



**Leben  
dürfen  
bis zum  
Tod**

**Arbeitshilfe**  
Katholisches Filmwerk



LEBEN DÜRFEN BIS ZUM TOD –  
HOSPIZE: EIN NEUER WEG IN DIE  
STERBEBEGLEITÜNG

Bundesrepublik Deutschland 1987, Farbe, 27 Min.

Video, Dokumentarfilm

Kamera: Reinhard Schmidt-Degenhardt

Regie: Mechthild Müser, Jörg Röttger

Produktion: Hessischer Rundfunk

**Kurzcharakteristik**

Der Film zeigt zwei Hospize in Deutschland: zum einen die Station für palliative Therapie in der Universitätsklinik in Köln und zum anderen das Hospiz "Haus Hörn" in Aachen. Beide Darstellungen werden miteinander verbunden durch eine Erklärung der Sterbeforscherin Dr. Maria Kübler-Ross über Hospize.

**Inhalt**

Im Bild erscheint eine alte Patientin, die als unheilbar krebskrank vorgestellt wird. Jetzt wird sie in einem Hospiz betreut.

Die heutigen Hospize orientieren sich an Einrichtungen in England, wo es inzwischen über 100 gibt. Sie sind bekannt worden vor allem durch die Arbeit von Frau Dr. Cicely Saunders, die 1968 das St. Christopher's gegründet und die sog. Hospizbewegung ins Leben gerufen hat.

"Hospize" hat es freilich im Mittelalter überall in Europa gegeben. Es waren "Gasthäuser" (hospes = der Gast), wo Kranke, die weder Familie noch ein Zuhause hatten, aufgenommen und gepflegt wurden. Die alten Ritterorden (Johanniter und Malteser), die diese Kranken versorgten, sprachen von "unseren Herren Kranken" und verstanden ihre Arbeit an den Kranken als Dienst. Hospize haben also einen christlichen Ursprung. So baute man auch Hospize an den großen Pilgerstraßen dort, wo gefährliche Flüsse und Gebirge zu überwinden waren (das berühmte Hospiz am Großen St. Bernhard). Hospize waren Raststätten für Reisende und Pilger. Und da das wichtigste Wegstück jedes Menschen die Reise von die-

sem in das andere Leben ist, nannte Frau Dr. Saunders ihr Haus ein Hospiz.

Der Film zeigt, was jeder Mensch auf diesem letzten und wichtigsten Wegstück braucht: Sicherheit, Geborgenheit und persönliche Freiheit. Hier wird der Unterschied zum Akut-Krankenhaus deutlich: das Krankenhaus ist auf Heilung ausgerichtet. Es bekämpft die Krankheit, und zwar mit den modernsten Mitteln und oft aggressiven Methoden. Im Hospiz weiß man, dass die Krankheit für den Arzt unheilbar ist, dass mithin das Leben nur noch eine begrenzte Dauer hat. Nicht mehr die Krankheit steht im Visier, sondern der ganze Mensch mit seinen Bedürfnissen und Nöten.

Welche Bedürfnisse hat nun der Kranke, der nur noch eine sehr begrenzte Lebensdauer vor sich hat? Fast bei allen Sterbenskranken finden sich bestimmte Grundängste: die Angst, das Lebensende unter fürchterlichen, ja qualvollen Schmerzen erleben zu müssen, die Angst, ganz allein und verlassen zu sein, wenn es zu Ende geht, und die Sorge um den Sinn des Lebens, das u. U. so früh zu Ende geht. Das Hospiz weiß um diese Ängste und versucht, darauf eine Antwort zu geben, die dem Sterbenskranken hilft.

