Dr. Wolfgang Kramer
Haberlandstr. 6
10779 Berlin
Tel.: 030 / 211 99 34
Home: dr.wolfgangkramer@alice-dsl.net

Berlin im April 2006

Vortrag am Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin am 18.04.2006

Hospiz. – Inhalte, Entwicklung, Chancen und Grenzen einer Bewegung.

Inhalt:

1 Zusammenfassung.
2 Bedeutung und geschichtliche Entwicklung der Hospizbewegung.
2.1 Was meint der Begriff „Hospiz“?
2.2 Cicely Saunders und das erste moderne Hospiz.
2.3 Was heißt Sterben? Was bedeutet der Tod?
2.4 Die fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross.
3 Hospizphilosophie: Handlungsziele und Prinzipien.
3.1 Die Bedürfnisse des sterbenden Menschen.
3.2 Sterbebegleitung.
3.3 Stationäre, teilstationäre und ambulante Hospize.
3.4 Eine weitere Aufgabe des Hospizdienstes: Trauerbegleitung.
4 Die Hospizbewegung in Deutschland.
5 Ausblick: Widerstände und Grenzen.
6 Literatur.

1 Zusammenfassung

„Das ist der Gastfreundschaft tiefster Sinn, daß einer dem anderen Rast gebe auf dem Weg nach dem ewigen Zuhause.“ Romano Guardini (1885 - 1968)

„Philosophieren heißt sterben lernen und sterben lernen heißt leben lernen.“ Michel de Montaigne (1533 – 1592)

„Wer zu sterben weiß, der bleibt Sieger.“
Seneca (4 v.Chr. – 65 n. Chr.)

Leben und Sterben hat in unserer Gesellschaft in dreierlei Hinsicht neue Dimensionen angenommen:

- Aufgrund der Fortschritte in der hochtechnisierten Medizin und der damit verbundenen Folgeprobleme.
- Aufgrund des Verlustes der Glaubensgewißheit. Dies hat zur Folge, dass das Todesbewußtsein einen neuen Status annimmt: es wird zum Bewußtsein der totalen Endlichkeit und Vergänglichkeit.
- Aufgrund der noch nie dagewesenen radikalen Tabuisierung und Verdrängung des persönlichen, je eigenen Todes.

In der vorliegenden Abhandlung soll die geschichtliche Entwicklung der Hospizbewegung aufgezeichnet werden, die in den 60er Jahren in England eine Renaissance erfahren und deren Idee sich von dort zu einer weltweiten Bewegung ausgebreitet hat.
Ein weiteres Anliegen dieser Untersuchung ist es, die Hospizphilosophie herauszuarbeiten und deren Handlungsziele konkret zu bestimmen.
In Deutschland vollzog sich der Entwicklungsweg in zwei Phasen: Die erste Phase begann, als das ZDF am 10. Juni 1971 den Film von *Reinhold Iblacker* über *Cicely Saunders St. Christpher`s Hospice* „Noch 16 Tage. ... Eine Sterbeklinik in London“ ausstrahlte. Danach dauerte es immerhin noch ca. 20 Jahre, bis sich der Hospizgedanke durchsetzte und daraus eine Bürger- und Selbsthilfe-Bewegung entstehen konnte.
Die zweite Phase begann, als vor ca. knapp fünfzehn Jahren ein wahrer Gründungsboom von Hospizgruppen einsetzte.
Vor diesem Hintergrund läßt sich konstatieren, dass die Hospizbewegung einerseits zu neuen Ansätzen im Umgang mit Sterbenden geführt hat. Andererseits läßt sich ebensowenig bestreiten, dass wir nach wie vor in einer Gesellschaft der Todesverdrängung und Trauervermeidung leben. Aus dieser aufgezeigten Ambivalenz ergibt sich die interessante Frage „Was hat sich tatsächlich für den sterbenden Menschen verändert?“ Im Schlußkapitel soll diese Frage erörtert und dabei die gesellschaftlich gesetzten Grenzen der Hospizbewegung aufgezeigt werden.

2 Bedeutung und geschichtliche Entwicklung der Hospizbewegung

2.1 Was meint der Begriff „Hospiz“?

Eine im Jahre 1996 durchgeführte Umfrage hat ergeben, dass lediglich 9 % der Bevölkerung wissen, was ein Hospiz ist. Im Jahre 1997 waren es 15 % und im Jahre 2001 25 % der Bevölkerung, die auf die Frage nach einem Hospiz eine richtige Antwort zu geben vermochten.[1]

Was also ist ein „Hospiz“?

Der Begriff „Hospiz“ läßt sich etymologisch aus dem lateinischen Wort „hospitium“ herleiten, das so viel bedeutet wie „Gastfreundschaft“, „Bewirtung“, „Herberge“. Der Begriff wurde im 19. Jahrhundert eingedeutscht.[2]

Ein „Hospiz“ ist demzufolge eine Unterkunftsstätte für Reisende, vor allem für Pilger. Der Begriff bezeichnet einen Beherbergungsbetrieb mit christlicher Hausordnung.

Hospize gab es bereits zu Beginn des Christentums im Römischen Reich. Sie wurden von religiös engagierten Menschen gegründet und gewährten Bedürftigen, Reisenden, Kranken und Sterbenden Unterkunft, Verpflegung und Hilfe.

Im vierten Jahrhundert übernahmen die ersten christlichen Orden deren Leitung. Im Mittelalter bildeten sich auch eigene Hospitalorden (weltliche Orden) wie Hospitaliter-, Johanniter- und Malteserorden, die es sich zur Aufgabe gemacht hatten, Kranken und Pilgern zu helfen. Sterbende wurden mit Pilgern und Reisenden zusammen untergebracht, da aus mittelalterlicher Sicht das Leben nicht vom Sterben getrennt war und sich jeder von ihnen auf einer Reise befand, auf der er einen Ort zum Anhalten und Ausruhen benötigte.[3]

Der Begriff „Hospiz“ in seiner modernen Bedeutung meint nicht nur einen Ort, eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Einrichtung (vgl. hierzu Kap. 3.3), sondern darüber hinaus auch eine bestimmte Haltung und Einstellung gegenüber schwerstkranken und sterbenden Menschen.

Hinter „Hospizarbeit“ steht ein ganzheitlicher Ansatz[4] mit folgenden Grundsätzen:

- Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Mittelpunkt, d.h., das Umfeld des Sterbenden wird in die Arbeit möglichst mit einbezogen.

---

[1] Vgl. Michael Golek, Standort und Zukunft der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland, Münster 2001, S.40

[2] Vgl. Meyers großes Taschenlexikon, 4. Auflage, Mannheim 1992

[3] Vgl. Wolfgang Weiß, Im Sterben nicht allein. Hospiz. Ein Handbuch, Berlin 1999, S. 13 f.

[4] Vgl. Michael Golek, Standort und Zukunft der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland, a.a.O.,, S. 64ff.

- Betroffene Menschen sollen immer auf Personen zurückgreifen können, die in der Lage sind, aufgrund ihrer medizinischen, psychologischen und sozialen Kenntnisse individuell und situationsgerecht auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.
- In der Arbeit sind freiwillige Helferinnen und Helfer einbezogen. Sie tragen zu einer mitmenschlichen Begegnung bei und dienen der Integration des Sterbens in den Alltag.

- Todkranke Menschen werden schmerztherapeutisch so behandelt, dass sie ohne Schmerzen und bewusst den letzten Weg ihres Lebens gehen können.

- Die Kontinuität in der Fürsorge der betroffenen Menschen wird gewährleistet. Das bedeutet, dass der Hospizdienst möglichst zu jeder Zeit erreichbar ist. Auch nach dem Tod des Betroffenen steht er mit seinen Angeboten den Hinterbliebenen zur Verfügung.

2.2 Cicely Saunders und das erste moderne Hospiz.

Während der Reformationszeit (im Spätmittelalter) kam es zur Schließung vieler Klöster und ihrer Hospize und zur Einrichtung der ersten Hospitäler und damit auch zum Auseinanderdriften der Zielsetzungen von Hospiz und Krankenhaus. Damit erlahmte zunächst der Hospizgedanke.
Um die Mitte des vorvorigen Jahrhunderts gründete dann jedoch *Mary Aikenhead* in Dublin den Orden „Irische Schwestern der Barmherzigkeit“, der sich der Pflege Sterbenskranker annahm. Sie stellte ihr eigenes Haus zur Verfügung und gab ihm den Namen „Hospiz“ und erweckte damit den Begriff zu neuem Leben [5].
Um das Jahr 1900 gründeten die „Irischen Schwestern der Barmherzigkeit“ weitere Heime für Sterbende, so auch 1906 das katholische *St. Joseph`s Hospice* in London, in

[5] Vgl. Wolfgang Weiß, Im Sterben nicht allein. Hospiz. Ein Handbuch, a.a.O., S. 13f.

dem später auch *Cicely Saunders*, die Gründerin des *St. Christopher`s Hospice* in London und Wegbereiterin der modernen Hospizbewegung, arbeiten sollte.

Die moderne Hospizbewegung ist untrennbar mit dem Namen *Cicely Saunders* und der Eröffnung des *St. Christopher`s Hospice* im Jahre 1967 in London verbunden. In den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts lernte die junge (Ende 20) Krankenschwester *Cicely Saunders* den auf ihrer Station in einem Londoner Großklinikum liegenden und unheilbar an Krebs erkrankten *David Tasma* kennen. Sie freundete sich mit ihm an, begleitete ihn in der Sterbephase und träumte mit ihm gemeinsam von einem Ort, einem Haus, in dem Menschen in Frieden und Würde sterben können.

David Tasma hinterließ *Cicely Saunders*, als er starb, 500 englische Pfund mit dem Wunsch: „Lassen Sie mich ein Fenster sein in Ihrem Haus“.[6]

In den kommenden Jahren ließ sie der Gedanke an ein solches Haus nicht mehr los. Sie absolvierte eine Ausbildung zur Sozialarbeiterin, in deren Funktion sie auch einige Zeit im *St. Joseph`s Hospice* tätig war und schloß ein Medizinstudium an.

1967 eröffnete sie schließlich in dem Londoner Vorort *Sydenham* ein Haus, das Sterbenden und ihren Angehörigen ein gemeinsames Leben bis zuletzt ermöglichen sollte und nannte es *St. Christopher`s Hospice*.

Mit der Namensgebung knüpfte sie bewußt an mittelalterliche Traditionen an, um jede Assoziation mit einem Krankenhaus zu vermeiden. Im Vergleich zur mittelalterlichen Hospiztradition oder zu den englischen und irischen Hospizeinrichtungen der Jahrhundertwende (deren Erfahrungen mit in das Projekt einflossen), war jedoch eine wesentliche Neuerung im Konzept enthalten: Die Verbindung alter Traditionen mit den modernen Erkenntnissen der Medizin.[7]

Cicely Saunders entwickelte erstmals ein umfassendes Konzept der Betreuung Sterbender, in dem medizinische, pflegerische, spirituelle, soziale und psychologische Betreuung einander ergänzen.[8]

Dabei wird konsequent vom Patienten her gedacht: Das Aufspüren der Bedürfnisse des Sterbenden bedingt die Vorgehensweise und nicht die Disziplin mit einem bestimmten Fachwissen.

---

[6] Vgl. ebenda, S 16. f.
[7] Vgl. ebenda, S. 17
[8] Vgl. hierzu: Cicely Saunders und Mary Baines, Leben mit dem Sterben: Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen, Bern 1991; - Cicely Saunders, Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht, Freiburg im Breisgau 1999; - Dies., Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau 1993

Es ist *Saunders* Verdienst, wichtige Prinzipien der Schmerz- und Symptomkontrolle entwickelt zu haben. Die Schmerzbekämpfung war für sie die vordringlichste Aufgabe, beobachtete sie doch, daß schmerzfrei zu sein ganz wesentlich zum Wohlergehen, aber mehr noch für das verbleibende Erleben des Sterbenden beitragen kann.
In der Literatur gilt das *St. Christopher`s Hospice* heute als Ursprung und Ausgangspunkt der modernen Hospizbewegung.
Bei dem Aufenthalt in einem Hospiz geht es konsequenterweise nicht mehr um Heilung der Sterbenden, sondern darum, ihnen ein Leben in bestmöglicher Lebensqualität bis zum Schluß zu ermöglichen. Dazu bedarf es nach Auffassung von *Cicely Saunders* nur zweierlei: zum einen liebevolle Zuwendung mit umfassender Betreuung der Sterbenden und ihrer Familien und eine konsequente Schmerzlinderung und Schmerzkontrolle.
Entscheidend ist, dass die Sterbenden nicht nur aus medizinischer Sicht betrachtet werden, sondern pflegerische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse einen genauso breiten Raum einnehmen wie medizinische. Zu einer solch umfassenden Betreuung gehört dann natürlich auch, dass der Betreuer bzw. der Begleiter sich selbst bereits mit Fragen zu Sterben und Tod auseinandergesetzt hat.
Ist somit ein Ort geschaffen, in dem sich die Menschen trotz ihres Sterbens wohl fühlen können, dann verwirklicht sich für *Cicely Saunders* das, was sich in der Grundbedeutung des Begriffs „Hospiz“ ausdrückt.

