

ANDREAS HELLER / WOLFGANG SCHWENS

## Hospizbewegung – wohin?

### Einschätzungen zur Situation und Entwicklung eines alternativen Umgangs mit Sterbenden

Gerade weil die Krankenhäuser strukturell bedingt das menschliche Sterben vernachlässigen, wird die Hospizbewegung oft als der Inbegriff des gegenwärtigen Engagements für das „Sterben in Würde“ präsentiert. Der Beitrag skizziert die Geschichte der Bewegung, nennt einige konfliktträchtige Probleme der Gegenwart und warnt vor der Idealisierung und Instrumentalisierung der Hospizidee. Dr. Andreas Heller ist Hochschullehrer am IFF (Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Innsbruck, Klagenfurt und Wien) und Gastprofessor an der Universität Wien; Dr. Wolfgang Schwens ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFF in Wien. (Redaktion)

Hospize erscheinen derzeit als der gesundheitspolitische Königsweg, um die gesellschaftlich bedrängender werdenden Herausforderungen der Versorgung Sterbender zu bewältigen.<sup>1</sup> In hospizähnliche Einrichtungen werden sowohl in Deutschland als auch in Österreich allmählich öffentliche Gelder investiert. Das fachliche und ge-

sellschaftliche Image von Hospizen hat sich positiv gewandelt: von einer (diffamierend verwendeten Etikettierung) „Sterbeklinik“<sup>2</sup> in den 70er Jahren zu einer auf hohem Niveau stehenden, fachlich differenziert arbeitenden Spezialeinrichtung heute. Die Adressenflut der einzelnen Initiativen ist kaum noch überschaubar.<sup>3</sup> Zweifelsfrei sind das Sterben und ein adäquater Umgang mit Sterbenden zu öffentlichen Themen geworden. Nicht zuletzt auch die große Zahl von Veröffentlichungen gibt hiervon beredtes Zeugnis.

Erstaunlich ist allerdings die Tatsache, daß diese in den angelsächsischen und nordamerikanischen Ländern seit Jahrzehnten etablierten Einrichtungen erst Ende der 80er Jahre das europäische Festland erreichten und dort vor allem im deutschsprachigen Raum aufgegriffen wurden. Warum braucht eine Idee, die in England mit der Eröffnung des ersten modernen Hospizes St. Christopher's in London schon im Jahr 1967 verwirklicht wurde, so lange, bis sie sich auch hier durchsetzte, wo doch

<sup>1</sup> Vgl. A. Heller/W. Schwens, Chancen und Grenzen der Hospizbewegung, unveröff. Manuskript 1993. Diese Arbeit hat den Paul-Nordhues-Caritaspreis Paderborn gewonnen. Im Frühjahr 1995 wird sie im Schwabenverlag in Ostfildern erscheinen. – A. Heller (Hg.), Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten, Freiburg 1994.

<sup>2</sup> Man wird die Reichweite des Films von P. Reinhold Iblacker nicht unterschätzen dürfen, der 1971 unter dem Titel „noch 16 Tage“ erstmals im Fernsehen ausgestrahlt wurde. Mit dem Untertitel „Sterbeklinik“ wurden starke Ressentiments geweckt, obwohl genau das Gegenteil beabsichtigt war. Vgl. hierzu auch: P. Becker, Ärztliche Erfahrungen mit Schwerkranken und Sterbenden. In: P. Becker/V. Eid, Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden – Praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Reflexion. Mainz, 1984, 15–33.

<sup>3</sup> Einen letzten Stand kann man entnehmen: Schmerzambulanz der Klinik und Poliklinik für Anaesthesiologie und Operative Intensivmedizin der Universitätsklinik zu Köln (Hg.), Stationäre Hospize und Palliativeinrichtungen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Übersicht, Köln 1994. Zudem gibt es eine große Zahl an ambulanten Hospizinitiativen, über welche die großen Wohlfahrtsverbände Auskunft geben.

der Weg von London<sup>4</sup> nach Köln in nicht einmal einer Flugstunde zurückzulegen ist!

Man wird sich diesem „kulturellen Verzögerungseffekt“ nicht sorgfältig genug widmen können, um zu einer realitätsnahen Einschätzung von Chancen und Grenzen der Hospizbewegung in Mitteleuropa zu kommen. Natürlich gibt es traditionellerweise einen kulturellen und sprachlichen Graben zwischen Großbritannien und dem Kontinent.