Schon zu Beginn zeigt der Film, wie wichtig eine gute Schmerztherapie ist. Wenn man nicht mehr heilen kann, dann kann man doch lindern. Genau das meint der Ausdruck "palliative Therapie". "Pallium" bedeutet soviel wie "Mantel" und entsprechend die Großhirnrinde. Nicht nur die "kurative" Medizin, auch die "palliative" ärztliche Kunst ist sehr wichtig. Und zwar besteht das Ziel darin, den Schmerz erst gar nicht aufkommen zu lassen, sondern ihm vorbeugend zu begegnen, ihn unter Kontrolle zu halten, "die Erinnerung an den Schmerz nehmen". Dabei hat die Medizin gerade in letzter Zeit erhebliche Fortschritte gemacht, und es gehört auch zu den Verdiensten der englischen Hospize, in einem eigenen Forschungsprogramm die Kenntnisse und die Therapie der Schmerzen weiter entwickelt zu haben. Dass die Schmerzbe-kämpfung vielfach mit Medikamenten auf Morphiumbasis geschieht und bestimmte Nebenwirkungen vom Arzt unter Kontrolle gehalten werden können, ist inzwischen allgemein bekannt. Im Hospiz sieht man, dass es heute möglich ist,

Schmerzen erträglich zu machen und dem Kranken ein klares Bewusstsein zu bewahren.

Wie sehr die Frage nach dem Sinn des Lebens, dem Sinn von Leid und Sterben uns Menschen bewegt, zeigt sich auf vielfältige Weise. Immer wieder begegnet man Kranken, die darüber sprechen oder sprechen wollen. Bei anderen findet das Fragen und Suchen auf indirekte Weise statt: sie machen eine Bemerkung, schweigen dann wieder; sie erzählen von merkwürdigen Träumen, die sie gehabt haben. Wieder andere stellen bildhaft dar, was sie bewegt, was aus ihrem Unterbewusstsein aufsteigt. Zuweilen vermögen andere besser als sie selber das Gemalte zu deuten (Film).

Die Frage nach dem Sinn und Warum von Leiden und Sterben meldet sich meist dann, wenn man über den Zustand seiner Krankheit und ihren wahrscheinlichen Verlauf orientiert ist. Die meisten Kranken im Hospiz wissen, wie es um sie steht. Allerdings erfährt man gerade auch bei Sterbenskranken, dass ihre Befindlichkeit und ihre Ansichten sich verändern. Auch da gilt der Grundsatz des Hospizes: der Kranke und seine Bedürfnisse sind wichtig und nicht das Wissen und die Ansichten des Betreuers. Die Art der Betreuung ist Begleitung. Der Betreuende spielt sozusagen die zweite Geige. Die Wünsche und die Befindlichkeit des Kranken bestimmen den Weg und die Gangart. Will er heute Leid und Not verdrängen, so wird auch das respektiert.

Die Freiheit und Würde des Kranken sind bis zuletzt Richtschnur für alle, die im Hospiz arbeiten. Deshalb wird auch die für das Akutkrankenhaus sicher wichtige Routine vermieden: regelmäßiges Fiebermessen, Blutkontrolle, Arztvisite und ähnliches. Der Tagesablauf im Hospiz versucht, sich möglichst den Wünschen des Kranken anzupassen. Das verlangt natürlich Zeit, mehr Zeit für Gespräche und Zuwendung, als sie im Akutkrankenhaus zur Verfügung steht. Hier nun zeigt sich das Problem - ein Hospiz braucht einen günstigeren Pflegepersonalschlüssel als ein Akutkrankenhaus, und Personalkosten gehören im Gesundheitswesen zu den höchsten Kosten. Aber im Hospiz lernt man auch, auf eine neue Weise mit der Zeit umzugehen. Frau Dr. Saunders sagt: "*Zeit ist nicht eine Frage der Länge, sondern der Tiefe*". Wenn ich gut hinhöre,

dann finde ich die rechte Antwort auch, wenn meine Hände bei der Pflege beschäftigt sind.

Bald merkt man, dass Sterbenskranke ein neues, tiefes Verhältnis zur Zeit gewinnen. Zeit ist kostbarer. Man passt sich kleineren Zeiträumen an. lebt intensiver: Ein Tagesablauf, das Kommen und Gehen des Lichtes, die Ankunft des Frühlings, aber auch die Besuche und die Mahlzeiten haben mehr Bedeutung als sonst. Die Vergangenheit mit ihren großen Erlebnissen meldet sich wieder; einiges möchte man noch regeln und in Ordnung bringen, diesen oder jenen noch einmal wieder sehen.

