

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 311

Clemens Breuer

Dienst am sterbenden Menschen

Über die Aufgaben der Hospizarbeit

J.P. BACHEM VERLAG

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ will der Information und Orientierung dienen. Sie behandelt aktuelle Fragen u. a. aus folgenden Bereichen:

Kirche, Gesellschaft und Politik

Staat, Recht und Demokratie

Wirtschaft und soziale Ordnung

Ehe und Familie

Bioethik, Gentechnik und Ökologie

Europa, Entwicklung und Frieden

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Straße 33

41065 Mönchengladbach

Tel. 0 21 61 / 8 15 96 - 0 · Fax 0 21 61 / 8 15 96 - 21

Internet: <http://www.ksz.de>

E-mail: kige@ksz.de

Ein Prospekt der lieferbaren Titel sowie ein Registerheft (Hefte Nr. 1–250) können angefordert werden.

Redaktion:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

2004

© J. P. Bachem Verlag GmbH, Köln

ISBN 3-7616-1883-2

„Viele sterben zu spät, und einige sterben zu früh. Noch klingt fremd die Lehre: ‚stirb zur rechten Zeit!‘“ Diese Aussage von Friedrich Nietzsche (1844–1900), die er vor 120 Jahren machte, wird in bezug auf den Todeszeitpunkt vielen als anmaßend und abstoßend erscheinen. Dennoch wächst in einer Zeit, in der die Medizin in vielfältiger Art und Weise lebensverlängernde Maßnahmen ergreifen kann, die Versuchung, darüber nachzudenken, wann dieser Zeitpunkt gekommen sei. Tatsache ist, daß die Menschen heute deutlich länger leben. Gegenwärtig liegt die Lebenserwartung in Deutschland im Durchschnitt bei Männern bei etwa 74 Jahren und bei Frauen bei etwa 80 Jahren. Eine weitere Zunahme der Lebenserwartung um 4 bis 5 Jahre bei beiden Geschlechtern bis zum Jahr 2050 wird als realistisch prognostiziert. Dank des medizinisch-technischen Fortschritts können viele Hochbetagte ein selbständiges Leben führen. Aber was geschieht, wenn ältere Menschen nicht mehr die Kraft zu einer eigenständigen Lebensführung haben?

Neben der medizinischen Seite, die für viele Menschen der älteren Generation von großer Bedeutung ist, spielt hier der tiefgreifende soziale Wandel eine wichtige Rolle. Früher lebten die Menschen in der Großfamilie, in der häufig drei oder vier Generationen beieinander wohnten. Die Großeltern konnten den Kindern viel von ihrer Lebenserfahrung und Weisheit vermitteln. Andererseits erfuhren alte Menschen Freude und Zukunftsperspektive durch ihre Kinder und Kindeskiner. Gerade bei Krankheit oder Bettlägerigkeit bewährte sich oft der Zusammenhalt der Großfamilie, die die Betroffenen pflegte. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts starben etwa 80 % aller Menschen zu Hause, wo sie von Angehörigen in seelischer, sozialer und religiöser Hinsicht gepflegt und betreut wurden.

Mit dem Aufkommen der Kleinfamilie änderte sich die Situation. Die Familie besteht heute größtenteils nur noch aus Eltern und Kindern, wobei oftmals Vater und Mutter einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Die Großeltern leben meist nicht mehr im Familienverband, oft nicht einmal mehr in der Nähe der Familie. Ihnen droht im Alter Vereinsamung und soziale Isolation, wenn die Angehörigen nicht mehr die Zeit oder die Kraft zur Fürsorge und Zuwendung haben. Oft wird ein alter, alleinstehender Mensch, der sich aufgrund von Krankheit nicht mehr selbst helfen kann, das Krankenhaus aufsuchen.

In der Bundesrepublik Deutschland sind es weniger als zwanzig Prozent der Bürger, die die letzte Phase ihres Lebens in der gewohnten Umgebung verbringen. In Ballungszentren sterben bis zu 90 % aller Menschen in einem Krankenhaus oder Pflegeheim. Diese Verschiebung ist kaum verwunderlich, wenn man bedenkt, daß bereits 1989 35,3 % der Haushalte Einpersonenhaushalte waren, wobei es sich vielfach um alleinstehende ältere Menschen handelte.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Rolle und den Aufgaben des Krankenhauses. Grundsätzlich ist es dazu bestimmt, den kranken Menschen gesund zu machen. Der Intensitätsgrad der medizinischen Betreuung ist in den letzten Jahrzehnten beträchtlich gestiegen, so daß viele Menschen mit bisher kaum heilbaren Krankheiten genesen können. Zudem wurde es möglich, den Zustand bettlägeriger Personen zu stabilisieren. Durch die medizinische Entwicklung kann das Krankenhaus seine Aufgabe, Menschen zu heilen, immer besser erfüllen. Hieraus ergeben sich freilich neue Probleme. In einem Krankenhaus neigen die Ärzte dazu, auch in den Fällen, in denen die Aussichten, geheilt zu werden, gering geworden sind, noch alle verfügbaren Mittel und Apparate einzusetzen.

