

Thesen für die 10. Nordischen Hospiz- und Palliativtage

1. Die Hospizbewegung ist seit den achtziger Jahren auf den Weg gekommen und hat sich zu einer **starken sozialen Initiative** entwickelt, die vor allem von Frauen getragen worden ist. Sie kann heute in Deutschland auf die Existenz von mehr als 1000 Hospizgruppen und über 100 stationäre Hospize verweisen. Diese neuen Sterbeorte verdanken sich den Anstößen der Hospizbewegung.
2. Die Hospizbewegung hat damit **eine neue Antwort auf die moderne Ratlosigkeit im Umgang mit dem Lebensende** gegeben. Die Hospizbewegung wollte das Sterben zu Hause wieder ermöglichen und jene Situation der siebziger Jahre beenden, als im Krankenhaus das Ende oft in Badezimmern, Abstellkammern etc. stattfand. Wo das Sterben zu Hause nicht möglich war, wurden stationäre Hospize ins Leben gerufen, die vor allem von ehrenamtlichen Kräften getragen wurden.
3. Zur Erfolgsgeschichte der Hospizbewegung gehört, dass sie sich **bundesweit organisiert** hat, dass sie **gesetzliche Anerkennung** der Hospizarbeit und eine gesetzlich verankerte Finanzierung der Hospizarbeit erreicht hat. Inzwischen ist Hospizarbeit aus ihrem Nischendasein herausgetreten und erfreut sich großer öffentlicher Akzeptanz.
4. In der Medizin wurde auf die Hospizarbeit mit der Herausbildung der neuen Fachrichtung „Palliativmedizin“ reagiert. Die mögliche und wünschenswerte **Kooperation zwischen Hospizarbeit und Palliativmedizin** ist schwierig. Gegenwärtig sieht es so aus, als wenn Palliativmediziner mehrheitlich die Hospizbewegung als Laien-Vorläufer der professionellen Palliativmedizin ansehen und die ehrenamtlich und zivilgesellschaftlich orientierte Hospizarbeit an den Rand gedrängt wird.
5. Die rasche Ausbreitung der Palliativmedizin (die den Anspruch hat, „flächendeckend“ zu werden) schafft gegenwärtig vehement **ein neues Bedürfnis nach professioneller Versorgung am Lebensende**. Es ist nicht schwer zu prognostizieren, dass ein Sterben ohne professionelle palliativmedizinische Versorgung den Betroffenen und ihren Angehörigen immer weniger vorstellbar sein wird. Es besteht die Gefahr, dass die allmählich zu „Kunden“ einer Sterbeexpertokratie werden, die zunehmend an Fallpauschalenregelungen gebunden sein wird. Die uralte Aufgabe des Menschen, sein eigenes Sterben ins Auge zu fassen, wird zunehmend überdeckt durch die Angebote eines neuen medizinischen Dienstleistungssektors, der den Menschen die Sorge um sich abnimmt. (Vgl. schon Ivan Illich: „Denn das Lechzen nach immer mehr und immer kritischer geprüfter medikalisierte Lebenshilfe untergräbt würdiges, sinnvolles Leben, Leiden und Sterben.“¹)
6. Das Lebensende wird dabei zu einem **ökonomisch interessanten Bereich**, in dem die Auseinandersetzungen um die Frage, wer die zur Verfügung stehenden Mittel für sich reklamieren kann, anwachsen. Die neue SAPV-Regelung treibt diesen Prozess noch einmal voran, indem fast zwangsläufig eine Vergeldlichung des Sterbens Platz greift (in den USA sind Hospizketten

¹ Ivan Illich: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, 4. Auflage München 1995, S. 208.

zum Teil schon börsennotiert). Dass in einer dramatisch alternden Gesellschaft die Gesundheitskosten explodieren, ist unübersehbar, die Deckelung der Kosten ist eine der Antworten, die dieses Problem lösen sollen. Wenn palliative Versorgung tatsächlich erst einmal zu einem „Grundbedürfnis“ gemacht worden ist, wenn sie flächendeckend angeboten wird und wenn es unvorstellbar geworden sein wird, ohne Expertenbegleitung sein Leben zu beenden, dann wird sich herausstellen, dass diese Erwartung aus Kostengründen nicht befriedigt werden kann. Sie muss dann gedeckelt werden, sie dürfte dann privatisiert werden und es wird selbstverständlich sein, dass sich der eine Begleitung ‚de luxe‘ erlauben kann, der andere nicht. Dies geschieht in Parallele zum Umgang mit der Geburt von Menschen, die schon erfolgreich in ein überwachtes und kontrolliertes Projekt – um nicht zu sagen: Produkt – umgewandelt worden ist.