2.3 Was heißt Sterben? Was bedeutet der Tod

> „Ein sterbender Mensch in unserem Sinn ist derjenige Mensch, dessen Tod in absehbare Nähe gerückt ist, der also nach ärztlicher Einschätzung innerhalb weniger Wochen oder Monate sterben wird.
> Er leidet an einer Erkrankung, die durch ärztliches Vermögen nicht mehr heilbar ist (insbesondere an einer durch Behandlung nicht mehr aufhaltbaren Krebs- oder Aids-Erkrankung) und bei der die unmittelbare Todesursache (z.B. Nierenversagen, Versagen der Atmung, Herzversagen, nicht mehr beherrchbare Blutvergiftung u.ä.) bereits absehbar geworden ist.“[9]

[9] J.-C Student / A. Busche, Zu Hause sterben, Hannover 1990, S. 4

Der Sterbensprozess weist zusammengefasst folgende Merkmale auf:

- Sterben ist jener Abschnitt des Lebens, der dem Tod vorausgeht; Sterben ist Teil des Lebens; der Tod ist das nicht mehr.
- Im Sterben erfährt der Mensch seine Endlichkeit.
- Sterben bedeutet Loslassen und Abschied nehmen.
- Ebenso auch Annehmen müssen (sowohl sein gelebtes Leben als auch seinen Tod).
- Sterben ist auch das Erfahren von Schmerzen.
- Sterben kann auch die Erfahrung von Dank und Liebe sein.

Objektiv gesehen ist Sterben der „Vorgang des Erlöschens der Lebensfunktionen bis zum Tod“. Atmung und Herzschlag werden schwächer, bis sie schließlich aussetzen – der Mensch ist gestorben, er ist tot:

- Der Tod bedeutet ein Aufhören des Lebens entweder für den Gesamtorganismus oder für einzelne seiner Teile (Nekrose).
- Todeseintritt: wenn spontane Rückkehr zu Lebensfunktionen nicht mehr möglich. Grenze für Reanimation setzt das ZNS (ca. 6 Min.).
  Andere Organe „leben“ noch länger: Nieren ca. 6 Stunden, Samenzellen 24 – 72 Stunden, Knochen und Bindegewebe noch länger.
- Todeszeichen: unsichere Todeszeichen.: Pulslosigkeit, Areflexie, Pupillenstarre, Atemstillstand.
  sichere Todeszeichen: Totenflecken (nach ca. ½ - 1 Stunde) Totenstarre (Anhäufung von Milchsäure in der Muskulatur) – Beginn nach ca. 2 - 3 Std. – volle Ausbildung nach ca. 6 – 9 Std.
- Atolyse: Auflösung des Eiweißes und anderer Stoffe durch

körpereigene Fermente.

- Fäulnis: Mitwirkung von Bakterien.

Das Kriterium für den Todeseintritt ist nicht mehr der Herztod, sondern der Hirntod:

> „Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgend etwas entscheiden. Nach dem Hirntod fehlt dem Menschen zugleich die integrierende Tätigkeit des Gehirns für die Lebensfähigkeit des Organismus: die Steuerung aller anderen Organe und die Zusammenfassung ihrer Tätigkeit zur übergeordneten Einheit des selbstständigen Lebewesens, das mehr und qualitativ etwas anderes ist als die bloße Summe seiner Teile. Hirntod bedeutet also etwas entscheidend anderes als nur eine bleibende Bewusstlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht.“[10]

Sterben und Tod sind unterschiedliche Phänomene, und sie sollten deshalb auch eindeutig voneinander abgegrenzt werden: Sterben ist der Übergang vom Leben zum Tod. Es gibt unzählige Arten und Formen zu sterben, aber es gibt nur einen Tod. Und zu diesem Tod seine je eigene, seine je spezifische Stellung zu gewinnen, sollte wieder vermehrt als eine zentrale Lebensaufgabe begriffen werden.

[10] Rat der Evangelischen Kirchen in Deutschland (Hrsg.), Organtransplantation. Gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirchen in Deutschland, in: Gemeinsame Texte 1, Köln 1990, S. 39

Die Wissenschaft steht heute dem Tod ebenso ratlos gegenüber wie seit eh und je. Der Prozeß des Sterbens hingegen läßt sich mit wissenschaftlichen Mitteln immer besser begreifen (vgl. die Beobachtungen der Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross im nachfolgenden Kapitel). Die Frage nach dem Tod, was dieser im Wesen ist und was er bedeutet, betrifft eine Dimension jenseits des wissenschaftlichen Erkenntnisbegriffs. Die Wissenschaft vermag vom Tod lediglich zu sagen: der Tod bedeutet das unwiderrufliche Ende der Lebensfunktionen Kreislauf, Atmung und Hirntätigkeit bzw. das nicht mehr rückgängig zu machende Aufhören der biologischen Prozesse in einem Organismus.

Auch die Philosophie weiß nicht, was der Tod ist, auch sie steht der Frage: "Warum gibt es Vergänglichkeit?" ratlos gegenüber. Die Philosophie vermag lediglich Aussagen zu machen über unser Verhalten zu Tod und Vergänglichkeit, denn das einzig Wißbare am Tod besteht in seiner Unausweichlichkeit. Die Philosophie fragt folglich nicht, was der Tod ist, sondern was er bedeutet. Im Unterschied zu anderen Wesen weiß der Mensch, dass er sterben muß. Und es ist dieses Bewußtsein des Sterbenmüssens, das es dem Menschen ermöglicht, in ein bestimmtes Verhältnis zu seinem eigenen Tod zu treten. Menschsein heißt, sich immer schon in einem Selbstverhältnis zum Tod zu befinden.[11]

So gesehen bezeichnet der Tod nicht nur den Stillstand aller Lebensfunktionen, er ist nicht nur der Name für das Lebensende, sondern auch eine fundamentale Lebensmacht, die das Dasein ein Leben lang bestimmt und strukturiert. Dies besagt, dass der Tod nicht nur jener ferne Punkt am Ende des Lebens, sondern als Möglichkeit stets anwesend ist und wir deshalb mitten im Leben vom Tod umgeben und gezeichnet sind.

Ähnlich wie Sterben und Tod unterschieden wurde, ist auch eine Differenzierung zwischen der Furcht vor dem Sterben und der Angst vor dem Tod vorzunehmen.

Die Furcht vor dem Sterben ist die Furcht vor den konkreten, meist negativen Begleitumständen des aus dem Leben Scheidens: Schmerzen, Ausgeliefertsein an die medizinischen Apparate, Angewiesensein auf Hilfe, Verlust der Persönlichkeit, des eigenen Willens, der Würde.

Todesangst ist etwas grundlegend anderes: sie ist unbestimmter und unheimlicher, sie ist Angst vor dem Zustand des Nicht-Mehr-Seins, Angst vor jenem unvorstellbaren Zustand, wo ich als Person ausgelöscht sein werde. Alle Angst, so hat der Existenzphilosoph Martin Heidegger gezeigt, ist immer Angst vor dem Nichts, d.h. Angst vor dem Tod, Angst vor der Annihilation meiner selbst.[12]

---

[11] Vgl. Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1979 (1927), S. 249ff.

2.4 Die fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross

Neben Cicely Saunders war es eine andere Frau, die wesentlich zur Entstehung und Entwicklung der Hospizbewegung beigetragen hat: die Schweizer Ärztin *Elisabeth Kübler-Ross, die,* mit einem amerikanischen Arzt verheiratet, bereits kurze Zeit nach ihrem Medizinstudium in Zürich nach USA übersiedelte und dort in verschiedenen Krankenhäusern als Psychiaterin, Sterbeforscherin und –begleiterin tätig war.

Ihr Verdienst bestand vor allem darin, dass sie die Bedürfnisse sterbender Menschen und ihr Erleben im Prozeß des Sterbens aus einem Tabu befreit hat. Dazu hat sie unzählige Sterbende interviewt. In den Gesprächen wurden die Ängste und Befürchtungen, aber auch die Wünsche, Bedürfnisse und Hoffnungen offen ausgesprochen. Dabei entdeckte *Elisabeth Kübler-Ross*, dass sich bestimmte ähnliche Phänomene bei allen Interviews gezeigt haben. Sie hat diese Erfahrungen systematisiert und in fünf charakteristische Phasen eingeteilt.
Dann schrieb sie das Buch „Interwievs mit Sterbenden“[13], unter anderem mit der Intention, die „Phasen des Sterbens“ einer breiteren Öffentlichkeit nahezubringen. Dadurch, so hoffte sie, sollten die Ängste und Befürchtungen vor der Begegnung mit Sterbenden mehr und mehr schwinden.
Nach *Kübler-Ross* verarbeitet der Mensch in den einzelnen Phasen sein Wissen um den bevorstehenden Tod.
Doch nicht alle Sterbende erleben diese Phasen so und in dieser Reihenfolge. Ein mehrfaches Wechseln zwischen den Phasen ist möglich. Der Verlauf ist nicht immer gerade und logisch, sondern eher individuell verschlungen und von Umwegen gekennzeichnet.
Zwar erfolgt mit dieser Einteilung eine gewisse Verallgemeinerung, aber das Wissen über den möglichen Verlauf des Prozesses ermöglicht ein besseres Verstehen des sterbenden Menschen und seines Verhaltens.

Erste Phase: Schock, Verleugnung und Nichtwahrhabenwollen

---

[12] Vgl. ebenda, S. 265f.
[13] Vgl. Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Gütersloh 1996, (amerik. 1969)

Die Diagnose einer schweren oder unheilbaren Erkrankung, die Erkenntnis vom bevorstehenden Tod löst nach Kübler-Ross bei den meisten Menschen zunächst einen Schock aus. Die Welt bricht scheinbar zusammen, das Verhalten gerät außer Kontrolle. Der betroffene Mensch will es nicht wahrhaben. Er verleugnet, spaltet die Realität ab, weist die Diagnose zurück: „Ich doch nicht, das muß ein Irrtum sein“. Er begibt sich auf die Suche nach Rettungsankern, nach möglichen Verwechslungen oder falsch gestellter Diagnose. Auf diese Weise gewinnt der Sterbende Zeit, um Kraft zu sammeln, sich mit der Wahrheit auseinander zu setzen. [14]

Zweite Phase: Wut, Zorn und Auflehnung

In der zweiten Phase hat der Sterbende die Unausweichlichkeit des Bevorstehenden realisiert, lehnt sich aber in seiner Verzweiflung dagegen auf und entwickelt negative Gefühle. Für den Betreuer bzw. den Angehörigen ist dies die schwierigste Phase, weil er zum Gegenstand der Aggressionen wird. Zorn, Wut und Groll richten sich zwar gegen Krankheit und Tod, drücken sich jedoch gegenüber dem Begleiter aus.[15] Für diesen ist es wichtig, daß er die Beschuldigungen oder aggressiven Äußerungen des sterbenden Menschen nicht persönlich nimmt. Der Begleiter erweist dem sterbenden Menschen einen Liebesdienst, indem er die Aggressionen aufnimmt und nicht wegrennt. Denn für den Sterbenden ist es wichtig, die negativen Gefühle auszudrücken: es ist der Weg, die Sterbensfurcht und Todesangst verarbeiten zu können: „Wenn der Patient Verständnis findet, wenn man ihm Zeit und Aufmerksamkeit widmet, wird er bald wieder ruhiger werden und weniger fordern.... . Er weiß auch, daß er seine Wünsche nicht mit einem Wutausbruch durchsetzen und nicht ständig klingeln muß, weil man gerne zu ihm hineinschaut.“[16]

Dritte Phase: Verhandeln

Obwohl das Unvermeidbare anerkannt wird, kämpft der Sterbende um mehr Zeit, er möchte einen Aufschub. Angehörige, Pflegende – und auch Gott – können zu Verhandlungspartnern werden, um eine Verlängerung der Lebenszeit zu erreichen. Noch eine weitere Therapie versuchen, Verhaltensmaßregeln bereitwillig einhalten usw., alles,

