

## **Lebenshilfe bis zum Tode - Hospizbewegung**

Es geht bei Hospizen eigentlich nicht darum, neue Institutionen zu schaffen, sondern darum, alte Traditionen menschlichen Umgangs mit Sterbenden wiederzuentdecken und sie in unsere veränderte Welt hineinzusprechen [1].

### **Sterbekultur: Wunsch und Wirklichkeit:**

Nichts ist so sicher im Leben jedes einzelnen Menschen wie der Tod.

Um so überraschender, wie wenig er im Bewußtsein der Menschen vorhanden ist, wie sehr er verdrängt wird. So werden Sterbende häufig in Krankenhäuser oder Heime ausgegrenzt, und selbst an der Schwelle des Todes täuschen sich Todkranke und Angehörige aus Angst. Sie gestehen sich nicht einmal jetzt ein Gespräch über das nahe Ende zu, sagen lieber: "Es wird schon wieder", oder "Du wirst jetzt bald wieder gesund." Das führt selbst in der Familie zu Isolation und Einsamkeit, und so werden Gefühle wie Angst und Trauer nicht wahrgenommen und verarbeitet.

Auch sterben Patienten immer noch in Badezimmern oder Abstellkammern.

Fast alle Menschen scheuen sich, einen Verstorbenen noch einmal zu berühren, wodurch das "Begreifen" des Todes erschwert wird; und Kinder werden oftmals beim Sterben überhaupt nicht zugelassen.

Fragt man allerdings die Menschen nach ihren Wünschen, erfährt man anderes, Widersprüchliches,

Tab. 1: Wünsche, den eigenen Tod betreffend.  
Umfrage bei 1761 Bürgern Stuttgarts [2]

- 80 % wünschen sich gute, liebevolle Begleitung
- 75 % möchten in der vertrauten Umgebung, zu Hause, sterben
- 75 % wollen ehrliche Information über Krankheit und Prognose
- 72 % wünschen Schmerzfreiheit, fürchten Schmerz oder langes Leiden
- 50 % fürchten:
  - intensivmedizinische Lebensverlängerung
  - lieblose Pflege
  - anderen zur Last zu fallen
- 50 % wünschen sich Kontakt zur Natur (große Fenster, Balkon, Garten, Tiere)
- 0,2% können sich aktive Sterbehilfe vorstellen

Rund 50 % der Befragten hatten selbst nicht besonders gute Erfahrungen mit sterbenden Menschen in ihrer Umgebung gemacht.

Diese Wünsche bleiben in Deutschland weitgehend unbefriedigt. Denn über 80 % der Menschen sterben in Krankenhäusern oder Heimen häufig genug sprachlos und alleingelassen. Sterbebegleitung ist laut Sozialgesetzbuch keine Kassenleistung, sodaß das Krankenhaus auch hierfür keine besondere Vergütung bekommt. Die Bundesärztekammer hat erst 1979 Sterbebegleitung als eigenständige Tätigkeit definiert. So wurde den Krankenhäusern zwar die Begleitung Sterbender zugeschoben, aber sie haben sie bisher meist nicht wirklich angenommen. Es hat sich daher in ihnen auch keine Sterbekultur entwickeln können.

Das primäre Handlungsziel der Kliniken ist immer noch Lebensverlängerung, Wiederherstellung oder Heilung. Und es ist tatsächlich äußerst schwierig, die schmale Grenze zwischen möglicher Rekompensation eines pathologischen Prozesses und endgültiger Entwicklung zum Tode hin zu erkennen und das Ziel Heilungsversuch durch das Ziel "lindernde Pflege und Fürsorge" zu ersetzen. Das Personal ist darauf trainiert, durch instrumentelle Handlungen Lebensverlängerung erreichen zu wollen.

Es sei dahingestellt, ob das wirklich durch solchen Einsatz erreichbar ist, denn wahrscheinlich ist die "Macht" der Akteure über "Leben und Tod" gar nicht so groß wie angenommen.

