

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 3 (1998)

Heft: 3

Artikel: Hospiz ohne Mauern

Autor: Albrecht, Elisabeth

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091828>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Das Phänomen ist bekannt. Wer für den Umgang mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen sensibilisiert ist, reagiert begeistert, wenn er die Gelegenheit hat, die Arbeit eines eingespielten Hospizdienstes kennenzulernen. Doch wie schwer ist es, ein so offensichtlich benötigtes Angebot dann in der eigenen Umgebung aufzubauen! Trotz aller eigenen Überzeugung, vorzeigbaren Einrichtungen, trotz inzwischen verfügbarer Literatur und Studien ist der Aufbau eines Hospizdienstes mühsam. Der folgende Artikel möchte dazu ermuntern, derartige Schwierigkeiten als unvermeidlichen Teil der Aufbauarbeit zu akzeptieren. Der Bericht handelt von der Entwicklung des Münchner Christophorus-Hospiz-Vereins seit dem Jahr 1985, bei der die Autorin beteiligt war.

Elisabeth Albrecht*

Hospiz ohne Mauern

Zeit der Vorbereitung

Im Jahre 1971 wurde der Film «noch 16 Tage» über das Hospiz St.Christopher's, London, im Fernsehen gezeigt. Daraufhin entstand eine lebhaftige Diskussion darüber, ob eine derartige «Sterbeklinik» auch in Deutschland sinnvoll wäre. Dies wurde von den Kirchen und führenden Vertretern des Gesundheitswesens jedoch abgelehnt. Der Regisseur dieses Filmes, Jesuitenpater Reinhold Iblaker, seit den Dreharbeiten zu tiefst überzeugt von der Hospizidee, erkannte rasch, dass die Bezeichnung Sterbeklinik für Hospiz, von eifrigen Journalisten als Sensationshascherei installiert, ein falsches Signal setzte. Schliesslich ist Hospizarbeit nicht hypnotisiert von der Thematik Tod und Sterben (bei aller Akzeptanz dieses Tabubereichs), sondern beschäftigt sich intensiv mit der verbliebenen Lebenszeit. Ausserdem handelt es sich eben gerade nicht um eine Klinik, sondern um ein Konzept, das die Betreuung des Sterbenden in einer geborgenen Umgebung ermöglichen möchte, die sich im stationären Bereich von einer Klinik deutlich unterscheidet.

Als 1985 der Christophorus-Hospiz-Verein in München gegründet war, brach dieses semantische Problem nach über 10 Jahren sofort wieder hervor. Als erste Aufgabe musste der Ausdruck «Sterbeklinik» verbannt werden, was einige Pressekonferenzen in An-

spruch nahm. Doch stellte sich bald heraus, dass die Ansichten über die nötige Vorgehensweise auch im jungen Verein stark differierten: Sollte überhaupt von Tod und Sterben geredet werden? Ist es nicht besser, eine derartige Einrichtung «Schmerzhaus» zu nennen? Kann das Vorbild St.Christopher's in London überhaupt auf unsere Verhältnisse übertragen werden? Es begann die anhaltene Aufgabe, eine realistische und flexible Konzeptentwicklung für die eigenen Gegebenheiten auf den Weg zu bringen. Man konnte sich weder zu eng an den Vorbildern orientieren (inzwischen auch die Hospizarbeit in Kanada und den USA), noch wollte man das Rad neu erfinden. Eine Grundsatzentscheidung wurde schon sehr früh gefunden, nämlich die Erkenntnis, dass die Arbeit Ehrenamtlicher ein wesentlicher Bestandteil von Hospizdiensten darstellt. Obwohl ehrenamtliche Mitarbeiter damals in Gesundheitsdiensten in München nicht sehr üblich waren, musste man versuchen, genügend Leute zur Mitarbeit zu ermuntern. Es sollte sich bald herausstellen, dass überraschend viele Interessierte sich für diese Arbeit zur Verfügung stellten.

