

## Hospize vermitteln Begleitung und Hilfe auf dem letzten Stück des Lebensweges

Von Peter Godzik

*Peter Godzik* ist Oberkirchenrat im Lutherischen Kirchenamt der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands (VELKD) in Hannover.

Hospize gibt es in Deutschland schon seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts. Im Zuge der Industrialisierung, die viele Menschen in Bewegung brachte, wurden „Herbergen zur Heimat“, „Kolpinghäuser“ und ähnliche Gästeunterkünfte für die vom Land in die Stadt strömenden Menschen gegründet.

### Traditionsreicher Begriff

Viele, besonders evangelische Häuser, nennen sich „Christliches Hospiz“, um deutlich zu machen, daß sie nicht allein auf gewerblicher Grundlage arbeiten, sondern sich eine besonders liebevolle Betreuung der Reisenden zum Ziel gesetzt haben. Am 5. Februar 1904 wurde in Kassel der Verband Christlicher Hospize (VCH) gegründet, der anfänglich 31 Häuser in Deutschland und fünf in der Schweiz zusammenschloß und der es auf dem Höhepunkt seiner Entwicklung (1931) zu 190 Mitgliedern mit 10500 Übernachtungsbetten brachte.

### Von England ausgegangen

Der Zweite Weltkrieg zerstörte viele Häuser und führte dazu, daß viele Einrichtungen in den östlichen Gebieten Deutschlands verloren gingen. Zahlreiche Hospize im Westen wurden von den Militärregierungen beschlagnahmt und der obdachlos gewordenen Bevöl-

kerung zugewiesen. So blieben nach dem Krieg nur 58 Hospize und Einrichtungen weiterhin in Betrieb. Mit knapp 40 Mitgliedern feierte der VCH im Jahr 1989 sein 85jähriges Bestehen. Durch den wirtschaftlichen Aufschwung, den zunehmenden Tourismus, die großzügigere Art der Freizeitgestaltung und durch die wachsende Konkurrenz hat sich das Gesicht besonders der VCH-Stadthotels gewandelt und dem anderer Hotels angeglichen. Dennoch wird versucht, eine besondere Form der Gastlichkeit im christlichen Sinn zu bewahren. Aber der Name „Hospiz“ ist inzwischen mit anderem Inhalt gefüllt, so daß sich der Verband und mit ihm viele Hospize umbenennen. Was hat zu dieser Neubesetzung eines traditionsreichen Begriffs, der seit Jahrhunderten für christliche, gastliche Aufnahme reisender Menschen steht, geführt?

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 Einrichtungen verdankten. Die Existenz dieser Einrichtungen (etwa St. Luke's Hospice und St. Joseph's Hospice in London) 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.

Die Geschichte, wie die anglikanische Krankenschwester und spätere Ärztin Cicely Saunders die Prinzipien der modernen Schmerzkontrolle kennenlernte und selber weiterentwickelte und wie sie eines Tages ihr eigenes Hospice in London eröffnen konnte, darf als bekannt vorausgesetzt werden.

### Erkenntnisse umgesetzt

Wichtig scheint mir in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß der Eröffnung von St. Christopher's im englischen Parlament Euthanasie-Debatten vorausgegangen waren. Auf Anregung einer „Voluntary Euthanasia Society“ sollte ein Gesetz zur Ermöglichung eines schmerzlosen Todes beschlossen werden. Die eingebrachten Gesetzesanträge wurden aber abgelehnt, weil sich die Einsicht durchsetzte, daß Menschen besser nicht *durch* die Hand, sondern *an* der Hand eines Menschen sterben. Statt dessen sollte lieber eine gekonnte, erfahrene und mitfühlende „Terminal Care“ entwickelt werden, die für jeden Patienten mit fortgeschrittener unheilbarer Krankheit verfügbar wäre – das war und ist die Auffassung von Cicely Saunders und mit ihr der ganzen Hospiz-Bewegung. So wurden zahlreiche Hospize mit abgeschlossenem Hausbetreuungsdienst eingerichtet, die in England und später auch in den USA, in Kanada, Australien und Neuseeland, in Skandinavien, Polen, Frankreich, Italien, Deutschland, Österreich und der Schweiz, in Japan und Südafrika ihre segensreiche Tätigkeit entfalten konnten. Immer mehr Menschen können mit Unterstützung dieser Hospize zu Hause sterben oder doch eine familienähnliche Atmosphäre der Begleitung und Hilfe auf dem letzten Stück des Lebensweges erfahren.