Probleme der Lebens- oder auch Sterbensqualität werden - im besten Willen - sicherlich gespürt, sind aber in die therapeutischen Konzepte dennoch wenig einbezogen. Die Schwerkranken erfordern

außerdem oft soviel körperliche und "technische" Tätigkeit, daß kaum noch Zeit zu persönlichem Kontakt wahrgenommen wird. Im oft "hilflosen Aktivismus" gelingt häufig nicht einmal eine adäquate Schmerzkontrolle. Die dazu nötigen Kenntnisse setzen sich erst langsam durch.

Wird deutlich, daß der Tod naht, tritt das Personal den Rückzug an. Denn der Tod ist immer auch eine "Panne", eine "Niederlage". Das führt zu Schuldgefühlen. Die Kommunikation wird reduziert, die Visiten werden kürzer.

Ein sterbendes Kind hat das einmal so formuliert: "Mama, die kommen immer seltener zu mir ins Zimmer und bleiben immer kürzer. Und wenn schließlich keiner mehr kommt, bin ich dann tot?"

Vor dem biologischen Tod kann also der soziale Tod eintreten.

Wird dies überhaupt als Problem gesehen, wird Überlastung ins Feld geführt, Belastung durch die vielen anderen Patienten, bei denen sich der Aufwand mehr "lohne", weil man ihnen noch helfen könne und sie sonst nicht gut genug betreut würden.

Die Verhältnisse im Krankenhaus sind ein Abbild der gesellschaftlichen Verhältnisse: "Die Not der sterbenden Menschen hat ihr Pendant allerdings in der Not derer, die für sie sorgen sollen, der Ärzte und Schwestern/Pfleger. Und wir alle sind deswegen mitverantwortlich daran, weil wir ihnen nicht genug Unterstützung geben, etwas anderes zu tun, etwas anderes zu lernen" [3].

"Wir tun nicht gut daran, wenn wir die in der Klinik tätigen Menschen deswegen schelten. Denn wir alle haben ihnen ja letztlich den Auftrag erteilt: im Krankenhaus die Menschen 'wieder gesund' zu machen." "Wir müssen auch akzeptieren, daß wir ihnen nicht gleichzeitig hohes Engagement für das Leben und Überleben abverlangen können und andererseits fordern, im rechten Moment wissen zu müssen, wann der Kampf aussichtslos ist und man loslassen muß [3]. Dies war nicht immer so.

Noch Anfang dieses Jahrhunderts starben 80 % der Menschen in Deutschland zu Hause. erinnert sei an die klassische Totenbettszene mit liebevollem Abschiednehmen und feierlichen letzten Worten, wie sie in zahlreichen Filmen noch heute vorkommt. Darin verabschiedet sich die Familie: der Sterbende regelrecht im Mittelpunkt, um ihn herum, ums Bett geschart, die Angehörigen, die die letzten Worte als wichtiges Vermächtnis erwarten und annehmen.

Dabei gab es hilfreiche Rituale. Der Sterbende konnte vorher seinen Tod ankündigen, er durfte, ja mußte dies. Es waren Verhaltensweisen vorgegeben, die dem Sterbenden wie den Angehörigen den Abschieds- und Trauerprozeß wesentlich erleichterten.

Heute ist unsere Gesellschaft überwiegend geprägt durch "Werte" wie Jugendlichkeit, gutes Aussehen, Leistung, Geld, Intelligenz, Gesundheit. Alter, Siechtum, Schmerz, Leid, Sterben und Tod sind ausgegrenzt.

Die bürgerliche Gesellschaft mit ihrem spezifischen Pathos der Rationalität und Autonomie erforderte eine Abkehr von der Auseinandersetzung mit dem Sterben. Denn der Tod war in der Lage, die Ideologie von der Berechenbarkeit und Beherrschbarkeit des Lebens und der Welt zu erschüttern. Entsprechend verlor der Bürger seine Sicherheit, er hat nicht nur eine negative Einstellung zum Tod, sondern oft genug gar keine. "Die Weißen können alles, nur eines entgleitet ihnen, der Tod", sagte der farbige Gelehrte Taakina Molossa.

Der Tod wird in das Private eingeschlossen, getarnt, versteckt, beschönigt; damit soll er nicht mehr zum Lebenshorizont gehören. Er wird aus unserem Alltag ferngehalten, damit das Leben ohne "Störungen" weiterlaufen kann.

