

# WÜRDIG LEBEN BIS ZULETZT

Vortrag von Katrin Göring-Eckardt bei der Vortragsreihe "Sterben! Hilfe? – Wie wir sterben wollen" des Ökumenischen Hochschulbeirats Jena am 18. November 2010.

--- Es gilt das gesprochene Wort. ---

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist ja gerade wieder diese Zeit. Es wird früh dunkel. Draußen ist es trübe und nass. Da kommt schon mal depressive Stimmung auf, im besten Fall nur Melancholie. Wenn wir uns ein wenig Ruhe gönnen, mit Wollsocken, Teetasse in der Hand und bei Kerzenschein kommen auch die großen Fragen in den Sinn. Was das Leben wohl ist und wie es gut ist. Was am Ende kommt und womöglich danach? Und wie es sein wird und sein soll, zu sterben.

Am Sonntag ist Ewigkeitssonntag, oder Totensonntag, je nachdem wie man es sehen mag. Wir singen: Wachtet auf, ruft uns die Stimme! Die Katholischen haben an Allerseelen vor gut zwei Wochen die roten Lichter auf den Gräbern angezündet. Vergangene Sonntag wurde am Volkstrauertag der Toten gedacht. November, ein guter Monat über Tod und Sterben nachzudenken und darüber zu reden? Wollen wir das? Können wir das?

Oder ist uns nicht doch der Sommer lieber, pralles Leben, rote Kirschen, roter Mohn? Unbeschwertheit, Fülle, Sonnenschein? Ja, wir ahnen es: beides gehört zusammen. Nur ist es eben ungleich schwerer, sich mit der Endlichkeit, mit dem Ende des Lebens auseinander zu setzen. Es schmerzt. Es ist eine Zumutung. Deshalb schieben wir den Gedanken an den eigenen Tod gerne beiseite. Und folgerichtig schieben wir auch die, die Sterben, lieber beiseite. Gestorben wird heute im Krankenhaus, im Pflegeheim, hinter geschlossenen Türen und zugezogenen Vorhängen.

Diese Entwicklung beunruhigt mich. Und unsere Großmütter und -väter kannten es noch ganz anders. Der Tod war ein vertrauter Zeitgenosse, denn man starb nicht allein. Die Familie, Freunde und Nachbarn verbrachten die letzten Stunden am Bett des Sterbenden. Man betete, nahm Abschied, ja lachte auch. Nach dem Tod wurde der Verstorbene gewaschen, bekleidet, aufgebahrt. Die Totenwache, die man heute kaum noch kennt, dauerte mehrere Tage. Und zur Beerdigung wurde der Sarg durchs Dorf getragen, der Tod war öffentlich.

Viele dieser Rituale sind verloren gegangen. Im Umgang mit Sterben und Tod macht sich Unsicherheit breit. Machen Gespräche über das was danach kommt Angst oder machen sie ruhig? Wen kann ich danach fragen? Es ist ja schon nicht mehr selbstverständlich zu wissen, wie man eine Traueranzeige formuliert oder wie man sich angemessenen zur Beerdigung kleidet. Gehen Kinder auch in schwarz? Schreibt man einen dieser gereimten Sprüche über die Annonce oder einfach Römer 38 oder gar nichts? Gibt es Kuchen hinterher und wenn ja, was für welchen?

Es geht mir nicht darum, alte Rituale fraglos zu übernehmen. Manches davon ist überholt, natürlich sind die Zeiten andere. Aber ich halte es für notwendig, neue Rituale zu entwickeln, zurückzukehren zur Bejahung des Lebens bis ganz zum Schluss. Wir sind gefordert, uns der Beschäftigung mit Tod und Sterben neu zu stellen, als Individuum, als Gesellschaft und auch institutionell.