Schon Mitte der 60er Jahre haben einzelne Krankenhäuser – wie das Tübinger Paul-Lechler-Krankenhaus – ver-

sucht, Erkenntnisse der englischen Hospize bei der Begleitung Schwerkranker und Sterbender in ihrem Bereich umzusetzen. Es gab auch eigenständige Ansätze in der Bundesrepublik Deutschland, in Zusammenarbeit mit Universitätskliniken und Tumorzentren eine kontinuierliche ärztliche, pflegerische und seelsorgerliche Begleitung von Krebskranken bis zu ihrem unvermeidlich gewordenen Sterben sicherzustellen. Tageskliniken, Schmerzambulanzen, Hausbetreuungsdienste und andere Nachsorgeeinrichtungen sind auf diese Weise entstanden und sowohl mit öffentlichen Geldern als auch mit privaten Spenden gefördert worden. Viel Idealismus und ehrenamtliches Engagement ist schon an dieser Stelle investiert worden, ehe die Hospizbewegung im engeren Sinn auch in Deutschland Fuß fassen konnte. Aber zuvor galt es noch, ein Mißverständnis zu überwinden, das bei uns in Deutschland mit dem Begriff „Sterbeklinik“ verbunden war.

1971 hatte Pater Iblacker aus München im St. Christopher's Hospice in London einen Film gedreht, der dann unter dem Titel „Noch 16 Tage ... Eine Sterbeklinik in London“ im Fernsehen lief. Dieser Film hat zum Teil heftige Reaktionen hervorgerufen. Die meisten waren betroffen und angerührt; viele fühlten sich motiviert, nun selbst etwas auf diesem Gebiet zu unternehmen. Andere fühlten sich abgestoßen und malten sich Huxleysche Schreckensszenarien von Sterbeghettos à la „Brave New World“ aus. Auch brachte man die „Sterbekliniken“ doch wieder fälschlicherweise in Zusammenhang mit der unseligen Euthanasie-Debatte. So kam es, daß die meisten Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Krankenhausgesellschaften und fachkundige Einzelpersonlichkeiten – wie Professor Paul Sporken (Maastricht) – auf Befragen des Bundesgesundheitsministeriums die Errichtung *eigener* Sterbekliniken oder Sterbeheime in Deutschland ab-

lehnten. Es bedurfte mehrfachen Nachfassens und geduldigen Erklärens in der weiteren Diskussion, um aus diesem Mißverständnis und der sich damit abzeichnenden sozialpolitischen Sackgasse herauszufinden.

### **Bergender Raum**

Als einer der ersten machte der katholische Theologe und Seelsorger Helmut R. Zielinski öffentlich deutlich, daß der Name „Sterbeklinik“ etwas Falsches zum Ausdruck bringt. Er erinnerte daran, daß sich die englischen Einrichtungen bewußt „Hospice“, also Hospiz, nennen und damit an eine uralte Tradition christlicher Gastlichkeit auf beschwerlicher Reise anknüpfen. Das, was die alten Hospize dem müden Wanderer und Pilger anboten, wollten die modernen Hospize dem Schwerkranken und Sterbenden auf seinem letzten Stück des Lebensweges anbieten: einen bergenden Raum mitmenschlicher Begleitung und Hilfe. Helmut R. Zielinski machte damals den Vorschlag, geriatrische Abteilungen in den Krankenhäusern einzurichten, in denen geschultes Personal Pflegedienste leistet. Nicht mehr kurative (= behandelnde) Medizin sollte im Vordergrund stehen, sondern palliative (= schmerzlindernde) Therapie, die sich besonders, der vielfältigen und schweren Tumorschmerzen annimmt. Mit diesem Vorschlag nahm er Anregungen auf, die Professor Paul Sporken schon im Zusammenhang mit der Befragung durch das Bundesgesundheitsministerium gemacht hatte. Auf Initiative von Pater Zielinski und Professor Pichlmaier und gefördert von der Deutschen Krebshilfe entstand so 1983 die erste Palliativstation in der Bundesrepublik Deutschland in Räumen der Chirurgischen Universitätsklinik Köln. Heute fördert das Bundesgesundheitsministerium Palliativstationen modellhaft an zwölf Krankenhäusern in