Insgesamt haben wir zum Sterben und Tod ein ambivalentes Verhältnis: Obwohl einerseits schon lange und immer drängender die Fragen nach einem menschenwürdigen Sterben gestellt werden, wird andererseits in der "Postmoderne" noch schärfer der Tod, das Leid weggedrängt, die Frage nach Nützlichkeit, dem Lebenswert gar gestellt.

Eine Antwort: Hospiz.

Die Hospizbewegung entwickelt eine Synthese von umfassender Betreuung des Sterbenden und seiner Familie und Einsatz von Erkenntnissen der modernen Medizin, insbesondere in der Schmerz- und Symptomkontrolle.

Umfassende Betreuung meint Berücksichtigung psychischer, spiritueller, sozialer und auch somatischer Bereiche. Im Mittelpunkt steht dabei der Patient mit seinen Wünschen, wobei aber auch die Wünsche und Nöte seiner Familie und Freunde in die Betreuung eingeschlossen sind.

Das Hospiz ermöglicht es den Sterbenden und ihren Begleitern, das Leben möglichst lange nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Denn gerade im Angesicht des Todes wird für viele das Leben besonders wertvoll.

Durchbrochen wird der Circulus vitiosus aus Verdrängung, daraus resultierender mangelnder Erfahrung und ausgeprägter Hilflosigkeit und Angst. Die enttabuisierte Begegnung mit dem Tode verhilft auch den "Zurückbleibenden" zu einem bewußteren Leben, einer veränderten Lebensgestaltung, da die Menschen in Krisenzeiten besonders empfänglich für negative wie positive Erfahrungen sind.

Das Hospiz zielt entsprechend darauf hin, das Bewußtsein in unserer Gesellschaft so zu entwickeln, daß das Sterben wieder ein Teil des Lebens wird.

Die Hospize entwickeln so eine lebensbejahende Atmosphäre und eben keine Friedhofstimmung. Dadurch verstummt zwangsläufig der fatalistische Ruf nach aktiver "Euthanasie" - heute Sterbe"hilfe" genannt [4]. Die Hospizbewegung definiert zur Umsetzung dieser Ziele fünf Kriterien:

1. Sterbende und Angehörige/Freunde sind gemeinsame Adressaten des Hospizdienstes. Die Angehörigen benötigen in ihrer Hilflosigkeit nicht weniger Aufmerksamkeit und Fürsorge als der Sterbende selbst.
2. Unterstützung durch ein interdisziplinär arbeitendes Team (Krankenschwester, Sozialarbeiter, Geistlicher, Arzt u.a.). Nur ein Team von Fachleuten kann den vielfältigen Wünschen Betroffener wirklich vollständig gerecht werden. Die Teammitglieder unterstützen sich gegenseitig in ihrer Arbeit, v. a. in emotionaler Hinsicht. Sie werden sorgfältig ausgebildet und erhalten fortlaufend Supervision.
3. Einbeziehung freiwilliger Helfer  
Sie dienen der "Entprofessionalisierung" der Sterbebegleitung. Sie unterstützen die Integration des Sterbenden und seiner Angehörigen in das Gemeinwesen. Dem widerspricht nicht, daß auch sie sorgfältig ausgebildet werden und Supervision erhalten.
4. Spezielle Kenntnisse in der Symptomkontrolle  
Das Hospizteam verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der medizinischen und pflegerischen Beeinflussung der das Sterben oftmals belastenden Symptome, insbesondere der Schmerzen. Es weiß auch um die soziale, psychische und spirituelle Dimension dieser Symptome.
5. Kontinuität in der Betreuung  
Das Team steht 24 Stunden am Tage, 7 Tage in der Woche zur Verfügung. Die Hinterbliebenen werden in der Zeit ihrer Trauer weiter begleitet, was sich auch gesundheitsfördernd auswirkt [5].