Bald kristallisierten sich einige grundsätzliche Fragen heraus, deren Beantwortung für die weitere Planung entscheidend sein sollte: (Abbildung 1)

1. Was brauchen unsere Sterbenden?

Dazu liegen zahlreiche Artikel angloamerikanischer Hospizgruppen vor, zunehmend auch deutschsprachige Arbeiten. Sie wurden und werden ergänzt durch die Erfahrung der Vereinsmitglieder. Als sehr wertvoll hat sich eine Doktorarbeit herausgestellt, für die Sterbende im Münchner Raum und ihre Angehörigen interviewt wurden. Knapp zusammengefasst ergeben sich hier folgende Punkte:

Kompetente fachliche Betreuung im medizinischen, pflegerischen, psychischen und spirituellen Bereich, tragfähige soziale Beziehungen, dabei kein Ausgrenzen der Problematik Sterben und Tod; ausreichende Unterstützung der Angehörigen; insgesamt gesehen Beschwerdelinderung und Verbleib in der gewohnten Umgebung, Anregungen für noch mögliche Lebensfreuden.

Abbildung 1 Fragen zur Planung eines Hospizdienstes

1. Was brauchen unsere Sterbenden?
2. Wer kümmert sich derzeit bei uns um Sterbende?
3. Wo liegen die Schwierigkeiten bei dieser Betreuung? Was benötigen Sterbende und ihre Angehörigen also derzeit am dringendsten?
4. Was können wir verwirklichen? Wem können wir helfen, wem nicht?

*Dr. med., Ärztliche Leiterin Christophorus Hospiz, München

2. Wer kümmert sich derzeit bei uns um Sterbende?

Im Grossraum München führte diese Frage zu lang anhaltender Arbeit. Schliesslich konnte eine ziemlich umfangreiche Liste mit Versorgungsangeboten benutzt werden. Darin sind die ambulanten Pflegedienste verzeichnet, Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, Essen auf Rädern, psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen zu einzelnen Krankheitsbildern.

3. Wo liegen die Schwierigkeiten bei dieser Betreuung? Was benötigen Sterbende und ihre Familien derzeit also am dringendsten?

Die bereits oben erwähnte Doktorarbeit zeichnete recht klar folgendes Bild von der Situation Sterbender in München:

Sterbende und ihre Familien wissen kaum etwas über das derzeit vorhandene Hilfsangebot (z.B. ambulante Pflegedienste, die nicht allen Familien bekannt waren). Sie versuchen, mit der Situation zurechtzukommen, meistern viele kleinere und mittlere Probleme. Es kommt zu einer chronischen Überforderung aller Beteiligten. Eine für sich gesehen geringfügige Verschlechterung der Situation, z.B. ein grippaler Infekt bei einem pflegenden Familienangehörigen, führt dann zu einem Zusammenbruch der Betreuung. Der Sterbende wird notfallmässig in die Klinik eingewiesen. Bei einigen der interviewten Sterbenden setzte der Hausarzt die verordneten Opiate nach Klinikaufenthalt wieder ab. Nur bei wenigen Sterbenden war zu Hause ein Pflegedienst in die Betreuung involviert.

Zwei Problembereiche zeigen sich also: Zum einen sind die vorhandenen Dienste gar nicht ausreichend bekannt und genutzt, zum anderen fehlt gerade im ambulanten Bereich eine kontinuierliche, vorausschauende, auf die Situation Sterbender spezialisierte Betreuung, so dass kleinere Schwierigkeiten rasch beseitigt werden, grössere Probleme rechtzeitig erkannt und angegangen werden können, z.B. zusätzlich nötige Hilfe organisiert wird, ein Toilettenstuhl bereitsteht, eine Nachtwache vor völliger Erschöpfung der Familie zum Einsatz kommt, die Symptomkontrolle optimiert wird.

