentinerinnen, gegründet. Den Vorsitz übernimmt Frau Dr. Karin Wilkening, Hannover.

1991 Am 21. Februar 1991 veröffentlicht der Pressedienst der (römisch-katholischen) Deutschen Bischofskonferenz die pastorale Handreichung „Schwerstkranken und Sterbenden beistehen“. Darin heißt es zum Thema „Hospizbewegung“ unter der Überschrift „Die Hospizbewegung – eine Idee bewegt Menschen“:

„Menschen, die das Herz anderer Menschen ermutigen möchten, der Wahrheit des ganzen Lebens – somit auch des Sterbens und des Todes – ins Auge zu schauen, und die die Hände der Menschen bewegen wollen, zu einem guten Sterben hilfreich beizutragen, finden sich in den Bemühungen der Hospizbewegung zusammen. Sie erkennen hierbei dankbar an, daß auch viele Menschen außerhalb dieses ausdrücklich namhaft gemachten Selbstver-

⁴³ Abgedruckt in: Krankendienst 5/1990, S. 156-158.

ständnisses der Hospizbewegung in Krankenhäusern, Altenheimen, Sozialstationen und im eigenen Haus das gleiche Ziel verfolgen. Zudem weiß die Hospizbewegung in Deutschland darum, daß sie wesentliche Anstöße aus England erfahren hat. Da aber das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland sich von dem in Großbritannien unterscheidet, muß die deutsche Hospizbewegung auf diesem unterschiedlichen Hintergrund gesehen und begriffen werden.

Die Hospizbewegung möchte – wie der Name ‚hospitium‘ sagt – eine Station der Gastfreundschaft auf der letzten Wegstrecke des Menschen in eine neue Existenz sein. Sie lehnt hierbei den Einsatz von Mitteln zur Herbeiführung des Todes, also die aktive Euthanasie, ab. Vielmehr ermöglicht und fördert sie helfende Zuwendung beim schwerkranken und sterbenden Menschen, etwa durch die Ausschöpfung aller Möglichkeiten medizinischer Schmerztherapie, die das Bewußtsein nicht wesentlich einengen müssen. In dieser grundlegenden Ansicht unterscheidet sich die Hospizbewegung von anderen Gruppierungen und deren Zielsetzungen, wie z.B. der ‚Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben‘.

Das Anliegen, Schwerstkranken und Sterbenden sowie deren Angehörigen und Freunden beizustehen, will sich im Verständnis der Hospizbewegung an verschiedenen Orten und in unterschiedlichen Organisationsformen verwirklichen: in der häuslichen Pflege, unterstützt durch eine Sozialstation und einem Kreis ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; im Krankenhaus oder der Klinik, getragen vom Verständnis, daß das Sterben zum Leben gehört; im Alten- und Pflegeheim, das die mitunter lange Phase des Kräfteverlustes und des Sterbens begleitet; im Hospiz, das als notwendige Ergänzung dort eintritt, wo die anderen Bereiche nicht in der Lage sind, eine angemessene Weise der Zuwendung zu Schwerstkranken und Sterbenden zu gewährleisten.

Die Hospizbewegung stellt somit eine durchgängige Perspektive der Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen bzw. Freunden dar, wo auch immer der Mensch stirbt oder um Verstorbene trauert. Sie lebt von der Kraft der Hoffnung auf Sinnerfüllung vom Leben im Tod, von der persönlichen Bereitschaft der Zuwendung zum Sterbenden und dessen Nahestehenden sowie dem Zusammenwirken aller Personen, die von Sterben und Tod eines Menschen direkt und indirekt betroffen sind. ...

Das Hospiz als für alle Betroffenen und Beteiligten überschaubare Einheit von Lebens- und Arbeitsvorgängen versteht sich als Haus fürsorglicher Geborgenheit für jene Schwerstkranken und Sterbenden, die anderwärts keine ihrer persönlichen Situation entsprechende umfassende Hilfe erhalten können: für Menschen, deren Familie – zumindest zeitweilig – mit der Pflege und Fürsorge überfordert ist; für Menschen, die nach menschlichem Ermessen unheilbar Langzeitkranke sind und nicht im Krankenhaus bleiben können; für junge pflegebedürftige Menschen, die auf Dauer nicht in anderen Einrichtungen personengerecht untergebracht sind. Je nach individueller Gegebenheit wird somit das Hospiz als Langzeithospiz, als Kurzeithospiz, als Hospiz-Tagesstätte oder in der Form des ambulanten Hospizdienstes zur Verfügung stehen müssen. Das Hospiz bedarf somit je nach unterschiedlicher Organisationsform eines bestimmten Aufwandes an Personal, Räumlichkeiten und Sachausstattung.

Nicht alle Menschen bedürfen des Hospizes, um würdig zu sterben; aber immer mehr Menschen benötigen ein Hospiz, um würdig bis zum Ende zu leben. Für sie und deren Angehörige wird das Hospiz zum Ort der Sorge des Men-

schen für den Menschen an der Grenze seines Daseins. Nach dem Tod eines Menschen möchte das Hospiz die Angehörigen bzw. Nahestehenden in ihrer Trauer begleiten und ihnen helfend beistehen. ...