### **Die Bedürfnisse Sterbender:**

Sterbende sind Lebende, sie haben Erwartungen, Wünsche, Empfindungen, Gefühle. Die Bedürfnisse der Sterbenden ins Zentrum zu stellen heißt zunächst, diese Bedürfnisse kennenzulernen, zu erfassen und zu akzeptieren. Grundsätzlich umfaßt dies Bereiche wie: Sicherheit, Liebe, Achtung, Selbstverwirklichung, Begegnung und Identität [6]. Liebe und Sicherheit können bedeuten, nächste Angehörige, Freunde, liebgewordene Menschen in der Nähe zu haben, die Gespräche und Gefühle zulassen und dafür sorgen, daß Unruhe, Angst, Wut und Trauer nicht durch Medikamente "zugeschüttet" werden. Sterbende erleben Nähe und Zärtlichkeit auch dann, wenn die Sinne zu versagen scheinen und sie es nicht mehr zeigen können. Den Wunsch nach persönlicher Prägung des Todes zu respektieren gehört zur Achtung und Selbstverwirklichung ebenso wie der Umgang mit der Wahrhaftigkeit, wobei hier von den Patienten der richtige Zeitpunkt und die richtige Form gesteuert wird. Sie wissen mehr vom Sterben und sind deshalb den beruflichen Helfern oft Beistand und Hilfe in der Begegnung. Die Identität Sterbender zu berücksichtigen bedeutet, daß mit ihnen und nicht über sie gesprochen wird, denn das Selbstbestimmungsrecht liegt bei ihnen und nicht bei den Angehörigen oder dem Personal. Es heißt aber auch, daß eine optimale Pflege einschließlich der Symptom- und Schmerzkontrolle selbstverständlich ist.

### **Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle:**

Die Schmerztherapie ist ein besonders wichtiges Anliegen des Hospiz. In langjähriger Arbeit sind Prinzipien einer effektiven Schmerzkontrolle entwickelt worden, da zuvor die Patienten aus verschiedensten Gründen nicht ausreichend behandelt waren. Auch jetzt noch sind die Schmerzen chronisch Kranker, insbesondere Krebskranker, in Deutschland nicht ausreichend kontrolliert, da sich die grundlegenden Prinzipien der Schmerztherapie entsprechend den Vorgaben der WHO, dem bekannten Zeit- und Stufenschema, nur schwer durchsetzen. Dies beinhaltet die kontinuierliche Gabe eines Analgetikums und nicht nach Bedarf sowie Art und Dosierung des Medikamentes nach der Schmerzintensität. Die moderne Schmerztherapie bevorzugt die orale Applikation von Opiaten. In Deutschland führen Vorurteile gegenüber dem Suchtpotential des Morphins heute immer noch zu einer Vorenthaltung dieser sinnvollen Therapie. Daß die Vorurteile nicht mehr haltbar sind, belegen

umfangreiche wissenschaftliche Studien [7]. Das deutsche Betäubungsmittelgesetz (BtmG) ist verwaltungstechnisch in der Hand des verordnenden Arztes umständlich und führt zur restriktiven Handhabung. In Hannover beispielsweise hatten 1988 überhaupt nur 16 % der Ärzte die dazu nötigen Rezepte [8].

Am meisten leiden die Schmerzpatienten darunter. Wahrscheinlich erhalten bisher nur 30 % der Betroffenen eine den medizinischen Regeln entsprechende Therapie (Dtsch. Hospizhilfe 1990). Aus Tab. 2 wird ersichtlich, daß dies in Deutschland besonders auffällig ist. Andere Länder haben durchaus andere Prinzipien.

Tab. 2: Verordnete Morphine 1987 pro Million Einwohner in kg (Dtsch. Hospizhilfe, 1990) [9]

- \* Dänemark 30,3 kg
- \* Kanada 16,3 kg
- \* England 14,9 kg
- \* USA 6,8 kg
- \* Deutschland 1,7 kg
- \* Portugal 1,6 kg

Hoher Morphinverbrauch in der richtigen Anwendung und Schmerzfremheit sind nicht ein "Einlullen" der Patienten, sondern notwendige Voraussetzung zur guten Auseinandersetzung mit dem Sterben und der Umwelt.