4. Was können wir verwirklichen? Wem können wir helfen, wem nicht?

Anfangs standen zur Verfügung: ein kleiner Raum, ein Telefon, eine Handvoll Idealisten mit wenig Freizeit, bald eine angestellte Kraft, ein Karteikasten mit Versorgungsangeboten im Grossraum München.

Damit konnte das erste Problem angegangen werden und für Betroffene eine Informationsstelle eingerichtet werden, die auf Hilfsangebote hinweist, Betreuung koordinieren hilft und eine ruhige Aussprache er-

möglicht. Allein durch dieses Angebot gelingt es einigen Familien, einen sterbenden Angehörigen zu Hause besser zu betreuen.

Leider reicht dieses Hilfsangebot gerade nicht aus, wenn die unter 3. gezeigte häufigere Situation vorliegt, dass nämlich fachkompetente Betreuung längerfristig notwendig ist. Für diese eigentlich nötige Arbeit musste also der Verein weiterentwickelt werden.

Dieses differenzierte Abfragen der Gegebenheiten entstand zum grossen Teil während eines Wochenendes, das der Vereinsvorstand zusammen mit Mitarbeitern des Strathcarron Hospice, Schottland, durchgeführt hat. Wir verabschiedeten uns von der zunächst fixen Idee eines stationären Hospizes analog zum St.Christopher's Hospiz und begannen, Wege für eine kontinuierliche Aufbauarbeit zu diskutieren.

2. Gehversuche

Das Beratungs- und Koordinationsangebot des kleinen Vereins wurde zunehmend in Anspruch genommen. Dabei stellte sich rasch heraus, dass für die bessere Betreuung Sterbender einerseits quantitativ Betreuungspersonen fehlten, andererseits auch qualitativ das Fachwissen nicht zur Verfügung stand, wie in der besonderen Situation mit Sterbenden und ihren Angehörigen besser umgegangen werden kann. Wurden diese Tatsachen bei Informationsveranstaltungen dargestellt, regte sich Widerstand bei einigen Pflegekräften und Hausärzten. Sie fassten diese Sichtweise als Kritik an ihrer bisherigen Tätigkeit auf, befürchteten zuweilen auch neue Konkurrenz.

Beispiel:

Nach einem Informationsvortrag, bei dem auch die Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe bei Sterbenden thematisiert wurde, kam ein Hausarzt zur Referentin und sagte ganz bestürzt: «Ich habe mich immer so um meine Sterbenden gekümmert, ihnen täglich über zwei Liter Infusionen gegeben. Sie wollen doch nicht sagen, dass das vielleicht auch falsch sein kann?»

Die Aufgabe bestand darin, sensibel Information über die Möglichkeit von Hospizarbeit gerade den Professionellen weiterzugeben, um sie für diese Arbeit zu begeistern.

Als nächste Aufgabe wagte sich der Verein daran, quantitativ Betreuungspersonen zur Verfügung zu stellen. Eigene Pflegekräfte hätten Rivalitäten zu den existierenden Pflegediensten ausgelöst, die geringe Finanzkraft des Vereins liess auch die Anstellung von Personal kaum zu. So wurde damit begonnen, ehren-

amtliche Mitarbeiter in Kursen zu schulen. Bald standen diese Hospizhelfer bereit, um Betroffene und ihre Familien zusätzlich zu unterstützen, etwa Nachtwachen mit zu übernehmen, zu Hause zu bleiben, damit die Hauptpflegeperson Einkäufe erledigen konnte, den Hund spazieren führen, Briefe vorlesen oder auf Diktat schreiben, also kleine Annehmlichkeiten des Alltags zu ermöglichen oder auch zuhören können bei den vielen grossen Fragen am Lebensende. Regelmässige Treffen für eingesetzte Hospizhelfer unter professioneller Leitung wurden bald zur wichtigen Voraussetzung dafür, dass sich die Hospizhelfer nicht übermässig verausgaben. Es entstanden auch Trauergruppen zur Unterstützung der zurückbleibenden Angehörigen.