Im Wege der Selbsthilfe sollte ein Förderverein, der unbeschadet seiner ideellen Zielsetzungen auch zur finanziellen Absicherung beiträgt, auf Ortsebene gegründet und gepflegt werden. Nicht nur um die hohe Motivation vieler Menschen nicht ins Leere laufen zu lassen, sondern auch um verlässliche Erfahrungswerte zu finden, die Eckdaten eines mittelfristigen Finanzierungsrahmens abgeben könnten, sollten modellhafte Versuche auch in bestellenden Einrichtungen (Krankenhäusern, Altenheimen, Sozialstationen) gefördert und unterstützt werden. Diese Aufgabe stellt eine Herausforderung an die Kirche insgesamt und insbesondere ihre pflegerischen Einrichtungen dar. Vornehmlich sind Ordensgemeinschaften, die sich hilfsbedürftiger Menschen annehmen, angesprochen.⁴⁴

7. Die ungelösten Fragen der gegenwärtigen Hospizarbeit

a. Die Frage der Finanzierung

1986 Der Landschaftsverband Rheinland erkennt das Hospiz „Haus Hörn“ als Langzeitpflegeheim mit einem Pflegesatz von 173,- DM pro Patient und Tag an.

1988 Der Trägerverein des Hospizes zum hl. Franziskus in Recklinghausen Süd entwickelt folgendes Finanzierungskonzept für die Hospizarbeit:

„Der Patient bzw. Bewohner mietet die Räumlichkeit und kann alle anderen Leistungen wie Verpflegung, Essen, Wäsche usw. einzeln in Anspruch nehmen. Es entsteht also ein Mietverhältnis, wobei der Patient bzw. Bewohner innerhalb des Hospizes seinen ersten oder zweiten Wohnsitz selbst bestimmt. Die ärztlichen und pflegerischen Leistungen werden analog der häuslichen Pflege bzw. anstatt Krankenhausleistungen mit den Krankenkassen ... abgerechnet.

Soweit der Aufwand für Schwestern und Sachleistungen nicht ausreicht, sind die Spenden zur Begleichung der relativ hohen Lohnkosten heranzuziehen.⁴⁵

In Recklinghausen rechnet man mit Tageskosten von rund 120,- DM. Bei Inanspruchnahme aller angebotenen Dienstleistungen entrichtet der Hospizbewohner einen Tagesbetrag von derzeit 17,- DM. Je nach sozialem Stand verschiebt sich dieser Betrag auf freiwilliger Basis nach oben bzw. unten, wenn keine Mittel zur Verfügung stehen. Durch Mitgliedsbeiträge, Spenden und sonstige finanzielle Unterstützungen fließen dem Hospiz pro Patient und Tag weitere 20,- DM zu. Der restliche Betrag in Höhe von 83,- DM wird von den Krankenkassen, Sozialämtern und anderen Institutionen aufgebracht. Dieser Satz liegt unterhalb von einem Drittel der Kosten, die für den täglichen Krankenhausaufenthalt aufzubringen wären. Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wäre ein Krankenhausaufenthalt z.B. zur Linderung von Schmerzen zu gewähren. Zur Verhinderung eines Krankenhausaufenthaltes erstatten die Krankenkassen auf ärztliche Verordnung hin bis zu drei Grundpflegen (29,- DM pro Grundpflege, d.h. 87,- DM) am Tag. „Wichtig ist bei

⁴⁴ Pressedienst der Deutschen Bischofskonferenz vom 21.02.1991, S. 4-7. Jetzt abgedruckt in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), *Schwerstkranken und Sterbenden beistehen*, Bonn 1991.

⁴⁵ In: Norbert Homann, *Grundgedanken über die Gründung und Praxis eines Hospizes*, 1988, S. 17-18.

dieser Kostenzusammenstellung auch die Einbeziehung der Angehörigen, die durch ihre ständige Mithilfe Kosten sparen helfen. Die Anhaltzahlen für Schwestern in unserem Hospiz (1,5 : 1) zeigen deutlich, daß die Pflege im Gegensatz zum Krankenhaus (Anhaltzahlen 1 : 2,1) bzw. Pflegeheimen (1 : 3,5) sehr intensiv durchgeführt werden kann.“⁴⁶

- 1990 Es bleibt aber auch weiterhin zu beachten, was die Arbeitsgruppe „Hospiz-Bewegung“ in ihrem Bericht für die Generalsynode der VELKD festgehalten hat:

„Hinsichtlich der erforderlichen Investitionskosten sowie der laufenden Personal- und Sachkosten für ein eigenes Hospiz zur Sterbebegleitung müssen auf jeden Fall intensive Verhandlungen mit den verschiedenen Kostenträgern aufgenommen werden. Bisher gibt es keine Rechtsgrundlagen für die Finanzierung derartiger Hilfen. Zwar sind einige Leistungen schon jetzt abrechenbar, andere Leistungen, z.B. für eine Tages- und Nachtwache, hingegen nicht. Hierzu bedürfte es erst entsprechender Vereinbarungen mit den Kostenträgern.“⁴⁷

- 1990 In ihrer Reaktion auf den Bericht der Arbeitsgruppe „Hospiz-Bewegung“ der VELKD schreibt die Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Frau Prof. Dr. Ursula Lehr:

„Die Bundesregierung steht dem Gedanken der Hospiz-Bewegung aufgeschlossen und positiv gegenüber. Insbesondere, da die Hospiz-Bewegung ihre Konzeption erweitert und verbessert hat. Weg von der ‘Sterbeklinik’ zu einer Intensivierung der ambulanten Pflegedienste und einer verbesserten Betreuung Schwerstkranker und Sterbender. Die Schmerzbekämpfung und die seelische Betreuung stehen dabei im Vordergrund. Aufgabe ist es, die Beschwerden des nicht mehr heilbaren Patienten zu lindern, mit dem Ziel, es ihm zu ermöglichen, seine letzte Lebensphase in seiner vertrauten Umgebung bzw. dort, wo er es wünscht, menschenwürdig zu verbringen.