Radikale Vorstöße

Vor diesem Hintergrund hat es in jüngster Zeit Vorstöße gegeben, die den Schwerkranken von Leiden befreien wollen und für eine aktive Sterbehilfe plädieren. In einer Gesellschaft, in der nicht genügend Kinder nachwachsen und die medizinische Versorgung sich verteuert, wird bisweilen auch die Frage aufgeworfen, wie lange wir es uns leisten können, bettlägerige Menschen zu pflegen. Es war der australische Moralphilosoph Peter Singer, der in bezug auf das Lebensende resümierte: „In traditionellen Eskimogesellschaften war es Sitte, daß ein Mann seine betagten Eltern tötete, aber ein Mord an einem normalen gesunden Erwachsenen kam fast nie vor.“ Im weiteren gab Singer unserer Gesellschaft den Rat: „Wenn diese Gesellschaften fähig waren, menschliche Wesen in verschiedene Kategorien einzustufen, ohne ihre Einstellung von einer Gruppe auf die andere zu übertragen, dann sollten wir mit unseren verfeinerten Rechtssystemen und unserem größeren medizinischen Wissen dazu ebenso in der Lage sein.“

In seiner Schrift aus dem Jahre 1998 „Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik“ plädiert Singer schließlich für ein „neues“ Gebot in bezug auf die Bewertung und den Umgang mit dem eigenen Leben. An die Stelle des seiner Einschätzung nach „alten“ Gebots „Nimm dir nie das eigene Leben und versuche immer, bei anderen zu verhindern, daß sie es sich nehmen“, will er ein „neues“ Gebot gesetzt wissen, das da lautet: „Achte die Entscheidung einer Person, zu leben oder zu sterben.“

Wie sehr sich in Europa die Gewichte zugunsten einer aktiven Sterbehilfe zu verschieben drohen, zeigt das niederländische und belgische Beispiel. Während in den Niederlanden bislang die „Beihilfe zum Suizid“ allein durch Ärzte legalisiert wurde, setzt sich die „Niederländische Vereinigung für Freiwillige Euthanasie“ (NVVE) nun – nach Schweizer Vorbild – dafür ein, daß Laien eine Ausbildung zum „Sterbehelfer“ absolvieren können. Im Jahr 2002 hat das belgische Parlament das in Europa bislang freizügigste Gesetz in Sachen aktiver Sterbehilfe verabschiedet. Die belgische Gesetzgebung erlaubt es, daß nicht nur bei einer „medizinisch ausweglosen Situation“, die durch einen Unfall oder eine unheilbare Krankheit entstanden ist, aktive Sterbehilfe geleistet werden darf, sondern auch im Falle eines „dauernden und unerträglichen physischen oder psychischen Leidens“. Hier wird nun erstmals ausdrücklich die Lebensablehnung und der Todeswunsch zum subjektiven Rechtsanspruch auf staatlich sanktionierte Lebensverkürzung erhoben.

Die Auseinandersetzung über die aktive Sterbehilfe hat auch den Europarat erreicht. Hier hat der Schweizer Liberale Dick Marty als Berichterstatter im Ausschuß für Soziales, Gesundheit und Familienangelegenheiten in einer Kampfabstimmung eine Empfehlung für eine weitgehende Freigabe der Sterbehilfe durchgesetzt. Die Parlamentarische Versammlung des Europarats hat sich in ihrer Debatte über die Frage der Euthanasie Ende April 2004 diese Auffassung nicht zu eigen gemacht und auf eine Empfehlung an die Mitgliedsstaaten verzichtet. Der umstrittene Marty-Bericht wurde zur Beratung an den Sozialausschuß zurückverwiesen. Dennoch macht die Debatte erneut deutlich, „daß in Europa eine auf Patienten- und Lebensschutz ausgerichtete Position zugunsten einer Position, die ein formales Selbstbestimmungsrecht ins Zentrum rückt, erheblich an Terrain verloren hat“.¹

Im Frühjahr 2004 wurde eine Initiative des SPD-Bundestagsabgeordneten Rolf Stöckel angekündigt, daß er mit weiteren Abgeordneten einen Antrag „Autonomie am Lebensende“ in den Bundestag einbringen werde. Als ehemaliger Vorsitzender des antikirchlich gesinnten „Humanistischen Verbandes Deutschlands e.V.“ sieht Stöckel in einem möglichen „Sterbehilfegesetz“ eine willkommene Erweiterung der Arbeitsgebiete seines Verbandes, der bereits heute über sechshundert hauptamtliche Mitarbeiter beschäftigt.