[14] Vgl. ebenda, S.16 – 25
[15] Vgl. ebenda, S. 26 – 53
[16] Ebenda, S. 28

um einen bestimmten Termin oder ein Ereignis (z.B. die Geburt eines Enkels) noch mitzuerleben, Angelegenheiten noch regeln zu können usw.
Angehörige bzw. Begleiter sollten sich während dieser Zeit sehr dezent verhalten, weder gehegte Hoffnungen zu widerlegen versuchen, noch zu unrealistischen Versprechungen hinreißen lassen.[17]

Vierte Phase: Depression

Starke Verlustängste, Trauer und Abschiedsgedanken bewegen den Menschen. Unverarbeitetes und Schuldgefühle können an die Oberfläche kommen. Das Bedürfnis, Angelegenheiten zum Abschluß zu bringen, sich aus Bindungen zu lösen, kann mit geäußerter Trauer und Weinen verbunden sein.[18] Gerade in der Trauer erfolgt eine bewußte Auseinandersetzung mit dem Verlust, der auf diese Weise verarbeitet werden kann. Die Depression hingegen ist der Versuch, den eingetretenen Verlust nicht akzeptieren und betrauern zu müssen. Der Verlust wird verdrängt.
Die Depression resultiert zum einen aus den aus der Krankheit resultierenden Verlusten (reaktive Depression), zum anderen aber auch aus dem drohenden Totalverlust des Lebens (vorbereitende Depression). Sie ist eine Reaktion auf

die Ohnmacht, die eigenen Lebensziele und Vorhaben weiter zu verfolgen.
Schuldgefühle: Unmöglichkeit, im Leben begangene Fehler wiedergutzumachen.
den Verfall der Kräfte und der äußeren Schönheit.
den drohenden Verlust der geliebten Menschen.
das Schamgefühl und die Angst vor dem Verlust der menschlichen Würde.
den Schmerz des Loslassens.

Angehörige und Begleiter sollten den Sterbenden beim Regeln wichtiger Angelegenheiten unterstützen und Äußerungen von Trauer zulassen: „Wer seinen Schmerz ausdrücken darf, kann sich leichter mit seinem Schicksal abfinden und ist denen dankbar, die in diesem Stadium der Depression ruhig bei ihm bleiben, ohne fortwährend zu wiederholen, daß er doch nicht traurig sein soll.... .

[17] Vgl. ebenda, S. 54 – 56
[18] Vgl. ebenda, S. 57 – 76

Der vorbereitende Schmerz braucht kaum Worte; hier kommt es eher darauf an, stillschweigend da zu sein und mit einer Geste zu versichern, dass man den Schmerz kennt und teilt.“[19]

Fünfte Phase: Zustimmung und Annahme

Nach Auffassung von Elisabeth Kübler-Ross wird bei guter Begleitung die letzte Phase fast immer erreicht. Die Zustimmung wird möglich, wenn in der vierten Phase Trauerarbeit geleistet (allein oder in Begleitung) und Unerledigtes bewältigt wurde. Auf diese Weise kann sich der Sterbende mit seinem eigenen Leben versöhnen und inneren Frieden finden[20]: „Wenn der Kranke Zeit genug hat und nicht plötzlich stirbt, wenn er Hilfe zur Überwindung der ersten Phasen fand, erreicht er ein Stadium, in dem er sein „Schicksal“ nicht mehr niedergeschlagen oder zornig hinnimmt. Er hat seine Emotionen aussprechen dürfen, Neid auf die Lebenden und Gesunden, Zorn auf alle, die ihren Tod nicht so nahe vor sich sehen. Er hat den drohenden Verlust so vieler geliebter Menschen und Orte betrauert, und nun sieht er seinem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen. Er ist müde, meistens sehr schwach und hat das Bedürfnis, oft und in kurzen Intervallen zu dösen oder zu schlafen.“[21]

Die Sterbeforscherin *Elisabeth Kübler-Ross* hat außer den „Interviews mit Sterbenden“ noch zahlreiche andere Arbeiten veröffentlicht.[22]
Darüber hinaus hielt sie einwöchige Kurse über „Leben, Tod und Übergang“ in aller Welt ab und sprach zeitweise zu durchschnittlich 15.000 Menschen wöchentlich. Im Jahre 1977 eröffnete sie oberhalb von *Escondido* (Kalifornien) ein Institut und Kurszentrum mit dem Namen „*Shanti Nilaya*“ (Das letzte Heim des Friedens), das nicht für die Sterbenden, sondern für die Lebenden ein Ort sein soll, an dem sie lernen können, bis zum Tode wirklich zu leben. Elisabeth Kübler-Ross hatte sich, nachdem sie im Jahre 1995 mehrere Schlaganfälle erlitten hat, zum Sterben in die Wüste von Arizona zurückgezogen. Von dort hat sie dann noch zwei Interviews geführt, zum einen 1997 mit

[19] Ebenda, S. 59
[20] Vgl. ebenda, S. 77 – 93
[21] Ebenda, S. 77
[22] Vgl. Elisabeth Kübler-Ross, Was können wir noch tun?“ Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod, Gütersloh 1994; Dies., Verstehen, was Sterbende sagen wollen, München 2000 (1981); Dies., Leben, bis wir Abschied nehmen, Gütersloh 1986; Dies., Reif werden zum Tode, Gütersloh 1989; Dies., Das Rad des Lebens. Autobiographie München 2000 (1997)

dem „Spiegel“[23] und zum anderen 1998 mit dem Fernsehjournalisten Franz Alt[24], das im gleichen Jahr vom ZDF ausgestrahlt wurde.
Elisabeth Kübler-Ross, die, wie sie selbst einmal sagte, mehr als 10 000 Menschen beim Sterben begleitete, hatte selbst eine z.T. schwierige und vor allem eine über einen sehr langen Zeitraum sich hinstreckende Sterbephase zu durchstehen. Sie starb am 24. August 2004 im Alter von 78 Jahren in einem Seniorenheim in Phönix (USA).

Elisabeth Kübler-Ross und *Ciceley Saunders* haben durch ihre Erkenntnisse entscheidende Voraussetzungen für einen anderen Umgang mit Sterbenden geschaffen. Sie haben das initiiert, was heute als Hospizbewegung bekannt geworden ist.

3. Hospizphilosophie: Inhalte, Handlungsziele und Prinzipien

Das Wesentliche in der Hospizphilosophie ist, dass der Mensch im Mittelpunkt aller Bemühungen steht und nicht seine Krankheit. Das Hospizkonzept ist ausgerichtet auf eine ganzheitliche Betreuung Sterbender unter Einbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen. Das Ziel besteht darin, sterbenskranken Menschen und ihren Angehörigen eine fachgerechte Fürsorge zur Verfügung zu stellen, die es ihnen möglich macht, so bewußt wie möglich am Leben teilzuhaben bis zu dem Zeitpunkt, da der Tod eintritt. Das Hospiz ist dabei behilflich, das Auftreten von Not (physischer, psychischer, geistig-geistlicher, gesellschaftlicher, wirtschaftlicher Art), wie sie im Verlauf der Krankheit, des Sterbens und der Trauer auftreten kann, zu lindern. Diese Grundelemente kommen auch in der Definition der Nationalen Hospizorganisation der USA (Dachverband der dortigen Hospize) zum Ausdruck:

> „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

[23] Vgl. „Die Kojoten sind meine Freunde“. Interview mit der Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross über das Leben nach ihrem Schlaganfall, das Jenseits und ihr Warten auf den Tod, in: „Der Spiegel“, 39 / 1997 vom 22.09.1997, S. 149/150
[24] fechnerMedia GmbH (Hrsg.), Der Tod ist ein wunderbares Erlebnis. Franz Alt im Gespräch mit Elisabeth Kübler-Ross, Immendingen 1998

> 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.“[25]

3.1 Die Bedürfnisse des sterbenden Menschen

Die Medizin hat bislang immer nur Wert darauf gelegt, das Leben zu verlängern und zu wenig darauf geachtet, die Qualität der letzten Lebenszeit zu verbessern. Die Hospizphilosohie lehnt aktive Sterbehilfe ebenso ab wie die undifferenzierte Praxis lebensverlängernder Maßnahmen, sofern diese dem (letzten) Willen des Patienten widersprechen. Ein sehr zentraler Aspekt dieser Philosophie, der auch in dem obigen Zitat deutlich zum Ausdruck kommt, ist es, dem Sterbenden zu ermöglichen, die ihm noch verbleibende Zeit so bewußt wie möglich zu erleben: einerseits keine großen Schmerzen haben zu müssen, andererseits noch bewußt am Leben teilhaben zu können. Die Bedürfnisse und Wünsche des Sterbenden, die je nach Sozialisationstyp ganz unterschiedlich sein können, stehen daher von Anfang an im Vordergrund. Der Sterbeforscher Johann-Christoph Student, der durch zahlreiche Veröffentlichungen (z.B. “Das Hospizbuch“) maßgeblich zur Verbreitung der Hospizidee in Deutschland beigetragen hat, spricht in diesem Zusammenhang von vier Kernbedürfnissen des sterbenden Menschen:

im Sterben nicht allein gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort, geborgen inmitten von vertrauten Menschen zu sterben.
im Sterben nicht unter Schmerzen und anderen körperlichen Beschwerden leiden zu müssen.
noch letze Dinge (z.B. unerledigte Geschäfte) zu regeln.
die Sinnfrage zu stellen (Sinn des Lebens, Sinn des Sterbens – Sinn von Vergänglichkeit: Warum gibt es Vergänglichkeit) und die Frage nach dem „Danach“.[26]

Diese Kernbedürfnisse werden dann wie bereits erwähnt in jedem Einzelfall modifiziert und ergänzt. Das Hauptanliegen des Hospizgedankens ist also das Wohlbefinden des

[25] hier zit. n. Johann-Christoph Student, Was ist ein Hospiz?, in : Ders., Das Hospiz-Buch, Freiburg im Breisgau 1999, S. 21 – 34, hier: S. 24
[26] Vgl. Ebenda, S. 23

Sterbenden und seiner Familie mit all ihren persönlichen Vorlieben. Genau in diesem Punkt ist auch der grundlegende Unterschied zwischen einem Hospiz und einem Krankenhaus zu sehen. Während in diesem die Apparate-Medizin dominiert, stehen in jenem der sterbende Mensch und seine Bedürfnisse im Mittelpunkt. Im Krankenhaus geht es um Diagnose und Therapie eines kranken Menschen. Wer in ein Hospiz einzieht, ist in der Regel austherapiert; hier geht es um Schmerzlinderung bzw. –kontrolle.[27] Johann-Christoph Student hat die wesentlichen Aufgaben und Prinzipien der Hospizbewegung prägnant zusammengefasst:

„Der sterbende Mensch und seine Angehörigen (im weitesten Sinn) sind gemeinsame Adressaten des Hospizes.

- Die Betroffenen werden durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt.
- Freiwillige Helferinnnen und Helfer werden in die Arbeit des Hospizes einbezogen.
- Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der linderndern (palliativen) Therapie.
- Hospize gewährleisten Kontinuität der Betreuung.“[28]

Student benennt drei Minimalanforderungen, die erfüllt sein müssen, damit einem hilfreichen Angebot für Sterbende das Gütesiegel „Hospiz“ zugestanden werden kann:

- Es muß ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst gewährleistet sein.
- Das Team der Helfer muß über gute Kenntnisse, Erfahrungen und Möglichkeiten der Symptomkontrolle (insbesondere der Schmerztherapie) verfügen.
- Für die Familien müssen in ausreichendem Maße Entlastungsangebote bereitstehen.[29]

3.2 Sterbebegleitung

[27] Vgl. Michael Golek, Standort und Zukunft der ambulanten Hozpizarbeit in Deutschland, a.a.O., S. 67
[28] Johann-Christoph Student, Was ist ein Hospiz, a.a.O., S. 24 f.
[29] Vgl. Johann- Chrisoph Student, Entwicklung und Perspektiven der Hospizbewegung in Deutschland, in: Ders., Das Hospizbuch, a.a.O., S. 43-47, hier: S. 45

Unter Sterbebegleitung versteht man Handlungen, die das Sterben eines Menschen erleichtern, ohne es jedoch zu beschleunigen. Dazu gehören eine angemessene Schmerz- und Symptomkontrolle sowie die Begleitung in psychischen, sozialen und spirituellen Notsituationen.