Schwierigkeiten für die Hospiz-Bewegung sehe ich in erster Linie im Hinblick auf die Finanzierung der Leistungen, die ambulant und im Hospiz erbracht werden. Hierbei ist die ärztliche Leistung unproblematisch. Sie wird von der gesetzlichen und privaten Krankenkasse bezahlt. Probleme ergeben sich jedoch hinsichtlich der Finanzierung der pflegerischen Betreuung zu Hause und in Hospizen.

Zur Frage der Finanzierung der Pflege außerhalb von Krankenhäusern ist zum jetzigen Zeitpunkt folgendes festzustellen: Die Bundesregierung hat sich bei der Absicherung der Pflege für ein schrittweises Vorgehen entschieden. Hierzu hat sie in dieser Legislaturperiode das Schwergewicht der gesetzgeberischen Maßnahmen auf die häusliche Pflege gelegt, da die überwiegende Zahl pflegebedürftiger Menschen zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt wird. Zu nennen sind hier in erster Linie die Leistungen für schwer Pflegebedürftige im Rahmen des SGB V und das Rentenreformgesetz 92.

Auch nach Auffassung des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit müßten weitere Maßnahmen zur Absicherung der Pflege erfolgen. Prüfungen, die auch umfassendere Lösungen zum Gegenstand und die Einleitung weiterer Verbesserungen hinsichtlich der pflegerischen Betreu-

⁴⁶ In: Norbert Homann, Grundgedanken, S. 38-39.

⁴⁷ In: Texte aus der VELKD 39/1990, S. 13.

ung in der kommenden Legislaturperiode zum Ziel haben, sind eingeleitet worden.“⁴⁸

- 1990 Veranstaltung der AMEG in Köln am 12./13. Dezember 1990: „Hospizeinrichtungen – Finanzierungsmöglichkeiten und Rechtsfragen“. Referenten: Gerhard Wernet, Steuerberater; Rudolf Dadder, Rechtsanwalt (die Referate sind bei der AMEG erhältlich.)
Rudolf Dadder: „Ich halte es allerdings für ganz wichtig, daß die Hospizbewegung ihr Anliegen mal klarer formuliert und sich auch einig wird über das, was sie genau will, und es dann auch gesetzlich faßbar formuliert, damit in der Öffentlichkeit kein falscher Eindruck entsteht über das Anliegen, das sie hat. Beim Gesetzgeber wie bei den Beamten, mit denen ich gesprochen habe, ist durchaus die Bereitschaft da, hier gesetztesinitiativ zu werden, nur merke ich eine gewisse Unsicherheit und Unklarheit über die Zielsetzung.“⁴⁹

*b. Die Frage der gleichberechtigten und verbindlichen
Zusammenarbeit auf Bundesebene*

- 1988 Am 8. Februar 1988 findet in Stuttgart das 1. Stuttgarter Hospiz-Kolloquium statt. Veranstalter ist die Arbeitsgemeinschaft „Hospiz – Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen“ in Stuttgart. Die Beiträge dieses Kolloquiums sind dokumentiert in den „Beiträgen aus der Ev. Gesellschaft Stuttgart“, Heft 4.
- 1989 Am 8. und 9. September 1989 findet (zum zweiten Mal) eine Hospiztagung in Hannover statt, veranstaltet von der Akademie für Sozialmedizin Hannover in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Fachhochschule Hannover (Leitung: Prof. Dr. Johann-Christoph Student).
- In Abstimmung mit zentralen kirchlichen Stellen und auf Einladung von Bischof Johannes Braun in Magdeburg kommt es am 15. und 16. September 1989 in Halle/ DDR zu einem Treffen mit Vertretern der Hospizbewegung aus Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland über die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden. Etwa 200 Teilnehmer aus den katholischen Krankenhäusern und von den Caritas-Verbänden im Bereich der Berliner Bischofskonferenz folgen dieser Einladung. Die Zusammenkunft findet statt im Provinzmutterhaus der Schwestern von der heiligen Elisabeth in Halle und wird geleitet von Pfarrer Heinrich Pera.
- 1990 Norbert Homann in einem Brief vom 19.04.1990 an Dr. Petra Muschaweck-Kürten:
„Bei näherer Betrachtung der heutigen Hospizlandschaft werden wir feststellen, daß die vielschichtigen Initiativen unserer moralischen Unterstützung bedürfen. Eine besondere Herausforderung liegt vielleicht auch darin, diesen Gruppen Mut zu machen, die guten Gedanken in die Tat umzusetzen. Leider muß ich mit Bedauern feststellen, daß Einzelpersonen versuchen, über die Thematik Sterbebegleitung ein persönliches Image aufzubauen. Meines Erachtens kommt es für die Zukunft sehr darauf an, daß wir den Verstand und

⁴⁸ Brief vom 27.11.1990 an die VELKD. Über die finanzielle Unterstützung bei häuslicher Pflege aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen informiert am besten Petra Muschaweck in: Godzik/Muschaweck (Hg.), Laßt mich doch zu Hause sterben!, Gütersloh 1989, S. 146-147.

