

*Der Beitrag wurde veröffentlicht in: „Die Zukunft der Altersgesellschaft“
Wallstein Verlag, Göttingen, 2005*

Sterben in Würde

Die Hospizidee und ihre Zukunft

Wer von uns traut sich schon, seine Wünsche darüber zu äußern, wie er/sie sich die letzte Lebensphase, das Sterben, vorstellt. Wenn man erlebt, wie offen über die Wünsche an das Leben diskutiert wird, wird der Grad der Tabuisierung von Sterben und Tod in unserer Gesellschaft besonders deutlich.

In Umfragen danach, was den Menschen in ihrer letzten Lebenszeit wichtig ist, tauchen immer dieselben Wünsche auf: keine Schmerzen zu haben oder anders leiden zu müssen, nicht künstlich am Leben erhalten zu werden, bis zuletzt und gerade zuletzt in vertrauter Umgebung und unter vertrauten Menschen zu sein. Dies werden auch in Zukunft die Wünsche bleiben, aber die Umstände werden sich weiter ändern.

Die Realität der vergangenen Jahrzehnte sah zunächst anders aus und das hat vermutlich viele Gründe: die hohe Lebenserwartung brachte auch Erkrankungen mit sich, die mit einem beängstigenden Ausmaß an Entpersönlichung einhergingen; die Technisierung der Medizin führte zu der berechtigten Frage, ob alles, was machbar ist, auch richtig ist; die veränderten Familienstrukturen bedeuteten, dass durch „Fremde“ und Dienstleistende ersetzt werden musste, was früher von der Familie geleistet wurde.

Das Idealbild des funktionierenden, gesunden Menschen, der über sich selber bestimmen kann und autonom ist, führt zu Erscheinungen, die sich in der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Holland oder des propagierten assistierten Selbstmordes in der Schweiz und in Deutschland ausdrücken.

Während wir unser Leben noch regeln, kontrollieren, mitbestimmen und die Rahmenbedingungen dafür mit schaffen können, während wir zu aktiven und gesunden Zeiten Beziehungen noch pflegen, Freundschaften und Liebe noch leben können, so sind wir am Ende des Lebens oft darauf angewiesen, dass andere unsere Bedürfnisse erspüren und unsere gewählten Wünsche erfüllen – vor allem aber darauf, dass andere uns akzeptieren, wertschätzen und mögen. Wir sind am Ende unseres Lebens – und oft schon viel früher – in Abhängigkeit von Ärzten, die Diagnosen stellen und Therapien einleiten, in Abhängigkeit von Pflegenden, die uns gewogen sind und in Abhängigkeit von Menschen, die unseren plötzlich so wichtigen Fragen nach dem Sinn des Lebens und nach dem „Danach“ nicht ausweichen und unsere Ängste mit uns aushalten oder unsere Hoffnungen teilen.

Aus diesen Grundgedanken ist die moderne Hospizbewegung entstanden, die ihren Namen von den mittelalterlichen christlichen Hospizen abgeleitet hat.

Die Philosophie des Hospiz

Mit dem mittelalterlichen, ursprünglich christlich geprägtem Begriff Hospiz (Gastfreundschaft) verbindet sich die Erwartung persönlicher Zuwendung, fürsorglicher Pflege sowie intensiven Bemühens um die Linderung von Schmerzen, um Sinnerfahrung und tröstende Nähe in der Trauer. Die Begleitung schwerkranker Menschen beschränkt sich dort nicht nur auf die medizinische und pflegerische

Betreuung, sondern umfaßt alle Versuche, einem anderen Menschen als Mensch nahe zu sein.

Der Sterbende wird mit seinen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt aller Bemühungen gestellt.

Der Verzweifelte kann in seiner Not Hilfe finden und dem Wunsch nach einem friedvollen Sterben Ausdruck geben, sich aber sicher sein, daß im Hospiz nicht Hand an ihn gelegt wird, sondern daß mit allen Mitteln versucht wird, seine Leiden zu lindern.