Im vergangenen Sommer hatten wir einigen Wochen lang eine solche Debatte. Anlass war die Verabschiedung des Gesetzes zur rechtlichen Regelungen am Lebensende im Deutschen Bundestag. Damit ist, kurz vor Ende der letzten Wahlperiode ein Schlusspunkt gesetzt worden unter einen Prozess, der sich über vier Jahre erstreckt hat und der auch schon eine Vorgeschichte in der davor liegenden Legislatur hatte. Die Parlamentarier habe es sich also nicht leicht gemacht. Wie auch bei dieser Materie. Vielleicht war der lange Anlauf ja auch ein Zeichen dafür, wie schwer es ist, überhaupt etwas regeln zu wollen, was das Sterben, den Tod betrifft. Aber wesentlicher Antrieb unseres Ringens um eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung war es, für mehr Rechtssicherheit im Umgang mit dem Willen eines Patienten zu sorgen, der sich selbst nicht mehr äußern kann. Dies ist gelungen und das ist gut, das ist ein Erfolg. Ich mache aber keinen Hehl daraus, dass es nicht die Regelungen sind, die ich im Gesamtentwurf für richtig halte. Im Bundestag standen am Ende drei Gesetzentwürfe gegeneinander, die kontrovers, mit Leidenschaft und die meiste Zeit auch an der Sache orientiert diskutiert wurden. Am Ende hat sich der liberalste Entwurf durchgesetzt.

Erlauben Sie mir, kurz zu skizzieren, was das Gesetz vorsieht, dass die Patientenverfügung im Betreuungsrecht regelt. Eine Patientenverfügung kann von einem einwilligungsfähigen Volljährigen verfasst werden und muss schriftlich vorliegen. Für den Fall einer zukünftigen Nichteinwilligungsfähigkeit kann festgelegt werden, in welche Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe eingewilligt werden soll und welche zu unterlassen sind. Der Betreuer – entweder

durch eine Vorsorgevollmacht vom Patienten selbst eingesetzt oder vom Gericht bestellt – prüft, ob die Patientenverfügung auf die dann eingetretene Situation zutrifft. Wenn ja, hat er dem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Der Prozess dieser Prüfung soll dialogisch sein: Zunächst stellt der Arzt fest, welche medizinischen Maßnahmen hinsichtlich des Gesamtzustand des Patienten und die Prognose indiziert sind. Diese in Frage kommenden Maßnahmen werden dann von Arzt und Betreuer mit Blick auf die Patientenverfügung erörtert. Um festzustellen, was der Patient in der konkreten Situation nun gewollt haben würde, sollen (und eben leider nicht müssen!) auch nahe Angehörige und andere Vertrauenspersonen des Patienten gehört werden. Wenn nach diesem Vorgehen Arzt und Betreuer – beide – zur gleichen Einschätzung kommen, dass eine bestimmte Maßnahme aufgrund der Patientenverfügung ergriffen oder unterlassen wird, wird so gehandelt. Eine Prüfung durch das Vormundschaftsgericht findet nicht statt. Anders, wenn Dissenz in der Einschätzung zwischen Arzt und Betreuer besteht. Dann muss das Gericht angerufen werden und entscheiden.

Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden. Niemand kann gezwungen werden, eine Patientenverfügung zu verfassen. Das scheint mir besonders wichtig, mit Blick auf den Abschluss von Versicherungen oder beispielsweise von Heimverträgen. Eine Patientenverfügung darf nicht Bedingung dafür sein, in eine Betreuungseinrichtung aufgenommen zu werden.

Nicht immer liegt bei einem Patienten, der sich selbst nicht mehr äußern kann, eine Patientenverfügung vor. Es ist sogar eher selten der Fall. Dann kann nur gemutmaßt werden, wie der Patient entschieden hätte. Hat er sich einmal mündlich geäußert? Welche Wertvorstellungen hat er? Welche ethischen und religiösen Überzeugungen? Es ist Aufgabe des Betreuers, diesen mutmaßlichen Willen festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden.