Und der Sinn für Schönheit scheint sich bei diesen Kranken zu schärfen: die Schönheit der Blumen, das Farbenspiel eines Sonnenuntergangs, das Lied eines Vogels werden tiefer erlebt als sonst. Darum ist für ein Hospiz der Garten wichtig und das lebendige Wasser eines Brunnens oder einer Vogeltränke. Im Haus sollte es viele Bilder und immer wieder Blumen geben. Immer wieder staunt man, wie viel an Ausstrahlung von manchen Sterbenskranken ausgeht. Die Zimmer mancher Kranken zeigen es: da finden sich nicht nur die Photos der Familien und Erinnerungen an unvergessliche Erlebnisse der Vergangenheit, sondern Bilder und Zeichen, die auf tatsächlich weltweite Verbindungen hindeuten. Das Telefon verbindet bis in die Winkel der Bundesrepublik und über Grenzen hinweg, und es ist erstaunlich, wie viel Tapferkeit und Hilfe von Kranken gegeben wird, die selber viel Kraft brauchen, um ihr tägliches Leiden und Leben zu bestehen.

Hospize sind also nicht finstere Ghettos, in die Sterbenskranke abgeschoben werden. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass sie vielfach mitten in ruhigen Wohnbezirken liegen. Kübler-Ross sagt: *"es sind Lebens-Kliniken, nicht Sterbe-Kliniken. Da hilft man dem Menschen, total voll zu leben bis zum Schluss"*. So liegt das Aachener Hospiz an einem kleinen Park, direkt neben einem Kindergarten, und immer wieder bringen die Familien ihre Kinder mit ins Hospiz, stellen das neugeborene Baby vor. und wenn ein altes Ehepaar erfährt, dass sich einer von ihnen bald trennen muss wegen einer todbringenden Krankheit, wird ihnen ein Doppelzimmer angeboten, damit sie wirklich bis zuletzt beieinander sein können.

Das erinnert daran, dass der eigentliche beste Ort zum Sterben der Ort ist, wo man gelebt hat - zu Hause. Auch im Hospiz haben Kranke immer wieder den Wunsch, ihre letzten Tage daheim zu erleben. Diesen Wunsch sollte man nach Möglichkeit fördern und beachten. Nur ist es genauso notwendig, auch dann der Familie des Kranken beizustehen. Deshalb haben die Hospize in England sehr bald einen Außendienst aufgebaut, der die Familie des Sterbenskranken unterstützt. Die Erfahrung zeigt, dass inzwischen viele Familien wieder den Mut haben, ihre Kranken zu Hause zu pflegen und zu betreuen. Sie trauen sich dies zu, weil sie wissen, dass in Krisenfällen Ärzte und Schwestern des Hospizes helfen, und zwar Tag und Nacht zur Verfügung stehen. Sollten größere Probleme auftreten oder die Familie selber wieder eine Ruhepause brauchen, geht der Kranke vorübergehend wieder ins Hospiz.

Da der Bau eines Hospizes große Kosten verursacht und bisher keinerlei staatliche Mittel zur Verfügung stehen, gibt es in vielen Initiativen in den USA und auch in Deutschland den Versuch, die Betreuung von Sterbenskranken im Sinne der Hospizbewegung über einen Außendienst, also die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung, aufzubauen. Ist eine stationäre Behandlung, etwa wegen auftretender unkontrollierbarer Schmerzen, notwendig, so hilft u. U. ein Krankenhaus mit Belegbetten.

Es ist bemerkenswert, dass seit der Einrichtung von Hospizen in England die Zahl der Kranken, die daheim sterben, von 5 % auf über 30 % gestiegen ist. Man sieht also, dass die Familien viel stärker als erwartet bereit sind, ihre Sterbenskranken selber zu betreuen, falls sie in dieser Sorge nicht alleingelassen werden.