Die unterschwellige Forderung nach "Askese" ist deswegen gerade falsch. "Der Schmerz jedoch, welcher nur zu oft terminale Krankheiten begleitet, ist absolut überflüssig. Er dient weder zur Warnung noch zur Lehre. Statt dessen absorbiert er in einem der wichtigsten Momente unseres Lebens die Fähigkeit, die Umwelt richtig wahrzunehmen, vernünftig zu denken oder irgendwie mit der Situation fertigzuwerden ..." [10]

Die selbstverständlich angewandte Schmerzkontrolle ist Voraussetzung für eine aktive Bewältigung von Krankheit, Leiden und Tod. Schmerzen betreffen nicht nur den Patienten selbst, sondern auch die Begleiter und deren Befindlichkeit (negativ wie positiv). Das Schmerzerleben ist insofern kein individueller Prozeß, sondern wird durch die Interaktion mit der Umgebung wesentlich sozial mitgestaltet. Gute Schmerztherapie ist damit auch Unterstützung für die Helfer und Begleiter. Damit entstehen weniger körperliche und seelische Komplikationen, die Trauer verläuft milder.

### Entwicklung der Hospizbewegung:

Unter Hospiz versteht man also ein bestimmtes Konzept der medizinischen, pflegerischen und spirituellen Fürsorge, eine bestimmte Einstellung gegenüber dem Tod und der Pflege Sterbender. Wichtig ist also das Konzept der Pflege, nicht unbedingt ein bestimmter Ort.

Cicely Saunders gründete das erste Hospiz (St. Christopher's Hospice) 1967 in London. Es hat noch immer Vorbildfunktion. Hier sollte man in Frieden, ohne Schmerzen, im Beisein der Angehörigen sterben, somit bis zuletzt leben. Frau Dr. Saunders hat dies auf christlichem Hintergrund entwickelt. Auch der Name Hospiz knüpft an die mittelalterliche Tradition der Hospize an, in denen Mönche Pilger gastlich aufgenommen und gepflegt haben. In Erinnerung an diese Pilgerbewegung wollte C. Saunders im modernen Hospiz sterbenden Menschen auf ihrer letzten (Pilger-)Reise Pflege, Stärkung und Herberge anbieten.

Von England aus hat sich die Bewegung über die Welt ausgebreitet: Es existieren 2000 Initiativen, die nicht immer an ein Haus gebunden sind, in den USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Polen, Italien, Norwegen, Südafrika, Frankreich, Dänemark, Japan, Schweiz und Deutschland.

In den USA gibt es 1700 Hospize als Einrichtungen, in England 170, in Deutschland gibt es 1991 neun einschließlich einiger sog. Palliativstationen in Krankenhäusern, die gleiche Konzepte vertreten [11]. Weitere Hospize entstehen.

Ihre Gründung und Erhaltung ist schwierig, weil die bisherige Gesetzgebung eine Finanzierung nicht vorsieht. Alle Einrichtungen werden bisher über privates (Spenden)Engagement betrieben.

Neben den eigentlichen Hospizhäusern arbeiten etwa 300 ambulante Initiativen, die Hospize planen und das Sterben zu Hause unterstützen wollen. Das interdisziplinäre Team organisiert in Zusammenarbeit mit den bereits bestehenden sozialpflegerischen Diensten (z.B. Diakoniestationen, Sozialstationen, AWO, DRK, freie Gruppen) und den behandelnden Ärzten die Begleitung der Schwerkranken und Sterbenden sowie der Angehörigen zu Hause.

Wichtiges Bindeglied sind dabei die Hospizhelfer, die u. a. die zeitliche Kontinuität gewährleisten. Hospizhelfer sein bedeutet: bei den Kranken sein, Angehörige entlasten, bei der Pflege helfen, am Bett sitzen, zuhören, vorlesen, auch einkaufen, Bücher abholen, Briefe schreiben, Urlaubsvertretung

übernehmen, Kontakte zu Verwandten herstellen, Phantasie haben, um praktische und geistige Hilfe zu geben.

In der Bundesrepublik gibt es natürlich auch hier und da eine Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen, wo Hospizhelfer das Personal und die Angehörigen in den oben aufgeführten Aufgaben unterstützen. Sie achten auch darauf, daß der kritische Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung gelingt.

Die Hospizdienste erfüllen mit ihrer Tätigkeit dabei eine wichtige Funktion in der Entwicklung der Handlungskompetenz des Personals. Erfahrungsgemäß wird dies dankbar angenommen. Die Hilfslosigkeit weicht zunehmender Sicherheit im Umgang mit Sterbenden. Die Arbeit insgesamt in Krankenhäusern und Pflegeheimen wird damit für Sterbebegleitung qualifizierter.