Diese Zeit, in der vom Verein aus ein direktes Hilfsangebot für Betroffene eingerichtet wurde, nämlich die Hospizhelfer, war aus mehrfachen Gründen ausgesprochen schwierig:

Zunächst bestand eine grosse Unsicherheit, ob tatsächlich die eigene Kompetenz ausreicht, Sterbende mitzubetreuen. Schliesslich standen keine eigenen Fachkräfte zur Verfügung, die Hospizhelfer mussten auch erleben, dass die medizinische, seltener die pflegerische Betreuung nicht ausreichend war. Dann musste Öffentlichkeitsarbeit den Verein bekanntmachen, damit Anfragen eingingen, jedoch sollte vermieden werden, dass bei zu vielen Anfragen Betroffene abgelehnt werden müssten – eine Gratwanderung zwischen Bereitstellung von Hospizhelfern und Werbung in der Öffentlichkeit. Für die zeitintensive Planung und Vorbereitung der Einsätze von Hospizhelfern (Erstbesuch, gründliche Information, Rücksprache mit Hospizhelfer,

Vorstellung) musste weiteres Personal fest angestellt werden, natürlich auch die Spendenbeschaffung für den Verein intensiviert werden.

Parallel zu den bisher beschriebenen Aktivitäten wurden zeitintensive Orientierungsgespräche mit den verschiedenen Instanzen des Gesundheitswesens durchgeführt, um ein stationäres Hospiz aufzubauen. Dabei kam es immer wieder zu entmutigenden Rückschlägen.

Gleichzeitig zeigten die Rückmeldungen der Hospizhelfer, dass es dringend nötig wäre, das Fachwissen in Medizin und Pflege zu verbessern, und zwar im stationären wie auch im ambulanten Sektor. Leider stand aber ein stationäres Hospiz nicht in Aussicht, von dem aus Palliativbetreuung bekannt gemacht werden könnte. Aus dieser frustrierenden Situation heraus wurde die Idee des «Hospiz ohne Mauern» geboren: Hospizarbeit bedeutet nicht Institution, sondern Konzept. Dieses Konzept umfasst den Respekt vor jedem Menschen, das Fachwissen der Palliativbetreuung und das Zulassen des Todes als natürlichen Vorgang. Es wird verwirklicht von einem Team von Mitarbeitern mit entsprechender Weiterbildung. Gerade schwierige Situationen verlangen ein rasches multidisziplinäres Handeln, um doch noch ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt zu ermöglichen. (Abb. 2). Ob dieses Team nun in eigenen Mauern arbeitet oder aber zum Patienten hingeht, ist zweitrangig. Der Verein entschloss sich also, das zu tun, was in seinen Kräften stand, nämlich ein ambulantes Hospizteam aufzubauen. Die Hospizhelfertätigkeit sollte erweitert werden durch die Arbeit Professioneller.

3. Hospiz ohne Mauern

Auf Kosten des Vereins wurden zwei onkologisch erfahrene Krankenschwestern nach Grossbritannien geschickt, wo sie in einem Macmillan Kurs in Palliativbetreuung weitergebildet wurden. Eine weitere Pflegekraft wurde eingestellt, die in der ambulanten Pflege in München lange gearbeitet hatte. Diese drei Hospizschwestern bildeten den Grundstein für einen inzwischen vollständig entwickelten Palliativdienst (siehe Kriterien von Abbildung 2):

Ad 1 – Administrative Organisation:

Durch die Vereinsstrukturen gegeben.