### **Hospize – Kontrasteinrichtungen zur spezialisierten Medizin**

Entscheidende Faktoren dürften in diesem Fall die politischen und die ökonomischen Unterschiede zwischen unserem und dem britischen Gesundheitssystem sein. Immer schon war die Interventionsmöglichkeit der Politik in das Gesundheitssystem in Deutschland oder auch in Österreich gering. Jahrzehntlang wurde beispielsweise in Deutschland an einer Gesundheitsreform gebastelt, die aber gegen die starken, standespolitisch gut organisierten Interessen der Ärzteschaft nie Gesetzesreife erlangen und sich so auch nie parlamentarisch durchsetzen konnte. In Österreich ist das Gesundheitsministerium ökonomisch und politisch schwach ausgestattet und von einem hohen Verschleiß an Amtsträgern gekennzeichnet. Eine kontinuierliche Gesundheitspolitik kann so weithin nicht realisiert werden. Die Disziplinierung und Kontrolle des Gesundheitssystems durch staatliche Organe scheint immer notwendiger. Gekennzeichnet sei die Entwicklung durch einige Beobachtungen: Die

Kosten der technikintensiven Medizin steigen explosionsartig; der demographische Aufbau der Bevölkerung verschiebt sich zugunsten der Gruppe der älteren Menschen; das Krankheitspanorama verändert sich entsprechend von akuten Krankheitsbildern hin zu chronischen Krankheiten; das „Kundenbewußtsein“ der Patienten nimmt zu; die „Götter in Weiß“ werden nicht zuletzt durch die Medien zunehmend kritisierbar, werden relativiert durch eine wachsende Zahl von alternativen Heilmethoden und verlieren langsam die Rolle der omnipotenten Heiler; ärztliches Personal wird zu einem Kostenfaktor im Gesundheitswesen; Umstrukturierungen in Krankenhäusern und Überlegungen zu dessen Systemgestaltung stehen ebenso an wie der Ausbau der ambulanten Versorgung.

Aufgrund dieser Entwicklung nehmen Gewicht und Selbstbewußtsein der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (vor allem der Pflegeberufe, aber auch anderer im Präventionsbereich tätiger Gruppen wie Physiotherapeuten, Heilmasseure, etc.) zu. Es wächst die Möglichkeit, Maßnahmen zu setzen, die sich nicht mehr der dominanten medizinischen Logik der maximalen Lebensverlängerung verpflichtet wissen.

Auch Hospize sind in dieser Optik Kontrastorganisationen zu einer zu beobachtenden Spezialisierung der Medizin. Wiewohl Ärzte auch hier eine Rolle haben, so sind es doch offenbar immer solche, die nicht in den medizinischen Kernfächern beheimatet sind und ohnedies für eine ganzheitliche Perspektivierung ihrer Arbeit (aus einem soziopsychosomatischen Verständnis) aufgeschlossen sind.

<sup>4</sup> Vgl. S. Stoddard, Die Hospiz-Bewegung – Ein anderer Umgang mit Sterbenden. Freiburg 1988.

Bemerkenswert ist, daß sich an der stärksten Gruppe des Gesundheitssystems vorbei Initiativen bilden. Von den klinikexternen Gruppen und Berufen wird ein eher abwertender und moralisierender Umgang mit Medizin gepflegt.<sup>5</sup> Die gesundheitspolitische Erfolglosigkeit ist programmiert, wenn es nicht gelingt, sie einzubinden in das Netzwerk der Versorgungskontinuität, in die Finanzierung durch die Krankenkassen. Da sowohl in Deutschland als auch in Österreich eine andere Spendenmentalität als auf den britischen Inseln herrscht, werden Hospize auf Dauer nicht ohne solche öffentlichen Gelder finanzierbar sein.<sup>6</sup>

### *Hospize – Wir brauchen sie*

Mittlerweile sind Hospizeinrichtungen dabei, ein fester Bestandteil des Versorgungssystems zu werden, das eine breite Kultur freier Initiativen, privaten Engagements und unterschiedlicher Formen der Finanzierung kennt und diese aus ökonomischen Gründen auch fördern muß.<sup>7</sup> Da dies eine in- zwischen fast selbstverständliche Ein-

schätzung ist, läßt sie sich zuspitzen: Wir brauchen Hospize.<sup>8</sup> Wenn dies tatsächlich der Tenor aus der oben gemachten Einschätzung sein sollte, dann wird damit eine konsensfähige Perspektive angedeutet, die ihrerseits Fragen aufwirft:

- Was ist ein Hospiz?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit man wirklich von einem Hospiz sprechen kann? (Die Frage bezieht sich auf verschiedene Indikatoren: auf die Fachlichkeit, den Standard und die Qualität der interdisziplinären und interprofessionellen Arbeit, die Kultur des ehrenamtlichen Engagements, die Vernetzung in regionalen und lokalen Einrichtungen)
- Wie sieht die organisatorische Struktur solcher Einrichtungen aus? (Trägerschaft als Verein, eingegliedert in eine Klinik, als integriertes Versorgungsangebot von ambulanten Hospizteams, stationären Einrichtungen, Tageskliniken und Palliativstationen)
- Wie wird schmerztherapeutisches Wissen in den Behandlungsprozeß integriert?