Nach dem nun in Kraft getretenen Gesetz wird nicht unterschieden, ob sich die Patientenverfügung auf eine Erkrankungen bezieht, bei der Aussicht auf Heilung besteht oder auf eine Situation, die aller Voraussicht nach zum Tode führt. Dem verfügtem Wille ist gleichermaßen wie dem mutmaßlichen Willen unabhängig vom Krankheitsstadium zu entsprechen.

Die Verfasser dieses Gesetz haben damit geworben, ihr Entwurf regele einfach, der Text sei kurz und knapp. In sehr vielen Bereichen, in denen der Gesetzgeber Regelungen zu erlassen hat, kann ich einen solchen Ansatz nur begrüße. Ich frage

mich aber, ob die Einfachheit einer Regelung Maßstab sein kann in einem Bereich, da jeder Fall individuell verschieden und absolut existentiell ist. Meine Kritik, die fast schon Besorgnis ist, richtet sich dabei besonders auf einen Punkt: Es wird nicht unterschieden, ob auf Grundlage einer schriftlichen Patientenverfügung oder auf mutmaßlichen Willen hin gehandelt wird. Und es ist unerheblich, ob der Patient Aussicht auf Heilung hat, oder ob er beispielsweise dement ist oder ob seine Erkrankung unumkehrbar zum Tode führt. Es kann also künftig sein, dass lebenserhaltende Maßnahmen bei einem Patienten abgebrochen werden, auch wenn er nicht tödlich erkrankt ist, weil es mutmaßlich – *mutmaßlich!* – seinem Willen entspricht. Ohne, dass er es je schriftlich fixiert hat und ohne Beteiligung des Vormundschaftsgerichts.

Mein Einwand hat nichts damit zu tun, dass ich Patienten nicht die Umsetzung ihres Willens zugestehe, auch in Situationen, in denen es nicht unmittelbar um das Sterben geht. Wer das so – im besten Fall wohl überlegt und gut informiert – für sich entscheidet und schriftlich verfügt, dessen Willen muss entsprochen werden. Aber wer keine Patientenverfügung hat, sei es aus Nachlässigkeit, oder weil er nicht genau wusste, was sein soll oder weil er einfach keine Patientenverfügung machen will – der kann nicht genau so behandelt werden.

Als Gegenargument wird angeführt, dass Menschen auch ohne Patientenverfügung nicht zugemutet werden kann, unnötig zu leiden oder den Sterbeprozess durch Hochleistungsmedizin zu verlängern. Einverstanden! Aber da ja gar keine tödliche Erkrankung vorliegen *muss*, um allein auf mutmaßlichen Willen hin zu handeln, geht meine Befürchtung eher in die andere Richtung: Wie werden wir den Willen künftig interpretieren, wenn das Gesundheitssystem noch mehr in finanzielle Bedrängnis gerät? Wenn Demenz und Wachkoma vielleicht nicht unbedingt als Leben angesehen werden, dass auch noch gut sein kann? Wenn Alte mit ihrer Gebrechlichkeit nicht zu Last fallen wollen...?

Ich fürchte, an dem angenommenen Angriff auf die Selbstbestimmung krankt die ganze Diskussion um die Patientenverfügung. Als müsste Individualität und freier Wille verteidigt werden gegen die Möglichkeiten der Intensivmedizin, gegen übergriffige Ärzte, gern auch gegen sogenannte Lebensschützer und ethische Bedenken-träger.

Ja, nicht selten ist gerade die Angst vor medizinischer Überversorgung am Lebensende Antrieb dafür, eine Patientenverfügung zu verfassen. Neonlicht, Apparate, Intensivstation, das soll nicht das Ende sein. Wie viele Verfügungen werden geschrieben aus Angst davor, dass Ärzte therapieren bis zum Schluss.