Geschichte und Begriffe

„Hospize“ waren im Mittelalter Herbergen für Pilgernde auf ihrem Weg. Sie wurden von Ordensgemeinschaften geführt und standen dem Kranken und Sterbenden, der Frau in den Wehen, dem bedürftigen Armen oder dem Waisenkind offen. Schutz, Erfrischung, Fürsorge und Beistand waren die Grundidee der Hospize. Abgelöst wurden sie später durch die großen christlichen Hospitäler, aus denen sich die Krankenhäuser entwickelten. Im weiteren Verlauf kamen staatliche und kommunale Einrichtungen dazu.

Die Entwicklung der modernen Hospizidee

Das erste Hospiz moderne Prägung, das sich speziell um die Belange Sterbender kümmerte, wurde 1967 in London von Ciceley Saunders gegründet. Die Idee griff schnell um sich. In der Folge entwickelte sich der Begriff „Hospiz“ vom rein stationären Haus zu einem Konzept für die Begleitung Schwerkranker, Sterbender und ihrer Angehörigen in den unterschiedlichsten Formen.

Mehr als 200 stationäre Hospize oder Palliativstationen in Krankenhäusern existieren heute in Großbritannien. Ähnliche Verbreitung fand die Hospizbewegung in den USA, wo seit 1974 mehr als 2000 Hospize aufgebaut wurden.

In Deutschland hinkte die Entwicklung etwas hinterher. Erst 1983 wurde in Köln die erste palliative Station eines Krankenhauses geöffnet, 1987 in Aachen das erste Hospiz. Dann aber plötzlich in den 90iger Jahren haben sich hunderte von ambulanten Hospizinitiativen gegründet, die mit ihren ehrenamtlichen Hausbetreuungsdiensten Angehörige unterstützen oder ersetzen, so dass sterbende Menschen so lange sie es wünschen zu Hause leben können.

Die Hospiz-Idee wurde in verschiedenen Organisationsformen realisiert. Ob als ambulanter Hausbetreuungsdienst, als teilstationäres oder stationäres Hospiz, als Hospizwohnung oder als Palliativstation – kennzeichnend war die intensive, interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegenden, Psychologen, Sozialarbeitern und Geistlichen mit Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern.

Warum sind die Hospize wieder neu entstanden?

Was hatte sich geändert in unserem Leben , dass diese Idee, die ursprünglich in London entstanden war, nun plötzlich so vehement nicht nur in Deutschland sondern weltweit Fuß fasste?

Drei Gründe lassen sich benennen:

1. Der medizinische Fortschritt:

Krankheiten wie die verschiedenen Krebserkrankungen, die heute die dritthäufigste Todesursache in den Statistiken darstellen, und die bis dahin als unheilbar galten, wurden heilbar. Dieser Fortschritt hat seinen Preis.

Eine Heilung oder zumindest eine wesentliche Verlängerung des Lebens ist bei einer solchen Erkrankung nur zu erreichen, wenn eingreifende medizinische Maßnahmen durchgeführt werden können. Ein Patient, der an Krebs erkrankt ist wird mit der Frage konfrontiert, ob er sich operieren lassen will, oder ob er mit einer Chemotherapie einverstanden wäre. Aufwändige Diagnostik geht in der Regel dieser Frage voraus.

Damit ein Mensch diese Eingriffe über sich ergehen lässt, muss er zunächst natürlich über die möglicherweise tödliche Natur seiner Erkrankung aufgeklärt sein, denn sonst gäbe er niemals sein Einverständnis zu derartig eingreifenden Maßnahmen.

Dies ist ein Unterschied zu der Zeit, als die Patienten von den Ärzten in einem „gnädigen“ Ungewissen gehalten wurden, weil ihr Leiden nicht zu heilen war.