⁴⁹ In: Stingl/Vogt/Iblackner, Hospiz – Sterbenden helfen. Eine Filmreihe. Materialien, München: IKM 1991, S. 46.

die Herzen der Bevölkerung erreichen. Man kann zwar versuchen, den Sterbevorgang wissenschaftlich zu ergründen, dies darf uns allerdings nicht davon entfernen, unsere Arbeit in einer schlichten und demutsvollen Art und Weise zu vollziehen. Abschließend möchte ich vielleicht noch einen Gedanken aufgreifen, der mehr oder weniger darauf abzielt, die unterschiedlichsten Hospizinitiativen zu einem Gedankenaustausch zusammenzuführen. Da OMEGA in vielen Städten Stützpunkte errichtet hat, halte ich eine solche Zusammenkunft der Hospizbewegungen unter dem Dach von OMEGA für sehr sinnvoll. Mir geht es dabei nicht darum, einen Dachverband zu gründen, sondern vielmehr um einen persönlichen Gedankenaustausch. Sollte Ihnen dieser Gedankenansatz zusagen, so dürfen Sie sich unserer Unterstützung sicher sein.⁵⁰

Am 11. und 12. Mai 1990 findet ein OMEGA-Regionalgruppen-Treffen in Köln statt.

Vom 15. bis 17. Oktober 1990 finden die 1. Kölner Hospiz-Tage, veranstaltet von der Arbeitsgemeinschaft für medizinische Ethik und Gesellschaftsbildung (AMEG), in Köln statt.

1991 Vom 1. bis 3. Februar 1991 findet das 2. Regionalgruppen-Treffen von OMEGA in Goslar statt.

Derzeit bestehen folgende OMEGA-Regionalgruppen:

- Bergisch-Gladbach (Ansprechpartnerin: Ursula Nantke)
- Bocholt (Inge Kunz/ Dr. Günther Lohmann)
- Dinslaken (Marianne Domsel)
- Göttingen (Brigitte Schwittay)
- Hamburg (Ingeborg Schröter)
- Hannover (Friederike Schiebenhöfer/ Burkhard Straeck)
- Hann. Münden (Dr. Petra Muschaweck-Kürten/ Gertrud Winkelmann)
- Köln (Editha Erlemann/ Gabriele Eickhoff/ Isa Sommer)
- Schwerte (Antje Drescher/ Dieter Wentzek)
- Wattenscheid (Esther Hombergs/ Norbert Philipp)

OMEGA hat ungefähr 700 Mitglieder in 10 Regionalgruppen.⁵¹

Vom 12. bis 14. März 1991 finden die 2. Kölner Hospiz-Tage, veranstaltet von der AMEG, in Köln statt.

Meldung der Zeitung „Fränkischer Tag“ vom 15. Juli 1991:

„Die bayerischen Hospizvereine haben in Bamberg einen Dachverband gegründet, der vor allem beratende Funktion haben und organisatorische Aufgaben beim Aufbau örtlicher Vereine übernehmen soll. Vom neuen Dachverband sollen aber auch Initiativen zur weiteren Verbreitung der Hospizidee ausgehen: die Begleitung unheilbar kranker und sterbender Menschen bis zu ihrem Tod. ...

Aufgrund der ständig wachsenden Zahl von Hospizvereinen in Bayern lag der Entschluß nahe, einen Dachverband ins Leben zu rufen, zu dessen Konstitution sich die Vertreter der Ortsvereine Augsburg, Bamberg, Bayreuth, Erlangen, Regensburg und München sowie Vertreter der Gruppen aus Schweinfurt und Rosenheim am Samstag (13.07.91) in Bamberg trafen.

⁵⁰ Abgedruckt in OMEGA. Rundbrief, Juni 1990.

⁵¹ OMEGA-Rundbrief Weihnachten 1991.

Gemäß der Satzung soll der Dachverband vor allem beratende Funktionen übernehmen. Viel Energie sei bislang damit verlorengegangen, Informationen zu beschaffen, Kontakte zu übergeordneten Stellen wie Ministerien herzustellen und deren Standpunkte auszuloten. Finanzielle, rechtliche und organisatorische Grundsatzfragen der Hospizarbeit werden ebenfalls in den Aufgabenbereich des Dachverbandes fallen. Dabei soll der Verband die gemeinsamen Interessen der Ortsvereine bündeln. Die Selbständigkeit der Einzelvereine, zum Beispiel in Bezug auf die Schulung ihrer Mitarbeiter, bleibt dabei gewährleistet.

...

Erfreut zeigte sich die neue Vorsitzende (Christine Denzler-Labisch, Bamberg) über den breiten Konsens der Gründungsversammlung. Mit einem starken Landesverband, von dessen Gründung sie sich auch einen Ansporn für die Hospizbewegung in den anderen Bundesländern erhofft, sollen die Ziele der Bewegung jetzt noch schneller und effektiver Wirklichkeit werden. Zunächst bedeutet das die flächendeckende Ausbreitung durch ein dichtes Netz von Ortsverbänden. Nach der Schaffung der organisatorischen Anlaufstelle rechnet Denzler-Labisch langfristig mit über 100 Ortsvereinen in Bayern.“

Vom 23. bis 25. Oktober 1991 finden die 3. Kölner Hospiz-Tage, veranstaltet von der AMEG, in Köln statt.