### **Kritik am Hospiz:**

Das Konzept der Hospizbewegung ist natürlich nicht ohne Kritik geblieben [12, 13]:

1. Befürchtet wird das Entstehen von "Sterbeshütten". Das Sterben werde noch mehr aus dem Alltag ausgegrenzt, der Sterbende selbst noch mehr isoliert, der Verdrängungsmechanismus unterstützt. Die "Sterbekliniken" entzögen den übrigen Institutionen die Möglichkeit, den angemessenen Umgang mit dem Tod einzuüben und eine Verbesserung anzustreben. Somit komme es zu einer Stabilisierung unserer Ohnmacht im Umgang mit Sterbenden.
2. Befürchtet werden eine zusätzliche schwere psychische Belastung des Todkranken bei "endgültiger Abkehr" vom Leben und zusätzliche Konfrontation mit dem Leiden anderer, wenn er in eine "Sterbeklinik" kommt.
3. Befürchtet wird ein "Ausbrennen" der Mitarbeiter durch die ständige Belastung mit der "Nachtseite" des Lebens, durch die fehlenden "Heilungserfolge". Würde das nicht auch zu einer "Ghettoisierung" der Mitarbeiter bis in den Privatbereich führen ?
4. Befürchtet wird eine "mindere" medizinische Versorgung. Möglicherweise würden Heilungschancen voreilig übersehen. Die Schmerzbehandlung sei möglicherweise "zu gut" mit vorzeitigem Tod oder "zu schlecht" mangels genügender "technischer" Möglichkeiten.
5. Befürchtet wird der zu hohe Personalbedarf.
6. Erfahrungen und auch die Ergebnisse verschiedener Studien haben die oben aufgeführten Befürchtungen widerlegen können [12, 13].

1. Es hat sich gezeigt, daß der Einsatz freiwilliger Helfer die Einbeziehung der Sterbenden und ihrer Angehörigen in das Gemeinwesen fördert. Die Aktivität der Hospizbewegung wirkt auch in die bestehenden Institutionen der Krankenversorgung hinein, indem durch z.B. tätiges Vorbild aktive Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit die Hilfslosigkeit der Mitarbeiter von Krankenhäusern und Pflegeheimen gezielt abgebaut wird. Die Hospizbewegung trägt die Auseinandersetzung mit dem Sterben gerade in die öffentliche Diskussion hinein und nicht hinaus. Das zeigt sich auch in einem immens gewachsenen Interesse unterschiedlichster gesellschaftlicher Gruppen, das sich in zahlreichen Anfragen und Diskussionen zum Thema manifestiert.
2. Es hat sich gezeigt, daß der wahrhaftige und offene Umgang mit den Sterbenden und das Eingehen auf ihre vielfältigen Bedürfnisse, die Unterstützung der Angehörigen zu einer deutlichen Entspannung bei allen Beteiligten führt. Der gesamte Rahmen mit seinem familiären Zuschnitt reduziert Ängste in einer Weise, wie dies ohne Unterstützung zu Hause oder im Krankenhaus eben nicht möglich wäre.
3. Es hat sich gezeigt, daß diese entspanntere Situation (s. u. 2) auch zur Entlastung der Mitarbeiter beiträgt. Zusätzlich ist allen Beteiligten bewußt, daß man sich gegenseitig im Team intensiv unterstützen muß, daß durch regelmäßige Supervision eine emotionale Entlastung zu organisieren ist. Es wird darauf geachtet, daß auch die zeitliche Belastung begrenzt bleibt.
4. Die Prinzipien einer effektiven Schmerzkontrolle wurden von der Hospizbewegung entwickelt und in andere Bereiche hineingetragen. Es wird auch alles getan, um andere quälende Symptome zu kontrollieren. Daher hat es sich gezeigt, daß die Versorgung nicht nur nicht "gemindert" wurde, sondern sich sogar verbesserte. Qualifizierte Schmerzkontrolle bewirkt eher niedrigere Medikamentendosierungen als unkontrollierte "Behandlung". Nebenwirkungen werden reduziert. Daher ist die Therapie nicht "zu gut". Die Gesamtsicht der prinzipiellen Lebensbejahung in

Kombination mit moralisch-ethischen Grundsätzen der Humanität verbieten eine aktive Verkürzung des Lebens.