<sup>5</sup> Es wäre eine eigene Untersuchung wert, Ressentiments nachzugehen, die etwa Theologen und Krankenhausseelsorger gegenüber Ärzteschaft und Medizin hegen und pflegen. Nahezu stereotyp werden seit Jahren Klischees tradiert, denen es an jeder Differenzierung mangelt. Die Ambivalenz medizinischer Arbeit liegt darin begründet, naturwissenschaftlich orientiert zu sein, erfolgreich deshalb zu sein, weil der Mensch in einer bestimmten Behandlungsphase zu einem Objekt wird, in das ingenieurmäßig eingegriffen werden muß, weil Operationen anders nicht denkbar sind. Problematisch wird dies nur, wenn der Objektcharakter medizinischen Handelns zu einem durchgängigen Interaktionsmuster wird. Historisch gesehen, hat vor allem J. Mayer-Scheu (Krankenhausseelsorge im Wandel – Anfragen an Seelsorge und Medizin in kirchlichen Krankenhäusern. Kevelaer 1986) Anteil an dieser Klischeebildung, wiewohl er wie kein anderer Pionierarbeit für das Selbstverständnis der Krankenhausseelsorge geleistet hat, das ganz offensichtlich nur in Abgrenzung zur Medizin zu erreichen ist. Wie kann heute Seelsorge integrierend in einen therapeutischen Prozeß und sozial integriert in ein therapeutisches Team ihre „Leistungen“ sichtbar machen? Sicher wird dies nicht nur in einem Gegenüber, einer negativen Abgrenzung zu anderen Berufen möglich sein.

<sup>6</sup> Auch in England sind sie es de facto nicht: Es werden etwa 70–80% der Kosten durch fund raising aufgebracht.

<sup>7</sup> Vgl. A. Heller, Gesundheit und Gerechtigkeit – Gesundheitsförderung als politisch-diakonisches Konzept. In: Lebendiges Zeugnis 48 (1993), 24–36.

<sup>8</sup> Vgl. den gleichlautenden Buchtitel: K. Leiter, Lebensbegleitung bis zum Tod – Wir brauchen Hospize. Wien 1994.

- Wie werden interprofessionelle Beziehungen effizient?

Eine Kurzformel soll Ausgangspunkt unserer Überlegungen sein: *Hospize sind Einrichtungen der eigenen Hoffnung, sich selbst und anderen in der letzten Lebensphase ein authentisches und würdiges Sterben zu ermöglichen.*

### ***Hospize – Die geschichtliche Tradition der Gastfreundschaft***

Hospize stehen in der historischen Tradition der christlich-diakonischen Barmherzigkeit und einer selbstverständlichen menschlichen Sorge für die Schwachen, die Kranken und die Sterbenden.<sup>9</sup>

Etymologisch leitet sich der Begriff Hospiz von „hospitium“ ab, einem Wort, das die Bedeutung der Gastfreundschaft in sich trägt. Es scheint sowohl die gastliche Aufnahme als auch die Gastfreundschaft zu meinen. Damit ist ein Verstehenshorizont angedeutet, der bis heute das Selbstverständnis der Hospizbewegung ausdrückt: Orte zu schaffen, wo Menschen gastfreundschaftlich aufgenommen werden, wo sie Gäste sind.<sup>10</sup> Das Hospiz hilft als eine Art Herberge in einem als Pilgerreise verstandenen Leben. Hospize boten Waisen und Bedürftigen, Wanderern, Kranken und Sterbenden Unterstützung für Leib und Seele. Sie säumten auch die großen Pilgerwege, wie etwa den camino nach Santiago de Compostela oder auch den großen St.-Bernhard-Paß über die Alpen.

Diese historischen Vorläufer der modernen Hospize verdichten sich in ver-

schiedenen Initiativen; in Hospitalorden des Mittelalters ebenso wie in der Gründung der Filles de Charité (Töchter der Barmherzigkeit) durch Vinzenz von Paul im 17. Jahrhundert.

Übersehen wird leicht, daß das lateinische Wort „hospes“ sowohl Gastfreund als auch Fremder meint. In dieser doppelten Bedeutung klingt nicht nur die Kultur der Gastfreundschaft an, sondern auch das Wissen, daß der Gast der Fremde,<sup>11</sup> der ganz andere ist. Das Sterben und der Tod bleiben dem Lebenden in gewisser Weise immer fremd. Die immer wieder herzlich-einfühlsam, ja freundschaftlich geschilderte Atmosphäre in Hospizen stellt eine Seite dar, mit der grundsätzlichen Fremdheit des Sterbenden umzugehen, eben durch die Überwindung der Distanz. Doch diese „Amikalisierung des Todes“ kann die Fremdheit, die Distanz und die Entfernung nicht immer überwinden, die der Schatten des Todes zwischen die Lebenden in der Blüte und Kraft des Lebens und die Lebenden als Sterbende legt.