Dem wird dann Rechnung getragen und die Patientenverfügung verstanden als Abwehrinstrument, das so rechtsfest wie möglich gegen die Ärzteschaft eingesetzt werden kann. Ich halte das für eine Schiefelage. Es muss doch darum gehen, dass den Menschen diese Ängste von vornherein genommen werden können. Die Angst übrigens auch, allein zu sein, wenn es zu Ende geht. Ohne eine Hand, ohne einen Blick, ohne, dass jemand da ist.

Die Angst vor dem Sterben aus Angst vor Fremdbestimmung jedenfalls, wird durch eine Patientenverfügung allein nicht zu nehmen sein. Helfen denn Paragraphen, einige Blätter Papier, das zu definieren, was Selbstbestimmung genannt wird? Sterben ist eben kein Wenn-dann-Schema. Irgendetwas ankreuzen, was dann Sicherheit, ja Rechtssicherheit versprechen soll, Planbarkeit suggeriert, die niemals zu erlangen ist - wird das dem Sterben gerecht?

Vielleicht gehört zum Sterben dazu, dass so wenig gewiss ist. Und wir haben gemerkt, es besteht eine erhebliche Schwierigkeit darin, individuellen Situationen Schwerstkranker und die dabei auftretenden Lebensfragen in ein Gesetz zu gießen. Selbst wenn die Rechtslage im Prinzip klar scheint, stellen sich immer wieder Fragen: Was heißt das, was in einer Patientenverfügung steht? Wie war es gemeint?

Wie gehen wir also um, mit dem, was geschrieben wurde. Was geschrieben wurde im Vorhinein, die künftige Situation nur erahnend, wenn überhaupt. Das gilt? Ohne zu fragen, wie die Umstände sind, ob sich Lebenssituationen, Einstellungen womöglich verändert haben? Selbstbestimmung bedeutet immer auch Selbstverfügbarkeit. Ehrlich gesagt: Die Vorstellung, ich müsste mich im Leben immer an das halten, was ich einmal für mich beschlossen habe, erschreckt mich schon morgens beim Aufstehen. Etwas Neues, etwas anderes zu denken, ein ungekanntes Gefühl plötzlich und ganz ohne Erwartung - all das sind doch Dinge, die wir im Alltag normal, sogar spannend und wünschenswert finden.

Trotzdem: Es bleibt die Notwendigkeit, sicherzustellen, dass der Wille des Patienten geachtet wird. Wie entsteht diese Sicherheit, dass mit mir nicht geschieht, was ich ganz bestimmt nicht wollte und auch nicht wollen würde? Ich bin überzeugt, diese Sicherheit entsteht auch durch ein schriftliches Dokument, besonders aber durch das Gespräch, mit dem Eingebettetsein in die Menschen und in die Vorgänge, die im Leben eine Rolle gespielt haben.

Deswegen spielt für mich die vom Patienten selbst eingesetzte Vertrauensperson eine zentrale Rolle. Sie wird zum Schluss entscheiden, für und im Sinne des

Patienten. Vorher aber fragt sie, was der schwer Kranke angesichts der nun konkreten Situation gewollt hätte, unter Abwägung aller Umstände. Denn Einschätzungen und Gewolltes können sich auch verändern. Damit umzugehen kann nur ein Mensch leisten – wer könnte es besser, als ein enger Vertrauter. Einer, der die Situation einzuschätzen weiß und in Verbindung bringen kann, mit Gesagtem, einst Ausgesprochenem.

Selbstbestimmung am Lebensende gelingt nur in Verbindung mit Fürsorge. Nicht *etwas* kann jemandem am Lebensende zu Selbstbestimmung verhelfen, sondern immer nur *jemand*. Deshalb halte ich eine Vorsorgevollmacht, die diese Vertrauensperson bevollmächtigt, Entscheidungen zu fällen, für noch wesentlicher als die Patientenverfügung, ohne beide Instrumente gegeneinander ausspielen zu wollen.