Ein Befürworter der aktiven Sterbehilfe ist auch der Berliner Philosoph Volker Gerhardt, Mitglied des Nationalen Ethikrats der Bundesregierung. Gerhardt spricht von einem „Sieg der Vernunft, wenn ein Mensch der langsamen ‚Erschöpfung und Auflösung‘ des eigenen Lebens durch ‚Selbsttötung‘ zuvorkommt.“² Mit Rücksicht auf die Leiden des Einzelnen – so Gerhardt – sei die aktive Sterbehilfe nicht grundsätzlich zu verbieten, weshalb es die Aufgabe des Gesetzgebers sei, eine genaue Definition jener Umstände vorzunehmen, unter denen es einem Arzt ermöglicht werden sollte, nach dem eindeutigen Willen eines Todkranken zu handeln.

Dieser Vorstoß löste eine scharfe Verurteilung durch die deutsche Ärzteschaft aus. Die Ärzte fühlen sich immer noch dem hippokratischen Eid verpflichtet. Die Menschen erwarten von ihnen, daß sie nicht töten, sondern heilen. Diesen Dienst am Menschen, der auch dem christlichen Menschenbild zugrunde liegt, wollen sie auch weiterhin leisten. Ein Arzt, der heute um das Leben eines Menschen ringt und morgen aktive Sterbehilfe leistet, gerät in einen inneren Widerspruch, den er nicht lösen kann. So hat sich die große Mehrzahl der deutschen Ärzte in eindeutigen Stellungnahmen zu den Grundnormen der medizinischen Ethik bekannt und jegliche Zulassung der aktiven Sterbehilfe abgelehnt.

Umfragen mahnen zur Vorsicht

Bei einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach im Jahr 2001 wurde die Frage gestellt: „Wenn Sie bitte einmal lesen, was hier steht: Würden Sie dem zustimmen oder nicht zustimmen? Ein schwerkranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, daß der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt.“ Im Ergebnis stimmten 64 Prozent der westdeutschen und 80 Prozent der

ostdeutschen Bevölkerung für diese Aussage. 19 Prozent im Westen und 6 Prozent im Osten widersprachen dem. Im Vergleich zu einer Umfrage aus dem Jahre 1973 mit der gleichen Fragestellung wird erkennbar, daß der Anteil der zustimmungswilligen Bevölkerung in den westlichen Bundesländern 2001 um 11 Prozent gestiegen ist.

Eine weitere Frage wurde gestellt: Hier unterhalten sich zwei über Sterbehilfe. Welcher von den beiden sagt das, was auch Sie denken? 70 Prozent sagten: „Ich finde, daß Sterbehilfe für schwerkranke Menschen ein guter Weg ist, um sie nicht so leiden zu lassen. Solange ein schwerkranker Mensch noch bei Bewusstsein ist, sollte er selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte.“ Nur 11 Prozent betonten, daß sie das anders sehen: „Über Leben und Tod darf nur Gott, man kann auch sagen, das Schicksal entscheiden. Das Leben ist heilig und muß es bleiben. Keinesfalls darf das Leben vorzeitig beendet werden, auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt.“ Insgesamt 18 Prozent der Befragten äußerten sich unentschieden.

Eine Differenzierung der genannten Fragestellung nach Altersgruppen ergab, daß diese grundsätzliche Einstellung von jüngeren und älteren Befragten weitgehend geteilt wird, wenngleich die Zahl derjenigen, die auf der prinzipiellen Unantastbarkeit des Lebens bestehen, bei den Älteren mit 15 Prozent etwa doppelt so groß ist wie bei den jüngeren (7 Prozent). 70 Prozent der über 60jährigen plädierten – der Umfrage gemäß – für das erwähnte Selbstbestimmungsrecht.

Dieser spontanen Zustimmung eines überaus großen Teils der deutschen Bevölkerung steht jedoch eine Umfrage entgegen, welche die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften 1996 unter dem Titel „Die Berliner Altersstudie“ veröffentlichte.