Deutschland. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet von dem Institut für Sozialmedizinische Forschung in Herne.

### **Keine Sterbekliniken**

Den Durchbruch in der öffentlichen Diskussion um die „Sterbeklinik“ bewirkte aber wohl erst ein Aufsatz von Professor Johann-Christoph Student aus Hannover in der Zeitschrift „Wege zum Menschen“ mit dem Titel „Hospiz versus ‚Sterbeklinik‘“ (1985). Er referierte darin die wichtigsten kritischen Stellungnahmen gegen die sogenannten „Sterbekliniken“ seit 1978 und versucht, die Widerstände gegen die Einrichtung von Hospizen – oder genauer: gegen die Anliegen der Hospizbewegung – zu entkräften. Denn eines ist ihm deutlich: „Es geht bei Hospizen nicht eigentlich darum, neue Institutionen zu schaffen, sondern darum, alte Traditionen des menschlichen Umgangs mit Sterbenden wieder zu entdecken und sie in unsere veränderte Welt hinein zu sprechen.“ „Hospiz“ wird so zu einem Programmwort für ein Konzept, einen Inhalt, eine Bewegung in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender. Professor Student gelingt es, deutlich zu machen, welches die Grundprinzipien der Hospiz-Bewegung sind und wie eine Modellkonzeption ambulanter Hilfen für sterbende Menschen und ihre Angehörigen aussehen müßte.

Zusammen mit anderen in der Hospizarbeit engagierten Menschen gründet er 1986 die Deutsche Hospizhilfe, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, in der Öffentlichkeit für die Ausbreitung des Hospizgedankens zu sorgen. Diese Bemühungen um eine sachgerechte Beurteilung und Einschätzung der Hospiz-Bewegung und die auch von anderen Vereinen (wie AMEG, OMEGA und IGSL) unterstützten Bemühungen zur Ausbreitung der Hospiz-

Idee sind schließlich so erfolgreich, daß der Verband Christlicher Hospize (VCH) im Jahr 1987 seinen Namen in Verband Christlicher Hotels ändert, weil der Begriff „Hospiz“ nun endgültig mit einem neuen Inhalt gefüllt ist, der die Menschen interessiert und bewegt. Davon zeugen auch viele Informationsbeiträge in Presse, Funk und Fernsehen.

Heute gibt es elf Hospize, 14 Palliativstationen und mehr als 100 Hospizininitiativen in Deutschland, die Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Sie arbeiten im Zusammenhang mit bestehenden Einrichtungen der Krankensorge (Krankenhaus, Pflegeheim, Sozialstation) oder auch selbständig ambulant und/oder stationär als ergänzende Einrichtungen zum bestehenden Versorgungs- und Unterstützungssystem. Sie sind fast alle christlich orientiert und motiviert, verstehen sich aber überwiegend ökumenisch und überkonfessionell. Die Einrichtungen sind sehr stark auf ehrenamtliches Engagement und eine hohe Spendenbereitschaft angewiesen, weil die finanzielle und organisatorische Einpassung in das vorhandene System der Krankensorge (die ja auch eine Sorge für Schwerkranke und Sterbende ist!) noch nicht gelöst ist. Es bleibt zu hoffen, daß hier entscheidende Schritte voran getan werden können bei staatlichen Stellen und den zuständigen Kostenträgern.