Sterbebegleiter können auf unterschiedlichste Weise dazu beitragen, diese Nöte zu lindern: durch angemessene medizinische und pflegerische Versorgung, durch Vermittlung bei der Beilegung unerledigter Konflikte, durch das Anbieten praktischer Hilfeleistungen, durch das Gespräch über letzte Dinge oder ein gemeinsames Gebet.

Begleiten bedeutet: Mitgehen, sich jemandem anschließen, jemandem beistehen, sich zu jemandem gesellen, ihn eskortieren, flankieren, ihm das Geleit geben. Begleiten bedeutet daher, dem sterbenden Menschen nahe sein, sich ihm in der eigenen Emotionalität, mit der eigenen Ohnmacht, dem eigenen Schweigen, der eigenen Hilflosigkeit und den Gefühlen der Sinnlosigkeit, spürbar zu machen. Begleitung in der hier beschriebenen Bedeutung braucht neben vielen anderen Dingen vor allem eines: Zeit. Eine ganz wesentliche Fähigkeit eines guten Begleiters besteht darin, dem sterbenden Menschen das Gefühl zu geben, dass er sich Zeit nimmt für ihn und für seine Anliegen.

Der Sterbebegleiter sollte darüber hinaus in der Lage sein, zum sterbenden Menschen eine Beziehung aufzubauen, die ehrliche Gespräche ermöglicht, durch die er dem Sterbenden in solcher Weise nahe sein kann, dass dieser aus der mitmenschlichen Verbundenheit den Mut zu schöpfen vermag, sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen und so schließlich seinen eigenen Tod selbst zu sterben vermag. Der Begleiter muß nicht „über alles Bescheid wissen“, sondern er muß einfach nur Mensch sein und aus ehrlicher Solidarität heraus bereit sein, den Sterbenden auf einem langen, oft schwierigen und steinigen Weg zu begleiten.

Sterbebegleitung ist so gesehen der Inbegriff einer personenzentrierten Fürsorge, die sich an den Wünschen und Bedürfnissen des sterbenden Menschen in dem Bestreben orientiert, ihm die Verantwortung für sein Leben und Sterben nicht aus der Hand zu nehmen, sondern erträglich zu machen.

Für den sterbenden Menschen ist es zunächst einfach nur wichtig, dass er nicht allein ist, dass einfach jemand da ist. Dieses „einfach nur“ Dasein kann sich dehnen und den Raum füllen und zu intensiven, verbindenden Erlebnissen führen.

Eine sterbende Frau hat folgendes ausgesagt:

> „Am meisten halfen mir Menschen, die einfach da waren, mir die Hand hielten, oft so hilflos, sprachlos, mit mir weinend, aber in ihrem Dasein so wichtig! Sie hörten mir zu, schenkten mir ihr Ohr und ihr Herz – zu sehen im Bild getragen."

Das Dasein kann eine Zeit des Schweigens sein. In Momenten, in denen die Personen sich selbst und gegenseitig und den nahenden Tod akzeptieren können, wird das Schweigen eine „kommununikative Stille", mitunter eine der intensivsten Formen zwischenmenschlicher Kommunikation. Es ist dies das Ende des überflüssigen Redens. Schweigen im Kontakt mit dem anderen ist ein Gespräch ohne Worte und ohne Tun.
Dasein ist ohne Berührung kaum denkbar. Körperliches Dasein ist Leibsein und schließt den Kontakt zum Sterbenden mit ein. Gerade bewußtlose Patienten sind über körperliche Zuwendungen immer noch erreichbar.

Die Erfahrung wesentlicher Lebensprozesse ist der Gewinn für den Sterbebegleiter: Er lernt vom Sterbenden für das Leben, den Umgang mit Abschied und Loslassen, den Umgang mit Krisen auch mitten im Leben. Auch wenn Sterben am Ende des Lebens steht, so ist der Tod doch keine Randerscheinung: Das Bewußtsein über die Endlichkeit verändert auch das Leben: es kann achtsamer und mit mehr Sinnhaftigkeit gelebt werden. Der Sterbebegleiter kann die heilsame Erfahrung machen, mit dem Fluß des Lebens zu gehen statt gegen das Leben zu kämpfen.

Bitten eines Sterbenden an seinen Begleiter:

- „Laß mich in den letzten Stunden meines Lebens nicht allein."
- „Bleibe bei mir, wenn mich Zorn, Angst, Traurigkeit und Verzweiflung heimsuchen, und hilf mir, zum Frieden hindurchzugelangen."
- „Denke nicht, wenn du ratlos an meinem Bett sitzt, daß ich tot sei. Ich höre alles, was du sagst, auch wenn ich meine Augen geschlossen halte."

- „Sage jetzt nicht irgend etwas, sondern das Richtige. Das Richtige wäre, mir zu sagen, was es mir nicht schwerer, sondern leichter macht, mich zu trennen. So vieles, fast alles, ist jetzt nicht mehr wichtig."
- „Ich höre, obwohl ich schweigen muß und nun auch schweigen will. Halte meine Hand. Ich will es mit der Hand sagen. Wische mir den Schweiß von der Stirn. Streiche meine Decke glatt. Wenn nur noch Zeichen sprechen können, so laß sie sprechen."
- „Dann wird das Wort zum Zeichen. Klage nicht an, es gibt keinen Grund. Sage Danke."
- „Laß mein Sterben dein Gewinn sein. Lebe dein Leben fortan etwas bewußter. Es wird schöner, reifer und tiefer, inniger und freudiger sein, als es zuvor war, vor meiner letzten Stunde."

Welche personalen Voraussetzungen sind hlfreich,
um Sterbebegleiter sein zu können?

- ein aufgeschlossenes und gelassenes Verhältnis zum Tod.
- kein Mitleid, sondern **Empathie**.
- aktive Aufmerksamkeit, um angemessen auf die Bedürfnisse des Sterbenden eingehen zu können.
- Flexibilität, denn man muß oft verschiedene Rollen einnehmen.
- Fähigkeit, auf liebevolle Weise schweigen zu können.
- die eigenen Hoffnungen und Ängste nicht in den anderen hineinzuprojizieren.
- den Tod, ebenso wie die Geburt, als einen natürlichen Teil des Lebens zu akzeptieren. Tod und Geburt sind verwandte Phänomene.
- Kenntnis der fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross.
- Bereitschaft, Zorn zu akzeptieren und auszuhalten.

- Anspruch an den Begleiter, das letzte Stück Weg mitzugehen, ggf. die Ängste und die Verzweiflung auszuhalten. Diesem Anspruch kann der Begleiter nur gerecht werden, wenn er sich selbst Rechenschaft darüber abgibt, wie er zu seiner eigenen Endlichkeit und zu seinem eigenen Tod steht.
- der Umgang mit Sterbenden ist vergleichbar mit dem Umgang von demenzkranken alten Menschen (auch dies ist bereits ein Stück Sterbebegleitung).
- keine Professionalität (im Sinne von Routine).
- Sterbebegleitung ist ein „zärtlich liebendes Miteinander“ zweier Menschen.

Merksätze für die Sterbebegleitung

Aus dem soeben Gesagten lassen sich zusammenfassend folgende Merksätze für die Sterbebegleitung ableiten:

1. **Nähe spürbar machen**.
   Nähe hat Sinn und macht sinnlich. Wir sollten uns als Begleiter/in mit allen unseren fünf Sinnen (Sehen, Hören, Fühlen, Riechen und Schmecken) dem Sterbenden zugänglich machen.

2. **Aktiv zuhören**.
   Hinhören, Einfühlen und Verstehen schafft Nähe und Begegnung, die Hilfe ermöglicht. Wir sollten uns immer vergewissern, ob wir den Sterbenden richtig verstanden haben, denn es besteht die Möglichkeit, dass wir in unserer eigenen Vorstellungswelt hängengeblieben sind.

3. **Mit Achtung und Ehrfurcht handeln**.

Die Persönlichkeit des Sterbenden muß akzeptiert werden. Seine Not und Hilflosigkeit gehören ihm. Wertschätzung und würdevoller Umgang leiten unser Handeln.

4. **Die Autonomie des Sterbenden wahren und gewährleisten**.
   Wir dürfen nie an seiner Stelle handeln, sondern immer mit ihm, denn er weiß, was ihm guttut und was er braucht. Das Gesetz des Handelns liegt bei ihm. Ihm muß geholfen werden, damit er es wahrnehmen und ausüben kann.

5. **Gefühle zulassen.**
   Gefühle sind Informationen, die aus dem Inneren kommen, und diese braucht niemand zu fürchten. Eigene Gefühle und jene des Sterbenden sind ernstzunehmen.

6. **Die Umwelt des Sterbenden beachten.**
   Sie soll einbezogen werden in die Begleitung. Der Sterbende muß sich von ihr lösen können und seine Umwelt muß von ihm Abschied nehmen. Das Loslassen fällt den Angehörigen oft schwerer als dem Sterbenden. Auch sie brauchen Hilfe und Unterstützung.

7. **Klar und fassadenfrei (authentisch) sein.**
   In allen Gefühlen, Gesten und Worten, damit der Sterbende weiß, woran er ist.

8. **Zeit haben und Ruhe vermitteln.**
   Das Hier und Jetzt am Sterbebett verträgt nicht die Geschäfte von vorher und nachher. Oft braucht es nicht mehr als die Gegenwart eines Menschen in Ruhe und Gelassenheit.

9. **Die eigene Hilflosigkeit ernstnehmen.**

Aufgrund der eigenen Grenzen im Nehmen und Geben ist Hilfe nicht immer möglich. Wir müssen unsere eigenen Grenzen als Helfende erkennen und damit umzugehen wissen, wenn wir hilfreich sein wollen.

10. Begleiter/innen wissen nicht alles.

Besserwisser haben am Sterbebett nichts verloren. Helfen braucht Demut. Wer hilft, muß sich helfen lassen können – auch und gerade von jenen, die seiner Hilfe bedürfen.

11. Selbst loslassen können.

Sich selbst einüben in die Erfahrung des Abschiednehmens und Loslassens, denn Sterbende dürfen nicht festgehalten werden.

3.3 Stationäre, teilstationäre und ambulante Hospize

Die Hospizbewegung in Deutschland ist eine Bürgerbewegung engagierter Ehrenamtlicher und Hauptamtlicher zur Verbesserung der Lebenssituation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Hauptanliegen ist es, den Sterbenden in alle gesellschaftlichen Strukturen, insbesondere in den familiären und häuslichen Bereich zu reintegrieren. Besondere Aspekte sind neben der Schmerztherapie palliativ-pflegerische, psycho-soziale und spirituelle Begleitung. Die Hospizbewegung hat hierfür den Begriff der „palliativen Pflege“ (palliative care) geprägt.
In Deutschland lassen sich folgende fünf Typen von Hospizangeboten unterscheiden:

Hozpizinitiativen - stationäre Hospize – Palliativstationen - teilstationäre Hospize (Tageshospize) - ambulante Hospizarbeit.

Hospizinitiativen

Hospizinitiativen beschäftigen sich intensiv mit der Thematik „Sterben, Tod und Trauer.“ Obwohl sie zum Teil Gesprächsrunden für Betroffene, Angehörige und Interessenten sowie Weiterbildungen anbieten, sind sie in der Regel nicht in der praktischen Sterbebegleitung tätig.

Hospizinitiativen sind die Vorstufe eines ambulanten Hospizdienstes, darüber hinaus bereiten sie den Boden für eine Veränderung der Sterbekultur in Deutschland.[30]

Stationäre Hospize

- Stationäre Hospize ermöglichen es durch Palliativtherapie (Linderung) und insbesondere durch intensive menschliche Zuwendungen, dass der Sterbende sein noch verbleibendes Leben nach seinen Wünschen gestalten kann.
- Stationäre Hospize sind helle, freundliche und wohnlich eingerichtete Häuser, in denen sich Patienten und Angehörige wohlfühlen können.
- Stationäre Hospize sind keine Pflegeheime, sondern Einrichtungen, die eine überdurchschnittlich gute Ganzheitspflege, eine optimale ärztliche Betreuung und eine sorgfältige seelsorgerische Begleitung anbieten.
- Stationäre Hospize sind keine „Sterbekliniken“, denn sie stellen das Leben im Sterben in den Mittelpunkt.