In der Studie wurden in repräsentativer Form zu Beginn der 90er Jahre 516 Menschen in Berlin West zwischen 70 und 103 Jahren nach Lebensüberdruß, Todeswünschen und Suizidversuchen befragt. Wie sich herausstellte, sind die meisten alten Menschen mit ihrem Leben genauso zufrieden oder unzufrieden wie jüngere. Lebensmüdigkeit oder gar Todeswünsche sind für nahezu 80 Prozent kein Thema, 15 Prozent äußerten Lebensüberdruß. Nur etwa 5 Prozent sprachen von Todeswünschen und 1 Prozent von Selbsttötung. Lebensmüdigkeit war bei Frauen häufiger als bei Männern festzustellen, sie stieg mit zunehmendem Alter etwas an, während die Rate der Lebensüberdrüssigen ohne ausgeprägten

Todeswunsch gleich blieb. Fast alle Befragten mit Todeswunsch hatten psychische Störungen, vor allem Depressionen, litten aber auch an Ängsten oder Suchtkrankheiten. Im Ergebnis wurde festgestellt, daß bewußte und wohlüberlegte Todeswünsche bei psychisch gesunden und entscheidungsfähigen Personen offenbar äußerst selten sind.

Die Betrachtung der Zahlen zu Lebensüberdruß und zur Suizidalität bezüglich der verschiedenen Altersklassen ergab, daß sich ein leichter Anstieg von Suizidalität mit dem Alter abzeichnet, jedoch nahezu kein Anstieg von Lebensüberdruß. In der Studie wurde resümiert, daß sich grundsätzlich ein positives Bild vom Älterwerden zeichnen läßt. „Die Mehrzahl alter Menschen ist mit ihrem Leben ebenso zufrieden oder unzufrieden wie jüngere Menschen. (...) Dies spricht dafür, alte Menschen mit Todeswünschen nicht mißzuverstehen und ihnen nicht die Behandlung vorzuenthalten, die man jüngeren Menschen in gleicher Situation selbstverständlich gewähren würde. Völlig inakzeptabel ist auf der Basis der vorgelegten wissenschaftlichen Ergebnisse, alte Menschen mit Todeswünschen in ihrem Todeswunsch zu bestärken und statt Unterstützung und Therapie Hilfe zum Sterben anzubieten.“

Vergleicht man die beiden Umfragen, so müssen die Ergebnisse der Al-lensbacher Studie hinterfragt werden. Die „Berliner Altersstudie“ führt zu dem Ergebnis, daß nur ein sehr geringer Teil der älteren Bevölkerung den Wunsch nach aktiver Beendigung des eigenen Lebens geäußert hat.

Die Entstehung der Hospizidee

Im Mittelalter galt die „ars moriendi“, die Kunst des Sterbens, als „gottwohlgefälliges Sterben“, und die Kirche unterstützte die Menschen bei ihren Bemühungen um eine entsprechende Vorbereitung auf den Tod. Ursprünglich als pastorale Handreichung für jene Priester gedacht, die am Sterbebett saßen, entstanden Anleitungen für die Kunst des heilsamen Sterbens (z. B. von Anselm von Canterbury und Bernhard von Clairvaux). Als die Pest die Zahl der Priester dahinraffte, wurden die Texte aus dem Lateinischen in die Volkssprache übersetzt, so daß auch das Volk Hilfen besaß, um den Sterbenden beistehen zu können. Die Rolle des Freundes (amicus), der sich in den sterbenden Menschen einfühlen kann und ihm nahe ist, wurde zur Basis für die Hospizbewegung.

Am Ende des 19. Jahrhunderts haben sich in England Initiativen auf religiöser, caritativer und privater Basis gebildet, die Heime für unheilbar Kranke bereitstellten. Im Jahre 1906 gründeten englische Caritas-schwestern das St. Joseph's Hospice im Osten von London, das bis zum heutigen Tag erfolgreich arbeitet. Als eigentliche Begründerin der Hospiz-Bewegung wird Cicely Saunders angesehen, der wir es verdanken, daß Sterbende in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wieder den ihnen gebührenden Platz unter den Lebenden bekamen. Die Sterbenden wurden umsorgt und gepflegt mit der Kompetenz, der Zuwendung und Achtung, die ihre Würde verlangte und die sie als Menschen verdienten.