Es wird immer schwer sein für einen oder eine andere zu entscheiden. Sich die Frage zu stellen, was würde der Mensch, der sich mir anvertraut hat jetzt, in dieser Situation, die er nicht vorahnen oder gar vorfühlen konnte, denn wollen, ist eine der schwierigsten Fragen überhaupt. Nicht ich entscheide, was jetzt gut für ihn ist oder wäre, sondern ich frage mich, was wäre sein Wunsch gewesen.

Um das einschätzen zu können, muss natürlich gesprochen werden, über den Tod, über das Sterben. Vielleicht liegt genau hierin die eigentliche Stärke des Instruments Patientenverfügung: Wer eine Patientenverfügung macht, der setzt sich mit dem eigenen Tod auseinander, reflektiert, was sein kann und was sein soll. Und im besten Fall fördert eine Patientenverfügung die Kommunikation mit einem engen Vertrauten, mit dem die eigenen Vorstellungen für die letzte Lebensphase besprochen werden. Kommunikation, Reden darüber, was wir uns am Ende des Lebens vorstellen und Wünschen, daran fehlt es, in den Familien, unter Freunden. Wir sparen das aus, als ob es uns nicht beträfe.

Wir, jede und jeder einzelne, müssen den Umgang mit Tod und Sterben wieder neu erlernen. Es geht um eine neue Kultur des Sterbens. Um ein Verständnis vom Leben, dass das Sterben mit einschließt. Um die Weitergabe von Traditionen, wie selbstverständlich mit dem Sterben umgegangen werden kann. Denn ohne Reflexion, ohne Hineinholen und Zurückholen des Sterbens ins Leben wird sich kaum etwas ändern an der Situation. Dann haben Tod und Sterben weiterhin keinen Platz. Und finden hoffentlich woanders statt, sind nur im Tatort am Sonntag Abend zu ertragen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben wir doch den Mut, in unseren Familien auch über das Ende des Lebens zu sprechen! Vielleicht sind Mutter oder Opa dankbar dafür, wenn man mal fragt: was soll sein, wie soll es sein? Das erfordert Bereitschaft, sich dem auszusetzen und hinzuhören. Auch zwischen die Zeilen, wenn das Gegenüber vielleicht etwas sagen will, sich aber nicht recht traut. Wie befreiend wäre das, wie viel enger könnten die Bande sein, wenn man dieses Thema nicht aussparen muss. Am Ende ist es dann zu spät und der Schmerz groß.

Reden, das wird auch für die ganz wichtig sein, die keinen haben, der selbstverständlich da ist. Dann ist die Pflegerin gefragt, die Hospizhelferin, eine Nachbarin vielleicht – Fremde eigentlich. Doch wer ist schon fremd, wenn er da ist. Wer ist schon fremd, wenn der die Hand hält. Wir müssen entscheiden, auch politisch, ob wir das wollen. Wie wir das organisieren und auch bezahlen. Denn natürlich geht es auch ums Geld. Wofür steht in unserem Gesundheitssystem Geld zur Verfügung, wo werden im Krankenhaus mit seinen verschiedenen Stationen und Bereichen Schwerpunkte gesetzt. Das meiste Geld spart man ja bekanntlich beim Personal. Doch gerade in der Sorge um Schwerstkranke und Sterbende herrscht erheblicher Personalbedarf!

Es war wichtig, im Bundestag über die Patientenverfügung zu diskutieren. Aber das allein ist zu wenig. So intensiv, wie wir dazu gerungen haben, müssen wir uns mit dem gesamten Bereich beschäftigen und die Bedingungen zu verbessern für Alte, die gepflegt werden, für Schwerstkranke, die medizinische versorgt werden, für Sterbende, die begleitet werden.