Aufgeklärte Patienten, die über die genaue Diagnose und die notwendigen Schritte der Behandlung informiert sind, sind aber auch zu einem kritischen Dialog mit den Ärzten in der Lage. Sie hinterfragen die einzelnen Schritte der Behandlung und Diagnostik und wollen sich über den Stand ihrer Erkrankung orientieren. Falls sie erkennen, dass eine weitere Behandlung keine wirkliche Aussicht auf eine Lebensverlängerung darstellt, ja sogar nicht einmal die Lebensqualität verbessern wird, werden sie die Behandlung ablehnen.

Wir haben also wieder – so wie vor hundert Jahren, als die medizinischen Möglichkeiten noch sehr gering waren – Patienten, die wissen, dass sie in absehbarer Zeit sterben werden. Menschen, die wissen, dass sie in Kürze sterben werden haben aber andere Wünsche an ihre Umgebung, als Menschen, die gesund werden wollen. Sie wollen beispielsweise nicht ihre letzten Tage in einem Krankenhaus verbringen, sondern zurück in ihre vertraute Umgebung, am liebsten in den Schoß ihrer Familie.

2. Der Verlust der Großfamilie

Die Sorge um die Schwerkranken und Sterbenden gehörte früher zu den Pflichten der Großfamilie. In der Zeit, als die Familien noch unter einem Dach zusammenlebten, war es selbstverständlich, dass die Frauen, die zu Hause waren und den Haushalt führten, auch die Kranken pflegten. Angehörige sterben zu

sehen, Tote im eigenen Haus aufzubahren und alle damit verbundenen Arbeiten und Riten gehörten zu den Lebenserfahrungen selbst der Kinder.

In den letzten 50 Jahren hat die Gesellschaft sich verändert. Die Großfamilien gibt es noch heute, aber sie lebt weit verstreut. Ein Sohn in Hamburg, eine Tochter in München. Die Familien haben sich in kleinere Einheiten aufgespalten, die Bindungen sind lockerer geworden. In einer mittleren Stadt leben heute nahezu 50% aller Menschen allein. Jeder 2. Haushalt ist ein „Single-Haushalt“. Das, was früher die Großfamilie an Dienstleistungen erbracht hat wird heute von professionellen Pflegekräften, Vereinen für Familienpflege, sozialen Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, „Essen auf Rädern“, organisierter Nachbarschaftshilfe usw. erbracht. Diese Leistung der Gesellschaft ist erstaunlich und sehr positiv. Es ist die passende Antwort auf die Vereinzelung und Spezialisierung, die im sozialen Gefüge stattgefunden hat. Allerdings haben diese Kompensationsmechanismen Jahre gebraucht, um sich zu entwickeln und sie sind teuer und brauchen einen hohen Grad an Organisation. Diese Prozesse sind sicher noch nicht abgeschlossen. Sie werden sich weiter entwickeln müssen entsprechend den Bedürfnissen der sich weiter entwickelnden Gesellschaft.

Auf diesem Hintergrund haben sich auch die Hospize entwickelt. Es hat sich dabei gezeigt, dass die Menschen die Sorge um die Sterbenden nicht allein professionellen Helfern überlassen wollen, sondern dass diese Tätigkeit als eine wichtige zwischenmenschliche Leistung aufgefasst wird, zu der jeder aufgerufen sein kann. Daher gibt es in allen Hospizinitiativen eine große Zahl von ehrenamtlichen Helferinnen und Mitarbeitern aus allen Bereichen der Bevölkerung. Dieses Engagement wird in Zukunft noch mehr gefordert sein und ich bin sicher, dass die Gesellschaft die Bereitschaft dazu hat diese Aufgabe zu übernehmen.