Am 21. Dezember 1991 findet in Köln das erste Treffen einiger bundesdeutscher Hospiz-Initiativen zur Gründung eines bundesdeutschen Zusammenschlusses statt.

- 1992 Am 25. Januar 1992 treffen sich einige Teilnehmer dieses ersten Treffens zur Überarbeitung des Satzungsentwurfs. Der überarbeitete Satzungsentwurf soll allen bekannten Hospiz-Initiativen in Deutschland zugesandt werden mit der Bitte um Ergänzungs- und Änderungsvorschläge bis zum 15. Februar 1992.

Die AMEG lädt (zusammen mit einer Reihe von Hospizinitiativen) zum 26. Februar 1992 zur Gründung der „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von stationären Hospizen, ambulanten Hospizen und Palliativmedizin“ ein.

Vom 26. bis 28. Februar 1992 finden die 4. Kölner Hospiz-Tage, veranstaltet von der AMEG, in Köln statt.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz wird wie angekündigt gegründet. OMEGA, IGSL und Deutsche Hospizhilfe werden als solche aber zunächst nicht Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, was deren Bedeutung als geplanter Dachverband für alle Hospizinitiativen erheblich einschränkt.

8. Die Konferenzen in Celle und Tübingen

- 1991 Vom 15. bis 17. November 1991 treffen sich zum ersten Mal evangelische und ökumenische Hospizinitiativen aus dem gesamten Bundesgebiet auf Einladung der VELKD im Gemeindegremium der VELKD in Celle. Das Diakonische Werk und das Kirchenamt der EKD sind durch die zuständigen Referenten vertreten.

Folgende Resolution wird verabschiedet:

„Die auf der von der VELKD veranstalteten Konferenz evangelischer Hospizinitiativen in Celle vom 15.-17.11.1991 versammelten Einrichtungen, Arbeitsgemeinschaften und Initiativen evangelischer, katholischer und ökume-

nischer Herkunft aus verschiedenen Bereichen kirchlicher und diakonischer Arbeit wünschen die Einrichtung einer gemeinsamen Organisation. Von dieser Organisation erwarten sie sich eine Vertretung ihrer spezifischen Interessen nach außen und die Information und Koordination nach innen. In diesem Zusammenhang begrüßen sie die Konsultation des Diakonischen Werkes der EKD vom 18.-20.02.1992 und erwarten, daß von hier Schritte in dieser Richtung ausgehen.“

- 1992 Vom 18. bis 20. Februar 1992 findet die Klausurtagung „Hospiz“ des Diakonischen Werkes der EKD im Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Klausurtagung, die verschiedene Hospizinitiativen, aber auch evangelische Fachverbände der Krankensorge und Altenpflege in der Bundesrepublik Deutschland vertreten, verständigen sich auf folgende Erklärung:⁵²

„Wie alle Hospizinitiativen sehen auch die evangelischen und ökumenischen Hospizinitiativen zusammen mit bestehenden Einrichtungen der Sorge für Kranke und Sterbende ihre Aufgabe in der Verbesserung der Situation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Die seit einigen Jahren auch in Deutschland stark wachsende Zahl der Hospizgruppen bemüht sich dazu um eine Stärkung, Verbesserung und Ergänzung der diakonischen, kirchlichen und kommunalen Dienste. Von ihren unterschiedlichen Ausgangspunkten her setzen die Gruppen bei diakonischen Einrichtungen wie Diakonie-/ Sozialstationen, Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern sowie in Kirchengemeinden an. Von diesen verschiedenen Ansätzen her ergeben sich sehr verschiedene Formen der Hospizarbeit, wie einige Beispiele zeigen. ...

Gemeinsam ist diesen äußerlich verschiedenen Gruppen die Integration von ehren- wie hauptamtlichen Mitarbeitern, das Bemühen um Schmerztherapie und um Aus- und Fortbildung sowie um die Begleitung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Gemeinsam ist ihnen weiter ein ganzheitlicher Ansatz, der sich im Eingehen auf Heil wie Pflege, auf psychische wie physische Bedürfnisse der Sterbenden, in der Verbindung von stationärer und ambulanter Arbeit und von diakonischen Einrichtungen und Kirchengemeinden ausdrückt. Die Ermöglichung des Sterbens Zuhause ist dabei ein besonderes Anliegen der Hospizbewegung.

Die weitere Verbreitung und die Fortführung der Hospizarbeit stößt heute an Grenzen. Diese Grenzen werden sich nur durch eine Verbesserung des Informationstransfers zwischen den Gruppen und die Schaffung geeigneter sozialpolitischer wie finanzieller Rahmenbedingungen überwinden lassen. ... Auch auf Bundesebene sollte die Hospizarbeit von den Kirchen so anerkannt und aufgenommen werden, daß deutlich wird: Hilfe für die Sterbenden und ihre Angehörigen, wie sie von den Hospizinitiativen intendiert und gewährleistet wird, ist von jeher und bis heute eine zentrale Aufgabe wie eine Chance für die christlichen Kirchen.“

Folgender Beschluß wurde einstimmig gefaßt:

„Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Klausurtagung erklären sich bereit, eine Arbeitsgruppe „Begleitung Schwerkranker und Sterbender und ihrer Angehörigen in Zusammenarbeit mit den Hospizinitiativen“ zu bilden. Diese AG