Cicely Saunders hat einen bemerkenswerten Lebensweg zurückgelegt. Sie wurde im Jahr 1918 als Tochter wohlhabender, jedoch nicht-religiöser Eltern in Großbritannien geboren. Während des Zweiten Weltkriegs läßt sie sich als Krankenschwester ausbilden. Als sie wegen einer Rückenerkrankung den Pflegedienst nicht mehr ausüben kann, wird sie zur medizinischen Sozialarbeiterin umgeschult. Sie bekennt sich öffentlich als Atheistin. In einer Gruppe von Studentinnen, mit denen sie 1945 in Cornwall ihre Ferien verbringt, hat sie ein „Bekehrungserlebnis“ und wendet sich den Evangelikalen zu. Kurze Zeit später wird die Begegnung mit Krebskranken zum Anlaß für sie, Medizin zu studieren. Nachdem sie 1957 ihr Staatsexamen in Chirurgie abgelegt hat, wendet sie sich besonders der Schmerztherapie zu. Im Krankenhaus begegnet sie zwei Männern, die im Sterben liegen. Sie bewegt immer mehr die Frage: Wie kann diesen Menschen im letzten Stadium ein weitgehend schmerz- und angstfreies Leben bis zuletzt ermöglicht werden? Schließlich nehmen ihre Visionen und Planungen Gestalt an. Sie eröffnet im Jahre 1967 in London das St. Christopher's Hospice. Das Hospiz unterscheidet sich grundsätzlich von einem Krankenhaus. Mit dem Namen knüpft Saunders an die mittelalterliche Tradition an, nach der als Hospiz damals die Herbergen benannt wurden. Diese Herbergen wurden meist von kirchlichen Orden geführt und boten Pilgern auf ihrer Reise Unterkunft, Rast, Pflege und Stärkung an.

In der Bundesrepublik Deutschland hat die Hospizbewegung seit Beginn der achtziger Jahre Fuß gefaßt. Die Christen, die sich darin in großer Zahl engagieren, sind der Überzeugung, daß der Mensch sein Leben Gott verdankt. Genauso wie er nicht über das Leben eines anderen verfügen darf, darf er nicht über das eigene verfügen. Im Jahre 1986 grün-

dete die Priestergemeinschaft der Oratorianer in Aachen ein Hospiz mit 53 Betten. Es folgte die Eröffnung des Hospizes zum Hl. Franziskus in Recklinghausen. Mittlerweile arbeiten im Bundesgebiet mehrere hundert Initiativgruppen an der Verwirklichung des Hospizgedankens. Viele von ihnen haben sich im Jahre 1992 zur Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zusammengeschlossen. Im Jahre 2003 gab es 1.305 ambulante Hospizdienste, 109 stationäre Hospize, von denen 46 zum Caritasverband und 26 zur Diakonie gehören. Die Hospizarbeit will das Sterben in Würde ermöglichen. Im Hospiz wird eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Seelsorgern, Sozialstationen und Familienangehörigen angestrebt. Die Hilfsangebote gelten allen Menschen, die sich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinden. Die größte Gruppe der Betroffenen bilden Krebskranke und Patienten mit Aids-Erkrankung.

Die Finanzierung der Hospizarbeit

Die Sorge für Menschen, die im Hospiz den letzten Abschnitt ihres Lebens verbringen, war bei den Krankenkassen ursprünglich nicht vorgesehen. Hospize wurden zunächst von ehrenamtlichen Kräften gegründet und getragen. Engagierte Laien wandten sich – oft aus einem christlichen Verständnis des Menschen heraus – Schwerstkranken und Sterbenden zu. Allmählich setzte sich die Erkenntnis durch, daß auch geschultes Personal für die Betreuung der Patienten erforderlich ist. Dennoch bleibt die Hospizarbeit ein Feld, auf dem Nächstenliebe und Zuwendung vor allem auch der Angehörigen nötig ist. Insofern ist die Mitwirkung von Freiwilligen bzw. Verwandten oder Freunden der Patienten eine unverzichtbare Grundlage.

Maßgebend sind die Regelungen des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V). Hier sind die Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung sowie stationäre Leistungen aufgeführt. Paragraph 39 SGB V regelt die rechtlichen Grundlagen von Palliativstationen und Hospizen. Er sieht die Finanzierung von Institutionen vor, die nicht primär der Krankenbehandlung dienen, sondern die Begleitung Sterbender zum Ziel haben. Dabei wird ein gewisses Maß an freiwilligem Engagement verlangt. Mindestens 10 % des täglichen Pflegesatzes sind durch das Hospiz in Form von Spenden, ehrenamtlicher Mitarbeit, Mitgliedsbeiträgen oder sonstigen Zuwendungen aufzubringen.