### ***Hospize – Die Wiege eines modernen Gedankens***

Die moderne Hospizgeschichte beginnt mit der englischen Krankenschwester Florence Nightingale (1820–1910), die gemeinsam mit den Irish Sisters of Charity im Krimkrieg Verwundete und Sterbende pflegte und in Dublin später Our Lady's Hospital ins Leben rief. Fünf Schwestern dieser Irish Sisters eröffneten im Jahr 1900 den St. Joseph's Convent im Eastend von London und zwei Jahre später das

<sup>9</sup> R. Lamerton, Sterbenden Freund sein. Helfen in der letzten Lebensphase. Freiburg 1991.

<sup>10</sup> Vgl. R. Zerfuß, Menschliche Seelsorge – Für eine Spiritualität von Priestern und Laien im Gemeindedienst, Freiburg 1988.

<sup>11</sup> Was Fremdsein praktisch-theologisch bedeutet erschließt: O. Fuchs, Die Fremden, Düsseldorf 1988.

St. Joseph's Hospice mit dreißig Betten für Kranke und Sterbende. Dieses Hospiz bildete dann für Cicely Saunders die Inspiration, selbst 1967 in London das legendäre St. Christopher's Hospice<sup>12</sup> zu gründen, das als Wiege für einen anderen Umgang mit dem Sterben, den Sterbenden und den Trauernden gilt. Und es hat auch Maßstäbe gesetzt für die psychosoziale Unterstützung und Qualifizierung der Helfenden.

Die Gründungsgeschichte selber ist schon zu einer Art Legende geworden: Der Patient David Tasma, dem Warschauer Getto entkommen, bekam im Alter von etwa vierzig Jahren Krebs. Cicely Saunders mußte ihm als Krankenschwester die Wahrheit über seine Krankheitssituation mitteilen. Was Tasma suchte, waren „Menschen, mit denen er weiter Mensch sein, mit denen er weiterhin lachen konnte und mit denen ihn eine Liebe zu Gott verband“.<sup>13</sup> In zahlreichen Gesprächen gab Tasma den Impuls, ein Hospiz zu gründen. In ihm sollten sich Sterbende angenommen fühlen und die letzte Phase ihres Lebens würdig, sinnvoll und begleitet von Menschen, die einander achten, leben können.

### *Hospize – Die Situation heute*

Hospize entstehen heute auch auf dem Hintergrund einer nahezu völligen Vernachlässigung des menschlichen Sterbens in den etablierten Einrichtungen unseres Gesundheitssystems. Gerade weil das Krankenhaus keinen Ort für menschliches Sterben zu bieten scheint und sicherlich in der gegen-

wärtigen Verfassung (etwa als Akutkrankenhaus mit den Aufgaben der Lehre und Forschung) auch nicht sein kann und darf, bilden sich gesellschaftlich neue Organisationsformen, die dieses Anliegen bearbeiten und ihm nachkommen. In dieser Optik stellen Hospize eine vorübergehende Lösung dar, die unzulängliche Betreuung Schwerkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in den etablierten Versorgungseinrichtungen zu kompensieren.

Das Krankenhaus ist als Einrichtung auf die Wiederherstellung von Gesundheit beziehungsweise Rehabilitationsfähigkeit ausgerichtet und orientiert sich in seinen dominierenden Handlungen am Prinzip der maximalen Lebensverlängerung. Sterben gilt als ein Tabu, weil es keine Krankheit ist. Die hervorragenden medizinischen Leistungen entstanden oft genug durch einen mit buchstäblicher Todesverachtung geführten Kampf für die Rettung von Leben. Das Sterben und der Tod mußten ausgeblendet werden. Weil man sich mit dem Tod infolge von bestimmten Erkrankungen (Typhus, Cholera oder auch Krebserkrankungen und Aids) nicht abfinden wollte und konnte, wurde die Grundlagenforschung, die Diagnostik und die Therapie auch zu einer wissenschaftlich organisierten Todesverdrängung, die nahtlos in die Berufssozialisation der dominierenden Gruppe des Gesundheitssystems (der Mediziner) Eingang fand. Man muß diese auf Todesverdrängung beruhenden Erfolge der Medizin, die viel menschliches Leiden gemildert haben und eine enorme menschliche Leistung darstellen, zu-

<sup>12</sup> Schon die Namensgebung deutet den christentümlichen Horizont an, in dem die moderne Hospizbewegung ihre Wurzel hat.

<sup>13</sup> Vgl. H. R. Zielinski, Sterbekliniken: Ja oder nein? In: H. R. Zielinski (Hg.), Prüfsteine medizinischer Ethik, Bd. 1 – Katholische Klinikseelsorge, Grevenbroich 1980, 52–86.

nächst einmal würdigen. Die Medizin hat sich dieses Niveau erarbeitet durch eine ständige Differenzierung und Spezialisierung. Es gibt wohl kaum eine Berufsgruppe, die dermaßen differenziert über einen universellen Code, über dermaßen systematisch aufbereitetes Wissen verfügt und Verständigung und Behandlung über alle kulturellen Differenzen hinweg praktizieren kann wie die Medizin.