3. Die Kosten des Gesundheitssystems

Als ich 1980 meine Praxis als Allgemeinarzt in Konstanz eröffnete, gab es hier außer dem großen Städtischen Krankenhaus noch ein kleines Krankenhaus, das von Nonnen geführt wurde. Sie pflegten die Patienten nach kleineren Operationen, bis man sie nach Hause entlassen konnte. Sie nahmen Kranke auf, die nicht den großen medizinischen Aufwand des Städtischen Krankenhauses brauchten und sie nahmen Patienten auf, von denen man wusste, dass sie bald sterben würden, um ihnen eine gute Pflege ohne großen medizinischen Aufwand bis ans Ende zu gewähren.

Dieses kleine Krankenhaus musste aus Kostengründen geschlossen werden. Im ganzen Land wurden die kleinen Krankenhäuser geschlossen, die Zahl der Krankenhausbetten wurde generell reduziert. Das Gesundheitssystem war an seine finanziellen Grenzen gestoßen. Die Liegezeit im Krankenhaus wurde gekürzt. Kein Patient sollte länger als unbedingt nötig ein Bett belegen. Die Krankenkassen kontrollierten, ob Patienten nur aus pflegerischen Gründen oder tatsächlich krankheitsbedingt im Krankenhaus verblieben, und weigerten sich zu bezahlen, wenn der Verdacht bestand, dass die Patienten „nur“ zur Pflege dort behalten wurden.

Die Krankenhäuser wurden Institutionen, in den Gesundheit in möglichst kurzer Zeit und möglichst kostengünstig hergestellt wurde. Pflege sollte zu Hause stattfinden. Nur ein zu Hause wie früher gab es in vielen Fällen nicht mehr und zudem ist auch die Pflege zu Hause vielfach problematisch. Sie wird zwar von

professionellem Personal durchgeführt, das sicher sehr engagiert ist, aber die Mitarbeiter müssen die Minuten zählen, die sie am Bett verbringen. Ihre Arbeit wird nach Modulen abgerechnet und für jedes Modul ist eine bestimmte Minutenzahl vorausberechnet. Module für Gespräche für eine psychosoziale Betreuung oder für eine Tasse Kaffee fehlen.

Auch hier wirkt sich der Sparzwang aus, der in Zukunft sicher nicht geringer werden wird.

Es wird notwendig sein die Arbeit, die mit den Hospizen eingeleitet wurde, auf weitere Tätigkeiten im ambulanten Bereich auszudehnen.

Leiden lindern, wo Heilung nicht mehr möglich ist: Die Palliativmedizin

Ein wesentlicher Fortschritt, der mit der Entstehung der Hospize verbunden war, ist die Entwicklung der Palliativmedizin. Cicely Saunders, die Gründerin des ersten modernen Hospizes in London, gilt gleichzeitig als Begründerin der Palliativmedizin.

Das Wort Pallium kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Schutz oder Mantel. Palliativmedizin bedeutet also bemäntelnde, lindernde Medizin.

Das wesentliche Merkmal dieser Art von Medizin ist, dass sie nicht mehr heilen will wie die curative Medizin, sondern, dass sie das Ziel der Behandlung gewechselt hat. Es geht nicht mehr darum, das Leben zu verlängern, sondern darum, das Leben erträglich zu machen. Dies bedeutete eine große Erleichterung und Verbesserung der Lebensqualität der unheilbar Kranken. Bis dahin galt das Interesse der Ärzte ausschließlich der Heilung, der Bekämpfung einer Krankheit. Wenn dieses Ziel nicht mehr zu erreichen war, hörte gewöhnlich die Behandlung auf. "Wir können leider nichts mehr für Sie tun".

Dass man, auch wenn keine Heilung mehr zu erreichen ist, den Kranken durchaus medizinisch helfen kann hat Cicely Saunders gezeigt. Sie hat das Morphinum als das segensreichste Medikament zur Behandlung von Tumorschmerzen wieder eingeführt und hat den Ärzten den richtigen Umgang damit gezeigt. Sie hat vor allem bewiesen, dass Morphinum, wenn es zur Behandlung von Schmerzen gegeben wird, nicht süchtig macht, und dass man es durchaus hoch dosieren kann, ohne den Patienten zu schaden.