Weil die Finanzen begrenzt sind, müssen die meisten Initiativen im Bereich ambulanter Hospizarbeit ohne professionelle Anleitung und entsprechendes Management auskommen. Sie finanzieren sich zu einem erheblichen Teil über Spenden und Mitgliedsbeiträgen. Allerdings: Die Hospizarbeit ist nicht nur auf freiwilliges Engagement angewiesen, sondern lebt auch von ihm. Das ist ihr großer Vorzug.

Der Dienst am sterbenden Menschen

Wenn wir die Hospizinitiativen im ganzen betrachten, so können wir sagen, daß sie eine ideale Ergänzung zum herkömmlichen Krankenhaus darstellen, zumal Umfragen ergeben, daß über 80 Prozent der Deutschen Wert darauf legen, zu Hause bzw. in einer vertrauten Umgebung zu sterben.

Im wesentlichen werden bei den Hospiz-Diensten fünf Grundelemente genannt, die sie von ähnlichen Angeboten unterscheiden und das Eigentliche der Hospizidee aussagen:

1. Der sterbende Mensch und seine Angehörigen sind gemeinsame Adressaten des Hospizdienstes, weswegen die Wünsche des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen im Mittelpunkt stehen.

2. Die Betroffenen werden durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt. Diesem Team gehören mindestens ein Arzt, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und ein Seelsorger an, die sich auch untereinander gut verstehen. Die Hospizbewegung wird in Deutschland von mehreren 10.000 ehrenamtlichen Helfern unterstützt.

3. Freiwillige Helfer werden in den Hospiz-Dienst einbezogen und stellen einen entscheidenden Bestandteil des Dienstes dar. Sie gelten nicht als „Lückenbüßer“, sondern versehen ihre eigenständigen Dienste.

4. Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der palliativen (lindernden) Therapie. Da quälende Schmerzen zu den häufigsten Ursachen für Selbsttötungsabsichten gehören, liegt hier ein besonderer Schwerpunkt.

5. Hospize gewähren Kontinuität der Betreuung auch für die Angehörigen über den Tod hinaus.

Die Sterbebegleitung im Hospiz soll den Gedanken an aktive Sterbehilfe gar nicht erst aufkommen lassen. Die Begleiter sind darum bemüht, Le-

bensqualität schmerztherapeutisch, psychosozial, seelisch bis zuletzt zu sichern, auch wenn es ein Leben zum Tode hin ist. Der Hospizidee gemäß sollen ambulante Dienste nach Möglichkeit im Vordergrund stehen und in Anspruch genommen werden. Erst wenn eine häusliche Betreuung Schwerstkranker und Sterbender nicht – oder nicht mehr – möglich ist, sollen stationäre Hospize in Erwägung gezogen werden.

Die Bedeutung der Palliativmedizin

Im Hinblick auf die Hospizarbeit rückt in jüngster Zeit die Palliativmedizin verstärkt in den Blickpunkt des Interesses. Im Jahre 1985 wurde in Köln eine erste Palliativstation in Verbindung mit der Universitätsklinik gegründet. Inzwischen gibt es 90 Palliativstationen. Sie sind entweder in ein Krankenhaus integriert oder diesem angegliedert. Diese Art der Behandlung, die bei unheilbar Kranken auf größtmögliche Schmerzlinderung zielt, hat lange Zeit nicht die erforderliche Aufmerksamkeit gefunden. In der Palliativmedizin geht es um die ganzheitliche Betreuung des Patienten, in die auch die Angehörigen mit einbezogen sind. So sehr der medizinische Sachverstand gefragt ist, um die Schmerzen und das Leid der Kranken zu lindern, so wichtig ist das Zusammenwirken von menschlicher Zuwendung, musischer Anregung, auch seelsorglicher Begleitung. Dem Kranken ein möglichst hohes Maß an Autonomie zu gewähren und zu erhalten, gehört zu den Grundprinzipien, die die Arbeit in einer Palliativstation bestimmen.³

Ein Problem ergibt sich freilich daraus, daß die Palliativmedizin bis heute nicht als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in das Medizinstudium integriert ist. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat aus diesem Grunde die Aufnahme der Palliativmedizin als Weiterbildungsinhalt in den Gebieten, in denen schwerkranke und sterbende Patienten betreut werden, sowie die Aufnahme der Palliativmedizin als eigenständige Zusatzweiterbildung, gefordert.