Hospize stellen eine vorübergehende Lösung dar, die unzulängliche Betreuung Schwerkranker und Sterbender sowie ihrer Angehöriger in den etablierten Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens auszugleichen.

### ***Hospize – Ein Paradoxfall für Ehrenamtlichenarbeit***

Die größte Stärke der Hospizbewegung, Initiative von unten, engagierte Laienbewegung von medizinischen Außenseitern zu sein, ist gleichzeitig auch ihre größte Schwäche.

Die Motivationen, sich ehrenamtlich, oft genug aus eigener tiefer Betroffenheit, für ein menschlicheres Sterben anderer einzusetzen, sind erstaunlich groß. Gerade der Umgang mit Menschen, die nur noch eine begrenzte Zeit zu leben haben, konfrontiert mit der eigenen Endlichkeit, mit der Begrenztheit und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens. Es scheint so zu sein, daß das Sterben als „Feld ehrenamtlichen Engagements“ eine besondere Attraktivität gewinnt. Jedenfalls sind die Kurse und Veranstaltungen voll, in denen Menschen sich auf sich selbst, ihre eigenen Ängste, Befürchtungen und Sehnsüchte einlassen wollen. Die theoriegeleiteten und psychotherapeutisch unterlegten Konzepte und Kursprogramme gehen von der Voraus-

setzung aus, daß die Konfrontation mit eigenen Ängsten und Abschiedserfahrungen Bedingung ist, um Raum zu geben für die Endlichkeit und die ambivalenten Gefühle der Sterbenden.

Gerade weil dieses Thema immer stärker auf ein gesellschaftliches Interesse in bestimmten Gruppen der Bevölkerung stößt, muß dafür Sorge getragen werden, daß Sterbende vor jeder Art der Instrumentalisierung geschützt werden. Die Hospizbewegung sollte in ihrer Funktion der Qualifizierung ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für die Kompetenz zur Sterbebegleitung ihre Bildungs Bemühungen letztlich von der Autonomie und menschlichen Würde der Sterbenden geleitet wissen. Die Chance besteht zweifellos darin, Helfenden und Hilfsbereiten Hilfen anzubieten, sich selbst und ihre Lebensgeschichte reflexiv und emotional zu verstehen und anzunehmen.

Der Erfolg der Hospizarbeit wird sich nicht allein daran messen lassen müssen, daß engagierte Personen unterschiedlicher beruflicher und fachlicher Herkunft eine gute Idee verfolgen. Kriterium wird es ebenso sein, daß auch mit Ehrenamtlichen klare Kontrakte zustandekommen können und von der Organisation Qualifizierungsmöglichkeiten zur Umsetzung dieser guten Idee in die Praxis angeboten und gefördert werden.

### ***Hospize – Widerstand gegen die Funktionalisierung eines Begriffes***

Die christlich-abendländischen Wurzeln der Hospize stellen eine ständige Verführung dar, die Betreuung von Sterbenden zu funktionalisieren im Sinn einer demonstrativen Barmherzigkeit und einer missionarischen Konfessionalisierung. In einer Gesell-

schaft, in der die tradierten christlichen Lebensvorstellungen nur noch begrenzte Überzeugungs- und Bindungskraft haben, stehen die Kirchen insgesamt vor einer gewaltigen Reorganisationsaufgabe. Seit dreißig Jahren gehen die Prognosen der Sozialwissenschaftler in dieselbe Richtung. Die Teilnahmequoten an kirchlichen Ritualhandlungen sind seitdem rapide gesunken. Die Kirchenbindung wird als labil eingeschätzt, die latente Kirchenaustrittsbereitschaft ist relativ hoch. Prognostiziert wird eine Aktivierung dieser Austrittsbereitschaft in ökonomischen oder ideologischen Krisenzeiten. Die Kirchen haben bislang auf die vielfältigen Krisensymptome verlegen bis hilflos reagiert.<sup>14</sup>

Gerade weil aber Hospize in einer christentümlichen Tradition stehen und noch mehr gesellschaftliche Plausibilität gewinnen werden, ist kirchlicherseits die Versuchung naheliegend, sie zu nutzen, um den eigenen Plausibilitätsverlust zu kompensieren. Einige Indikatoren deuten in diese Richtung. Der Hospiz-Markt ist von konkurrierenden Anbietern besetzt, während es die beiden Großkirchen bislang noch nicht geschafft haben, ein gemeinsames, ökumenisch inspiriertes Hospiz zu bauen und damit eine Signalwirkung für einen Reorientierungsprozeß der Kirchen auszulösen.<sup>15</sup> Eine Monopolstellung der Kirche mit ihren Einrichtungen der Caritas oder der Diakonie ist beunruhigend, nicht nur aus gesellschaftlichen, sondern auch aus

theologischen Gründen. Denn das Sterben scheint die letzte Möglichkeit zu sein, ein Stück konfessionsfreien Himmel auf Erden zu erleben. Um diese Erfahrung werden vor allem die Sterbenden, aber auch die Mitarbeitenden betrogen, wenn Konfessionalität das Organisations- und Differenzierungsprinzip wird.