In Würde sterben zu können, das bedeutet für die allermeisten: in vertraueter Umgebung, im Kreise seiner Lieben, möglichst schmerzfrei und ohne langen Leidensweg. Tatsächlich aber sterben 60 bis 90 Prozent der Menschen im Krankenhaus und in Heimen. Genauere Statistiken gibt es nicht, obwohl sonst in Deutschland ja alles in Statistiken erfasst wird. In den Institutionen sind es dann in aller Regel die Ärzte und Pfleger, die den Kranken in den letzten Stunden beistehen. Sie kennen den Sterbenden nur in den seltensten Fällen, sie sind eingebunden in Verwaltungsabläufe und Zeitkontingente. Sie sind meist nicht dafür ausgebildet, im besten Sinne *beizustehen*. Schon gar nicht dafür, mit Freunden und Verwandten zu reden.

Die Fülle der Therapiemöglichkeiten legt den Schwerpunkt ärztlichen Handelns auf die Kuration, die Heilung. Um dieses Ziel zu erreichen, werden oft erhebliche Nebenwirkungen und Einschränkungen des Wohlbefindens des Patienten in Kauf genommen. Stirbt ein Patient, wird das als Niederlage empfunden. Sterben darf

nicht sein. Der Punkt, wann Therapien abgebrochen werden sollten, ist nicht leicht zu setzen. Aber es muss erwogen werden dürfen, ob sich ein hoch betagter Mensch noch eine Chemotherapie zumuten will. Was soll man ihm raten? Noch einmal all die Nebenwirkungen, Übelkeit, Schwäche? Oder doch genießen, was noch ist, eine letzte Zeit?

Der unbedingte Wille der Ärzte zu heilen muss ergänzt werden durch eine Medizin, die Schmerzen lindert und die Lebensqualität auch in der letzten Lebensphase erhalten will. Sterbende benötigen über die rein medizinische Versorgung hinaus psychosoziale, pflegerische und spirituelle Begleitung. Ebenso müssen die Angehörigen, wo ein Sterben nur in Krankenhaus oder Heim möglich ist, mit einbezogen und selbst betreut werden in der für sie so schwierigen Situation. Pflege zu Hause, wenn sie gewollt und möglich ist, muss leistbar sein, finanziell und mit Hilfe und Unterstützung für die pflegenden Angehörigen. Angehörige brauchen diese fachliche Unterstützung und auch Zuspruch, um sich die Begleitung eines Sterbenden überhaupt zuzutrauen. In die Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung scheint nun endlich Bewegung zu kommen. Immer mehr Krankenkassen schließen Verträge und bemühen sich, SAPV sicherzustellen. Doch zu zögerlich ist das noch immer und von flächendeckendem Angebot weit entfernt.

Beides, die gute Betreuung und die flächendeckende Betreuung sind in Deutschland noch längst nicht gewährleistet. Das Angebot an Hospizplätzen und Palliativbetten deckt den Bedarf nicht, gerade nicht in ländlichen Regionen. Doch wenn es notwendig wird, muss eine Versorgung auf der Palliativstation oder im Hospiz ermöglicht werden. Überhaupt ist, was Palliativmedizin leisten kann, noch immer viel zu wenigen Patienten, Angehörigen und auch Ärztinnen und Ärzten bekannt. Es ist unerlässlich, dass alle, die Schwerstkranke und Sterbende behandeln und betreuen, mit den Basiskenntnissen der Palliativmedizin vertraut sind. Und nicht nur in der Ausbildung des Ärztenachwuchses, auch in der Krankenpflegeausbildung muss Palliativmedizin noch stärker berücksichtigt werden. In der theoretischen Ausbildung finden die besonderen Anforderungen an die Pflege schwerstkranker Patienten kaum Erwähnung. Und über das Fachwissen und Pflegehandwerk hinaus, muss dem Pflegepersonal auch eine Sensibilität und bestimmte Haltung gegenüber Sterbenden und deren Angehörigen mit auf den Weg gegeben werden. Der Umgang mit Sterben und Tod muss erlernt, muss eingeübt werden als medizinische, ethische und menschliche Kompetenz.