Was heute not tut

Vor wenigen Wochen haben die beiden Kirchen im Aachener Dom die diesjährige „Woche für das Leben“ eröffnet. Sie stand unter dem Leitwort: „Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens.“ Mit überzeugenden Argumenten wenden sich die Kirchen gegen den Ungeist der

aktiven Sterbehilfe, der dem Menschen seine unantastbare Würde raubt und in der Gesellschaft keine Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben in all seinen Phasen weckt. Desgleichen sprechen sich die Kirchen engagiert für eine Ausweitung der Palliativmedizin aus. Der leidende Mensch hat ein Recht darauf, daß Schmerzen, so gut es nur geht, gelindert, womöglich genommen werden.

Es gibt eine Reihe von Anzeichen, daß wir in Deutschland und vielen anderen Ländern vor der Frage stehen, ob die Gesellschaft alles tut, damit Menschen menschenwürdig sterben können und Forderungen nach aktiver Sterbehilfe eine eindeutige Absage erteilt bekommen. Zu Recht hat das Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ Rainer Beckmann auf den gesinnungsmäßigen Zusammenhang zwischen dem „Recht auf Selbsttötung“ und einer gesellschaftlich akzeptierten und praktizierten aktiven Sterbehilfe hingewiesen: „Denn wer das Recht, sich selbst töten zu dürfen, anerkennt und damit zwingend auch das Recht, sich töten zu lassen, der geht auch davon aus, daß es menschenunwürdiges Leben gibt.“⁴

Das Anliegen der Kirchen für ein menschenwürdiges Sterben kommt auch der Hospiz-Idee entgegen. Sterbebegleitung ist im umfassenden Sinne ein Gebot „der Gerechtigkeit, die ebenso wie die Gesundheitsvorsorge und die Einrichtungen der kurativen Medizin zu den Gemeinschaftsaufgaben einer humanen Gesellschaft gehört.“ (E. Schockenhoff)

Antwort auf religiöse Fragen

In der letzten Phase des Lebens eines Menschen werden häufig auch religiöse Fragen in einer ganz neuen Weise virulent. Der Kranke denkt an den Verlauf seines Lebens zurück. Hat er im Elternhaus und in jungen Jahren eine ausreichende religiöse Sozialisation erfahren, liegt es nahe, sein Leben auch im Hinblick auf die Begegnung mit Gott zu sehen. Dabei werden wichtige Entscheidungen, die das Leben geprägt haben, in das Bewußtsein treten. Neben dem, was ein Mensch getan und erreicht hat, werden Erinnerungen an Fehlentscheidungen und sittliches Versagen lebendig. In dieser Situation ist für den Kranken das Gespräch mit einem einfühlsamen und in der christlichen Überzeugung verankerten Menschen eine echte Hilfe. Es kann dazu beitragen, daß Ängste, die von unzutreffenden Voraussetzungen ausgehen, abgebaut werden und in ganz neuer Weise ein Bewußtsein von der Barmherzigkeit und Gerech-

tigkeit Gottes lebendig wird. Durch Gespräche, durch gemeinsames Nachdenken und Beten kann der Mensch Zuversicht gewinnen und sich auf Gott neu ausrichten.

Schwieriger ist die Situation dann, wenn ein Mensch weder im Elternhaus noch in seiner Jugend religiös sozialisiert wurde. Nicht selten ist sein Leben abseits kirchlicher Bindungen verlaufen. Er hat religiöse Wahrheiten nicht vernommen und sich nicht mit ihnen auseinandergesetzt. Wenn ein solcher Mensch auf sein Leben zurückblickt, steht er bewußt oder unbewußt vor existentiellen Fragen: Was ist der Sinn des Lebens? Verlöscht es ins Nichts? Was folgt dem Leben auf dieser Welt? Gibt es einen Gott? Wie ist dieser Gott zu begreifen? Menschen, die in ihrem Leben Fehler gemacht haben, neigen dazu, Gott hauptsächlich als Richter zu sehen und haben es schwer, zu einem Gottesbild zu finden, bei dem die Barmherzigkeit genauso wichtig ist wie die Gerechtigkeit. Auch hier kann nur ein einfühlsamer, im Glauben verankerter Christ die rechten Worte und den rechten Ton finden, damit der Kranke Mut und Zuversicht erlangt, um sich dem lebendigen Gott zuzuwenden.