Eine Frage, die uns immer gestellt wird, lautet:

Wie können die Helfer in einem Hospiz - Ärzte, Schwestern, ehrenamtliche Helfer - diesen Dienst überhaupt bestehen? Ist es nicht deprimierend und überfordert es nicht, täglich mit Sterbenskranken umzugehen, nie den Erfolg von Heilungen zu sehen? Gewiss, dieser Dienst ist schwer, und man lernt immer neu, denn jedes Sterben verläuft anders. Es gibt also keine fertigen Antworten und Rezepte. Man selber braucht eine

bestimmte Standfestigkeit, einen Standpunkt zwischen eigenem mitfühlendem Beteiligtsein und sachlicher und fachlicher kompetenter Hilfe. Aber sehr bald erfährt man auch, wie viel man von diesen Kranken empfängt. Oft entsteht eine ganz persönliche Bindung, da der Kranke weiß: diese Schwester wird bei mir bleiben bis zuletzt, und man erfährt ohne viel Worte, wie das ist: Sterben, Annehmen der eigenen Grenze, Ja sagen zum Ende meines Lebens. Bei einigen ist es das stille Annehmen des eigenen Schicksals mit seiner Unbegreiflichkeit und seinem Dunkel. Bei anderen ist es das Sich-Anvertrauen, das sich in die Hand eines Größeren gibt. Jedenfalls ist man oft Zeuge menschlicher Größe, und insgeheim weiß man, dass man selber ebenfalls einmal diesen Schritt von diesem ins andere Leben tun muss und dass der Weg dazu schon begonnen hat.

Inzwischen gibt es in Deutschland mehr als einhundert Initiativen, die sich zunächst unabhängig voneinander um die Hospizarbeit bemühen. Das ist bemerkenswert, denn im Jahr 1978 hatte eine Befragung durch die Bundesregierung bei Kirchen, Wohlfahrt-Verbänden, Krankenhäusern und Behörden des Gesundheitswesens ergeben, dass über 90 % der Befragten sog. "Sterbekliniken" ablehnten. Gleichzeitig aber gibt es die immer stärker publizistisch geförderte Bemühung um Aktive Euthanasie. (Prof. Hackethal und die "Gesellschaft für humanes Sterben" streben sogar eine entsprechende Gesetzesänderung an.)

Eine Folge dieser Befragung und ihres negativen Ergebnisses ist die Tatsache, dass die Regierungen keine Mittel für Bau und Betreuung von Hospizen zur Verfügung stellen. Das bedeutet, dass die enormen Kosten für beides nur durch private Initiativen und Spenden aufgebracht werden müssen. Auf dieselbe Weise hat auch die Arbeit der Hospizbewegung in England begonnen. Inzwischen aber haben sowohl der staatliche Gesundheitsdienst, aber auch Institutionen wie die "Krebshilfe" sich regelmäßig an der Finanzierung der Hospize beteiligt. Auch ist das Thema "Sterben und Sterbebegleitung" inzwischen in das Programm der Ausbildung von Medizinerinnen und Krankenschwestern aufgenommen worden. In Deutschland zeigt die Tatsache, dass die bestehenden Hospize mehr Anfragen als Betten haben, dass es auch bei uns einen Bedarf an Hospizen gibt.

## Zum Gespräch

### a) Ablehnung von "Sterbekliniken"

Im Frühjahr 1978 ging eine Anfrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Gesundheit an Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Krankenhausgesellschaften und fachkundige Einzelpersonlichkeiten, wie man zu der Einrichtung eines Modells einer Sterbeklinik in Deutschland stehe. (Der Kreisverband einer Wohlfahrtsorganisation hatte das Ministerium um Hilfe gebeten.) Es kamen 25 Antworten, davon nur zwei positive. 92 % der Befragten lehnten die Förderung eines Modellversuchs ab. (H. L. Jelen vom Ministerium)

Die Vorstellung war die Übernahme der im angelsächsischen Raum bekannten "Hospize".