Die fortschreitende medizinische Entwicklung, besonders im Bereich der Intensivmedizin, erfordert eine neue Reflexion ärztlichen Handelns. Es muss deutlich werden, dass medizinische Behandlung mehr umfasst als Diagnose und Heilung. Der Patient soll in seiner Ganzheit wahrgenommen, betreut und behandelt werden. Gerade in der Palliativmedizin geht es nicht nur um Krisenintervention, sondern um vorausschauende, vorsorgende Behandlung, die sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen, aber auch Wertvorstellungen der Patienten und ihrer Angehörigen orientiert.

Sehr geehrte Damen und Herren,

an dieser Stelle ein Wort zur Sterbehilfe, die über Sorge und Begleiten und Sterben lassen hinausgeht. Die Angst vieler Menschen, qualvolle Schmerzen ertragen zu müssen, die Angst vor gravierenden Veränderungen des eigenen Erscheinungsbildes, die Angst, gänzlich hilflos, anderen zur Last zu werden, hat dazu geführt, dass die Stimmen der Befürworter aktiver Sterbehilfe auch hierzulande lauter werden. Selbst bestimmt leben, warum dann nicht auch selbst bestimmt sterben? Ich jedoch bin der festen Überzeugung, dass weder aktive Sterbehilfe und auch nicht assistierter Suizid als Ultima Ratio in Frage kommen. Es gibt extrem belastende Krankheitsverläufe. Aber auch in diesen Fällen ist der Palliativmedizin zuzutrauen, den medizinischen Beitrag dazu zu leisten, die Würde des Sterbenden bis zu letzt zu bewahren. Das Spektrum des medizinisch Gebotenen reicht bis zur palliativen Sedierung, die den Patienten nichts mehr wahrnehmen lässt und so Schmerz lindert. Der Schritt hin zum assistierten Suizids aber ist nicht nur graduell anders, sondern vollständig anders. Denn dann geht es nicht mehr darum, Sterben zuzulassen, sondern darum, es herbeizuführen.

Ich habe viele Palliativstationen und Hospize kennengelernt, manchmal dürfen, manchmal müssen und war immer wieder tief beeindruckt von dem, was dort geschieht. Professionelle Pflege und Betreuung, natürlich. Aber eben auch Geschichte und Geschichten, Aufbrüche und Herausforderungen, immer wieder diese besonderen menschlichen Momente und die Möglichkeit, nah bei ihm, nah beim Menschen zu sein. Und bin beeindruckt davon, mit wie viel Gespür Palliativstationen eingerichtet sind und mit Wissen darum, was nötig ist und gebraucht wird. Sie geben Raum zu leben. Trotz aller Beschwerlichkeit, trotz aller Traurigkeit, auch trotz Wut und Schmerz. Ich habe erlebt, mit wie viel Einsatz, mit wie viel Herzlichkeit und mit wie viel Professionalität bewundernswerte Arbeit geleistet wird. Von den Schwestern und Pflägern, den Ärztinnen und Ärzten, dem Schmerztherapeuten, der Physiotherapeutin, von Sozialarbeiterin und Seelsorger.

Allen, die diesen Dienst tun ist sehr zu danken, ich habe den Eindruck, das kommt oft zu kurz in all den Debatten um die Herausforderungen unseres Gesundheitswesens. Es ist denen zu danken, die da sind, für die Menschen, für die, die leben, die die sterben. Für Freunde, Verwandte, Kinder, Eltern. Denn am Ende kommt es immer auf den Menschen an, der da ist. Und dass jemand da ist – der Zeit hat. Der die Hand hält, erzählt und zuhört. Dass gemeinsam gescherzt wird und geweint, geklagt und geschwiegen.