Die menschliche Begleitung

Ebenso wichtig wie die Begleitung in religiösen Fragen ist die menschliche Zuwendung, deren der kranke Mensch in seiner letzten Lebensphase bedarf. Gerade in der modernen Welt, in der schon viele Etappen des Lebens durch Vereinzeln und Vereinsamen geprägt sind, ist der letzte Lebensabschnitt nahezu unerträglich, wenn es keine Angehörigen oder Freunde gibt, die sich um den Menschen kümmern. Im Hospiz und überall dort, wo Menschen sterben, müssen sie spüren, daß andere für sie da sind und für sie sorgen. Diese Begleitung kann nur gelingen, wenn man sich ein klares Bild über die physische und seelische Situation des Menschen macht. Die „Kunst des Sterbens“ besteht nicht in irgendeiner speziellen Technik, sondern sie vollzieht sich mitten im Leben gerade dort, wo wir am intensivsten leben: in der Liebe zu Gott und zum Nächsten.

Wenn die vorbehaltlose Annahme des Menschen in allen seinen Lebensphasen verweigert und damit sein Wert als Selbstzweck verneint wird, wird der Kern menschlicher Existenz angetastet. Der Mensch gibt seine Subjektstellung auf, um die er im Laufe der Geschichte immer wieder ringen mußte. Der christliche Gedanke der Gottebenbildlichkeit des

Menschen und die Einsicht von Immanuel Kant, wonach der Mensch Selbstzweck sei, drohen in den diskursiven Auseinandersetzungen, deren Vertreter jeweils für sich das Attribut „vernünftig“ beanspruchen, unterzugehen.

Heutzutage kommt es mehr denn je darauf an, die Arbeit der Hospize zu unterstützen und ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Der nahende Tod eines Menschen wird zur Herausforderung an die Nächstenliebe und Fürsorge seiner Verwandten, Freunde und Pfleger. Menschenwürdiges Sterben ist ein Gradmesser für eine christlich-humane Gesellschaft.

Anmerkungen

- 1 Oliver Tolmein, in Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 17.09.2003 (Nr. 216), S. 35
- 2 Zur grundsätzlichen Kritik an dieser Position mit historischen, theologischen und philosophischen Argumenten vgl. Franz Kamphaus, Die Kunst des Sterbens, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 30.09.2003 (Nr. 227), S. 8.
- 3 Als vorbildlich in diesem Sinne kann die Arbeit der Palliativabteilung im Würzburger Juliusspital angesehen werden. Vgl. Karl-Georg Michel, Ganzheitliche Betreuung der Patienten, in: Die Tagespost vom 27.04.2004 (Nr. 50), S. 3.
- 4 Rainer Beckmann, Was der Menschenwürde entspricht, in: Die Tagespost vom 29.04.2004 (Nr. 51/52), S. 9.

Literaturhinweise

Allensbacher Archiv, IFD-Umfragen, 7004, Februar/März 2001.

S. Barnow/M. Linden u.a., Wollen alte Menschen sterben? Suizidalität und Lebensüberdruß im hohen Alter. Ergebnisse der Berliner Altersstudie (BASE), in: Fortschritte der Medizin 119 (I/2001) S. 33–36.

Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, hg. von K. U. Mayer/P. B. Baltes, Berlin 1996.

S. *du Boulay*, Cicely Saunders. Ein Leben für Sterbende, Innsbruck u.a. 1987.

S. Husebø/E. Klaschik, Palliativmedizin, Berlin (3. Auflage) 2003.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Handreichung und Formulare (= Gemeinsame Texte 15), Hannover/Bonn (2. Auflage) 2003.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Sterbebegleitung statt aktive Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen (= Gemeinsame Texte 17), Hannover/Bonn 2003.

H. Pompey/M. Strohbach: *Leben an der Grenze. Über den christlich-humanen Umgang mit Sterben und Tod.* Heft 230 der Reihe „Kirche und Gesellschaft“. Köln 1996.

E. Schockenhoff, *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg 1991.

R. Schulz, *Trendmonitor „Religiöse Kommunikation 2003“.* Erkenntnisse und Empfehlungen, in: *Communicatio Socialis* 36 (2003), S. 139–161.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): *Schwerstkranken und Sterbenden beistehen / Menschenwürdig sterben und christlich sterben* (= Die deutschen Bischöfe 47), Bonn 1991.

J.-C. Student, *Das Hospiz-Buch*, Freiburg/Br. (4. Auflage) 1999.

Zur Person des Verfassers

Dr. Clemens Breuer ist Oberassistent am Lehrstuhl für Moraltheologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Augsburg und Privatdozent für Christliche Sozialwissenschaft an der Theologischen Fakultät Trier.