Inzwischen hat man gelernt, eine ganze Reihe alter Medikamente neu zu entdecken, sie wieder einzusetzen, weil sie sich am Sterbebett bewährt haben. Neue und ungewöhnliche Medikamente wurden eingeführt oder bekannte Medikamente auf neue Art eingesetzt.

Die Entwicklung der Palliativmedizin allerdings ist noch nicht abgeschlossen. Sie muss weitergehen, damit nicht nur Tumorkranken von ihr profitieren, sondern auch die sehr alten Patienten. In der Behandlung älterer Menschen (Geriatric) steckt die Palliativmedizin noch in den Kinderschuhen. So werden Schmerzen und andere Symptome oft nicht adäquat behandelt, psychische Erkrankungen tabuisiert und Depressionen nicht erkannt oder als dazugehörig empfunden.

Es ist daher notwendig, dass die Hospizidee und die daraus entwickelte palliative Medizin auch in den Institutionen Einzug hält, in denen immer noch am häufigsten gestorben wird, nämlich in den Kliniken und in den Alten- und Pflegeheimen.

Dies wird eine wichtige Aufgabe für die nächsten Jahre.

Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben?

In den letzten Jahren flammte immer wieder die Diskussion über die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe auf. Die Niederlande und die Schweiz werden häufig zum Vorbild genommen, wenn es um die Frage geht: Hat ein Mensch ein Recht darauf, sich töten zu lassen, wenn er selbst oder sein Arzt sein Leben nicht mehr für lebenswert hält?

Die Mehrheit der Bevölkerung gibt bei Befragungen an, dass sie für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe stimmen würde. Je jünger die Befragten sind, desto deutlicher ist die Zustimmung. Bei den unter 40jährigen beträgt sie immerhin über 70 %, aber nur 8% der Befragten hatten schon Erfahrungen mit Sterbenden.

Die Mehrheit der Ärzte in Deutschland andererseits lehnt nach wie vor eine aktive Sterbehilfe ab.

Beide Seiten haben gute, ernsthafte und zu respektierende Argumente. Der Diskussionsbedarf ist auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der gesellschaftlichen Veränderungen und nicht zuletzt hinsichtlich der Kosten im Gesundheitswesen ganz erheblich.

Aktive Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen, passive Sterbehilfe

Einige sehr wichtige Begriffe sollten geklärt sein, bevor man sich auf die Diskussion weiter einlässt.

Unter **aktiver Sterbehilfe** versteht man die bewusste Beendigung eines Lebens (beispielsweise durch die Verabreichung eines tödlichen Medikamentes). Auch der Begriff „**Tötung auf Verlangen**“ fällt unter die Rubrik der aktiven Sterbehilfe. In den Niederlanden ist diese Aktion nicht strafbar, wenn bestimmte gesetzliche Voraussetzungen erfüllt sind. In Deutschland ist beides, aktive Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen, unter Strafe gestellt und wird auch von der Hospizbewegung klar abgelehnt.

Unter **passiver Sterbehilfe** dagegen versteht man das „Sterbenlassen“. Das heißt: Der Arzt unterlässt bewusst lebensverlängernde Maßnahmen in der Sterbephase, also dann wenn der Tod kurz bevor steht. Dies bedeutet, dass man nicht aktiv das Leben verkürzt, sondern nur das Sterben zulässt, wenn es sich bereits ankündigt. Die Hospizbewegung befürwortet dieses Vorgehen. Sie steht sogar auf dem Standpunkt, dass der Arzt verpflichtet ist, unter allen Umständen Leiden zu lindern. Selbst wenn Medikamente wie z.B. das Morphinum so hoch dosiert werden müssen, dass der Tod dadurch früher eintreten könnte. Entscheidend ist die Motivation des Behandlers. Solange das Ziel seines Handelns die Verminderung der Schmerzen ist, ist sein Handeln ganz im Sinne der Hospizbewegung und auch vom Gesetzgeber gedeckt. Zielt sein Handeln aber auf eine Verkürzung des Lebens ab, so ist es zu verurteilen.