Herr de Ridder, mir ist eine Szene, die sie immer wieder beschreiben, sehr eindrücklich und ich darf Sie vielleicht, ohne Ihnen vorzugreifen, hier erzählen. Sie sind als junger Arzt mit der Situation konfrontiert gewesen, dass ein Patient, dem Tode nah in einem Mehrbettzimmer untergebracht war. Darf das so sein? Ist das zumutbar für die anderen Patienten? Und dann geschah das eher Unerwartete: die anderen kümmern sich liebevoll um den Sterbenden. Halten Wache. Lesen ihm vor. Sind nah. Und ist genau das nicht zutiefst menschlich, zu sorgen für den Nächsten bis zuletzt? Und ist es nicht zu wenig, wenn wir für uns selbst die letzte Phase des Lebens ausblenden, uns selbst abschneiden davon?

Immer wieder beim Menschen selbst anzusetzen, zu fragen, was er oder sie gerade will und braucht, ist die Grundvoraussetzung dafür, dass menschenwürdiges Leben bis zum Schluss gelingen kann. Der Mensch darf nicht zum Ding werden, nur noch verwahrt oder angeschlossen an Apparate, die bestimmen, was geht. In jeder Phase ist der Mensch ein Gegenüber, ein Individuum, dessen Leben trotz Krankheit Leben ist! Pflege darf nicht einfach Dienstleistung sein, sondern die immer neue Frage, was gewollt wird. Wer die Lippen zusammenkneift, zeigt seinen Willen deutlich genug. Ihm kann nicht einfach eine Magensonde gelegt werden, weil es Zeit spart. Immer wieder mit Geduld und Zuwendung auf die Wünsche einzugehen, das stellt hohe Anforderungen an alle, die Schwerkranke und Sterbende pflegen und begleiten.

Vor allem geht es darum, Ängste zu nehmen. Angst vor würdelosem Sterben, vor Schläuchen, Neonlicht, Beatmungsmaschinen. Und eben Angst davor, allein zu sein, ohne eine Hand, ohne den Blick, der den Menschen wirklich meint. Deswegen ist es Aufgabe und Auftrag, dass jeder und jedem zugesagt werden kann: Du wirst nicht abgeschoben und du fällst nicht zur Last. Du wirst nicht allein sein beim Sterben. Du wirst zu Hause sterben können oder in einer guten Einrichtung, du wirst betreut sein und versorgt. Deine Schmerzen werden wir lindern. Und du wirst sterben können, wenn die Zeit gekommen ist.

Es ist höchste Zeit, die Weichen richtig zu stellen. Bei immer mehr Hochbetagten und immer loserem familiären Netzwerken steigen die Herausforderungen. Eine solidarische und menschliche Gesellschaft muss sich dieser Aufgabe stellen. Beim anderen zu sein, auch im Sterben, ist der vornehmste Dienst, den Menschen einander erweisen können.

Am Bett eines Sterbenden zu stehen ist unendlich schwer. Kann ich es ertragen, ihn oder sie gehen zu lassen? Aber es ist ein letzter Dienst, diese Stunden mitzufühlen, wie man auch die lebendigsten geteilt hat, vielleicht wird es eine der glücklichsten, die man teilen konnte. Der Sterbende ist mir wert, jede Minute mit ihm, sei er noch so stumm und ohne Reaktion, ist eine Minute gemeinsamen Lebens. Es kann eine ganz wesentliche Hilfe sein, diesen Tod zu verarbeiten, vielleicht ihn annehmen zu können. Auch die Sterbenden erweisen den Bleibenden einen Dienst. Sie geben Wissen über das Sterben weiter, über die Dinge, die wirklich wichtig sind, am Ende.

Wer einen Sterbenden nicht allein lässt, wer ihm hilft, seine Würde bis zuletzt zu bewahren, der handelt in besonderer Weise, wie es dem Mensch als Menschen zukommt und für sich selbst nicht zuletzt. Es ist vielleicht nicht wichtig, ob man diesen Menschen schon sehr lange kannte oder ihn erst in der letzten Lebensphase getroffen hat, wichtig ist, ihn als Partner zu sehen, als gleichberechtigten Menschen, der ganz bei sich sein darf.