### *Hospize – Widerstand gegen eine Konfessionalisierung*

Auffällig ist, daß viele Hospize und Hospiz-Initiativen im Umkreis von Einrichtungen der beiden großen Kirchen entstanden oder erst später, mit der allgemeinen gesellschaftlichen Anerkennung, massiv von ihnen besetzt und so vereinnahmt worden sind. Auch Gründergestalten verbergen ihre konfessionelle und milieuspezifische Herkunft nicht. Dieses Faktum läßt zumindest zwei Deutungen zu:

- Einerseits kann man sich aus einer binnenkirchlichen Sichtweise froh und glücklich schätzen, daß die Kirchen dieses Mal zur gesellschaftlichen Avantgarde zählen, die ein Thema voranbringt.
- Andererseits tritt schon jetzt die katholische Bischofskonferenz in Deutschland auf den Plan und mahnt durch ihre Pastoralkommission das „katholische Verständnis“ in der Hospizbewegung ein.<sup>16</sup> Diese konfessionelle Monopolisierung steht in einem diametralen Gegen-

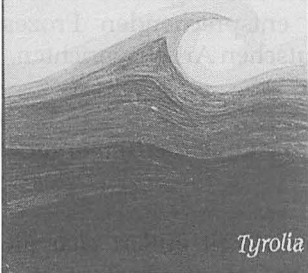
<sup>14</sup> Vgl. P.M. Zulehner/H. Denz, *Wie Europa lebt und glaubt – Europäische Wertestudie*. Düsseldorf 1993.

<sup>15</sup> Als einen ersten Schritt im Versuch, diese Selbst-Isolation zu durchbrechen, kann man den ersten ökumenischen Hospizkongreß Deutschlands werten. Er fand vom 1. bis 3. Oktober 1994 unter großer Beteiligung in Braunschweig statt. Das Vorbereitungskomitee war mit Vertretern des deutschen Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes besetzt. Eine weitere, intensivere Zusammenarbeit wurde beschlossen.

<sup>16</sup> Die Deutschen Bischöfe – Pastoralkommission: *Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges im katholischen Verständnis*. Bonn, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 1993.

Shirley du Boulay

## CICELY SAUNDERS Ein Leben für Sterbende



## LEBENS-BEGLEITUNG BIS ZUM TOD

Shirley du Boulay

**Cicely Saunders**

Ein Leben für Sterbende.

224 S., Broschur, öS 148,-; DM 22,-; SFr. 22,40

ISBN 3-7022-1619-7

Die Biographie der Begründerin der Hospiz-Bewegung in England zeigt sehr eindrucksvoll, wie der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer in tätiger, menschlicher Anteilnahme möglich ist.

Franz Schmatz

## Menschenwürdig - leben, leiden, sterben - helfen

104 Seiten, Broschur, öS 128,-; DM 19,80;

SFr. 19,40; ISBN 3-7022-1723-1

Ein engagiertes und kritisches Buch, das Anstoß sein will für ein gemeinsames Bemühen um ein menschen-würdiges Helfen.



Karin E. Leiter

## Lebensbegleitung bis zum Tod

Wir brauchen Hospize.

Vorwort von Kardinal Dr. König.

152 Seiten, Broschur, öS 168,-;

DM 24,-; SFr. 25,30; ISBN 3-7022-1877-7

Der Hospiz-Gedanke stellt den Sterbenden in den Mittelpunkt einer menschenwürdigen Lebensbegleitung bis zum Tod. Karin E. Leiter ist selbst Hospiz-Patientin. Ihre Forderung ist deutlich: Wir brauchen Hospize.

**TYROLIA VERLAG**  **INNSBRUCK WIEN**



satz zu der angelsächsischen Art eines großen, weltökumenischen Umgangs mit religiösen und metaphysischen Bedürfnissen von Sterbenden. Ein Durchbruch wäre geschaffen, wenn in Hospizen in einem Abschiedsraum die Religionen und Konfessionen in ihren Symbolen nebeneinander koexistieren könnten, Kooperationen zwischen Rabbi und Priester, Pastor, Mullah und anderen selbstverständlich wären. Diese episkopale Intervention deutet nur ein Spannungsfeld an, das die Hospizbewegung voraussehbar in den nächsten Jahren beschäftigen wird.