Folgende Argumente wurden von den Gegnern vorgebracht:

1. Es geschieht eine "Ghettoisierung" und "Institutionalisierung" des Sterbens und des Todes. "Wir haben die Sterbenden endgültig von den Lebenden geschieden. Die "staatlich verordnete Sterbeklinik". (Rüther) Die Sterbenden würden "isoliert von Freunden und Bekannten". (Student)

2. "Die Einlieferung eines Schwerkranken in ein solches Haus würde für den Kranken und dessen Angehörige eine schockierende Information bedeuten, die schwere Depression zur Folge haben kann, weil sie frühzeitig die Hoffnung zerstört." (Szeke-ly) Sterbekliniken sind "Orte ohne Hoffnung. (Jelen)

3. Die psychische Belastung der Mitarbeiter, die nur mit Sterbenden umgehen, deshalb selber depressiv werden oder abstumpfen.

4. Die medizinische Versorgung dieser Kranken könnte leiden.

5. Die Kosten sind sehr hoch wegen des hohen Personalbedarfs.

### b) "Hospize"

Prof. Student stellt fest, dass die Gegner der "Sterbekliniken" meist "abstrakte Erwägungen" vortragen, die Befürworter hingegen "eher Schilderungen aus der praktischen Arbeit" der

Hospize vorbringen. Nach Dr. Cicely Saunders, die wesentliche Verdienste für die Entstehung der Hospize hat, ist ihre Aufgabe, "den Leuten zu helfen, dass sie in diesem (letzten) Abschnitt ihres Lebens wirklich leben und nicht nur existieren". Ihr früherer Assistenzarzt Dr. Lamerton sagt: "Ziel ist es, den Körper des Kranken wieder so gut herzurichten, dass er darin sich so frei fühlt, dass er sich auf sein Sterben geistig und geistlich vorbereiten kann, falls er das wünscht".

Der ganze Umfang ärztlicher Kunst ist wieder gefragt: "manchmal zu heilen, oft zu lindern und immer zu trösten".

Die Erfahrungen der englischen Hospize zeigen, dass die Gegenargumente nicht die Wirklichkeit treffen.

1. Zur Frage der Ghettoisierung: Student: Die Hospizbewegung hat die Isolation sterbender Menschen (d. h. ihren sozialen Tod noch vor dem körperlichen) durchbrochen. "Diese Wege aus der Isolation führen über die Verbesserung der Kommunikation zwischen sterbenden Menschen, Angehörigen und Betreuern, die Einbeziehung freiwilliger Helfer und deren Konfrontation mit dem Sterben als Teil des Lebens (schon lange vor dem Tod des Einzelnen) zur Möglichkeit zur Rückkehr des Sterbenden in Familie, Freundeskreis und Gemeinwesen. Damit dient das Hospiz nicht nur den Sterbenden, sondern ebenso den Lebenden." Inzwischen haben die Hospize einen Außendienst aufgebaut, der die Kranken in den Familien betreut und es möglich macht, dass die Patienten zu Hause sterben können. (In London sterben inzwischen mehr als 30 % wieder zu Hause gegenüber 10 % in der Nachkriegszeit - ein Verdienst der Hospizbewegung). Dazu ist ein erfahrender Stab von Hospiz-Mitarbeitern nötig, der Tag und Nacht zur Verfügung steht.

2. Schock: Die Entscheidung für ein Hospiz geschieht freiwillig; man wird nicht eingewiesen. In England gehen viele ins Hospiz wegen der ausgezeichneten Schmerztherapie und der guten Pflege. (Inzwischen gibt es mehr als 100 Hospize in England.)

3. Der Umgang mit Kranken im Hospiz ist gewiss nicht einfach, gibt aber nach Aussage des Pflegepersonals oft auch eine

besondere Erfüllung wegen der menschlichen Nähe.

4. In England haben gerade die Hospize besondere Verdienste in der Entwicklung der Schmerztherapie. Zur medizinischen Ausbildung gehört auch der Dienst in einem Hospiz.