⁵² Abgedruckt in: Peter Godzik/ Karl Dietrich Pfisterer/ Henning Pleitner (Hg.), „... daß die Gemeinde zum Hospiz werde“. Dokumentation der Klausurtagung „Hospiz“ des Diakonischen Werkes der EKD vom 18.-20. Februar 1992 im Deutschen Institut für Ärztliche Mission in Tübingen, Stuttgart: Zentraler Vertrieb des DW-EKD (Postfach 101142, 7000 Stuttgart 10) 1992, S. 9-13.

bildet beim Kirchenamt der EKD oder der Hauptgeschäftsstelle des Diakonischen Werkes der EKD ein Forum, auf dem sich Kirche und Diakonie sowie Fachverbände und Hospizinitiativen begegnen können und miteinander die genannten Aufgaben begleitend und beratend weiterentwickeln wollen. Die Vertreterinnen und Vertreter aus Fachverbänden und Hospizinitiativen, die an der Klausurtagung teilgenommen haben, erklären sich bereit, in dieser Arbeitsgemeinschaft mitzuarbeiten.“

9. Wichtige Veröffentlichungen zum Thema „Hospiz-Bewegung“:

- Richard Lamerton, *Care for the Dying*, 1973/ rev. 1988; deutsch: *Sterbenden Freund sein. Helfen in der letzten Lebensphase*, Freiburg: Herder 1991.
- Elisabeth Kübler-Ross, *To live until we say good-bye*, 1978; deutsch: *Leben bis wir Abschied nehmen*, Stuttgart: Kreuz 1979, Gütersloh: Gerd Mohn 1986 (bes. S. 135-145: Hospiz: Menschenwürdig leben und sterben).
- Sandol Stoddard, *The Hospice Movement – A Better Way of Caring for the Dying*, 1979; deutsch: *Die Hospiz-Bewegung. Ein anderer Umgang mit Sterbenden* (1987), Freiburg: Lambertus ²1988.
- Lore Bartholomäus, *Ich möchte an der Hand eines Menschen sterben. Aus dem Alltag einer Sterbeklinik* (1980), Mainz: Grünewald ⁵1986.
- Paul Dingwerth/ Heinz Tiefenbacher (Hg.), *Sterbekliniken – oder was brauchen Sterbende?*, Stuttgart: RBA 1980.
- Helmut R. Zielinski, *Sterbeklinik – Ja oder nein*, in: ders. (Hg.), *Prüfsteine medizinischer Ethik I*, Grevenbroich 1980, S. 53-86.
- Victor und Rosemary Zorza, *A way to die* (1980); deutsch: *Chronik eines Abschieds* (1983), Frankfurt: Ullstein 1987.
- Bernd Wagner, *Terminal Care in Großbritannien. Ein Modell für die Versorgung unheilbarer Kranker und Sterbender*, Diss. Freiburg 1981.
- Cicely Saunders/ Mary Baines, *Living with Dying. The Management of Terminal Disease*, 1983 („1989); deutsch: *Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen*, Bern: Hans Huber 1991.
- Thomas Scheffel, *Die Versorgung sterbender Patienten im Krankenhaus. Ansätze in Deutschland auf dem Hintergrund der britischen „Terminal Care“*, Diss. Freiburg 1983.
- Shirley du Boulay, *Cicely Saunders. The Founder of the Modern Hospice Movement*, 1984; deutsch: *Cicely Saunders. Ein Leben für Sterbende*, Innsbruck: Tyrolia 1987.
- Helmut R. Zielinski, *Therapie auf der palliativen Station*, in: *Altenpflege* 4/1984, S. 575-578.
- Johann-Christoph Student, *Hospiz versus „Sterbeklinik“*, in: *Wege zum Menschen* 37 (1985) 260-269.
- Renate Welsh, *Eine Hand zum Anfassen. Ein Briefroman* (1985), München: dtv ⁴1991.
- Susan Munro, *Musiktherapie bei Sterbenden (Praxis der Musiktherapie, Bd. 5)*, Stuttgart/ New York: Gustav Fischer 1986.