Ad 2 – Symptomkontrolle:

Durch Hospizschwester und Hausarzt gegeben; die Hospizschwester berät den Hausarzt, den Betroffenen, leitet die Angehörigen an, gibt Tips an den meist ebenfalls hinzugezogenen ambulanten Pflegedienst. Wichtig ist der kontinuierliche Kontakt zur Familie, um

Abbildung 2

Funktionelle Klassifikation eines Palliativdienstes

nach: Palliativdienste – Richtlinien des kanadischen Gesundheitsministeriums (deutsche Übersetzung, Herausgeber Christophorus-Hospiz-Verein München)

Teilbereiche	Vorstufe	Stufe I essentiell für Patientenbetreuung	Stufe II vollständig entwickelter Palliativdienst
1. Administrative Organisation*	*es fehlen ein oder mehrere der Bestandteile	Erforderlich	Erforderlich
2. Symptomkontrolle*		Erforderlich	Erforderlich
3. Psychosoziale Unterstützung*		Erforderlich	Erforderlich
4. Spirituelle Unterstützung*		Erforderlich	Erforderlich
5. Ehrenamtliche Helfer			Erforderlich
6. Unterstützung in der Trauerzeit			Erforderlich
7. Evaluierung			Erforderlich
8. Aus- und Weiterbildung			Erforderlich

Probleme bereits im Anfangsstadium zu erkennen und abzufangen.

Medizinische Hilfe in komplexen Situationen für Hospizschwester und Hausarzt stellt ein Arbeitskreis Palliativmedizin des Vereins zur Verfügung, in dem sich Mediziner mit spezieller Erfahrung in Palliativmedizin regelmässig mit den Hospizschwestern treffen (siehe weiter unten).

Ad 3 – Psychosoziale Unterstützung:

Die Hospizschwestern verwenden einen grossen Teil ihrer Zeit auf das Gespräch mit den Angehörigen; des weiteren stehen zwei Sozialarbeiter im Verein zur Verfügung, die neben dem Einsatz der Hospizhelfer auch die Patienten und Familien direkt beraten.

Ad 4 – Spirituelle Unterstützung:

Dies wird als Teilbereich der Arbeit der Hospizschwestern, der Sozialarbeiter und der Hospizhelfer gesehen und entsprechend in den Weiterbildungen berücksichtigt. Wird in diesem Bereich ein grösseres Problem erkannt, erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Geistlichen; im Verein arbeiten einige Seelsorger auch ehrenamtlich mit, die bei Bedarf ebenfalls zur Verfügung stehen.

Ad 5 – Ehrenamtliche Helfer:

Von Anfang an vorhanden, regelmässig weitergebildet und betreut.

Ad 6 – Unterstützung in der Trauerzeit:

In Form von offenen und verbindlichen Gruppen, Einzelgesprächen und Gruppenwochenenden verfügbar.

Ad 7 – Evaluierung:

Erfolgt durch Erfassungsbögen nach Abschluss einer jeden Betreuung. Jährlich wird ein Bericht der geleisteten Arbeit mit aussagekräftigen Statistiken erstellt.

Ad 8 – Aus- und Weiterbildung:

Wird durch eine eigens dafür angestellte Kraft im Verein im grösseren Umfang und auch überregional organisiert.

Die anfängliche Skepsis gegenüber dem «Hospiz ohne Mauern» war gross, insbesondere gehörte für die Hospizschwestern zu Beginn viel Mut dazu, mit den Hausärzten die medizinische Therapie zu besprechen. Sie verfügten über speziell dafür entwickelte Informationsbroschüren für den Arzt, z.B. zum Thema Schmerztherapie, Atemnot oder gastrointestinale Probleme. Erfreulicherweise haben die letzten Jahre gezeigt, dass die Hausärzte nach anfänglicher Skepsis dieses Bera-

tungsangebot sehr gerne annahmen und insbesondere die Behandlungsvorschläge übernahmen. Auch die ambulanten Pflegedienste kooperieren gerne mit dem ambulanten Hospiz; die anfangs spürbaren Konkurrenzängste haben inzwischen der Erkenntnis Platz gemacht, dass die pflegerischen Vorschläge der Hospizschwestern die Arbeit wirklich erleichtern.