5. Der Einsatz von freiwilligen Helfern, die Aktivierung der quasi "gelähmten" Angehörigen, das Einsparen unnötiger medizintechnischer Intervention aus Hilflosigkeit und Unwissenheit werden letztlich die Gesamtkosten doch eher reduzieren. Ganz abgesehen davon, daß auch die letzte Phase des Lebens nicht unter ökonomischem Druck leiden sollte.

6. Hospiz als Herausforderung und Chance:

Die Hospizbewegung versucht mit ihrem Wirken, problematischen gesellschaftlichen Entwicklungen entgegenzusteuern:

Sie will die Verdrängung des Todes in einer auf Jugendlichkeit getrimmten Gesellschaft verhindern und den Tod stärker ins Bewußtsein heben, ihn als Bestandteil des Lebens verdeutlichen.

Sie will die Sterbebegleitung als selbstverständliche menschliche Aufgabe wieder entwickeln, die auch Formen gemeinschaftlicher Problembewältigung enthält.

Sie dämpft die hohen Erwartungen an die Wiederherstellung der Gesundheit, an die Möglichkeiten der "technischen Medizin", die "Machbarkeit" des Lebens und verhilft zur Annahme der menschlichen "Endlichkeit".

Der Tod verliert damit seinen Schrecken, er gehört wieder mehr zum Leben jedes einzelnen. Das beeinflußt so wichtige Dinge wie Liebe und Zeit, Gesundheit und Krankheit, Geburt, Reisen und den Sinn des Lebens selbst. Dies ist gesundheitsfördernd.

Letztlich ist aber klar:

Den idealen Platz zum Sterben gibt es nicht, auch nicht die optimale Sterbebegleitung. Wichtig ist, Möglichkeiten zu bieten, die sich an den Wünschen sterbender Menschen orientieren. Starre Ideologien oder Rezepte gehören nicht hier hin. Das heißt auch, nur dann tätig zu werden, wenn dies von den Sterbenden ausdrücklich gewünscht wird. Der Mensch soll sterben können, wo und wie es für ihn richtig ist, und das weiß niemand besser als der Sterbende selbst.

"Die Art wie wir leben steht in einer Beziehung zu der Art, wie wir andere sterben lassen oder selber sterben." [14]

#### Literatur:

- [1] Student JC. Hospiz - Alternative für Sterbebegleitung. Karlsruhe: Herrenalber Protokolle 1989; 66: Seiten
- [2] Beutel H, Tausch D. Sterben, eine Zeit des Lebens. Stuttgart: Quell Verlag 1989
- [3] Student JC. Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben. MMG 1987; 12: 232 -240
- [4] Coyle N. Die letzten vier Wochen des Lebens. Am. J. of Nurs. 1990; 90: 75- 78
- [5] Student JC, Busche A. Zu Hause sterben. Hannover Verlag
- [6] Rest F. Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Studienbuch für Krankenpflege, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 1989
- [7] Klaschik E. Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Bonn: Malteserkrankenhaus 1990 Verlag ?
- [8] Zenz M. Einsatz von Opioiden bei Krebschmerz. Pflegen ambulant 1991; 3: 9 - 12
- [9] Deutsche Hospizhilfe. Grundzüge der Schmerztherapie. Buchholz: Dtsch. Hospizverlag 1990 Herausgeber:
- [10] Stoddard S. Leben bis zuletzt. München: Serie Piper 1989
- [11] Student JC. Leserbrief, Dtsch. Ärzteblatt 1991; 88: B-1556
- [12] Student JC. Hospiz versus Sterbeklinik. WzM 37 1985; 37: 260 - 265
- [13] Lutherisches Kirchenamt. "Hospizbewegung" - Ein Arbeitsbericht für die Generalsynode der VELKD. Hannover: Luth.Verl.haus 1990
- [14] Tausch AM und R. Sanftes Sterben. Reinbek: Rowohlt 1991