- Elisabeth Albrecht, Schmerzkontrolle und Pflege in einem Hospiz, in: Sandol Stoddard, Die Hospizbewegung, Freiburg: Lambertus 1987, S. 162-173.
- Johann-Christoph Student, Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben – Die zehn Grundprinzipien der Hospiz-Bewegung, in: MMG 12 (1987) 232-240.
- Johann-Christoph Student, Sterbebegleitung konkret. Eine Modellkonzeption ambulanter Hilfen für sterbende Menschen und ihre Angehörigen, in: Zeitschrift für das Fürsorgewesen 9/1987, S. 194-199.
- Ev. Gesellschaft Stuttgart e.V. (Hg.), Hospiz. Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen (Heft 4 der Beiträge zu Diakonie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychotherapie und Theologie), Stuttgart 1988.
- Anne Fried, Wo man in Frieden sterben kann. Die Hospiz-Bewegung, Wuppertal: R. Brockhaus 1988.
- Walter M. Gallmeier/ Uta Brunsch, Hospize, Palliativstationen etc. – Ausdruck der Krise der Medizin? in: Münchener Medizinische Wochenschrift 130 (1988) 275-277.
- Norbert Homann, Grundgedanken über die Gründung und Praxis eines Hospizes, Recklinghausen: Wagner-Druck 1988.
- Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (Hg.), Hospize – Konzepte und Erfahrungen. Protokoll einer Anhörung am 8. September 1988 in Stuttgart, Stuttgart: LWV 1988.
- Ingeborg Thielemann-Jonen/ Hans Pichlmaier, Terminale Pflege Krebskranker. Erfahrungen aus dem Modell einer Station für palliative Therapie in der Chirurgischen Universitätsklinik Köln, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 130 (1988) 279-283.
- Thomas S. West, Hospiz-Medizin. Symptomkontrolle, Kommunikation und Unterstützung der Familie – ein multidisziplinärer Ansatz, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 130 (1988) 289-291.
- Helmut R. Zielinski, Wo Schmerzen ihre Schrecken verlieren. Ein Modell der palliativen Therapie, Mainz: Grünewald 1988.
- Elisabeth Albrecht, Hospiz als Konzept der Sterbebetreuung, in: E. Matouschek (Hg.), Arzt und Tod. Verantwortung, Freiheiten und Zwänge, Stuttgart: Schattauer 1989, S. 165-175.
- Helmuth Beutel/ Daniela Tausch (Hg.), Sterben – eine Zeit des Lebens. Ein Handbuch der Hospizbewegung, Stuttgart: Quell 1989.
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg (Hg.), Sterben im Hospiz. Begleitung auf dem letzten Weg. Themenheft der Zeitschrift „konsequenzen“, Heft 4/1989.
- Evangelische Akademie Baden (Hg.), Hospiz – Alternative für Sterbebegleitung?, Karlsruhe: Ev. Akademie Baden 1989.
- Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V. (Hg.), Kranke pflegen. Sterbende begleiten. Trauernde trösten, Bingen: IGSL 1989.
- Landesgesundheitsrat Bayern (Hg.), Hospiz-Bewegung, München: LGR 1989.
- Petra-R. Muschaweck-Kürten, Das Omega-Konzept für die Begleitung Sterbender zu Hause – oder im Hospiz, Hann. Münden: Omega o.J. (1989).

Johann-Christoph Student (Hg.), Das Hospiz-Buch (1989), Freiburg: Lambertus²1991.

Helmut R. Zielinski, Religion und Sterbebegleitung auf der Station für Palliative Therapie in Köln, in: Harald Wagner (Hg.), Ars moriendi. Erwägungen zur Kunst des Sterbens, Freiburg: Herder 1989, S. 117-135.

Christophorus-Hospiz-Verein (Hg.), pflegen bis zuletzt, München: CHV o.J. (1990).

Deutscher Evangelischer Verband für Altenhilfe (Hg.), Sterben – Sterbebegleitung – Hospizbewegung. Themenheft der Zeitschrift „Evangelische Impulse“, Heft 5/1990.

Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V. (Hg.), Hospize ... Raststätten auf dem Weg, Bingen: IGSL o.J. (1990).

Irmgardis Michels, Ein Hospiz macht seine ersten Gehversuche, in: Krankendienst, Heft 5/1990, S. 159-160.

Johann-Christoph Student/ Anne Busche, Zu Hause sterben. Hilfen für Angehörige und Betroffene, Hannover: AG „Zu Hause sterben“ 1990.

Zentralvorstand des Deutschen Caritasverbandes, Sterbebegleitung als Lebenshilfe. Empfehlung vom 31. Januar 1990, in: Krankendienst, Heft 5/1990, S. 155-158.

Franziskus-Hospiz-Hochdahl (Hg.), Ort des Lebens und des Sterbens. Konzept für das Franziskus-Hospiz Hochdahl, Erkrath 1991 (als Manuskript vervielfältigt).

Detlef Gottwald, Sterbende begleiten im Hospiz als Aufgabe der Diakonie. Chancen und Risiken. Hausarbeit zur 2. theologischen Prüfung in der Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig, Braunschweig 1991 (als Manuskript vervielfältigt).

Ursula Lesny, Wer trägt mich in den Himmel. Sterbebegleitung im Pflegeheim, Stuttgart: AG Sitzwachen 1991.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Schwerstkranken und Sterbenden beistehen (20. Februar 1991). Menschenwürdig sterben und christlich sterben (20. November 1978), Bonn 1991.

Georg Stingl/ Gerburg Vogt/ Reinhold Iblacker, Hospiz – Sterbenden helfen. Eine Filmreihe. Materialien, München: IKM 1991.

10. Ausbildungsmodelle für die Zurüstung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender⁵³

a. Aus- bzw. Fortbildungsmodelle für Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger

Hans-Christoph Piper, Gespräche mit Sterbenden, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht³1984.

Emil A. Herzig (Hg.), Betreuung Sterbender. Beiträge zur Begleitung Sterbender im Krankenhaus, Basel³1981.

Emil A. Herzig (Hg.), Sterben und Tod. Ein Unterrichtsmittel zur Begleitung Sterbender, Basel²1982.

⁵³ Kritisch dazu: Reimer Gronemeyer, Orthothanasie – Vorschläge für einen therapeutisch gesicherten Abgang aus dem Leben, in: Eisenberg/ Gronemeyer (Hg.), Der Tod im Leben, Gießen 1985, S. 102-114.

Uwe Koch/ Christoph Schmeling, Betreuung von Schwer- und Todkranken. Ausbildungskurs für Ärzte und Krankenpflegepersonal, München: Urban & Schwarzenberg 1982.

Marianne Arndt, Leben – Leid – Sterben – Trauer (Materialien zur Krankenpflegeausbildung, Band 3), Freiburg: Lambertus 1990.

b. Ausbildungsmodelle für Altenpflegerinnen

Reinhard Schmitz-Scherzer, Sterbebeistand. Eine Handreichung zur Unterrichtsplanung für hauptamtliche in der Altenpflege beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (KDA-Forum 2), Köln: KDA 1984.