Das Pro und Contra der aktiven Sterbehilfe

Das Hauptargument für eine aktive Sterbehilfe ist der Respekt vor der Freiheit eines Menschen und die Achtung seiner Würde.

Hans Küng, der katholische Theologe, ist einer der prominenten Verteidiger dieses Standpunktes: "Jeder Mensch hat das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben und Abschied nehmen"

Der Patient könnte es als einen Mangel an Respekt empfinden, wenn der Arzt ihm die erlösende tödliche Handlung verweigert.

Jean Amery sieht im Freitod den „letzten Ausdruck von Freiheit“. Dies entspricht dem Denken eines sehr großen Teiles unserer heutigen Gesellschaft, die auf das Recht zur Selbstbestimmung pocht.

Suizid aber ist etwas anderes als Tötung. Suizid könnte man noch als Freiheitsakt bezeichnen. Tötung ist aber in jedem Fall fremdbestimmt, also nicht unbedingt Ausdruck von Autonomie.

Eine weitere Frage lautet: Ist es wirklich sicher, dass der Wunsch sich töten zu lassen tatsächlich authentisch ist? Könnte es nicht sein, dass der Sterbewunsch vermeidbar wäre durch eine Veränderung der Umstände (Einsamkeit, Lebensumstände im Altenheim, ungenügende Schmerzbekämpfung)?

Könnte es also sein, dass der Sterbewunsch nur reaktiv und revidierbar wäre?

Könnte es sein, dass der Sterbewunsch von fremden Einflüssen bestimmt ist, und damit nicht wirklich Ausdruck des freien Willens ist?

Wird es so sein, dass , wenn die Tötung am Ende des Lebens erlaubt ist, dann auch der gesellschaftliche Druck steigt angesichts anderer Zwänge (Kosten im Gesundheitswesen, Pflegekosten für die Angehörigen), um die Tötung nicht als allerletztes Mittel sondern auch schon früher einzusetzen, wenn das Ende „absehbar“ wird?

Wird man irgendwann, versteckt oder offen, an die Einsicht des Todkranken appellieren, einer Tötung zuzustimmen, weil es für alle das Beste ist?

Verändert ein solches Gesetz die Einstellung der Gesellschaft zu Behinderten und Alten?

Ein weiterer Konflikt ergibt sich aus der Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient. Es entsteht möglicherweise ein Widerspruch zwischen Patientenwillen und Autonomie des Arztes. Eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe könnte dazu führen, dass der Patient einen Anspruch gegenüber dem Arzt geltend macht, getötet zu werden. Die Entscheidung des Arztes wäre nicht mehr frei. Die Frage lautet verkürzt: Muss der Staat den Bürgern ein Recht auf Suizid einräumen?

Und weiter: Wenn der Arzt entscheiden sollte, ein Leben zu beenden, würde das bedeuten, dass er selbst dieses eine Leben nicht mehr für lebenswert hielte. Ärzte sehen aber sehr viele nach Meinung Unbeteiligter „lebensunwerte“ Leben, die aber von den Patienten selbst als lebenswert empfunden werden und die sie auf Wunsch der Beteiligten erhalten. Wer stellt einen Kriterienkatalog über lebenswertes und lebensunwertes Leben her? Nach welchen Kriterien soll der Arzt vorgehen?

Für viele Menschen scheint es tröstlich zu sein, wenn sie die Aussicht haben, ihr Lebensende und die Umstände selbst zu bestimmen. Sie glauben, weniger leiden zu müssen, wenn sie das Leiden abkürzen können. Manche Menschen ertragen auch die Vorstellung nicht, dass sie anderen zur Last fallen könnten.