Alle relevanten menschlichen, professionellen und organisationsspezifischen Probleme verdichten sich am Lebensende. So geht es nicht nur darum, ein christlich-konfessionelles gegen ein gnostisches oder esoterisches Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung oder Varianten der Reinkarnation auszuspielen, es geht um das Zueinander und Gegeneinander von verschiedenen Disziplinen und Professionen, von Status und Macht. Weltanschauliche Neutralität und konfessionsübergreifendes Selbstverständnis wurden nicht allein darin deutlich, daß Patienten und Patientinnen jeder Konfession und auch Konfessionslose gepflegt werden, sondern auch darin, daß die Einstellungsgrundlage des Caritasverbandes oder des Diakonischen Werkes als Träger solcher Einrichtungen ein Beitrag zur Humanität des Sterbens ist, wie es sich in der englischen Hospizbewegung herausgestellt hat. Einstellungsgrundlage sollte nicht die sexuelle Lebensstilisierung (Schwule, Nichteheliche Lebensge-

meinschaften) oder die Frage der Scheidung und Wiederverheiratung sein. Daß dies zumindest für die Anstellungsverhältnisse bei der Caritas oder dem Diakonischen Werk als sogenannten „Tendenzbetrieben“ nicht realistisch ist beziehungsweise von individuellen Zufälligkeiten abhängt, zeigen die entsprechenden Prozesse vor den deutschen Arbeitsgerichten.

### ***Hospize – Eine Organisation braucht Strukturen***

Weltanschaulichkeit äußert sich nicht zuletzt in den Organisationsstrukturen einer Idee. Deshalb ist der Anfangsphase, der Gründungsphase von Hospizeinrichtungen allerhöchste Aufmerksamkeit zu widmen. In der Regel finden sich ein oder zwei Gründungsmütter oder -väter, die von der Idee inspiriert, begeistert und fasziniert sind und langsam durch Gespräche und gezielte Veranstaltungen für den Gedanken werben, der dann wie ein Lauffeuer um sich greift. Entscheidend ist die Frage nach der Trägerschaft beziehungsweise der Organisationsform.<sup>17</sup> Verschiedene Wege werden gegangen, deren Implikationen oft nicht hinreichend bedacht werden.

In Österreich hat sich das Wiener ambulante Hospizteam von Beginn an in die Organisationsform der Caritas der Erzdiözese Wien eingefügt und wickelt über deren Administration auch die finanztechnischen Maßnahmen der Einstellung und der Besoldung ab. In der Steiermark beziehungsweise in Oberösterreich wurden andere Wege beschritten. Das erste Ziel bestand darin, eine politisch und reli-

<sup>17</sup> Vgl. H. Teuschl, Wie eine Hospiz-Gruppe aufgebaut werden kann. – Grundsätzliches und Beispiele aus Wien und Tirol. In: Menschenwürde bis zuletzt (Hg.), Zu guter Letzt. Wien 1994, o.S.

giös unabhängige Trägerstruktur aufzubauen, ein Verein wurde gegründet. Diese im Alltag mühsame und zunächst retardierend erscheinende Entscheidung hat für die konkrete Arbeit unmittelbare Konsequenzen. Es ist nicht gleichgültig, durch welche Organisationsform die Idee Hospiz auch tatsächlich realisiert wird. Schon jetzt läßt sich absehen, daß es eine Pluralisierung von Organisationsformen geben wird.

Gerade weil die Hospizidee sehr stark in einem konfessionellen Milieu entstand beziehungsweise von diesem besetzt wurde und bis heute getragen wird, sollten solche Einrichtungen theologisch genutzt werden, um das absichtslose Interesse Gottes am Menschen auch organisatorisch sichtbar zu machen. Hospize sind genau keine Einrichtung, um sterbenden Ordensgemeinschaften neuen Sinn zu geben, den wachsenden Plausibilitätsverlust für die Kirche abzufangen und der Caritas und Diakonie neue gesellschaftliche Reputation zu verleihen.

Das Engagement der Kirchen (zumal

der katholischen in diesem Bereich) bleibt solange zwiespältig, wie der caritativen Zuwendung zu den beispielsweise schwulen Bewohnern von (Aids)-Hospizen<sup>18</sup> nicht eine Reformulierung der Sexuallehre und eine Entschuldigung bei den diskriminierten Homosexuellen folgt.

### *Hospize – Gegen eine Kommerzialisierung des Sterbens*

Sterben und Hospize haben gesellschaftliche Konjunktur. Die Etablierung von Hospizen ist ein neuer ökonomischer Markt geworden, der nur eine Variante der Kommerzialisierung<sup>19</sup> der letzten Lebensphase, des Todes selbst und der Trauer ist. Um hier einen Unterschied zu setzen für einen qualitativ anderen, authentischen Umgang mit dem Sterben und Tod, sollten die Hospizinitiativen den Tod „kennen“. Ein zentrales Thema dabei ist die Zeit und die Beschleunigung der Zeit. Der Eindruck drängt sich auf, daß das Tempo der Hospiz-

<sup>18</sup> Vgl. hierzu W. Schwens, „...wir Aidskranken sterben anders.“ – Hospizarbeit als ein sinnvoller Weg der Begleitung aidskranker Menschen, Wien: Diplomarbeit 1992.