In einem stationären Hospiz werden schwerstkranke und sterbende Menschen mit einer inkurablen, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung betreut, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich ist und eine ambulante Betreuung nicht mehr möglich ist.
Der Aufgabenschwerpunkt eines stationären Hospizes liegt in der Überwachung von Schmerztherapie und Symptomkontrolle und in der palliativ-pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung. In einer solchen Einrichtung arbeiten palliativmedizinisch geschultes hauptamtliches Personal, ergänzt durch ehrenamtliche Mitarbeiter. Gegenwärtig wird die ärztliche Betreuung überwiegend durch niedergelassene Ärzte sichergestellt.[31]
Nach Auffassung von Johann-Christoph Student wären in Deutschland (in Ballungszentren) eine Hospizbettenzahl von ca. 20 pro 1 Million Einwohner ausreichend.[32]

[30] Vgl. Ebenda, S. 44
[31] Vgl. Ebenda, S. 47 f.
[32] Vgl. Ebenda, S. 50

Palliativstationen

Palliativstationen sind in der Regel Teil eines Krankenhausapparates mit allen daraus resultierenden Vor- und Nachteilen.
Adressaten sind Patienten, die eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung benötigen sowie die ihnen nahestehenden Menschen.
Palliativstationen verfügen über ständige ärztliche Präsenz und haben insbesondere Aufgaben der medizinischen Krisenintervention zu erfüllen.
Die Entlassung von der Palliativstation muß dann erfolgen, wenn keine Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V mehr erforderlich ist.
Für einen Teil der Patientinnen und Patienten bedeutet dies, dass sie nicht bis zum Ende auf der Station bleiben können, selbst dann nicht, wenn dies ihrem Wunsch entsprechen und aus ihrer sozialen Situation heraus auch sinnvoll erscheinen würde.[33]

Teilstationäre Hospizarbeit (Tages-Hospize)

Teilstationäre Hospize fungieren als Ergänzung zur ambulanten Hospizarbeit. In diesen Einrichtungen wird eine palliativmedizinische Beratung und Versorgung angeboten.
Schwerstkranke haben die Möglichkeit, tagsüber Aufnahme zu finden und durch erweiterte Angebote der Gefahr sozialer Isolation entgegenzutreten.
Ziele: Erweiterung des Lebensumfeldes des Kranken durch einen Ortswechsel und durch die Begegnung mit anderen Menschen; die Eigenständigkeit wird unterstützt und durch soziale Kontakte gestärkt. Zudem werden die Angehörigen entlastet.[34]

Ambulanter Hospizdienst

Ambulante Hospizdienste haben die Möglichkeit, durch die Mitarbeit Ehrenamtlicher schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Familien zu Hause bzw. in Pflegeeinrichtungen und Hospizen zu unterstützen.
In Gesprächen begleiten sie Kranke und Angehörige in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Schmerz, Abschied und Trauer.

[33] Vgl. Ebenda, S. 48 f.
[34] Vgl. Ebenda, S. 49

Der ambulante Hospizdienst arbeitet mit den anderen ambulanten Diensten in enger Kooperation zusammen. Er übernimmt z.T. Sitzwachen, vermittelt Informationen und Ansprechpartner zu Fragen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, unterstützt und berät in behördlichen Fragen und steht häufig auch über den Tod hinaus mit den Angehörigen in Kontakt.
Die ambulanten Hospizdienste werden häufig von einer hauptamtlichen Koordinierungskraft geleitet, deren Hauptaufgabe die Gewinnung, Befähigung und der Einsatz Ehrenamtlicher sowie die Vernetzung mit anderen Diensten ist.[35]

Es ist in besonderer Weise darauf hinzuweisen, dass der Begriff „Hospiz“ nicht nur einen Ort bzw. eine stationäre oder ambulante Einrichtung bezeichnet, sondern vornehmlich auf ein bestimmtes Verhalten und Verständnis für schwerstkranke und sterbende Menschen abzielt: Der erkrankte Mensch in seiner Ganzheit und seine Angehörigen stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Seine Vorstellungen und Bedürfnisse sind die Richtschnur, nach der sich Ärzte, Pfleger, Ehrenamtliche, Seelsorger und Therapeuten verhalten.
Hospizliches Handeln kann so gesehen überall entstehen. In Krankenhäusern und Pflegeheimen genauso wie bei jedem von uns, der sich mit Sterben und Tod, auch mit seinem eigenen Sterben und Tod auseinandersetzt. Hospiz ist an keine Konfession gebunden und hat gleichermaßen bei religiösen wie nichtreligiösen Menschen seinen Platz.

> „Hospize sind Kristallisationskerne einer neuen Sterbekultur. Sie zeigen modellhaft unter möglichst idealen Bedingungen, wie die Veränderungen des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer an der Jahrtausendwende aussehen kann. Dabei geht es nicht darum, Hospize einfach in ihrer Zahl zu vermehren. Wichtiger ist es, daß ausgehend von den Hospizen diese lebendige Idee auch andere Institutionen ansteckt. Auch künftig, so muß man wohl prognostizieren, werden Menschen weiterhin in erster Linie in Krankenhäusern und Pflegeheimen sterben. Aber auch diese werden mehr und mehr von der Hospiz-Idee ergriffen.“[36]

[35] Vgl. Ebenda, S 45 f.
[36] Ebenda, S. 51

3.4 Eine weitere Aufgabe des Hospizdienstes: Trauerbegleitung

Vom Wesen der Trauer

- Trauer ist ein sehr starkes Gefühl als Reaktion auf Verluste.
- Trauer ist keine Krankheit.
- Trauer ist eine spontane, natürliche, gesunde, lebenswichtige Reaktion unserer ganzen Person auf Verlust, Abschied und Trennung.
- Trauer ist Teil des Lebens.
- Trauer ist ein Prozess.
- Trauer unterscheidet sich grundlegend von der Depression.
- Trauer hat viele Gesichter.
- Trauervermeidung ist sowohl ein individuelles als auch ein gesellschaftliches Phänomen.

Was ist eine Depression?

Trauer und Depression sind zwei völlig unterschiedliche Reaktionsformen auf Verluste.
In der Trauer erfolgt eine bewußte Auseinandersetzung mit dem Verlust, der auf diese Weise verarbeitet wird.
Die Depression ist der Versuch, den eingetretenen Verlust nicht akzeptieren und betrauern zu müssen. Der Verlust wird verdrängt.
Freud hat aufgezeigt, dass der Melancholiker bzw. der Depressive im Gegensatz zum Trauernden den Verlust eines ambivalent besetzten Liebesobjektes verleugnet und dieses unbewußt introjiziert, d.h. es dabei gleichsam in das eigene Ich aufnimmt. Das verlorenene Liebesobjekt besteht im Ich des Melancholikers fort. Die Anklagen, die unbewußt dem verlorenen Objekt gelten, treffen damit das Ich, was klinisch als Schuldgefühl und Selbstvorwurf zum Ausdruck kommt. Der Verlust bzw. die Trennung wird dadurch verleugnet und die Trauer wird unterbunden.

Depression ist als chronifizierte Kränkungsreaktion zu verstehen, bei der der Kränkungsanlaß unbewußt geworden ist.

Allen Depressionen ist gemeinsam, dass die Betroffenen so mit ihrer Problematik beschäftigt sind, dass sie sich Neuem gegenüber nicht wirklich öffnen können. Die Vergangenheit gerinnt klischeehaft im Krankheitsbeginn, und die Zukunft wird undenkbar.
Depressive Patienten sind mit ihren Klagen und Anklagen auf die Gegenwart bezogen, Vergangenheit und Zukunft haben subjektiv keine Bedeutung.

Symptome:

- Gedrückte depressive Stimmung, Freudlosigkeit (evtl. „Morgentief“).
- Interessenverlust.
- Erhöhte Ermüdbarkeit.
- Verminderung des Antriebs und der Energie.
- Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit (d.h. Erregung).
- Verminderte Konzentration.
- Vermindertes Selbstwertgefühl.
- Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit.
- Negative, d.h. pessimistische Zukunftsperspektiven.
- Suizidale Gedanken / Handlungen (ca. 10 % der Depressiven sterben am Suizid).
- Schlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen.
- Appetit- und Gewichtsverlust.
- Libidoverlust.

Die vier Phasen der Trauerreaktion
(Einteilung nach Verena Kast)

- Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens.
- Phase der aufbrechenden Emotionen.
- Phase des Suchens und Sich-Trennens.

- Phase des neuen Weltbezuges.

Eine Welt von Möglichkeiten der Selbstverwirklichung bricht entzwei, wenn geliebte Menschen uns verlassen. Und die Endgültigkeit des Todes bringt die Zurückbleibenden in eine hoffnungslos erscheinende Situation. Nur zu deutlich wird das „Nie mehr!“ Bei allen anderen Verlusten – Scheidung, Trennung, Auflösung einer Beziehung, „aus den Augen verlieren...“ – ist es wenigstens im Prinzip möglich, an Altes anzuknüpfen, etwas in Realität wiedergutzumachen, Briefe zu schreiben, anzurufen... Beim Tod ist alles anders.

Das folgende Modell der Trauerphasen wurde von der Schweizer Psychologin Verena Kast[37] entwickelt und gilt als eine der wichtigsten Grundlagen für das Verständnis der Trauerprozesse.
Jedes prozeßhafte Geschehen ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass es einen klaren Beginn und ein klares Ende hat. Der Beginn des Trauerprozesses ist der Verlust des geliebten Menschen. Wie dieser Beginn im Einzelfall abläuft ist oft entscheidend für den weiteren Verlauf der Trauer.
Das Ende des Trauerprozesses ist durch eine Neuorientierung des gesamten Lebensgefüges zu sehen.
Wie lange das Trauergeschehen dauert, ist ganz unterschiedlich, auch die Dauer der einzelnen Phasen kann völlig variieren. Art und Dauer des Trauerprozesses werden von der Persönlichkeit des Trauernden, von den Umständen des Todes und der Beziehung zum Verstorbenen bestimmt.

Erste Trauerphase: Nicht-Wahrhaben-Wollen

Der Tod eines Menschen schockiert immer, auch wenn er nicht unerwartet kommt. Auf einmal ist alles anders. Verzweiflung, Hilf- und Ratlosigkeit herrschen vor. Das Geschehene wird noch nicht erfaßt, man leugnet es ab, man kann und will es nicht glauben.
Viele Menschen sind wie erstarrt, verstört und völlig apathisch. Andere geraten außer Kontrolle, brechen zusammen.
Der Tod hat etwas Überwältigendes, der Schock sitzt tief.

[37] Vgl. Verena Kast,Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Stuttgart 1982 (1977)

Körperliche Reaktionen: rascher Pulsschlag, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, motorische Unruhe.
Diese Phase kann wenige Stunden bis – vor allem bei plötzlich eingetretenen Todesfällen - mehrere Wochen dauern.[38]

Mögliche Hilfen für die Begleitung in dieser Phase:

- Alltägliche Besorgungen übernehmen.
- Trauernde dort unterstützen, wo sie überfordert sind.
- Hilfestellung bei Regelungen, die im Zusammenhang mit dem Todesfall stehen.
- Trauernde nicht allein lassen.
- Trauernde in ihren Reaktionen nicht bevormunden.
- Dasein, ohne viel fragen.
- Alle Gefühle der Trauernden zulassen: alles darf sein!
- Die scheinbare Empfindungslosigkeit, das Fehlen der Tränen, die Starre aushalten.
- Wärme, Mitgefühl vermitteln.
- Die eigenen Gefühle zum Ausdruck bringen, wenn es angebracht und notwendig erscheint.

Zweite Trauerphase: Aufbrechende Emotionen

Gefühle bahnen sich nun ihren Weg. Leid, Schmerz, Wut Zorn, Freude, Traurigkeit und Angst können an die Oberfläche kommen. Je nach der Persönlichkeitsstruktur des Trauernden herrschen verschieden Gefühle vor. „Warum mußte es ausgerechnet mich treffen?“ oder „Womit habe ich das verdient?“ Das sind Fragen, die sehr leicht aufkommen. Man schreit seinen Schmerz heraus, Wut und Zorn entstehen gegen Gott und die Welt. Aber auch gegen den Toten werden Vorwürfe gerichtet: „Wie konntest du mich nur im Stich lassen?“ oder „Was soll nun aus mir werden?“ Diese aggressiven Gefühle können sich aber auch gegen einen selbst richten: „Hätte ich nicht besser aufpassen müssen?“ oder „hätte ich das Unglück nicht verhindern können?“

Als Folge davon entstehen Schuldgefühle, die den Trauernden quälen.