Meine eigene Erfahrung hat mir gezeigt, dass viele Kranke an Suizid denken und dies auch mit mir besprechen, wenn sie ihre todbringende Diagnose erfahren. Ich habe es aber noch nie erlebt, dass Patienten am Ende ihres Leidens, wenn das Sterben absehbar war, um eine tödliche Injektion gebeten haben, weil sie die Umstände unerträglich fanden, oder dass Angehörige oder Pflegende darum gebeten hätten. Somit wäre die Freigabe durch ein Gesetz nur dazu da, um eine

Bevölkerungsmehrheit, die das Sterben gar nicht kennt, zu beruhigen. Soll dadurch suggeriert werden, dass das Sterben genauso „lösbar“ ist wie andere Probleme?

Ein weiterer Einwand ist der Verlust des Vertrauens den Ärzten gegenüber, wenn die aktive Sterbehilfe freigegeben wird. „Nie darf ein Patient argwöhnen müssen, dass ihm sein Arzt zum Henker wird“. Diese Ängste werden zur Zeit aus Holland berichtet, wo sich nun wieder eine Bürgerbewegung gegen die aktive Sterbehilfe gebildet hat.

Die Meinung der Hospizbewegung ist: Sterben ist ein zum Leben gehörender Prozess. Es ist niemals das Leben selbst, was mit dem Todeswunsch verneint wird, sondern es sind immer die Umstände unter denen es gelebt werden muss. Mit der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wird eine schnelle Lösung geboten, um das Problem zu kaschieren. An den Umständen aber, einer besseren Palliativmedizin, an Maßnahmen gegen die Vereinzelung in unserer Gesellschaft, an einem Mehr an menschliche Zuwendung, wird dadurch möglicherweise nicht ausreichend gearbeitet.

Patientenverfügung und vermutlicher Wille

Viele Menschen fürchten sich davor, am Ende ihres nicht mehr selbst darüber entscheiden zu können, ob überhaupt und wenn ja, welche medizinischen Maßnahmen noch durchgeführt werden sollen. Sie haben meist ein Bild vor Augen von einem Menschen, der wohl friedlich sterben könnte, aber von der modernen Medizin am Sterben gehindert wird. Aus diesem Grund verfassen sie eine sogenannte Patientenverfügung. Hierin wird festgelegt, unter welchen Umständen die behandelnden Ärzte von lebensverlängernden Maßnahmen Abstand nehmen sollen. Vordrucke von solchen Patientenverfügungen, auf die man sich verlassen kann, gibt es bei den Hospizvereinen oder bei kirchlichen oder sozialen Einrichtungen.

Man sollte bei der Verfassung einer solchen Verfügung unbedingt darauf achten, einen Fürsprecher zu benennen, der, falls der Patient selbst nicht in der Lage ist seinen Willen zu äußern, dem Arzt gegenüber den vermutlichen Willen des Patienten äußern kann. Ein solcher Fürsprecher wird auch als „Patientenanwalt“ bezeichnet und wird als legitimer Vertreter des Patienten betrachtet. Dieser Patientenanwalt muss nicht Jurist sein, sondern es kann auch ein Nachbar, ein Freund, ein Verwandter oder der Hausarzt sein.

Liegt keine Patientenverfügung vor und sind auch sonst keine deutlichen Hinweise auf den „vermutlichen Willen“ des Patienten vorhanden, so muss der Arzt davon ausgehen, dass das Leben des Patienten auf jeden Fall erhalten werden soll.

An dieser Stelle können Pflegekräfte, der Hausarzt oder nahe Verwandte eine bedeutende Rolle spielen und sich zu dem vermutlichen Willen des Patienten äußern.

Was wird die Hospizidee in der Zukunft bewirken?