In dem bereits erwähnten Arbeitskreis Palliativmedizin treffen sich regelmässig an Palliativmedizin und -pflege interessierte Ärzte und Pflegekräfte. Dort werden medizinische Probleme diskutiert, die sich im ambulanten Hospiz oder in der Arbeit der Anwesenden ergeben, so dass die Hospizschwestern auch eine enge medizinische Rückkoppelung erfahren. In besonders komplexen Fällen stellen die Hospizschwestern auch einen Kontakt zwischen Hausarzt und einem in Palliativmedizin erfahrenen Arzt her.

4. Weitere Entwicklung

Inzwischen ist das «Hospiz ohne Mauern» personell weiter angewachsen: derzeit arbeiten im ambulanten Hospiz hauptamtlich vier Hospizschwestern, eine Sozialarbeiterin, ein Sozialarbeiter und Theologe, eine Sekretärin, ehrenamtlich 94 Hospizhelfer. Als Honorarkräfte steht eine Atemtherapeutin, eine Kunsttherapeutin und zwei psychotherapeutisch ausgebildete Trauerbegleiter zur Verfügung.

Im Jahre 1997 kamen über 500 Anfragen für Mitbetreuung an das ambulante Hospiz. 202 von den betreuten Patienten sind 1997 verstorben, die Hälfte davon zu Hause. Inzwischen konnten in München zwei Hospizstationen innerhalb von Krankenhäusern (Palliativstationen) errichtet werden. Für den Fall, dass ein Betroffener unter nicht ausreichend beherrschten Symptomen leidet, steht als Alternative zum Krankenhaus auch ein stationäres Hospiz zur Verfügung, bei Problemen eher pflegerischer Art werden auch Pflegeheime in Anspruch genommen. Der idealistische Wunsch, dass jeder zu Hause sterben soll, bedarf einer gewissen Revision: In der Realität sind Betroffene wie Angehörige durchaus damit einverstanden, dass Krankenhaus, Hospiz oder Altenpflegeheim in Anspruch genommen wird, da sie erlebt haben, dass trotz guter zusätzlicher Unterstützung die Situation zu Hause zu belastend war.

Bei der Eröffnung der Palliativstation Christophorus-Hospiz vor einem Jahr, dem zweiten Hospiz in München, wurde ein Brückenteam mit eingerichtet, das Vernetzungen zwischen dem ambulanten Hospiz und der Palliativstation sowie zu den unterschiedlichsten Einrichtungen innerhalb Münchens schaffen soll. Die beiden pflegerisch/sozialpädagogischen Fachkräfte nehmen Anfragen zur stationären Aufnahme entgegen.

gen, informieren über die Betreuungsmöglichkeiten, führen meist einen Erstbesuch bei dem Sterbenden durch und klären dabei insbesondere ab, ob eine ambulante Betreuung möglich ist. Ausserdem treffen sie die Vorbereitungen zur Entlassung aus der Palliativstation. Bereits in dem vergangenen Jahr hat sich gezeigt, dass dieses Brückenteam den stationären wie auch den ambulanten Bereich deutlich entlastet und gerade für die Vernetzung unabdingbar ist.

Wendet sich ein Betroffener oder seine Familie an das «Hospiz ohne Mauern», so wird nicht automatisch eine Vollversorgung angeboten, sondern ergänzt, was in der jeweiligen Situation fehlt. Dies reicht von einer einmaligen Beratung über die Koordination weiterer Hilfsdienste, die Vermittlung eines Hospizhelfers bis hin zur regelmässigen Betreuung durch die Hospizschwester und Beratung des Hausarztes durch Hospizschwester und palliativmedizinische Kollegen. Zeichnet sich ab, dass die Situation zu Hause aus medizinischen oder psychosozialen Gründen nicht mehr erträglich wird, veranlasst die Hospizschwester eine adäquate Verlegung. Zu wünschen ist für die Zukunft, dass es in Einzelfällen auch möglich ist, einen der Ärzte, die in der Palliativstation arbeiten, auch für konsiliarische Hausbesuche einzusetzen. Dafür muss jedoch noch viel Aufklärungsarbeit innerhalb der Ärzteschaft geleistet werden.