All diese Gefühle, die zu diesem Zeitpunkt über einen hereinbrechen, sollte man keineswegs unterdrücken. Sie helfen dem Trauernden, seinen Schmerz besser zu verarbeiten.
Werden sie jedoch unterdrückt, so können diese Gefühle viel zerstören, sie führen dann nicht selten zu Depressionen und Schwermut.
Die Dauer dieser Phase läßt sich nur schwer abschätzen, man spricht etwa von ein paar Wochen bis zu mehreren Monaten.[39]

Mögliche Hilfen für die Begleitung in dieser Phase:

- Gefühlsausbrüche zulassen, da sie heilsam sein können.
- Ausbrüche von Wut und Zorn gehören ebenso wie depressive Stimmungen und Niedergeschlagenheit zum Vorgang des Trauerns.
- Nicht von ungelösten Problemen, Schuld und Konflikt ablenken. Ablenken fördert nur das Verdrängen, was zu einer Verzögerung des Trauerprozesses führen kann.
- Probleme aussprechen lassen.
- Schuldgefühle nicht ausreden, aber auch nicht bekräftigen, sondern schlicht zur Kenntnis nehmen.
- Am Erleben und Erinnern des Trauernden Anteil nehmen.
- Dasein, Zuhören.
- Anregungen für alltägliche Hilfen (z.B. Tagebuch schreiben, Malen, Musikhören, Spazierengehen, Entspannungsübungen, Bäder,...) geben.
- Eigene „Geschichten“ zurückhalten.
- Keine Interpretationen oder wertende Stellungnahmen geben.

Dritte Trauerphase: Suchen und Sich-Trennen

[38] Vgl. ebenda, S.61-62
[39] Vgl. ebenda, S. 62-67

Auf jeden Verlust reagieren wir mit Suchen. Was wird eigentlich in der Trauer gesucht? Zum einen der reale Mensch, das gemeinsame Leben, gemeinsame Orte mit Erinnerungswert. Auch in den Gesichtern Unbekannter wird nach den geliebten Gesichtszügen gesucht. Gewohnheiten des Verstorbenen werden übernommen.
Gemeinsame Erlebnisse sollen Teile der Beziehung retten und werden gleichsam als „Edelsteine“ gesammelt. Dies erleichtert die Trauer. In inneren Zwiegesprächen wird eine Klärung offener Punkte möglich, kann Rat eingeholt werden.
Durch diese intensive Auseinandersetzung entsteht beim Trauernden oft ein starkes Begegnungsgefühl. Das ist unheimlich schmerzhaft und unendlich schön zugleich!
Im Verlaufe dieses intensiven Suchens, Findens und Wieder-Trennens kommt einmal der Augenblick, wo der Trauernde die innere Entscheidung trifft, wieder ja zum Leben und zum Weiterleben zu sagen oder aber in der Trauer zu verharren.
Je mehr gefunden wird, was weitergegeben werden kann, um so leichter fällt eine Trennung vom Toten.
Dieses Suchen läßt aber auch oft eine tiefe Verzweiflung entstehen, weil die Dunkelheit noch zu mächtig ist. Suizidale Gedanken sind in dieser Phase relativ häufig.
Diese Phase kann Wochen, Monate oder Jahre dauern.[40]

Mögliche Hilfen für die Begleitung in dieser Phase:

- Alle Erlebnisse der Vergangenheit dürfen ausgesprochen werden – keine Zensur!
- Akzeptieren, dass immer wieder in den verschiedensten Formen „gesucht“ wird.
- Geduld!
- Zuhören – auch wenn man die Geschichten alle schon kennt.
- Gefühle ernst nehmen, die durch Erinnerungen oder Erzählungen wieder auftauchen.
- Phantasien zulassen, die den Tod des Verstorbenen bezweifeln – ohne selbst mit zu phantasieren.
- Bei suizidalen Äußerungen kontinuierlich begleiten.
- Zeit lassen.

- Kein Drängen auf Akzeptieren des Verlustes.
- Unterstützung bei Ansätzen der Neuorientierung.

Vierte Trauerphase: Neuer Selbst- und Weltbezug

Nachdem man seinen Schmerz herausschreien durfte, anklagen und Vorwürfe machen durfte, kehrt allmählich innere Ruhe und Frieden in die Seele zurück. Der Tote hat dort seinen Platz gefunden.
Langsam erkennt man, daß das Leben weitergeht und dass man dafür verantwortlich ist. Es kommt die Zeit, in der man wieder neue Pläne schmieden kann. Der Trauerprozess hat Spuren hinterlassen, die Einstellung des Trauernden zum Leben hat sich meist völlig verändert.
Der Verstorbene bleibt ein Teil dieses Lebens und lebt weiter in den Erinnerungen und im Gedenken.[41]

Mögliche Hilfen für die Begleitung in dieser Phase:

- Dazu beitragen, dass der Trauernde auch den Begleiter loslassen kann.
- Akzeptieren, dass man so nicht mehr gebraucht wird.
- Eigene „Bedürftigkeit“, helfen zu müssen, überprüfen (Helfer-Syndrom!).
- Veränderungen im Beziehungsnetz des Trauernden begrüßen und unterstützen.
- Neues akzeptieren.
- Sensibel bleiben für Rückfälle.
- Gemeinsame Formen suchen, die Trauerbegleitung behutsam zu beenden oder umzugestalten.

Zusammenfassung: Jedes Trauergeschehen kann je nach der Ausgangssituation unterschiedlich verlaufen. Dies muß bei der Begleitung Trauernder berücksichtigt

[40] Vgl. ebenda, S. 67-71
[41] Vgl. ebenda, S. 71-78

werden. Es gibt nicht das „eine“ typische Gefühl, die „eine“ typische Reaktion. Vielmehr verlangt Trauerbegleitung ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Offenheit und Flexibilität. Gerade in einer Zeit, in der Trauerrituale immer mehr verschwinden, die Unsicherheit im Umgang mit Trauernden steigt und die Gefahr der Isolation Trauernder in der Gesellschaft ständig zunimmt.

Oftmals stehen Trauerbegleitende vor der Schwierigkeit, nicht zu wissen, was sie sagen sollen. Hinter dieser Schwierigkeit steckt meist der hohe Anspruch, das Richtige und Passende zu sagen, so als ob es das Richtige und Passende gäbe. Das Naheliegende zu äußern, seine Furcht auszudrücken, seine Unfähigkeit zu bekennen und zu sagen: „Ich weiß nicht, was ich sagen soll, aber ich bin hier“, wird als Möglichkeit meist nicht in Betracht gezogen.

Außenstehende glauben, sie könnten nicht trösten, weil sie unter Trost das Ende aller Qualen und die Auflösung der Verzweiflung verstehen. So gesehen kann kein Mensch den anderen trösten, aber dann ist es auch entlastend zu wissen, dass man es erst gar nicht versuchen muß.

Was ist Trost?

- Trost ist eine den anderen empfindende und seine Empfindungen mitteilende Menschlichkeit.
- Trost ist bestätigende und beruhigende Zuwendung in einer Lage, die in Wirklichkeit keine Erwartungen und Hoffnungen auf schnelle Linderung zu hegen erlaubt, in der man sich aber auch Täuschungen und Lügen versagt.
- Trost ist die Kraft der Lebensermutigung, die Kraft der Weisen, eine Stimme des Herzens.
- Trost ist kein Vertrösten, kein Halten in Abhängigkeit, sondern ein Mitgehen, ein Mitbangen, ohne darin mit unterzugehen.
- Der Tröstende geht mit, nimmt die Rolle des Trauernden ein, um darin zu verstehen und doch wieder herauszutreten.
- Vertrösten dagegen ist der Versuch, eine fixe Hilfe zu leisten, zu verschieben und zu verharmlosen, abzuschieben, ein Ersatzmittel anzubieten.
- Vertrösten heißt Aufschub. Trost findet im Hier und Jetzt statt.
- Die Anerkennung des Trauerschmerzes ist wohltuend für den Trauernden.

- Der Tröstende kann Spiegel werden für den Trauernden, wird Verkörperung von Hoffnung auf das Gelingen des Weges.
- Rituale können Trost spenden.

Indem der Tröstende den Schmerz bestätigt, vermittelt er dem Trauerenden: „Du hast alles Recht der Welt, so zu empfinden. Du mußt Dich meinetwegen nicht beeilen. Ich halte Dich in meinem Schmerz eine Weile aus.“
In der Begleitung von trauernden Menschen ist darauf zu achten, dass nichts zugeschüttet oder weggeredet wird, was nach Aufdecken, Ausdrücken und Veröffentlichung drängt. In der Bestätigung In der Bestätigung fühlt sich der Leidende verstanden, kann durchatmen und braucht seine Kraft fortan nicht mehr zur Beweisführung seiner Gefühle, sondern kann sich darum kümmern, was hinter den Gefühlen steckt und wie er mit ihnen umgehen kann.

Welche Aufgaben sind während des Trauerprozesses zu bewältigen?

- Die Realität des Verlustes akzeptieren.
- Schmerz oder emotionale Aspekte des Verlustes erfahren.
- Anpassung an eine Umgebung, in der das Verlorene fehlt.
- Für die tote Person im emotionalen Leben einen neuen Platz finden.

Abschließend ist nochmals festzuhalten, dass Trauer eine Erfahrung ist, die niemandem erspart bleibt. Trauer stellt sich nicht nur ein, wenn wir einen geliebten Menschen durch Tod verloren haben, vielmehr begleiten uns Trauersituationen fortwährend im Leben, vom ersten Moment beim Austritt aus dem als Paradies erlebten Urzustand im Mutterleib bis zum letzten Atemzug. Weil Trauersituationen im Leben immer wiederkehren, zielt die Forderung von Verena Kast dahin, angesichts von Tod und Vergänglichkeit eine abschiedliche Existenz zu führen. Abschiedlich zu leben würde konkret bedeuten, die Fähigkeit zu entwickeln, loslassen und in einem radikalen Sinne offen sein zu können für Neues, das uns begegnet:

> „Da Tod wirklich eine Realität ist, geht es in unserem Leben immer auch um Trennung, um Abschiednehmen. Wir müssen nicht nur die anderen Menschen in den Tod hinein freigeben,

> wir müssen auch geliebte Menschen ins Leben hinein freigeben, freigeben für einen anderen Menschen, wir müssen auch Aspekte von uns sterben lassen, wenn ihre Zeit um ist, wir müssen auf Liebgewordenes in unserem Leben verzichten, wenn die Zeit dafür vorbei ist. Wenn wir das nicht tun, dann bleiben wir an Vergangenem hängen, was bedeutet, daß wir uns vor der Zukunft verschließen, daß wir nicht mehr wirklich weiterleben. Deshalb müssen wir lernen, ins Leben huneinzusterben und mit dieser Art von Sterben umzugehen.“[42]

4 Die Hospizbewegung in Deutschland

In Deutschland gab es im September 2001 95 stationäre Hospize, 60 Pallativstationen und ca. 600 ambulante Hospize.
Insgesamt arbeiteten ca. 35.000 Menschen ehrenamtlich und hauptamtlich sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Hospizarbeit.[43]
Wie ist es zu diesem Ergebnis gekommen?
Aus einer gewissen Distanz zur Hospizbewegung wird ein dreistufiger Entwicklungsweg sichtbar. Dabei lassen sich folgende drei Phasen unterscheiden:

Die erste Phase begann, als das ZDF am 10. Juni 1971, also vor genau 35 Jahren den Film des Jesuitenpaters *Reinhold Iblacker* „Noch 16 Tage ..... eine Sterbeklinik in London“ ausstrahlte. Dieser Schwarz-Weiß-Film über das „*St. Christopher`s Hospice* hatte damals eine große Betroffenheit über heutiges Sterben ausgelöst.[44]
Die Hospizidee war damit angestoßen und nicht mehr aufzuhalten.
Es dauerte von 1971 an allerdings etwa 20 Jahre, bis der Hospizbegriff und der Hospizgedanke sich in Deutschland durchsetzten und auch erste falsche Vorstellungen von einem Sterbehaus und einer Sterbe-Klinik korrigiert werden konnten.

---

[42] Ebenda, S. 142
[43] Vgl. Werner Burgheim (Hrsg.), Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Medizinische, rechtliche, psycho-soziale und spirituelle Hilfestellungen, Merching 2002, Kap. 6.1, S. 5 und Kap. 6.2, S. 3
[44] Vgl. Michael Golek, Standort und Zukunft der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland, a.a.O., S. 57 f und Wolfgang Weiß, Im Sterben nicht allein. Hospiz. Ein Handbuch, a.a.O., S. 29 f.