<sup>19</sup> In diesem Zusammenhang seien verschiedene Indikatoren erwähnt, die eine ausführlichere Aufmerksamkeit verdienen: Etwa die Tatsache, daß die britische Firma „death“ eine Zigarettensmarke desselben Namens herausgebracht hat, um gegen die Verlogenheit der Nikotinwerbung anzukämpfen und natürlich mit der Konfrontation geschäftlich zu reüssieren. Vgl. hierzu: J. Riedl, Wer death raucht, geht auch mit Baudrillard ins Bett. In: Süddeutsche Zeitung – Magazin 32/12.8.1994, 20–21. In Deutschland wird seit einiger Zeit um das private Betreiben von Krematorien gestritten. In Franken etwa befürchtet die Stadt Nürnberg von etwa 9000 Verbrennungen jährlich etwa die Hälfte an private Betreiber zu verlieren. Vgl. hierzu: D. Bruckner, Pietät oder Profit? – Ein Unternehmer wittert das große Geschäft und will Leichen in Eigenregie verbrennen. In: Die Zeit, 33 (12.8.1994), 12. In den Vereinigten Staaten werden bereits mehr als 20% der Hospize von Bestattungsunternehmen betrieben. Man kauft also die Versorgung in einem integrierten Versorgungspaket. Auch die jüngst entflammte Diskussion um fehlende Organspenden stellt die Frage nach dem Verständnis des Leichnams nach dem Tod. „Mit dem Recht am eigenen Körper über den Tod hinaus mag ein Grundsatz der individualistischen Gesellschaft verteidigt werden. Gleichwohl ist die Frage erlaubt, ob Gesellschaft wie Individuen nicht jenseits der Todesschwelle enden, der Mensch dort zur bloßen Materie wird und Personalismus wie Besitzindividualismus erlöschen, besser: im Verzicht überschritten werden.“ Vgl. J. Fritz-Vannahme, Im Sterben den Lebenden helfen? – Streit um Organspenden: Kein Gesetz kann Menschen dazu zwingen, mit dem eigenen Tod rational umzugehen. In: Die Zeit 30 (22.7.1994), 1. Der „pornographische Umgang“ mit Sterben und Tod wird in England durch einen neuen Horrortourismus genährt. Im Londoner Kerker ist ein Museum eingerichtet, das mit dem Slogan wirbt: „We scare you to death daily – Täglich erschrecken wir Sie zu Tode“.

bewegung in den deutschsprachigen Ländern zu schnell ist. Die Beschleunigung des Lebens und Sterbens geht auf Kosten der Mitarbeitenden und der Sterbenden. Erst recht, wenn man berücksichtigt, daß die aktive Verkürzung der Lebens- und Sterbenszeit das Argument jener Gruppen ist, von denen sich die Hospizbewegung gerade absetzen und unterscheiden will. Wie diese Spannung zwischen Zeitbeschleunigung und gleichzeitigem Einstimmen und Einschwingen auf das Lebens- und Zeitgefühl von Sterbenden und erst recht der Trauernden ausgehalten und gestaltet werden soll, ist nicht nur eine Frage der Empathie von Einzelpersonen. Vielmehr müssen Zeit und Zeithaben im Aufbau der Organisation berücksichtigt werden: etwa in der Art und Weise, wie Tagesordnungen entstehen und erarbeitet werden, welcher Druck auf den Verantwortlichen lastet, wie sie Entlastungen finden usw. Es müssen jeweils Prioritäten gesetzt werden, es gilt, die Grundlagen eines Projektmanagements zu realisieren.

Die Hospizbewegung wird im deutschsprachigen Raum voraussehbar bedeutender werden. Die bisherige Geschichte macht deutlich, daß es gut gelingt, Menschen aus einer persönlichen

Betroffenheit motivierend auf eine gemeinsame Herausforderung zu beziehen, nämlich die Humanisierung des Sterbens in der Gesellschaft.

Der Erfolg der Bewegung wird daran abzulesen sein, ob es gelingt, die Phase der Ideale, Idyllisierungen und des Enthusiasmus in die Entwicklung funktionaler und interprofessioneller Versorgungsstrukturen zu übersetzen, das persönliche Engagement einzubinden in den Aufbau und Ausbau neuer Organisationsformen (Palliativstationen in den etablierten Krankenhäusern, Hospizdienste, Hospize, eigene Vereine, etc.).

Aus einer Idee wird eine Organisation. Solche Übergänge sind vorhersehbar schmerzhaft, von Verletzungen und Abschieden begleitet und brauchen einen funktionalen und sachlichen Zugang zu den Problemen bei gleichbleibenden emotional-empathischen Zugang zu den betroffenen Personen.

Wie die Aufmerksamkeit für die Personen mit einer Entwicklung der Organisationen verbunden werden kann und nicht eines gegen das andere ausgespielt wird, ist die Zukunftsfrage der Hospizbewegung im deutschsprachigen Raum – die Zukunft hat bereits begonnen.