5. Die Kosten liegen auf dem Sektor "Personal" höher als im Krankenhaus. In England ist das Verhältnis 1:1. Seit einiger Zeit beteiligen sich dort der Staatliche Gesundheitsdienst und die Krebshilfe. Wir glauben, dass in Deutschland ein Personalschlüssel von 1,8: 1 realistisch ist, wenn dem Pflegepersonal modernes Gerät zur Verfügung gestellt wird.

### c) **Heutige Situation**

Bei der Diskussion über "Sterbekliniken" und ihre Ablehnung wurden Verbesserungen in den Krankenhäusern gefordert. "Wir meinen, dass das Krankenhaus -nicht die Sterbeklinik - der Ort sein muss, wo ein Mensch genesen oder gegebenenfalls menschenwürdig sterben kann. Dafür zu sorgen, etwa durch die Einrichtung von angemessenen Räumen, halten wir allerdings für sehr wichtig." (Szekely). Wie weit das verwirklicht ist, kann ich nicht beurteilen.

Inzwischen wächst die deutsche Literatur über Hospize: 1987 erschien Sandol-Stoddard: "Die Hospiz-Bewegung - ein anderer Umgang mit Sterbenden" und die Übersetzung einer Biographie von Cicely Saunders ist ebenfalls für dieses Jahr angekündigt. In "Stimmen der Zeit" resümierte W. H. Ritter kürzlich in seinem Beitrag "Ars moriendi in Sterbekliniken?": "Hospize haben zumindest übergangsweise eine zweifache Berechtigung: Sie ermöglichen erstens dem einzelnen ein humanes Sterben in einer Gesellschaft, die kein Verhältnis zum Tod hat. Sie erinnern- zweitens - massiv und energisch und machen der Öffentlichkeit die Härte und Problematik des aushäusigen und versteckten Sterbens in einer "bio-fetischistischen" Gesellschaft kund. Sie fordern damit in ihrer tatsächlichen oder vermeintlichen Anstößigkeit die Rückholung von Tod und Sterben aus der zugegebenermaßen künstlichen Welt von "Hospizen" wieder hinein in die Alltagswelt."

Jedenfalls haben sich an verschiedenen Stellen in Deutschland

Gruppen gebildet, die trotz der deutlichen Ablehnung von Sterbekliniken versuchen, sich so um Sterbenskranke zu kümmern, wie sie es in der Hospiz-Bewegung erfahren haben. Diese Gruppen haben sich meist um Ärzte, Pflegepersonal, Geistliche geschart und haben teilweise schon jahrelange Erfahrungen gesammelt.

Als mir bekannte Einrichtungen nenne ich (Stand 1987):

1. Paul-Lechler-Krankenhaus der Universitätsklinik in Tübingen mit Dr. van Soest;
2. die palliative Abteilung an der Kölner Universitätsklinik unter Prof. Pichlmaier und P. Dr. Zielinski;
3. "Christophorus Hospiz-Verein" in München (Dr. Albrecht, P. Iblacker);
4. Pf r. Overkämping, Recklinghausen "St. Franziskus-Hospiz";
5. Dr. Paul Becker: "Internationale Gesellschaft für Sterbegleitung und Lebensbeistand", Limburg;
6. Frau Dr. Dorothee Wirtz, Mönchengladbach;
7. Initiative "Zu Hause sterben" in Hannover;
8. Hospiz "Haus Hörn", Aachen.

*Paul Türks*

Kopienverleih:

Kirchliche und öffentliche AV-Medienstellen Kopienverkauf  
für nichtgewerblichen Einsatz durch:

Katholisches Filmwerk GmbH

Postfach 11 11 52

60046 Frankfurt

Ludwigstraße 33

60327 Frankfurt

Telefon (069) 97 14 36-0

Telefax (069) 97 14 36-13

E-Mail: [info@filmwerk.de](mailto:info@filmwerk.de)

[www.filmwerk.de](http://www.filmwerk.de)

Herausgegeben vom Programmbereich AV-Medien  
Katholisches Filmwerk GmbH, Frankfurt/M.