In der ersten Hälfte der ersten Phase wurde aus dem Hospiz-Haus eine Hospiz-Idee, eine Bürger- und Selbsthilfebewegung, entstanden aus der Erkenntnis und der Not, dass auch in Deutschland noch zu häufig unmenschlich gestorben wird.

In der zweiten Hälfte der ersten Phase entstanden die ersten Pallativstationen, Initiativen, Arbeitsgemeinschaften und Hospizeinrichtungen. So etwa wurde im Jahre 1983 in der Kölner Uni-Klinik eine Station für palliative Therapie eingerichtet.

1984 wird in Stuttgart die Initiative „Sitzwache in Pflegeheimen“ gegründet.

Im gleichen Jahr gründet sich an der Evangelischen Fachhochschule in Hannover unter der Leitung von *Prof. Johann-Christoph Student* die Arbeitsgruppe „Zu Hause sterben“. Sie hat zum Ziel, die Situation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern, in dem diese unmittelbar betreut werden.

Im Jahre 1986 gründet der Pfarrer *Dr. Paul Türks* mit Hilfe des „*Oratoriums des heiligen Philipp Neri*“ in Aachen das erste stationäre Hospiz in Deutschland, das Hospiz „*Haus Hörn*“.

1987 folgt das „*Hospiz zum heiligen Franziskus*“ in Recklinghausen.

Im Jahre 1991 gründet *Jo Bombach* das „*Elisabeth Hospiz*“ in Lohmar bei Bonn.

Neben den einzelnen Hospizen, Initiativen und Vereinen bilden sich in der zweiten Hälfte der 80er Jahre auch große überregionale Hospizinitiativen.

So etwa wird 1985 die Hospizinitiative „*OMEGA. Mit dem Sterben leben e. V.*“ gegründet. „*OMEGA*“ versteht sich als überkonfessionelle und weltanschaulich ungebundene Gemeinschaft von Menschen, welche sich persönlich und unmittelbar für sterbende Menschen einsetzen.

1986 wird in Limburg auf Initiative des Mediziners *Dr. Paul Becker* die „*IGSL*“, die *Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand* gegründet. 1990 errichtete die IGSL ein Hospiz-Bildungswerk in Bingen. Es ist die erste Einrichtung dieser Art in Deutschland, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, theoretische und praktische Ausbildung von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern im Bereich der Hospizarbeit zu leisten.

Im Jahre 1988 gründeten vier Medizinprofessoren, ein Bundesrichter, ein Pfarrer (*Dr. Paul Türks*) und ein Sozialarbeiter die „*Deutsche Hospizhilfe e. V.*“ und schließlich wird 1996 die „*Deutsche Hospiz-Stiftung*“ ins Leben gerufen (Stiftung des Malteser-Ordens).

All die genannten überregionalen Hospizinitiativen und Vereine verstehen sich als Lobby für schwerstkranke und sterbende Menschen. Sie verfolgen das Ziel, Sterben und Tod in unserer Bevölkerung zu enttabuisieren und den Hospizgedanken bekannt zu machen.

Darüber hinaus bieten diese Initiativen beratende Hilfe insbesondere hinsichtlich der palliativen Therapie an und sie leisten finanzielle Unterstützung für bestehende Hospizeinrichtungen.[45]

In der zweiten Phase, die ca. 12 Jahre dauerte, etwa von 1991 bis zum Jahre 2002, setzte ein wahrer Gründungsboom von Hospizgruppen ein, in einem ungeahnten und z. T. auch sehr fruchtbaren Ausmaß. Es war sogar von Wildwuchs und krebsartigen Metastasen die Rede.[46]

Wie sprunghaft sich diese Entwicklung vollzog, mögen die folgenden statistischen Erhebungen demonstrieren: Während es im Jahre 1990 in Deutschland lediglich drei stationäre Hospize und drei Palliativstationen und nur wenige ambulante Hospize[47] gab, waren es im Jahre 1995 bereits 29 stationäre Hospize, 24 Pallativstationen und 264 ambulante Hospize.[48] Ende 1998 waren es dann in Deutschland 50 stationäre Hospize, 37 Pallativstationen und 507 ambulante Hospize (davon waren in den neuen Bundesländern lediglich drei stationäre Hospize und 19 ambulante Hospizeinrichtungen)[49] und schließlich gab es im September 2001 wie eingangs bereits erwähnt 95 stationäre Hospize, 60 Pallativstationen und ca. 600 ambulante Hospizeinrichtungen.[50]

Die dritte Phase der Entwicklung der Hospizbewegung wäre die Phase nach dem Gründungsboom. Es sollte eine Phase der Konsolidierung sein, in der eine Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung die vordringlichste Aufgabe wäre.

5. Widerstände und Grenzen

[45] Vgl. über die Entwicklung der Hospizbewegung in Deutschland Michael Golek, Standort und Zukunft der Hospizarbeit in Deutschland, a.a.O., S. 57 – 64 und ausführlich Wolfgang Weiß, Im Sterben nicht allein. Hospiz. Ein Handbuch, a.a.O., S. 22 - 39
[46] Vgl. Werner Burgheim (Hrsg.), Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Medizinische, rechtliche, psycho-soziale und spirituelle Hilfestellungen, a.a.O., Kap. 6.1, S. 5
[47] Vgl. Michael Golek, Standort und Zukunft der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland, a.a.O., S. 59
[48] Vgl. ebenda, S. 60
[49] Vgl. ebenda, S. 63
[50] Vgl. Werner Burgheim, Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Medizinische, rechtliche, psycho-soziale und spirituelle Hilfestellungen, a.a.O., Kap. 6.1, S. 5 und Kap. 6.2, S. 3

Die Hospizbewegung hat sowohl in Deutschland als auch weltweit zu neuen Ansätzen im Umgang mit Sterbenden, insbesondere in Teilbereichen der Medizin geführt.
Insgesamt betrachtet muß man jedoch sagen, dass die Hospizbewegung und insbesondere die deutsche nur zögernd Fuß faßt. Für die meisten Sterbenden hat sich trotz der nachgezeichneten medizinischen Entwicklung noch keine grundlegende Veränderung ergeben. *Johann-Christoph Student* hat zwei Gegner der deutschen Hospizbewegung ausgemacht:

Der eine Gegner kommt von außen: es ist die hierzulande schlechte Schmerztherapie: In Deutschland sterben jährlich ca. 900.000 Menschen, davon ca. 230.000 an Krebs. Von diesen 230.000 benötigten ca. 40.000 eine palliativ-medizinische oder hospizliche Betreuung.
Tatsächlich erfahren allenfalls 20 % bis höchstens 30 % dieser schmerzkranken Patienten eine ausreichende Schmerztherapie.
Dies bedeutet, dass in Deutschland ca. 70 % - 80 % aller an Schmerzen Leidenden diese leidensmindernde Möglichkeit versagt wird.
Die Gründe hierfür liegen Student zufolge nach wie vor in Mängeln der ärztlichen Aus- und Weiterbildung einerseits und einer restriktiven Gesetzgebung andererseits.[51]

Der zweite Gegner kommt von innen: es ist die Angst vor dem Tod.[52] Dabei ist diese Angst zunächst keineswegs Ausdruck der Todesverdrängung, denn im Unterschied sowohl zur Alltagssprache als auch im Unterschied zum Angstbegriff in der Psychologie ist das philosophische Verständnis von Angst wesentlich positiv akzentuiert: Angst gehört wesentlich zur menschlichen Existenz. Angst weckt auf, öffnet die Augen für die tatsächliche Wirklichkeit des Lebens; sie macht frei und führt zu sich selbst. Der Philosoph *Martin Heidegger* hat aufgezeigt, dass die Todesangst im Unterschied zur Furcht vor dem Sterben einen unbestimmten, ja unheimlichen Charakter aufweist. Während sich die Sterbensfurcht in der Furcht vor den konkreten, meist negativen Begleitumständen des aus dem Leben Scheidens artikuliere, sei die Todesangst hingegen Angst vor dem Zustand des „Nicht-Mehr-Seins“, Angst vor jenem unvorstellbaren Zustand, wo ich als Person ausgelöscht sein werde.

[51] Vgl. Johann-Christoph Student (Hrsg.), Das Hospizbuch, a.a.O., S. 52 ff.
[52] Vgl. Ebenda, S. 54 ff.

Alle Angst, so vermittelt sie auch in Erscheinung zu treten vermag, ist *Heidegger* zufolge letztlich immer Angst vor dem Tod.[53]

Die Todesangst, von der *Student* spricht, weist demgegenüber einen anderen kausalen Zusammenhang auf als den von *Heidegger* analysierten. Sie resultiert aus einer mangelnden Vertrautheit mit Sterben und Tod.
Der Tod ist in unserer Gesellschaft zwar durchaus gegenwärtig. Wir sehen ihn täglich viele Male in Fernseh- und Kinofilmen, und wir hören und lesen täglich über ihn in den Nachrichten. Der Mensch weiß um den Tod von Vorfahren und Bekannten. Es ist unbestritten, dass wir die Gewißheit haben, Sterbliche zu sein. Aber wir „wissen“ dies nur, wir glauben es nicht, d.h. wir sind aufgrund der fehlenden Präsenz des Todes emotional nicht von unserer Sterblichkeit überzeugt. Der Tod, den wir sehen und hören, wird nicht auf die eigene Person bezogen. Er wird isoliert und bleibt der „Tod des anderen“. Was in unserer Gesellschaft fehlt, ist der erlebte Todeskontakt.
Im Mittelalter und noch bis in unser Jahrhundert hinein, starb der Mensch zu Hause im Kreis seiner Familie, seiner Freunde und Bekannten. Die Sterbezeremonien waren öffentlich, und alle nahmen daran teil, auch die Kinder. Der Mensch erlebte also von Kindesbeinen an das Sterben als selbstverständlichen Teil im Leben des Menschen. In unserer Gesellschaft hingegen findet der Tod nur noch selten in der Familie statt. Die Alten und Sterbenskranken werden in Pflegeheimen bzw. Krankenhäusern versorgt, wo sie in der Regel schließlich auch versterben. Das Sterben wird also an Institutionen delegiert und auf diese Weise dem Menschen, sofern er nicht in einer solchen Einrichtung tätig ist (und dann auch nur bedingt) als Erlebnisprozess entzogen.
Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden in der Regel das Sterben eines Menschen nicht erleben können. Damit verlieren viele Menschen aber auch die Möglichkeit der unmittelbaren Auseinandersetzung mit dem Tod.
Der unvertraute Umgang mit dem Tod führt dazu, dass der Sterbende noch in seinen letzten Lebensstunden in die Klinik verlegt wird. Die Hoffnung, dass medizinisch noch etwas machbar ist, und die persönliche Unsicherheit im Umgang mit dem Sterbenden geben Angehörigen das Gefühl, nicht mehr zuständig für die Betreuung zu sein. Der Tod des Angehörigen wird daher nicht mehr erlebbar und viele erreicht die Nachricht erst nach Eintreten des Todes. Legt man verschiedene Untersuchungen zugrunde, die der Frage nachgehen, wo die Menschen in Deutschland heute sterben, so kommt man

[53] Vgl. Heideggers Angstanalytik, in: Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1979, S. 235 - 267

folgerichtig zu dem Ergebnis, daß 67 % bis 76 % im Krankenhaus, 20 % bis 30 % im Altenheim und lediglich 8 % bis 10 % zu Hause versterben.[54]

Auch die Rituale und Zeremonien, die mit Sterben und Tod in Zusammenhang stehen, haben an Bedeutung verloren. Nicht nur, dass der Verstorbene nicht mehr zu Hause aufgebahrt wird und daher für die Angehörigen nicht mehr die Möglichkeit besteht, in Ruhe Abschied zu nehmen, auch finden Beerdigungen immer häufiger unter Ausschluß der Öffentlichkeit „in aller Stille“ statt. Attraktiv ist heute für viele Menschen die anonyme Bestattung ohne erkennbare Grabstelle.
Auch der Umgang mit den Angehörigen hat sich gewandelt. War es früher üblich, sein Mitleid zu bekunden und Unterstützung anzubieten, wird heute fast regelmäßig unter Todesanzeigen darauf hingewiesen: „Von Beileidsbekundungen am Grab bitten wir abzusehen.“
Nicht nur der Sterbende ist einsam geworden, auch die Angehörigen bleiben allein. Die Einsamkeit des Sterbenden und die Sprachlosigkeit der Gesellschaft dem Tod gegenüber verhindern, dass es dem Sterbenden gelingt, im Abschied vom Leben der Öffentlichkeit das darzustellen, was er war.