7. Die Hospizbewegung ist schon jetzt deutlich in diesen Prozess der Medikalisierung und Ökonomisierung des Sterbens eingebunden. Ihr ist es zugleich zu verdanken, dass heute mehr Geld für Menschen am Lebensende zur Verfügung steht. Sie gerät dabei immer deutlicher in Konkurrenz zur Palliativmedizin, die die Früchte des Hospizerfolgs zu ernten begonnen hat. Wenn sie dennoch mithalten will, dann muss die Hospizbewegung deutlich machen, dass sie das, was die Palliativmedizin kann, (fast) auch alles kann: **Standardisierung von Angeboten, Qualitätskontrolle, unablässige Fortbildungsmaßnahmen, Zertifizierungen**. Die Hospizbewegung wird erfahren, dass sie in diesem Wettlauf nicht mithalten kann, sondern den Kürzeren zieht. Die Hospizbewegung, die ein Sterben in Würde und mit menschlicher Zuwendung wollte, sieht sich heute auf dem Weg zum „**qualitätskontrollierten Sterben**“, sieht sich zunehmend unter dem Zwang zur Dokumentation, zur Bürokratisierung, zur Verwaltung von Geldern, wenn sie im Vergleich mit der Palliativmedizin satisfaktionsfähig bleiben will. Damit wird aus der hospizlichen Arbeit, die durch ihre lokale Färbung, ihr Da-Sein für andere und ihr unbewirtschaftetes Zeitgeschenk charakterisiert war, allmählich ein weiteres Element staatlich kontrollierter und finanzierter Gesundheitsversorgung. Diese palliative Dienstleistung wird durch wissenschaftlich gesichertes Schmerzmanagement, durch standardisierte Spiritualitätsangebote etc. eine professionell-technische Abwicklung des Lebens ermöglichen, die nach Zuwendung, Zeit und Wärme nicht mehr zu fragen imstande sein wird.
8. Fast zwangsläufig wird ein solcher palliativer Dienstleistungssektor (ob nun hospizlich oder rein palliativmedizinisch orientiert), alle „Ideologie“ abstreifen müssen und sich rein wissenschaftlich begründet verstehen. Dass die Hospizbewegung sich als Alternative zur Sterbehilfe – oft religiös motiviert – verstanden hat, dürfte dann bald dem Wunsch der **Sterbekunden** geopfert werden, **die im Zweifelsfall nach Euthanasie verlangen**. Wie lange man sich diesem Kundenwunsch verweigern können, sei dahingestellt. Es dürfte darauf hinauslaufen, dass die Kundschaft wählen können zwischen einer klassischen palliativ-hospizlichen Versorgung und einer medizinisch gestützten Sterbehilfe.
9. So besteht gegenwärtig **die Gefahr, dass die Hospizbewegung an ihrem eigenen Erfolg stirbt**. Wenn sie erst einmal zu einem ganz normalen Zweig der gesundheitlichen Versorgung geworden ist, wird sie der Medizin Platz machen. Sie kann sich dann auflösen, weil sie ihr Anliegen als erfüllt ansehen darf, wenn sie möchte: Das Sterben ist medizinisch und pflegerisch nahezu

perfekt geregelt. Zwischen Patientenverfügung und einer (künftigen) palliativen Versicherungspolice darf man sich gut aufgehoben fühlen und so wird das Lebensende als das letzte Planungs- und Konsumprojekt des Individuums in den Händen der Professionellen sorgenfrei abwickelbar.

10. Die Hospizarbeit würde – wenn sich diese Entwicklung durchsetzt – dann einer „Industrialisierung des Sterbens“ weichen, das von DIN-Normen, von terminaler Sedierung und zertifizierter Spiritualität (sowie einer Prise finaler Wellness) gekennzeichnet sein dürfte. Angesichts der wachsenden Zahl der pflegebedürftigen und sterbenden Menschen in einem alternden Europa könnte dann allerdings **die Stunde der Hospizarbeit erneut schlagen**. Wenn das palliative Versorgungspaket nicht mehr bezahlbar ist; wenn die Menschen die perfekte, aber zeitökonomisch orientierte und darum notwendig kalte Sterbeversorgung nicht mehr wollen, dann könnte sich die Hospizbewegung neu gründen. Diesmal dann vielleicht ohne den Irrweg in die Ökonomisierung, in die Medikalisierung und die Verplanung des Sterbens.