In den letzten Jahren hat unter dem Eindruck des Hospizgedankens ein Umdenken in der Gesellschaft und auch in der Ärzteschaft stattgefunden. Es wird nicht mehr alles unternommen, was medizinisch möglich ist, um das Leben eines alten oder schwerkranken Menschen zu erhalten, wenn die Aussicht auf ein lebenswertes Leben nicht mehr gegeben ist.

Das Sterben wird als ein Teil des Lebens akzeptiert, der Beachtung und Fürsorge verdient und nicht tabuisiert und verdrängt werden soll. Insofern ist die Sorge, dass Menschen gegen ihren Willen am Leben erhalten werden, heute nicht mehr so berechtigt wie vor einigen Jahren.

Was zu tun bleibt ist eine Weiterentwicklung des Hospizgedankens und der Palliativmedizin in den Bereich der Geriatrie hinein. Die Aufmerksamkeit für die Leiden alter Menschen muss geschärft werden. Es darf nicht so sein, dass Krankheit und Schmerz, Depression und Einsamkeit zum normalen allgemein akzeptierten Begleiter des Alters werden. Die Hospizbewegung unternimmt zunehmend Anstrengungen auch in den Alten- und Pflegeheimen zu wirken und die Öffentlichkeit für diese Themen zu sensibilisieren.

Diese Arbeit ist um so wichtiger, als mit dem zunehmenden Druck der Alterspyramide und dem zunehmenden Sparzwang, auch die Kräfte stärker werden, die eine vorzeitige aktive Beendigung des Lebens fordern.

Ich habe oft am Bett eines alten Menschen gesessen, der des Lebens überdrüssig war und mit mir die Möglichkeiten eines Suizids besprach. Aber es war nie das Leben selbst, das er nicht mehr ertrug, sondern die Umstände unter denen er es leben musste. Sobald sich die Umstände, manchmal nur um ein Weniges, gebessert hatten, verschwand der Wunsch zu sterben. Es zeigte sich immer wieder, dass der Todeswunsch revidiert wurde und dass die Menschen ihr Leben bis zum Ende leben wollten.

Dies steht in Widerspruch zu vielen Aussagen und Vermutungen, die von den Befürwortern einer aktiven Sterbehilfe vorgebracht werden. Wer in der Begleitung von Sterbenden Erfahrung hat, wie die Mitarbeiter von Hospizen, weiß wie wertvoll auch die letzten Tage eines Lebens sein können und wie wichtig diese Zeit für Angehörige und Freunde ist.

Der Umgang mit Angehörigen und Trauernden verdient mehr Aufmerksamkeit als bisher. Dieser Bereich wird auch heute noch in der öffentlichen Wahrnehmung weitgehend ausgeklammert. Der Tod ist so verdrängt worden, dass man nicht mehr weiß, wie man mit den Freunden oder Nachbarn reden soll, wenn sie trauern. Ist es überhaupt richtig, darüber zu reden? Noch bei unseren Großeltern gab es Rituale, die in dieser Zeit sowohl den Trauernden selbst als auch den Menschen in ihrer Umgebung geholfen haben. Denkt man zum Beispiel an das Tragen von Trauerkleidung, oder das „Trauerjahr“, was den Hinterbliebenen erlaubt hat, eine Zeit lang in gewisser Weise geschützt zu sein. Heute wird von Trauernden erwartet, dass sie nach wenigen Wochen schon wieder „normal funktionieren“. Die alten Sitten und Gebräuche sind größtenteils verschwunden, weil sie nicht mehr in die Zeit passten, aber es ist zu beobachten, dass sich neue Rituale ausbilden. Auch hier kann die Hospizbewegung helfen, indem sie die Wünsche der Trauernden artikuliert.

Das Sterben ist ein Teil des Lebens. Diesen Teil des Lebens menschenwürdig zu gestalten, wird auch in Zukunft die Aufgabe der Hospizbewegung bleiben.