Trotz aller Bemühungen von seiten der Hospizbewegung bleibt der Mechanismus der Todesverdrängung nach wie vor wirksam. Es ist bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts des öfteren diagnostiziert worden, dass die Verdrängung des Todes eine wesentlich gesellschaftliche Dimension aufweist. So hatte bereits Max Weber im Rückgang auf Leo Tolstoj im Jahre 1918 die Frage aufgeworfen, ob der Tod in einer vom Fortschritt bestimmten Gesellschaft eine sinnvolle Erscheinung sei:

> „Aufgeworfen findet sich diese Frage am prinzipiellsten in den Werken Leo Tolstojs. Auf einem eigentümlichen Weg kam er dazu. Das ganze Problem seines Grübelns drehte sich zunehmend um die Frage: ob der Tod eine sinnvolle Erscheinung sei oder nicht. Und die Antwort lautet bei ihm: für den Kulturmenschen – nein.
> Und zwar deshalb nicht, weil ja das zivilisierte, in den ‚Fortschritt‘, in das Unendliche hineingestellte einzelne Leben

[54] vgl. Ansgar Stracke–Mertes, Soziologie. Der Blick auf soziale Beziehungen, Hannover 1998, S. 277

> seinem eigenen immanenten Sinn nach kein Ende haben dürfte. Denn es liegt ja immer noch ein weiterer Fortschritt vor dem, der darin steht; niemand, der stirbt, steht auf der Höhe, welche in der Unendlichkeit liegt.
>
> Abraham oder irgend ein Bauer der alten Zeit starb ‚alt und lebensgesättigt', weil er im organischen Kreislauf des Lebens stand, weil sein Leben auch seinem Sinn nach ihm am Abend seiner Tage gebracht hatte, was es bieten konnte, weil für ihn keine Rätsel, die er zu lösen wünschte, übrig blieben und er deshalb ‚genug' daran haben konnte.
>
> Ein Kulturmensch aber, hineingestellt in die fortwährende Anreicherung der Zivilisation mit Gedanken, Wissen, Problemen, der kann ‚lebensmüde' werden, aber nicht: lebensgesättigt. Denn er erhascht von dem, was das Leben des Geistes stets neu gebiert, nur den winzigsten Teil, und immer nur etwas Vorläufiges, nichts Endgültiges, und deshalb ist der Tod für ihn eine sinnlose Begebenheit.
>
> Und weil der Tod sinnlos ist, ist es auch das Kulturleben als solches, welches ja eben durch seine sinnlose ‚Fortschrittlichkeit' den Tod zur Sinnlosigkeit stempelt. Überall in seinen späten Romanen findet sich dieser Gedanke als Grundton der Tolstojschen Kunst."[55]

Ebenso wie Leo Tolstoj und Max Weber hatte auch der französische Philosoph und Soziologe Jean Baudrillard in seinen Schriften [56] immer wieder darauf hingewiesen, dass die Moderne insgesamt durch das unablässige Bemühen gekennzeichnet ist, den Tod zu verdrängen. Nach Auffassung von Baudrillard folgt die Technisierung unserer Lebenswelt einem genuin theologischen Motiv, nämlich faktisch Unsterblichkeit herzustellen. Mit der Gentechnologie sind wir diesem Ziel ein Stück weit näher gekommen, auch wenn wir dieses nie erreichen werden. Der Versuch einer Überwindung des Todes ist bei Baudrillard ein sehr wesentlicher Bestandteil des Projekts der Technisierung und

[55] Max Weber, Der Beruf zur Wissenschaft, in: Ders., Soziologie. Universalgeschichtliche Analysen. Politik, Stuttgart 1973, S. 311 – 339, hier: S. 318

[56] vgl. hierzu insbes. Jean Baudrillard, Der symbolische Tausch und der Tod, München 1982 (frz. 1976)

Entmaterialisierung der Welt und zugleich ein markantes Merkmal des gegenwärtigen Gesellschaftszustandes.[57]

Sterben, Tod und Trauer unterliegen in der gegenwärtigen Gesellschaft nach wie vor einem radikalen Tabu. Dies beweist auch eine kürzlich in Auftrag gegebene Emnid-Umfrage: Danach wünschen sich 91 % der Deutschen einen schnellen, kurzen und schmerzlosen Tod, lediglich 9 % wünschen sich ein „bewußtes, nicht einsames, begleitetes Sterben".[58] Im Mittelalter war dies genau umgekehrt: der plötzliche Tod, den sich heute so viele Menschen wünschen, war aufs äußerste gefürchtet, da er dem Sterbenden keine Möglichkeit ließ, Abschied zu nehmen, Abbitte zu tun und seine Dispositionen zu treffen.
Das heutige Todes-Tabu aber hat verheerende Folgen: Immer mehr Menschen erleben, dass in ihrer Umgebung oder sogar in ihrer Verwandtschaft einem Sterbenden die letzte Chance genommen wird, die letzten Tage, Wochen oder Monate seines Lebens auf menschenwürdige Weise zu verbringen. Viele Menschen, die erfahren, dass sie eine tödliche Krankheit haben, sterben vor ihrem biologischen den „sozialen Tod". Der „soziale Tod" tritt dann ein, wenn ein Mensch aus der Gemeinschaft ausgeschlossen wird, wenn er sich nicht mehr mit anderen austauschen kann, wenn er isoliert wird oder wenn der Umgang mit ihm von Unaufrichtigkeit geprägt ist. Die Isolation geht sogar über den Sterbenden hinaus und bezieht sich auch auf die Trauer der Angehörigen. Auf diese Weise ist der Tod zum absoluten Tabu der modernen Gesellschaft geworden.

An dieser Stelle setzt die Hospizbewegung ein, indem sie Bausteine einer neuen „Kultur des Sterbens" implantiert. Neben aller funktionalen Routine haben sich so neue Muster im Umgang mit dem Tod entwickelt. Zwischen Leben und Tod sind gesellschaftliche Bindeglieder entstanden, die durch Solidarität, Fantasie und Kreativität dasjenige zurückzuerobern versuchen, was den Menschen bereits enteignet schien: den selbst bestimmten Tod. In der Hospizbewegung artikuliert sich ein Trend gegen den „Konfektionstod", gegen die manchmal zynische Routine, wie sie aus einem rein funktionalen Umgang mit dem Tod entsteht. Aus diesem Grund verfügt die Hospizbewegung durchaus über die Potenz, einen Wandel im Umgang mit Sterbenden, insbesondere in Institutionen herbeizuführen. Ob diese Bewegung letztlich jedoch so

[57] Vgl. hierzu Wolfgang Kramer, Technokratie als Entmaterialisierung der Welt. Zur Aktualität der Philosophien von Günther Anders und Jean Baudrillard, Münster 1998, insbes. S. 342 - 366
[58] vgl. Frankfurter Rundschau v. 07.09.2005, S. 8

stark sein wird, um den gesellschaftlich tief verankerten Todes-Bann brechen zu können und den sterbenden Menschen wieder zu einer gesellschaftlich integrierten Person werden zu lassen, muß bezweifelt werden. Denn unsere Kultur ist in einem sehr radikalen Sinne, d.h. von ihrer Wurzel her in allen ihren Bereichen auf Unendlichkeit, auf unaufhörliches Fortschreiten und Weitergehen angelegt. Wir leben in einer Kultur, in der der Gedanke an Ende, Abschied und Tod nur störend wirken könnte. Mit dem gegenwärtigen Trend zur Globalisierung dürfte sich die ungebrochen bestehende Todesverdrängung und Trauervermeidung noch verschärfen, denn mit der Entwicklung hin zu einer Weltwirtschaft, Weltgesellschaft, Weltkultur tritt der Fortschritt in das Stadium seiner Ekstase ein. Und trotz dieser scheinbar eindeutigen Programmatik ist eine grundsätzliche Offenheit auch für eine gegenläufige Entwicklung einzufordern. So soll das letzte Wort der Begründer der Logotherapie bzw. der Existenzanalyse Viktor E. Frankl haben, der in seinen Schriften immer wieder gefordert hat, die Tabuisierung von Sterben und Tod um des Lebens willen zu durchbrechen und sich mit der eigenen Vergänglichkeit auseinanderzusetzen, denn nur aus dem Bewußtsein der Endlichkeit erhalte unser Dasein die ihm gemäße Sinnhaftigkeit und Lebenstiefe:

> „Man kann sich nicht früh genug und man kann sich nicht oft genug mit dem Tod konfrontieren. Denn wenn sie das Beste aus Ihrem Leben herausschlagen wollen, dann müssen Sie die Tatsache des Todes, die Tatsache der Sterblichkeit, die Tatsache der Vergänglichkeit des menschlichen Daseins ununterbrochen in Rechnung stellen. Denn wenn der Tod nicht wäre, könnten wir ja unendlich lang leben und alles aufschieben – nichts müßte heute geschehen, alles könnte morgen, könnte in einem Jahr, in hundert Jahren geschehen. Nur die Tatsache der zeitlichen Begrenzung unseres Daseins ist der Ansporn, die Zeit und jede Stunde und jeden Tag zu nützen. .....
>
> Denn was heißt das: Alles ist vergänglich? Das heißt, daß wir es ins Vergangensein hineinretten, wo es nicht unwiederbringlich verloren, sondern unverlierbar geborgen bleibt. Was wir tun, was wir schaffen, was wir erleben, was wir erleiden, tapfer und anständig, das haben wir ja ein für allemal

> getan. Wenn ich eine Sinnmöglichkeit sehe und diese Sinnmöglichkeit verwirkliche, indem ich den Sinn erfülle, dann habe ich sie ins Vergangensein hineingerettet. Auch Vergangensein ist noch eine Art von Sein, vielleicht die sicherste Form, denn nichts und niemand kann uns dessen berauben, was wir im Vergangensein deponiert haben."[59]

6. Literaturverzeichnis

Jean Baudrillard, Der symbolische Tausch und der Tod, München 1982 (frz. 1976)

Burgheim, Werner (Hrsg.), Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Medizinische, rechtliche, psycho-soziale und spirituelle Hilfestellungen, Merching 2002,

de Montaigne, Michel, Philosophieren heißt sterben lernen, in: Ders., Essais, Frankfurt 1976, S. 7 – 31

fechnerMedia GmbH (Hrsg.), Der Tod ist ein wunderbares Erlebnis. Franz Alt im Gespräch mit Elisabeth Kübler-Ross, Immendingen 1998

Filmer, Werner, Susanne Fleer: Abschied vom Leben. Gespräche mit einer Sterbenden, München 1991

Frankl, Viktor E / Kreuzer, Franz, Im Anfang war der Sinn. Von der Psychoanalyse zur Logotherapie. Ein Gespräch, München 1994 (1982),

Golek, Michael, Standort und Zukunft der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland, Münster 2001

Heidegger, Martin, Sein und Zeit, Tübingen 1979

Kast, Verena, Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Stuttgart 1982

Kramer, Wolfgang, Technokratie als Entmaterialisierung der Welt. Zur Aktualität der Philosophien von Günther Anders und Jean Baudrillard, Münster 1998

Kübler-Ross, Eisabeth, Interviews mit Sterbenden, Gütersloh 1996 (amerik. 1969)

Dies., Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod, Gütersloh 1994

[59] Viktor E. Frankl /Franz Kreuzer, Im Anfang war der Sinn. Von der Psychoanalyse zur Logotherapie. Ein

Dies., Das Rad des Lebens (Autobiographie), München 2000

Dies., Reif werden zum Tode, Gütersloh 1989

Dies., „Die Kojoten sind meine Freunde“. Interview mit der Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross über das Leben nach ihrem Schlaganfall, das Jenseits und ihr Warten auf den Tod, in: „Der Spiegel“, 39 / 1997 vom 22.09.1997, S. 149/150

Saunders, Cicely, Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau 1993

Dies., Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht, Freiburg 1999

Dies. und Baines, Mary, Leben mit dem Sterben: Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen, Bern 1991

Stracke – Mertes, Ansgar, Soziologie. Der Blick auf soziale Beziehungen, Hannover 1998

Student, Johann-Christoph (Hrsg.), Das Hospiz-Buch, Freiburg 1999

Ders., (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende, Freiburg 2004

Weber, Max, Der Beruf zur Wissenschaft, in: Ders., Soziologie. Universalgeschichtliche Analysen. Politik, Stuttgart 1973, S. 311 – 339

Weiß, Wolfgang, Im Sterben nicht allein. Hospiz. Ein Handbuch, Berlin 1999

Gespräch, München 1994 (1982), S. 56f.