Andreas Wittrahm, Orientierungen zur ganzheitlichen Altenpflege, Bonn: Ferd. Dümmler 1988.

Franco Rest, Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Studienbuch für Krankenpflege, Altenpflege und andere, Stuttgart: W. Kohlhammer 1989.

c. Ausbildungsmodelle für Hospizhelferinnen

Helmuth Beutel/ Daniela Tausch (Hg.), Sterben – eine Zeit des Lebens. Ein Handbuch der Hospizbewegung, Stuttgart: Quell 1989, bes. Seite 162-168: Einführungsseminare für freiwillige Mitarbeiter.

Johann-Christoph Student (Hg.), Das Hospiz-Buch, Freiburg: Lambertus 1989, bes. Seite 115-133: Hilfen für Helfer.

Christophorus-Hospiz-Verein München (Hg.), pflegen bis zuletzt, München: CHV o.J. (1990).

d. Hospiz-Bildungswerke:

Arbeitsgemeinschaft für Medizinische Ethik und Gesellschaftsbildung (AMEG), Joseph-Stelzmann-Str. 20, 5000 Köln 41, Tel. 0221/ 478-6074 (seit 9. November 1980).

Bildungswerk der AMEG, Joseph-Stelzmann-Str. 20, 5000 Köln 41, Tel. 0221/478-5351 (seit 1. Januar 1981).

Bildungsforum Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik Köln. Informations- und Ausbildungsforum, Joseph-Stelzmann-Str. 20, 5000 Köln 41, Tel. 0221/ 478-5351 (seit 1. April 1984).

Zentrum für Hospiz-Forschung und -Ausbildung an der Evangelischen Fachhochschule Hannover, Blumhardtstraße 2, 3000 Hannover 61, Tel. 0511/ 5301-124 (Prof. Dr. Johann-Christoph Student) (seit 1989).

Hospiz-Bildungs-Werk e.V. Bingen der Internationalen Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V. (IGSL), Im Rheinblick 16, 6530 Bingen/Rh., Tel. 06721/ 10328 (seit 2. Januar 1990)

e. Ausbildungsmodell für Mitarbeiterinnen im Besuchsdienst von Kirchengemeinden (auch geeignet für Hospizhelferinnen)

Andreas Ebert/ Peter Godzik (Hg.), Sterbende begleiten – Seelsorge der Gemeinde. Ein Ausbildungskurs für Mitarbeiterinnen im Besuchsdienst evangelischer Kirchengemeinden Celle: Gemeindegemeinschaft der VELKD 1992 (als Manuskript veröffentlicht, inzwischen als [Handbuch](#) veröffentlicht).⁵⁴

f. Hilfen für Angehörige

Deborah Duda, Für Dich da sein wenn Du stirbst. Vorschläge zur Betreuung, Hamburg: Papyrus²1986.

Franco Rest, Den Sterbenden beistehen. Ein Wegweiser für die Lebenden, Heidelberg: Quelle & Meyer²1986.

Helga und Walther Strohal, Komm, ich laß dich gehen. Kranke und Schwerkranke zu Hause pflegen. Eschbach 1987.

Peter Godzik/ Petra Muschaweck (Hg.), Laßt mich doch zu Hause sterben! Gütersloh: Gerd Mohn 1989.

Robert Buckman, Was wir für Sterbende tun können. Praktische Ratschläge für Angehörige und Freunde, Stuttgart: Kreuz 1990.

⁵⁴ Die Durchführung eines Kurses mit diesem Handbuch setzt für die Leiterinnen die Teilnahme an einem Einführungsseminar im [Gemeindegemeinschaft](#) der velkd, Berlinstr. 4-6, 3100 Celle, Tel. 05141/ 53014, voraus. Das nächste Einführungsseminar findet im September 1992 statt.

Abkürzungsverzeichnis

ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.
AG	Arbeitsgemeinschaft
AGSL	Arbeitsgemeinschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand, Berlin
AIO	Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie e.V.
AK	Arbeitskreis
AMEG	Arbeitsgemeinschaft für medizinische Ethik und Gesellschaftsbildung e.V., Düsseldorf
BGV	Bischöfliches Generalvikariat
BHV	Bayerischer Hospiz-Verband e.V., Pödelndorf
CHV	Christophorus Hospiz Verein e.V., München
DHH	Deutsche Hospizhilfe e.V., Buchholz
GAU	Georg-August-Universität, Göttingen
HIV	Hilfe-Information-Vermittlung e.V., Berlin
IGSL	Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V., Bingen
IKM	Institut für Kommunikation und Medien an der Hochschule für Philosophie, München
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe e. V. , Köln
KG	Kirchengemeinde
LGR	Landesgesundheitsrat, Bayern
LWV	Landeswohlfahrtsverband
MAN	Mobile Ambulante Nachbehandlung e.V., Heidelberg
MMG	Zeitschrift „Medizin – Mensch – Gesellschaft“, Stuttgart
NHO	National Hospice Organisation (in den USA)
SPT	Station für Palliative Therapie
TMG	Tumorzentrum Marburg-Gießen
VCH	Verband Christlicher Hospize, Tuttlingen
VELKD	Vereinigte Evangelisch-Lutherische Kirche Deutschlands
ZDF	Zweites Deutsches Fernsehen