### Haltung der Kirchen

Die Kirchen und Wohlfahrtsverbände haben inzwischen ihre kritisch abwartende bis ablehnende Haltung aufgegeben und wichtige Stellungnahmen zum positiven Aufgreifen der Anliegen der Hospiz-Bewegung abgegeben:

- im Oktober 1989 das VII. Europäische Bischofssymposium der römisch-katholischen Kirche;

- im Januar 1990 der Zentralvorstand des Deutschen Caritasverbandes;
- im Oktober 1990 die Arbeitsgruppe Hospiz-Bewegung vor der Generalsynode der VELKD in Malente (siehe „Texte aus der VELKD“ Nr. 39/1990);
- im Februar 1992 die (katholische) Deutsche Bischofskonferenz.

Im November 1991 trafen sich zum ersten Mal die evangelischen Hospizininitiativen zu einer Konferenz im Gemeindegremium der VELKD in Celle. Sie erörterten dort Fragen der Organisation und Finanzierung von Hospizen bzw. Hospizininitiativen. Sie informierten sich gegenseitig über vorhandene und bewährte Ausbildungsmodelle für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender. Und sie besprachen die Möglichkeiten und Chancen einer gemeinsamen Organisation zur Vertretung ihrer spezifischen Interessen nach außen sowie der Information und Koordination nach innen.

Sie haben erfreut zur Kenntnis genommen, daß das Diakonische Werk der EKD im Februar 1992 zu einer Konsultation über Fragen der Hospizbewegung in das Paul-Lechler-Krankenhaus nach Tübingen eingeladen hat. (Über diese Konsultation berichtet an anderer Stelle in diesem Heft Karen Sommer-Loeffen.)

Einstweilen wenden sich Interessierte an dem Ausbildungsprogramm „Sterbende begleiten – Seelsorge der Gemeinde“, das sich auch für Hospizhelferinnen und -helfer eignet, an das [Gemeindegremium](#) der VELKD in Celle (Berlinstr. 4-6, 3100 Celle).

### **Grundsätze der Hospizarbeit**

Für die Hospizarbeit gelten folgende Grundsätze:

- ◇ Der Patient steht gemeinsam mit seinen Angehörigen und Freunden und anderen Menschen, die ihm nahestehen, im Zentrum aller Bemühungen. Es geht vor allem um seine Wünsche.
- ◇ Diese zwischenmenschlichen Begegnungen werden ermöglicht und unterstützt durch eine Gruppe oder ein Team; dazu gehören in der Regel Krankenschwestern und -pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter und Seelsorger.
- ◇ Hinzu kommen freiwillige Helfer für die Aufgaben, die nicht von den Angehörigen oder den Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeitern wahrgenommen werden.
- ◇ Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Therapie von Schmerzen und anderen das Sterben belastenden Körperreaktionen und setzt sie im Interesse des Patienten ein.
- ◇ Dabei arbeitet das Hospiz-Team eng mit anderen bestehenden Einrichtungen, Kliniken und ambulanten Diensten zusammen.
- ◇ Das Hospiz-Team gewährleistet Kontinuität in der Betreuung. Hierzu gehört, daß die Familie sicher sein kann, rund um die Uhr wenigstens einen kompetenten Mitarbeiter des Teams anzutreffen.
- ◇ Den Angehörigen wird darüber hinaus auch eine Begleitung in der Phase der Trauer nach dem Tod ihres Angehörigen angeboten.

Eine stationäre Einrichtung wird so eingerichtet, organisiert und geführt, daß eine häusliche Atmosphäre geschaffen wird, in der der Sterbende sich wohlfühlen kann.

Das ambulante Hospiz-Team mit dem Kreis der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer sichert die Kontinuität in der Betreuung der Patienten und leistet so einen entscheidenden Beitrag zur Motivierung und Befähigung der Familien, Sterbende weitgehend im Familienverband zu belassen. Wichtig ist die Verzahnung von ambulanter und stationärer sowie auch sozialer und medizinischer Betreuung.

P.G.