Für die Mitarbeiter des Hospiz ohne Mauern wäre es einfacher, auf eine eigene Gruppe von Pflegepersonal, Ärzten und Seelsorgern zurückgreifen zu können, um die Sterbenden und ihre Familien zu betreuen. Stattdessen müssen sie ja derzeit vor Ort ein Team pro Patient zusammenstellen, so dass sie meist mit neuen ambulanten Diensten, anderen Hausärzten und fremden Seelsorgern Kontakt aufnehmen müssen. Dies erfordert viel Aufklärungsarbeit, bedeutet häufig zunächst Kommunikationsschwierigkeiten: Es dauert manchmal eine Weile, bis die Zusammenarbeit dann auch klappt. Diese auf den ersten Blick unnötigen Reibereien haben jedoch einen Vorteil, der sich nun langsam auch bemerkbar macht:

Haben ambulante Dienste oder Hausärzte erst einmal zusammen mit dem «Hospiz ohne Mauern» einen Patienten betreut, so lernen sie dabei einiges vom Fachwissen der Hospizschwestern, können dies häufig (gerade bei den Hausärzten, z.B. Schmerztherapie) rasch bei anderen schwerkranken Patienten anwenden, oder schalten bei der nächsten Sterbebegleitung das Hospiz ohne Mauern bereits früher (und damit meist adäquater) ein. So wird das Fachwissen der Palliativbetreuung eindrücklicher als in theoretischen Schulungen weitergegeben.

Weder für den Aufbau von Hospizen noch für die Finanzierung gibt es Patentrezepte. Der Christophorus-

Hospiz-Verein konnte sich nur entwickeln durch seine Mitglieder und zahlreichen Spender, Zuschüsse von der katholischen und evangelischen Kirche sowie durch Unterstützung aus Stiftungen. Jahrelang konnte keiner angestellten Kraft garantiert werden, dass die Finanzdecke für das nächste Jahr ausreicht. Die Krankenkassen sind nun bereit, die Arbeit der Hospizschwestern über Sondervereinbarungen mitzufinanzieren. Die Entwicklung eines Hospizteams ist nirgendwo eine Sternalergeschichte, bei der das Geld vom Himmel fällt. Auch in München bedeutete die Aufbauarbeit ein zähes Eintreten für die gute Idee durch Öffentlichkeitsarbeit und zahllose Einzelgespräche vieler engagierter Menschen.

Die hier skizzierte Aufbauarbeit mag geradlinig und einfach klingen. Es wurden auch hauptsächlich die positiven Weiterentwicklungen zusammengefasst. Nicht näher beschrieben wurden die vielen Sackgassen, Umwege, die grosse Unsicherheit, ob denn die eingeschlagene Entwicklung richtig sei, Spannungen und Reibungen unter den lange Zeit ausschliesslich ehrenamtlichen Entscheidungsträgern im Verein. Gerade am Anfang fühlte sich der kleine Verein fast erdrückt von dem Chaos ungelöster Probleme in allen Teilbereichen. Visionen mussten aufgegeben, andere entwickelt werden. Dieser Aufbau lebt von Idealisten und Realisten, von den Reibungen zwischen diesen beiden, von ansteckendem Enthusiasmus, von Zähigkeit. Die eigene Motivation zu dieser aufreibenden Arbeit sollte bewusst sein, im Mittelpunkt muss die gemeinsame Sache stehen, damit Zusammenarbeit trotz persönlicher Unterschiede möglich und fruchtbar wird:

Sterbende in Not brauchen Hilfe, Respekt, und eine Gesellschaft, die Leben und Tod als natürliche Vorgänge akzeptieren lernt.